

# Langdurige psychiatrische zorg vanuit een gemeenschapsgericht zorgmodel

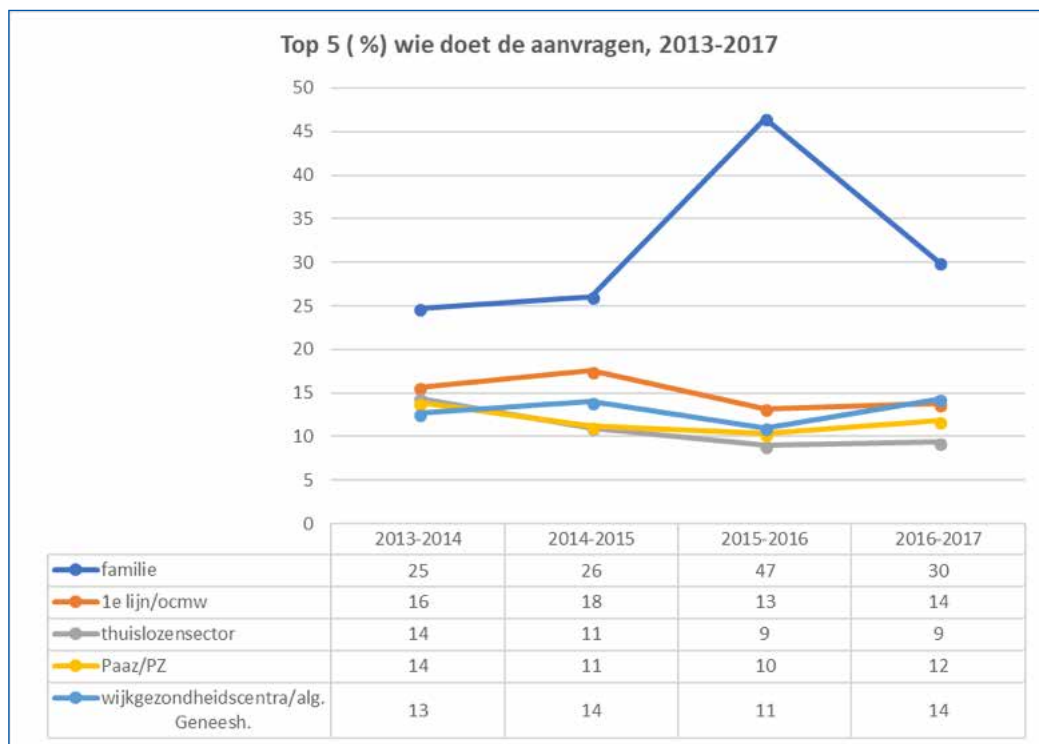
Voorstel geformuleerd door de antenne HERMESplus - mei 2018

## 1. VASTSTELLINGEN

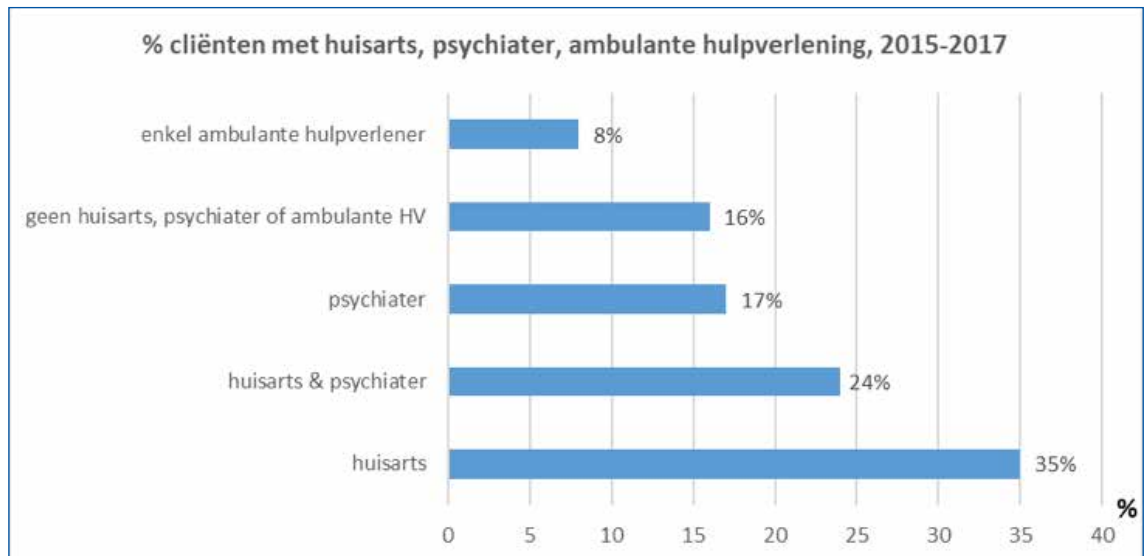
Vanuit de cijfers van het mobiele crisis team van HERMESplus kunnen we vaststellen dat de familieleden of personen uit de directe omgeving van de persoon, de belangrijkste groep is die beroep doet op deze activiteit.

Kenmerkend voor de groep personen die werden bezocht (N= 800) is, dat 75 % van deze personen een huisarts en/of een psychiater heeft, dat 60% bekend is in de residentiële psychiatrische zorg, waarbij voor de helft van de personen geldt dat hun laatste ziekenhuisopname in de loop van de voorbije 6 maanden plaats vond.

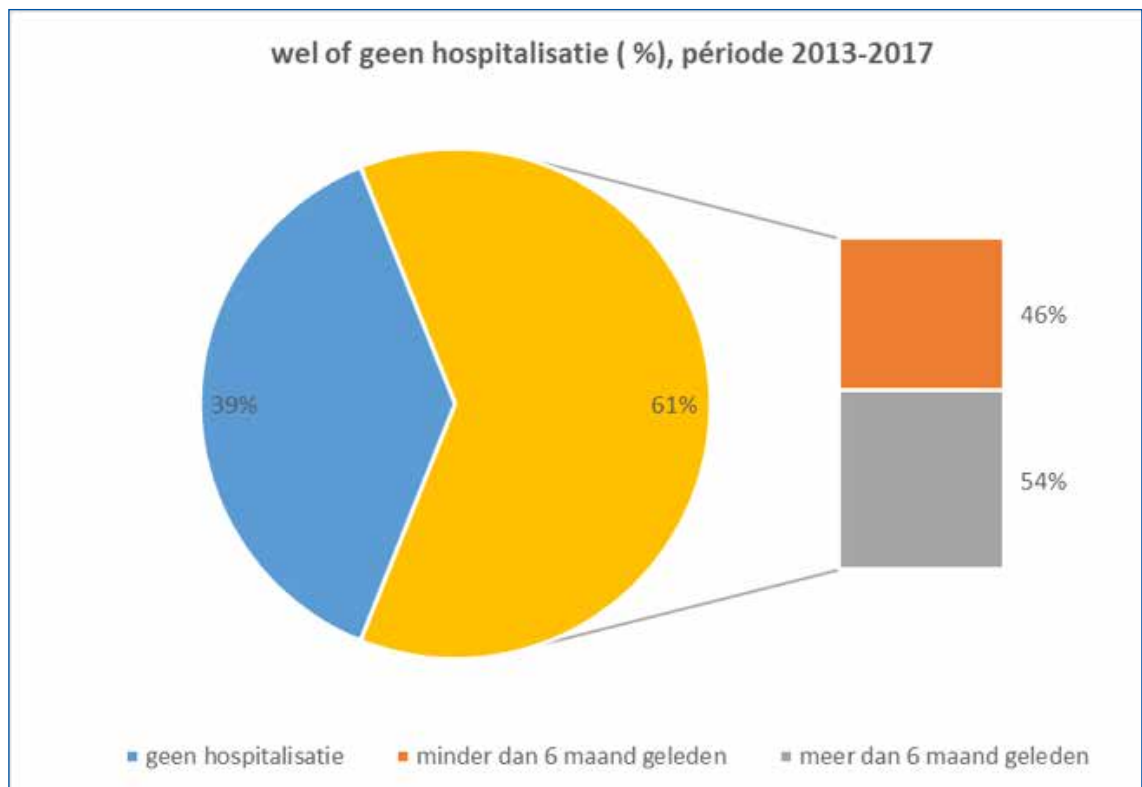
TABEL 1



TABEL 2



TABEL 3



## 2. CONCLUSIE

Voor HERMESplus betekent dit dat - naast de mogelijke patiënt-gerelateerde aspecten - vooral de aansluitende langdurige ambulante zorg is, die onvoldoende georganiseerd verloopt.

Hierbij spelen meerdere factoren een rol. De capaciteit van de dienst die de verdere zorg opneemt, de complexiteit van de problematiek, het ontbreken van ervaring en methodiek, onderlinge communicatie, onderschatting van de probleemgebieden, beperkte visie op het rehabilitatieproces en integratie in het maatschappelijk weefsel, ...

## 3. KENMERKEN VAN DE LANGDURIGE ZORG

Ambulante gemeenschapsgerichte langdurige zorg biedt zoveel mogelijk hulpverlening en zorg aan, in en met de directe omgeving van de persoon.

Hulp en ondersteuning gebeurt door gebruik te maken van de mogelijkheden die in de buurt beschikbaar zijn. Een goede kennis van de sociale kaart en regelmatige interactie met die actoren is daarbij een belangrijk hulpmiddel. Het pleit voor hulpverlening die gebaseerd is op het bestaande aanbod van de wijk en van de buurt. Ze dient dan ook lokaal te worden gerealiseerd.

Intense samenwerking op het lokaal vlak met 0-de en 1ste lijn-diensten is hierbij aangewezen. Langdurige zorg die ambulant wordt geboden streeft een aantal kwaliteitscriteria na. Die zijn nodig wil deze zorg ook effectief werkzaam zijn.

Deze elementen moeten bijdragen tot een algemeen welbevinden van de persoon, en focussen op de verschillende levensdomeinen van de persoon.

Het betreft de volgende kenmerken:

- multidisciplinair en meerdere hulpverleners zijn betrokken gezien de problemen op de verschillende levensdomeinen
- gedeelde zorg die gecoördineerd verloopt
- pro-actief
- zo lang als nodig zonder opgelegde tijdslimiet
- voldoende kunnen omgaan met crisissituaties
- de persoon heeft invloed op de zorg
- gedeeld coherent opvolgsysteem
- vlotte instroom is georganiseerd (geen wachtlijsten, geen langdurige intakes,...)
- mobiel en ambulant leidt niet tot het immobiel maken van patiënt
- behoedzaam zijn voor dropout

Wat het aanvullend gespecialiseerd aanbod betreft, blijft het aangewezen en nodig dat personen zich blijven verplaatsen voor een meer gespecialiseerd aanbod dat niet aangeboden wordt in de onmiddellijke omgeving.

Wat het aanvullend gespecialiseerd aanbod betreft, blijft het aangewezen en nodig dat personen zich blijven verplaatsen voor een meer gespecialiseerd aanbod dat niet aangeboden wordt in de onmiddellijke omgeving.

Vrijheid in de keuze is hierbij gegarandeerd.

Deze uitgangspunten vormen dan ook de argumenten voor de verdere beleidskeuzes voor de functie 2, het decentraliseren van de zorg, het verbeteren van de mobiliteit, het focussen op rehabilitatie en inclusieprocessen (tewerkstelling, activering en vrijwilligerswerk, wijkwerking)

## 4. DECENTRALISEREN VAN DE LANGDURIGE ZORG

### 4.1 Noden en behoeften

De noden en behoeften zijn ongelijk verdeeld over het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Zowel het aantal inwoners per wijk of gemeente (tabel 3) als de sociaal-economische status verschillen onderling sterk tussen gemeenten en wijken. Illustratief hierbij is de mate waarin bewoners hun gezondheidstoestand inschatten (zie tabel 4).

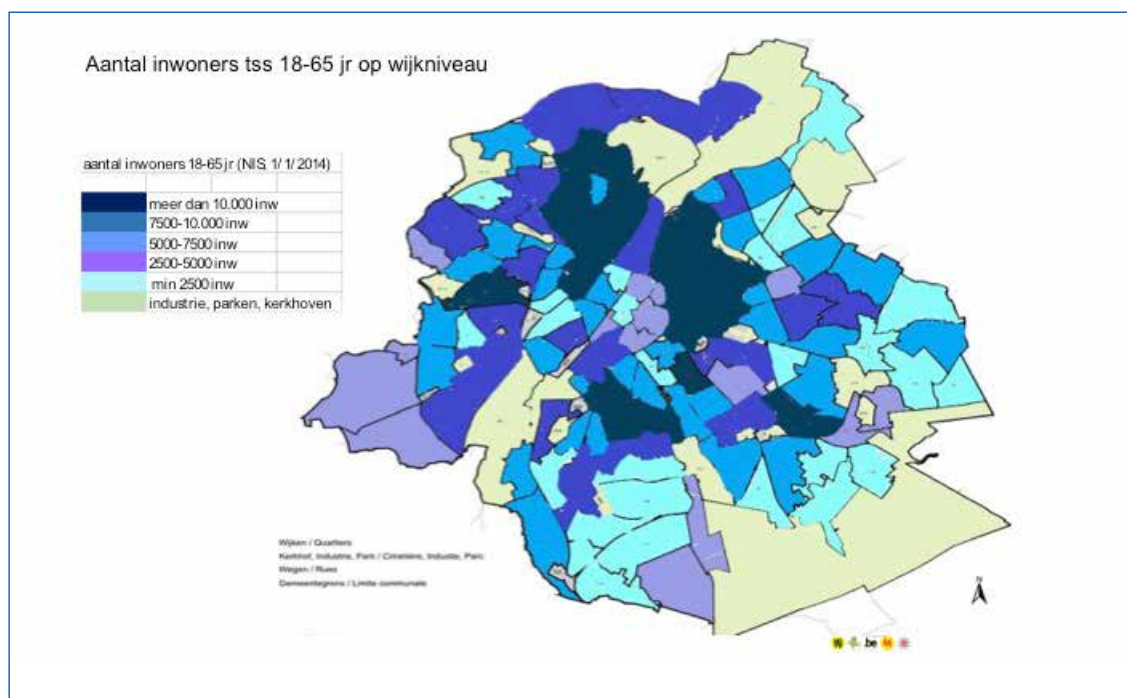
Tevens zijn er grote culturele verschillen tussen de diverse wijken waarmee rekening dient te worden gehouden om te komen tot zorg en geaccepteerde voorstellen en interventies.

Het is een uitdaging voor de gemeenschapsgerichte zorg om in functie van de lokale specifieke situatie met deze elementen rekening te houden, en de werkvorm hierop af te stemmen.

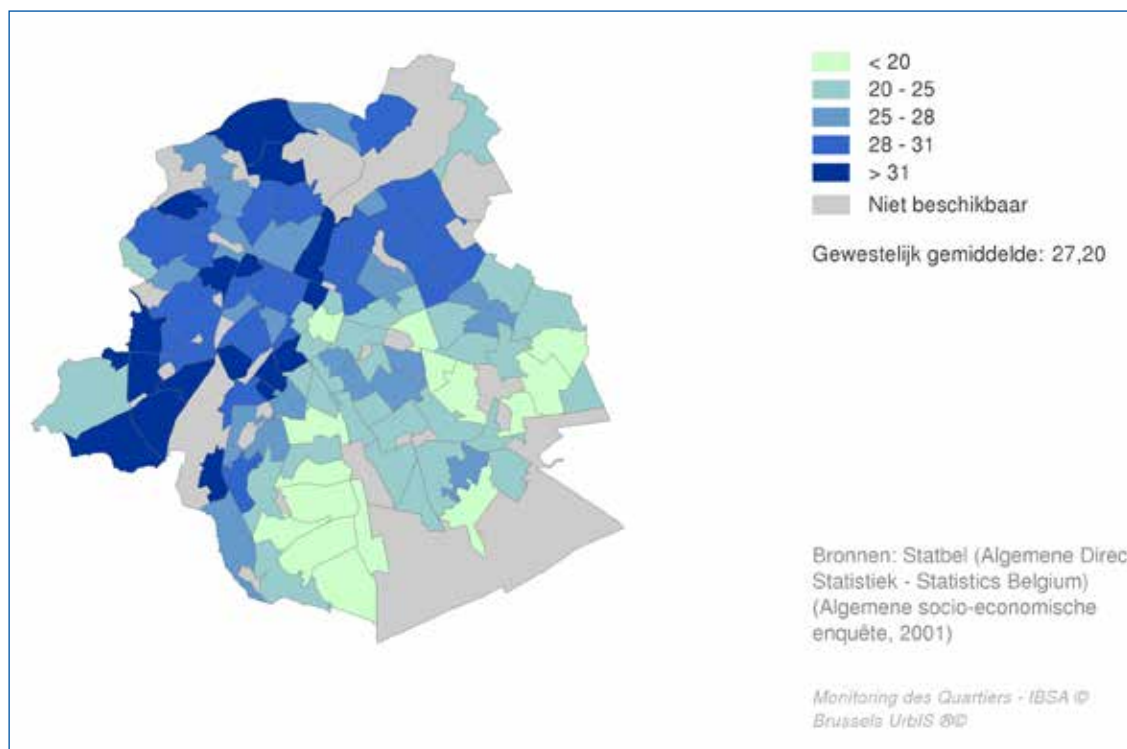
De wijze waarop het plaatselijk aanbod voor langdurige zorg hiermee rekening houdt zal dus verschillen van werkingsgebied tot werkingsgebied.

Het is ook een argument om het mobiel zorgaanbod voldoende fijnmazig te maken.

**TABEL 4**



**TABEL 5 Aandeel van de bevolking die verklaart niet in goede gezondheid te verkeren 2001 (%)**



#### 4.2 Verbeteren van de mobiliteit

Mobiliteit in de zorg is een belangrijk kenmerk in de zorgrelatie met personen die leiden aan een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) die thuis verblijven. Anderzijds moet dit selectief ingezet worden voor die personen waarvoor dit nodig en dus aangewezen is. Tevens moeten we erop toezien dat het niet leidt tot het immobiel maken van de persoon.

Om deze mobiele zorg ook efficiënt te houden - is het aangewezen om tot een werkingsmodel te komen waarbij de reistijd van mobiele hulpverleners beperkt wordt. De actieradius van mobiele zorg is beperkt en eerder klein.

In dit voorstel is het de ambitie om niet alleen nieuw gesubsidieerde hulpverleners mobiel in te zetten, maar ook andere hulpverleners of dienstverlenende organisaties mobieler in te zetten. De huidige dynamiek rond de "mobiele teams" kan daardoor gebruikt worden om ook andere hulpverleners mobieler te maken.

#### 4.3 Focus op op rehabilitatie en inclusieprocessen

Harde grenzen van een zorgaanbod in een stad aanbrengen is niet mogelijk en onnodig.

We zoeken naar een werkbaar grote wat betreft zowel het aantal inwoners, de complexiteit van de plaatselijke bevolking en de reële oppervlakte van het werkingsgebied. Deze elementen hebben rechtstreeks invloed op zowel de kennis van de sociale kaart, de plaatselijke samenwerking en contacten met andere actoren en het beperken van de reistijden. Deze element bepalen mee de haalbaarheid van een gemeenschapsgericht zorgmodel.

Samenwerking wordt gefaciliteerd door persoonlijke relaties die bestaan tussen personen die actief zijn in verschillende organisaties. Deze contacten moeten sector-overschrijdend zijn en aansluiting hebben met gemeentelijke instanties wil ze bijdragen tot integratie en participatie. Binnen een concept van wijkontwikkeling dienen deze contacten ondersteund en gefaciliteerd worden.

Hierbij dient de aandacht te worden gericht op het inzetten van steunsystemen die focussen op werk, huisvesting en contact.

De psychiatrische zorg kan dit - zich louter zich baserend op de eigen middelen en mogelijkheden - niet realiseren.

## 5. CONCRETISERING

### 5.1 Het bestaande aanbod

Momenteel zijn er meerdere actoren die langdurige zorg aanbieden.

De centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Naast enkele privé-initiatieven zijn er ook door de FOD en door de BICO - erkende en gesubsidieerde initiatieven. Daarnaast behoort deze activiteit tot de opdracht van zowel de Vlaams erkende, de CoCoF-erkende als de bico- erkende centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Dit aanbod is echter te weinig ontwikkeld en te weinig beschikbaar over het ganse werkingsgebied van het netwerk. HERMESplus wil dan ook ervoor ijveren dat de bijkomende middelen op een manier worden ingezet dat een historisch misgroeide situatie gecorrigeerd wordt.

Een belangrijke aspect dat in de organisatie van de psychiatrische zorg dikwijls over het hoofd wordt gezien, is dat huisartsen - al dan niet gegroepeerd in een medisch huis - in belangrijke mate impliciet of expliciet betrokken zijn in de zorg voor de personen met ernstige psychiatrische problemen. Onder de patiënten die door hen gevolgd worden is een belangrijk deel niet meer - of nog zeer gedeeltelijk - in contact met psychiatrische hulpverlening. (cfr tabel 1). Deze personen hebben dikwijls gebroken met de institutionele zorg, zonder daarom helemaal zorgvermijdend te zijn.

Deze vaststelling werd ook gedaan in het Therapeutisch Project HERMES, waarbij in het eerste jaar 96 % van de gebruikers geen contact meer had met een psychiater, wel werden aangemeld door de eerste lijn, een psychiatrische diagnose hadden, en waarbij ze langdurige contacten hadden gehad met de residentiële psychiatrie. Deze laatste contacten waren echter afgebroken.

Het inzetten van bijkomend personeel voor de langdurige gemeenschapsgerichte zorg door de uitbreiding van de bestaande hulpverlening, leidt tot een gedeeltelijke correctie van de huidige situatie.

## 6. MOBIELE TEAMS

### 6.1 Uitgangspunten van de Inter Ministeriële Conferentie

In de nota over de afbakening van werkingsgebieden GGZ worden voor de zoektocht naar de kritische omvang van een werkingsgebied enkele belangrijke elementen aangestipt onder meer (p. 6-7 van de nota goedgekeurd door het ICM):

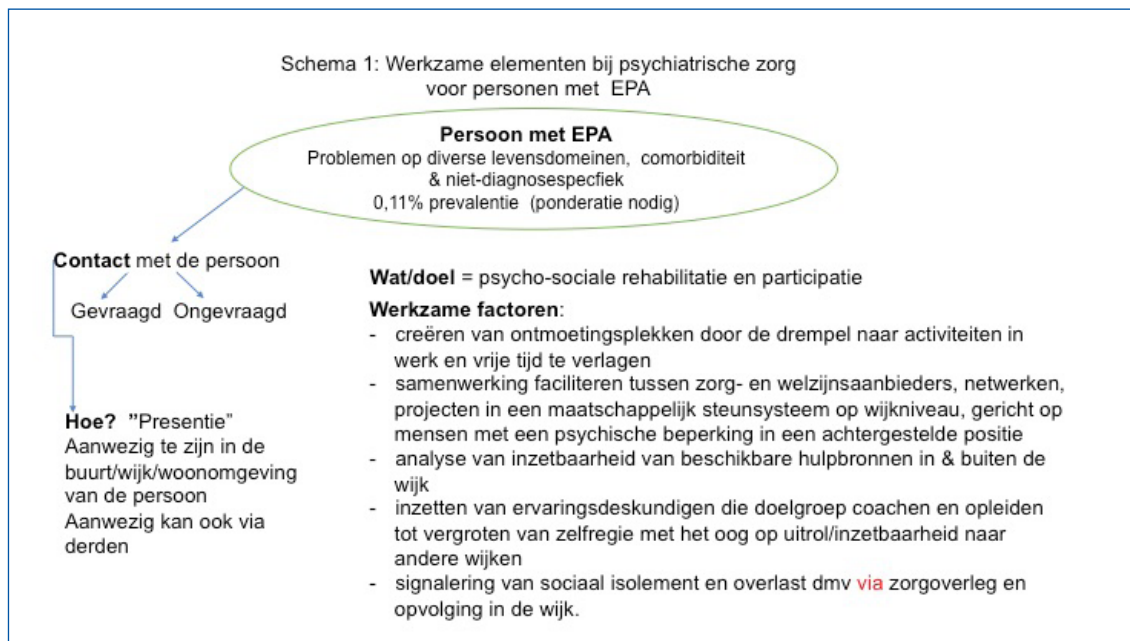
- Dat men rekening moet houden met de sociologische-culturele banden van de bevolking binnen een bepaald gebied in relatie tot de zorgaanbieders binnen dit gebied;
- Dat het sociaal-economisch niveau relevant is om de gebieden met een sterkere concentratie achtergestelde personen te identificeren, waarin men een grotere concentratie van marginale personen met een hoog risico op psychiatrische problemen vaststelt (ponderatie 0,11% EPA prevalentie);
- Dat men bij de afbakening rekening moet houden met de verplaatsingstijd en dit zowel voor de patiënt als voor de zorgverleners. Het conceptueel schema van het werkingsgebied van de focusgroep Psytoyens uitgewerkt in kader van Fusion Liège is een interessante methode (zie bijlage 1 in de nota).
- Dit conceptueel schema legt meteen de link naar de al of niet aanwezige of beschikbare hulpbronnen in de omgeving van de persoon met EPA om de opdrachtomschrijving van een 2B-functie te realiseren (zie hierna).

### 6.2 Deze elementen gecombineerd met andere bronnen:

- De opdrachtomschrijving van een 2B team voor langdurige psychiatrische zorg waarbij “behandelen” gericht op herstel, rehabilitatie en screening van het netwerk van personen met EPA (= zowel het netwerk zorg als sociaal netwerk). - met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)(zie pagina 1 opdrachten van een mobiel team synthesesnota werkgroep mobiele teams). Doelstelling van langdurige zorg is dus niet alleen stabilisatie maar ook psycho-sociale rehabilitatie of mensen laten participeren aan de maatschappij. In de opdrachtomschrijving van het 2B team spreekt men van bruggenbouwers naar zowel de formele als informele zorg, met een coördinerende rol binnen het netwerk om tot een optimale samenwerking van de verschillende partners rond de cliënt te komen. (idem synthesesnota p.1).
- Wat we weten via onderzoek, literatuur en praktijkervaringen dat mensen met EPA heel wat moeilijkheden ondervinden met zelfstandig functioneren in de maatschappij. Weinigen vinden aansluiting bij reguliere voorzieningen, hebben een beperkt sociaal netwerk of leven in isolement en eenzaamheid. Ze beschikken over beperkingen in sociale vaardigheden, veroorzaken soms overlast door niet aanvaard - agressief gedrag of een tekort aan (woon)hygiëne en willen soms ook geen contact met anderen of hulpverleners. Mensen uit hun buurt, de wijk of dienstverleners weten vaak niet goed hoe met hun om te gaan, waardoor vermijdings- en uitstotingsmechanismen in werking treden.
- Onderzoek over naar wat werkt en effectief is op langere termijn bij personen met EPA is rehabilitatie en mee te participeren in de maatschappij. Dit impliceert contacten met andere buurtbewoners en burgers in de maatschappij en dienstverleners, zowel op formeel en informeel vlak. Bevorderen van sociale samenhang, activeren van (in)formele steun en aanspreken en mobiliseren van hulpbronnen in de buurt/wijk worden als werkzame factoren bij effectonderzoek.

Dit wordt omschreven als “integrale geestelijke gezondheidszorg” of “community Based Mental Health Care (Movisie - kennis en aanpak van sociale vraagstukken, Trimbosinstituut). “Aanwezigheid” in de omgeving/ buurt/ wijk van de persoon met EPA vanuit een 2B-team is dus een cruciale factor. Deze “aanwezigheid” wordt ingevuld in samenwerking/ netwerking met andere instanties die reeds werkzaam zijn in de buurt/ wijk. Het conceptueel schema van Psytoyens is een goed instrument voor de analyse van de beschikbare hulpbronnen in de omgeving van de persoon.

Samengevat zie schema 1 wat is effectief bij psychiatrische zorg voor personen met EPA (bron = HERMESplus)



### 6.3 Concreet

Momenteel schat de overheid het aandeel van personen met ernstige psychiatrische problematiek op 0,11 % van de bevolking.

Dit cijfer is een onderschatting, maar de theoretische bestaafing voor mobiele zorg is op dit cijfer gebaseerd. Het IMC stelt daarom voor om voor een schaal van 150.000 inwoners 9 VTE nodig te hebben om een mobiel team 2B te organiseren.

Per voltijdse functie wordt er gedacht aan een caseload van 18 personen. Deze cijfers houden geen rekening met de verschillen die bestaan rond de mate waarin de zorgnood verschilt per wijk of gemeente.

Een ponderatie in functie van sociaal-economische factoren die de wijk kenmerken, blijft hierbij noodzakelijk. We beschikken niet over onderzoeksgegevens rond de verschillen in ernst en frequentie van de EPA problematiek in de verschillende gemeenten in Brussel.

Wetenschappelijke studies uit het buitenland, geven indicatie dat dit verschil tussen zwaar getroffen wijken, en niet getroffen wijken, kan verschillen tot een factor 6.



Toegepast op het gewest :

Toegepast op de bevolkingscijfers per gemeente geeft dit de volgende theoretische verdeling:

1/1/2017 (NIS)	18-64 jaar	0,11% prevalentie nota CIM	n VTE/ 18 à 20 caseload	Unmet need SM 6,21% (Thornicroft 2013) *
Brussel	115 020	126,52	7,0	7142,74
Schaarbeek	85 952	94,55	5,3	5337,62
Anderlecht	72 294	79,52	4,4	4489,46
Elsene	63 523	69,88	3,9	3944,78
Sint-Jans-Molenbeek	57 595	63,35	3,5	3576,65
Ukkel	50 035	55,04	3,1	3107,17
Sint-Gillis	36 031	39,63	2,2	2237,53
Vorst	35 634	39,20	2,2	2212,87
Sint-Lambrechts-Woluwe	34 909	38,40	2,1	2167,85
Etterbeek	33 526	36,88	2,0	2081,96
Jette	31 614	34,78	1,9	1963,23
Sint-Pieters-Woluwe	24 593	27,05	1,5	1527,23
Evere	24 357	26,79	1,5	1512,57
Oudergem	20 819	22,90	1,3	1292,86
Sint-Joost-ten-Node	18 308	20,14	1,1	1136,93
Sint-Agatha-Berchem	14 745	16,22	0,9	915,66
Watermaal-Bosvoorde	14 731	16,20	0,9	914,80
Ganshoren	14 502	15,95	0,9	900,57
Koekelberg	13 230	14,55	0,8	821,58
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	<b>761 418</b>	<b>837,56</b>	<b>47</b>	<b>47284,06</b>

Voorstelling op kaart:

Aantal VTE mobiel team 2B  
per gemeente volgens criteria  
IMC/administratie FOD  
Volksgezondheid



## 7. VOORSTEL VOOR DE ONTWIKKELING VAN DE MOBIELE FUNCTIE LANGDURIGE ZORG IN HET GEWEST

### 7.1 De mobiliteit van bestaande diensten verhogen en het efficiënt inzetten van beschikbare personeelsmiddelen

HERMESplus stelt voor om een stap verder te gaan dan het nieuw creëren van mobiele teams, en bijkomende middelen te inversteren in bestaande teams met de (bijkomende) opdracht meer - of verder - in te zetten voor het mobieler maken van de reeds geboden zorg.

Daarmee wordt onmiddellijk gebruik gemaakt van de ervaring van de bestaande teams, de reeds aanwezige competenties en aanwezige beroepsgroepen, de bestaande contacten en de bestaande faciliteiten van de organisatie die zich hierop inschrijft.

Het verspreiden van de bijkomende personen voor het organiseren van de mobiele functie, leidt niet tot het versnipperen van de functie "mobiele zorg". De ervaring met het project Eerste-Lijns-Psychologen (samenwerkingsverband tussen het CGG-Brussel en het Huis voor Gezondheid) waar 10 werknemers uit vier verschillende lokale werkingen 1 voltijdse functie delen, leidt niet tot versnippering van middelen, mits een regelmatig onderling overleg, een gemeenschappelijke registratie, vorming en intervisie. Daarnaast bevordert dit organisatie-model bij de verschillende deelnemende locaties, de aandacht en de gevoeligheid voor de ontwikkelde activiteit, in dit geval de samenwerking met de huisarts.

Ook in dit geval hebben de "gastorganisaties" verschillende interne culteren van werken, in functie van de wijk, en de context waardoor ze onderling variëren zonder de opdracht te verliezen.

In het voorstel van HERMESplus wordt er van uit gegaan dat deelnemende organisaties samen met HERMESplus garant staan voor de mobiele langdurige zorg, zowel wat betreft de kwaliteit van de zorg als voor de correcte besteding van de middelen.

Hierbij zal gewerkt worden vanuit een samenwerkingsverband tussen enkele organisaties die actief zijn in het werkgebied ambulante diensten (GGZ medische huizen, initiatieven voor

beschut wonen, ....). Het toevertrouwen aan een samenwerkingsverband van meerdere - van elkaar onafhankelijke organisaties - is hierbij een bijkomende garantie voor transparantie en wederzijdse controle op het realiseren van de opdracht.

De minimale samenstelling van het plaatselijk samenwerkingsverband, het werkgeverschap, de wederzijds engagementen,... zijn concretisering die binnen het netwerk collegiaal dienen te worden ontwikkeld.

Een experimentele periode voor een beperkt aantal werkingsgebieden zal de eerste fase zijn in het ontwikkelingsproces.

Bij voorkeur zal in de betrokken experimentele werkinggebieden - in samenwerking met plaatselijk actoren (sociale coördinaties, OCMW, opbouwwerk,...) - geïnvesteerd worden in wijkontwikkeling. Ondersteuning voor de selectie van de experimentele werkingsgebieden, zal gezocht worden bij Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

## 7.2 Schaalgrootte

In dit voorstel wordt vertrokken van de cijfers die voorgesteld worden door de Inter Ministeriële Conferentie.

De CIM vertrekt vanuit de keuze om op een schaal van 150.000 inwoners, 9 Voltijdse Eenheden (VTE) ter beschikking te hebben voor het bieden van langdurige zorg. Met een case-load van 18 personen per voltijdse functie betekent dit 162 begeleidingen die kunnen worden opgenomen op jaarbasis.

In het voorstel van HERMESplus zullen 9 voltijdse functies worden ingezet in 3 werkingsgebieden van +/- 50.000 inwoners. Hierbij worden 3 VTE worden ter beschikking geseld van het plaatselijk samenwerkingsverband functie 2B. Ponderatie - waarbij werkingsgebieden met lage socio-economische status recht hebben op meer beschikbare VTE's dan het theoretisch aantal - kan worden gerealiseerd als niet alle werkinggebieden de theoretisch beschikbare VTE's nodig hebben.

## 7.3 Stappenplan

Deze pilotowijken worden binnen het netwerk HERMESplus/107 gefaseerd gekozen in functie van overdraagbaarheid van ervaringen naar andere wijken en de organisatiewijze/invulling van het aanvullend aanbod van psychiatrische zorg 2B. Vervolgens volgen we het stappenplan van een gezonde wijk aanpak zoals gedefinieerd door de WHO gezonde stedenconcept.

1. breng de pilotowijk integraal in beeld (wijkdiagnose/foto,...)
2. kies prioriteiten en doelen vanuit een gezamenlijke visie samen met bewoners
3. maak een plan van samenwerkingsafspraken en een mix van (erkende) interventies
4. voer de interventies en of maatregelen in samenhang uit
5. monitor en evalueer het proces en de uitkomst.