



GGKJ ACTIVITEITENRAPPORT 2024-2025

Praktisch :

- Het activiteitenverslag behandelt elke vraag van elk van de onderstaande thema's.
- Het verslag bestaat uit één document (PDF of Word) van max. 60 pagina's.
- Bijlagen worden niet aanvaard. Schema's, afbeeldingen, tabellen, ... kan u in het PDF- of Word document invoegen. We houden geen rekening met afzonderlijk overgemaakte schema's, afbeeldingen, tabellen, documenten, ...
- Het activiteitenverslag wordt ten laatste op 31 mei 2026 overgemaakt aan: jo.holsbeek@health.fgov.be

1. Participatie: huidige activiteiten en vooruitblik

1.1. Actieplan

Werd er een actieplan opgesteld? Indien ja, voeg toe als bijlage.

In 2022 ontwikkelde de participatiecoach van WINGG (Tim Verbeke) samen met de stuurgroep participatie en met goedkeuring van het netwerkcomité WINGG een actieplan waarin 4 kerndoelstellingen geformuleerd werden:

- Kinderen, jongeren en hun context zijn actief betrokken in de organisatie en de besluitvorming van het netwerk WINGG waardoor zij op alle niveaus kunnen meebouwen aan kindvriendelijke geestelijke gezondheidszorg in West-Vlaanderen.
- WINGG zet zich in om kinderen, jongeren en hun context op een uitnodigende en begrijpelijke manier te informeren over het zorgaanbod in West-Vlaanderen.
- WINGG versterkt de bewustwording, de kennis en de toepassing van participatie van kinderen, jongeren en hun context bij de netwerkpartners binnen het brede domein van de geestelijke gezondheid.
- WINGG ondersteunt en moedigt kinderen, jongeren en hun context aan in het uiten van hun mening in hun eigen zorgtraject maar ook in hoe geestelijke gezondheidszorg binnen WINGG georganiseerd wordt.

Dit actieplan werd als addendum toegevoegd aan het Strategisch Plan van het netwerk (2021-2024). Bij de opmaak van het nieuwe Strategisch Plan (2025-2028) beslisten we om participatie van kinderen, jongeren en hun context volledig mee te integreren in de doelstellingen van het netwerk (en dus geen afzonderlijk plan te schrijven over participatie). Je vindt het Strategisch Plan WINGG voor de periode 2025-2028 op [deze webpagina](#).

1.2. Informatie en sensibilisering

- 1.2.1. Welke acties werden ondernomen om de toegang tot informatie voor kinderen, jongeren en hun context te verbeteren m.b.t. geestelijke gezondheid en het bestaande zorgaanbod? Beschrijf acties die werden gerealiseerd in het verleden (2024-2025) en één actie die op korte termijn wordt gepland (2026).

De Nederlandstalige participatiecoaches werkten samen om in 2025 de [podcast 'Partici-Wat'](#) uit te brengen, waarbij jongeren vanuit hun eigen ervaring vertellen hoe ze participatie in de geestelijke gezondheidszorg ervaren en wat participatie voor hen betekent. Ze delen daarin positieve en negatieve ervaringen en geven concrete tips.

Daarnaast schreven en publiceerden de Nederlandstalige participatiecoaches samen het artikel 'Hoeveel kost een psycholoog' voor de website WatWat (info voor jongeren vanuit De Ambassade). Het artikel werd bekroond met de 'Heerlijk Helder'-prijs van het Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken van de Vlaamse overheid.

Specifiek voor West-Vlaamse jongeren werd een specifiek Instagramkanaal opgestart dat informatie gericht op de doelgroep verstrekt: wingg_participatie. Het kanaal heeft iets minder dan 300 volgers.

Ter bekendmaking van het Strategisch Plan WINGG 2025-2028 nam de participatiecoach initiatief om een sociale media campagne te maken waarbij elk filmpje op een toegankelijke manier de verschillende strategische doelstellingen uit de doeken doet – bij sommige van deze filmpjes nemen ook jongeren zelf het woord.

In 2026 rollen we met de West-Vlaamse netwerken geestelijke gezondheid en in samenwerking met Psyche vzw de Psychewijzer uit. Deze portaalwebsite zal voor West-Vlaamse burgers (waaronder dus jongeren en hun context) en eerstelijnsactoren een digitale wegwijzer betekenen met een overzicht van bestaande hulpverleningsvormen, gebaseerd op het model van 'getrapte zorg' en helpt bij het vinden van psychische/psychiatrische zorg.

1.2.2. Welke doelgroepen werden door deze acties prioritair bereikt?

Deze acties bereiken prioritair jongeren en in beperkte mate kinderen en ouders.

1.2.3. Welke soorten ondersteuningsmiddelen en communicatiekanalen werden gebruikt?

We gebruiken meestal sociale media en dan vooral Instagram. Om informatie tot bij jongeren te krijgen zetten we in op structurele samenwerking met de West-Vlaamse Overkophuizen en dit zowel vanuit de participatiewerking (participatiecoach, stuurgroep participatie waarin Overkop vertegenwoordigd is) als vanuit de eerstelijnspsychologische werking binnen WINGG waarbij we op verschillende niveaus inzetten op verbinding (vb. via de aanwezigheid van een ELP in elk Overkophuis en via meer structurele verbinding in elkaars beleidsorganen).

1.2.4. Welke specifieke noden of drempels inzake toegang tot informatie werden vastgesteld?

Er is een gebrek aan heldere en bruikbare informatie op maat van (jonge) kinderen. Daarnaast kenmerken de sectoren geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp in het algemeen zich door een complex taalgebruik.

De participatiecoaches namen recent – vanuit de vaststelling dat er veel overlap is in de opdracht rond informeren – het voortouw om WatWat, Te Gek?! en Instituut Gezond Leven samen rond tafel te brengen voor een eerste verkennend gesprek.

1.3. De stem van kinderen, jongeren en hun context

1.3.1. Welke acties of instrumenten maakten het mogelijk voor kinderen, jongeren en hun context om hun standpunt over hun zorgtraject kenbaar te maken? Beschrijf acties die werden gerealiseerd in het verleden (2024–2025) en één actie die op korte termijn wordt gepland (2026).

Vertrekkend vanuit het mobiele zorgaanbod van WINGG is er reeds jarenlang een werkgroep participatie actief. In de voorbije periode 2024-2025 ondernamen zij onder meer volgende acties om de inspraak van kinderen, jongeren en hun context in hun eigen zorgtraject te verhogen:

- Gebruik van AIM-kaarten (gebaseerd op Anna Freud centrum maar herwerkt naar eigen praktijk) om bij aanvang van de behandeling samen met jongeren en hun context te komen tot duidelijke en gezamenlijke doelstellingen.
- Cliënten informeren over de mogelijkheid tot inzage in hun dossier en daarvoor ook op teamniveau afspraken maken.
- Experimenteren met de deelname van jongeren aan hun teamvergadering.
- Maken en online verspreiden (via onze website, op flyers die we meehebben op het eerste gesprek) van filmpjes waarin zowel kinderen als jongeren op hun maat geïnformeerd worden over de werking van de mobiele teams en wat ze van zo'n behandeling kunnen verwachten.

Op een meer algemeen niveau ondernamen we in de voorbije periode ook andere initiatieven. Zo maakten we in 2024 de afspraak met OOGG dat zij een ombudsfunctie opnemen voor kinderen en jongeren die door de mobiele teams worden behandeld en die vragen hebben over hun patiëntenrechten of over de manier waarop hun behandeling verloopt. Op de website www.wingg.be voorzien we een specifieke "Zeg je zeg"-pagina waar bezoekers op een goed geïnformeerde wijze uitgenodigd worden om hun suggesties, ideeën of klachten door te geven. De input van deze pagina wordt continu verwerkt en met de betrokken teams/diensten besproken. Jaarlijks geeft de referent kwaliteit een overzicht van de verzamelde feedback aan de relevante beleidsorganen.

In 2026 bereiden we vanuit de werkgroep participatie (op niveau van de mobiele teams) een patiëntenbevraging voor met een dubbele doelstelling: via een actieve luisterhouding patiënten vertrouwen laten opbouwen in het samenwerken met hulpverlening en feedback verzamelen over de wijze waarop zij een behandeling door onze teams ervaren.

Daarnaast hebben we begin 2026 ook een eerste keer een West- en Oost-Vlaamse adviesgroep kinderen en jongeren samengebracht. Dit is een 'lokale' werkgroep die adviezen brengt die we samen met andere initiatieven in Vlaanderen bundelen en meenemen naar het COMGGKJ. De eerste keer ging door in Kortrijk, een tweede editie staat gepland in Gent.

1.3.2. Welke concrete bijsturingen of evoluties zijn voortgekomen uit deze participatie?

Doorheen de individuele behandeltrajecten gebeuren regelmatig en waar mogelijk bijsturingen op basis van de input van kinderen, jongeren en hun context. Soms krijgen we ook input waar we meer structureel mee aan de slag moeten, vb.

- Het afwegen van (het vasthouden aan) de behandeltermijnen in de verschillende teams
- Deelnemen aan de teamvergadering voor een jongere is niet evident. Bij deelname van een jongere moet er ook op een aantal zaken extra gelet worden, zoals
 - o De jongere niet overstelpen met vragen
 - o Niet teveel focussen op het geven van (praktische) tips aan de jongere en collega
 - o Opletten dat er niet teveel laptops op tafel staan
- Een eerste filmpje met informatie over de werking van de mobiele teams bleek niet voldoende begrijpbaar voor kinderen waardoor we ook een filmpje op kindermaat lieten maken
- Het gebruik van de AIM-kaarten om meer afgestemde en doelgerichte behandeling te bereiken

1.3.3. Welke specifieke noden of drempels werden vastgesteld m.b.t. de expressie van de stem van kinderen, jongeren en hun context?

Het laten horen (en beluisteren) van de stem van kinderen, jongeren en hun context blijft een belangrijk aandachtspunt die een niet aflatende inzet nodig heeft. Op persoonlijk vlak vraagt de inzet op

participatie soms ook wel wat kwetsbaarheid van een medewerker, waar collega's alert (en ondersteunend) voor dienen te zijn.

1.4. Participatie in besluitvorming

Microniveau – Individueel zorgtraject

1.4.1. Hoe wordt de participatie van kinderen, jongeren en hun context aangemoedigd bij beslissingen die betrekking hebben op het individuele zorgtraject?

- Aanmoedigen van jongeren om aan te sluiten op de teamvergadering.
- Gebruik van de AIM-kaarten voor een meer doelgericht en afgestemd behandeltraject.
- Transparant en helder informeren via flyers, filmpjes en informatie over het patiëntendossier.

1.4.2. Welke instrumenten, methoden of werkwijzen worden ingezet om deze participatie te ondersteunen?

- De "Zeg je zeg"-procedure – al blijft het gebruik van deze tool voorlopig eerder beperkt.
- Het bestaan van het platform 'werkgroep participatie mobiele teams' en de acties die vanuit die werkgroep opgezet worden.
- Het filmpje op de website op jongerenmaat om te informeren over de werking en met daarin de duidelijke vermelding van de mogelijkheid tot participatie zoals bijvoorbeeld het aansluiten op de teamvergadering.
- De ontwikkeling van onze eigen AIM-kaarten.

Mesoniveau – Organisatie en zorgaanbod

1.4.3. Op welke manieren worden kinderen, jongeren en hun omgeving betrokken bij:

- de ontwikkeling van het zorgaanbod;
- de evaluatie van zorg en diensten;
- de feedback over de geboden hulp en aangeboden prestaties?

We kunnen verwijzen naar heel wat initiatieven waarbij bovenstaande punten soms (vaak) door elkaar lopen:

- De stuurgroep participatie (op netwerkniveau) heeft het mandaat om feedback te geven op thema's die zij belangrijk achten of waarvoor de beleidsorganen (netwerkcomité, stuurgroepen cluster) graag advies inwinnen
- Vanuit de stuurgroep participatie is er een deelname aan het netwerkcomité door 1 vertegenwoordiger van cliënten en de participatiecoach
- In functie van de opmaak van het nieuw Strategisch Plan voor het netwerk hielden we in het najaar van 2024 enkele Dialoogcirkels waarbij we actief op zoek gingen naar de inhoudelijke inbreng van kinderen, jongeren en de personen die het dichtst bij hen staan. Ook voor de organisatie van de Dialoogcirkels nodigden we jongeren met een traject binnen de jeugdhulp uit om thema's in te leiden of zochten naar professionals die onze gewone manier van denken even uit evenwicht brachten.
- Bij het voorbereiden van nieuwe proeftuinen, vb. complexe crisis (Actie 3) of spoeddiensten, en eerder ook bij de uitwerking van Werf 5 jongvolwassenen hield de participatiecoach interviews met jongeren waarbij de werkgroep zich engageerde om hun inbreng zoveel mogelijk te verwerken en vertalen in het projectplan.
- De organisatie van een "Zeg je zeg"-avond in Kortrijk eind 2024.

1.4.4. Hoe worden de verzamelde bijdragen meegenomen in de besluitvorming binnen het netwerk?

Hoewel we moeten erkennen dat dit een moeilijke oefening blijft, kunnen we toch bevestigen dat de inbreng van kinderen, jongeren en hun context een concrete invloed heeft gehad op de totstandkoming en inhoudelijke invulling van het Strategisch Plan WINGG (onder meer via de Dialoogcirkels) en van enkele proeftuinen.

Eind 2024 werden op het netwerkcomité WINGG enkele afspraken gemaakt om de inbreng van de cliëntvertegenwoordiger en de participatiecoach te ondersteunen:

(Uittreksel uit het verslag van het netwerkcomité WINGG dd. 06.12.2024) Het doel is om de stem van de cliënten/jongeren in te brengen in het NWC. Om deze rol voldoende goed te kunnen opnemen, expliciteren we enkele afspraken:

- Tijdens het overleg willen we een veilige omgeving creëren en toegankelijke taal stimuleren.
- Onderscheid maken tussen inhoud van de vergaderpunten: bij de beslispunten moeten we er ons van verzekeren dat de beslissing helder is en iedereen de beslissing ondersteunt.
- Voorstel om bij beslispunten in de agenda te formuleren wat er precies beslist zal moeten worden.
- De cliëntvertegenwoordiger en de participatiecoach vergaderen altijd +/- een week voor het netwerkcomité ter voorbereiding. Op dat moment kan ook bekeken worden welke punten nog uit de cliëntvertegenwoordiging kunnen aangebracht worden.
- Verslaggeving van het netwerkcomité wordt zo begrijpelijk mogelijk opgesteld.

De cliëntvertegenwoordiger voelt daarnaast de noodzaak om zaken te kunnen afstemmen met de achterban in de Stuurgroep Participatie. Mogelijks veroorzaakt dit wat vertraging want de frequentie van samenkomen is voorzien op 4 keer per jaar. Als het gaat om beslispunten die snel een uitvoering moeten krijgen is dat niet altijd werkbaar, dan kan het nodig zijn om input te vragen van de Stuurgroep Participatie via mail of online overleg. De participatiecoach en de netwerkcoördinator signaleren aan de overheid dat het participatief proces tijd vraagt en ze hier dus rekening mee moeten houden bij het opstellen van hun deadlines.

1.5. Bevordering van een participatieve cultuur binnen het GGKJ-netwerk

1.5.1. Hoe werd het inzicht in en de toe-eigening van participatie van kinderen, jongeren en hun omgeving versterkt bij de partners van het GGKJ-netwerk?

Kinderen en jongeren hebben al jaren een vaste plek op het jaarlijkse Netwerkforum WINGG waarbij we professionals uit de West-Vlaamse hulpverlening samenbrengen. Een workshop die jongeren gemaakt hadden voor het Netwerkforum in 2023 werd in 2024 2 maal herhaald

- 1x voor WINGG-medewerkers (in het kader van interne vorming)
- 1x voor studenten van de UGent binnen de opleiding orthopedagogie

Ook in de daaropvolgende jaren brachten de jongeren een workshop en/of bemanden een stand op de standenmarkt.

De podcast 'Partici-wat' waarbij jongeren vertellen wat participatie in de geestelijke gezondheidszorg voor hen betekent.

De betrokkenheid van de participatiecoach(en) op beleidsniveau, vb. in overleg met de netwerkcoördinatie en met het COMGGKJ.

1.5.2. Welke veranderingen in praktijken of attitudes werden binnen het netwerk waargenomen?

We kunnen stellen dat een mentaliteitswijziging in de richting van meer aandacht voor en erkenning van het belang van participatie van kinderen, jongeren en hun context zich via kleine bewegingen laat voelen, vb.

- De normaliteit van het betrekken, bevragen van jongeren bij de opstart van nieuwe projecten. Het blijft daarbij wel absoluut een aandachtspunt om ook bij de concrete realisatie van de nieuwe projecten/zorgpaden voldoende rekening te blijven houden met hun input.
- De ambitie om (mensen met) ervaringsdeskundigheid – zowel binnen beleidsorganen als binnen de klinische werking – een vaste plaats te geven binnen onze werking. Even goed: het zoeken naar een correct en degelijk kader (zowel inhoudelijk, financieel, HR) om dit te ondersteunen.

1.6. Wederzijds leren en uitwisseling van praktijken

1.6.1. Welke participatieve praktijken, methoden of innovatieve initiatieven werden binnen het netwerk geïnventariseerd, gedeeld of ontwikkeld?

- Het **Kunstproject “Geef me vleugels”** in het kader van ons 10-jarig bestaan waarbij jongeren en netwerkpartners uitgenodigd werden om samen een kunstproject tot leven te brengen (in samenwerking met kunstenares Lisa Spillebeen en mee gefinancierd door Kiwanis Hinterland). Al snel kregen we reactie en waren er **177 kinderen en jongeren** die hun verhaal wilden brengen. Iedere deelnemer kreeg een lapje stof van 30 x 30 cm. Niet veel, maar groot genoeg om een universum op kwijt te kunnen. Met naald en draad, verf, potlood of stift brachten ze hun eigen verhaal tot leven: een droom, een wens, een herinnering, iets dat kracht of hoop gaf. Iets dat vleugels schonk.

Die 177 lapjes stof werden samengebracht. Elk had een eigen karakter, een eigen wil maar samen vormden ze toch één geheel: een dubbeldekker met twee zitjes. Een vliegtuig dat symbool staat voor vrijheid, beweging en het idee dat we **samen verder komen dan alleen**. Elk stukje stof heeft zijn eigen plek gekregen. Niets is toevallig, niets overbodig. De blauwe kleur van WINGG kwam terug op de vleugels en op de zitjes. Die plekken dragen het geheel, geven richting en rust, wat helemaal aansluit bij de visie van WINGG.



We bekijken dit vliegtuig niet als een object, maar als 177 verhalen die samen vliegen. Een bewijs dat we, als we onze krachten bundelen, echt kunnen opstijgen – al is het maar een paar centimeter boven de grond. Nadien werd het vliegtuig omgevormd tot 21 afzonderlijke doeken, bevestigd aan een deel van de buizen waarmee het vliegtuig van het project werd opgebouwd. Deze doeken hebben nu een vast plekje gekregen bij tal van netwerkpartners.

- De mogelijkheid voor netwerkpartners om via een **incidentenanalyse** tot structurele verandering te komen: *“Samenwerken is vaak een erg verrijkend, leerzaam en boeiend proces, maar even vaak vormt het een uitdaging en botst, piept, kraakt en schuurt het. Als lerend netwerk willen we ook graag uit deze schurende samenwerkingen lessen trekken. De incidentenanalyse (het leerreview) biedt ons de kans om even de tijd nemen om, samen met alle betrokkenen, te onderzoeken waarom de zaken gelopen zijn zoals ze liepen en wat we hier, als netwerk, uit kunnen leren.”*

De focus ligt op het in beeld brengen van de breuklijnen en de eventueel mogelijke oplossingen. Het is dus niet de bedoeling van een incidentenanalyse om een oplossing te vinden voor de concrete casus of om een bemiddelingstraject te starten tussen de betrokkenen. We zetten dit wel in bij negatieve ervaringen waarbij de samenwerking tussen diensten in het netwerk een rol speelt.

- Afstemming met de Ambrassade, WatWat en vzw Cachet.
- De meer operationele afstemming en samenwerking met de Overkophuizen en -werkingen.
- Dialoogcirkels met kinderen, jongeren en hun context (als innovatieve praktijk).
- De stuurgroep participatie (op netwerkniveau) en de werkgroep participatie (op niveau mobiele teams).
- De inspiratiedag 'Partici..wat?!' (in samenwerking met de Nederlandstalige participatiecoaches, Crosslink) waar we met WINGG actief aanwezig waren (o.a. 2 workshops).

1.6.2. Welke elementen hebben de duurzame verankering van deze praktijken bevorderd of net belemmerd?

Voor Vlaamse werkende organisaties zoals vzw Cachet ligt West-Vlaanderen vaak nog steeds te ver om een dynamische of structureel verankerde werking uit te bouwen. Er zijn te grote verschillen in de inzet bekeken vanuit de verschillende provincies.

Een gelijkaardig effect merken we in de (zoektocht naar) samenwerking met ouders- of familievertegenwoordigers waarbij nog een extra moeilijke dimensie zit in het feit dat de vertegenwoordiging van de stem van kinderen en jongeren vaak gebeurt door tussenfiguren die zelf niet meer tot de doelgroep behoren.

1.6.3. Welke uitwisselingen vonden plaats:

- met andere GGKJ-netwerken;
- binnen het netwerk zelf, tussen de partners?
- De inspiratiedag 'Partici..wat?!' (in samenwerking met de Nederlandstalige participatiecoaches, Crosslink) waar we met WINGG actief aanwezig waren (o.a. 2 workshops).
- Bijeenkomsten en afstemming met de Nederlandstalige participatiecoaches (ruimer dan enkel de samenkomsten op de FOD)
- Lidmaatschap en actieve betrokkenheid binnen West-Vlaanderen aan de IROJ-werkgroepen 'continuïteit' en 'cliëntparticipatie'
- Deelname en actieve participatie aan de klankbordgroep "Ervaringsdeskundigheid in het groepsaanbod ELP" van het netwerk Kwadraat (onder coördinatie van Jelske Douma).
- Aanwezigheden van de participatiecoach en andere vertegenwoordigers vanuit het netwerk op studiedagen en congressen

2. Governance: wijzigingen

In het activiteitenverslag 2022-2023 vroegen we o.a.:

- 2.1. Geef een geactualiseerd organigram van het GGKJ-netwerk met vermelding van alle organen en voor elk orgaan: specifieke doelstelling(en), samenstelling en beslissingsprocedures. Preciseer de frequentie van vergadering per orgaan.
- 2.2. In het GGKJ-netwerk bestaan verschillende coördinatie-opdrachten: netwerkcoördinatie, netwerkpsychiaters, participatiecoaches, referentiepersonen kwaliteit, lokale coördinatoren in het kader van de eerstelijns psychologische hulpverlening, coördinatoren van (zorg)programma's, Situeer deze opdrachten in het organigram en beschrijf hun mandaten.

Indien het antwoord op deze vragen in vorig activiteitenverslag nog steeds actueel is, is het niet nodig deze vragen opnieuw te beantwoorden.

Indien niet, gelieve beide vragen opnieuw te beantwoorden. Vermeld daarbij expliciet het programma vroegdetectie en vroeginterventie.

In de loop van 2023 herwerkten we binnen ons netwerk de volledige governance structuur en bekrachtigden dit in maart 2024 op het netwerkcomité. Deze structuur werd bijgevolg in het vorige verslag al toegelicht en is sindsdien niet substantieel aangepast. Een volgende actualisatie staat gepland voor (najaar) 2026. Daarbij zullen we onder meer aandacht geven aan de herwerking van de missie en visie van het netwerk en aan de explicitering van enkele niet-eerder in de netwerkovereenkomst omschreven organen. Ook de benaming van de functie 'referent kwaliteit' zal in de netwerkovereenkomst worden aangepast, terwijl dit in de praktijk reeds is gebeurd via een afzonderlijk functieprofiel.

3. Stand van zaken werf 4 en 5

- 3.1 Is de overzichtstabel met de projecten in het kader van de werven 4 en 5 up-to-date? Zo nee, gelieve deze aan te passen en markeer de aanpassingen in een andere kleur.

Gelieve de overzichtstabel met de bijhorende wijzigingen (rode tekst in fluogeel gemarkeerde vakken) in de bijlage te vinden (cf. deze tabel is gelijkaardig aan dewelke via mail bezorgd werd op 20.08.2025, volgend op de aanvraag tot herinvulling van Werf 4 door het netwerkcomité WINGG).

- 3.2 Geef voor elk project in elke werf een stand van zaken. Beschrijf hoe de bijkomende VTE en de bijkomende kinder- en jeugdpsychiatrische expertise werd geïntegreerd in het bestaande (semi) residentieel aanbod. Geef aan op welke wijze, mits inzet van extra personeel, de zorgcapaciteit voor jongeren werd uitgebreid daar waar dit het meeste nodig is. Werden meer jongeren verzorgd? Zo ja, hoeveel? Of werd enkel de zorg meer geïntensifieerd? Of werd aan meer jongeren meer intensieve zorg aangeboden?

WERF 4.1 – periode vanaf 23.03.2023 tot 20.08.2025

In deze eerste periode werd de inzet verdeeld over 2 domeinen: een gerichte inzet van casemanagers met als doel het vermijden van gedwongen opnames (nu: beschermende observatiemaatregelen, BOM) en een proeftuin naar spoeddiensten in de provincie.

- Gerichte inzet van casemanagers met als doel het vermijden van gedwongen opnames

We kozen ervoor om 1 VTE te investeren in de versterking van het ambulante voortraject voor residentiële crisisopname en het casemanagement van kinderen en jongeren die gedwongen worden opgenomen met als gezamenlijk doel om het aantal gedwongen (her)opnames te verminderen. Deze inzet wordt ondersteund door 0,05 VTE kinder- en jeugdpsychiatrische supervisie.

De “BOM-casemanager” heeft een dubbele opdracht:

- in kaart brengen van het doorgemaakt traject van de kinderen en jongeren die gedwongen worden opgenomen zodat “we” als netwerk waar mogelijk lessen kunnen trekken over gemiste kansen en opportuniteiten om een beschermende observatiemaatregel te vermijden.
- samen met het kind/de jongere en zijn of haar netwerk een zorgplan opstellen dat de zorgsituatie (na de beschermende observatiemaatregel) moet herstellen en ervoor zorgt dat het zorgtraject terug kwaliteitsvol verder kan verlopen. De BOM-casemanager doet dit outreachend, plant huisbezoeken, onderhoudt actief contact met het hulpverlenings-netwerk rond het gezin en zorgt voor een concrete uitrol van het zorgplan voor zo kort als mogelijk en zo lang als nodig.

De ondersteuning van de beide bovenstaande functies (1.a en 1.b) gebeurt door een kinder- en jeugdpsychiater die verbonden is aan de K-dienst met BOM (De Korbeel). Bij die cliënten waar het Mobiel Team Crisis WINGG reeds aanwezig is in het voortraject of waar een mobiele crisisbehandeling wordt opgestart op basis van de ambulante gesprekken wordt de netwerkarts ook betrokken.

- Proeftuin naar spoeddiensten in de provincie

In een experimenteel kader zetten we 1 VTE in om 2 spoeddiensten in onze provincie (AZ West en AZ Groeninge) extra te omkaderen:

- Opzetten van een gecombineerd vormingsprogramma voor een spoeddienst
- Mee verzorgen van inschatting, eerste anamnese, deskundige opvang en opvolging kind/jongere en ouders
- Samen met gespecialiseerde GGZ en/of CMP wordt op korte termijn een oplossing gezocht (opmaak crisisplanning).
- Bij eventuele reeds lopende of gelopen GGZ-trajecten worden acties ondernomen tot (her)verbinding.
- Een duidelijk onderscheid met het bestaande crisisaanbod wordt nagestreefd.
- Duidelijke afspraken maken, wat mag verwacht worden? (ook rond verwachting van kinder- en jeugdpsychiater, medico-legale verantwoordelijkheid).

WERF 4.1 – periode vanaf 21.08.2025

Na een periode van evaluatie net voor de zomer van 2025 besliste het netwerkcomité WINGG op 26 juni 2025 om een nieuwe aanvraag voor de invulling van WERF 4 te richten aan de FOD Volksgezondheid. Op 20 augustus 2025 kregen we hiervoor een goedkeuring.

In het vorig projectvoorstel binnen WERF 4 werd reeds de problematiek van de steeds stijgende cijfers van gedwongen opnames, nu beschermende observatiemaatregel (BOM), bij kinderen en jongeren beschreven. De Korbeel is de enige K-dienst in West-Vlaanderen die erkend is voor beschermende observatiemaatregelen. De stijging van BOM bleef zich de afgelopen jaren verderzetten. Zo werden er in 2024 57 minderjarigen in gedwongen statuut opgenomen, waarvan 46 binnen De Korbeel. De overige 11 kwamen terecht op een volwassenenafdeling van een voor BOM erkend psychiatrisch ziekenhuis.

De veelheid aan opnames binnen een BOM-procedure heeft een grote impact op de (residentiële) crisiswerking, zowel binnen als buiten het crisisprogramma minderjarigen.

De vorige WERF 4 inzet van casemanagement zowel in voor- als natrajecten BOM leerde ons dat (terugkerende) BOM in bepaalde gevallen vermeden kan worden. De aanwezigheid van dit casemanagement in de meer complexe trajecten toonde ook haar meerwaarde wanneer deze jongeren in reguliere crisishulp terechtkomen. Er is reeds een plan waardoor efficiënter kan gewerkt worden. Wij kozen er in een vernieuwd voorstel dan ook voor om de middelen van WERF 4 die gekoppeld waren aan het vermijden van beschermende observatiemaatregelen (1 VTE) te bestendigen (en verder nog met middelen van het Flexibel Crisisbudget uit te breiden).

Deze inzet wordt ondersteund door 0,05 VTE kinder- en jeugdpsychiatrische supervisie van de crisisnavigatoren die verbonden zijn aan de residentiële crisisbedden in de provincie (en waar de inschatting rond het risico op escalatie richting BOM wordt gemaakt).

Daarnaast is de proeftuin naar spoeddiensten in de provincie (1 VTE – Mobiel Team Crisis WINGG) afgelopen. De ervaringen en noden die uit deze proeftuin vloeiden worden via het Flexibel Crisisbudget en ruimer binnen het netwerk opgevolgd.

Als nieuwe invulling voor deze 1 VTE stelden we voor deze in te zetten ter versterking van het Mobiel Team Care WINGG waar de zorgvragen ruimschoots het aanbod overstijgen (wachttijd tot opstart gemiddeld 9 maanden) waardoor we dus 11 lopende trajecten extra konden opstarten.

WERF 5.1 – transitieleeftijd

Binnen deze werf werd een transitie-expertiseteam (5 VTE medewerkers, inclusief ervaringsdeskundige, en 0,18 VTE medische functie) toegevoegd aan de geïntegreerde Crosslink-werking (binnen de functie Ondersteuning en voor de leeftijdsgroep 16 tot 23 jaar). Deze medewerkers zijn zowel inzetbaar voor de ondersteuning van jongeren in de transitieleeftijd (cliëntgerichte inzet) als voor hulp- en zorgverleners die met deze doelgroep aan de slag zijn (netwerkgerichte inzet). “Ontschotting” zien we daarbij als een voorwaarde om tot zorgcontinuïteit te komen, meer bepaald tussen a/de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en die voor volwassenen en b/de geestelijke gezondheidszorg en andere sectoren zoals jeugdhulp, algemeen welzijnswerk, onderwijs en tewerkstelling, ...

We zetten daarbij in op de volgende doelstellingen:

- Instaan voor de eerste indicatiestelling en aanklappende aanpak bij jongvolwassenen die niet onmiddellijk gemotiveerd zijn voor een regulier (residentieel, semi-residentieel, ambulant) zorgaanbod.
- Inzetten op verbinding en samenwerking (transfer, dialoog) tussen verschillende actoren die van belang zijn in de ruimere leefwereld van de jongeren (werk, onderwijs, jeugdhulp, huisvesting, familie en vrienden, ...).
- Deskundigheidsbevordering van professionele hulpverleners/teams binnen diverse zorgvormen: ambulant, mobiel, (semi-)residentieel. Creëren van een olievlek aan expertise in het werken met jongvolwassenen door het actief en gericht ondersteunen van andere zorg- en hulpverleners (liaisonwerking, outsourcing).
- Zorgcontinuïteit realiseren volgens het matched care principe, via zowel een participatieve trajectbegeleiding als het bevorderen van samenwerkingen tussen bestaande of te betrekken (zorg)actoren.
- Het transitie-expertiseteam sluit aan op het aanbod vanuit zowel netwerk WINGG als de netwerken GG volwassenen.

Bij aanvraag mikten we op 75 trajecten en een 10-tal vormingstrajecten op jaarbasis. De opmaak van de vorming heeft meer tijd nodig gehad dan verwacht maar wordt binnenkort voorgesteld aan de netwerkpartners die met deze doelgroep werken. Wat de trajecten van het ondersteuningsteam 16-23 betreft (gecombineerd met een deel van de middelen van het programma Vroegdetectie-

vroeginterventie van het Departement Zorg) halen we met 301 dossiers in 2025 wel ruimschoots het vooropgesteld aantal ondersteuningstrajecten.

WERF 5.2 – verstandelijke beperking

Voor dit luik van WERF 5 hebben we ervoor gekozen om de middelen te verdelen over meerdere bestaande werkingen met als doelstelling een uitbreiding en/of intensifiëring van het zorgaanbod. Ook hier tellen we extra inzet van 5 VTE en 0,18 VTE medische functie.

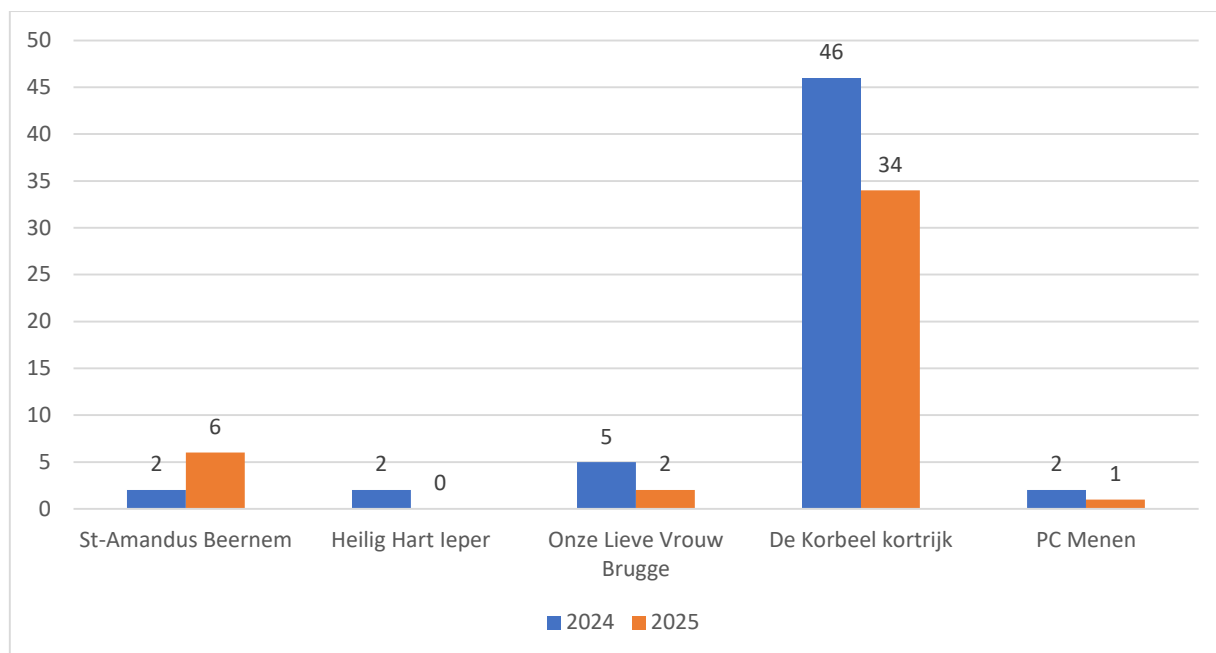
De inzet wordt als volgt verdeeld:

- Mobiel Team Ampel WINGG (langdurige zorg): 1.5 VTE
 - o Uitbreiden mobiele behandelingen en verkorten wachttijd (1.1 VTE)
 - o Consult en expertisedeling, aansluiten op cliëntoverleg met verschillende partners (ook natuurlijk netwerk en cliënt zelf) (0.20 VTE)
 - o Inzet op cliëntparticipatie (0.20 VTE).
- Extra aanbod zorgtransmissie: 1.6 VTE
 - o Versterken zorgtransmissie vanuit Mobiel Team Ampel WINGG (0.8 VTE)
 - o Residentieel: voorzien van een specifieke contextbegeleider op 'De Palissant' (P.C. Sint-Amandus) (0.8 VTE).
- Mobiel Team Ampel WINGG (crisiswerking): 1 VTE voor 10 à 12 lopende trajecten van 4 à 6 weken, in afstemming tussen Ampel WINGG en proeftuin 'CAH-Viro-Tordale' en 4 trajecten crisisholding (Ampel WINGG).
- Uitbreiden generalistische expertise rond verstandelijke beperking binnen het geïntegreerd programma Crosslink: 0.7 VTE voor wekelijks aanmeldingsoverleg - wekelijks 3x teamondersteuning - vragen rond dubbeldiagnose binnen module diagnostiek - vorming en deskundigheidsbevordering - vormgeven van leerplatform dubbeldiagnose (aansturen werkgroep, inhoudelijke bijdrage...) - telefonische en digitale consultfunctie voor hulpverleners - verbreden van het aanbod teamondersteuning in andere contexten - versterken van de telefonische permanentie.
- Versterken van de teamcoördinatie van het Mobiel Team Ampel WINGG: 0.2 VTE voor overleg en afstemming - trekken van stuurgroep dubbeldiagnose - sensibilisering t.a.v. beleid - netwerkoeverleg met andere organisaties en provincies
- Voorzien van een specifieke medische functie (kinder- en jeugdpsychiater met expertise in de doelgroep): 7u per week voor teamoverleg Ampel WINGG - beschikbaarheid via mail en telefoon - betrokkenheid bij beeldvormend en diagnostisch proces - aansluiten op casusoverleg - contact leggen met andere artsen.

3.3. Beschrijf voor elk project in elke werf de bereikte resultaten. Beschrijf welke concrete verbeteringen werden gerealiseerd in termen van toegankelijkheid, doorstroom en continuïteit van zorg. Welke meerwaarde werd gerealiseerd en voor welke doelgroep heeft de interventie de meeste impact gehad? Welke waren de succesfactoren? Welke waren de belemmerende factoren?

WERF 4.1 – periode vanaf 23.03.2023 tot 20.08.2025

In het jaar 2025 merkten we voor het eerst in vele jaren een daling van het aantal beschermende observatiemaatregelen/gedwongen opnames voor kinderen en jongeren in West-Vlaanderen: van 59 in 2024 naar 43 in 2025.



Wij zijn ervan overtuigd dat de intensievere inzet van casemanagers voor de doelgroep die 'at risk' is voor een beschermende observatiemaatregel bijdraagt tot deze daling. De casemanagers geven hieronder zelf aan wat voor hen kritische factoren zijn.

- Gerichtte inzet van casemanagers in het voortraject van BOM: waar zetten we op in en wat moeten we proberen anders te doen?
- Bij overwegen over te gaan tot een BOM lijkt het ons noodzakelijk eerst te overleggen met betrokken hulpverleners of voorziening. Nu zien we nog te vaak dat jongeren worden gecolloqueerd zonder dat er eerst met betrokken hulpverleners of voorziening wordt afgestemd. Hierdoor wordt de beslissing vaak te ondoordacht gemaakt op basis van onvolledige info. Dit terwijl veel van deze jongeren al een heus hulpverleningsnetwerk hebben.
- Bij bezorgdheden rond jongere, wordt er nog niet vaak contact opgenomen met de consultlijn van De Korbeel. Is de informatieve functie van de casemanagers nog te weinig gekend? Ook buiten de kantooruren merken we op dat er vaak niet wordt opgebeld voor overleg vooraleer een BOM uit te spreken.
- We willen hulpverleners stimuleren om out of the box te denken. Te vaak wordt bij dit soort casussen gedacht dat deze te zwaar is om ambulant mee aan de slag te gaan. Dit terwijl er bij veel van deze jongeren gewoon nood is aan het opzetten van een hulpverleningsnetwerk waarbij verschillende personen samen de casus kunnen dragen. Principe van gedeelde zorg lijkt noodzakelijk bij deze casussen. Draagkracht van de context is hierbij natuurlijk ook wel een belangrijk onderdeel.
- Samenhangend met voorgaand onderdeel ervaren we dat veel organisaties afhaken bij een hoog crisisgehalte. Dit terwijl (gedeelde, verdeelde) continuïteit en gedragenheid er voor zou kunnen zorgen dat de crisis draagbaar wordt voor alle betrokken partijen.
- We ervaren onrealistische verwachtingen tegenover een BOM vanuit organisaties, K-diensten, politie, parket (men lijkt te denken dat er een langdurige, gespecialiseerde behandeling zal worden aangeboden, dat De Korbeel meer beveiliging kan bieden).
- We schatten in dat het langer vasthouden van bepaalde casussen ook noodzakelijk is om deze jongeren terug te laten integreren in de maatschappij. Het te snel loslaten van een zorgtraject zorgde er bij al zeker 2 jongeren voor dat het snel terug moeilijk liep en ze uiteindelijk gedwongen werden opgenomen.

- Er is nood aan bijkomende expertise en ondersteuning bij parket/politie/spoedafdeling/pediatrie rond (de aanpak en inschatting van) psychiatrische problemen bij kinderen en jongeren.
 - Gerichtte inzet van casemanagers in het nazorgtraject van BOM (in functie van het vermijden van nieuwe escalaties): waar lopen we tegenaan in relatie tot andere diensten?
- Het durven opnemen van een gedeelde verantwoordelijkheid binnen een casus lijkt niet vanzelfsprekend te zijn. De casemanagers ervaren dat zij vaak de volledige verantwoordelijkheid dragen voor het opstellen van het nazorgtraject gezien continuïteit van de zorg voor de BOM afwezig was of losgelaten werd. Zij ervaren dat betrokken hulpverlening vaak durft los te laten wanneer de jongere gedwongen wordt opgenomen.
- De casemanagers ervaren dat het niet evident is om andere diensten te betrekken bij het nazorgtraject. De vraag wordt vaak teruggekaatst of geweigerd omdat het crisisgehalte als te hoog wordt benoemd. We merken op dat organisaties vaak niet buiten de lijntjes (kunnen) kleuren, eerder rigide vasthouden aan eigen kader. In sommige gevallen merkten we hier wel reeds meer marge in bij betrokken hulpverlening.
- Er dient rekening gehouden te worden met de praktische haalbaarheid voor nazorg vanuit De Korbeel. We kunnen dit niet altijd aanbieden waardoor we bij sommige casussen beroep moeten doen op bv. WINGG mobiele crisiszorg bij terugkeer naar huis.
- Samenwerking politie/spoedafdelingen binnen individuele casussen. We ervaren dat het niet zo evident is om met deze diensten op eenzelfde lijn te zitten rond aanpak van individuele casussen. We ervaren zeker een openheid bij deze diensten, maar de verschillende achtergrond, referentiekaders en expertise zorgt soms nog voor onbegrip.
- We missen parket in het nazorgtraject voor de aanvraag hoogdringende VOS. We moeten hier nu zelf voor rondbellen om te horen of de aanvraag werd ontvangen, wat het perspectief is qua opstart consultant. Ook bij vraag naar opstart OCJ na de eerste zitting zou de jeugdrechter hierbij het aanspreekpunt kunnen zijn. Nu moeten we zelf een M-doc indienen.

Naast de casemanagers werkten we vanuit het Mobiel Team Crisis WINGG samen met 2 spoeddiensten ook een proeftuin uit. In juni 2025 evalueerden we deze samenwerking als volgt:

- Spoeddienst 1 werkte aan een update van de volledige flow binnen het AZ, met primaire focus op suïcidepogers. Er werden vooral intern acties ondernomen, waardoor niet veel ambulante ondersteuning vanuit de proeftuin nodig bleek. Men werkte een flowchart uit die richting geeft in verschillende situaties naargelang soort somatiek en tijdstip van aanmelden op spoed. De tandem liaisonverpleegkundige en kinderpsycholoog werkt nu nauwer afgestemd.
- Spoeddienst 2 ziet de bereikbaarheid van en mogelijkheid tot overleg met een medewerker met GGZ-expertise als grootste meerwaarde van deze proeftuin. Een plan kunnen meegeven aan de jongeren die zich op spoed aanmelden zorgt voor perspectief en laat de urgentie zakken. Dit gaat zo ver dat het kunnen bieden van perspectief ervoor zorgt dat uitbreiding van de proeftuin met interventies in het weekend niet nodig bleek. Het perspectief te kunnen verwijzen naar concrete acties na het weekend is voldoende helpend. Het gevoel van gedeelde machteloosheid werd sterk verminderd, het was fijn om te voelen dat je telkens iets kon aanbieden na de spoedopname. De aangeboden vorming werd als zeer waardevol aanvoeld en wordt omgezet naar een concrete vraag naar het structureel vasthouden van het thema GGZ op spoed. Dit AZ denkt na over een vormingsbeleid waarin bv. kan gekozen worden om assistent artsen en nieuwe medewerkers jaarlijks verplicht vorming omtrent GGZ-thema's te laten volgen.

Als perspectieven voor toekomstige initiatieven werden volgende zaken weerhouden uit het proeftuinopzet:

- De implementatie van de oproep ‘urgentiepsychiatrie 24/7’ die binnen de netwerken Geestelijke Gezondheid voor volwassenen wordt uitgerold en waar ook de doelgroep kinderen en jongeren in vervat zit, zal mee de toekomstige praktijken bepalen. De meerwaarde die in deze proeftuin werd ondervonden in het samenwerken tussen spoeddiensten, triage- en consultfuncties, moet hierin meegenomen worden. Concrete suggestie uit dit overleg: voorzie voor spoeddiensten een exclusieve beschikbaarheid van bv. 2 consultblokken/week over de provincie. Dit kan instaan voor het bieden van perspectief in urgentie situaties.
- Vanuit WINGG wordt verder afgestemd met het Crisismeldpunt Minderjarigen betreffende de rol en wat (niet) te verwachten van een spoeddienst bij aanmelding.
- We bekijken de mogelijkheden in het voorzien van structureel aanbod vorming en deskundigheidsbevordering dat tegemoet komt aan de vragen vanuit de verschillende West-Vlaamse spoeddiensten.
- De huidige functie casemanager BOM, verbonden aan De Korbeel, wordt verder behouden binnen Werf 4 en met 0,4 VTE uitgebreid met middelen van het Flexibel Crisisbudget. Dit met de doelstelling nog meer in te zetten in voortrajecten (voorkomen van BOM) en beter over gans de provincie beschikbaar zijn.
- Er komt een nieuwe functie ‘GGZ ambassadeur voor spoeddienst en BOM’ (0,4 VTE) die de thema’s spoed en BOM zal behartigen. Deze persoon krijgt de opdracht op een structurele manier verbinding te maken met spoeddiensten, politie, parket, kinder- en jeugdpsychiaters en alle mogelijke partners rechtstreeks betrokken bij BOM. Daarnaast zal deze persoon beschikbaar zijn om spoeddiensten te ondersteunen in het uitwerken van een eigen lokaal beleid rond kinderen en jongeren met psychiatrische problematieken op spoed. Deze persoon kan een schakelfiguur zijn die noden opvangt en antwoorden helpt zoeken zowel binnen als buiten het netwerk.

WERF 4.1 – periode vanaf 21.08.2025

Op basis van bovenstaande redenen bleven we ook in de herwerkte inzet van WERF 4 inzetten op het vermijden van BOM via casemanagers. Meer zelfs, we kozen ervoor om de middelen uit te breiden via het Flexibel Crisisbudget en ook meer structureel/beleidsmatig in te zetten op de samenwerking rond BOM door de functie “ GGZ ambassadeur BOM en spoed” in het leven te roepen.

Hierboven hadden we het reeds over enkele kritische succesfactoren rond BOM. Voor de casemanagers zijn dit nog steeds belemmerende factoren die voor een blijvende stroom aan BOM-casussen zorgen:

- Het mobiele, ambulante aanbod op de 1e en 2e lijn is oververzadigd waardoor men nergens meer terecht kan en zeer ernstige problematieken door-ontwikkelen tot crisis => pleidooi om vroegtijdig veel intensiever te (kunnen) behandelen.
→ We ervaren overal lange wachttijden – even goed bij laagdrempelige hulpverlening als bij tweede- en derdelijns werking – waardoor kinderen en jongeren niet op tijd geholpen kunnen worden en situaties gaan escaleren.
- Verblijfsproblematiek (o.a. te kort aan omkaderd veilig verblijf in de jeugdhulp):
→ Jarenlange wachtlijsten in bijzondere jeugdzorg, waardoor jongeren die hier een plaats zouden moeten krijgen, doorstromen in de residentiële psychiatrie, waar ze niet het passend aanbod krijgen. Dit zorgt er ook voor dat de wachttijden voor jongeren met psychische noden opnieuw langer worden.
- Crisis in de jeugdhulp: meer dan vroeger merken we de impact hiervan op K-diensten
→ Steeds meer complexe, extreem geëscaleerde casussen waarop jeugdhulp niet de passende hulpverlening kan bieden, wat zich vertaalt in een oriëntatie naar residentiële opname op een K-dienst.

- Crisis-gerelateerde pathologie (trauma, hechtingsstoornis, ADHD, psychotische stoornis, beginnende bipolariteit, ...) neemt toe.
- Psychiatrisering van verontrustende opvoedingssituaties (die niet langer in de gemeenschapsinstellingen terecht kunnen)

Daarnaast versterkten we het Mobiel Team Care WINGG door het toevoegen van 1 VTE (caseload = 11 lopende dossiers) aan het team.

WERF 5.1 – transitieleeftijd

In de functie Ondersteuning 16-23 van Crosslink geven we bijzondere aandacht aan jongeren die tussen wal en schip vallen binnen de geestelijke gezondheidszorg, via de zogenaamde ‘ontschotters’, en aan vroegdetectie.

Het doel van deze functie is om trajecten aan te bieden die gericht zijn op het versterken van het netwerk rondom het kind of de jongere, het vergroten van de bereidheid en vaardigheden om een behandeltraject aan te gaan, of het leren omgaan met psychische kwetsbaarheid zonder nood aan gespecialiseerde GGZ. Zowel het netwerk als de jongere zelf kunnen hierbij ondersteuning krijgen, telkens vanuit de zoektocht naar nieuwe inzichten en handvatten die opnieuw perspectief bieden.

Binnen deze functie onderscheiden we verschillende vormen van ondersteuning. **Netwerkgerichte trajecten** bieden doorgedreven ondersteuning aan hulpverleningsteams die werken met vastgelopen situaties. Hierbij ligt de focus op het versterken van de responsiviteit en het aanpakken van onderliggende probleemfactoren. Ook bieden we diagnostische ondersteuning, met als doel hulpverleners te ondersteunen in hun professioneel redeneren en handelingsplanning.

Daarnaast zetten we in op netwerkactivatie en casemanagement. Hierbij wordt een mini-netwerk rond de jongere opgebouwd en ondersteund, met bijzondere aandacht voor gedeelde zorgcoördinatie en samenwerking tussen hulpverleners. Coaching biedt dan weer thematische kennisverhoging en versterkt de competenties van hulpverleners in het omgaan met psychiatrische problematiek.

Cliëntgerichte ondersteuning richt zich onder andere op vroeginterventie: een eerste, laagdrempelig aanbod voor jongeren en hun omgeving die weinig ervaring hebben met de GGZ. Deze trajecten zijn kort waar mogelijk en langer waar nodig, bijvoorbeeld bij het opbouwen van vertrouwen of het overbruggen van wachttijden. Ook psycho-educatie maakt deel uit van dit aanbod: jongeren, ouders en hun netwerk krijgen toegankelijke informatie over psychische en verslavingsproblemen, met aandacht voor het versterken van hun vaardigheden en draagkracht.

Tot slot voorzien we aanklappende zorg voor jongeren zonder duidelijke hulpvraag. Via een outreachende, flexibele en proactieve aanpak proberen we toch verbinding te maken, in overleg met de verwijzer en andere netwerkpartners. Zo kunnen we alsnog toewerken naar screening, toeleiding of verdere ondersteuning – zowel voor de jongere zelf als voor het netwerk errond.

Team	# trajecten behandeld		# afgesloten trajecten		Lopend dd. 31/12		# dagen op wachtlijst		Geslacht M/V			
Jaar	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024		2025	
Ondersteuning N 16-23	105	140	44	92	61	60	24	19	48%	52%	51%	49%
Ondersteuning Z 16-23	158	161	95	115	63	54	20	16	56%	44%	56%	44%
Totaal	263	301	139	207	124	114	22	18	52%	48%	54%	46%

Wachttijden zijn uitgedrukt in aantal dagen. Met de wachttijd bedoelen we de tijd tussen het eerste telefonisch consult en het moment waarop een dossier van de wachtlijst gehaald wordt en een patiëntendossier wordt. De gemiddelde wachttijd waarbij een dossier opgenomen wordt in het ondersteuningsteam was in 2025 23 dagen.

In 2025 hadden we in de ondersteuningsteams 16-23 301 actieve dossiers.

In de jongvolwassenenteams kunnen we spreken over een quasi gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen. Qua aanmeldproblematieken zien we vooral afhankelijkheids- en stemmingsproblemen.

WERF 5.2 – verstandelijke beperking

De zorg voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en bijkomende geestelijke gezondheidsproblemen werd ook in West-Vlaanderen in de verschillende sectoren als complex en uitdagend ervaren. Met het zorgprogramma 'dubbeldiagnose (DD)' (2017) kwam WINGG de voorbije jaren aan diverse knelpunten tegemoet. In functie van verdere afstemming op de hiaten en knelpunten in de zorg voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en GG-problemen, werden in 2020 en 2021 door medewerkers van het mobiel team Ampel WINGG en in overleg met praktijkwerkers verschillende stappen gezet (interviews, brainstormtafels, actiegroepen). We baseerden de doelstellingen voor Werf 5 op de waardevolle informatie die daaruit werd verzameld. In dit evaluatieverslag blikken we terug op deze oorspronkelijke doelstellingen en evalueren we in welke mate ze werden gerealiseerd.

Algemene vaststellingen:

- Door een aanzienlijke uitbreiding van het aanbod van Ampel WINGG op de verschillende zorgprogramma's en het uitwerken van een duidelijke aanmeldingsflow binnen WINGG Crosslink (Onthaal en Consult en Screenings- en indicatiestellingsteams), zien we ook een toename van het aantal vragen. Het aanbod is beter gekend in het zorglandschap en wordt ook ingezet voor de geïndiceerde vragen.
- De specifieke dubbeldiagnosebril wordt op meer plaatsen ingezet door de grotere inzet op de verschillende zorgprogramma's.
- Door onze geïntegreerde werking kunnen we flexibeler afstemmen op wat er nodig is. Soms komt er een vraag naar langdurige zorg binnen, maar kunnen we inschatten dat het eigenlijk binnen het luik zorgtransmissie kan opgepakt worden wat zorgt voor een vlottere en goede doorstroom.

- Hoewel Ampel WINGG in 2024 in kaart heeft gebracht wat de knelpunten en succesfactoren zijn in de samenwerking tussen MFC's en K-diensten en dit ook werd besproken op overleg K-k-diensten, is het niet evident om kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking van een opname te voorzien. Er is in 2024-2025 wel geïnvesteerd in het kenbaar maken van het aanbod van Ampel WINGG in de K-k-diensten.

Inzet binnen zorgprogramma Langdurige Zorg

Succesfactoren

- Door de inzet van de middelen uit Werf 5 hebben we een snellere opstart kunnen realiseren voor mobiele langdurige begeleidingen. Hiervoor hebben we een prioriteringssysteem uitgewerkt waardoor de meest precaire casussen (jonge leeftijd <6j, met minst omkadering, grootste ernst problematiek, meest kwetsbare netwerk) sneller ondersteuning krijgen. Hierdoor kan de bestaande zorgcontext (gezin, leefgroep) de zorg blijven dragen en kunnen chronische crisissituaties, crisisopnames en breuken worden vermeden of beperkt.
- De mobiele langdurige begeleidingen worden in duo opgenomen. Dit is een bewuste keuze vanuit de kracht van het samen mentaliseren in complexe hulpverleningssituaties cf. het AMBIT gedachtegoed). Niet zelden vindt desintegratie plaats binnen het netwerk: de complexiteit van de problematiek of zorgnoden en de menselijke, parallelle processen van onzekerheid en machteloosheid leggen het mentaliseren lam. Door in duo te werken kunnen we die complexe, vastgelopen situaties beter samen dragen en wisselende rollen en verantwoordelijkheden opnemen. Dit reduceert ook de nood aan gezamenlijke teamtijd, waardoor we de teamtijd echt kunnen inzetten voor de thema's waarop we vastlopen als duo. We zijn er ons van bewust dat dit mogelijks de wachttijd iets verlengt, maar het komt de kwaliteit van onze dienstverlening ten goede. Dit zorgt er ook voor dat we de continuïteit van de trajecten kunnen garanderen.
- We blijven onze werking afstemmen op de evoluerende zorgvragen en zorgcontexten. Hiervoor hebben we in 2024 een begeleidingsprocedure en samenwerkingsafspraken opgesteld die ons structuur en richting geven in onze trajecten en die ons ook structuur en richting geven in het participatief werken (bijv. samenwerkingsafspraken rond betrekken steunfiguur in de begeleidingen en aansluiten op teamoverleg). Jaarlijks spiegelen we onze werking aan de participatiereflex (een tool ontwikkeld door de participatiecoaches van de netwerken GGKJ), en op basis van de uitkomsten wordt de begeleidingsprocedure bijgewerkt.
- Er sluit iemand van het Ampel WINGG team aan op de werkgroep participatie om zo de laatste ontwikkelingen te kunnen volgen, mee te inspireren en te vertalen in de dagdagelijkse werking.

Knelpunten

- We stellen vast dat in veel van onze begeleidingen eigenlijk nood is aan vroegtijdige gedeelde zorg (VAPH/Jeugdzorg). Echter lopen de wachttijden hiervoor heel lang op, waardoor de bestaande zorgcontexten langdurig overvraagd worden. Daarbovenop botsen we in een toenemend aantal mobiele begeleidingen op beperkte cognitieve mogelijkheden en psychische draagkracht van het zorgnetwerk. Dit zorgt ervoor dat we onze manier van werken een stuk moeten bijsturen. Het is soms heel erg zoeken waar de informatie voor het opmaken van de beeldvorming kan worden gevonden, en vooral ook hoe we de vertaalslag of terugkoppeling van de beeldvorming kunnen vormgeven. De insteek verschuift wat van het samen mentaliseren en de eigen zorgcontext laten vertalen naar het samen vertalen en soms ook samen doen. Dit zorgt er soms voor dat we nog vaker langere trajecten hebben.
- Door de langere wachttijden in het hulpverleningslandschap wordt het soms moeilijker om de trajecten af te ronden en door te geven aan vervolghulp.
- We werken toenemend aan het inbrengen van het perspectief van het kind of jongere met een verstandelijke beperking, maar het blijft een uitdaging en zoeken om ten volle zicht te krijgen op het perspectief van het kind of de jongere met een verstandelijke beperking.

Inzet binnen Zorgtransmissie

Ampel WINGG zet zorgtransmissie in bij ondersteuningstrajecten van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en geestelijke gezondheidsproblemen die (dreigen) vast (te) lopen bij transitimomenten. Door bruggen te slaan tussen de verschillende betrokkenen wordt de beschikbare beeldvorming vastgehouden tijdens de transitie en vertaald naar de nieuwe context(en).

Succesfactoren

- De ondersteuning in het kader van de zorgtransmissie kan onmiddellijk worden ingezet.
- Via zorgtransmissie zet Ampel WINGG in op een goede zorgcontinuïteit. Er werd zorgtransmissie verzorgd na een (crisis)opname in K-k diensten, bij een migratie binnen VAPH-setting, overgang basisonderwijs naar secundair onderwijs, overgang kleuter naar lager onderwijs, na schorsing op school. Deze zorgtransmissie garandeert een duidelijkere en duurzame transfer: zowel de letterlijke overgang van de cliënt als de meer figuurlijke transfer van zijn/haar dynamieken en noden. Deze bruggenbouwer legt letterlijk de 'missing link' tussen de verschillende betrokken partners, door te observeren, te (h)erkennen en te vertalen naar een 'gemeenschappelijke taal'.
- Jaarlijks hebben we een afstemmingsmoment met de residentiële partner van PC Sint-Amandus.

Knelpunten

- We hebben ook een aantal keer zorgtransmissie gedaan na een crisisopname, maar dan is er soms te weinig beeldvorming om te kunnen ondersteunen met een goede overdracht.
- Als we merken dat er te weinig beeldvorming is, beslissen we soms ook om beeldvorming op te maken, waardoor de trajecten langer duren.
- Als de voorziene hulpverlening tijdens het zorgtransmissietraject stopgezet wordt, krijgt het zorgtransmissietraject een andere inhoud en is de zoektocht naar vervolghulp-verlening de noodzakelijke focus. Deze trajecten blijven dan ook langer lopen dan voorzien.

Inzet binnen zorgprogramma Crisis

Succesfactoren

- Door extra inzet van Werf 5 middelen, kan het crisisaanbod specifiek gerealiseerd worden voor kinderen/jongeren met een verstandelijke beperking, door medewerkers met dubbeldiagnosekennis. In het verleden werd voor deze jongeren minder contact opgenomen met onze werking via het Crisismeldpunt Minderjarigen. Het zorglandschap vindt sneller de weg naar het crisismeldpunt voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking. Dit zorgt voor een betere toegankelijkheid en doorstroom voor de kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking.
- Het crisisaanbod wordt door meerdere collega's uitgevoerd. Een team vormen heeft als meerwaarde dat er meer kan afgestemd worden met en geleerd worden van elkaar. De medewerkers van dit team blijven hun inhoudelijke sterkte grotendeels halen in het werken in de langdurige trajecten. Hun crisisbril houden ze door de samenwerking met de crisiscollega's van de reguliere teams. Dat maakt dit mini-team uniek én sterk. Er is een specifieke teambespreking samen met de kinderpsychiater van Ampel WINGG waardoor de casussen multidisciplinair gedragen worden.
- De interventies worden steeds in duo uitgevoerd, waarbij een collega van het crisisteam van Ampel WINGG met een collega uit het reguliere crisisteam op interventie gaan. De crisisbehandeling wordt dan door één collega opgevolgd. Dit heeft als voordeel dat er een uitwisseling is van dubbeldiagnosekennis met de collega's van het reguliere team.
- Er is in 2024 een afstemmingsoverleg geweest met de collega's van Crisishulp aan Huis (CAH) en het crisismeldpunt. Op het crisismeldpunt wordt er een inschatting gemaakt of het eerder een crisisvraag is mbt GGZ-problematiek of eerder een pedagogische crisis. Er ging ook een medewerker wisselen bij CAH.

Belemmerende factoren

- Het blijft enerzijds moeilijk om onze trajecten binnen de crisistermijn (4 weken) af te ronden wanneer, voor de gezinnen die dit nodig hebben, er geen andere hulpverlening kan ingeschakeld worden (wachtlijsten bij MFC, thuisbegeleiding, CLB, 1gezin1plan,...). Anderzijds zorgen deze wachtlijsten er ook voor dat het inhoudelijk moeilijk inschatten is met welke thema's we wel/niet aan de slag gaan tijdens onze crisistrajecten. De wachtlijsten bepalen soms de inhoud van ons crisistraject: wat er wel of niet opgenomen wordt tijdens het crisistraject is afhankelijk van het al of niet aanwezig zijn van een vervolgetraject.
- We vermoeden dat de te lange wachttijd tot de opstart van intensieve residentiële ondersteuning zorgt voor terugkerende crisissituaties.

Inzet binnen zorgprogramma Crosslink

Onthaal & consult: is er voor hulpverleners (niet gespecialiseerd in geestelijke gezondheidszorg) die werken met kinderen en jongeren en vragen hebben rond een problematiek van geestelijke gezondheid. Het telefonische onthaal en consult is gericht op het gezamenlijk uitklaren van de (hulp)vraag met als doel de competenties en de draagkracht van vraagsteller in het omgaan met psychische problematiek te vergroten. Er is een mogelijkheid tot direct telefonisch advies.

Ampel WINGG fungeert als backoffice. Medewerkers die de telefonische permanentie voorzien kunnen rond kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking telefonisch advies inwinnen met een collega van Ampel WINGG.

Ampel WINGG sluit structureel aan op de Screenings- en Indicatiestellingsteams (SIS): Het SIS-team voorziet een vraagverkenning door een multidisciplinair team in functie van een gedegen screening, indicatiestelling en toeleiding naar gespecialiseerde GGZ binnen het netwerk (CGG, CAR, Mobiel team langdurige zorg, Mobiel team Ampel WINGG, ambulante drughulpverlening). Bij gebrek aan een duidelijke behandelindicatie of geestelijke gezondheidsproblematiek kan verwezen worden naar het netwerk buiten de GGZ.

Ondersteuning: inzet in ondersteuningsteams en deelname aan netwerktafels op afroep

Ondersteuning richt zich op het versterken van een netwerk rondom een kind/jongere in het omgaan met diens psychische kwetsbaarheid en/of het verhogen van de bereidheid of de vaardigheden van kinderen en jongeren om een therapeutisch behandeltraject te starten en/of om zonder ondersteuning vanuit gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg verder te kunnen.

Cliëntgerichte ondersteuning zet in op vroegdetectie, vroeginterventie voor kinderen en voor jongeren met een psychische kwetsbaarheid of middelenmisbruik en hun context. Bij jongeren die moeilijk toeleidbaar zijn naar hulpverlening, bieden we aanklappende zorg op maat aan.

Netwerkgerichte ondersteuning legt de focus op het ondersteunen van een team, netwerkactivatie, casemanagement, psycho-educatie en coachingstrajecten van kinderen, jongeren en hun context. GGZ-medewerkers komen langs om hulpvragen uit te klaren met als doel de draagkracht van een team/context te versterken en de veerkracht te vergroten in het omgaan met kinderen en jongeren met een GGZ-problematiek.

Bij Crosslink geloven we dat samenwerking het verschil maakt in de ondersteuning van kinderen en jongeren. Daarom organiseren we maandelijks – of twee keer per maand – onze netwerktafels: een methodiek waarbij professionals uit verschillende sectoren samen rond de tafel zitten om de best mogelijke ondersteuning te bieden aan zowel de aanmelder als het kind of de jongere. Aan elke tafel

nemen vertegenwoordigers deel uit verschillende domeinen binnen de jongerenzorg, waaronder CAW, Opgroeien, GGZ en Start West-Vlaanderen (VAPH). Daarnaast sluit ook structureel een (kinder)psychiater aan.

Tijdens deze overlegmomenten vertrekken we vanuit de vraag van de aanmelder: wat heeft dit kind of deze jongere nodig en hoe kunnen we daar samen het best op inspelen? Vanuit die gezamenlijke denkoefening kunnen organisaties zich engageren om concrete stappen te zetten of passende ondersteuning aan te bieden.

Inzet binnen cluster DEEP (Vorming – en deskundigheidsbevordering)

In een provinciaal knooppunt worden vragen naar vorming en deskundigheidsbevordering over de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren gebundeld en worden van daaruit initiatieven genomen op vlak van intersectorale vorming, opleiding, stage, workshops, personeelsuitwisseling, ...

Succesfactoren

- Door een intensieve inzet van medewerkers van Ampel WINGG op de screenings- en indicatiestellingsteams als op de ondersteuningsteams zorgen we ervoor dat de kennis en expertise rond dubbeldiagnose breed wordt ingezet.
- Door intensief in te zetten op netwerkgerichte ondersteuning, krijgen partners wat extra input en zuurstof om de zorg te blijven dragen. Bovendien merken we een casusoverschrijdend effect. Verwijzers contacteren de teamondersteuners ook na de ondersteuning nog met bijkomende vragen.
- Door een gezamenlijke inschatting te maken van de aanmeldingen binnen de SIS-teams verhogen we de toegankelijkheid van andere diensten voor GGZ-vragen van kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking.
- Binnen de module diagnostiek kunnen de medewerkers van WINGG advies inwinnen rond diagnostiek bij kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking. Ook in functie van het in kaart brengen van prikkelverwerking en emotionele ontwikkeling worden er vragen gesteld.
- Op het vlak van expertisedeling :
 - o Leerplatform dubbeldiagnose
Het leerplatform omvat 4 fysieke bijeenkomsten, verspreid over een schooljaar. Telkens staat 1 thema centraal: emotionele ontwikkeling, complex trauma, agressie en prikkelverwerking. Na een inhoudelijke insteek door een expert uit de praktijk worden ervaringen, inzichten en kennis in de groep gedeeld. Om dit mogelijk te maken, brengen bij elke bijeenkomst 2 deelnemers een eigen casus. Intussen zijn 3 cyclussen van het leerplatform (2022-2023, 2023-2024, 2024-2025) doorgegaan waarvan 2 in de periode 2024-2025. Sinds de opstart namen in totaal 66 collega's deel uit verschillende sectoren (19 uit VAPH, 7 GGZ, 7 uit SDJ/OCJ, 4 uit Pleegzorg, 2 uit 1G1P, 19 uit onderwijs/CLB, 6 uit jeugdzorg, 2 uit ACT). Er is een blijvende vraag naar het organiseren van volgende cycli rond dezelfde thema's.
 - o Trauma en traumasensitieve zorg

Vorming en intervisiepakket (Ampel)

Ampel (CGG Prisma) verdiepte zich de laatste jaren in het thema '(complex) trauma en verstandelijke beperking'. Dit resulteerde in een vormings- en intervisiepakket dat geregeld gegeven wordt in (West-Vlaamse) organisaties en op Vlaamse en internationale studiedagen en congressen:

Jaarlijkse bijdrage leerplatform (medewerkers Ampel WINGG)

Vorming nieuwe medewerkers WINGG (medewerker Ampel WINGG)

Vorming in teams/organisaties, al dan niet casusgebonden (medewerkers Ampel en Ampel WINGG)

Bijdrage op studiedagen (bijv. symposium SENS-EO) en internationale congressen (bijv. congres EAMHID) (medewerkers Ampel en Ampel WINGG)

Het vormings- en intervisiepakket (Rudi de Rugzak) werd beloond met de Anton Došen prijs van 2025. (zie: <https://www.antondosen-foundation.eu/vensters/rudy-de-rugzak/>)

Lerend netwerk trauma en verstandelijke beperking (Ampel, Tordale, Ubuntu, De Steiger & outreach De Steiger, vzw Kompas)

Ampel (CGG Prisma) nam samen met vzw Kompas (Gent) initiatief om West-Vlaamse en Oost-Vlaamse organisaties die aan de slag zijn rond trauma en verstandelijke beperking rond de tafel te brengen. In maart 2025 ging een verkennende bijeenkomst door en werd beslist om een lerend netwerk op te starten, gericht op expertisedeling. In oktober 2025 ging een 2^e bijeenkomst door.

Intersectorale werkgroep traumasensitief handelen (WINGG en Con-cept Jeugdhulp)

In mei 2025 startte – op initiatief van Con-cept Jeugdhulp en WINGG – een intersectorale werkgroep rond traumasensitief handelen. Ampel WINGG en Tordale hebben hierin ook hun bijdrage geleverd rond trauma en verstandelijke beperking. Het doel van de werkgroep was een samenhangende en intersectorale aanpak van traumasensitief handelen te stimuleren, waarin expertise samenkomt en versnippering verdwijnt. De intersectorale werkgroep ‘trauma’ kwam regelmatig samen, met partners uit onder meer BJB, VAPH, GGZ, CLB, CAW en ELZ. Er is een bundeling gemaakt van informatie op de website van WINGG (zie: <https://wingg.be/aanbod/vorming-en-deskundigheidsbevordering/?service=trauma>).

Belemmerende factoren

- In 2024 zijn er nieuwe teams ontwikkeld binnen Crosslink waardoor het nog zoeken is naar afstemming en een goede samenwerking binnen de teams. Daarnaast blijft het zoeken naar de meest efficiënte manier om binnen de voorhanden zijnde middelen de expertise mbt dubbeldiagnose breed te kunnen delen.

Versterking teamcoördinatie

- Succesfactoren
 - o De kracht zit in het samenhouden en bundelen van de dubbeldiagnosekennis.
 - o Stuurgroep dubbeldiagnose is nieuw leven ingeblazen in 2024, met het opstellen van een nieuwe actiefiche beleidsgroep dubbeldiagnose.
 - o Bijdrage aan beleidsadvies: in 2024-2025 nam teamcoördinator deel aan een werkgroep ‘GGZ en disabilities’ van de COM-GGKJ. Concrete acties: opstellen en rondsturen van een vragenlijst voor hulpverleners rond toegankelijkheid van het GGZ-aanbod, opstellen van een interviewleidraad voor kinderen & jongeren en families, feedback op rapportage van de werkgroep en op masterproefonderzoek gelinkt aan de werkgroep.
- Belemmerende factoren

Door de uitbreiding van het team en het netwerk en daarbij horende opdrachten voor de teamcoördinator blijkt de extra inzet onvoldoende.

Voorzien medische functie

- Het structureel voorzien van een psychiatrische functie voor Ampel WINGG is een meerwaarde voor de werking.
- Concreet krijgt dit vorm via:
 - o Aansluiten op teamoverleg (langdurige zorg, crisiszorg)
 - o Beschikbaarheid via mail en telefoon

- Betrokkenheid bij beeldvormend en diagnostisch proces (zowel onderzoek, observatie, verslaggeving als adviesgesprek)
- Contact leggen met andere artsen (indien nodig)

4. Mobiele crisiszorg

4.1. Interventiemodaliteiten

4.1.1. Beschrijf de effectieve werktijden (dagen, avonden, weekends) van het mobiel crisisteam GGKJ.

Medewerkers van het mobiel crisisteam GGKJ werken op weekdays gewoonlijk tussen 8u30 en 17u. In de praktijk en volgens noodzaak in de casussen gebeuren er ook mobiele gesprekken en/of huisbezoeken buiten deze uren. Dit is zelden structureel ingepland in de werktijden.

4.1.2. Wat is de maximale capaciteit aan gelijktijdige crisisinterventies op één dag?

Voor alle aanbod aan crisisinterventies en crisisopnames werken we (geïntegreerd) samen met het Crisismeldpunt Minderjarigen West-Vlaanderen. Daarnaast voorzien we een consultfunctie voor vragen die (nog) geen opname of interventie nodig hebben.

Per week zijn er doorgaans 16 reguliere interventieblokken voorzien (8 in regio noord en 8 in regio zuid) en 2 blokken voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking. Dit maakt dat we per dag gemiddeld 3 tot 4 interventieblokken inplannen.

Er is geen maximale capaciteit, we willen aan elke terechte vraag voor interventie een antwoord bieden binnen de 2 werkdagen.

4.1.3. Hoe worden de responstijden beheerd om ervoor te zorgen dat ze coherent blijven met crisiszorg?

We blijven steeds garanderen dat een crisisinterventie mogelijk is binnen de 2 werkdagen, ook in drukke periodes. Indien nodig richten we extra interventieblokken in. We rekenen daarvoor op een flexibele beschikbaarheid van medewerkers en laten voor de extra blokken soms de interne werking per regio los.

4.1.4. Bestaan er prioriteringscriteria? Zo ja, welke?

Er zijn geen voorrangscriteria bij aanmelding voorzien. Elke vraag die als inschatting “crisisinterventie” krijgt door de medewerkers van het Crisismeldpunt Minderjarigen (in overleg met de ondersteunende medewerker vanuit WINGG) krijgt binnen de 2 werkdagen een bezoek. Het inboeken in de interventieslots gebeurt in volgorde van binnengekomen vragen.

Indien na de crisisinterventie sneller geschakeld moet worden, kan dit wel. Dan komt er al afstemming met de teamcoördinator/arts nog voor de teamvergadering plaats vindt. Dit gaat voornamelijk om jongeren met een hoog risico op suïcide of acuut psychotische jongeren. Er kan dan een extra huisbezoek ingepland worden of aangemeld voor crisisopname.

4.1.5. Bestaan er exclusiecriteria? Zo ja, welke?

Enkel bij een voorspelling van groot verzet en/of gerichte agressie naar medewerkers wordt geen crisisinterventie ingepland.

Er is geen hulpvraag nodig van de jongere, enkel een aanwezigheid in huis (of op de locatie van de interventie). Ook taal is geen exclusie criterium, we maken gebruik van tolken. Die interventies vinden

door de aanvraag tolken soms pas 3 werkdagen later plaats. Voor (taal- of provincie-) grensoverschrijdende crisisaanmeldingen maakten we heldere en werkbare afspraken met onze collega's in de teams van RADAR en RHESEAU.

- 4.1.6. Beschrijf de afspraken binnen het GGKJ-netwerk met betrekking tot de toeleiding naar psychiatrische crisiszorg tijdens de tijdsblokken waarin het mobiel crisisteam GGKJ niet beschikbaar is.

Zoals hierboven gesteld verlopen alle crisisaanmeldingen via het Crisismeldpunt Minderjarigen. Buiten de bereikbaarheid van onze ondersteunende medewerkers op het meldpunt (na 18u en in het weekend) kan er nog steeds gebeld worden naar het meldpunt voor advies of voor een niet-GGZ crisisaanbod maar een koppeling met crisisaanbod GGZ zal dan uitgesteld worden tot de volgende werkdag.

Indien dringend een medisch-somatische inschatting nodig is, worden jongeren naar de spoeddienst verwezen. Indien ouder dan 16 jaar kunnen zij gezien worden op EPSI. Voor kinderen jonger dan deze leeftijd blijft het buiten de kantooruren zoeken naar overbrugging in het eigen netwerk rond een gezin.

4.2. Doelmatigheid

- 4.2.1. In welke mate slaagt het mobiel crisisteam GGKJ erin om snel in te grijpen en verdere escalatie te voorkomen?

Doordat wij gegarandeerd binnen de 2 werkdagen (en meestal al de volgende werkdag) een eerste crisisinterventie kunnen doen, daalt de grootste crisis vaak bij de jongere, het gezin én de aanmelder.

We gebruiken de interventie niet enkel om informatie te verzamelen, maar ook al om een eerste plan te maken als de crisis opnieuw oplaait, bijvoorbeeld om in te schatten wat de eerste uren/dagen kan helpen om verdere escalatie te voorkomen of wie nog ter ondersteuning betrokken kan worden.

- 4.2.2. Welke inzichten hebben de mobiele crisisteams GGKJ over situaties waarin zij worden ingezet wegens beperkingen in de reguliere jeugdhulpverlening (o.a. GGZ, jeugdhulp, VAPH)? Wat zegt dit over waar versterking het meest nodig is?

Enerzijds wordt het mobiel crisisteam ingeschakeld wanneer jongeren op wachtlijsten GGZ, jeugdhulp of VAPH staan. Dit kan gaan om het lange wachten op o.a.

- een langdurige opname in residentiële kinderpsychiatrie
- een verblijf in bijzondere jeugdzorg en tussentijds toch nog thuis zijn in een heel kwetsbare gezinssituatie
- verblijf in een MFC, zelfs nadat er al lang een prior is toegekend hiervoor.

De crisissen die ontstaan door het uitblijven van een passend ondersteunend aanbod zijn vaak heftig en tegelijk al langer aanwezig (chronisch), wat maakt dat we met een relatief korte inzet door een mobiel crisisteam niet altijd de gewenste rust kunnen binnenbrengen. Problemen en kwetsuren die over een lange tijdsperiode werden opgebouwd, hebben vaak ook een zorgaanbod nodig dat voldoende lang kan ingezet worden.

Anderzijds ervaren we dat jongeren die via het mobiel crisisteam voor de eerste keer in aanraking komen met hulpverlening lang moeten wachten op vervolghulp. ELP, CGG en de eerder genoemde diensten uit de jeugdhulpverlening hebben tegenwoordig bijna allemaal een (lange) wachttijd. Sommige organisaties kiezen ervoor om te werken zonder wachtlijst, maar nemen dan tijdens bepaalde periodes ook geen aanmeldingen meer aan. Sommige jongeren met eerder complexe hulpvragen komen daardoor soms bij hulpverlening die hier onvoldoende is op afgestemd zoals bv. de teams van 1 Gezin 1 Plan – wat dan

weer als effect heeft dat hun tijdige opstart in het gedrang komt – of krijgen een meer intensieve vorm van hulp (vb. residentiële opname) terwijl die vermijdbaar was geweest bij tijdige tussenkomst.

Naar ons aanvoelen moet er zowel versterkt worden in het laagdrempelig aanbod vroeginterventie (ELP, 1 Gezin 1 Plan) als in het regulier ambulant aanbod geestelijke gezondheidszorg in de CGG en de CAR.

4.3. Samenwerking met de Vlaamse crisisjeugdhulp

4.3.1. Beschrijf de samenwerking met het crisismeldpunt -18 op vlak van onthaal, vraagverheldering en triage van crisisvragen. Zijn er ook rechtstreekse aanmeldingen mogelijk bij het mobiel crisisteam GGKJ? Zo ja, welke partners kunnen rechtstreeks aanmelden?

Alle aanmeldingen van crisisvragen gebeuren via het Crisismeldpunt Minderjarigen West-Vlaanderen. Zij zorgen telkens voor het telefonisch onthaal en de vraagverheldering bij de professionele aanmelder. Er is elke namiddag tussen 13u en 18u een ondersteuner aanwezig/bereikbaar vanuit het mobiel crisisteam GGKJ. Zij zorgen backoffice mee voor de triage van de crisisvragen. Vragen die niet afgerond kunnen worden met enkel een consult kunnen doorgegeven worden aan de crisisnavigatoren die instaan voor de verdeling en opvolging van de (semi)-residentiële crisisopnames of ingepland worden voor een interventie vanuit het mobiel crisisteam. Doordat we werken met een kleine groep van vaste medewerkers die het crisismeldpunt ondersteunen, krijgen de aanmelders een zo gelijk als mogelijk aanbod doorheen de rustigere én drukker periodes.

Er zijn voor de minderjarigen geen rechtstreekse aanmeldingen bij het mobiel crisisteam mogelijk. Doordat alle vragen via het Crisismeldpunt passeren, wordt bij elke vraag opnieuw de brede vraagverheldering gedaan en belanden we niet té snel in een tunnelvisie waarbij enkel de GGZ hulp een antwoord kan bieden. Het aanbod achter het Crisismeldpunt is de voorbije jaren verder uitgebreid waardoor de aanmelders zelf niet altijd meer zicht hebben op wat het best passende antwoord op een gestelde hulpvraag kan zijn.

Enige uitzondering die we hierop maken voor minderjarigen is de verwijzing vanuit residentiële crisisopname, nl. wanneer de termijn van crisisopname verstreken is en men vanuit de residentiële crisiswerking inschat dat het crisisgehalte nog te hoog is om zonder vervolgzorg terug naar huis/verblijfplaats te gaan. Bij dergelijke inschatting kan de residentiële crisisdienst het mobiel crisisteam rechtstreeks en zonder verdere vraagverheldering inschakelen.

Voor jongeren tussen 18 en 23 jaar mogen de mobiele teams acute zorg (MTA) voor volwassenen rechtstreeks bij onze eigen medewerkers aanmelden. De algemene afspraak is dat zij een eerste inschatting doen. Indien de meerderjarige beter niet door hun dienst wordt opgevolgd doordat de probleemgebieden of de wijze van contextbetrokkenheid nog voornamelijk te lokaliseren zijn binnen een minderjarigenwerking kan rechtstreeks aan ons worden doorgegeven.

4.3.2. Hoe krijgt de samenwerking met de crisismodules binnen de jeugdhulp concreet vorm op vlak van:

- het gezamenlijk inzetten van pedagogische ondersteuning en psychiatrische expertise (gezamenlijke trajecten);

Indien bij de telefonische aanmelding op het Crisismeldpunt Minderjarigen niet helder genoeg is of waar het gaat om een casus die zowel pedagogische of psychiatrische expertise vereist, gebeurt de interventie aan huis door een collega van het mobiel crisisteam GGZ én een collega van het Crisismeldpunt zelf. Dan wordt de triage pas nadien gedaan.

Ook binnen de proeftuinen (vb. Actie 2) is er intensieve samenwerking tussen jeugdhulppartners met crisismodules (vb. Crisishulp aan huis) en onze mobiele crisiswerking.

Vanuit WINGG investeren we vanuit de middelen voor mobiele crisiszorg in de werking van Kompas, crisishulp aan huis voor jongeren met ernstig middelengebruik. Hiermee kunnen zij (als aanvulling op hun beperkte reguliere middelen) een provinciale werking verzekeren en zetten zij hun expertise desgewenst in voor jongeren in residentiële crisistracten waarbij het middelengebruik een rol lijkt te spelen in de crisis.

- uitwisseling van expertise;

We zetten in op wissellieren bij en door collega's van Crisishulp aan huis met het mobiel crisisteam GGZ.

In samenwerking met crisisnetwerk West-Vlaanderen en WINGG werden crisistrefdagen georganiseerd. Hierbij werd over verschillende sectoren heen (jeugdhulp, VAPH, GGZ) expertise over werken in crisis uitgewisseld. De netwerkgroep crisis houdt vast hoe hier verder kan op ingezet worden. Vanuit WINGG cluster FAST is er een actieve betrokkenheid in de netwerkgroep.

- een gezamenlijk vormingsbeleid?

De cluster DEEP is binnen WINGG verantwoordelijk voor de vorming en deskundigheidsbevordering. In de stuurgroep (vormingsbeleid) en het kernteam (meer operationele afspraken) van deze cluster zit een vertegenwoordiger voor de voorzieningen van het Agentschap Opgroeien en voor de voorzieningen van het VAPH. Samen met hen bepalen we de inzet van het vormingsbeleid rond GGZ-thema's, zowel wat betreft het basisaanbod (kosteloos) als het verdiepend aanbod (betalend).

Zinvol hierbij te vermelden is dat wij er eind 2025 in geslaagd zijn om met de netwerken GG voor volwassenen en enkele vormingsaanbieders (vb. Covias, preventiewerking CGG, eerstelijnspsychologen) in geslaagd zijn om een uniform provinciaal vormingsbeleid voor geestelijke gezondheidsthema's af te spreken.

4.4. Samenwerking met de Mobiele Crisisteams voor Volwassenen (2A-teams)

4.4.1. Met welke mobiele crisisteams voor volwassenen werkt u samen in het kader van de ontwikkeling van het project 'urgentie'? Beschrijf de samenwerking.

Binnen de reguliere crisiswerking werden samenwerkingsafspraken gemaakt met alle 2A-teams in de provincie. Het gaat over afstemming rond doelgroep, leeftijdsgrens en naar elkaar doorverwijzen/van elkaar overnemen.

In kader van urgentiepsychiatrie werd vanuit WINGG een provinciale werkgroep opgericht die de 3 netwerken GG voor volwassenen en WINGG samenbrengt. Hier komt de voortgang binnen ieder netwerk aan bod en wordt gezocht naar provinciaal gedragen richtlijnen betreffende kinderen en jongeren. Daarnaast sluit de clusterverantwoordelijke WINGG FAST al van bij het ontvangen van de oproep 'urgentie' aan op de stuurgroepen urgentie van netwerk NOWE en netwerk KWADRAAT. Vanaf april 2026 zal dit ook gebeuren bij netwerk PSYZUID. Er is een vlotte samenwerking tussen WINGG, de projectmedewerkers urgentie en de coördinatoren van de netwerken GG voor volwassenen. Het binnenbrengen van de stem vanuit GGKJ op de stuurgroepen wordt aanvaard maar is geen evidentie. Er is op heden geen draagvlak bij de 2A teams om een urgentiewerking voor minderjarigen op te starten. Men vraagt hoofdzakelijk naar richtlijnen hoe minderjarigen door te verwijzen naar WINGG. Het aanbod om expertise rond kinderen en jongeren bij de 2A teams te verhogen in het kader van urgentie botst op enige weerstand vanuit het idee dat dit ook extra verwachtingen met zich zal meebrengen.

4.4.2. Hoe zou u de samenwerking met de mobiele crisisteams voor volwassenen evalueren? Beschrijf de meerwaarde en/of de knelpunten die in de samenwerking naar voren komen.

De samenwerking met de verschillende West-Vlaamse 2A teams verloopt bij het ene team al vlotter dan bij het andere. Het gaat daarbij voornamelijk over een verschil in visie op de doelgroep. In bepaalde regio's zitten we volledig op dezelfde lijn en kunnen we stellen dat we aanvullend en versterkend werken. In andere regio's is meer investering nodig in afstemming en is de gemeenschappelijke visie nog niet helemaal gevonden.

4.4.3. Welke verbetervoorstellen worden geïdentificeerd?

Blijven inzetten op afstemming en op het met een open blik zoeken naar zoveel mogelijk gemeenschappelijke visie.

4.5. Link met de zorgmodaliteit Urgentie

4.5.1. Bestaan er gezamenlijke trajecten voor individuele kinderen, jongeren en hun gezinnen in kader van de zorgmodaliteit 'urgentie' van de mobiele crisisteams voor volwassenen en met het mobiele crisisteam GGKJ?

Neen, de mobiele crisisteams voor volwassenen zijn nog niet gestart met de zorgmodaliteit 'urgentie'.

4.5.2. Met welke mobiele crisisteams van de GGZ-netwerken 'volwassenen' werkt u hiervoor samen? Beschrijf de samenwerking en de wijze waar op de crisiszorg gecoördineerd wordt tijdens een acute crisis en/of urgentie van individuele kinderen, jongeren en hun gezinnen. Beschrijf ook de meerwaarde en/of de knelpunten in deze samenwerking.

Wij hebben nog geen dergelijke trajecten opgezet.

4.5.3. Wat is of zou idealiter de rolverdeling zijn tussen de zorgmodaliteit 'urgentie' van het mobiel crisisteam voor volwassenen, de mobiele crisisteams GGKJ, en andere betrokken actoren? Wat ontbreekt er om tot de ideale situatie te komen?

Idealiter verzorgen de 2A teams de zorgmodaliteit 'urgentie' voor alle leeftijden. Een nadien snel kunnen schakelen naar gepaste vervolghulp is nodig om warme zorg te bieden. Deze vervolghulp moet breed bekeken worden, dit kan opgenomen worden door het mobiel crisisteam GGKJ, maar in veel situaties ook door minder intensieve, ambulante hulpverlening. Het lijkt ons logisch dat het Crisismeldpunt Minderjarigen ook in deze schakeling tussen urgentie en crisishulp voor minderjarigen een belangrijke rol dient te spelen.

4.5.4. Kunt u ervaringen uit gezamenlijke interventies met ons delen?

Neen.

4.5.5. Zijn er spanningsvelden of onduidelijkheden die u wenst te signaleren?

Voorlopig kunnen we hier niet veel zinnigs over meegeven. Wij maakten vanuit het perspectief minderjarigen een oefening met een ad hoc werkgroep in het voorjaar van 2025 en werken actief mee aan zowel provinciale besprekingen als aan debatten op het nationale (COMGGKJ) niveau. Van daaruit hopen wij voldoende bij te dragen aan een visie én een praktijk waarbij niet enkel volwassenen maar ook kinderen en jongeren de passende zorg krijgen bij urgente psychiatrische problemen.

5. Programma outreach

In het activiteitenverslag 2022-2023 vroegen we o.a.:

- 5.1. Omschrijf hoe het hulpprogramma outreach impact heeft op het hulpverleningstraject van de jongeren door te formuleren hoe het GGKJ-netwerk de verschillende vormen van aangeboden ondersteuning concreet vormgeeft en wat daarin de werkzame factoren zijn (vanuit het perspectief van het GGKJ-netwerk en dat van de voorziening/jongere). Graag willen we hierbij lezen hoe het GGKJ-netwerk de volgende opdrachten hierin uitgewerkt heeft:
- Het proactief versterken van hulpverleningstrajecten en/of teams binnen de residentiële jeugdhulp/gemeenschapsinstellingen met expertise uit de geestelijke gezondheidszorg in functie van het bevorderen van de hulpverleningstrajecten van deze kwetsbare doelgroep.

Proactieve inzet door structurele verankering van onze aanwezigheid op de teams. De voorzieningen bellen ons niet enkel op als het brandt, we zijn er ook wanneer de dagelijkse werking gewoon loopt en kunnen zo eerder inpikken op dynamieken/ zaken die helpend kunnen zijn voor jongeren en hun verdere traject. We leggen linken met zowel preventiewerkingen als met vormings- en deskundigheidsbevordering. Sommige medewerkers zetten zelfs 2 petten op.

- Het bieden van zorg op maat.

Het hulpprogramma is binnen WINGG volledig ingebed in het geïntegreerd programma Crosslink. Door deze clustering van middelen uit verschillende opdrachten slagen we erin om de vragen vanuit de residentiële jeugdhulpvoorzieningen met grotere slagkracht te beantwoorden. We geven daarbij niet enkel een invulling aan de verschillende modules uit de initiële oproep (consult, diagnostiek, behandeling) maar voorzien ook meerdere verbindingsmodaliteiten voor organisaties om passende zorg te vinden (structurele consulten, zorg op aanvraag en vaste contactpersonen per voorziening). De invulling binnen Crosslink is erop gericht om vanuit een generalistische insteek met veel flexibiliteit de juiste zorg op het juiste moment in te zetten en waar nodig een gerichte doorverwijzing naar meer gespecialiseerd aanbod te kunnen doen.

- Het bieden van laagdrempelige en gespecialiseerde ondersteuning.

Zie ook de vraag hierboven voor de verschillende verbindingsmodaliteiten, vaak aangepast op maat van de verschillende voorzieningen.

- 5.2. Omschrijf voor welke doelgroep het hulpprogramma outreach momenteel ingezet wordt aan de hand van het omschrijven van hun (vermoeden van) problematieken en/of psychische kwetsbaarheden en welke (psychiatrische) expertise dan nodig is om de jeugdhulpvoorzieningen/gemeenschapsinstellingen verder te helpen.

In 2025 werd voor 218 dossiers een problematiek aangevinkt, hieronder zie je een tabel die de meest aangeduide problematiek in de desbetreffende teams weergeeft.

Uit de verdeling van aanmeldproblematieken blijkt dat **ontwikkelingsproblemen en disruptieve gedragsproblemen** het vaakst voorkomen binnen de jongere leeftijdsgroep (0–15 jaar), terwijl bij de oudere doelgroep (16–23 jaar) **stemmingsproblemen en ‘andere’ problematieken** relatief vaker naar voren komen.

De verschillen tussen regio's zijn beperkt, al zien we in sommige teams accentverschillen (bv. meer ontwikkelingsproblematiek in Zuid 0–15), wat mogelijk samenhangt met de collega's die werkzaam zijn

binnen de verschillende subteams en daarbij hun eigen expertise gebruiken om aanmeldproblemen te detecteren.

			N 0-15	N 16-23	Z 0-15	Z 16-23
Screening en indicatie	218	82%	86%	77%	84%	76%
Ontwikkelingsproblemen	47	22%	17%	9%	31%	16%
Andere	42	19%	33%	18%	20%	4%
Disruptieve gedragsproblemen	38	17%	17%	32%	17%	12%
Stemmingsproblemen	35	16%	10%	18%	9%	33%
Angst	17	8%	9%	0%	7%	12%

De aanpak is – zoals hierboven omschreven – ingedeeld volgens 3 functies en wordt aangeboden vanuit een generalistische insteek met ondersteuning vanuit subthema's (infants, verstandelijke beperking, VDIP, middelengebruik, ...) en vanuit een kinderpsychiatrische functie.

Voor het diagnostisch aanbod in de OOC voorzien we ook een dagdeel per maand per dienst ondersteuning door een kinder- en jeugdpsychiater vanuit het netwerk.

5.3. Hoe geeft het GGKJ-netwerk via het hulpprogramma outreach vorm aan de opdracht bruggen bouwen en versterken van de wisselwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp/gemeenschapsinstellingen? Wat is hierin helpend en welke moeilijkheden komt het GGKJ-netwerk tegen? Welk effect merkt het GGKJ-netwerk wanneer het hierin slaagt?

De inkanteling van de opdracht Outreach binnen onze ruimere Crosslink-werking (en meer specifiek vaak het ondersteuningsteam) zorgt ervoor dat we een ruime inzet aan expertise kunnen gebruiken (putten uit ruimere poule van medewerkers en gericht aanbod voorzien in combinatie met vaste aanspreekpersoon per voorziening). Zo zetten wij in op zowel continuïteit voor de voorzieningen als de juiste bruggen slaan op de juiste momenten.

Wat als helpend wordt ervaren: Door vaste Crosslink-medewerkers/contactpersonen toe te wijzen aan de verschillende voorzieningen ontstaan korte lijnen en wordt actief en wederzijds aan kruisbestuiving gedaan. Er is een opbouw aan vertrouwen die zorgt voor betere samenwerking. Ruimere teamdynamieken kunnen aangeraakt en waar nodig over een langere periode bijgestuurd worden. We kunnen uitgebreid samen verkennen welk aanbod het meest geschikt is (vb. coaching, psycho-educatie, intervisie, casemanagement,...).

Wat als moeilijk wordt ervaren: Er zit veel druk op de teamwerking binnen de voorzieningen (veel personeelsswissels, jonge teamleden) en vaak wordt de nood aan uitgebreide, meer langdurige teamondersteuning geuit waar we binnen ons aanbod niet altijd kunnen aan voldoen. Soms lijkt de focus dan verlegd te worden naar het team zelf eerder dan naar de (aanpak van de) jongere. Het blijft daarbij samen zoeken naar een gemeenschappelijke focus. We spreken niet altijd een gemeenschappelijke taal en de tempo's liggen vaak verschillend. We ervaren dat we vaak 'te laat' komen en het team al een zeer lastige periode doorgemaakt heeft. Voor enkele teams zouden we wensen dat we de ruimte hebben om een langdurig, intensief traject in te zetten waarbij we kunnen ondersteunen in het beleid/de visie, de deskundigheid van jonge medewerkers en de concrete afspraken in de operationele werking.

Geef aan, in vergelijking met het activiteitenverslag 2022-2023 wat niet en wat wel veranderd is. (Het is niet de bedoeling dezelfde antwoorden anders te gaan formuleren. Een verwijzing kan volstaan).

Sinds januari 2024 heeft het zorgprogramma Outreach een belangrijke verandering doorgemaakt. Het programma werd ingekanteld in wat wij nu het **geïntegreerd Crosslink-model** noemen. Deze nieuwe werkwijze zorgt ervoor dat de opdracht niet langer door een afzonderlijk team wordt uitgevoerd, maar geïntegreerd is binnen een ruimer ondersteuningsteam.

Dit ondersteuningsteam is regionaal georganiseerd (Noord/Zuid West-Vlaanderen) en bovendien opgesplitst volgens leeftijdsgroepen (0–15 jaar en 16–23 jaar). Deze structuur maakt het mogelijk om enerzijds generalistisch te werken en anderzijds gericht beroep te kunnen doen op specifieke expertise. Medewerkers met een vroeginterventie-bril maken ook deel uit van het team. Door de samenwerking met collega's gespecialiseerd in het begeleiden van jongeren in de transitieleeftijd vermijden we hiaten.

Daarnaast speelt het screenings- en indicatieteam een belangrijke rol in het verkennen naar de meest passende vervolgzorg. Waar nodig biedt dit team ook ondersteuning tijdens wachttijden, zodat continuïteit van zorg zoveel als mogelijk gegarandeerd blijft.

Een andere belangrijke evolutie is de versterkte samenwerking met intersectorale partners. Organisaties uit VAPH en Opgroeien (voorzieningen BJB, partners ACT, OCJ, SDJ), maar ook CLB en CAW worden uitgenodigd om structureel aan te sluiten bij onze netwerktafels (casusoverleg met grotendeels vaste partners). Hierdoor treden zij niet enkel op als verwijzers, maar brengen ze ook actief hun expertise in. Op die manier dragen we samen, in een gedeelde verantwoordelijkheid, zorg voor jongeren en hun context.

5.4. Geef een korte beschrijving van zowel de grootste sterktes/troeven als de belangrijkste moeilijkheden/uitdagingen in de organisatie van het programma vroegdetectie en vroeginterventie in uw netwerk. Beschrijf telkens maximaal 3 sterktes en moeilijkheden.

Binnen het netwerk WINGG vormt vroeginterventie en vroegdetectie een essentiële pijler, die verder wordt versterkt door de inbedding binnen het geïntegreerde zorgprogramma Crosslink. Door tijdig signalen van psychische kwetsbaarheid bij kinderen en jongeren op te vangen, proberen we escalatie te voorkomen en sneller gepaste ondersteuning bieden. Het principe van de best passende zorg op het juiste moment door de juiste aanbieder staat voorop, op basis van inschatting van de nood.

Sterktes

Een grote troef is de laagdrempelige toegankelijkheid van de functie Onthaal en Consult via de dagelijkse telefoonpermanentie. Onze ervaren Crosslink-medewerkers zijn elke werkdag beschikbaar om uitgebreid vragen te verhelderen, consult en advies te geven en indien nodig gericht toe te leiden naar ondersteuning of meer gespecialiseerde behandeling. We streven ernaar een duidelijk zichtbaar en toegankelijk aanspreekpunt te zijn voor alle vragen rond geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren. De werking van Onthaal en Consult biedt ons zelf ook waardevolle inzichten in de noden op het terrein. Dit laat ons toe om terugkerende vragen op te pikken en vroeg signalen te detecteren wat op hun beurt helpt om gerichte vormingen (binnen de cluster DEEP) te ontwikkelen en breed in het netwerk aan te bieden.

Door de inkanteling van middelen vanuit de conventie eerstelijnspsychologische zorg kunnen ook intermediairen uit de 0^e lijn (vb. personen uit de vrije tijdscontext) contact opnemen voor de functie Onthaal en Consult. Hierdoor kunnen we niet alleen vlot doorverwijzen, maar ook de toegankelijkheid van zorg vergroten en sneller hulp bieden. Deze samenwerking zorgt voor een betere afstemming en continuïteit van zorg.

Vanuit vroeginterventionistisch perspectief is samenwerking rond de transitieleeftijd cruciaal. We zetten daarvoor op verschillende niveaus samenwerking op met de netwerken GG voor volwassenen: zowel op vlak van ondersteuning van intermediären, op vlak van vorming en deskundigheidsbevordering, op vlak van vroegtijdige ondersteuning (cf. teams 16-23 binnen Crosslink, waarbinnen de VDIP-werking ingebed werd) als op vlak van behandeling slaan we de handen in elkaar en werken we (in de 6 zuidelijke ELZ) goed afgestemd of zelfs (in de 6 noordelijke ELZ) volledig geïntegreerd samen.

Moeilijkheden

Om deze sterktes ten volle te benutten, blijft het belangrijk om blijvend in te zetten op de herhaaldelijke bekendmaking van de inhoud en bereikbaarheid van ons aanbod. We merken dat nulde- en eerstelijnspartners meestal tevreden reageren op de ondersteuning vanuit Crosslink maar dat het niet eenvoudig is om het brede eerstelijnsveld voldoende goed te informeren. Een eenvoudige maar cruciale conclusie is dat herhaling werkt en onmisbaar is.

Hoewel er sterk ingezet wordt op de gepaste toeleiding, blijft het soms moeilijk om deze tijdig te vinden, o.a. door lange wachttijden of beperkte beschikbaarheid binnen het netwerk. We blijven ervaren dat versnippering van zorg en het gebrek aan gespecialiseerde ambulante GGZ een struikelblok is.

Door over de sectoren heen samen te werken, botsen we regelmatig op elkaars beperkingen, het onvoldoende begrijpen van elkaars taal, het onvoldoende op elkaar afgestemd zijn en de verschillende regelgevingen. Ruimte maken om elkaar beter te leren kennen, elk met eigen opdracht en terminologie, moet een centrale doelstelling blijven van het netwerk GGKJ en daar moeten we in blijven investeren op de verschillende niveaus.

6. MAST GGKJ-teams

Dit onderdeel wordt afzonderlijk bevraagd.

Colofon

Maker: medewerkers van het netwerk WINGG in opdracht van het netwerkcomité en onder leiding van de netwerkcoördinator.

Auteursrecht: FOD Volksgezondheid • Veiligheid van de Voedselketen • Leefmilieu.

Oplevering: 31 mei 2026.