

## **Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring op de Gemeenschappelijke Verklaring van 10 december 2012 voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren**

Op basis van een Gemeenschappelijke Verklaring beslisten de Ministers bevoegd voor Volksgezondheid en gezondheidsbeleid op 12 december 2012 om samen te werken aan een nieuw beleid inzake geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren. In deze verklaring werden eerst de motieven en uitgangspunten voor de vernieuwing van het geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren uitgeklaard. Vervolgens werden de verschillende mijlpalen om het nieuwe beleid te realiseren beschreven.

*De Gemeenschappelijke Verklaring van 10 december 2012 werd voorbereid en uitgewerkt door het redactiecomité 'hervorming ggz-aanbod voor kinderen en jongeren'. De verwachte opleveringen van het comité bestaan uit een gids en praktische beleidsscenario's, met andere woorden concreet te implementeren maatregelen voorzien van een timing, een begrotingsvoorstel met concrete financieringstechnieken en gedetailleerde voorstellen tot wijziging van elke relevante regelgeving<sup>1</sup>.*

Het redactiecomité heeft besloten om in eerste instantie een Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring op te stellen. De voorliggende aanvullende verklaring wil de hoofdlijnen van het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren aangeven, gebaseerd op een maatschappelijke situering en actuele wetenschappelijke vaststellingen, en vervolgens omgezet in een strategisch plan en de beschrijving van een nieuw beleidsmodel. Voor de realisatie van dit nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren heeft het redactiecomité een aangepast timing en algemene planning uitgewerkt.

Deze Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring vormt de basis voor de verdere samenwerking tussen de Gemeenschappen, de Gewesten en de Federale Overheid binnen het kader van het redactiecomité.

### **Inleiding**

Het 'Verdrag inzake de Rechten van het Kind' van de Verenigde Naties (VN) is duidelijk. Artikel 24 § 1 stelt *'De Staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor de behandeling van ziekte en het herstel van de gezondheid. De Staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn of haar recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden.'*<sup>2</sup> Ook het 'Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap' (VN) wijdt artikel 25 aan gezondheid en stelt dat *'personen met een handicap zonder discriminatie op grond van hun handicap recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid.'*<sup>3</sup>

Om deze rechten effectief te waarborgen, is de uitbouw van een toegankelijke, betrokken, positieve, deskundige, kwaliteitsvolle en continue geestelijke gezondheidszorg (ggz) op maat van de noden van ieder kind en jongere cruciaal. De 'health'-definitie van de World Health Organization (WHO) beschrijft geestelijke gezondheid als volgt: *"A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease"*<sup>4</sup>. Het belang van een geestelijk gezondheidsbeleid wordt door dezelfde WHO benadrukt in allerhande publicaties, guidelines, ...<sup>5</sup>. *"Mental health policy defines the vision for the future mental health of the population, specifying the framework which will be put in place to manage and prevent priority mental and neurological disorders."*

<sup>1</sup> Cursieve tekst is letterlijk overgenomen van de bron.

<sup>2</sup> <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>

<sup>3</sup> <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

<sup>4</sup> [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)

<sup>5</sup> [http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/en/)

Het belang van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren wordt door Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 10 december 2012 bekrachtigd in de 'Gemeenschappelijk Verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren'. De Federale Overheid, de Gemeenschappen en Gewesten verbinden zich ertoe om samen, vanuit een duidelijke, coherente en geloofwaardige visie, de verdere ontwikkeling van de ggz kinderen en jongeren te realiseren. De motieven uit de Gemeenschappelijke Verklaring zijn:

1. *het ontoereikende aanbod versus de behoeften*
2. *de niet geïntegreerde werking van de ggz voor kinderen en jongeren*
3. *de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren houdt onvoldoende rekening met de gezondheidsdeterminanten en de socio-economische context*

Daarnaast beschrijft de Gemeenschappelijke Verklaring de methodologie die zal worden gebruikt om een nieuw beleid mogelijk te maken. De realisatie zal in drie fasen verlopen, die telkens een mijlpaal in de af te leggen weg betekenen:

1. *Mijlpaal 1: Stappen voor de ontwikkeling van een geestelijke gezondheidszorgbeleid<sup>6</sup> als onderdeel van een algemeen gezondheidsbeleid*
2. *Mijlpaal 2: Het ontwikkelen van een plan voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren*
3. *Mijlpaal 3: Uitvoering van het beleid en de plannen voor de geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren<sup>5</sup>*

De samenvattende tijdstabel uit de Gemeenschappelijke Verklaring blijkt niet haalbaar door de korte tijdsperiode tussen de ondertekening van de Gemeenschappelijke Verklaring en de verkiezingen in het voorjaar van 2014. Nieuwe beleidsmatige en financiële beslissingen zijn door de aankomende verkiezingen niet mogelijk, noch aangewezen. Hierdoor kan enkel mijlpaal 1 gerealiseerd worden.

Deze Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring aan de Gemeenschappelijke Verklaring beschrijft het gemeenschappelijk kader voor de ontwikkeling van een nieuw beleid geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren als onderdeel van een algemeen gezondheidsbeleid. De inhoudelijke basis en het beschreven kader worden overeenkomstig de Gemeenschappelijke Verklaring vertaald in een gids en een concreet actieplan. Deze zullen na de verkiezingen opgenomen worden in een af te sluiten protocol en ter ondertekening voorgelegd worden aan alle bevoegde ministers waarna mijlpaal 2 en 3 gerealiseerd worden. De timing om begin 2015 te starten met de proefprojecten, blijft behouden.

Het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren integreert de huidige ontwikkelingen in de chronische zorg. Een aantal concepten uit de 'Oriëntatienota 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronische zieken in België'' worden meegenomen.

België telt een veelvoud aan inspirerende praktijken. Deze zijn geïnventariseerd a.d.h.v. een enquête en een aantal initiatieven werden uitgenodigd ter hoorzitting. Deze inspirerende praktijken zullen in het kader van het nieuw beleid geëvalueerd en gevalideerd worden.

Naast deze inspirerende praktijken zijn volgende bronnen als uitgangspunt voor de ontwikkeling van het nieuwe beleid genomen:

- Adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV):
  - Uitbouw van een ggz-programma voor kinderen en jongeren (2011)

<sup>6</sup> In de Gemeenschappelijke Verklaring wordt de term 'geestelijke gezondheidszorgbeleid' gehanteerd. Omdat deze term te beperkend is, wordt in de Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring de term 'geestelijk gezondheidsbeleid' gebruikt.

- Basisprincipes, randvoorwaarden en criteria voor een geografische gebiedsomschrijving van de proefopstellingen zorgcircuits en netwerken voor de ggz-doelgroep jeugd (2003)
- Advies Hoge Gezondheidsraad kinderen en jongeren: gedragsstoornissen in context (2011)<sup>7</sup>
- Rapporten Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE):
  - Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten (2010)
  - Ontwikkeling van een beleidsscenario (2011)
  - Organisatie van ggz voor kinderen en jongeren: literatuurstudie en internationaal overzicht (2011)
- Studiedag 'Kinder- en jeugdpsychiatrie vanuit een internationaal perspectief!' met sprekers uit Engeland, Verenigde Staten, Griekenland en Nederland
- Studiebezoeken naar Italië, Frankrijk en Nederland

De overige geraadpleegde bronnen zijn opgenomen in de voetnoten.

Uit de inventarisatie van binnenlandse inspirerende praktijken bleek dat het werkveld vanuit engagement en betrokkenheid talloze vernieuwende initiatieven heeft opgezet en gerealiseerd. Deze initiatieven zullen geëvalueerd, gevalideerd en, in de mate van het mogelijke, geïntegreerd worden in het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.

## 1. Situering van het nieuw beleid geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren

Het nieuw beleid geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren focust prioritair op **kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar en hun context**. Naast hun natuurlijke context (ouders, familie, andere opvoedingsfiguren, vrienden, ...) houdt het beleid rekening met het belang van samenwerking en afstemming met alle partners binnen de ggz, bv. privépraktijken (psychologen, psychiaters, ...) alsook het aanbod dat zich richt naar de leeftijdsgroep volwassenen (jongvolwassenen, ouders van kinderen en jongeren, ...) en partners uit belendende sectoren, zoals voorzieningen uit de gehandicaptenzorg, onderwijs, (jongeren)welzijn, justitie, ...

De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren richt zich in hoofdzaak naar kinderen en jongeren met psychische of psychiatrische stoornis en hun context.

### 1.1. Prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren

#### 1.1.1. Aantal kinderen en jongeren in België

20,4% van de Belgische bevolking zijn kinderen en jongeren (van 0 tot 18 jaar). Op 1 januari 2013 telde België **2.258.716 minderjarigen** op een totaal van 11.099.554 inwoners<sup>8</sup>. Deze cijfers zijn belangrijk om de prevalentie te plaatsen binnen een Belgische context.

#### 1.1.2. Prevalentie van psychische stoornissen vanuit internationaal onderzoek

Door het gebrek aan Belgisch prevalentieonderzoek wordt in dit hoofdstuk enkel verwezen naar internationale onderzoeken en gegevens. Aangezien deze cijfergegevens mogelijks niet representatief zijn voor de Belgische context, is de nodige voorzichtigheid bij het hanteren ervan aangewezen.

De geestelijke gezondheidsproblemen in onze samenleving worden over het algemeen onderschat. De WHO schatte de prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren reeds in 2005

<sup>7</sup> Het advies is geraadpleegd, maar niet als uitgangspunt genomen.

<sup>8</sup> <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/belgie/>

op  $\pm 20\%$ <sup>9</sup>. Dit cijfer wordt vaak geciteerd, alhoewel de prevalentiecijfers van “clinically important mental disorders” bij kinderen en jongeren van een aantal toonaangevende onderzoeken variëren van 10% tot 20%<sup>10</sup>, mede te verklaren door een andere definiëring van een “mental disorder”. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat geslacht, leeftijd en vooral het familiaal inkomen significante invloed hebben op het risico op de ontwikkeling van een psychische stoornis. Een aantal studies maakt een onderscheid naar prevalentie op basis van leeftijd: 16 tot 20% voor kinderen tussen 4 en 11 jaar en 20 tot 25% voor jongeren tussen 12 en 17 jaar<sup>11</sup>. Ander onderzoek schetst volgende gemiddelde prevalentiecijfers: 10% voor preschoolers, 13% voor preadolescents en 16% voor adolescents<sup>12</sup>.

○ **Prevalentie van psychische stoornissen die gespecialiseerde ggz nodig hebben**

Ongeveer 4 à 6% van de kinderen en jongeren zou nood hebben aan “a clinical intervention for an observed significant mental disorder”<sup>13</sup>. Dit cijfer komt overeen met het resultaat van een onderzoek van Prof. F.C. Verhulst waarin de prevalentie van stoornissen wordt gecombineerd met manifest disfunctioneren. Hij concludeerde hierbij dat 5 tot 6% van de kinderen en jongeren in aanmerking kwam voor tweedelijns jeugd-geestelijke gezondheidszorg<sup>14</sup>. Een meer recent Nederlands onderzoeksrapport<sup>15</sup> schat dat 7% van de jongeren jaarlijks behoefte heeft aan ggz-zorg. Daarnaast wordt 10 tot 15% van de jongeren als risicogroep aangemerkt. Andere onderzoeken geven aan dat 4,2% van de kinderen van 8 jaar oud aan een ernstige psychiatrische stoornis lijdt<sup>16</sup>.

○ **Kloof tussen prevalentie van psychische stoornissen en klinische zorg**

Uit een aantal internationale onderzoeken blijkt dat slechts 16 tot 27% van de kinderen en jongeren met een psychische stoornis “received specialized mental health services”<sup>17</sup>. Andere bronnen geven aan dat “only a small proportion of children with clear evidence of functionally impairing psychiatric disorder receive treatment”<sup>18</sup>.

Op basis van de concretisering van het nieuw beleid wordt in de gids, in de mate van het mogelijke, cijfermateriaal m.b.t. het aanbod versus de behoeften in de Belgische context opgenomen.

○ **Belang van vroegdetectie**

Het belang van goede en adequate geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren wordt onderschreven door onderzoek dat aantoonde dat psychische stoornissen bij kinderen en jongeren zich vaak **doorzetten in de volwassenheid**. Er is meer en meer bewijs dat veel chronische psychiatrische problematieken zich reeds manifesteren in de kindertijd en adolescentie<sup>19</sup>. Zo zou ongeveer 50% van de psychische stoornissen bij volwassenen voor de leeftijd van 14 jaar

<sup>9</sup> WHO, 2005, Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva, p.16. ([http://www.who.int/mental\\_health/resources/child/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html))

<sup>10</sup> Waddell, C., e.a., 2002, *Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-making: The state of the science and the art of the possible*, Can J Psychiatry, 827-828.

<sup>11</sup> Zubrick, S., e.a., 2000, *Mental Health disorders in children and young people: scope, cause and prevention*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 570-578.

<sup>12</sup> Roberts, R. E., e.a., 1998, *Prevalence of psychopathology among children and adolescents*, Am J Psychiatry, 155:66, 715.

<sup>13</sup> WHO, 2005, Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva, p.16. ([http://www.who.int/mental\\_health/resources/child/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html))

<sup>14</sup> VERHULST, F.C. (1999). Kinder- en jeugdpsychiatrie. in: A. de Jong, e.a. (red.). *Handboek psychiatrische epidemiologie*, p. 379-398.

Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom. GGZ Nederland, 2011, *Jeugd- ggz: Investeren in de toekomst! Ambities voor 2011 – 2014*. p.35.

<sup>15</sup> Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimboos-Instituut. p.5.

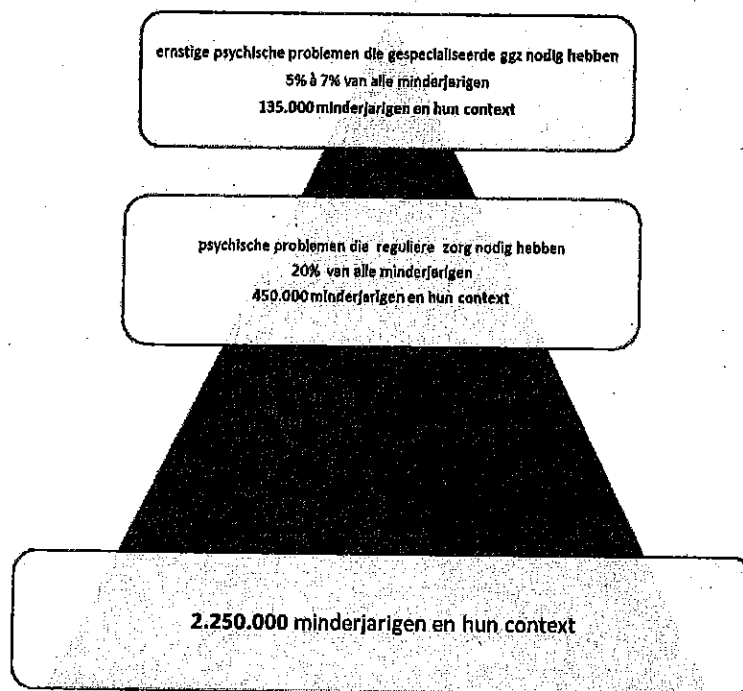
<sup>16</sup> Renschmidt, H., e.a., 2005, *Mental health care for children and adolescents worldwide: a review*. World Psychiatry, 4:3, 148.

<sup>17</sup> Waddell, C., e.a., 2002, *Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-making: The state of the science and the art of the possible*, Can J Psychiatry, 829.

<sup>18</sup> Costello, E.J., 2005, *10-Year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden*. Child Adolesc. psychiatry, 40:10, 982.

<sup>19</sup> Costello, E.J., 2005, *10-Year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden*. Child Adolesc. psychiatry, 40:10, 982.

aanvangen<sup>20</sup>. Uit Nederlands onderzoek bleek dat ongeveer 3 per 1000 jongeren van 6-19 jaar langdurig zorgafhankelijk is. Van alle jongeren die op jaarbasis voor het eerst geestelijke gezondheidszorg krijgen, wordt circa 8% langdurig zorgafhankelijk. Het merendeel (89%) krijgt ambulante zorg<sup>21</sup>.



Figuur 1: Extrapolatie internationale prevalentiestudies en WHO-gegevens naar de Belgische populatie

## 1.2. Ontwikkelingsstadia bij kinderen en jongeren

'Ontwikkeling' kan gedefinieerd worden als 'een reeks progressieve veranderingen die tot een hoger niveau van differentiatie en functioneren leidt'<sup>22</sup>. Verandering en vooruitgang, door groei, rijping en leren, staan centraal. Er wordt onderscheid gemaakt tussen neurobiologische, cognitieve, emotionele, psychosociale en gewetensontwikkeling.

De verschillende ontwikkelingsstadia vallen veelal samen met drie leeftijdsgroepen, nl. de **infants, peuters en kleuters (0 tot 6j.)**, de **lagere schoolkinderen (7 tot 12j.)** en de **adolescenten (13 tot 18j.)**. Het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid houdt rekening met de specificiteit van deze ontwikkelingsstadia in functie van de leeftijd van het kind of de jongere en met de verschillen op basis van leeftijd naar wetgeving, rechtsposities, beschikbaar zorgaanbod en achterliggende sociale kaart, maar evenzeer op basis van visie en aanpak. Dit impliceert dat het zorgaanbod varieert ngl. de leeftijdsgroep waartoe men zich richt. Er is aandacht voor de **scharnierleeftijd fase 18 tot 23j.**

## 1.3. Situering zorgaanbod geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren

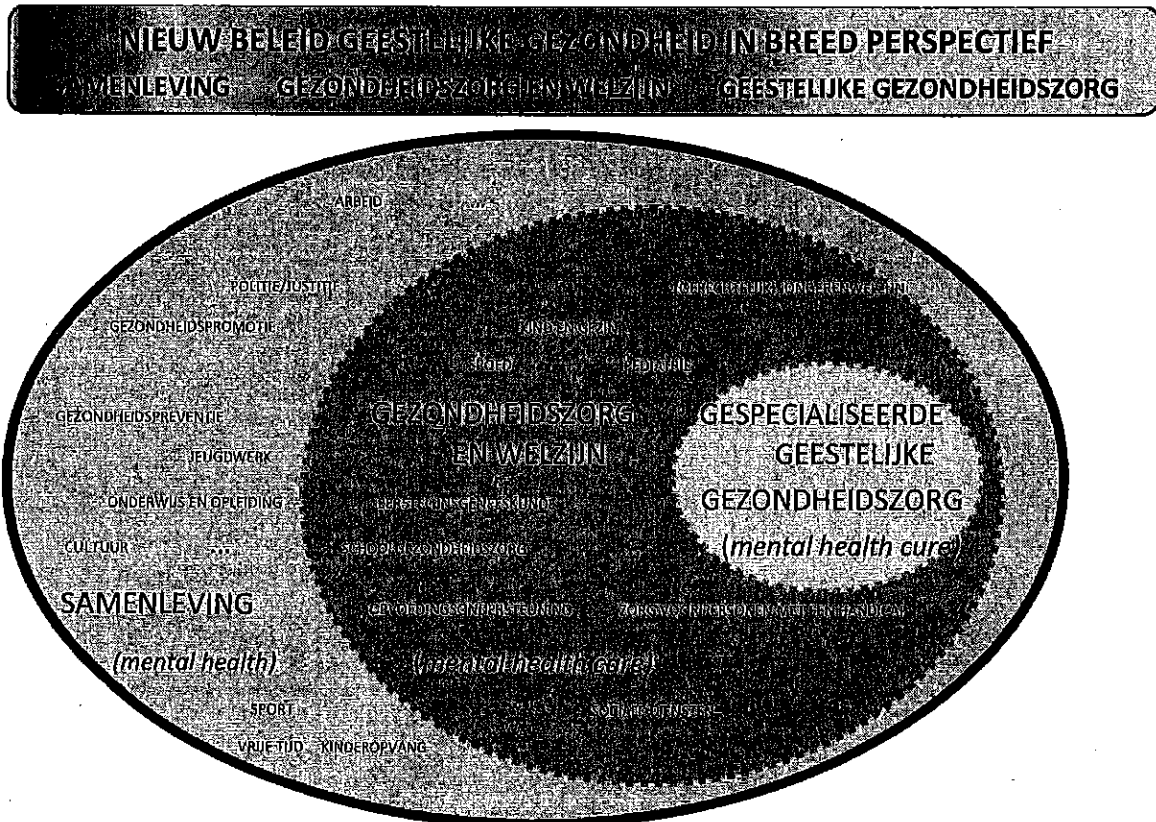
België heeft een lange geschiedenis op het vlak van de "verzorging" van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit hoofdstuk geeft een algemene situering van het specifiek ggz aanbod naar kinderen en jongeren dat in de loop der jaren uitgebouwd is, zonder exhaustief te zijn. Naast dit specifiek ggz aanbod nemen veel belovende sectoren een belangrijke rol in de geestelijke

<sup>20</sup> WHO, 2005, mhGAP Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders, Geneva, 37. ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhGAP/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/index.html))

<sup>21</sup> Sytema, S., e.a. (2006). *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. Trimbo-instituut. p.5-6.

<sup>22</sup> VAN BEEMEN, L. (2009), *Ontwikkelingspsychologie*, Groningen, Noordhoff Uitgevers, p.18.

gezondheidszorg, zoals zorgvoorzieningen voor personen met een handicap, jongerenwelzijn, ... . Samenwerking en afstemming met deze partners is fundamenteel, zowel op de werkvloer als op overheidsniveau. De Gemeenschappelijke Verklaring stelt dat "Alle zorgverleningsvormen moeten op elkaar worden afgestemd zodat een complementariteit en continuïteit van de zorg mogelijk wordt."



Figuur 2: Schematische voorstelling zorgaanbod geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren (niet-exhaustief)

De Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg bestaat uit een aantal sectoren.

De centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) bieden ambulante diagnostiek en/of behandeling aan kinderen en jongeren met psychische stoornissen. Deze hulp kan mobiel, in de eigen leefomgeving, aangeboden worden.

Binnen de psychiatrische en algemene ziekenhuizen zijn erkenningsnormen en programmatiecriteria voor K-bedden (in diensten voor neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen) voorzien. K-diensten bieden in principe spoedinterventie in het kader van crisis, observatie of behandeling aan. Zowel volledige ziekenhuisopname als dag- of nachtopname zijn mogelijk. Daarnaast ontwikkelen sommigen ambulante zorgvormen. Adolescenten worden ook, soms onder gedwongen statuut, opgenomen in A- en T-bedden aangezien een aantal ziekenhuizen door een regionaal tekort aan voorzieningen in het zorgnetwerk en door het feit dat kinderen van adolescenten gescheiden moeten worden binnen de K-diensten, genoodzaakt was een aanbod voor adolescenten uit te bouwen.

Sommige centra met een RIZIV-conventie hebben een specifiek aanbod voor kinderen en jongeren, zoals de Referentiecentra Autisme, Centra voor Ambulante Revalidatie en de Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen. Naast diagnostiek en/of behandeling richten een aantal centra zich specifiek op inclusie van het kind of de jongere in de samenleving.

Een aantal organisaties vanuit deze sectoren richt zich op subpopulaties en heeft hiervoor een specifieke werking en omkadering uitgebouwd, zoals voor jongeren met een

verslavingsproblematiek, kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen, ...

Naast deze structureel gefinancierde ggz-sectoren werden door de verschillende overheden **pilootprojecten** gerealiseerd die zich specifiek naar kinderen en jongeren richten, zoals o.a.:

- Een aantal 'outreachingsteams' voor kinderen en jongeren waarvan sommige zich richten naar kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische en/of ernstige gedragsproblemen.
- Een intensieve behandel eenheid werd uitgebouwd voor kinderen en jongeren met Sterk Gestoord en Agressief (SGA) gedrag.
- Een netwerkcoördinatie, gekoppeld aan de werking van een mobiele equipe, wordt gefinancierd.
- Er werden voor de uitbouw van het zorgtraject voor jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen o.a. een aantal Intensieve Behandel eenheden voor jongeren gecreëerd die een als Misdrijf Omschreven Feit hebben gepleegd (IBE (MOF)), de zogenaamde Fork-units.
- In iedere regio wordt het Project "Inter-action"<sup>23</sup> gefinancierd.
- Er wordt geïnvesteerd om de specifieke ggz-expertise via outreaching ter beschikking te stellen van belendende sectoren.
- Een aantal projecten rond jongeren met een verslavingsproblematiek werden uitgebouwd.

Deze pilootprojecten worden op een redelijke termijn grondig geëvalueerd en de mogelijkheid tot structurele verankering in het nieuw beleid geestelijke gezondheid wordt voorzien.

De **Overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)** zijn ondersteunend aan de zorg en hebben vanuit hun erkenning de opdracht tot het faciliteren van overleg en samenwerking o.a. rond de doelgroep kinderen en jongeren. Deze overlegorganen dragen reeds bij aan de organisatie van het netwerk.

## **2. Strategisch plan tot nieuw beleid geestelijke gezondheid kinderen en jongeren**

### **2.1. Missie en waarden**

Ggz kinderen en jongeren richt zich naar alle kinderen en jongeren met psychische problemen, evenals hun natuurlijke en hulpverlenende context. Kernopdrachten zijn vroegdetectie, screening en toeleiding, diagnostiek, behandeling, inclusie in alle levensdomeinen en ontwikkeling en samen inzetten van expertise. De noden en behoeften van het kind of de jongere en hun context staan centraal. Vanuit een teamwerking en multidisciplinaire aanpak wordt er rekening gehouden met de mogelijkheden en achtergrond van het kind of de jongere, maar eveneens met de krachten en beperkingen van behandelmethoden. Er wordt samengewerkt met andere betrokken organisaties.

Volgende waarden staan centraal binnen de ggz kinderen en jongeren:

- **Samenwerking en wederzijdse ondersteuning** in interdisciplinair teamverband en, op cliëntniveau, met het kind of de jongere, de ouders en andere betrokken hulpverleners
- **Openheid** naar het kind of de jongere, de ouders en alle betrokken hulpverleners vanuit een **gezamenlijke en gedeelde verantwoordelijkheid** en vanuit een visie en reflecties op de

<sup>23</sup> Intervention intensive auprès d'adolescents et de jeunes adultes ayant un Trouble Envahissant du Développement (TED) et/ou ayant une Déficience Intellectuelle (DI) et présentant des troubles graves du comportement

toepassing van het beroepsgeheim op alle niveaus (communicatie en informatie-uitwisseling met het kind of de jongere, met de ouders, met de familie, met betrokken hulpverleners, ...)

- **Constructief** en werkend vanuit **vertrouwen** en **wederzijds respect** met het kind of de jongere, de familie en betrokken hulpverleners
- **Procesgericht** met het kind of de jongere en zijn familie in het centrum en met **respect** en openheid voor hun eigenheid
- **Professioneel** en voortbouwend op **engagement, specifieke expertise, vaardigheden, levenslang leren en zich inspirerend op goede praktijken** m.b.t. de doelgroep die ingezet worden vanuit het brede netwerk
- **Engagement en collectieve zorggarantie** op alle niveaus (directies, veldwerkers, ...) zodat ieder kind en jongere toegang tot de zorg heeft en de zorg krijgt waar hij recht op heeft
- **Kritisch** vanuit grondige evaluaties met het kind of de jongere en zijn ouders, families, betrokken hulpverleners, ...

## 2.2. Visie

De IMC Volksgezondheid formuleert in de '*Gemeenschappelijk Verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de ggz voor kinderen en jongeren*' zeven uitgangspunten die de basis vormen van het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. Deze uitgangspunten zullen in deze Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring en bij de verdere ontwikkeling van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren verder genuanceerd worden.

*A. Het moet duidelijk zijn dat een geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren moet uitgaan van een **globale aanpak van alle zorgcomponenten**. Uit dit basisprincipe vloeit het idee voort van het werken met **zorgprogramma's gerealiseerd door zorgcircuits in netwerken**. Alle zorgverleningsvormen moeten op elkaar worden afgestemd zodat een **complementariteit en continuïteit van de zorg** mogelijk wordt.*

*B. De aanpak is in beginsel **algemeen**. Wel kan overwogen worden om voor specifieke doelgroepen in geëigende modules te voorzien.*

*C. Binnen voormeld concept is de dimensie **vroegdetectie, preventie en gezondheidspromotie** van essentieel belang, zodat psychische problemen zoveel als mogelijk kunnen worden voorkomen en niet uitmonden in een kritische geestelijke gezondheidssituatie van de patiënt.*

*D. In de mate van het mogelijke is het van belang dat de patiënt **binnen zijn eigen omgeving** wordt behandeld zodat bij de behandeling rekening wordt gehouden met de omgevingsfactoren. De thuiszorg dient derhalve een prominente plaats in te nemen in het vernieuwd geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. De belangrijke rol van de **eerstelijnsgezondheidswerkers** zal dus op de voorgrond moeten worden geplaatst.*

*Ziekenhuisbehandeling moet worden voorbehouden voor acute situaties waar thuisbehandeling niet mogelijk of niet wenselijk is.*

*Er is bovendien nood aan **meer gespecialiseerde en beter gedifferentieerde zorg die aan de thuisomgeving kan worden aangeboden**, inzonderheid voor crisis- en urgentiesituaties maar evenzeer voor meer langdurige zorg.*



*De rol van de ziekenhuizen dient, binnen een context van globale aanpak en ontschotting van de zorg, fundamenteel te worden herdacht.<sup>24</sup>*

*Het aanbod aan voorzieningen moet, binnen een geïntegreerde aanpak, beantwoorden aan het geheel van de behoeften.*

*Hierbij is wellicht een gedifferentieerde aanpak tussen stedelijke en rurale gebieden aangewezen.*

*E. Bij de behandeling moet rekening worden gehouden met de **gezondheidsdeterminanten** zodat de kans op reïntegratie in het maatschappelijk leven maximaal is. Uiteraard dient hiervoor overleg te worden gepleegd met de hiervoor bevoegde overheden.*

*F. Binnen de vernieuwde aanpak moet ook rekening worden gehouden met **de socio-economische context**, zodat voldoende aandacht gaat naar risicogroepen die alle kansen om te genieten van een goede opvang moeten krijgen.*

*G. Het beleid beoogt zowel kinderen als jongeren. Er dient te worden over gewaakt dat **de overgang naar de zorg voor volwassenen** harmonieus verloopt en dit in relatie met de projecten 107 waar deze bestaan.*

Deze uitgangspunten vormen de basis van een **uitdagende visie** op het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, zowel op overheidsniveau als op niveau van de ggz voor kinderen en jongeren:

Alle betrokken **overheden** tekenen samen, in overleg, op basis van een duidelijke, coherente en geloofwaardige visie, een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren uit. Krachten en middelen worden gebundeld. Er is correcte en evenredige financiering voorzien om het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid te realiseren. Een positieve, bottom-up benadering met respect voor en inbreng van de expertise en knowhow van het werkveld staat centraal. Dialoog, transparantie, openheid en participatie en inspraak van kinderen en jongeren en hun context zijn sleutelwoorden in alle beleidsprocessen. Vanuit vertrouwen creëert de overheid voor alle partners van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren ruimte om innovatief te zijn, te experimenteren, projecten uit te bouwen, ... . Tegelijk is er aandacht voor de ggz die reeds gerealiseerd en uitgebouwd is en voor de samenwerking die reeds door de gemeenschappen en gewesten uitgebouwd is met belendende sectoren, zoals jongerenwelzijn, gehandicaptenzorg, ... .

**Ggz kinderen en jongeren** investeert in netwerken, zowel op inhoudelijk als op bestuurlijk vlak; zowel sectoraal als intersectoraal. Uitgangspunt is dat ieder kind of jongere recht heeft op een toegankelijke, betrokken, positieve, deskundige, kwaliteitsvolle en continue ggz op maat van zijn noden. De doeltreffendheid en de impact op het kind en de jongeren worden steeds mee in overweging genomen bij de keuze van de zorg die bij voorkeur wordt aangeboden in de eigen leef- en leeromgeving. Er wordt steeds vertrokken vanuit hun mogelijkheden, maar evenzeer rekening gehouden met hun beperkingen en deze van hun context. De natuurlijke en hulpverlenende context is zo maximaal mogelijk betrokken. Wetenschappelijke studies en evaluaties van gerealiseerde projecten op basis van effectiviteit en efficiëntie maar evenzeer op basis van ethische standpunten, leiden tot bijsturing en verandering. Zowel binnen de zorg, als binnen de netwerken staan dialoog en participatie van kinderen en jongeren en hun context in de verschillende fasen van beslissing centraal. Ggz kinderen en jongeren investeert in preventie en gezondheidspromotie.

---

<sup>24</sup> Deze uitspraak doet geen afbreuk aan de huidige werking.

De ggz kinderen en jongeren inspireert andere sectoren en neemt het voortouw binnen netwerken om complementariteit en zorgcontinuïteit over sectoren heen te realiseren. Vroegdetectie is cruciaal. Deskundigheid en expertise worden gedeeld en uitgewisseld.

### **3. Beschrijving model nieuw beleid geestelijke gezondheid kinderen en jongeren**

#### **3.1. Netwerking – coördinatie**

##### **3.1.1. Netwerking als uitgangspunt nieuw beleid geestelijk gezondheid**

Volgens de Gemeenschappelijke Verklaring voor de realisatie van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren van 10 december 2012 (B.S. 24 januari 2013) moet het gezondheidsbeleid voor deze doelgroep uitgaan van een globale<sup>25</sup> en geïntegreerde<sup>26</sup> aanpak van alle zorgcomponenten. Uit dat basisprincipe vloeit de idee voort van het werken met zorgprogramma's gerealiseerd door netwerken. Alle zorgverleningsvormen moeten op elkaar afgestemd worden zodat complementariteit en continuïteit van de zorg mogelijk wordt en overlap vermeden wordt. Conform stap 5 van mijlpaal 1 van de voornoemde Gemeenschappelijke Verklaring moet naar analogie met de doelgroep volwassenen een functioneel model worden ontwikkeld dat een omschrijving omvat van het noodzakelijke zorgaanbod dat een werkingsgebied dient te organiseren enerzijds en dat het belang van intersectorale samenwerking via netwerking bevestigt anderzijds.

##### **3.1.2. Definitie van netwerk**

De definitie van een netwerk van zorgvoorzieningen luidt volgens art. 11 van de gecoördineerde ziekenhuiswet als volgt: "Een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten die samen een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en door hen te motiveren gebiedsomschrijving, een of meerdere programma's aanbieden in het kader van een instellingsoverschrijdende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst."

Een zorgcircuit wordt door hetzelfde art. 11 van de gecoördineerde ziekenhuiswet als volgt omschreven: "Een geheel van zorgprogramma's die worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen".

Inzake de waarborg voor het behoud van de eigenheid en autonomie van de zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten verwijzen we naar het advies van de NRZV m.b.t. de basisprincipes, randvoorwaarden en criteria voor een geografische gebiedsomschrijving van de proefopstellingen "zorgcircuits en netwerken voor de ggz-doelgroep jeugd" d.d. 13.03.2003. Volgens dat advies mag de functionele samenwerking die beoogd wordt in het kader van de netwerken geenszins tot gevolg hebben dat de juridisch en onafhankelijke partners die deze netwerken vorm geven, op een imperatieve wijze worden opgenomen in nieuwe beheerstructuren voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

De functionele samenwerking moet vertaald worden in een netwerkovereenkomst waarin alle partners zich op solidaire en evenwaardige wijze engageren en verantwoordelijkheid opnemen om de vooropgestelde doelstellingen in een eerste fase uit te testen. Deze overeenkomst moet de

<sup>25</sup> globaal = allesomvattend, compleet. Alle aspecten van geestelijke gezondheid worden meegenomen, vertrekkend vanuit een globale aanpak.

<sup>26</sup> Geïntegreerd = alle relevante sectoren, diensten, voorziening, partners, ... betrekkelijk. Geïntegreerd verwijst enerzijds naar een horizontale benadering van zorg doorheen alle sectoren en anderzijds naar een verticale benadering doorheen verschillende competenties.

volgende elementen omvatten: missie van het netwerk, vereiste partners, inzet van middelen (personele, materiële en financiële), te organiseren modules (combinatie van functies en modaliteiten van zorg) en zorgprogramma('s), kwaliteitsparameters, registratie, toegankelijkheid, ... .

Voor de doelgroep kinderen en jongeren is het van cruciaal belang te komen tot overleg en een optimale samenwerking met de partners van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (zie hoofdstuk 1.C.) en alle partners die actief zijn in de belendende sectoren, alsook alle andere instanties met wie het aangewezen is samen te werken. Het is fundamenteel dat vertegenwoordiging vanuit de doelgroep 'kinderen en jongeren' en context (ouders, familie, mantelzorgers, ...) binnen deze samenwerking een formele plaats krijgt en dat er open netwerken georganiseerd worden die plaats geven aan samenwerking.

### **3.1.3. Geografische gebiedsomschrijving van een netwerk**

De huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren moet geleidelijk aan evolueren naar een meer actieve samenwerking tussen en finaal naar netwerken van partners binnen afgebakende werkingsgebieden. Het netwerk moet zelf de gebiedsomschrijving motiveren. De criteria voor de afbakening van een werkingsgebied zijn:

- aanwezigheid van voldoende gedifferentieerd zorgaanbod in functie van de zorgnoden, rekening houdend met prevalentie en incidentie
- sociologisch aaneensluitend geheel van steden en gemeenten rekening houdend met sociale fluxen, regionale eigenheden, ...
- een evenwichtige spreiding en optimale toegankelijkheid van het zorgaanbod
- de reeds bestaande samenwerkingspatronen
- regionale context en specificiteit (bv. wetgeving en instructies)

De som van alle werkingsgebieden moet finaal het grondgebied van België volledig dekken.

Conform de Gemeenschappelijke Verklaring kunnen bijkomend voor specifieke doelgroepen en op basis van de verantwoorde zorgnoden, rekening houdend met prevalentie en incidentie, netwerken over werkingsgebieden heen, op supra regionaal niveau, samenwerken en afstemmen.

Binnen een werkingsgebied gelden de volgende voorwaarden inzake toetreding en uitsluiting:

- In de exploratieve fase van het netwerk geldt het principe van vrijwillige toetreding. Elke partner wordt opgeroepen toe te treden tot het netwerk.
- Geen enkele partner kan uitgesloten worden tot toetreding mits het onderschrijven van de missie van het netwerk en de netwerkovereenkomst.

De voorgestelde parameters voor geografische werkingsgebieden tijdens de exploratieve fase, moeten een veralgemening nadien bevorderen.

### **3.1.4. Inhoudelijke en organisatorische opdracht van een netwerk**

De bestaande netwerken die zich in veel gevallen richten op casuoverleg evolueren naar een casuoverstijgende en meer structurele benadering waarbij een onderscheid gemaakt worden tussen een inhoudelijke en een organisatorische opdracht.

- **Zorginhoudelijke opdracht**

Deze opdracht heeft betrekking op de ontwikkeling en realisatie van zorgprogramma's die een globale, geïntegreerde, vraaggestuurde, kwaliteitsvolle, toegankelijke, efficiënte en effectieve geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en hun context beogen. Om deze opdracht te realiseren, voorziet het netwerk overleg tussen inhoudelijke veldwerkers van betrokken partners.

- **Organisatorische opdracht**

Uit de netwerkovereenkomst blijkt hoe het netwerk wordt georganiseerd en aangestuurd op verschillende assen. De organisatorische opdracht zal zich concretiseren in een of meerdere organen, zoals een netwerkcomité bestaande uit gemandateerde vertegenwoordigers. De partners in het netwerkcomité zijn bevoegd voor de uitvoering en wijziging van de netwerkovereenkomst, het strategisch beleidsplan, de goedkeuring van begroting en rekening, ... . Het netwerkcomité kan een beleidsgroep aanstellen bevoegd voor de uitvoering van het operationeel beleid, de opvolging van de netwerkcoördinator, ... . Een duidelijke en eenvoudige netwerkstructuur is de beste garantie voor een slagkrachtig netwerk. Het is niet de bedoeling een bepaald netwerkmodel op te leggen. Een mozaïek aan modellen kan een meerwaarde betekenen bij het zoeken naar het meest aangewezen model in functie van efficiëntie en effectiviteit.

### **3.1.5. Netwerkcoördinator**

Ieder netwerk stelt een netwerkcoördinator aan die zowel de inhoudelijke als de organisatorische werking ondersteunt en faciliteert. Hij oefent zijn functie uit op basis van een duidelijk mandaat gegeven door het netwerk. Voor het profiel en de opdracht verwijzen we naar de gedragen gids voor de doelgroep 'volwassenen'<sup>27</sup>.

### **3.1.6. Beroepsgeheim en wettelijke aansprakelijkheid**

Binnen het netwerk moet voldoende aandacht gaan naar het beroepsgeheim. Hetzelfde geldt voor de wettelijke aansprakelijkheid. De gezamenlijke inzet, ook van middelen, doet vragen rijzen rond de verantwoordelijkheid van elke partner, doch doet tot op heden niets af aan de individuele aansprakelijkheid van elkeen.

### **3.1.7. Additionele middelen**

Naar analogie met de projecten art. 107 voor de doelgroep volwassenen, zijn voor de doelgroep kinderen en jongeren additionele middelen nodig voor de kosten die als gevolg van netwerken worden gegenereerd, zoals de kosten voor de coördinator (personeels- en werkingskosten), procesbegeleiding, evaluatie, vorming, ... Niet alle hiaten in het zorgaanbod kunnen opgelost worden door te rekenen op een vrijwillige reconversie vanuit andere (deel)sectoren. Bijkomende middelen zijn nodig om alle zorgprogramma's in elk werkingsgebied te realiseren.

### **3.1.8. Kwaliteits- en performantiecriteriën**

Het is aangewezen op geregelde tijdstippen de kwaliteit en de performantie van het netwerk te evalueren op basis van een aantal criteria. Zo worden o.a. volgende kwaliteits- en performantiecriteriën onderscheiden:

- Netwerkmis­sie (Verloopt de werking van het netwerk conform de mis­sie van het netwerk? Zijn er kritische succesfactoren geformuleerd m.b.t. de mis­sie? ...)
- Cliënten en cliëntennetwerk (Welke meerwaarde levert het netwerk op voor de cliënten en hun netwerk? Worden de cliënten en hun omgeving voldoende actief betrokken via communicatie en overleg? Zijn cliënten en hun omgeving tevreden? ...)
- Dienstverlening (Zijn alle functies, modules van het zorgprogramma aanwezig? Wordt de effectiviteit en de efficiëntie van de dienstverlening gemeten? ...)
- Organisatie (Maakt de organisatiestructuur een goede inhoudelijke en organisatorische werking mogelijk? Beantwoordt de organisatiestructuur aan de principes van deugdelijk bestuur? Is er voldoende duidelijkheid m.b.t. verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid? ...)

---

<sup>27</sup> Zie 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (p.15)' ([www.psy107.be](http://www.psy107.be))

- Middelen (bv. Zijn alle noodzakelijke personele, materiële en financiële middelen beschikbaar? Wordt de inzet van de middelen goed gepland en opgevolgd? ...)
- Wettelijke en reglementaire context (Worden alle wettelijke en reglementaire bepalingen nageleefd binnen het netwerk? Is er voldoende afstemming tussen de arbeids- en bezoldigingsvoorwaarden van de ingezette medewerkers? ...)
- Specifieke criteria (bv. aantal suïcides, medicatiegebruik, contacten met justitie, ...)

Deze criteria worden vertaald naar concrete, meetbare indicatoren en dienen ondersteund te worden door een gemeenschappelijke ggz-registratie en intersectorale monitoring van zorgtrajecten.

Binnen het nieuw beleid en op netwerkniveau is er expliciet aandacht voor uitwisseling van informatie via "elektronische dossiers" en wederzijdse communicatie. Het zich laten inspireren vanuit bestaande goede praktijken is evenzeer een aandachtspunt.

### 3.2. Welk model realiseren? – functies

Het **beleid geestelijke gezondheid** voor kinderen en jongeren gaat breder dan de sector gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De overheden hebben de opdracht om oog te hebben voor het brede perspectief van het nieuwe beleid geestelijke gezondheid en om de sectorexterne partners aan te spreken op hun verantwoordelijkheden naar de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun context. Alle partners binnen of buiten het strikte domein van de psychiatrische stoornissen hebben een opdracht aangaande de geestelijke gezondheid van de kinderen en jongeren die hun toevertrouwd worden. Samen blijven ze verantwoordelijk om, in een netwerk, passende antwoorden op de uitdagingen te leveren.

Wij streven naar een model van geestelijke gezondheidsbeleid dat meerdere functies in de samenleving vervult, gebruik makend van de sterktes, de positie en opdrachten van alle actieve partners in de breedste zin. Zij realiseren samen deze doelstelling. Deze samenwerking omvat zowel de partners die professionele zorg leveren, de partners die een bijdrage leveren in de aanvullende voorwaarden aan deze zorg en tenslotte de partners die een actieve rol opnemen door gunstige voorwaarden te scheppen en de geestelijke gezondheid voor de doelgroep in de samenleving actief bevorderen.

Voor de duidelijkheid, hanteren we volgende definities:

**PARTNER:** elkeen en elke voorziening die bijdraagt tot het beleid geestelijke gezondheid en die zich engageert in tot samenwerking en netwerking

**NETWERK:** zie punt 3.1.

**FUNCTIE:** een kernopdracht die in het netwerk wordt gerealiseerd en toelaat een gepast antwoord te geven op de individuele noden van kinderen en jongeren met een ggz-probleem en hun context

**PROGRAMMA:** de vertaling van de functies in een concreet zorgaanbod van het netwerk. Dit zorgaanbod kan verschillende vormen aannemen (modaliteiten van functies – zie verder). Indien nodig wordt dit verder aangepast naar o.a. kinderen en jongeren met specifieke noden (bv. kinderen en jongeren met een urgente hulpvraag, jongeren met een justitieel statuut in combinatie met een psychiatrische stoornis, infants, ....)

#### 3.2.1. Functies

In het beleid geestelijke gezondheid voor kinderen, jongeren en hun context onderscheiden we vijf functies. De eerste vier functies zijn kernfuncties in de geestelijke gezondheidszorg. De laatste functie is een ondersteunende transversale functie waaraan door alle partners samen wordt vorm gegeven. Het netwerk ontwikkelt deze functies:

## A. VROEGDETECTIE, SCREENING EN ORIËNTATIE

Vroegdetectie verwijst naar de analyse van de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek met of zonder hulpvraag.

Screening betekent de exploratie van de signalen.

Oriëntatie betekent het actief richten van het kind of de jongere en zijn context naar een gepast hulp- of zorgaanbod.

## B. DIAGNOSTIEK

Diagnostiek verwijst naar het holistisch exploreren op basis van het bio-psycho-sociaal model. Vanuit deze multidimensionale benadering krijgt men een zo volledig mogelijk beeld van de problematiek.

## C. BEHANDELING

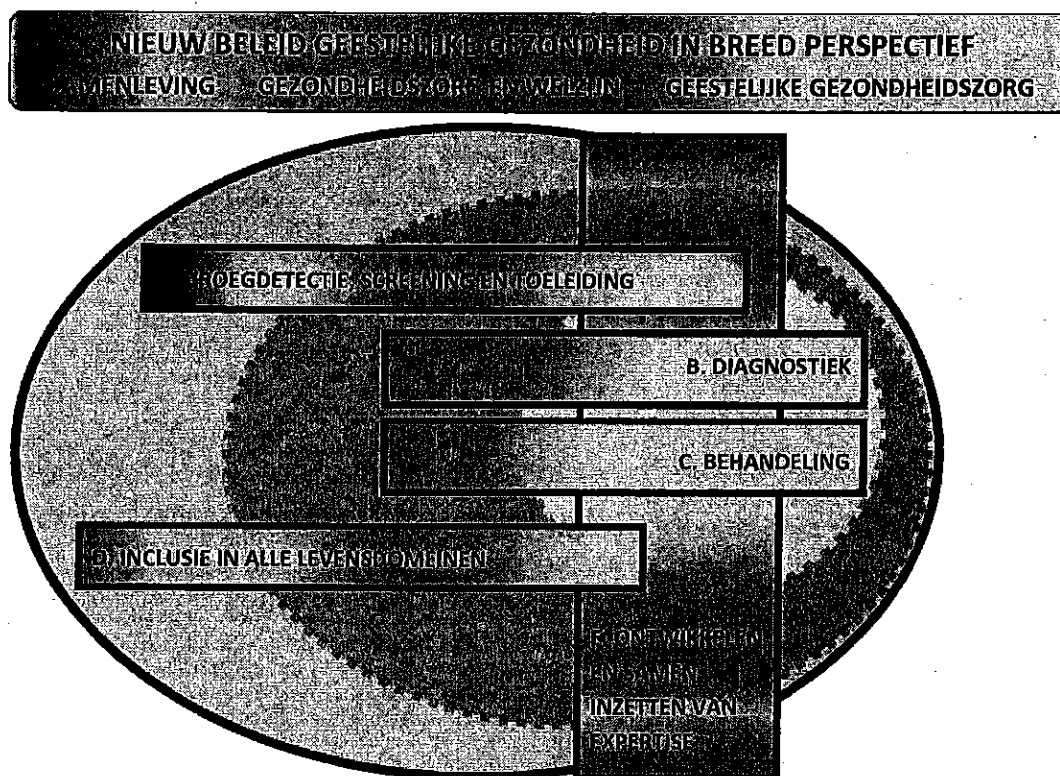
Behandeling verwijst naar het op specialistische, gestructureerde en methodische wijze uitvoeren van activiteiten of het nemen van beslissingen die ingrijpen op het psychisch, sociaal en/of somatisch functioneren. Doel is verbeteren of behouden van het niveau van het functioneren, het verminderen van de lijdensdruk en bevorderen van herstel, waar mogelijk.

## D. INCLUSIE IN ALLE LEVENSDOMEINEN

Inclusie staat voor gelijkwaardigheid en volwaardig burgerschap. Tot deze functie horen ondersteunings- of ontwikkelingsactiviteiten die tot doel hebben het kind of de jongere zo volwaardig mogelijk te laten participeren aan de samenleving. Maatschappelijke inclusie bevordert de persoonlijke ontwikkeling en ontplooiing.<sup>28</sup>

## E. UITWISSELEN EN SAMEN INZETTEN VAN EXPERTISE

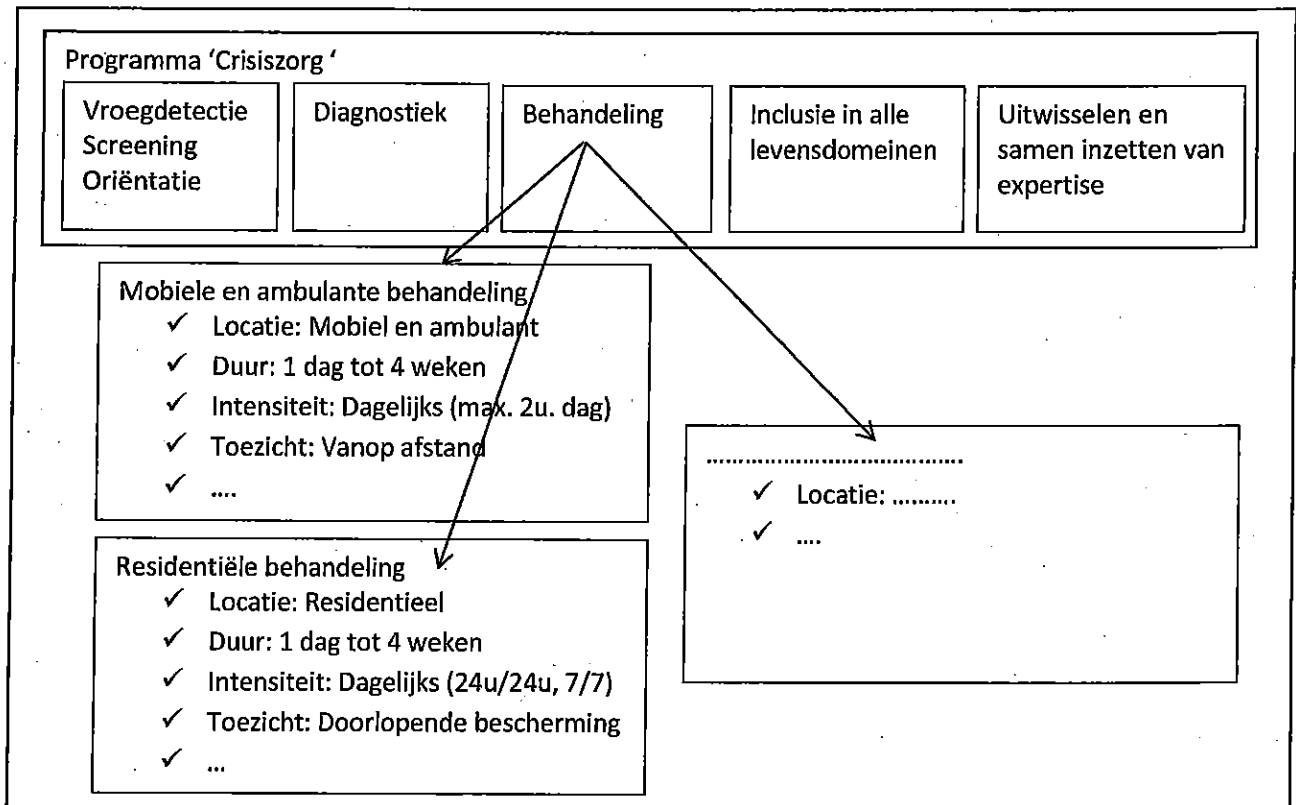
Elke hulpverlener, discipline, voorziening, sector, ... heeft zijn eigen unieke plaats, competenties en verantwoordelijkheden. Op casusniveau worden competenties en expertise uitgewisseld en gebundeld om de continuïteit en de professionaliteit te verhogen.



Figuur 3: Schematische voorstelling functies

<sup>28</sup> Voorbeelden van inclusie zijn leer- of trainingsgeoriënteerde activiteiten, maar ook (psycho-)educatieve interventies gericht op ontwikkelingsstimulering en opvoeding, en dit op een planmatige en methodische wijze. Zowel informatie en kennisoverdracht als gerichte training en het aanleren van vaardigheden zijn instrumenten en hefbomen in deze functie. Activeringsinitiatieven, zoals bv. het aanbrenen van leefstructuur of het zoeken naar vrijetijdsactiviteiten georganiseerd met het oog op het leren invullen van een dagstructuur sluiten hierbij aan. Vaardigheden worden ontwikkeld door het opnemen van een (sociaal, cultureel) leven in de samenleving, maar evenzeer door het behoud en herstel van bv. een regulier of aangepast school- of opleidingstraject.

De functies vormen in het nieuwe beleid ggz kinderen en jongeren de basis van één of meerdere programma's. Om deze functies te concretiseren worden er modaliteiten aan gekoppeld. In de onderstaande figuur is ter illustratie één voorbeeldprogramma uitgewerkt, nl. rond 'crisiszorg'. Het voorbeeld gaat enkel dieper in op de functie behandeling. Dergelijk programma wordt door het netwerk geconcretiseerd en aangepast. Er kunnen ook programma's over netwerken heen ontwikkeld en vervolledigd worden. De beschreven modaliteiten zijn louter illustratief.



Figuur 4: Voorbeeldprogramma 'crisiszorg'

Op basis van het concreet actieplan met de strategische doelstellingen en de engagementen vanuit de verschillende overheden zal in de gids vanuit een beleidsoogpunt verder ingaan worden op een aantal prioritaire programma's waarin op een globale wijze meerdere functies met een aantal relevante modaliteiten beschreven worden.

In de gids worden de programma's als een breed kader omschreven waarbinnen de netwerken ruimte en mogelijkheden hebben om deze krijtlijnen op een creatieve en innovatieve manier te vertalen naar concrete programma's op netwerkniveau, rekening houdend met specifieke karakteristieken van het aanbod in het werkingsgebied, opgebouwde expertise, ervaren noden en prioriteiten binnen het netwerk, ... De programma's vertrekken vanuit de noden van ieder kind of jongere en zijn context en vormen de basis van verschillende individuele trajecten doorheen het aanbod van het netwerk.

De programma's kunnen zich richten naar:

- een specifieke zorginhoud, zoals bv. urgentiezorg, crisiszorg, langdurige, actieve aanklampende zorg, ...
- een aantal specifieke leeftijdsgroepen rekening houdend met het ontwikkelingsniveau van het kind of de jongere, zoals bv. zeer jonge kinderen (infants)

- subpopulaties met specifieke karakteristieken, zoals bv. jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen, jongeren met een verslavingsproblematiek, kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische of psychiatrische problemen

De programma's bouwen voort op de eerder beschreven visie en benadrukken het principe waarbij in de mate van het mogelijke het kind of de jongere binnen zijn eigen omgeving wordt behandeld zodat bij de behandeling rekening wordt gehouden met de omgevingsfactoren.

Bij de uitwerking zullen de relevante adviezen en rapporten, evenals de internationale ervaringen en de resultaten van de enquête en georganiseerde hoorzittingen van binnenlandse inspirerende praktijken meegenomen worden.

### **3.2.2. Functionele randvoorwaarden**

Om deze functies en programma's zo optimaal mogelijk te realiseren, moet het netwerk eveneens investeren in volgende functionele randvoorwaarden:

#### **A. UNIVERSELE PREVENTIE EN PROMOTIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID**

Universele preventie is gericht naar alle kinderen en jongeren. Selectieve preventie is gericht naar specifieke risicogroepen. Het Ottawa Charter (1986) fungeert als basisdocument. Dit charter stelt dat gezondheid de verantwoordelijkheid is van allen. Gezondheidsbevordering vereist immers een gecoördineerde actie door alle betrokkenen: overheden, gezondheids-, sociale en economische sectoren, vrijwillige en niet gouvernementele organisaties, lokale autoriteiten, industrie en media.

#### **B. COMPETENTIEBEVORDERING**

De onderlinge uitwisseling van niet-casusgebonden expertise betekent een meerwaarde in het valoriseren van alle basiscompetenties, ongeacht het specifieke werkdomein van een hulpverlener of organisatie.

#### **C. REGISTRATIE, EVALUATIE EN PARTICIPATIE AAN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK**

Elk netwerk ontwikkelt en implementeert een beleid inzake registratie en evaluatie. Elk netwerk investeert in en participeert aan wetenschappelijk onderzoek.

### **3.2.3. Organisatorische en financieel faciliterende maatregelen**

De overheid realiseert een aantal organisatorische en financieel faciliterend maatregelen:

#### **A. WETENSCHAP: ONDERZOEK, VORMING EN EXPERTISE**

- **WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK ALS RUGGENGRAAT**  
Om het nieuw beleid geestelijke gezondheid te realiseren, moet er geïnvesteerd worden in wetenschappelijk onderzoek, o.a. rond prevalentie en incidentie, gezondheidseconomie (met o.a. de impact van vroegdetectie en tijdige behandeling). Door wetenschappelijke inzichten te vertalen naar de praktijk wordt innovatie gestimuleerd.
- **VORMING EN OPLEIDING IN HET KADER VAN DIT NIEUW BELEID**  
Een vormingsaanbod en de mogelijkheid tot participatie aan opleidingen, stages, workshops, intervisies, trainingen, studiedagen, thematische meetings, informatiemomenten, ... ondersteunt het nieuw beleid geestelijke gezondheid.
- **REKENING HOUDEN MET INTERNATIONALE ERVARINGEN EN LOKALE EXPERTISE**  
Bij de uitwerking zal rekening gehouden worden met de relevante adviezen en rapporten, evenals met de internationale ervaringen en de resultaten van de enquête en georganiseerde hoorzittingen van binnenlandse inspirerende praktijken.

#### **B. HET GELIJKHEIDSBEGINSEL EN BESCHIKBAARHEID VAN ADDITIONELE MIDDELEN**

Het ongelijk gespreide aanbod dat vandaag beschikbaar is, dekt onvoldoende de noden en hulpvragen, zowel in het algemeen als in specifiek aanbod of in specifieke deelgebieden. Dit impliceert een expliciete overheidskeuze voor extra budget om een antwoord te formuleren op deze noden (cfr. WHO).



De programma's en functies worden ingevuld naar zowel ambulante als residentiële modaliteiten. Het is duidelijk dat het dekken van de noden zich baseert op de definitieve invulling van de prevalentiecijfers inzake kinder- en jeugdpsychiatrie en het reeds beschikbare aanbod terzake. Het dichten van de kloof tussen enerzijds het beschikbare aanbod en de nood aan kinder- en jeugdpsychiatrie in de verschillende regio's kan via verruiming van zowel het ambulante als het residentiële kinder- en jeugdpsychiatrisch aanbod als via de creatie van nieuwe zorgvormen.

Het moet immers de bedoeling zijn om in ons land een evenwichtig aanbod met goede geografische spreiding uit te bouwen.

In de verdere uitwerking van een concreet actieplan zal eveneens rekening worden gehouden met de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) met betrekking tot de nood aan bijkomende residentiële capaciteit voor de doelgroep kinderen en jongeren.

### **C. FLEXIBILITEIT ALS RIJKDOM EN STIMULANS**

Een te strakke en complexe regelgeving hypothekeert een dynamische en flexibele werking. Het nieuw beleid geestelijke gezondheid moet radicaal kiezen voor flexibele en aangepaste regelgeving. De uitbouw van of toegang tot noodzakelijke zorg mag niet vertraagd worden door onbedoelde schotten en administratieve beslommingen. Een aanpassing van de regelgeving is noodzakelijk om snel en accuraat te kunnen handelen over alle betrokken partners heen in functie van de vraag.

### **D. STRUCTURELE VERANKERING VAN INITIATIEVEN NA EVALUATIE**

De bestaande pilotprojecten, de op dit ogenblik reeds veelvuldig aanwezige inspirerende praktijken en initiatieven die ontstaan in het kader van dit nieuw beleid, worden grondig geëvalueerd met het oog op structurele erkenning en financiering. Daarnaast worden de gevalideerde inspirerende praktijken naar andere werkingsgebieden overgedragen.

### **E. INTERSECTORALE SAMENWERKING, ZOWEL OP DE WERKVLOER ALS OP DE OVERHEIDSNIIVEAU**

Intersectorale samenwerking staat centraal. Doorverwijzingen, van de ene sector naar de andere, moeten continu en zonder breuken in het zorgtraject gerealiseerd worden. Dit impliceert dat er zowel m.b.t. de instroom, uitstroom als de organisatie van vervolgzorg waar nodig intersectoraal overlegd en samengewerkt wordt.

### **F. COMMUNICATIEPLAN**

Gedurende het volledige proces zal bijzondere aandacht besteed worden aan het verstrekken van doelgerichte en coherente informatie. Om dit te bereiken is een communicatieplan van essentieel belang. Dit moet gepland en georganiseerd worden opdat de uitgangspunten van het nieuwe beleid, de visie, de waarden en principes aan alle partners voorgesteld worden. Doel is hen te betrekken van bij de start en te overtuigen van de noodzakelijke samenwerking in het kader van het globale doel.

## **4. Planning van de verdere werkzaamheden**

De planning uit de Gemeenschappelijke Verklaring is niet haalbaar. Hieronder is een aangepaste tijdstabel opgenomen die een overzicht biedt van de planning in de tijd voor het tot stand komen van het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.

De inhoud van de aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring wordt verder ontwikkeld in een gids die een concreet actieplan bevat. Deze gids wordt onder de vorm van een protocolakkoord voorgelegd aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

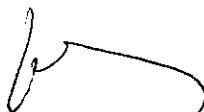


Voor de Federale Staat,  
Pour l'Etat fédéral,



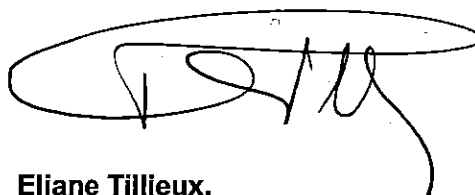
**Laurette Onkelinx,**  
Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Maatschappelijke Integratie  
Vice-première Ministre et Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique,  
chargée de l'Intégration Sociale

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest,



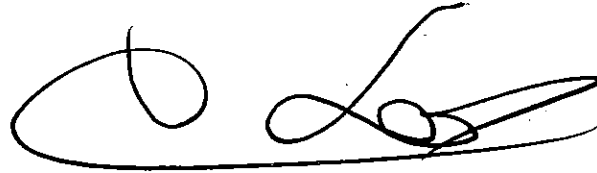
**Jo Vandeurzen,**  
Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Pour la Région Wallonne,



**Eliane Tillieux,**  
Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances

Pour la Communauté Française.



**Fadila Laanan,**

Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Egalité des chances

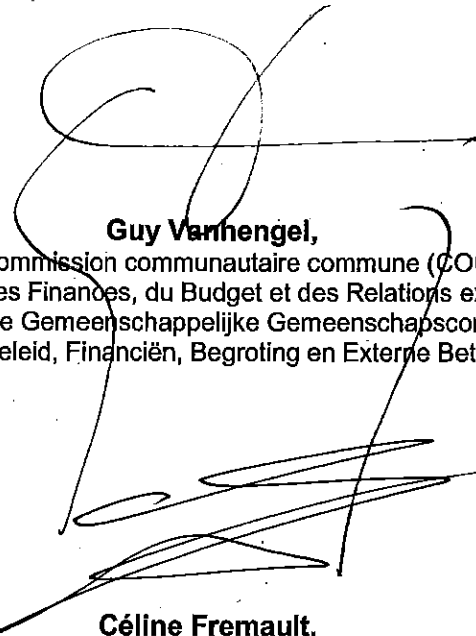
Pour la Commission Communautaire Française de Bruxelles-Capitale.



**Céline Fremault,**

Membre du Collège de la Commission communautaire française (COCOF), chargé de la Fonction publique, de la Politique de la Santé et de la Formation professionnelle des Classes moyennes

Pour la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale,  
Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad.



**Guy Vanhengel,**

Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé, des Finances, du Budget et des Relations extérieures  
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (COCOM), belast met Gezondheidsbeleid, Financiën, Begroting en Externe Betrekkingen

**Céline Fremault,**

Membre du Collège réuni de la Commission communautaire commune (COCOM), chargé de la Politique de la Santé et de la Fonction publique  
Lid van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), belast met Gezondheidsbeleid en Openbaar Ambt

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft,  
Pour la Communauté germanophone,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mollers', with a long horizontal stroke extending to the right.

**Harald Mollers,**  
Minister für Familie, Gesundheit und Soziales,  
Ministre de la Famille, de la Santé et des Affaires sociales,

Ainsi conclu à Bruxelles, le  
**24 FEB. 2014**

Aldus overeengekomen te Brussel, op  
**24 FEB. 2014**