

# Implementatie van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren

## Template voor de beschrijving van het programma langdurige zorg

### 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 (cfr. gids, Nationaal Plan 2015-2020, acties 13<sup>1</sup>, 15<sup>2</sup>, 16<sup>3</sup> en 18<sup>4</sup>). 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.

### **3. Financiering van het netwerk**

Zoals reeds eerder aangegeven wordt voor de financiering van de netwerkcoördinatie jaarlijks 137.000 euro ter beschikking gesteld.

Daarnaast worden voor het netwerk jaarlijks 100.000 euro werkingsmiddelen voorzien, evenals 175.000 euro voor de aanwerving van een verantwoordelijke arts (38u). Deze 275.000 euro voor het netwerk wordt aangewend voor de realisatie van de verschillende programma's, met name crisiszorg, langdurige zorg en intersectorale consult en liaison.

Naast deze werkingsmiddelen die het netwerk inzet voor de operationalisering van de verschillende programma's, wordt er bijkomende financiering op programmaniveau voorzien.

Bovenvermelde bedragen worden herberekend op basis van het werkelijk aantal gepresteerde maanden (twaalfden).

De arts is verantwoordelijk voor de uitoefening van de basisopdrachten of functies in de verschillende programma's en kan daarnaast ook klinische activiteiten uitvoeren. In het programma langdurige zorg is hij of zij verantwoordelijk voor de werking van het team dat instaat voor de mobiele assertieve hulpverlening.

Samen met de netwerkcoördinatie gaat de verantwoordelijke arts na op welke manier programma's kunnen bijgestuurd worden teneinde beter te beantwoorden aan de noden van kinderen en jongeren met psychische of psychiatrische problemen en hun context, en welke rol de verantwoordelijke arts hierin zal spelen.

De eigenlijke organisatie en coördinatie van overleg is de exclusieve verantwoordelijkheid van de netwerkcoördinatie.

De taken van de verantwoordelijke arts worden onder maximum twee personen verdeeld.

De aanwending van de beschikbare middelen zal tussentijds worden geëvalueerd.

---

<sup>1</sup> Organiseren van zorgcoördinatie en casemanagement (wraparound approach) voor kinderen en jongeren met een ernstige, complexe, meervoudige problematiek en voor jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen, waarbij intersectorale netwerking noodzakelijk is, rekening houdend met de bestaande initiatieven. Daarbij gaat specifieke aandacht uit naar jongeren in de scharnierleeftijd van 16 tot 23 jaar.

<sup>2</sup> Realiseren van een voldoende, kwaliteitsvol, toegankelijk en betaalbaar basisaanbod van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren binnen het werkingsgebied van ieder netwerk.

<sup>3</sup> Versterken van ambulante diagnostiek en behandeling van kinderen en jongeren, bij voorkeur na doorverwijzing door een arts of eerstelijnsgezondheidswerker.

<sup>4</sup> Uitbouwen van een mobiele, assertieve behandeling voor zeer kwetsbare groepen die moeilijk bereikbaar zijn of jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen en waarbij assertieve hulpverlening noodzakelijk is, rekening houdend met de bestaande initiatieven. Er wordt een aangepast aanbod ontwikkeld voor jongeren in de scharnierleeftijd van 16 tot 23 jaar.

## 4. Fase 3: het programma langdurige zorg

Het programma langdurige zorg wordt gerealiseerd voor kinderen en jongeren met een ernstige, complexe en meervoudige problematiek. Het doel bestaat erin om door intensieve samenwerking en netwerking gedurende een langere periode, een betere meer continue hulpverlening gebaseerd op de noden van het kind, de jongere en zijn context, aan te bieden. Mobiele, assertieve hulpverlening is aangewezen wanneer het basisaanbod niet (meer) beantwoordt aan de noden van het kind of de jongere.

Het programma langdurige zorg is geïntegreerd en globaal. Het is ingebed in het langdurige zorgaanbod van alle partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten die zich richten naar kinderen, jongeren en hun context.

Het is noodzakelijk dat het netwerk op termijn de verschillende programma's, zoals bv. crisiszorg (inclusief urgentiehulp), langdurige zorg, intersectorale consult en liaison, die kaderen binnen de activiteitenprogramma's 'Basisaanbod gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren vanuit een ambulante, semi-residentieel en residentieel kader' en 'Outreachinge geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren door de organisatie van mobiele crisiszorg' (cfr. gids, hoofdstuk 3.2.2), op elkaar afstemt zodat zorg-op-maat en zorgcontinuïteit worden gegarandeerd. De te ontwikkelen programma's zijn geen keurslijven en interfereren met elkaar. Zo zullen in de assertieve hulpverlening als onderdeel van het programma langdurige zorg waarschijnlijk ook kortdurende en meer intensieve modaliteiten worden gerealiseerd.

Het programma langdurige zorg realiseert de functies 'screening en oriëntatie', 'diagnostiek', 'behandeling' en 'uitwisselen en samen inzetten van expertise' (cfr. gids, hoofdstuk 3.2<sup>5</sup>). De partners van het netwerk bouwen deze functies inhoudelijk en operationeel uit en ontwikkelen op die manier een geïntegreerd mobiel, ambulante en (semi-)residentieel langdurig zorgaanbod (cfr. gids, activiteitenprogramma's 3 en 4).

Samenwerking en netwerking staan centraal in elk programma. In het programma langdurige zorg wordt dit o.a. geconcretiseerd door personeelsinzet vanuit het ambulante en (semi-)residentiële aanbod in de mobiele assertieve hulpverlening (cfr. infra).

De specifieke doelgroep voor dit programma omvat een aantal subdoelgroepen met eigen karakteristieken zoals bv. moeilijk bereikbare kinderen en jongeren uit kwetsbare groepen, jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen, jongeren met een verslavingsproblematiek en kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking in combinatie met psychische of psychiatrische problemen<sup>6</sup>. Samenwerking en grondige afstemming met de context, het onderwijs, gezinsvervangende woon- en zorgvormen, jeugdhulp, ... is voor dergelijke subdoelgroepen noodzakelijk.

De langdurige zorg wordt in elke gemeenschap of gewest op elkaar afgestemd. Daarbij wordt rekening gehouden met de expertise, visie en dagdagelijkse werking van het hulpverleningsaanbod.

In Vlaanderen en Brussel is bv. de samenwerking met de partners werkzaam binnen de netwerken van de integrale jeugdhulp van primordiaal belang (cfr. gids, Nationaal Plan 2015-2020, actie 6<sup>7</sup>). De gelanceerde oproep voor de realisatie van intersectorale zorgnetwerken en de per brief overgemaakte verduidelijkingen vormen een onderdeel van het programma langdurige zorg. Dit impliceert dat in

---

<sup>5</sup> Dit hoofdstuk schets de vijf kernopdrachten die in het netwerk worden gerealiseerd, nl. (a) vroegdetectie, screening en oriëntatie, (b) diagnostiek, (c) behandeling, (d) inclusie in alle levensdomeinen en (e) uitwisselen en samen inzetten van expertise.

<sup>6</sup> Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring, p.16

<sup>7</sup> Informeren en sensibiliseren van alle stakeholders (regeringen, administraties, werkveld, ...) over de inhoud van de 'Gemeenschappelijke Verklaring' en 'Aanvullende Gemeenschappelijke Verklaring' met als doel intersectorale samenwerking rond geestelijke gezondheid en een intersectoraal geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.

Vlaanderen en Brussel de netwerken de projectvoorstellen “intersectorale netwerken” als bijlage bij de template langdurige zorg toevoegen.

In Wallonië en in Brussel zal er bv. ook rekening worden gehouden met de intersectorale samenwerkingsprotocollen tussen bijzondere jeugdzorg et de gehandicaptensector. Samenwerking met actoren betrokken bij initiatieven zoals ‘un jardin pour tous’ is daarbij essentieel.

## 5. Financiering van het programma langdurige zorg

De financiering door de federale overheid zal verlopen via een B4-overeenkomst met een ziekenhuis aangeduid door het netwerk. 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.

De federale overheid stelt voor de financiering van het programma langdurige zorg een bijkomende jaarlijkse financiering van 4.680.000 euro ter beschikking voor de realisatie van mobiele assertieve hulpverlening (cfr. gids, activiteitenprogramma 4: outreachende geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren door de organisatie van assertieve hulpverlening).

In plaats van de beschikbare middelen te delen door 11 (10 provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) en het budget in elfden te verdelen over de verschillende netwerken, hebben we er voor gekozen rekening te houden met een aantal variabelen in de verdeling: het aantal kinderen en jongeren, de prevalentie van psychische problemen bij kinderen en jongeren en de sociaal-economische situatie van de gezinnen.

Op basis van deze variabelen wordt aan elk werkingsgebied een specifiek gewicht toegekend. Aan de hand van deze gewichten of wegingscoëfficiënten wordt het budget over de netwerken verdeeld. Deze verdeelsleutel werd ontwikkeld in samenwerking met prof. dr. R. Bruffaerts (KULeuven).

### 5.1. Mobiele assertieve hulpverlening

Voor de realisatie van mobiele assertieve hulpverlening stelt de federale overheid jaarlijks een bijkomende financiering van van 4.680.000 euro ter beschikking. Dit budget kan reeds worden aangewend door netwerken die startklaar zijn. Vanaf 1 januari 2016 worden de volgende onderdelen van het huidige federaal gefinancierde mobiel aanbod in de financiering van de netwerken geïntegreerd (cfr. gids, Nationaal Plan 2015-2020, actie 4<sup>8</sup>):

- de 3 mobiele teams gecreëerd in het kader van het federale pilootproject ‘*dubbele diagnose minderjarigen (verstandelijke beperking + geestesziekte met gedragsstoornis)*’, a rato van 115.000 euro per team
- de 12 mobiele teams, niet verbonden aan crisisK-bedden, gecreëerd in het kader van het federale pilootproject ‘*justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek*’, met specifieke bedragen per team

Dit betekent dat vanaf 2016 een totale financiering van 6.991.386,74 euro voor het programma langdurige zorg ter beschikking wordt gesteld. Op dit bedrag worden de definitieve wegingscoëfficiënten toegepast om tot een provinciale verdeelsleutel te komen. Vóór de toepassingen van de wegingscoëfficiënten in de verdeling van de middelen kan gebeuren is het echter van belang te

---

<sup>8</sup> Evalueren en bijsturen van bestaande (pilot)projecten, inspirerende praktijken en nieuwe initiatieven met het oog op een structurele erkenning en financiering.

stellen dat elke netwerk over ten minste 390.000 euro dient te beschikken, i.c. de financiering van een team van 6 voltijdse equivalenten (VTE). De wegingsfactoren van Waals-Brabant en Luxemburg zijn echter zo laag dat deze netwerken de drempel van 390.000 euro niet zouden halen. Er werd beslist om deze netwerken *de facto* het minimale bedrag van 390.000 euro toe te kennen. Dit impliceert evenwel een solidarisering van de andere netwerken, i.c. een herberekening van de definitieve wegingscoëfficiënten (DWC) die gecorrigeerd worden door geen rekening te houden met de netwerken die een basisfinanciering van 390.000 euro krijgen.

De definitieve en de gecorrigeerde wegingscoëfficiënten (GWC) zijn gelijk aan de coëfficiënten zoals weergegeven in de *template voor de beschrijving van het programma crisiszorg*.

Vervolgens wordt de financiering van het bovenvermeld huidig federaal gefinancierd mobiel aanbod per netwerk in mindering gebracht zodat duidelijk wordt hoe de bijkomende financiering van 4.680.000 euro over de netwerken verdeeld is. De middelen van het bovenvermeld huidig federaal gefinancierd mobiel aanbod wordt toegevoegd aan de betreffende netwerken.

**Tabel 1: bijkomende jaarlijkse federale financiering voor mobiele assertieve hulpverlening vanaf 2016 in euro**

Netwerk	Minimale Financiering	Piloot ForK	Piloot Dub. diagnose	Totaal mobiele ass. hulpverlening (niet gewogen)	Weging DWC (a)	Weging GWC (b)	Totaal bijkomende financiering (c)
West-Vlaanderen	390.000,00	196.028,87	0,00	586.028,87	503.513,20	469.326,17	273.297,30
Oost-Vlaanderen	390.000,00	286.364,79	0,00	676.364,79	849.280,47	791.616,89	505.252,10
Antwerpen	390.000,00	399.961,98	0,00	789.961,98	1.034.702,39	964.449,22	564.487,24
Limburg	390.000,00	0,00	115.000,00	505.000,00	585.384,97	545.639,10	430.639,10
Vlaams-Brabant	390.000,00	180.671,85	0,00	570.671,85	524.697,47	489.072,10	308.400,25
Brussels H.G.	780.000,00	361.343,70	115.000,00	1.256.343,70	1.272.483,32	1.186.085,54	709.741,84
Waals-Brabant	390.000,00	0,00	0,00	390.000,00	203.601,12	390.000,00	390.000,00
Henegouwen	390.000,00	361.343,70	115.000,00	866.343,70	708.752,94	660.630,75	184.287,05
Luik	390.000,00	180.671,85	0,00	570.671,85	747.769,49	696.998,20	516.326,35
Namen	390.000,00	0,00	0,00	390.000,00	437.257,20	407.568,76	407.568,76
Luxemburg	390.000,00	0,00	0,00	390.000,00	123.944,15	390.000,00	390.000,00
<b>TOTAAL</b>	<b>4.680.000,00</b>	<b>1.966.386,74</b>	<b>345.000,00</b>	<b>6.991.386,74</b>	<b>6.991.386,74</b>	<b>6.991.386,74</b>	<b>4.680.000,00</b>

(a)  $(6.991.386,74/11)*DWC$

(b)  $(6.991.386,74 - (390.000*2))/9*GWC$

(c)  $(b) - (\text{piloot ForK} + \text{piloot Dub. diagnose})$

Een netwerk voorziet 38u verantwoordelijke arts (zie hoofdstuk 3) die nadien kan worden aangevuld met maximum 10u kinderpsychiater. Elk netwerk krijgt immers de mogelijkheid om binnen de voorziene personeelsmiddelen voor mobiele assertieve hulpverlening bijkomend één kinderpsychiater aan te stellen met specifieke ervaring en expertise rond jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen. Doelstelling is de noodzakelijke expertise en knowhow betreffende deze specifieke doelgroep in de mobiele assertieve hulpverlening te verzekeren.

Elk netwerk schat zelf de noodzaak in tot een bijkomende investering in een kinderpsychiater voor deze doelgroep. Deze kinderpsychiater werkt samen met de verantwoordelijke arts. De verloning gebeurt volgens de voorziene financiering van de verantwoordelijke arts (a rato van 175.000 euro voor 38u).

Vanzelfsprekend is er een link tussen deze kinderpsychiater en de intensieve behandelingseenheden voor MOF-jongeren, de intensieve behandelingseenheden voor MOF/POS/GO-jongeren en/of de crisisK-bedden in het kader van het federale pilootproject *'justitiële jongeren met een psychiatrische*

*problematiek*'. We gaan er dan ook van uit dat de deelnemers aan het federale pilootproject zich engageren om hun kinderpsychiatrische expertise m.b.t. deze doelgroep in de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, die in het werkingsgebied van het betreffende hof van beroep actief zijn, in te zetten, als hier vanuit de betreffende netwerken vraag naar is.

De werking van de kinderpsychiatrische bedden die deel uitmaken van de intensieve behandelingsseenheden voor MOF-jongeren en van de intensieve behandelingsseenheden voor MOF/POS/GO-jongeren in het kader van het federale pilootproject *'justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek'*, wordt door het netwerk in de loop van 2016 geëvalueerd en, indien nodig, in samenspraak met de overheden, bijgestuurd (cfr. gids, Nationaal Plan 2015-2020, acties 4). Zij vormen een belangrijk onderdeel van het programma langdurige zorg.

## 5.2. Investerings in casemanagement

Om een continue zorg-op-maat te garanderen voor kinderen en jongeren die langdurige zorg nodig hebben, realiseert het netwerk casemanagement op cliëntniveau (cfr. gids, Nationaal Plan 2015-2020, actie 13). Dit casemanagement wordt geïntegreerd met het casemanagement van het programma crisiszorg. Er wordt afgestemd met bestaande overlegstructuren op microniveau (cliënt). Het netwerk kan casemanagement financieren op meerdere manieren, o.a. met resterende middelen van de netwerkcoördinatie resulterend uit een maximale integratie van de netwerkcoördinatie met de brugfunctie tussen justitie en de actoren van de geestelijke gezondheidszorg (in het kader van de uitbouw van het zorgtraject voor justitiële jongeren) en de overlegfunctie voor kinderen en jongeren binnen de overlegplatforms geestelijke *gezondheidszorg* (cfr. *template voor de beschrijving van het netwerk*).

## 6. Template voor de beschrijving van het programma langdurige zorg

Om een duidelijk beeld te krijgen van de voorstellen om het programma langdurige zorg te realiseren hebben de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid een template samengesteld. Elk provinciaal netwerk vervolledigt de verschillende onderdelen van deze template. De netwerken krijgen hierdoor de mogelijkheid om zich naar de samenwerkende overheden te profileren.

## 7. Praktische modaliteiten

De template wordt voor 4 december 2015 via mail overgemaakt aan de interkabinettenwerkgroep (ikw) *'taskforce ggz'* via het mailadres: [jo.holsbeek@gezondheid.belgie.be](mailto: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

## **8. Evaluatieprocedure**

Op basis van de ingediende template gaat de ikw *'taskforce ggz'* na of het netwerk voldoet aan de visie, de uitgangspunten en het model zoals beschreven in de gids. Deze beslissing wordt schriftelijk meegedeeld.

De netwerken die startklaar zijn voor de realisatie van het programma langdurige zorg, kunnen de vermelde bijkomende financiering vanaf 1 januari 2016 aanwenden.

Netwerken die nog niet klaar zijn voor de implementatie van deze fase van het nieuw beleid, worden geïnformeerd over hun specifieke verbeterpunten. Zij zullen opnieuw een template indienen en deze vanaf maart 2016 presenteren aan de ikw *'taskforce ggz'*.

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

## **9. Ondersteuning**

Om de netwerken te ondersteunen zal een vormingsprogramma met coachingssessies worden uitgewerkt. Daarnaast zullen alle netwerken wetenschappelijk worden begeleid en geëvalueerd.

Relevante informatie wordt gepubliceerd op [www.psy0-18.be](http://www.psy0-18.be)

# Template

## Beschrijving van het programma langdurige zorg<sup>9</sup>

### 1. Naam van het netwerk

- Geef de naam van het netwerk.

### 2. Netwerking in functie van het programma langdurige zorg

- Geef een overzicht van de verschillende overlegmomenten en de wijze waarop het netwerk het programma langdurige zorg inhoudelijk en organisatorisch heeft vorm gegeven.
- Geef aan met welke partners uit de andere sectoren en op welke manier is samengewerkt om dit programma te ontwikkelen.
- Licht toe op welke wijze inspraak en empowerment van kinderen, jongeren en hun context tijdens dit proces van overleg en netwerking is gerealiseerd.

### 3. Huidig langdurig zorgaanbod

- Schets kort het huidige mobiele, ambulante en (semi-)residentiële langdurig zorgaanbod dat zich binnen het werkingsgebied van het netwerk richt op kinderen en jongeren met een psychische of psychiatrische problematiek.
- Schets welke afspraken er gemaakt zijn m.b.t. dit langdurig zorgaanbod.

### 4. Missie en visie m.b.t. het programma langdurige zorg

- Licht de concrete waarden, visie en missie van het netwerk toe m.b.t. het programma langdurige zorg.

### 5. Beschrijving van het programma langdurige zorg

#### 5.1. Inhoudelijke ontwikkeling van het programma langdurige zorg

- Beschrijf op welke wijze het netwerk het programma langdurige zorg wil realiseren. Vertrek hierbij vanuit de activiteitenprogramma's 'basisaanbod gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren vanuit een ambulante, semi-residentieel en

---

<sup>9</sup> Indien bepaalde elementen van de template in het netwerk nog worden ontwikkeld of momenteel nog onduidelijk zijn, beschrijf dan de specifieke timing die men zal volgen en mogelijke strategie. De inhoud van deze template is dynamisch.



residentieel kader' en 'outreachinge geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren door de organisatie van mobiele assertieve hulpverlening' (cfr. gids, hoofdstuk 3.2.2<sup>10</sup>).

- Maak zeer concreet welke ambulante en (semi-)residentiële langdurige zorg gerealiseerd wordt. Beschrijf welke partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten die zich richten op kinderen, jongeren en hun context zich willen engageren om aan een aantal functies van hun basisaanbod specifieke modaliteiten naar tijdsduur, intensiteit, frequentie, ... te koppelen. Geef deze functies en modaliteiten weer en argumenteer waarom voor deze modaliteiten gekozen wordt, steeds kaderend binnen het programma langdurige zorg.
- Schets de inhoudelijke concretisering van de mobiele assertieve hulpverlening. Geef weer hoe de aanmeldingsprocedure zal verlopen? Welke tijdsduur, intensiteit en frequentie van zorgactiviteiten worden nagestreefd en argumenteer waarom voor deze modaliteiten gekozen wordt, steeds kaderend binnen het programma langdurige zorg?
- Worden er acties ondernomen voor specifieke doelgroepen (leeftijdsgroepen, subdoelgroepen,...) ? Op welke wijze garandeert het netwerk dat er geen specifieke (sub)doelgroepen geëxcludeerd worden in het programma?
- Beschrijf op welke wijze de partners van het netwerk hun langdurig zorgaanbod op elkaar afstemmen en netwerking ambiëren. Beschrijf op welke wijze het netwerk een efficiënt, effectief, continu en toegankelijk programma langdurige zorg realiseert. Hoe verloopt de screening en oriëntatie? Welke modaliteiten gelden voor diagnostiek en behandeling?
- Beschrijf op welke wijze casemanagement zal worden gerealiseerd?

## 5.2. Organisatorische ontwikkeling van het programma langdurige zorg

- Beschrijf hoe het netwerk het mobiele, ambulante en (semi-)residentiële aanbod van het programma langdurige zorg zal operationaliseren. Welke capaciteit (personeel, bedden, plaatsen, ...) wordt in het programma geïnvesteerd? Op welke manier wordt multidisciplinariteit en intersectorialiteit over de verschillende partners heen gewaarborgd?
- Zoom in op de concrete werking en teamsamenstelling van de mobiele assertieve hulpverlening. Omschrijf de rol en opdrachten van de verantwoordelijke arts (cfr. hoofdstuk 3). Geef weer op welke wijze expertise en kennis van het ambulante (CGG, CAR, ... ) en (semi-)residentiële aanbod, zowel sectoraal als intersectoraal, door personeelsinzet in de mobiele assertieve hulpverlening wordt gegarandeerd. Waar zal de mobiele assertieve hulpverlening gelokaliseerd worden? Hoe vaak komt het team in zijn totaliteit samen?
- Beschrijf op welke wijze de mobiele assertieve hulpverlening zal aansluiten op de mobiele crisiszorg. Geef aan hoe een continue zorg-op-maat wordt gegarandeerd.
- Zal het netwerk bijkomend een kinderpsychiater (10u.) voor jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen aanstellen? Zo ja, beschrijf diens rol in het programma langdurige zorg in het algemeen en specifiek in de mobiele assertieve hulpverlening, de link met het programma crisiszorg en de samenwerking met de verantwoordelijke arts. Zo nee, waarom niet? Hoe worden jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen door het netwerk opgevangen?
- Ga dieper in op de organisatie van casemanagement.
- Op welke wijze hebben de netwerken in Vlaanderen de "intersectorale zorgnetwerken" ingebed in het programma langdurige zorg?

---

<sup>10</sup> Dit hoofdstuk schetst de zes activiteitenprogramma's die minimaal in het netwerk worden gerealiseerd, nl. (0) Universele preventie en gezondheids promotie, (1) vroegtijdige opsporing en -interventie, (2) intersectorale consult- en liaison, (3) basisaanbod gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren vanuit een ambulant, semi-residentieel en residentieel kader, (4) Outreachinge geestelijke gezondheidszorg mobiele crisiszorg en assertieve hulpverlening en zorgcoördinatie, (5) integratieve herstelgerichte ondersteuning.

### 5.3. Financiering van het programma langdurige zorg

- Werk een transparante financiering uit voor het programma langdurige zorg voor 2016, alsook een meerjarenplan voor 2017 en 2018. Hou bij de opmaak van de meerjarenplanning rekening met de integratie van de mobiele teams van het federale pilootproject *'dubbele diagnose minderjarigen (verstandelijke beperking + geestesziekte met gedragsstoornis)* en de 12 mobiele teams, niet verbonden aan crisisK-bedden, gecreëerd in het kader van het federale pilootproject *'justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek'*. Geef een gedetailleerd overzicht van de aanwending van de financiering voor de mobiele assertieve zorg en van de investeringen in casemanagement. Hou eveneens rekening met de financiering voor de verantwoordelijke arts en de werkingsmiddelen van het netwerk. Verduidelijk hoe het netwerk deze werkingsmiddelen wil aanwenden.

### 5.4. Afstemming met lokale initiatieven

- Geef een kort overzicht van de relevante lokale initiatieven van partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten uit de andere sectoren die zich richten naar kinderen en jongeren die langdurige zorg nodig hebben .
- Licht toe op welke wijze er wordt samengewerkt tussen het programma langdurige zorg en deze initiatieven teneinde binnen het werkingsgebied van het netwerk een globaal en geïntegreerd langdurig zorgaanbod te realiseren.

## 6. Zelfevaluatie van het netwerk

- Het is aangewezen op geregelde tijdstippen de kwaliteit en de performantie van het programma langdurige zorg te evalueren op basis van een aantal domeinen. De gids beschrijft reeds een aantal kwaliteits- en performantiedomeinen (cfr. gids, hoofdstuk 3.1.6.). Geef weer welke kwaliteits- en performantiedomeinen m.b.t. programma langdurige zorg door het netwerk belangrijk worden geacht. Geef weer wanneer je deze zal evalueren en op basis van welke indicatoren.

## 7. Contactpersoon m.b.t. het programma langdurige zorg

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

## 8. Opsomming bijlagen