

Template Programma Crisiszorg

1. Naam: YUNECO CrisisNET

2. Netwerking in functie van het programma crisiszorg

Overlegmomenten: in de schoot van de YUNECO Netwerkstuurgroep werd op 14.09.2015 de Werkgroep Crisis opgericht (zie bijlage 1). Deze werkgroep bestaat uit de leden van de Netwerkstuurgroep aangevuld met verantwoordelijken van bestaande initiatieven crisiszorg in de provincie (o.a. LIBEL) en de voorzitter en ondervoorzitter van de crisisnetwerkstuurgroep IJH Vlaams-Brabant.

De WG-crisis kwam samen op volgende data en met volgende agenda:

- 28.09.2015: Brainstorm: "Het ideale crisisnetwerk"
- 19.10.2015: Inventarisatie bestaand crisisaanbod binnen en buiten GGZ en expertise-uitwisseling
- 9.11.2015: Planningsvergadering deel 1: organisatie van het toekomstig programma crisiszorg
- 16.11.2015: Planningsvergadering deel 2: organisatie van het toekomstig programma crisiszorg
- 23.11.2015: Samenwerkingsafspraken programma crisiszorg

Het voorstel van de WG-crisis werd voorgelegd aan de Netwerkstuurgroep (23.11.2015) en ter beslissing aan het Beheerscomité (30.11.2015).

Samenwerking andere sectoren: om de werking van het GGZ-crisisnetwerk zo goed mogelijk af te stemmen op en te integreren met het crisisnetwerk IJH, werden de voorzitter en ondervoorzitter van de crisisnetwerkstuurgroep IJH-Vlaams-Brabant (Gie Lambeir en Shari Robijns) opgenomen in de YUNECO WG-crisis. Omgekeerd nemen de beide coördinatoren van YUNECO deel aan de vergaderingen van de Crisisnetwerkstuurgroep IJH Vlaams-Brabant-Brussel en zijn zij lid van het IROJ Vlaams-Brabant.¹

Specifieke doelgroepen: er werd afgestemd met de voorzitter van de Stuurgroep Zorgcircuit 'Personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische problemen'. Meerdere zorgverleners verslavingszorg maakten deel uit van de crisiswerkgroep waardoor automatisch werd rekening gehouden met deze werking.

¹ Cfr gids, Nationaal Plan 2015-2020, actie 7 : *Informeren en sensibiliseren van betrokken adviesorganen, belangen- en gebruikersorganisaties over het belang van geestelijke gezondheid als thema en hen een actieve rol geven in de ontwikkeling van het geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren.*

Transitieleeftijd: er werd afgestemd met de voorzitters van de stuurgroepen van de netwerken in kader van Art. 107 in het arrondissement Leuven en arrondissement Halle-Vilvoorde. Er is afgesproken om verder regelmatig in overleg te gaan over de toekomstige samenwerking en afstemming en een eerste afspraak is vastgelegd.

Inspraak Jongeren & Context: 3 vertegenwoordigers van de Werkgroep DENK Halle-Vilvoorde-Leuven nemen deel aan de WG-crisis. Zij brachten voortdurend het standpunt van de jongeren en hun ouders aan bod. Zij pleitten sterk voor een vlot toegankelijke en eenvoudig georganiseerde crisistoegang. Voor hen was erg belangrijk dat jongeren gemakkelijk zelf de weg zouden vinden naar crisishulpverlening, zowel rechtstreeks als via anderen die hun nabij zijn op de 0^e en 1^e lijn (familie, vrienden, leraars, CLB, enz.). Daarnaast beklemtoonden ze sterk dat er bij de opvang van een crisissituatie voldoende tijd moet kunnen genomen worden.

3. Huidig aanbod (GGZ-)Crisis zorg in Vlaams-Brabant

Er bestaat in de provincie Vlaams-Brabant een gediversifieerd aanbod aan crisishulp, zowel van de GGZ als vanuit de Integrale Jeugdhulp. Er is bovendien ad hoc al vaak samenwerking tussen hulpverleners in de verschillende organisaties en tussen de sectoren en we kenden het mooie intersectorale project LIBEL. Tegelijk voelt elke aanbieder het voortdurende capaciteitstekort en is er weinig structurele samenwerking, wat een grote opportuniteit schept voor dit zorgprogramma. Het bestaande aanbod is toegevoegd in **bijlage 2 en 3**.

4. Context van het Programma Crisis zorg

De globale contextfactoren van de provincie werden uitgebreid beschreven in de template van YUNECO, GGZ-jeugdNET.

Specifieke bijkomende achtergrondfactoren m.b.t. crisis zorg zijn:

1. Het bestaan van wachtlijsten in alle ambulante centra en in de behandelgroepen van de residentiële centra. De vraag naar ambulante kinderpsychiatrische en therapeutische zorg overtreft nog steeds het beschikbare aanbod. CGG, CAR en poliklinieken kampen bijgevolg voortdurend met prioriteringsvraagstukken en het beheren van de wachtlijsten. Een grotere investering in crisisaanbod door de CGG en poliklinieken zal bijgevolg automatisch leiden tot een verdere reductie van de reguliere behandelcapaciteit. Toch willen deze ambulante partners de uitdaging aangaan omdat is aangetoond dat kortdurende oplossingsgerichte interventies voor sommige jongeren niet alleen de crisissituatie ondervangen maar ook de verdere nood aan hulpverlening lenigen. Het is dus de moeite waard om uit te proberen of het verleggen van de focus naar iets meer crisisgerichte zorg een iets beter globaal evenwicht in het zorgaanbod teweeg zal brengen.
2. In de regio Halle-Vilvoorde is er geen residentieel GGZ-aanbod. De crisisbedden in de regio Leuven-Hageland zullen dus voor de hele provincie evenredig moeten beschikbaar zijn.

3. In de regio Halle-Vilvoorde werd tot op heden wèl een beroep gedaan op het aanbod van spoedconsultaties van Paika, UZ Brussel. Overleg met het toekomstig Brusselse crisisnetwerk zal hopelijk uitwijzen dat dit nog kan.
4. In de Hagelandse regio wordt een nijpend tekort aan ambulante en mobiele crisisaanbod gevoeld. Het Leuvens kinderpsychiatrisch thuisteam werd in verhouding minder benut in die regio. In de toekomst dient gestreefd te worden naar een meer evenredige inzet.
5. De extra middelen die nu kunnen voorzien worden voor de crisiswerking voor kinderen en jongeren blijven beperkt in vergelijking met de globale nood aan capaciteit die op het terrein gevoeld wordt. De kinder- en jongerenwerking impliceert dat de context steeds wordt betrokken. Bovendien betreft het veelal meerdere opvoedingscontexten, met name de thuiscontext (die ook dikwijls meer dan 1 leefomgeving betreft) en de schoolcontext). Van een mobiele equipe in Vlaams-Brabant, met financiering voor 6,6 vte /225.588 minderjarigen = **2,9 vte/100.000 kinderen**, kan dus qua aanbod niet eenzelfde productiviteit en draagkracht verwacht worden van de kinder- en jongerenteams als van de volwassenenteams.

5. Missie en Visie.

Missie

YUNECO wil streven naar een transparante, toegankelijke voorzieningen-overschrijdende crisis hulp aan kinderen, jongeren en hun context bij **acute psychische en kinder/jeugdpsychiatrische crisissen** en dit in optimale articulatie met het overige crisisaanbod in de provincie, zodat iedere crisis het aanbod krijgt dat het beste aansluit bij de vraag van de jongere en de context. Het doel bestaat erin om zo spoedig mogelijk een crisisinterventie aan te bieden. In eerste instantie wordt de crisis gestabiliseerd om verdere escalatie te voorkomen en wordt rust ingebracht. Vervolgens wordt het momentum van de crisis zoveel mogelijk benut om krachten te mobiliseren in de eigen omgeving en de jongere. Crisiszorg is per definitie kortdurend, maar blijft actief zolang noodzakelijk of aangewezen, steeds gebaseerd op de noden van het kind, de jongere en zijn context. Deze kortdurende oplossingsgerichte interventies kunnen de nood aan verdere hulpverlening soms afwenden. Vaak is toeleiding naar de reguliere hulp nodig (GGZ en/of andere). De partners van het netwerk ontwikkelen een geïntegreerd mobiel, ambulante, en (semi-)residentieel crisisaanbod.

Definities van “crisis”

Verschillende definities van crisis, die alle relevant zijn, worden gehanteerd:

IJH: “Een crisis is een acuut beleefde noodsituatie waarin onmiddellijk hulp geboden moet worden”;

LIBEL: “Een crisis ontstaat daar waar draagkracht en draaglast van een systeem uit evenwicht geraken”;

LITERATUUR: De begrippen “psychiatrische urgentie” en “crisisinterventie” worden veelal door elkaar gebruikt. Een “psychiatrische urgentie” is een situatie die gevaar inhoudt voor de jongere of anderen of die een bedreiging vormt voor de ontwikkeling van de jongere en waarbij onmiddellijke interventie vereist is. Die interventie is erop gericht de veiligheid van de jongere na te streven, de situatie te verbeteren en

de jongere terug controle te laten verwerven over zichzelf (Janssens ea. 2013²). Enigszins arbitrair wordt een functioneel onderscheid gemaakt tussen de urgentie waarbij hic et nunc hulp moet geboden worden (en dus ook onmiddellijke toegang moet gegarandeerd worden) en de crisis, waarbij er binnen de 1-2 dagen een interventie moet zijn, maar niet noodzakelijk onmiddellijk.

Om van een psychiatrische crisis te spreken moet er een persoonlijke component van ernstig en acuut psychisch of psychiatrisch disfunctioneren bij de jongere aanwezig zijn. Uiteraard is dit niet altijd meteen duidelijk en behoren screening en diagnostiek van zo'n acuut psychiatrisch beeld tot de opdracht, naast oriëntatie en behandeling van de acute situatie³. In vele gevallen betreft het een acute verergering van een reeds langer bestaand psychisch/psychiatrisch disfunctioneren en/of een acute decompensatie van de opvoedingscontext (gezin of professionele context) in relatie hiertoe.

Voorbeelden zijn: ernstig suiciderisico, (dreigende) psychotische decompensatie, agressiedisregulatie vanuit een psychiatrische problematiek, acute angst, enz...

Samenvattend: in het YUNECO CrisisNET richten we ons op acuut beleefde noodsituaties, waarbij de draaglast de draagkracht van het systeem overstijgt en er een duidelijke persoonlijke component van ernstig psychisch of psychiatrisch lijden bij de jongere aanwezig is.

Visie

Een aantal belangrijke prioriteiten kwam aan het licht bij de brainstorm die in de WG-crisis werd georganiseerd over "het ideale crisisnetwerk".

1. Geen exclusiecriteria aan het meldpunt: **alle** meldingen moeten gehoord worden en een antwoord krijgen
2. Bereikbaarheid via verschillende wegen: elke partnerorganisatie moet bereid zijn te luisteren naar crisismeldingen
3. De nodige tijd (kunnen) nemen als hulpverlener per crisissessie: een crisis laat zich niet structureren binnen een afgelijnd tijdslot
4. Triage naar de juiste modaliteit (mobiel, ambulante, (semi-)residentieel): volgens het subsidiariteitsprincipe
5. GGZ-specifieke factoren als indicatie: zie definitie
6. Betrekken en integreren van de basishulp die al aanwezig is (in twee richtingen): crisiswerkers moeten snel kunnen overleggen met reeds bestaande zorg (netwerktafels) en de bestaande hulpverlening heeft recht om betrokken te worden bij de crisisaanpak
7. Duidelijk onderscheid tussen crisishulp en reguliere hulpverlening: specialisatie en afgrenzing
8. Zorg op maat en gestuurd door de hulpvraag van de jongere en de context

² Janssens et al. (2013). Emergency psychiatric care for children and adolescents. A literature review. *Pediatric Emergency Care*, 29 (9), 1041-1050.

³ Cfr. gids, hoofdstuk 3.2.1 Functies : A. *Screening en oriëntatie*, B. *Diagnostiek*, E. *Uitwisselen en samen inzetten van expertise*

We onderschrijven ook onderstaande beginselen gestipuleerd in de template:

9. Het programma crisiszorg GGZ is geïntegreerd en globaal. Het is ingebed in het crisisaanbod van alle partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten die zich richten op kinderen, jongeren en hun context. Het programma crisiszorg wordt gerealiseerd voor kinderen en jongeren die zich in een niet-levensbedreigende crisissituatie bevinden.
10. Bij de uitwerking van het programma crisiszorg wordt toegewerkt naar een geïntegreerd meldpunt dat verder bouwt op de bestaande crisismeldpunten in de integrale jeugdhulp.

Uit onderzoek blijkt dat volgende factoren bijdragen tot het succes van crisisinterventie (de Baat et al 2013⁴):

11. Spoedeisende psychiatrische zorg moet gemeenschapsgericht zijn, d.w.z. ingezet worden voor het kind in zijn omgeving en dus ambulant en outreachend zijn met aandacht voor de jongere en zijn context.
12. Residentiële opvang kan een noodzakelijke intensiteit van zorg zijn voor de jongere, maar mag niet uitsluitend gebruikt worden om ouders of andere zorginstaties van hun verantwoordelijkheden te ontlasten
13. Toegankelijkheid op elk moment, maar kort van duur
14. Inhoudelijk: stabilisatie, psycho-educatie, (oplossingsgerichte en multisystemische) behandeling en eventuele verwijzing naar vervolghulpverlening

6. Beschrijving van het programma crisiszorg

6.1. Inhoudelijke ontwikkeling

Bouwstenen van het programma crisiszorg

Het Yuneco CrisisNET voorziet in een geïntegreerd netwerk dat volgende crisisinterventies aanbiedt:

1. **Onthaal (meldpunt)** : vraagverheldering, ernstinschatting, screening naar psychische/psychiatrische component, oriëntatie, crisisregie
2. **GGZ-crisisconsult(atie) / Kinderpsychiatrische consult(atie)** in crisissituatie: (eenmalig) contact voor overleg (consult) of face to face (consultatie) screening/diagnostiek naar psychische/psychiatrische component en/of advies t.a.v. het plan van aanpak vanuit GGZ-expertise; een GGZ-crisisconsult kan ambulant of mobiel zijn.⁵
3. **Crisisgesprek met gekende jongere**: eenmalig contact door de gekende hulpverlener of een collega (in de hulpverleningsorganisatie waar de jongere op dat moment in behandeling is): vraagverheldering m.b.t. de crisis, ernstinschatting en oriëntatie

⁴ De Baat et al (2013). Spoedeisende psychiatrische hulp voor jeugdigen: wat werkt ? Nederlands jeugdinstituut, www.nji.nl

⁵ Cfr. gids, hoofdstuk 3.2.1 Functies : A. Screening en oriëntatie, B. Diagnostiek, E. Uitwisselen en samen inzetten van expertise

4. **Assessment op spoedgevallen:** bij acute ernstige psychiatrische problematiek met gevaar voor de jongere of anderen en/of voor de ontwikkeling van de jongere, met het oog op diagnostiek, ernstinschatting, eventuele indicatiestelling tot opname
5. **Crisisnetwerktafels** kunnen georganiseerd worden in de loop van een crisisbegeleiding of opname en brengen alle reeds betrokken en eventuele toekomstige (intersectorale) hulpverleners en/of alle nuttige adviserende partners aan tafel (veelal samen met de jongere en ouders) in functie van de opmaak van een concreet (be)handelplan.
6. **Crisisbegeleiding:** meerdere contacten met als bedoeling crisisantering: stabilisatie van de emoties, herstel van controle, herstel van communicatie, hanteren van de crisis om nieuwe inzichten te genereren en nieuwe copingstijlen te exploreren, activeren van nieuwe contextelementen, diagnostiek, psycho-educatie, behandeling (eventueel opstarten of aanpassen medicatie) en indien nodig toeleiding naar reguliere hulpverlening. Evidence-based programma's voor crisisinterventie aan huis delen een aantal kenmerken zoals: inzet van een multidisciplinair team, directe reactie op de crisissituatie en inzet van evidence-based psychotherapie en psychofarmacologie voor specifieke individuele en gezinsdoelen. In onderzoek zijn aanwijzingen dat intensieve hulp aan huis door een crisisinterventieteam zorgt voor een afname van klinische opnames (Henggeler ea 2003⁶). Crisisbegeleiding kan ambulante of mobiel zijn en zo nodig op meerdere locaties (thuis, school, enz.).
7. **Crisisopname GGZ:** van 1 tot maximaal 14 dagen. Voornaamste reden tot opname is de nood aan een intensief crisisanteringsaanbod dat de mogelijkheden van het mobiele/ambulante aanbod overstijgt en/of onvoldoende draagkracht van de context tijdens de psychische/psychiatrische crisissituatie. Bij afwezigheid van een ernstige psychische/psychiatrische indicatie dient een andere vorm van opvang/verblijf gezocht te worden. Exclusiecriteria voor GGZ-crisisopname zijn: zwaar agerend antisociaal gedrag, seksueel daderschap en matige-ernstige verstandelijke beperking.
8. **Crisisholding:** overbruggingsfunctie daar waar na de crisisantering de overstap naar de gewone zorg moet worden gezet, maar waar nog een wachttijd moet overbrugd worden.
9. **Casemanagement** – wraparound: opzetten van een multisectoraal en multimodaal plan van aanpak
10. Time-out: Wij kiezen ervoor om de term en achterliggende visie van time-out los te koppelen van de doelstelling van het crisisnetwerk. Wij hopen time-out in het GGZ-netwerk preventief te kunnen inzetten zodat een crisis kan vermeden worden. Per definitie is er dan nog geen crisismelding. De bestaande afspraken in de regio m.b.t. time-out blijven gehandhaafd. Een time-out is een periode waarin iemand zich tijdelijk mag onttrekken aan de druk van het dagelijkse leven of de gespannen relaties om tot rust te komen. Tijdens een time-out wordt er gestreefd naar het bieden van rust, structuur en veiligheid. Op het moment dat een time-out wordt ingezet is de draagkracht van het gezin of de setting overschreden. We spreken over een gedeelde zorg tussen de 'ontvangende' dienst en de setting/gezin die de vraag

⁶ Henggeler et al (2003). One year follow-up of multisystemic therapy as alternative to hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (5), 543-551.

formuleert. Bij een time-out is er steeds een terugkeer naar de plaats van herkomst gepland. De duur van de time-out gebeurt in onderling overleg.

Traject van de jongeren en hun context in het YUNECO CrisisNET

(zie stroomdiagram in **bijlage 4**)

Meldingen van niet-gekende kinderen en jongeren en/of crisissituaties waar lokaal geen oplossing voor is kunnen terecht bij het **centraal Crisismeldpunt** (078 050038).

Crisismeldingen kunnen ook op elk moment en langs vele wegen in het netwerk landen via alle lokale hulpverleners en hulpverleningsorganisaties. Voor jongeren die op dat moment al bij een partner in het YUNECO-netwerk in behandeling zijn, zal die partner aan **crisisonthaal** doen (zie 6.1.1.), uiteraard indien dit aansluit bij de vraag van de jongere en diens context. De behandelende hulpverlener of een collega zal minstens één **crisissgesprek** plannen binnen de twee werkdagen (zie 6.1.3.). Indien dit de enige mogelijkheid is, kan dit ook telefonisch gebeuren. Deze interventies maken deel uit van een kwaliteitsvolle basiszorg voor kinderen en gezinnen met aandacht voor zoveel mogelijk continuïteit van zorg. Het Crisismeldpunt kan ook in dit geval steeds gebeld worden om mee te denken en/of een bijkomend aanbod te zoeken.

Het Crisismeldpunt kan steeds overleg plegen (**consult**) met de kinderpsychiater van het crisisnetwerk (en/of de kern-crisismedewerkers). Indien bij het meldpunt uit de vraagverheldering en screening op acute psychische/psychiatrische problematiek of tijdens één van de daarop volgende crisisinterventies IJH de nood wordt gevoeld tot een eenmalige GGZ-**consultatie** (zie 6.1.2.), wordt die aangeboden binnen de 48u (hetzij ambulante, hetzij mobiel volgens de nood). Deze consultatie kan worden uitgevoerd door de kinderpsychiater verbonden aan het crisisnetwerk of door één van de GGZ-crisismedewerkers (mobiel of ambulante). Mobiele consultaties kunnen bij voorkeur samen met de mobiele partners van het integrale jeugdcrisisnetwerk aan huis gebeuren. De aanvragen voor consulten/consultaties zijn in regie van de kinderpsychiater.⁷

Crisismeldingen met een acute psychiatrische problematiek die zich buiten de diensturen voordoen en/of niet kunnen wachten tot de volgende dag(en) voor crisisconsult(atie) kunnen worden verwezen naar de **spoedgevallendienst** voor psychiatrisch assessment (zie 6.1.4.).

Wanneer bij aanmelding of na een crisisconsult de nood blijkt aan een **korte intensieve crisisbegeleiding** (zie 6.1.6.) wordt deze voorzien door de crisiswerker(s), bij voorkeur zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de jongere. De begeleiding kan mobiel of ambulante worden aangeboden, naargelang de nood van de jongere en de context. De crisisregie gebeurt door de kinderpsychiater.

⁷ Cfr. gids, Nationaal Plan 2015-2020, operationele doelstelling 1: *Realiseren van een samenlevingsgerichte geestelijke gezondheidszorg door wederzijds ervaringen en expertise tussen de geestelijke gezondheidszorg en de gezondheids- en welzijnszorg voor kinderen en jongeren uit te wisselen*

Deze crisisbegeleiding is flexibel (i.e. er wordt de nodige tijd genomen die nodig is om tot een goed beluisteren en begeleiden van de crisissituatie te komen). In sommige gevallen kan dit meerdere uren per dag in beslag nemen. De crisisbegeleiding is ook per definitie kort (maximaal 4 weken). Het doel van de intensieve crisisbegeleiding is stabilisatie van de crisissituatie, ontmijnen van de hoog-emotionele geladenheid, rust inbrengen en zoeken naar een voorlopig houdbaar evenwicht. Multisystemische oplossingsgerichte strategieën kunnen ingezet worden. Vervolgens wordt gekeken naar de eventueel noodzakelijke oriëntatie en toeleiding naar de reguliere hulpverlening. Crisisinterventies kunnen multidisciplinair en/of in combinatie vanuit meerdere sectoren (crisishulp aan huis + GGZ-crisishulp) aangeboden worden. Het crisisteam heeft meermaals per week supervisie en intervisiemomenten. Er is ook wekelijks intersectoraal crisisoverleg via skype (zie aanbeveling LIBEL). Indien de crisisbegeleiding een nog grotere intensiteit van zorg vraagt moet een opname overwogen worden.

Indicatiestelling tot **crisisopname** (zie 6.1.7.) kan beslist worden door de psychiater van wacht op de spoedgevallendienst, door de kinderpsychiater van het GGZ-crisisnetwerk, door het meldpunt en door alle andere behandelende kinderpsychiaters in het netwerk. Steeds wordt in overleg gegaan met de behandelend psychiater van de opnamedienst om af te stemmen over de beschikbaarheid van een opnameplaats, de indicatiestelling, de haalbaarheid en het doel van de opname. Greenham en Bisnaire (2008)⁸ hebben kwantitatief onderzoek gedaan naar de uitkomsten van een kortdurende crisisopname bij jeugdigen. Uit hun onderzoek blijkt dat er bij de meeste jeugdigen een significante afname is van acuut gevaar wanneer zij worden ontslagen of overgeplaatst.

Tijdens een crisisinterventie (begeleiding door Yuneco CrisisNET of door crisisnetwerk IJH of tijdens een opname) is er vaak een indicatie tot samenkomst van alle hulpverleners en andere relevante betrokkenen (mantelzorgers, familie, jongere) o.v.v. een **crisisnetwerktafel** (zie 6.1.5.). Deze kan reëel of virtueel (via teleconferentie of videoconferentie) plaatsvinden. Alle relevante partners in het netwerk engageren zich ertoe in de mate van het mogelijke deel te nemen om mee te denken aan zo'n crisisnetwerktafel. Er wordt betracht om een **vast moment** in de week te voorzien waarop deze kunnen plaatsvinden, zodat zoveel mogelijk organisaties daar in hun weekplanning rekening mee kunnen houden.

Crisisbegeleidingen moeten intensief maar kortdurend zijn. Ze streven naar een haalbaar nieuw evenwicht met maximale responsabilisering van de context. Vaak zal er een indicatie tot reguliere zorg bestaan, maar is die niet meteen beschikbaar. Er dient dan gezocht te worden naar de best passende overbruggingsfunctie om te voorkomen dat jongeren opnieuw in crisis gaan (**crisisholding**, zie 6.1.8.). Crisisholding kan vele vormen aannemen (bv. kan zich beperken tot een regelmatig ondersteunend telefonisch contact).

⁸ Greenham, S.L. & Bisnaire, L. (2008), An outcome evaluation of an inpatient crisis stabilization and assessment program for youth. *Resid. Treat. Child Youth*, 25, 123-143.

Voor sommige multiprobleemsituaties is een veelheid aan interventies en modaliteiten nodig om een crisistraject-op-maat te creëren en te voorkomen dat de jongeren voortdurend in crisis gaan. Individueel casemanagement kan dan noodzakelijk zijn met eventuele idiosyncratische creatieve invullingen, die in de leefsituatie van de jongere moeten geïntegreerd worden. Deze bijzondere vorm van **wraparound**⁹ **casemanagement** kan opgenomen worden vanuit het budget crisishantering (zie 6.1.9.). Meestal bestaat uit ze uiteen samenwerking tussen noodzakelijke intersectorale partners waarbij ‘uitwisseling en samen inzetten van expertise’ centraal staat¹⁰.

Registratie en overleg

Alle jongeren in crisiszorg in de provincie zullen centraal in kaart gebracht worden zodat zichtbaar wordt **wie waar wat** aan crisishulp vraagt en ontvangt. Ook de indicatiestelling tot de respectievelijke modules en de aangeboden capaciteit zullen geregistreerd worden. Er zal naar gestreefd worden deze gegevens trimestrieel te rapporteren aan het Yuneco Beheerscomité zodat zij zicht hebben over de instroom, het verloop van het proces en de uitstroom in het crisismodel.

De registratie zal zo uniform mogelijk gemaakt worden met die van het crisisnetwerk Integrale Jeugdhulp. Hiertoe werden de eerste contacten gelegd met de registratieverantwoordelijke. Uiteraard zal rekening gehouden moeten worden met de wet op de privacy en het beroepsgeheim inzake medische gegevens. In het creëren van een efficiënt en informatief registratieplatform zal het crisisnetwerk ondersteund worden door de coördinatoren. Er zal gezocht worden naar een optimale en uniforme manier van dossierbeheer en wijze van screening, ernstinschatting enz.

Alle partners in de crisiszorg kunnen onderling overleg plegen. De kinder- en jeugdpsychiater van het netwerk creëert overzicht over de dossiers in het crisisteam en de trajecten die de jongeren afleggen.¹¹ De mobiele equipe heeft meermaals per week overleg met de kinderpsychiater. Naast de specifieke crisisnetwerktafels over bepaalde jongeren, zal er ook een wekelijks algemeen crisisnetwerkintervisiemoment plaatsvinden in samenwerking met het crisismeldpunt en de mobiele partners van het crisisnetwerk IJH om moeilijke dossiers te bespreken en samenwerkingsafspraken te verfijnen.

Specifieke doelgroepen:

De ervaringsdeskundigen hebben er heel erg op aangedrongen om bij de aanmelding GEEN exclusiecriteria te hanteren. Iedere jongere (en zijn/haar context) die zich in een crisissituatie bevindt moet gehoor krijgen en dus beluisterd worden. Dat geldt dus ook voor specifieke doelgroepen, waarvoor

⁹ Wraparound Care-model is geen gestandaardiseerde methodiek of interventie, maar een model waarin een aantal inhoudelijke uitgangspunten vertaald worden in een werkwijze die vervolgens flexibel en op maat kan worden ingevuld. In het model staat de eigen kracht van het gezin centraal. Buiten het gezin wordt geen actie ondernomen. Men gaat uit van een vraaggestuurde en thuisnabije hulpverlening. Er wordt gewerkt met een plan dat niet voor, maar samen met het gezin en het persoonlijk netwerk is opgesteld en waarbinnen gewerkt wordt aan het behalen van concrete doelen. Bovendien worden alle betrokken instellingen en professionals vanuit één geïntegreerde aanpak, zodat de langgerekte ketenbenadering wordt omgevormd tot een cirkel rond kinderen, jongeren en opvoeders.

¹⁰ Cfr. gids, actie 13: *zorgcoördinatie en casemanagement*

¹¹ Cfr. gids, Nationaal plan 2015-2020, actie 26 : *Optimaliseren en harmoniseren van zorginformatie- en registratiesystemen op het bevoegde beleidsniveau, die het nieuwgeestelijk gezondheidsbeleid ondersteunen.*

in het verdere crisisaanbod en/of de vervolgzorg soms aparte (categoriale) trajecten voorzien zijn. Juist voor deze doelgroepen lijkt het een groot voordeel om via de provinciale en integrale netwerkvorming een beter zicht te krijgen op het globale aanbod en verknoping na te streven met de bestaande hulpverleningsverbanden.

In **bijlage 5** sommen we een aantal belangrijke specifieke doelgroepen op waarvoor, naast de mogelijkheden om beroep te doen op dit crisisnetwerk, bijkomende mogelijkheden bestaan.

Specifieke aandacht voor de scharnierleeftijd van 16 tot 23 jaar

Jongeren vanaf 16 jaar kunnen ook aangemeld worden bij de mobiele 2a-teams van de 107-netwerken en omgekeerd kan een meerderjarige ook wel beroep doen op het Yuneco CrisisNET, indien dat opportuun mocht blijken. Er zal wederzijds overleg gepleegd worden op casus- en casusoverschrijdend niveau tussen de crisisteams om voor individuele crisissituaties het meest aangewezen traject uit te werken.

6.2. Organisatorische ontwikkeling

6.2.1. Inbedding in de basiszorg en integratie met bestaande crisiszorg

Melding, screening, algemene regie en oriëntatie zullen verlopen via het centrale **crisismeldpunt** van Vlaams-Brabant in voortdurende afstemming met de regie van het Yuneco CrisisNET, die door de kinderpsychiater(s) zal gevoerd worden. Er wordt sterk geïnvesteerd in wederzijdse intervisie tussen de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg op het niveau van het team- en het netwerk¹².

De ambulante diensten (CGG, de CAR, MSOC en poliklinieken van de K-diensten) zullen instaan voor de **crisisgesprekken** met gekende jongeren (voor de CAR voor zover dit compatibel is met de RIZIV-conventie). Het UPC-KUL staat daarnaast in voor de **spoedpermanentie** en kinderpsychiatrische supervisie van de spoedgevallen, die voorlopig buiten de financiering van dit netwerk vallen.

6.2.2. De mobiele en ambulante crisisfunctie

De crisisteams zullen gevormd worden onder de leiding van 2 deeltijdse (0,5 vte) kinder- en jeugdpsychiaters in het netwerk. Eén team verzorgt de crisisconsulten, consultaties en crisisbegeleidingen in het arrondissement Halle-Vilvoorde en een tweede team doet dit in het arrondissement Leuven-Hageland. Om de crisisfunctie maximaal in de nabijheid van de jongeren in te zetten zullen de crisismedewerkers gespreid werken vanuit 5 locaties voor 5 subregio's: 1. Halle, 2. Asse-Dilbeek, 3. Vilvoorde-Grimbergen, 4. Leuven en 5. Hageland. Deze crisismedewerkers krijgen een standplaats in de vestigingsplaatsen van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Het UPC KU Leuven levert de projectmiddelen voor het bestaande mobiele team (KITT) en de brugfunctie in. Het netwerk YUNECO ontvangt financiering voor de inzet van 6,6 VTE in de mobiele

¹² Zoals beschreven in *Activiteitenprogramma 2: Intersectoraal consult en liaison*

functie (zie 6.3). In overeenstemming met de bevolkingsspreiding en reeds beschikbare hulpverlening streven we naar een evenwichtig gespreide inzet over de subregio's. In eerste instantie worden hiervan 4 VTE ingezet in het arrondissement Halle-Vilvoorde en 2,6 VTE in het arrondissement Leuven-Hageland. De stuurgroep Yuneco en het Beheerscomité Yuneco zullen deze inzet in de toekomst verder opvolgen en bijsturen aan de hand van geobjectiverde gegevens. Daarnaast wordt ambulante capaciteit van de CGG toegevoegd ten belope van 10% van de kinder –en jongerenwerking (uit de enveloppefinanciering van de Vlaamse Overheid). Ook andere partners (MSOC, poliklinieken) kunnen een deel van hun werking invoegen in deze regiowerking. De crisiswerkers kunnen flexibel mobiel of ambulante werken. Zij hebben hun standplaats in de 5 subregio's, maar plegen als team meermaals per week overleg met de crisisnetwerkkinderpsychiater, die hen aanstuurt. Eén maal per week zal dit overleg ook intersectoraal met de medewerkers van het crisismeldpunt gevoerd worden.

Er wordt maximaal nagestreefd om bij de aanwerving van de nieuwe crisismedewerkers de expertise van het KITT en de brugfunctie mee te nemen, alsook een mix van expertise uit de ambulante en residentiële hulpverlening.

6.2.3. Het residentieel crisisaanbod

De K-diensten van de Alexianen in Tienen en de UPC-KUL-campusen in Leuven en Kortenberg stellen 10% van hun reguliere beddencapaciteit op als **crisisbedden**, toegankelijk voor het netwerk. De verdeling is als volgt:

Organisatie	Totaal aanbod	Roepnaam	CrisisNET	vte
Alexianen Tienen	15K, 5k, 2 ForKc	Pathways	2	0,5
UPC KUL Leuven	40K, 15k	LUK	4	1
UPC KUL Kortenberg	20K, 10k, 8 ForK, 3 ForKc	Beaufort	4	1

De kinderpsychiaters van het crisisnetwerk zullen nauw samenwerken met de verantwoordelijke kinderpsychiaters van de crisisopname-afdeling. De beschikbaarheid van de bedden zal steeds gekend zijn in het netwerk.

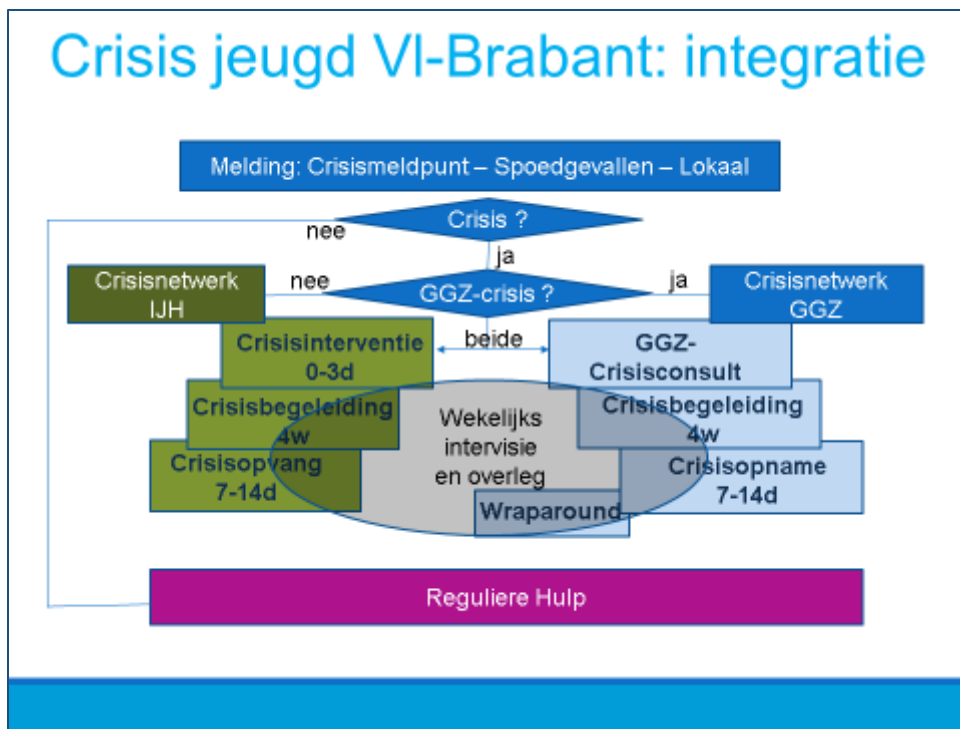
Daarnaast blijven nog 4 andere bedden van het LUK fungeren als urgentie-bedden, gekoppeld aan de spoedgevallenwerking (voorlopig zonder extra middelen). Voor justitiële crisissituaties staan in de provincie 5 bedden ter beschikking (2 in Tienen en 3) in Kortenberg. Acute situaties met een ernstige somatische component kunnen ook terecht op de afdeling pediatrie van het UZ Leuven in afspraak met het kinderpsychiatrisch liaisonteam.

Met de oprichting van het nieuwe crisisnetwerk wil de afdeling Pathways (Alexianen Tienen) zich engageren voor jongeren met de doelgroep : adolescenten tussen 14 en 18 jaar, bij voorkeur uit de regio Hageland, die zich in een jeugdpsychiatrische crisissituatie bevinden die opname noodzakelijk maakt om de crisis te deblokken.

6.2.4. Het case-management

De middelen kunnen enerzijds ingezet worden om de crisisregie te voeren in samenwerking met de kinder- en jeugdpsychiater en in samenwerking met het crisismeldpunt, de crisisteams, het crisisnetwerk IJH en de crisisopnamediensten. Een deel van dit budget kan ook ingezet worden voor de organisatie van crisistracten op maat en om overleg te organiseren tussen alle betrokken partners, de kinderen, jongeren en hun context, teneinde op korte termijn een oplossing aan te bieden.

De coördinatoren van het crisisnetwerk, de kinderpsychiaters verantwoordelijk voor het crisisnetwerk en de verantwoordelijke voor het crisisnetwerk Integrale zullen regelmatig overleggen om de werking van het integrale crisisaanbod te evalueren en bij te sturen.



Figuur 1: Integratie crisisnetwerken IJH – GGZ Vlaams-Brabant

6.3. Financiering van het programma crisiszorg Vlaams-Brabant:

Overzicht van de specifiek beschikbare middelen voor het programma crisiszorg Vlaams-Brabant:

- inleveren mobiel team (UPC KULeuven) (2,5 vte + uren Kinderpsychiater):	-149.000
- hervormingsbudget mobiel team Vlaams-Brabant	+499.161
- labeling crisisbedden: 10%	
o 60% toevoeging personeel K-crisis	+191.036
o 40% Case-management K	+127.357
- 1 VTE kinderpsychiater	+175.000
- Werkingsmiddelen: jaarbudget voor alle zorgprogramma's	+100.000

Een overzicht van de verwachte besteding van de middelen is terug te vinden in **bijlage 6**. Deze begrotingsopmaak is nog onder voorbehoud van verdere bespreking op het BC YUNECO.

De middelen kunnen overgemaakt worden aan de residentiële partner in het netwerk, die de netwerkfinanciën beheert: het UPC KU Leuven. Zij worden uiteraard besteed aan de functies die opgenomen worden in het crisisnetwerk en doorgestort naar de respectievelijke werkgevers van crisismedewerkers in het netwerk (budgetopmaak in bijlage).

Contactgegevens:
Dhr. G. Peeters, Administratief Manager
UPC-KU Leuven
Leuvense steenweg
3070 Kortenberg

Gert.Peeters@upckuleuven.be

6.4. Afstemming met lokale crisisinitiatieven

Afstemming met lokale crisisinitiatieven zit ingewerkt in de beschrijving van het netwerk. We verwijzen onder meer naar:

- De basiswerking van elke partner, waarbij crisissituaties van jongeren die op dat moment in behandeling zijn worden opgenomen (zie p.9)
- De crisisinitiatieven voor specifieke doelgroepen (zie p.12-13)
- De crisisinitiatieven gerealiseerd door IJH (zie p3 en bijlage 3), die automatisch kunnen gekoppeld worden aan het Yuneco CrisisNET, gezien we met eenzelfde meldpunt zullen werken
- Op specifieke projecten, zoals “crisisontheming” voor jongeren, georganiseerd door vzw. Alba onder de vorm van korte staptochten, kan nog steeds een beroep gedaan worden
- De aanbevelingen van het samenwerkingsproject LIBEL worden zoveel mogelijk meegenomen in de nieuwe organisatie: de naam Libel stond voor snelheid – alertheid – verandering, drie kenmerken eigen aan een crisisopvang. Zij streefden er naar om minderjarigen in crisis meer gelijkwaardige en gerichte hulp te bieden. De structurele afstemming tussen de GGZ en IJH stond boven op de agenda. Wij willen deze afstemming verder doorzetten en de samenwerking verder vorm geven en deze ingeslagen weg verder integreren in een crisisaanbod naar de jongere. Dit door :
 - o Verder te bouwen op de wederzijdse flexibiliteit, deskundigheid, openheid voor overleg en casusbespreking tussen GGZ en IJH
 - o De onthaal- en regiefunctie via het meldpunt IJH te installeren zodat de samenwerking van bij de start concreet wordt er van hieruit verder kan gewerkt worden naar vertrouwen en het uitbreiden van de verschillende functies over de sectoren heen
 - o In casussen waar nodig concreet samen te werken door verschillende expertise in te zetten en vaardigheden te combineren
 - o Sommige crisisinterventies samen uit te voeren.

- Aan gezamenlijke vraagverheldering doen, bij voorkeur interdisciplinair en vanuit verschillende perspectieven zodat het traject in samenspraak vorm kan krijgen en maximaal afgestemd op de jongere en zijn context.
- Elkaar te consulteren bij de inschatting van een meerwaarde door de andere partner, wat in complexe situaties een methodische meerwaarde opbracht
- Samen na te denken over de vervolghulp
- Respect te hebben voor ieders expertise : waar de IJH een sterke methodiek hebben uitgebouwd in het korte crisisinterventiewerk en de GGZ in staat zijn om in de diepte te werken en therapie-voorbereidend werk leveren
- De meerwaarde mee te nemen van de 'hang-out' waarbij een flexibele agenda gehanteerd wordt om wekelijks één uur intervisie te installeren met beeldbellen

Met ons netwerk willen we bereiken dat het huidige aanbod van de crishulpverlening sterker aan elkaar gekoppeld wordt door het delen van medische, psychiatrische en jeugdhulp expertise. We willen een gemeenschappelijke visie op crishulp installeren, op zoek gaan naar gemeenschappelijkheden en aanvullend werken op verschillende domeinen.

7. Zelfevaluatie van het programma

- De netwerkcoördinatoren, de netwerkkinderpsychiaters, de kinderpsychiaters van de crisisopnamediensten en de voorzitters van het crisisnetwerk IJH zullen als kernteam de evolutie van de opstart van het Yuneco CrisisNET van nabij opvolgen en bijsturen.
- Tijdens de maandelijksse bijeenkomsten van de stuurgroep Yuneco staat de concrete werking van het Yuneco CrisisNET geagendeerd. Alle partners dragen de gezamenlijke verantwoordelijkheid om de missie (zie 5.) uit te dragen en hiernaar te handelen. Deze partners kunnen werkpunten naar voor schuiven zodat de crisiswerking kan bijgestuurd worden waar nodig.
- Er worden contacten gelegd met o.a. vzw Uilenspiegel, vzw Cachet en vzw Nevermind met de vraag om feedback te geven op de template die nu voorligt. Deze vzw's brengen cliënten en hun families samen die ervaringen delen binnen de GGZ. In een later stadium hopen wij op hun deelname aan ons netwerk zodat wij via hun vertegenwoordiging de mening en ervaringen van de cliënten kunnen gebruiken om ons Yuneco CrisisNET te optimaliseren.
- De netwerkfora januari en april zullen feedback kunnen geven op de uitbouw en de werking van het crisisnetwerk in de eerste maanden. Wordt het netwerk als efficiënt en effectief beschouwd ? Waar worden knelpunten ervaren?
- Tweemaandelijks is er een vergadering belegd met het beheerscomité Yuneco. Hier wordt de concrete werking gekoppeld aan de organisatie, de middeleninzet en het personeelsbeleid geëvalueerd en bijgestuurd waar nodig. Een transparante rapportage over de patiëntenstroom in het Yuneco CrisisNET is hiervoor noodzakelijk.
- Aan de hand van de registratie (zie 6.2.) kan de efficiëntie van het Yuneco CrisisNET over verschillende domeinen zoals aanmelding, regiodekking, aanbieden van de verschillende functies

en modules, met aandacht voor de specifieke doelgroepen opgevolgd worden. Een evenwichtig gespreide uitrol in alle subregio's is hierbij een aandachtspunt. Trajecten worden geregistreerd waaraan de voorop gestelde doelstellingen kunnen worden afgetoetst. Het is onze taak hierop te anticiperen en wanneer nodig, onze doelstellingen hierop bij te sturen.

Door de keuze om samen te werken met het meldpunt van IJH zal de registratie eenduidiger verlopen. Er wordt gestreefd naar één registratie voor beide netten. Hierdoor hanteren we dezelfde basis voor intersectorale monitoring.

- Via ondersteuning vanuit het overlegplatform VLABO zal een werkbare registratie worden ontwikkeld. Daarnaast zal ingezet worden op de ontwikkeling en training van een bruikbaar en uniforminstrument voor ernstinschatting. Er zal een tevredenheidsbevraging bij de jongeren en hun context uitgevoerd worden en een regelmatige audit plaatsvinden op random dossiers. Dit alles met als doel verbeterpunten te detecteren en in een kwaliteitscyclus te streven naar optimalisering van het netwerk.

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

Ann Van der Speeten, 0492463842, ann.van.der.speeten@vlabo.be
Marina Danckaerts, 0486098517, marina.danckaerts@uzleuven.be

9. Opsomming bijlagen

Bijlage 1: Samenstelling van de Werkgroep CrisisNET YUNECO

Bijlage 2: Huidig aanbod (GGZ-)Crisiszorg in Vlaams-Brabant

Bijlage 3: Crisisaanbod IJH Vlaams-Brabant

Bijlage 4: Stroomdiagram traject crisishulp YUNECO

Bijlage 1: Samenstelling van de Werkgroep CrisisNet YUNECO

Naam	Vertegenwoordiger van
Mark Neyens, voorzitter	CGG Passant
Anja Jacobs	CGG Vlaams Brabant Oost
Ann Goeleven	MUCLA
Anneleen Kerremans	CAR Antenne 3000
Annelies Roosen	Kinderpsychiatrisch thuisteam KITT
Annemie De Pauw	DENK Halle-Vilvoorde
Bram Van Meerbeeck	DENK Leuven
Charlotte Joosens	CAR Zeplin
Christine Fransens	K-dienst UPC KU Leuven
Ellen Vrancken	CGG Vlaams Brabant Oost
Gie Lambeir	Voorzitter Netwerk Crisis Jeugdhulp VI-B
Hanne Delbroek	Leuvense Urgentie Kinderpsychiatrie
Indra Struyven	Beaufort UPC Kortenberg
Jo Honinckx	Kinderpsychiatrisch thuisteam KITT
Karen Volckaert	Pathways Alexianen Tienen
Kristien Clymans	DENK Leuven
Linda Elsoucht	CGG Ahasverus
Nadia De Wit	CAR DAT
Remi Steegen	IROJ Vlaams-Brabant
Sanneke Wilson	CGG Ahasverus
Shari Robijns	Netwerk Crisis jeugdhulp VI-B
Thomas Vanderputte	Kinderpsychiatrisch thuisteam KITT
Tine Vandersanden	Pathways Alexianen Tienen
Veerle Bex	MSOC, MaPa
Ann Van der Speeten	Coördinatie YUNECO
Marina Danckaerts	Coördinatie YUNECO

Bijlage 2: Huidig aanbod (GGZ)-Crisiszorg in Vlaams-Brabant

We beschrijven eerst het crisisaanbod vanuit de GGZ-actoren, vervolgens het crisisnetwerk van Integrale jeugdhulp in de provincie en dan het LIBEL-project.

Vanuit de GGZ werd tot op heden voorzien in:

1. **De spoedgevallendienst** (UPC-KUL, campus Leuven) vangt zo'n 380 minderjarigen/jaar op, waarvan ongeveer de helft met vraag voor opname. De meest frequent voorkomende aanmeldingsklacht is suicidaliteit (ideatie en pogingen) (+/- 30%), gevolgd door agressie-disregulatie (+/- 20%). De spoedgevallendienst voorziet in psychiatrisch assessment en oriëntatie 24u/24u en 7/7d, in gedeelde opvang met volwassenenpsychiatrie, maar met specifieke kinderpsychiatrische supervisie.
2. **Crisisopnames:** voor jongeren vanaf 14 jaar worden crisisopnames (14 dagen) voorzien op de afdeling Beaufort (UPC-KUL, campus Kortenberg) en annex de spoedgevallendienst werd in 2010 de Leuvense Urgentie-unit Kinderpsychiatrie opgericht (LUK) (UPC-KUL, campus Leuven)¹³. Het betreft een walk-in unit waar betracht wordt, indien nodig, altijd onmiddellijk een bed te voorzien, met een korte verblijfsduur (5dagen). Vragen vanuit de jeugdrechtbank voor forensische crisissen zijn beperkt en kunnen opgevangen worden in crisis-IBE-bedden op Beaufort (UPC-KUL, campus Kortenberg) en in Pathways (Alexianen, Tienen)¹⁴. Er vinden daarnaast ook een 20-tal acute gedwongen opnames per jaar plaats in Vlaams-Brabant in laatst genoemde afdelingen. Gedwongen opnames zijn veelal ontwrichtend voor zowel de jongere, zijn gezinssysteem als voor de medewerkers van de afdelingen, omdat niet steeds de juiste indicatiestelling en niet de adequate omkadering en infrastructuur in de K-diensten is voorzien. Ondanks het huidige opname-aanbod lopen er op Beaufort en de LUK dagelijks vragen voor dringende opname binnen die niet beantwoord kunnen worden. Het hanteren van deze aanmeldingen vergt een grote tijdsinvestering en leidt tot wederzijdse frustratie bij aanmelders en hulpverleners.
3. **Ambulant crisisaanbod:**
 - De CGG, de CAR (voor zover de conventie CARs dit toelaat) en de poliklinieken van de K-diensten proberen zoveel mogelijk de kinderen en jongeren die er gekend zijn en in crisis gaan te helpen door een of meerdere extra contacten in te lassen, wat uiteraard veel druk zet op de agenda's van de medewerkers. De CGG hebben daarnaast ook een aanbod tot telefonisch crisisconsult en in een beperkt aantal gevallen op indicatie tot een reeks crisisgesprekken (beperkt tot een 5-tal).
 - MSOC Vlaams-Brabant voorziet crisisgesprekken, advies, begeleiding en verdere opvolging van jongeren met een illegale verslavingsproblematiek en/of met (jonge) ouders met dergelijke verslavingsproblematiek.
4. **Mobiel crisisaanbod:**
 - Het Kinderpsychiatrisch Thuissteam (KITT) werd opgericht in 2003 als één van de provinciale mobiele equipes. Het KITT heeft steeds gewerkt met crisismeldingen vanuit zowel de CGG als de spoedgevallendienst en/of rechtstreeks vanuit de eerste lijn (CLB, Huisarts). Het thuissteam wordt ingezet voor specifieke indicaties (bv. acute schoolweigering) of specifieke doelgroepen (bv. jongeren die het huis niet meer verlaten) waarbij de modaliteit van het "aan huis gaan" een absolute meerwaarde of noodzaak is. Door de beperkte capaciteit van het team was het werkingsgebied beperkt tot arrondissement Leuven. Het KITT heeft zeer actief deelgenomen aan het LIBEL-project (2013-2015) dat als doel had de samenwerking tussen de crisiswerking IJH en GZZ te bevorderen.
 - MSOC Vlaams-Brabant voorziet eveneens in mobiele crisisbegeleiding waar en wanneer dit nodig blijkt voor de specifieke doelgroep van jonge (illegale-)drugverslaafden.

In het crisisnetwerk IJH Vlaams-Brabant zijn volgende bouwstenen aanwezig:

1. **Crisismeldpunt:** centraal meldpunt (CAW Halle-Vilvoorde): 24/24u en 7/7d permanentie voor vraagverheldering, inschatting crisis, eventueel oriëntatie, crisisregie
2. **Crisisinterventie:** snel (binnen enkele dagen), kortdurend (3 dagen) en intensief (tot meerdere uren/dag), zo nodig mobiel (Crisishulp aan Huis)

¹³ De oprichting gebeurde zonder extra middelen op 8 bestaande K-bedden. Omwille van de hoge intensiteit van werken en snelle turn-over is dat relatieve personeelstekort voelbaar.

¹⁴ Ook daarvoor is geen extra personeel voorzien t.o.v. de gewone K-norm.

3. **Crisisbegeleiding:** gedurende maximaal 4 weken, zo nodig meerdere keren per week, zo nodig mobiel
4. **Crisisopvang:** 7 dagen, zo nodig verlengbaar voor 7 dagen

Voor dit netwerk wordt een collectieve inzet gevraagd van alle netwerkpartners IJH. Sommigen bieden een verzekerd aanbod aan (maar ook dit is niet steeds beschikbaar wegens capaciteitsgebrek) en anderen bieden op papier iets aan, maar de praktijk leert dat dit zelden toegankelijk is. Momenteel zijn er zo'n 680 aanmeldingen/jaar waarvan de laatste tijd ongeveer 80% ontvankelijk wordt bevonden. Een belangrijk werkingsprincipe bij het crisisnetwerk IJH is om zoveel mogelijk verantwoordelijkheid zo snel mogelijk terug bij de cliënt en de verwijzer te leggen (empowerment).

Vaak is de vaststelling dat er bij een crisis een complexiteit aan vragen rijst en meervoudige expertise nodig blijkt. Om concreet op zoek te gaan naar samenwerkingsnaden en -vormen werd in 2013 een 2-jarig project gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap.

Het LIBEL-project liep in de provincie van april 2013 - maart 2015, met subsidies van de Vlaamse overheid. Het project onderzocht modellen voor samenwerking en crisisregie tussen de crisiswerking IJH en het GGZ-aanbod. Tijdens de aanvankelijke onderzoeksfase was een belangrijke vaststelling dat crisissituaties vaak parallel of consecutief aangemeld worden in beide crisiscircuits omdat het ook vaak over multiprobleemsituaties gaat. Sommige dossiers gaan van de ene crisis naar de andere en het crisisaanbod wordt ingezet omdat een ander gepast aanbod ontbreekt of niet geaccepteerd wordt door het systeem. Vervolgens werd een aantal experimenten uitgevoerd om samenwerkingsmethoden uit te proberen. Medewerkers uit beide netwerken gingen bij elkaar kijkstages lopen om elkaars werking van binnenuit te leren kennen. Ook werd een beperkt aantal interventies gezamenlijk uitgevoerd ongeacht de indicatie. Er werd geoefend met video- en skypevergaderingen. De vaststelling was dat aanbod en visie toch wel degelijk verschillen en er duidelijk andere klemtonen worden gelegd. Crisisaanbod IJH is vooral contextgericht, terwijl het aanbod in de GGZ in hoofdzaak focust op de jongere zelf (in beide gevallen nooit uitsluitend). De teams bleken over complementaire vaardigheden te beschikken. Knelpunten bleven: beroepsgeheim, registratieverschillen, wederzijdse onbekendheid, andere focus voor vraagverheldering en ernstinschatting, enz.). LIBEL besloot onder meer dat 1) één meldpunt wenselijk is; 2) regelmatig intersectoraal crisioverleg en intervisie een meerwaarde is voor de gezinnen in crisis en de crisismedewerkers; 3) er complementariteit is en samenwerken vaak een meerwaarde.¹⁵

¹⁵ Cfr gids, Nationaal Plan 2015-2020, actie 4 : *Evalueren en bijsturen van bestaande (pilot)projecten, inspirerende praktijken en nieuwe initiatieven met het oog op een structurele erkenning en financiering.*

Bijlage 3. Crisisaanbod IJH Vlaams-Brabant

Interventie

- CaH Leuven vzw Sporen
- OOOO Cidar
- CAW Leuven
- CAW Hageland
- Cbaw De Loper
- CaH Cocon Vilvoorde
- CAW-Haven 21 crisisteam
- CAW Halle-Vilvoorde

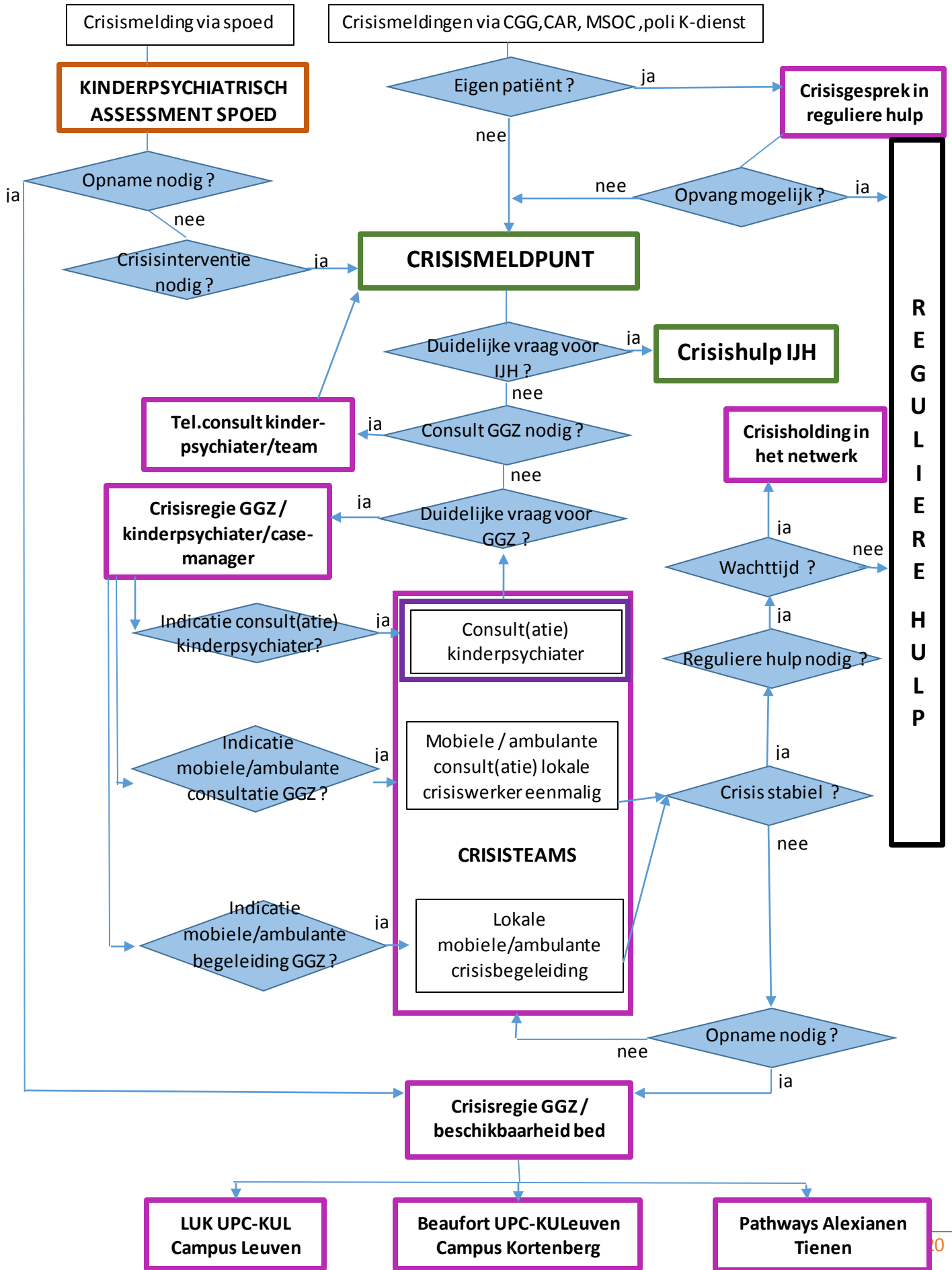
Begeleiding

- CAW Hageland
- CaH Leuven vzw Sporen
- OOOO Cidar
- Huize Levensruimte
- CAW Leuven
- OBC Ter Wende
- Ave Regina
- CGG Vlaams-Brabant Oost
- CGG Passant
- Brabantse Dienst voor Thuisbegeleiding
- Het Raster
- Cbaw De Loper
- CaH Cocon Vilvoorde
- MPC Sint-Franciscus
- VK Vlaams-Brabant
- Vzw Kinderdienst
- CGG Ahasverus

Opvang

- CKG De Schommel
- Huize Levensruimte
- OOOO Cidar
- 't Prieltje
- Delacroix
- De Eglancier
- OBC Ter Wende
- Ave Regina
- Ter Bank
- Crisisgroep Gasthuisberg/crisisteam/LUK
- OOOO 't Pasrel
- MPC Sint-Fransiscus
- MPI Levenslust
- De Wissel
- COC Haven 21
- CKG De Kleine Parachute
- Opvang Pleegdienst
- Vzw Kinderdienst
- CKG Sloebernest
- Minor Ndako
- De Okkernoot

Bijlage 4. Stroomdiagram Traject crisiszorg GGZ in YUNECO CrisisNET



Bijlage 5: Specifieke doelgroepen

1. Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking

Door te opteren voor een gezamenlijk crisismeldpunt met IJH zullen crisisvragen uit deze specifieke doelgroep in elk geval al vanuit meerdere invalshoeken bekeken worden. Gezien onze nauwe samenwerking met IJH is het mogelijk om voor specifieke casussen een samenlopend traject in te zetten voor kinderen en jongeren met een dubbele vraag. Er kan een samenwerking VAPH-GGZ begeleiding voorzien worden naar het voorbeeld van LIBEL aangezien beide partners een crisisaanbod in Vlaams-Brabant aanbieden.

De vaststelling is dat bij deze doelgroep 2 soorten crisissen ontstaan: de crisissen de novo, die moeilijk voorspelbaar zijn en vaak vragen voor uitsluitel van somatische oorzaken en/of specifieke omgevingsfactoren, en daarnaast de crisissen van de context, inclusief de professionele context, waarvan de draagkracht door allerlei factoren kan verzwakt zijn (discontinuïteit van zorg door uitval van personeel, chronische overvraging, (be)dreigend gedrag van de jongeren, enz.). In dit 2^e geval wordt vaak beroep gedaan op de crisisopnamediensten voor een time-out. In het netwerk bestaat reeds een goede praktijk van samenwerking voor time-out en er zullen hierrond verdere duidelijke en concrete afspraken gemaakt worden, zodat een wederzijds betrouwbaar en ondersteunend systeem ontstaat.

Ook met Dhr. Johan De Groef, voorzitter van de stuurgroep Zorgcircuit 'Personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische problemen' werd afgesproken om in de nabije toekomst de samenwerking van het crisissnetwerk en het aanbod van hun zorgcircuit (dat voornamelijk maar niet uitsluitend werkt met volwassenen) op elkaar af te stemmen.

Voor jongeren met een matige verstandelijke beperking, autisme en gedragsproblemen, kan beroep gedaan worden op de mobiele en residentiële expertise van het nieuwe project GAUZZ (UPC KU Leuven).

2. Jongeren met ernstig middelenmisbruik en/of verslaving

Ook jongeren met middelenmisbruik/verslaving kunnen zich in crisissituaties aanmelden in het netwerk. Er bestaat voor de doelgroep een beperkt specifiek ambulante en mobiel aanbod in de provincie, naast een specifiek residentieel aanbod (crisis en behandeling). Zo is er een mogelijkheid tot acute ambulante gesprekken in de verschillende huizen van het MSOC (Leuven, Diest, Tienen en Vilvoorde) en kan er indien van daaruit mobiel gewerkt worden. Ook op de polikliniek van Pathways (Alexianen Tienen) is er een beperkt acuut ambulante aanbod. De afdeling Pathways (Alexianen Tienen) heeft een specifieke (semi)residentiële expertise voor de doelgroep. Met de oprichting van het nieuwe crisissnetwerk wil Pathways zich engageren voor jongeren uit het netwerk die ook in crisis willen doen op het specialistisch aanbod rond drugs via een crisisopname en zal hiervoor 2 crisisbedden ter beschikking stellen. Zeker voor (crisis)opname bestaat er een hoge drempel in de andere K-diensten om deze jongeren op te nemen, omwille van de kwetsbaarheid van de andere jongeren in de leefgroep voor een bijkomende middelenproblematiek.

3. Kinderen en jongeren met (hoog risico op) psychose en andere EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen)

In de eerste fase (2009-2011) hebben de VDIP (Vroege detectie en interventie bij Psychiatrische problemen) projecten (CGG - Vlaamse overheid: preventiebudget Suïcide) een focus ontwikkeld in de toeleiding en begeleiding van Kinderen en Jongeren met (hoog risico) op Psychose. Van 2012 tot 2015 werd de focus verbreed naar eerste psychose, beginnende borderline en manische problematieken. Vanaf 2016 zal de VDIP werking zich nog verbreden naar de vroegdetectie en interventie van/bij Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA). De meeste aandacht zal gaan naar de leeftijdsgroep adolescentie en jong-volwassenheid (14-25 jr) (en daardoor ook de transitieperiode). Deze doelgroep kent een belangrijke comorbiditeit (o.a. met verslaving). De zorgactiviteiten voor deze doelgroep zullen zich binnen de drie templates (crisis, langdurige zorg, consult en liaison) afspelen.¹⁶

. Ook VRINT (Vroegdetectie en Interventie)-team van het UPC KUL zet in op de doelgroep jongeren en volwassenen met (risico op) psychose vanuit deze expertise. Binnen de VDIP en VRINT

¹⁶ Cfr. gids, Nationaal Plan 2015-2020, actie 4 : *Evalueren en bijsturen van bestaande (pilot)projecten, inspirerende praktijken en nieuwe initiatieven met het ook op een structurele erkenning en financiering.*

werking zijn crisisaanmelding, crisisconsulten, en crisisfases een onderdeel van de werkmodus. Zij kunnen mee gedacht worden in het stroomdiagram doorheen de verschillende templates.

4. Jongeren met een complexe multiproblematiek en/of justitiële context

Acute crisissituaties gepaard gaand met extreme agressie bij jongeren zijn vaak geënt op een complexe, chronische multiprobleemsituatie met een combinatie van extreme gedragsproblemen, geweldpleging of internaliserende problemen die fysiek autodestructief zijn, verstandelijke beperkingen, psychiatrische problemen en een ontoereikende gezinscontext. Enerzijds wordt bij uitstek voor deze jongeren gewerkt aan een intersectoraal, provincie-overschrijdend hulpprogramma vanuit het wrap-around model, anderzijds zijn dit de jongeren die soms in crisissituaties moeten kunnen beveiligd worden. Indien er een duidelijke of vermoedelijke psychiatrische oorzaak is voor de agressieve decompensatie kan zo'n beveiligende crisisopname in een gesloten opname-omgeving, al of niet onder gedwongen statuut (afhankelijk van vrijwilligheid) en al of niet met een jeugdrechtelijke maatregel (For-K-crisisopname). Voor een gedwongen opname moet voldaan zijn aan specifieke criteria en dient een wettelijke procedure te worden doorlopen, waarbij een arts (bij voorkeur een kinder- en jeugdpsychiater) en de jeugdrechter (gewone procedure) of de procureur des konings (spoedprocedure) de indicatiestelling moeten doen. In de provincie is een beurtrol opgesteld voor de opnames in gedwongen statuut. Er wordt naar gestreefd om minderjarigen (ook +16 jaar) in een gedwongen statuut maximaal in de (For-K)-crisisbedden op te nemen. Gezien een gedwongen opname vaak traumatiserend (politieel machtsvertoon en overheersing) is, wordt ze best vermeden en wordt maximaal ingezet op motivatie tot vrijwillige hulpverlening.

5. Moeder-baby dyades

Ook acute crisissituaties van baby's en peuters vormen geen exclusie criterium in het netwerk. Zowel vanuit integrale jeugdhulp als vanuit de GGZ is er een beperkt gespecialiseerd aanbod voorhanden. Voor illegaal druggebruikende ouders zet MaPa (MSOC) in op intensieve prenatale zorg waarbij naast de medische opvolging ook de psychosociale aspecten van het aankomende ouderschap aandacht krijgen.