

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU**

Brussel, 09/06/2011

**DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD
VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling Programmatie en Erkenning

O/Ref. : NRZV/D/PSY/329-3

Advies m.b.t. de uitbouw van een GGZ-programma voor kinderen en jongeren

Advies van de NRZV m.b.t. de uitbouw van een GGZ-zorgprogramma voor Kinderen en Jongeren

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Deel een: inleiding	4
• Context en situering van de adviesvraag	
• Samenstelling van de ad hoc werkgroep GGZ Kinderen en Jongeren	
• Werkwijze van de ad hoc werkgroep GGZ Kinderen en Jongeren	
• Beleidsperspectief van waaruit dit advies wordt geformuleerd	
• Algemene structuur van het advies	
Deel twee: advies	7
• Prevalentie van GGZ-problemen bij kinderen en jongeren	
• Inventarisatie van het huidige aanbod en belangrijkste vaststellingen	
• Uitgangspunten en randvoorwaarden voor een goede zorg	
• Geen kwaliteitsvolle GGZKJ zonder competente medewerkers	
• PRIORITAIRE NODEN VAN DE GGZ-BASISZORG VOOR KINDEREN EN JONGEREN	17
○ Prioritaire noden in de GGZ-basiszorg voor de volledige leeftijdsdoelgroep	
○ Bijzondere onderdelen in het zorgprogramma: prioritaire noden voor de uitbouw van dringende hulpverlening voor K&J; drie zorgfuncties	
• BIJZONDERE DEELPOPULATIES en GEDEELDE DOMEINEN	34
○ Pediatrische zorg	
○ kinderen en jongeren met verstandelijke of autisme gerelateerde handicap en psychiatrische problematiek	
○ Gerechtelijke GGZ voor K&J	
○ Verslavingszorg en jeugdpsychiatrische problemen	
• Andere innovatieve zorgvormen en good practices	
Deel drie: bijlagen: APART DOCUMENT	
1. Financieel overzicht van de GGZ-spelers voor kinderen en jongeren	
2. Gegevensanalyse	
a. zorgsoorten en hun elementen: overzicht allen	
b. programmatie en realisatie K-k	
c. ambulante sector-voorzieningen in België	
d. federale projecten outreaching	
e. federale projecten For-K	
f. RIZIV-conventies kinderen	
g. RIZIV-conventies verslaving	
h. COS/CAR/RCA(CRA)	
3. Evaluatiedocumenten van projecten	
~ outreachprojecten	
4. Zorgprogramma GGZKJ: schema's en modellen	

Samenvatting

Dit advies wordt uitgebracht, deels naar aanleiding van een voorliggende vraag van de pediaters over de opportuniteit van de uitbouw van eigen kinderpsychiatrische bedden (K) en deels op verzoek van de minister van sociale zaken naar aanleiding van de bespreking van het GGZ-aanbod kinderen en jongeren (GGZKJ) op de Interministeriële Conferentie Gezondheidszorg. De vragen daarbij waren: "breng het huidige GGZ-aanbod K&J in kaart, identificeer de prioritaire noden en tekorten in dit aanbod én formuleer, met het oog op de operationalisering van artikel 11 en artikel 107 van de ziekenhuiswet, een voorstel van functionele beschrijving van de opdrachten die in de toekomst moeten opgenomen worden in het globaal beleidszorgprogramma voor GGZKJ." Voor het formuleren van antwoorden op deze vragen werden hoorzittingen georganiseerd met vertegenwoordigers uit de diverse geledingen van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (GGZKJ) en de aangrenzende sectoren van de jeugdhulpverlening en de kindergeneeskunde in België. De resultaten hiervan werden aangevuld met expertmeetings en met de studie van relevante visieteksten en cijfers.

- Dit advies beschrijft de meest prioritaire noden voor de toekomst, zowel voor de kernactiviteiten van de GGZKJ als voor de raakgebieden met de somatische zorg, jeugdwelzijn, gehandicaptenzorg, verslavingszorg en justitie.
- Dit advies beschrijft op conceptueel-functionele wijze de opdrachten die moeten opgenomen worden in een beleidszorgprogramma GGZKJ
- Aan de bevoegde overheden wordt gevraagd om, op basis van dit advies, analoog aan de oproep voor de doelgroep volwassenen, een oproep te publiceren tot realisatie van proefopstellingen van de in artikel 11 van de ziekenhuiswet beschreven zorgcircuits en netwerken, voor de doelgroep kinderen en jongeren. In het kader van deze proefopstellingen van een voorzieningoverschrijdend zorgprogramma GGZKJ, dient de toepassing van de huidige financierings- en erkenningsnormen, waaronder de erkenningsnorm met betrekking tot de minimale capaciteit van een K-dienst (20 bedden/plaatsen) op een dynamische en functionele wijze ingevuld te worden.
- De realisatie van de in dit advies geformuleerde prioritaire noden vergt ontegensprekelijk additionele middelen en een meerjarenbegrotingsplan bij alle betrokken overheden, teneinde deze middelen te garanderen. Alle bevoegde overheden worden opgeroepen om werk te maken van de realisatie van dit ambitieus "GGZ-plan voor Kinderen en Jongeren"
- Dit advies dient opgenomen te worden door een operationele werkcél die het conceptueel-functioneel concept vertaalt in een concreet realisatieplan.

Algemene vaststellingen:

- De globale hulpverleningscapaciteit is ontoereikend. Bij prioriteit moet bijkomend geïnvesteerd worden in de ambulante zorgaanbieding, ingebed in het gewone leefmilieu van de kinderen en jongeren.
- Bepaalde hulpverleningsvormen kennen een totaal onevenwichtige spreiding, zowel naar geografische inplanting als naar spreiding van de zorg over de volledige leeftijdsgroep
- Meer dan 20% van de psychiatrische opnames voor jongeren boven de 15 jaar gebeurt in diensten voor volwassenen.
- Over de uitgangspunten en randvoorwaarden voor een goede zorg is grote consensus
- Deskundige medewerkers veronderstelt een oplossing voor het knelpuntberoep kinder- en jeugdpsychiater (zowel rond beschikbaarheid als een afgestemde, correcte financiële honorering van de specifieke engagementen in een collectief zorgprogramma, ook voor de ziekenhuisarts), dringende noodzaak van erkenning van de klinisch psycholoog en de orthopedagoog als gezondheidszorgberoep en een expliciete herwaardering van het maatschappelijk (flexibel en mobiel) werk.

Prioritaire noden in de geestelijke gezondheidszorg voor de leeftijdsgroep 0-18 jaar

1. Organisatie van zorgprogramma's en netwerken binnen een overeengekomen werkingsgebied, waar alle GGZ-actoren collectieve verantwoordelijkheid opnemen voor de uitbouw van een volledig zorgprogramma GGZKJ
2. Uitbouw en capaciteitsvergroting ambulante zorgverlening, algemeen en gespecialiseerd, in een samenspel tussen de verschillende overheden,
3. Uitbouw samenhangend geheel van urgentie-, crisis- en aanklappende assertieve zorg,
4. Een residentiële zorgfase kan noodzakelijk onderdeel zijn van het bredere, individuele zorgtraject van de patiënt en zijn omgeving, met vlottere zorgkoppeling voor en na de opname, in samenwerking met de GGZ-partners op de verschillende zorgonderdelen, teneinde de residentiële capaciteit zeer doelgericht in te zetten, enkel waar nodig, en slechts zolang als nodig.
5. Bijkomende kinderpsychiatrische bedden (K) volledige hospitalisatie zijn mogelijk indien er na uitzuivering van de opgenomen problematieken en de bereikte patiënten in deze bedden geografisch of naar specifieke leeftijdsgroepen nog manifeste lacunes blijven. In eerste instantie is dit mogelijk door de nog niet gerealiseerde geprogrammeerde capaciteit partiële hospitalisatie te benutten via reconversie. Onder de bovenvermelde voorwaarden, kan desgevallend, ook de programmatie voor volledige hospitalisatie aangepast worden.
6. Kruispunt met andere kinder- en jeugdzorgdomeinen: ontwikkelen van psychische basiscompetentie door de domeinen zelf, mobiele aanlevering van gespecialiseerde zorg en ondersteuning door de GGZKJ en realisatie van een beperkt aantal specifieke intensieve behandelvormen voor ernstige GGZ-problematieken in comorbiditeit of met andere ernstige problemen (handicap, verslaving, delinquentie, gedwongen opname)
 - a. Uitbreiding psychologisch zorgaanbod binnen pediatrie(intern) en inroepbaar volwaardige (extern) liaisonteam GGZKJ voor gespecialiseerde zorgsituaties, geen omzetting van pediatrie bedden(E) naar kinderpsychiatrische bedden (K)
 - b. Subsidiëring van indicatiestellingsmodules ten behoeve van Justitie (voor o.a. indicatiestelling gedwongen opname),
 - c. Geen opnames binnen psychiatrie voor volwassenen van kinderen onder de 16 jaar (ook niet in 'gedwongen' statuut).
 - d. Oprichting beperkt aantal intensieve behandelplaatsen(IBE) voor jongeren met verstandelijke beperking of autisme en psychiatrische problematiek, naast deskundigheidsbevordering en uitbreiding van het aanbod naar de doelgroep gedrags- en emotionele stoornissen door de gehandicaptensector zelf.
 - e. Verwerven van grotere competentie inzake detectie en behandeling van verslavingsproblemen, via gerichte deskundigheidsbevordering door de verslavingszorg voor andere GGZ-actoren, urgentiezorg (zie supra) en beperkt aantal IBE-plaatsen voor verslaafde jongeren met psychiatrische stoornissen.

Uitgebreide toelichting en specifieke adviezen worden in bijgevoegde tekst aangereikt

Deel 1: Inleiding

1.1. Context en situering van de adviesvraag

In zijn schrijven aan de NRZV (dd 17/01/2008) stelde Dr. JP Baeyens de vraag of een beperkte reconversie van E-bedden naar K-bedden een antwoord zou kunnen zijn op het feit dat E-diensten zich meer en meer geconfronteerd zien met kinderen en jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen. Beslist werd om deze vraag tot advies over te maken aan de permanente werkgroep psychiatrie die hiervoor een ad hoc groep oprichtte. Er werd een oproep gedaan naar experts om deel uit te maken van deze ad hoc werkgroep, belast met de voorbereiding van dit advies en de organisatie van een hoorzitting met de verantwoordelijken uit de diverse pediatriediensten.

In dezelfde tijdsfase werd binnen de Interministeriële Conferentie Gezondheidszorg, op vraag van de bevoegde federale en gemeenschapsministers, via een door hen aangestelde interkabinettenwerkgroep GGZ, een studie gemaakt van het GGZ-aanbod in België voor kinderen en jongeren. In februari van 2009 vroeg de minister van Sociale Zaken aan de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV om het verzamelde (kwantitatief) cijfermateriaal over het GGZ- aanbod voor kinderen en jeugd (GGZKJ) aan te vullen met gegevens over de inhoud van de geboden GGZ-zorg en over de specifieke deelpopulaties waarop dit betrekking had. Het doel was om zowel voorstellen te formuleren m.b.t. de prioritaire noden ter verbetering van het GGZKJ aanbod als de noden te beschrijven die zich stellen in de "raakgebieden": GGZKJ versus somatische zorg (pediatrie), versus Jeugdwelzijn en gehandicaptenzorg en versus de domeinen justitie en verslavingszorg.

Met het oog op de lancering van een oproep tot kandidaatstelling voor projecten ter uitvoering van artikel 11 en artikel 107 van de ziekenhuiswet stelde de minister de vraag naar de functionele beschrijving van basiselementen voor de beleidskijlijnen van een GGZ-zorgprogramma voor Kinderen en Jongeren.

De werkgroep psychiatrie van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen deelt de bekommernis om middels zorgvernieuwing en flexibilisering, te komen tot een aangepaster antwoord op de steeds complexere zorgnoden van de doelgroep kinderen en jongeren met GGZ-problemen. Het ontwikkelen van een globaal en samenhangend zorgprogramma voor de doelgroep moet zowel verdere versnippering en versplintering van zorgaanbod voorkomen, als de beperkte mankracht en middelen optimaal inzetten en niet in het minst ook coördinatie economisch verantwoord en zo functioneel mogelijk inzetten. Er zullen andere antwoorden moeten komen op de zorgvragen van morgen. Ontwikkeling van innovatieve methodieken en hierbij aansluitende deskundigheidsbevordering van kinderpsychiaters, klinisch psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen moet de noodzakelijke proactieve professionalisering van de zorg onderbouwen.

1.2. Samenstelling van de ad hoc werkgroep GGZ Kinderen en Jongeren

Voor de ontwikkeling van voorliggend advies werden aan de leden van de permanente werkgroep psychiatrie vaste externe experts uit de GGZKJ toegevoegd.

Leden werkgroep psychiatrie van de NRZV:

Annik LAMPO - voorzitter, Jef Van Holsbeke - ondervoorzitter

Stefana BOSTYN; Joël BOYDENS; Mieke CRAEYMEERSCH; Jean-Claude FROGNEUX; Jozef PEUSKENS;

Externe experts:

Dominique CHARLIER; Marina DANCKAERTS; Denis HENRARD; Jean-Paul MATOT; Ann MOENS;

Er is gekozen om voor elk deelaspect van de adviesvraag een hoorzitting te organiseren ¹ waarop een ruime delegatie van de vertegenwoordigers en woordvoerders uit elk van de deeldomeinen werd uitgenodigd.

De lijst van genodigden op de hoorzittingen vindt u in bijlage.

1.3. Werkwijze van de ad hoc werkgroep GGZ Kinderen en Jongeren

Voor het opstellen van dit advies volgde de ad hoc werkgroep volgende methodiek:

1. **Consultatie van visieteksten en evaluatierapporten** die de laatste 5 jaar door GGZ-actoren werden opgesteld en relevant onderzoek ter zake.
2. **Opmaak van een overzicht van het huidige GGZ-aanbod.**
3. **Ontwerpen van een zorginhoudelijk raamkader voor een zorgprogramma GGZ kinderen en jongeren**, vertrekkende van de benodigde zorgmodules voor een bevolkingsgroep, en met aangeven van de opdracht en de functionele samenhang van alle onderdelen.
4. **Organiseren van hoorzittingen met een uitgebreide delegatie** uit de zorgdomeinen pediatrie / verstandelijke handicap / bijzondere jeugdzorg en forensische zorg / verslavingszorg ¹.

De volgende vragen werden voorgelegd aan de werkgroep:

1. Wat zijn de prioritaire basisnoden voor de doelgroep GGZ kinderen en jongeren?
2. Bedcapaciteit en andere zorgvormen
 - a. Zijn er nog meer K-bedden nodig? Zo ja, is reconversie van pediatrie bedden (E-bedden) naar kinderpsychiatrische bedden een oplossing?
 - b. Is meer diversifiëring in het bestaande bedgebonden aanbod nodig?
 - c. Zijn er andere zorgvormen dan de huidige residentiële en ambulante wenselijk, zo ja, welke?
3. Welke noden bestaan er voor specifieke doelgroepen met meervoudige problematiek? Hoe kunnen intersectorale zorgtrajecten beter ontwikkeld worden voor:
 - a. Kinderen en jongeren met verstandelijke handicap en psychiatrische problemen
 - b. Forensisch-jeugdpsychiatrische zorg
 - c. Toxicomanie en psychiatrische problemen
4. Bestaan er in het binnen- en/of buitenland inspirerende initiatieven die model kunnen staan voor de realisatie van een globaal geïntegreerd zorgcircuit jeugd? Zijn er op het klinisch-organisatorisch niveau good practices die hun werkzaamheid bewezen?
5. Kan een algemeen beleid uitgewerkt worden, dat de nodige deskundigheid en competenties in voldoende mate beschikbaar en inzetbaar maakt in de leefomgeving van de jongere (zoals o.a. zijn de voorwaarden vervuld voor voldoende beschikbaarheid van kinder- en jeugdpsychiatrische competentie op alle zorgonderdelen)
6. Wat is het leeftijdsbereik van het huidige aanbod? In welke mate is er een volwaardig en voldoende gespreid aanbod voor de verschillende leeftijdsdeelgroepen?

¹ De hoorzittingen gingen door op volgende data: in 2009:24/3, 23/10, 27/11. In 2010: 1/4

1.4. *Beleidsperspectief van waaruit dit advies wordt geformuleerd*

Na uitgebreid consulteren van visieteksten en na het beluisteren van de zorgactoren via hoorzittingen, worden hierna een reeks adviezen en aanbevelingen geformuleerd m.b.t. de prioritaire noden. Deze voorstellen worden expliciet gekaderd in, en gekoppeld aan de uitbouw van de in artikel 11 van de ziekenhuiswet voorziene zorgcircuits en netwerken GGZ- voor kinderen en jongeren.

De Interministeriële Conferentie van 26/4/10 heeft beslist intussen om voor de realisatie van artikel 11 van de ziekenhuiswet, in een eerste fase via projecten 107, uitvoering te geven aan een experimentele uitbouw van de zorgcircuits en netwerken voor volwassenen waarbij mogelijkheid geboden om ook de adolescenten (vanaf 16 jaar) te betrekken in de uitbouw van de zorgprogramma's.

In dezelfde Interministeriële Conferentie werd beslist dat in een volgende oproep ook projecten mogelijk worden voor de experimentele uitbouw van het globale zorgprogramma's voor de doelgroep kinderen en jongeren. Deze oproep kan pas gelanceerd worden als er een duidelijk referentiekader en programma is, waarbinnen de opdrachten voor deze leeftijdsdoelgroep moeten opgenomen worden.

Om die reden werd in dit advies gekozen om aanbevelingen en adviezen te formuleren in termen van opdrachten die verder uitgebouwd moeten worden (naar capaciteit of naar deelpopulatie), moeten geïntensifieerd worden en/of inhoudelijk op een meer specifieke wijze moeten ingevuld worden. De doelstelling en welke therapeutische modaliteiten moet beschikbaar zijn, zijn geformuleerd.

Dit advies formuleert op conceptuele wijze antwoorden op de hoger gestelde vragen. Dit betekent dat dit advies op de eerste plaats op een globale en functionele wijze aangeeft welke de prioritaire noden zijn en welke zorgopdrachten er in de toekomst moeten opgenomen worden in het beleidszorgprogramma GGZKJ.

Als er in het advies concrete voorstellen worden geformuleerd dan zijn deze bedoeld om aan te geven op welke wijze de vooropgestelde visie kan gerealiseerd worden. Het is dan ook niet mogelijk om op basis van dit advies en daarin geformuleerde deelaspecten concrete becijferingen te maken van het financieel impact ervan. Wel blijkt doorheen het hele advies dat het huidige globale zorgaanbod voor GGZKJ duidelijk ontoereikend is om aan de zorgvraag te beantwoorden.

De permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV heeft met het cijfermateriaal waarover het beschikte een aantal inschattingen gemaakt van de prevalentie, de vereiste zorgcapaciteit en de huidige behandelgraad. Op basis van dit cijfermateriaal kan ingeschat worden dat vandaag wellicht slechts 60 à 70 % van het vereiste aanbod GGZKJ gefinancierd wordt en dat er in de GGZ-basiszorg vooral nood is aan de uitbreiding van het ambulant aanbod (zowel consultatief als in de dagbehandeling), van urgentiehulp, van crisishulp, van assertive care en van liaisonfuncties.

1.5. Algemene structuur van het advies

- Vooreerst volgt een korte schets over **prevalentie van GGZ-problematiek bij kinderen en jongeren**
- Vervolgens wordt **een inventarisatie gemaakt van de bestaande zorgvormen** (zie bijlagen deel 2)
- Als derde onderdeel worden **uitgangspunten en randvoorwaarden** geformuleerd voor de uitbouw **van een GGZ-zorgprogramma Kinderen en Jongeren.**
- Daarna wordt een algemene schets gegeven van hoe het zorgprogramma GGZ kinderen en jongeren er moet uitzien en worden adviezen en aanbevelingen geformuleerd m.b.t. **de prioritaire noden** in de **basiselementen van dit zorgprogramma K&J**
- Aansluitend en op basis van de aangebrachte elementen op de hoorzittingen, worden **specifieke opdrachten beschreven waarbij het GGZ-zorgprogramma K&J kruist op** of samengaat met andere specifieke zorgvormen voor kinderen en jongeren in ons land:
 - De zorg geboden in **pediatrie en spoed van algemene ziekenhuizen**
 - **de (bijzondere) jeugdhulp**
 - **de gehandicaptenzorg**
 - **de forensische zorg**
 - **de verslavingszorg**

Tot slot worden een reeks algemene aanbevelingen geformuleerd en enkele nieuwe zorgvormen vermeld.

Deel 2: Advies

Voor de overzichtelijkheid worden adviezen bij elk onderdeel in kleur aangegeven.

Voorafgaandelijk willen we accentueren dat de voorliggende adviezen het resultaat zijn van de debatten tijdens de hoorzittingen (van terreinactoren) en geen conclusies zijn van een wetenschappelijk onderzoek. Niettemin geven deze adviezen een globale richting aan, geconsolideerd door alle betrokkenen bij deze werkzaamheden.

2.1. Prevalentie van GGZ-problemen bij kinderen en jongeren en het huidige zorgaanbod(met expliciete dank aan Prof. M. Danckaerts voor de aanzet tot overzicht en aan Evelien Vannoppen voor het gebruiken van het materiaal uit haar scriptie²)

PREVALENTIE: Zonder de ambitie hier volledig te zijn kunnen we de **prevalentie van GGZ problemen** bij kinderen en jongeren als volgt beschrijven:

- Voorkomen van psychiatrische stoornissen³: de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft de laatste jaren meerdere studies gepubliceerd met alarmerende cijfers over de prevalentie van psychiatrische stoornissen en de beperkingen die hiermee gepaard gaan. Volgens het WHO (2004) hebben wereldwijd rond de 450 miljoen mensen een mentale en/of gedragsstoornis. Ongeveer 25% van de bevolking ontwikkelt 1 of meerdere van deze stoornissen in haar leven (WHO, 2004).
- Psychiatrische stoornissen bij kinderen en jongeren: bij kinderen en adolescenten spreken we van een psychiatrische stoornis wanneer er sprake is van klachten of verschijnselen die volgens Boer en Doreleijers (2006, p.117):
 - (1) Niet passen bij de leeftijd
 - (2) Niet te corrigeren zijn (met behulp van een pedagogisch woord of door overtuiging)
 - (3) Het algemeen functioneren ernstig nadelig beïnvloeden
 - (4) Het kind zelf en/of zijn omgeving doen lijden
 - (5) Uiteindelijk mogelijks de ontwikkeling doen stagneren
- Voorkomen en ernst: uit epidemiologische studies blijkt de prevalentie van psychiatrische stoornissen (mental disorders) bij kinderen en jongeren wereldwijd rond de 20% te liggen, 4 à 6% zou nood hebben aan klinische interventie (WHO, 2005). Andere onderzoeken tonen vergelijkbare prevalentiecijfers⁴. Nergens ter wereld komen de gezondheidszorgdiensten vandaag aan deze geoberveerde nood volledig tegemoet.

² Bruikbare overzichten namen we over uit de scriptie van Evelien Vannoppen, thuisbehandeling voor kinderen en jongeren met psychiatrische stoornissen (2008) o.l.v. Prof. Dr.P. Van Oost en Lic. K. Verhoeven

³ uit E. Vannoppen met volgende bronnen:

WHO (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Geneva, World Health Organization. Retrieved March 4, 2007, from www.who.int

WHO (2005). *ATLAS. Child and adolescent mental health resources. Global concerns: implications for the future*. Geneva, World Health Organization. Retrieved March 4, 2007, from www.who.int

⁴ Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Developmental epidemiology. *Developmental Psychopathology*, 23-56.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.

WAAROM (BIJKOMEND) INVESTEREN IN GGZ-BEHANDELING VOOR KINDEREN EN JONGEREN?

o Waarom problemen bij kinderen **behandelen**?

Psychiatrische stoornissen bij kinderen en jongeren brengen significante beperkingen met zich mee. Ze hebben een grotere impact op het dagelijks functioneren en de kwaliteit ervan dan ernstige chronische ziekten zoals artritis, diabetes en hypertensie (Bijl et al., 2003⁵).

Bij **kinderen** hebben psychiatrische stoornissen volgens Guevara, Mandell, Rostain, Zhao & Hadley, (2003) vooral beduidende invloed op

- ⇒ het schoolse functioneren,
- ⇒ de autonomieverwerving
- ⇒ sociaal leerproces (relatiestoornissen)

Bij **adolescenten** is er volgens WHO (2001a) Hymel, Rubin Rowden en Lemare (1990) en Guevara, Mandell, Rostain, Zhao & Hadley (2003) een verhoogd risico op

- ⇒ criminaliteit en geweld
- ⇒ middelenmisbruik
- ⇒ depressie en zelfmoord
- ⇒ internaliseringsproblemen
- ⇒ Stoornissen in de denkprocessen

Daarnaast brengen psychiatrische problemen ook specifieke economische en sociale kosten met zich mee (WHO, 2001a) en tenslotte worden deze kinderen en jongeren vaak geconfronteerd met stigmatisering en uitsluiting, voornamelijk vanwege misvattingen en tekort aan correcte informatie. (WHO, 2001b). Naast de invloed op het individu zelf, is er ook belangrijke belasting van de andere gezinsleden. (WHO, 2001a)⁶.

o Waarom **bijkomend** investeren?

EEN INHAALBEWEGING LIJKT EVIDENT:

- o aangezien de prevalentie van psychiatrische problematiek in dezelfde grootteorde ligt als bij volwassenen
- o aangezien Op 1/1/2008 bijna 22% van de Belgische populatie minderjarig was⁷
- o leidt deductie tot de conclusie dat in principe 22% van het globale GGZ-budget op < 18-jarigen gericht zou moeten zijn.

⁵ uit E. Vannoppen met volgende bronnen:

Bijl, R.V., De Graaf, R., Hipiri, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., et al. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs*, 22, 122-131.

⁶ uit E. Vannoppen met volgende bronnen:

Guevara, J. P., Mandell, D. S., Rostain, A. L., Zhao, H., & Hadley, T. R. (2003). National estimates of health services expenditures for children with behavioral disorders: an analysis of the medical expenditure panel survey. *Pediatrics* 112, 440-446.

WHO (2001a). *The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Chapter 1: a public health approach to mental health*. Retrieved July 12, 2007, from www.who.int

WHO (2001b). *The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Chapter 5: the way forward*. Retrieved July 12, 2007, from www.who.int

Hymel, S., Rubin, K. H., Rowden, L. & Lemare, L. (1990). Childrens peer relationships. Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood. *Child development*, 61, 2004-2021.

WHO (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions*. Retrieved April 2, 2007, from www.who.int

⁷ Bron: <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/index.jsp>

2.2. *Poging tot inventarisatie van het huidige aanbod en belangrijkste vaststellingen die op basis van deze inventarisatie kunnen gemaakt worden*

Op basis van de gegevens die door de FOD volksgezondheid, de gewesten, de gemeenschappen en het RIZIV beschikbaar werden gesteld, kon een begin van overzicht gemaakt worden van het huidige GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren. Om een exhaustief beeld van de situatie te bekomen, wordt aan de verantwoordelijke overheden gevraagd een volledig beeld te leveren. In een afzonderlijk document met de bijlagen bij dit advies zit een eerste inventarisatie van de huidige zorgvormen in hun onderscheiden aantallen, modaliteiten, financiering. Voor aanvulling en verfijning van dit cijfermateriaal wordt verwezen naar de desbetreffende overheden.

- AANBOD EN GEBRUIK VAN GGZ KINDEREN EN JONGEREN
 - Voorkomen: meer dan 1/5 van de minderjarigen heeft psychische/psychiatrische problemen bij 6 à 7% is dit dermate ernstig dat **gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg** nodig is.
 - Behandelgraad: aanbod gespecialiseerde GGZ-zorg en de uitbreidingen het jongste decennium: zie bijlagen
 - Voorlopige analyse van programmatie en realisatie van de beschikbare zorgcapaciteit geeft aan dat wellicht slechts 60 à 70 % van het benodigde behandelaanbod (7% van de bevolking) gerealiseerd wordt en dat de tekorten zich globaal genomen vooral situeren in het ambulante zorgaanbod, zowel consultatief als in de dagbehandeling, in de urgentiehulp, het crisisaanbod, de assertive care en de liaisonopdrachten.. Uitgebreider overzicht over het huidige aanbod, zit in bijlage bij dit advies.
- VRAGEN EN BEDENKINGEN:

Bij de cijfermatige gegevens kunnen een aantal vragen en bedenkingen geformuleerd worden op meerdere dimensies, zowel voor wat betreft de beschikbaarheid (absolute capaciteit) als voor wat betreft de bereikbaarheid/toegankelijkheid van de zorg (onder andere evenwichtige spreiding):

 - de behandelcapaciteit in zijn algemeenheid
 - evenwichtig aanbod en voldoende diversiteit in de verschillende zorgvormen: ambulant, partiële hospitalisatie (dag of nachthospitalisatie), intensieve opnamecapaciteit.... en hun specifieke kenmerken
 - de spreiding van het landelijk aanbod zowel op het meso- (gewesten en gemeenschappen) als op het microniveau (provincies) van bepaalde zorgvormen (oa RIZIV, partiële, volwaardige ambulante KJ-teams,...)
 - het aanbod tav de verschillende leeftijdspopulaties (scheve verdeling met ondervertegenwoordiging zorg voor kleine kinderen (0-6), relatieve(!) overaccentuering naar jongeren (12+)...). We verwijzen naar het recente KCE-rapport kinderpsychiatrische spoed waarin gesteld wordt dat in K-diensten 23% van de opnames betrekking hebben op kinderen van 6-12 jaar, 8% op +18-jarigen en (slechts!) 4% op kinderen onder de 5 jaar.
 - > 1/4 van de psychiatrische opnames van minderjarigen vindt plaats in A-diensten en niet in K-diensten (volgens MPG-gegevens ging het om 1768 opnames van minderjarigen in een A(a) op een totaal van 6631 (semi) residentiële opnames in 2006)
- CONCLUSIE: de analyse van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens uit o.a. MPG, MKG, EPD en RIZIV zou onderwerp moeten zijn van een diepgaandere studie. Deze opdracht valt buiten het bestek van dit advies.

2.3. *Uitgangspunten en randvoorwaarden voor een goede zorg*

Volgende algemene principes worden unaniem belangrijk geacht voor een werkzame geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren:

1. De kinder- en jeugdpsychiatrische GGZ wordt zoveel mogelijk **aangeboden in de gewone leefsituatie** van betrokkene, tenzij de ernst of aard van het momentane probleem dit verhindert of de situatie op een bepaald moment niet veilig meer is voor het kind.
2. **Subsidiariteitsprincipe: de minst ingrijpende zorgvorm die doeltreffend is verdient de voorkeur.**
Vertrekpunt is dat in eerste instantie elk beleidsdomein dat zorg voor kinderen en jongeren omvat (somatische geneeskunde, welzijn, kind & gezin, bijzondere jeugdbijstand, gehandicaptenzorg...) de eigen opdracht ten gronde uitvoert. Voor de GGZKJ is een van de eerste opdrachten het voorkomen en aanpakken van ernstige psychiatrische stoornissen, middels (vroeg)tijdige detectie en interventie. Deze GGZ-zorg wordt bij voorkeur geleverd in een modaliteit die het gewone leefritme en de participatie aan de samenleving voor betrokkene zo intact mogelijk houdt. Waar ambulante en (intensieve) mobiele zorgvormen ontoereikend zijn kan een opname noodzakelijk zijn. Ook hier wordt steeds een snelle terugkeer voor ogen gehouden. Er kan eveneens casusoverstijgend consult en ondersteuning geboden worden aan hulpverleners(teams) uit deze welzijnsdomeinen in verband met de GGZ-aspecten inherent aan hun eigen opdrachten
Specifieke deelpopulaties hebben langduriger residentiële zorg nodig. Dit impliceert samenwerking tussen GGZ en andere gezinsvervangende woon- en zorgvormen. De GGZKJ levert prioritair gezondheidszorg, en heeft geen expliciete opdrachten inzake de effectieve woon- leef- en opvoedingsomkadering voor kinderen. Elke gezondheidsvoorziening moet dan ook prioritair de behandeling van de GGZ-problematiek van betrokkene en de directe omgeving beogen. Uiteraard dient tijdens een langdurig residentieel verblijf de totaalzorg tijdelijk te worden gegarandeerd, wat een evidente input impliceert van o.a. onderwijs. Bij indicaties tot langere uithuisplaatsing zal in een actieve samenwerking beroep gedaan worden op de verblijfsmodaliteiten voor kinderen en jongeren uit de welzijnsdomeinen: 'Personen met een Handicap', 'Bijzondere Jeugdbijstand' of 'Kind en Gezin'.
3. **Evenwichtige spreiding⁸ van het basiszorgaanbod over het hele land**, op basis van bevolkingscriteria (minderjarigen). Elk GGZ-aanbod voor K&J moet bovendien een onderdeel zijn van het globaal zorgprogramma GGZ- kinderen en jeugd. Elk GGZ netwerk voor kinderen en jongeren moet het werkingsgebied waarvoor zij dit basiszorgprogramma aanbiedt omschrijven en motiveren⁹. Deze ordeningsvorm staat geenszins de vrije keuze van de patiënt in de weg. Ook 'specifiekere' zorginhouden en zorgmodaliteiten, die niet in elk werkingsgebied nuttig en nodig zijn, en dus op een werkingsgebiedoverschrijdende wijze worden georganiseerd, moeten functioneel verbonden zijn met deze lokale basisprogramma's.
4. In de werkingsprincipes is het uitgangspunt om – rekening houdend met het ontwikkelingsstadium- **aanwezige positieve krachten gericht aan te spreken en te versterken¹⁰** Herstel of integratie moet het doel zijn. Ook waar geen normalisatie mogelijk is, ligt de nadruk op behoud van de mogelijkheden en het voorkomen van verergering van de problematiek, **met als einddoel een maximaal haalbare deelname aan de samenleving.**
5. Zorgaanbod voor kinderen en jongeren en hun gezin moet **uitnodigend en toegankelijk** zijn, actief tegemoetkomend waar aangewezen
6. Het zorgprogramma GGZKJ benadert de **totale leeftijdsdoelgroep van 0 tot 18 jaar**, middels zorginhouden en zorgvormen bestemd voor kinderen en jongeren. **Bijzondere aandacht wordt**

⁸ Om de onevenwichten in kaart te brengen, kunnen de overlegplatforms een evaluatie maken waar het zorgaanbod ernstig onder minimumdrempels blijft. Op basis hiervan kunnen dan correcties komen.

⁹ Cf. opdracht vanuit art 107 van de Ziekenhuiswet: "De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken."

¹⁰ In de wetenschappelijke literatuur spreekt men van resilience en empowerment

- besteed aan beide polen van dit continuüm**, met name de zeer jonge kinderen en de adolescenten tussen 15 en 18 jaar. Voor een prototypebeschrijving van de deelpopulaties en de diverse zorginhouden en zorgvormen die in het basiszorgprogramma moeten voorzien worden verwijzen we o.a. naar “Voorstel tot Zorgcircuit in de Geestelijke Gezondheidszorg”, uitgegeven door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVG-2000) in bijlage¹¹
7. Zorg voor min 18-jarigen impliceert **multisysteemaanpak**, waarbij het kind én zijn veelvormige context betrokken worden in zorg. Naast individuele diagnostiek en behandelplan, moet gezinsdiagnostiek en -behandeling (vaak meerdere opvoedingscontexten), en schoolcontext deel uit maken van het zorgplan. Bij adolescenten moet ook bijzondere aandacht gaan naar de sfeer van leeftijdsgenoten. Dit **meerhoekperspectief** van GGZKJ is één van de belangrijke argumenten voor hogere kwantitatieve en andere kwalitatieve⁽¹²⁾ omkadering dan in de GGZ voor volwassenen.
 8. **De GGZ moet, via afstemming en regionale samenwerking, totaalzorg organiseren zowel binnen de GGZ als tussen de GGZ en de andere jeugdhulpsectoren.** Daartoe werkt de GGZKJ in eerste instantie sectorintern samen met alle GGZ-partners in het werkingsgebied vanuit een collectieve verantwoordelijkheid, welke ook hun aansturende/financierende overheden zijn. Daartoe zal GGZKJ haar deskundigheid ontsluiten naar aangrenzende zorgdomeinen, en zo mee ijveren dat GGZ-competentie in brede zin beschikbaar wordt in basiszorgsettings van jeugdhulpdomeinen (jongerenwelzijn, gehandicaptenzorg, moeder- en kindzorg, leerlingbegeleiding,...)
 9. Rekening houdend met **wetenschappelijk onderzoek** en middels **gerichte zorginnovatie** dienen onderzoeksinstituten die een directe verbinding hebben met basisopleidingen GGZ, ondersteunend en katalyserend te werken bij de evolutie naar nieuwe zorg- en samenwerkingsvormen. Tegelijk biedt dit het voordeel dat vernieuwende ideeën via de onderwijsopdracht meegegeven worden aan toekomstige zorgverleners en zo de noodzakelijke competentieverhoging mee richting geven..
 10. Focus op zorguitvoering, met **reductie van administratieve overlast** voor de zorgverleners zelf
 11. Op overheidsniveau, moet **de inzet van mensen en middelen in GGZ voor kinderen en jongeren gebeuren in een verantwoordbare verhouding tot de mensen en middelen die worden ingezet in de zorg voor volwassenen** en ouderen. De mensen en middelen die op dit ogenblik voor de leeftijdsgroep van de kinderen en jongeren worden ingezet zijn duidelijk niet in verhouding tot de persoonlijke en maatschappelijke last van de kinder- en jeugdproblematiek.
 12. Zelfs als alle randvoorwaarden en kwaliteitscriteria in de zorg voldaan zijn, zullen **omgevings- en sociologische factoren** een bevorderende/remmende rol spelen, bijvoorbeeld eigen kwetsbaarheden van individuen en effect op het psychisch evenwicht, impact van armoede, cultuurontworteling, het ontbreken van stimulerend sociaal weefsel,⁽¹³⁾ Het wegwerken van ‘ongelijkheden’ is een opdracht voor alle overheden. De GGZ kan, rekening houdend met specifieke hinderenissen, enkel verantwoordelijkheid dragen voor een zo goed mogelijk afgestemde zorguitvoering.

¹¹ Zie bijlagen voor het schema van dit model zorgcircuit jeugd.

¹² Voorbeelden van andere kwalitatieve zorgvormen zijn de zorgfuncties “zorg en verzorging” en “toezicht en coaching”

¹³ - Onderzoek van R. Kerkhofs en T. van Regenmortel – 2004: Versterkend werken in de geestelijke gezondheidszorg door nieuwe vormen van liaisons - Methodiekontwikkeling voor de bevordering van de toegankelijkheid van de GGZ voor personen die in armoede leven. Kinderen uit goedgevoerde milieus hebben meer kans op een opwaartse sociale mobiliteit en bijgevolg ook op verdere gezondheidsvoordelen. Bij het proces van sociale protectie tenslotte zouden personen uit gunstigere sociaal-economische posities een betere bescherming kennen tegen onvoorziene problemen (bv. bij langdurige ziekte). In Amerikaanse grootschalige gemeenschapssurveys stelde men ook vast dat mensen uit de lagere sociale klasse eerder psychotische symptomen hadden, terwijl mensen uit de middenklasse eerder neurotische symptomen bleken te hebben.

2.4. Geen kwaliteitsvolle GGZKJ zonder competente medewerkers

2.4.1. SITUATIESCHETS

Kinder- en jeugdpsychiaters

Kinder- en jeugdpsychiater als knelpuntberoep: het tekort aan kinder- en jeugdpsychiatrische deskundigheid is een gekend probleem. Bijkomend neemt ook het aantal kandidaten effectief af waardoor de situatie precair wordt. De opleiding kinder- en jeugdpsychiatrie heeft een sterke specifieke (zorginhoudelijke, zorgorganisatorische maar zeker ook financiële) boost nodig en wel om volgende redenen:

In vergelijking met andere specialisatie-opleidingen in de geneeskunde:

- is de specifieke vooropleiding binnen het geneeskundig opleidingscurriculum zeer beperkt, waardoor er extra dient geïnvesteerd te worden in theoretische en praktijkopleiding tijdens de specialisatiejaren
- is de kosten/batenbalans voor een assistent in opleiding verlieslatend voor de stageplaats en dus in de praktijk afhankelijk van de solidariteit van andere specialismen, wat de gelijkwaardige positie binnen het medisch korps aantast,
- is er in de praktijk nog steeds geen volwaardig stageluit in een ambulante centrum (CGG), ook al is het op dit ogenblik in principe niet langer onmogelijk. Het gevolg is dat startende kinder- en jeugdpsychiaters dit specifieke veld op eigen houtje moet verkennen. Dit staat in schril contrast met de grote behoefte aan ambulante GGZ in het hart van de samenleving,
- is de klinische opleiding arbeidsintensief en minder technisch, waardoor de optimale verhouding opleider/assistent hoger moet liggen dan in andere disciplines. Nu is het tegengestelde waar, waardoor assistenten in opleiding dus te weinig supervisie en input krijgen,
- is het een beroep dat hoge eisen stelt aan de inzetbaarheid als arts. Het werkdomein GGZ Kinderen en jongeren stelt complexe professionele eisen aan de kinderpsychiater. Steeds vaker merken we dat er toch niet gekozen wordt voor dit specialisme, omwille van de grote investering van tijd en menselijke energie, die aan dit beroep vasthangt.

Kinder- en jeugdpsychiatrie is als onderzoekswetenschap internationaal sterk ontwikkeld, maar in België nog onderontwikkeld. In specifieke deeldomeinen ontbreekt het bijgevolg aan deskundigen en competentie om **kwaliteitsvolle opleiding** te voorzien. In de zoektocht naar deze nieuwe, aangepaste competenties voor de GGZ van morgen, ligt een grote uitdaging voor de opleidingsinstituten

Wil men in een geolied samenwerkingsverband het zorgprogramma GGZKJ uitbouwen, dan is **'gelijk loon voor gelijk werk'** en vice versa in alle GGZ-geledingen een conditio sine qua non.

Elke discipline is noodzakelijk in een goed samenspel en elke medewerker dient ingezet te worden op zijn eigen competenties. Competentieverhoging en –vernieuwing is noodzakelijk om de uitdagingen van morgen performant te kunnen beantwoorden. We benoemen hier exemplarisch enkele elementen die een verdere verkenning en aangepaste antwoorden vergen:

Klinisch psychologische deskundigheid

- De effectieve realisatie van het statuut van de klinisch psycholoog als gezondheidszorgberoep is een belangrijk element in de functionaliteit van een goede geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. We verwijzen hier naar een eerder NRZV-advies (4 december 2008) met betrekking tot de uitoefening van de nieuwe gezondheidszorgberoepen.¹⁴
- De organisatie van voortgezette stage in de klinische praktijk voor psychologen, ter verdieping van diagnostische competenties, alsook om de meervoudige competenties te verwerven, (wat betekent op meerdere GGZ-terreinen) wat noodzakelijk is voor de complexere subgroepen. Naast de psychotherapeutische opdrachten van vandaag komen immers nieuwe, vaak onderbelichte en onontgonnen elementen naar boven op deeldomeinen van psychopathologische ontwikkeling van cognitie, emotie en gedrag.

Orthopedagogische deskundigheid

- Orthopedagogen kunnen een belangrijke bijdrage bieden in de GGZ voor kinderen en jongeren.
- Voor masters in de orthopedagogie ligt hier een boeiend werkterrein. Het effectief inzetten van deze deskundigheid in de (geestelijke) gezondheidszorg moet verder gepromoot worden. Hun specialisatie moet verder uitgediept worden. In vorming en opleiding moet hun specifieke insteek in het domein van de GGZ verder verkend en verbreed worden. Op het terrein van zorgorganisatie zelf, dienen zij een eigen plaats en rolinvulling te krijgen
- Voor bachelors in de opvoedkunde is er, aan de zijde van de psychiatrische verpleegkundige, een eigen werkterrein inzake opvoedkundige verzorging. Ook de realiteit dat er in residentiële settings vaak met leefgroepen gewerkt wordt, biedt tal van mogelijkheden om deze competenties te gebruiken. Mogelijks kunnen opvoedkundige bachelors in een aantal GGZ-onderdelen explicieter ingezet worden. Het beschikken over voldoende dubbele bagage (¹⁵) is ook hier weer een kritische succesfactor.

Sociale deskundigheid¹⁶

¹⁴ Ref. NRZV/D/PSY/295-2

¹⁵ Dubbele bagage: om kwaliteitsvolle hulpverlening te leveren in de GGZ voor kinderen en jongeren is zowel accurate kennis van de psychopathologie bij kinderen en jongeren noodzakelijk als een goede kennis van de ontwikkelingsaspecten van kinderen als vaardigheden in het gebruik van pedagogische handvaten.

¹⁶ We verwijzen hier naar het advies van 12 juli 2001 inzake het sociaal werk in de geestelijke gezondheidszorg, ref.: NRZV/D/PSY/197-2. alsook naar recent onderzoek van het centrum voor sociologisch

- De herwaardering van de expliciete en unieke rol van de sociale functie in de GGZKJ. De vlucht vooruit naar de psychotherapeutische opleidingen heeft sinds 2 decennia de facto geleid tot een verschraving van de "kern"competenties van het maatschappelijk werk in de dagelijkse praktijk van de GGZKJ.
- De nood aan vaardigheid in het flexibel inspelen op ad hoc situaties waarin men via outreachende, aanklampende zorg terecht komt, ook in thuisituaties, kan niet genoeg benadrukt worden. Het kunnen loskomen van strakke methodische behandelkaders en het inzetten van deskundigheid daar waar noodzakelijk, op een wijze die past in de dagelijkse leefsituatie van de betrokkenen, is van onschatbare waarde voor de GGZKJ van morgen.

Verpleegkundige deskundigheid

- In de ons omringende landen spelen psychiatrische verpleegkundigen een essentiële rol in de hulpverlening. Van psychiatrische verpleegkundigen wordt verwacht dat zij beschikken over brede competenties. Naast ruime kennis in de bio-psycho-sociale aspecten van psychiatrische hulpverlening dienen verpleegkundigen in de GGZKJ ook te beschikken over opvoedkundige deskundigheid. Verpleegkundigen werkzaam in de GGZKJ dienen zowel in de psychiatrische als in de pedagogische aanpak thuis te zijn.
- Deze verwachtingen staan in groot contrast met de beperkte omvang van het pakket psychiatrische hulpverlening in de basisopleiding tot verpleegkundige. Tijdens hun opleiding komen verpleegkundigen te laat en te weinig in contact met de diverse velden van de geestelijke gezondheidszorg. Dit verklaart ten dele waarom zo weinig verpleegkundigen kiezen voor een vervolgopleiding in de geestelijke gezondheidszorg.
- Opleidingsinstituten en overheden moet uitgedaagd worden zich hierover te buigen en moeten een actieplan opstellen om de schaarste aan psychiatrische verpleegkundigen tegen te gaan.
- De erkenning van de bijzondere beroepstitel voor psychiatrische verpleegkundigen is dringend vereist.

2.4.2. **ADVIES:**

het antwoord op deze vastgestelde tekorten is **MEERVOUDIG VAN AARD en een VERANTWOORDELIJKHEID VAN ALLE SPELERS.**

Alle disciplines

Artsen

- **Oplossing voor de 'verlieslatende' positie van de ASO in het medisch korps**
- **Structureel stagelukkig in CGG inbouwen (zowel in het curriculum als in de CGG-financiering)**
- **Voldoende supervisiemogelijkheden door de opleiders**
- **Voldoende toeleiding naar het beroep, waardoor men artsen aflevert die ook in hun verdere beroepspraktijk blijven kiezen voor dit intensieve beroep.**

Niet-medische disciplines

- **Erkenning van klinisch psycholoog als gezondheidszorgberoep, met operationalisering van alles aspecten die hiermee samenhangen**
- **Voortgezette gespecialiseerde stages voor klinisch psychologen inzake specifieke diagnostische en meervoudige comptenties (voor bijzondere subpopulaties).**

onderzoek KULeuven (CESO – 2010 - Koen Hermans) over de positie en functie van het maatschappelijk werk in de CGG

- Verbreding en verdieping van het orthopedagogisch luik van de GGZ voor kinderen en jongeren De specifieke plaats en disciplinair aanbod in de GGZKJ van opvoedkundige experts, moet verder geconcretiseerd worden
- Herwaardering van sociale functie met eigen opdrachten zowel naar het kind als de omgeving, met promotie van flexibele zorgverlening
- Grondige beleidsaanpak van de verpleegkundige marktschaarste en erkenning van de bijzondere beroepstitel psychiatrisch verpleegkundige,

Alle partijen dienen hier hun verantwoordelijkheid te nemen:

- De onderscheiden overheden bevoegd voor Volksgezondheid: zij moeten voorzien in een voldoende basisfinanciering, zodat de voorziening het basiskader aanwezig kan stellen om een kwaliteitsvolle zorgverlening te ontwikkelen (de basisfinanciering van de globale opdrachten van (hoofd)geneesheren en andere klinische disciplines - cfr. supra).
- RIZIV: aangepaste nomenclatuur en een vernieuwde inschatting van de noodzakelijke gezondheidsberoepen voor volwaardige geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (o.a. ook voor de klinisch psychologen)

Onderwijs: een beter aangepast praktijkgedeelte van de basisopleiding van alle noodzakelijke disciplines, met realistische verenigbaarheid van diverse taken (onder andere arbeidsintensiteit met voldoende ruimte voor combinatie eigen praktijkopdrachten en stagementorschap). Hier liggen interessante uitdagingen zowel voor het inwerken en verdeskundigen van pas afgestudeerde werklozen (bv. een overschot aan beschikbare jonge afgestudeerden in de klinische psychologie) als de kans op relevante uitgroei banen voor oudere, ervaren GGZKJ-hulpverleners middels mentor- of meesterschapsopdrachten.

2.5. Prioritaire noden van de GGZ-basiszorg voor kinderen en jongeren: van globaal naar specifiek

Een aantal prioritaire noden komt bovendrijven. We menen dat hier opdrachten en uitdagingen liggen voor alle zorgactoren en alle overheden. Dit advies overstijgt het rechtstreeks aansturingsdomein van de federale overheid. Goede GGZ voor een kind of een jongere houdt niet op aan de grens van iemands bevoegdheid; goede zorg impliceert krachtenbundeling en afstemming, niet enkel op het veld, maar ook op de hoogste beleidsniveaus.

Leeswijzer

Het advies betreffende de noodzakelijke basiszorg GGZKJ is opgebouwd als volgt:

- De algemene basiszorg GGZKJ is het grootste en belangrijkste onderdeel in het zorgprogramma GGZKJ. **Eerst worden prioritaire noden in deze GGZ-basiszorg voor de volledige leeftijdsgroep** aangegeven.
- Aansluitend volgen **een aantal specifieke onderdelen van deze basiszorg GGZ**, die in sommige situaties moeten kunnen ingezet worden, maar nog steeds **de totale leeftijdsgroep betreffen**.
- **Vervolgens** gaan we in **op specifieke subpopulaties en contexten**.

Om de lezing van dit hoofdstuk te vereenvoudigen, zal het schema van de BASISZORG (zie verder) bij een onderdeel telkens hernomen worden. Het behandelende onderdeel zal in het schema telkens in kleur weergegeven worden.

2.5.1. Prioritaire noden in de GGZ-basiszorg voor de volledige leeftijdsgroep (0-18 jaar)

Algemeen.

In elk zorgprogramma K&J moeten volgende 4 basisopdrachten opgenomen worden voor de totale leeftijdsgroep: **preventie en vroegdetectie, de belangrijke consult- en externe liaisonfunctie naar andere zorgdomeinen, een ruim basispakket met diverse vormen en inhouden van ambulante en residentiële zorg en tenslotte een beperkt aantal aanvullende zorgmodules voor specifieke deelproblemen**.¹⁷ Dit alles wordt vervolledigd met bijzondere modules voor urgentiezorg, crisiszorg en assertieve/aanklampende zorg.

Zoals reeds eerder aangegeven is voor de minderjarige bevolking, in vergelijking met volwassenen, het basis GGZ aanbod voor K&J onvoldoende uitgebouwd. De raad is van oordeel dat **eerst en vooral** moet ingegaan worden op de algemene evolutie naar meer ambulante zorgvormen. In dit ambulante basisaanbod moet de inzet van gespecialiseerde K&J-competenties verhoogd worden. Alle actoren dienen in eerste instantie in te zetten op ambulante basiszorg, zo lang als mogelijk, hierbij inbegrepen het dagaanbod in partiële hospitalisatie. Kernwoorden zijn: **zo omvattend als mogelijk en zo ambulant**

¹⁷ Vanuit het subsidiariteitsprincipe wordt geestelijke gezondheidszorg vooral polyvalent en breedspectrum aangeboden. Enkel waar noodzakelijk zullen aanvullende deelmodules voor specifieke pathologie voorhanden moeten zijn.

mogelijk. Realisatie van een volwaardig basisaanbod¹⁸⁾ GGZKJ vereist zonder meer **bijkomende investeringen van mensen en middelen in de uitbouw van de ambulante GGZ-hulpverlening. De noodzakelijke verdere uitbouw van het ambulante GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren kan immers niet gerealiseerd worden door reconversie van de bestaande residentiële opnameplaatsen, de dagcentra of het RIZIV-revalidatie-aanbod.**

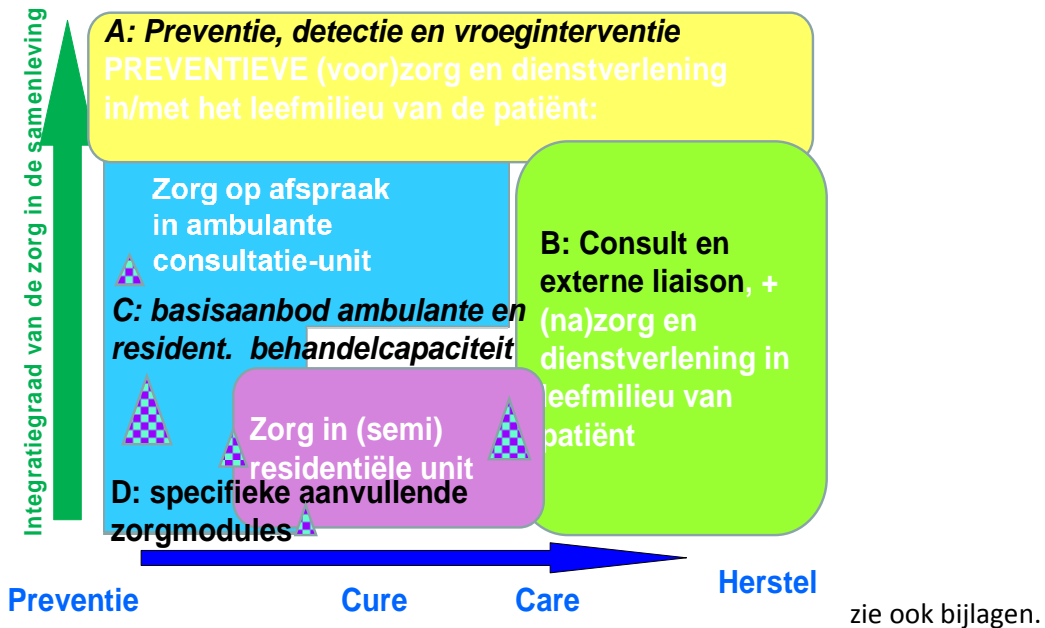
In het kader van de uitbouw van GGZ netwerken en zorgcircuits voor K&J en binnen een globaal zorgprogramma, dient -door grotere zorgafstemming en samenwerking- de bestaande residentiële, ambulante en poliklinische behandelcapaciteit beter gekoppeld en gericht ingezet te worden.

Gespecialiseerde specifieke zorgonderdelen zullen nodig blijven als 'aanvulling' op het algemene aanbod. Ze worden ingezet waar en wanneer dit op individueel casusniveau noodzakelijk is, en slechts zolang als nodig. De behandelplanning blijft in handen van de basiszorgequipe die samen met zorgvragers (ouders, kinderen, omgeving,...) een voortdurende match zoeken tussen hun concrete noden en zo goed mogelijk aangepaste antwoorden.

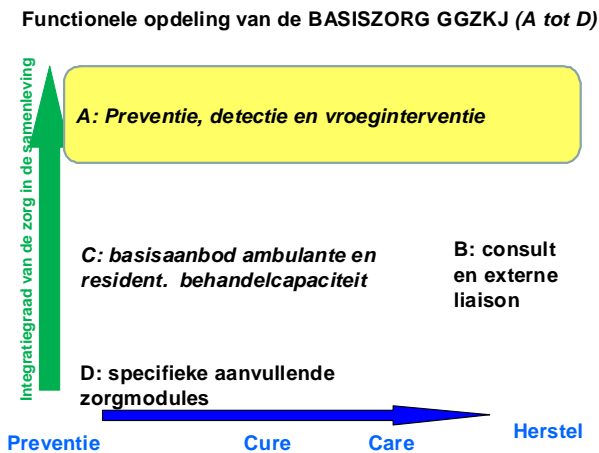
Naast de uitbouw van de basiszorg, zoals hierboven aangegeven, is een tweede prioriteit bijkomende mensen en middelen te investeren in **de uitbouw van urgentiezorg, crisiszorg en aanklappende/assertieve zorg** als antwoord op (tijdelijke maar onvoorspelbare) noden, die niet altijd door het reguliere zorgaanbod kunnen aangepakt worden. In 2.5.2 (blz24) van dit advies wordt de nood aan deze zorgfuncties toegelicht en de wijze waarop ze kunnen gerealiseerd worden geconcretiseerd.

¹⁸⁾ Het gebruik van het woord 'basis' aanbod wil niet zeggen dat dit niet hoogdeskundig is. Het gaat steeds om de 'gespecialiseerde' geestelijke gezondheidszorg, die zich richt naar psychopathologische situaties. Het gaat dus niet om de algemene opvang van psychische, emotionele en/of gedragsproblemen, waar elk domein in de jeugdhulp eigen sectorale verantwoordelijkheid moet nemen om die deskundigheid sectorintern aanwezig te stellen.

Functionele opdeling van de BASISZORG GGZKJ (A tot D)



a. Preventie, tijdige detectie en vroeginterventie kan sterk ingrijpende curatieve zorg vermijden.



Elk kind met ernstige GGZ-risico's dat tijdig de juiste aanpak krijgt, loopt minder risico op langdurige onderhoudszorg achteraf. Naast de focus op de **directe patiënt**, is ook het versterken en ondersteunen van de **mantelzorg** in gemeenschapsgerichte GGZ een belangrijke succesfactor. Tenslotte kan casuoverstijgende ondersteuning en consult aan de **eerstelijns hulpverleners** in de gezondheids- en welzijnssectoren een preventief effect hebben en minder doorstroming naar de curatieve, gespecialiseerde GGZKJ noodzaken. Ook al is preventie en vroege interventie een

aandachtspunt voor alle GGZ-actoren, toch zijn dit bij uitzondering aansturingsdomeinen van de gewesten en de gemeenschappen, die hiertoe de nodige middelen moeten ter beschikking stellen.

We gaan in dit bestek in op 2 initiatieven die de laatste jaren flink opgang maken en voorbeelden zijn, hoe men vanuit de zorgverlening voor volwassenen zelf, inzake GGZ-problemen preventief kan werken naar de betrokken kinderen. Dit kan nog aangevuld worden vanuit Wallonië:

- **Kinderen van ouders met psychische of psychiatrische problemen.** (in Vlaanderen "**KOPP**") Deze werking, die zich intussen razendsnel verspreidt over Europa en de VS, wil aandacht besteden aan minderjarige gezinsgenoten van mensen met een psychiatrisch probleem. Er is aangetoond dat tijdige aandacht (en detectie en zorg bij geconstateerde problematiek) sterk preventief werkt bij het risico op het ontwikkelen van eigen (secundaire) GGZ-problemen bij de kinderen van een psychiatrische patiënt. De doelstelling is om, in de behandelunits voor volwassenen, STEEDS de

nodige aandacht te besteden aan de kinderen in het gezin, hun sociale verankering in te schatten en waar nodig zorg en ondersteuning te bieden. Op die manier ontdekt men problemen bij de kinderen sneller en in een stadium dat er vaak nog geen 'stoornis' ontwikkelde. Gepaste, laagdrempelige zorg is een uitkomst¹⁹. Op dit ogenblik stoelt deze werking nog op vrijwilligerswerk, eigen initiatief van voorzieningen of externe sponsors. Verankering in de reguliere zorg is nodig..

- **De initiatieven Moeder en Kindzorg:** Er zijn momenteel een beperkt aantal initiatieven in België die vertrekken van de stoornis bij de volwassen ouder. Tegelijk worden problemen bij het kind voorkomen of vroegtijdig (in vivo) aangepakt. Door hun samenspel met de sector Kind en Gezin zijn ze een sterke preventief element in het voorkomen van de psychopathologische ontwikkelingen bij het jonge kind. Vooral hechtingsstoornissen, met grote consequenties op latere leeftijd, worden hierdoor voorkomen.²⁰

Daarnaast is de uitbouw noodzakelijk van een analoog zorgaanbod binnen de GGZKJ, met als vertrekpunt (de aangemelde problemen van) het kind, dat minstens even effectief is in de aanpak van bepaalde ouder-kind gerelateerde problemen. Voor de uitwerking hiervan, zie innovatieve zorgvormen achteraan deze tekst.

- **projecten vroegdetectie en –interventie initiële psychose:** er is een internationale beweging richting vroegtijdige detectie van jonge psychotici (early intervention). De Vlaamse overheid subsidieert, in een meerjarenperspectief, een aantal pilootprojecten inzake het ontwikkelen van een vroegtijdig zorgaanbod voor jonge psychotici en ultra-hoog risico, uit te bouwen in een netwerk. (VDIP) Deze werking situeert zich midden in de eerder aangegeven 'scharnier' tussen adolescentie en volwassenheid, en vergt dus de samenwerking van zowel de GGZKJ als de GGZ voor volwassenen.

ADVIES:

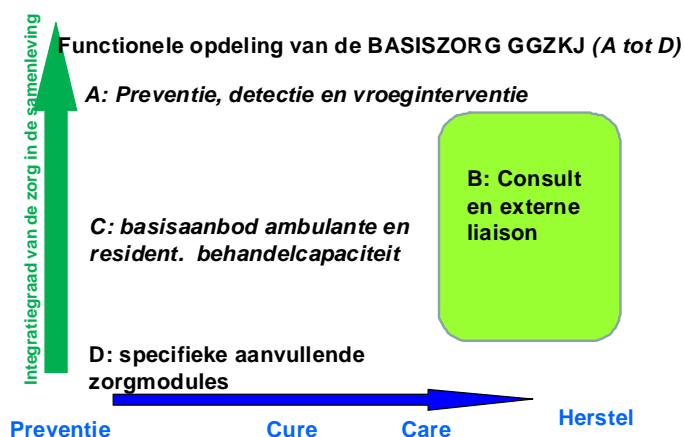
- Ook hier vraagt de Raad aan alle overheden om een exhaustief overzicht op te maken van de initiatieven met betrekking tot preventie, tijdige detectie en vroegtijdige interventie.
- inzake preventie, detectie en vroeginterventie moeten waardevolle initiatieven een verankering krijgen in het reguliere aanbod GGZKJ. Zowel verdere verspreiding van good practices als recurrente financiering door de betrokken overheden is hiertoe noodzakelijk.

b. Consult en externe liaison naar andere sectoren jeugdzorg en algemene ziekenhuizen

als opdracht van elke basiszorg

GGZKJ.

Meerdere sectoren in de jeugdzorg vragen niet zozeer overname van de patiënt, noch een ambulante totaalpakket, maar wel de mogelijkheid tot overleg en gerichte inbreng van deelfacetten GGZ kinderen en jongeren binnen de voorzieningen van hun eigen sector. Modaliteiten voor de inbreng van consultatieve deskundigheid op casusniveau en/of op teamniveau dienen prioritair verder te worden ontwikkeld. Het aanleveren van



¹⁹ Meer info: zie www.koppvlaanderen.be

²⁰ Als voorbeeld noteren we in Wallonië de initiatieven Fil à Fil (ISOSL), Le Gerseau (SSM Safran) et Claire Vallon. In Brussel hebben we Titeca, la Ramée-Fond’Roy en La Lice et in Vlaanderen de eenheden voor moeder en kind in Zoersel en St. Denijs Westrem.

deskundigheid op het terrein van de GGZ voor kinderen en jongeren wordt gevraagd, oa. vanuit de sectoren VAPH, Bijzondere Jeugdzorg, pediatrie, verslavingszorg alsook onderwijs.⁽²¹⁾ Teneinde de middelen gericht, subsidiair en just-in-time te kunnen inzetten blijft de grootste uitdaging om deze gespecialiseerde GGZ waar nodig, vroeg en actief aan te bieden in welzijnssectoren en in onderwijs.

Onderzoek zal moeten aangeven welk aanbod daadwerkelijk iets kan veranderen aan de prevalentie en prognose van kinderspsychiatrische en ernstige psycho-emotionele problemen en gedragsstoornissen, en wat het beste aanbodsmoment is.

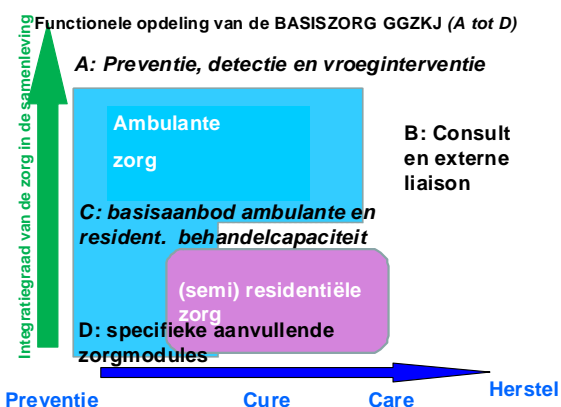
Aangepaste nomenclatuur of een opdrachtfinanciering voor individuele verstrekkers moet flexibele inzetting waarborgen van die deskundigheid die op een bepaald moment, of in een bepaalde situatie noodzakelijk is. Als de vraag tot liaison en consult groeit, dan zullen hiertoe extra middelen moeten komen, of zullen deze belendende sectoren in staat moeten gesteld worden deze ondersteunings- en adviesfunctie in te kopen bij de gespecialiseerde GGZ.

ADVIES

- **Onder consult of externe liaison verstaan we de ondersteuning van andere zorgdomeinen inzake GGZ, naar kinderen en jongeren uit andere jeugdhulpdomeinen en hun begeleiders, binnen aanvaardbare termijnen, aan te bieden door alle GGZKJ-actoren.**
- **De evaluatie van de therapeutische projecten voor minderjarigen (en middelenmisbruik bij minderjarigen), die net als opdracht dit concreet casuoverleg rond het therapeutisch proces in complexe dossiers hadden, zal moeten leiden tot de verantwoorde uitbouw van gestructureerd intersectoraal en interdisciplinair casusgeoriënteerd overleg in dit soort dossiers. Er moet dus een aangepast vervolg komen op de aflopende experimentele fase van de therapeutische (overleg)projecten die nu minderjarigen in hun doelpubliek hebben.**

c. Een ruim basisaanbod van ambulante en residentiële behandelcapaciteit met

hoofddaccent op de algemene zorg GGZKJ in zijn minst belastende vorm voor de gebruiker



➤ **samenhang en de continuïteit in het aanbod.**

- **Er zijn nog hiaten in de zorg, de samenhang en de overgangen tussen diverse zorgvormen en zorgdomeinen zijn onvoldoende gewaarborgd.** Dit uit zich o.a. in

foutieve toeleiding, shopping, draaideurfenomenen maar ook gebrek aan of te late inzet van gespecialiseerde diagnostiek en behandeling bij kinderen en jongeren met ernstige en

²¹ Een analogo verhaal speelt zich af in de (begeleidings)sector van Kind en Gezin. Ook de CKG (centra kindzorg en gezinsondersteuning) voor zeer jonge kinderen krijgen – mede gezien hun specifieke opdrachten naar kwetsbare gezinnen – vaak niet-gediagnosticeerde kinderen met ‘ernstige’ psychiatrische problemen over de vloer.. Zij zijn hiertoe niet uitgerust en zouden in staat moeten gesteld worden de gespecialiseerde GGZ in te roepen in liaison in die situaties waar ze zich zorgen maken.

langdurige GGZ-stoornissen. Efficiëntiewinst kan behaald worden door betere samenwerking, zowel tussen de GGZ-actoren onderling als met de partners van de belendende sectoren. Vooral in de ambulante (²²) basiszorg dienen alle spelers (CGG, poliklinische zorg, ambulante revalidatiesettings, vrij gevestigde hulpverleners en het dag/nachtaanbod van de K-diensten). maximaal krachten te bundelen in een globaal zorgprogramma GGZ kinderen en jongeren.

- **De constructieve samenwerking in de uitbouw van een plaatselijk GGZ-netwerk moet een voorwaarde zijn om als voorziening in de toekomst beroep te doen op bijkomende financiële overheidsondersteuning voor (bestaande en/of nieuwe) zorgvormen.** Deze **voorwaardelijkheid** en de additionele financiering van GGZKJ zal de stapsgewijze uitbouw van de zorgcircuits en netwerken bevorderen, evenals het opstellen van een **afgestemd, gefaseerd meerjarenplan voor de herfinanciering** van de GGZKJ.
 - De **grootste uitdaging** bestaat er in een realisatieplan (met tijdspad én budget) uit te tekenen om **de kloof te dichten** tussen de **benodigde GGZKJ** (minimaal 7% van alle minderjarigen in ons land met ernstige GGZ-problematiek heeft nood aan gespecialiseerde GGZ) en **de huidige realisatiegraad** ervan (We verwijzen hier naar 2.2 over de realisatiegraad van de benodigde zorg) Zo zijn de ambulante KJ-teams in beide landsgedeelten capaciteitsmatig absoluut nog niet in staat om de vraag te beantwoorden binnen een redelijke termijn. In Vlaanderen heeft de organisatorische schaalvergroting (decreet 18 mei 1999) vooral beleidsmatige effecten gehad op niveau van de organisatie van het centrum, en geen noemenswaardige uitbreiding van de effectieve ambulante zorguitvoeringscapaciteit meegebracht. Data tonen aan dat op dit ogenblik in Vlaanderen jaarlijks iets minder dan 15000 kinderen en jongeren behandeling krijgen in de CGG, met een kleine 200-tal FT-equivalenten voor uitvoerende zorgverlening²³. Een snelle rekensom leert dat er op vandaag dus ca 1% van de minderjarige populatie bediend wordt, en dat macro gezien, ook hier nog een lange weg te gaan is.
 - De federale, maar evenzeer de gewest- en gemeenschapsoverheden zullen, net zoals voor het volledige domein van de GGZ geldt, ook voor kinderen en jongeren de volwaardige uitbouw van het zorgprogramma K&J moeten opnemen in **een meerjarenplan** en de realisatie ervan sturen via **een meerjarenbegroting**.
- **Competenties verhogen, verbreden en inzetbaar maken.**
- Het verbreden en **versterken van de basiscompetenties** is even noodzakelijk als het oplossen van het beschikbaarheidstekort. Dit tekort is in de GGZKJ het grootst

²² Met 'ambulant' bedoelen we hier alle zorgmodaliteiten die geen volledige residentiële opname vereisen, zodat ook allerlei initiatieven inzake dagbehandeling en ook partiële hospitalisatie zich hierin terugvinden.

²³ Een snelle rekensom leert ons dat hiermee ca 1% van de Vlaamse kinderen bediend wordt.

voornamelijk in de medische(kinderpsychiaters) en verpleegkundige disciplines (psychiatrische verpleegkundigen)²⁴.

- Modaliteiten voor de (consultatieve) **inbreng van de GGZKJ-competenties**, op casus- en teamniveau, in **belendende zorgsectoren** moeten ontwikkeld en gepromoot worden. Daartoe moet aangepaste financiering voorzien worden, met name nomenclatuur voor kinderpsychiaters en/of pakketfinanciering van multidisciplinaire externe liaisonopdrachten, om een flexibele inzet van GGZ-deskundigheid te waarborgen just-in-time, daar waar, en slechts zolang als nodig. Deze opdracht kan in concreto best toevertrouwd worden aan de basisteams, zodat niet opnieuw 'losstaande' structuren of equipes gevormd worden maar, door het verruimen van de basiscapaciteit, elk zorgteam de opdracht heeft om hun deskundigheden ook mobiel ter beschikking te stellen voor collega's in de jeugdhulp buiten de GGZ.
 - Elke **zorgmodaliteit vereist een aantal eigen competenties en heeft ook een aantal specifieke kenmerken** in de zorg die geleverd wordt. Voorbeelden zijn (diagnostische en consultatieve) observatie/advisering op school of in de kinderopvang, concrete begeleiding bij schoolweigering of in-vivo oefenmomenten bij sociale fobie, de mogelijkheden tot intensieve zorg en beveiligde settings van de opnamediensten, de inzetbaarheid van andere (medische) disciplines bij complex residentieel diagnostisch werk, de kennis van de plaatselijke sociale kaart en begeleidingsmogelijkheden....Deze specifieke deskundigheden dienen **inroepbaar** te worden in elk individueel zorgpad indien aangewezen.
- **Leeftijdsspreiding in de GGZKJ en aandacht voor de polen van de leeftijdsrange.**

Zoals ook al in de randvoorwaarden aangegeven is, moet bijzondere aandacht gaan naar de twee polen van de leeftijdsrange.

Voor **zeer jonge kinderen** is het aanbod onderontwikkeld, zowel naar kwantiteit van het aanbod als naar de specifieke deskundigheden. Binnen de GGZKJ zelf, vergt het intensief werken met infants en hun ouders een hogere personeelsinzet dan bij een aantal andere groepen. Voor deze subgroep is zowel een capaciteitsuitbreiding als een competentieverhoging nodig. Een intensievere samenwerking met voorzieningen voor het jonge kind dringt zich op, met het oog op vroegdetectie en -aanpak van ernstige pathologische ontwikkelingen of "iatrogene" situaties.

In de leeftijdsgroep **15-21 jaar** is (op casusniveau) flexibele overgang van jeugdzorg naar volwassenenzorg nodig. In principes horen minderjarige adolescenten thuis in het GGZ zorgprogramma voor kinderen en jongeren en jongvolwassenen vanaf 18 jaar in het zorgprogramma voor volwassenen. **Op casusniveau en naargelang de concrete aard van het probleem, kan in de overgangsgroep 15-21 jaar een andere benadering aangewezen zijn.**

Scharnierfuncties in beide richtingen moeten voor deze **overgangsgroep** voorzien worden:

²⁴ Zie hierboven bij 2.4

- o waar de adolescent zich ook bevindt, dient voor min 18-jarigen de kinderpsychiatrische competentie obligaaf te worden ingezet en dus ook gewaarborgd te worden in de zorgvormen vanuit de GGZ voor volwassenen.
- o Omgekeerd dient ook voor een +18-jarige de psychiatrische deskundigheid voor (jong)volwassenen steeds te worden ingezet, ook als betrokkene zich om specifieke redenen nog in de GGZ-KJ bevindt.

Organisatorisch moet er – zowel ambulafnt als (semi)residentieel - aandacht zijn voor 2 subgroepen die zich aftekenen. Enerzijds is er een grote groep die, middels voldoende snelle en gepast ingrijpen, op vrij korte termijn terug kunnen naar ambulante (vervolg)zorgvormen in hun eigen leefomgeving. Anderzijds is er de groep waarin de startende ernstige pathologie zich doorzet tot in de volwassen leeftijd,. Het gaat hier om ernstige problemen (majeure ziektebeelden), met het vooruitzicht van een lange behandel-/begeleidingsperiode.

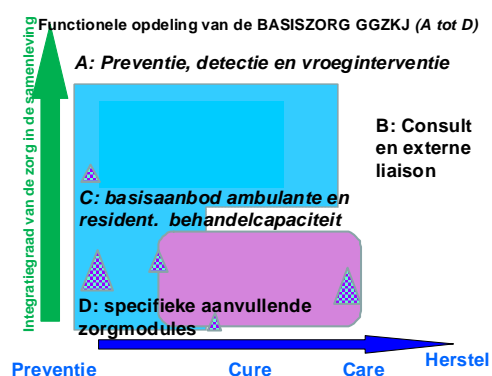
➤ **geografische spreiding van de diverse zorgvormen: K-bedden/plaatsen en het ambulante aanbod.**

Analyse van de spreiding van zowel K (+k) bedden als de beschikbaarheid van ambulante KJ-teams over België geeft aan dat er ongelijke spreiding is. De regionale aanbodstekorten kunnen niet opgelost worden door herverdeling van de huidige schaarste.

- o **Waar nodig moet het (semi)residentieel basisaanbod aangevuld** worden via budgetneutrale reconversie van bestaande somatische ziekenhuisbedden (C/D/E) of psychiatrische ziekenhuisbedden (A/T). Bij voorrang zou in deze gevallen de in de programmatie voorziene, maar nog niet volledig gerealiseerde capaciteit van partiële dag- k-bedden moeten gerealiseerd worden. In het kader van proefprojecten 107 voor de doelgroep K&J zou tevens een meer flexibele invulling moeten kunnen gegeven worden aan het gebruik van deze plaatsen en stoelen. Deze vorm van ambulante hulpverlening zou ook moeten geboden worden aan kinderen en jongeren die hiervoor niet noodgedwongen naar het ziekenhuis moeten komen.
- o De raad pleit er voor om voor de reconversie zelf niet af te wijken van de bestaande equivalentieregels en bovendien voor de realisatie ervan ook de vereiste minimaal vereiste capaciteit van 20 residentiele of dagplaatsen te handhaven. Deze minimale inzetbare kinderpsychiatrische omvang blijft nodig teneinde versplintering/verdunding van capaciteit tegen te gaan en de inzetbare hulpverlenende deskundigheid op minimale kwaliteitsniveaus te kunnen houden.
- o Over de noodzaak tot creatie van een multidisciplinair GGZKJ-liaisonsteam ter ondersteuning van de pediatrieche ziekenhuisdiensten wordt in punt 2.6.1 van dit advies een concreet voorstel geformuleerd.
- o Zoals hierboven al aangegeven, zijn de ambulante KJ-teams in beide landsgedeelten capaciteitsmatig absoluut nog niet in staat om binnen een redelijke termijn alle zorgvragen te beantwoorden. In Vlaanderen heeft elk CGG-werkingsgebied van bijna een half miljoen inwoners (wat betekent dat het om 100.000 minderjarigen gaat) nu minstens een KJ-team, dat gestructureerd aangestuurd wordt door (zorg)beleids-

verantwoordelijken op niveau van het centrum. Hier zijn dus al eenduidige aanknopingspunten om het netwerk op te starten voor de realisatie van het regionale zorgprogramma GGZKJ. De bedieningsrealiteit is in Vlaanderen ook redelijk goed gespreid, (voor wat zijn minimaliteit aangaat, overal is al minstens 'iets'), maar de garantie dat er een correcte hulpverleningscapaciteit aanwezig is in elk werkingsgebied ligt echter nog ver af. Er zal dus een 'differentiële' aangroei nodig zijn om de streefdoelen te halen. In het Franstalige landsgedeelte zijn er meer 'services de santé mentale' (SSM) maar ze zijn veel beperkter in omvang. Niet elk SSM beschikt over een afzonderlijk KJ-team. Ook hier moeten bijkomende samenwerkingsafspraken gemaakt worden in grotere werkingsgebieden, substantieel aangevuld met bijkomende gemeenschapsmiddelen om volwaardiger ambulante GGZKJ-teams te kunnen vormen..

d. Specifieke: aanvullende zorgmodules.



Naast dit aanbod van 'algemene' GGZ-opdrachten onderscheidt men een aantal **specifieke zorgvormen en zorginhouden (modules) voor deelaspecten/ subpopulaties**. Deze moeten niet in elke GGZ-voorziening even uitgebreid aanwezig zijn, op voorwaarde dat er op het niveau van het netwerk een goede onderlinge ketenzorg en inzetbaarheid is. We denken o.a. aan onderdelen in de autisme- en psychosenzorg, specifieke behandelaspecten bij ontwikkelings- of ernstige gedragsstoornissen, aanvullend assessment in bepaalde zorgsituaties zoals bij ADHD, seksuele psychopathologie, eetstoornissen of kleine subpopulaties (bv. infants of psychoneurologie), maar ook specifieke therapeutische methodieken (bv. intensieve home-training) enz.... Deze 'niches' moeten ingebed worden als specifiek inzetbare onderdelen binnen de algemene zorgprogramma's GGZKJ en mogen geen paralleltraject ontwikkelen. De ratio hierachter: zo globaal mogelijk vanuit een sterke deskundigheid, concreet doelgericht, en enkel voor specifieke onderdelen waar, en zolang als aangewezen

2.5.2. Bijzondere onderdelen in het zorgprogramma: prioritaire noden voor de uitbouw van dringende hulpverlening voor K&J; drie zorgfuncties: “assertive care”²⁵, crisiszorg en urgentiezorg, binnen het zorgprogramma GGZKJ

Algemeen.

Alle geraadpleegde actoren en teksten bevestigen dat kinderen en jongeren met dringende hulpvragen nood hebben aan mobiele assertieve en aanklampende zorgvormen, maar ook aan snel inroepbare, toegankelijke, flexibele crisiszorg. Slechts in een beperkt aantal uitzonderlijke situaties is een onmiddellijk, 24u/24u toegankelijke, intensieve, ultrakorte urgentiezorg noodzakelijk met een stabiliseringsaanbod in levensbedreigende noodsituaties.

Tussen de **drie** hierna beschreven **schakels** van dit zorgtraject dringende hulpverlening is er een grote onderlinge interactie: **“assertive care”**, **crisiszorg** en **urgentiezorg**. Een juiste definiëring en invulling van deze drie schakels in spoedeisende zorg is nodig. We verwijzen hierbij naar onderzoek in opdracht van het KCE dat o.a. besluit tot noodzaak aan goede registratie en doelmatige organisatie van een spoedeisende psychiatrische zorg, wat onmogelijk is zonder juiste definiëring.

Indien de hieronder beschreven “assertive care” de kans krijgt volwaardig te ontwikkelen, dan zullen ontspoorde situaties zich minder frequent aandienen in de crisis- en urgentiemodules strictu sensu. Toch zullen zowel een gespecialiseerd en soepel crisisaanbod als een in aantal en tijd beperkte, maar goed omschreven, urgentiezorg noodzakelijke onderdelen blijven van een globaal zorgprogramma GGZKJ in een werkingsgebied.

De mobiele “assertive care”, de crisiszorg en de urgentiezorg zijn elk op zich specifieke zorgfuncties. De operationalisering ervan vereist andere afspraken qua zorginhoud, -duur en interventiesnelheid dan deze van de basiszorg. In de praktijk zullen deze drie zorgfuncties in meerdere vormen en modaliteiten nodig blijken. “Assertive care” en crisiszorg kunnen als opdracht door meerdere GGZ-voorzieningen en diensten opgenomen worden, urgentiezorg zal liefst in een combinatie met de somatische zorg plaatsvinden. Vanuit de realiteit van elk werkingsgebied (bv. verstedelijkt versus landelijk) zal de realisatie van deze drie zorgfuncties een daaraan aangepaste vorm krijgen. Ook hier verwijzen we naar het KCE rapport dat opvallende regionale verschillen en lacunes vaststelt met hierbij de vraag of deze te maken hebben met factoren gerelateerd aan behoefte of aan aanbod. Ook kunnen voor de realisatie van deze zorgfuncties mensen en middelen uit diverse voorzieningen en diensten gepoold worden en deel uitmaken van eenzelfde equipe, die functioneel op verschillende locaties kan ingezet worden.

2.5.2.1. Werkdefinities⁽²⁶⁾

“Assertive care”

Bij deze mobiele aanklampende/assertieve zorg is niet zozeer de reactiesnelheid als wel de mobiliteit, de flexibiliteit en het trajectkarakter van de interventie kenmerkend. Andere criteria van de

²⁵ We gebruiken hier het ‘Engelse’ woord ‘assertive care’ omdat dit in alle taalgebieden intussen een eenduidige betekenis heeft. In de Jeugdhulp spreekt men van ‘aanklampende, outreachende zorg’ of ‘actief-interveniërende zorg’

²⁶ Termen als “assertive care”(ook soms outreach genoemd), crisis- en urgentiezorg worden voortdurend door elkaar gebruikt als vormen van dringende hulp, waardoor de lading diffuus wordt. Het gaat om verschillende zorgfuncties als antwoord op een verschillende zorgvraag en met verschillende doelstelling. Heldere uitgangdefinities zijn een belangrijke conditie

zorguitvoering zijn ‘vasthoudend, betrokken, en volhardend’ alsook ‘paraat, beschikbaar, intensief’. In principe gaat het om patiënten die reeds gekend zijn binnen het plaatselijke netwerk GGZKJ.

Opdracht: het gaat om psychiatrische, flexibele zorg in de leefsituatie van betrokkene, bedoeld voor een moeilijke subgroep en hun omgeving. Deze zorgvorm moet zowel bijkomend diagnostisch materiaal aanleveren (vooral over de leefomgeving) alsook behandelend kunnen ingezet worden. De doelstelling voor deze vorm van aanklampende mobiele zorg moet strikt worden omschreven: naast behandeling heeft het als doelstelling problemen te helpen voorkomen of in te dijken. **“Assertive care” moet dààr interveniëren, waar het gewone ambulante aanbod onvoldoende aanslaat en mag geen “dure” vervanging zijn van regulier ambulante werk**²⁷

Doelgroep: de interventies richten zich op een gekende kinder- en jeugdpsychiatrische populatie met hoog risico die anders moeilijk bereikbaar is, waarvoor wetenschappelijk is aangetoond dat actief-aanklampende hulpverlening van cruciaal belang is, en/of waar de interventie opnamevermijdend of opnamereducerend is.

Zorginhoud: het betreft vooral actieve interventies in de eigen leefsituaties voor drie specifieke groepen: gechronificeerde of uit-de-hand-gelopen situaties, moeilijk bereikbare doelgroepen, zorgwekkende zorgvermijders.

Plaats in het zorgprogramma en uitvoerders: “assertive care” wordt verankerd in de samenwerking tussen residentiële en ambulante zorgverlening, met responsabilisering van beiden en de inzet van hun specifieke (deel)deskundigheid in een gezamenlijk aanbod naar gekende patiënten.⁽²⁸⁾ De interventie gebeurt in principe vanuit/door een multidisciplinair team, waarbij – op geïndiceerde momenten- de psychiater ook mobiel kan interveniëren.

“Crisis zorg”

Onder crisiszorg wordt de zorg begrepen die gericht is op een situatie waarin dringende hulpverlening nodig is (binnen een paar dagen) omdat jongere en/of context anders dreigt te decompenseren.

Opdracht: ontwikkelen van een toegankelijk crisisluk in àlle vormen van het bestaande zorgaanbod: ambulante crisiszorg, residentiële crisiszorg, stabiliserende crisisopnames en dit in aangepaste modaliteiten. Alle GGZ-actoren dienen hiertoe een functionele samenwerking te ontwikkelen.

²⁷Dat de huidige outreachende zorg voor gebruiker (en voorziening) momenteel soms volledig kosteloos is en vaak sneller inzetbaar is dan reguliere behandeling, zet de deur tot ‘oneigenlijk gebruik’ wagenwijd open. Net als in andere domeinen van de GGZ-hulpverlening wordt een minimale patiëntenbijdrage of vergoeding noodzakelijk geacht. De rationale om over te gaan tot outreachend werken, moet verbonden zijn met de gestelde problematiek in al zijn aspecten, en mag geen externe beweegredenen hebben. Het uitwerken van heldere beslissingen voor het inzetten van deze zorgmodule in een concrete casus is de verantwoordelijkheid van het regionale samenwerkingsverband GGZ, binnen de contouren van het zorgprogramma.

²⁸ Onderscheid met externe liaison: Naast de strikt-omschreven “assertive care”, dienen andere actief-handreikende zorgvormen ingezet te worden: ondersteuning/consult aan huisartsen en andere verwijzende instanties, specifieke toeleiding van moeilijk bereikbare potentiële cliënten naar de reguliere zorg, via tegemoetkomende methodieken... Zoals meermaals benadrukt, is het mobiliseren en ontsluiten van de interne GGZ-deskundigheid een opdracht van elke zorgvorm. Alle GGZKJ-zorgvormen moeten de mogelijkheid ontwikkelen om – op vraag- hun deskundigheid elders, mobiel, outreachend aan te bieden, zowel in de directe zorg als in een steunrelatie naar intermediairen. Outreachend is geen exclusief kenmerk van assertive care, maar een ‘modaliteit’ waar elke zorgvorm en elk zorgteam naar moet evolueren

“Urgentiezorg”

Urgentiezorg is zorg die gericht is op het beantwoorden van een acute noodsituatie, waarbij onmiddellijke (binnen enkele uren) hulp geboden dient te worden. Koppeling met de somatische zorg is, gezien de aard van de urgentie, noodzakelijk.

Opdracht: Het gaat om acute probleemstellingen voor een beperkte groep jongeren, gaande van “binge drinking”²⁹ in het weekend, drugmisbruik en (extreem) agressieve gedragsstoornissen, kaderend binnen een psychiatrische problematiek, ernstige psychiatrische decompensaties, acuut en ernstig getraumatiseerde kinderen, acuut onveilige situaties. Zowel pediaters, huisartsen, urgentieartsen als GGZ-hulpverleners en crisisvoorzieningen binnen de jeugdhulp getuigen dat een correcte uitzuivering zich opdringt, waardoor gebruik van deze urgentiezorg voor niet GGZKJ-problematieken vermeden kan worden. Kwaliteitsvolle urgentie-opvang impliceert zowel ambulante, zo nodig mobiele interventie naar de patiënt toe, als onmiddellijke 24/24uur opnamemogelijkheid.

Samengevat

ZORGMODULE	wat	doelgroep	Reactie- en interventietijd	wie
Assertive care	Actief aanklampende zorg	Door het netwerk gekend GGZ-cliënteel	Afhankelijk van patiënt en situatie, kan kort-intensief, maar ook langdurig zijn	Teams, samengesteld uit ambulante en residentiële HV
crisiszorg	Stabiliserende interventie bij dreigende ontsporing	Zowel gekende cliënten als inroepbaar door andere zorgdomeinen bij hun cliënteel	Reactietijd: enkele dagen Interventietijd: enkele weken	Alle GGZKJ moeten deze modaliteit uitwerken, in samenspraak met de netwerkcollega's
urgentiezorg	Interventie in acute noodsituatie	Kleine groep problematische jongeren en superacute situaties	Reactietijd: enkele uren Interventietijd: enkele dagen	Specifieke module, vaak koppeling met somatische zorg met grotere werkregio

Om het onderscheid duidelijk te maken zetten we hieronder ook wat bedoeld wordt met consult of externe liaison

Externe liaison	Ondersteuning van andere zorgdomeinen inzake GGZ -consult en toeleiding - zorg op verplaatsing	Kinderen en jongeren uit andere jeugdhulpdomeinen en hun begeleiders	Aanvaardbare "gewone" termijnen	Alle GGZKJ moeten deze modaliteit kunnen aanbieden
------------------------	--	--	---------------------------------	--

Met deze definities van urgentiezorg, crisiszorg, assertieve care neemt de permanente werkgroep psychiatrie duidelijk een ander vertrekpunt in dan de indeling gehanteerd in het rapport van het KCE³⁰

²⁹ In recente jaren wordt de term steeds meer gebruikt om te verwijzen naar een drinkgedrag waarbij in één drinkgelegenheid een grote hoeveelheid alcohol wordt ingenomen. Deze vorm van bingedrinken is een fenomeen dat vooral voorkomt bij jongeren, hoewel niet exclusief, vaak met als doel dronken te worden (IAS, 2007 Binge Drinking - Nature, prevalence and causes. St Ives: IAS.)

³⁰ Het KCE-onderzoek stelt dat het onderscheid tussen spoedeisende hulp en crisisinterventie bij kinderen en adolescenten minder duidelijk is en neemt zowel de urgentiehulp als de crisisinterventie mee in de scope van 'spoedeisende hulp' (voor het rapport zie www.kce.fgov.be) Voorliggend advies benadrukt het onderscheiden karakter van beide zorgmodules en het belang van deze differentiatie, o.a het onderscheid in de geresponsabiliseerde partners in elk van de modules.

2.5.2.2. Naar een geïntegreerd antwoord op zorgwekkende en dringende situaties met drie zorgfuncties: "assertive care", crisiszorg en urgentiezorg

Na een korte beschrijving van huidige pilotprojecten en zorgvernieuwingsinitiatieven worden voorstellen geformuleerd tot consolidering, continuering en/of uitbreiding. Daarbij worden ook een aantal conditionele elementen van het samenspel van de GGZ-actoren onderling beschreven.

Beschrijving en evaluatie van de huidige initiatieven.

Inzake "dringende psychiatrische hulpverlening" voor kinderen en jongeren zijn er in de voorbije jaren, door zowel de federale overheid als de gewest- en gemeenschapsoverheden, een reeks verdienstelijke "zorgvernieuwingsinitiatieven" genomen.

- a) Op federaal niveau werden in 2001 de pilotprojecten "**outreach projecten voor K&J**" opgestart. Deze (aanvankelijk 11 nu 13) projecten hebben in het licht van de hierboven beschreven zorgfuncties een gemengde opdracht gekregen. Hun rol bevat op dit ogenblik zowel elementen van wat in dit advies genoemd wordt "assertive care" als elementen van "crisiszorg". Bovendien geven een aantal projecten ook bijzondere ondersteuning bij de urgentiezorg aan kinderen en jongeren met GGZ-stoornissen die zich aandienen in de spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen.
- Steeds gaat het om een samenwerkingsinitiatief waarbij op dit ogenblik een K-dienst en een CGG verplichte partners zijn. De projecten hebben, rekening houdend met de eigen lokale context, aan de globaal geformuleerde doelstellingen van het project een eigen vorm en inhoud kunnen geven³¹). Door de FOD Volksgezondheid is een syntheserapport opgesteld met de beschrijving van de resultaten van 12 projecten. Door de projecten zelf werd een consensusdocument opgesteld waarin zij hun belangrijkste conclusies en aanbevelingen voor de toekomst formuleren. (cfr. bijlage deel drie). Uit deze documenten blijken volgende punten belangrijk:
- De werking op vandaag: alle actoren zijn overtuigd van de belangrijke meerwaarde van zich ontwikkelende zorgmodules richting "assertive care". **Het aanbod van deze mobiele zorguitvoering moet in de toekomst nog vergroot worden, zowel in aantal initiatieven als in omvang van de bestaffing, zij het met een verduidelijking van hun opdrachten.** Of de spreiding (en het bereik) van de huidige initiatieven voldoet om antwoord te bieden op de uitdagingen van de uitbouw van 'assertive care' in de zorgprogramma's van morgen, moet bekeken worden. Voor de huidige crisisopdracht die de projecten hier en daar vervullen, dienen in het zorgprogramma alle reguliere zorgaanbieders geresponsabiliseerd te worden.
 - In de huidige federale pilotprojecten zijn de equipes te klein om voldoende veerkracht en continuïteit te kunnen bieden voor de veelvormige/veeleisende opdracht waar ze voor staan. Er is dan ook een grote personeelwisseling. De inbedding en ondersteuning van deze hulpverleners moet geëvalueerd en verbeterd worden. De aansluiting op mobiel in te zetten en uit te breiden zorgvormen van de KJ-teams van de CGG moet verbeterd worden.

³¹ Sommige projecten nemen een reïntegrerende opdracht na behandelopname waar, maar die valt buiten dit bestek. Bij andere projecten waren er ook al kleine aanzetten richting assertive care, zij het als vrijstaande module en nog niet ingepast in een zorgprogramma van een netwerk.

- b) Een tweede belangrijk zorgvernieuwinginitiatief van de federale overheid zijn de EPSI³²: pilootprojecten initieel gericht op jongeren die met een verslavingsgerelateerde dringende hulpvraag aangemeld worden op de spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen. Op vandaag richten ze zich in de praktijk niet meer (exclusief) naar deze specifieke populatie. Deze zogenaamde “**Epsi projecten**” (+/- één per provincie) werden gekoppeld aan 13 spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen. De opdracht die deze projecten vervullen sluit best aan bij de in dit advies genoemde “urgentie zorg”, maar men neemt op dit ogenblik soms ook algemene crisiszorg op, uit gebrek aan beschikbare eigen GGZKJ-crisiszorg. Deze pilootprojecten zullen ten gronde geëvalueerd worden in het kader van de vraag van de minister van Sociale Zaken d.d. 1 februari en 9 februari 2010 aan de NRZV tot advies over de diverse pilootprojecten inzake verslavingszorg.
- c) Een derde belangrijk zorgvernieuwinginitiatief werd door de federale overheid in 2008 genomen, in het kader van de uitbouw van het zorgtraject forensische zorg voor kinderen en jongeren. Bij de toewijzing en de financiering van de zogenaamde **FOR-K** bedden werd in de B4-overeenkomsten ook een financiering voorzien voor zowel **een outreachende opdracht als voor crisiszorg**. In elk werkgebied werden expliciet een aantal crisisbedden voorzien. De opvolging en de evaluatie van de uitvoering van deze pilootprojecten gebeurt door de FOD Volksgezondheid.
- d) Gewesten en gemeenschappen (o.a. de Vlaamse Gemeenschap) hebben ook, in het kader van de uitbouw van de ambulante schakel van het zorgtraject forensische zorg voor kinderen en jongeren, eigen initiatieven genomen voor 2 “**outreach projecten**”³³ door residentiële voorzieningen, gericht op de inbreng van GGZ hulp naar jongeren opgenomen in **voorzieningen uit de (bijzondere) jeugdhulp**. Deze initiatieven zijn in wezen gericht op het geven van consult aan de **gemeenschapsinstellingen**, het toeleiden van moeilijke cliënten naar de GGZKJ en het mobiel aanbieden van de zorgmodules. Het grootste deel van deze werkinhoud zou dus onder de noemer ‘externe liaison’ kunnen vallen, ook al worden ze nu tevens gevraagd in crisissituaties. Het gaat meestal niet om assertive care, noch urgentie zorg.
- e) **Het initiatief dat de Vlaamse Gemeenschap** nam naar de CGG inzake hun outreachende opdracht, valt – in het boven omschreven definitiekader- onder de noemer “ externe liaison”. Ook hier kan uiteraard crisiszorg noodzakelijk zijn in een bepaalde casus

³² EPSI = eenheid voor psychiatrische spoedinterventie

³³ voor de definitie, zie boven: inleidende definiëring bij dit rapportdeel...

2.5.2.3. **ADVIES** tot consolidering, continuering en/of uitbreiding van de “assertive care”, de crisiszorg en de urgentiezorg voor kinderen en jongeren.

Algemeen.

Ondanks de reeds genomen zorgvernieuwingsinitiatieven blijft er een unanieme vraag naar een goed functionerend geheel van assertive care, crisiszorg en urgentiezorg. Mede door een tekort aan capaciteit ambulante basiszorg en hieruit voortvloeiende wachttijden, kan in ontsprende situaties soms onvoldoende direct en performant ingegrepen worden. Zo kan een crisissituatie ontsprende tot een urgentiesituatie. Geen enkele GGZKJ-setting is momenteel voldoende toegerust om een volwaardig zorgtraject dringende psychiatrische hulp te garanderen.

In dit advies wordt daarom bewust gekozen voor een specifieke definitie van de begrippen “**assertive care, crisiszorg en urgentiezorg**”. Deze definities die de permanente werkgroep psychiatrie hanteert verschillen van deze gehanteerd in het rapport van het KCE.

Crisiszorg en “assertive care” zoals in dit advies gedefinieerd wordt beschouwd als een gedeelde opdracht voor elke GGZKJ-actor en wordt duidelijk onderscheiden van de urgentiezorg die een specifiek en beperkter aanbod vereist en die, bij somatische comorbiditeit, functioneel en organisatorisch kan aansluiten bij de somatische zorg in algemene ziekenhuizen.

Voorstellen betreffende “assertive care” en de crisiszorg

De keuze om in dit advies vooral te pleiten voor ontwikkeling van beide bovengenoemde aspecten, betekent niet dat de zorg voor flexibele nazorg en het ontwikkelen van een kwaliteitsvol aanbod ‘externe liaison’ naar de achtergrond verdwijnt. Beide uitdagingen blijven wel degelijk bestaan en elke erkende en gesubsidieerde zorgvoorziening moet hier zijn ontwikkelopdracht ter harte nemen. Assertive care en crisiszorg zijn echter modules die enkel in een goed samenspel met alle netwerkpartners een correcte plaats in het regionaal zorgprogramma kunnen krijgen, vandaar dat er nu op deze onderdelen gefocust wordt

Elke zorgverlener/voorziening in de GGZKJ moet zelf of in het kader van een functionele samenwerking met andere GGZ actoren, voor de patiënten waarvoor hij een opdracht heeft en/of die bij hen in zorg zijn, instaan voor “assertive care” en voor crisiszorg in een of meerdere modaliteiten.

De federale en gewest- en gemeenschapsoverheden moeten deze opdrachten expliciet opnemen in de beschrijving van de opdracht van elke GGZ-actor. Concreet kan het plan erin bestaan dat elke zorgvoorziening/dienst (K-dienst, CGG, RIZIV-conventie,...) expliciet een deel van de huidige zorgcapaciteit aan deze opdrachten toewijst.

Zoals hoger vermeld moet de uitbouw van crisiszorg in samenhang gebeuren met de uitbouw van aanklampende/assertieve zorg en urgentiezorg. Het is dan ook wenselijk om de verdere uitbouw van deze drie zorgfuncties te kaderen in, en te conditioneren aan innovatieve projecten voor de doelgroep kinderen en jongeren.

Overheden kunnen voor de doelgroep K&J de volgende stimulerende en ondersteunende maatregelen nemen:

De voorzieningen en diensten stimuleren in de uitbouw van de “assertive care” en de crisisfunctie door een extrabudget te voorzien van bv. 5% van de zorgcapaciteit voor die voorzieningen of diensten die met hun huidig budget reeds minimaal 10% ook effectief aantoonbaar inzetten op (een van) deze beide functies.

- Deze bijkomende middelen (5%) dienen ingezet in de verdere uitbouw van de functies crisiszorg en “assertive care”. Met dit doel zal elke K-dienst in dit geval in een actief samenwerkingsverband met alle GGZKJ-actoren, per schijf van 20 K-bedden een bed daarvan vrijhouden voor eventuele crisisopname. Dit crisis”bed” moet buiten de berekening vallen van de vereiste bedbezetting van de hospitalisatie bedden en vrij blijven voor onmiddellijke, korte en flexibele crisisopvang. Ook de gemeenschappen moeten de voorzieningen onder hun bevoegdheid (ambulante centra GGZ) mits uitbreiding in staat stellen hun verantwoordelijkheid performanter op te nemen.
- In algemene bewoordingen betekent dit dat de mensen en middelen die ingezet worden op “assertive care” en crisiszorg niet kunnen geëvalueerd worden met de huidige prestatie-indicatoren. Ze dienen voor de gewone verantwoording uit het contingent gehaald³⁴
- De huidige 13 federale pilootprojecten (nu nog genoemd outreach projecten) worden niet zozeer in aantal uitgebreid, maar moeten hun werking kunnen continueren en consolideren. Dit kan door in de betrokken B4-overeenkomsten te voorzien in een actualisatie van de prijszetting van deze pilootprojecten (met name de aanpassing van de financiering van de werkingskosten, de aanpassing van de gefinancierde kostprijs van het personeel aan de gestegen anciënniteit en de verhoging van de loonkost als gevolg van de recente sociale akkoorden). Aangezien externe liaison en consult de opdracht van elke zorgvorm GGZKJ wordt, moeten de pilootprojecten die vooral deze accenten legden tot nu toe, de ombuiging kunnen maken naar de ‘assertive care’-formule, waardoor ze een eigen, belangrijke plaats kunnen innemen in het zorgprogramma.

Voorstellen betreffende urgentie in de GGZ voor kinderen en jongeren

Er is beperkte nood aan urgentie-equipes en urgentieopvangplaatsen al dan niet annex spoedgevallen diensten voor kinderen en jongeren in ernstige en levensbedreigende GGZ-situaties.

Ook de uitbouw van urgentiezorg moet, zoals hoger vermeld, in samenhang gebeuren met de uitbouw van aanklampende/assertieve zorg en crisiszorg. Het is wenselijk om de verdere uitbouw van de urgentiezorg expliciet te kaderen en te conditioneren aan projecten ter realisatie van artikel 11 van de ziekenhuiswet (netwerken en zorgprogramma’s) voor de doelgroep kinderen en jongeren. Indien de urgentiezorg waargenomen wordt in de schoot van een algemeen ziekenhuis zonder gespecialiseerde kinderpsychiatrische werking, moet een verbinding gemaakt worden met de kinderpsychiatrische expertise, aanwezig in andere (ambulante/residentiële) voorzieningen binnen het zorgprogramma van dat werkingsgebied.

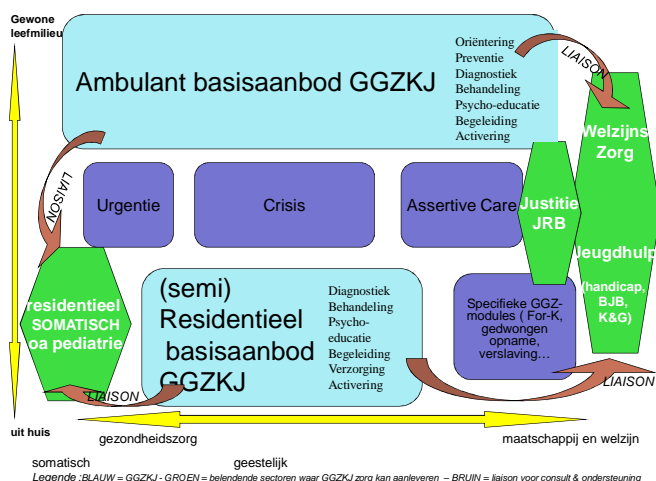
³⁴ Met prestatie-indicatoren (PI’s) worden verantwoordingselementen bedoeld om de effectieve inzet van de toegekende middelen te meten, zoals aantal ligdagen/bedbezettingscoëfficiënten/aantal patiëntencontacten/aantal prestaties / ... Voor de zorgvormen die in dit bestek belicht worden, zijn deze indicatoren irrelevant. Andere elementen zullen een indicatie moeten geven van de zinvolle besteding van de toegekende middelen in deze bijzondere opdrachten.

Congruent aan de uitgangspunten van een zorgorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor K&J aangeboden door een netwerk van voorzieningen en diensten, zullen de GGZ-actoren zelf moeten uitmaken op welke wijze, in het door hen gekozen werkingsgebied, deze urgentiezorg best gerealiseerd wordt. Ook zullen zij moeten bepalen op welke wijze ze vorm geven aan de samenwerking, waar ook de vervolgzorg mee samenhangt.

2.5.2.4. Slaagvoorwaarden en kritische succesfactoren voor een geïntegreerd aanbod inzake zorgwekkende en dringende situaties

- Om deze ketting van aanklampende/assertieve zorg over crisiszorg tot urgentiezorg kans op slagen te geven is het cruciaal dat **alle GGZ-spelers, hierin volwaardig hun rol kunnen spelen**. Zoveel mogelijk hindernissen dienen opgeruimd. Zo moeten alle partners in zorg gelijkwaardige toegang krijgen tot de middelen die hiervoor uitgetrokken worden. Een kritische succesfactor is, dat niet enkel de federale voorzieningen, maar ook CGG en voorzieningen met RIZIV-overeenkomst rechtstreeks betrokken worden bij de uitbouw van deze drie functies en ook toegang krijgen tot besteding van de projectmiddelen die hiertoe uitgetrokken worden.³⁵ Voorwaarde blijft hierbij uiteraard dat de uitbouw kadert in de ontwikkeling van het zorgprogramma in een zorgnetwerk met alle GGZKJ-actoren uit het werkingsgebied
- Voor de **voorzorg- en/of nazorg of vervolgzorg** die zeker op casusniveau aan deze drie zorgfuncties verbonden is zal het samenwerkingsverband van GGZ-actoren op het lokale niveau ook andere partners betrekken uit de zorg voor kinderen en jongeren (jeugdhulp, huisarts,...). Het niet vrijblijvend **samenwerkingsverband** dat de GGZ-actoren in het kader van de netwerkvorming afsluiten, dient de collectieve verantwoordelijkheid voor de effectieve realisatie van deze drie zorgfuncties te verankeren. Elke medespeler is niet enkel verantwoordelijk voor het onderdeel dat men toelevert, maar evenzeer voor het welslagen van het geheel. Evaluatie zal zich dan ook op dit collectieve richten. Losse projecten met aparte stuurgroepen en overeenkomsten, zijn tijdrovend, complex en versnipperen de GGZ.

2.5.2.5. Samenvattende schematische voorstelling:



³⁵ Omgekeerd ondersteunen en financieren ook de Gemeenschappen (o.a. Vlaanderen) reeds rechtstreeks projecten van federaal aangestuurde GGZ-partners. (bvb. moeder-kind, outreach naar gemeenschapsinstellingen, outreach voor de bijzondere doelgroep verstandelijke handicap...)

2.6. BIJZONDERE DEELPOPULATIES en GEDEELDE DOMEINEN

Hieronder belichten we een aantal specifieke aangrenzende domeinen, in hun gemeenschappelijkheid en in hun raakgebied met het GGZ-zorgprogramma voor kinderen en Jongeren.

Telkens worden, voor zover voorhanden, eerst een aantal kenmerken van het zorgdomein en de populatie geschetst. Daarna wordt aangegeven wat inzake de geestelijke gezondheid voor deze deelpopulatie de verantwoordelijkheid blijft van de voorzieningen en diensten die in dit domein actief zijn (als partners van de GGZ), en waar en hoe de gespecialiseerde GGZ dit domein op de beste manier tegemoet treedt voor de bijzondere GGZ-zorgnoden.

2.6.1. Pediatrische zorg

EEN AANTAL KENCIJFERS: In 2007 zijn er 2604 kinderen opgenomen in een E-bed, met een (vermoeden) van psychiatrische problematiek. In vergelijking met K en A-opnames, zijn er, zoals verwacht beduidend meer jonge kinderen die een opname in een E-bed krijgen. Een kwart van de kinderen is jonger dan 6 jaar. De trend is dat zowel kleine kinderen als adolescenten voorkomen in pediatrie, waar de tussengroep (6-12jaar) eerder relatief daalt. De gehanteerde MKG-gegevens tonen eveneens aan dat de gemiddelde opnameduur in pediatrie stabiel blijft **op 6 dagen**.

De concrete aanleiding tot dit advies was een vraag die gesteld werd door de kindergeneeskunde. De vraag luidde of een beperkte reconversie E-bedden naar K-bedden een antwoord kan zijn op de aanwezigheid van kinderen en jongeren met ernstige GGZ stoornissen op de E-diensten van algemene ziekenhuizen. Door pediaters werd de bezorgdheid geformuleerd over de wijze waarop de pediatrie, vaak in vervolg op een algemene spoedopname, moet kunnen ingaan op de psychosociale aspecten van de pediatrische zorgverlening en op GGZKJ-problematiek. Kinderartsen worden in de pediatrie geconfronteerd met o.a.:

1. crisissituaties die zich aanmelden via de urgentiedienst pediatrie(cfr hoger)
2. een substantiële groep kinderen verblijvend op pediatrie met
 - a. psychosomatische en/of somatoforme aandoeningen;
 - b. ernstige emotionele of gedragssymptomen;
 - c. neuropsychologische/neuropsychiatrische aandoeningen (bv. ticstoornissen);
 - d. chronische of ernstige ziektes met psychische/psychiatrische complicaties;
 - e. neonatale zorgen met hechtingsproblemen;
 - f. ernstige voedings- of andere regulatieproblemen, e.a...

Geen evidentie voor de uitbouw van (mini) K diensten op de pediatrie.

Op basis van de informatie uit de hoorzitting met een ruime delegatie vertegenwoordigers van de pediaters besluiten we dat zijzelf van mening zijn dat er **geen directe rationale** is voor een omzetting binnen de pediatrie van E-bedden naar (enkele) K-bedden. Ook uit de geraadpleegde documenten van de betrokken artsengroepen blijkt **geen evidentie voor de uitbouw van (mini) K-diensten op de pediatrie**.

ADVIES: Er wordt er een expliciete noodzaak vastgesteld aan:

a. Uitbreiding van de psychologische en psychosociale zorg binnen de pediatrie diensten.

Kinderartsen zijn van mening dat het hoognodig is om verder te investeren in **de psychologische functie binnen de pediatrie** zelf, ten behoeve van de psychologische en psychosociale aspecten, inherent aan het pediatrisch gebeuren. De huidige 0,5VTE voor E-diensten van minder dan 30 bedden en de 1 VTE per schijf van 30 E-bedden die vandaag aan de pediatriediensten wordt toegekend, is totaal ontoereikend en moet uitgebreid worden.

Voorgesteld wordt om die omkadering te verdubbelen en de uitbreiding te benutten om klinisch psychologen aan te werven.

b. Uitbouw op de pediatrie van een volwaardige inroepbare GGZKJ liaisonfunctie.

De kinderartsen wensen te beschikken over **inroepbare GGZ-liaison** die aangeleverd wordt vanuit de GGZ-actoren die instaan voor het zorgprogramma GGZKJ.

Dit liaisonteam moet beschikbaar zijn voor advies en consult, voor indicatiestelling en toeleiding van die problematiek die binnen de pediatrie wordt aangemeld en die nood heeft aan kinderpsychiatrische en kinderpsychologische competentie. Dit gespecialiseerd en multidisciplinair GGZ-aanbod, onder de leiding van een kinder- en jeugdpsychiater, zal diagnostisch en klinisch-therapeutisch inzetbaar zijn. Een correcte financiering door de GGZ voor het organisatorische van deze liaisonopdracht en een aangepaste honorering voor de casusgebonden klinische zorgverstrekking op de E-afdeling zijn belangrijke voorwaarden.

Het voordeel van het werken met een inroepbaar liaisonteam is dat dit GGZ-team de garantie kan leveren van **continuïteit in beschikbaarheid just-in-time**. Immers door hun inbedding in de schoot van de GGZ, beschikken zij blijvend over voldoende veelzijdige deskundigheid en competenties die vereist zijn om in te spelen op de grote range van psychiatrische problematieken die zich aanmelden op de pediatrie. Tenslotte kan de interventie van dit team niet alleen bestaan uit advies en consult bij indicatiestelling maar ook meteen zorgen voor een correcte toeleiding en vlotte doorstroming van deze kinderen en jongeren naar de voor hen aangewezen zorgvorm binnen de GGZKJ. Gezien de beperkte opnametijd in pediatrie, is een korte reactietijd voor deze liaison een kritische succesfactor

Een van de grote uitdagingen zal zijn het kunnen aanleveren van een accuraat GGZKJ-antwoord, rekening houdend met de korte opnameduur (gemiddeld 6 dagen). Initiatie van vervolgzorg zal inherent zijn.

2.6.2. Doelgroep kinderen en jongeren met verstandelijke of autisme gerelateerde handicap en psychiatrische problematiek

EEN AANTAL KENCIJFERS:

In **België** hadden in 2008 in totaal bijna 35000 kinderen recht op verhoogde kinderbijslag (leeftijdsgrens <21 wegens verlengde minderjarigheid)

In Vlaanderen stuurt het VAPH (Vlaams Agentschap personen met een handicap) dit domein aan, in **Wallonië AWIPH** (L'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées)

AWIPH heeft 52 residentiële voorzieningen voor kinderen en jongeren en 14 diensten voor dagopvang voor niet-schoolgaanden. (N= 3245 opvangplaatsen). Meestal heeft een instelling een meervoudige erkenning, in combinatie binnen dezelfde voorziening:

-12 erkenningen voor autisme

- 51 erkenningen voor karakterstoornissen, neurotisch of prepsychotisch

- 45 erkenningen voor verstandelijke beperking

We maken hier abstractie van de RIZIV-conventies autisme, aangezien deze onderdeel zijn van de GGZ

VAPH: Er zijn iets minder dan 12000 opvangplaatsen voor minderjarigen met een handicap in

Vlaanderen. Het overgrote deel is voor personen met een verstandelijke beperking.

In Vlaanderen wordt – binnen de Integrale jeugdhulp- het zorgaanbod gecatalogeerd in ‘zorgmodules’ (= zorgeenheden al dan niet in aparte units)

De Jeugdhulpwijzer (www.jeugdhulpwijzer.be)³⁶ geeft voor **autisme en verstandelijke handicap** 825 zorgmodules aan in voorzieningen van het VAPH in Vlaanderen/Brussel. Een voorziening heeft vaak meerdere zorgvormen voor een bepaalde subpopulatie.. Bij de combinatie VAPH-GGZ staan maar 2 modules aangegeven in de jeugdhulpwijzer. We hebben dus te weinig gegevens om conclusies te trekken over het voorkomen van comorbiditeitsmodules.

In 2006 zijn in de Lancet de resultaten gepubliceerd van een prevalentieonderzoek naar autisme (spectrumstoornissen) in Engeland: prevalentie van ruim 1 procent (1,16% van de totale bevolking).

Uit de hoorzitting en het intersectoraal overleg met voorzieningen en deskundigen uit de gehandicaptenzorg en de specifieke zorgverlening aan de deeldoelgroep kinderen en jongeren met autisme kwamen volgende noden als prioritair naar voor:

In de Vlaamse Gemeenschap:

De voorzieningen voor personen met een handicap willen, binnen hun eigen aanbod, een eigen basiscompetentie behouden of verwerven om zich-aandienende psychiatrische problemen bij hun doelgroep op te vangen. Zij wensen in hun erkende personeelsomkadering een omschreven aanbod waarbij “tijdelijk intensifiëren van zorg” en het uitvoeren van “time-outs” mogelijk blijft binnen en door de sector zelf. De **input van gespecialiseerde GGZ heeft dus een expliciet subsidiair karakter, voor gespecialiseerde aanpak**, of zwaardere psychopathologie. We denken hier aan modules inzake crisiszorg (gepaste aanpak van ernstige psychiatrische crisissen, kortdurend en op een specifieke wijze) en ambulante en/of residentiële “behandeling”. De woonfunctie blijft in handen van de sector personen met een handicap, voor zover de emotionele en gedragsproblemen hanteerbaar zijn binnen de leefgroepwerking van de voorziening waar de jongere verblijft.

In de Franstalige Gemeenschap is de situatie duidelijk verschillend. Compatibiliteit moet expliciet bevestigd worden, en de voorstellen moeten waar nodig regionaal aangepast worden.

³⁶ De jeugdhulpwijzer is een realisatie van ‘Integrale Jeugdhulp’ Vlaanderen. Integrale Jeugdhulp heeft als ambitie de hulp aan kinderen en jongeren beter afgestemd, eenduidiger, correcter en sneller te laten verlopen.

ADVIES: Tegemoetkomen aan deze specifieke zorgvragen vergt meerdere elementen, zowel binnen de bevoegdheden van de gehandicaptensector, als binnen de GGZ-bevoegdheden:

a) Door de gehandicaptensector zelf:

Creëren van time-out en/of intensievere behandelgroepen in de gehandicaptensector, met een hogere en specifiekere omkadering (inclusief psycholoog/ orthopedagoog/psychiatrisch verpleegkundige). In dit verband kan verwezen worden naar de recente beslissing van het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap om, gespreid over Vlaanderen, GES+ plaatsen³⁷ te creëren in voorzieningen voor personen met een handicap.

b) Door de opleidingsinstituten:

- Stimuleren van wetenschappelijke expertise in dit domein omwille van de specifieke aandacht die deze moeilijke subpopulatie in de opleidingen moet krijgen.
- Creëren mogelijkheid (partiële) opleidingsplaats kinder- en jeugdpsychiatrie in MPI³⁸.

c) Door de GGZ-sector:

- Liaison en mobilisering van de basiszorg GGZKJ: Verhoging van de inzetbare capaciteit van de diverse disciplines vanuit de GGZKJ-voorzieningen voor kinderen en jongeren in voorzieningen voor personen met een handicap. Het gaat hier om reeds geschetste consultmogelijkheden voor de hulpverleners, maar ook om de rechtstreeks casusgebonden mobiël inzetbare zorg in MPI e.a. Ook de regionale overheid zal hier verantwoordelijkheid moeten opnemen. Analoog aan de Bijzondere Jeugdbijstand, is de gehandicaptenzorg hier vragende partij. Het gaat zowel om de sociale en psychologische GGZ-functies als om een inroepbare psychiatrische functie.
- Oprichting van een aantal intensieve behandelplaatsen (IBE) voor kinderen en jongeren met een licht/matige mentale handicap en/of autisme en bijkomend ofwel ernstig acting-out gedrag ofwel burnout van de begeleiding in de instelling of de thuissituatie³⁹ en waar een herinschatting nodig is. Deze stabiliserende en diagnostische opnameplaatsen moeten goed omkaderd zijn (type IBE), zeker voor jongeren met agressief en (auto)destructief gedrag, die niet in groep kunnen functioneren. Soms betreft het hier gedwongen opnames (zie verder).
- Het realiseren van een specifiek zorgtraject voor minderjarigen met verstandelijke handicap en psychiatrische problemen, vanuit dezelfde visie als dat voor volwassenen (zie bijlagen). Hierbij neemt de hulpverlening van beide domeinen maximaal zorg op t.a.v. deze doelgroep, in een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en een collectief zorgprogramma.

³⁷ GES+: de moeilijkste groep (+) met gedrags- en emotionele stoornissen

³⁸ Dit is niet enkel voor de MPI een bezorgdheid. Ook de eigen ambulante GGZ-actoren slagen er quasi niet in artsen in opleiding in hun centrum te hebben. Nochtans is een goede opleidingsmix, met inbegrip van een voldoende diepgaande kennismaking met het ambulante werk, meer dan nodig in het licht van de evolutie richting ambulante en mobiele zorgverlening in de Kinder- en Jeugdpsychiatrische zorg en de meervoudige competentie-eisen die hieruit voortvloeien.

³⁹ Voor situaties van uitputting van de draagkracht bij voorziening of familie, heeft in eerste instantie de sector van personen met ene handicap een verantwoordelijkheid. Systemen van roterende opvang bieden alternatieven binnen de sector zelf. Indien een zorginhoudelijke herinschatting en/of herindicatie nodig is, dan kan de GGZ zijn rol spelen.

2.6.3. Gerechtelijke GGZ voor K&J

In dit onderdeel vatten we die specifieke zorgvormen **en deelpopulaties waar justitie op een of andere manier een minder of meer ingrijpendere rol speelt.**

We belichten achtereenvolgens: Bijzondere Jeugdbijstand, de gedwongen opname en het forensisch zorgtraject GGZKJ

Bijzondere Jeugdbijstand⁴⁰:

EEN AANTAL KENCIJFERS

Vlaanderen: bron: Jongerenwelzijn in cijfers 2009: voor 24442 jongeren was er een open dossier bij een consulent, 70% >10jaar, 43% 15-19.. De erkende werkvormen, de gemeenschapsinstellingen, de preventieve sociale acties (PSA) en de projecten vertegenwoordigden 24.561 maatregelen. Voor 13,5 procent van de maatregelen is geen externe voorziening aangeduid (dus enkel begeleiding door de consulent).

Vrijwillig-gedwongen: iets meer dan de helft van de geplaatste jongeren (54,51 %) krijgt een gedwongen hulpverlening (maatregelen genomen door jeugdrechter). Bij de overige 45,49 % van de jongeren gaat het om vrijwillige maatregelen (door het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg).

MOF-POS: 14% MOF, 84% POS en 2% 'ander' (berisping, afsluiten...)

Private voorzieningen: 6109 plaatsen; gemeenschapsinstellingen: 278 plaatsen

10 Vlaamse diensten voor Herstelgerichte en Constructieve Afhandeling (HCA-diensten) Dit aanbod betekent intussen een vaste waarde in de aanpak van jeugddelinquentie in Vlaanderen.(5.740 aangemelde interventies, zowel door jeugdrechters als door parketten,

Franstalige gemeenschap:

Op het terrein van de bijzondere jeugdbijstand, komen de openbare diensten tussen, waar het gaat om het garanderen van fundamentele rechten, de continuïteit van de dienstverlening, en waar de noodzakelijke hulp controle van de gemeenschap op het individu impliceert. In alle andere situaties, doet de bijzondere jeugdbijstand beroep op de private voorzieningen. Dit kunnen beroep doen op private voorzieningen is substantieel, aangezien ongeveer 4 maal meer hulpverleners in de private voorzieningen werken, in vergelijking met de openbare initiatieven.

We beschikken niet over cijfers van gebruik/opname/capaciteit

Hoewel de sector Bijzondere Jeugdbijstand zich beroept op vrijwilligheid van de hulpvrager, blijkt uit de realiteit (zie hoger) dat het bij meer dan de helft van de 'geplaatste' jongeren, om 'gerechtelijke hulpverlening' gaat. Daarom hebben we dit luik Bijzondere Jeugdbijstand ondergebracht bij het hoofdstuk gerechtelijke GGZ.

⁴⁰ Een bijna gelijklopend verhaal speelt zich af in de (begeleidings)sector van Kind en Gezin. Ook de CKG (centra kindzorg en gezinsondersteuning) voor zeer jonge kinderen krijgen – mede door hun specifieke opdrachten naar kwetsbare gezinnen- vaak niet-gediagnosticeerde kinderen met 'ernstige' psychiatrische problemen over de vloer.. Zij zijn hiertoe niet uitgerust en zouden de gespecialiseerde GGZ moeten kunnen in zetten daar waar ze zich zorgen maken.

Vanuit de vaststelling dat vele kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek verblijven in voorzieningen Bijzondere Jeugdzorg werden volgende bedenkingen als consensus geformuleerd:

1. Plaatsing, waar dan ook, is een ingrijpende beslissing. Voorafgaande diagnostiek en indicatiestelling is hier aangewezen (cfr.o.a. D-document integrale jeugdhulp⁴¹). Heel wat jongeren met psychiatrische problematiek blijken immers soms al jaren geplaagd en verplaatst te zijn in het circuit van de Bijzondere Jeugdbijstand zonder dat er ooit contact was met gespecialiseerde GGZ voor kinderen en jongeren. Kinderpsychiatrische aspecten vormen een wezenlijk onderdeel van een multidisciplinaire inschatting en indicatiestelling bij kinderen en jongeren in problemen. In het bijzonder de plaatsing van zeer jonge kinderen is risicovol vanwege de kans op het missen van een diagnose of het creëren en "voeden" van hechtingsproblemen.
2. De nood van de Bijzondere Jeugdzorg betreft vooral het krijgen van snel en accuraat advies IN de voorziening zelf. Extern consult (in individuele casussen maar ook teamondersteunend) dient in het zorgprogramma GGZ als een volwaardige zorgmodule te worden uitgebouwd. Zoals al aangegeven overstijgt deze zorgbehoefte de sector van de Bijzondere jeugdbijstand, en is ze aanwezig in alle jeugdwelzijnssectoren en in onderwijs. De eerder omschreven consult- en liaisonfunctie als basisaanbod van elke GGZ-voorziening voor kinderen en jongeren komt hieraan tegemoet.
3. Multi-,interdisciplinariteit, en veelhoekperspectief zijn hier belangrijk: een solist kinderpsychiater kan niet hetzelfde bieden als een deskundig team; een zorgdiagnose K&J-GGZ is veel meer dan een categoriale diagnose in hoofde van het individuele kind.
4. Naast individuele casustrajecten kunnen beide sectoren elkaar structureel ondersteunen, elk vanuit de eigen specialisatie (opvoeden, huisvesten, samenleven enerzijds versus behandelen, harmreduction, stabiliseren anderzijds) en krachtenbundelend beleid voeren in het werkgebied.

ADVIES: voor de sector Bijzondere Jeugdbijstand zijn inzake GGZKJ volgende elementen belangrijk:

1. sneller correcte GGZ-diagnostiek uit voeren door samenwerkingsverbanden en in 2 richtingen (door beide domeinen) te concretiseren buiten de crisismomenten
2. inroepbare consult- en liaisonfunctie verder uitbouwen
3. multidisciplinariteit en veelhoekperspectief articuleren in de GGZKJ zelf, zodat alle aspecten van de problematiek van een kind/jongere en zijn omgeving meegenomen worden in diagnose en behandeling
4. Op casusniveau krachten bundelen rond huisvesten/opvoeden (BJB) en behandelen/stabiliseren (GGZKJ) en de overgang tussen beide via regelmatig overleg rond concrete situaties.
5. Belangrijke voorwaarde voor bovengeschetste coproducties is de realisatie van 'effectieve' gelijktijdigheid in de zorgactie, dit gaat niet meer over 'doorverwijzen' of 'overnemen' maar om gelijktijdige, parallelle uitvoering en gezamenlijke actie..

⁴¹ We verwijzen hier naar www.jeugdhulp.be

Gedwongen opname: = opnameverplichting bij de ziekenhuizen die deze erkenning hebben

AANTAL KENCIJFERS

Vlaanderen: 29 psychiatrische en 1 algemeen ziekenhuis staan in voor deze doelgroep, zowel voor volwassenen als voor minderjarigen. Wie een erkenning heeft, heeft opnameplicht (bevel tot opname)

Aantal gedwongen opnames minderjarigen:

Vlaanderen 2008 ⁴²	leeftijd		totaal 0-17 jr
	0-14jr	15-17 jr	
Met K-dienst	27	45	72
Zonder K-dienst	3	29	32
TOTAAL	30	74	104

Wallonië en Brussel: geen overzichtscijfers gevonden

Meerdere bedenkingen werden in consensus geformuleerd:

1. Gedwongen opname dreigt in gans het land meer en meer **ten onrechte en oneigenlijk te worden gebruikt** om de toegang te forceren voor een reguliere opname of om wachtlijsten voor behandeling te ontlopen. Er is niet steeds aperte en acute psychopathologie aanwezig. Veiligheid, crisishantering en een snelle eerste oplossing blijken de doelstelling, eerder dan een acute psychiatrische zorgnood. Dergelijk onzorgvuldig en niet selectief gebruik schiet het oorspronkelijke doel van de gedwongen opname compleet voorbij.
2. Goed **overleg met de jeugdrechtbanken** dringt zich op om de indicatie scherp te stellen en samen een weg te vinden om de zorgvuldigheid -ook in deze hoogdringende situaties⁴³- te bewaken. Confidentialiteit en beroepsgeheim in de samenwerking met politionele en justitiële diensten zijn mogelijke pijnpunten, die een sluitende oplossing vergen.
3. **Kaderafspraken tussen (zorg)sectoren** zijn nodig zodat, waar van toepassing, o.m. jongeren tijdens de psychiatrische opname “ingeschreven blijven” in de jeugdhulpvoorziening van herkomst. Zoniet staan -door een onmogelijkheid tot terugkeer naar de oorspronkelijke (vervangende) leefomgeving- snel ontslag en vervolgtrajecten op de helling. Een ander voorbeeld is het zoeken van een vlotte overgang vanuit een gedwongen opname (= GGZ-sector) naar de gerechtelijke jeugdhulpverlening (= jeugdrechter) voor ‘veilige’ vervolgzorg GGZ, zonder de niet steeds risicooloze tussenstap van de vrijwillige jeugdhulp (CBJ⁴⁴).

⁴² Bron: Vlaamse Gemeenschap – Agentschap Zorginspectie

⁴³ Hoogdringende situaties wordt hier gebruikt in jeugdrechtelijke zin. Soms, niet altijd, gaat het ook om urgente, levensbedreigende GGZ-situaties, waar eerst een stabiliserende urgentietussenkomst is, gevolgd door directe doorschakeling naar gedwongen opnamemodules GGZKJ voor inschatting vervolgtraject. (cfr. blz 23)

⁴⁴ CBJ = Comité voor Bijzondere Jeugdzorg, die elke situatie moet inschatten op ‘vrijwilligheid’ vooraleer het traject naar de Jeugdrechter, via de bemiddelingscommissie kan bewandeld worden. Aangezien het hier niet meer om ‘hoogdringendheid’ gaat, kan de jeugdrechter niet rechtstreeks gevat worden.

4. **De huidige reguliere K-diensten** kunnen niet leveren wat in een situatie van echte gedwongen opname nodig is: intensieve geïndividualiseerde zorg met maximale beveiliging en continu toezicht, met snelle inschatting en herevaluatie binnen de week om tenslotte toe te leiden naar aangewezen vervolgzorg binnen het plaatselijke zorgnetwerk GGZKJ. Dit alles speelt zich dan vaak nog af tegen een achtergrond van urgentie, en is uit de aard der zaak steeds een crisissituatie.
5. Gedwongen opname van <15-jarigen in **diensten voor volwassenen** moet ten alle prijze vermeden worden. Dit is ethisch niet verantwoord. Voor adolescenten verwijzen we naar de voorgestelde oplossing voor de scharnierleeftijden (cfr. 2.5.1. leeftijdsspreiding).
6. Onmiddellijke hoogdeskundige inschatting is een belangrijk onderdeel bij de uittekening van het individueel zorgtraject, waarvan de realisatie direct aansluitend moet kunnen starten. De uitbouw van geografisch-strategisch goed verspreide **inschattingsmodules** (met vooral de eerste indicatiestelling als opdracht), kan een waardevolle bijdrage zijn in de zorgtrajectontwikkeling voor deze kleine, maar zorgwekkende subpopulatie. Of er een afzonderlijk georganiseerde specifieke IBE-opvangmodule noodzakelijk is, moet verder worden onderzocht.

ADVIES: voor de subpopulatie 'gedwongen opname' wordt geadviseerd wat volgt:

1. **beleid voeren dat resulteert in een 'correct' gebruik van de mogelijkheid tot gedwongen opname, enkel als er geen alternatief is, en in een GGZKJ-voorziening die hiertoe competent is, met aandacht voor de specificiteit van de scharnierleeftijd van de adolescentie..**
2. **grondig overleg en samenwerking met de (jeugd)rechtbank om een correcte indicatie te bekomen,**
3. **Uitbouw van een beperkt aantal goed gespreide inschattingsmodules GGZKJ voor gedwongen opname, met aangepast veiligheidsbeleid, voor die situaties waar bijkomende inschatting nodig is. Deze zorgvorm moet ingebed zijn in het zorgprogramma GGZKJ, om de onmiddellijke vervolgzorg door de reguliere GGZKJ-instanties te waarborgen. Pas wanneer correcte inschatting gebeurt en het gebruik van deze 'gedwongen' opname enkel daar gebeurt waar geen alternatief is, zal duidelijk worden of er voldoende 'behandel'capaciteit is voor deze zorgvorm.**

Forensisch For-K zorgtrajecten:

AANTAL KENCIJFERS

Vlaanderen: De gesloten gemeenschapsinstellingen beschikken over 278 plaatsen

Communauté Française: 285 plaatsen met verschillende units, van onthaal tot gesloten eenheden.

Meerdere specifieke units/zorgmodules voor jongeren met Forensisch-jeugdpsychiatrisch profiel zijn recent opgericht, gebundeld in een regionaal samenwerkingsverband en overstijgen de regionaliteit (organisatie op niveau van het Hof van Beroep).

Algemene vaststellingen:

1. Evaluatie: wat nu door de federale beleidsplannen "For-K" en de gemeenschaps-/gewestoverheden opgericht is, moet **eerst op kruissnelheid komen** zodat **evaluatie** volwaardig kan gebeuren en eventuele (zorginhoudelijke of organisatorische) bijsturing gefundeerd is op de bevindingen.
2. Er zijn **lacunes en onevenwichten**, ook binnen de doelpopulatie in strikte zin:
 - a. In het Franstalige landsgedeelte blijken For-K units weinig toegankelijk voor **-15-jarigen**⁽⁴⁵⁾.
 - b. Diversifiëring in het huidig aanbod (bv. **meisjes/jongens**) heeft nog weinig kunnen plaatsvinden.
 - c. **Kinderen <12 jaar** met ernstig delinquent gedrag + psychiatrische problematiek vallen uit de boot
3. Dwangbehandeling in een gesloten afdeling blijft bij wet onmogelijk.
4. Zorgvuldige **diagnose-en indicatiestelling** moet vanuit de GGZ kunnen aangeboden worden. Beide inschattingsoopdrachten zijn een kwaliteitsvoorwaarde voor toegang tot de GGZKJ in het algemeen, en zeker tot de specifieke trajecten. Deze diagnostische module ontbreekt te vaak, en zal **performant** (snel en deskundig) moeten aangeleverd worden.

ADVIES:

1. **voor grondige zorginhoudelijke en zorgorganisatorische evaluatie en bijsturing wachten tot de huidige werkingen op kruissnelheid zijn. Na evaluatie moet bijsturing minstens antwoorden bieden op geografische en populatielacunes: spreiding, geslachtsverdeling, <15-jarigen in Wallonië/ Brussel, POS/MOF...**
2. **Intussen wel al een visie concretiseren voor:**
 - a. **Aangepast zorgantwoord op situaties met <12-jarigen**
 - b. **Dwang in de behandeling**
 - c. **Noodzaak tot het ontwikkelen van een zorgvuldige en meer verfijnde (voorafgaande) diagnose- en indicatiestelling en correcte filter voor opname in For-K-trajecten..**
3. **Daarnaast zijn er belangrijke werkpunten voor de toekomstige For-K werking, waarvan sommige de GGZKJ overstijgen en van algemeen maatschappelijke reflectieorde zijn:**
 - Ook voor deze populatie is intensieve, multimodale, multisystemische ambulante zorg, dicht bij de gewone leefsituatie te verkiezen. Een evolutie richting 'assertive care', moet verschillende zorgmodules dicht bij deze cliënten krijgen.
 - Het samenspel tussen zorgaanbieders en overheden is voorzien in de overeenkomsten (de ambulante sector is aanwezig in de samenwerkingsverbanden en aansturing), de effectieve middeleninzet door de ambulante GGZ, middels gemeenschapsfinanciering, moet nog starten.
 - De opname-indicaties voor For-K moet verder genuanceerd en uitgediept worden, zodat op termijn een aanbod –op maat van elke jongere uit de subpopulatie – kan voorzien worden.
 - Of er specifiek organisatorisch onderscheid moet gemaakt worden tussen GGZKJ voor POS⁴⁶ versus MOF, zal door de evaluatie van de projecten duidelijker worden. Psychopathologisch gezien mag het onderscheid dan niet altijd groot zijn, vanuit het oogpunt van de gepleegde feiten, de intensiteit, ernst en het recidive risico kunnen grote verschillen aanwezig zijn, waardoor zorgorganisatorisch een ander veiligheidsbeleid noodzakelijk wordt.

⁴⁵ Bepaalde units kozen er voor met oudere adolescenten te werken. Sinds enkele maanden zou de leeftijd toch dalen tot 12jr.

⁴⁶ POS = problematische opvoedingssituatie; MOF = als misdrijf omschreven feit. Dit geeft aanleiding tot verschil in procedure en mogelijkheden bij de Jeugdrechtbank.

2.6.4. Verslavingszorg en jeugdpsychiatrische problemen

AANTAL KENCIJFERS

In België zijn de gemeenschappen bevoegd voor het drugpreventiebeleid. De federale overheid heeft maatregelen genomen om de gebruiker en volksgezondheid te beschermen, en overlast voor de omgeving te voorkomen. De maatregelen zijn vooral gericht op:

de bescherming van minderjarigen, de controle op de toegang tot sommige geneesmiddelen de strijd tegen roken, de verkeersveiligheid, een gediversifieerd aanbod van zorgverlening
VLAANDEREN:

Hoeveel Vlaamse jongeren gebruiken illegale drugs? Onderzoek van VAD (Vereniging Alcohol en andere Drugs) toonde aan dat 12% van de Vlaamse leerlingen in het secundair onderwijs tijdens het voorbije jaar cannabis gebruikte, dubbel zoveel jongens (16%) als meisjes (8%). Het cannabisgebruik neemt toe met de leeftijd: 3% van de 12-14-jarigen gebruikte het voorbije jaar cannabis; voor de 15-16-jarigen was dit 13% en voor de 17-18-jarigen 23%. 3% van de jongeren gebruikte het voorbije jaar minstens één keer per week cannabis, 9% deed dit minder vaak. 0,2% gebruikte het voorbije jaar regelmatig XTC, 0,3% amfetamines.

De cijfers tonen aan dat de meeste jongeren die illegale drugs gebruiken, dat slechts af en toe doen. Vaak gaat het om experimenteren.

Het rapport "Middelengebruik bij jongeren in Vlaanderen: een internationaal perspectief" kadert in de internationale studie Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC) van de Wereldgezondheidsorganisatie en toont dat Vlaamse jongeren relatief minder roken dan jongeren in de meeste andere Europese landen; ongeveer even vaak alcohol drinken als de gemiddelde Europese jongere; relatief meer cannabis gebruiken dan andere Europese jongeren, al gebruiken ze minder dan de jongeren in de ons omliggende regio's.

Andere vormen van verslaving (gokken, gamen,...) werden buiten beschouwing gelaten. Op dit ogenblik zijn er nog onvoldoende concrete gegevens beschikbaar.

We vonden geen overzicht van het zorgaanbod naar minderjarigen in ons land, enkel een aantal fragmentaire zaken, meestal op zorgvoorzieningsniveau of zorgsoort. **Een inventaris opmaken zou nuttig zijn.**

Uit de hoorzitting met vertegenwoordigers uit de verslavingszorg en uit de GGZ voor deze doelgroep blijkt grote consensus over volgende principes en de daaruit volgende noden:

1. Slechts een kleine harde kern van ernstig verslaafde of extreem middelen misbruikende -18 jarigen dient te worden opgevangen in de **specifieke verslavingszorg**. De veel grotere groep van jongeren met mildere verslavingsproblemen, intermitterend middelenmisbruik of beginnend gebruik wordt best binnen de reguliere GGZ voor kinderen en jongeren geholpen.
2. Er is **deskundigheidstekort** en te grote schroom/angst t.a.v. de doelgroep in de reguliere GGZ. Bijgevolg dient aan deskundigheids**bevordering te worden gedaan** op alle niveaus van de GGZ (en in de sectoren van de integrale jeugdhulp). Dit kan onder meer door:
 - i. gerichte training en vorming van alle GGZ-actoren door de specialistische verslavingszorg met het oog **op het kunnen hanteren** van de populatie binnen de basis GGZKJ-werking
 - ii. grotere aandacht voor verslavingszorg in **de opleiding** van kinder- en jeugdpsychiaters, kinderpsychologen en orthopedagogen
 - iii. **casusgebonden therapeutisch overleg** tussen reguliere GGZ en specifieke verslavingszorg

3. **Motivatiegerebrek** voor behandeling is sterk kenmerkend voor deze doelgroep. Volgende implicaties worden hieruit afgeleid: nood aan:
 - i. Assertive care is voor deze subpopulatie een geschikte werkvorm om te proberen deze jongeren aan te haken in de zorg en trajectvorming te realiseren (oa casemanagement)
 - ii. meesterschap in motivatietechnieken: hiertoe zijn specifieke opleidingsmodules nodig
 - iii. aantrekkelijker zorgaanbod dat aansluit bij de levenssfeer van de jongeren (cfr. time-out projecten BJZ, meer deeltijdse behandelmodules).
4. Er is een opmerkelijke **onderdetectie** van verslavingsproblemen buiten, maar ook binnen de GGZ-voorzieningen. Vroegtijdige herkenning en erkenning van gebruik en misbruik zijn cruciaal om het verslavingsproces te doen kenteren. Dit vereist:
 - i. alertheid en signaalherkenning: systematische, deskundige bevraging bij ALLE jongeren in GGZ,
 - ii. Preventieve en ondersteunende-activiteiten vanuit de GGZ naar andere sectoren (bv. onderwijs, BJB, huisarts)
 - iii. Specifieke aanpak zodra gedetecteerd: i.e. dubbele deskundigheid (psychopathologie + middelenprobleem)
5. Tekort aan **urgentie- en crisishulpverlening** t.a.v. deze doelgroep:
 - i. Na detoxicatie: onmiddellijke hulpverlening met mogelijkheid tot hospitalisatie en mobiele outreach voor multisysteemaanpak IN de context van de jongere.
 - ii. Mogelijkheid voor korte time-out opnames
6. Verslavingszorg voor de ernstig verslaafde/misbruikende jongeren wordt teveel vanuit volwassenenzorg aangeboden, met een tekort aan deskundigheid m.b.t. kinder- en jeugdGGZ. De gezinscontext en het schooltraject zijn obligate en evidente targets in de GGZKJ. Daarom: nood aan **kinder- en jeugdpsychiatrische IBE-plaatsen** voor intensieve, beveiligende behandeling van de harde kern verslaafde jongeren met psychiatrische stoornissen.

ADVIES: over verslavingsproblemen en GGZKJ adviseren we wat volgt:

1. Het opmaken van een goed overzicht van het (zeer verscheiden) aanbod is noodzakelijk om een gestructureerd trajectmatig beleid in een netwerk in te voeren (opdracht cel beleid drugs)
2. onderdetectie en tekort aan generieke aanpak wegwerken: er moet een antwoord komen op het grote deskundigheidstekort van de algemene GGZKJ, waardoor nu zowel een onderdetectie gebeurt, als een expulsie naar de gespecialiseerde verslavingzorg waar dit zeker niet altijd nodig is.
3. assertive care en motiverende aanpak moeten gerealiseerd worden voor deze subpopulatie
4. voor een 'kleine, harde' kern zijn de modules urgentie, crisis en IBE noodzakelijk

2.7. Andere innovatieve zorgvormen en good practices die kunnen inspireren

Tijdens de hoorzittingen werden meerdere innovatieve zorgvormen t.a.v. specifieke doelgroepen gesignaleerd als een aantrekkelijke uitdaging voor het GGZ-landschap. De raad meent dat, alvorens te investeren in nieuwe, dure pilootprojecten maar ook bij aantrekkelijke vernieuwende initiatieven, volgende **afwegingen** dienen te worden gemaakt:

VOORWAARDEN TOT HONORERING VAN NIEUWE INITIATIEVEN

- a. Voldoet de zorgvorm aan de uitgangspunten voor goede zorg, zoals opgesomd vooraan dit advies, In het bijzonder de keuze om zorg aan te bieden, ingebed in een GGZ-zorgprogramma, aangeboden dicht bij de zorgvrager, in, en in samenspel met het gewone leefmilieu, met enkel een verwijdering hieruit voor zeer korte tijd en indien geen kwaliteitsvol alternatief mogelijk?
- b. Is de zorgmodaliteit waarvan sprake wel degelijk ondervertegenwoordigd in deze streek? De fragmentatie en ongelijke verdeling van zorgmodaliteiten in België noopt tot een progressieve gelijkschakeling en populatiegerelateerde programmering.
- c. Is het project waarvan sprake een project dat een volledig nieuwe omkadering en infrastructuur vraagt, of kan het gerealiseerd worden door flexibilisering van het bestaand aanbod? Blijven er supplementaire middelen van federale en regionale overheden nodig? Zo ja, welke en waartoe? Blijft door de keuze voor een nieuw project de basisfunctie die men tot nu toe opnam, voldoende gegarandeerd in het geheel van het zorgprogramma, m.a.w. kan men omschakelen zonder nieuwe lacunes te creëren in noodzakelijk zorgaanbod dat nu wel geleverd wordt?
- d. Is de keuze voor een specifieke uitbouw collectief gedragen door alle GGZKJ-zorgpartners in de regio, vastgelegd in een niet-vrijblijvend samenwerkingsakkoord, zodat optimale complementariteit en samenwerking in de toekomst de gegarandeerde doelstelling is.?
- e. Staat het project model voor het type zorgverlening dat wenselijk lijkt voor het hele land, zodat multiplicatie van bij de aanvang in de optiek meegenomen is?

EEN PAAR VOORBEELDEN VAN MOGELIJKE INNOVATIE ZIJN:

- **De uitdaging: cultuursensitieve GGZ** voor kinderen en jongeren ontwikkelen. Immers, naast interne gezinsculturen en -regels, het primaat van onze kennismaatschappij, de maatschappelijke kwetsbaarheid van sommige deelgroepen, zijn vooral verschillende etnische en ethische achtergronden één van de belangrijkste maatschappelijke realiteiten geworden. Ook de GGZ zal hier maatwerk moeten leveren en zich dringend moeten bijscholen om tegemoet te komen aan de groeiende diversiteit en complexiteit van onze samenleving, "we kennen dit nog niet" kan geen reden blijven om de zorg hiervoor over te laten aan enkelen. Op dit ogenblik zetten een paar initiatieven (Solentra, CGG⁴⁷) hier stappen. Interculturele bemiddelaars, maar vooral ook tolken zijn belangrijke randvoorwaarden om dit in de GGZKJ te laten slagen.
- **De hulpvrager als partner in ambulante zorg: De Londense community-benadering "Choice and Partnership Approach"(CAPA)** die een brede generalistische 'core'-opdracht van ambulante GGZ-activiteit, met uitgebreide basiscompetenties, waar nodig aanvult met een specifieke input van bijzondere zorgelementen. Het accent wordt gelegd op het samen zoeken met de betrokken kinderen, jongeren en hun familie naar het meest gepaste zorgproces.⁴⁸, als antwoord op hun specifieke vragen. Daarnaast focust dit systeem op het snel en accuraat aanbieden van competente ambulante geestelijke gezondheidszorg als doelmatig antwoord op lange wachttijden.
- Als **preventieve innovaties** verwijzen we naar initiatieven die **ouders en kinderen in hun onderlinge samenhang** bekijken. We denken hier aan de eerder genoemde, en snel terrein winnende **KOPP-werkingen** en de **moeder-kind-units**. Intussen zijn er (oa in Limburg maar ook elders) aanzetten om, in GGZKJ-perspectief ook **kind-ouder-duo-opname** mogelijk te maken. In deze gevallen vertrekt de zorg vanuit het perspectief van het kind, aangemeld met GGZ-problemen, waar de ouder onmiddellijk dicht betrokken wordt in de behandeling – uit preventief en curatief oogpunt maar ook om snellere terugkeer mogelijk te maken,
- **Een totaalaanbod: 'La Maison des Adolescents' – Area+**: een multidisciplinaire site, exclusief voor adolescenten en omgeving, met school-, sport- en cultuurfaciliteiten, onthaalcentrum voor educatieve, juridische en sociale begeleiding, poliklinische en therapeutische verblijfplaatsen (gebaseerd op La Maison de Solenn te Parijs, gefinancierd met privé gelden). Dit totaalaanbod moet o.a. getoetst worden op toegankelijkheid en populatiebereik, betaalbaarheid, en integratiegraad in de samenleving.

ADVIES: Elk van deze innovatieve voorbeelden zouden in de nabije toekomst onderwerp moeten zijn van evaluatie en van wetenschappelijk onderzoek.

⁴⁷ - Solentra is een vzw die nauw verbonden is met de afdeling Kinderpsychiatrie van het UZ Brussel en biedt een specifieke aanpak om een efficiënte behandeling en therapietrouw te bewerkstelligen bij vluchtelingenkinderen
- Beleidsnota Hulpverlening aan etnisch-culturele minderheden: interculturalisering van het CAW en het CGG, vanuit een samenwerking tussen FDGG, VVI, SAW, Vlaams minderhedencentrum,

⁴⁸ Zie de CAPA-ontwikkeling binnen de CAMHS (community mental health services): www.camhsnetwork.co.uk

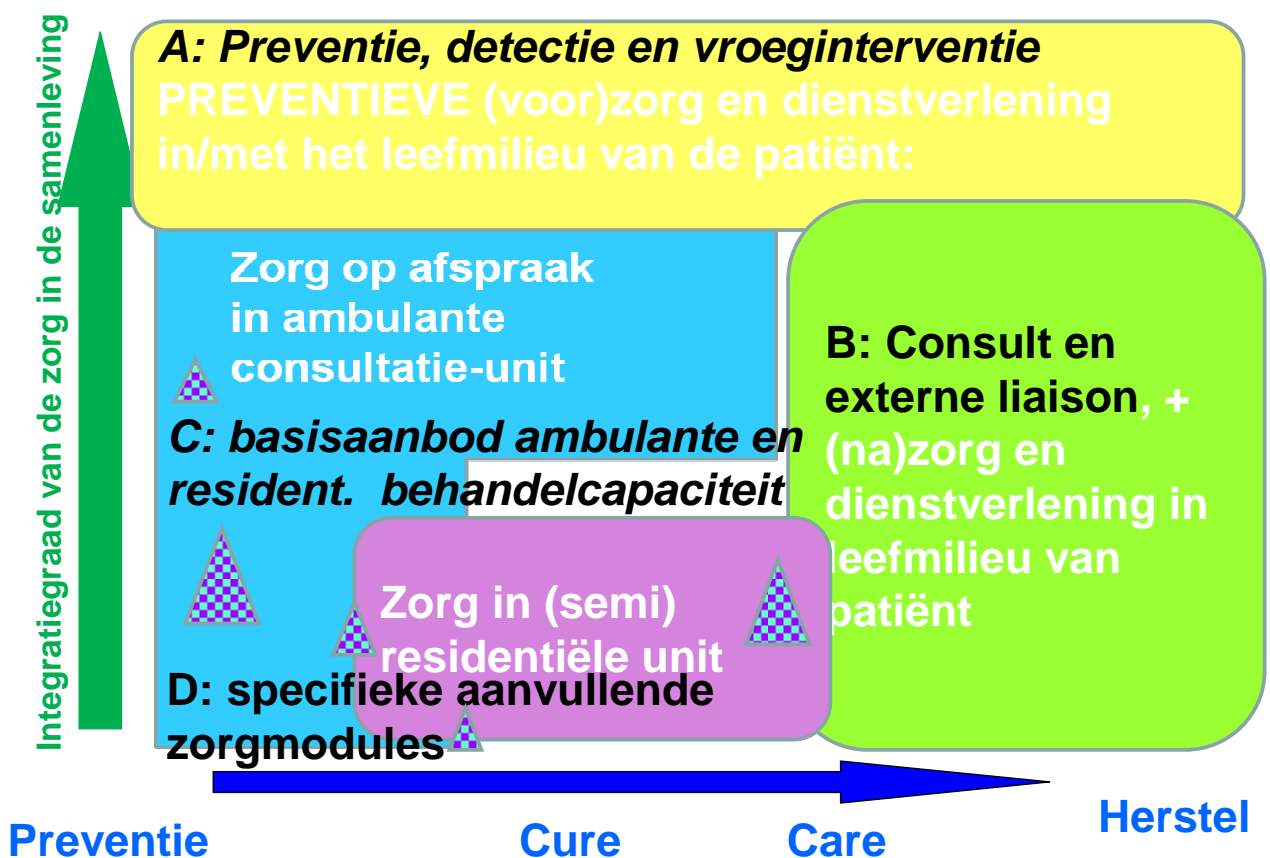
Deel 3: Bijlagen: ZIE APART DOCUMENT

WE HERHALEN HIER ENKEL BEIDE BELANGRIJKE SCHEMA'S GGZKJ

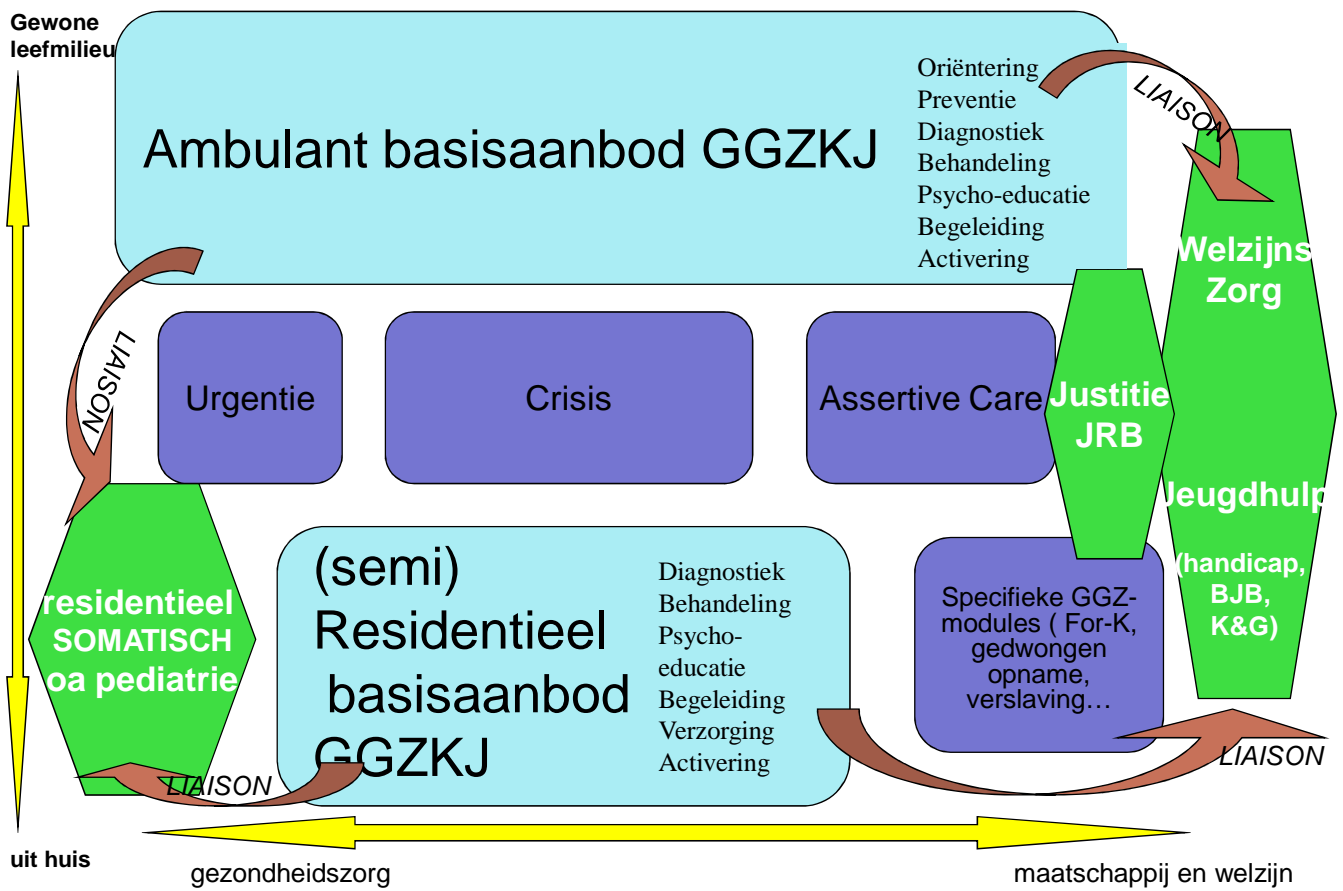
Alle andere bijlagen vindt u in een apart document, dat deel uitmaakt van dit advies.

1. **Financieel overzicht van de GGZ-spelers voor kinderen en jongeren**
2. **Gegevensanalyse**
 - a. *zorgsoorten en hun elementen: overzicht allen*
 - b. *programmatische en realisatie K-k*
 - c. *ambulante sector-voorzieningen in België*
 - d. *federale projecten outreaching*
 - e. *federale projecten For-K*
 - f. *RIZIV-conventies kinderen*
 - g. *RIZIV-conventies verslaving*
 - h. *COS/CAR/RCA(CRA)*
3. **evaluatiedocumenten van projecten**
~ *outreachprojecten*
4. **Zorgprogramma GGZKJ: schema's en modellen**

Functionele opdeling van de BASISZORG GGZKJ (A tot D)



Basiszorg, urgentie, crisis en assertive care en zorgopdrachten naar de andere jeugdhulpsectoren



somatisch

geestelijk

Legende :BLAUW = GGZKJ - GROEN = belendende sectoren waar GGZKJ zorg kan aanleveren – BRUIN = liaison voor consult & ondersteuning