

CROSSOVER, verbindende jeugdhulp @ huis



TOKK praktijk

Methodische toelichting en praktische toepassing

Sara Van de Winkel, Denis Helskens¹

S A M E N V A T T I N G

Kinderen en jongeren met een complexe en multiële problematiek kampen vaak met ernstige gedrags- en emotionele stoornissen. De lijdensdruk en de maatschappelijke impact zijn groot. Het aanbod van doeltreffende zorg aan deze populatie vergt een doortastende samenwerking tussen jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en andere sectoren. Binnen Jongerencluster Yidam van Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge (PCGS) werd CROSSOVER ontwikkeld, een methodiek die beoogt om gepaste hulp toegankelijk te maken door de facilitatie van individuele hulpverleningstrajecten. Dit artikel licht de ontwikkeling van CROSSOVER toe met een beschrijving van zijn ontstaansgeschiedenis, de visie en de principes, geïllustreerd aan de hand van een casus. De methode wordt kritisch geëvalueerd naar mogelijke werkzame elementen en knelpunten.

“Ik heb CROSSOVER leren kennen, omdat ik het moeilijk had om over mijn verleden te praten en de begeleiding me aanraadde om met hen te babbelen. Ik vind het een goed project, ook omdat ze aan huis komen, dat is een sterk pluspunt. Je bent in je omgeving waar je het gewoon bent. Vroeger kropte ik alles op, omdat ik geen hulp wou en dacht dat ik geen hulp nodig had, maar nu ben ik dankzij CROSSOVER te weten gekomen dat het echt helpt om erover te kunnen praten en dat je open kunt staan voor hulp.” (jongere, 17j, film-pje Prijs Jeugdhulp, 2017)

Kinderen en gezinnen in jeugdzorg: het belang ook de GGZ aan!

Naar aanleiding van een stijgend aantal opnames van jongeren met een complexe problematiek in zijn crisisunit, start PC Sleidinge in december 2006 met Vlaamse overheidssteun met outreachende zorg: Outreach Vlaanderen richt zich naar jongeren van 12 tot 21 jaar die

verblijven in gemeenschapsinstelling (GI) De Zande of in een private Organisatie voor Bijzondere Jeugdzorg in de regio Gent-Eeklo (Helskens, Deboscher, & Roels, 2009). De maatschappelijke behoefte aan zorg voor jongeren met een justitieel statuut is groot en de federale overheid zet in op de oprichting van forensische kinderveerpsychiatrische units (for-K). In PC Sleidinge wordt een intensieve behandel eenheid (IBE) opgericht voor meisjes van 12 tot 18 jaar onder toezicht van de jeugdrechtbank. Die mobiele en residentiële pijlers vormen samen Jongerencluster Yidam.

De prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren² bedraagt wereldwijd een vijfde van alle psychische stoornissen (WHO, 2005). Velen worden begeleid binnen verschillende zorgsectoren, waar het voorkomen oploopt tot meer dan 50% (Garland, McCabe, Yeh, Wood & Aarons, 2001). Vooral kinderen binnen jeugdzorg zijn bijzonder kwetsbaar: zij worden vaak blootgesteld aan multiële en cumulatieve risicofactoren binnen verschillende levensdomeinen (Raviv, Taussig, Culhane, & Garrido, 2010;

Leslie, 2003). Garland et al. (2001) citeren diverse studies waar tot twee derde van deze kinderen voldoet aan de criteria van een psychiatrische diagnose. Bij kinderen in de residentiële jeugdzorg loopt dat zelfs op tot meer dan 90% (Burns et al., 2004; Kjelsberg & Nygren, 2004; Rushton & Minnis, 2008). Moeilijkheden persisteren vaak tot in de volwassenheid, met kans op (psychiatrische) hospitalisatie die vier- tot vijfmaal hoger ligt dan in de algemene bevolking (Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006). De maatschappelijke impact is enorm: een hoog risico op uitval op de arbeidsmarkt, thuisloosheid, het in aanraking komen met justitie (Courtney et al., 2005) en het veelvuldig gebruik maken van welzijns-, somatische en geestelijke gezondheidszorg.

Onze ervaring leert dat deze kinderen veelal een levensgeschiedenis hebben met diverse (hechtings)trauma's. De symptomatologie wordt vaak als een dwingend appél ervaren, incidenten volgen elkaar op, relationele inzet lijkt grenzeloos en machteloosheid loert om de hoek. Vaak ontstaat verdeeldheid binnen het team en is er risico op beëindiging van het traject. Men ervaart behoefte aan een psychiatrisch en/of psychologisch-psychotherapeutisch perspectief dat helpt om gedrag te kaderen en handvatten biedt om verder met het kind aan de slag te gaan. Deze kwetsbare kinderen hebben eveneens vaak minder mogelijkheden om zich te handhaven binnen een regulier hulpverleningskader, waardoor ze het risico lopen essentiële zorg te ontberen.

Verschillende studies bevestigen dat die kinderen vaak te weinig adequate en aangepaste hulp ontvangen (Burns et al., 2004; Garland et al., 2001; Knitzer, 1984; Raghavan et al., 2010). Reguliere hulpverlening botst op haar grenzen en jeugdhulpverleners hebben behoefte aan meer kennis en vertrouwen om hen gericht door te verwijzen naar gespecialiseerde diensten GGZ (Burns et al., 2004; Janssens & Deboutte, 2009; Leslie, 2003). Een groot deel van de kinderen die jeugdzorg verlaten, wenst een grotere aandacht voor hun psychische welzijn (McCoy, Mc Millen, & Spitznagel, 2007). Zowel de Child Welfare League of America (1988), de American

Academy for Pediatrics (1994 en 2002) als de American Academy for Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2001) stelden gelijkaardige standaarden voor: op het vlak van geestelijke gezondheid zou voor elk kind een screening en een systematische, gecoördineerde aanpak georganiseerd moeten worden. Een meer geïntegreerde samenwerking tussen GGZ, jeugdzorg (Burns et al., 2004; Raghavan et al., 2010; Raviv et al., 2010; Van Dongen, Deboutte, Sabbe, & Glazemakers, 2014) en andere sectoren (Leslie et al., 2010) is nodig voor een beter afgestemde zorg.

Alternatieve hulpverleningsmodellen?

De wetenschappelijke literatuur is beperkt in de zoektocht naar een geschikt hulpverleningsmodel. Het National Institute of Mental Health lanceert met het Child and Adolescent Service System Program (CASPP, 1984) een innoverende, flexibele en systemische zorgorganisatie: 'System of Care' (Stroul & Friedman, 1986), gedefinieerd als volgt:

"... a spectrum of effective community-based services and supports for children and youth with or at risk for mental health or other challenges and their families, that is organized into a coordinated network, builds meaningful partnerships with families and youth, and addresses their cultural and linguistic needs, in order to help them to function better at home, in school, into the community and throughout life." (Stroul, Blau, & Friedman, 2010)

Wraparound, met zijn wortels binnen Systems of Care (NWI, 2004), biedt een inspirerend teamgericht kader voor de organisatie en afstemming van laagdrempelige hulp op maat door het kind en zijn context te omwikkelen met zorg en steun op verschillende levensdomeinen in hun eigen omgeving. De toepassing ervan zou leiden tot een daling van gedragsproblemen, verbeterd niveau van functioneren, toename van familiale probleemoplossing en tevredenheid en vermindering van uithuisplaatsing (Suter & Bruns, 2009).

Vermaatschappelijking van de hulpverlening veronderstelt een grensverleggende werkvorm die kwetsbare kinderen en hun context zoveel mogelijk in hun betekenisverlenende habitat bereikt. Outreachende of mobiele hulp vindt almaar meer ingang als hoopgevend kandidaat (Kiebooms, Ieven, & Swysen, 2011; Levecke, Bal, Schoentjes, Antrop, & Mommerency, 2013). In de jaren zeventig van de twintigste eeuw conceptualiseren Stein en Test (1980) het 'Training in Community Living Program': een intensieve en multidisciplinaire behandeling voor zorgwekkende zorgmijders met ernstige psychiatrische aandoeningen in combinatie met problemen op andere levensdomeinen. Ook voor kinderen ontstaan diverse outreachprogramma's, zoals de multisysteemtherapie (Henggeler, Rowland, & Randell, 1999), intensive home treatment (Mattejat, Hirt, Wilken, Schmidt, & Remschmidt, 2001) en Adolescent Mentalisation-Based Integrative Treatment (Bevinton, Fuggle, Fonagy, Target, & Asen, 2013). Hoewel veel van deze modellen veelbelovend zijn, staat het kostenefficiëntie- en effectiviteitsonderzoek ervan nog in de kinderschoenen en worstelt het met heel wat methodologische moeilijkheden (Lamb, 2009; Sheppard et al., 2009).

In België financieren de overheden sedert de millenniumovergang mobiele GGZ-projecten. Voor kinderen met een psychiatrische problematiek en een parcours binnen jeugdzorg wordt mobiele zorg gekoppeld aan de for-K's en IBE's, krijgen de CGG's een outreachende opdracht en ontvangen de GI's De Markt/De Hutten en De Zande mobiele ondersteuning van respectievelijk OPZ Geel en PCGS. Die evolutie kadert binnen een jeugdhulp- en GGZ-beleid van zorgvernieuwing met het oog op ontschotting van zorg en een verschuiving naar een meer vraag- en gemeenschapsgerichte hulpverlening (Aelvoet, 2001). Dat leidt de jongste jaren op Vlaams en federaal niveau tot een doorgedreven integratie in de vorm van intersectorale zorgnetwerken (2.0-aanpak voor integrale jeugdhulp in Vlaanderen, 2016; Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren, 2015).

CROSSOVER

Ontstaansgeschiedenis

Binnen de cultuur van Jongerencluster Yidam, die interdisciplinaire en intersectorale dialoog expliciet in de praktijk omzet, start jeugdpsychiater Belo Mussche in nauwe samenwerking met partners jeugdzorg Gent-Eeklo het project 'Jeugdpsychiater @ Huis' (2012). Samen met clustercoördinator Evelien Dobbelaere wordt de methodiek verfijnd en aangevuld met een therapeutische netwerkfunctie (TNF) (Mussche, De Waele, & Dobbelaere, 2014). Het samenwerkingsverband breidt uit met de partners van GI De Zande en Organisaties voor Bijzondere Jeugdzorg Zuid-Oost-Vlaanderen. Als antwoord op een projectvraag in 2013 met steun van de Vlaamse Overheid en de provincie Oost-Vlaanderen wordt dit initiatief 'CROSSOVER, verbindende jeugdhulp @ huis' gedoopt (Mussche et al., 2014). Na afloop van het projectjaar wordt deze tel opgenomen binnen de globale werking van Outreach Vlaanderen.

Visie

CROSSOVER draagt met zijn samenwerkingspartners een gezamenlijke visie uit, gebaseerd op zeven fundamentele principes: partnerschap, expertise van elkeen rond de tafel, organisatie, integratie, gedeelde verantwoordelijkheid, respect en transparantie.

Jeugdpsychiatrisch en psychotherapeutisch perspectief schuiven in in het zorgtraject van een jongere en maken verbinding met de expertise die aanwezig is bij de jongere, zijn context en het netwerk errond. Het CROSSOVER-team beschouwt het team ter plaatse als zijn team. Elke aanmeldingsvraag is legitiem: waar zich een vraag stelt, is er een behoefte.

Drie faciliterende concepten ondersteunen een goede afstemming en permanente evaluatie binnen het partnerschap. Binnen elke voorziening vormt een SPOC (Single Person of Contact) de brug tussen CROSSOVER en

de medewerkers van zijn voorziening. Op regelmatige basis vindt een feedbackvergadering plaats met alle SPOC's, waar ontmoeting en het zoeken naar elkeens noden in de praktijk centraal staan. Binnen een stuurgroep met de jeugdzorgpartners wordt de formele samenwerking bijgestuurd. Op die manier zijn de visie en de methode in voortdurende evolutie (Mussche et al., 2014).

Kennis wordt verruimd door (indirect) leren en delen van elkaars expertise en een interview- en vormingsaanbod vanuit CROSSOVER.

Methodiek en praktische toepassing

Zowel het oorspronkelijke werkmodel (Mussche et al., 2014) als de latere aanpassingen worden besproken (figuur 1). De illustratie gebeurt aan de hand van casusfragmenten.³

Een maand na aanmelding ontmoeten we Laura en haar individueel begeleider (IB). Haar ouders en andere belangrijke betrokkenen zijn verontschuldigd. Laura is neerslachtig, trekt zich terug, uit concrete zelfmoordgedachten en krast. Voorheen was Laura een vrolijk meisje. Laura worstelt met diverse thema's, men vermoedt overbevraging op school, en Laura maakt op korte termijn een aantal grote transities mee. Medisch is er sprake van een endocrinologische aandoening. Het team voelt zich vastlopen, organiseerde al tweemaal een crisisopname en meldde Laura aan voor een behandelopname. Dit beleeft Laura als een afwijzing en straf: ze is bang de voorziening te moeten verlaten. Laura vindt praten moeilijk. Ze maakt een timide en jongensachtige indruk. Haar liefde voor dieren blijkt een goede toegangspoort om beladen thema's bespreekbaar te maken: haar zoektocht omtrent genderidentiteit en seksuele geaardheid, haar twijfels en frustraties in sociale relaties, haar verdriet over het verlies van gezinsgevoel, verwachtingen gekoppeld aan de geloofsovertuiging van haar ouders, conflicten met haar broers en kwaadheid en schuldgevoelens naar haar papa, waarbij ze hoopt dat de relatie hersteld kan worden na seksuele grensoverschrijding.

welke hulpvragen er zijn en wie in het belang van het zorgtraject wordt uitgenodigd. Vaak is er een bezorgdheid naar psychische/psychiatrische kwetsbaarheid, een beter willen begrijpen van bepaald gedrag, trajectadvies, enzovoort. We stimuleren aanwezigheid van professionele en niet-professionele betrokkenen: het begeleidingsteam, een (eerder) betrokken therapeut, de consulent van het OCJ of SDJ, het CLB of een zorgleerkracht, de huisarts en alle anderen die van betekenis (kunnen) zijn in het hulpverleningsparcours van de jongere en zijn context. Er werd een folder ontwikkeld met uitleg en foto's van de CROSSOVER-medewerkers ter ondersteuning van het voorbereidende proces voor zowel jongere, ouders als begeleiders.

Aanvankelijk gebeurde de aanmelding telefonisch; nu mailt de voorziening een aanmeldingsformulier met een aantal demografische gegevens, de hulpvragen en een voorstel van planning van de consultronde. Een verwijsbrief van de huisarts en mutualiteitsgegevens zijn nodig in het kader van terugbetaling van de psychiatrische consulten. Internetaansluiting vergemakkelijkt het registreren en rapporteren.

Een *consultronde* vindt plaats op een vast moment in de week. Informatie met betrekking tot de reden van plaatsing, de hulpverleningsgeschiedenis, de context en de functionering op verschillende levensdomeinen dient beschikbaar te zijn. De gesprekken met alle partijen vinden plaats op een dagdeel in de leefomgeving van de jongere. Elk een wordt uitgenodigd om zijn verhaal te brengen met aandacht voor de beleving op verschillende levensdomeinen. Verwachtingen, hulpvragen, psychische, pedagogische, contextuele, ontwikkelings- en andere behoeften en sterkten worden samen in kaart gebracht. Iedereen wordt gestimuleerd hypothesen uit te spreken die bij elkaar worden afgetoetst. De expertise van de arts en de therapeut ligt in beluisteren en duiden. Moeilijk begrijpbaar gedrag en psychisch lijden worden bespreekbaar gemaakt en in relatie gebracht met onderliggende behoeften, kind- en omgevingsfactoren en een ruimere probleemsamenhang.

Een voorziening bespreekt met de jongere en diens context of een *aanmelding* gebeurt,

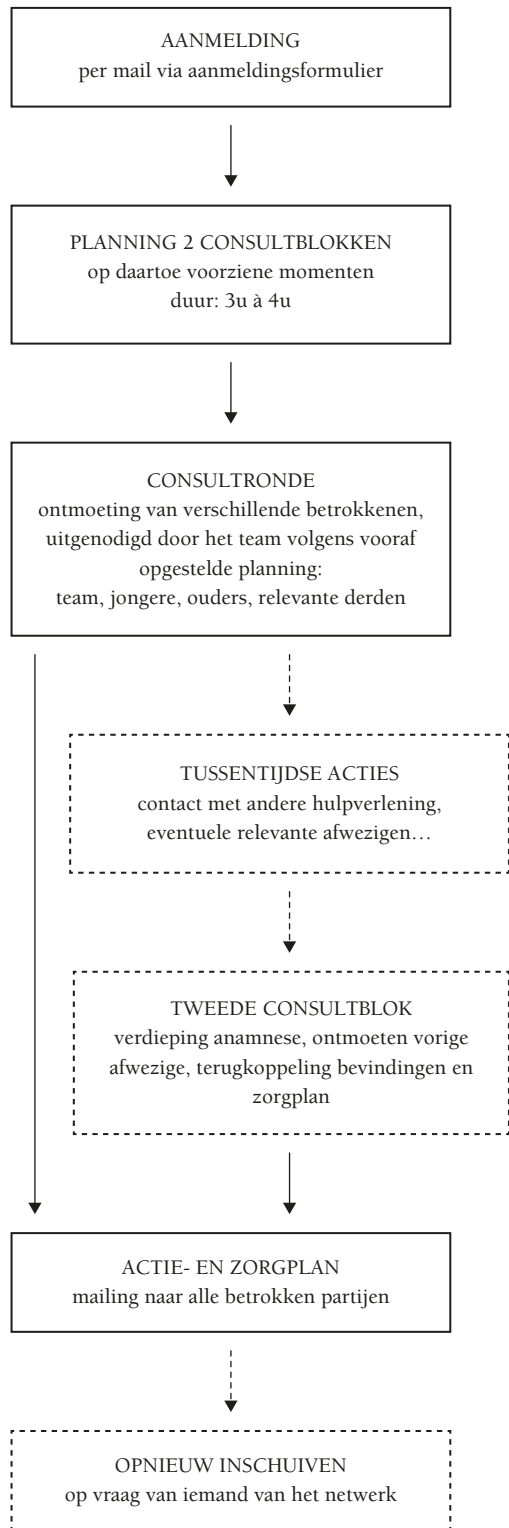
Tussentijds worden acties gepland. De TNF betreft de ouders als centrale partners: hij gaat bij moeder aan huis en na overleg met de justitieassistentie bij vader in de gevangenis. Beide ouders wensen tot herstel te komen van de hechtingsbreuken die de gezinsproblemen en het misbruik met zich hebben meegebracht. Met zorg wordt het thema genderidentiteit aangesneden. De jeugdpsychiater staat met Laura stil bij haar stemming, zelfverwondend gedrag, suïcidaliteit, traumasymptomatologie en andere klachten en de zinvolheid van medicamenteuze ondersteuning wordt ingeschat. Met Laura's toestemming wordt haar endocrinoloog gecontacteerd, die aanmelding bij de Genderkliniek ondersteunt. De TNF bezorgt Laura en haar IB informatie over de Genderkliniek om hierover na te denken. Er wordt een tweede consultronde georganiseerd met Laura, haar moeder, haar IB en de contextbegeleider (CB) en eerder afwezige hulpverleners (haar individueel therapeut, haar BLAD-begeleidster⁴ en de consultant) om ook hen te beluisteren, denkpluist af te toetsen en tot een besluitvormend zorg- en actieplan te komen. We bekrachtigen Laura in haar vraag om ons apart te spreken en niet aan te sluiten in de grote groep.

Ervaring leert dat er vaak *tussentijdse acties* nodig zijn: extra ontwikkelingsanamnestisch of jeugdpsychiatrisch onderzoek, uitnodigen of contacteren van een belangrijke afwezige, stilstaan met het team, de jongere en de context bij bevindingen en adviezen, enzovoort. Sinds 2016 worden twee dagdelen ingepland met een tussentijd van één tot drie weken in plaats van een halve dag. Als er geen nood is aan een tweede consultronde, wordt die geannuleerd.

We komen samen tot concrete acties, waarbij elke betrokkene verantwoordelijkheid opneemt:

- De ouders willen verder in openheid spreken over de moeilijkheden in hun gezin. De TNF plant na overleg met de justitieassistentie een gesprek met vader, moeder en de CB in de gevangenis om het voorgestelde zorgpad toe te lichten en een therapeutisch kader te helpen creëren. De CB continueert die oudergesprekken.
- In nauw overleg met justitie blijft iedereen alert voor de contactwens tussen Laura en haar vader, waarbij het tempo en de behoefte

Figuur 1. Stroomdiagram werkmodel CROSSOVER.



aan veiligheid en begrenzing van Laura gerespecteerd worden.

- De IB nodigt Laura, haar broers en moeder uit om ontspannende activiteiten te organiseren in functie van het versterken van de onderlinge relaties.
- De BLAD-begeleidster en Laura werken verder rond kwetsuren en subassertiviteit.
- Individuele therapie wordt afgerond op vraag van Laura.
- De TNF legt verbinding tussen de voorziening, Laura en de Genderkliniek.
- De IB gaat in overleg met de school en het CLB en volgt op.
- Als vrijetijdsbesteding onderzoekt Laura met haar IB de mogelijkheden om aan te sluiten bij holebi-activiteiten.
- Niemand acht een residentiële opname momenteel nodig. Wel wordt Laura's plek op de wachtlijst nog behouden. CROSSOVER blijft aanspreekbaar indien nodig.

Na afloop sluit Laura aan voor een terugkoppeling van het voorstel. De teamleden van de voorziening coördineren het gemaakte plan.

Het **zorg- en actieplan** is een coconstructie van alle aanwezigen en omvat een concreet voorstel van een ontwikkelingsstimulerend zorgpad vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid en complementariteit. Belangrijk is dat de jongere en zijn gezin maximaal zeggenschap en eigenaarschap hebben over elk zorgvoorstel. Het samen spreken en plannen mobiliseert energie. Het zorg- en actieplan belicht de behoeften en bezorgdheden op verschillende dimensies en behelst naast psychiatrische en psychotherapeutische interventies ook alternatieve handelingsstrategieën, bijvoorbeeld: een ontheemdingstocht, alternatieve dagbesteding, aanpassing van het vormingstraject, uitbreiding van het netwerk. Indien nodig wordt ontbrekende expertise ingeschoven. Het bestaande netwerk blijft op elkaar rekenen om het zorgtraject van de jongere te stutten en te continueren. Het zorg- en actieplan wordt sinds 2016 ad hoc gemaild naar de betrokkenen rond de tafel.

Vier maanden later contacteert de voorziening ons: Laura is somber en weinig toegankelijk. Het team voelt zich opnieuw vastlopen en er blijft

een grote bezorgdheid omtrent relatievorming. We plannen een evolutiegesprek. Tijdens dat individuele gesprek met Laura slaagt ze erin een aantal concrete noden uit te drukken en uit te opnieuw haar angst om de voorziening te moeten verlaten. We koppelen dat samen met haar terug naar de begeleiders en gaan op die manier op zoek naar verbinding. We plannen een evolutiegesprek over drie maanden en komen overeen dat Laura op de wachtlijst voor behandelopname blijft staan. Drie maanden later is Laura's stemming merkkelijk beter. Laura maakt een positieve evolutie door: hoewel spreken voor haar een uitdaging blijft, slaagt ze er almaar beter in om uit te spreken en te delen wat ze denkt en voelt. Haar sociaal en relationeel functioneren blijft een belangrijk aandachtspunt, waarbij het voelen en stellen van grenzen bij zichzelf en anderen nog een lang oefenproces vormt. Opname wordt niet langer nodig geacht. CROSSOVER blijft beschikbaar naar de toekomst.

CROSSOVER anticipeert op transities in functie van continuïteit: de TNF houdt alle partijen op de hoogte, doet overdracht naar (nieuwe) hulpverleningsactoren en de jeugdpsychiater stemt af en legt contact met andere (betrokken) artsen. CROSSOVER kan altijd **in en uit het traject schuiven** wanneer nodig.

Feedback over de samenwerking

Een feedbackbevraging door middel van een semigestructureerde vragenlijst peilt naar verbeter- en werkzame punten over inhoudelijke aspecten (principes CROSSOVER), organisatorische aspecten (werkmodel CROSSOVER) en het effect op het traject. Een vierde vraag geeft ruimte voor opmerkingen en adviezen. De IB en CB ondersteunen respectievelijk Laura en de ouders door extra duiding en bevraging als bepaalde vragen of antwoorden onvoldoende duidelijk zijn. De volgende samenvatting blijft zoveel mogelijk trouw aan de gebruikte bewoordingen van de respondenten.

Laura vindt het eerste contact raar, omdat ze haar verhaal aan vreemden moet doen. Zeervaart het spreken over zichzelf zowel moeilijk als goed. Praten over haar verleden is verve-

lend, omdat ze dan moet huilen. Soms heeft ze het gevoel dat ze zich niet volledig kan uitspreken. Ze is blij dat er rekening wordt gehouden met haar mening. Laura voelt dat ze soms te snel overtuigd wordt voor een bepaalde oplossing, terwijl ze er zelf nog niet helemaal klaar voor is. Ze voelt zich geholpen omdat grote mensen mee nadenken en samenwerken, ze is veel zelfzekerder geworden, het contact met de Genderkliniek verloopt zoals ze hoopte en ze gaat graag op stap met de halebibeweging.

De *ouders* (moeder) voelen zich erg gewaardeerd omdat ze nauw bij het proces worden betrokken. De verplaatsing naar de gevangenis om ook met vader te spreken, wordt erg geapprecieerd. Moeder ervaart dat haar dochter opener is en moeilijke zaken heeft kunnen zeggen waarover Laura voordien niet sprak, uit schrik voor haar reactie. De ouders ervaren het samenwerken als positief.

Het *begeleidingsteam* ervaart CROSSOVER als toegankelijk met ruimte voor alle partijen. De beleving van de jongere en diens context staat centraal en er is oog voor diverse thema's en levensgebieden. De aandacht is erop gericht dat iedereen goed begrepen wordt en dat het gesprek voor iedereen begrijpbaar blijft. Een duidelijke synthese nodigt uit om samen oplossingen te zoeken en aan de slag te gaan. Het parcours verloopt flexibel. Er wordt snel, juist en correct gehandeld, wat de voorspelbaarheid en veiligheid bevordert. CROSSOVER blijft altijd beschikbaar. Het vastgelopen traject krijgt een nieuwe impuls. Een tekort wordt ervaren op het vlak van schriftelijke weergave naar alle betrokkenen.

Discussie

Internationale literatuur pleit voor een structurele samenwerking tussen GGZ en Jeugdzorg. CROSSOVER is een coconstructie van Jongerencluster Yidam en partners jeugdzorg vanuit een gedeelde wens om geestelijke gezondheids- en andere zorg op maat van jongeren binnen jeugdzorg geïntegreerd beschikbaar te maken. Intussen blijkt CROSSOVER

terug op vier jaar ervaring, waarin het zo'n 500 individuele zorgtrajecten heeft helpen faciliteren.

CROSSOVER hanteert een werkmodel dat aansluit bij de filosofie van Systems of Care en Wraparound als antwoord op de zorgnoden voor jongeren met complexe en multi-pele problemen. Een andere methodiek die binnen deze benadering en gericht op een gelijkwaardige doelgroep werd ontwikkeld, zijn de netwerktafels (Van Dongen et al., 2014). Hoewel beide methodieken heel wat overlap vertonen, heeft CROSSOVER daarnaast een meer procesmatige, therapeutische en diagnostische insteek in de (tijdelijke) leefwereld van de jongere.

Het outreachende karakter van CROSSOVER is drempelverlagend en expertise van elkeen wordt evenwaardig geïncorporeerd. Het samen opmaken van een geïndividualiseerd zorgplan vertrekt vanuit ieders krachten en verantwoordelijkheden, rekening houdend met de cultuur van de context. Door het flexibel in- en uitschuiven voorziet CROSSOVER in zorgcontinuïteit.

Het technisch volgen van het werkmodel is geen garantie op succes: het is een instrument waarlangs getracht wordt de onderliggende principes te concretiseren. Integratief en verbindend werken zijn sleutelbegrippen in de werking van CROSSOVER. De problemen van de jongere en zijn context worden in hun samenhang benaderd, iets wat geen van de partners op zichzelf kan realiseren: de verzameling van verschillende referentiekaders, zowel vanuit de GGZ als vanuit de jeugdzorg en andere sectoren, biedt een genuanceerder beeld en een ruimer handlingsrepertoire. Essentieel is dat er met de diversiteit aan partners, de jongere en diens context een coherent en doelgericht team wordt gevormd, waarin synergetisch gewerkt wordt en niet naast elkaar (Stroul, 2016; Van den Oord, Cambré, & Kenis, 2016). De intensieve duowerking van de jeugdpsychiater en de therapeutische netwerkfunctie vormt daarbij een grote meerwaarde. De therapeutische positie veronderstelt meerzijdige partijdigheid en omvat actief luiste-

ren, activeren van een zorgnetwerk, voortdurend investeren in de samenwerkingsrelatie met en tussen de betrokkenen, creëren van een open en veilige context om emoties op te vangen en in verbinding te brengen met onderliggende behoeften, hanteren van een begrijpelijke, mentaliserende en transparante taal, verbinding maken met vervolghulpverlening, enzovoort. De jeugdpsychiater integreert daarnaast zijn medisch-psychiatrische expertise. De casus illustreert dat er verbindingen worden gelegd op verschillende niveaus: binnen het cliëntsysteem, tussen de hulpverlening, tussen het cliëntsysteem en de hulpverlening en met de samenleving. De samenwerking in een netwerk stimuleert ook hulpverleners om meer te participeren in functie van zorgtrajecten door het opnemen van het anticiperende contact met elkaar en het aansluiten bij een informatieoverdracht of een CROSSOVER-consult in een andere organisatie. Daardoor ontstaat een groei van engagement van diverse organisaties naar elkaar, verwachtingen ten opzichte van elkaar worden realistischer en een kwalitatievere en meer naadloze zorgoverdracht wordt gerealiseerd. Gedeelde zorg en verantwoordelijkheid dragen bij tot het vergroten van de draagkracht en het vermijden van nieuwe breuken in het zorgtraject. Dat is echter geen dwingende doelstelling. Een organisatie die aangeeft dat zij de verdere begeleiding van een jongere niet verder haalbaar ziet, draagt bij tot het samen zoeken naar een goede vervolghulpverlening.

De terugkoppeling van de partnerorganisaties tijdens de feedbackvergadering leert dat CROSSOVER bijdraagt tot een bredere kijk, een duidelijkere inschatting van verwachtingen en de verfijning van de begeleiding door noodzakelijke en maatgerichte zorgcomponenten in te zetten. Jongeren ervaren dat ze actieve gesprekspartners zijn die gezien en gehoord worden. Hun autonomie en eigenaarschap over het eigen leven worden bekrachtigd. Ouders appreciëren dat zij als partners op een open en veilige manier hun bezorgdheden kunnen delen. Kortom, CROSSOVER is meer dan een gecoördineerde planning van zorg: de hantering van een 'open dialogue' (Seikkula, Arnkil, & Erikson,

2003) resorteert therapeutische effecten doordat men gezamenlijk en transparant kan spreken vanuit meerstemmigheid en doordat men aanhoudt een modus te zoeken, met aandacht voor (veer)kracht en hoop.

Hoewel CROSSOVER als een krachtig medium wordt ervaren, zijn er heel wat uitdagingen. De continue terugkoppeling van alle partijen draagt bij aan de kwaliteit van de geleverde zorg. De feedback van Laura toont bijvoorbeeld aan dat de fase van de zoektocht naar concrete acties een te hoog tempo kende. Enerzijds duidt dat op het belang om de druk en verwachtingen te weerstaan om onmiddellijke antwoorden te genereren. De ontdebelling van de consultrondes biedt al enige mogelijkheid om het proces van alle betrokkenen tijd en ruimte te geven. Anderzijds is het belangrijk om de juiste taal en ingang te vinden bij jongeren. Voor veel jongeren (met hechtingstrauma) is het verbale medium niet evident en dient er creatief gezocht te worden naar een manier die de jongere aanspreekt. Vanuit gelijkwaardigheid is doorgedreven participatie van het cliëntsysteem op alle niveaus cruciaal (Stroul et al., 2010): naast permanente terugkoppeling door middel van de uitwerking van een feedbackinstrument is vertegenwoordiging in de feedbackvergadering van belang.

We ervaren dat relevante partners, gezinsleden en steunfiguren niet altijd aanwezig zijn. Vanuit onze referentiekaders CANO (Centrum voor Actieve Netwerkontwikkeling en Omgevingsondersteuning, 2001) en Nieuwe Autoriteit (Omer, 2011) zijn de vorming en, waar nodig, de uitbreiding van het netwerk prioriteiten. Die vertaling binnen het CROSSOVER-werkmodel vormt een blijvend aandachtspunt, waarbij ook ingezet wordt op het betrekken van informele steunbronnen (Stroul et al., 2010). Daarnaast verloopt voor sommige jongeren met specifieke behoeften de installatie van een aanvullend traject moeizaam: ambulante psychodiagnostisch onderzoek is duur; soms ontbreekt regionaal een bepaald zorgaanbod of zijn er lange wachttijden. Ook de overgang naar de meerderjarigheid houdt een risico in op een breukmoment.

Het beroepsgeheim vormt binnen netwerken een grote uitdaging. Inspirerend is de visie van Nieuwe Autoriteit en Geweldloos Verzet: het eenzijdig teruggrijpen naar het beroepsgeheim in de werking met kinderen kan destructieve dynamieken in stand houden (Omer, 2011). Met een accentverschuiving naar gedeelde kennis en zorg leggen we bij de rapportering de focus op het resultaat van de gemeenschappelijke inspanningen. Het zorg- en actieplan wordt bezorgd aan de jongere, aan de context en aan het betrokken team van de voorziening. Mits de jongere en zijn context toestemming geven, wordt dat ook verstuurd naar andere betrokkenen. Alle partijen kunnen feedback geven op het doorgestuurde plan. De behoefte aan een verwijfsbrief van een arts voor een jeugdpsychiatrisch consult wordt door de jongeren en de voorzieningen als drempelverhogend ervaren. Daarnaast ondersteunt de beperking van de medisch-psychiatrische nomenclatuur onvoldoende nieuwe werkvormen.

Ondanks deze problemen in het werkveld blijven we vanuit de visie en filosofie van CROSSOVER zoeken naar mogelijkheden en werkbare alternatieven. Afwezige relevante partners worden gecontacteerd en er wordt geïnvesteerd om hen alsnog te ontmoeten. Bij een lange wachttijd wordt blijvend gezocht naar een alternatief. De therapeutische netwerkfunctie maakt mee de overgang naar vervolghulpverlening door bijvoorbeeld aan te sluiten bij een intakegesprek. Kortom, het engagement van CROSSOVER is groot, maar faciliteert als een katalysator de versterking en de uitbreiding van een betrokken netwerk rond het cliëntsysteem. Indien nodig kan CROSSOVER opnieuw geactiveerd worden.

Wetenschappelijk onderzoek is aangewezen om een gefundeerder beeld te krijgen van de werkzame factoren binnen het CROSSOVER-model. We veronderstellen dat de klinische richtlijnen en de minimale kwaliteitsnormen, door AACAP vertaald vanuit systems of care, bijdragen tot een kwaliteitsvolle zorgverlening van CROSSOVER. Volwaardig partnerschap van het kind en diens context, vanuit het geloof in hun krachten, transparantie, respect en vertrouwen en rekening houdend

met hun behoeften en culturele waarden, vormen het draagvlak van de zorgorganisatie. Interventies focussen op de emotionele, sociale, educatieve, culturele en fysieke behoeften, alsook op het functioneren en het ontwikkelingsniveau van het kind. Die vinden bij voorkeur plaats binnen de verschillende levensdomeinen van zijn natuurlijke leefomgeving, zoals het (plaatsvervangende) gezin, de school en de vrije tijd. Professionelen, familieleden en natuurlijke steunbronnen leveren als een geïntegreerd team inspanningen en delen gezamenlijk de verantwoordelijkheid over het verloop en de uitkomst van het zorgpad. De transitie naar een andere hulpverlener of hulpverleningsvorm dient met de meeste zorg te gebeuren. Het uitstippelen van een individueel zorgtraject dient samen met andere diensten en actoren gecoördineerd te verlopen volgens een wraparound-planningsproces (Winters & Pumariega, 2007). Pel et al. (2011) stellen bovendien een aantal criteria voorop waaraan kwaliteitsvolle zorgverlening het beste voldoet. Met de beschrijving van de probleemstelling, de theoretische achtergrond, de zorgcontext, de visie, de waarden en de alternatieve werkwijze van CROSSOVER is getracht aan die voorwaarden te voldoen. CROSSOVER stimuleert als wederkerig en complementair samenwerkingsverband verdere groei (STENT-Gids Oost-Vlaanderen, 2011). Structurele inbedding binnen het zorglandschap is noodzakelijk, opdat het project kan worden gecontinueerd.

Besluit

Internationaal is er een tendens van zorghervorming merkbaar: de traditionele hulpverleningsstructuur met geïsoleerde zorgaanbieders blijkt geen afdoend antwoord te bieden op de multi-pele en complexe noden van kwetsbare kinderen en hun context. Het Belgische hulpverleningslandschap voor kinderen werd de afgelopen jaren door de overheid grondig hervormd, waarbij doorgedreven netwerking en de ontwikkeling van verschillende zorgprogramma's het resultaat zijn. Die hernieuwde visie impliceert een paradigmatische shift van een geïnstitutionali-

seerde hulpverlening naar een 'samenlevings- en herstelgerichte zorg' en vertaalt zich in de waarden en organisatie van de hulpverlening. Een breed gedeelde zorgvisie met een prominente rol voor de positie van het kind en zijn (gezinsvervangende) context binnen de eigen leefgemeenschap wordt sterker gewaardeerd. De zorgorganisatie kantelt, waardoor ontmoeting, overleg, afstemming en betrokkenheid vergroten, teneinde een naadloze, beschikbare en meer gepaste hulpverlening mogelijk te maken. Het PCGS heeft een traditie van laagdrempeligheid en wendbaarheid. Jongerencluster Yidam wist zich proactief binnen deze kantelbeweging in te schrijven door samen met zijn partners in jeugdzorg een dragend platform te ontwikkelen om van hieruit innoverende initiatieven te lanceren. CROSSOVER is hier een voorbeeld van en wil binnen de huidige transitie een inspirerend praktijkvoorbeeld zijn als vruchtbare voedingsbodem om zorg geïntegreerd aan te bieden door het effectief bundelen van krachten.

Dankwoord

We danken Belo Mussche, Evelien Dobbelaere en Veerle De Waele voor het fiat om hun 'kind' CROSSOVER te mogen voorstellen. Daarnaast bedanken we de collega's van de stuurgroep van CROSSOVER en van Outreach Vlaanderen voor hun steun en feedback, en in het bijzonder Laura, haar gezin en de voorziening voor hun bereidheid om mee te werken. Dit werk is slechts mogelijk door het vertrouwen van onze partners in jeugdzorg, de jongeren en hun context waarmee CROSSOVER dagelijks samenwerkt.

NOTEN

1. Sara Van de Winkel, kinder- en jeugdpsychiater, werkzaam in PC Gent-Sleidinge, Jongerencluster Yidam – Outreach Vlaanderen, netwerkpsychiater bij Mobiel Care Team RADAR en in CAR De Steijger te Destelbergen. Correspondentie-adres: Weststraat 135, 9940 Sleidinge. E-mail: dr.vandewinkel@pcgs.be; tel. 09 358 04 55

Denis Helskens, klinisch psycholoog en gezinstherapeut, werkzaam als outreach en therapeutisch coördinator in PC Gent-Sleidinge, Jongerencluster Yidam.
E-mail: denis.helskens@pcgs.be

2. Verder in de tekst wordt de term 'kinderen' gehanteerd voor minderjarigen van 0 tot 18 jaar.
3. De naam is fictief. Een aantal kenmerken werd aangepast, teneinde de herkenbaarheid te verkleinen. Zowel jongere als ouders verklaarden zich akkoord tot weergave van hun traject in een wetenschappelijk artikel (informed consent). Er zijn geen financiële belangen.
4. BLAD = Begeleiding met Assistentie van Dieren, Patrasche Foundation.

Literatuur

- Aelvoet, M. (2001). *De psyche: mij een zorg?! Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg*. Brussel. Federaal ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.
- American Academy for Child and Adolescent Psychiatry and Child Welfare League of America (2003). *AACAP/CWLA policy statement on use of alcohol/drugs, screening/assessment of children in foster care*. Washington, DC; American Academy for Child and Adolescent Psychiatry and Child Welfare League of America. Geraadpleegd op 14 juli 2016 via http://www.aacap.org/aacap/policy_statements/2003/Mental_Health_and_Use_of_Alcohol_and_Other_Drugs_Screening_and_Assesment_of_Children_in_Foster_Care.aspx
- Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M., & Asen, E. (2013). Innovations in practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT): A new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 46-51.
- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970.

- CANO (2001). Geraadpleegd op 8 oktober 2017 via www.canovlaanderen.be.
- Courtney, M.E., Dworsky, A., Ruth, G., Keller, T., Havlicek, J., & Bost, N. (2005). Midwest evaluations of the adult functioning of former foster youth: Outcomes at age 19. *Chapin Hall working paper*. Chicago.
- Garland, A.F., Richard, L.H., McCabe, K.M., Yeh, M., Wood, P.A., & Gregory, A.A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *American Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409-418.
- Helskens, D., Deboscher, G., & Roels, P. (2009). Outreaching: Dragend spreken, vanzelfsprekend? *Alert*, 2, 16-25.
- Henggeler, S.W., Rowland, M.D., & Randell, J. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalisation of youths in psychiatric crisis. *Journal of Adolescence*, 19, 47-61.
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (2015). *Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren*. Brussel.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700.
- Kiebooms, L., Ieven, S., & Swysen, K. (2011). Outreach: katalysator in een complex hulpverleningsproces. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 36, 173-188.
- Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 319-325.
- Knitzer, J. (1984). Mental health services to children and adolescents, a national view of public policies. *American Psychologist*, 39, 905-911.
- Lamb, C.E. (2009). Alternatives to admission for children and adolescents. Providing intensive mental healthcare services at home and in the communities: What works? *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 345-350.
- Leslie, L.K., Hurlburt, M.S., Landsverk, J., Rolls, J.A., Wood, P.A., & Kelleher, K.J. (2003). Comprehensive assessments for children entering foster care: A national perspective. *Pediatrics*, 112(1 pt 1), 134-142.
- Leslie, L.K., James, S., Monn, A., Kauten, M.C., Zhang, J., & Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *Journal of Adolescent Health*, 47(1), 26-34.
- Levecke, V., Bal, S., Schoentjes, E., Antrop, I., & Mommerency, G. (2013). Outreaching: Werken binnen de 'systems of care' filosofie in de kinder- en jeugd-GGZ. *Psychopraktijk*, 5(2), 19-23.
- Mattejat, F., Hirt, B.R., Wilken, J., Schmidt, M.H., & Remschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 171-179.
- McCoy, H., McMillen, J.C., & Spitznagel, E.L. (2007). Older youth leaving the foster care system: Who, what, where and why? *Children and Youth Services Review*, 30, 735-745.
- Mussche, B., De Waele, V., & Dobbelaere, E. (2014). CROSSOVER, verbindende jeugdhulp @ huis. Een huis met vele kamers verbonden door open ramen en deuren. *Agora*, 30(3), 11-15.
- National Wraparound Initiative. (2004). Resource guide to wraparound. Geraadpleegd op 9 augustus 2017 via <https://nwi.pdx.edu/NWI-book/index.php>.
- Omer, H. (2011). *Nieuwe Autoriteit. Samen werken aan een krachtige opvoedingsstijl thuis, op school en in de samenleving*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Pel, R., Redeker, I., Hanning, R., Visser, T., Rijkaart, A., Van Rooijen, S. (2011). *Een inventarisatie van Best Practices in de intramurale ouderenzorg, thuiszorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ*. Geraadpleegd op 18 april 2017 via [http://www.vilans.nl/docs/producten/rapport %20Best %20Practices %2016%20mei %202011%20.pdf](http://www.vilans.nl/docs/producten/rapport%20Best%20Practices%2016%20mei%202011%20.pdf)
- Raghavan, R., Inoue, M., Ettner, S.L., Hamilton, B.H., & Landsverk, J. (2010). A preliminary analysis of the receipt of mental health services consistent with national standards among children in the child welfare system. *American Journal of Public Health*, 100(4), 742-749.
- Raviv, T., Taussig, H.N., Culhane, S.E., & Garrido, E.F. (2010). Cumulative risk exposure and mental health symptoms among maltreated youths placed in out-of-home care. *Child Abuse Neglect*, 34(10), 742-751.

- Rushton, A., & Minnis, H. (2008). Residential and foster family care. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th ed.; pp. 487-501). Malden, MA; Oxford, England; Victoria, Australia: Blackwell.
- Seikkula, J., Arnkil, T.E., & Erikson, E. (2003). Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process*, 42(2), 185-203.
- Sheppard, S., Doll, H., Gowers, S., James, A., Fazel, M., Fitzpatrick, R., & Pollock, J. (2009). Alternatives to inpatient mental health for children and young people. *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 2, CD006410.
- Stein, L.I., & Test, M.A. (1980). Alternatives to mental hospital treatment. Part I: conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- STENT-Gids Oost-Vlaanderen (2011). Geraadpleegd op 18 april 2017 via http://users.myonline.be/~tdn74482/downloads/website-versie_criteria_goede_samenwerkingsverb.pdf
- Stroul, B. (2016). *System change in Belgium: Improving children's behavioral health, health services and outcomes*. Symposium voor GGZ K&J. Brussel, 20 oktober 2016.
- Stroul, B., Blau, G., & Friedman, R. (2010). *Updating the system of care concept and philosophy*. Washington, DC: Georgetown University Center for Child and Human Development, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Stroul, B., & Friedman, R.A. (1986). *A system of care for severely emotionally disturbed children & youth*. Washington D.C.: Georgetown University Child Development Center, National Technical Assistance Center for Children's Mental Health.
- Suter, J.C., & Bruns, E. J. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 336-351.
- Van den Oord, S., Cambré, B., & Kenis, P. (2016). *Innovatie in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: (inter)nationale perspectieven. Het ontwerp en bestuur van organisatienetwerken*. Symposium voor GGZ K&J. Brussel, 20 oktober 2016.
- Vandeurzen, J. (2016). *Beleidsnota Jeugdhulp 2.0*. Geraadpleegd op 16 september 2017 via <https://wvg.vlaanderen.be/jongerenwelzijn/assets/docs/publicaties/andere/2-0-aanpak-jeugdhulp-Vlaanderen.pdf>
- Van Dongen, T., Deboutte, D., Sabbe, B., & Glazemakers, I. (2014). Netwerktafels: Illustratie van de methodiek aan de hand van een casus. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 39, 2-15.
- Vinnerljung, B., Hjern, A., & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – A national cohort study. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 47, 723-733.
- Winters, N.C., & Pumariega, A. (2007). Practice parameter on child and adolescent mental health care in community systems of care. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 284-299.
- World Health Organization. (2005). *Atlas. Child and Adolescent Mental Health Resources. Global Concerns: Implications for the future*. Geneva: WHO.