



Template voor de beschrijving van het programma Crisiszorg

1. Naam van het netwerk

WINGG – *West-Vlaams Integreerend Netwerk Geestelijke Gezondheid voor kinderen, jongeren en hun context.*

2. Netwerking in functie van het programma crisiszorg

Op aangeven van het netwerkcomité WINGG stelde de netwerkcoördinator een Werkgroep Crisiszorg samen met partners uit verschillende sectoren die zich richten op kinderen, jongeren en hun context (Leden van de Werkgroep Crisiszorg: zie bijlage 1).

Het gaat om partners die een centrale rol opnemen in de crisiszorg zoals die op vandaag in West-Vlaanderen is uitgebouwd. Daarbij werd een evenwicht gezocht tussen het maximaliseren van de participatie van partners en de efficiëntie van werken in een werkgroep. Eén partner fungeert telkens als spreekbuis voor zijn/haar sector en kan tussen de werkgroepvergaderingen door zaken voorleggen aan de achterban. De mobiele (outreach)teams die geïntegreerd worden binnen de hervorming GGZ kinderen en jongeren zijn vertegenwoordigd in de werkgroep. We maakten de keuze om hen samen in beide zorgprogramma's (Crisiszorg en Langdurige Zorg) te betrekken, om de kruisbestuiving van hun opgebouwde expertise zoveel mogelijk te benutten. De werkgroep kwam in totaal 11 keer samen, (voor het overzicht van de vergadermomenten: zie bijlage 2) waarvan 5 keer in functie van de eerste deadline op 4 december, met als doel om een duidelijke visie te ontwikkelen op de uitbouw van een programma crisiszorg en een verdere concretisering van dit zorgprogramma uit te werken, onder meer vanuit de feedback die we van de interkabinettenwerkgroep kregen eind december 2015. Ondanks de ruime samenstelling van de werkgroep en de strakke timing die werd aangehouden, konden we rekenen op een volledige aanwezigheid bij (quasi) iedere werkgroepvergadering. De adviezen van de Werkgroep Crisiszorg werden tussentijds verschillende keren voorgelegd aan het netwerkcomité WINGG. Een laatste advies werd voorgesteld op het netwerkcomité van 23 februari.

De intersectorale aftoetsing van het zorgprogramma dat voorligt wordt verzekerd door de samenstelling van onze werkgroep en de samenstelling van het netwerkcomité. Intussen zijn wij er – in vergelijking met wat in de vorige template daarover werd vermeld – in geslaagd om ons netwerkcomité te vervolledigen met een contextvertegenwoordiger, een cliëntvertegenwoordiger en een afgevaardigde netwerkcoördinator van de GGZ volwassenen. De deelname van de cliëntvertegenwoordiger aan het netwerkcomité is evenwel uitgesteld tot april 2016, gezien de jongeman in kwestie momenteel een buitenlandse stage vervult.

Vanuit de werkgroep voelen we de nood om in eerste instantie met de huidige partners tot consensus te komen om dan in een tweede fase het overleg op te starten met andere partners die ook hun plaats

in het zorgprogramma zullen hebben (onder meer urgentiediensten, pediaters, politie en parket, volwassenenhulpverlening, privé-gevestigde psychiaters, psychiaters werkend in een PAAZ, huisartsen, ...). Voor de inbreng van het cliëntperspectief voorzien we een contactmoment met de Peer for peer-groep die vanuit Kliniek St Jozef wordt georganiseerd.

3. Huidig crisisaanbod

Voortraject/Crisisonthaal

Eerstelijnsdiensten zoals het CLB, huisartsen en kinderartsen, Kind en Gezin, CAW/JAC hebben naar analogie met het crisismodel van Integrale Jeugdhulp geen specifieke opdracht binnen de 4 modules (crisisonthaal, crisisinterventie, crisisbegeleiding, crisisopvang) van het crisistraject GGZ, behalve hun opdracht als crisisaanmelder. Zij doen daarbij in het voortraject het onthaal van een crisis met een eerste inschatting om dan de crisis eventueel te kalmeren en weer rust te brengen met het vooruitzicht op vervolghulp of zo nodig aan te melden. Bij het aanmelden van een GGZ crisis vragen deze eerstelijnspartners ofwel consult en ondersteuning ofwel interne dispatching binnen GGZ voorzieningen (ambulant, mobiel, (semi)residentieel en eventueel ook gedwongen). De filterende functie die zij hierin vervullen, is niet te onderschatten en verhoogt de kans op een correcte toeleiding naar de crisishulp.

Consult

Hoewel we merken dat weinig partners expliciet consult binnen hun aanbod vermelden, mag het duidelijk zijn dat in de praktijk zowat iedere dienst hun expertise inzet om verwijzers met crisisvragen te ondersteunen. In realiteit wordt reeds heel wat consult en ondersteuning aangeboden tijdens crisissituaties. Diensten en organisaties hanteren in veel gevallen het stepped-care en subsidiariteitsbeginsel en blijven aldus ook op deze wijze beschikbaar. Het zal zinvol zijn om in de loop van de uitbouw van het zorgprogramma crisis uit te zoeken op welke manier consult als functie behouden kan/moet blijven binnen het bestaande aanbod en op welke manier het crisisteam hier een rol in zal opnemen. Gesprekken met de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg leerden bijvoorbeeld dat zij reeds goede praktijken ontwikkelden op het vlak van coaching en ondersteuning van eerstelijnsdiensten en andere intermediairen.

Mobiel

- Vzw Kompas

Vanuit drughulpverlening Kompas biedt men 'Kompas, crisishulp aan huis' aan.

Doelgroep zijn gezinnen/contexten in crisis met een minderjarige die (vermoedelijk) illegale drugs gebruikt. Uitbreiding tot 24 jaar is mogelijk op vraag en in samenwerking met een mobiel crisisteam van de GGZ-volwassenen (art 107).

Dit aanbod vanuit Kompas geldt voor Midden- en Zuid-West-Vlaanderen en de Westhoek.

Doelstelling van de werkvorm:

- 1) Samen met de context de crisis aanpakken, de situatie stabiliseren, veiligheid verzekeren, bemiddelen, onderhandelen en de communicatie (her)starten.

2) Via vroegdetectie, opvoedingsondersteuning, het uitwerken van een zorgplan... de crisis als een startpunt benaderen naar positieve verandering. Zo kan het gezin/context na afloop zelfstandig verder of vindt men de weg naar reguliere (drug)hulpverlening op maat.

Het aanbod van Kompas aan huis is van korte duur: er wordt 6 weken samengewerkt met de jongere en zijn context (gezinsleden, belangrijke steunfiguren...). Het aanbod van Kompas aan huis is snel: men probeert om binnen de 24u na aanmelding contact met het gezin/context op te nemen. Het aanbod van Kompas aan huis is intensief: er vinden meerdere gesprekken per week plaats met de minderjarige druggebruiker en zijn context.

De 4 medewerkers (2 VTE) bieden een permanentie van 8u – 20u tijdens werkdagen. Daarbuiten is een telefonische ondersteuning vanuit Kompas crisis residentieel mogelijk. Een begeleiding door Kompas aan huis duurt gemiddeld 6 weken, uitzonderlijk kan dit verlengd worden tot 12 weken, bijvoorbeeld bij een moeilijke doorverwijzing naar vervolghulpverlening. De werking is mobiel en erg flexibel, onder meer door de samenwerking met de ambulante teams van Kompas.

In samenwerking met CGG Largo en Kliniek St Jozef biedt Kompas ook “t Circuit” aan, een vroeginterventieproject dat gericht is op jongeren die experimenteren met alcohol en drugs.

- CGG

Binnen de dienst- en zorgverlenende opdrachten van de CGG's is er een ruime aandacht voor de preventieve en vroeginterventionele aanpak van psychische en psychiatrische problemen. De vroege detectie en interventie bij psychische problemen, de indicatiestelling en toeleiding naar gepaste zorg zijn belangrijke functies in het voortraject van een mobiele crisiszorg. Wanneer de nood gevoeld wordt om snel in actie te komen, zijn er mogelijkheden om versneld in te stromen indien er sprake is van een suïciderisico of een risico op een ernstige decompensatie. Daarnaast is een versnelde instroom ook mogelijk bij doorverwijzing indien een cliënt in aanmerking komt voor een kortdurend, afgebakend behandelaanbod en indien dit kadert binnen vroeginterventie.

De meer mobiele werking van de CGG's is te vinden in de VDIP-teams (indicatiestelling: detecteren, oriënteren en toeleiden) die regionaal zijn ingebed. Voor jongeren met een psychotische problematiek is voorzien dat deze teams meestal vrij snel ingeschakeld kunnen worden. In het noorden van West-Vlaanderen is een specifieke expertise opgebouwd binnen het Psychiatrisch Expertise Team (PET), waarbij de mogelijkheid bestaat om – naast de coaching en ondersteuning van eerstelijnsdiensten – ook patiënt- of netwerkgerichte tafels in te richten in functie van een goede toeleiding naar of afstemming van zorg.

- KAS Brugge

10 à 20 % van de werking van het Mobiel K-team wordt ingezet voor crisiszorg. Er is een overeenkomst met EPSI dat er binnen de 48 uur contact opgenomen wordt met het gezin. De crisistaxatie (urgentie of crisis?) staat daarbij vaak centraal. Verder geeft men binnen het mobiel team voorrang aan vragen die betrekking hebben met suïcide, aan psychose (of vermoeden van) en aan (acute) schoolweigering. Het aanbod (en nabijheid) van de spoedgevallendienst Sint Lucas Brugge en EPSI verhoogt het aantal

crisis-aanmeldingen. De link met EPSI (= vanaf 15 jaar) betekent anderzijds ook een bijkomende kans tot crisistaxatie.

- Outreach De Patio

Outreach De Patio (waarvan de middelen geïntegreerd worden in het programma Langdurige zorg) heeft geen specifiek crisisaanbod. Zij bieden diagnostiek en behandeling, maar niet binnen de gestelde termijn ('binnen enkele dagen'). Wel werken zij samen met JRB-K, EPSI, het hervulbed van For-K De Patio, de herstelgerichte time-outleefgroep in GI De Zande en zorgboerderijen wanneer jongeren die in begeleiding zijn in crisis gaan.

- Outreach infant (De Korbeel)

Outreach Infant heeft geen specifieke crisiswerking. Als een vraag komt naar mobiele begeleiding voor een gezin (met een jong kind) in crisis, dan wordt binnen het team (arts, psycholoog, maatschappelijk werker) bekeken of er ruimte is om meteen op te starten. Anders wordt beroep gedaan op het crisismeldpunt Integrale Jeugdhulp of wordt samen met de andere betrokken hulpverleningspartners bekeken waar crisisopvang of begeleiding voorzien kan worden.

10 à 20% van de begeleidingen worden opgestart vanuit crisis. Vaak omdat er op het moment van aanmelding geen mogelijkheid is tot residentiële opname binnen kinder- en jeugdpsychiatrie. Dan wordt de mobiele begeleiding ingezet ter overbrugging van de crisis en wordt bekeken of een residentiële opname na de crisisperiode verder aangewezen is of niet.

Soms zijn er aanmeldingen die vanuit urgentie meteen opgestart worden. Deze begeleidingen kunnen niet steeds op korte termijn afgerond worden en hebben soms een langduriger karakter, hoewel deze vaak als crisis worden aangemeld.

Ambulant

- KAS Brugge

Binnen KAS voorziet men dat een arts op maandagvoormiddag crisisconsultaties houdt of crisistelefoons behandelt. Het gekozen moment (net na het weekend) is hier belangrijk, bij oproepen tijdens het weekend is het vaak helpend om te weten dat de vraag op maandagmorgen behandeld kan worden. Het feit dat dit consultatiemoment wordt bemand door een arts is relevant, gezien de arts de inschatting kan maken om al dan niet tot opname over te gaan, om al dan niet over medicatie mee te denken en voor de perceptie van de hulpvragers dat hun vraag door een kinderpsychiater wordt behandeld. Daarbuiten worden nog crisisraadplegingen verdeeld over de week.

- CGG

De CGG's ontplooiën een ambulante werking die vooral gericht is op behandeling. CGG's zetten eveneens in op activiteiten binnen het preventieel en de vroegdetectie. Hulpaanvragen die men krijgt, zijn meestal complex en veelal in combinatie met opvoedings- of andere problemen. Verschillende methodieken en behandelingskaders worden aangewend. De behandelactiviteiten vinden plaats zowel

tijdens als buiten de kantooruren en dit 5 dagen op 5. Het aanbod is gericht naar kinderen en jongeren tot de leeftijd van 18 jaar. De grootste groep wordt gevormd door de lagere schoolleeftijd (6-12) en de jongeren (13-17). In een CGG wordt met alle leeftijden gewerkt, dus is er ook aandacht voor de scharnierleeftijd. Waar mogelijk wordt er gewerkt met jongeren met een verstandelijke beperking, een middelenproblematiek of een justitieel statuut. Niet elk CGG heeft een identieke werking.

Crisis zorg maakt deel uit van het aanbod. Binnen de suïcideproblematiek engageren de CGG zich om binnen de 24 uur na aanmelding contact te nemen en een actie te ondernemen. Tijdens de crisis zorg wordt er gewerkt met andere GGZ-partners en eerstelijnsdiensten. Aandacht op het installeren van vervolghulp is hierbij belangrijk.

- Vzw Kompas

Binnen het reguliere ambulante aanbod van Kompas is het mogelijk om binnen enkele dagen een aanbod te doen.

Semi-residentieel

Het semi-residentiële aanbod wordt meestal ad hoc aangeboden ifv capaciteitsmogelijkheden (vb. K-dienst) of de mogelijkheid om een dag(deel)aanbod te doen vanuit een CGG. Na een residentiële opname in een K-dienst wordt soms overgegaan naar een semi-residentieel aanbod als nazorg voor de patiënt.

Residentieel

- Jeugdkliniek St Jozef

In Kliniek St Jozef voorziet men 2 bedden voor crisisopnames van jongeren tussen 14 en 18 jaar. De opnameduur varieert van 10 dagen tot 2 weken en wordt uitzonderlijk verlengd tot 6 weken (duur van een kortopvang). De instapwachtijd is kort, maximaal enkele dagen.

In principe kan iedereen er terecht, mits de jongere in te passen valt in de werkingmogelijkheden van een open ziekenhuis. Beperkte cognitieve mogelijkheden zijn geen exclusie criterium. Jongeren die bekend zijn met fysieke agressie worden niet per definitie geweigerd, maar er kan wel bekeken worden op welke manier dit tijdens de opname een probleem vormt.

- De Korbeel

Binnen De Korbeel is de crisisopvang in grote mate geconcentreerd binnen leefgroep 3 (12 – 18 jaar). Er zijn verschillende vormen:

- ✓ ACO (adolescenten in crisisopname)

De Korbeel beschikt over 2 residentiële bedden die ingezet kunnen worden als crisisbedden. In aanvang waren deze bedden voorzien voor kinderen en jongeren (- 15 jaar) die in crisis binnen kwamen in AZ Groeninge. Het ACO-team is multidisciplinair samengesteld waarbij er extra geïnvesteerd werd in een voltijds psychologe die een inschatting maakt van de crisissituatie (gaat op verplaatsing, naar spoed, ziet context). Indien nodig kunnen de jongeren overkomen naar De Korbeel voor een crisisopname van 2 weken, eventueel te verlengen met 2 weken. Het doel van de

ACO-opname is enerzijds de crisis tot rust te brengen en anderzijds een vervolgzorgtraject uit te werken en te organiseren. Inzake het vervolgzorgtraject wordt samengewerkt met andere GGZ-partners en wordt een samenwerking gezocht met Crisishulp aan Huis.

Het gebruik van de ACO-bedden werd geleidelijk aan ook opengesteld voor aanmelding door huisartsen en door het CGG Mandel en Leie, dit laatste in het kader van prioritaire hulpverlening aan minderjarigen. Tegelijk werd de afspraak met het CGG gemaakt dat men 1 casus/maand na crisisopname kan doorverwijzen ifv ambulante vervolghulp. Anderzijds kan het CGG in het kader van prioritaire hulpverlening een beroep doen op een kinderpsychiatrisch consult vanuit De Korbeel. PZ H Familie heeft de intentie om de reeds uitgebouwde samenwerking met AZ Groeninge inzake crisis verder uit te bouwen met extra capaciteit teneinde te voorzien in nabije en breed toegankelijke residentiële urgentie- en crisiszorg.

✓ JRB-K (jeugdrechtbank jongeren in een K-dienst)

Binnen de financiering van De Patio (For K) zitten 2 residentiële bedden vervat die zich binnen De Korbeel bevinden. De bedden zijn toegankelijk voor justitiële jongeren (12 – 18 jaar) voor 2 weken, verlengbaar met nogmaals 2 weken. Opnames zijn steeds met beschikking van de jeugdrechter (zorgt ook voor een gegarandeerde uitstroom op het einde van de beschikking). Voor de begeleiding zijn 2 voltijdse groepsleiding en 1 halftijdse psychologe voorzien.

✓ Gedwongen opname

Mits voldaan aan bepaalde voorwaarden (psychiatrische problematiek, gevaar voor zichzelf of voor anderen, weigering tot opname) kan een jongere via de jeugdrechter gedwongen worden opgenomen. De Korbeel is in West-Vlaanderen de enige K-dienst die een erkenning heeft voor de opname van jongeren onder een gedwongen statuut. Men merkt een toename: in 2015 werden 19 minderjarigen opgenomen waarvan 10 rechtstreeks in De Korbeel en 9 minderjarigen in de volwassenenafdeling van het PZ H. Familie. Wanneer er geen bed meer vrij is in De Korbeel, wordt binnen PZ H Familie dus met de volwassenenafdeling bekeken wat mogelijk is.

De termijn van een dergelijke opname is minimum 10 dagen, waarop een zitting met de jeugdrechter en de kinderpsychiater volgt en er eventueel een verlenging van 30 dagen kan worden uitgesproken. Men wijst erop dat een beëindiging van een gedwongen opname niet betekent dat daarmee ook de hulpverlening vanuit De Korbeel stopt (soms begint het werk dan nog maar).

✓ KOPP

Een versnelde opname in De Korbeel is mogelijk wanneer ouders van een kind of jongere zelf opgenomen moeten worden (hoeft niet per se in PZ H Familie te zijn).

- Kompas crisis

Deze werking is 24 op 24 telefonisch bereikbaar. Het aanbod is toegankelijk voor minderjarigen en bestaat uit een programma van ongeveer 8 weken waarin men werkt aan stabilisatie, indicatiestelling,

oriëntatie en motivationele behandeling. Ambulante cliënten en cliënten van Kompas aan Huis krijgen voorrang.

- KAS Brugge

In het KAS wordt residentieel geen bed vrijgehouden voor crisisopnames. Men merkt wel dat ongeveer 1/3 van de opnames binnen de 24 uur zijn afgesproken. In de leefgroep van 15 tot 17-jarigen gaat dit om de helft van de opnames. Deze opnames duren gemiddeld 10 dagen tot 2 weken, dit kan verlengd worden tot 6 weken.

- For-K De Patio

Binnen de financiering van De Patio is voorzien in 1 hervulbed voor jongeren die eerder al in een For-K-dienst (dienst voor forensische kinderpsychiatrie) werden opgenomen. Per definitie gaat het daarbij dan om jongeren met een MOF-statuuat en dus onder toezicht van de jeugdrechtbank. De verblijfsduur is maximaal 2 weken.

Crisismeldpunt IJH + netwerkgroep crisis IJH

Het crisismeldpunt IJH is 24/24 en 7/7 bereikbaar, waarbij de permanentie buiten de uren van het dagteam verzekerd wordt door de CAW crisisopvang voor volwassenen. De aanmelding kan gebeuren door hulpverleners en/of door cliënt zelf en staat open voor kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar. Er zijn ongeveer 35 partners uit verschillende sectoren (Jongerenwelzijn, VAPH, Kind en Gezin) die met het crisismeldpunt samenwerken en een ambulant, mobiel of residentieel aanbod doen. De mobiele begeleiding wordt verzorgd door de teams van Crisishulp aan Huis; sinds de opstart van de Intersectorale Toegangspoort (ITP) zitten deze teams achter het crisismeldpunt. Men werkt in principe binnen de vrijwilligheid, af en toe is er ook sprake van hoogdringendheid (aanmelding vanuit JRB/parket) en/of van een aanmelding van kinderen of jongeren met een psychische of psychosociale problematiek. In West-Vlaanderen is van bij aanvang gekozen voor 1 provinciaal meldpunt. Men houdt vast aan het principe dat een opvang enkel kan als ook mee gestapt wordt in de begeleiding.

De netwerkgroep crisis gaat voor het concept crisis uit van de aanwezigheid van een acute nood om te handelen in het hier en nu, waarbij sprake is van een zekere mate van onveiligheid. Men kiest voor een eerder functionele benadering, waarbij het organisatorische daaraan wordt aangepast. Een aantal principes:

- vanuit IJH wordt ingezet op een hulpvraaggestuurde zorg
- sommige vragen moeten zo plots een antwoord krijgen dat er geen tijd is voor een indicatiestelling
- elke hulpverlener moet over krachtgerichte methodieken beschikken, maar tegelijk kunnen rekenen op een back-up indien die methodieken niet toereikend blijken

De netwerkgroep crisis is steeds vragende partij geweest voor een gegarandeerd crisisaanbod vanuit kinder- en jeugdpsychiatrie. Men krijgt aanmeldingen van jongeren van wie de problematiek raakt aan de geestelijke gezondheidszorg, bij wie nood is aan een inbreng vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De realiteit leert dat er al te vaak geen residentiële crisisplaats vrij is, te weinig mogelijkheid is om expertise te delen of dat de consultfunctie onvoldoende benut wordt.

Het crisismeldpunt probeert hun rol zuiver te houden en niet zomaar alles door te schuiven naar het crisismeldpunt (cf. priorbepaling van casussen, VIST (versnelde indicatiestelling in de ITP)).

Vanuit de OOOO's biedt men soms crisisdiagnostiek aan.

Zorgcoördinatie

In 2014 liep in West-Vlaanderen het Zorgtraject Crisispreventie¹, een project dat gefinancierd werd door de Vlaamse overheid en georganiseerd door De Korbeel en CGG Noord-West-Vlaanderen. Deze werkvorm bestond uit het aanbieden van intersectoraal casuoverleg voor kinderen en jongeren met een (vermoeden van een) psychiatrische problematiek van wie het zorgtraject vastliep of dreigde vast te lopen, die zich in een crisissituatie bevonden of dreigden in crisis te gaan. Tijdens intersectoraal casuoverleg (flexibel qua frequentie, op maat) werd afgestemd binnen hulpverlening en met de kinderen, jongeren en hun context, werd een zorgtraject op langere termijn uitgestippeld en opgevolgd, werden reeds aanwezige krachtbronnen gezocht en versterkt en werd expertise uitgewisseld.

Conclusies van het Zorgtraject Crisispreventie waren onder meer dat

- intersectoraal casuoverleg op meerdere vlakken een meerwaarde biedt, zowel voor de hulpverleners als voor de kinderen, jongeren en hun context
- er ook voor kinderen jonger dan 12 jaar nood is aan crisiszorgtrajecten
- continuïteit van woelige zorgtrajecten extra ondersteund wordt door intersectoraal casuoverleg

4. Context van het programma crisiszorg

West-Vlaanderen telde op 1 januari 2015 212.810 jongeren tussen 0 en 17 jaar.

In West-Vlaanderen zijn er 3 K-diensten en 4 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg die op regionaal en lokaal vlak een aantal goede samenwerkingsverbanden hebben ontwikkeld. Er is een For K-dienst waar jongeren met een MOF-statuuat door de jeugdrechter geplaatst kunnen worden. Voor alle ambulante en residentiële partners die een therapeutisch aanbod doen zijn wachtlijsten, waardoor de hulpverlening aan kinderen, jongeren en hun context soms niet voldoet aan de principes van subsidiariteit en vraaggestuurd werken. In 2015 werden 19 minderjarigen onder een statuut gedwongen opname opgenomen in een K-bed, of bij gebrek aan plaats, in een A-bed.

Cijfers tonen aan dat de zelfdoding in Vlaanderen 1,5 keer hoger ligt dan het Europese gemiddelde, in 2013 gaat het om 17 jongeren onder de 20 jaar². In 2009 pleegden 28 jongeren onder de 20 jaar zelfmoord, 10 onder hen waren West-Vlamingen³. Dergelijke cijfers zorgen ervoor dat in onze provincie

¹ Eindevaluatie project inzake regionale kinder- en jeugdpsychiatrische netwerken, ingediend bij het Agentschap Jongerenwelzijn

² Agentschap Zorg en Gezondheid

³ Rapport 'Aanpak van zelfdoding bij jongeren in de Westhoek', Integrale Jeugdhulp West-Vlaanderen

de aandacht voor (de preventie van) suïcide groot is: zo was er in 2011 een project 'Aanpak zelfdoding bij jongeren in de Westhoek', voorzien CGG's specifieke programma's voor suïcidale jongeren en is in januari 2016 vanuit Groepspraktijk Kaapstad een 'Ambulant behandeltraject voor suïcidale jongeren' opgestart in regio Brugge, met financiële ondersteuning vanuit de provincie West-Vlaanderen en in samenwerking met verschillende GGZ-partners⁴.

Het crisismeldpunt van Integrale Jeugdhulp in West-Vlaanderen kreeg vorig jaar bijna 1000 crisisaanmeldingen binnen, waarbij zij vaststelden dat ze in 51 gevallen geen antwoord konden geven op een hulpvraag wegens "geen passend aanbod", wat dan vooral een verwijzing betreft naar lacunes in het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg.

De mobiele teams die vanuit art 107 zijn uitgebouwd voor volwassenen zullen niet alleen in het kader van vervolgzorg, maar ook in het kader van de hulpverlening aan de scharnierleeftijd een belangrijke partner zijn in de ontwikkeling van onze zorgprogramma's. Het is daarbij niet evident om vast te stellen dat – waar het bij kinderen en jongeren gaat om een provinciaal model – er in West-Vlaanderen momenteel nog regio's zijn waar geen aanbod is vanuit de verschillende mobiele teams.

5. Missie en visie m.b.t. het programma crisiszorg

Het crisisnetwerk WINGG wil de aanwezige krachten binnen het netwerk om met crisissen om te gaan bewaren, verder op elkaar afstemmen, en aanvullend zijn daar waar het tekort schiet, waarbij het integrerende karakter van dit aanbod al in de netwerknaam wordt benadrukt.

Een éénduidige definitie van het begrip "crisis", dat door het ganse netwerk wordt gedeeld is van groot belang om van bij de start van het programma Crisiszorg duidelijkheid te creëren rond de werking. We bakenen dit concept af tegenover andere concepten als 'urgentie' of 'spoedeisende hulp' en kozen ervoor om ons te baseren op de definitie zoals die gehanteerd wordt in de KCE-studie 135a (snelle respons vereist, niet levensbedreigend).

We gaan de uitdaging aan om de provinciale oriëntatie van de programma's te realiseren. Tegelijk denken we dat binnen deze globale doelstelling ruimte is voor een crisisaanbod dat breed toegankelijk is en dicht bij de cliënt zelf wordt aangeboden. Ook voor de medewerkers van een crisisteam is het goed om een eigen netwerk te kunnen opbouwen, met expertise rond scholen, CLB's, verwijzers en andere samenwerkingspartners eerder dan steeds sporadisch over de hele provincie verspreid te moeten samenwerken. Wij onderschrijven voluit de provinciale aansturing van het crisisnetwerk en het crisisteam en opteren vanuit efficiëntiestandpunt om medewerkers ook regionaal uit te sturen.

Verder geloven wij dat een goede crisiswerking flexibel is qua werking en op maat van de cliënt en zijn of haar context georganiseerd moet worden (qua intensiteit, qua termijn).

⁴ Meer info omtrent het programma 'Jongeren na een suïcidepoging' op <http://kaapstadgroepspraktijk.weebly.com/jongeren-na-een-suïcidepoging.html>

6. Beschrijving van het programma crisiszorg

6.1. Inhoudelijke ontwikkeling van het programma crisiszorg

Zoals mag blijken uit het overzicht van het huidige aanbod rond crisiszorg in West-Vlaanderen werken verschillende partners op vandaag – binnen hun eigen context en vanuit de noden die zij zelf ervaren hebben van hun cliënten – met crisissituaties. Het aanbod is vaak organisch gegroeid, vanuit opportuniteiten of noden, aangestuurd door een overheidsbeleid of vanuit een samenwerkingsrelatie met lokale partners⁵. Om tegemoet te komen aan de verwachtingen die gesteld worden binnen de activiteitenprogramma's 'Basisaanbod gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren vanuit een ambulante, semi-residentieel en residentieel kader' en 'Outreachinge geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren door de organisatie van mobiele crisiszorg' wil het crisisnetwerk WINGG in eerste instantie afstemmen met het bestaande intersectorale aanbod (ruimer dan enkel GGZ), om van daaruit de aanvullende mogelijkheden die het programma crisiszorg biedt complementair in te zetten. Op die manier streven wij er binnen het netwerk naar om te groeien naar een sluitend aanbod waarin alle kinderen, jongeren en hun context terecht kunnen met crisisvragen. Gezien deze afstemming ten gronde moet gebeuren en ongetwijfeld zal resulteren in een aantal strategische en inhoudelijke keuzes omtrent het aanbod, is het netwerk van mening dat dit binnen het evaluatieproces van het zorgprogramma crisis moet worden meegenomen en regelmatig afgetoetst aan de ervaringen in de praktijk. WINGG zal zich maximaal profileren als een integrerend netwerk, waarbij een continue afstemming met het bestaande aanbod moet resulteren in een inzet van mobiele zorg die zoveel als mogelijk de complementariteit waarmaakt. Een kritische blik op ons eigen aanbod zal hand in hand moeten gaan met een flexibele ingesteldheid om de mobiele crisiszorg zo nodig aan te passen aan evoluties in het werkveld.

Aanvullend op het bestaande aanbod dat integraal deel zal uitmaken van het crisisnetwerk bouwen we een crisisteam uit dat zal voorzien in de verschillende opdrachten⁶ (onthaal, interventie, begeleiding en opvang) die verbonden zijn aan crisiszorg en dit binnen een transparant kader (Stroomdiagram crisis GGZ: zie bijlage 3).

We voorzien binnen dit proces een centrale rol voor de aanmelder, voor wie in eerste instantie een opdracht is weggelegd binnen het voortraject van de aanmelding bij het crisisteam maar die tijdens het crisistraject ook betrokken blijft bij de opvolging van de cliëntsituatie.

Voortraject aanmelding/Crisisonthaal

- Crisis verwijst naar een kritiek moment van instabiliteit in een systeem (individu/gezin/context). Het is het moment (hier en nu) waarop de samenhang in een systeem onderbroken wordt.
- Een crisis leidt meestal tot angst en paniek en er ontstaat een gevoel van nood aan dringende hulp.

⁵ "Intersectorale samenwerking in de jeugdhulp. Goede praktijken wijzen de weg", Caroline Robberecht en Lies Vandemaele, Sociaal.net, februari 2016

⁶ Werkingprocessen van de Intersectorale Toegangspoort, hoofdstuk 9 'Crisis-jeugdhulp'

- Hulpverleners zijn meestal in staat om samen met de betrokkenen een goede oplossing te zoeken zodat de zaken niet erger worden dan ze al zijn. De meeste crisissituaties worden opgevangen in de dagelijkse werking van hulpverlening.
- Een moment van crisis is een kantelmoment. Een crisissituatie houdt kansen in.

Het voortraject van de aanmelding maakt integraal deel uit van het schema “zorgprogramma crisis” en is gebaseerd op het subsidiariteitsprincipe (= subsidiaire rol van de potentiële aanmelder: vooraleer over te gaan tot een aanmelding, zoekt de aanmelder naar oplossingen die hijzelf kan bieden, in de reguliere hulpverlening en binnen de context en het netwerk van de cliënt).

Hiermee wordt expliciet aangegeven dat we verwachten dat er – voorafgaand aan de aanmelding – al een aantal stappen gezet zijn, waarbij een goede verheldering van de vraag van de cliënt/context onontbeerlijk is. Deze stappen houden onder meer volgende in:

1. Als cliënt/context:
 - Contact leggen met reguliere hulpverlening/dienstverlening (0^{de} lijn → 3^e lijn)
2. Als cliënt/context/potentiële aanmelder:
 - Verkennen van de mogelijkheden binnen de bestaande werking van IJH en GGZ
3. Als potentiële aanmelder/hulpverlener – huisarts, kinderarts, spoedarts, CLB, CAW/JAC ...
 - Crisisonthaal doen = eerste inschatting van de crisis (“filterfunctie”)
 - Crisis deblokkeren door stressfactoren te milderen (luisteren, crisis erkennen, rust brengen en concreet vooruitzicht op begeleiding geven) en dit vanuit een krachtgerichte en vraaggerichte werking.
 - OF Crisis aanmelden via crisismeldpunt
 - ! Indien urgentie (levensbedreigend): verwijzen naar EPSI of spoedgevallendienst
 - ! Indien onveilige situatie: politie/parket inschakelen

Consult

Als crisisnetwerk maken we de principiële keuze dat een aanmelding bij het crisisteam niet onbeantwoord kan blijven. Wanneer door een hulpverlener de inschatting wordt gemaakt dat dringende zorg is aangewezen om een crisissituatie tot rust te brengen, dan zal het crisisteam minstens een advies en consult aanbieden. Dit kan rechtstreeks aan de telefoon gebeuren of na een strategisch ad hoc-overleg waarbij de aanmelder dan meteen opnieuw gecontacteerd wordt. We streven ernaar dat na een consult de aanmelder opnieuw verder kan met de casus ofwel dat er gericht werd doorverwezen. Als crisisteam maken we de oefening om in te schatten bij welke situaties we zelf een actieve rol gaan opnemen bij gericht doorverwijzen (vb. zelf contact nemen met de dienst waar we naartoe verwijzen?); dit wordt verder opgenomen in de gesprekken die reeds doorgingen of nog gepland worden met de relevante partners (EPSI, spoed, pediatrie, mobiele teams volwassenen). Ambulante consulten (waarbij snel een afspraak wordt gepland voor een ambulante gesprek) bespreken we bij ‘Crisisbehandeling’. Binnen het crisisteam worden de adviezen en consulten gedeeld op een teamoverleg. Dit draagt bij tot het versterken van de expertise van de medewerkers en kan in het kader van intervisie verder worden besproken.

Daarnaast voorzien we een link tussen vragen die in het kader van een crisisconsult gesteld worden en het nog uit te werken programma Consult en liaison. Het kan zinvol zijn om bepaalde vragen die in het kader van een crisis worden gesteld meer diepgaand te bespreken met bijvoorbeeld het ganse team van een leefgroep of voorziening. Sommige vragen die regelmatig terugkeren, worden op het moment van aanmelding beantwoord, maar ook meegenomen naar een latere afspraak in het kader van teamconsult⁷.

Crisisbehandeling: mobiel of ambulantly

Wanneer de inschatting wordt gemaakt dat een aanmelding bij het crisismeldpunt wordt opgevolgd door het team (interne dispatching), organiseren we in eerste instantie een crisisinterventie. Dit gebeurt niet los van een crisisbehandeling, gezien de interventie op zich al een behandeling inhoudt. Binnen de 2 werkdagen bieden we deze interventie aan, wat betekent dat dit vooraf niet op een teamvergadering met de verantwoordelijk psychiater besproken wordt. We maken hierbij een afweging tussen het bieden van een relatief snel antwoord op een crisisvraag en het diepgaand bespreken van een aanmelding met alle teamleden en de verantwoordelijk psychiater. In ons model verkiezen we om snel een interventie te doen (de aanmelder hoeft geen dagen te wachten op een antwoord uit een teamoverleg) en op basis van de daaruit verkregen informatie in team en met de verantwoordelijk psychiater dan uitvoeriger te overleggen over het verdere verloop van de crisisbehandeling.

Een crisisinterventie hoeft niet per se mobiel te zijn, maar in overleg tussen de aanmelder en het crisismeldpunt wordt bepaald of dit ook ambulantly kan verlopen. Hierbij zullen verschillende criteria meespelen, zoals veiligheid van medewerkers, bereidheid cliënten en afweging inzet personeelsmiddelen. De criteria bepalen mede de aangeboden werkvorm. Beide modaliteiten houden voor- en nadelen in waarbij de beslissing om een mobiel of een ambulantly aanbod te doen goed wordt ingeschat. In beide modaliteiten kan een crisisinterventie in duo verlopen, waarbij we dit zoveel mogelijk duo-sectoraaly invullen. In de eerste plaats zien we hier een duo medewerkers van het crisisteam op pad gaan – of indien er sprake is van een drugproblematiek 1 medewerker van het crisisteam met een medewerker van Kompas, crisishulp aan huis – maar in een verder gevorderd ontwikkelingsstadium van ons crisisnetwerk willen wij dat ook een verbinding met de crisismodules van Integrale Jeugdhulp tot de mogelijkheden behoort.

Na de bespreking in het crisisteam (cf. na een eerste crisisinterventie) kan een cliënt gedurende een richttermijn van 4 weken verder opgevolgd worden door het multidisciplinaire crisisteam. Deze periode kan naargelang de situatie verlengd worden. In principe gaan we uit van het idee “zo kort als mogelijk, zo lang als nodig”, zonder hiermee het kader van de crisis uit het oog te verliezen. De crisisbehandeling zelf bestaat uit een intensieve opvolging in leefomgeving van de cliënt, welke kan bestaan uit meerdere locaties, met als doel om de crisissituatie te stabiliseren (communicatie herstellen, diagnostiek, psycho-educatie, krachtbronnen in het gezin activeren), te behandelen en indien nodig een vervolgzorg te installeren. We streven ernaar om voldoende aansluiting te vinden met vervolgzorg en het aanbod aan

⁷ Denk hierbij onder meer aan de goede praktijken die reeds vanuit Sherpa (Outreach De Patio) of Crossover (PC Sleidinge) zijn ontwikkeld.

de 'voorkeur' zo groot mogelijk te houden. Onder meer het casemanagement wordt een dragende factor om de opvolging van een (terugkerend) zorgwekkende situatie te verzekeren.

Crisisopvang

Voor de crisisopvang worden vanuit de K-diensten 8 bedden geïntegreerd in het netwerk. Met een totale capaciteit van 69 K-bedden halen we daarmee ruimschoots de norm van 10% die werd vooropgesteld. Daarnaast is ook vzw Kompas bereid om 1 crisisbed te voorzien voor jongeren met een bijkomende verslavingsproblematiek. De verdeling ziet er als volgt uit:

Voorziening	Totaal aanbod	K-crisis
AZ St Lucas	25 K	3
Kliniek St Jozef	20 K + 7k	2
PZ H Familie	24K + 6k + 8 For K + 2 For Kc	3
Vzw Kompas (minderjarigen)	2	1

De modaliteiten waarbinnen een residentiële crisisopname kan gebeuren en de wijze waarop de mobiele en de residentiële crisiswerking zo goed mogelijk op mekaar worden afgestemd, leggen we (netwerkcoördinator en verantwoordelijk psychiater) met de verschillende aanbieders vast op een gezamenlijk overleg op 25 maart. Op dat moment bekijken we op welke manier we ons als geprivilegieerde partners tot elkaar verhouden en hoe de beschikbaarheid van de crisisbedden op elk moment te raadplegen is door het netwerk. Binnen het crisisnetwerk hopen we dat de provinciale oriëntering van dit zorgprogramma een complementair provinciaal aanbod kan faciliteren, zonder uit het oog te verliezen dat een crisisopname liefst zo dicht mogelijk bij de eigen context moet kunnen doorgaan. Crisisopvang moet een ultieme modaliteit zijn om een situatie tot rust te brengen en een zorgtraject op maat uit te stippelen. Vanuit die optiek moet crisisopvang dan ook subsidiair ingezet worden. Daarenboven moet de inzet van het mobiele crisisteam het mogelijk maken om de opnametermijnen zo kort mogelijk te houden, waardoor de druk op de (bezetting van de) crisisbedden in onze provincie zal dalen.

Elke K-dienst uit de intentie om een samenwerking met een (ander) algemeen ziekenhuis op te zetten of verder uit te bouwen voor wat betreft het omgaan met spoedeisende hulpvragen. Hierdoor moet voor de jongeren onder de leeftijd van 15 jaar een prangende nood aan crisisopvang weggewerkt worden en kunnen algemene ziekenhuizen meer expertise verwerven in het omgaan met crisissituaties bij jongeren.

Investering in crisissituaties

We kiezen ervoor om de personeelsomkadering van de residentiële crisisopvang te versterken met 60% van de middelen die voorzien zijn binnen het luik 'investering in crisissituaties'. Deze middelen worden op basis van het aantal bedden verdeeld onder de partners die zich hiervoor engageren. De extra omkadering zal niet enkel residentieel ingezet worden, maar zal ook outreachend aangewend worden

om de uitstroom te faciliteren (vb. mobiele nazorg na residentiële crisisopname) en om de verbinding te maken met de spoeddiensten van algemene ziekenhuizen (vb. crisistaxatie op spoeddienst).

De resterende 40% van de investeringsmiddelen zet WINGG in binnen het globale kader van het casemanagement, waarbij een substantieel bedrag wordt voorbehouden om flexibel in te zetten voor de organisatie van crisistrjecten-op-maat:

Casemanagement (wraparound) op cliëntniveau zien wij als een transversale opdracht binnen het netwerk (Zorgschema WINGG: zie bijlage 4). Daarbij vertrekken we – inhoudelijk, noch organisatorisch – niet vanuit één zorgprogramma om deze opdracht vorm te geven, maar zorgen we er wel voor dat er vanuit elk zorgprogramma linken zijn met het casemanagement. In het kader van de zorgtrajectbegeleiding grijpen wij de goede ervaringen uit het verleden⁸ aan om het casemanagement te laten uiteenvallen in 2 – qua werking vergelijkbare, maar op vlak van centrale doelstelling verschillende – deelwerkingen:

- ZORGTRAJECT CRISIS, waarbij de klemtoon ligt op de snelheid waarbij een netwerk rond een cliënt wordt gevormd en/of samengebracht en de relatief korte tussenperiode waarin opvolgoverleg mogelijk is. Belangrijk bij deze vorm van casemanagement is om zich verbonden te weten met de mobiele, ambulante en (semi-) residentiële crisiswerking binnen het netwerk om op die manier snel de nood aan netwerkvorming rond bepaalde kinderen of jongeren gesignaleerd te krijgen en om de relevante partners in de ondersteuning van crisistrjecten rond de tafel te krijgen. De toeleiding kan gebeuren vanuit het mobiele crisisteam of het crisismeldpunt, maar kan ook rechtstreeks op vraag van een betrokken aanmelder. Het budget 'flexibele casefinanciering' zien wij in belangrijke mate te besteden binnen deze vorm van casemanagement waarbij out-of-the-box creativiteit en maat zorg ervoor kunnen zorgen dat dreigende crisissituaties vermeden worden of dat snel gehandeld kan worden in hangende casussen. In eerste instantie willen wij geen zware voorwaarden koppelen aan de inzet van de flexibele casefinanciering, maar willen we verkennen wat de concrete lacunes zijn die in acute crisissituaties worden gevoeld en op welke manier er binnen het casusoverleg hiervoor oplossingen bedacht worden. Middelen voor flexibele casefinanciering worden pas vrijgegeven na aftoetsen aan interne richtlijnen en in overleg met de netwerkcoördinatie. Het spreekt voor zich dat we de inzet van deze middelen na een eerste begrotingsjaar zullen evalueren en indien nodig de modaliteiten voor de besteding ervan kunnen aanpassen. Het is niet uitgesloten dat flexibele zorgfinanciering wordt gekoppeld aan een cliënt buiten het Zorgtraject crisis-overleg.
- LANGDURIG ZORGTRAJECT, waarbij de klemtoon ligt op de jarenlange trajectbegeleiding van complexe casussen die nood hebben aan zorgcontinuïteit. Deze vorm van casemanagement kenmerkt zich door minder frequent (vb. trimesterieel) casusoverleg, waarbij de mogelijkheid wel bestaat om sneller samen te komen wanneer dat nodig is. De uitvoerige visie op deze vorm van casemanagement wordt verder uitgewerkt in onze template Langdurige zorg. In het kader van deze vorm van casusoverleg voorzien wij geen inzet van flexibele casefinanciering, maar lijkt het ons beter om een afstemming te onderhouden met mogelijkheden binnen Integrale Jeugdhulp (fase 2 en 3) en de Intersectorale Zorgnetwerken.

⁸ Zie 3. Zorgcoördinatie

Voor de ontwikkeling van deze vormen van casusoverleg stemmen wij verder af met de andere vormen van cliëntoverleg die op vandaag in West-Vlaanderen bestaan, zoals Cliëntoverleg Integrale Jeugdhulp en Overleg Psychiatrische Patiënt (SEL), zodoende ook hier een complementair aanbod te realiseren.

6.2. Organisatorische ontwikkeling van het programma crisiszorg

Crisisnetwerk WINGG kiest ervoor om de integratie met het crisismeldpunt Integrale Jeugdhulp niet uit te stellen, maar dit al in een eerste fase van de ontwikkeling van het programma crisiszorg uit te werken. Niet enkel uit de ervaring binnen casusgebonden samenwerkingen, maar ook uit de interacties op het niveau van de werkgroep en het netwerkcomité zijn wij er van overtuigd dat deze integratie van bij de opstart van het programma een krachtig signaal is en een constructieve dynamiek in zich draagt waarvan in de eerste plaats de cliënt en zijn/haar context de vruchten plukt. Tegelijk zijn we niet blind voor de inhoudelijke, praktisch-organisatorische en juridisch-deontologische uitdagingen waarvoor we gesteld worden en nemen we voldoende tijd om deze integratie vorm te geven.

We faseren de ontwikkeling van het programma crisiszorg:

1. In een eerste fase de uitbouw van een inhoudelijk programma waarbinnen we de afstemming met het basisaanbod realiseren en verbinding zoeken met de werking van het crisismeldpunt. Aanmeldingen voor crisiszorg verlopen in deze fase via elke afzonderlijke partner die nagaat wat binnen het eigen en bestaand aanbod mogelijk is en indien nodig doorverwijst (periode 1 april 2016 tem 31 augustus 2016).
2. In een tweede fase de effectieve integratie met het crisismeldpunt IJH, waarbij organisatorisch en inhoudelijk tijdelijk extra ondersteuning geboden wordt ivf deskundigheidsbevordering inzake geestelijke gezondheidszorg bij de medewerkers van het crisismeldpunt en we expliciet als een gezamenlijk meldpunt voor crisisvragen functioneren en naar buiten treden. Tijdens deze periode bespreekt een WINGG-medewerker samen met het team van het crisismeldpunt de crisismeldingen en maakt samen met hen de inschatting of er al dan niet sprake is van een psychiatrische crisis. Indien ingeschat wordt dat het om een psychiatrische crisis gaat, neemt deze WINGG-medewerker de regie over de aanmelding over en biedt een consult aan of zorgt voor een interne dispatching. Omdat we ervan overtuigd zijn dat de crisistaxatie op het crisismeldpunt niet steeds evident is en omdat we op termijn de persoonlijke ondersteuning door de WINGG-medewerker gaan afbouwen, installeren we een open communicatie met het meldpunt. We voorzien dan ook een maandelijks overlegmoment waarbij zowel complexe casussen als het samenwerkingsproces vast op de agenda staan (periode 1 september 2016 tem 31 december 2016).
3. In een derde fase (vanaf 1 januari 2017) wordt de ondersteuning van het meldpunt wel nog gewaarborgd, maar zal dit niet meer gebeuren door de fysieke aanwezigheid van een WINGG-medewerker. De maandelijks overlegmomenten worden geëvalueerd en indien nodig bijgestuurd naar frequentie en inhoud.

Aldus vertrekkend van de doelstelling om op korte termijn een gezamenlijk crisismeldpunt in te richten, streven we ernaar om de organisatorische ontwikkeling van het programma crisiszorg van bij de

aanvang goed af te stemmen op de werking die zij reeds – met jaren ervaring – opbouwden. De organisatorische ontwikkeling die we hieronder schetsen vertrekt dan ook van de ideale situatie, zijnde reeds geïntegreerd met het crisismeldpunt Integrale Jeugdhulp. Voorafgaand aan deze integratie wordt er reeds gestart met mobiele crisiszorg, aangestuurd vanuit de afzonderlijke partners van het netwerk, die elk op zich als een aanmeldpunt zullen functioneren.

Het mobiele crisisteam

De samenstelling van het mobiele crisisteam is multidisciplinair (kinder- en jeugdpsychiater/verantwoordelijk psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, assistent in de psychologie, psychiatrisch verpleegkundige, opvoedkundige) en intersectoraal samengesteld. We opteren ervoor om zoveel als mogelijk medewerkers te rekruteren of ter beschikking te stellen die een bijkomende opleiding hebben gevolgd of die reeds een expertise hebben opgebouwd met een bepaalde doelgroep (infants, justitiële jongeren, drughulpverlening, seksueel grensoverschrijdend gedrag, (verstandelijke) handicap, specifieke psychiatrische problematieken), teneinde de aanwezige expertise van medewerkers te kunnen inzetten in een teamverband en complementariteit van expertise na te streven in onze teamsamenstelling.

Gezien de mobiele crisiswerking provinciaal wordt aangestuurd, maar ifv tijdsefficiëntie en waar mogelijk regionaal wordt georganiseerd voor het generieke aanbod, vormen de medewerkers antennepunten bij hun respectievelijke werkgevers en werken we met een provinciale noord-zuid opdeling. Deze opdeling is louter pragmatisch van aard, de teamvergaderingen gaan bijvoorbeeld gezamenlijk door en voor bepaalde doelgroepen behouden we de provincie als werkingsgebied.

Om de crisisinterventies te plannen, wordt gewerkt met een centrale agenda waarin de medewerkers van het crisismeldpunt vast voorziene dagdelen kunnen invullen.

Vormen van een crisisTEAM

Een wekelijks teamoverleg met alle teamleden onder supervisie van een verantwoordelijk psychiater op een vaste en centrale locatie zorgt voor de inhoudelijke afstemming binnen het mobiele crisisteam. Dit is ook het moment waarop de verantwoordelijk psychiater uitvoerig geïnformeerd wordt over eventuele crisisinterventies die in de dagen voorafgaand aan het teamoverleg zijn gebeurd.

Naast het formele overleg zal er ook nood zijn aan ad hoc overleg tussen 2 medewerkers die samen ingeschakeld worden om een crisisinterventie te doen. We onderzoeken op welke manier hiervoor – naast een makkelijk te gebruiken centrale agenda – een beveiligd elektronisch patiëntendossier kan worden ontwikkeld waarin de verschillende medewerkers vanop hun afzonderlijke locaties patiëntgebonden informatie met elkaar kunnen uitwisselen. Na het vergelijken van een aantal parameters bekijken we binnenkort met de CGG's op welke manier hun EPD binnen WINGG bruikbaar zou kunnen zijn.

Samenwerking met het crisismeldpunt

Als mobiel crisisteam (en ruimer als crisisnetwerk) willen wij ons uitdrukkelijk niet louter positioneren áchter het crisismeldpunt Integrale Jeugdhulp (als zorgaanbieder), maar willen wij een effectieve samenwerking opzetten. Gegeven deze principiële doelstelling willen wij de operationele crisiszorg maximaal inzetten ten behoeve van de kinderen, jongeren en hun context en lijkt het ons moeilijk verdedigbaar om ook een grote rol op te nemen in de permanentieregeling van het crisismeldpunt. Eerder geloven wij in de meerwaarde van de tijdelijke aanwezigheid van een medewerker van het crisisteam op de locatie van het crisismeldpunt (integratiefase 2), op vaste tijdstippen (vb. van 8u30 tot 17u) en in een roulerend systeem, waarbij deze medewerker bij ieder ad hoc 'strategisch' overleg (zie Stroomdiagram in bijlage 3) betrokken wordt, zelfs als het niet om een crisis-psy zou gaan. Op deze manier vermijden we dat de medewerkers van het mobiele crisisteam als 'de expert' wordt benaderd wanneer het om een moeilijke aanmelding gaat én wordt de opgebouwde expertise van het crisismeldpunt vlot gedeeld met de mensen van het mobiele team.

Wanneer bij een aanmelding duidelijk ingeschat⁹ wordt dat psychiatrische crisiszorg is aangewezen, kan de medewerker van het mobiele crisisteam de medewerker van het crisismeldpunt hierin bijstaan, zelf het consult verzorgen of intern dispatchen naar de centrale agenda en afhankelijk van de aanmeldingsvraag een crisisinterventie boeken.

6.3. Financiering van het programma crisiszorg

Residentiële partner waaraan de federale overheid de bijkomende financiering voor het programma crisiszorg kan overmaken

Kliniek Sint-Jozef, Boterstraat 6, 8740 Pittem.

Financiering voor het programma crisiszorg 2016-2017-2018

Voor de begroting zelf verwijst ik graag naar bijlage 9.1.

Een deel van de middelen 'investering in crisissituaties' wordt voorbehouden voor flexibele casefinanciering, teneinde nakende crisissituaties te kunnen voorkomen of bepaalde partners (vb. zelfstandig gevestigden) te activeren in zorg of casusoverleg.

Het casemanagement zelf financieren we deels met de middelen 'investering in crisissituaties' en deels met restmiddelen van de netwerkcoördinatie.

6.4. Afstemming met lokale crisisinitiatieven

We verwijzen hiervoor in de eerste plaats naar de template voor de beschrijving van het netwerk, waarin we reeds verbinding maken met heel wat partners, onder meer wanneer het gaat om crisissituaties. We voorzien op een aantal manieren in een structurele afstemming (vb. de netwerkcoördinator is

⁹ Voor deze taxatie zullen we samen met het crisismeldpunt een instrument ontwikkelen (integratiefase 1)

gemandateerd in de netwerkgroep crisis van Integrale Jeugdhulp en in het IROJ). Waar het gaat om lokale afstemming zijn de mogelijkheden in het kader van crisiszorg legio:

- Lokale crisisopvang van het CAW (ook voor adolescenten)
- Overleg met de mobiele 2a teams GGZ-volwassenen (24/02/2016)
- OCMW
- Scholen en CLB's
- Spoeddiensten van algemene ziekenhuizen
- EPSI
- Politiediensten, (jeugd)parket en jeugdmagistraten
- Straathoekwerk
- ...

Waar afstemming op casusniveau (cf. de mogelijkheden binnen het casemanagement) de noodzaak blootlegt om op een meer algemeen niveau overleg te plegen met een bepaald lokaal initiatief zullen wij dit mogelijk maken. Verder zal het nodig zijn om de uitwerking van dit crisisprogramma enerzijds af te toetsen en anderzijds bekend te maken bij de verschillende lokale partners. Hierin zal vanuit de netwerkstuurgroep een keuze moeten gemaakt worden op welke manier dit wordt aangepakt en hoe dit eventueel chronologisch wordt gepland.

7. Zelfevaluatie van het netwerk

Zoals reeds eerder omschreven in deze template vinden wij het als crisisnetwerk een duidelijke opdracht om zowel netwerkintern als met alle relevante partners uit andere sectoren (die dan aangesproken zullen worden op het niveau van het netwerkforum) na te gaan of wij de gestelde doelen uit de template bereiken en of we hiermee ook onze maatschappelijke rol als crisisnetwerk voldoende vervullen.

Het verder uitwerken van dit zelfevaluatiesysteem zal gebeuren door de netwerkstuurgroep die in april 2016 wordt opgestart. Op basis van de adviezen van deze netwerkstuurgroep en in overleg met andere partijen (andere netwerken, onderwijsinstellingen) zullen we dan ook in de mobiele crisiswerking criteria (onder meer wat betreft reactietijd en kwaliteitskenmerken) registreren die ons op termijn toelaten om gefundeerde inhoudelijke keuzes te maken.

8. Contactpersoon m.b.t. het programma crisiszorg

Voor meer informatie over de template crisiszorg kan u contact nemen met de netwerkcoördinator:

Cedric Kemseke – cedric.kemseke@wingg.be – 0478/99.79.16

9. Opsomming bijlagen

9.1. Leden van de Werkgroep Crisiszorg

9.2. Overzicht vergadermomenten Werkgroep Crisiszorg

9.3. Stroomdiagram GGZ crisis

9.4. Zorgschema WINGG

9.5. Financiering voor het programma crisiszorg

9.1 Leden van de Werkgroep Crisiszorg

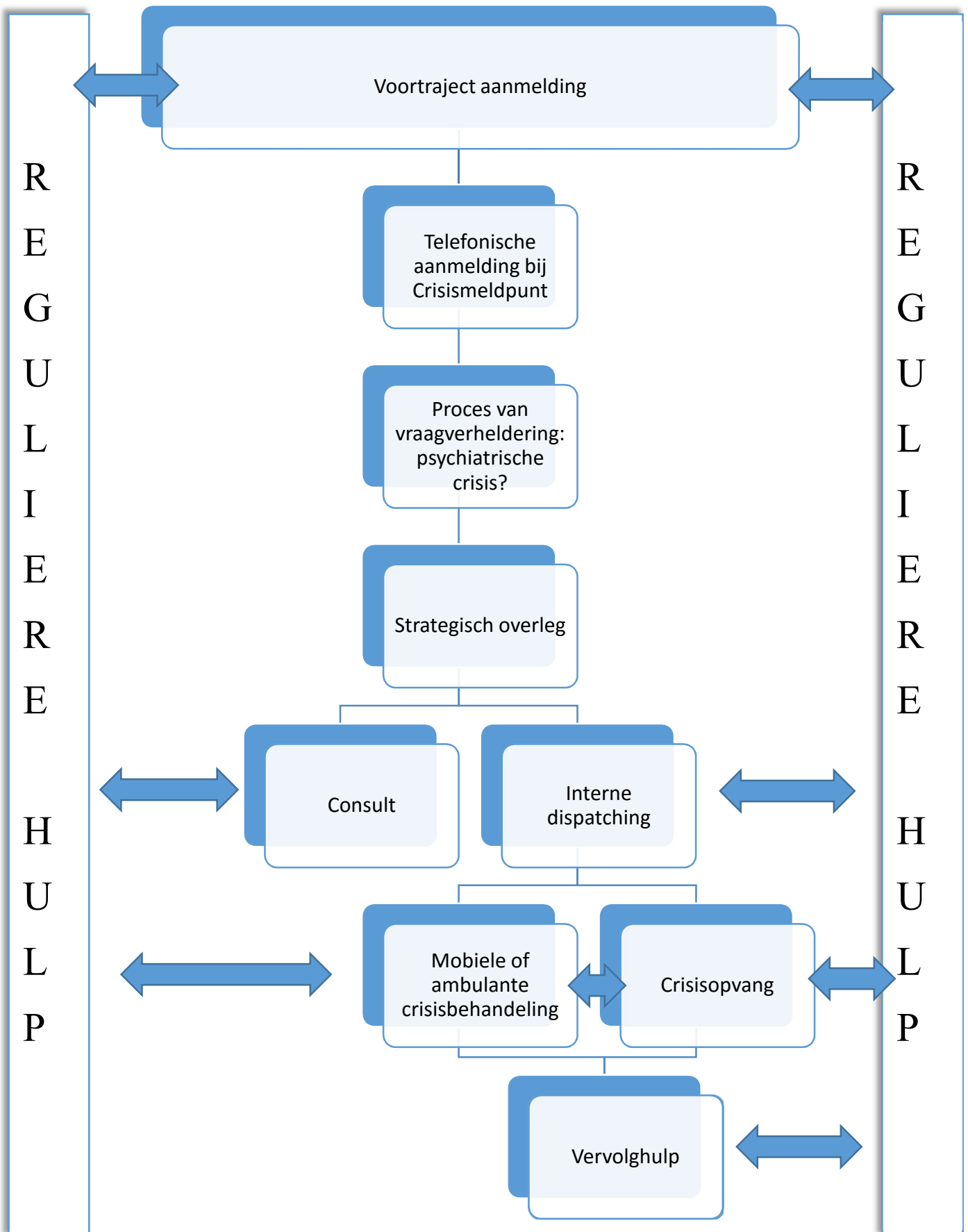
- Voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg: Marc Berkers
- Voor Kliniek St Jozef: Isabel D'Hont
- Voor Outreach De Patio: Leen Cornelis (na 01/01/2016 vervangen door Jenna Baert)
- Voor Mobiel K-team, KAS Brugge: Wannes Vandenbussche
- Voor De Korbeel: Marlies Wallaert
- Voor het crisismeldpunt Integrale Jeugdhulp: Sabine Lauwers
- Voor de netwerkgroep crisis van Integrale Jeugdhulp: Paul Verbiest
- Voor de CLB's: Marijke Lootens
- Voor vzw Kompas: Hannelore Sanders
- Voor het netwerk WINGG: Sarah-Ann Van Lysebeth (verantwoordelijk psychiater) en Cedric Kemseke (netwerkcoördinator)

9.2 Overzicht vergadermomenten Werkgroep Crisiszorg

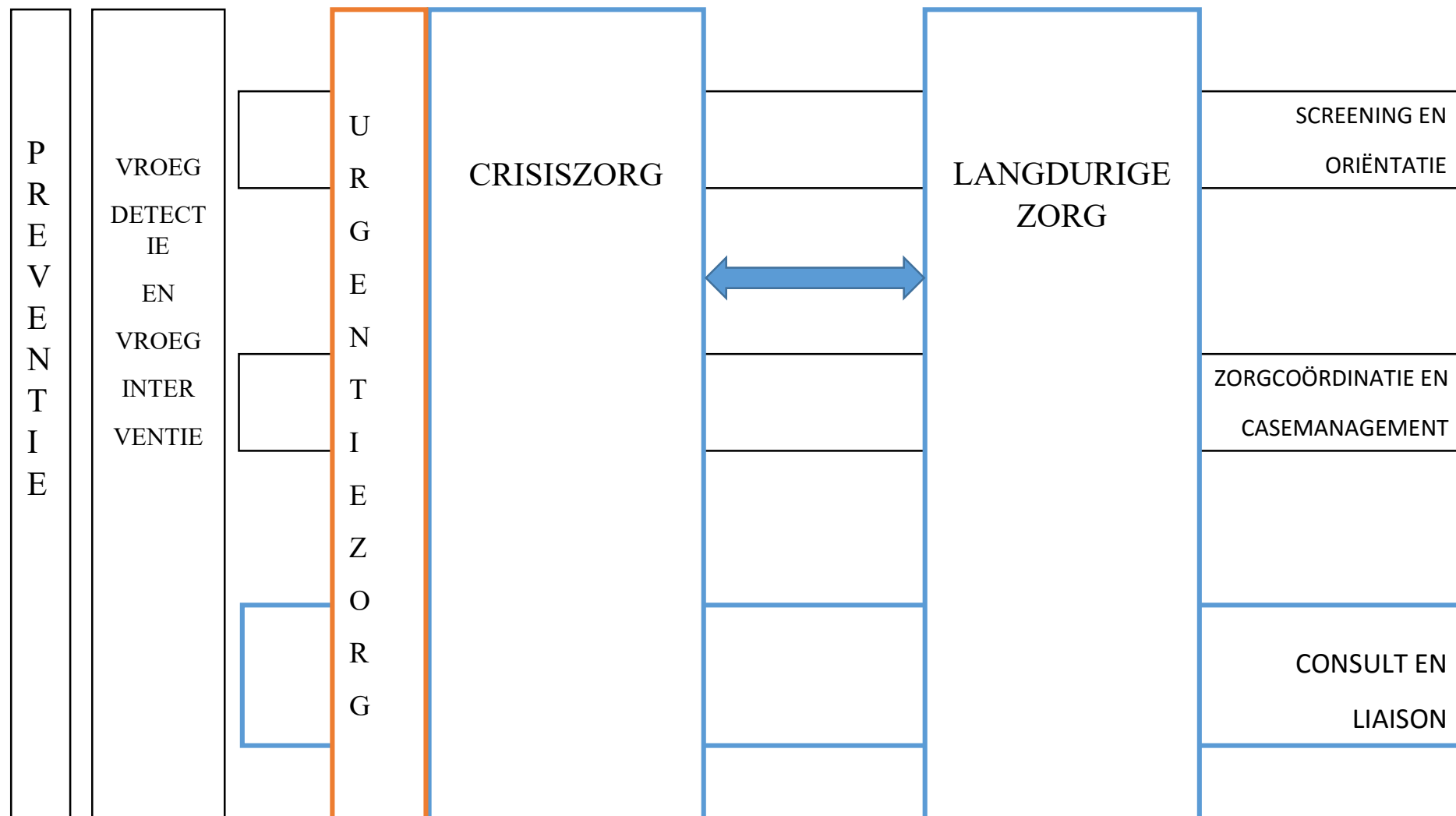
De werkgroep kwam samen op de volgende momenten, met daarbij de centrale agendapunten:

- *Maandag 19 oktober*: kennismaking met elkaar en template, overzicht huidig aanbod
- *Donderdag 29 oktober*: open brainstorm, visieontwikkeling, spreken we dezelfde taal?
- *Donderdag 19 november*: uitwerken visie crisisbehandeling en visie doelgroepen
- *Dinsdag 24 november*: samenbrengen van de standpunten, ontwerpen stroomdiagram crisiszorg, organisatie van de mobiele crisiszorg
- *Maandag 30 november*: uitwerken advies m.b.t. zorgprogramma voor netwerkcomité (in functie van indienen template)
- **DEADLINE 1**
- *Maandag 7 december*: inhoudelijke verfijning zorgprogramma, teamsamenstelling bespreken
- *Dinsdag 22 december*: bespreken feedback ikw, organisatorische verfijning zorgprogramma
- *Vrijdag 15 januari*: operationaliseren teamwerking en organisatorische verfijning
- *Vrijdag 29 januari*: stand van zaken afstemming met residentiële crisisopvang en visie op casemanagement
- *Vrijdag 12 februari*: fasering integratie crisismeldpunt, stand van zaken afstemming met residentiële crisisopvang
- *Donderdag 18 februari*: toetsen inhoudelijke en organisatorische principes van het zorgprogramma aan de hand van diverse realistische casusvoorbeelden

9.3 Stroomdiagram GGZ crisis



9.4 Zorgschema WINGG



9.5 Financiering voor het programma crisiszorg

Zie hiervoor het Excelbestand '20160307 WINGG Begroting' (tabblad crisiszorg) in de bijlage bij deze mail.