

### Inleiding

Het netwerk Diletti heeft hard gewerkt aan de voorbereiding van een volgende fase van het 107 project, de zgn. tweede golf. Tijdens de 4 beleidsdagen van 2017 werd met alle betrokken partijen nagedacht over enerzijds de verdere ontwikkeling van de (klinische) functies en van de onderlinge intersectorale samenwerking, en anderzijds over de organisatie en de governance van het netwerk. Er werd ook gesproken over de besluiten van de IMC en over de implicaties ervan voor ons netwerk Diletti. De beleidsdagen hebben geleid tot een aantal krijtlijnen voor de toekomst van ons netwerk en tot 6 verder te concretiseren beleidslijnen. We houden eraan om die ontwikkeling te schetsen tegen de achtergrond van onze historiek, omdat die bepalend is voor de keuzes die we maken.

### Historiek

Artikel 107 van de ziekenhuiswet is ondertussen bekend als de financieringstechniek die ons toelaat om met behoud van BFM een aantal bedden buiten gebruik te stellen en de daaraan gekoppelde middelen in te zetten in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), i.e. in de vermaatschappelijking van zorg. In 2012 zijn de eerste netwerken hiermee van start gegaan. De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg wordt er vormgegeven in 5 functies.

Het netwerk Leuven-Tervuren -- i.e. de regio Vlaams-Brabant-Oost+Tervuren -- ondertussen omgedoopt tot het netwerk Diletti, was het eerste netwerk in Vlaanderen om met deze vermaatschappelijkingsbeweging van start te gaan, met medewerking van 34 organisaties en voorzieningen, en met 2 promotoren: Z.Org KU Leuven (+SAD) & Broeders van Liefde. De regio werd verder opgedeeld in 5 operationele regio's. Er werd een beleidsgroep en een projectgroep opgericht, en 5 fora voor de ontwikkeling van de 5 verschillende functies in het netwerk. Elke subregio kreeg ook een operationeel coördinator, en het netwerk werd gecoördineerd door 2 halftime netwerkcoördinatoren.

Aan het netwerk werden werkingsmiddelen toegekend. Er was 100.000€ ter beschikking voor de financiering van de coördinatoren, 300.000€ voor de financiering van de medische functie in het netwerk en 400.000€ werkingsmiddelen voor de netwerkfuncties. De werkingsmiddelen werden ter beschikking gesteld voor de duur van het project, i.e. voor de eerste 3 jaar van het proefproject.

In de regio Vlaams-Brabant-Oost waren op 1 januari 2017 120 bedden buiten gebruik gesteld. Conform deze buiten gebruikstelling moesten er 41,23 VTE personeel ter beschikking gesteld worden van het netwerk (norm en boven-norm personeel). De facto zetten de verschillende voorzieningen méér (norm)personeel in het netwerk in dan het equivalente aantal van de buiten gebruik stelling: er werden alles samen 69 voltijds equivalenten in het netwerk ingezet, exclusief de coördinatoren. Een deel van die extra mandaten werd gefinancierd vanuit de werkingsmiddelen.

Het grootste deel van de medewerkers werd ingezet voor de realisatie van functie 2a (mobiel crisisteam) met 11 VTE en van functie 2b ( mobiel outreach team en mobiel functie 3) met 58 VTE. Gaandeweg kregen ook de andere functies in het netwerk meer vorm. De netwerkpartners maakten verder samenwerkingsafspraken voor de realisatie van functie 1,3 en 5. De ziekenhuisfunctie (functie 4) bleef lange tijd relatief ongewijzigd, al werd de interne werking ervan wel heel erg beïnvloed door de vermaatschappelijking zelf. Chronisch zieke personen werden minder gehospitaliseerd en hun verblijf in het ziekenhuis duurde gemiddeld minder lang. Tegelijk bracht de ambulantisering van de zorg met zich mee dat enkel deze patiënten in het ziekenhuis worden opgenomen die in diepe crisis zijn waarvoor opname in residentiële setting aangewezen is. Deze ontwikkeling zorgde voor een concentratie van zwaar zieke personen met hoog risico-houdend profiel op een zelfde moment in het ziekenhuis ("indikking"), met directe gevolgen voor de zorgzwaarte op de betrokken afdelingen. Bovenop de zorg voor een grotere concentratie aan risico-houdende profielen in het ziekenhuis, zorgt ook de intensifiëring van de

zorgprogramma's voor bijkomende belasting van de medewerkers. De huidige normgebonden omkadering in de ziekenhuizen staat door deze "indikking" en "intensifiëring" sterk onder druk.

Tegelijk met de vermaatschappelijking van zorg deed ook het concept van herstelgericht werken zijn intrede in de hervorming. Deze ontwikkeling zorgt in alle geledingen voor een belangrijke omwenteling in de relatie tussen zorgprofessionals en hun cliënten/patiënten. In een inclusief beleid wordt de zorgprofessional partner/coach in het herstelproces van de patiënt. De inzet van ervaringsdeskundigen is in deze een manier om deze ontwikkeling te faciliteren en te versterken.

In 2015 werd de proefperiode van het project afgerond met een evaluatieronde van de netwerken door de betrokken overheden. De diverse projecten werden overall positief geëvalueerd. De positieve evaluatie was vooral gebaseerd op een beschrijvend verslag van de projecten, in mindere mate op objectiveerbare gegevens. Tegelijk met de afronding van de proefperiode werden de werkmiddelen van de netwerken stopgezet. Er werd een oproep aan de netwerken gedaan om een plan uit te werken voor de volgende fase van de vermaatschappelijking van zorg. Dat plan moest omschrijven hoe de (net)werking, ook zonder de bijkomende werkmiddelen zou worden verdergezet en ontwikkeld..

De oproep van eind 2015 werd in 2016 beantwoord met de algemene ambities van ons netwerk. De concretisering ervan werd conditioneel gemaakt aan enkele belangrijke randvoorwaarden, door de overheid te voorzien. Die randvoorwaarden gingen vooral over juridische en financiële garanties voor de voorzieningen die zich verregaand in het project hadden geëngageerd. Er werd tevens duidelijkheid gevraagd over de afbakening van de regio's, de samenstelling en de grootte van de mobiele teams, de opdracht van de mobiele teams, de financiering van de psychiaters, de financiële garanties voor de ziekenhuizen bij verdere buiten gebruik stelling en sociaal-juridische garanties voor het personeel dat ter beschikking gesteld wordt van het netwerk, ...

Als gevolg hiervan besloot de overheid om in 2016 enkele werkgroepen op te richten om een duidelijk kader te beschrijven voor bovenstaande vragen. Er werd voorrang gegeven aan de werkgroepen m.b.t. de afbakening van de werkingsgebieden, de samenstelling en de werking van de mobiele teams en de financiering van de psychiaters. Deze werkgroepen hebben eind 2017 hun adviesnota voorgelegd aan de sector en aan de overheden. Deze werden op de IMC van 20 november 2017 bekrachtigd. Het IMC heeft in diezelfde vergadering van november 2017 de contouren bepaald voor de verdere ontwikkeling van het project 107, inclusief de implicaties per netwerk. De besluiten specifiek voor ons netwerk werden verder samengevat in een schrijven dat gericht werd aan de coördinatoren van het netwerk Diletti (Vlaams-Brabant Oost).

Kort samengevat komen de besluiten hierop neer:

- Het werkingsgebied van Diletti blijft ongewijzigd cfr het oorspronkelijke werkingsgebied 2012
- Het netwerk Diletti wordt gezien het inwonersaantal van zijn werkingsgebied geacht om minstens 50 VTE in te zetten in mobiele teams (2A en 2B teams samengeteld). Diletti is één van de weinige netwerken die het vooropgestelde quotum al ruim heeft behaald.
- Onze regio moet tegen 2019 beschikken over 2,4 mobiele equipes 2A (bestaande uit 28,8 VTE) daar waar er nu één mobiel crisisteam is van 11 VTE.
- Er is een formule uitgewerkt voor de financiering van de medische functie in het project 107

Tot slot van de historiek wensen we te benadrukken dat een belangrijk deel van de Vlaams-Brabantse beddenscapaciteit een supra-regionale functie dient, die meestal samenhangt met specifieke expertise en/of top-specialistische zorg: eetstoornissen, verslavingszorg, psychozorg, persoonlijkheidsstoornissen, ECT, OCS, forensische zorg, autisme, somatoforme stoornissen en CVS, moeder en kindzorg... Bovendien werden in het UPC Sint-Kamillus in Bierbeek 30 bedden geüpgrade voor een long-stay afdeling in het kader van het meerjarenplan internering, en werden er 32 erkende bedden geüpgrade in het kader van het federale masterplan internering. Om de inzet van de extra-mandaten, die tot 2016 gefinancierd werden vanuit de extra werkmiddelen te bestendigen, werden in UPC KU Leuven nog eens 32 bedden buiten gebruik gesteld.

De psychiatrische ziekenhuizen van het werkingsgebied Vlaams-Brabant Oost hebben m.a.w., naast hun supra-regionale opdracht, op korte termijn, 214 bedden anders bestemd, hetzij voor het project 107, hetzij voor het forensische project.

## Diletti 2018 e.v. ...

Vanuit de bovenstaande historiek ziet het netwerk Diletti volgende krijtlijnen voor de toekomst van ons netwerk en verder te concretiseren in 6 beleidslijnen

### 1. Uitwerking van een crisisplan voor de regio

Conform het advies van de overheid, en hoewel de overheid dit niet als een eis formuleert, lijkt het voor ons netwerk zeker aangewezen om een sterke uitbreiding van de 2A crisiswerking te realiseren. Deze uitbreiding wensen wij te kaderen in een breder plan dat de ambitie heeft om op een meer comprehensieve manier de GGZ-crisissen in de regio op te vangen.

De mogelijke scenario's voor de uitbreiding 2A worden in de komende maanden verder uitgewerkt. Er zijn momenteel verschillende scenario's die geëxploreerd worden. Een voorstel is om gekoppeld aan de verschillende spoedgevallendiensten in de regio (H. Hart Leuven, AZ Diest, AZ Tienen) een 2A hub te voorzien, die naar analogie met en gecoördineerd door het bestaande 2A team, nauw samenwerken met de Spoedgevallendienst van UZ Leuven. Een ander voorstel kan zijn om het bestaande team uit te breiden, al dan niet verankerd in de lokale spoedgevallendiensten. Andere scenario's die het midden houden tussen beide bovenstaande scenario's zullen mee in overweging genomen worden.

#### Eerste concretisering

Crisisopvang in de regio VBO werkt naar het model van het huidige mobiel crisisteam, in een directe verbinding met de spoedgevallendienst van het UZ Leuven, de epsi-unit en de crisisinterventie unit. Verbonden aan de huidige werking worden er twee bijkomende 'hubs' opgericht: één in verbinding met de spoedgevallendienst van AZ Diest, één in verbinding met de spoedgevallendienst van het RZ Tienen. AZ Diest werkt hiervoor samen met PC Sint-Annendael Diest RZ Tienen met de eigen PAAZ afdeling en met de Alexianen Zorggroep Tienen.

Tussen de betrokken partners wordt een werkingsprotocol afgesproken. Basiselementen hiervan zijn een centrale aanmelding, centrale registratie, een gemeenschappelijk werkingsmodel en een gemeenschappelijke verwijsstrategie.

In eerste instantie zullen deze hubs bestaan uit 4 à 5 VTE per hub. In functie van de noden van de betreffende regio kunnen zij eventueel verder worden uitgebreid.

Een optimale organisatie van crisiszorg in een regio gebeurt door de realisatie van een aantal componenten van zorg van waaruit een getrappt zorgsysteem kan worden ontwikkeld dat garant staat voor (1) het aanbod van adequate zorg/behandeling op maat voor de patiënt en zijn omgeving (microniveau), (2) continuïteit van zorg door het feit dat patiënt naadloos van één component naar een andere component kan 'bewegen' (mesoniveau) en (3) de focus op een eenduidig beleid inzake crisisbehandeling in de regio conform de geldende standaarden van crisisbehandeling (macroniveau). Voor de realisatie hiervan zijn in een regio 4 componenten centraal in het zogenaamde 'zorgpad crisis' ("ZP Crisis"): de spoedgevallendienst, de EPSI-unit, het 2A-team (of mobiel crisisteam – MCT – inclusief een hub-systeem) en een crisisraadpleging. Deze vier componenten zijn beleidsmatig, organisationeel en klinisch met mekaar verbonden. Op deze wijze kan een regio tegemoet komen aan de hoge vraag aan (urgente) crisiszorg voor patiënten.

Binnen deze constellatie staat de algemene spoedgevallendienst centraal, omwille van de grootste instroom aan patiënten. Het model bestaat organisationeel uit een getrappt zorgsysteem waarbij de urgentiearts in regel contact legt met het MCT vanuit het principe dat opnamevermijndend werken in geval van de crisis de eerste optie moet zijn voor de patiënt ("thuis als het kan, ambulantly als het niet thuis kan, opname bij noodzaak"). De behandeling van de cliënt kan gebeuren middels MCT die, desgewenst, en beperkt in tijd, de patiënt verder opvolgen in zijn thuisomgeving. In een later stadium (indien aangewezen) de patiënt verder dient behandeld te worden kan door het MCT een verwijzing gebeuren naar professionele hulpverlening op de eerste lijn, ambulantly op raadpleging (ZH, CGG, ...), dagopname of meer intensieve behandelvormen. Indien het Mobiel Crisisteam van de beide hubs 's nachts of tijdens weekends niet beschikbaar is, kan de urgentiearts beroep doen op het MCT in het UPC KU Leuven dat 24/24 en 7/7 bereikbaar is. Indien hospitalisatie vereist is, kan het MCT ook in het weekend beroep doen op de acute opname-afdelingen van de regio, de EPSI unit, of in uitzonderlijke gevallen op de afdeling met de HIC functie (cf. plan intensifiëring).

### Organisatie van de crisiszorg in Diletti

In het kader van bovenstaande visie, willen we in Diletti volgende zaken realiseren:

- Een **centraal aanmeldingspunt**, wat de verwijzing naar het MCT voor verwijzers vereenvoudigt;
- Een **centrale gestandaardiseerde en geüniformiseerde registratie van klinische data**, zodat een goed overzicht bewaard blijft over de crisisaanmeldingen in de regio. Dit komt de patiënt ten goede, omdat het toelaat naar zorgcontinuïteit te streven bij iemand die zich met een acute hulpvraag op verschillende plekken aanmeldt. Het laat ook toe om minimale epidemiologische gegevens, klinische gegevens en zorgpaden te verzamelen, die verdere gerichte bijsturingen qua mankracht en inhoudelijke werking van de MCT werking mogelijk maken.
- Een **gemeenschappelijk werkingsmodel**: De indicatiestelling voor het MCT, het aantal huisbezoeken, de duur van de opvolging, de gebruikte psychometrische instrumenten, worden zoveel mogelijk op elkaar afgestemd, wat toelaat om een kwalitatief gelijkwaardige crisiszorg over de hele regio te garanderen.
- Alle interventies van het mobiel crisisteam zijn er op gericht op **maximalisatie van toeleiding naar reguliere zorg bij alle GGZ- partners**, uitgaande van een optimale subsidiariteit. Dit wil zeggen dat voor de meest voorkomende psychiatrische problemen (angst- en stemmingsstoornissen, relatief milde persoonlijkheidsmoeilijkheden, aanpassingsstoornissen, suïcidaliteit) de behandeling zo mogelijk zal worden verdergezet in de subregio, dicht bij de woonplaats van de patiënt en in nauw contact met de eerstelijns. Voor specifieke programma's (acute psychose, eetstoornissen, verslavingszorg, ...) hebben bepaalde centra een regiobrede functie, wat betekent dat de verschillende MCT teams cliënten daarheen oriënteren voor die specifieke indicatie. Hierover zullen tussen de partners van het netwerk specifieke afspraken worden gemaakt.
- een **directe verbinding tussen het Mobiel Crisisteam (MCT) en de spoedgevallendiensten**: dit is het model dat sinds jaren in de UZ Leuven wordt toegepast. De meeste psychiatrische urgenties melden zich aan via de Spoedgevallendienst. In de regio VBO wordt het aantal meldingen op spoedgevallendiensten geschat op ~4300 op jaarbasis. In UZ Leuven waren er in 2017 3185 meldingen met een acute psychiatrische vraag. Op een Spoedgevallendienst is psychische hulpverlening vaak moeilijk te organiseren en zeer beperkt. De vlotte beschikbaarheid van een MCT in de onmiddellijke nabijheid is dan een grote meerwaarde, zoals blijkt uit de Leuvense ervaring. Van de 510 patiënten die in 2017 werden behandeld in het MCT, waren er 270 aangemeld via de Spoedgevallendienst.

### Operationalisatie en praktische uitwerking

- Naast het bestaande MCT in UPC KU Leuven, worden er twee bijkomende MCT groepen ('hubs') opgericht: één in verbinding met de spoedgevallendienst van AZ Diest, één in verbinding met de spoedgevallendienst van het RZ Tienen. AZ Diest werkt hiervoor samen met PC Sint-Annendael Diest RZ Tienen met de eigen PAAZ afdeling en met de Alexianen Zorggroep Tienen. In eerste instantie zullen deze hubs bestaan uit 4 à 5 VTE per hub. In functie van de noden van de betreffende regio kunnen zij eventueel verder worden uitgebreid. Met deze capaciteit kunnen we een continue werking van het MCT garanderen van maandag tot zaterdag, tussen 8 en 20 uur. Op de andere uren wordt beroep gedaan op het MCT van UPC KU Leuven;
- Over de precieze samenwerking tussen de MCT, de urgentieartsen en andere artsen die nu op de Spoedgevallendiensten van AZ Diest en RZ Tienen de psychiatrische urgenties opvangen, zullen aparte procedures worden opgemaakt, naar analogie met de samenwerking die nu in het UZ Leuven bestaat tussen het MCT en de dienst Spoedgevallen;  
Het centrale aanmeldingspunt voor alle MCT meldingen door huisartsen van de regio Diletti bevindt zich bij het MCT van het UPC KU Leuven, zoals nu ook al het geval is. Bij melding van patiënten uit de subregio's Diest of Tienen wordt doorverwezen naar de MCT ter plaatse. Als dit gebeurt op een moment dat het MCT Diest en of Tienen niet beschikbaar is, dan neemt het MCT Leuven de acute zorg op zich, en verwijst door van zodra mogelijk;
- Wanneer vanuit de Spoedgevallendiensten van AZ Diest of RZ Tienen patiënten worden doorverwezen naar de lokale MCT hub wordt ook het centrale aanmeldpunt in UPC KU Leuven op de hoogte gebracht.

## 2. Inzetten op intensifiëring

Diletti zal gebruik maken van de mogelijkheid tot "intensifiëring van zorg", i.e. het bestaande personeel concentreren rond relatief minder bedden, met als doel beter zorg te dragen voor de meest kwetsbare, zorg-intensieve patiënten. In een overleg tussen het netwerk Diletti (G. Peeters, G. Rector, A. Vandeputte, S. Claes) met vertegenwoordigers van de overheid (M. Coture, H. Lecok) werd duidelijk dat de overheid openstaat voor voorstellen van ons netwerk in deze richting. Met name

zouden de oprichting een “High & Intensive Care” eenheid en de oprichting van een intensief dagbehandelingsaanbod kunnen passen in deze logica. Ook de omschakeling van residentiële naar semi-residentiële zorg, waarbij patiënten die nu langdurig opgenomen worden, begeleid worden via intensieve dagtherapie gekoppeld aan outreach, kan een formule voor intensifiëring van zorg zijn, evenals de verhoging van gespecialiseerde expertise voor bijzondere doelgroepen.

Een mechanisme van buiten gebruik stelling van bedden kan in dit scenario ‘intensifiëring’ worden behouden. Een formule voor de financiering van de psychiater in zo’n geïntensifieerde werking moet nog worden uitgewerkt en met de overheid worden onderhandeld.

### Eerste concretisering

In functie van de noden, hebben de Psychiatrische Centra **een aantal voorstellen voor intensifiëring** van hun werking geformuleerd.

**-HIC: van de “gesloten” afdeling naar de afdeling voor “psychiatrische intensieve zorgen”.**

#### *Visie en achtergrond*

De verstrekkers van GGZ en de overheid zijn het erover eens dat het terugdringen van dwangmaatregelen een belangrijke prioriteit is. We willen allen dat er op de meest humane manier gezorgd wordt voor de groep van de meest kwetsbare patiënten, met name mensen die verkeren in een acute, ernstige psychiatrische crisis. Hierbij is vaak sprake van controleverlies over het eigen denken, voelen en / of handelen, waardoor het risico op het toebrengen van schade aan zichzelf en / of anderen groot is. Het kan zowel gaan over patiënten die gedwongen opgenomen zijn met een beschermingsmaatregel conform de Wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke (26 juni 1990), werden als over patiënten mensen met een vrijwillig opnamestatuut.

Voor deze patiënten willen we ernaar streven een ‘holding en healing environment’ te creëren, niet langer in een te beheersmatige cultuur, maar in een herstel- en ontwikkelingsgericht kader, waarbij op zoek gegaan wordt naar zoveel als mogelijk alternatieven voor vrijheidsberovende maatregelen als afzondering - en fixatie.

Klinische zorg dient gebaseerd te zijn op ‘evidence based interventies’ en ‘best practices’. Denkmodellen en richtlijnen die hierbij gehanteerd worden m.b.t. intensieve psychiatrische zorgen, zijn onder andere het bio-psycho-sociaal model, het Safewards-model (L. Bowers), het Open Dialogue Model (J. Seikkula), het crisisontwikkelingsmodel met deëscalerend werken, gewelddoos verzet (H. Omer), verbindende en geweldloze communicatie (M.B. Rosenberg). ‘Being with the patient’ staat centraal: men is zoveel als mogelijk - en niet meer of minder dan de patiënt zelf wil – aanwezig bij hem of haar. Er bestaat een nauwe samenwerking met familie en andere betrokken naasten. Hoe kunnen we deze sfeer integreren in een meer beveiligde setting als een intensieve zorgen afdeling voor patiënten in heel ernstige crisis met gevaar naar zichzelf of anderen? Het recente advies van de Hoge Gezondheidsraad m.b.t. omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de GGZ (Juni 2016 - HGR 9193) en de NICE guidelines m.b.t.

“Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings” (NG10 – Mei 2015) zijn voorbeelden van andere leidende principes. Over de landsgrenzen heen zijn er voorbeelden met uitgeschreven implementatievoorwaarden van ‘High and Intensive care’ in Nederland (onder andere in GGZ Breburg) en van ‘Psychiatric Intensive Care Units PICU’S’ in Groot-Brittannië. In bestaande centra in Nederland die bijvoorbeeld een ‘High en Intensive Care’-werking toepassen, blijkt er een grote tevredenheid bij patiënten, families en hulpverleners. De afzonderings- en fixatiemaatregelen konden in die mate worden teruggedrongen dat er de facto geen afzonderingskamers meer nodig zouden zijn. Deze HIC werking versterkt de herstelondersteunende zorg, op maat van de individuele noden van de patiënt. Tijdens de opname wordt maximale nabijheid van hulpverleners en –zo geïndiceerd – van naastbetrokkenen bij de patiënten nagestreefd. Daarnaast blijft het ambulante zorgaanbod het leidend principe.

Binnen de 24 uren na opname of de eerst volgende werkdag vindt een zorgafstemmingsgesprek plaats met de ambulante hulpverleners en naastbetrokkenen. Dit verloopt in aanwezigheid van de patiënt volgens het Open Dialogue-principe (J. Seikkula). Is nog geen ambulant zorgnetwerk aanwezig bij een patiënt, wordt hierin zo snel als mogelijk geïnvesteerd.

Dit alles is zeer belangrijk om het lijden, de angst en de vervreemding van de patiënt én van de familie op het moment zelf zo laag mogelijk te houden, maar ook om de motivatie voor verdere zorg bij patiënt en familie te bewaren, en om de kans op ernstige incidenten en “second victimization” bij de zorgverleners zo laag mogelijk te houden. Geïnspireerd op de geschetste bestaande modellen willen we in onze regio

overgaan tot de verdere evolutie van de gesloten afdeling met verhoogd toezicht naar een psychiatrische intensieve zorgen afdeling.

#### *Van visie naar implementatie*

De realisatie van een psychiatrische intensieve zorgenwerking vergt aanpassingen op drie domeinen: de architectuur van de afdeling, de personeelsbezetting, en de opleiding van het zorgpersoneel.

- *De architectuur:* de werking moet uitgaan van kleine subunits van 10-12 patiënten, die elk in een eigen “afdeling” zijn gehospitaliseerd. De kleinschaligheid verhoogt de huiselijkheid van de werking, de mogelijkheid om als hulpverlener continu in de nabijheid van de patiënten te zijn en verlaagt de kans op agressie- en andere incidenten. Een logisch voorstel zou zijn om een bestaande klassieke afdeling van 30 bedden om te vormen tot twee architecturaal gescheiden, bij elkaar aansluitende “high care” units van 12 patiënten, 24 bedden dus in totaal. Elk van de units moet beschikken over 12 éénpersoons-kamers, en een “comfort room”: een open, aangenaam ingerichte, rustgevende kamer met gepaste pikkeldosering. Het geheel wordt ingericht in een huiselijke sfeer. Het gebouw is ruim, heeft veel lichtinval, is voorzien van voldoende binnenruimtes en afgesloten buitenruimtes i.f.v. gespreksruimtes, alsook om een aanbod van ergo-, creatieve en psychomotore therapie te kunnen voorzien. Voor een aantal patiënten zal het immers te onveilig zijn om hiervoor de afdeling te verlaten. Naast deze unit is er – architecturaal preferentieel gelegen tussen beide “high care units” - een afzonderlijke voorziening van 2 à 4 kamers: de “intensive care unit”, waar patiënten kunnen verblijven die hand-in-hand begeleiding nodig hebben omwille van uitgesproken agitatie, gedesorganiseerd gedrag, hoog risico... . De “intensive care unit” is in principe leeg: er moet op elk moment vanuit de “high care unit” kunnen naar uitgeweken worden in het kader van opschaling van zorg. Deze plaatsen worden zeer tijdelijk gebruikt, meestal voor enkele uren, en de patiënt verblijft daar nooit alleen, maar steeds begeleid door iemand van het zorgpersoneel. Zowel in de “high care units” als in de “intensive care” wordt rooming-in door familieleden mogelijk gemaakt en bevorderd. Het voorzien van 1 à 2 extra beveiligde afzonderingskamers blijft ons inziens nog nodig. Deze dienen ingericht te zijn volgens de huidig gangbare standaarden met onder andere - aan de nodige veiligheidsnormen aangepast - sanitair op de kamer, een zit- en slaapbank in zacht materiaal en laag bij de grond i.f.v. valpreventie, een interactief touchscreen, een eigen, kleine afgesloten buitenruimte,...
- *De personeelsbezetting:* we gaan ervan uit dat op elk van beide “high care units” een continue bezetting van 3 verpleegkundigen / paramedici aangewezen is, en telkens een eigen nachtpermanentie. Bovendien moet er 24/24 kunnen opgeschaald worden naar hand-in-hand begeleiding op de “high care unit” zelf – in zoverre het toestandsbeeld van de patiënt het toelaat – of op de “intensive care unit”. Om dit mogelijk te maken gaan we uit van een interdisciplinaire bestaffing met naast verpleegkundigen, maatschappelijk werk, psychodiagnostiek, (familie-) psychotherapie, psychomotore therapie, ergo- en creatieve therapie, alsook een (familie-) ervaringsdeskundige. De medisch psychiatrische functie betreft 2 FTE: 1 FTE (38 uren / week) psychiater geldt als 1 FTE psychiaterfunctie; 1 FTE ASO psychiatrie geldt als 0.5 FTE psychiaterfunctie. We wensen gebruik te maken van de mogelijkheid tot intensifiëring die geboden wordt door Artikel 107, en een bestaande afdeling van 30 bedden om te vormen tot een afdeling met HIC werking van 24 plaatsen, met behoud van personeel. Gezien het risico op “secondary victimization” bij personeel werkzaam op deze afdelingen, dient ook zorg voor personeel (peer-to-peer support, intervisie,...) degelijk uitgebouwd te zijn: zowel inhoudelijk als op vlak van beschikbare tijd daarvoor.
- *De opleiding van het zorgpersoneel:* Buiten de aangepaste architectuur en de hogere bestaffing, dient ook te worden geïnvesteerd in de opleiding van het personeel. Specifieke trainingen zijn hier aangewezen rond intensieve psychiatrische zorg met 1/1-begeleiding, , preventie van / omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies (cfr. het advies van de Hoge Gezondheidsraad in 2016), rond bejegening, herstel- en ontwikkelingsgericht werken,...

#### *Hoeveel afdelingen “psychiatrische intensieve zorgen” in onze regio?*

Op dit ogenblik wenst het UPC KU Leuven een dergelijke werking op te starten op zijn gesloten opname-afdeling St. Agnes, en daar dus het aantal bedden te reduceren van 30 tot 24, met behoud van personeel.

Uitkomstonderzoek dient aan een pilootproject als dit gekoppeld te worden:

- Moet deze afdeling op campus Kortenberg de enige afdeling worden met deze werking voor de hele regio of moet de werking, in het belang van de zeer ernstig zieke patiënt en zijn familie

uitbreiden naar de voorzieningen in de andere subregio's ? De werkhypothese is dat binnen het netwerk Diletti alle gesloten opname-afdelingen die patiënten opvangen met nood aan intensieve psychiatrische begeleiding onder een gedwongen, dan wel vrijwillig opnamestatuut, de mogelijkheid zouden moeten hebben om voor patiënten met een psychiatrische intensieve zorgnood naar een HIC-werking te evolueren.

- Slagen we erin tot minder dwanginterventies over te gaan? Zijn deze toch nodig, worden ze toegepast volgens een subsidiariteits- en proportionaliteitsprincipe en voldoen ze aan duidelijk omschreven kwaliteitsindicatoren met therapeutische doelstelling?
- Verandert de beleving van patiënten opgenomen op een dergelijke afdeling t.o.v. vroegere settings? Verandert de beleving en het gevoel van betrokkenheid van familie en andere belangrijke derden voor de patiënt?
- Het zou mooi zijn mocht België mee op de kaart komen staan als land waar – mede gebaseerd op uitkomstonderzoek in de pilootprojecten – alle gesloten afdelingen evolueren naar intensieve zorgen afdelingen, zoals hoger beschreven.

#### **- Intensieve dagtherapie:**

Intensieve dagtherapie krijgt een plaats in de omschakeling van residentiële naar intensieve semi-residentiële zorg al dan niet met outreach. Voor een aantal patiënten die nood hebben aan een intensieve behandeling kan residentiële opname toch worden vermeden door het aanbieden van intensieve dagbehandeling. Voor de patiënten van de regio is dit een gewenst alternatief voor opname. Zij behouden immers het contact met de eigen context.

Voor de kliniek is het bovendien zo dat de medewerkers efficiënter worden ingezet in dergelijke setting.

Mogelijke scenario's zijn:

- 30 bedden worden 20 bedden + outreach
- 30 bedden worden 20 (intensieve) stoelen of ...
- 30 bedden worden 15 (intensieve) stoelen + outreach
- 20 stoelen worden 10 geïntensifieerde stoelen. Ziekenhuizen kunnen hun afdelingswerking flexibel aanpassen naargelang de noden en hoeven niet enkel de aanwezigheidsdagen in rekening te brengen (vraag naar opdrachtfinanciering).

Concrete programma's cfr fiches per programma

- outreach voor verslavingszorg ifv step down, vervolgzorg en vermijden van heropname
- intensieve dagbehandeling algemene psychiatrie, opnamevermijdend
- intensieve dagbehandeling psychose, ifv toeleiding naar zorg (zorgmijders) of als step down na opname

## Reorganisatie van functie 4

Naast de intensifiëring van zorg zullen de betrokken psychiatrische ziekenhuizen in Vlaams-Brabant-Oost een regioplan maken waarin de samenwerking op vlak van de zorg voor doelgroepen en op vlak van specifieke zorgprogramma's wordt vastgelegd. De visie achter dit regioplan stoelt op het perspectief van zorgcontinuïteit in heel de regio. Om de potentie van de regio ten volle te benutten, gaan we uit van ieders expertise met het oog op een optimale complementariteit en met respect voor ieders supraregionale opdracht.

### Eerste concretisering

In Vlaams-Brabant Oost zorgen vier psychiatrische ziekenhuizen voor de residentiële zorg aan ernstig psychisch zieke personen. Binnen het netwerk wordt gewerkt aan een 'regioplan' waarin deze 4 ziekenhuizen afstemmen omtrent doelgroepen en behandelprogramma's. In dit regioplan wordt elk centrum erkend en versterkt in zijn eigenheid en in zijn specifieke expertise of focus. Efficiënte inzet van middelen, verhogen van de kwaliteit van de behandeling en goede regio-dekking zijn de doelstellingen van deze afstemming.

Het regioplan onderscheidt binnen het netwerk Diletti een aantal zorgprogramma's voor specifieke doelgroepen. Het zorgprogramma brengt de patiënt bij de voor hem/haar meest geëigende zorgvorm en organiseert de continuïteit van zorg. Bovendien wordt op het niveau van de verschillende zorgprogramma's wordt er gezorgd voor een optimale afstemming. De klinici zorgen hierbij voor een inhoudelijke stroomlijning van de programma's en de zorg voor een optimale complementariteit en doorverwijzing op specifieke indicaties. De instellingen maken afspraken over een goed afgestemde organisatie van zorg ifv een optimale toegankelijkheid en regiodekking. Instellingen zorgen voor een goede onderlinge afstemming van de zorgmodaliteiten. Zowel regionale als supra-regionale functies worden in het plan opgenomen.

Momenteel wordt concreet werk gemaakt van:

- een zorgprogramma psychose
- een zorgprogramma verslaving
- een zorgprogramma eetstoornissen.

De zorgprogramma's voor de andere doelgroepen komen later aan bod.

Bij de opmaak van het programma wordt tussen de ziekenhuizen afgesproken wie als 'trekker' van het programma fungeert.

## Reorganisatie en versterking van de bestaande functies 2,3 en 5 mét partners uit de eerste lijn

Diletti zal in aansluiting op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg meer populatiegericht werken. Analoog aan de projecten 'chronische zorg' wordt er in de organisatie van zorg vertrokken van de zorgnoden van de populatie in de regio, om vervolgens de zorg- en dienstverlening maximaal af te stemmen op de behoefte. De organisatie van zorg is per definitie multidisciplinair en sector-overschrijdend. De zorgbehoefte van een persoon bepaalt de zorgverlening: ze bepaalt welke expertise er nodig is om aan deze behoefte tegemoet te komen

In deze context zal het netwerk Diletti de werking van de bestaande functies behouden en waar nodig verder versterken. De nauwe samenwerking tussen de medewerkers van functie 2, 3 en 5 zal verder ontwikkeld worden tot een **volledig geïntegreerde functie** ten dienste van de personen met een chronisch psychische kwetsbaarheid / aandoening. Er zal voor de zorg aan de betrokken populatie, vanuit deze geïntegreerde functie **sterker ingezet worden op het betrekken van de partners van de eerste lijn en van welzijnszorg, al vanaf de eerste aanmelding.** De GGZ functies zullen zich in de zorg maximaal ondersteunend en flankerend opstellen t.a.v. bestaande zorgactoren, zonder daarom over te nemen. Deze werkwijze zorgt ervoor dat de mobiele teams kunnen ingezet worden op hun core-expertise. De verwachting is dat er hiermee ook in belangrijke mate kan geredieerd worden aan de wachtlijsten van onze mobiele teams.

Bijzondere aandacht gaat naar functie 3, waarbij de hervorming van de TAZ projecten naar W<sup>2</sup> een nieuwe richting geven aan de begeleiding naar dagbesteding en werk en waarbij we op zoek gaan naar het vroeger inschakelen/invoegen van functie 3 in het behandeltraject van de patiënt.



De zorg voor begeleiding naar woonst en de zorg voor behoud van woonst zal met medewerking van actoren uit andere sectoren verder uitgewerkt worden.

### Eerste concretisering

De basis van de werkwijze voor het netwerk Diletti gaat terug naar de theoretische inzichten van Kaizer-Permanente m.b.t. populatiemanagement. We beschouwen de populatie vanuit het oogpunt zorg voor de geestelijke gezondheid. De populatie wordt gesegmenteerd i.f.v. het risico op ziekte en op zorgnoden. In het bovenste segment bevinden zich de chronisch zieke personen, personen met complexe problematiek, multifactorieel, met weinig ziekte-inzicht, weinig therapietrouw, en/of met weinig vooruitzicht op enig beterschap of genezing. De zorg voor deze personen kenmerkt zich door comfortzorg en door het vermijden van complicaties. Dat wordt bereikt door casemanagement dat zorgt voor een goede regie van zorg tussen alle relevante zorgactoren.

Het tweede segment omvat alle personen die chronisch ziek zijn, maar waarvan de ziekte onder controle blijft mits goed georganiseerde en gestructureerde zorg/dienstverlening. Deze personen hebben nood aan gestructureerde organisatie van hun ziekteopvolging om verdere escalatie van hun ziekte te vermijden: vaste momenten van contact en opvolging. Afspraken en regie wordt vastgelegd in shared care protocols tussen betrokken actoren. Er worden afspraken gemaakt over de noodzaak aan opschaling naar meer specialisme.

In het derde segment bevinden zich personen die psychisch ziek zijn of geweest zijn, maar die zelf kunnen instaan voor hun gezondheid en voor het vermijden van verdere complicaties, mits goede primaire en secundaire preventie, self care, mantelzorg en accurate basiszorg.

Alle gezonde personen bevinden zich in het onderste segment. Om ziekte te vermijden worden allerlei initiatieven genomen i.f.v. versterken van geestelijke gezondheid in alle levensdomeinen – preventie.

Wie welke zorg of dienst verleent wordt bepaald door de aard van de zorgvraag. Het is niet zo belangrijk waar de zorg verleend wordt. Het belangrijkste is dat de juiste expertise rond de patiënt samen gebracht wordt, i.e. zorg de zgn. ‘matched care’.

Wie ook de aanmelding krijgt, zorgt ervoor dat de juiste expertise verzameld wordt rond de persoon met een zorgvraag. De focus van deze benadering is risicobeheersing, met respect voor de subsidiariteit – de juiste zorg op het juiste niveau. Samenwerking tussen partners wordt vastgelegd in shared care protocols (b.v. een gelijkaardig aanmeldingsprotocol, door uit te zuiveren van wie doet er wat?).

Er wordt in een eerste fase opnamevermijndend gewerkt, met maximale omkadering vanuit de eerste lijn. Indien nodig wordt de zorg verder opgeschaald vanuit de specialistische zorg. Op indicatie kan de patiënt worden opgenomen in het ziekenhuis of voor ambulante raadpleging naar een psychiater worden verwezen. Het systeem kan maar werken als elk zorgniveau voorziet in de nodige capaciteit zodat er na aanmelding onmiddellijk kan gehandeld worden.

**Met focus op de twee bovenste segmenten** wordt van bij de eerste aanmelding **altijd** een eerste lijns-partner geactiveerd, ook als die aanmelding bij een GGZ partner gebeurt. Dit gebeurt nu al op casusniveau en de bedoeling is om dit op ‘systeem’ niveau te ontwikkelen.

Als het op basis van een eerste telefonische screening of op basis van de verwijsinformatie duidelijk is dat de GGZ- expertise moet betrokken worden, dan wordt een gespecialiseerde ambulante therapeut of indien de cliënt niet meer zelf tot bij de ggz-professional geraakt, een mobiel team ingeschakeld. Als er twijfel is of als een korte input kan volstaan, dan zal in een eerste fase de eerstelijnspsycholoog worden ingezet om advies te geven of om een kort traject aan te bieden.

Om bovenstaande in goede banen te leiden wordt er tussen alle betrokken partners een shared care protocol afgesproken. Dat protocol bevat richtlijnen over de triage, over de eerste contactname met de zorgvrager, over de eerste observaties, over indicaties voor het opschalen van zorg daar waar nodig en alleen daar, en over het afbouwen van gespecialiseerde ggz-zorg. Het protocol bevat ook instructies over opnamemogelijkheden en ‘verplichte’ opname-indicaties.

Alle interventies zijn gericht op risicoreductie voor de patiënt, voor z’n omgeving en voor de betrokken zorgverleners. Bovenstaande formule is de enige manier om de mobiele werking van de mobiele teams duurzaam te maken. Het is de enige manier om er voor te zorgen dat de juiste expertise tijdig rond de zorgvraag van de patiënt verzameld wordt.

### Verder inzetten op de herstelgerichte aanpak

Diletti zal verder inzetten op het versterken van herstelgericht werken. Er wordt ingezet op de ontwikkeling van die instrumenten die de patiënt kunnen versterken in zijn herstelproces en/of die de zorgprofessional ondersteunen in zijn rol als partner/coach in het herstelproces van de patiënt. Het gaat dan om de uitwerking van transparante behandelplannen voor iedere hulpvrager, het gebruik van signaalkaarten en een crisiskaart...

Het netwerk zal bijkomend inzetten op het betrekken van familie en directe omgeving van de patiënt bij het herstel.

De resultaten van de ROPI zullen in de diverse voorzieningen gebruikt worden om de zorg- en dienstverlening meer herstelgericht te hervormen.

#### Eerste concretisering

De herstelvisie is een visie gericht op herstel, kracht, hoop met sterke focus op wat de zorgvrager naast kwetsbaarheden nog wel kan en is impliciet ingebed in de algehele visie binnen elke voorziening voor geestelijke gezondheidszorg – en zo ook binnen heel het netwerk DILETTI.

“het is de ambitie om cliënten die zich aanmelden in welzijns- en gezondheidsvoorziening, zo spoedig mogelijk in hun herstelproces toe te leiden naar een omgeving waar eigen keuze, hoop en samen leren op de voorgrond staan”.

Er zijn vele manieren om aan herstel te werken binnen het netwerk: vooreerst is er de **Herstelacademie**. Een Herstelacademie creëert een culturomgeving voor cliënt en hulpverlener om herstel gericht werken in **een regio** vorm te geven. Herstelacademie is bijgevolg een – van de vele – ‘tools’ om naast andere ‘herstel acties’ die binnen en buiten de voorzieningen plaatsvinden (binnen Functie 3 + Functie 2+ Functie 5) op een specifieke vorm aan herstel te werken. Daarnaast ligt de focus binnen ons netwerk ook op **familieparticipatie** (werkgroep), **ervaringswerkers en -deskundigen** en **activering** (W<sup>2</sup> trajecten, AMA trajecten, ...). We blijven verder inzetten op **SRH opleidingen** en **ROPI audits**.

### Verder inzetten op de zorg voor “difficult to place patiënts”.

Er is in de regio Vlaams-Brabant een aanhoudend probleem met een kleine groep van chronisch zieke psychiatrische patiënten (50 personen) die niet in staat zijn om zelfstandig alleen te leven, met soms blijvend agressief en/of storend gedrag, die blijvend zorg, toezicht en begeleiding nodig hebben en die niet aarden in een context van (kleinschalig) groepswonen zoals voorzien in een PVT, IBW of een WZC.

In de voorbije jaren werden in het netwerk alle mogelijke inspanningen gedaan om een toestand van chronische hospitalisatie voor deze mensen te vermijden / te beëindigen, zonder het gewenste succes. Opname in een PVT, intensieve begeleiding door een IBW, intensieve begeleiding door een mobiel team, ... bleken geen oplossing te bieden voor de personen in kwestie en leidden ondanks alles telkens weer tot een nieuwe opname in het ziekenhuis, al dan niet in crisis. Ook in het ziekenhuis wordt het moeilijker om de correcte omkadering voor deze personen te voorzien, omdat de afdelingen in de ziekenhuizen met een steeds acuter profiel en kortere verblijfsduur, zich niet meer lenen als structurerende omgeving voor langdurige zorg voor deze populatie.

Er is duidelijk nood aan een bijkomend aanbod voor deze erg kwetsbare groep, bij voorkeur in een aangepaste omgeving, i.e. PVT++. Het gaat duidelijk om een formule van kleinschalig groepswonen, waarin aangepaste regimes mogelijk zijn voor die personen die, al dan niet tijdelijk, niet in een groep kunnen functioneren en waarbij elk contact met de het maatschappelijke leven een begeleid contact moet zijn, cfr. het type begeleiding voor een persoon met een mentale handicap.

### Governance netwerk

In de voorbije 5 jaar heeft het netwerk zich verder ontwikkeld. Daar waar er oorspronkelijk nadruk lag op de ontwikkeling van de nieuwe functies 107 in het netwerk, stonden vooral de GGZ-actoren centraal in de hervorming. Gaandeweg kwam de nadruk meer te liggen op de ontwikkeling van het netwerk en de netwerking, waardoor de betrokkenheid en de rol van partners uit andere sectoren ook toenam. Het “DNA” van het netwerk verandert: partners nemen nieuwe functies op binnen het netwerk, nieuwe partners melden zich aan,... Deze evoluties moeten hun weerspiegeling kunnen vinden in de Governance en de structuur van het netwerk.( en als gevolg hiervan zal ook de structuur ervan veranderen.)

Het netwerk Diletti zal inzetten op een sterker data gedreven werking van alle functies in het netwerk. Sturing en bijsturing van het netwerk op basis van objectieve gegevens wordt een absolute prioriteit voor de governance van Diletti. De ontwikkeling van de netwerken in andere sectoren, parallel aan die van de GGZ, zorgen voor een bijkomende uitdaging naar structuur en organisatie, en naar interactie tussen sectoren.

#### Eerste concretisering

De governance van ons netwerk is van bij de aanvang uitgeschreven in een aantal basisprincipes en doelstellingen, en een vooropgesteld coördinatiemodel is in algemene termen uitgewerkt. Er is in het netwerk een grote flexibiliteit t.a.v. het projectdesign, dat binnen de bestaande structuren in constructief overleg wordt afgestemd met alle betrokken partners. Vergaderingen en overleg gelden als centraal coördinatiemechanisme -in mindere mate richtlijnen en protocollen-.

Ons netwerk is een complex netwerk met een groot aantal partners uit verschillende maatschappelijke sectoren, i.e. algemene gezondheidszorg, arbeid, welzijn, handicap, wonen, justitie, niet-professionele sector... Het geheel wordt operationeel aangestuurd door een stuurgroep, geflankeerd door een werkgroep van lokale coördinatoren (OpCo) en door werkgroepen per functie of per thema. Beleidsmatig wordt het netwerk aangestuurd door een beleidsgroep, samengesteld uit de kernactoren van het netwerk. Besluitvorming gebeurt bij consensus, i.e. een tijdsintensief maar effectief onderhandelingsproces.

De mate waarin de governance van het netwerk evolueert zal bepaald worden door het DNA van het netwerk. Er is een model uitgeschreven waarin het DNA gedefinieerd wordt in drie basisdimensies, de breedte (graad van diversiteit in bijdrage (functioneel én financieel)), de dichtheid (graad van verbinding, 'connectedness', proportie van onderlinge linken; graad van interactie) en de centraliteit (maat voor individuele positie van een lid in het netwerk; welke positie 'bezet' een speler in het netwerk; in welke mate heeft die een centrale rol). De mate en de aard van betrokkenheid bij de governance van het netwerk zal voor elke speler bepaald worden ifv deze drie kenmerken. Nieuwe partners zullen op verschillende niveaus in het governancemodel worden opgenomen vanuit een periodische evaluatie van het DNA.

#### **Besluit**

In het Diletti beleidsplan voor de volgende jaren zullen bovenstaande beleidslijnen verder vorm en inhoud krijgen. Het plan zal als regioplan afgestemd en bekrachtigd worden op alle relevante fora in het regio-overleg. Het plan zal ter goedkeuring en ter ondertekening worden voorgelegd aan het bestuur van alle betrokken voorzieningen. Op die manier verzekert het netwerk zich van een voldoende groot draagvlak en van ieders engagement voor het plan.

Bovenstaande ambities doen geen afbreuk aan het belang van de randvoorwaarden die ons netwerk in 2015 al vooropstelde om die stap voorwaarts te kunnen zetten. Zij liggen in de lijn van de bekommernissen van de beheerders van de Psychiatrische Ziekenhuizen (zoals geformuleerd in de betreffende nota van Zorgnet-Icuro) en bevestigen het belang van de medische functie voor de kwalitatieve uitbouw van het netwerk. De juridische en de financiële verzekering voor het ontwikkelen van onze activiteiten blijven cruciaal om de hervorming te bestendigen op lange termijn. Diletti vraagt ook om vooral snel duidelijkheid te creëren over de honorering van artsen.

Namens het netwerk Diletti,

Gust Rector, voorzitter beleidsgroep  
Stephan Claes, voorzitter projectgroep  
Gert Peeters, lid beleidsgroep Diletti

Leuven, 14 mei 2018