

Versterking RTJ 'één gezin – één plan': vragen en antwoorden

(versie 20180829)

1. Beleidscontext

1.1. Hoe verhouden werf 1 en werf 2 zich tegenover elkaar? In het bijzonder de samenwerking met de Huizen van het Kind.

Werk 1 betreft de oproep 'Meer capaciteit en samenwerking in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp'. Basisactoren en -voorzieningen zoals de Huizen van het Kind, OCMW's, buurthuizen, de brede instap, ... spelen hierbij een cruciale rol omdat de uitbreiding van het rechtstreeks toegankelijk jeugdhulpaanbod ten dienste moet staan van de lokale noden en snel inzetbaar moet zijn - ook voor partners binnen de Huizen van het Kind - dus aansluiting op de Huizen van het Kind is hierbij nodig.

Werk 2 gaat over de opvang van jonge kinderen die omwille van gevaarsituaties uit huis geplaatst moeten worden en waarvoor een aparte oproep, met een aparte middenstroom, komt. Het gaat specifiek over de doelgroep jonge kinderen in precare omstandigheden waar snel een oplossing voor moet worden gevonden, en hierbij primeert samenwerking tussen voorzieningen die jonge kinderen opvangen: pleegzorg, materniteiten / pediatrie, crisisnetwerken, gemandateerde voorzieningen... Gezien mogelijke instroom via samenwerkingsverbanden uit werk 1 én ook uitstroom naar samenwerkingsverbanden uit werk 1 is er wel een link - maar elk vanuit een eigen finaliteit. Werk 1: rechtstreeks toegankelijk, laagdrempelig, snel, kort, bij ontluikende problemen of in functie van wachtlijstwerking. Werk 2 bij echt precare situaties met jonge kinderen.

SAMENGEVAT: er is een verschil in finaliteit tussen werk 1 en werk 2 waarbij er uiteraard samenwerking moet zijn tussen actoren van beide werven (vaak ook dezelfde actoren) bij:

- doorstroom van jonge kinderen die via een samenwerkingsverband RTJ begeleid worden, en waar uithuisplaatsing nodig is;
- begeleiding van kinderen, jongeren en het gezin door het samenwerkingsverband RTJ na uithuisplaatsing;
- inzet van RTJ-begeleiding ter ondersteuning van pleegplaatsing.

1.2. Welke middelen en verwachtingen houden werk 2 in?

Dit wordt verduidelijkt in een aparte oproep (en aparte middelen).

1.3. Wat is de samenhang tussen één gezin – één plan, vroegdetectie en -interventie, eerstelijnszone en geïntegreerd breed onthaal?

Link met vroegdetectie en -interventie: zie 1.7. en 7.5.

Link met het Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO):

Het GBO en de Huizen van het Kind worden (naast de Sociale Huizen) in het nieuwe decreet Lokaal Sociaal Beleid benoemd als instrumenten om onderbescherming aan te pakken en de hulpverlening toegankelijker te maken. Het is belangrijk dat deze instrumenten steeds vanuit eenzelfde visie vorm geven aan deze doelstellingen.

De centra voor algemeen welzijnswerk zijn zowel gevat binnen de integrale jeugdhulp (rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en partner in brede instap), het geïntegreerd breed onthaal als de eerstelijnszone. Zo kan de link gelegd worden met GBO en de eerstelijnszone, wat automatisch ook de link betekent naar andere partners die hulp bieden die meer gericht is op volwassenen (volwassenenhulp van de CAW, OCMW en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen; maar ook basisvoorzieningen). Dit moet afgestemd zijn met de hulp die jongerenhulpaanbieders bieden. De rol van het lokale bestuur bestaat o.a. in het overstijgen van het sectoraal aanbod en het voeren van regie op lokaal niveau (gemeentelijk of via intergemeentelijke samenwerking).

Link samenwerkingsverband RTJ en eerstelijnszone en regionale zorgzone:

Het samenwerkingsverband RTJ overkoepelt grosso modo 2 eerstelijnszones en valt idealiter daarmee samen. Die 2 eerstelijnszones moeten binnen 1 regionale zone vallen.

1.4. Waarom wordt in de oproep RTJ over ‘complementariteit’ met de GGZ-netwerken gesproken en niet over ‘integratie’ zoals in alle templates van de GGZ-netwerken?

De samenwerkingsverbanden RTJ worden niet opgezet als netwerken op zich. Het moeten operationele samenwerkingsverbanden zijn waarbij de hulpverleners op het terrein via een nieuwe manier van werken kinderen, jongeren en gezinnen een snel en flexibel hulpaanbod doen, dat ook afgestemd is, en dus complementair aan het aanbod vanuit de GGZ.

In de template vroegdetectie en -interventie wordt een integratie vooropgesteld van de VDIP-werking van de CGG (vroegdetectie en -interventie bij psychoses), de lopende projecten rond vroeginterventie bij verslavingsproblematieken en de gezinsondersteunende werking bij de MSOC's (Medisch Sociaal Opvangcentrum - drughulpverlening). Er wordt dus eerst binnen de GGZ een integratieoefening gedaan. Er blijven momenteel nog verschillende netwerken/samenwerkingsverbanden in eenzelfde regio naast elkaar bestaan die complementair zijn in het werken met de vraag van het kind, de jongere, het gezin.

1.5. Hoe zien de resp. overheden (Federaal, Vlaams) de toekomst voor de provinciale organisatie in IROJ en netwerken GGZ?

Bedoeling is om op termijn naar elkaar toe te groeien. De bevoegdheid ligt echter niet alleen bij Vlaanderen. Kinder- en jeugdpsychiatrie is niet Vlaams, daarom is er een opsplitsing.

1.6. Waarom is er geen populatievisie gehanteerd zoals bij de projecten van de federale overheid?

Die populatiegegevens zijn er specifiek gekomen voor het federale ggz-beleid. Voor het jeugdhulpbeleid (breder dan de ggz-problematiek) zijn er te weinig parameters. Omwille van de budgettaire realiteit wordt er bewust gekozen om in te zetten op geconcentreerde gebieden (200.000 à 250.000 inwoners) waarin een samenwerkingsverband kan worden opgericht. Dit zorgt inderdaad niet voor een gebiedsdekkende werking.

1.7. Wat wordt bedoeld of verwacht met de uitspraak: er moet een expliciete link tussen beide oproepen gelegd worden?

Dit betekent dat wordt verwacht dat in de projectdossiers wordt beschreven op welke wijze het bijkomende RTJ-aanbod wordt gekoppeld aan het aanbod vroegdetectie en -interventie, opdat kinderen, jongeren en gezinnen snel beroep kunnen doen op de nodige expertise. Vroegdetectie- en interventie bij kinderen en jongeren heeft cruciale raakvlakken met 1 gezin – 1 plan. De doelstellingen zijn gelijklopend (snel, flexibel, preventief ingrijpen). In de template GGZ wordt uitdrukkelijk verwezen naar de ontwikkelingen binnen Jeugdhulp 2.0 en de oproep 'meer capaciteit en samenwerking in de RTJ', met de nadruk op het engagement van de GGZ in beide oproepen en het streven naar maximale afstemming. Concreet: kinderen, jongeren, gezinnen moeten de hulp krijgen die zij op dat moment nodig hebben en het is de samenwerking tussen de diverse sectoren en organisaties die daarvoor moet zorgen. Het gezin centraal, omringd door verschillende disciplines waar nodig (interdisciplinaire samenwerking: zie oproep eerstelijnszones).

2. Finaliteit van de oproep

2.1. Het samen werken rond een hulpvraag, moet dit dan via het cliëntoverleg?

We gaan ervan uit dat de afstemming tussen verschillende actoren in het samenwerkingsverband tot de reguliere opdracht behoort en de afspraken die hier structureel over gemaakt worden opgenomen worden in de uit te werken engagementen. Slechts in uitzonderlijke en zeer complexe situaties lijkt het ons nodig cliëntoverleg in te zetten. Het is dus zeker niet de bedoeling om in elk traject een onafhankelijke voorzitter in te schakelen. Daar waar geen samenwerking gevonden wordt rond een cliëntsituatie is het cliëntoverleg uiteraard wel aangewezen. Meer info over cliëntoverleg en bemiddeling: <http://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/jeugdhulp/clientoverleg-en-bemiddeling/>

3. Samenwerkingsverband

3.1. Wie zijn cruciale en wenselijke actoren?

De brede instap, voorzieningen die rechtstreeks toegankelijke hulp aanbieden (dus alle rechtstreeks toegankelijke hulpmodules van voorzieningen Jongerenwelzijn, CKG, diensten voor pleegzorg, VAPH, CGG, CAW - niet de brede instap module), gemandateerde voorzieningen, sociale diensten jeugdrechtbank, regioverpleegkundigen, huizen van het kind, actoren geïntegreerd breed onthaal en lokale besturen (OCMW, speelpleinwerking, sport en vrije tijd, kinderopvang, ...).

Doel is een samenwerking tussen 1) alle actoren die in de eerste lijn hulpvragen van gezinnen, kinderen en jongeren oppikken (de brede instap, huisartsen, OCMW, ...) en 2) het probleemgebonden rechtstreeks toegankelijk jeugdhulpaanbod. Ook de gemandateerde voorzieningen (OCJ, VK en sociale dienst gerechtelijke jeugdhulp) moeten gemakkelijk van dat nieuwe aanbod gebruik kunnen maken.

3.2. Moet elke partner uit de regio de samenwerkingsovereenkomst onderschrijven?

De oproep vermeldt dat de samenstelling van het samenwerkingsverband regionaal bepaald wordt, maar dat minstens de brede instap en alle actoren met RTJ-aanbod participeren. In tegenstelling tot bij de Huizen van het Kind zijn er geen “verplichte” partners - maar er wordt wel verondersteld dat alle relevante partners zeker de mogelijkheid krijgen om aan te sluiten - dus geen “uitsluitingscriteria”. Zie punt 4 van de oproeptekst, 1^e alinea. Er zijn geen instrumenten om deelname aan een samenwerkingsverband op te leggen. Actoren die niet willen meestappen, zetten zichzelf echter in een moeilijke positie (ze kunnen geen aanspraak maken op uitbreidingsbeleid, eventuele moeilijkheden met instroom, ...). Het aanvraagformulier fase 1 voorziet ruimte voor het samenwerkingsverband om desgevallend ontbrekende actoren op te lijsten, met motivering.

3.3. Is het nuttig om als VAPH-erkende thuisbegeleidingsdienst met rechtstreeks toegankelijk hulpaanbod voor kinderen bij één of meer samenwerkingsverbanden aan te sluiten?

Aansluiting van het rechtstreeks toegankelijk VAPH-aanbod voor minderjarigen wordt verwacht. Ook dit aanbod kan immers uitbreiding krijgen via deze oproep. Het uitbreidingsbeleid voor kinderen en jongeren met een handicap zit niet vervat in de 15 miljoen euro voor de versterking van het RTJ-aanbod. Er komt ook nog een regulier uitbreidingsaanbod voor het VAPH, waar ook een deel van het budget voor minderjarigen met een handicap in zal vervat zitten. In de oproep Versterking RTJ sluiten we geen jeugdhulpaanbieders van de betrokken sectoren uit voor uitbreidingen voor snelle, gerichte RTJ-ondersteuning gedragen in een samenwerkingsverband. Zo zijn er bijvoorbeeld ook al CLB's die positieve heroriëntering aanbieden, ze voeren dit aanbod natuurlijk dan uit volgens de erkenningsvoorwaarden gekoppeld aan dit aanbod. Uiteraard dienen de voorstellen wel te kaderen binnen deze oproep. Elke dienst met een RTH-erkenning die een aanbod heeft voor minderjarigen kan hiervan gebruik maken. Gezien de expertise in krachtgericht, netwerkversterkend werken, en in het opmaken van intersectorale ondersteuningsplannen kan het aanbod vanuit de Diensten Ondersteuningsplan (DOP's) een goede partner zijn voor deze netwerken.

3.4. Wat is de rol van de cliëntvertegenwoordigers in de samenwerkingsverbanden?

We raden aan de cliëntvertegenwoordigers zeker te betrekken in de totstandkoming van de samenwerkingsverbanden. Ook in het IROJ hebben de cliëntvertegenwoordigers een stem.

3.5. Moet de eerstelijnspsycholoog van het samenwerkingsverband RTJ ook in de eerstelijnszone(s) in het gebied zetelen?

Het is voldoende wanneer de functie vertegenwoordigd wordt (door bv. de inrichtende macht).

3.6. Moeten de samenwerkingsverbanden binnen 1 regio/provincie blijven?

Samenwerkingsverbanden buiten provinciegrenzen sluiten we niet uit, voor zoverre het over een aansluitend geheel gaat en het IROJ de regio-indeling ondersteunt.

4. Coördinatie en ondersteuning

4.1. Wie kan de rol van kernpartner opnemen? Moet dit een rechtspersoon zijn of kan dit ook een feitelijke vereniging zijn? Kan een CLB ook kernpartner zijn?

De kernpartner moet een rechtspersoon zonder winstoogmerk, al dan niet erkend door de Vlaamse Overheid, of een openbaar bestuur zijn. De kernpartner kan zich namens een feitelijke vereniging engageren (cf. een huis van het kind). In de oproeptekst onder punt 4, 2^e alinea, worden specifiek volgende actoren opgesomd: een voorziening die behoort tot het toepassingsgebied van de integrale jeugdhulp en die een rechtstreeks toegankelijk aanbod heeft, een Huis van het Kind of een lokaal bestuur. Andere actoren worden evenwel niet uitgesloten: één of meerdere CLB kunnen het kernpartnerschap opnemen, een vzw Regionaal Welzijnsoverleg, ...Cruciaal zijn het draagvlak bij de partners en de wijze van invulling van de rol als kernpartner. Zie oproep punt 5.

4.2. De rol van kernpartner is niet te vatten in modules. Hoe kan/wordt deze functie gefinancierd?

De kernpartner krijgt gedurende 2 jaar een budget van 30.000 euro jaarlijks om het proces te trekken. Dit is een projectmatige toekenning vanaf de selectie van de samenwerkingsverbanden. Dit budget wordt nadien omgezet in aanbod binnen het samenwerkingsverband. Het budget van 2 x 30.000 euro is vervat in het globale budget per samenwerkingsverband (cfr. eerstelijnspsycholoog: idem, binnen het budget van het samenwerkingsverband).

4.3. Met welke technische aspecten qua beheersbaarheid van gegevens dient men rekening te houden?

De overheid voorziet in een Vlaamse registratietool die door alle deelnemende samenwerkingsverbanden zullen kunnen worden gebruikt. Deze applicatie zal door Jongerenwelzijn ontwikkeld worden en zal in e-Youth ingebed worden.

4.4. Als 2 samenwerkingsverbanden samenvloeien tot 1: worden de middelen voor het kernpartnerschap dan beperkt tot die voor 1 samenwerkingsverband, zijnde 30.000 euro, of kan cumulatie?

Cumulatie is mogelijk: dit is zelf te kiezen, maar gekoppeld aan de voorwaarde dat de aanvraag voldoende garanties bevat dat de verwachte engagementen en afspraken in de praktijk gebracht kunnen worden in het volledige beoogde werkgebied, en dat dit tot zichtbaar resultaat leidt. Zie ook 6.4.

4.5. Moet er 1 kernpartner worden aangeduid of kan de functie verdeeld worden over meerdere voorzieningen?

De functie van het kernpartnerschap kan verdeeld worden over meerdere partners. De middelen die hiervoor worden voorzien zullen evenwel aan slechts één rechtspersoon gestort worden die dan instaat voor de uitgaven en de verantwoording daarvan t.a.v. de Vlaamse overheid.

5. Een duidelijk engagement

5.1. 200 bijkomende gezinnen. Wat met de huidige wachtlijsten? Mogen die niet eerst aangepakt worden?

Het samenwerkingsverband kan eigen, onderbouwde, keuzes maken en een voorstel doen. Aangeraden wordt om de wachtlijst van elke voorziening met elkaar af te toetsen en uit te zuiveren. De aanpak is daarmee ook afhankelijk van het uitbreidingsvoorstel en de wijze waarop het outreachend werken vorm wordt gegeven.

5.2. Volumeafspraken met gemandateerde voorzieningen. Welk volume? Wat houdt dit in?

Dit betekent dat er afspraken worden gemaakt binnen de regio met de regioverantwoordelijke OSD (afspraken voor het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg en de Sociale Dienst Jeugdrechtbank) en het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling.

Regioverantwoordelijken OSD:

- Antwerpen: Ingrid Van Eetvelt (ingrid.vaneetvelt@jongerenwelzijn.be)
- Limburg: Eric Berx (eric.berx@jongerenwelzijn.be)
- Oost-Vlaanderen: Isabelle Quintens (isabelle.quintens@jongerenwelzijn.be)
- Vlaams-Brabant & Brussels Hoofdstedelijk Gewest: Bruno Claessens (bruno.claessens@jongerenwelzijn.be)
- West-Vlaanderen: Sonja Van Ossel (sonja.vanossel@jongerenwelzijn.be)

Vertrouwenscentra Kindermishandeling (directies): www.kindermishandeling.be

6. Schaal

6.1. Wat wordt aanzien als geschikte regio? Mag een regio van 500.000 inwoners ook?

Zoals vermeld in de oproep: indicatief tussen 200.000 à 250.000 inwoners. Dit impliceert dat afwijkingen kunnen. Belangrijk is dat de aanvraag voldoende garanties bevat dat de verwachte engagementen en afspraken in de praktijk gebracht kunnen worden in het volledige beoogde werkgebied, en dat dit tot zichtbaar resultaat leidt. Zie ook 6.4.

6.2. Als de regio groter is dan 250.000 inwoners: is er op termijn uitbreiding mogelijk?

Een grotere regio is een eigen keuze, daar staan binnen deze legislatuur geen bijkomende middelen tegenover.

6.3. Het aantal regio's per provincie is vastgelegd. Dit is niet volledig gebiedsdekkend. Wordt er een verdeling opgelegd?

De regio's zijn inderdaad niet gebiedsdekkend. Dit is een bewuste keuze. De enige verdeling is het aantal samenwerkingsverbanden per provincie (punt 8 rondzendbrief). Voor concretisering van de spreiding/werkgebieden binnen de provincie, is het IROJ een belangrijk forum. Er wordt verder geen verdeling opgelegd.

6.4. Kunnen de uitbreidingsmiddelen voor 2 samenwerkingsverbanden toegekend worden aan 1 samenwerkingsverband dat een grotere regio (een gebied tussen 400.000 en 500.000 inwoners) dekt en aan de andere voorwaarden voldoet?

Een dergelijke keuze moet voldoende gemotiveerd worden en waarborgen bevatten dat de beoogde finaliteit en verwachtingen gerealiseerd kunnen worden. Een groter werkgebied betekent immers dat met dezelfde middelen meer gezinnen bereikt moeten worden, en dat de engagementen van snelle opstart op grotere schaal waargemaakt kunnen worden. Het advies van het IROJ zal hierin ook mede bepalend zijn.

De oproep ambieert niet om Vlaanderen-dekkend te zijn. Er wordt gekozen voor een geconcentreerde inzet van de uitbreiding zodat het effect daarvan zichtbaar kan worden. De uitbreiding uitsmeren over een veel grotere regio houdt het risico in dat het effect van de uitbreiding veel minder zichtbaar wordt.

6.4. Moeten de middelen evenredig verdeeld worden over het aantal samenwerkingsverbanden per regio of mag een andere verdeling?

Middelen moeten ingezet worden o.b.v. de noden. Een andere verdeling is dus mogelijk. Dit moet goed beargumenteerd worden en de inzet moet een verschil maken.

7. Welk aanbod breiden we uit en in welke mate?

7.1. Welke actoren kunnen aanspraak maken op middelen? Brede instap? Gemandateerde voorzieningen? Moeten zij vandaag al een RTJ-aanbod hebben?

Elke rechtspersoon zonder winst oogmerk of openbaar bestuur kan in principe aanspraak maken op middelen, voor zoverre het gaat om typemodules, opgelijst onder 7.3. De sectorale regelgeving is van toepassing.

7.2. Mogen modules innovatief worden ingezet? Bv. onder de vorm van training of vorming in nauwe samenwerking met huizen van het kind, verkorte modules, ... CKG heeft innovatieve module. Hoe ver mag men hierin gaan?

Modules kunnen op creatieve wijze worden ingezet. Hoe ver men kan gaan is afhankelijk van de mate van motivering/argumentatie. Binnen de erkennings- en financieringsregelgeving van de verschillende sectoren zijn mogelijkheden om vernieuwende initiatieven die niet volledig passen in de typemodules/erkennings- en financieringskaders toch een plaats te geven (via convenant, innovatiemodule, ...).

Indien een bestaande vernieuwende werking wordt ingebracht in het uitbreidingsvoorstel voor 'Versterking RJT, één gezin – één plan' zullen we kijken in welke mate het innovatieve initiatief strookt met het opzet van de oproep en of het binnen de huidige erkennings- en financieringskaders (de modules rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp) kan gevaloriseerd worden. Op die manier kunnen we dergelijke initiatieven opvolgen en evalueren met het oog op een eventuele verankering in de erkennings- en subsidiëringsstructuren.

7.3. Welke modules komen in aanmerking? Mogen alle bestaande modules RTJ ingezet worden? Ook Residentieel aanbod?

De module brede instap, dagopvang VAPH en de verblijfsmodules (rechtstreeks of niet-rechtstreeks toegankelijk) komen niet in aanmerking. Met werf 1, en de bijhorende versterking van het aanbod, wordt tegemoet gekomen aan de vragen van de brede instap. Met de andere werfen zullen we gericht en in functie van specifieke doelgroepen investeren in uitbreiding van het (residentiële) aanbod: jonge kinderen in precaire situaties in werf 2, jongvolwassenen in werf 3 en met werf 4 wordt het aanbod inzake jeugddelinquentie versterkt.

Typemodules die in aanmerking komen:

JONGERENWELZIJN

- Contextbegeleiding kortdurend krachtgericht (contextbegeleiding i.f.v. positieve heroriëntering, maar ook EKC, ... komen in aanmerking)
- Contextbegeleiding laagintensief
- Contextbegeleiding breedsporig
- Dagbegeleiding in groep
- Ondersteunende begeleiding
- Contextbegeleiding voor (aanstaande) ouder(s) en kind(eren) (CIG)
- Begeleiding voor pleeggezinnen, gezinnen, pleegkinderen of pleeggasten (ondersteunende pleegzorg) (omwille van openeinde-financiering van pleegzorg kan hiervoor geen uitbreiding gevraagd worden).
- + mogelijkheid tot flexibele/innovatieve inzet van modules om bv. outreachend te kunnen werken
- + mogelijkheid om ervaringen met verrekening van coaching voor positieve heroriëntering in de bezetting te verruimen

CAW:

- Begeleiding jongeren die seksueel grensoverschrijdend gedrag stellen
- Begeleiding minderjarig slachtoffer
- Begeleiding ouder-kind contact tijdens detentie
- Begeleiding van en toezicht op contact tussen kinderen en een gescheiden ouder

- Begeleiding voor jongeren
- Begeleiding voor ouders
- Bemiddeling in conflicten tussen jongeren en hun ouders
- Integrale gezinsbegeleiding
- Ouderschapsbemiddeling

CGG:

- CGG kennen 2 typemodules: diagnostiek en behandeling.

KIND & GEZIN:

- Functie begeleiding
 - Kort licht mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin
 - Lang licht mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin
 - Zeer kort intensief mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin
 - Kort intensief mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin
 - Middellang intensief mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin
 - Kort zeer licht mobiele begeleiding (bestaande innovatiemodule)
 - Spelcounseling (bestaande innovatiemodule)
 - Buidelbegeleiding (bestaande innovatiemodule)
 - Mobiele pedagogische begeleiding vaders in detentie en ambulante en/of mobiele begeleiding van hun partners en hun kinderen van 0-12 jaar (bestaande innovatiemodule)
 - Villa Ou-Ki (bestaande innovatiemodule)
 - Mobiele en ambulante pedagogische huiswerkbegeleiding voor kinderen en hun gezin (bestaande innovatiemodule)
- Functie ambulante pedagogische training
 - Ambulante pedagogische training van ouders samen met kinderen in groepsverband
 - Ambulante pedagogische training in groepsverband van ouders en van kinderen
 - Ambulante pedagogische training van ouders in groepsverband
 - Ambulante pedagogische training of begeleiding van ouders individueel
- Functie ambulante dagopvang
 - Ambulante opvang

VAPH:

- Mobiele/ambulante begeleiding voor minderjarigen met een (vermoeden) van handicap (lage frequentie)
- Procesbegeleiding voor minderjarigen met (een vermoeden van) handicap in de opmaak van een individueel ondersteuningsplan en de versterking van het netwerk (DOP's)

7.4. Wat kost een module gemiddeld? Wat met anciënniteit?

Modules en kostprijs:

JONGERENWELZIJN

Regelgevende basis: Besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand.

Module	totaal 5 jaar anc.	extra jaar anc.	kost 10 jaar
Pleegzorg ondersteunend	3.703,34	74,76	4.077,14
Dagbegeleiding in groep	18.570,70	378,66	20.464,00
Contextbegeleiding krachtgericht kortdurend	8.935,13	189,33	9.881,78
Contextbegeleiding laag intensiteit en	8.935,13	189,33	9.881,78
Contextbegeleiding voor (aanstaande) ouder(s) en kind(eren) (CIG)	7.871,85	166,80	8.705,85
Contextbegeleiding breedsporig	17.870,26	378,66	19.763,56
Ondersteunende begeleiding	44.675,66	946,66	49.408,96

Voor de opmaak van het uitbreidingsvoorstel (begroting) dient de kostprijs per module aan 10 jaar anciënniteit gebruikt te worden.

CAW

Regelgevende basis: Besluit van de Vlaamse Regering van 21 juni 2013 betreffende het algemeen welzijnswerk.

Begeleiding jongeren die seksueel grensoverschrijdend gedrag stellen
Begeleiding minderjarig slachtoffer
Begeleiding ouder-kind contact tijdens detentie

Begeleiding van en toezicht op contact tussen kinderen en een gescheiden ouder
Begeleiding voor jongeren
Begeleiding voor ouders
Bemiddeling in conflicten tussen jongeren en hun ouders
Integrale gezinsbegeleiding
Ouderschapsbemiddeling

Kostprijs per CAW-module: 12 begeleidingen per VTE (1 VTE = 68.647,32 euro)

GGZ

De typemodules worden niet gehanteerd m.b.t. de financiering. De CGG maken driejaarlijkse overeenkomsten op waarin ze aangeven welk aanbod ze gaan realiseren de komende 3 jaren. Het is dus niet zo dat vanuit de overheid bepaald wordt hoeveel aanbod (begeleidingen, consultaties,..) er moet gerealiseerd worden. De CGG geven zelf aan welk aanbod (directe en indirecte cliëntenwerking, preventie en consult/dienstverlening) ze zullen realiseren met de enveloppe-middelen.

De financiering van een voltijdse eerstelijnspsychologische functie gebeurt via een vast subsidiebedrag van 75.000 euro.

KIND & GEZIN

Typemodule	Kostprijs	
Functie begeleiding		
Kort licht mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin	€ 2.350,35	per begeleid gezin
Lang licht mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin	€ 9.169,82	per begeleid gezin
Zeer kort intensief mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin	€ 4.706,48	per begeleid gezin
Kort intensief mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin	€ 7.051,04	per begeleid gezin
Middellang intensief mobiele pedagogische begeleiding voor kinderen en hun gezin	€ 13.667,90	per begeleid gezin
Kort zeer licht mobiele begeleiding (bestaande innovatiemodule)	€ 1.175,18	per begeleid gezin

Spelcounseling (bestaande innovatiemodule)	€ 35.088,34	voor minstens 6 gezinnen
Buidelbegeleiding (bestaande innovatiemodule)	€ 66.928,41	voor minstens 6 gezinnen
Mobiele pedagogische begeleiding vaders in detentie en ambulante en/of mobiele begeleiding van hun partners en hun kinderen van 0-12 jaar (bestaande innovatiemodule)	€ 41.884,70	voor minstens 6 gezinnen
Villa Ou-Ki (bestaande innovatiemodule)	€ 44.764,50	voor minstens 78 gezinnen
Mobiele en ambulante pedagogische huiswerkbegeleiding voor kinderen en hun gezin (bestaande innovatiemodule)	€ 39.272,02	voor minstens 3 keer 6 gezinnen in een klas
Functie ambulante pedagogische training		
Ambulante pedagogische training van ouders samen met kinderen in groepsverband	€ 13.520,28	per training van 1 gezin
Ambulante pedagogische training in groepsverband van ouders en van kinderen	€ 49.756,72	per training van minstens 10 kinderen
Ambulante pedagogische training van ouders in groepsverband	€ 6.634,23	per training van minstens 6 gezinnen
Ambulante pedagogische training of begeleiding van ouders individueel	€ 7.051,04	per training van minstens 1 gezin
Functie ambulante dagopvang		
Ambulante opvang	€ 20.701,57	per opvangplaats

VAPH

Regelgevende basis: het besluit van de Vlaamse Regering betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap van 22 februari 2013. Voor Diensten Ondersteuningsplan: Besluit van de Vlaamse Regering van 30 september 2011 betreffende de erkenning en subsidiëring van diensten Ondersteuningsplan en een mentororganisatie voor het voortraject van personen met een handicap.

Het VAPH erkent of financiert niet per module. De erkenning van een RTH-dienst wordt uitgedrukt in een aantal personeelspunten dat door de voorziening moet worden verantwoord door de effectief aangeboden ondersteuning (prestaties). Per begeleiding wordt 0,22 personeelspunten geteld. Ook de personeelsformatie wordt uitgedrukt in personeelspunten. De waarde van een personeelspunt bedraagt 925 euro maar de reële personeelskost wordt uitbetaald (afhankelijk van functie en anciënniteit). Per punt komt hier dan een werkingskost van 89 euro bovenop.

7.5. Komen de middelen voor de eerstelijnspsychologische functie (ELP) uit deze oproep?

De middelen voor de ELP komen uit deze oproep. Hierdoor versterken we het budget voor vroegdetectie en -interventie en is afstemming met die oproep zeker nodig.

7.6. Wat moet worden verstaan onder de eerstelijnspsychologische functie? Hoe wordt verwacht dat dit wordt ingevuld?

Uit de zeven pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie voor volwassenen kunnen we volgende informatie meegeven:

De eerstelijnspsycholoog heeft drie grote opdrachten:

Verstrekken van laagdrempelige, kortdurende en vlot toegankelijke zorg;

Nauwe samenwerking met zorgverleners verzekeren en uitbouwen van een lokaal netwerk van actoren binnen en buiten de zorgsector;

Ondersteunen van de partners binnen en buiten de zorgsector om psychologische problemen te leren herkennen.

De eerstelijnspsycholoog verstrekt in eerste instantie laagdrempelige en lokale zorg aan mensen met milde tot matige psychische klachten die op korte termijn hulp nodig hebben en met weinig contacten verder kunnen geholpen worden.

De eerstelijnspsycholoog is toegankelijk voor zowel kwetsbare en kansarme doelgroepen als financieel redzame patiënten. De eerstelijnspsycholoog start met een inschatting van de problematiek en geeft kortdurende (5-tal sessies) zorg gericht op het verhogen van de veerkracht, zelfredzaamheid en autonomie van de patiënt.

De eerstelijnspsycholoog werkt zeer nauw samen met de partners in de eerste lijn en ondersteunt deze door zijn kennis in de geestelijke gezondheidszorg. Daardoor verhoogt de kennis van psychische problematieken bij de eerstelijnsverleners, kan er meer preventieve zorg verleend worden en verhoogt de herkenning van psychische problemen (vroegdetectie) en kan in een vroeg stadium opgetreden worden (vroeginterventie).

De eerstelijnspsycholoog heeft een duidelijke link met het netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, en met het programma vroegdetectie en -interventie dat momenteel vorm krijgt in elk netwerk. Zoals in de oproep voor het programma vroegdetectie en -interventie beschreven staat, ambiëren we binnen dat programma een continuüm van preventie tot zorg, wat impliceert dat er een nauwe aansluiting moet zijn tussen de verschillende lijnen en dat het programma breed geïnterpreteerd dient te worden met een duidelijke link naar o.a. intergemeentelijke preventiewerkers, de reguliere basisopdrachten van de CGG, Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR), Referentiecentra Autismespectrumstoornissen, Centra voor ontwikkelingsstoornissen, CLB, ...

De netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren staan, in samenwerking met de netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen, in voor het *stroomlijnen* van vroegdetectie en -interventie binnen hun regio. Er wordt aan de netwerken gevraagd om de relevante lokale initiatieven van partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten die activiteiten voor vroegdetectie en -interventie ontplooiën gericht op kinderen en jongeren met de eerste tekens van een mogelijk psychische of psychiatrische problematiek, te inventariseren en te schetsen welke afspraken er bestaan m.b.t. dit aanbod van activiteiten

om *optimale afstemming* te realiseren. Men moet toelichten op welke wijze er samengewerkt wordt tussen nieuwe initiatieven en bestaande initiatieven binnen het programma vroegdetectie en -interventie teneinde een *globaal en geïntegreerd geheel* van vroegdetectie en -interventie te realiseren.

De eerstelijnspsycholoog werkt nauw samen met de partners in de geestelijke gezondheidszorg om patiënten gericht te kunnen doorverwijzen wanneer meer gespecialiseerde hulp of meer langdurige hulp noodzakelijk blijkt.

Crisisinterventies behoren niet tot de kerntaak van de eerstelijnspsycholoog, maar de eerstelijnspsycholoog is wel in staat om crisissituaties te onderkennen en crisisinterventie voor de patiënt te organiseren. Het is belangrijk om daar duidelijke afspraken rond te maken binnen het samenwerkingsverband.

In groepscursussen kunnen alledaagse psychologische problemen zoals stress, angst, depressie, slaapproblemen, assertiviteit, piekeren ... aan bod komen.

De eerstelijnspsycholoog functioneert binnen het samenwerkingsverband van zorgverleners, organisaties en partners die de één gezin – één plan aanpak vorm geven en legt waar nodig de link met andere zorgverleners zoals huisartsen, verpleegkundigen, CGG, ziekenhuizen, thuiszorgdiensten, privé-therapeuten enz.

7.7. Wie dient de eerstelijnspsychologische functie vorm te geven / waar dient deze te worden ondergebracht?

Het agentschap Zorg en Gezondheid ziet deze ELP-functie voor kinderen en jongeren graag ingebed in de toekomstige eerstelijnszones, die zich momenteel aan het vormen zijn. Belangrijk is dat de ELP wordt ondergebracht in een organisatie in de eerstelijnszorg (Sociaal Huis, OCMW, CAW, wijkgezondheidscentrum, groepspraktijk, zelfstandig psycholoog). Verankering in een organisatie die gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg aanbiedt, zoals een CGG, wordt afgeraden. Essentie is dat de opdrachten (zie hierboven) van de ELP, de laagdrempelige werkplek en het profiel (zie verder) cruciaal zijn om te bewaken.

7.8. Wat is de verhouding tussen de ELP en de middelen die zijn toegekend aan het crisisteam en team langdurige zorg binnen GGZ? Wordt de ELP-functie hierin ingekanteld of betreft het een nieuw voorstel?

De ELP wordt niet verankerd in de mobiele crisisteams of mobiele teams langdurige zorg die opgestart zijn in het kader van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. Crisisinterventies behoren niet tot de kerntaak van de eerstelijnspsycholoog, maar de eerstelijnspsycholoog is wel in staat om crisissituaties te onderkennen en crisisinterventie voor de patiënt te organiseren (bv. door aanmelding bij het crisismeldpunt jeugdhulp). Het is belangrijk om daar duidelijke afspraken rond te maken binnen het samenwerkingsverband RTJ. De ELP biedt kortdurende hulp aan, geeft de cliënt een duwtje in de rug om weer verder te kunnen. De ELP biedt geen langdurige zorg aan. Indien meer langdurige hulp nodig blijkt, heeft de ELP voldoende kennis van de sociale kaart om de cliënt gericht door te verwijzen.

7.9. Moet de ELP een master zijn? Mag bachelor ook?

Uit de ervaring met de zeven pilootprojecten blijkt dat een volgend profiel van de ELP nodig is:

- > Master in de Psychologie of de Pedagogische wetenschappen:
 - Afgestudeerd binnen richting klinische psychologie, gezondheidspsychologie, school-psychologie of orthopedagogiek;
 - Minstens 5 jaar beroepservaring.
- > Ervaring in psycho-educatie;
- > Kennis van KOP model bij volwassenen en PROP model voor kinderen en jongeren;
- > Is specialist in detectie en assessment van psychische problemen: hij kan de aard en de ernst van de problematiek goed inschatten;
- > Is vertrouwd met de bestaande kortdurende interventies en in staat om in functie van de noden en de voorkeuren van de patiënt interventies toe te passen;
- > Is vertrouwd met de bestaande mogelijkheden op het vlak van groepswerking en zelfhulp om de patiënt hierover op zijn maat te informeren en te motiveren;
- > Kan groepssessies organiseren, leiden en opvolgen;
- > Ervaring met een brede waaier van psychologische problemen binnen verschillende patiëntengroepen in eerstelijnszorg;
- > Beschikt over communicatieve gespreksvaardigheden om alle doelgroepen tegemoet te treden op een vraaggerichte en respectvolle manier;
- > Kan snel verbinding maken met patiënten, is meelevend, niet veroordelend, respectvol en begripvol;
- > Kan de sociale kaart van het aanbod in de regio goed overzien en kan een positieve samenwerking bewerkstelligen met de partners;
- > Is flexibel ingesteld – de ELP werkt namelijk met veel cases tegelijk naast de vele andere taken (zoals bv. relaties met het netwerk onderhouden, informatie-uitwisseling met de partners, registratie en monitoring, etc.);
- > Kan vlot omgaan met onvoorziene situaties en vragen met betrekking tot psychische problemen die zich voordoen;
- > Werkt zo efficiënt mogelijk om de vraag te kunnen beantwoorden;
- > Kan zelfstandig werken. Op dit moment kan de ELP zich niet beroepen op collegae-ELP en moet hij voor zichzelf een werkkader uittekenen;
- > Is een teamspeler (o.a. in de relatie met de huisarts) en een netwerker (in de relatie met het lokale aanbod).

Uit de ervaringen in de pilootprojecten blijkt dat de ELP-functie een uitdagende functie is die een zekere maturiteit en stressbestendigheid vraagt. Het is aan te raden om een goede omkadering voor de ELP-functie te voorzien, bijv. voldoende mogelijkheden tot intervisie; aansluiting vinden bij de andere werknemers op de werkplek (teamgevoel); casusbesprekingen; ... De praktische omkadering op de werkplek kan de uitvoering van de functie in belangrijke mate ondersteunen (onthaal van patiënten, agenda en registratiesysteem, werkruimte en -middelen voor de ELP-functie ...).

7.10. Mogen er meerdere ELP's worden aangevraagd in 1 voorstel?

Binnen de pilootregio mag geëxperimenteerd worden met de ELP en mogen dus meerdere ELP ingezet worden.

7.11. Wanneer is er sprake van versnippering van middelen? Hoe ver mag men gaan in verdeling van middelen?

Verdeling en spreiding van de middelen en de uitbreiding moet onderbouwd gebeuren (cf. noden, doelgroepen, subregio's, ...) en niet louter op basis van een lineaire verdeling van het budget over mogelijke initiatiefnemers.

7.12. Als uitbreiding wordt toegekend, is die dan verworven door de ontvangende actor of gelinkt aan het samenwerkingsverband en vatbaar voor wijziging na evaluatie?

De toegekende uitbreiding is gelinkt aan het samenwerkingsverband. Als een evaluatie van de werking uitwijst dat bepaalde modules geheroriënteerd moeten worden naar ander aanbod dan kan dat.

8. Voorstel en procedure

8.1. Wanneer wordt het indiensjabloon of aanvraagdocument bekend gemaakt?

Zie op www.jeugdhulp.be bij Uitbreidingsbeleid jeugdhulp.

8.2. Waarom wordt enkel aan IROJ advies gevraagd en niet aan de netwerken GGZ kinderen en jongeren? De plannen GGZ (overkophuizen, k-dagplaatsen) moesten wel bij beide netwerken worden voorgelegd.

De netwerken GGZ zijn vertegenwoordigd in de IROJ en omgekeerd. De IROJ kunnen een advies inwinnen van een ruimere groep van betrokkenen. Dat laatste betreft niet alleen de GGZ-partners. Er zijn ook de lokale besturen en de OCMW's, basis- en eerstelijnsvoorzieningen zoals jeugdwerkingen, huisartsen, mutualiteiten, ... Het was niet mogelijk om bij elke relevante sector apart advies in te winnen, maar het IROJ kan zoals gezegd een advies geven vanuit een ruimere groep van belanghebbenden.

Projectteam

Samenstelling	
Coördinatie en aanspreekpunt	Erwin.daenen@wvg.vlaanderen.be - 0477 77 11 91
Vlaams Agentschap Jongerenwelzijn	David Debrouwere, Martine Puttaert en Kim Craeynest
Vlaams Agentschap Kind en Gezin	Anne Van den Berge en Tim Stroobants
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	Sven Pans en Roel Smeets
Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	Tineke Oosterlinck, Karen Fredrix en Carolien Belmans
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	Marijke Enghien en Kristien Verbeken
Departement Vorming en Onderwijs	Ruth Dufromont