

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Samenwerken tussen CGG en CAR voor invullen van behoeften van kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen en (vermoeden van) mentale comorbiditeit

Eva Kimpe
Eva Cloet
Mark Leys



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2019/14

SWVG-Rapport 30

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Samenwerken tussen CGG en CAR voor invullen van behoeften van kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen en (vermoeden van) mentale comorbiditeit

Promotor: Prof. dr. Mark Leys

Copromotor: Dra Eva Cloet

Onderzoeker: Eva Kimpe

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 30

Samenwerken tussen CGG en CAR voor invullen van behoeften van kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen en (vermoeden van) mentale comorbiditeit

Onderzoeker: Eva Kimpe
Promotor: Prof. dr. Mark Leys
Copromotor: Dra Eva Cloet

Samenvatting

Situering en doelstellingen

In dit onderzoek staat de vraag centraal, of en hoe in Vlaanderen de zorg voor kinderen en jongeren met meervoudige ontwikkelingsstoornis(sen) en comorbide mentale problemen kan aangeboden worden door een samenwerking tussen Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Onderzoek toont aan dat de zorgcomplexiteit van deze doelgroep expertise vereist van verschillende professionals uit diverse zorg- en welzijnsorganisaties.

Dit project onderzoekt welke opties tot samenwerking mogelijk zijn op basis van:

- Verkennend onderzoek naar de prevalentie van de doelgroep (op populatieniveau)
- Analyse van taken- en activiteitenpakket van CAR en CGG in functie van de zorgnoden
- Identificatie van de mogelijke rol van beide organisaties in samenwerking met de doelgroep en de wijze waarop zorgverstrekkers uit beide organisaties hun taken op elkaar (zouden) kunnen afstemmen in samenwerking met de doelgroep

Methodologie

Dit beleidsondersteunend onderzoek heeft gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur, internationale praktijkrichtlijnen, wet- en regelgeving en beleidsdocumenten en focusgroepen met beleidsverantwoordelijken 'kinderen en jongeren (KJ)-teams' CGG (11 participanten), directies CAR (12 participanten), zorgverstrekkers CAR (8 participanten) en zorgverstrekkers CGG (4 participanten).

Belangrijkste resultaten

Prevalentie en zorgnoden

De wetenschappelijke literatuur geeft onvoldoende basis om een betrouwbare inschatting te maken van de prevalentie in Vlaanderen van de doelgroep die hier centraal staat. De zorgnoden van kinderen uit de doelgroep zijn complex en chronisch van aard, en vragen een biopsychosociale en levensloopbenadering. Integrale, gemeenschapsgerichte, familiegecentreerde zorg biedt de beste garantie op het vervullen van noden in verschillende fasen in het zorgtraject en vereist de inzet van expertise van professionals uit diverse sectoren alsook de inzet van het sociaal netwerk.

Regelgevende randvoorwaarden

De CAR en CGG behoren tot de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) maar zijn historisch gegroeid vanuit andere gezondheidszorgdomeinen, met een andere visie, regelgevende kaders en erkennings- en financieringsmodaliteiten, dewelke de verschillen in werkmethoden en -processen in de hand werken. De CAR werken binnen de logica van revalidatie (en RIZIV-conventies) terwijl de CGG een andere GGZ-logica hanteren (voor kinderen en jongeren). De doelgroep van KJ-teams CGG zijn alle kinderen en jongeren met ernstige (chronische) geestelijke gezondheidsproblemen. De CAR specialiseren zich (ook door de RIZIV-conventies) op welomschreven doelgroepen (leeftijd en/of stoornis). Voor die opdracht zijn specifieke en gedetailleerde vereisten vastgelegd voor de teamsamenstelling.

Gepercipieerde factoren die samenwerking beïnvloeden

Er bestaat een principiële bereidheid bij beide organisaties om rond de doelgroep samen te werken maar er spelen barrières: (1) verschillen in de regelgeving (in het bijzonder de financiering), (2) (grote) fysieke afstand tussen voorzieningen en de regionale beschikbaarheid van (complementaire) expertise, (3) wachtlijsten en personeelstekorten, (4) specialisatie in uiteenlopende doelgroepen (leeftijd en/of stoornis), (5) zorgvisies en verschil in kijk op gezondheidsproblemen en samenwerking, (6) het in vraag stellen van complementariteit (en vertrouwen in expertise van de andere organisatie) en (7) angst om identiteit en autonomie te verliezen door samenwerking. Anderzijds zijn er ook enkele factoren die samenwerking kunnen faciliteren: (1) fysieke nabijheid van voorzieningen, (2) wederzijdse kennis en inzicht in elkaars werkmethoden, versterkt via brugfiguren of door concrete uitwisseling en (3) positieve ervaringen met interorganisatorische samenwerking (bijvoorbeeld in structurele GGZ-netwerken).

Conclusies

Wederzijds erkennen en identificeren van complementaire expertise, inzicht en vertrouwen in elkaars zorgvisie, werkmethoden en -processen vormen de basis voor (bereidheid tot) samenwerking tussen de CAR en de KJ-teams CGG. Er is een bestaande overlap in de expertise en kennis rond respectievelijk ontwikkelingsstoornissen en mentale problemen, maar bij specialistische behoeften rond ontwikkelingsproblemen is meer CAR-expertise nodig terwijl specialistische kennis rond mentale problemen aangeboden kan worden door het CGG. De samenwerking moet uitgaan van een (gedeelde) verantwoordelijkheid in zorgtrajecten. Het identificeren van (generalistische en specialistische) kennis- en competentieniveaus rond ontwikkelingsstoornissen en psychologische/psychiatrische stoornissen van verschillende professionals uit beide types organisaties, biedt de mogelijkheid om zorgdoelstellingen (revalidatie vs. geestelijke gezondheid) te bepalen in gedeelde zorgplannen voor de doelgroep. Verder biedt de huidige regelgeving voor beide types organisaties nog onvoldoende incentives om over te gaan tot samenwerken. Regionale (intra- en interorganisatorische) verschillen in het zorgaanbod hebben een impact op samenwerkingsmogelijkheden tussen voorzieningen in een bepaalde regio, en de toegang tot zorg van de doelgroep.

Aanbevelingen*Beleid*

- Voorzie een regelgevend kader dat samenwerking stimuleert met speciale aandacht voor (verschillende en gemeenschappelijke) erkenningscriteria en financiële prikkels voor samenwerking
- Zorg voor een regionaal evenwaardige planning van capaciteit en expertise om toegankelijke zorg voor deze doelgroep te realiseren
- Mandateer als overheid expliciet de aard van de samenwerking tussen CAR en CGG: definieer een helder beleidskader met doelstellingen en randvoorwaarden waarbinnen pilootprojecten voor samenwerking kunnen worden ingediend
- Voorzie in wetenschappelijk onderbouwde monitoring en evaluatie van de projecten en ontwikkel een strategie van wederzijds leren tussen de projecten om disseminatie van innovatieve praktijken te versterken

Samenwerkingsverband (organisaties)

- Maak een 'systeemontwerp' van de samenwerking met doelstellingen, activiteiten, taken en verantwoordelijkheden en de wijze waarop professionals, afdelingen en organisaties instaan en gedeeld verantwoordelijkheid opnemen in de zorg
- Zet in op het gebruik van -door CAR en CGG- gedeelde ondersteunende hulpmiddelen die samenwerking faciliteren (zoals gedeelde en wederzijds aanvaarde diagnostiek, gedeelde zorgplannen, behandelingsmethoden, transmurale teams, outreaching etc.)
- Positioneer en erken de competentie- en capaciteitsgrenzen van eigen en andere professionals en organisaties
- Vermijd de ontwikkeling van te veel 'aparte' netwerkstructuren of samenwerkingsverbanden: onderzoek hoe de werking voor deze doelgroep kan ingebed worden in het breder verhaal van GGZ-netwerken KJ

Inhoud

Lijst met afkortingen	11
Hoofdstuk 1 Situering en doelstellingen	13
1 Situering	13
2 Doelstellingen	14
Hoofdstuk 2 Methodologie	15
1 Literatuuronderzoek	15
1.1 Prevalentie	15
1.2 Zorgnoden- en behoeften	15
2 Focusgroepen	15
2.1 Doelstelling focusgroepen	15
2.2 Samenstelling en rekrutering focusgroepen	16
2.3 Voorbereiding focusgroepen	16
2.4 Dataverzameling focusgroepen	16
2.5 Data-analyse focusgroepen	17
2.6 Toetsing met expertengroep	17
Hoofdstuk 3 Resultaten	19
1 Doelgroep	19
1.1 Prevalentie	19
1.2 Kernboodschappen	21
2 Activiteiten om in te spelen op zorgnoden	22
2.1 Inleiding	22
2.2 Een beschrijvende classificatie	23
2.3 Vroegdetectie van ontwikkelingsproblemen en mentale problemen	24
2.4 (Differential-) diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen en psychiatrische stoornissen	24
2.5 Behandeling en zorg gericht op functioneren en participeren	25
2.6 Begeleiding en ondersteuning	27
2.7 Positieve beeldvorming en destigmatisering	28
2.8 Informatie-uitwisseling en kennisdeling	29
2.9 Kernboodschappen	30
3 Regelgevende randvoorwaarden voor CAR en CGG	31
3.1 CAR	31
3.2 CGG	35
3.3 Kernboodschappen	37
4 Door stakeholders gepercipieerde factoren die samenwerking tussen CAR en CGG beïnvloeden	38
4.1 De wil om samen te werken	38
4.2 Visie op complementariteit van beide types organisaties	39

4.3	Wet- en regelgevend kader	44
4.4	Regionale verschillen in het aanbod	47
4.5	Suggesties voor een interorganisatorische, interprofessionele en integrale benadering van zorgverlening voor de doelgroep	51
4.6	Kernboodschappen	55
Hoofdstuk 4 Discussie en conclusie		57
1	Methodologische reflecties	57
1.1	Literatuurstudie	57
1.2	Documentenanalyse	57
1.3	Focusgroepen	57
2	Inhoudelijke reflecties	58
2.1	Toegankelijkheid en continuïteit van zorg	58
2.2	Samenwerking en afstemming van zorg: zorgintegratie	59
2.3	Wederzijdse erkenning van complementariteit als basis voor samenwerking	61
2.4	Regelgeving die onvoldoende incentives biedt voor samenwerking	62
2.5	Rekening houden met de regionale verschillen	62
2.6	De doelgroep als onderdeel van de volledige werking van organisaties in het GGZ-aanbod	62
2.7	De angst voor het verlies van autonomie en identiteit	62
2.8	Integrale zorgtrajectbenadering vraagt een breder perspectief op samenwerking	63
2.9	Uitbouw van duurzame, langdurige samenwerking (rekening houdend met de beleidsintenties van het de Vlaamse overheid)	63
3	Conclusies	64
Hoofdstuk 5 Aanbevelingen		67
Literatuurlijst		71
Bijlagen		79
Lijst Tabellen		
Tabel 1	Prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij kinderen (0-27 jaar) met neurobiologische OS	19
Tabel 2	Activiteiten geklasseerd naar fasen in een zorgtraject	23
Tabel 3	Overzichtstabel regelgevende voorwaarden CAR en CGG	31
Tabel 4	Zorgfuncties binnen een GGZ-netwerk	63
Tabel 5	Zorgniveaus binnen een GGZ-netwerk	64
Tabel 6	Overzicht hoofd- en subaanbevelingen	67

Lijst Figuren

Figuur 1 Samenwerkingsvormen binnen de zorgverlening

60

Lijst met afkortingen

Afkorting	Omschrijving
AAP	American Academy of Pediatrics
ABC-C	Aberrant Behaviour Checklist-Community
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality (Verenigde Staten)
ASD	Autism Spectrum Disorder Autismespectrumstoornis
CADDRA	Canadian ADHD Resource Alliance
CAR	Centra/Centrum voor Ambulante Revalidatie
CGG	Centra/Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CLB	Centra/centrum voor Leerlingenbegeleiding
CMAJ	Canadian Medical Association
EACD	European Academy of Childhood Disability
EPD	Elektronisch patiëntendossier
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICT	Informatie- en communicatietechnologie(ën)
KCE	Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg
KJ (-teams CGG)	Kinderen en jongeren (-teams van de CGG)
NBPSA	Neurodevelopmental and Behavioural Paediatric Society of Australia
NHS	National Health Service (Verenigd Koninkrijk)
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Verenigd Koninkrijk)
OS	Ontwikkelingsstoornis(sen)
PAS-ADD	Psychiatric Assessment Schedule for Adults with DD
PS	Psychiatrische Stoornis(sen)
RACP	Royal Australian College of Physicians
RIZIV	Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Afkortingen

VAZG	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
VIA (5)	(Vijfde) Vlaamse Intersectoraal Akkoord
VOG-O	Vragenlijst Ontwikkeling en Gedrag-Ouderversie
VUB	Vrije Universiteit Brussel
WHO	World Health Organization Wereldgezondheidsorganisatie

Hoofdstuk 1

Situering en doelstellingen

1 Situering

Een kind met ADHD met een min of meer duidelijke motorische beperking wordt, bij het overgaan naar het eerste leerjaar, in de klas steeds drukker. Terwijl het kind in de kleuterklas nog uitbundig kon spelen, heeft het nu veel moeite om zich te concentreren. Het kind kampt met een leerprobleem en wordt steeds angstiger om nieuwe competenties aan te leren. Het wordt meer en meer gefrustreerd door de situatie en bijt bij elke nieuwe opmerking door vriendjes, de leerkracht of zijn/haar ouders fel van zich af. Het kind komt hierdoor soms erg brutaal en agressief uit de hoek. De ouders en leerkrachten merken dit probleem op maar weten niet goed hoe ze hiermee moeten omgaan (gebaseerd op Prinsen, Bruinsma, & Oudhof, 2008).

Een jongere (15 jaar) met een (vermoeden van) autisme heeft sinds de kindertijd gewrichtsproblemen in de heupen waardoor zij zich periodiek verplaatst in een rolstoel. Ze woont in bij haar moeder en stiefvader terwijl haar biologische vader enkele straten verderop woont. De ouders hebben altijd ondervonden dat hun kind graag op zichzelf is, dat ze moeite heeft met het aangaan van relaties en het controleren van emoties. Omdat de jongere zich meer en meer terugtrekt en afzondert, wordt ze doorverwezen naar gespecialiseerde ambulante hulpverlening. Ze moet echter lang wachten waardoor de situatie achteruitgaat, er is sprake van toenemende angsten en zelfs agressief en suïcidaal gedrag. Na een lang traject wordt tijdens een hospitalisatie op een afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie een autisme spectrum stoornis vastgesteld die gecompliceerd wordt door een depressie en angststoornis (gebaseerd op Loades, 2015).

Gezondheids- en welzijnsorganisaties die op een geïntegreerde manier samenwerken zijn beter in staat om tegemoet te komen aan complexe zorgnoden (Gröne & Garcia-Barbero, 2001). Dit project focust op de vraag hoe zorg kan georganiseerd worden voor kinderen en jongeren met complexe meervoudige neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (OS) en een comorbide¹ mentale of psychiatrische problematiek door een samenwerking tussen Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

De eerste symptomen van neurobiologische OS treden op tijdens de kindertijd en leiden tot een ontwikkelingsachterstand. De meest gekende neurobiologische OS zijn aandachtsdeficiëntie/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) en autismspectrumstoornis (ASD) (Thapar, Cooper, & Rutter, 2017). Een belangrijke groep ervan kampt met een comorbide psychische problematiek (Caplan, Neece, & Baker, 2015; Merikangas e.a., 2015). Door de complexiteit van de zorgnood wordt deze groep mogelijk afhankelijk van zorgverlening via diverse organisaties in de gezondheid- en welzijnssector. Dan stelt zich de vraag hoe bestaande fragmentatie van zorg door samenwerking tussen voorzieningen kan opgevangen worden

¹ In dit rapport wordt niet in detail ingegaan op het conceptueel verschil tussen comorbiditeit en dubbeldiagnose. Comorbiditeit verwijst in dit rapport naar het gegeven dat er sprake is van het samengaan van ten minste twee stoornissen of problemen die mogelijk in interactie staan, in het bijzonder OS en mentale problemen. De term dubbeldiagnose, verwijst naar het 'klasseren' en labelen van twee types stoornissen. Deze studie focust eerder op comorbiditeit dan dubbeldiagnostiek. De termen werden in het veldwerk door elkaar gebruikt en komen daarom beiden in het rapport aan bod

(Bitsko e.a., 2009; Thapar e.a., 2017). Bovendien blijven op dit ogenblik nog tal van kinderen en jongeren in de kou staan omdat ze geen gepaste diagnose, opvang of behandeling krijgen: samenwerking kan ook een strategie zijn om meer capaciteit ter beschikking te stellen voor complexe zorgvormen. De Vlaamse overheid benadrukte (in het regeerakkoord 2014-2019) de noodzaak voor de verbetering van de toegankelijkheid en het terugdringen van wachtlijsten in de gezondheidszorg en de inzet op persoonsgecentreerde zorg (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019; Vlaamse overheid, 2014).

Een KCE-rapport over geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor kinderen en jongeren concludeerde eerder al dat er een grote maatschappelijke nood is aan aangepaste multidisciplinaire diagnostiek en behandeling die continuïteit van zorg borgt in functie van de noden in verschillende ontwikkelings- en levensfasen (Vandenbroeck e.a., 2012).

Het Vlaamse sociaal akkoord VIA 5 stelt middelen vrij in de deelsector 'revalidatievoorzieningen' voor projecten ten behoeve van kinderen en jongeren. Voor de doelgroep die centraal staat in dit project, worden pilootprojecten vooropgesteld die inzetten op een samenwerking tussen CAR en CGG, met als doel toegankelijke zorg aan te bieden en de zorgcapaciteit te verhogen. Dit onderzoek stelt de vraag of en hoe de expertise van deze spelers in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen op een complementaire manier ingezet kan worden (SWVG, 2018; Vlaamse overheid, 2018b).

2 Doelstellingen

Het onderzoek moet leiden tot een wetenschappelijk onderbouwd advies over opties tot samenwerking tussen CAR en CGG. Het algemene doel valt uiteen te rafelen in volgende subdoelstellingen:

- Doelstelling 1: Onderzoek naar de prevalentie van de doelgroep (op populatieniveau) via verkennend literatuuronderzoek
- Doelstelling 2: Analyseren van het taken- en activiteitenpakket van de CAR en de CGG voor het invullen van de behoeften van de doelgroep met focus op diagnostiek, indicatiestelling, revalidatie en behandeling (ideaaltypisch)
- Doelstelling 3: Identificeren wat de rol van beide organisaties is op het vlak van diagnostiek, indicatiestelling, revalidatie en behandeling
- Doelstelling 4: Onderzoek naar de wijze waarop zorgverstrekkers uit beide organisaties hun taken op elkaar zouden kunnen afstemmen
- Doelstelling 5: Formuleren van suggesties voor de wijze waarop samenwerking vorm kan krijgen en toegankelijke zorg kan worden aangeboden

Hoofdstuk 2

Methodologie

1 Literatuuronderzoek

1.1 Prevalentie

Er is een *verkennend* literatuuronderzoek uitgevoerd naar het voorkomen van psychiatrische stoornissen (PS) bij personen met een neurobiologische ontwikkelingsstoornis (zie Bijlage 2: Zoekalgoritme prevalentie).

- Volgende ontwikkelingsstoornissen werden geïncludeerd: aandachtsdeficiëntiestoornissen, gedragsstoornissen, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, separatie-angststoornissen, hechtingsstoornissen, communicatiestoornissen, mutisme, leerstoornissen, ontwikkelingsachterstand en intellectuele stoornissen, motorische ontwikkelingsstoornissen, bewegingsstoornissen en ticstoornissen
- Voor psychiatrische stoornissen werd gezocht naar stoornissen zoals gedefinieerd in de DSM-V exclusief de eerder geformuleerde neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

Publicaties ouder dan vijf jaar en studies over volwassenen werden geëxcludeerd.

1.2 Zorgnoden- en behoeften

Voor het *verkennend* identificeren van de noden werd gebruik gemaakt van praktijkrichtlijnen (reviews) die opgespoord zijn via de Cochrane database en EBpracticenet.

- Volgende zoektermen werden incrementeel gebruikt: 'ontwikkelingsstoornis'; 'neurodevelopmental disorder'; 'developmental disorder'; 'neurodevelopmental disorder AND mental health'; 'neurodevelopmental AND mental health'; 'disability AND mental health'; 'dual diagnosis'

Er werd verder grijze literatuur van internationale organisaties geconsulteerd: WHO, EACD, Kwaliteitscentrum diagnostiek, NHS, NICE, Trimbos Instituut, CMAJ, CADDRA, AHRQ, AAP, Australian government-department of health, RACP, NBPSA.

2 Focusgroepen

2.1 Doelstelling focusgroepen

De focusgroepen worden gebruikt om vanuit het perspectief van de stakeholders te achterhalen waar de complementariteit in taken en opdrachten van de CAR en CGG ligt. Volgende algemene vragen staan daarbij centraal:

- Hoe percipiëren de organisaties de omvang van de problematiek (psychiatrische comorbiditeit bij kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis) binnen hun eigen organisatie?

- Hoe positioneren de organisaties zich binnen de GGZ als speler om de behoeften van deze doelgroep tegemoet te komen: wat doen ze en wat willen ze doen?
- Bestaat er draagvlak voor het uitwerken van een samenwerkingsmodel tussen de organisaties?
- Welke barrières en facilitators worden aangehaald om samen te werken?

2.2 Samenstelling en rekrutering focusgroepen

Er werden vier homogeen samengestelde focusgroepen georganiseerd met enerzijds bestuursleden en anderzijds zorgverstrekkers uit beide types organisaties. Deelnemers aan de focusgroepen werden gezocht via koepelorganisaties, respectievelijk de Federatie van CAR en Zorgnet Icuuro.

- De focusgroep van bestuursleden van CGG vond plaats tijdens de vergadering van de beleidsverantwoordelijken van de 'kinderen en jongeren' (KJ)-teams van de CGG. De focusgroep van bestuursleden van CAR werd georganiseerd tijdens de directieleden-vergadering van de CAR.
- Voor de rekrutering van zorgverstrekkers werd een oproep gelanceerd naar alle CAR en CGG, via hun koepelorganisaties, om een vertegenwoordiger uit hun organisatie af te vaardigen. Er werden voorwaarden gesteld voor deze vertegenwoordiger: (1) werkzaam als zorgverstrekker binnen de organisatie (2) (voldoende) ervaring hebben met de doelgroep en (3) voldoende vertrouwd met de zorgprocessen binnen de eigen organisatie.

2.3 Voorbereiding focusgroepen

Ter voorbereiding van de focusgroepen werden regelgeving en beleidsdocumenten bestudeerd die achtergrondinformatie gaven over de zorgorganisatie binnen de CAR en de CGG:

- Visieteksten en jaarverslagen uitgegeven door CAR en/of CGG of hun koepelorganisatie(s)
- Beleidsdocumenten en regelgevend kader van de Vlaamse overheid (VAZG, Vlaamse Zorginspectie)
- Regelgeving gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad

Voor de focusgroepen werden topic-lijsten uitgewerkt (zie Bijlage 3: Topic-lijst focusgroep beleidsverantwoordelijken KJ-teams CGG, Bijlage 4: Topic-lijst focusgroep directies CAR, Bijlage 5: Topic-lijst focusgroep zorgverstrekkers CAR en Bijlage 6: Topic-lijst focusgroep zorgverstrekkers CGG).

2.4 Dataverzameling focusgroepen

2.4.1 Organisatie focusgroepen

Elke focusgroep werd uitgevoerd in maximaal twee uur. De focusgroepen werden gefaciliteerd door een moderator en een assistent-moderator/rapporteur die nota's nam.

Er is gebruik gemaakt van een audio-opname. Voor die opname werd het akkoord gevraagd aan de participanten. Deze geluidsopname had enkel tot doel om de onderzoekers te ondersteunen bij de analyse van de gegevens.

2.4.2 Timing focusgroepen

De focusgroepen met bestuursleden CAR en KJ-teams CGG en zorgverstrekkers van de CAR vonden plaats eind juni-begin juli 2019. Voor focusgroep met zorgverstrekkers uit de CGG diende na de zomer een tweede oproep gelanceerd te worden gezien de eerste oproep een te beperkt aantal participanten opleverde. De focusgroep zorgverstrekkers KJ-teams CGG ging door in september 2019.

2.5 Data-analyse focusgroepen

De audio-opnames werden niet getranscribeerd. De thematische analyse van de inzichten gebeurde op basis van de veldnota's en het beluisteren van de audiofiles. De thematische analyse is gemaakt door een proces van onderzoekerstriangulatie in het onderzoeksteam.

2.6 Toetsing met expertengroep

Na de analyse van de focusgroepen werden de voorlopige bevindingen van de onderzoekers getoetst in een expertengroep die bestond uit de leden van de adviesraad aangevuld met vertegenwoordigers van beide types organisaties. De inzichten en commentaren uit deze expertgroep werden meegenomen voor het finaliseren van de bevindingen in dit rapport.

Hoofdstuk 3

Resultaten

1 Doelgroep

1.1 Prevalentie

1.1.1 Literatuur

Het zoekalgoritme leverde 57 studies op waarvan 32 geëxcludeerd werden na het doornemen van titel en abstract. Redenen voor exclusie waren: geen of onvoldoende informatie omtrent prevalentie (5 studies), psychiatrische stoornis of ontwikkelingsstoornis onvoldoende gedefinieerd of niet relevant (17 studies), onvoldoende informatie in abstract maar geen full-text beschikbaar (8 studies), niet-Engelstalige publicatie (2 studies) en studies enkel met een volwassen populatie (9 studies). Van de veertien geïncludeerde studies zijn er twee meta-analyses, één systematische review en elf cohort-studies (zie detail in Bijlage 7: Detail studies prevalentie).

De studies leren dat psychiatrische stoornissen daadwerkelijk voorkomen bij personen met ontwikkelingsproblemen. In de literatuur vinden we vooral onderzoek bij kinderen met ASD en ADHD. De spreiding van de prevalentiecijfers van comorbiditeit is zeer groot gaande van 2-85% bij ASD, 4-70% bij ADHD, 4-31% bij syndroom van Gilles de la Tourette, 19% bij fragiele X syndroom en 7-13% bij foetaal alcohol spectrum stoornis (Tabel 1). Zeer grote voorzichtigheid is nodig bij het interpreteren van deze resultaten. Als gevolg van methodologische beperkingen kunnen de prevalentiecijfers zeker niet gebruikt worden als basis om schattingen te doen voor de prevalentie in Vlaanderen.

Tabel 1 Prevalentie van psychiatrische comorbiditeit bij kinderen (0-27 jaar) met neurobiologische OS

Ontwikkelingsproblematiek	Psychiatrische comorbiditeit	Prevalentie	Bron
Autisme-spectrumstoornis	Middelenmisbruik	2%	Diallo e.a., 2018
	Stemmings-/affectiviteitsstoornis	5%	Henry e.a., 2014
	Gedragsstoornis	13%	Diallo e.a., 2018
	Depressieve stoornis	8-34%	Diallo e.a., 2018 Bitsika e.a., 2016
	Slaapstoornis	25-56%	Hirata e.a., 2016 Klukowski e.a., 2015
	Angststoornis	30-45%	Bitsika e.a., 2016

	Min. één comorbide mentale/psychiatrische stoornis, niet gespecificeerd	85%	Diallo e.a., 2018
	<i>Verstandelijke beperking</i>	6%	Diallo e.a., 2018
	<i>Aandachtsdeficiëntie/hyperactiviteitsstoornis</i>	31-42%	Klukowski e.a., 2015
	<i>Algemene ontwikkelingsachterstand</i>	57%	Diallo e.a., 2018
Aandachtsdeficiëntie/ hyperactiviteitsstoornis	Eetstoornis	4%	Bleck e.a., 2014
	Depressieve stoornis	13%	Young e.a., 2015
	Angststoornis	16-31%	Melegari e.a., 2018 Tsang e.a., 2015 Young e.a., 2015
	Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis	24%	Korsgaard e.a., 2016
	Stemmings-/affectiviteitsstoornis	25%	Young e.a., 2015
	Min. één comorbide psychiatrische stoornis: niet gespecificeerd (depressieve stoornis, oppositionele-opstandige stoornis, bipolaire stoornis, gedragsstoornis of disruptieve stemmingsstoornis)	28%	Melegari e.a., 2018
	Min. twee comorbide psychiatrische stoornissen: angststoornis + niet gespecificeerde stoornis (depressieve stoornis, oppositionele-opstandige stoornis, bipolaire stoornis, gedragsstoornis of disruptieve stemmingsstoornis)	38%	Melegari e.a., 2018
	Gedragsstoornis	61%	Young e.a., 2015
	Middelenmisbruik	70%	Young e.a., 2015
	Syndroom van Gilles de la Tourette	Slaapstoornis	4%
Depressieve stoornis		27%	Baglioni e.a., 2014
Angststoornis		31%	Baglioni e.a., 2014
Fragiele X syndroom	Angststoornis	19%	Newman e.a., 2015
	<i>Aandachtsdeficiëntie/hyperactiviteitsstoornis</i>	83%	Newman e.a., 2015

Foetaal alcohol spectrum stoornis	Gedragsstoornis	7%	Lange e.a., 2017
	Oppositieele-opstandige stoornis	13%	Lange e.a., 2017
	<i>Autisme spectrum stoornis</i>	3%	Lange e.a., 2017
	<i>Aandachtsdeficiëntie/hyperactiviteitsstoornis</i>	53%	Lange e.a., 2017

1.1.2 Reflecties uit de focusgroepen

Op basis van cijfers met betrekking tot zorggebruik -wat nog iets anders is dan prevalentiecijfers- worden tijdens de focusgroepen schattingen gemaakt over het voorkomen van de doelgroep. In de focusgroep met zorgverstrekkers KJ-teams CGG wordt het aantal kinderen met een (vermoeden) van mentale kwetsbaarheid en OS rudimentair geschat op 1/10 (zonder dat de participanten over cijfermateriaal beschikken). De doelgroep komt, volgens participanten in alle focusgroepen, meer voor in de CAR dan de CGG (schattingen worden gemaakt variërend tussen 10-40%). Enkele deelnemers verklaren dit verschil tussen CGG en CAR doordat mentale problemen inherent verbonden zijn aan ontwikkelingsstoornissen en dat deze doelgroep precies een prioritaire doelgroep is binnen de CAR.

Zorgverstrekker CAR (participant 5):

Ik vind dat echt onze eigenheid, die neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en iedereen weet dat de comorbiditeit enorm hoog is dus het is evident dat wij ook kinderen met zelfs psychotische ontsporing of angst of depressie of hechtingsstoornissen, dat die ook aan bod komen. Maar onze insteek is echt die ontwikkelingsproblematiek, en dan komt daar van alles bij kijken, dan zien we wel.

1.2 Kernboodschappen

- De variatie van prevalentiecijfers uit de literatuur is zodanig groot waardoor geen indicatieve ramingen kunnen gemaakt worden over de prevalentie van de doelgroep in Vlaanderen
- Het voorkomen van de doelgroep is vermoedelijk hoger binnen de CAR dan in de KJ-teams CGG, wat wordt verklaard door de primaire activiteiten van de CAR

2 Activiteiten om in te spelen op zorgnoden

2.1 Inleiding

We zijn op zoek gegaan naar zorgnoden² van kinderen en jongeren met OS en mentale kwetsbaarheid. Theoretisch kan op die basis nagedacht worden over de manier waarop kennis, expertise en competentie-niveaus van de CGG en de CAR kunnen worden ingezet onder de vorm van activiteiten die apart maar complementair of gezamenlijk worden aangeboden.

2.1.1 Complexe zorgnoden

Bij kinderen met een ³dubbeldiagnose zijn de zorgbehoeften gelaagd en chronisch van aard evenals het zorggebruik (Friedman, Norwood, & AAP Council on children with disabilities, 2016; Mattson, Kuo, AAP Committee on psychosocial aspects of child and family health, & AAP Council on children with disabilities, 2019; Weitzman e.a., 2015; Wolraich e.a., 2019). De interactie tussen OS en geestelijke gezondheid is complex. Kinderen (en volwassenen) met OS hebben een groot risico op geestelijke gezondheidsproblemen zoals angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik (Thapar e.a., 2015). De samenhang van problemen heeft potentieel ook impact op het gezin, school, maatschappelijke participatie en de kwaliteit van leven van de kinderen en hun families. Ouders van kinderen met OS ervaren meer stress dan andere ouders. Ze staan voor meerdere uitdagingen, zoals extra financiële uitgaven voor ondersteuning en (tijds-) inspanningen voor zorg, omgaan met het gedrag van het kind, soms stigmatisering. Dergelijke stress kan leiden tot depressie, woede, angsten, huwelijksontevredenheid, gevoel van isolement, frustratie etc. (Campbell & Skarakis-Doyle, 2007; Davis, Barnhill, & Saeed, 2008; Thapar e.a., 2015).

Kinderen en jongeren met een OS en comorbide mentale kwetsbaarheid hebben in verschillende fasen van het verloop van hun leven uiteenlopende behoeften. Omdat het over (jonge) kinderen gaat, krijgt het gezin een belangrijke plaats in de zorg. In de literatuur wordt dan ook gesproken over familiegecentreerde zorg (*family-centered care*, *family-based care*), welke een variant is van gemeenschapsgecentreerde zorg (*community-based care*) (Adams, Tapia, & AAP Council on children with disabilities, 2013; Balogh, Ca, Lunsy, Bourne, & Colantonio, 2016; Friedman e.a., 2016; Gleason e.a., 2016; Mattson e.a., 2019; Murphy, Carbone, & AAP Council on children with disabilities, 2011; Weitzman e.a., 2015). Ontwikkelingstrajecten leiden ertoe dat noden zich tussen verschillende personen in verschillende omstandigheden anders aandienen en ook evolueren doorheen het traject. Hierdoor hebben deze kinderen, op verschillende momenten in het traject, nood aan de expertise van uiteenlopende zorgprofessionals en organisaties (NICE, 2015, 2016).

² Om de leesbaarheid te verbeteren, wordt in dit rapport gebruik gemaakt van het begrip gezondheidsnoden. Het houdt niet enkel rekening met noden maar ook met de behoeften van gebruikers (Wright, Williams, & Wilkinson, 1998)

³ In dit rapport wordt met het begrip 'dubbeldiagnose' verwezen naar de doelgroep (voorkomen van neurobiologische ontwikkelingsproblemen en psychologische/psychiatrische problemen)

2.2 Een beschrijvende classificatie

In dit rapport is geopteerd om activiteiten die aan noden tegemoet kunnen komen te groeperen in beschrijvende categorieën. Het is eerder een oriënterende dan een sluitende classificatie (vergelijkbaar met Leys, Cloet, & Vissers, 2019 en Taskforce autisme, 2016).

Tabel 2 Activiteiten geklasseerd naar fasen in een zorgtraject

Aard van de activiteiten	Omschrijving
Vroegdetectie	Vroegtijdig opsporen van signalen die wijzen op een dubbeldiagnose
Indicatiestelling en diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> Het bepalen van de mate van ondersteuningsbehoeften in verschillende levensdomeinen Stellen van een diagnose op basis van internationaal gestandaardiseerde classificatie-instrumenten, bijvoorbeeld DSM of ICD, door een analyse van klachten en problemen (classificerende diagnostiek) In kaart brengen van adaptief functioneren, participatievermogen en ondersteunings- en leerbehoeften (handelingsgerichte diagnostiek)
Behandeling en zorg	Alle interventies (educatief, psychosociaal, biomedisch en/of farmacologisch van aard) die gericht zijn op het verbeteren van de fysieke en mentale gezondheid van kinderen met een dubbeldiagnose (en die vooral inwerken op het stoornisniveau)
Begeleiding en ondersteuning	Alle interventies met het oog op verbetering van algemene levenskwaliteit met als uitgangspunt om kinderen met een dubbeldiagnose zo veel mogelijk te laten functioneren en participeren in de maatschappij, inspelend op de impact van de stoornis
Positieve beeldvorming en destigmatisering	Alle activiteiten die gericht zijn op het positief beïnvloeden van de houding en attitudes tegenover ontwikkelingsproblemen en/of mentale gezondheidsproblemen zowel bij de directe omgeving als bij de publieke opinie
Informatie-uitwisseling en kennisdeling	Expertisedeling tussen verschillende actoren die beschikken over algemene en gespecialiseerde kennis en competenties die ingezet kan worden in alle trajectfasen

Activiteiten binnen deze categorieën worden aangeboden in een iteratief proces waarbij fasen door elkaar kunnen lopen. Bovendien zijn activiteiten niet altijd zuiver in categorieën te klasseren. Enkele voorbeelden:

- Een interventie die ouders leert om te gaan met gedragsproblemen van hun kind, kan enerzijds beschouwd worden als begeleiding en ondersteuning aan de ouders maar is daarnaast ook behandeling en zorg voor het kind (gezien educatieve interventies verdergezet worden in de leefomgeving)*
- Een actie die gericht is op de destigmatisering van mentale problemen bij kinderen, kan als effect hebben dat ouders de signalen bij hun kind met een ontwikkelingsstoornis sneller (h)erkennen als een psychiatrisch probleem en hiervoor hulp zoeken (wat als vroegdetectie geïnterpreteerd kan worden)*

2.3 Vroegdetectie van ontwikkelingsproblemen en mentale problemen

De vroege detectie (en interventie) van ontwikkelingsstoornissen en psychische problemen is belangrijk voor de ontwikkeling van een kind (Davis e.a., 2008; van Biljon & Kritzinger, 2019; WHO, 2013; Zwaigenbaum e.a., 2015). Screening en nauwgezette opvolging van symptomen bij kinderen waarbij één van beide problemen gediagnosticeerd werd (OS of PS), kan zinvol zijn om comorbiditeit sneller te behandelen en de outcome op lange termijn te verbeteren.

In bepaalde landen wordt gepleit voor een systematische (jaarlijkse) screening van de mentale gezondheid bij kinderen uit risicogroepen (Gleason e.a., 2016; NHS England, 2015; NICE, 2016). In België wordt aanbevolen om kinderen met ASD nauwgezet op te volgen omwille van het verhoogd risico op comorbide aandoeningen, voornamelijk gewezen op de screening van comorbide ontwikkelingsstoornissen hoewel ook een link gelegd wordt met psychische problemen (Hellemans e.a., 2018). Er is geen consensus over de ideale aanvangsleeftijd voor screening en de actor die deze taak toegewezen krijgt. Hiervoor wordt gekeken in de richting van de huisarts in de eerste lijn of ziekenhuizen in de tweede lijn (NHS England, 2015; NICE, 2016).

2.3.1 Competenties en expertise

Problemen in het sociaal functioneren en interageren met anderen worden in de eerste levensmaanden opgemerkt door de direct sociale omgeving⁴ van het kind. Op basis van informatie uit de omgeving van het kind (ouders, familie, direct betrokken zorgverstrekkers) wordt een eerste inschatting gemaakt van mogelijke ontwikkelingsproblemen door professionals uit de eerste lijn (huisarts, pediater en eerstelijnsgezinsondersteuning zoals -in Vlaanderen- Huis van het Kind en Kind & Gezin) (Hellemans e.a., 2018; Oono, Honey, & McConachie, 2013; van Biljon & Kritzinger, 2019; Wolraich e.a., 2019; Zwaigenbaum e.a., 2015).

Mentale problemen treden meestal op wat latere leeftijd op maar kunnen snel gedetecteerd worden door informeren en sensibiliseren van de directe sociale omgeving (Thapar e.a., 2015; Wolraich e.a., 2019; Zwaigenbaum e.a., 2015).

2.4 (Differentiaal-) diagnostiek van ontwikkelingsstoornissen en psychiatrische stoornissen

Diagnostiek focust best op verschillende levensdomeinen (Deblonde e.a., 2017; Greenspan e.a., 2008; Hellemans e.a., 2018; Randall e.a., 2018; Spain e.a., 2018) en beslaat verschillende onderdelen zoals het afnemen van een uitgebreide persoonlijke en familiale anamnese (historiek), het uitvoeren van ontwikkelings- en cognitieve testen, evaluaties van het gedrag, de motoriek, de spraak en de taal en het observeren van het functioneren van het kind in een klinische omgeving en de eigen leefomgeving (kinderopvang, school, thuis) (Randall e.a., 2018). Voor bepaalde ontwikkelingsproblemen, met name bij kinderen met een verstandelijke beperking, wordt aangeraden om specifieke genetische testing, laboresultaten en/of medische beeldvorming te overwegen wanneer er twijfel is over de zekerheid van de diagnostiek (CADDRA, 2018; Moeschler, Shevell, & AAP Committee on genetics, 2014).

Differentiaaldiagnostiek is een hulpmiddel om de overlap aan symptomen tussen ontwikkelingsproblemen en mentale gezondheidsproblemen te detecteren (Caron & Rutter, 1991; Leyfer e.a., 2006; Vllasaliu e.a.,

⁴ In dit rapport wordt met de term 'directe sociale omgeving' volgende betrokken actoren bedoeld: familie, mantelzorgers en/of direct betrokken zorgverleners van het kind

2016; Wichstrøm e.a., 2012). Differentiaaldiagnostiek gebeurt best (voor bepaalde stoornissen) met aangepaste gestandaardiseerde vragenlijsten (bijvoorbeeld: *Aberrant Behaviour Checklist-Community (ABC-C)*, *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with DD (PAS-ADD)* of de Nederlandse *Vragenlijst Ontwikkeling en Gedrag-Ouderversie (VOG-O)*) (CADDRA, 2018; NICE, 2016; Speetjens & de Graaf, 2010; Sullivan e.a., 2011; Vllasaliu e.a., 2016).

2.4.1 Competenties en expertise

Bij kinderen met een vermoeden van dubbeldiagnose, wordt aangeraden om de diagnostiek te laten uitvoeren door een multidisciplinair team (Greenspan e.a., 2008; Hellemans e.a., 2018; Randall e.a., 2018; Spain e.a., 2018). Het multidisciplinair team focust niet enkel op de vermoedensdiagnose maar ook op de mogelijkheid dat symptomen kunnen voortvloeien uit andere (mentale) problemen (Hellemans e.a., 2018). De samenstelling van het team kan variëren afhankelijk van de leeftijd, de vermoedensdiagnose(s) en de ernst van de problemen. Over het algemeen worden volgende disciplines betrokken: een kinderpsychiater en/of neuropediater, een psycholoog of orthopedagoog, een logopedist en een kinesitherapeut of psychomotorisch therapeut. Een maatschappelijk werker kan het team bijstaan (Deblonde e.a., 2017; Hellemans e.a., 2018). Als gevolg van problemen in het sociaal functioneren, bijvoorbeeld door communicatiemoeilijkheden, is het multidisciplinair team tijdens de diagnostische fase vaak ook aangewezen op informatie vanuit de omgeving zoals ouders, familie, direct betrokken zorgverstrekkers en leerkrachten of ander schoolpersoneel (Ali, Hall, Blickwedel, & Hassiotis, 2015; CADDRA, 2018; NHS England, 2015; NICE, 2016; Sullivan e.a., 2011; Vllasaliu e.a., 2016).

Voor het uitvoeren van een functionele analyse -een essentieel onderdeel bij de observatie en evaluatie van gedrag- wordt beroep gedaan op de expertise van een gedragstherapeutisch geschoolde psycholoog of orthopedagoog (Sullivan e.a., 2011). Differentiaaldiagnose vergt specifieke expertise van zorgverstrekkers die zowel vertrouwd zijn met OS als met PS (Hellemans e.a., 2018; Sullivan e.a., 2011).

2.5 Behandeling en zorg gericht op functioneren en participeren

Hoewel men het chronisch, sluimerend karakter van de (cormorbide) problemen niet uit het oog mag verliezen, is het cruciaal in te zetten op een intensieve behandeling van acute problemen bij kinderen met een dubbeldiagnose (Davis e.a., 2008; Greenspan e.a., 2008). De ernst van de aandoeningen en de impact hiervan op het functioneren zal bepalen welke aspecten voorrang krijgen in behandeling (CADDRA, 2018). In de behandeling moet rekening gehouden met de mogelijkheden (en beperkingen) al naargelang de (ontwikkelings-) leeftijd en de stoornis(sen) waaraan het kind lijdt (Wolraich e.a., 2011). Chronische zorgplannen voor multidisciplinaire en familiegecentreerde zorg worden aangeraden (Davis e.a., 2008; Greenspan e.a., 2008; NHS England, 2015; NICE, 2016; Wolraich e.a., 2019).

Voor kinderen met een dubbeldiagnose wordt bij de behandeling gewezen op het belang van een combinatie van verschillende soorten therapie die afhankelijk zijn de individuele noden, zoals gedetecteerd in de diagnostische fase (Adams e.a., 2013; Davis e.a., 2008; Greenspan e.a., 2008):

1. Functionele therapie en adjuvante behandelingen

Ergotherapie, psychomotorische therapie of kinesitherapie en logopedie worden opgestart met het oog op het verhogen van de functionaliteit van het kind (Greenspan e.a., 2008). Verder kan het ook noodzakelijk zijn om een aangepaste behandeling te voorzien voor functionele beperkingen zoals gehoorverlies of congenitale malformaties (Adams e.a., 2013).

2. Psychotherapeutische behandeling (zoals gedragstherapie, systeem- of contexttherapie en alternatieve therapie)

Onderzoek toont aan dat het psychisch welzijn van kinderen sterk samenhangt met de mentale gezondheid van ouders waardoor de evidentie voor systeem- en contexttherapie bij kinderen met een dubbeldiagnose toeneemt. Het detecteren van signalen die wijzen op psychologische problemen bij ouders en het inzetten op behandeling van deze problemen kan een belangrijk secundair effect hebben op de gedrags- en emotionele problemen van het kind. Daarnaast worden ouders (en leerkrachten) vaak ook getraind om te leren omgaan met de problemen van het kind zodat de therapie voor het kind als het ware verdergezet kan worden in de natuurlijke omgeving. Tot slot kan therapie aangeboden worden die inzet op het versterken van de band tussen het kind en zijn/haar ouders (Adams e.a., 2013; Gleason e.a., 2016; Mattson e.a., 2019; Murphy e.a., 2011; NHS England, 2015; NICE, 2015, 2016; Oono e.a., 2013; Reichow, Hume, Barton, & Boyd, 2018; Spain e.a., 2018; Speetjens & de Graaf, 2010; Wolraich e.a., 2019; Zwaigenbaum e.a., 2015).

- Gedragstherapie
 - Cognitieve gedragstherapie ter behandeling van gedragsproblemen (Balogh e.a., 2016), woede (NICE, 2015; Sullivan e.a., 2011), emotionele problemen, angst en depressies (Gleason e.a., 2016; Sullivan e.a., 2011) bij personen met verstandelijke beperkingen (Ali e.a., 2015; Balogh e.a., 2016), leerstoornissen (NICE, 2015, 2016), autisme spectrum stoornissen (NICE, 2012, 2013; Reichow, Steiner, & Volkmar, 2012) en ADHD (Wolraich e.a., 2019)
 - Derde-generatie gedragstherapie zoals *mindfulness* (Ali e.a., 2015; Mattson e.a., 2019; NICE, 2016)
 - Graduele blootstellingstherapie bij personen met leerstoornissen (NICE, 2016)
- Systeem- of contexttherapie
 - Trainingsprogramma voor ouders (Adams e.a., 2013; Gleason e.a., 2016; NHS England, 2015; NICE, 2015, 2016; Oono e.a., 2013; Reichow e.a., 2018; Spain e.a., 2018; Speetjens & de Graaf, 2010)
 - Trainingsprogramma voor leerkrachten (Wolraich e.a., 2019)
 - Therapie tussen kinderen en ouders (Gleason e.a., 2016)
- Alternatieve therapie
 - Relaxatietherapie (Ali e.a., 2015; Mattson e.a., 2019; NICE, 2016)

3. Farmacotherapeutische behandeling

In sommige gevallen is een aanvullende medicamenteuze behandeling geïndiceerd (CADDRA, 2018; NICE, 2012, 2016; Sullivan e.a., 2011). Er bestaat een risico dat verschillende soorten medicatie (ter behandeling van de OS enerzijds en PS anderzijds) onderling interageren waardoor beslissingen over het gebruik weloverwogen genomen worden (Osland, Steeves, & Pringsheim, 2018).

2.5.1 Competenties en expertise

Een multidisciplinaire aanpak van de behandelingsstrategie is vereist, waarbij ook informele zorgverstrekkers een rol opnemen.

- Het behandelingssteam is vergelijkbaar met de disciplines die betrokken zijn in de diagnostische activiteiten namelijk: artsen (psychiaters en/of pediaters), psychologen en (ortho-) pedagogen, logopedisten, ergotherapeuten, kinesisten en sociaal werkers (Davis e.a., 2008).
- In het kader van gemeenschapsgeoriënteerde zorg worden ook eerstelijnsdiensten, zoals de huisarts en thuisverpleging en/of -begeleiding, en de schoolomgeving betrokken in de zorg (NHS England, 2015; NICE, 2015).
- De directe sociale omgeving moet een belangrijke rol opnemen in het traject (Adams e.a., 2013; Ali e.a., 2015; Friedman e.a., 2016; Gleason e.a., 2016; Mattson e.a., 2019; Moeschler e.a., 2014; Murphy e.a., 2011; NICE, 2016; Oono e.a., 2013; Prelock, Beatson, Bitner, Broder, & Ducker, 2003; Reichow e.a., 2018; Spain e.a., 2018; Weitzman e.a., 2015; Wolraich e.a., 2019; Zwaigenbaum e.a., 2015)

Voor medicamenteuze therapie is expertise van een psychiater, bij voorkeur met een bijkomende specialisatie in de pediatrie en/of neurologie en met ervaring op vlak van ontwikkelingsproblemen en psychiatrische stoornissen, aangewezen (NICE, 2015, 2016). Deze arts is bevoegd voor het opstarten van medicatie (conform richtlijnen voor de stoornis en/of comorbiditeit) en de opvolging ervan na drie tot vier weken, na drie maanden en elke zes maanden (CADDRA, 2018; NICE, 2012, 2015, 2016; Sullivan e.a., 2011).

2.6 Begeleiding en ondersteuning

Kinderen met een dubbeldiagnose hebben nood aan een omgeving die comfort en veiligheid biedt en zo veel mogelijk aangepast is aan de capaciteiten van het kind (NICE, 2015; Sullivan e.a., 2011). De begeleiding en ondersteuning kan rechtstreeks aan het kind of via de directe sociale omgeving -of als een combinatie van beiden- door bijvoorbeeld het aanpassen van de fysieke omgeving of door het aanreiken van handvaten aan familie en leerkrachten in het omgaan met het kind. De zorg voor kinderen met een dubbeldiagnose is niet te onderschatten, in het bijzonder voor de sociale omgeving (Davis e.a., 2008).

Enkele voorbeelden van aanpassingen in de fysieke omgeving en/of de ondersteuning van de directe sociale omgeving: (1) kinderen met autisme hebben nood aan duidelijk geschreven en/of visuele informatie, duidelijke afbakening van taken en taalgebruik zonder metaforen, dubbelzinnigheden of hypothesen, (2) kinderen met leerstoornissen hebben nood aan afspraken met betrekking timing en te verwachten resultaten van de behandeling, (3) kinderen met een verstandelijke beperking hebben nood aan een aangepast therapieniveau- en tempo (Ali e.a., 2015; NICE, 2012, 2015).

De directe sociale omgeving is betrokken in alle fasen in het zorgtraject en zou dan ook moeten kunnen rekenen op ondersteuning en begeleiding van professionals in het uitvoeren van hun rol als primaire zorgpartner (Adams e.a., 2013; CADDRA, 2018; NHS England, 2015; NICE, 2012, 2016). Onderzoek toont aan dat families problemen ervaren bij het zoeken naar gepaste zorg. Om deze reden is het noodzakelijk dat ouders (en andere mantelzorgers) ingelicht worden over het regionaal zorgaanbod voor hun kind. Naast het verschaffen van stoornisspecifieke informatie, kan het zinvol zijn om families te informeren over algemene richtlijnen met betrekking tot fysieke activiteit, voeding en slaaphygiëne (Mattson e.a., 2019).

Initiatieven om families of mantelzorgers tijdelijk te ontheffen uit de rol van primaire zorgpartner kunnen ondersteunend werken, bijvoorbeeld via een (tijdelijk) voltijds inwonende zorgverlener of een kortstondige (residentiële) verblijf van het kind bij familie, bij een pleeggezin of in een gespecialiseerd centrum (Friedman e.a., 2016; Murphy e.a., 2011; NHS England, 2015).

2.6.1 Expertise en competenties

De expertise van verschillende professionals (uit het multidisciplinair team zoals hierboven omschreven) kan aangewend worden om na te gaan welke begeleiding wenselijk is ter ondersteuning van het kind en/of de directe sociale omgeving (Speetjens & de Graaf, 2010; Sullivan e.a., 2011).

Complexe zorg brengt ook administratieve verplichtingen met zich mee zoals het indienen van aanvragen voor goedkeuringen en terugbetalingen. In sommige richtlijnen wordt hiervoor verwezen naar het aanstellen van een zorgcoördinator om ouders te ondersteunen (Adams e.a., 2013; Murphy e.a., 2011)

Er wordt ook gewezen op het belang (van het delen) van ervaringskennis. Lotgenotencontact, via zelfhulpgroepen voor ouders, kan zinvol zijn om de druk op familie en mantelzorgers enigszins te verminderen. Hierdoor kan de band met het kind verbeteren met een positief effect op het gedrag van het kind (Mattson e.a., 2019).

2.7 Positieve beeldvorming en destigmatisering

De houding van de maatschappij, van de familie en van het kind zelf tegenover een gezondheidsprobleem (OS en/of PS) kan positief of negatief zijn (Hinshaw & Cicchetti, 2000). Kinderen met een OS en/of PS worden in allerlei dagelijkse situaties (bijvoorbeeld in een klinische setting, op school of zelfs in familiale context) en gedurende het ganse leven geconfronteerd met stigma's (Hinshaw & Cicchetti, 2000; Lebowitz, 2013). Stigmatisering, labeling, stereotypering, sociale isolatie en stress, verlies van status en discriminatie belemmert sociale participatie (Song, Mailick, & Greenberg, 2018). Onderzoek leert dat ook familieleden mee deel uitmaken van de stigmatisering (zogenaamde 'medelevende stigmatisering' of "*courtesy stigma*") en dat ouders worden gelabeld als 'slecht ouderschap', wat aanleiding geeft tot gevoelens van schaamte. Op lange termijn kampen deze ouders met een hoger risico op mentale gezondheidsproblemen zoals angsten, depressieve symptomen, burn-out etc., en een lager psychologisch welzijn en algemene levenskwaliteit (Hinshaw & Cicchetti, 2000; Song e.a., 2018). Om deze reden wordt gepleit voor (beleids-) initiatieven rond positieve beeldvorming en destigmatisering tegenover ontwikkelingsproblemen en/of mentale problemen (Adams e.a., 2013; Gleason e.a., 2016; Song e.a., 2018). De (culturele) overtuiging van ouders ten opzichte van OS en/of PS draagt daarnaast ook bij aan het (sneller) (h)erkennen van comorbide problemen en het zoeken naar hulp (Adams e.a., 2013; Gleason e.a., 2016).

2.8 Informatie-uitwisseling en kennisdeling

Zorgcoördinatie is essentieel bij gemeenschapsgerichte, familiegecentreerde complexe zorg (Mattson e.a., 2019; Murphy e.a., 2011; NHS England, 2015; NICE, 2016; Wolraich e.a., 2019). Een performante gemeenschapsgerichte zorg integreert zorg aangeboden door verschillende organisaties uit verschillende sectoren waarbij flexibel inzetbare interorganisatorische en interprofessionele teams elkaar versterken via expertisedeling. Helaas ontbreekt vaak een gepaste financiering en regelgeving die incentives (tijd en middelen) geeft om interprofessioneel, interorganisatorisch en intersectoraal samen te werken (Adams e.a., 2013; NHS England, 2015; Weitzman e.a., 2015).

- Individuele zorgplannen worden aangehaald als een hulpmiddel om informatie te delen en zorg te integreren. Hierin worden de verantwoordelijkheden van alle betrokken zorgverstrekkers (voor alle domeinen) op een gestructureerde manier vastgelegd (NHS England, 2015; NICE, 2016).
- Verschillende richtlijnen sturen aan op het aanstellen van een 'zorgcoördinator' (*care coordinator*) die als een sleutelfiguur fungeert. De coördinator is vertrouwd met het kind en diens complexe problematiek en staat in voor het vergemakkelijken van de overdracht van zorg tussen verschillende organisaties. Deze sleutelfiguur overschouwt het traject en stuurt bij waar nodig zodat zorgcontinuïteit zo veel mogelijk gegarandeerd blijft (Adams e.a., 2013; Balogh e.a., 2016; Mattson e.a., 2019; NHS England, 2015; NICE, 2016; Sullivan e.a., 2011). In bepaalde richtlijnen wordt de huisarts gesuggereerd voor het opnemen van de rol als zorgcoördinator (NHS England, 2015; Sullivan e.a., 2011).

Zorgverstrekkers dienen een gezamenlijke visie en methodiek na te streven in de manier waarop omgegaan wordt met de kinderen en hun directe sociale omgeving (Sullivan e.a., 2011).

- In Verenigd Koninkrijk wordt aangestuurd op de ontwikkeling van zorgpaden voor het garanderen van zorgcontinuïteit en intersectorale samenwerking. Verder wordt aanbevolen om een (veilig) intersectoraal registratiesysteem te implementeren teneinde de lokale zorgnoden op te volgen, zij het dat hierbij bezorgdheden bestaan over het garanderen van de privacy van kinderen en hun familie (NHS England, 2015).

De beschrijving van het regionaal beschikbaar zorgaanbod, met inbegrip van de competentieniveaus van de verschillende professionals, in de verschillende voorzieningen wordt nuttig geacht om beschikbare expertise zo efficiënt mogelijk in te kunnen zetten (Adams e.a., 2013; Weitzman e.a., 2015).

- In het Verenigd Koninkrijk wordt ingezet op liaison-functies waarbij hooggespecialiseerde professionals hun expertise delen met andere voorzieningen. Deze liaison-functie kan organisaties zowel zorginhoudelijk (voor het behandelen en begeleiden van kinderen en hun ouders) als organisatorisch (voor het voorzien van training en opleiding aan andere zorgverstrekkers) versterken (NHS England, 2015; Weitzman e.a., 2015).

Aangezien transitiezorg (adolescenten naar volwassenen) een belangrijk aandachtspunt is, moeten zorgverstrekkers uit reguliere voorzieningen voor volwassenen ook beroep kunnen doen op de hooggespecialiseerde expertise voor deze doelgroep en dient informatie over het reeds gevolgde traject van deze adolescenten efficiënt overgedragen te worden naar reguliere voorzieningen (Murphy e.a., 2011).

2.9 Kernboodschappen

- **Activiteiten die inspelen op noden kunnen analytisch opgedeeld worden als: (1) vroegdetectie, (2) diagnostiek en indicatiestelling, (3) behandeling en zorg, (4) begeleiding en ondersteuning, (5) positieve beeldvorming en destigmatisering en (6) informatie-uitwisseling en kennisdeling.**
- **Interprofessionele multidisciplinaire teams, met professionals uit verschillende sectoren die zowel vertrouwd zijn met OS als PS, zijn nodig om integrale zorg te bieden in alle activiteiten in het traject van kinderen met een dubbeldiagnose.**
- **Performante gemeenschapsgerichte en familiegecentreerde zorg vereist geïntegreerde zorg waarbij (1) het regionaal zorgaanbod, met inbegrip van competentieniveaus van professionals uit verschillende welzijns- en zorgvoorzieningen en scholen in de regio, in kaart gebracht wordt en waarin (2) de generalistische en specialistische beschikbare expertiseniveaus (per voorziening in de regio) ingezet kunnen worden in functie van de specifieke zorgnoden voor kinderen met een dubbeldiagnose.**
- **Expertise van diverse zorgpartners met uiteenlopende expertise moet op verschillende tijdstippen in het traject ingezet worden om in te spelen op de noden van de doelgroep.**
- **Ouders en mantelzorgers (directe sociale omgeving) moeten actief betrokken en erkend worden als primaire zorgpartner, ook zij hebben nood aan begeleiding, ondersteuning en in bepaalde gevallen ook behandeling.**
- **Het beleid kan acties ondernemen om gemeenschapsgerichte, familiegecentreerde zorg te faciliteren en actoren te stimuleren om gecoördineerde zorg aan te bieden.**
- **Zorgnoden van kinderen met een dubbeldiagnose zijn complex en chronisch van aard waardoor een levensloopbenadering met een bio-psychosociale kijk op zorg vereist is (en waarbij de context van het kind betrokken wordt).**
- **Psychiatrische stoornissen bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen manifesteren zich vaak op latere leeftijd.**

3 Regelgevende randvoorwaarden voor CAR en CGG

Dit hoofdstuk bespreekt kort regelgevende randvoorwaarden die het functioneren van respectievelijk de CAR en de CGG mee beïnvloeden. In de regelgeving liggen immers factoren die de samenwerking faciliteren dan wel bemoeilijken.

Tabel 3 Overzichtstabel regelgevende voorwaarden CAR en CGG

	CAR	CGG
Bevoegdheidsdomein: erkenning, programmatie, financiering, kwaliteitstoezicht	<ul style="list-style-type: none"> Vlaamse overheid: VAPH, VAZG, Vlaamse Zorginspectie Vlaamse ziekenfondsen 	<ul style="list-style-type: none"> Vlaamse overheid: VAZG en Vlaamse Zorginspectie
Taken en opdrachten	Aanvangsbilan met diagnostisch doel (<u>diagnostiek</u> en <u>indicatiestelling</u>) en revalidatieprogramma met therapeutisch doel (<u>behandeling</u> , <u>begeleiding</u> en <u>ondersteuning</u>)	Intake, <u>diagnostiek</u> , <u>indicatiestelling</u> , <u>behandeling</u> , <u>begeleiding</u> en informatieverstrekking (<u>ondersteuning</u>)
Inclusiecriteria cliënten	Kinderen en jongeren: specifieke inclusiecriteria mbt leeftijd en/of stoornis	KJ-teams CGG: onderdeel van algemene werking CGG, brede omschrijving van doelgroep 'kinderen en jongeren' mbt leeftijd
Samenstelling team	Multidisciplinair team: <ul style="list-style-type: none"> Arts (specialisatie afh. van doelgroep binnen het CAR) Zorgverstrekkers uit min. twee verschillende disciplines (psychologisch en/of paramedisch) 	Multidisciplinair team: <ul style="list-style-type: none"> Psychiatrische discipline (arts: KJ-psychiater in KJ-teams) Psychologische discipline Agogische discipline Sociale discipline
Financieringsmodaliteiten	<ul style="list-style-type: none"> Prestatiefinanciering via forfaitaire financiering per revalidatiezitting Derdebetalersregeling cliënten: 1,80€ per revalidatiezitting tenzij verhoogde tegemoetkoming (kosteloos) 	<ul style="list-style-type: none"> Forfaitaire financiering via subsidie-enveloppe Persoonlijke bijdrage cliënten (muv eerste consult en bepaalde doelgroepen): 11,00€ tenzij verhoogde tegemoetkoming (4,00€)

3.1 CAR

3.1.1 Bevoegdheidsdomein CAR

In het kader van de zesde staatshervorming is sinds 2019 de Vlaamse overheid -het VAZG en het VAPH- bevoegd voor de erkenning, programmering en financiering van de CAR. Voorheen vielen de CAR onder de bevoegdheid van de federale overheid. Het decreet d.d. 28/01/2019 legt vast dat het VAZG de taken met betrekking tot de betalingen aan de verzekeringsinstellingen overneemt van het RIZIV (Meyfroidt & Vlaamse overheid - Agentschap Zorg & Gezondheid, 2019). De ziekenfondsen blijven (voorlopig) belast met de administratieve controle en de uitbetaling van tegemoetkomingen van revalidatieverstrekingen aan de zorgvoorzieningen (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, z.d.; Vlaamse overheid, 2018a). De Vlaamse Zorginspectie zal in de toekomst belast zijn met het toezicht op de kwaliteitseisen (Persoonlijke communicatie - stuurgroepvergadering, 1 oktober 2019).

3.1.2 Opdrachten en taken van de CAR

Het CAR voorziet een multidisciplinair revalidatieprogramma met een therapeutisch doel voor kinderen die voldoen aan inclusiecriteria (zie volgende paragraaf). Dit programma omvat twee onderdelen: (1) een multidisciplinair aanvangsbilan en (2) een multidisciplinaire revalidatie. De revalidatieverstrekingen (aantal en duur) zijn afhankelijk van de ziekte of stoornis, de gezondheidstoestand, de revalidatieresultaten en de verwachtingen van de revalidatie (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b).

- Het aanvangen van een aanvangsbilan is enkel mogelijk indien er een intentie is voor het starten van een multidisciplinair revalidatieprogramma. Het doel van het aanvangsbilan bestaat erin de aanmeldingspathologie te bevestigen en de richting van het revalidatietraject te bepalen. Dit bilan bestaat uit diagnostiek en indicatiestelling waarbij informatie verzameld wordt uit de verwijfsbrief, de aanmeldingsanamnese en individuele zittingen tussen een therapeut en de cliënt en/of familie (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b).
- Het revalidatieprogramma is therapeutisch en omvat behandeling, begeleiding en ondersteuning. De zittingen in het revalidatieprogramma kunnen individueel, in groep of als een combinatie van beiden plaatsvinden. Tijdens een zitting verhouden één of meerdere therapeuten zich tegenover de cliënt, familie en/of leerkrachten van de cliënt. De zittingen vinden bijgevolg plaats in de revalidatievoorziening, in de thuissituatie ('*het natuurlijk milieu*') of op school. De voorziening wordt geacht gebruik te maken van erkende diagnostische richtlijnen en wetenschappelijk onderbouwde testen voor het stellen van de diagnose (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b).

Het revalidatieprogramma wordt multidisciplinair besproken binnen het team van de CAR en staat onder leiding van de psychiatrische discipline. Daarnaast wordt, in geval van schoollopende kinderen, voor de start van het revalidatieprogramma overleg gepleegd met de school en/of het CLB. De wetgeving legt daarnaast ook op dat er jaarlijks minimaal twee contacten plaatsvinden tussen de arts en de cliënt en/of familie. Tevens dient de voorziening in te gaan op elke vraag van de cliënt en/of familie voor bijkomende overleg (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b).

3.1.3 Inclusie- en exclusiecriteria voor cliënten binnen de CAR

In artikel 3 van de *Revalidatieovereenkomst tussen de Vlaamse gemeenschap en Centra voor Ambulante Revalidatie* (2018b) worden strikte voorwaarden opgelegd om aanspraak te kunnen maken op een CAR-revalidatieprogramma: er worden veertien doelgroepen voor revalidatieprogramma's beschreven waaronder onder andere personen met een mentale handicap (groep 2), pervasieve ontwikkelingsstoornissen (groep 3), complexe stoornissen (groep 4), hyperkinetische stoornissen (groep 5), ernstige gedragsstoornissen (groep 12) en stemmingsstoornissen (groep 13).

Een intensieve multidisciplinaire revalidatie kan enkel gestart worden als het een aantoonbaar gevolg is van de pathologie (vandaar het aanvangsbilan beschreven in vorige paragraaf). De leeftijd is in het algemeen beperkt tot 19 jaar (met uitzondering voor bepaalde pathologieën die beperkt zijn tot 7 jaar (groep 20) of waarbij volwassenen geïnccludeerd worden (groep 1, groep 6, groep 10 en groep 11)).

Niet alle CAR includeren dezelfde doelgroepen in hun werking en de samenstelling van het team kan variëren al naargelang de geïnccludeerde populatie. De overeenkomst met individuele CAR stuurt aan op het specialiseren in de revalidatie van bepaalde doelgroepen. Er worden medische en therapeutische voorwaarden, alsook specifieke ervaringsvereisten, opgelegd waaraan voldaan moet worden om een kwaliteitsvolle revalidatie te verzekeren voor deze doelgroep (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b).

Artikel 17. §1. In dit artikel is voor de groepen 1, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 13 en 14 uit artikel 3, vastgesteld aan welke voorwaarden een centrum voor ambulante revalidatie moet beantwoorden om voor rechthebbenden van deze groepen een revalidatieprogramma te kunnen realiseren.

Deze voorwaarden hebben betrekking op de vereiste medische en therapeutische omkadering die in de personeelsequipe van de revalidatievoorziening dient aanwezig te zijn, op de ervaring die de revalidatievoorziening dient te hebben met een bepaalde doelgroep of op de samenwerking die de revalidatievoorziening dient aan te gaan met een zorginstelling die gespecialiseerd is in de pathologie van de doelgroep in kwestie.

3.1.4 Samenstelling van het CAR-team

Het multidisciplinair team binnen een CAR bestaat uit minimaal één arts en twee andere zorgverstrekkers van twee verschillende discipline (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b):

Artikel 12. §1. In het kader van artikel 11 kan "een arts van de revalidatievoorziening behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" een arts zijn die:

- 1) ofwel specialist is in de volwassenenpsychiatrie of in de kinder- en jeugdpsychiatrie,*
- 2) ofwel specialist is in de neuropsychiatrie,*
- 3) ofwel specialist is in de pediatrie of in de neurologie, en die eventueel een bijkomende erkenning verwierf in de pediatrie neurologie,*
- 4) ofwel specialist is in de otorhinolaryngologie,*
- 5) ofwel (indien de revalidatievoorziening rechthebbenden van groep 1 of van groep 14 behandelt) specialist is in de fysische geneeskunde en revalidatie*

Artikel 12. §2. In het kader van artikel 11 kan "een andere persoon behorend tot de bij overeenkomst voorziene equipe" een persoon zijn die:

- 1) een licentiaat (master) is in de psychologie, in de pedagogie of in de orthopedagogie;*
- 2) een psychologisch assistent (bachelor in de psychologie of in de toegepaste psychologie of in de psychodiagnostiek) is;*
- 3) een paramedische kracht is, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om logopedieverstrekkingen uit te voeren;*
- 4) een paramedische kracht is, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om audiologieverstrekkingen uit te voeren;*
- 5) een paramedische kracht is, licentiaat (master) of (vroeger) gegradueerde, gerechtigd om therapieverstrekkingen⁵ uit te voeren;*
- 6) een paramedische kracht is, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om ergotherapieverstrekkingen uit te voeren;*
- 7) een paramedische kracht is, gegradueerde (bachelor) of licentiaat (master), gerechtigd om psychomotoriekverstrekkingen uit te voeren;*
- 8) een maatschappelijk werker (bachelor in het sociaal werk) of sociaal verple(e)g(st)er (bachelor in de sociale verpleegkunde) is;*
- 9) een gegradueerde opvoeder (bachelor in de orthopedagogie) of een opvoeder A2 is*

⁵ Op basis van historische versies van de revalidatie-overeenkomst wordt geconcludeerd dat het hierbij gaat over kinesitherapieverstrekkingen

3.1.5 Financieringsmodaliteiten van de CAR

Voor elke cliënt in de CAR wordt een aanvraag ingediend ter tegemoetkoming van de revalidatieverstrekingen. Na goedkeuring worden zittingen die deel uitmaken van het aanvangsbilan of het revalidatieprogramma vergoed via de verzekeringsinstelling van de cliënt. Verstrekingen (individuele zittingen, groepszittingen of gemengde zittingen) worden gefactureerd als een forfaitaire som op basis van pseudonomenclatuur. Alle handelingen of tussenkomsten die geen diagnostisch of therapeutisch doel inhouden, kunnen niet gefactureerd worden. Het uitvoeren van administratieve taken kan geen deel uitmaken van de tijd die vereist is om een zitting te realiseren. Voor elke zitting wordt per uur telkens 40 minuten aanvullende tijd beschikbaar gemaakt voor het uitvoeren van andere activiteiten zoals de vorming van personeel, de voorbereiding van zittingen, vergaderingen met de equipe en contacten nodig voor de tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen, het bijhouden van dossiers en het opstellen van rapporten (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b).

Artikel 22. [...] Een zitting moet ofwel een diagnostisch doel hebben (zittingen in het kader van een aanvangsbilan), ofwel een therapeutisch doel (gewone revalidatiezittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan). Handelingen of tussenkomsten die geen diagnostisch of therapeutisch doel hebben, kunnen nooit deel uitmaken van de tijd die vereist is om een zitting te realiseren. Het afhandelen van allerlei administratieve formaliteiten of het opvragen of verzamelen van bepaalde administratieve gegevens (ongeacht of deze activiteiten kaderen in de aanvraagprocedure tot tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekingen of niet) kan dan ook nooit deel uitmaken van de tijd die vereist is om een zitting te realiseren. De tussenkomsten die een lid van de equipe vervult en die louter dergelijke administratieve handelingen betreffen, kunnen ook nooit deel uitmaken van de tussenkomsten die vereist zijn om aan de voorwaarden van artikel 11 inzake het multidisciplinair karakter van de tussenkomsten te beantwoorden.

De tegemoetkoming die het CAR ontvangt via de verzekeringsinstellingen bestaat uit een vergoeding voor de loonkosten van het personeel, de kosten voor infrastructuur en de werkingskosten van de voorziening (Vlaamse overheid, 2018a). De meeste personeelsleden ontvangen een loon dat gebaseerd is op de desbetreffende loonschalen van paritair comité 330 voor het ziekenhuispersoneel en voor de revalidatievoorzieningen. Artsen die werkzaam zijn binnen een CAR worden gehonoreerd op basis van het barema van adviserend arts bij de verzekeringsinstellingen. Daarnaast zijn artsen, audiciens en kinesitherapeuten gemachtigd om bepaalde verstrekingen aan te rekenen aan de cliënt volgens de geldende afspraken betreffende de nomenclatuur (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b).

Artikel 50. Krachtens de bepalingen van de artikelen 47, 48 en 49 van deze overeenkomst kunnen artsen, audiciens en kinesitherapeuten die deel uitmaken van het personeel van de revalidatievoorziening, voor de rechthebbenden bepaalde verstrekingen aanrekenen die op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen vergoedbaar zijn.

De cliënt betaalt een persoonlijke bijdrage 1,80€ per revalidatieverstreking. Personen die een verhoogde tegemoetkoming genieten, zijn vrijgesteld van de betaling van deze bijdrage (Vlaamse overheid, 2018a).

Artikel 219. Voor ambulante revalidatie bedraagt het persoonlijk aandeel 1,80 euro per revalidatieverstreking.

In afwijking van het eerste lid zijn de zorggebruikers met recht op een verhoogde tegemoetkoming voor ambulante revalidatie geen persoonlijk aandeel verschuldigd.

3.2 CGG

3.2.1 Bevoegdheidsdomein CGG

De CGG vallen onder de bevoegdheid van de Vlaamse overheid (Vlaamse overheid, 1999). Het VAZG is bevoegd voor de programmatie, erkenning en subsidiëring van de CGG (Callens & Peers, 2008). Het *Decreet betreffende de Centra Geestelijke Gezondheidszorg van 18 mei 1999* (1999) en het *Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* (2018a) vormen de basis voor de kwaliteit van zorgverlening binnen de CGG. De Vlaamse Zorginspectie is belast met het toezicht op deze kwaliteitseisen (Vlaamse overheid - Vlaamse Zorginspectie, z.d.).

3.2.2 Taken en opdrachten van de CGG

De hoofdpdracht van het CGG staat in het decreet als volgt omschreven (Vlaamse overheid, 1999):

Artikel 7. §1. De geestelijke gezondheidszorg heeft als opdracht de verantwoorde zorg aan te bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

Een traject binnen een CGG bestaat uit volgende elementen: intake, diagnostiek en indicatiestelling en sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en begeleiding. Tijdens de intakeprocedure wordt een inschatting gemaakt van de nood aan behandeling binnen het CGG of het doorverwijzen naar externe partners. In het diagnostisch proces wordt een bepaalde methodiek gevolgd op basis van objectiverend onderzoek waarvoor klinische expertise noodzakelijk is. Hoewel het CGG dient te beschikken over een kwaliteitsvol diagnostisch instrumentarium, dient de diagnostiek niet noodzakelijkerwijs uitgevoerd te worden binnen het CGG. Bij het starten van een behandeling binnen het CGG wordt een behandelplan opgesteld. Dit behandelingsplan is uniform op het niveau van de individuele zorgverlener maar kan in het gebruik verschillen per team of per therapeutische methodiek. Het behandelplan maakt ook expliciet vermelding van parallele interventies in andere zorgvoorzieningen en de manier waarop deze al dan niet afgestemd worden op de behandeling binnen het CGG. Wat betreft de behandeling wordt een gevarieerd aanbod voorzien dat zo veel mogelijk aangepast is aan de problematiek van de cliënt op het vlak van therapeutische methodieken en therapieduur. Een belangrijke voorwaarde die gesteld wordt, is dat het traject binnen een CGG gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018a).

Voor alle trajecten die langer dan zes maanden lopen, wordt een halfjaarlijks intercollegiaal overleg voorzien waarbij de doelstellingen, behandelingsstatus en opportuniteiten voor verdere behandeling besproken worden. De cliënt wordt actief betrokken in deze periodieke evaluatie (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018a).

3.2.3 Inclusie- en exclusiecriteria voor cliënten binnen de CGG

Het CGG beoogt een vlot toegankelijke tweedelijnszorgvoorziening binnen de gespecialiseerde GGZ te zijn (Callens & Peers, 2008; Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018a; Vlaamse overheid, 1999). Het referentiekader stelt dat het CGG duidelijk omschreven inclusie- en exclusiecriteria hanteert (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018a, pagina 5). Voor het starten van een traject binnen het CGG, dient de cliënt te kampen met een ernstig geestelijk gezondheidsprobleem en/of een geestelijk gezondheidsprobleem dat een risico tot chroniciteit inhoudt. Deze problematiek dient in aanmerking te komen voor ambulante behandeling waarbij een multidisciplinaire aanpak aangewezen is. Personen waarbij deze voorwaarden niet worden vastgesteld, maken geen aanspraak op een traject binnen het CGG. Er bestaat een aparte werking specifiek voor kinderen en jongeren, de zogenaamde kinderen- en jongerenteams. In de regelgeving wordt de leeftijdsgrens voor cliënten in de KJ-werking niet geëxpliciteerd (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018a).

3.2.4 Samenstelling van het CGG-team

Het team binnen het CGG is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit een psychiatrische, psychologische, agogische en sociale discipline. Het multidisciplinair team staat onder de eindverantwoordelijkheid van de psychiatrische discipline. Voor de KJ-teams betreft het een kinder- en jeugdpsychiater. Volgende diplomavooraarden zijn opgelegd voor de verschillende disciplines (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018a; Vlaamse overheid, 1999):

- *Voor de psychiatrische discipline geldt als diplomavooraarde: geneesheer-specialist in de neuropsychiatrie of geneesheer-specialist in de psychiatrie.*
- *Voor de psychologische discipline: doctor of master in de psychologische en/of pedagogische wetenschappen*
- *Voor de agogische discipline geldt als diploma vooraarde: houder zijn van het diploma dat geldt voor de psychologische of sociale discipline.*
- *Voor de sociale discipline geldt als diplomavooraarde: een diploma behaald in het studiegebied sociaal-agogisch werk, zoals bedoeld in de bijlage 1 van het decreet van 13 juli 1994 betreffende de hogescholen in de Vlaamse gemeenschap⁶.*

3.2.5 Financieringsmodaliteiten van de CGG

De CGG ontvangen een subsidie via de Vlaamse overheid via een zogenaamde subsidie-enveloppe. Deze subsidie-enveloppe wordt onderhandeld en omvat een vergoeding voor de geraamde personeels- en werkingskosten van het centrum. Personeelsleden binnen de CGG worden verloonnd aan de hand van baremaschalen (Vlaamse overheid, 1999). De Vlaamse Zorginspectie stelde in een inspectieronde, daterend van 2008-2012, vast dat er binnen de CGG een probleem bestaat met de beschikbaarheid van de psychiatrische discipline (Vlaamse overheid - Vlaamse Zorginspectie, 2012).

De cliënt betaalt een persoonlijke bijdrage voor elke consultatie met een zorgverstrekker van de CGG. De bijdrage bedraagt 11€ tenzij de cliënt recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming waarbij deze slechts 4€ betaalt. Ook kinderen die zich zonder medeweten van ouders of voogd aanmelden bij het CGG genieten

⁶ Het betreft basisopleidingen van één cyclus waarvoor de graad van gegradueerde in de orthopedagogie, de graad van gegradueerde assistent in de psychologie of de graad van maatschappelijk assistent verleend wordt. Belangrijk om hierbij op te merken, is dat het desbetreffende decreet ondertussen opgeheven werd (Vlaamse overheid - Onderwijs, 2014)

dit verminderd tarief. In uitzonderlijke gevallen zijn cliënten volledig vrijgesteld van het betalen van de persoonlijke bijdrage. Het betreft onder andere asielzoekers of personen zonder wettige verblijfplaats, personen die nood hebben aan urgente zorgverlening, personen in een zogenaamde behartigenswaardige situatie en personen die de maximumfactuur voor uitgaven van geneeskundige verzorging bereikt hebben. Indien de cliënt doorverwezen werd naar het CGG of wanneer de zorg een hoogdringend karakter heeft, is het eerste contact eveneens gratis. Het CGG is gemachtigd om twee maal de persoonlijke bijdrage aan te rekenen indien de consultatie meer dan 60 minuten beslaat (Vlaamse overheid, 2012).

3.3 Kernboodschappen

- Het regelgevend kader van de CAR -een erfenis van federale regelgeving- is gedetailleerd en omschrijft strikte voorwaarden; de regelgeving van de CGG -onder de Vlaamse bevoegdheid ontwikkeld- is algemener van aard.
- De opdrachten van de CAR en de CGG zijn gericht op het bieden van diagnostiek en indicatiestelling (met een diagnostisch doel), behandeling, begeleiding, ondersteuning en informatieverstrekking (met een therapeutisch doel) aan hun cliënteel.
- De CAR en de CGG werken met een multidisciplinair team waarvan de samenstelling verschilt in de regelgeving voor wat betreft de paramedische disciplines; de regelgeving van de CAR is hierin in meer detail omschreven in vergelijking met de regelgeving van de CGG.
- Zowel CAR als CGG behoren tot de gespecialiseerde GGZ en zijn partners in de GGZ-netwerken KJ.
- De CAR hebben een (GGZ-georiënteerde) revalidatieopdracht terwijl de CGG een bredere opdracht binnen de GGZ opnemen.
- Individuele CAR specialiseren zich in bepaalde doelgroepen (waarvoor specifieke vereisten worden opgelegd met betrekking tot personeelsomkadering) terwijl CGG zich in hun KJ-teams richten op (alle) kinderen met een ernstig (chronisch) geestelijk gezondheidsprobleem.
- De financiering van de CAR en de CGG is verschillend (respectievelijke forfaitaire prestatie-financiering per revalidatiezitting tegenover financiering via subsidie-enveloppe).
- De verloningsvoorwaarden voor artsen binnen de CAR en de CGG zijn uiteenlopend.

4 Door stakeholders gepercipieerde factoren die samenwerking tussen CAR en CGG beïnvloeden

In de focusgroepen werden factoren naar voren geschoven die te maken hebben met interne organisatie (bijvoorbeeld: attitude met betrekking tot samenwerking en factoren zoals capaciteit, kennis en het aanwezige personeel). Anderzijds zijn er systeem-gerelateerde en omgevingskenmerken die de mogelijkheden tot samenwerken mee beïnvloeden. Deze interne en externe factoren beïnvloeden elkaar onderling. Hieronder vatten we samen wat wordt aangehaald door de stakeholders.

4.1 De wil om samen te werken

Uit de focusgroepen blijkt dat beide types organisaties werken met kinderen met ontwikkelingsstoornissen en mentale kwetsbaarheid. De vertegenwoordigers van beide types organisaties stellen, hoewel het slechts een klein aandeel van de totale werking van CAR en CGG betreft, dat samenwerking tussen beide organisaties potentieel meerwaarde heeft omdat hierdoor meer kinderen en jongeren begeleid kunnen worden en de finaliteit van zorg verbeterd.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 5):

Ik denk dat we enkel als CGG sommige cliënten tekortdoen in hun vraag naar datgene wat we als CGG in huis hebben en dat we daar eigenlijk voor een stuk moeten gaan samenwerken [met de CAR].

Directielid CAR (participant 6):

Wij hebben die wel [de aanwezigheid van de doelgroep in de werking van het CAR] want wij hebben een aantal kinderen die neurobiologische stoornissen [hebben], [gecombineerd met] gedrags- en emotionele stoornissen, waar we nu een beetje met de handen in het haar zitten.

In CAR die adolescenten begeleiden, wordt de nood tot samenwerking met de KJ-teams CGG als groter ervaren omdat ernstige psychische problemen vooral zichtbaar worden op latere leeftijd, in het bijzonder wanneer ze niet vroegtijdig gedetecteerd zijn en niet (of onvoldoende) behandeld blijven. Voor dit type problemen is bijzondere expertise vereist.

Tezelfdertijd wordt, zeker vanuit de CAR, sterk gewezen op de specifieke expertise, aanpak en identiteit van de revalidatiesector (zie infra).

4.1.1 Het begeleiden van de directe omgeving van de kinderen of adolescenten

Zowel binnen de CAR als de CGG wordt gewezen op het van belang om het gezin en directe omgeving te betrekken in de behandeling en begeleiding van het kind. Beide organisaties zien hierin mogelijkheden om samen te werken.

Directielid CAR (participant 8):

De grootste meerwaarde van CGG zit dan, volgens mij, ook in die hechting, in die KOPP/KOAP, dubbel diagnoses, 'multi problem' contexten. Zelfs als het [CAR] daar dan al wat specialisatie heeft opgebouwd, als het gezin op alle terreinen expertise nodig heeft, dan wordt dat toch te veel voor wat wij kunnen bieden.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 11):

Ik denk dat de CGG, meen ik, toch wel door de jaren heen expertise opgebouwd hebben in het werken met gezinnen, met relaties, met dynamieken onderling met ouders, waar naar mijn

aanvoelen, de CAR minder sterk in zijn. En in die zin, zou het mij veel zinvoller lijken om voor een beperkt aantal casussen [...] die complementariteit van expertise te gaan inzetten.

De context van het kind kan immers een trigger zijn in het uitlokken of in stand houden van bepaald gedrag maar daarnaast kunnen bepaalde kenmerken van ontwikkelingsproblemen en/of mentale problemen ook aanwezig zijn bij andere leden uit het gezin.

4.2 Visie op complementariteit van beide types organisaties

4.2.1 Zorgvisie en visie op samenwerking

De CAR en de CGG richten zich op het behandelen en begeleiden van kinderen en jongeren en hun context om het kind (opnieuw) zo goed mogelijk te laten participeren en functioneren in de maatschappij met het oog op een zo normaal mogelijke ontwikkeling naar volwassenheid. Desondanks verschillen beide organisaties in hun praktijk en traditie.

De CAR werken vanuit een revalidatie-zorgbenadering die sterk inzet op het optimaliseren van het *functioneren*. Hun doel bestaat erin stoornissen en de gevolgen daarvan op het globale functioneren van het kind te diagnosticeren en te behandelen, en de sociale context (omgeving, opvoeders) zodanig te begeleiden dat die optimaal tegemoet kunnen komen aan de behoeften van het betrokken kind. De werkprocessen en regelgeving binnen de CAR zorgen ervoor dat er strak in functie van die 'revalidatievisie' wordt gewerkt. De CGG hanteren een 'herstelvisie' waarbij ze zich focussen op het optimaliseren van de ontwikkelingskansen van het kind (maar niet vanuit een revalidatievisie). Door de uiteenlopende geschiedenis en werkpraktijken van beide types organisaties liggen er andere accenten in werkwijzen en benadering. Bovendien is het organisatie-model en de teamsamenstelling voor beide types organisaties anders.

De CAR positioneren zich als hooggespecialiseerde, ambulante voorzieningen die multidisciplinair werken. De teams bestaan gewoonlijk uit artsen, psychologen en/of orthopedagogen, maatschappelijk werkers, kinesitherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten. Door de revalidatie wil men ervoor zorgen dat mensen met een stoornis zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving (het gezin, de reguliere schoolomgeving) kunnen verblijven. De CGG beschikken ook over multidisciplinaire teams, zij het dat de samenstelling van de disciplines varieert tussen de individuele CGG. Bovendien zijn de KJ-teams ingebed in een veel bredere werking (de CGG als geheel werken ook rond andere doelgroepen). De zorgfilosofie focust zich meer op een optimale persoonlijke ontwikkeling (en herstel waar nodig) en er wordt flexibeler ingezet op de wijze waarop de jongeren en hun ouders aan bod komen in het zorgproces.

Directielid CAR (participant 7):

Zij [de CGG] zijn gefocust op dat psychisch welzijn, herstel van psychisch welzijn, dragelijker maken van psychisch welzijn en wij [de CAR] zijn gefocust op die ontwikkelingsproblemen en herstel, waar dat mogelijk is daar, of het omzeilen van en [...] het draaglijk maken van beperkingen waar noodzakelijk. Met, denk ik, allebei dezelfde bedoeling, hetzelfde waarom, dezelfde missie, en ik denk dat dat wel een belangrijke is, en uiteraard zitten die verschillen daar maar volgens mij zitten die meer op de 'hoe' en op de 'wat' van wat wij doen en dat heeft te maken met welke expertise wij in huis hebben.

De verschillende accenten in zorgvisie kunnen een invloed hebben op de wijze waarop kan worden samengewerkt rond de doelgroep.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 7):

Ja, dat [samenwerken] lijkt me moeilijk omdat ik denk dat, ik weet welke visie ik heb van waar we zouden kunnen samenwerken maar dat is natuurlijk ook heel erg gelinkt aan de identiteit van CGG.

Er worden in dat verband ook uitspraken gedaan over een spanningsveld dat kan ontstaan over het behoud van de identiteit tijdens samenwerking.

Zorgverstreker CAR (participant 2):

Ik denk als ik vanuit onze CAR spreek, maar ik denk ook wel andere CAR, dat wij het ook wel belangrijk vinden dat wij onze eigen identiteit nog wel wat kunnen bewaken. Dus wij zijn zelf wel wat bezorgd, wij zijn niet direct vragende partij om in één geheel op te gaan. Ik denk dat de identiteit van de CAR nog wel anders is dan die van een CGG.

4.2.2 Vastleggen van de primaire stoornis

Het grensgebied in zorgfilosofie of -visie tussen de CAR en de CGG is dun maar beide types organisaties leggen andere accenten die onder andere verklaard kunnen worden vanuit hun organisatiedoelen en opdrachten, hun geschiedenis en -niet te onderschatten- de range van problemen waarrond gewerkt wordt in de organisatie als geheel. Als een kind uit de doelgroep zich aanmeldt voor een traject binnen één van beide organisaties, zal het differentiëren van de primaire problematiek en de comorbiditeit hier dan ook sterk van afhangen. De inschatting van de ernst van de comorbiditeit en de beoordeling of de interne expertise toereikend is om deze bijkomende problematiek te behandelen zal een invloed hebben op de noodzaak (en de wil) om op zoek te gaan naar complementaire expertise bij andere organisaties. Dit is voornamelijk afhankelijk van het klinisch oordeel van professionals (zogenaamde klinische/professionele autonomie).

Zorgverstreker KJ-team CGG (participant 1):

In die comorbiditeit, heb ik het gevoel dat daar het probleem in zit. Depressieve klachten, oké, wanneer is dat voor een CGG en wanneer is dat voor een CAR. Een CAR zegt 'wij doen dat ook', en zij kunnen dat ook maar als de depressieve klachten komen vanuit een gezinsproblematiek of vanuit een aanvaardingsproces rond de ontwikkelingsstoornis bijvoorbeeld, vind ik dat een andere zaak. En ik denk dat daar de discussies heel vaak strop lopen.

Vertegenwoordigers van de CAR geven aan dat ze een grote nood ervaren tot samenwerking met de CGG voor adolescenten uit de omschreven doelgroep. Dit omdat zij zich de facto specialiseren in jongere kinderen maar ook als gevolg van beperkingen in de capaciteit en regelgeving die de duur van zorgtrajecten in de CAR beperkt (cfr. infra).

Directielid CAR (participant 1):

Ik denk dat we een hele grote doelgroep misschien eens specifiek moeten benoemen en dat zijn de adolescenten. Ook daar denk ik dat wij, als ik kijk voor de CAR in het algemeen, ik ben voorzichtig, maar er zijn een aantal CAR die met adolescenten werken met een OS maar die zijn beperkt. De meeste CAR maken de keuze om voor, met heel jonge kinderen te werken of kinderen met lagere schoolleeftijd. Het aantal adolescenten in onze centra is zeer beperkt. Maar er zijn, volgens mij, misschien nog aansluitend zeggen vanuit die gedachte 'hoe vroeger we beginnen, hoe beter de uitkomst, de outcome' en ook omdat onze capaciteit beperkt is en omdat je keuzes moet maken, je kan niet anders. Maar als je mij morgen zoveel capaciteit bijgeeft, dan begin ik direct met adolescenten te werken omdat daar een zeer grote nood ligt, zeker bij adolescenten met ASS. Maar die adolescenten hebben misschien ook, of die hebben comorbide problemen met depressie of

angststoornissen of dergelijke, daar zit ook een doelgroep waarbij je die expertise zou kunnen inkopen bij uw CGG wat betreft die depressie, die angststoornis. Maar de autismeproblematiek en alle problemen voortvloeiend uit het autisme, daar denk ik dat wij dan weer expertise kunnen opbouwen.

Er wordt door zorgverstrekkers van de CGG ook gewezen op het feit dat vroegtijdig leren omgaan -en daarmee bedoelen ze op jonge(re) leeftijd- met mentale problemen net vermijdt dat mentale issues evolueren tot psychologische of psychiatrische problemen. Er is nood aan een tijdige geïntegreerde benadering in het begeleiden van mentale problemen. Hier zien zorgverstrekkers een mogelijkheid tot meer en betere samenwerking, in het bijzonder omdat het benaderen van mentale problemen in beide types organisaties toch anders wordt aangepakt (zie infra).

Zorgstrekker KJ-team CGG (participant 4):

[...] die comorbiditeit [...], als je er niets aan doet, wordt het psychiatrisch probleem groter hé. [het psychologisch of psychiatrisch probleem] kristalliseert zich eigenlijk bij de ouderen [als er niet vroegtijdig wordt op ingespeeld], omdat je zo zegt van, pel 1-pel 2-pel 3-pel 4-pel 5, we hebben een aantal dingen geprobeerd en we blijven met een aantal dingen zitten dus uw aanbod moet dan, ja, meer op elkaar afgestemd zijn en gespecialiseerder zijn.

[...]

Vanuit een netwerk zou je ergens een forum moeten hebben, die intersectorale casussen moeten we ergens kunnen leggen. Wat heeft deze casus nu nodig, deze casus waar het nu over gaat, wat heeft die nodig, eigenlijk kiné, logo en gespecialiseerde psychiatrische therapeutische hulp. Dat zit in de CAR en dat zit in de CGG.

4.2.3 Complementariteit erkennen in expertiseniveaus

Een factor is het kennen van de eigen expertise en het benoemen van de grenzen hiervan. Pas als dat gebeurt ontstaan echte openingen voor samenwerking.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 1):

In de fase van 'de problematiek staat nog heel erg centraal', in aanvaarden, vind ik dat echt heel erg iets voor een CAR. Rond een autisme of rond een ADHD, 'wat is dat allemaal, wat betekent dat voor ons gezin', ik vind dat, daar zijn die [de CAR] kei goed in. Ook oudertrainingen, die [de CAR] doen daar heel mooi werk in, dus dan vind ik dat echt iets voor een CAR. Hebben die bijvoorbeeld al een bepaald traject afgelegd, is daar psycho-educatie geweest maar zie je dat een bepaalde psychiatrische problematiek, dat die symptomen daar toch fel aanwezig blijven of nog verergeren, dan denk ik dat we kunnen gaan bekijken wat speelt daar nog meer op gezinsmatig niveau, zou het kunnen dat een CGG daar meer kennis en expertise rond heeft om daarop in te zetten en dan vind ik het meer voor een CGG.

Er bestaat volgens de participanten een overlap in de werkwijzen en expertise rond mentale en ontwikkelingsproblemen. Deze overlap zit op het niveau van zowel mentale en psychologische *basiszorg* als *basiszorg* voor ontwikkelingsstoornissen dewelke beiden gedragstherapeutische en systeemtherapeutische kenmerken omvat. Vanaf het ogenblik dat organisaties erkennen dat de hulpvraag van het kind hun basiszorg overschrijdt, zou moeten ingezet worden op samenwerken. De (hoog-) gespecialiseerde expertise van de CAR situeert zich op ontwikkelingsproblemen terwijl de CGG zich specialiseren in ernstige, chronische psychiatrische problematiek. Er wordt ook erkend dat op dit vlak echt geen rigide scheidingslijnen kunnen worden gemaakt.

Zorgverstreker KJ-team CGG (participant 4):

De CAR zijn gespecialiseerd in dat ontwikkelingsstuk en wij zijn gespecialiseerd in dat complex psychiatrische. En je zit met een gemeenschappelijkheid. Zo van, wij kunnen eigenlijk ontwikkelingsproblemen van de eerste en tweede orde aan maar van het moment dat daar en logo en kiné en schoolondersteuning bij moet komen, dan hebben wij zoiets 'ja, dat kunnen wij niet want wij hebben die specialisme niet in huis' terwijl aan de andere kant als het gaat over gezinsbegeleiding, over het, die hele interne psychische mechanismen aanpakken... En dan kom je natuurlijk in het stuk van 'wij hebben psychologen en wij hebben dat ook' en dan zit je op die beroepseigenheid terwijl je moet zeggen 'in welk laagje zit die [cliënt].

Binnen deze 'algemene' stelling over de mogelijkheden tot samenwerken spelen daarnaast tal van praktische randvoorwaarden die samenwerken niet altijd stimuleren zoals onder andere de geografische spreiding, de bereikbaarheid van voorzieningen en de beschikbaarheid van voldoende competent personeel (cfr. infra).

4.2.4 Specialisatie in (uiteenlopende) doelgroepen

Zowel CAR als CGG nemen 'organisatiebeslissingen' (onder andere als gevolg van de beperkte capaciteit) om zich te specialiseren in bepaalde doelgroepen op basis van leeftijd, ontwikkelingsprobleem en/of mentale kwetsbaarheid. Dit gegeven maakt het ook niet altijd vanzelfsprekend om locoregionaal samen te werken omdat het activiteitendomein niet aansluit. Bepaalde participanten uit de CGG erkennen dat de doelgroep die in dit rapport centraal staat -binnen hun CGG- geen prioritaire doelgroep is.

4.2.5 Wederzijds vertrouwen in elkaars expertise

Verschillende participanten geven te kennen dat er zowel binnen de CAR als binnen de CGG nood is aan het erkennen en versterken van het vertrouwen in elkaars expertise. Openheid om van elkaar te leren en transparant te communiceren over de gebruikte methoden bevordert samenwerking. Beide types organisaties zijn onvoldoende vertrouwd met elkaars zorgvisie en -methoden waardoor er soms weinig motivatie is om samen te werken.

Zorgverstreker KJ-team CGG (participant 3):

Ik denk, in dat vertrouwen zit heel sterk, inderdaad, die transparantie. [...] Er moet open op tafel gelegd kunnen worden 'dit is de problematiek wat wij zien, wij zitten daarin vast of wij weten niet goed wat we daarin verder moeten kunnen, wij zien daar iets voor jullie, is het iets voor jullie of niet' en er wordt veel tijd daarin [besnibbeld?] maar ik denk gewoon op elkaars team aanwezig zijn en zien 'wat doen jullie, hoe spreken jullie over een casus, hoe gaat dat'...

Directielid CAR (participant 2):

Ik denk dat je echt moet proberen, in een proeftuin met voldoende middelen, waar je inderdaad elkaars expertise in leert kennen en ook, we zitten met visieverschillen, die ook leert kennen.

Een integrale benadering gedurende het hele zorgtraject is enkel mogelijk als er voldoende vertrouwen is in het werk van de andere organisatie. Een wantrouwige houding tegenover de werkmethode van anderen voor een bepaalde fase in het zorgtraject (bijvoorbeeld diagnostiek) geeft aanleiding tot het (onnodig) verrichten van reeds uitgevoerde onderzoeken of behandelingen.

Zorgverstreker KJ-team CGG (participant 3):

Maar natuurlijk, dat is dan een eigen inschatting hé want daar volg ik wel in, dat is bij ons zo niet, wij zitten daar nog helemaal niet van... Het is niet omdat iemand anders, een CAR, inschat van... Ik

denk dat dat ook nog iets gaat zijn dat je merkt, met die mobiele crisisteams die heel moeilijk lopen, als een CAR inschat, dat is iemand voor ons, wordt die niet automatisch bij ons opgenomen maar gaat de screening van ons ook nog een keer kijken van 'ja maar, klopt dit wel, is dat wel iemand voor ons, is dit wel effectief iemand voor ons' [...]

4.2.6 Het belang van gedeelde ervaringen

Zorgverstrekkers die werkzaam zijn (geweest) binnen de andere organisatie versterken het vertrouwen tussen de organisaties, zowel voor professionals onderling als voor cliënten. Ervaring van de participanten leert dat zogenoemde *brugfiguren* een faciliterende rol spelen in het samenwerken.

Directielid CAR (participant 3):

Er is ook jarenlang, toch een 15-17 jaar, ik zou het moeten nakijken, een psycholoog geweest, [vermelding naam van desbetreffende psycholoog], die in de twee centra werkte. Die zeker een meerwaarde betekent [...], die heeft dus bij ons ook gewerkt al die jaren en hij werkte dus ook in het CGG. Dat was een verbindende figuur, die had een visie om samen te werken [...].

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 3):

We hebben nu wel een psychiater die in de twee zit, in de CAR en bij ons werkt, onze psychiater, één van ons twee psychiaters. Dat is diegene die zegt van 'we moeten intern ook iemand hebben die wat met het lichamelijke' en die ook direct de dingen maakt van 'ja, dat psychologische, ik wil daar ook wat onderzoek van wat er nog meespeelt'. Wat dat maakt dat daar ook meer onderzoek. Maar dat zijn allemaal zo toevalligheden binnen een CGG of een CAR, wat maakt hoe dingen draaien.

4.2.7 Vaktaal

Naast het belang van vertrouwen in elkaars zorgvisie en expertise (op het niveau van de organisatie), bestaan er (op het niveau van de dagelijkse klinische praktijk) ook verschillen in het (vak-) jargon en de taal die een potentiële drempel vormen in de samenwerking.

Zorgverstrekker CAR (participant 8):

We zijn nu in maart opgestart [samenwerkingsproject tussen een bepaald CAR en CGG] en ik hoor ook wel van de collega's, ik zit zelf niet in dat team, echt wel de ontdekking 'we spreken echt wel een andere taal'. Maar we gaan er wel komen maar het is echt wel even hard werken. En ze zijn nu ook wel wat tijd aan het investeren aan teambuilding, aan elkaar leren kennen, maar ook elkaars taal, elkaars gedachtegang, elkaars modellen leren kennen. Dat is wel zeker een aandachtspunt, ik denk niet dat het onmogelijk is.

4.2.8 De visie op het uitwisselen van informatie

Enkele participanten wijzen op (gepercipieerde) wettelijke en deontologische problemen om informatie uit te wisselen tussen professionals en organisaties.

Zorgstrekkers CAR:

Participant 3: Voor ons als hulpverlener is het al niet evident om na te denken 'hoe kunnen we nu samenwerken rekening houdend met de verschillende diensten', maar naar de gezinnen, naar de ouders toe, kwestie van privacy en vertrouwen, zit daar toch ook nog wel het één en ander om over na te denken. Van 'wat brengen ze daar', wat kan er wel in functie van therapie van het kind dat dan in het CAR gebeurt, doorgegeven worden en wat wil ik dan dat doorgegeven wordt, wat er niet doorgegeven wordt.

Moderator: Dus heel het ethische aspect?

Participant 6: Ja. En inderdaad, gedeelde informatie, hoe zit het daarmee. Medisch beroepsgeheim.

4.3 Wet- en regelgevend kader

Het wettelijk kader, met name de *strikte regelgeving* van de CAR -met daartegenover de meer algemene regelgeving van de CGG- wordt veelvuldig aangekaart als een factor die de mogelijkheden tot samenwerking mee beïnvloedt. De regelgeving schept immers voorwaarden voor het organiseren van het zorgaanbod waardoor verschillen tussen de organisaties zichtbaar worden.

Directielid CAR (participant 12):

Nu, we moeten wel zeggen, ik treed zeker bij dat onze regelgeving veel beperkt, dat we niet veel ruimte hebben, dat dit [een samenwerking tussen CAR, CGG en CLB] een bijkomende belasting is voor de mensen.

4.3.1 Mono- of multidisciplinaire werkmethode

Het regelgevend kader verplicht beide organisaties om een *multidisciplinaire* benadering te hanteren, maar de meer open regelgeving voor CGG zorgt voor verschillen in praktische aanpak. In een CGG wordt begeleiding en behandeling meer (maar niet uitsluitend) opgenomen door één discipline die zich voornamelijk focust op het mentale gezondheidsprobleem. Bovendien is de 'mix' van professionals (competenties) in het CGG verschillend van de CAR.

Zorgverstrekker CAR (participant 5):

Dat noem ik ook reval, de jonge leeftijd, intensief werken, meerdere keren per week en dat beeld van dat kind maken en zien 'waar staat dat dan'. In een CGG is dat anders, men maakt er ook een beeld [...] maar dat gaat niet multidisciplinair, dat gaat meer over psycho. Wij moeten psycho betrekken want anders zou je dat kind tekortdoen.

4.3.2 Regelgeving rond de rol van beroepen

- Rol van de psychiater

De taken van de psychiatrische functie binnen de CAR zijn verduidelijkt in hun wetgeving. De wetgeving van de CGG is hierin minder expliciet. De rol van de psychiater is divers binnen de verschillende zorgvoorzieningen. De psychiater superviseert zorgtrajecten, biedt therapie aan cliënten en/of coacht andere zorgverleners. De specialisatie van de medische discipline binnen een CAR is afhankelijk van de doelgroep waarin het centrum zich specialiseert maar is doorgaans (en in het bijzonder voor CAR die zich specialiseren in kinderen behorende tot de doelgroep van dit project) een kinderpsychiater. Deze psychiater coördineert het zorgtraject, voorziet behandeling en begeleiding aan cliënten en is aanwezig bij teambesprekingen en dit gedurende minimaal vier uur per week. De kinderpsychiater is verantwoordelijk voor de communicatie over (vorderingen in) het zorgtraject tussen het multidisciplinair team als geheel en de cliënt en diens sociale context. Er wordt minstens elke zes maanden een contactmoment georganiseerd en daarnaast gaat de psychiater in op elke vraag tot overleg die een cliënt of de sociale context heeft. De eindverantwoordelijkheid over het KJ-team van een CGG is toegekend aan een kinderpsychiater. De psychiater is beschikbaar binnen het CGG voor de medische behandeling en begeleiding van cliënten en voor multidisciplinaire overleg. Het regelgevend kader van de CGG stelt dat elke zorgtraject dat langer dan zes maanden loopt minimaal halfjaarlijks multidisciplinair besproken dient te worden, en waarbij verwacht

wordt dat de kinderpsychiater aanwezig is bij deze bespreking. De verdere invulling van de rol van de kinderpsychiater is in het referentiekader⁷ niet verder geëxpliciteerd.

Bij vertegenwoordigers van de CAR leeft de overtuiging dat hun kinderpsychiaters meer vertrouwd zijn met de complexe (functionele of emotionele) zorgnoden van de doelgroep en daarmee de eerste eindverantwoordelijkheid moeten houden over de doelgroep die centraal staat in dit project.

Zorgverstrekker CAR (participant 6):

Dan denk ik dat de artsen van de CAR, vanuit, als ze er langdurig werken, dat vanuit hun expertise, vanuit dat ontwikkelingsstukje, vanuit heel die foto maken van dat kind... Ja, dat die heel dat beeld blijven bewaken. En ik weet niet altijd of een arts in het CGG dat volledig beeld maakt maar ik denk dat dat heel arts-afhankelijk zal zijn want er zullen vast collega's zijn binnen het CGG die dat wel doen en je gaat er hebben die zuiver dat psychiatrisch luikje zien maar ja, daar durf ik mij niet over uitspreken.

De KJ-teams van de CGG hebben de indruk dat psychiaters (en ook andere disciplines) binnen de CAR onvoldoende vrijheid hebben om tijd vrij te maken voor hun cliënten als een gevolg van de kritische massa die opgelegd is in de regelgeving.

Zorgverstrekker KJ-team (participant 3):

Dat... agendagewijs hé, om het half uur een kleine [kind], 'tuk tuk tuk' [maakt een handgebaar van snelle opeenvolgende bewegingen]. En het aspect van het contextuele en dat ICF-model en alles daarrond en niet alleen kijken naar het kind 'ik heb het hier voor mij en die komt voor psycho-educatie' maar al de rest daarrond, daar wordt geen ruimte gecreëerd in agenda's.

- Rol van de psychologen en (ortho-) pedagogen

De diplomaveisten voor psychologen zijn gelijkaardig binnen de CAR en de CGG, namelijk licentiaat/master/doctor in de psychologische of (ortho-) pedagogische wetenschappen. De rol en taken van de psychologische discipline worden, zowel binnen de CAR als de CGG, nagenoeg niet toegelicht in het wetgevend kader. Een psycholoog of (ortho-) pedagoog is lid van het multidisciplinair team en werkt mee aan het realiseren van de doelstellingen op het niveau van cliënten en de organisatie als geheel. De basisopleiding wordt bij voorkeur aangevuld met een specifieke therapie-opleiding. Hier duiken verschillen op tussen CAR en de CGG. Op dat vlak worden dan ook mogelijkheden gezien om samen te werken.

Directielid CAR (participant 3):

Als je die twee samenvoegt, en je hebt dan een kind dat binnenkomt of een jongere die binnenkomt, en je hebt mensen met expertise, gedragstherapeuten bij ons en systeemtherapeuten bij hen. Mensen die met gezinnen kunnen werken, mensen die ervaring met kinderen [hebben], mensen die ervaring hebben met vroegtijdige detectie van psychose. Dat zijn dingen, als je die samentelt, heb je ijzersterke teams.

Omdat de therapie-opleidingen van de psychologen leiden tot een duidelijk verschil in expertise, stellen zich hier mogelijkwerwijs toch problemen in een interorganisatorische samenwerking. Bovendien werken psychologen in een één-op-één relatie met de cliënt, wat directe samenwerking met collega's rond de cliënt niet vergemakkelijkt.

⁷ Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018a)

4.3.3 Regelgeven de beperkingen rond de duur van zorgtrajecten

De verschillende regelgeving rond de duur van zorg- en behandeltrajecten heeft potentieel ook invloed op de mogelijkheden en vorm van samenwerking. Een traject in een CAR bestaat uit een strikte procedure waarbij indicatiestelling en diagnostiek gevolgd wordt door behandeling. De voorwaarden van de CGG zijn minder strikt waardoor gebeurtenissen in het zorgtraject niet noodzakelijk volgtijdig zijn maar mogelijkheden bieden om vorm te krijgen in een *iteratief proces*. Daarnaast is een traject binnen een CAR gelimiteerd in de tijd (cfr. maximaal aantal revalidatieverstrekingen of maximale periode waarin het kind recht heeft op tegemoetkoming voor revalidatieverstrekingen) terwijl de CGG de mogelijkheid hebben om jongvolwassenen in de transitieleeftijd te blijven opvolgen binnen hun KJ-teams.

Zorgverstrekker CAR (participant 2):

Waar wij vaak ook tegen botsen, maar dat is ook weer onze populatie, is die transitieleeftijd. Als de kinderen 18 worden, moeten ze stoppen, niet alle kinderen zijn dan al aan het verder studeren, er zijn er een aantal die dan nog wat blijven plakken zijn in het secundair en die eigenlijk ook totaal nog niet klaar zijn voor de volwassenzorg. En daar denk ik dat er meer flexibiliteit is binnen een CGG, dat zij bijvoorbeeld 18-jarigen, nog wel vlotjes kunnen meenemen in hun kinderteam.

Deze voorwaarden beïnvloeden de manier waarop op dit ogenblik samengewerkt wordt. Als bij de beëindiging van een traject binnen een CAR blijkt dat er (chronische) psychologische hulpvragen blijven bestaan, wordt het kind doorverwezen naar een CGG. Dergelijke verwijzingen zijn in de eerste plaats een gevolg van de erkenningsregels, eerder dan omwille van de erkenning van complementariteit in het zorgaanbod.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 2):

Of we gaan een training doen rond sociale vaardigheden bij autisme, ook daar, bij het CAR hoor ik ook vaak 'het moet multidisciplinair blijven om de behandeling te kunnen doen' dus ze hebben ook hun psychologen ook een stukje soms nodig om het multidisciplinair te houden. Als er en een logo is en een kiné, en de kiné stopt, ja, dan moet de psycho blijven doordoen want anders moet het stoppen in het CAR en dat is ook niet altijd goede zorg, dus ik denk dat daar op structureel niveau soms ook gewoon hele grote verschillen in de cohesie zit.

4.3.4 Regelgeving met betrekking tot de doelgroepen

De CAR en de CGG richten zich beiden tot kinderen en jongeren. Het regelgevend kader van de CAR legt echter zeer specifieke inclusiecriteria voor cliënten op die de samenwerking kunnen bemoeilijken. Kinderen waarvoor de CGG (mogelijk) willen verwijzen naar de CAR vinden geen toegang tot de werking omdat ze niet (altijd) voldoen aan de opgelegde criteria met betrekking tot leeftijd of stoornis. De omgekeerde beweging, een verwijzing vanuit de CAR naar de CGG, blijkt in de praktijk gemakkelijker door de brede omschrijving van de doelgroep (maar loopt dan vast op andere factoren).

Directielid CAR (participant 1):

Maar ik denk dat we meer doorverwijzen naar elkaar, zeker ook op het einde van een traject bij ons, waarbij dat wij zeggen 'goed, hier is nog verder begeleiding nodig maar wij worden monodisciplinair dus wij kunnen niet meer opvolgen' en we zien zelf nog doelstellingen voldoende dat binnen een CGG kunnen aangepakt worden [...].

De feitelijke verschillen in doelgroepen waarop organisaties zich focussen leiden op hun beurt tot regionale verschillen in het beschikbaarheid aanbod aan expertise. Beide organisaties gaan immers personeel aanwerven met inhoudelijke competenties die het best aansluiten bij de zorgnoden van de doelgroepen

waarin ze zich specialiseren. Voor het opvangen van hulpvragen die gerelateerd zijn aan comorbiditeiten, waarvoor hooggespecialiseerde expertise noodzakelijk is, speelt de regionale toegankelijkheid van complementaire expertise een rol in het aangaan van een samenwerking.

4.3.5 Financiering

De financiering (die vastgelegd is in de regelgeving) zorgt voor andere prikkels in de wijze waarop gewerkt wordt. Bovendien wordt erop gewezen dat er in het huidige systeem geen financiële incentives bestaan voor interorganisatorische samenwerking.

- Algemene financieringsmodaliteiten

De manier waarop de organisaties gefinancierd worden, heeft een impact op de tijd en capaciteit die zij kunnen en willen vrijmaken voor interorganisatorisch overleg.

Directielid CAR (participant 1):

Ik denk dat [benoeming andere participant] wel gelijk heeft wat betreft die financiering, dat zien wij nu ook in die netwerken GGZ kinderen en jongeren, waar wij ons best doen om zeker te participeren maar we mogen niet vergeten dat de tijd die wij investeren in netwerkoeverleg bij ons niet gehonoreerd wordt. Dat vormt een grote moeilijkheid om... naar samenwerking toe.

- Honorering psychiaters

Door de verschillende systemen waarop de psychiaters binnen beide types zorgvoorzieningen gehonoreerd worden, is samenwerking op dit ogenblik zeer moeilijk realiseerbaar.

Zorgverstrekker CAR (participant 8):

Wij hebben nu ook als team heel hard moeten zoeken [verwijzend naar een bestaande samenwerking tussen een CAR en CGG] naar hoe we dat moesten doen met de forfaits, de inschrijvingen, de kinderpsychiater betalen.

4.4 Regionale verschillen in het aanbod

4.4.1 Fysieke afstand tussen voorzieningen

De participanten wijzen op een ongelijke spreiding binnen en tussen regio's van beide types voorzieningen. De lokalisatie van zorgvoorzieningen heeft een invloed op de mogelijkheden om samen te werken, zowel vanuit het perspectief van organisaties als vanuit dat van de cliënten.

De huisvesting van organisaties in hetzelfde gebouw faciliteert samenwerking.

Zorgverstrekker CAR (participant 3):

Wij zitten ook, dat is ook een beetje atypisch, in hetzelfde gebouw met CGG [benoeming CGG], wat maakt dat wij op zich nauw samenwerken.

Langs de andere kant wordt een grote fysieke afstand tussen voorzieningen als barrière voor samenwerking beschouwd. Ervaring van participanten leert dat cliënten vaak niet ingaan op verwijzingen als de fysieke afstand tussen zorgvoorzieningen groot is. Verder wordt aangehaald dat het wederzijds vertrouwen in elkaars expertise verkleint naarmate de fysieke afstand tussen voorzieningen vergroot.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 3):

Maar bij ons is het niet zo het geval dat daar een nauwe samenwerking met het CAR is. Wij hebben één CAR in Wuustwezel en dat is het om mee samen te werken. En als ik in Lokeren, ja, dan heb je er

één in Lokeren, één in Wetteren, één in Zele, één in Bornem of in Puurs of ik weet niet. Je hebt in Beveren één. Dat maakt ook wel al een groot verschil hé, denk ik, en daarom hou je soms ook dingen binnen omdat je zoiets hebt van... Je kent elkaar ook niet, ik heb niet het gevoel dat dat echt elkaar kennen is.

4.4.2 Beschikbaar aanbod aan inhoudelijke expertise

Om het gebrek aan (fysiek toegankelijke) complementaire expertise uit andere organisaties te compenseren, hebben sommige zorgvoorzieningen de strategie ontwikkeld om die expertise zelf in huis te halen via het aanwervingsbeleid. Concreet betekent dit, wanneer de fysieke afstand tussen twee zorgvoorzieningen te groot is, dat voorzieningen zelf op zoek gaan naar personeel met geschikte competenties om de hulpvragen van de doelgroep te beantwoorden. Daardoor neemt in de praktijk de behoefte af om binnen de regio op zoek te gaan naar complementaire expertise in andere types van zorgvoorzieningen.

Zorgverstrekker CAR (participant 7):

[...] in de zin dat wij een beetje in een uithoek zitten die wat vergeten is dus naar samenwerking, een CGG is er bij gewoon in de buurt niet. Dat is al direct Gent of Eeklo of Lokeren en vandaar dat eigenlijk, ...al zolang ik daar werk, bij ons het psychologenteam al uitgebreid is door de jaren heen.

Zorgverstrekker CAR (participant 1):

Bij ons in het centrum, wij richten ons vooral op de zeer jonge kinderen, dus wij doen vooral kleuters en lagere school. Dus psychotische [stoornissen], daar komen we eigenlijk niet mee in aanraking. [Moderator: Hechting?] Hechting komt bij ons wel voor maar daar zijn onze therapeuten zelf nu met een opleiding infant mental health bezig. Dus dat is allemaal heel erg bezig, vind ik, om uw eigen mensen daarin op te leiden. Dus daar proberen we toch ook wel zelf aan tegemoet te komen. Waarom ook, omdat het grote probleem, vinden wij, is de wachtlijst op twee plaatsen en vaak hebben ze bij ons al moeten wachten en willen we dan naar een CGG doorverwijzen en moeten ze daar vaak ook nog eens wachten en dat gaat niet omdat wij met jonge kinderen werken. Dus vinden we eigenlijk dat we het zelf moeten kunnen aanbieden. Omdat de CGG bij ons in de regio ook niet veel met jonge kinderen werken.

4.4.3 Regionale capaciteitsproblemen

- Wachtlijsten en -tijden

Nagenoeg alle participanten geven aan dat de bestaande wachtlijsten in beide types organisaties leiden tot problemen bij de instroom van cliënten naar de voorzieningen. Dit vormt een barrière voor samenwerking.

Directielid CAR (participant 5):

Maar dat we vandaag ook stuiten op het feit dat zij ook kampen met lange wachtlijsten. En dat mensen daar ook achteraan in de rij staan. Dus, waarmee ik misschien meteen wil aangeven dat er toch wel een aantal casussen zijn die zeker tot samenwerking zouden kunnen in aanmerking komen maar dat je er dan minstens voor moet zorgen dat daar een goede doorstroming is en dat je niet een jaar moet wachten voor dat je aan de beurt bent.

Om het ongemak van wachtlijsten voor de cliënt te beperken, zijn er in bepaalde regio's samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de voorzieningen.

Directielid CAR (participant 1):

Stel dat er een kind is waarbij dat wij willen rond samenwerken of waarbij hun expertise eerder aangewezen is dan die van ons, dan nemen wij bijvoorbeeld elkaars aanmeldingsdatum over.

De langetermijneffecten van een samenwerking op de wachtlijsten worden in vraag gesteld hoewel beide organisaties het erover eens zijn dat de toegang tot zorg verbetert wanneer de wachttijden voor de doelgroep verkorten.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 3):

Op lange termijn, ofwel komt het op een CAR terecht, ik ga het nu even heel extreem zeggen, vooral dat ontwikkelingsproblematiek en wordt er ingezet op die dingen en wordt een stukje het psychiatrische en de moeilijke context daar een stukje achterwege gelaten omdat de expertise er niet is of omdat de tijd er niet is, dat even buiten beschouwing. Het kind heeft daar gehad wat het moet hebben, op dat vlak zegt de CAR 'dit is voor ons opgelost', dan komt die misschien opnieuw op een wachtlijst terecht van een CGG om dit stuk dan aan te pakken, wat maakt dat dat kind twee keer op een wachtlijst gestaan heeft, bij manier van zeggen, of het gezin of de context, ik moet eigenlijk zeggen de context twee keer op een wachtlijst gestaan heeft. Als je kan komen tot een samenwerking van, die komt bij ons in het CGG binnen en we merken dat die CAR-dingen, en je kan wat, [benoeming andere participant] zei, ergens bekomen die komt daar niet op de wachtlijst maar dit stuk pakken jullie over en wij doen dit, heb je misschien ook wel een verkorting, ik weet het niet. Een verkorting van twee keer wachtlijsten, en gaat dat op termijn uw eigen wachtlijsten misschien niet echt verkorten, waarschijnlijk misschien niet maar heb je wel iemand een korter traject in hulpverlening terecht gestoken.

Impliciet wordt door enkele participanten gewezen op de prioritering van personen op wachtlijsten. Kinderen uit de doelgroep worden positief gediscrimineerd waardoor de wachttijd voor andere (kwetsbare) groepen verlengt.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 4):

De wachtlijsten, dat gaat altijd over een ethisch probleem en over een... een snelheidsprobleem. Wie, van iedereen die op het plein staat, heeft nu eigenlijk het eerst hulp nodig en dat is dan zo van, diegenen die braaf wachten of diegenen die crisismatig, complex, samenwerkingsverband, engagementen, ... Dat is gewoon hopeloos. [...] Je kan dan zeggen 'geen wachtlijst', dus dat betekent van al diegenen die nu op de wachtlijst staan, die komen toch niet aan de beurt en dan zeg je, je kan persen voor die ene vrije plek, ... [...] Wij merken dan ook, zo in het Leuvense, heb je dan ook die splitsing tussen mensen die het kunnen betalen, die komen overal terecht en een heel grote groep die het niet kan, en eigenlijk een groep die complex is waarvan de privé-therapeuten zeggen, dat eindigt daar in conflict en dan komen die in crisis.

Tot slot halen enkele participanten aan dat het bestaan van wachtlijsten veel te maken heeft met: (1) beperkte financiële middelen met een impact op personeelscapaciteit en (2) een overbevraging van organisaties voor het uitvoeren van bepaalde fasen in het zorgtraject (in het bijzonder diagnostiek binnen de CAR).

- Personeelstekorten

Vervolgens worden personeelstekorten aangehaald als barrière voor samenwerking. In se gaat het om een intra-organisatorisch probleem, maar dit weegt door als een probleem in de regionaal beschikbare expertise. De inzetbare expertise is afhankelijk van regionaal aanbod van voorzieningen en de capaciteit

binnen die voorzieningen waardoor de noden voor bepaalde fasen in het zorgtraject in sommige regio's niet of onvoldoende kunnen worden ingevuld.

Frequent is verwezen naar het tekort aan kinderpsychiaters (en dan vooral binnen CGG) en binnen KJ-teams CGG ook maatschappelijk assistenten. De multidisciplinaire samenstelling van het team, zoals vooropgesteld in de regelgeving, wordt hierdoor in de praktijk moeilijk realiseerbaar.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 11):

Interdisciplinaire teams ... dat is het probleem. Dat zijn allemaal psychologen. Ik heb geen psychiater en niet voldoende maatschappelijk werkers.

Het tekort aan kinderpsychiaters wordt toegeschreven aan de uiteenlopende wijzen waarop psychiaters vergoed worden in de verschillende types zorgvoorzieningen. De honorering heeft een effect op de aantrekkelijkheid van het beroep. Betere verloning in één type zorgorganisatie kan een tekort aan kinderpsychiaters binnen een ander type organisatie versterken. Hierdoor is het niet eenvoudig om deze functie (langdurig) te binden aan de organisatie.

In elke fase van een zorgtraject zijn professionals met specifieke competenties noodzakelijk. Bijgevolg leiden personeelstekorten in een zorgvoorziening tot leemtes in het aanbod voor specifieke fasen in het zorgtraject, op dit ogenblik in het bijzonder voor de diagnostiek. Dit kan verschillende oorzaken hebben.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 9):

Ik vermoed dat een ander luik daar ook mee te maken heeft, dat wij op dit moment zelf geen diagnostiek doen omdat wij ook al twee jaar geen kinderpsychiater in het team hebben omwille van ziekte. Dus dat maakt dat diagnostiek bij ons niet wordt opgenomen momenteel.

Echter, verschillende participanten zien hierin mogelijkheden om de expertise van bepaalde professionals interorganisatorisch in te zetten in bepaalde fasen van het zorgtraject.

Zorgverstreker KJ-team CGG (participant 1):

Maar rond diagnostiek nemen wij heel weinig op. Wij hebben ook geen psychiater, op dit moment. Dus wij kunnen dat stuk ook niet opnemen. [...] Ik denk wij dan, een beetje zoals jij zegt [kijkt naar andere participant], vanuit die basis, vanuit het tekort dat wij hebben, heel hard vanuit die basis beginnen kijken, vanuit ons tekort eigenlijk hé. Daar waar we misschien sneller inderdaad kunnen samenwerken met een CAR. Om dat dan samen wat te gaan bekijken.

De CGG kampen veelal met tekorten aan kinderpsychiaters. In sommige regio's worden dan ook andere zorgpartners betrokken om de taken van de psychiater op te nemen.

Zorgverstreker KJ-team CGG (participant 2):

Wij houden onze psychiaters bijvoorbeeld, als mensen een psychiater hebben, en worden aangemeld, dan is mijn voorkeur continuïteit in zorg en blijf maar [begeleiding door de psychiater die de cliënt reeds kent]. En daar staat onze psychiater ook voor open en eigenlijk krijgen mensen daar hun eigen... Mensen mogen kiezen wat zij naar voorkeur hebben.

In sommige regio's nemen bepaalde zorgvoorzieningen initiatieven om wederzijds te leren, onder de vorm van interorganisatorische vorming en opleiding, maar dan vooral als middel om te voldoen aan de wettelijke vereisten met betrekking tot de samenstelling van teams.

Directielid CAR (participant 3):

Per jaar komen wij toch één of twee keer samen [regionaal overleg tussen CAR en CGG], dat is ook

opgericht om ons hoofdstuk drie⁸ het hoofd te bieden, als iemand zonder kinderpsychiater valt, dan organiseren wij toch een stuurdag gezamenlijk met een kinderpsychiater die voor ASS een thema toelicht, of één van de kinderpsychiaters uit de centra [de CGG].

Tot slot wordt gesteld dat personeelstekorten leiden tot een verhoogde werkdruk. Dit kan op zich een barrière vormen om tijd en energie te investeren in de uitbouw van samenwerking. Tijdens de focusgroepen wordt benadrukt dat samenwerking geen extra belasting mag vormen voor het personeel.

4.5 Suggesties voor een interorganisatorische, interprofessionele en integrale benadering van zorgverlening voor de doelgroep

Als algemeen uitgangspunt kan gesteld worden dat beide organisaties erkennen dat er mogelijkheden liggen om de bestaande expertise uit de twee types zorgvoorzieningen complementair in te zetten in functie van het creëren van een gedeeld zorgtraject.

Bij een interorganisatorische samenwerking is het van belang dat verantwoordelijkheden over en in het zorgtraject duidelijk afgebakend en toegewezen worden aan organisaties en professionals binnen deze organisaties. Bij een onduidelijke afbakening kunnen hierover immers frustraties of zelfs conflicten ontstaan.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 11):

Je krijgt daar conflicten rond hé. Want dan is het precies 'ja maar wij doen dat ook en jij zegt dat wij dat niet doen'. En dat is helemaal niet de bedoeling maar dat leeft er dan wel.

4.5.1 Werken aan een gedeeld zorgplan met afbakening van verantwoordelijkheden

Bij een afbakening van verantwoordelijkheden komt de regionale situatie sterk naar voren. Om continuïteit van zorg te garanderen over alle fasen van het zorgtraject dient de organisatie inzicht te hebben in de eigen competenties (en de grenzen hiervan) en vervolgens na te gaan op welke manier andere organisaties in de regio het gemis aan expertise voor bepaalde fasen kunnen compenseren.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 3):

Ik denk dat het voor cliënten dan ook vooral heel duidelijk is, van 'dit stuk is voor daar en dit stuk ga ik terug naar daar'. [...] Als die doelstelling bereikt is, in principe zou het bij ons stoppen dan, en gaan mensen voor een ander stuk ergens anders terecht, wordt dat ook heel duidelijk met hen die keuzes gemaakt, van voor dat stuk kan je daar, en als terug ergens een vraag gesteld wordt voor een nieuwe doelstelling en dat past binnen 'de dingen' dan kunnen die terug bij ons instappen om aan die doelstelling te werken als die bereikt is, dan gaan we terug naar buiten...

De samenstelling van de teams, in het bijzonder voor psychologen en kinderpsychiaters, kent in de twee types zorgvoorzieningen zowel gelijkenissen als verschillen. De regionale verschillen zijn bepalend voor het toekennen van verantwoordelijkheden in een gedeeld zorgtraject.

⁸ Verwijzend naar Hoofdstuk III. Voorwaarden tot tegemoetkoming voor de revalidatieverstrekkings van bepaalde doelgroepen van de revalidatie-overeenkomst (Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018b)

4.5.2 Flexibele zorgtrajecten die rekening houden met de wensen en het tempo van de cliënt

In een gedeeld zorgtraject staan, voor beide types voorzieningen, de hulpvragen van de cliënt centraal.

Hierbij dient rekening gehouden te worden met het stadium van het (pre-) therapeutisch proces waarin de cliënt (en de sociale context) zich bevinden, onafhankelijk van de werkmethodeken van beide types zorgvoorzieningen. De fasen van het traject dienen niet per se lineair op elkaar te volgen en tussentijdse verwijzing is mogelijk om cliënten voor te bereiden op een volgende fase in het zorgtraject.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 3):

Ik denk ook een stukje het voortraject. Want dat heb ik heel erg, ik denk dat het ook wel heel erg afhangt van welk doelpubliek heb je dan want in het CAR in Lokeren heb je heel wat allochtonen en die visie en dat kijken van 'er is iets mis met mijn kind' en een diagnose stellen en een dergelijke meer, sommige mensen willen, hebben zoiets van 'dat is mijn kind, punt' en willen niet dat parcours. Dus die stap daarvoor, naar testing, en dat is misschien ook wel een verschil tussen een CAR en een CGG, bij ons is de visie van als ouders niet klaar zijn om aan diagnostiek te doen, meestal starten we dan zelfs niet met diagnostiek, dan is het iets dat we meepakken in het parcours. Zouden ze er nog niet klaar voor zijn, ook al vinden we dat dat heel eng is, gaan we daar een traject aan om tot dat te komen of om te zeggen van 'niet, dan niet' terwijl een CAR om daarbinnen te geraken moet je de testbatterij doorlopen want anders geraak je er niet binnen. Mensen zeggen 'het school legt druk' van hier moet iets gebeuren want anders kunnen we hem hier niet houden. Oké, testbatterij afleggen, diagnose gesteld en dan zitten de mensen daarbinnen en dan... dan zitten ze erbinnen.

Daarnaast worden bezorgheden geuit over de verantwoordelijkheid en de regie over het zorgtraject bij beëindiging van een traject binnen één van beide zorgvoorzieningen. Cliënten zijn bij het beëindigen van een traject in de gesubsidieerde zorg vaak opnieuw aangewezen op de geprivatiseerde zorgverlening.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 3):

Als het traject binnen CGG afgerond is, dan kunnen ze niet puur voor de psychiatrische begeleiding bij ons blijven hé, dan moeten ze op zoek naar een privé-psiater. [Participant 2]: Naar continuïteit in zorg is dat...

Tot slot benadrukken enkele participanten het belang van relationele continuïteit in het zorgtraject, ook bij het aangaan van samenwerkingsverbanden.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 4):

De chronische groep wordt groter en groter. En dan zeggen ook die cliënten 'als de match goed is...'. De verbinding en de veiligheid is eigenlijk even belangrijk dan de techniek. [...] Alle veranderingen zijn voor hen eigenlijk niet altijd een vooruitgang. [...] Dat je eigenlijk in dat hele traject moet gaan differentiëren, niet één iemand kan alles maar iemand moet wel vasthouden. En als je dan zegt 'we moeten verwijzen', dan zegt Vlaanderen 'pak het hele pakket', het hele pakket moet overgegeven worden.

4.5.3 De mogelijkheid om outreachend te werken

Een *outreachinge* werkmethode zou, in het bijzonder voor coaching en ondersteuning van zorgverstrekkers, een manier kunnen zijn om de vertrouwensrelatie tussen zorgverstrekker en cliënt niet te doorbreken. Verschillende participanten zien mogelijkheden om hun expertise als dusdanig ter beschikking te stellen.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 2):

In een ideale wereld, maar de wereld is niet ideaal, zou het mogelijks ook wel gewoon fijn zijn om de collega's daar te coachen als ze het gevoel hebben 'Wij kunnen dat niet trekken'. [...] Ik zou dat, als dat bij hun kan, verkiezen omdat zij al een vertrouwensrelatie met die kinderen hebben. Als ze zeggen 'Neem het over', is een andere vraag hé.

Directielid CAR (participant 8):

Mijn droom met de regelgeving zijn ook wel dat als we zaken kunnen aanpakken, dat we onze kennis wat outreachender kunnen ter beschikking stellen omdat ik wel geloof dat het multidisciplinaire van een CAR nogal uniek is [...]. En ik vind dat toch wel dat dat toch wel een andere dimensie geeft zowel in uw diagnostisch traject als in uw behandeltraject.

Er worden ook vragen gesteld naar een *outreachinge* functie in zorgregio's alwaar de afstand tussen de voorzieningen groot is.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 1):

Ik zou dat in eerste instantie aanmoedigen om het outreachend te proberen. Ik heb wel het voorgevoel dat dat niet volledig gaat werken en dat er dan uiteindelijk toch een punt gaat komen van 'wanneer neem je het over'. [...] Bij ons in de regio is het ook praktisch wel haalbaar.

In het bijzonder voor behandeling en begeleiding, wordt de regelgeving op dit ogenblik als voornaamste barrière aangegeven om een gezamenlijk zorgaanbod uit te werken.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 5):

We hebben geprobeerd om een gezamenlijke oudergroep rond ADHD, een ouder- en kindergroep, [te organiseren?] maar omwille van de regelgeving lukt dat niet. We hebben al verschillende formules geprobeerd maar dat blijft een zeer moeilijke zaak.

4.5.4 De invloed van verwijzers en de instappoort in de voorzieningen: versterken van inzichten

Cliënten met ontwikkelingsproblemen worden vaak verwezen naar de CAR terwijl kinderen met een psychiatrische problematiek eerder terecht komen in een CGG. De regie over het integrale zorgtraject wordt doorgaans impliciet toegekend aan de organisatie waarnaar de verwijzers triëren.

Zorgverstrekker KJ-team CGG (participant 2):

Maar ik denk dat het soms ook wel vertrekt vanuit 'Wie meldt er aan' en 'Wat denken verwijzers dat er nodig is'. Ik kan me voorstellen bij hele jonge kinderen, dat er gezegd wordt 'Aah, er is een taalachterstand', 'Aah, er is een motorische achterstand', oké, we gaan dat heel functioneel testen en we gaan dat gaan bijwerken, ik merk dat bij een aantal CLB in de regio, dat die heel vaak naar het behandelen van een vaardigheid maar niet ruimer gaan kijken naar 'Wat speelt daar nu'. Ik denk wanneer een school zou verwijzen, gaat die vaak ook proberen een inschatting te maken en zeggen van 'Goed, wij denken dat hier heel functioneel gewerkt moet worden dus dit is voor een CAR' terwijl wanneer de verwijzer, denk ik, denkt 'Aan het systeem moet ook gewerkt worden, er

zijn andere dingen belangrijk', dan denk ik dat daar al een filter op komt terwijl ik denk dat, dat hoeft van mij niet uit elkaar getrokken te worden want ik denk dat beide organisaties het kunnen.

4.5.5 Integreer de samenwerking in overkoepelende netwerken

Enkele participanten wijzen erop dat de rol van andere partners niet uit het oog verloren mag worden binnen dit project. In bepaalde regio's wordt momenteel ingezet op de vorming van KJ-netwerken binnen de GGZ waar de CAR en de CGG fungeren als partners. Deze contacten kunnen samenwerking bevorderen dan wel belemmeren. De ervaring van enkele participanten leert dat het aantal partners van invloed is op de efficiëntie waarmee afspraken gemaakt worden over de samenwerkingsvorm.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 2):

Niet dat het niet van willen is maar het is wat complex en veel om daar een goede werkvorm aan te vinden en zien we uiteindelijk waar er minder spelers zijn, dat dat precies vlotter gaat.

4.5.6 Praktische samenwerken belangrijker dan formele interorganisatorische regelgeving

Hierin wordt ook een discrepantie duidelijk: hoewel beide organisaties voorstander zijn van het uitwerken van een structurele, duurzame samenwerking (op het niveau van organisaties), blijkt het maken van *ad hoc* afspraken (op individueel cliëntniveau) samenwerking te vergemakkelijken.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 4):

Wat ik merk, is als ik begin te denken op casusniveau, als ik een casus voor mij heb, is dat eigenlijk zeer duidelijk, is dat heel gemakkelijk om te zien... En samen met de CAR ook hé, als zij mee op ons team zitten, is dat zeer duidelijk 'wat gaat het CGG ... wat kan CGG daarin betekenen, wat kan CAR daarin betekenen'.

Beide organisaties kijken voor het creëren van een algemeen kader voor de GGZ-netwerken KJ naar de overheid. Het toekennen van de verantwoordelijkheden met betrekking tot zorgprocessen wordt eerder als bevoegdheid van partners in het netwerk beschouwd.

Beleidsverantwoordelijke KJ-team CGG (participant 7):

Ik denk niet dat ze de randvoorwaarden van de samenwerking moeten [bepalen?]. Maar ze moeten wel wat bepalen waar ze naartoe willen met elk van de, rond elk van de identiteiten van de organisaties.

4.5.7 Complementariteit in expertise is geen uitwisselbare expertise

Tot slot herhalen enkele participanten hun bezorgdheden over het behoud van eigen autonomie en identiteit binnen deze netwerken.

Directielid CAR (participant 5):

Dat gevoel krijg ik soms ook wel als je met de overheid aan het praten bent, dan komt het soms wat over alsof alles op een hoop gestuurd wordt, en dat iedereen die in de gespecialiseerde GGZ werkt, dat die expertise gemakkelijk inwisselbaar zijn. Dat het een kwestie is van uw focus daarop te zetten en dan zal het wel lukken, ik betwijfel dat.

4.6 Kernboodschappen

- **Hoewel de doelgroep slechts een klein onderdeel is van de volledige werking van de CAR en de CGG, erkennen beide organisaties dat samenwerking een meerwaarde kan zijn voor de doelgroep.**
- **Stakeholders zien volgende factoren die een (belemmerende) invloed hebben op de mogelijkheden tot samenwerking:**
 - **(Verschillen in) regelgeving en financiering en de invloed op werkprocessen;**
 - **Fysieke afstand tussen voorzieningen met impact op toegankelijkheid en vertrouwen;**
 - **Wachlijsten en personeelstekorten;**
 - **Specialisatie in andere doelgroepen (leeftijd en/of stoornis) met effect op regionale (inter- en intraregionale) verschillen in zorgaanbod;**
 - **Uiteenlopende zorgvisies en verschil in kijk op gezondheidsproblemen en samenwerking;**
 - **In vraag stellen van (complementaire) expertise van de andere organisatie (vertrouwen in expertise van zorgverstrekkers in andere organisaties);**
 - **Angst in beide organisaties om eigen identiteit en autonomie te verliezen.**
- **Volgende facilitators voor samenwerking worden aangehaald:**
 - **Fysieke nabijheid van andere organisatie met positief effect op toegankelijkheid en vertrouwen;**
 - **Inzicht in elkaars zorgvisie en werkmethoden en de rol van brugfiguren door (1) het versterken van kennis in de eigen expertise (en de grenzen hiervan) en de expertise van de andere organisatie en (2) de versterking van (complementaire) expertise van de andere organisatie;**
 - **Positieve ervaringen met interorganisatorische samenwerking (bijvoorbeeld via KJ-netwerken GGZ).**

Hoofdstuk 4

Discussie en conclusie

1 Methodologische reflecties

1.1 Literatuurstudie

Door de beperkte looptijd van dit onderzoek is het prevalentie-onderzoek louter indicatief en verkennend. De voorgestelde prevalentiecijfers berusten grotendeels op cohort-studies die niet zonder meer geëxtrapoleerd mogen worden naar voorspellingen op populatieniveau. Bovendien is de diagnose van een psychiatrische stoornis en/of een ontwikkelingsstoornis afhankelijk van de toegepaste diagnosemethodiek (Caron & Rutter, 1991), de opleiding en de theoretische oriëntatie van de onderzoeker (Leung & Chan, 2017) en overlappen symptomen van verschillende stoornissen elkaar (Caron & Rutter, 1991). Tot slot bemoeilijkt het gebruik van verschillende nosologische systemen het definiëren en vergelijken van stoornissen binnen epidemiologisch onderzoek (Eapen & Črnčec, 2014).

Bovendien is in dit rapport geen uitgebreid behoeftenonderzoek uitgevoerd naar de noden en behoeften van kinderen. De behoeften zoals hier gedefinieerd zijn afgeleid uit internationale richtlijnen voor de zorg aan kinderen met ontwikkelingsstoornissen en/of mentale gezondheidsproblemen. Hoewel aangenomen kan worden dat richtlijnen gebouwd worden in functie van reële behoeften van de doelgroep, kan niet uitgesloten worden dat ook deze richtlijnen beperkt en afgestemd zijn op de lokale context van het daar aanwezige aanbod.

1.2 Documentenanalyse

De regelgeving en analyse van beleidsdocumenten is beperkt tot datum 20 juli 2019. Hoewel de experten- en stuurgroep die aangesteld werden binnen dit project geraadpleegd werden om na te gaan of (alle) relevante beleidsdocumenten opgenomen werden, is het niet onmogelijk dat bepaalde wetgeving over het hoofd gezien werd bij het uitvoeren van de analyse. Daarnaast is het wettelijk kader van een organisatie veranderlijk doorheen de tijd. Mogelijk zijn er tussen het schrijven en publiceren van dit rapport wijzigingen opgetreden in de wet- en regelgeving.

1.3 Focusgroepen

De rekrutering van participanten voor de focusgroepen is verlopen via de koepelorganisaties (de Federatie van CAR en Zorgnet Icuuro) en niet via een aselechte steekproeftechniek. Hoewel we zeker zijn dat we participanten recruteerden met kennis ter zake, kunnen we niet borgen dat alle opinies en ervaringen zijn geïnventariseerd. Voor de focusgroepen met beleidsverantwoordelijken van de KJ-teams CGG en de directieleden van de CAR werd aangesloten bij geplande overlegmomenten (georganiseerd door de koepelorganisaties). Door deze momentopname kan er sprake zijn van non-respons bias gezien de resultaten enkel een weerspiegeling zijn van de mening van personen die aanwezig konden zijn op dit overleg (en dus niet noodzakelijk van voorzieningen die frequent in contact komen met de doelgroep). De uitnodiging voor de focusgroepen met zorgverstrekkers werd verstuurd aan de directies van de CAR en de CGG (via de koepelorganisaties) met de vraag om een vertegenwoordiger vanuit hun voorziening af te

vaardigen. Het is niet onwaarschijnlijk dat enkel voorzieningen (en individuele zorgverstrekkers) die affiniteit hebben met de doelgroep aanwezig waren op deze focusgroepen terwijl andere zorgverstrekkers/disciplines niet waren vertegenwoordigd. In het bijzonder voor de focusgroep met zorgverstrekkers van de KJ-teams CGG waren velen vertrouwd (heden of verleden) met zowel de werkwijze in de CAR als de CGG.

2 Inhoudelijke reflecties

2.1 Toegankelijkheid en continuïteit van zorg

Dit onderzoek is gestart vanuit het beleidsvraagstuk dat jongeren met OS en mentale kwetsbaarheid geconfronteerd worden met een te weinig toegankelijk zorgsysteem. Een toegankelijk systeem staat de cliënt toe om de gepaste zorg te krijgen op de meest geschikte plaats en het gepaste tijdstip, en verstrekt door zorgverstrekkers met de juiste competenties (Saurman, 2016). Penchansky & Thomas (1981) omschreven zorgtoegankelijkheid als een resultaat van vijf concepten:

- Fysieke (geografische) bereikbaarheid van locaties of “*accessibility*” (Joseph & Phillips, 1984; Penchansky & Thomas, 1981; Roland e.a., 2014; Saurman, 2016).
- “*Availability*” of beschikbaarheid van types voorzieningen en aanwezigheid van gekwalificeerd personeel in deze voorzieningen (Gillet, Lange, Godin, Devos, & Moens, 2013; Penchansky & Thomas, 1981; Roland e.a., 2014; Saurman, 2016). De beschikbaarheid van competenties en kwalificaties staat soms in direct verband met de afstand die een patiënt moet afleggen om toegang te hebben tot deze specifieke competenties (Joseph & Phillips, 1984).
- “*Acceptability*” verwijst naar de verwachtingen van zorggebruikers en zorgverstrekkers over verleende zorg. Aanvaardbaarheid kan een invloed hebben op het feit dat zorggebruikers in bepaalde voorzieningen zorg weigeren en/of verkiezen boven andere zorgverlening. Zorgverstrekkers kunnen daarnaast ook bepaalde patiëntenpopulaties prefereren boven anderen (Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2016).
- “*Affordability*” of betaalbaarheid van zorg is afhankelijk van de directe en indirecte kosten van zorgverlening en de bereidheid en mogelijkheden van de zorggebruiker om deze kosten te dragen (Israel, 2016; Penchansky & Thomas, 1981).
- “*Adequacy*”, in sommige literatuur benoemd als “*accomodation*”, verwijst naar de concrete organisatie van de dienstverlening. Enkele voorbeelden: openingsuren (tijdstippen waarop zorg verleend kan worden), methoden voor contactname (directe toegang vs. op doorverwijzing), methoden voor het inplannen van afspraken (mondeling, telefonisch, online,...) en de faciliteiten ter plaatse (zoals fysieke toegankelijkheid voor personen in een rolstoel) (Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2016).

Saurman (2016) voegde de dimensie “*awareness*” toe wat verwijst naar het gegeven dat zorggebruikers ook inzicht en kennis moeten hebben over het type en aard van de zorg die wordt aangeboden door voorzieningen, willen ze er gebruik van kunnen maken.

Samenwerking tussen organisaties kan een instrument zijn om zowel de capaciteit van een zorgsysteem te vergroten als de toegankelijkheid te versterken. Daarbij worden in dit rapport -onder andere tijdens de focusgroepen- een aantal opties naar voor geschoven: *outreaching* werken (door expertise aan te bieden

aan andere organisaties, in de klinische praktijk of via training en overleg), ‘co-gelocaliseerde zorg’ (*co-location, co-located care* als een methodiek om gespecialiseerde zorg te centraliseren op één locatie), liaison-functies, zorgcoördinatoren, ... (Alrabie, 2019; Elrashidi e.a., 2018). Verschillende autonome organisaties en professionals kunnen door deze methoden elkaar in de praktijk beter leren kennen (Hanafin & O’Reilly, 2015; Threapleton e.a., 2017) en krijgen hierdoor de kans om samen te werken in interorganisatorische formules.

Gefragmenteerde zorg in het traject van kinderen met een dubbeldiagnose brengt bovendien de continuïteit van zorg in het gedrag, wat op zich ook een toegankelijkheidsprobleem is. Daarbij spelen verschillende elementen (zoals hieronder gedefinieerd door Haggerty e.a., 2003 en Hanafin & O’Reilly, 2015) waarop verschillend types interventies worden ingezet.

- *“Informational continuity”* (informatieele continuïteit/continuïteit van informatie): afstemmen van informatiestromen (o.a. informatiedeling tussen zorgverstrekkers en over verschillende activiteiten) waardoor zorgverstrekkers -uit verschillende voorzieningen- rekening kunnen houden met de voorgeschiedenis (aangeleerde vaardigheden, kennis) en de waarden en normen van het kind en diens context
- *“Relational continuity”* (relationele continuïteit/continuïteit van therapeutische relatie): dat in het bijzonder speelt bij de doelgroep van kinderen en jongeren (met complexe, meervoudige stoornissen), en gaat over de opbouw van een zorgrelatie tussen zorgverstrekkers en cliënten
- *“Management continuity”* (management-/organisatorische continuïteit): afstemmen van het beleid opdat gepaste zorg voorzien kan worden in verschillende types organisaties en dewelke voornamelijk van belang is voor cliënten met complexe, meervoudige stoornissen

De CAR en de CGG zullen vanuit een regionale toegankelijkheidsproblematiek een zoektocht kunnen starten naar formules van samenwerking om ook hieraan tegemoet te komen.

2.2 Samenwerking en afstemming van zorg: zorgintegratie

Samenwerking en integratie kunnen benaderd worden als een proces waarbij activiteiten en expertise van autonome zorgorganisaties gestructureerd en onderling afgestemd wordt voor het bereiken van gemeenschappelijk doelen. Er zijn op dat vlak verschillende types van integratie te onderscheiden (Nolte & McKee, 2008; Singer e.a., 2011; Valentijn e.a., 2015; WHO, 2016):

- Klinische of professionele coördinatie/integratie (microniveau): coördineren van zorg die aangeboden wordt door verschillende professies over verschillende activiteiten in het traject via gedeelde instrumenten/tools, kennis en opleiding.
- Inter-organisatorische coördinatie/integratie (mesoniveau): afstemmen van zorginhoudelijke componenten binnen en tussen verschillende types zorgorganisaties (bijvoorbeeld de vorming van netwerken) met het oog op het leveren van geïntegreerde zorg voor een bepaalde doelgroep.
- Systeemcoördinatie/-integratie (macroniveau): horizontale en verticale integratie van verschillende types organisaties uit diverse sectoren via gedeelde (formele en informele) beleidskaders tussen de verschillende stakeholders waarbij een integrale zorgbenadering vooropgesteld wordt.

Integratie valt verder nog in te delen volgens twee andere types:

- Functionele/logistieke coördinatie/integratie: afstemmen van (niet-zorginhoudelijke) structurele, administratieve en logistiek ondersteunende systemen van verschillende types zorgorganisaties en professionals.
- Normatieve coördinatie/integratie: ontwikkeling van een gedeelde visie (waarden en normen) die aan de basis liggen van de collectieve doelen tussen verschillende types zorgorganisaties en professionals.

Samenwerking varieert op een spectrum van autonome actoren (organisaties) die wederzijds afstemmen tot volledig geïntegreerde organisaties (Bailey & McNally Koney, 2000; WHO, 2016). In zeer algemene termen kunnen vier types samenwerking worden onderscheiden die gekoppeld worden aan de mate van autonomie van de actoren:

Coöperatie	Coördinatie	Associatie	Consolidatie
Autonoom			Geïntegreerd
Lage formalisatiegraad			Sterke formalisatiegraad
Informatiedeling ter ondersteuning van elkaars organisatie	Afstemmen van activiteiten en dienstverlening ovw een gezamenlijke doelstelling	Collectieve samenwerking ovw een gedeelde visie en strategie	Samenwerking binnen een geïntegreerde structuur met een gedeelde missie
<i>Affiliatie</i>	<i>Federaties, associaties of coalities</i>	<i>Consortiums, netwerken of joint ventures</i>	<i>Fusies of overnames</i>

Figuur 1 Samenwerkingsvormen binnen de zorgverlening (Bailey & McNally Koney, 2000)

Doelstelling van samenwerking is dat actoren komen tot een zekere mate van collectieve actie. D’Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodríguez, & Pineault (2008) onderscheiden vier interdependente dimensies die de mate van samenwerking mee bepalen waarvan twee dimensies verwijzen naar het relationele aspect van interactie en twee dimensies dieper ingaan op structurele eigenschappen (met andere woorden: de organisatorische setting die collectieve actie beïnvloedt).

- Relationele dimensies verwijzen naar het kunnen identificeren van gedeelde zorgdoelen en het internaliseren van het idee van onderlinge afhankelijkheid om zorgdoelen te bereiken. Dit impliceert een omslag waarbij actoren worstelen met uiteenlopende motieven om samen te werken, belangen, verschillende loyaliteit, uiteenlopende definities van de situatie en verwachtingen met betrekking tot samenwerking. Wederzijds vertrouwen in elkaars expertise en competenties, gevoel van (persoonlijke en professionele) verbondenheid en kennis over elkaars waarden en normen zijn noodzakelijk.
- Organisatorische dimensies verwijzen naar de aansturing (*governance*) van de samenwerking en de mate waarin samenwerkingsafspraken geformaliseerd zijn, bijvoorbeeld via gedeelde protocollen en procedures waarin verwachtingen en verantwoordelijkheden geëxpliciteerd worden.

Externe factoren zoals regelgeving, beschikbare middelen, financiële beperkingen en het beleid spelen in dit opzicht een cruciale rol. Gekoppeld aan de probleemstelling van dit onderzoek, zal de overheid een rol moeten opnemen om spelers aan te zetten tot een bepaalde vorm van samenwerking en is geen sprake van een spontane maar van ‘gemandateerde samenwerking’ (Ferlie e.a., 2010; Segato & Raab, 2019).

De implementatie van samenwerking -en ruimer beschouwd netwerkvorming- kunnen niet losgekoppeld worden van aspecten zoals macht, vertrouwen, nichevorming, geschiedenis van de zorgidentiteiten (zowel van verschillende types organisaties als professionals), communicatie, duurzaamheid (levensduur) van samenwerking, de strijd om (financiële) middelen en marktprincipes (voor een uitgebreid literatuuroverzicht wordt verwezen naar Ferlie e.a., 2010). Samenwerking slaagt bovendien meestal enkel als de betrokken actoren meer voor- dan nadelen zien in de samenwerking (Alrabie, 2019; Bentley, Freeman, Baum, & Javanparast, 2018; Campo, Geist, & Kolko, 2018; Kristensen, Sølvhøj, Kusier, & Folker, 2019; Threapleton e.a., 2017) Dit rapport leert dat, voor de CAR en CGG, zowel structurele als culturele factoren bijdragen aan de motivatie en de mogelijkheden om samen te werken. Deze verschillende factoren zijn interdependent. Inspelen op één enkele barrière (of facilitator) biedt geen garantie op het welslagen van het samenwerkingsverband (Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010).

Als samenwerking geïmplementeerd wordt, helpt monitoring en evaluatie van implementatieprocessen en resultaten om knelpunten, zoals bijvoorbeeld communicatiemoeilijkheden tussen partnerorganisaties, te inventariseren en bij te sturen. Aandachtspunten bij dergelijke evaluatie kunnen zijn: (1) samenwerking tussen professionals onderling (2) samenwerking tussen voorzieningen, organisaties en of systemen, (3) de continuïteit van zorg over de tijd en tussen verschillende contactmomenten en (4) aspecten met betrekking tot persoonsgecentreerde zorg (zorg op maat en gedeelde verantwoordelijkheid tussen zorgverstrekker en cliënt) (Singer e.a., 2011).

2.3 Wederzijdse erkenning van complementariteit als basis voor samenwerking

De verschillende zorgvisies in CAR en CGG worden aangehaald als factor die invloed heeft op samenwerken. Dit inzicht is al meermaals besproken in de literatuur (e.g. Kristensen e.a., 2019; Nancarrow e.a., 2013). Deze studies analyseerden factoren die bijdragen aan interdisciplinaire samenwerking en kwamen tot de conclusie dat onderling vertrouwen in elkaars expertise bijdraagt tot de wil tot samenwerken. Twee voorzieningen die onvoldoende vertrouwd zijn met elkaars zorgvisie (en werkprocessen) gaan minder gebruik maken van elkaars expertise. Het vastleggen van de (revalidatie-) zorgdoelstellingen en het ontwikkelen van een gemeenschappelijk gedragen bio-psychosociaal behandlungs- en zorgkader is noodzakelijk bij een interorganisatorische en interprofessionele samenwerking (Müller e.a., 2015).

Naast visie en cultuur speelt ook het vraagstuk van de 'grenzen' van de activiteiten van betrokken partners, zowel in termen van bevoegdheden als in termen van kennis en expertise. Het uitklaren en afbakenen van de rol en verantwoordelijkheden van de verschillende professionals binnen een interdisciplinair team faciliteert de effectiviteit ervan (Bookey-Bassett, Markle-Reid, Mckey, & Akhtar-Danesh, 2017). Een onduidelijke afbakening van taken en opdrachten leidt tot spanningen en conflicten in de samenwerking (Hanafin & O'Reilly, 2015; O'Reilly e.a., 2017).

Kennisoverdracht tussen professionals bevordert de coördinatie van zorg (Alrabie, 2019), als verschillende kennis- en expertiseniveaus worden gecoördineerd en geïntegreerd, kunnen complexe zorgnoden ingevuld worden. De participanten in ons onderzoek benadrukken het belang van initiatieven die inzetten op elkaar beter leren kennen. Dit 'beter leren kennen' heeft betrekking op de organisatievisie (en de werkprocessen en methodieken) maar eveneens op de specificiteit van het vakjargon van de verschillende disciplines in het team. Het organiseren van interorganisatorische en interprofessionele seminars en opleidingen waarbij beroepsspecifieke informatie wordt uitgewisseld en ingezet op de ontwikkeling van een gezamenlijke taal draagt bij tot het creëren van inzicht in elkaars zorgvisie (Kristensen e.a., 2019).

2.4 Regelgeving die onvoldoende incentives biedt voor samenwerking

Er wordt in de focusgroepen ook verwezen naar het *regelgevend kader* als een barrière voor samenwerking. De stakeholders stellen dat de uiteenlopende regelgeving en financieringsmodaliteiten de verschillen in werkmethodieken in de hand werken, en die bijgevolg overbrugd zullen moeten worden. Afstemming van de verscheidenheid van erkenningscriteria en financieringsmodaliteiten is noodzakelijk opdat organisaties aangemoedigd worden om in te zetten op gecoördineerde zorg (Alrabie, 2019; Elrashidi e.a., 2018; Kristensen e.a., 2019; O'Reilly e.a., 2017; Szalda e.a., 2015; Threapleton e.a., 2017). Een beleid dat een duidelijk beleidskader vooropstelt dat samenwerking stimuleert, is zinvol (Threapleton e.a., 2017), zij het dat te strikte kaders voor gemandateerde netwerken niet werkzaam zijn om complexe maatschappelijke problemen aan te pakken (Ferlie e.a., 2010; Segato & Raab, 2019). Naast conflicten die kunnen ontstaan als gevolg van de perceptie dat financiële middelen ongelijk verdeeld zijn over de actoren in de samenwerking (Segato & Raab, 2019), bestaat dat kans dat de gemandateerde zorgvoorzieningen met de aangereikte financiële middelen niet inzetten op de gemeenschappelijke zorgdoelstellingen en collectieve verantwoordelijken maar aan zogenaamde "*cherry-picking*" doen (Reeves e.a., 2010).

2.5 Rekening houden met de regionale verschillen

Dit onderzoek bevestigt het probleem van de grote regionale verschillen in het zorgaanbod van de CAR en de CGG. Om de 'haalbaarheid' van samenwerking voor alle zorgvoorzieningen te verhogen, zal bij de implementatie van pilootprojecten rekening gehouden moeten worden met de verschillen in het zorgaanbod. Bovendien specialiseren beide types zorgvoorzieningen in bepaalde doelgroepen (leeftijd en/of stoornissen). Doordat organisaties hun teamsamenstelling afstemmen op de noden van de doelgroep waarin ze zich specialiseren, ontstaan er regionale verschillen (of worden de bestaande verschillen versterkt).

2.6 De doelgroep als onderdeel van de volledige werking van organisaties in het GGZ-aanbod

Kinderen met een dubbeldiagnose staan centraal binnen dit onderzoek. De types zorgorganisaties die hier besproken worden, hebben echter breder opdrachten dan de doelgroep die hier centraal staat. Er zal met andere woorden bij de uitrol van samenwerkingsinitiatieven rekening moeten gehouden worden of het gaat om samenwerking van de organisatie 'als geheel' of samenwerking tussen deelwerkingen of onderdelen van organisaties.

2.7 De angst voor het verlies van autonomie en identiteit

In dit onderzoek werd duidelijk dat zowel zorgverstrekkers binnen de CAR als de CGG een angst hebben om hun identiteit en autonomie -en die van de organisatie waarin ze tewerkgesteld zijn- te verliezen in een samenwerking. Deze angst is gedocumenteerd in verschillende onderzoeken (o.a. Karam, Brault, Van Durme, & Macq, 2018). Zowel de CAR als de CGG willen zich op een bepaalde manier profileren als organisatie binnen het (veranderende) GGZ-landschap. Dit kan de angst voor het verlies van identiteit en autonomie van de organisaties versterken.

2.8 Integrale zorgtrajectbenadering vraagt een breder perspectief op samenwerking

In dit rapport wordt de zorgverlening voor kinderen met een dubbeldiagnose gekaderd binnen een trajectbenadering met oog voor diagnostiek, behandeling en zorg, begeleiding en ondersteuning (voornamelijk van de context). Daarnaast mogen andere activiteiten (zoals o.a. vroegdetectie en destigmatisering) niet uit het oog verloren worden, waardoor de visie op samenwerking voor deze doelgroep zich niet mag beperken tot de samenwerking CAR-CGG. De participanten in ons onderzoek zien mogelijkheden om, op lange termijn, partners uit de bestaande GGZ-netwerken te betrekken in de samenwerking. Mogelijk kunnen ook andere (private) partners, omwille van de bestaande capaciteitsproblemen, een antwoord bieden op bepaalde hulpvragen van cliënten, en op voorwaarde dat elk van deze partners zich inschrijft in collectieve verantwoordelijkheid voor de geleverde kwaliteit.

2.9 Uitbouw van duurzame, langdurige samenwerking (rekening houdend met de beleidsintenties van het de Vlaamse overheid)

Bij het ontwerpen en nadenken over toekomstige samenwerkingsvormen, zullen nieuwe beleidskaders van de Vlaamse overheid mee worden opgenomen. Het meest recente regeerakkoord (Vlaamse overheid, 2019, pagina 91) stelt voor om verder in te zetten op ontschotting: *De schotten tussen verschillende sectoren werken we maximaal weg om te komen tot een beter geïntegreerd aanbod*. Er wordt gekozen om *overtollige structuren/overlegorganen te vermijden* onder andere door de uitvoering van het Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod van 5 april 2019.

In Vlaanderen wordt zorgregionaal denken en netwerkontwikkeling verder geïmplementeerd (zie ook eerstelijns Hervormingen, GGZ- en andere netwerken). In het GGZ Decreet van 5 april 2019 wordt het GGZ-aanbod inhoudelijk georganiseerd door netwerken, en op basis van functies die individu- en populatiegerichte zorg aanbieden. Een functie omschrijft de kernopdracht van een zorgpartner binnen het netwerk (Tabel 4). Het gezamenlijk doel van alle functies bestaat eruit een antwoord te bieden aan de collectieve en individuele psychische zorgnoden en -behoeften van zorggebruikers en hun context. Het netwerk zet in op de noden met betrekking tot de uitwisseling van expertise van netwerkpartners (Vlaamse overheid, 2019a).

Tabel 4 Zorgfuncties binnen een GGZ-netwerk

Functie A	Bevordering van GGZ competenties en destigmatisering
Functie B	Ondersteuning van context en ervaringsdeskundigen in het GGZ-aanbod
Functie C	Vroegdetectie, detectie en kortdurende interventies
Functie D	Gespecialiseerde diagnostiek
Functie E	Gespecialiseerde behandeling
Functie F	Rehabilitatie gericht op inclusie in alle levensdomeinen
Functie G	Expertise-uitwisseling tussen netwerkpartners en samenwerking met externe partners

Daarnaast wordt bij de organisatie een onderscheid gemaakt tussen zorgniveaus (Tabel 5) -ook te interpreteren als expertiseniveaus- waarbij de Vlaamse overheid de bevoegdheid heeft om te bepalen op welke zorgniveaus de netwerkpartners zorg voorzien (Vlaamse overheid, 2019a). De CAR en de CGG spelen voor de doelgroep in de toekomst allicht een rol op zorgniveau 2a en/of 2b.

Tabel 5 Zorgniveaus binnen een GGZ-netwerk

Zorgniveau 0a	Zelfzorg en zorg of ondersteuning van context
Zorgniveau 0b	Vrijwillige en informele zorg of ondersteuning
Zorgniveau 1	Generalistische GGZ basiszorg
Zorgniveau 2a	Gespecialiseerde GGZ op regionaal niveau
Zorgniveau 2b	Gespecialiseerde GGZ op supraregionaal niveau

In het meest recente Vlaamse regeerakkoord wordt daarnaast de noodzaak tot het gelijkstemmen van de regelgeving inclusief de financieringsmodaliteiten benadrukt (Vlaamse overheid, 2019, pagina 101): *We stroomlijnen en vereenvoudigen het hele veld (welzijn, gezondheid, gezin) en stemmen op termijn regelgeving en financieringssystemen op elkaar af zodat flexibel kan geschakeld worden tussen de verschillende expertisegebieden. Door verdere samenwerking pakken we ook de wachtlijsten verder aan omdat meer synergie mogelijk is. Zo stemmen we kwaliteitsbeleid, procedures en gegevensdeling beter op elkaar af.* De overheid wil verder ook inzetten op projecten die een bewezen effectiviteit hebben: *De Vlaamse overheid zal de komende regeerperiode sterk inzetten op performantie, resultaatgericht investeren na bewezen evidentie (meten outcome), vereenvoudiging, innovatie, digitalisering, sociaal ondernemerschap volgens de afgesproken regels en de uitbouw van een Vlaams zorg- en ondersteuningslandschap dat de keuzevrijheid en de regie van de cliënt voorop stelt* (Vlaamse overheid, 2019, pagina 91). Deze twee paragrafen in het regeerakkoord benadrukken de noodzaak regelgeving en financiering van verschillende sectoren beter op elkaar af te stemmen opdat samenwerking tussen verschillende professionals -uit verschillende types organisaties en sectoren- vergemakkelijkt. De effectiviteit van de samenwerkingsverbanden dient ook transparant en meetbaar te zijn. In een andere passage vermeldt het Vlaams regeerakkoord (Vlaamse overheid, 2019, pagina 108): *We rationaliseren de CGG's en de CAR's tot één enkele soort organisatie.* Met ander woorden zal bij het uitrollen van samenwerking ook rekening moeten gehouden worden met de beleidsaccenten.

3 Conclusies

Kinderen en jongeren met een (vermoeden van) dubbeldiagnose die gekenmerkt wordt door ontwikkelingsproblemen en mentale gezondheidsproblemen hebben complexe, chronische zorgnoden. Twee zorgpartners in het Vlaamse GGZ-landschap -de CAR en de CGG- hebben beiden expertise in huis die een (gedeeltelijk) antwoord kan bieden op deze noden. Door het afstemmen en integreren van zorg uit beide organisaties wordt een overlap in zorgverlening vermeden en zorgcontinuïteit voor deze doelgroep gegarandeerd. Geïntegreerde zorg vereist het aangaan van duurzame, structurele samenwerkingsverbanden tussen organisaties.

De bestaande capaciteitsproblemen -wachtlijsten en personeelstekorten- en fysieke afstand tussen voorzieningen zorgen voor toegankelijkheidsproblemen. Regionale verschillen moeten op dat vlak mee in rekening gebracht worden om opties tot samenwerking vorm te geven.

De CAR en CGG beschikken ten dele over overlappen maar ook verschillen in expertiseniveaus. Beide types organisaties beschikken over multidisciplinaire teams die elk, vanuit hun eigen visie en expertise, een deel van de hulpvragen van de kinderen kan beantwoorden. Echter, structurele en culturele verschillen tussen

CAR en CGG (zowel types als individuele organisaties binnen de types) moeten afgestemd om samenwerkingsinitiatieven te doen slagen. Daarin moet ruimte gecreëerd worden tot wederzijds leren, met een resultaatsverbintenis en het opnemen van gedeelde verantwoordelijkheid voor de doelgroep als resultaat. Als zorgverstrekkers uit de verschillende types voorzieningen onvoldoende kennis hebben over de zorgvisie en werkmethode van de andere organisatie, bestaat de kans dat het vertrouwen in de expertise van deze organisatie niet groot is. Hierdoor wordt complementariteit in vraag gesteld en de nood tot samenwerking gebagatelliseerd. Het identificeren van kennis- en competentieniveaus (generalistisch-specialistisch) voor de verschillende zorgverstrekkers in de CAR en de CGG KJ-teams en het vertalen daarvan naar 'grenzen' voor competent geleverde zorg (expertiseniveau en zorgdoelstellingen met differentiatie tussen revalidatiedoelstelling en geestelijke gezondheidsdoelstelling) is een noodzakelijke basis voor samenwerking. Enkel op basis hiervan kan een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden van verschillende partners in het samenwerkingsverband ontstaan zodat overlap in zorgverlening vermeden wordt en de zorg pas echt complementair wordt. De angst die organisaties ervaren om de eigen identiteit en autonomie te verliezen door samenwerking is een niet te onderschatten factor. Een goede kennis over de eigen expertise (en erkenning van de grenzen hiervan) en kennis over expertise van de andere organisatie werkt samenwerking in de hand.

De overheid kan de samenwerking versterken door het toekennen van gemandateerde samenwerking. De uiteenlopende regelgevende kaders hebben een effect op specialisatie in doelgroepen, financieringsmodaliteiten, interne werkprocessen en -methoden en op de finaliteit van geleverde zorg. Er zal verder moeten gesleuteld worden aan regelgeving en beleidskaders van beide types organisaties om samenwerking en verder integratie van activiteiten te stimuleren.

Hoofdstuk 5

Aanbevelingen

Er worden aanbevelingen gemaakt ter attentie van de beleidsactoren, en voor de organisaties die de samenwerking moeten vormgeven.

Tabel 6 Overzicht hoofd- en subaanbevelingen

Hoofd- en subaanbevelingen	
Beleid	<p>Voorzie een regelgevend kader dat samenwerking stimuleert met speciale aandacht voor (verschillende en gemeenschappelijke) erkenningscriteria en financiële prikkels voor samenwerking</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voer een juridische analyse uit die de invloed van verschillen tussen algemene regelgeving (CGG) en specifieke regelgeving (CAR) blootlegt om gebundelde zorg te coördineren en/of te integreren • Reflecteer hoe in de erkenningsvoorwaarden de plicht tot samenwerken met andere spelers in het gezondheidszorg- en welzijnsveld wordt ingeschreven (al dan niet in functie van doelgroepen) • Er kan gesleuteld worden aan de regelgeving met betrekking tot toegangsvoorwaarden van kinderen en jongeren in CAR of KJ-teams CGG om samenwerking te stimuleren en meer capaciteit in het regionaal aanbod in de hand te werken • De verschillende regelgeving rond de duur van zorg- en behandeltrajecten heeft potentieel ook invloed op de mogelijkheden en vorm van samenwerking en moet mogelijk aangepast worden; deze keuze hangt af van de mate van integratie van beide types organisaties waar het beleid voor staat • Zorg voor financieringsmodaliteiten voor CAR die tijd voorzien om, naast reguliere (prestatie-gefinancierde) taken en opdrachten, ook mogelijkheden creëren om in te zetten op coördinatie van activiteiten rond samenwerking (CAR-CGG); Overweeg te evolueren naar modellen van prestatiefinanciering voor het samenwerkingsverband (met collectieve verantwoordelijkheid) waarbij wordt afgerekend op vooropgestelde resultaten (en waarbij de partners van het samenwerkingsverband zelf bepalen hoe deze resultaten het beste bereikt worden, en waardoor ze met andere woorden prikkels krijgen om de werkmethodeken, als individuele organisaties, meer op elkaar af te stemmen) <p>Zorg voor een regionaal evenwaardige planning van capaciteit en expertise om een toegankelijke zorg voor deze doelgroep te realiseren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hou in het programmatiebeleid rekening met de vraag welke expertiseniveaus beschikbaar moeten zijn op welk regionaal niveau om toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg te borgen voor de bevolking, rekening houdend met de schaarse middelen

- Informeer de burgers beter waar ze voor welk type zorg het beste terecht kunnen en betrek het regionale werkveld in het ter beschikking stellen en makkelijk bruikbaar maken van deze informatie aan burgers

Mandateer als overheid expliciet de aard van de samenwerking tussen CAR en CGG: definieer een helder beleidskader met doelstellingen en randvoorwaarden waarbinnen pilootprojecten voor samenwerking kunnen worden ingediend

- Identificeer de rol en positie van CAR en CGG (volgens zorgniveau en functie zoals voorgesteld in het decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijk gezondheidsaanbod van 5 april 2019) in het Vlaamse GGZ-zorglandschap in het algemeen, en hun rol in de zorgverstrekking voor de doelgroep van kinderen met ontwikkelingsproblemen en mentale kwetsbaarheid
- Geef in het beleidskader expliciet aan dat er additionele middelen moeten ingezet worden om meer zorgcapaciteit en concrete begeleidingen (extra kinderen of jongeren) te creëren door samenwerking bovenop de reguliere werking van beide types organisaties
- Het beleidskader geeft randvoorwaarden maar laat flexibiliteit toe voor lokale invulling van het samenwerkingsverband
- Geef het mandaat aan organisaties die intekenen op pilootprojecten om zelf vorm te geven aan de uitwerking ervan op voorwaarde dat de geformuleerde doelstellingen en voorwaarden gerespecteerd worden
- Bepaal de aanvaardbare range van samenwerking (zie Bijlage 9: Opties tot samenwerking); de gewenste aard van samenwerking kan variëren van coördinatie van activiteiten tot volledige integratie van beide types organisaties
- De gewenste samenwerking zal rekening moeten houden met de stakeholders; de CAR en de CGG willen hun identiteit en autonomie in het zorglandschap bewaren, en vanuit die hoedanigheid (een analyse van overlappende, complementaire en supplementaire expertise) samenwerkingsrelaties uitbouwen
- De mate van gewenste samenwerking zal rekening moeten houden met de verschillende zorgvisies, doelstellingen, specialisaties en regionale inbedding van de twee types organisaties
- Dwing geen uniform verplicht samenwerkingsmodel op in de fase van de pilootprojecten; maak duidelijk in het beleidskader tot op welk niveau beleidsmakers de integratie (verticaal en horizontaal) van taken van CAR en CGG verwachten, maar geef partners in het samenwerkingsverband de ruimte om in te spelen op de lokale context
- Het beleidskader moet bepalen op welke behoeften de samenwerking inzet, en of de samenwerking in het pilootproject inzet op het 'integrale zorgtraject' of focust op bepaalde fasen/activiteiten in het zorgtraject voor kinderen uit de doelgroep
- Stimuleer (in het bijzonder) projecten die ook inzetten op transitiezorg en samenwerking met andere spelers

Voorzie in wetenschappelijk onderbouwde monitoring en evaluatie van de projecten en ontwikkel een strategie van wederzijds leren tussen de projecten om disseminatie van innovatieve praktijken te versterken

	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel een instrument en monitor in welke mate de samenwerking bijdraagt tot meer zorgcapaciteit in de regio (en voor welk profiel van cliënten) • Evalueer de barrières en faciliterende factoren voor interprofessionele en interorganisatorische samenwerking; evalueer de resultaten van de samenwerking in functie van toegankelijkheid en gerealiseerde resultaten op cliëntniveau • Voorzie wetenschappelijke onderzoek dat actiegericht is en prospectief mee ondersteuning geeft aan de implementatie van samenwerking • Ontwikkel jaarlijkse events (ondersteund door wetenschappelijk equipe die de methode van kennisdeling vormgeven) waarin kennis wordt uitgewisseld over innovatieve goede praktijken van samenwerking
Organisaties	<p>Maak een 'systeemontwerp' van de samenwerking met doelstellingen, activiteiten, taken en verantwoordelijkheden over de wijze waarop professionals, afdelingen en organisaties instaan en gedeeld verantwoordelijkheid opnemen voor de zorg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyseer de activiteiten en deel ze op naar (1) vroegdetectie, (2) diagnostiek en indicatiestelling, (3) behandeling en zorg, (4) begeleiding en ondersteuning, (5) positieve beeldvorming en destigmatisering en (6) kennisdeling • Maak het systeemontwerp in functie van verschillende fasen van het zorgtraject van kinderen en jongeren met ontwikkelingsstoornissen en mentale kwetsbaarheid; identificeer de expertiseniveaus van ondersteuning die in de respectievelijke fasen nodig zijn • Identificeer de overlappende, complementaire en supplementaire expertise van de twee types voorzieningen en de zorgprofessionals binnen die voorzieningen die gaan samenwerken • Ga concreet na welke zorgverstrekkers in beide organisaties beschikken over competenties binnen de verschillende types activiteiten en bepaal welke generalistische en specialistische beschikbare expertise (in de regio) ingezet kan worden in functie van de specifieke zorgnoden voor kinderen uit de doelgroep • Definieer met de partners en binnen het beleidskader (cfr. supra) naar welke mate van verticale en horizontale integratie van activiteiten en taken wordt gestreefd (zie Bijlage 9: Opties tot samenwerking) • Maak duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheden van alle zorgverstrekkers in het zorgtraject voor kinderen uit de doelgroep • Maak wederzijdse verwachtingen over zorgactiviteiten en inzet van middelen expliciet (zonder noodzaak tot formalisatie in contracten) en zorg voor continue heldere en transparante communicatie; bespreek en geef aan, wie op welke partner kan rekenen en in welke omstandigheden • Stem de 'werkgewoonten' van individuele organisaties op elkaar af en ontwikkel meer gedeelde werkmethodeken

	<p>Zet in op het gebruik van -door CAR en CGG- gedeelde ondersteunende hulpmiddelen die samenwerking faciliteren (zoals gedeelde of wederzijds aanvaarde diagnostiek, gedeelde zorgplannen, behandelingsmethoden, transmurale teams, outreaching etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werk samen rond concrete geïntegreerde zorgplannen voor kinderen uit de doelgroep, met aandacht voor multidisciplinaire (interorganisatorische) evaluatie en bijsturing • Stuur de samenwerking van beide types organisaties bewust aan door het instellen van coördinatie-activiteiten (coördinator, georganiseerd interorganisatorisch teamoverleg, liaison-functies, ICT-tools,...); beperk de projecten niet tot informele toevallige contacten en casusgebonden overleg • Erken de heterogeniteit in aanpak en identiteit van verschillende disciplines/professionals, eenheden en organisaties; leer elkaar inhoudelijk kennen • Ontwikkel en gebruik (interorganisatorische) competentieprofielen voor de verschillende disciplines die de behoeften van de doelgroep kunnen invullen • Stimuleer kennisuitwisseling tussen CAR en KJ-team CGG rond visies, werkmethoden, doelstellingen en randvoorwaarden waarbinnen gewerkt wordt • Organiseer kennisuitwisseling locoregionaal • Zet in op het ontwikkelen van een door elkaar ten gronde begrepen interorganisatorische (vak-) taal • Ontwikkel organisatie-overschrijdende training, ontwikkeling en opleiding van zorgverstrekkers (bijvoorbeeld onder de vorm van interviews) <p>Positioneer en erken de competentie- en capaciteitsgrenzen van eigen en andere professionals en organisatie(s)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificeer waar de ‘win-win’ situatie in samenwerking ligt eerder dan te focussen op een verlies van macht, inkomen, identiteit/autonomie van expertise (in dit geval op het vlak van ontwikkelingsproblemen en mentale kwetsbaarheid); focus op de invulling van de behoeften van de doelgroep
<p>Beleid, organisaties en samenwerkingsverband</p>	<p>Vermijd de ontwikkeling van te veel ‘aparte’ netwerkstructuren of samenwerkingsverbanden: onderzoek hoe de werking voor deze doelgroep kan ingebed worden in het breder verhaal van GGZ-netwerken KJ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyseer meer systematisch het locoregionaal zorgaanbod (met aandacht voor de specifieke specialisaties in subdoelgroepen en types aangeboden activiteiten) en identificeer de beperkingen en tekorten in het aanbod • Analyseer de capaciteit van de voorzieningen en onderzoek hoe en waar men meer (en vooral) kwaliteitsvolle zorg kan realiseren door samenwerking; maak een analyse van de efficiëntie van de huidige werkprocessen binnen en tussen organisaties en zorgverstrekkers die aan complexe noden tegemoet kunnen komen met hun (specialistische) expertise

Literatuurlijst

- Adams, R. C., Tapia, C., & AAP Council on children with disabilities. (2013). Early intervention, IDEA part C services, and the medical home: Collaboration for best practice and best outcomes. *PEDIATRICS*, *132*(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2305>
- Ali, A., Hall, I., Blickwedel, J., & Hassiotis, A. (2015). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003406.pub4>.
- Alrabie, N. (2019). Integrating professionals in French multi-professional health homes: Fostering collaboration beyond the walls. *Health Services Management Research*, *0*(0), 1–10. <https://doi.org/10.1177/0951484819858828>
- Baglioni, V., Stornelli, M., Molica, G., Chiarotti, F., & Cardona, F. (2014). Prevalence of anxiety disturbs in patients with Tourette syndrome and tic disturb TT - Prevalenza dei disturbi d'ansia in pazienti con sindrome di Tourette e disturbo da tic. *Rivista di psichiatria*, *49*(5), 243–250. <https://doi.org/10.1708/1668.18268>
- Bailey, D., & McNally Koney, K. (2000). *Strategic alliances among health and human service organizations: From affiliations to consolidations* (41th editi). Thousand Oaks - California, USA: Sage Publications Inc.
- Balogh, R., Ca, M., Lunsy, Y., Bourne, L., & Colantonio, A. (2016). Organising healthcare services for persons with an intellectual disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007492.pub2>. www.cochranelibrary.com
- Bentley, M., Freeman, T., Baum, F., & Javanparast, S. (2018). Interprofessional teamwork in comprehensive primary healthcare services: Findings from a mixed methods study. *Journal of Interprofessional Care*, *32*(3), 274–283. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1401986>
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., Andronicos, N. M., & Agnew, L. L. (2016). Prevalence, structure and correlates of anxiety-depression in boys with an autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *49*–*50*, 302–311. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.011>
- Bitsko, R. H., Visser, S. N., Schieve, L. A., Ross, D. S., Thurman, D. J., & Perou, R. (2009). Unmet health care needs among CSHCN with neurologic conditions. *PEDIATRICS*, *124*(S4), S343–S351. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1255d>
- Bleck, J. R., DeBate, R. D., & Olivardia, R. (2014). The comorbidity of ADHD and eating disorders in a nationally representative sample. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, *42*(4), 437–451. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9422-y>
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., Mckey, C. A., & Akhtar-Danesh, N. (2017). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(1), 71–84. <https://doi.org/10.1111/jan.13162>
- CADDRA. (2018). *Canadian ADHD Practice Guidelines* (4th editio). *Canadian ADHD Resource Alliance*. Toronto, Canada.
- Callens, S., & Peers, J. (2008). *Organisatie van de gezondheidszorg* (2nd editio). Antwerp, Belgium: Intersentia.
- Campbell, W. N., & Skarakis-Doyle, E. (2007). School-aged children with SLI: The ICF as a framework for collaborative service delivery. *Journal of Communication Disorders*, *40*(6), 513–535. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2007.01.001>
- Campo, J. V., Geist, R., & Kolko, D. J. (2018). Integration of pediatric behavioral health services in primary care: Improving access and outcomes with collaborative care. *Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(7), 432–438. <https://doi.org/10.1177/0706743717751668>
- Caplan, B., Neece, C. L., & Baker, B. L. (2015). Developmental level and psychopathology: Comparing children with developmental delays to chronological and mental age matched controls. *Research in Developmental Disabilities*, *37*, 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.045>

- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: Concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*, 32(7), 1063–1080.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 1–14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Davis, E., Barnhill, L. J., & Saeed, S. A. (2008). Treatment models for treating patients with combined mental illness and developmental disability. *Psychiatric Quarterly*, 79(3), 205–223. <https://doi.org/10.1007/s11126-008-9082-2>
- Deblonde, N., Gheysen, T., Gysen, E., Lebeer, J., Maes, B., Schittekatte, M., ... Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2017). *Classificerend diagnostisch protocol verstandelijke beperking*. Geraadpleegd van www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be
- Diallo, F. B., Fombonne, É., Kisely, S., Rochette, L., Vasiliadis, H. M., Vanasse, A., ... Lesage, A. (2018). Prevalence and correlates of autism spectrum disorders in Quebec - Prévalence et corrélats des troubles du spectre de l'autisme au Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(4), 231–239. <https://doi.org/10.1177/0706743717737031>
- Eapen, V., & Črnčec, R. (2014). DSM 5 and child psychiatric disorders: What is new? What has changed? *Asian Journal of Psychiatry*, 11(2014), 114–118. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.04.008>
- Elrashidi, M. Y., Mohammed, K., Bora, P. R., Haydour, Q., Farah, W., DeJesus, R., ... Ebbert, J. O. (2018). Co-located specialty care within primary care practice settings: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 6(1), 52–66. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2017.09.001>
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., Exworthy, M., Addicott, R., ... Griffin, R. (2010). *Networks in health care: A comparative study of their management, impact and performance*. NIHR-SDO programme. <https://doi.org/10.1016/j.neuint.2011.12.020>. Coumarin-3-carboxylic
- Friedman, S. L., Norwood, K. W., & AAP Council on children with disabilities. (2016). Out-of-home placement for children and adolescents with disabilities: Care options for children and adolescents with disabilities and medical complexity. *PEDIATRICS*, 138(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3216>
- Gillet, P., Lange, B., Godin, J., Devos, D., & Moens, M. (2013). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem - rapport 2012. KCE Report 196A*. Brussels, Belgium. Geraadpleegd van https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_196A_performantie_Belgisch_gezondheidssysteem_0.pdf
- Gleason, M. M., Goldson, E., Yogman, M. W., AAP Council on early childhood, AAP Committee on psychosocial aspects of child and family health, & AAP Section on developmental and behavioral pediatrics. (2016). Addressing early childhood emotional and behavioral problems. *PEDIATRICS*, 138(6), e20163025–e20163025. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3025>
- Greenspan, S. I., Brazelton, T. B., Cordero, J., Solomon, R., Bauman, M. L., Robinson, R., ... Breinbauer, C. (2008). Guidelines for early identification, screening, and clinical management of children with autism spectrum disorders. *PEDIATRICS*, 121(4), 828–830. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3833>
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, 1(Apr-Jun), e21. <https://doi.org/10.5334/ijic.28>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219–1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hanafin, S., & O'Reilly, E. D. (2015). Implementation science: Issues of fidelity to consider in community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 20(9), 437–443. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.9.437>

- Hellemans, H., Noens, I., Roeyers, H., Steyaert, J., Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw, & Vlaamse overheid - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2018). *Classificerend diagnostisch protocol autismspectrumstoornis bij kinderen en jongeren*. Geraadpleegd van www.kwaliteitscentrumdiagnostiek.be
- Henry, C. A., Nowinski, L., Koesterer, K., Ferrone, C., Spybrook, J., & Bauman, M. (2014). Low rates of depressed mood and depression diagnoses in a clinic review of children and adolescents with autistic disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *24*(7), 403–406. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0024>
- Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, *12*(4), 555–598. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004028>
- Hirata, I., Mohri, I., Kato-Nishimura, K., Tachibana, M., Kuwada, A., Kagitani-Shimono, K., ... Taniike, M. (2016). Sleep problems are more frequent and associated with problematic behaviors in preschoolers with autism spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *49–50*, 86–99. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.11.002>
- Israel, S. (2016). How social policies can improve financial accessibility of healthcare: A multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International Journal for Equity in Health*, *15*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0335-7>
- Joseph, A. E., & Phillips, D. R. (1984). *Accessibility and utilization: Geographical perspectives on health care delivery*. London, UK: Harper & Row Ltd.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, *79*(December 2016), 70–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>
- Klukowski, M., Wasilewska, J., & Lebensztejn, D. (2015). Sleep and gastrointestinal disturbances in autism spectrum disorder in children. *Developmental period medicine*, *19*(2), 157–161.
- Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2016). Personality disorders and axis I comorbidity in adolescent outpatients with ADHD. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0871-0>
- Kristensen, M. M., Sølvhøj, I. N., Kusier, A. O., & Folker, A. P. (2019). Addressing organizational barriers to continuity of care in the Danish mental health system - A comparative analysis of 14 national intervention projects. *Nordic Journal of Psychiatry*, *73*(1), 36–43. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1551929>
- Lange, S., Rehm, J., Anagnostou, E., & Popova, S. (2017). Prevalence of externalizing disorders and autism spectrum disorder among children with fetal alcohol spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Biochemistry and Cell Biology*, *96*(2).
- Lebowitz, M. S. (2013). Stigmatization of ADHD: A developmental review. *Journal of Attention Disorders*, *20*(3), 199–205. <https://doi.org/10.1177/1087054712475211>
- Lee, W., Huang, H., Wong, L., Weng, W., Vasylenko, T., Jong, Y., ... Ho, S. (2017). Tourette syndrome as an independent risk factor for subsequent sleep disorders in children: A nationwide population-based case-control study. *Sleep*, *40*(3), zsw072–zsw072. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/sleep/zsw072>
- Leung, V., & Chan, L. (2017). A cross-sectional cohort study of prevalence, co-morbidities, and correlates of attention-deficit hyperactivity disorder among adult patients admitted to the Li Ka Shing Psychiatric Outpatient Clinic, Hong Kong. *East Asian Archives of Psychiatry*, *27*(2), 63–70.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(7), 849–861. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0123-0>
- Leys, M., Cloet, E., & Vissers, S. (2019). *De ontwikkeling van regionale netwerken autisme in Vlaanderen*. Geraadpleegd van <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef27-netwerken-autisme>

- Loades, M. E. (2015). Evidence-based practice in the face of complexity and comorbidity: A case study of an adolescent with Asperger's syndrome, anxiety, depression, and chronic pain. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(2), 73–83. <https://doi.org/10.1111/jcap.12108>
- Mattson, G., Kuo, D. Z., AAP Committee on psychosocial aspects of child and family health, & AAP Council on children with disabilities. (2019). Psychosocial factors in children and youth with special health care needs and their families. *PEDIATRICS*, 143(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3171>
- Melegari, M. G., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S., & Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Psychiatry Research*, 270(October), 780–785. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.078>
- Merikangas, K. R., Calkins, M. E., Burstein, M., He, J.-P., Chiavacci, R., Lateef, T., ... Gur, R. E. (2015). Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *PEDIATRICS*, 135(4), e927–e938. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1444>
- Meyfroidt, S., & Vlaamse overheid - Agentschap Zorg & Gezondheid. (2019). *FAQ 6e Staatshervorming*. Geraadpleegd van https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/2019_05_28_FAQ_GEZ.pdf
- Moeschler, J. B., Shevell, M., & AAP Committee on genetics. (2014). Comprehensive evaluation of the child with intellectual disability or global developmental delays. *PEDIATRICS*, 134(3), e903–e918. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1839>
- Müller, C. ., Plewnia, A., Becker, S., Rundel, M., Zimmermann, L., & Körner, M. (2015). Expectations and requests regarding team training interventions to promote interdisciplinary collaboration in medical rehabilitation: A qualitative study. *BMC Medical Education*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0413-3>
- Murphy, N. A., Carbone, P. S., & AAP Council on children with disabilities. (2011). Parent-provider-community partnerships: Optimizing outcomes for children with disabilities. *PEDIATRICS*, 128(4), 795–802. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1467>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for health*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Newman, I., Leader, G., Chen, J. L., & Mannion, A. (2015). An analysis of challenging behavior, comorbid psychopathology, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Fragile X Syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.11.003>
- NHS England. (2015). Supporting people with a learning disability and/or autism who have a mental health condition or display behaviour that challenges. *National Health Service*, (July 2015). Geraadpleegd van <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/07/ld-draft-serv-mod.pdf>
- NICE. (2012). Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management. *The National Institute for Health and Care Excellence*, (June 2012). Geraadpleegd van <https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>
- NICE. (2013). Autism spectrum disorder in under 19s: Support and management. *The National Institute for Health and Care Excellence*, (August 2013). Geraadpleegd van <https://www.nice.org.uk/guidance/CG170>
- NICE. (2015). Challenging behaviour and learning disabilities: Prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. *The National Institute for Health and Care Excellence*, (May 2015), 1–59. Geraadpleegd van <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>
- NICE. (2016). Mental health problems in people with learning disabilities: Prevention, assessment and management. *The National Institute for Health and Care Excellence*, (March 2016), 1–34. Geraadpleegd van <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>
- Nolte, E., & McKee, M. (2008). Integration and chronic care: A review. In *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective* (1st editio, pp. 1–259). Berkshire, UK: Open University Press.
- O'Reilly, P., Lee, S. H., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C., & MacFarlane, A. (2017). Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLoS ONE*, 12(5), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177026>

- Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009774.pub2>. www.cochranelibrary.com
- Osland, S. T., Steeves, T. D., & Pringsheim, T. (2018). Pharmacological treatment for attention deficit hyperactivity disorder in children with co-morbid tic disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007990.pub3>. www.cochranelibrary.com
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Prelock, P. A., Beatson, J., Bitner, B., Broder, C., & Ducker, A. (2003). Interdisciplinary assessment of young children with autism spectrum disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 34(3), 194–202. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2003/016\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2003/016))
- Prinsen, B., Bruinsma, W., & Oudhof, M. (2008). *Kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek: Een verkennend onderzoek naar een project voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek (MOP) in opdracht van de provincie Overijssel*. Geraadpleegd van https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Kinderen_met_meervoudige_ontwikkelingsproblematiek.pdf
- Randall, M., Egberts, K. J., Samtani, A., Scholten, R. J. P. M., Hooft, L., Livingstone, N., ... Williams, K. (2018). Diagnostic tests for autism spectrum disorder (ASD) in preschool children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009044.pub2>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. (Wiley-Blackwell, Red.), *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester, UK. <https://doi.org/10.1002/9781444325027>
- Reichow, B., Hume, K., Barton, E. E., & Boyd, B. A. (2018). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009260.pub3>
- Reichow, B., Steiner, A. M., & Volkmar, F. (2012). Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(7), 266–315. <https://doi.org/10.1002/ebch.1903>
- Roland, M., Pelgrims, I., Avalosse, H., Vancorenland, S., Maron, L., Meeus, P., ... GHAPRO. (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. Waterloo, Belgium. Geraadpleegd van <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/groenboek.pdf>
- Saurman, E. (2016). Improving access: Modifying penchansky and thomas's theory of access. *Journal of Health Services Research and Policy*, 21(1), 36–39. <https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
- Segato, F., & Raab, J. (2019). Mandated network formation. *International Journal of Public Sector Management*, 32(2), 191–206. <https://doi.org/10.1108/IJPSM-01-2018-0018>
- Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L., & Schneider, E. (2011). Defining and measuring integrated patient care: Promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112–127. <https://doi.org/10.1177/1077558710371485>
- Song, J., Mailick, M. R., & Greenberg, J. S. (2018). Health of parents of individuals with developmental disorders or mental health problems: Impacts of stigma. *Social science & medicine*, 217, 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.044>
- Spain, D., Sin, J., Paliokosta, E., Furuta, M., Prunty, J. E., Chalder, T., ... Happé, F. G. (2018). Family therapy for autism spectrum disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(10), 908–909. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1507597>
- Speetjens, P., & de Graaf, I. (2010). Stepping Stones Triple P: Opvoedhulp voor ouders van kinderen met een beperking: Evaluatie van een pilot studie. *Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (Trimbos Instituut)*. Geraadpleegd van www.trimbos.nl/webwinkel
- Stuurgroep EF48. (2019). *Stuurgroepvergadering 01/10/2019*.

- Sullivan, W. F., Berg, J. M., Bradley, E., Cheetham, T., Denton, R., Heng, J., ... McMillan, S. (2011). Primary care of adults with developmental disabilities. Canadian consensus guidelines. *Canadian Family Physician*, 57, 541–553.
- SWVG. (2018). *Projectfiche EF48: Wetenschappelijke onderzoek ter ontwikkeling een ambulante zorgprogramma voor kinderen en jongeren met complexe, meervoudige problematieken en (vermoeden van) comorbiditeit waarbij een gezamenlijke CGG-CAR-aanpak noodzakelijk is*. Leuven, Belgium.
- Szalda, D. E., Jimenez, M. E., Long, J. E., Ni, A., Shea, J. A., & Jan, S. (2015). Healthcare system supports for young adult patients with pediatric onset chronic conditions: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.09.015>
- Taskforce autisme. (2016). Naar een autismevriendelijk vlaanderen: Aanbevelingen van de Taskforce autisme in opdracht van minister Jo Vandeurzen, 1–24.
- Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental Disorders: A personal view. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 339–346. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00299-X>
- Thapar, A., Pine, D. S., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., & Taylor, E. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y. S., Wong, E., Chau, P., Woo, J., ... Yeoh, E. K. (2017). Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), 327–334. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx041>
- Tsang, T. W., Kohn, M. R., Efron, D., Clarke, S. D., Clark, R. C., Lamb, C., & Williams, L. M. (2015). Anxiety in young people with ADHD: Clinical and self-report outcomes. *Journal of Attention Disorders*, 19(1).
- Valentijn, P. P., Boesveldt, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., Molema, J. J. W., ... Vrijhoef, H. J. M. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: A mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, 15(Jan-Mar 2015), 1–18. <https://doi.org/10.5334/ijic.1513>
- van Biljon, S., & Kritzinger, A. (2019). Early identification of learners with autism spectrum disorder: Drawing on developmental histories. *Early Child Development and Care*, 189(1), 157–167. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1301934>
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario*. Brussels, Belgium. Geraadpleegd van https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_175A_geestelijke_gezondheidszorg_kinderen_en_adolescenten.pdf
- Vlaamse overheid. Decreet betreffende de [centra voor (verv. decr. 5 april 2019, art. 30, I: te bepalen door de Vlaamse Regering)] geestelijke gezondheidszorg (1999). Geraadpleegd van <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1006760¶m=inhoud>
- Vlaamse overheid. Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de bepaling van de patiëntbijdrage in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (2012). Geraadpleegd van <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1022450¶m=informatie>
- Vlaamse overheid. (2014). *Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019*. Geraadpleegd van <https://www.vlaanderen.be/publicaties/het-regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2014-2019>
- Vlaamse overheid. Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 6 juli 2018 betreffende de overname van de sectoren psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschermd wonen, revalidatieovereenkomsten, revalidatieziekenhuizen en multid (2018). Geraadpleegd van <https://codex.vlaanderen.be/zoeken/Document.aspx?DID=1030167¶m=informatie>
- Vlaamse overheid. (2018b). *Vijfde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 8 juni 2018 voor de social/non-profitsectoren voor de periode 2018-2020*. Geraadpleegd van <https://www.vlaanderen.be/nbwa-news-message-document/document/09013557802739a0>
- Vlaamse overheid. Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (2019). België: Belgisch Staatsblad 17/05/2019, p 47434. Geraadpleegd van <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1031696¶m=inhoud&ref=search&AVIDS=>

- Vlaamse overheid. (2019b). *Regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2019-2024*. Geraadpleegd van <https://www.vlaanderen.be/publicaties/regeerakkoord-van-de-vlaamse-regering-2019-2024>
- Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.). Facturatie-instructies: Pseudonomenclatuurcodes en voorzieningen die mogen factureren. Geraadpleegd van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/Pseudonomenclatuurcodes>
- Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid. (2018a). *Referentiekader Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg*. Geraadpleegd van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-centra-geestelijke-gezondheid>
- Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid. (2018b). *Revalidatieovereenkomst tussen de Vlaamse gemeenschap en Centra voor Ambulante Revalidatie*. Geraadpleegd van <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Kwaliteit-en-indicatoren/>
- Vlaamse overheid - Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019). Een stevig fundament voor de Vlaamse revalidatiesector. Geraadpleegd van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/een-stevig-fundament-voor-de-vlaamse-revalidatiesector>
- Vlaamse overheid - Onderwijs. (2014). Decreet betreffende de hogescholen in de Vlaamse gemeenschap. Geraadpleegd van <https://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=12458#217287>
- Vlaamse overheid - Vlaamse Zorginspectie. (z.d.). Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Geraadpleegd van <https://k00118.login.kanooh.be/zorginspectie/centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>
- Vlaamse overheid - Vlaamse Zorginspectie. (2012). *Beleidsrapport: Centra voor geestelijke gezondheidszorg - tweede auditcyclus 2008-2012*. Geraadpleegd van <https://www.vlaanderen.be/publicaties/centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>
- Vllasaliu, L., Jensen, K., Hoss, S., Landenberger, M., Menze, M., Schütz, M., ... Freitag, C. M. (2016). Diagnostic instruments for autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012036>
- Weitzman, C., Wegner, L., AAP Section on developmental and behavioral pediatrics, AAP Committee on psychosocial aspects of child and family health, AAP Council on early childhood, & AAP Society for developmental and behavioral pediatrics. (2015). Promoting optimal development: Screening for behavioral and emotional problems. *PEDIATRICS*, 135(2), 384–395. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3716>
- WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8601_03
- WHO. (2016). Integrated care models: an overview. *Health Services Delivery Programme*, 31. Geraadpleegd van http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf%0Ahttp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf%0Ahttp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/In
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53(6), 695–705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R. T., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H. M., ... Davidson, C. (2011). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *PEDIATRICS*, 128(5), 1007–1022. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2654>
- Wolraich, M., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., ... AAP Subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of ADHD in Children and Adolescents. *PEDIATRICS*, 144(4), 54–54. https://doi.org/10.5005/jp/books/12480_13
- Wright, J., Williams, R., & Wilkinson, J. (1998). Development and importance of health needs assessment. *BMJ*, 316(7140), 1310–1313. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9554906%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1113037>

- Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., & González, R. A. (2015). Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(12), 2499–2510. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000598>
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., Pierce, K., ... Wetherby, A. (2015). Early identification and interventions for autism dpectrum disorder: Executive summary. *PEDIATRICS*, 136(Supplement 1), S1–S9. Geraadpleegd van https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/136/Supplement_1/S1.full.pdf

Bijlagen

Bijlage 1: Overlegmomenten in deze studie

	Datum	Samenstelling	Moderator/ voorzitter	Ondersteuning	Aanwezigen
Stuurgroep	27/05/'19		Tineke Oosterlinck (VAZG)	Mark Leys (VUB)	3 + 3 onderzoekers
Focusgroep 1	18/06/'19	Beleidsverantw. KJ-teams CGG	Mark Leys (VUB)	Eva Cloet (VUB) Eva Kimpe (VUB)	11 + 3 onderzoekers
Focusgroep 2	25/06/'19	Directies CAR	Eva Cloet (VUB)	Mark Leys (VUB) Eva Kimpe (VUB)	12 + 3 onderzoekers
Focusgroep 3	03/07/'19	Zorgverstrekkers CAR	Eva Cloet (VUB)	Eva Kimpe (VUB)	8 + 2 onderzoekers
Expertengroep	02/07/'19		Mark Leys (VUB)	Eva Cloet (VUB) Eva Kimpe (VUB)	6 + 3 onderzoekers
Focusgroep 4	11/09/'19	Zorgverstrekkers KJ-teams CGG	Mark Leys (VUB)	Eva Kimpe (VUB)	4 + 2 onderzoekers
Expertengroep	24/09/'19	Expertengroep + bijkomende participanten uit de sector (CAR-CGG)	Mark Leys (VUB)	Eva Cloet (VUB) Eva Kimpe (VUB)	6 + 3 onderzoekers
Stuurgroep	01/10/'19		Tineke Oosterlinck (VAZG)	Mark Leys (VUB)	2 + 3 onderzoekers

Bijlage 2: Zoekalgoritme prevalentie

("Anxiety Disorders"[Mesh] OR "Bipolar and Related Disorders"[Mesh] OR "Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders"[Mesh] OR "Dissociative Disorders"[Mesh] OR "Elimination Disorders"[Mesh] OR "Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR "Mood Disorders"[Mesh] OR "Motor Disorders"[Mesh] OR "Neurocognitive Disorders"[Mesh] OR "Neurotic Disorders"[Mesh] OR "Personality Disorders"[Mesh] OR "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders"[Mesh] OR "Sexual Dysfunctions, Psychological"[Mesh] OR "Sleep Wake Disorders"[Mesh] OR "Somatoform Disorders"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders"[Mesh] OR "Trauma and Stressor Related Disorders"[Mesh]) AND "Neurodevelopmental Disorders/epidemiology"[Majr] AND "Comorbidity"[Mesh] AND "Prevalence"[Mesh]

Filters:

- Kinderen (0-18 jaar)
- Publicatiedatum <5 jaar

Bijlage 3: Topic-lijst focusgroep beleidsverantwoordelijken KJ-teams CGG

Achtergrond: doelstellingen en subdoelstelling

Hoofddoelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> • Inzicht verwerven in de bereidheid tot samenwerking met de CAR rond de specifieke doelgroep (interorganisatorisch) • Inzicht verwerven in de randvoorwaarden voor samenwerking met de CAR rond de specifieke doelgroep (intra-organisatorisch) • Inzicht verwerven in de concrete toepasbaarheid van samenwerkingsvormen met de CAR rond de specifieke doelgroep vanuit perceptie van bestuursleden van de CGG 	
Subdoelstellingen per topic	Bereidheid	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de CGG bereid zijn om samen te werken met de CAR in functie van de noden van de doelgroep
	Capaciteit	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de CGG hun capaciteit (tijd, personeel) willen inzetten in functie van de noden van de doelgroep • Nagaan of de CGG hun capaciteit (tijd, personeel) kunnen inzetten in functie van de noden van de doelgroep <ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de wachtlijsten- en tijden binnen de CGG een invloed kunnen/zullen hebben op een samenwerking met de CAR voor deze specifieke doelgroep
	Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de CGG momenteel in contact komen met de doelgroep (bevraging prevalentie) • Nagaan hoe er omgegaan zal worden met kwetsbare groepen binnen de doelgroep
	Professies	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de CGG over competenties beschikken die ingezet kunnen worden in functie van de noden van de doelgroep (theoretische kennis, praktische ervaring) • Nagaan welke beroepsgroepen ingezet kunnen worden voor een samenwerkingsmodel met de CAR in functie van de noden van de doelgroep, rekening houdend met de trajectbenadering (vroegdetectie, diagnostiek, behandeling en zorg, ondersteuning en begeleiding)
	Financiering	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan welk financieringsmodel de CGG voor ogen hebben bij een samenwerkingsmodel met de CAR voor deze doelgroep
	Regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan hoe de beroepsgroepen ingezet kunnen worden in functie van de noden van de doelgroep • Nagaan of er voorwaarden zijn in de regelgeving die een samenwerking met de CAR bemoeilijken of verhinderen
	Cultuurverschil	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of er organisatie-cultuurverschillen bestaan tussen CGG en CAR die een samenwerking verhinderen

	Samenwerkingsmodel	<ul style="list-style-type: none">• Nagaan hoe de CGG een samenwerking met de CAR voor de specifieke doelgroep concreet vorm zien krijgen
	Regionale spreiding	<ul style="list-style-type: none">• Nagaan of de regionale spreiding van de CAR en CGG een invloed heeft op een samenwerkingsverband• Nagaan hoe er omgegaan zal worden met de regionale spreiding van CAR en CGG voor de zorgverlening aan de doelgroep• Nagaan hoe de CGG een infrastructurele invulling van samenwerking met de CAR beschouwen• Nagaan op welk zorgniveau de samenwerking zich afspeelt

Welkom

- Voorstelling onderzoekers
- Situering onderzoek: probleem- en doelstelling (doelgroep)
- Verklaring hoofddoelstelling focusgroep

Kennismaking/korte voorstelling

- Korte voorstelling door deelnemers

Openingsvraag

- Zijn jullie bereid om voor de gedefinieerde doelgroep uit het project een samenwerkingsverband met de CAR aan te gaan?

Kernvragen

Vragenblok		Topic	Aanknopingspunt literatuur	Relevante voorbeeld-vragen
1	Bereidheid	~ openingsvraag		
2	Randvoorwaarden	<p>Capaciteit</p> <p><u>RK CGG</u> KJ-teams: max. aanwezigheid woensdagnamiddag CGG doet inspanningen om wachttijd te beperken en evt. te overbruggen (zelfhulpgroepen, online zelfhulp, toewijzing therapeut, netwerkoverleg, ...)</p> <p><u>Kerncijfers 2017 CGG</u> 1^e face to face (FTF) gesprek: intakegesprek 2e FTF gesprek: 1^e behandelingssessie Gemiddelde wachttijd tot 1^e FTF gesprek bedroeg voor kinderen gemiddeld 66 dagen Gemiddelde wachttijd tussen 1^e en 2^e FTF gesprek bedroeg voor kinderen gemiddeld 56 dagen Gemiddelde wachttijd tot 1^e FTF gesprek bedroeg voor verstandelijk gehandicapten gemiddeld 96 dagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Willen en kunnen jullie tijd en personeel vrijmaken voor deze doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Voor welke fase in het behandelingstraject?</i> • <i>Binnen welke termijn, rekening houdend met de huidige wachttijden (voor kinderen gem. 66 dagen voor intake en 56 dagen tussen intake en behandeling)?</i> • <i>Zijn er mogelijkheden om de wachttijd te overbruggen voor deze doelgroep (RK)?</i> 	

			Gemiddelde wachttijd tussen 1 ^e en 2 ^e FTF gesprek bedroeg voor verstandelijk gehandicapten gemiddeld 46 dagen	
		Doelgroep	<u>RK CGG</u> Duidelijk geëxpliciteerde in- en exclusiecriteria op doelgroepniveau (gebaseerd op aantoonbaar overleg met andere zorgactoren)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Komen jullie KJ-teams op dit ogenblik reeds in aanraking met de doelgroep?</i> • <i>Hoe gaan ze met deze doelgroep verder aan de slag?</i> • <i>Welke inclusie- en exclusiecriteria zouden er gehanteerd moeten worden voor deze doelgroep, m.a.w.: wie behoort er wel of niet tot de doelgroep?</i> • <i>Hoe zal er worden omgegaan met kwetsbare groepen binnen de doelgroepopulatie?</i>
		Professies	<u>Noden doelgroep</u> Vroegdetectie: jaarlijkse mentale gezondheidsscreening Diagnose en indicatie: Aangepaste diagnostische methodiek, functionele analyse Behandeling: gedragstherapie, farmacologische interventies, contexttherapie <u>RK CGG</u> Diagnose en indicatie: sociale, psychologische en psychiatrische discipline worden betrokken + CGG beschikt over voldoende en kwaliteitsvol diagnostisch instrumentarium <u>Kerncijfers 2017 CGG</u> 58% van activiteiten wordt uitgevoerd door psychologen 26% van activiteiten wordt uitgevoerd door maatschappelijk assistenten, logopedisten of andere dienstverlenende functies	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Beschikken de CGG over kennis-competenties om zorg te verlenen aan de doelgroep?</i> • <i>Beschikken de CGG over praktische ervaring in de zorgverlening aan de doelgroep?</i> • <i>Is er bijkomende opleiding noodzakelijk?</i> • <i>Kunnen bepaalde zorgberoepen ingezet worden in de zorgverlening voor de doelgroep?</i>

		13% van activiteiten wordt uitgevoerd door psychiaters	
	Financiering	<p><u>BVR 5/10/2012</u></p> <p>Patiëntbijdrage bedraagt 11€ voor elk contact met CGG medewerker</p> <p>Bij uitbreiding van de enveloppe voor een doelgroep die niet behoort tot de basiswerking, worden de middelen (in de vorm van FTE) ingezet voor die doelgroep</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe beschouwen de CGG de financiering voor deze doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Op organisatieniveau (enveloppe)</i> • <i>Op patiëntniveau (patiëntbijdrage)</i> • <i>Hoe kan omgegaan worden met de verschillende financieringsmodellen tussen de CGG en de CAR</i>
	Regelgeving	<p><u>RK CGG</u></p> <p>Diagnose en indicatie: max. 2 maanden na aanmelding</p> <p>Behandeling: CGG stelt voor elke patiënt een behandelplan op, ten laatste na het 4^e FTF gesprek</p> <p>Behandelplan bevat informatie over parallelle interventies door andere organisaties (en afstemming met het plan)</p> <p>Zorgproces dat > 6 maanden loopt binnen CGG wordt halfjaarlijks intercollegiaal besproken (betrekking patiënt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe kan het regelgevend kader een invloed hebben op een mogelijke samenwerking</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe en waar zou een halfjaarlijks overleg plaatsvinden?</i> • <i>Stellen beide organisaties een behandelplan op?</i>
	Cultuurverschil	<p><u>RK CGG</u></p> <p>Diagnostisch proces volgens methodische cyclus obv klinische expertise en/of objectiverend OZ (al dan niet binnen CGG)</p> <p>CGG heeft aandacht voor problemen op andere levensgebieden (wonen, werk, sociaal contact)</p> <p>CGG hanteert online-methodieken</p> <p>CGG past een niet-op-afspraak beleid toe</p> <p>CGG maakt ruimte voor zorgvernieuwende initiatieven</p>	

3	Samenwerkingsmodel	Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Zijn er op dit ogenblik reeds CGG die samenwerken met de CAR (al dan niet voor de gedefinieerde doelgroep)? • Hoe verloopt deze samenwerking? 	
		Soorten modellen Evenwaardige partners, outreachend, doorverwijzing	<u>RK CGG</u> Duidelijke communicatie met patiënt over doorverwijzing CGG werken binnen 1 of meer GGZ netwerken waarin samenwerkingsafspraken en procedures zijn overeengekomen teneinde een voldoende gedifferentieerd en doelgroepgericht GGZ aanbod te realiseren In kader van getrapte en geïntegreerde zorg, stemmen de CGG hun werking af met relevante actoren in welzijn en GZ. Er is samenwerking met generalistische en gespecialiseerde zorgpartners, zowel gesubsidieerd als privaat	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe zouden jullie een samenwerking met de CAR concreet vorm zien krijgen?</i> • <i>Hoe positioneren de CGG zich binnen een GGZ netwerk?</i> • <i>Welke organisatie neemt de zorgcoördinatie op zich of werken beide organisaties los van elkaar?</i> • <i>Hoe zou de communicatie met de patiënt verlopen?</i>
4	Regionale spreiding	Toegankelijkheid: fysiek	<u>RK CGG</u> CGG beschikken over aangepaste, comfortabele en veilige huisvesting die vlot bereikbaar en toegankelijk is waarvan de fysieke toegankelijkheid gewaarborgd is	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe wordt er op dit ogenblik samengewerkt met partners en op welke manier wordt er momenteel rekening gehouden met de regionale spreiding van vestigingen? • <i>Hoe zouden de vereisten voor een vlotte fysieke toegankelijkheid gewaarborgd worden binnen een samenwerkingsmodel met de CAR?</i>
		Zorgniveau	<u>Decreet 05/04/2019</u> Zorgniveau 0a-2b Verschillende functies (A-F) <u>RK CGG</u> (zie samenwerkingsmodel): GGZ netwerk, samenwerking met andere actoren	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe positioneren de CGG zich binnen een GGZ netwerk en hoe verhouden ze zich ten opzichte van de CAR in dit netwerk?</i>

Afsluiting

- Samenvatting focusgroep

Afronding en bedanking

Bijlage 4: Topic-lijst focusgroep directies CAR

Achtergrond: doelstellingen en subdoelstelling

Hoofddoelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> • Inzicht verwerven in de bereidheid tot samenwerking met de CGG rond de specifieke doelgroep (interorganisatorisch) • Inzicht verwerven in de randvoorwaarden voor samenwerking met de CGG rond de specifieke doelgroep (intra-organisatorisch) • Inzicht verwerven in de concrete toepasbaarheid van samenwerkingsvormen met de CGG rond de specifieke doelgroep vanuit perceptie van bestuursleden van de CAR 	
Subdoelstellingen per topic	Bereidheid	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de CAR bereid zijn om samen te werken met de CGG in functie van de noden van de doelgroep
	Capaciteit	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de CAR hun capaciteit (tijd, personeel) willen inzetten in functie van de noden van de doelgroep • Nagaan of de CAR hun capaciteit (tijd, personeel) kunnen inzetten in functie van de noden van de doelgroep <ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de wachtlijsten- en tijden binnen de CAR een invloed kunnen/zullen hebben op een samenwerking met de CGG voor deze specifieke doelgroep
	Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de CAR momenteel in contact komen met de doelgroep (bevraging prevalentie) • Nagaan hoe er omgegaan zal worden met kwetsbare groepen binnen de doelgroep
	Professies	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de CAR over competenties beschikken die ingezet kunnen worden in functie van de noden van de doelgroep (theoretische kennis, praktische ervaring) • Nagaan welke beroepsgroepen ingezet kunnen worden voor een samenwerkingsmodel met de CGG in functie van de noden van de doelgroep, rekening houdend met de trajectbenadering (vroegdetectie, diagnostiek, behandeling en zorg, ondersteuning en begeleiding)
	Financiering	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan welk financieringsmodel de CAR voor ogen hebben bij een samenwerkingsmodel met de CGG voor deze doelgroep
	Regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan hoe de beroepsgroepen ingezet kunnen worden in functie van de noden van de doelgroep • Nagaan of er voorwaarden zijn in de regelgeving die een samenwerking met de CGG bemoeilijken of verhinderen
	Cultuurverschil	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of er organisatie-cultuurverschillen bestaan tussen CGG en CAR die een samenwerking verhinderen
	Samenwerkingsmodel	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan hoe de CAR een samenwerking met de CGG voor de specifieke doelgroep concreet vorm zien krijgen

	Regionale spreiding	<ul style="list-style-type: none">• Nagaan of de regionale spreiding van de CAR en CGG een invloed heeft op een samenwerkingsverband• Nagaan hoe er omgegaan zal worden met de regionale spreiding van CAR en CGG voor de zorgverlening aan de doelgroep• Nagaan hoe de CAR een infrastructurele invulling van samenwerking met de CGG beschouwen• Nagaan op welk zorgniveau de samenwerking zich afspeelt
--	----------------------------	---

Welkom

- Voorstelling onderzoekers
- Situering onderzoek: probleem- en doelstelling (doelgroep)
- Verklaring hoofddoelstelling focusgroep

Kennismaking/korte voorstelling

- Korte voorstelling door deelnemers

Openingsvraag

- Zijn jullie bereid om voor de gedefinieerde doelgroep uit het project een samenwerkingsverband met de CGG aan te gaan?

Kernvragen

Vragenblok		Topic	Aanknopingspunt literatuur	Relevante voorbeeld-vragen
1	Bereidheid	~ openingsvraag		
2	Randvoorwaarden	Capaciteit	<u>Overeenkomst CAR</u> Art 9. Een revalidatieprogramma bestaat uit een multidisciplinair aanvangsbilan en een multidisciplinaire revalidatie Art 8. Aanvangsbilan moet aanvatten binnen 6 maanden na doorverwijzing (indien >6 maanden dient een nieuwe verwijsbrief opgemaakt te worden) Art 9. De revalidatie vat aan max. 1 jaar na het einde van het aanvangsbilan	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Willen en kunnen jullie tijd en personeel vrijmaken voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van de psychiatrische comorbiditeit?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Voor welke fase in het behandelingstraject?</i> • <i>Op welke manier zal er worden omgegaan met wachttijden voor deze doelgroep?</i>
		Doelgroep	<u>Overeenkomst CAR</u> Art 5. Secundaire stoornissen die het gevolg zijn van emotionele toestand komen <u>niet</u> in aanmerking voor revalidatie	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Komen jullie organisaties op dit ogenblik reeds in aanraking met de doelgroep?</i> • <i>Hoe gaan ze met deze doelgroep verder aan de slag?</i>

			<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zijn de CAR bevoegd om een diagnose van een psychiatrische comorbiditeit te stellen (zie ook regelgeving)?</i>
	Professies	<p><u>Noden doelgroep</u> Vroegdetectie: jaarlijkse mentale gezondheidsscreening Diagnose en indicatie: Aangepaste diagnostische methodiek, functionele analyse Behandeling: gedragstherapie, farmacologische interventies, contexttherapie</p> <p><u>Overeenkomst CAR</u> Art 12. De equipe van de CAR bestaat uit een medische discipline (specifieke specialisatie) en uit min. 2 leden met een verschillende psychologische en/of paramedische specialisatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Beschikken de CAR over beroepsgroepen met voldoende competenties om in te spelen op de noden van de doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Voor elke fase binnen het behandelingstraject?</i> • <i>Willen de CAR hun zorgverstrekkers inzetten om tegemoet te komen aan de noden van de doelgroep?</i> • <i>Kunnen de CAR hun zorgverstrekkers inzetten om tegemoet te komen aan de noden van de doelgroep?</i>
	Financiering	<p><u>Overeenkomst CAR</u> Art 22. De CAR worden enkel vergoed voor verstrekkingen die een diagnostisch of therapeutisch doel hebben Art 25 + 27. De bijdragen worden forfaitair bepaald obv het aantal revalidatiezittingen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe zien de CAR de financiering binnen een samenwerkingsmodel met de CGG?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Op organisatieniveau? (conventionele afspraken)</i> • <i>Op patiëntniveau? (derdebetalersregeling, remgeld)</i>
	Regelgeving	<p><u>Overeenkomst CAR</u> Art 8. Aanvangsbilan moet aanvatten binnen 6 maanden na doorverwijzing (indien >6 maanden dient een nieuwe verwijsbrief opgemaakt te worden) Art 9. De revalidatie vat aan max. 1 jaar na het einde van het aanvangsbilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Het aanvangsbilan mag slechts 1 keer uitgevoerd worden en de revalidatie-overeenkomst stelt dat secundaire stoornissen als gevolg van een emotionele toestand niet in aanmerking komen voor revalidatie. Zijn de CAR dan bevoegd om een psychiatrische comorbiditeit te</i>

			<p>Art 9. Een aanvangsbilan mag slechts éénmalig uitgevoerd worden</p> <p>Art 15. Het revalidatieprogramma binnen de CAR is beperkt in tijd en/of beperkt in het aantal zittingen</p>	<p><i>diagnosticeren binnen hun revalidatieprogramma? Gelet op dit feit dient de diagnose van de psychiatrische comorbiditeit dan plaats te vinden tijdens het aanvangsbilan?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Hoe zal er worden omgegaan met de beperking in tijd en beperking in aantal zittingen in het revalidatieprogramma?</i>
		Cultuurverschil	<p>CAR: tot voor kort federale bevoegdheid, sterk revalidatie-georiënteerd</p> <p>CGG: sinds geruime tijd Vlaamse bevoegdheid, brede GGZ benadering</p>	<p><i>Zijn er cultuurverschillen die een invloed kunnen hebben op de samenwerking met de CGG, rekening houdend met de overlap in de GGZ maar een andere insteek?</i></p>
3	Samenwerkingsmodel	Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> <i>Zijn er op dit ogenblik reeds CAR die samenwerken met de CGG (al dan niet voor de gedefinieerde doelgroep)?</i> <i>Hoe verloopt deze samenwerking?</i> 	
		Soorten modellen Evenwaardige partners, outreachend, doorverwijzing	<p><u>Overeenkomst CAR</u></p> <p>Art 13. Er moeten elk jaar min. 2 contacten zijn tussen de arts behorend tot de voorziene equipe en de patiënt en/of familie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Hoe zien de CAR een samenwerking met de CGG concreet vorm krijgen?</i> <i>Hoe positioneren de CAR zich binnen een GGZ netwerk?</i> <i>Wie neemt de zorgcoördinatie op zich binnen het samenwerkingsmodel?</i> <i>Hoe zal de communicatie met de patiënt verlopen?</i>
4	Regionale spreiding	Toegankelijkheid: fysiek	<p><u>Overeenkomst CAR</u></p> <p>Art 10. Het revalidatieprogramma kan plaatsvinden in een ander (gespecialiseerd) CAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Hoe wordt er op dit ogenblik samengewerkt met partners en op welke manier wordt er momenteel rekening gehouden met de regionale spreiding van vestigingen?</i>

				<ul style="list-style-type: none"> Hoe zal er omgegaan worden met de verwijzing naar een ander CAR in functie van samenwerking met CGG?
		Zorgniveau	<u>Decreet 05/04/2019</u> Zorgniveau 0a-2b Verschillende functies (A-F)	<ul style="list-style-type: none"> Hoe positioneren de CAR zich in een GGZ netwerk en hoe verhouden ze zich tegenover de CGG binnen dit netwerk?

Afsluiting

- Samenvatting focusgroep
- Afronding en bedanking

Bijlage 5: Topic-lijst focusgroep zorgverstrekkers CAR

Achtergrond en doelstellingen

Hoofdoelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> • Inzicht verwerven in de huidige populatie, hoe de CAR de vooropgestelde doelgroep definiëren en of deze doelgroep al dan niet deel uitmaakt van hun huidige werking • Inzicht verwerven in de taken en opdrachten van de verschillende beroepsgroepen binnen de CAR en de manier waarop deze een invulling kunnen geven voor de noden van de doelgroep • Inzicht verwerven in de manier waarop zorgverstrekkers binnen de CAR een mogelijke samenwerking met de CGG voor de doelgroep vorm zien krijgen 	
Subdoelstellingen per topic	Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan hoe de doelgroep uit het onderzoek omschreven wordt door de zorgverstrekkers binnen de CAR • Nagaan of de CAR op dit ogenblik reeds in contact komen met de doelgroep • Nagaan welke zorgverlening op dit ogenblik geboden wordt binnen de CAR voor de doelgroep
	Zorgnoden	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan hoe de zorgverstrekkers binnen de CAR de zorgnoden van de gespecificeerde doelgroep omschrijven voor elke fase in het zorgtraject
	Professies	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan over welke competenties de CAR beschikken om tegemoet te komen aan de zorgnoden van de doelgroep • Nagaan over welke competenties de CAR niet beschikken om tegemoet te komen aan de zorgnoden van de doelgroep
	Taken en opdrachten	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan welke zorgverstrekkers binnen de CAR bepaalde taken kunnen vervullen in functie van de zorgnoden van de doelgroep
	Samenwerkingsmodel	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de zorgverstrekkers binnen de CAR bereid zijn om samen te werken met zorgverstrekkers in de CGG • Nagaan hoe de zorgverstrekkers binnen de CAR een samenwerking met zorgverstrekkers in de CGG concreet vorm zien krijgen voor de doelgroep • Nagaan hoe de verantwoordelijkheden in de zorgverlening voor de patiënt vastgelegd worden
	Doorverwijzing en zorgcontinuïteit	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan op welke manier zorgverstrekkers uit de beide organisaties de zorgverlening kunnen garanderen voor de doelgroep
	Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan op welke manier communicatie tussen de beide organisaties omtrent de zorgverlening rond een specifieke patiënt uit de doelgroep zal verlopen • Nagaan op welke manier de communicatie met de patiënt en familie zal verlopen binnen beide organisaties

Welkom

- Voorstelling onderzoekers
- Situering onderzoek: probleem- en doelstelling (doelgroep)
- Verklaring hoofddoelstelling focusgroep

Kennismaking/korte voorstelling

- Korte voorstelling door deelnemers

Openingsvraag

- **In het onderzoek wordt gesproken over kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis gepaard gaande met een comorbide psychiatrische aandoening en/of ernstige contextproblematiek. Wat verstaan jullie onder deze doelgroep?**

Kernvragen

Vragenblok		Topic	Aanknopingspunt literatuur	Relevante voorbeeld-vragen
1	Doelgroep	<p>~ <i>Openingsvraag</i></p> <p><u>Onderzoeksfiche</u> Kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis gepaard gaande met een comorbide psychiatrische aandoening en/of contextproblemen</p> <p><u>Prevalentiecijfers psychiatrische comorbiditeit (literatuur)</u> 2-85% bij ASS, 4-70% bij ADHD, 4-31% bij Gilles de la Tourette, 19% bij fragiele X syndroom en 7-13% bij FASS</p> <p><u>KCE rapport 2008</u> Aanmeldingsproblematiek: ontwikkelingsproblemen (Specifieke leerstoornis, lichte mentale retardatie, taal- en spraak OS, pervasieve OS, hyperkinetische stoornis)</p> <p>Diagnostiek: 88% behoort tot groepen van mentale retardatie, OS en gedragsstoornissen</p> <p><u>Overeenkomst CAR</u> Art 3. Rechthebbende op revalidatie:</p>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Komen de CAR op dit ogenblik reeds in contact met deze doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Over hoeveel kinderen en jongeren gaat dit?</i> • <i>Welke zorgverlening wordt er op dit ogenblik geboden voor deze doelgroep?</i>

		<p>Personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen en jongeren met een mentale handicap volgens ICD-10 codes F70-F79 • Kinderen en jongeren met een pervasieve OS • Kinderen en jongeren met een complexe OS • Kinderen jongeren met een hyperkinetische stoornis gekenmerkt door een gelijktijdig tekort aan aandacht en aan overactiviteit • Personen die stotteren • Kinderen en jongeren met gehoorstoornissen optredend voor een leeftijd van 6 jaar • Kinderen en jongeren met een verworven gehoorstoornis met een gemiddeld gehoorverlies van minimaal 70 dB HL • Personen met een verworven gehoorstoornis optredend na de leeftijd van 6 jaar met een gemiddeld gehoorverlies van minimaal 40 dB HL • Personen met gehoorstoornissen en (nood aan) een een cochleair implantaat • Kinderen en jongeren met een ernstige dyssociale, agressieve of provocerende gedragsstoornis • Kinderen en jongeren met stemmingsstoornissen (manische, depressief, bipolair) • Kinderen en jongeren met een hersenverlamming • Kinderen (tot 7 jaar) met een vermoedensdiagnose van één van bovenstaande stoornissen 		
2	Zorgverlening	<p>Zorgnoden</p>	<p><u>Zorgnoden (literatuur)</u></p> <p>Vroegdetectie: jaarlijkse (mentale) screening</p> <p>Diagnostiek: aangepaste diagnostische methodiek + functionele analyse</p> <p>Behandeling en zorg: aangepast zorgplan + farmacologische behandeling + aangepaste therapievorm (cognitieve gedragstherapie en contexttherapie) + urgentie van behandeling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welke zijn, volgens de CAR, de zorgnoden van de doelgroep?</i>

		<p>Begeleiding en ondersteuning: aangepaste fysieke en sociale omgeving + soc. omgeving als facilitator voor interventies + tijdelijke alternatieve ondersteuning voor soc. omgeving</p> <p>Kennisdeling: zorgcoördinatie en gespec. zorgteams + registratie en monitoring hoog-risico personen + soc. omgeving informeren en sensibiliseren</p>	
	Professies	<p><u>Overeenkomst CAR</u></p> <p>Art 17. De CAR specialiseren zich in doelgroepen waarbij de disciplines bepaald worden afhankelijk van de doelgroep</p> <p>Art 11. Er zijn minimaal drie disciplines betrokken bij het MD revalidatieprogramma, namelijk: 1 arts en 2 andere personen van 2 verschillende disciplines</p> <p>Art 12. De arts is een specialist in de volwassenen- of kinder- en jeugdpsychiatrie, neuropsychiatrie, pediatrie of neurologie (met evt. bijkomende erkenning in de pediatrie neurologie), otorhinolaryngologie, fysische geneeskunde en revalidatie (groep 1 of 14)+ bij voorkeur bijkomende erkenning in de revalidatie</p> <p>Andere disciplines: master in de psychologie, pedagogie of orthopedagogie; bachelor in de psychologie of toegepaste psychologie of psychodiagnostiek; bachelor of master gemachtigd om logopedieverstrekkingen uit te voeren; bachelor of master gemachtigd om audiologieverstrekkingen uit te voeren; master gemachtigd om (kinesi)therapieverstrekkingen uit te voeren; bachelor of master gemachtigd om ergotherapieverstrekkingen uit te voeren;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welke competenties zijn nodig om de zorgnoden van de doelgroep in te vullen?</i> • <i>Beschikt de CAR over deze competenties?</i>

			bachelor of master gemachtigd om psychomotoriekverstrekkings uit te voeren; bachelor in sociaal werk of bachelor in de sociale verpleegkunde; bachelor in de orthopedagogie	
		Taken en opdrachten	<p><u>Zorgnoden (literatuur)</u></p> <p>Vroegdetectie: jaarlijkse (mentale) screening</p> <p>Diagnostiek: aangepaste diagnostische methodiek + functionele analyse</p> <p>Behandeling en zorg: aangepast zorgplan + farmacologische behandeling + aangepaste therapievorm (cognitieve gedragstherapie en contexttherapie) + urgentie van behandeling</p> <p>Begeleiding en ondersteuning: aangepaste fysieke en sociale omgeving + soc. omgeving als facilitator voor interventies + tijdelijke alternatieve ondersteuning voor soc. omgeving</p> <p>Kennisdeling: zorgcoördinatie en gespec. zorgteams + registratie en monitoring hoog-risico personen + soc. omgeving informeren en sensibiliseren</p> <p><u>Overeenkomst CAR</u></p> <p>Art 9. De CAR bieden een MD revalidatieprogramma bestaande uit een MD aanvangsbilan en MD revalidatie</p> <p>Art 22. Binnen het MD revalidatieprogramma worden zittingen georganiseerd die een diagnostisch of therapeutisch doel hebben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welke taken kunnen de CAR op zich nemen die een invulling zijn op de gedefinieerde zorgnoden?</i> • <i>Welke expertise missen de CAR om tegemoet te komen aan de zorgnoden van de doelgroep?</i> • <i>Hebben de CAR het idee dat de deskundigheid van een CGG ook ingezet kan worden voor deze doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Op welke manier?</i> • <i>In welke fase in het traject?</i>
3	Samenwerkingsmodel	Algemeen	<p><u>Profilering federatie CAR</u></p> <p>Met CLB, RCA en CGG bestaan officiële samenwerkingsovereenkomsten die de complementariteit van de hulpverlening benadrukken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zijn de zorgverstrekkers binnen een CAR bereid om samen te werken met de CGG in functie van de noden van de doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Waarom wel? Waarom niet?</i>

			<ul style="list-style-type: none"> • Zijn er CAR die momenteel al samenwerken met de CGG? <ul style="list-style-type: none"> • Voor welke doelgroep? • Welke vorm neemt deze samenwerking aan? • Hoe verloopt de samenwerking? • <i>Welke organisatie heeft de eindverantwoordelijkheid over de patiënt?</i>
	Doorwijzing en zorgcontinuïteit	<u>Profilering federatie CAR</u> De CAR ondersteunen een netwerkconcept dat de zorg regionaal afstemt en organiseert Het netwerk zorgt voor een transparante taakverdeling zodat duidelijk is welk centrum welk zorgprogramma aanbiedt	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Op welk ogenblik in het traject kan een samenwerking met de CGG aanvatten?</i> • <i>Hoe wordt de zorg concreet op elkaar afgestemd en georganiseerd?</i>
	Communicatie	<u>Overeenkomst CAR</u> Art 13. De arts dient min. 2 contacten per jaar te hebben met de patiënt en/of familie, er dient ook ingegaan worden op de vraag van de patiënt en/of familie naar een bijkomend contact	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe moet informatie gedeeld worden in een samenwerkingsmodel met de CGG?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Op patiëntniveau?</i> • <i>Op organisatieniveau?</i> • <i>Hoe zal worden omgegaan met communicatie met de patiënt en familie? Wie neemt welke verantwoordelijkheden op?</i>

Afsluiting

- Samenvatting focusgroep
Afronding en bedanking

Bijlage 6: Topic-lijst focusgroep zorgverstrekkers CGG

Achtergrond en doelstellingen

Hoofdoelstellingen	<ul style="list-style-type: none"> • Inzicht verwerven in de huidige populatie, hoe de CGG de vooropgestelde doelgroep definiëren en of deze doelgroep al dan niet deel uitmaakt van hun huidige werking • Inzicht verwerven in de taken en opdrachten van de verschillende beroepsgroepen binnen de CGG en de manier waarop deze een invulling kunnen geven voor de noden van de doelgroep • Inzicht verwerven in de manier waarop zorgverstrekkers binnen de CGG een mogelijke samenwerking met de CAR voor de doelgroep vorm zien krijgen 	
Subdoelstellingen per topic	Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan hoe de doelgroep uit het onderzoek omschreven wordt door de zorgverstrekkers binnen de CGG • Nagaan of de CGG op dit ogenblik reeds in contact komen met de doelgroep • Nagaan welke zorgverlening op dit ogenblik geboden wordt binnen de CGG voor de doelgroep
	Zorgnoden	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan hoe de zorgverstrekkers binnen de CGG de zorgnoden van de gespecificeerde doelgroep omschrijven voor elke fase in het zorgtraject
	Professies	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan over welke competenties de CGG beschikken om tegemoet te komen aan de zorgnoden van de doelgroep • Nagaan over welke competenties de CGG niet beschikken om tegemoet te komen aan de zorgnoden van de doelgroep
	Taken en opdrachten	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan welke zorgverstrekkers binnen de CGG bepaalde taken kunnen vervullen in functie van de zorgnoden van de doelgroep
	Samenwerkingsmodel	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan of de zorgverstrekkers binnen de CGG bereid zijn om samen te werken met zorgverstrekkers in de CAR • Nagaan hoe de zorgverstrekkers binnen de CGG een samenwerking met zorgverstrekkers in de CAR concreet vorm zien krijgen voor de doelgroep • Nagaan hoe de verantwoordelijkheden in de zorgverlening voor de patiënt vastgelegd worden
	Doorverwijzing en zorgcontinuïteit	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan op welke manier zorgverstrekkers uit de beide organisaties de zorgverlening kunnen garanderen voor de doelgroep
	Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Nagaan op welke manier communicatie tussen de beide organisaties omtrent de zorgverlening rond een specifieke patiënt uit de doelgroep zal verlopen • Nagaan op welke manier de communicatie met de patiënt en familie zal verlopen binnen beide organisaties

Welkom

- Voorstelling onderzoekers
- Situering onderzoek: probleem- en doelstelling (doelgroep)
- Verklaring hoofddoelstelling focusgroep

Kennismaking/korte voorstelling

- Korte voorstelling door deelnemers

Openingsvraag

- **In het onderzoek wordt gesproken over kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis gepaard gaande met een comorbide psychiatrische aandoening en/of ernstige contextproblematiek. Wat verstaan jullie onder deze doelgroep?**

Kernvragen

Vragenblok		Topic	Aanknopingspunt literatuur	Relevante voorbeeld-vragen
1	Doelgroep	<p>~ <i>Openingsvraag</i></p> <p><u>Onderzoeksfiiche</u> Kinderen en jongeren met een ontwikkelingsstoornis gepaard gaande met een comorbide psychiatrische aandoening en/of contextproblemen</p> <p><u>Prevalentiecijfers psychiatrische comorbiditeit (literatuur)</u> 2-85% bij ASS, 4-70% bij ADHD, 4-31% bij Gilles de la Tourette, 19% bij fragiele X syndroom en 7-13% bij FASS</p> <p><u>Kerncijfers CGG (kinderen en jongeren)</u> ±1000-2500: stoornis kindertijd ±750-1500: andere aandoeningen die reden voor zorg kunnen zijn ±500-1000: aanpassingsstoornis ±500-1000: angststoornis ±100-500: stemmingsstoornis <500: aan middelen gebonden stoornis</p>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Komen de CGG op dit ogenblik reeds in contact met deze doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Over hoeveel kinderen of jongeren gaat dit?</i> • <i>Welke zorgverlening wordt er op dit ogenblik geboden voor deze doelgroep?</i>

2	Zorgverlening	Zorgnoden	<p><u>Zorgnoden (literatuur)</u></p> <p>Vroegdetectie: jaarlijkse (mentale) screening</p> <p>Diagnostiek: aangepaste diagnostische methodiek + functionele analyse</p> <p>Behandeling en zorg: aangepast zorgplan + farmacologische behandeling + aangepaste therapievorm (cognitieve gedragstherapie en contexttherapie) + urgentie van behandeling</p> <p>Begeleiding en ondersteuning: aangepaste fysieke en sociale omgeving + soc. omgeving als facilitator voor interventies + tijdelijke alternatieve ondersteuning voor soc. omgeving</p> <p>Kennisdeling: zorgcoördinatie en gespec. zorgteams + registratie en monitoring hoog-risico personen + soc. omgeving informeren en sensibiliseren</p> <p><u>RK CGG</u></p> <p>Het CGG heeft aandacht voor psychische/psychiatrische problematiek maar ook voor problemen op andere levensgebieden (wonen, werk, sociale contacten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wat zijn, volgens de CGG, de zorgnoden voor deze doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Per fase in het behandelingstraject?</i>
		Professies	<p><u>RK CGG</u></p> <p>Psychiatrische discipline: geneesheer-specialist in psychiatrie of neuropsychiatrie, gespecialiseerd in pediatrie voor KJ-teams</p> <p>Psychologische discipline: doctor of master in de psychologische en/of pedagogische wetenschappen</p> <p>Agogische discipline: diplomahouder in een psychologische of sociale discipline</p> <p>Sociale discipline: diplomahouder in het sociaal-agogisch werk (orthopedagogie, assistent-psychologie, maatschappelijk assistent)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welke competenties zijn nodig om de zorgnoden van de doelgroep in te vullen?</i> • <i>Beschikt het CGG over deze competenties?</i>

			<p>> Het MDT binnen het CGG bestaat min. uit 1 FTE uit psychiatrische discipline, 1 FTE uit psychologische discipline e, 1 FTE uit sociale discipline</p> <p><u>Personeelscijfers CGG 2016</u></p> <p>De grootste groep hulpverleners binnen CGG zijn psychologen (58% van directe cliëntwerking; gem. 17,9 FTE psychologen binnen een CGG)</p> <p>Elk CGG beschikt over een psychiater die in loondienst of zelfstandige basis voor het CGG werkt (10% van de directe cliëntwerking; gem. 3,0 FTE psychiaters binnen een CGG)</p> <p>Overige directe cliëntwerking: 26% maatschappelijk werkers (master/bachelor) en 6% andere discipline</p>	
		<p>Taken en opdrachten</p>	<p><u>Zorgnoden (literatuur)</u></p> <p>Vroegdetectie: jaarlijkse (mentale) screening</p> <p>Diagnostiek: aangepaste diagnostische methodiek + functionele analyse</p> <p>Behandeling en zorg: aangepast zorgplan + farmacologische behandeling + aangepaste therapievorm (cognitieve gedragstherapie en contexttherapie) + urgentie van behandeling</p> <p>Begeleiding en ondersteuning: aangepaste fysieke en sociale omgeving + soc. omgeving als facilitator voor interventies + tijdelijke alternatieve ondersteuning voor soc. omgeving</p> <p>Kennisdeling: zorgcoördinatie en gespec. zorgteams + registratie en monitoring hoog-risico personen + soc. omgeving informeren en sensibiliseren</p> <p><u>RK CGG</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welke taken kunnen de CGG op zich nemen die een invulling zijn op de gedefinieerde zorgnoden?</i> • <i>Vanaf welke ogenblik in het traject kan een CGG tegemoet komen aan de zorgnoden van de doelgroep?</i> • <i>Welke expertise missen de CGG om tegemoet te komen aan de zorgnoden van de doelgroep?</i> • <i>Hebben de CGG het idee dat de deskundigheid van een CAR ook ingezet kan worden voor deze doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Op welke manier?</i> • <i>In welke fase in het traject?</i>

			<p>Het CGG verstrekt verantwoorde zorg inzake intake, diagnostiek, indicatiestelling, sociaal-psychiatrische en sociaal-therapeutische behandeling en begeleiding en informatie- en adviesverstrekking</p> <p>Tijdens diagnostiek en indicatiestelling worden sociale, psychologische en psychiatrische expertise betrokken</p> <p>Het CGG werkt volgend wetenschappelijk gevalideerde therapeutische strekkingen zoals omschreven in het advies van de HGR: “Psychotherapieën: definities, praktijk, erkenningsvoorwaarden (2005): de psycho-analytisch en psychodynamisch georiënteerde psychotherapieën, de cognitief en gedragstherapeutisch georiënteerde therapieën, systeem- en familietherapie, cliëntgerichte-experiëntiële psychotherapie</p> <p>Het CGG heeft aandacht voor psychische/psychiatrische problematiek maar ook voor problemen op andere levensgebieden (wonen, werk, sociale contacten)</p> <p>Het CGG werkt voor het diagnostisch proces vanuit een methodologische cyclus (klachten- en probleemanalyse, diagnosestelling en indicatiestelling), het behandelplan is het resultaat van het diagnostisch proces</p>	
3	Samenwerkingsmodel	Algemeen	<p><u>RK CGG</u></p> <p>CGG functioneert binnen 1 of meer GGZ netwerken waarin samenwerkingsafspraken en procedures zijn overeengekomen teneinde een voldoende, gedifferentieerde en doelgroepgericht GGZ aanbod te realiseren</p> <p>Het CGG stemt de werking af met relevante actoren in welzijn en GZ. Er is aandacht voor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zijn de zorgverstrekkers binnen een CGG bereid om samen te werken met de CAR in functie van de noden van de doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Waarom wel? Waarom niet?</i>

			<p>samenwerking met zowel generalistische als specialistische zorgpartners (gesubsidieerd en privaat)</p> <p>De CGG neemt haar deel van de verantwoordelijkheid op om een netwerk uit te bouwen met partners in de regio die zorg en dienstverlening bieden op andere levens-/probleemdomeinen dan diegene waarop het CGG zich prioritair richt</p> <p>Het team van een CGG werkt onder de eindverantwoordelijkheid van een psychiater</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welke organisatie is verantwoordelijk voor welke aspecten van de zorgverlening voor de doelgroep?</i> • <i>Hoe ziet een samenwerkingsmodel tussen de CGG en de CAR voor de doelgroep er concreet uit?</i> • <i>Zijn er CGG die momenteel al samenwerken met de CAR?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Voor welke doelgroep?</i> • <i>Welke vorm neemt deze samenwerking aan?</i> • <i>Hoe verloopt de samenwerking?</i>
		<p>Doorwijzing en zorgcontinuïteit</p>	<p><u>RK CGG</u></p> <p>Het CGG maakt een beargumenteerd keuze in partners waarmee geëxpliciteerde afspraken gemaakt worden i.k.v.: afstemming van in- en exclusiecriteria, criteria en modaliteiten mbt doorverwijzing, parallelle hulp- en dienstverlening, mogelijkheid tot expertise-uitwisseling</p> <p>> Deze afspraken kunnen verschillend zijn op team-, doelgroep- of vestigingsniveau</p> <p>Het CGG legt voor elk cliëntstelsel waaraan hulpverlening wordt verstrekt, 1 multidisciplinair dossier aan, dat o.a. het behandelplan omvat</p> <p>Het behandelplan vermeldt parallelle interventies door ander zorg- en dienstverlenende organisaties en de afstemming ervan met het interventies binnen het CGG</p> <p>Het CGG hanteert duidelijke criteria voor het afsluiten van het zorgproces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Welke afspraken zijn noodzakelijk binnen een samenwerking met de CAR voor de doelgroep?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>In- en exclusie van patiënten</i> • <i>Doorverwijzingsmodaliteiten</i> • <i>Afstemming hulp- en dienstverlening</i> • <i>Beëindiging van het zorgproces</i>

		Communicatie	<p><u>RK CGG</u></p> <p>Het CGG maakt een beargumenteerd keuze in partners waarmee geëxpliciteerde afspraken gemaakt worden i.k.v.: afstemming van in- en exclusiecriteria, criteria en modaliteiten mbt doorverwijzing, parallelle hulp- en dienstverlening, mogelijkheid tot expertise-uitwisseling</p> <p>> Deze afspraken kunnen verschillend zijn op team-, doelgroep- of vestigingsniveau</p> <p>Het CGG heeft interne mogelijkheden tot intervisie en supervisie</p> <p>Het CGG maakt, in overleg met de patiënt een behandelplan op en verklaart dit in begrijpbare verwoordingen</p> <p>Bij het beëindigen van de behandeling wordt een afsluitbrief bezorgd aan de huisarts en/of doorverwijzer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoe moet informatie gedeeld worden in een samenwerkingsmodel met de CAR?</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Op patiëntniveau?</i> • <i>Zijn mogelijkheden tot externe intervisie?</i> • <i>Moeten er mogelijkheden zijn tot externe intervisie?</i> • <i>Hoe zal worden omgegaan met communicatie met de patiënt en familie? Wie neemt welke verantwoordelijkheden op?</i> • <i>Hoe wordt het zorgproces afgesloten voor een patiënt uit de specifieke doelgroep en hoe zal de communicatie hieromtrent verlopen met de patiënt en de CAR?</i>
--	--	---------------------	--	--

Afsluiting

- Samenvatting focusgroep
- Afronding en bedanking

Bijlage 7: Detail studies prevalentie

Auteur(s)	Jaar	Type onderzoek	N	Land
Lange, Rehm, Anagnostou, & Popova	2017	Meta-analyse	20 studies	
Klukowski, Wasilewska, & Lebensztejn	2015	Systematic review	42 studies	
Young e.a.	2015	Meta-analyse	18 studies	
Diallo e.a.	2018	Cohort	203	Canada
Melegari e.a.	2018	Cohort	600	Italië
Lee e.a.	2017	Cohort	1124	Taiwan
Bitsika, Sharpley, Andronicos, & Agnew	2016	Cohort	150	Australië
Hirata e.a.	2016	Cohort	193	Japan
Korsgaard, Torgersen, Wentzel-Larsen, & Ulberg	2016	Cohort	153	Noorwegen
Newman, Leader, Chen, & Mannion	2015	Cohort	47	Ierland
Tsang e.a.	2015	Cohort	134	<i>Onbekend</i>
Baglioni, Stornelli, Molica, Chiarotti, & Cardona	2014	Cohort	102	Italië
Bleck, DeBate, & Olivardia	2014	Cohort	575	Verenigde Staten
Henry e.a.	2014	Cohort	123	Verenigde Staten

Bijlage 8: Overzicht praktijkrichtlijnen noden en behoeften

Databank/organisatie	Land	Auteur
Cochrane database		Ali e.a., 2015 Balogh e.a., 2016 Oono e.a., 2013 Randall e.a., 2018 Reichow e.a., 2012 Reichow e.a., 2018 Spain e.a., 2018 Vllasaliu e.a., 2016
Google Scholar		Caron & Rutter, 1991 Davis e.a., 2008 Leyfer e.a., 2006 Greenspan e.a., 2008 Prelock e.a., 2003 Sullivan e.a., 2011 Thapar e.a., 2015 van Biljon & Kritzinger, 2019 Wichstrøm e.a., 2012 Zwaigenbaum e.a., 2015
WHO		WHO, 2013
AAP	Verenigde Staten	Adams e.a., 2013 Friedman e.a., 2016 Gleason e.a., 2016 Mattson e.a., 2019 Moeschler e.a., 2014 Murphy e.a., 2011 Weitzman e.a., 2015 Wolraich e.a., 2019
CADDRA	Canada	CADDRA, 2018
Kwaliteitscentrum diagnostiek	België	Deblonde e.a., 2017 Hellemans e.a., 2018
NHS	Verenigd Koninkrijk	NHS England, 2015
NICE	Verenigd Koninkrijk	NICE, 2012 NICE, 2013 NICE, 2015 NICE, 2016
Trimbos Instituut	Nederland	Speetjens & de Graaf, 2010

Bijlage 9: Opties tot samenwerking

Inleiding

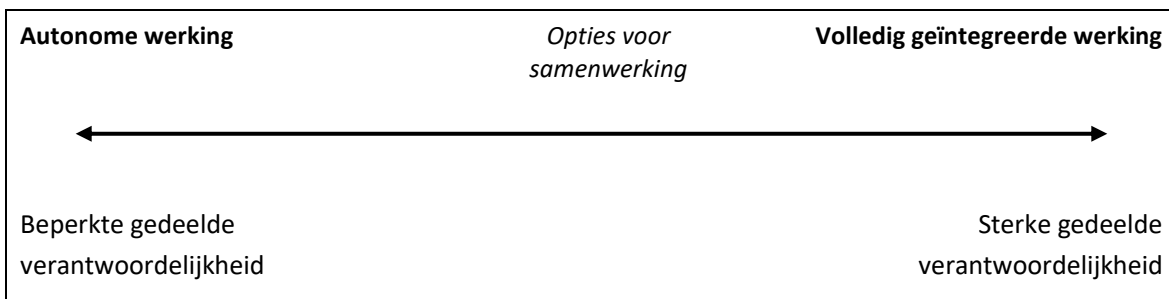
Deze bijlage geeft een algemene introductie hoe we kunnen nadenken over opties voor samenwerking tussen CAR en KJ-teams CGG. De bijlage doet niet meer dan een algemene inleiding geven die als basis kan dienen voor een systeemontwerp van samenwerking. De aanpak die we hier voorstellen gaat ervan uit dat het opsplitsen van een complex concept (het samenwerkingsmodel) in eenvoudige, gemakkelijk te begrijpen eenheden bijdraagt aan een beter begrip van de complexiteit van het geheel en de rol van de onderdelen. We proberen in een algemene redenering aan te geven dat de rol kan worden omschreven die elke component in het systeem speelt. Tegelijkertijd illustreert de werkwijze de wetenschap dat de activiteit van het hele systeem afhankelijk is van de samenhang (coördinatie en integratie) van de componenten (en de omgeving). Anders uitgedrukt: we presenteren hier een aantal referentiekaders waaruit de overheid kan putten om samenwerkingsmodellen te stimuleren vanuit een analytisch raamwerk.

- De **doelstelling** van samenwerking moet zijn dat activiteiten van verschillende actoren (spelers) uit het veld meer optimaal wordt ingezet om de capaciteit van het zorgsysteem te vergoten voor de doelgroep.
- Kwaliteitsvolle zorg voor een populatie gedurende een geheel traject kan analytisch opgedeeld worden in componenten, de zogenaamde zorgactiviteiten: in ons geval hebben we die rudimentair opgesplitst in de componenten aanmelding, diagnostiek, behandeling begeleiding en ondersteunen. In de praktijk van het systeemontwerp zullen deze algemene categorieën verder uiteengerafeld moeten worden in functie van de activiteiten in de organisaties.
 - De beschikbare (en gewenste) zorgcapaciteit kan verder opgedeeld worden naar kennis en competentieniveaus. Voor het invullen van bepaalde taken en de moeilijkheidsgraad ervan kunnen actoren (met bepaalde, aangepaste vaardigheden) taken invullen waarvoor respectievelijk basiscompetenties en gespecialiseerde (en zelfs hooggespecialiseerde) competenties nodig zijn. Er kan dus onderzocht worden hoe de “arbeidsdeling” tussen verschillende componenten van de partners optimaal georganiseerd wordt, rekening houdend met de “specialisatie” (competentieniveaus) van de actoren om kwaliteitsvolle behoeftengestuurde zorg te leveren in verschillende fasen van het traject. Concreet hebben CGG meer gespecialiseerde competenties in mentale problemen, CAR meer in ontwikkelingsstoornissen. Verder is er een overlappende competentie op algemeen niveau tussen beide organisaties. Een systeemontwerp concretiseert hoe die competenties het best worden ingezet als beide organisaties samenwerken.
- Zodra de componenten zijn geïdentificeerd kunnen verschillende opties (combinaties) bedacht worden om de verschillende componenten op elkaar af te stemmen en te laten functioneren als geheel. Het vergt coördinatie en integratie van deze activiteiten op twee gebieden:
 - Coördinatie van zorginhoudelijke activiteiten: coördineren van zorginhoudelijke activiteiten die een direct effect hebben op het detecteren, diagnosticeren

(differentiaaldiagnostiek), behandelen, begeleiden en ondersteunen van kinderen en/of de context

- Organisatorische coördinatie van activiteiten: coördineren van activiteiten die een indirect effect hebben op het bieden van zorg aan kinderen en/of de context zoals het organiseren van overlegmomenten voor het monitoren van een gedeeld zorgplan of het organiseren van gezamenlijke intervisie-momenten die gericht zijn op het verhogen van de kennis (en het vertrouwen) in en over elkaars expertise (en zorgvisie)

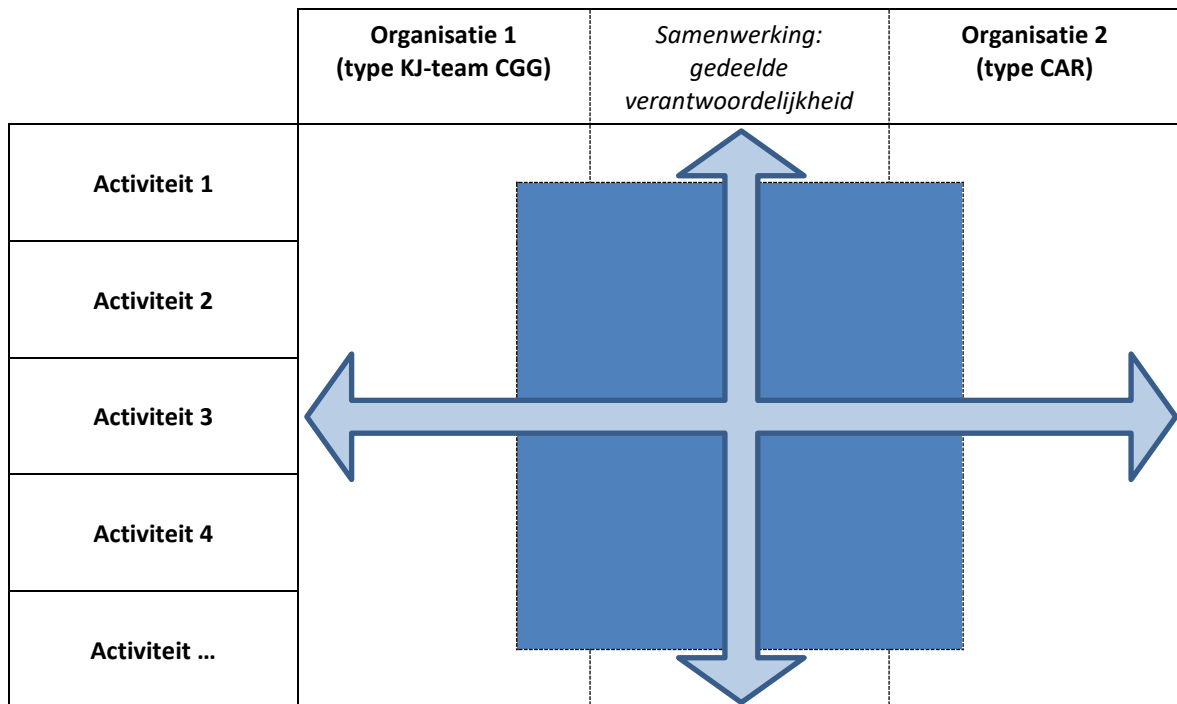
Bij het vraagstuk van coördinatie en integratie stuiten we op de vraag in welke mate individuele actoren zich autonoom en onafhankelijk positioneren dan wel hun bijdrage afstemmen en integreren met andere partners. In een samenwerking is de mate waarin de zorgorganisaties een gedeelde verantwoordelijkheid opnemen in zorgtrajecten voor een gezamenlijke doelgroep bepalend voor de sterkte van de geïntegreerde werking.



Vereenvoudigde voorstelling van de basisredenering om opties schematisch voor te stellen

In algemene termen kunnen we de opties tot samenwerking schematisch voorstellen als het blauwe vlak in onderstaande figuur. De horizontale en verticale pijlen duiden de keuzeruimte aan die samenwerkingsverbanden kunnen nemen om samen te werken. Organisaties hoeven niet altijd voor de hele range van zorgactiviteiten samen te werken, maar kunnen dat wel. Er is met andere woorden keuzeruimte. Het zal aan de overheid zijn om af te bakenen wat de minimale grenzen zijn van dat vlak.

Het identificeren van die speelvlak wordt meteen een hulpmiddel om helder te identificeren wat van wie verwacht wordt (in bepaalde fasen van het zorgtraject) en wie verantwoordelijk is (individueel en collectief).

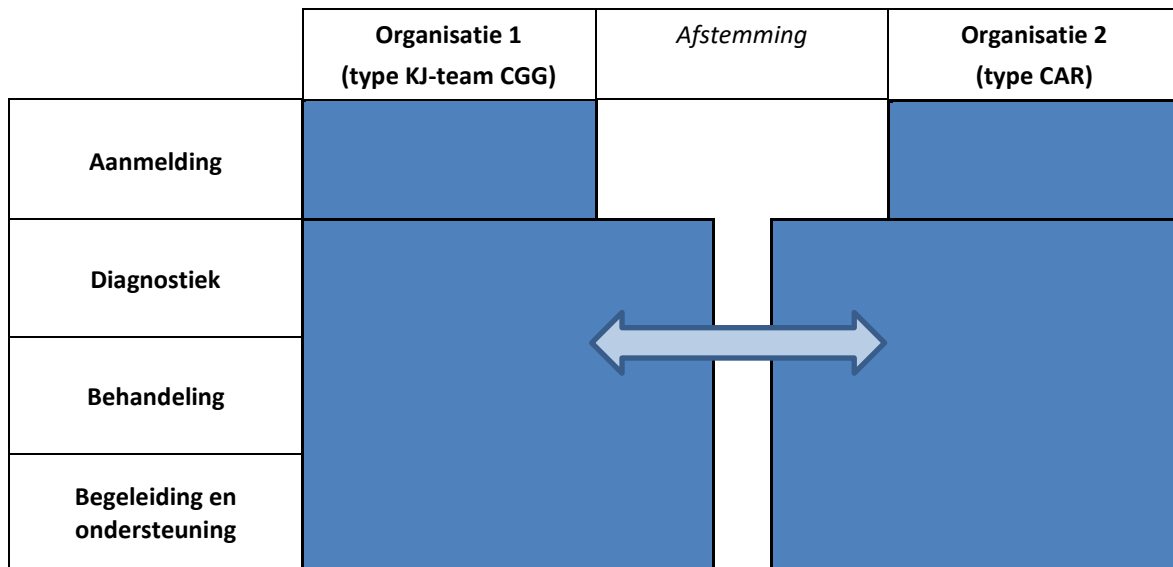


Uitgewerkte voorbeeld-modellen

Geïnspireerd door bovenstaand algemeen schema stellen we louter ter illustratie een aantal varianten voor samenwerking voor. Het moet echter duidelijk zijn dat heel veel variaties met het “vlak” mogelijk zijn en dat bij de uitwerking een meer concreet systeemontwerp van de samenwerking nodig zal zijn. Voor elke optie omschrijven we het onderliggende “principe” waarop de samenwerking geënt zou kunnen worden, beschrijven we kort de autonomie van elke organisatie en de wijze waarop onderdelen gecoördineerd worden.

A. Ondersteuningsdoorverwijzingsmodel

	Omschrijving
Principe	CAR en KJ-team CGG stemmen doorverwijzing tussen beide voorzieningen beter op elkaar af (waardoor cliënten sneller gebruik kunnen maken van zorgverlening in beide types organisaties)
Autonomie	Sterk behoud van autonomie (voor beide types organisaties) met beperkte gedeelde verantwoordelijkheid over zorgtrajecten
Mate van coördinatie/integratie	Afstemming
Vereisten	<i>Minimale</i> organisatorische coördinatie

Schematische voorstelling

B. Coördinatie van één (of enkele) activiteiten in het zorgplan

	Omschrijving
Principe	CAR en KJ-team CGG nemen een gedeelde verantwoordelijkheid op voor één (of enkele) activiteiten in het zorgtraject (waarbij voor <u>bepaalde</u> activiteiten een gezamenlijk aanbod uitwerkt wordt voor de doelgroep)
Autonomie	Gedeelde verantwoordelijkheid voor activiteit(en) uit het zorgtraject waarvoor organisaties een gedeeld aanbod creëren, en met behoud van autonomie voor alle andere activiteiten
Mate van coördinatie/integratie	Coördinatie
Vereisten	Organisatorische en zorginhoudelijke coördinatie vereist

Schematische voorstelling: voorbeeld 1 (samenwerking gefocust op activiteit 'diagnostiek')

	Organisatie 1 (type KJ-team CGG)	Coördinatie: gedeelde verantwoordelijkheid	Organisatie 2 (type CAR)
Aanmelding			
Diagnostiek			
Behandeling			
Begeleiding en ondersteuning			


Schematische voorstelling: voorbeeld 2 (samenwerking gefocust op activiteit 'behandeling')

	Organisatie 1 (type KJ-team CGG)	Coördinatie: gedeelde verantwoordelijkheid	Organisatie 2 (type CAR)
Aanmelding			
Diagnostiek			
Behandeling			
Begeleiding en ondersteuning			

C. Volledige integratie van werking rond ontwikkelingsstoornissen en mentale kwetsbaarheid

	Omschrijving
Principe	CAR en KJ-team CGG nemen een gedeelde verantwoordelijkheid op voor alle activiteiten in het zorgtraject (waarbij voor <u>alle</u> activiteiten een gezamenlijk aanbod uitwerkt wordt voor de doelgroep)
Autonomie	Volledige integratie met gedeelde verantwoordelijkheid voor alle activiteiten die gezamenlijk aangeboden kunnen worden voor de doelgroep
Mate van coördinatie/integratie	Sterk doorgedreven coördinatie/integratie
Vereisten	Sterke organisatorische en zorginhoudelijke coördinatie vereist

Schematische voorstelling

	Organisatie 1 (type KJ-team CGG)	<i>Sterke coördinatie/integratie: gedeelde verantwoordelijkheid</i>	Organisatie 2 (type CAR)
Aanmelding			
Diagnostiek			
Behandeling			
Begeleiding en ondersteuning			