

info



05.04.2016

HERMESplus-EXPERIENCE BASED NETWORK

Ontwikkeling van een experience based netwerk

Deze tekst is een herwerking van de versie van juni 2015 en bevat een aantal nieuwe elementen en knelpunten waar we op stuiten in de ontwikkeling van een netwerk voor Brussel. Hij zal verder dienen als onze basis voor de ontwikkeling van een zorgmodel voor de geestelijke gezondheidszorg voor Brussel in de gesprekken die we hierrond voeren.

De uitdaging waar we na de pilootfase van de projecten voor staan is een antwoord te vinden op meerdere essentiële vragen en knelpunten.

INTERN PROCES VAN HET NETWERK

Hoe organiseer je het netwerk voor Brussel zodanig dat het in de tijd kan evolueren in functie van de voortdurend veranderende noden van de bewoners in het werkingsgebied?

Vanuit de evaluatie van de pilootfase van HERMESplus is het duidelijk dat de uitdaging er uit bestaat om een werkmodel te hebben dat maakt dat het netwerk in de tijd verder kan ontwikkelen. Welke methodiek, welk conceptueel raamwerk zal bijdragen tot het creëren van een experience based en evidence based netwerk en welke plaats nemen de overheden hier in, zijn verder vragen die beantwoord dienen te worden.

ONDERSTEUNING VAN HET NETWERK

Op welke externe competenties en specialiteiten kan het netwerk rekenen om in zijn ontwikkeling ondersteund te worden, zowel op gebied van statistiek, de analyse en interpretatie, als constructieve kritiek?

M.a.w. hoe is de relatie met universiteiten, het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Brussel-Hoofdstad, het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, ...?

GELIJKHEID

De ontwikkeling van de psychiatrische zorg heeft ook in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geleid tot grote ongelijkheden tussen wijken en stadsdelen.

De uitdaging is de ongelijke verdeling van psychiatrische zorg binnen het Hoofdstedelijk Gewest territoriaal gelijkmatiger te spreiden.

DISCRIMINATIE

De vaststelling dat het zwaartepunt van de bestede middelen niet in de gebieden ligt met de grootste behoeften aan psychiatrische zorg, leidt tot de vraag hoe in één netwerk voor Brussel rekening kan worden gehouden met de verschillen in zorgbehoeften en de grote demografische verschillen tussen wijken en gemeenten.



ONGELIJKE VERDELING VAN DE MIDDELEN

Een ongelijkheid die in belangrijke mate oorzaak is voor de discontinuïteit van de zorg zijn de grote verschillen tussen de beschikbare middelen voor de ambulante en de residentiële diensten, zowel op gebied van verloning als van capaciteit.

BESTUURLIJK VLAK

Daarnaast worden we bij de ontwikkeling van het enige netwerk Geestelijke Gezondheidszorg in Brussel met de volgende structurele elementen geconfronteerd.

Hoe neem je de wettelijke verantwoordelijkheid op voor het beheer van een netwerk, zowel op gebied van het personeel als van de financiën, en dit op het financiële en juridische vlak? Hiervoor wachten we op een concreet voorstel van de (federale) overheid.

COMMUNAUTAIRE VLAK

Op het communautaire vlak hebben we de volgende uitdagingen: hoe garanderen we je in deze tweetalige organisatie het bicommunautaire karakter van het netwerk en welke openingen worden gemaakt naar de andere belangrijke culturen en talen?

PLAATS VAN HET NETWERK IN DE CONTEXT VAN EEN REGIO

Omdat de voorliggende hervorming 107 aansluiting nodig heeft met onderwijs en vorming, tewerkstelling, arbeid en onderzoek is het nodig om te voorzien in contacten met en engagement van deze sectoren. De overheden, zowel de gemeentelijke, de gewestelijke als de federale overheid zijn hierbij onmisbare partners.

UITGANGSPUNTEN VAN HERMESPLUS

HET BREDE KADER

De hervorming 107 focust in de eerste plaats focust op de re-integratie en rehabilitatie van personen met psychiatrische problemen. In de huidige Brusselse context impliceert dit dat we streven naar een grotere mobiliteit in de functies, een grotere flexibiliteit van diensten en organisaties en een belangrijke intersectoriële samenwerking. Hiervoor dienen bestaande diensten flexibeler te worden en moet de regelgeving hiertoe de mogelijkheid bieden. Daarnaast zullen nieuwe werkvormen moeten bedacht en ontwikkeld worden.

Gezien enerzijds de beperkte capaciteit en anderzijds de ruime beschikbaarheid van ambulante initiatieven, komt het er in de eerste plaats op aan de bestaande organisaties maximaal te betrekken in de beweging naar integratie en rehabilitatie.

HET PATIËNTGERICHTE NIVEAU

Personen met ernstige psychiatrische problemen worden best zo veel mogelijk binnen hun omgeving behandeld en verzorgd. De doelstelling is om in de langdurige zorg een zorgmodel ter beschikking te hebben dat met zo weinig mogelijk interventie een zo groot mogelijk effect heeft voor die personen.

Dit model moet de mogelijkheid bieden om de continuïteit van de zorg te verbeteren. Hiervoor moet continuïteit garanderen een transversaal aanbod genereren en niet in de tijd beperkt zijn.

VASTSTELLINGEN VAN HET NETWERK HERMESPLUS 2013 - 2015

HERMESplus heeft van bij aanvang gekozen om een netwerk te ontwikkelen op basis van ervaring en cijferanalyse. Er werden nieuwe werkvormen opgezet, uitgetoetst en gemonitord. Dit maakt dat het nu voor enkele "nieuwe" werkvormen mogelijk is om hypotheses te formuleren en conclusies te trekken.



Deze conclusies inspireren tot verfijning, bijsturing, vernieuwde inzichten, aanvullende ideeën, ... of tot stopzetting. Deze manier van werken leidt uiteindelijk tot een experience based network.

Deze manier van werken biedt - onzes inziens - de grootste kans tot het ontwikkelen van een netwerk dat het dichtst aansluit bij de noden van de bevolking.

Momenteel kunnen we op basis van onze ervaringen en observaties, de volgende inzichten rond het ontwikkelen van een netwerk in Brussel, naar voren schuiven:

DE MOBIELE FUNCTIES

De ontwikkeling binnen een vernieuwd zorgmodel van de mobiele functie ligt voor de hand, maar de nieuw opgerichte mobiele teams 2A en 2B leiden hierbij gemakkelijk tot een verengde interpretatie van de mobiele functie in een netwerk.

Bovendien loopt dit aanbod dikwijls parallel aan de gemeenschapsgerichte zorg, die in het Brussels werkgebied beter is ontwikkeld dan in Vlaanderen of Wallonië.

Een netwerk moet in functie van de onderscheiden doelgroepen in het werkgebied meerdere, verschillende vormen van de mobiele functie voorzien. Bepaalde doelgroepen hebben specifieke behoeften en dus andere benaderingswijzen nodig dan andere doelgroepen (daklozen met een psychiatrische problematiek, mensen met een verslaving en een psychiatrische problematiek, wijken met een hogere prevalentie van personen met een psychiatrische problematiek, ...)

Deze mobiele functies kunnen perfect georganiseerd en afgestemd worden in een netwerk.

Hoe groot mobiele functies moeten worden geconcipieerd zal afhankelijk zijn van veel factoren. Onze ervaring is dat een groot team niet noodzakelijk performanter is dan een klein. Veel wordt bepaald door het concept van een mobiel team, de doelstelling, de gebruikte methodiek, de mogelijkheden tot doorstroming, ...

DE LANGDURIGE ZORG

Het is onze vaste overtuiging dat de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (SSM/CGG) de eerste aanspreekpunten zijn voor personen die aangewezen zijn op langdurige zorg. Dit houdt rechtstreeks verband met hun territoriale situering, hun opdracht of missie en hun multidisciplinair samengestelde teams. Het is niet productief om uit het niets nieuwe teams samen te stellen die langdurige zorg voor beperkte tijd aanbieden en die zich naast de bestaande CGG's situeren.

HET DELEN VAN MIDDELEN

Het ontwikkelen van een netwerk impliceert bij de deelnemers aan dit netwerk gedeeltelijk het herdenken van een aantal van hun activiteiten, het delen van zowel personeelsmiddelen als infrastructuur van partners. Dit leidt er toe dat er binnen de sector meer aandacht komt voor samenwerking en dat de creativiteit gegenereerd wordt die nodig is voor het ontwikkelen van vernieuwende projecten.

EEN GEDEELD ZORGMODEL

Voor de verschillende functies zijn er verschillende doelstellingen, die coherent moeten blijven in het ruimer geheel, namelijk een zorgmodel waarvoor wordt gekozen.

In HERMESplus is dit een community based model van zorg.

CONTINUÏTEIT IN DE ZORG

Vanuit onze observaties aangaande het telefonisch onthaal van HERMESplus (800 casussen in 2,5 jaar) durven we stellen dat voor de bereikte groep - die niet representatief is voor de ganse Brusselse regio - de continuïteit in de zorg voor personen met langdurige psychiatrische problemen problematisch is. Verdere analyse van deze vaststelling moet leiden tot een actieplan binnen het netwerk dat dit kostelijk probleem van de sector voor deze groep patiënten positief ombuigt.

RESPECTEREN VAN DE OPDRACHTEN

Veel functies in de zorg zijn eigenlijk al voorzien en behoren tot de opdrachten van al bestaande diensten. Het is niet omdat een bepaalde opdracht of functie niet wordt opgenomen, dat eender welke nieuwe gelegenheid moet worden aangewend om het niet-gepresteerde werk van een ander over te nemen.

DYNAMIEK VAN EEN NETWERK

In de ontwikkeling van een netwerk is het ontwikkelen van activiteiten die niet concurrentieel zijn voor partners essentieel. Een netwerk moet op zoek gaan naar de missing links in de zorg en die experimenteel opzetten, monitoren en evalueren. Dit creëert dynamiek in een netwerk.

TRANSVERSAAL SAMENWERKEN TUSSEN SECTOREN

In het faciliteren van rehabilitatie en re-integratie moeten we niet uit het oog verliezen dat in het verhaal van re-integratie en rehabilitatie de geestelijke gezondheidszorg slechts een schakel is in de ketting. Sectoren als wonen, werken, opleiding, dagbesteding, vorming, eerstelijnsdiensten, onderzoek,... zijn hierbij onmisbaar en hebben dikwijls een grotere impact op het rehabilitatieproces dan wij met de geestelijke gezondheidszorg kunnen bieden.

We moeten vanuit de geestelijke gezondheidszorg vooral zorgen dat er formele banden ontstaan tussen de sector van de geestelijke gezondheidszorg en genoemde andere sectoren. Rehabilitatie is geen proces dat de sector van de geestelijke gezondheidszorg alleen kan realiseren.

VERMIJDEN VAN CHRONIFIËRING

In de periode van de ontwikkeling van het netwerk, hadden we de mogelijkheid om in contact te komen met verschillende zorgmodellen in verschillende landen. Vanuit deze ervaringen is één van de vaststellingen dat de "chronische patiënt" veeleer een gevolg is van ons zorgmodel dat te weinig stimuleert tot hernieuwde maatschappelijke participatie. In dit kader bieden concepten als het "persoonsgebonden budget" en het "individueel re-integratieplan" de mogelijkheid tot het vermijden van een proces van chronifiëring van personen met ernstige psychiatrische problemen.

De genoemde concepten zijn hierbij belangrijke hefboomen.

KNELPUNTEN IN DE ONTWIKKELING VAN EEN NETWERK

FINANCIERINGSMODEL

Het is te begrijpen en een goede zaak dat het aantal psychiatrische bedden wordt afgebouwd. Dit geldt voor zowel de korte als de langdurige hospitalisaties. Dit moet leiden tot het meer realistisch inschatten van de mogelijkheden en beperkingen van een residentiële opname.

Dat de financiering van de mobiele functies van de projecten 107 uitsluitend loopt via het bevrozen en sluiten van bedden leidt tot zeer grote ongelijkheden. Deze ongelijkheden bestaan niet alleen tussen projecten onderling, maar leiden uiteindelijk ook tot grote verschillen in wat beschikbaar is voor burgers.

Dit is tijdelijk te begrijpen in een pilootfase, maar op termijn niet verdedigbaar.

Naast deze ongelijkheid, die waarschijnlijk op termijn minder groot kan worden, leidt dit financieringsmodel echter ook tot de vreemde vaststelling dat "bedden" eigendom lijken te zijn van organisaties, en dat deze organisaties, door de eventuele afbouw van bedden, ook zelf bepalen op welke manier de vrijgekomen mobiele middelen ingezet dienen te worden. Dit staat haaks op de gedachte en de doelstelling dat een netwerk wordt aangestuurd door partners die verschillende functies opnemen en waarbij deze functies op elkaar dienen aan te sluiten.