

Implementatie van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid kinderen en jongeren

Template voor de beschrijving van de versterking van het geestelijk gezondheidszorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

1. Inleiding

Op 30 maart 2015 werd de *Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren* door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid goedgekeurd. Daarin wordt de basis gelegd van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid dat uitgaat van de noden van kinderen en jongeren met psychische of psychiatrische problemen en hun context. Om optimaal in te spelen op die noden, opteren we expliciet voor een globale en geïntegreerde aanpak van alle zorgcomponenten.

De werkingsgebieden van de netwerken vallen samen met de territoria van de provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het geheel van deze werkingsgebieden omvat het volledige Belgische grondgebied.

Het werken met programma's gerealiseerd door netwerken staat hierbij centraal. Met andere woorden, een geheel van relevante partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten die zich richten op kinderen en jongeren en hun context vervullen samen, vanuit het netwerk, een aantal welomschreven kernopdrachten of functies. Deze functies vormen voor ieder netwerk de basisactiviteiten om het toekomstig zorgaanbod in één of meerdere programma's te vertalen. Om de functies te concretiseren, worden er modaliteiten aan gekoppeld. Programma's vertrekken steeds vanuit de noden van de kinderen, jongeren en hun context. Hoofdstuk 3 van de gids gaat hier uitgebreid op in.

2. Gefaseerde implementatie

Het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid zal stapsgewijs worden geïmplementeerd.

In een eerste fase ligt de nadruk op de creatie en de coördinatie van netwerken.

Van zodra er op het terrein functionerende netwerken tot stand zijn gekomen, in overeenstemming met de visie, uitgangspunten en het model beschreven in de gids, wordt de tweede fase van het nieuwe beleid geïmplementeerd. In die tweede fase staat de ontwikkeling van een programma crisiszorg centraal. De derde fase omvat de realisatie van het programma langdurige zorg. De vierde fase bestaat uit de implementatie van het programma intersectorale consult en liaison. Beide fasen worden gelijktijdig gelanceerd.

Aangezien de zorg- en hulpverleningstrajecten van kinderen en jongeren de verschillende programma's zullen doorkruisen is het cruciaal dat netwerken, vanaf de opstartfase van nieuwe programma's, de nodige inspanningen leveren om de afstemming, samenwerking en continuïteit tussen de verschillende programma's

te garanderen. Dit is een noodzakelijke voorwaarde om een continue zorg-op-maat aan te bieden gebaseerd op de noden van de kinderen, de jongeren en hun context.

De gids legt de nadruk op een globale en geïntegreerde aanpak, maar stelt: *“Wel kan overwogen worden om voor specifieke doelgroepen specifieke modules te voorzien.”* (p. 4) Daarenboven wordt vermeldt dat een programma zich eveneens kan richten naar een subpopulatie met specifieke noden. (p. 15) De versterking van het geestelijk gezondheidszorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose is een specifiek luik dat deel uitmaakt van de programma's die het netwerk realiseert.

3. Basisdocument

Het is voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose - een verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid (probleemgedrag en/of psychiatrische stoornissen - en hun context niet altijd evident om aan hun behoeften aangepaste hulp in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te bekomen.

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft in december 2015 een advies verstrekt over deze doelgroep, over hun specifieke behoeften en de noodzaak tot het al of niet invoeren van gespecialiseerde ziekenhuisdiensten¹. Op basis van hoorzittingen, onderzoek van relevante wetenschappelijke literatuur en advies van een buitenlandse expert wordt vastgesteld dat de doelgroep streeft naar een zo kwaliteitsvol mogelijk leven met toegang tot een aangepast GGZ-hulpaanbod. Tot op heden is dat GGZ-aanbod onvoldoende aangepast aan hun specifieke noden, meer bepaald op vlak van communicatie.

De HGR formuleert drie aanbevelingen om aan de behoeften van de doelgroep tegemoet te komen:

1. Verbeter de toegang tot de diensten voor deze personen door een netwerk uit te bouwen dat garantie biedt op een volledig zorgcircuit op het terrein. Dit netwerk moet alle sectoren omvatten (geestelijke gezondheid, gezondheid, handicap, onderwijs, werk, jongerenhulp, justitie) inclusief zijn en de persoon centraal plaatsen.
2. Verbeter de opleiding van het personeel van alle diensten en zorg ervoor dat ze nadenken over de praktijken die ze gebruiken.
3. Voorzie in gespecialiseerde plaatsen voor de meest complexe gevallen. De HGR preciseert ook hoe de gespecialiseerde diensten (ziekenhuis-, revalidatie- en verblijfdiensten) georganiseerd zouden moeten worden. Deze gespecialiseerde plaatsen mogen echter niet het werk vervangen, dat door de algemene structuren wordt verwezenlijkt wanneer dit mogelijk is en deze derde aanbeveling mag niet onafhankelijk van de twee andere worden opgevolgd: het verbeteren van de toegang en de geschiktheid van alle diensten (door het vormen van het personeel en het uitbouwen van netwerken) zijn immers noodzakelijke voorwaarden om te vermijden dat deze gespecialiseerde plaatsen de enige mogelijkheid voor deze personen zouden worden en dan ook zeer snel ontoereikend zouden zijn.

Op basis van het HGR-advies willen we het GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose verder ontwikkelen.

¹ *Behoeften betreffende dubbele diagnose (verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid) in België* (HGR 9203).

4. Implementatie

Door meer middelen te investeren zal het GGZ-aanbod beter op de noden van de doelgroep inspelen en zullen ook meer personen worden geholpen.

Het GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose wordt geïntegreerd en zal deel gaan uitmaken van de netwerken. De netwerkcoördinatie is bijgevolg mede verantwoordelijk voor de opvolging en implementatie van deze integratie en dit steeds in nauw overleg met de partners van de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptensector, justitie, ... De werkingsgebieden van het aanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose vallen samen met de territoria van de provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het geheel van deze werkingsgebieden omvat het volledige Belgische grondgebied. Bestaande samenwerkingsverbanden binnen de werkingsgebieden van de netwerken en het Brussels Hoofdstedelijk gewest worden bekrachtigd.

De klemtoon ligt op de realisatie van een crisisaanbod (en time-out) en de uitbouw van een meer mobiele geïntegreerd in de programma's die het netwerk ontwikkeld. Deze mobiele hulpverlening omvat, naast de uitwisseling van expertise ter zake met bv. mobiele teams of de partners uit de gehandicaptenzorg, ook de behandeling in de thuis- of de thuisvervangende omgeving.

Naast het aanbieden van een crisisaanbod en mobiele hulpverlening is het netwerk verantwoordelijk voor het aanbieden van de nodige observatiemogelijkheden, korte en langer durende behandelingen, een gepaste oriëntering van zorgtrajecten en een verdere intensifiëring van de zorgverlening voor de betrokken doelgroep. Daarbij wordt specifieke aandacht geschonken voor jongeren in de scharnierleeftijd fase van 16 tot 23 jaar.

Een deel van de beschikbare middelen zal worden aangewend voor de versterking van het personeelskader van de betrokken ziekenhuizen, in het bijzonder van één of maximum twee diensten die een zorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose organiseren. Daarnaast kunnen de middelen ook worden geïnvesteerd op basis van criteria vastgelegd door het netwerk om beter te kunnen inspelen op de specifieke behoeften van de doelgroep.

De financiering door de federale overheid zal verlopen via de B4-overeenkomst met het ziekenhuis dat de financiering van het netwerk ontvangt. Dit ziekenhuis draagt de ontvangen middelen integraal en onverwijld over aan het netwerk. De gemeenschappen en gewesten financieren de partners onder hun bevoegdheid, evenals de missies die hen zijn toegekend.

5. Financiering van het geestelijk gezondheidszorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

5.1. Wegingscoëfficiënten

In plaats van de beschikbare middelen te delen door 11 (in casu 10 provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) en het budget te verdelen over de verschillende netwerken, hebben we er voor gekozen rekening te houden met een aantal variabelen: het aantal kinderen en jongeren, de prevalentie van verstandelijke beperkingen, de comorbiditeit met psychische stoornissen en de provinciale verschillen in sociaaleconomische status (inkomen).

Op basis van deze variabelen werd een verdeelsleutel berekend die ons in staat stelt de middelen op een betere manier te verdelen, rekening houdend met de bovenstaande variabelen. Zo kan aan elk werkingsgebied een

specifiek statistisch gewicht worden toegekend. Aan de hand van deze gewichten of wegingscoëfficiënten wordt het beschikbare budget verdeeld. Deze verdeelsleutel werd ontwikkeld in samenwerking met prof. dr. R. Bruffaerts en zijn team (KULeuven).

De berekening van de wegingscoëfficiënten gebeurde aan de hand van een aantal stappen.

De berekening van de eerste wegingscoëfficiënt is gebaseerd op het aantal kinderen en jongeren, het aantal kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en het aantal kinderen en jongeren met een comorbiditeit of dubbeldiagnose.

Op basis van het totaal aantal kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose wordt het theoretisch gemiddelde berekend. Theoretisch heeft een Belgische provincie gemiddeld 775 kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose, te weten het totaal aantal kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose in België gedeeld door 11. (cfr. tabel 1)

Tabel 1: aantal kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

Werkingsgebied	Aantal kinderen en jongeren	Aantal kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking (VB)	Aantal kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose (DD)
West-Vlaanderen	213.588	1.922	807
Oost-Vlaanderen	287.031	2.583	1085
Antwerpen	360.883	3.248	1364
Limburg	160.429	1.444	606
Vlaams Brabant	225.665	2.031	853
Brussels Hoofdst. Gewest	264.516	2.381	1000
Waals-Brabant	83.742	754	317
Henegouwen	282.406	2.542	1068
Luik	210.330	1.893	795
Namen	102.429	922	387
Luxemburg	62.844	566	238
Totaal	2.253.863	20.286	8.520

Door het aantal kinderen en jongeren met dubbeldiagnose per provincie en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest afzonderlijk te beschouwen ten aanzien van het theoretisch gemiddelde wordt vervolgens de eerste wegingscoëfficiënt W1 bepaald. (cfr. tabel 2)

Tabel 2 : wegingscoëfficiënten prevalentie dubbeldiagnose (W1)

Werkingsgebied	W1
West-Vlaanderen	1,041290323
Oost-Vlaanderen	1,400000000
Antwerpen	1,760000000
Limburg	0,781935484
Vlaams Brabant	1,100645161
Brussels Hoofdst. Gewest	1,290322581
Waals-Brabant	0,409032258
Henegouwen	1,378064516
Luik	1,025806452
Namen	0,499354839
Luxemburg	0,307096774

De berekening van de tweede wegingscoëfficiënt is analoog aan de eerste en gebaseerd op de sociaaleconomische status van de bevolking per provincie.

Op basis van gegevens uit de Nationale Gezondheidsenquête 2013 en recent cijfermateriaal van de FOD Economie en de FOD Volksgezondheid werden voor elke provincie en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de wegingscoëfficiënt voor de verschillen in inkomen berekend. Vanuit het gemiddelde theoretische inkomen per persoon op federaal niveau kunnen we, op basis van provinciale gegevens, zowel het theoretische als het reële inkomen per provincie berekenen. Op basis van deze deviatie worden vervolgens de wegingscoëfficiënten voor inkomen berekend volgens de stelregel: provincies met een lager inkomen (in vergelijking met het federale gemiddelde) krijgen een hogere statistische weging. (cfr. W2, tabel 3)

Tenslotte worden beide wegingscoëfficiënten W1 en W2 vermenigvuldigd zodat voor elk netwerk een gecombineerde wegingscoëfficiënt wordt bekomen. Een herschaling van de gecombineerde wegingscoëfficiënten door middel van een correctie van de afrondingsfouten geeft ons de definitieve wegingscoëfficiënten (DWC). Ze geven aan hoe het beschikbare budget best kan verdeeld worden rekening houdend met de samenstelling van de bevolking en haar sociaaleconomische status. (cfr. tabel 3)

Tabel 3: definitieve wegingscoëfficiënten (DWC)

Werkingsgebied	W1	W2	DWC
West-Vlaanderen	1,041290323	0,9675095	0,971784623
Oost-Vlaanderen	1,400000000	0,9171822	1,238587297
Antwerpen	1,760000000	0,9537566	1,619172840
Limburg	0,781935484	1,0147139	0,765345408
Vlaams Brabant	1,100645161	0,8205514	1,274470881
Brussels Hoofdst. Gewest	1,290322581	1,2005285	1,494217183
Waals-Brabant	0,409032258	0,8512402	0,335973905
Henegouwen	1,378064516	1,1206535	1,489648792
Luik	1,025806452	1,0663132	1,055098970
Namen	0,499354839	1,0258844	0,450262388
Luxemburg	0,307096774	1,0311093	0,305437714

Waals-Brabant en Luxemburg hebben een opmerkelijk lagere DWC - resp. 0,335973905 en 0,305437714 - in vergelijking met de andere provincies. Daarom wordt voor hen een minimale basisfinanciering voorzien. Dit impliceert evenwel een solidarisering van de andere netwerken, i.c. een herberekening van de definitieve wegingscoëfficiënten (DWC) door geen rekening te houden met de twee netwerken die een basisfinanciering krijgen. Op die manier verkrijgen we de gecorrigeerde wegingscoëfficiënten (GWC).

Tabel 4: gecorrigeerde wegingscoëfficiënten (GWC)

Werkingsgebied	GWC
West-Vlaanderen	0,844329486
Oost-Vlaanderen	1,076139457
Antwerpen	1,406809019
Limburg	0,664965961
Vlaams Brabant	1,107316702
Brussels Hoofdst. Gewest	1,298242014
Waals-Brabant	n.v.t.
Henegouwen	1,294272794
Luik	0,916716678
Namen	0,391207888
Luxemburg	n.v.t.

5.2. Financiële versterking

Voor de verdere ontwikkeling van een GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose stelt de federale overheid jaarlijks een bijkomende financiering van 1.560.000 euro ter beschikking. De financiële middelen van het mobiele team outreaching van het federale pilootproject *'ggz-jeugd m.b.t. intensieve behandeling van sterk gedragsgestoorde en/of agressieve jongeren, a rato van 126.425,70 euro worden geïntegreerd.*

Op het totale bedrag van 1.686.425,70 euro worden de definitieve wegingscoëfficiënten (DWC) toegepast. De wegingscoëfficiënten voor Waals-Brabant en Luxemburg zijn dermate laag (cfr. infra) dat hen een basisfinanciering van 65.000 euro voor 1 voltijdse equivalent (VTE) wordt toegekend.

Op het resterend bedrag van 1.556.424,70 euro (1.686.425,70 euro – 65.000*2 euro*2) worden de gecorrigeerde wegingscoëfficiënten (GCW) toegepast om tot de uiteindelijke gewogen verdeling van de federale financiering te komen. (cfr. tabel 5)

Tabel 5 : jaarlijkse federale financiering voor dubbeldiagnose vanaf 2017 in euro

Werkingsgebied	Evenredige Financiering	Piloot	Totaal dubbeldiagnose (niet gewogen)	Weging DWC (a)	Weging GWC (b)
West-Vlaanderen	130.000,00		130.000,00	148.985,69	146.015,12
Oost-Vlaanderen	130.000,00	126.425,70	256.425,70	189.889,59	186.103,46
Antwerpen	130.000,00		130.000,00	248.237,70	243.288,19
Limburg	130.000,00		130.000,00	117.336,20	114.996,68
Vlaams Brabant	130.000,00		130.000,00	195.390,95	191.495,13
Brussels Hoofdst. Gewest	260.000,00		260.000,00	229.080,57	224.513,03
Waals-Brabant	130.000,00		130.000,00	51.508,64	65.000,00
Henegouwen	130.000,00		130.000,00	228.380,18	223.826,60
Luik	130.000,00		130.000,00	161.758,73	158.533,49
Namen	130.000,00		130.000,00	69.030,37	67.654,00
Luxemburg	130.000,00		130.000,00	46.827,09	65.000,00
Totaal	1.560.000,00	126.425,70	1.686.425,70	1.686.425,70	1.686.425,70

(a) $(1.686.425,70/11)*DWC$

(b) $(1.686.425,70 - (65.000*2))/9*GWC$

De financiële versterking voor de ontwikkeling van het GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose vangt aan op 1 juli 2016 voor de netwerken die startklaar zijn. Voor 2016 worden de bedragen zoals vermeld in kolom (b) van tabel 5, herberekend op basis van het werkelijk aantal gepresteerde maanden (twaalfden).

6. Praktische modaliteiten

De template wordt voor 30 mei 2016 via mail overgemaakt aan de interkabinettenwerkgroep (ikw) '*taskforce ggz*' via het mailadres: jo.holsbeek@gezondheid.belgie.be.

Elk netwerk vervolledigt één template die:

- bestaat uit één tekstbestand in het *.doc of het *.docx-formaat
- maximaal 10 pagina's omvat, opgemaakt in het lettertype Arial, tekstgrootte 10, interlinie 1,5
- de structuur en de volgorde van de onderdelen zoals in de template weergegeven, respecteert
- in bijlage enkel formele stukken (zoals bv. samenwerkingsovereenkomsten) en geografische weergaven (ingescand als afdrukbaar pdf-bestand of als *.doc of *.docx-bestand) bevat

7. Evaluatieprocedure

Op basis van de ingediende template gaat de ikw '*taskforce ggz*' na of deze voldoet aan de visie, de uitgangspunten en het model zoals beschreven in de gids en deze template. De beslissing wordt schriftelijk meegedeeld. De netwerken die startklaar zijn voor de realisatie van deze versterking van het geestelijk gezondheidszorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose, kunnen de vermelde bijkomende financiering vanaf 1 juli 2016 aanwenden.

Netwerken die nog niet klaar zijn voor de implementatie worden geïnformeerd over hun specifieke verbeterpunten. Zij zullen voor 29 augustus 2016 een herwerkte template indienen.

De aanwending van de vermelde financiering zal tussentijds grondig worden geëvalueerd en, indien nodig, worden bijgestuurd.

8. Ondersteuning

Om de netwerken te ondersteunen wordt een vormingsprogramma, inclusief coachingsessies, uitgewerkt.

Relevante informatie zal worden gepubliceerd op een website (momenteel nog 'under construction').

Template

Beschrijving van de versterking van het geestelijk gezondheidszorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

1. Naam van het netwerk

- Geef de naam van het netwerk

2. Netwerking in functie van de versterking van het zorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

- Geef een overzicht van de verschillende overlegmomenten en de wijze waarop de versterking van het zorgaanbod inhoudelijk en organisatorisch vorm wordt gegeven.
- Geef aan met welke partners uit de verschillende sectoren en op welke manier is samengewerkt om het zorgaanbod te ontwikkelen.
- Licht toe op welke wijze inspraak en empowerment van kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose en hun context tijdens dit proces van overleg en netwerking is gerealiseerd. Schenk hierbij aandacht voor de bestaande expertise van organisaties als Autisme Vlaanderen en het Familieplatform GGZ.

3. Huidig zorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

- Schets kort het huidig mobiel, ambulante en (semi-)residentiële aanbod dat zich binnen het werkingsgebied richt op kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose - een verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid (probleemgedrag en/of psychiatrische stoornissen).
- Geef weer welke afspraken gemaakt zijn m.b.t. dit zorgaanbod.

4. Missie en visie m.b.t. het zorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

- Licht de concrete waarden, visie en missie toe m.b.t. de versterking van het zorgaanbod.
- Geef aan op welke wijze deze missie en visie worden geïntegreerd in het netwerk.

5. Beschrijving van de versterking van het zorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

5.1. Inhoudelijke ontwikkeling van het zorgaanbod

- Beschrijf op welke wijze het netwerk het GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose - een verstandelijke beperking en bijkomende problemen op het vlak van geestelijke gezondheid (probleemgedrag en/of psychiatrische stoornissen) - wil ontwikkelen. Vertrek hierbij vanuit het bestaande (semi-)residentiële, ambulante en mobiele aanbod.
- Beschrijf concreet hoe de versterking van het specifieke residentiële en mobiele aanbod voor de doelgroep zal worden gerealiseerd.
- Hoe zal het crisisaanbod (en de time-out mogelijkheden) worden gerealiseerd? Welke aanmeldingsprocedures zullen worden geïmplementeerd? Welke zorgactiviteiten zullen worden voorzien gedurende de behandeling? Hoe zal het ontslag worden voorbereid? Hoe wordt de vervolgzorg georganiseerd? Op welke manier wordt de zorgcontinuïteit verzekerd?
- Beschrijf hoe de mobiele zorg wordt geoperationaliseerd. Beschrijf hoe de behandeling aan huis of in de thuisvervangende omgeving zal gebeuren.
- Beschrijf hoe de verantwoordelijk arts van het netwerk de versterking van dit zorgaanbod mee zal ondersteunen.
- Beschrijf welke partners, diensten en instellingen die zich richten op kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose zich engageren om in netwerkverband een zorgaanbod voor deze doelgroep te ontwikkelen.
- Hoe verloopt concreet de samenwerking met de andere partners betrokken bij de zorg aan kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose? Schenk hierbij bijzondere aandacht aan de samenwerking met GAUZZ en Fioretti.
- Beschrijf hoe de partners hun zorgaanbod onderling afstemmen om de toegankelijkheid, en de zorgcontinuïteit en -complementariteit te verhogen.
- Beschrijf hoe de partners de goede praktijken in het zorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose zullen integreren.
- Beschrijf op welke wijze er door de partners bijzondere aandacht wordt geschonken voor jongeren in de scharnierleeftijd fase van 16 tot 23 jaar.

5.2. Organisatorische ontwikkeling van het zorgaanbod

- Beschrijf welk zorgaanbod het netwerk en meer specifiek de maximum twee betrokken ziekenhuizen zullen realiseren voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose. Wat is het aantal personeelsleden die specifiek voor deze doelgroep worden ingezet voor en na de versterking van het aanbod?
- Hoe worden de extra personeelsleden ingezet binnen de:
 - Crisiszorg (en time-out)
 - mobiele zorg
 - ...
- Beschrijf de manier waarop kennis, ervaringen en goede praktijken m.b.t. de beoogde doelgroep in het netwerk worden gedeeld.

6. Zelfevaluatie

- Het is wenselijk om op geregelde tijdstippen het GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose te evalueren op vlak van cliëntgerichtheid en -tevredenheid, zorgcontinuïteit, toegankelijkheid, participatie van de doelgroep en diens context, intersectorale samenwerking, ...
Geef weer op welke wijze een dergelijke evaluatie zal worden gerealiseerd.

7. Contactpersoon m.b.t de versterking van het hulpaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose

- Geef de nodige gegevens (voornaam, naam, gsm-nummer, mailadres) van de contactpersoon die kan worden gecontacteerd voor bijkomende informatie over deze template.