



Naar een betere geestelijke gezondheidszorg

door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken



Projectvoorstel: Hermes Plus

Werkingsgebied: Brussel - voornamelijk in de assen noord - centrum / west - centrum / zuid-west - centrum.

Doelgroep: jong volwassenen en volwassenen

Kandidaat promotor: Clinique Sanatia ASBL

Contactgegevens :

Evelyne Chambeau. Clinique Sanatia ASBL. Molenstraat 27-29, 1210 Brussel. 0495/77 43 16

evelyne.chambeau@skynet.be

Patrick Janssens p/a DGGZ-CSM Antonin Artaud, Grootgodshuisstraat 10, 1000 Brussel 02/218 33 76,

patrickjanssens@advalvas.be

1. Toelichting van de visie van het project

Psychologische en psychiatrische zorg wordt gekenmerkt door een veelheid van problematieken, **heel diverse** fases waarin patiënten zich situeren en een veelvoud van vormen van ondersteuning en van gespecialiseerde hulp.

De best aangepaste zorg bieden in de eigen omgeving is de uitdaging en de opdracht van dit netwerk.

Voor het netwerk "Hermes Plus" gelden de volgende uitgangspunten:

- Een netwerk bestaat omdat er functionele relaties zijn tussen de deelnemende organisaties. Het is de functie en de opdracht van een netwerk om deze relaties te ontwikkelen, te formaliseren en te verstevigen. Het is dan ook het eerste aandachtspunt van het netwerk. Zonder regelmatige en gestructureerde relaties bestaat er geen netwerk. Dan is er enkel sprake van een verzameling zorgaanbieders op eenzelfde gebied.
- Naast de gemiddelde – en voor alle werkingsgebieden opgaande - praktijk dient te worden rekening gehouden met de specifieke situatie van het werkgebied. In het Brussels werkgebied onderscheiden we meerdere zeer specifieke doelgroepen. Het netwerk ontwikkelt dan ook voor deze specifieke doelgroepen specifieke communicatievormen, specifieke technieken en samenwerkingsverbanden of gespecialiseerde teams (psychiatrische patiënten in de thuislozenzorg, psychiatrische patiënten die in een gecompliceerde oriënteringsfase zitten, zorgvermijdende patiënten in de thuissituatie, ...).
- Het netwerk vertrekt vanuit de idee dat de zorg zo snel en zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de patiënt wordt geboden en het wenst zoveel mogelijk beroep te doen op voorzieningen die voor alle burgers toegankelijk zijn.
- Het netwerk wordt centraal geleid en bestaat uit deelnemende organisaties die enkel zichzelf vertegenwoordigen.
- Het netwerk zoekt naar de best mogelijke hulpverlening i.f.v. de vragen en de behoefte van de cliënt. Deze "afgewogen" zorg moet ertoe leiden dat onnodige en overbodige zorg (in het kader van de problematiek van de patiënt) dan ook niet wordt georganiseerd. Dit kan bijdragen tot een meer "getrapte" vorm van zorg.

- Het netwerk is goed voorzien van alle vormen van residentiële, semi-residentiële en ambulante psychiatrische zorg. Er is een ruime verbinding met diensten uit de welzijnssectoren, de thuiszorg, de 1^{ste} lijnszorg en de huisartsen. Het netwerk wenst op basis van geëxpliciteerde samenwerking de zorg onderling verder af te stemmen.
- De mogelijkheden van de bestaande zorg worden ingezet in die mate dat ze tegemoet komen aan de doelstellingen van het netwerk, en de partners onderschrijven mee de doelstellingen van het netwerk.
- Het netwerk heeft speciaal aandacht voor een verantwoorde en goed opgevolgde vorm van doorverwijzing en oriëntatie.
- Het netwerk biedt zorg aan, die toegankelijk is - in al zijn vormen - in de beide landstalen. Daarbij is er specifieke toegankelijkheid voor anderstaligen. Dit moet een antwoord bidden op de specificiteit van de cosmopolitische bevolking van Brussel.
- Het netwerk is een open netwerk. Naast de formele partners die betrokken zijn in de ontwikkeling van het netwerk, wordt op het terrein samengewerkt met andere hulpverleners en diensten uit diverse sectoren.
- In het netwerk staat de cliënt en de zorg - in de ruime zin van het woord - centraal, niet de structuur van de zorgaanbieder.
- Het netwerk neemt initiatief om de eigen praktijk en resultaten te evalueren aan de hand van het wetenschappelijk onderzoek dat door de Federale Overheid wordt georganiseerd en op eigen initiatief.
- Het netwerk zal aansluitend op onderzoek en vaststellingen, initiatieven kunnen nemen om bijkomende noden, functies, praktijken, voor te stellen, en/of op te nemen.
- Het netwerk tracht de patiënt in zijn omgeving blijft en dat hij zodoende geïntegreerd blijft in zijn maatschappelijke omgeving. Om dit te bereiken worden die interventies of methodieken gebruikt die het minst intrusief zijn voor de patiënt en zijn omgeving.

2. Doelgroep

2.1. Het project Hermes Plus richt zich naar jongvolwassenen en volwassen personen met psychologische of psychiatrische problemen en hun familie of hun sociale context. Naast de zorg voor patiënten en hun familie die in de klassieke hulpverleningscircuits zitten, heeft het project aandacht voor problemen van specifieke doelgroepen, die in het Brusselse werkgebied aanwezig zijn. Het maakt voor het netwerk geen verschil uit of deze personen met psychiatrische problemen in het sociaal welzijnswerk of in de psychiatrische zorg of daarbuiten opgevolgd of bekend zijn.

2.2. Verschillende partners hebben een belangrijke ervaring, een specifiek aanbod en aangepaste methodieken met verschillende moeilijk te bereiken doelgroepen zoals:

- patiënten die zorg vermijden
- patiënten die - ondanks de bestaande zorg - niet in de klassieke zorg worden opgevangen
- patiënten die in informele hulpverleningsnetwerken met te weinig gepaste medische zorg leven
- patiënten in een complexe oriënteringsfase
- patiënten die in hun thuissituatie behoefte hebben aan meer begeleiding en ondersteuning

Via deze aandacht voor specifieke doelgroepen komen meerdere partners in contact met een gedeelte van de grote groep psychiatrische patiënten die niet in de zorg zitten en kunnen die toch bereikt worden. Het onderzoeksbureau "Lucas" schat in dat van de groep psychiatrische patiënten minder dan 25% in de psychiatrische zorg worden opgevangen.

3. Doelstellingen

Doelstellingen dienen geformuleerd te worden op meerdere niveaus. Er zijn zowel doelstellingen op het gebied van de zorg, de patiënten, de hulpverleners (al dan niet in teamverband), de familie en de aansluitende maatschappelijke structuren .

3.1. Naar de zorg toe

De uitgangspunten van de zorg zijn:

- Er op aansturen dat *de best gepaste zorg zo snel mogelijk wordt geboden zowel in de ambulante als in de residentiële zorg. De gepaste zorg is een evenwicht tussen “Behoefte en Aanbod” en is mede afhankelijk van de “Mogelijkheden van het netwerk”.*
- Transparantie bieden in de geboden zorg en het actief mee betrekken van de patiënten in de keuzes die gemaakt worden.
- In de organisatie van de zorg zoveel mogelijk reguliere zorgstructuren inschakelen met de bedoeling de toegankelijkheid van patiënten met een psychiatrische problematiek te bevorderen.
- Zet de zorg centraal, niet de structuur van de zorgaanbieder.
- Meer continuïteit van de zorg garanderen door aandacht voor en opvolging van het oriënteringsproces.

Deze doelstellingen worden geconcretiseerd in subdoelstellingen die gevarieerd zijn en afhankelijk zijn van de functie (functie 1 ... functie 5) die de hulpverlener aanbiedt.

3.2. Naar de hulpverleners toe:

Deze zorgdoelstellingen houden dan ook in dat de kijk op het bieden van zorg verder wordt ontwikkeld bij de hulpverleners op het werkveld .

- De eigen voorziening staat tijdelijk en slechts voor een gedeelte ten dienste van het zorgtraject van de patiënt. Het lijkt ons belangrijk dat het zorgtraject op een dynamische wijze wordt bekeken. Het is geen vooraf uitgestippeld circuit. We creëren een samenwerking met de patiënt en zijn persoonlijk netwerk, gebaseerd op vertrouwen en wederzijds respect. De instelling en zijn hulpverleners laten meer verantwoordelijkheid bij de patiënt en nemen niet meer alle facetten van het dagelijks leven tijdelijk over. De ontwikkeling van deze “zorgcultuur” waarbinnen Hermes Plus in de toekomst zal ageren, zal één van eerste aandachtspunten zijn van het netwerk. De partners onderling zullen van elkaars praktijken kunnen leren en het creëren van innoverende begeleidingswijzen zal gestimuleerd worden.
- Bij het bieden van nieuwe of aanvullende zorg, is één van de belangrijkste aandachtspunten dat de reeds bestaande hulpverlening gerespecteerd, erkend en geïntegreerd wordt. Dit kan door hen van bij aanvang te betrekken in het zorgpad van de patiënt, door hen tussentijds of bij heroriëntering te informeren en hen te betrekken bij het plannen van het einde van een verblijf. De nazorg zal dikwijls georganiseerd worden door deze structuur. De betere afstemming en samenwerking van de partners die actief zijn in de verschillende functies, zal positieve gevolgen hebben voor de patiënt en zal de inter- relationele dimensie tussen de hulpverleners versterken.
- Daarnaast is transparantie en duidelijke communicatie tussen de verschillende hulpverleners en instellingen een voortdurend aandachtspunt. Regelmatige ontmoetingen, overleg met de patiënt en zijn netwerk zijn binnen dit proces essentieel. Vorming en supervisie zijn eveneens belangrijk en dragen bij tot het bereiken van deze doelstellingen. Het netwerk neemt hiertoe het initiatief of ondersteunt de reeds bestaande

initiatieven. Het bevorderen en efficiënter maken van de communicatie tussen de partners van het netwerk door het gebruik van een gemeenschappelijk communicatiemiddel (zoals het elektronische zorgplan) is eveneens een prioritair punt.

3.3. Naar de patiënten toe:

Hermes Plus richt zich naar psychiatrische patiënten die in een residentiële voorziening verblijven, of die in ambulante zorg zijn. Er zijn geen exclusiecriteria.

- Patiënten zullen geconfronteerd worden met hulpverlening die op een meer transparante wijze hulp biedt en die zodoende een breder, gevarieerder en genuanceerder aanbod kan bieden. Dit zal een aanpassing betekenen voor de patiënten en de hulpverleners kunnen ondersteunend optreden om hen te helpen bij het maken van keuzes.
- Patiënten zullen zich ook meer verantwoordelijk kunnen gedragen voor hun eigen traject binnen de hulpverlening en zullen minder overgeleverd worden aan de hulpverlening.
- Daarnaast is transparantie en duidelijke communicatie naar de patiënten toe een voortdurend aandachtspunt. We zullen een bijzondere aandacht schenken aan overlegmethodieken en de partners in ons netwerk die hiermee reeds een ervaring hebben opgebouwd kunnen ons hierbij helpen.
- Het geregeld consulteren van patiëntenverenigingen in het kader van het evalueren van het functioneren van het netwerk, zal ons toelaten een beter zicht te krijgen op hun wensen en behoeften in de stad beter te leren kennen.

3.4. Naar de familie toe

- De al langer ontwikkelde overlegvormen waarbij familieleden, mantelzorgers en mensen uit het sociaal netwerk betrokken worden in de planning van de zorg, geeft deze groep een eigen en mondig statuut in de zorg samen met de professionele hulpverleners. De projecten Psychiatrische Thuiszorg (PTZ) en de Therapeutische Projecten (TP) werken dikwijls samen met de familie en zullen binnen ons netwerk ondersteund worden om hun activiteiten verder te zetten en uit te breiden.
- De kliniek Sanatia hebben in het verleden een permanentie gecreëerd die open stond voor de familieleden van de opgenomen patiënten.
- In de afdeling psychiatrie van CHU Brugmann (dienst 74 voor personen met een psychotische problematiek) werden in het verleden sessies rond psycho-educatie gegeven. De module is gebaseerd op Infop (meer informatie op de website van Similes) en richt zich tot familieleden van patiënten die bij hen opgenomen zijn/waren of deelnemen aan de module rehabilitatie (Archimède) van hun daghospitaal. Volgend academiejaar worden de sessies hervat.
- De specificiteit van Brussel (veel alleestaanden) maakt dat het concept “familie” eerder dient uitgebreid te worden naar andere personen die deze functie van “naasten” opnemen en op die wijze een bijdrage leveren tot de behandeling en de reïntegratie van de persoon. Het idee om “onthaalgezinnen voor personen in een moeilijke psychologische episode” moet ontwikkeld worden.

3.5. Naar de aansluitende maatschappelijke structuren

- Overleg en sensibiliseringsinitiatieven op buurtniveau, met verschillende sociale actoren, zullen ook ontwikkeld worden in ons netwerk met het oog op het verminderen van de vooroordelen en taboes rond de geestelijke gezondheidszorg, wat kan bijdragen tot een betere integratie van de psychiatrische patiënten in de maatschappij.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1. Afbakening van het geografisch werkgebied

Het uitgangspunt van een project dat uitgaat van de bestaande partners in een omgeving met veel bestaande ambulante structuren, is dat het territorium van ambulante zorg wordt bepaald door het territorium van de huidige partners. Toch is het verder aangewezen om een meer gedetailleerde analyse te maken van het werkingsgebied van onze partners en van de samenwerkingsrelaties die onze partners hebben ontwikkeld. Dit moet ons een beter beeld geven van de spreiding over het gebied, en van de dichtheid van de geboden zorg.

Zoals gevraagd door de Jury FOD Volksgezondheid, hebben we het **werkingsgebied voor de experimentele fase van het crisisinterventieteam** beperkt.

Het team zal haar activiteiten opstarten in de **armoedesikkel van Brussel, de Vijfhoek en enkele omringende wijken** (met name Kruidtuin, centrum St-Joost-ten-Noode, Brabant-, Hertoginne- en Noordwijk, Oud Laken Oodt-West, Havenwijk, Oud-Molenbeek, Birmingham, Kureghem-Bara-Veeartsen-Dauwstraat, laag Vorst, Hallepoort, Berckmans-Munthof en Matonge).

Dit gebied bestaat uit 248.977 inwoners (telling Wijkmonitoring 2008). In deze zone dient rekening gehouden te worden met de aanwezigheid van ongeveer **2000 daklozen** (telling 2010 van La Strada, Steunpunt Thuislozenzorg Brussel).

Zoals reeds vermeld in het vorige dossier is er een **zone** waar de **beide Brusselse projecten** elkaar overlappen. De 2 Brusselse projecten hebben een gemeenschappelijke zone die voornamelijk gesitueerd is in 2 wijken van het noordelijke gedeelte van de Vijfhoek (Centrum St-Joost-ten-Noode en Haachtsesteenweg). Het gaat om een zone van 33 311 inwoners. Beide projecten kwamen op 10/11/11 samen om van gedachten te wisselen rond de **mogelijke afstemming en concrete voorstellen tot samenwerking** binnen de gemeenschappelijke zone en verder de inclusiecriteria voor de patiënten te bespreken. De woon- of verblijfplaats en uiteraard de vrije keuze van de patiënt zijn de voornaamste criteria. Deze **reflectie** zal op geregelde basis voortgezet worden in 2012 en zal hoogstwaarschijnlijk tot **concrete akkoorden en acties** leiden.

4.2. Het aanbod in het gebied:

Brussel is een multiculturele metropool met meer dan 1 miljoen inwoners. Een netwerk van zorg inplanten in een zo groot complex stedelijk gebied is op zich zeer specifiek en we hebben hiervoor ook geen buitenlandse modellen. De ons voorgestelde buitenlandse modellen zijn meestal gericht naar kleinere populaties die ook homogener zijn. Brussel cumuleert een reeks kenmerken die een belangrijke impact hebben op de gezondheid van haar bewoners. Bovendien maakt de politieke structuur van het Hoofdstedelijk Gewest het noodzakelijk dat meerdere politieke overheden dienen te worden gemobiliseerd om een hervorming van deze omvang efficiënt te realiseren.

Brussel Centrum is een omgeving met zeer veel ambulante hulpverlening. Zowel Franstalige, Bicommunautaire als Vlaams erkende diensten zijn gesitueerd in dit gebied. Zij bieden zowel residentiële als ambulante zorg aan in de eerste, tweede en derde lijn. Daarnaast zijn alle vormen van het ambulante en het residentiële maatschappelijk werk beschikbaar. Dit aanbod is beschikbaar in de beide landstalen. Mits de beschikbaarheid van ICB's (interculturele bemiddelaars in CGGZ Brussel, Sanatia ziekenhuis, ...) wordt dit uitgebreid naar veel andere talen (Arabisch, Turks, Pools, Rwandees, ...). Door beroep te doen op ICB's of op sociale tolken van "Brussel Onthaal" of van "Setis Brussel" zijn ongeveer alle talen in de Brusselse context vertegenwoordigd. Maar deze structuren zijn eerder gesatureerd. Wachtlijsten zijn dikwijls lang, wat er dikwijls toe leidt dat hulpverlening hierdoor moeilijk en beperkt toegankelijk wordt. Diensten en organisaties worden geconfronteerd met steeds moeilijkere situaties, en met nieuwe problematieken, die ook nieuwe vormen van hulpverlening dienen te ontwikkelen. Het netwerk kan zowel bijdragen tot de ontwikkeling van nieuwe hulpverleningsvormen en technieken. Tevens kan door onderlinge communicatie en uitwisseling van goede praktijken het hulpverleningsaanbod van het netwerk snel uitgebreid en kwalitatief verbeteren.

4.3. Tegemoet komen aan de behoeften van de doelgroep

Naast de klassiek psychologische en psychiatrische problemen - die zich ook in andere regio's voordoen - wordt de Brusselse regio geconfronteerd met meerdere zeer specifieke doelgroepen. Dit fenomeen staat rechtstreeks in relatie tot de functie en de aantrekkingskracht die de grootstad voor bepaalde groepen heeft en is tevens gerelateerd aan de historische ontwikkeling van de stad. Brussel is een grootstedelijk gebied waar economische, culturele en sociale problematieken geconcentreerd zijn. Hiermee dient te worden rekening gehouden bij het ontwikkelen van een netwerk

Verschillende partners ontwikkelden met eigen middelen (of via subsidies) verschillende werkingen naar verschillende doelgroepen toe. Ter illustratie benoemen we een aantal werkingen gericht naar

- mensen in armoede die niet – of zeer beperkt - in relatie staan tot de hulpverlening (SMES)
- psychiatrische patiënten die op straat leven (vzw Diogenes)
- psychiatrische patiënten die in gecompliceerde transitieperiodes zitten (TP Hermes),
- daklozen die een ontmoetingsruimte opzoeken waar ook een sociale omkadering is en dagelijks een maaltijd wordt aangeboden (vzw Bij Ons/Chez Nous asbl,)
- psychiatrische patiënten die een vrijblijvende dagbesteding zoeken (Den Teirling)...
- psychiatrische patiënten zonder papieren of met een lopende asielaanvraag (SSM Ulysse)
- Mensen in armoede en op doortocht een plek vinden waar ze onthaald en gehoord worden (sociaal restaurant “La Rencontre” en onthaaltehuis Source)
- Psychiatrische patiënten met een dubbele diagnostiek (Babel en La Pièce)

De genoemde werkingen zijn meestal toegankelijk voor Nederlands-, Franstalige en anderstalige personen. Deze verscheiden werkingen droegen in belangrijke mate bij tot de actieve dossiers van het TP Hermes. Sommige van deze partners in deze netwerken zijn ook nu partners in het project Hermes Plus.

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1 Netwerksamenstelling

5.1.1. Inleiding

Een tweetalig netwerk creëren in een omgeving met 4 erkennende instanties met partners uit alle sectoren van zorg en welzijnswerk - waarbij het de bedoeling is om toegankelijk te zijn voor alle patiënten - is een evenwichtsoefening. Het netwerk zal zich organiseren onder de vorm van een feitelijke vereniging. Indien nodig en in functie van de evolutie, zal deze juridische structuur worden aangepast .

5.1.2. 83 partners

Het netwerk bestaat uit deelnemende partners. Elke ondertekende partner kan deelnemen aan de activiteiten in het kader van het “ontwikkelen van het project” indien zij dit wensen. De partners worden in bijlage 1 gedetailleerd weergegeven.

5.1.3.1. 5 Vertegenwoordigende partners

CGGZ Brussel (VG)	Julienne Wyns (N)	directrice
Clinique Sanatia (CoCom)	Evlyne Chambeau (F)	directrice
GGGZ Antonin Artaud CSM (CoCom)	Dr. Jan Snacken (N) – voorzitter / Dr. Philippe Hennaux (F)	
Initiatief Antonin Artaud (CoCom)	Siska Meyer (N)	– voorzitter
Asbl l'Equipe (CoCoF)	PH. Hennaux (F)	Medisch Directeur

5.1.4. Promotoren

Clinique Sanatia	Evelyne Chambeau (F)
DGGZ Antonin Artaud	Patrick Janssens (N)

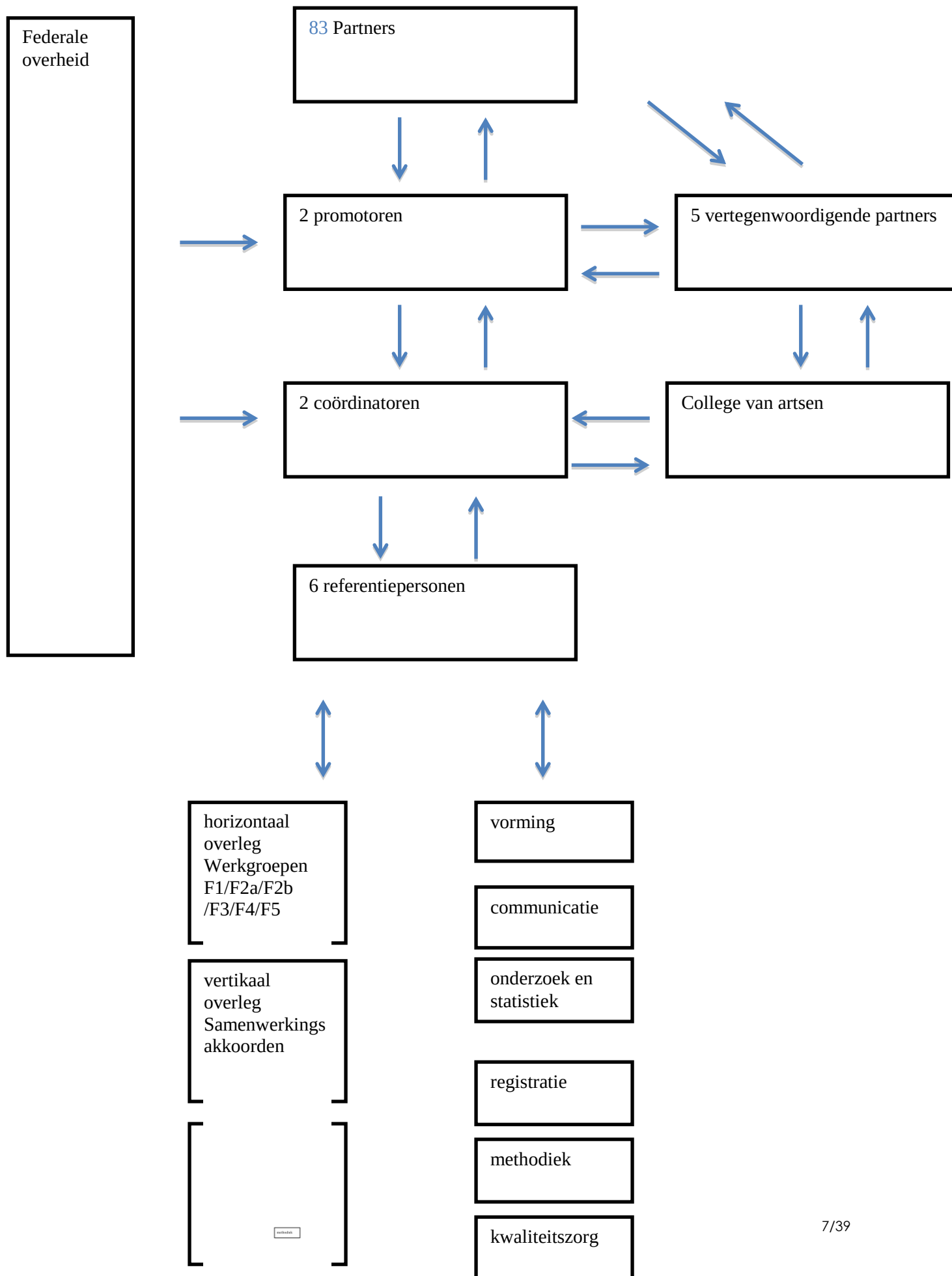
5.1.5. Netwerkcoördinatoren:

Pascale De Ridder (F)
Greta Leire (N)

5.1.6. Referentiepersonen

Functie 1:	Julienne Wyns (N)	CGG Brussel (VG)
Functie 2a:	Soulef Zaïour (F)	Sanatia (CoCom)
Functie 2b:	Patrick Janssens (N)	DGGZ Antonin Artaud (CoCom)
Functie 3:	Dr. Philippe Hennaux	asbl l'Equipe (CoCof)
Functie 4:	Soulef Zaïour (F)	Sanatia (CoCom)
Functie 5:	Kristof Lisson (N) & Sylvie Bastin (F)	BW Antonin Artaud (Cocom)

5.1.7. Organisatiemodel : het netwerk zal op de volgende manier functioneel worden georganiseerd:



Promotoren

Clinique Sanatia en DGGZ Antonin Artaud duiden beiden elk één promotor aan.

Vertegenwoordigende partners die Stuurgroep vormen

De vertegenwoordigende van het project zijn CGG Brussel, Clinique Sanatia, CSM Antonin Artaud, asbl L'Equipe en Initiatief Beschut Wonen Antonin Artaud. Deze instellingen stellen vanuit de eigen middelen personeel ter beschikking. Zij duiden voor de functies de 6 referentiepersonen aan, zij selecteren de netwerkcoördinatoren en zij vormen de stuurgroep van het netwerk.

Deze groep komt gemiddeld 1 maal per maand samen.

Referentiepersonen

Er zijn 6 referentiepersonen – voor elke functie is er 1 deeltijdse functie ter beschikking gesteld door de partners.

Netwerkcoördinatoren

De coördinatie van het netwerk gebeurt door 2 deeltijdse personeelsleden en hun contract loopt voorlopig tot eind december 2011. Zij zijn tweetalig, en elk van een verschillende taalrol (F/N) . Zij zijn de aanspreekpersonen van het netwerk voor zowel de overheid als voor de partners, en van het College der Artsen. Ze vergaderen met de verschillende referentiepersonen en partners van de verschillende functies en overleggen geregeld met de promotoren van het project.

College der Artsen

Het gaat om een adviesorgaan dat de artsen van de partnerinstellingen samenbrengt onder de verantwoordelijkheid van Dr. Laurence Ayache (Clinique Sanatia) en Dr. Philippe Hennaux (L'Equipe asbl – CSM Antonin Artaud DGGZ).

Zij zullen verschillende opdrachten opnemen met name

- Deontologisch medisch advies verstrekken gebaseerd op

- het respect van de medische en algemene deontologie (medische en professionele zwijgplicht, communiceren van informatie rond patiënten)
- het respect van het wettelijk kader (wet ter bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26/06/90, wet op de rechten van de patiënten van 04/03/2002 en de wet tot bescherming van de maatschappij van 01/07/64)
- het wettelijk kader dat door de FOD Volksgezondheid werd gedefinieerd rond de medische activiteit binnen de hervorming van de GGZ
- Medewerking bij het nadenken over en formuleren van een gemeenschappelijke filosofie van het netwerk
- Medewerking aan het opstellen van het Handvest voor ons netwerk
- Wetenschappelijk advies en consultatieve functie in het kader van de hervorming van de GGZ

De activiteiten in 2011 : 3 vergaderingen : 27/04, 21/9 en 9/11 en 14 artsen vanuit 10 partnerorganisaties.

De huidige samenstelling kerngroep: Dr. L. Ayache (Clinique Sanatia), Dr. Bryssing (Clinique Sanatia, BW Messidor en CSM Le Méridien), Dr. Renilde Bocken (CGG Houba en DGGZ Antonin Artaud), Dr. Eugène Bajyana Songa (Le Canevas), Dr. C. Luxereau (SSM L'Eté), Dr. D. Leleux (PVT Sanatia), Dr. P. Hennaux (L'Equipe en CSM Antonin Artaud)

Planning 2012:

-Inventaris van alle aanwezige artsen en psychiaters in het netwerk en binnen het experimenteel territorium

-Verdere uitbouw van een College van Artsen dat paritair zal samengesteld worden op verschillende vlakken :

- minimum 1 arts-psychiater per functie
- garantie van aanwezigheid artsen van de instellingen die onze stuurgroep vormen (kliniek Sanatia, DGGZ Antonin Artaud, BW Antonin Artaud, CGG Brussel en L'Equipe asbl)
- evenwichtige aanwezigheid van de beide taalgroepen

-Verdere concretisering van de hogervernoemde opdrachten

Dagelijkse leiding

De 2 netwerkcoördinatoren, de 2 promotoren van het netwerk, de 6 referentiepersonen, de verantwoordelijke geneesheer vormen samen de motor van het netwerk.

Hun opdracht bestaat eruit om met de partners het overleg binnen de functies te organiseren, het overleg tussen de instellingen rond reguliere samenwerking te organiseren en met de partners een doelgroepenbeleid te organiseren. Daarnaast is deze groep verantwoordelijk voor het ontwikkelen van de kwaliteit, het onderzoek en de statistiek over de activiteiten, de interne en externe communicatie van het netwerk, registratie, methodieontwikkeling, kwaliteitszorg en vorming.

83 Actieve partners

Het netwerk bestaat momenteel uit 83 partners die kunnen deelnemen aan de ontwikkeling van het netwerk. Zoals in het TP Hermes, beschouwen we de organisaties die nu reeds coördinerende activiteiten ontwikkelen als een bijkomende 6^{de} functie.

5.1.3. Vaststellingen

Bij deze lijst valt het op dat zowat alle partners hun aanbod plaatsen in verschillende “functies” van het theoretisch model van de hervorming van de Geestelijke Gezondheidszorg. Dit is een absolute meerwaarde. Inderdaad kunnen we het volgende vaststellen:

- Het netwerk realiseert in grote mate de onderscheide 5 functies (twee- en meertalig) op basis van de bestaande diensten.
- Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest heeft een veelvoud van diensten en organisaties die zich hebben toegelegd op het ambulant werken. Er zijn weinig opnamemogelijkheden, waardoor alternatieven sinds decennia in andere – dikwijls meer ambulante - structuren werden gezocht.
- Langdurige zorg aanbieden in een omgeving met meer ambulante structuren, betekent ook dat de verschillende fases die een patiënt doorloopt (die terugkomen in de theoretische opdeling van 5 functies) dikwijls op “organische” en “naadloze” manier dienen te worden voorzien en aangeboden.
- Door de veelheid van diensten hebben zich allerlei organisatievormen en vormen van onderlinge afstemming naast elkaar ontwikkeld. Dit leidt o.a. tot het ontwikkelen van de coördinerende structuren (functie 6). We zullen ons op deze ervaringen kunnen stoelen om ons netwerk uit te bouwen.
- Het netwerk zal nieuwe activiteiten (functie 2a) dienen te ontwikkelen. Hiervoor zullen bijkomende middelen worden gezocht. Momenteel realiseert de mogelijke inbreng van “psychiatrische bedden” onvoldoende middelen om een volwaardige functie 2a te organiseren. Er zullen functies uit de ambulante structuren worden toegevoegd (dit wordt later in het financiële hoofdstuk toegelicht).
- Het netwerk kan zich voor de functie 2b baseren op verschillende instellingen en organisaties die deze functie reeds aanbieden voor een grote groep patiënten.

5.2 Taakverdeling in het netwerk

5.2.1. Missie van het Netwerk Hermes Plus

Het samenwerkingsband houdt in dat partners in verschillende functies:

- Zich inschrijven in het concept van “afgewogen psychiatrische zorg” (balanced care) waarbij bovendien zoveel mogelijk beroep wordt gedaan op regulier toegankelijke structuren indien dit mogelijk is.
- Ervoor zorgen dat ze de kwaliteit van de eigen functie(s) volwaardig opnemen en zich - indien mogelijk - meer ambulant en globaal oriënteren.
- Attent zijn dat de nodige voorwaarden voor goede doorverwijzing bestaan.
- Bij oriëntering of verwijzing de bestaande en - in overleg nog te ontwikkelen - samenwerkingsakkoorden nakomen.
- Bij complexe verwijzingen elkaar betrekken eventueel via bestaande overlegmethodieken.

5.2.2. Concretisering

De missie wordt geconcretiseerd door de volgende elementen:

- Het netwerk Hermes Plus vervangt geen bestaande werkingen.

-Het netwerk wenst vooral te werken op de onderlinge relaties, de onderlinge afstemming en de communicatie tussen de verschillende partners en hulpverleners.

-Het netwerk sensibiliseert, nodigt uit tot en leidt tot een meer maatschappelijk georiënteerde psychiatrische zorg.

-Het netwerk vormt en ondersteunt zijn hulpverleners.

-Het netwerk engageert zich om de toestand en de evolutie van de wijken, waarin onze patiënten leven, te beschrijven en kenbaar te maken. Het is belangrijk dat we de concrete context waarin ze leven en bewegen, in kaart brengen. Dit type aanpak gaat volledig in de richting van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en moet leiden tot een betere afstemming van het aanbod aan de behoeften van de personen met een psychiatrische problematiek.

-Het netwerk stelt lacunes vast in het aanbod van gezondheids- en welzijnszorg (in de ruime zin van het woord) en tracht met nieuwe partners oplossingen te vinden.

-Het netwerk zoekt naar betrouwbare communicatievormen om beter op de hoogte te zijn van de zorgtrajecten en de -circuits van patiënten. De privacy van de cliënt blijft primeren op de efficiëntie.

- Het netwerk zal zijn activiteiten evalueren en de nodige bijsturing uitvoeren.
- Het netwerk informeert de betrokken overheden van wat er op het terrein gebeurt en formuleert voorstellen ter verbetering van de levenskwaliteit en de integratie van de patiënten.
- Het netwerk ontmoet en onderhandelt met de betrokken politieke overheden, met de private instellingen en met de sociale partners om de doelstelling van de hervorming te bereiken.

De coördinatoren hebben de laatste maanden veel energie ingezet in de opstart en het concretiseren van het netwerk en over de inhoud van deze stappen kan u meer lezen in gedeelte 6 rond de ontwikkelingsstrategie van het netwerk.

5.2.3. Referentiepersonen

Voor bepaalde personen die deel uitmaken van een zorgnetwerk, wordt er beroep gedaan op een referentiepersoon en dit om het oriëntatieproces en de doorverwijzingen naar andere diensten te faciliteren. Hetzelfde geldt wanneer een harmonieuze afstemming van en een nauwe samenwerking tussen de verschillende hulpverleners essentieel is.

De rol van de referentiepersoon kan verschillende vormen aannemen :

De medische referentiepersoon : die de verantwoordelijkheid draagt om de patiënt te begeleiden in zijn zorgtraject en die garant staat voor de zorgcontinuïteit.

De zorgreferentiepersoon : zijn taak is het organiseren van het overleg rond en met de patiënt. De behoeften van de patiënt staan centraal. Hij heeft oog voor het zorgtraject van de persoon door zich steeds weer de vraag te stellen (en dit in overleg met de patiënt) of wat wordt voorgesteld haalbaar is. Hij maakt overleg tussen de gebruikers en alle mogelijke betrokkenen mogelijk. Idealerweise kiest de patiënt zijn referentiepersoon. Indien de patiënt in de onmogelijkheid is om deze keuze te maken, is het het netwerk dat de referentiepersoon kiest en de patiënt geeft hierover zijn akkoord.

De vertrouwenspersoon : wordt gekozen door de patiënt en ondersteunt de patiënt in zijn contacten met andere hulpverleners. Hij behartigt de rechten van de gebruiker en ondersteunt de visie en behoeften van de patiënt.

De referentiepersonen komen uit verschillende hoeken van ons netwerk van partners en worden samengebracht in een pool. Deze partners hebben reeds een positieve ervaring en een expertise in de ontwikkeling van deze overlegmethodiek. We zijn voorstander van het scenario dat het een hulpverlener betreft die niet direct betrokken is bij de hulpverlening van de patiënt.

De referentiepersonen krijgen regelmatig vormingsmomenten en intervisie aangeboden.

De relatie tussen verschillende partners van ons netwerk zijn gedurende de laatste jaren meer en meer uitgegroeid, wat een meerwaarde betekent in het netwerk. De relatie tussen de ambulante en residentiële psychiatrisch sector is nog volop in ontwikkeling en expansie (TP Hermes). De relatie tussen de residentiële opvang CAW Archipel en onthaalhuizen als Source asbl en Home Baudouin) en de ambulante sector van de geestelijke gezondheidszorg zit al in een verder stadium en zal nog versterkt worden.

5.2.4. Beschrijving van de functies binnen het netwerk Hermes Plus

5.2.4.1. Functie 1

In deze functie of groep diensten situeren zich o.a. de CGG's, de PTZ-teams, huisartsen, onthaalhuizen, [sociale en justitiële diensten](#), thuiszorgdiensten ...

Deze groep zorgaanbieders zijn partners die zich in specifieke projecten van samenwerking hebben toegelegd op ambulante psychiatrische zorg in de omgeving van de patiënt.

De CGG's zijn hierbij de eerste partner. De CGG's die betrokken zijn in Hermes Plus onderscheiden zich door hun ambulante psychiatrische zorg die zij dikwijls mobiel aanbieden. Deze multidisciplinaire teams hebben een essentiële rol in de continuïteit van de zorg wanneer de patiënt in zijn eigen omgeving leeft. Zij zullen bijdragen in het proces van het ontslag na opname in een ziekenhuis, kunnen de psycho sociale en psychiatrische ambulante begeleiding op zich nemen en zullen deel uitmaken van een netwerk van hulpverleners rond één patiënt in de thuissituatie.

Ook bepaalde activiteiten van Projecten Psychiatrisch Thuiszorg (PTZ) situeren zich in deze functie. De patiënten die worden aangemeld via de reguliere thuiszorg zijn veelal die patiënten waarbij de ondersteuning door de PTZ teams het verschil maakt tussen een psychiatrische opname of de verderzetting van het verblijf thuis. Het verder uitbouwen van deze functie – vooral in de Brussels omgeving waar vele duizenden sociale woningen zijn - vormen een belangrijke buffer voor het onnodig opnemen in de residentiële psychiatrische zorg. Zij nemen hier een belangrijke rol op in de vroegdetectie en de vroeginterventie.

Verschillende partners uit de ambulante CGG's hebben belangrijke ervaring in het outreachend samenwerken met PAAZ diensten (CGGZ Brussel /UZ VUB) of met Medische Groepsconsultaties (CGGZ Brussel/ Wijkgezondheidscentra zoals Medikuregem) (bijlage 13 en bijlage 14) en op deze wijze dus ook met de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. De CGG's vervullen door de bestaande samenwerking met de huisartsen, CAW's, plaatselijke en gemeentelijke diensten een belangrijke brugfunctie naar de eerste lijn en sluiten aan bij andere domeinen zoals huisvesting, arbeid, welzijn, onderwijs enz...

Als preventie-activiteiten situeren de CGG's hun afspraken binnen het suicide protocol in deze functie: in geval van suicide (poging, gedachten, tekens...) kunnen patiënten en hun omgeving binnen de 48u prioritair een afspraak krijgen. Door screening binnen deze functie kan er tevens ook afgewogen worden of er al dan niet verder beroep gedaan wordt op de intensieve ambulante behandelteams en wordt zo de link gelegd naar functie 2. Acties omtrent een verdere actieve bekendmaking en sensibilisering bij de eerstelijnsdiensten zullen ook hier moeten uitgewerkt worden.

[De vergaderingen die in april 2011 werden opgestart werden tot voor kort op regelmatige basis voortgezet: 14/04, 27/04, 29/06, 06/09, 30/09. Er waren 19 partners \(met 24 hulpverleners\) die aan deze overlegvergaderingen hebben deelgenomen.](#)

Tijdens deze overlegmomenten werden een aantal opdrachten uitgevoerd en denk- en actiepunten ontwikkeld waarvan we enkele voorbeelden geven:

- [In eerste instantie werd een inventaris gemaakt van de bestaande initiatieven voor vroegdetectie en – interventie in Brussel.](#)
- [Ook werden de outreachende activiteiten rond suicide, verslaving, daklozen en allochtonenzorg in kaart gebracht.](#)
- [Er worden samenwerkingsmodellen gezocht in relatie met functie 2A en de andere functies van het netwerk Hermes Plus.](#)
- [Er gaat speciale aandacht naar en er zijn contacten met informele en bestaande netwerken van patiënten en mantelzorgers.](#)

Er werd in de beginperiode een vragenlijst uitgewerkt om zicht te krijgen op de activiteiten inzake preventie, promotie van geestelijke gezondheidszorg, screening en diagnosestelling van deze organisaties en personen die hun activiteiten in functie 1 situeren. De inventaris van deze activiteiten geeft ons een rijk beeld van de preventieactiviteiten zoals die in Brussel georganiseerd en aangeboden worden.

Belangrijke partners in belendende sectoren zijn: CAW, LOGO, GDT, LRO alsook de patiëntenvereniging (vb Uilenspiegel) en Similes.

In het kader van de **outreaching** worden volgende activiteiten verder ontwikkeld:

- de vervolgzorg in de verslavingszorg na opname in een ziekenhuis
- de vervolgzorg na suïcidepoging in samenwerking met de spoeddienst van een algemeen ziekenhuis of met psychiatrisch ziekenhuis
- eerstelijns psychologische functie ter ondersteuning van huisartsen: ingezet in wijkgezondheidscentra en groepspraktijken (project werd ingediend)
- coördinatie van overleg door psychiatrische thuiszorg
- samenwerking met residentiële onthaalsector: vorming, supervisie, ondersteuning en coaching door CGG's.

Binnen een getrappt model van geestelijke gezondheidszorg in Brussel wordt de expertise van de geestelijke gezondheidszorg ingezet zodat psychiatrische problematiek kan gedetecteerd, gescreend en kortdurend behandeld worden in de eerste lijn.

Nadien kunnen doorverwijzingen naar meer gespecialiseerde zorg van de tweede of derde lijn gebeuren.

Opdat de patiënt zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving kan blijven, is bvb. één van onze partners, een dienst voor thuiszorg, reeds bereid om binnen de 24u acute zorgverlening aan huis aan te bieden.

Bedoeling is de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te kunnen aanbieden en bijgevolg de zorg ambulanter maken.

Hierdoor wordt opname zoveel mogelijk vermeden of zo lang mogelijk uitgesteld.

Daarnaast hadden de coördinatrices en de referentiepersoon ook nog bijkomende individuele ontmoetingen:

- om een aantal ideeën al van naderbij te bekijken (Familiehulp rond urgentieploeg thuiszorg, medische hulppost Athena rond stageplaats).
- om nieuwe partners te ontmoeten: CAW, Planning Familial, Justitiehuis Brussel, Sociale Urgentie Onthaal
- met koepels en woordvoerders van huisartsen en wijkgezondheidscentra.

Voor 2012 plannen we:

- verdere uitwerking van de bovenvermelde opdrachten: het opgestarte proces wordt verder gezet.
- verdere uitwerking van de eerstelijnspsychologische functie en indien positieve evaluatie bredere implementatie binnen ons territorium.
- reflectie rond de bijkomende opdrachten van het Psycho-Sociaal crisiscentrum:
 - opstart van een laagdrempelig infopunt: aanbieden van informatie rond GGZ en het netwerk (idee van infowinkel in Nieuwstraat in Brussel).
 - creatie van een aanmeldingspunt als ingangspoort naar netwerk en de verschillende functies.

5.2.4.2. Functie 2

We dienen een onderscheid te maken tussen de functie 2A en de functie 2B omdat deze functies zich naar verschillende doelgroepen richten en daardoor anders uitgebouwd dienen te worden met andere middelen en methodieken..

5.2.4.2.1. Functie 2A

De functie 2A heeft binnen de hervorming van de GGZ een cruciale waarde : een goed functionerende « functie 2A » moet ertoe leiden dat de personen met psychologische en psychiatrische klachten die in een crisissituatie verkeren, daardoor niet onmiddellijk in de intramurale zorg terechtkomen, maar ook ambulant kunnen worden opgevangen.

5.2.4.2.1.1. Activiteitenzone en doelgroep

Deze functie zal opstarten in de hoger beschreven experimentele zone (zie ook bijlage 2) en richt zich tot :

- Volwassenen die *gekend* zijn door het (zorg)netwerk
- Personen die *niet gekend* zijn bij de partners van het netwerk maar waar – in de beginperiode van het project – een arts van ons werkgebied (huisarts of psychiater) de aanvraag formuleert.

De aanwezigheid van de aanvrager lijkt ons - in de mate van het mogelijke - noodzakelijk tijdens de eerste interventie. Bij het ontbreken van enige band met hulpverleners van ons netwerk – en dus zondere enige verduidelijkende informatie – is een kwetsbare mobiele equipe niet uitgerust om met eender welke situatie geconfronteerd te worden. De politiediensten binnen de betrokken zone kunnen de interventie van het team aanvragen indien de hogervernoemde voorwaarden vervuld zijn. Hun interventie zal aangewezen blijven in bepaalde gevallen gezien hulpverleners anders zijn uitgerust dan politieagenten.

In een 2de fase na evaluatie, kan elke (rechtstreekse of onrechtstreekse) partner, die actief is binnen ons territorium beroep doen op het mobiele team.

Deze hulpvrager engageert zich tot een nauwe samenwerking en blijft beschikbaar doorheen heel het begeleidingsproces.

Concrete stappen en evolutie van de werkgroep functie 2A in 2011 :

De talrijke reflectievergaderingen draaiden rond het nog verder definiëren van het werkkader, het bepalen van de aanwijzingen tot interventie, de methodieken, de mogelijkheden en beperkingen van deze equipe, de duur van de begeleiding,... Het idee van een Psycho-Sociaal Crisiscentrum blijft actueel en er wordt verder uitgezocht waar de mogelijke raakvlakken liggen met het crisisinterventieteam en wat de gemeenschappelijke opdrachten inhouden.

Er werd geopteerd voor een stapsgewijze aanpak in **2 fasen** :

1/ exploratieve fase

- Nadenken over de **methodologische aanpak** op basis van bestaande modellen (vnl. buitenland)
- **Uitnodiging van en discussie met** instellingen die expertise/ervaring hebben met het omgaan met en/of de analyse van de crisis
- **Ontmoeting** met partners Hermes Plus

2/ Experimentele fase : Concrete aanpak door het samenstellen van een experimentele equipe die zich documenteert, nadenkt en testfase realiseert.

Het ging om 11 van onze partners die 16 medewerkers vrijstelden:

- **Multidisciplinair tweetalig team:** psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers, psychiatrische verpleegsters, ergotherapeuten, opvoeders...
- **Participanten:** A.Bakkioui en S. Zaiour (Sanatia), N.Duarte (Asbl Ulysse), A.Mauzat (Asbl Source), S.Quaghebeur (CDJ Canevas), S.Tas (CGG Brussel), B.Vermeulen (CSM L'Adret), I.Kooy (CSM A.Artaud), S.Thiry, S. De Maere, P.Duhaut, N.Miest (Centre Prévention Suicide), A. De Greef (trACTor), A. Huylebroeck (Crisiseenheden CHU Brugmann), Dr. E.Bajyanga Songa (Canevas), Dr. C. Luxereau (SSM L'Eté)

Het programma van dit experimentele team was intensief met 2 vergaderingen van 2u/week gedurende 10 weken.

- **Uitnodiging van en discussie met** instellingen die expertise/ervaring hebben met crisisinterventie met als **sprekers:** Ph. Hoyois (LBFSM), J-L Joiret (Onthaalhuis 't Eilandje-L'Ilôt), A. De Greef (trACTor), equipe van "le Centre de Prévention du Suicide" (CPS), G. Gérard (E.R.I.C.), I. Favry (Molière-Longchamps ziekenhuis, Psymobile)
- **Uitzoeken** wie de **potentiële partners** zijn die mogelijks op het team beroep zullen doen in de toekomst: wijkgezondheidscentra, huisartsen, urgentiediensten van algemene en psychiatrische ziekenhuizen (princiële akkoorden in afwachting van de financiering), sociale urgentiediensten, diensten voor sociale begeleiding (opvangthuizen, CAW, OCMW-antennes), thuiszorgdiensten....

Er werd een **concrete testfase** ingelast door het organiseren van een permanentie met een psychiatrische back-up gedurende een proefperiode van 3 weken. Concreet betekende dit de vorming van verschillende duo's hulpverleners, die 5d/5 van 9 tot 13u telefonisch bereikbaar en mobiliseerbaar waren in nauwe samenwerking met 2 psychiaters uit het netwerk. Na talrijke onsuccesvolle (hoogstwaarschijnlijk te voorbarige) onderhandelingen met een aantal wijkgezondheidscentra in het centrum van Brussel werd één van onze partners, Source asbl met daaraan verbonden het sociaal restaurant "La Rencontre", vooropgesteld om beroep te kunnen doen op het experimentele team. Verder vroegen we aan een aantal partners uit de eerstelijnssector ('t Eilandje/l'Ilôt, MM du Nord) om crisissituaties te inventariseren waarbij de inzet van een crisisinterventieteam nuttig en aangewezen had kunnen zijn. Deze werkwijze laat ons enerzijds toe om beter en beter in te schatten wat er aan noden leeft in het netwerk, wat zij "crisis" noemen en anderzijds kan ons aanbod meer en meer verrijkt worden.

Aandachtspunten en conclusies die vanuit het experimentele team werden naar voren gebracht :

- Het etisch en deontologisch kader dient helder en duidelijk te zijn. Het hoort bij de opdrachten van het College der Artsen van Hermes Plus om dit team rond deze materie te ondersteunen.
- Uit deze fase blijkt hoe belangrijk het is om een degelijke informatiecampagne op te zetten rond deze volledig nieuwe werking. --
- We achten het opportuun dat de equipe 2A een uitvalsbasis heeft in het Psycho-sociaal crisiscentrum en dat de gedecentraliseerde equipe 2B er geregeld vergadert en de relatie met het crisisinterventieteam kan versterken. -- --
- Deze intensieve fase tijdens het najaar 2011 heeft er ons van overtuigd dat we de mogelijkheid hebben om met een equipe van 10 VTE te kunnen van start gaan, binnen een beperkt en duidelijk afgebakend territorium (zie hoger), met een telefonische permanentie 24u/24 en interventiemogelijkheden van 8u tot 22u. Dit team kan opgeroepen worden door de partners van het netwerk evenals door de artsen (al dan niet solo) van de experimentele zone. Dit crisisinterventieteam zal gecoördineerd worden door een voltijdse psycholoog en een psychiater waarvan het aantal werkuren zal afhangen van het budget dat ter beschikking zal staan van ons project.
- De eerste interventie gebeuren in duo maar nadien kan de begeleiding van de persoon die zich in een crisissituatie bevindt, door één hulpverlener voortgezet worden.

Planning functie 2A voor 2012 :

- Voortzetten van de **reflectievergaderingen** van het experimentele team
- **Aanwerving** coördinator en psychiater voor het 2A-team
- Definiëren van het **functieprofiel** van de medewerkers van het crisisinterventieteam

- **Selectie van de medewerkers** en onderhandeling rond eventuele detacheringen door partners
- Installatie van het **Psycho-sociaal Crisiscentrum (PSCC)**
- **Ontmoetingen en onderhandelingen met potentiële aanvragers** en partners van het netwerk
- Organiseren van **immersieperioden** bij diverse partners
- **Organisatie** van de permanenties en de algemene werking
- Lancering van een ruime **informatiecampagne**
- Geregeld **overleg met het College der Artsen van Hermes Plus**

5.2.4.2.2. Functie 2B ambulante mobiele langdurige zorg

5.2.4.2.2.1. Inleiding

Het beperkt aantal “bedden” in Brussel heeft er in belangrijke mate toe bijgedragen dat in de loop van de voorbije decennia een grote kennis en ervaring rond het bieden van langdurige zorg in een ambulant kader werd ontwikkeld. Sinds de jaren '60 werden inderdaad talrijke diensten gecreëerd om de geestelijke gezondheidszorg in de leefomgeving van de Brusselse bevolking te brengen. Deze equipes waren mobiel en multidisciplinair samengesteld. Meerdere van deze initiatieven stonden model voor buitenlandse organisaties. Talrijke diensten betreuen dat ze te weinig personeel hebben om dit type begeleidingen optimaal te realiseren. Deze methodiek wordt dan ook meer en meer voorbehouden om patiënten op intensieve wijze te begeleiden tijdens een crisisfase. Deze equipes hebben dus een rijke ervaring en expertise opgebouwd zowel op het vlak van crisisopvang in de thuissituatie als op het vlak van de ambulante langdurige zorg.

Tussen deze initiatieven bestaan onderling grote verschillen. Het zijn zowel initiatieven waarbij de dienst zelf zoveel mogelijk zorg opneemt, als initiatieven waarin de psychiatrische zorg langdurig wordt geboden in samenwerking met andere diensten uit andere sectoren.

Hierdoor is er ervaring binnen het netwerk in het hanteren van verschillende methodieken en kan de langdurige zorg geboden worden aan zeer verschillende doelgroepen.

Daarenboven wordt dit aanbod aangeboden op territoriaal verschillende plaatsen binnen het werkingsgebied van het netwerk. Hierdoor is de vereiste om langdurige zorg aan te bieden in de omgeving van de woonplaats van patiënten bijna overal gegarandeerd. Het netwerk kan hierdoor op heel wat plaatsen functioneren op gemeentelijk niveau. De projecten PTZ overstijgen dit niveau en opereren per definitie in de 19 Brusselse gemeenten. Een aantal projecten verkleinden stilaan het werkgebied om praktische redenen.

Hermes Plus wenst in de eerste plaats de bestaande initiatieven samen te brengen en op elkaar af te stemmen. Vermits het netwerk momenteel een groot aantal patiënten in de langdurige zorg opvangt, en daarbij jaarlijks over een redelijke bijkomend potentiële nieuwe langdurige begeleidingen beschikt, is een nieuwe en bijkomende mobiele equipe geen prioriteit. Dit neemt niet weg dat bijkomende middelen voor de bestaande partners het - nu al belangrijke - potentieel nieuwe begeleidingen kan verhogen.

5.2.4.2.2.2. Een gedecentraliseerde mobiele equipe voor langdurige ambulante zorg

Hermes Plus wenst geen nieuwe mobiele equipe op te richten om vanuit het “niets” een mobiel ambulant gemeenschapsgericht aanbod te creëren. Binnen het werkgebied is dit niet nodig en contraproductief. Dankzij deze bestaande activiteiten kunnen de middelen voor het netwerk voor andere behoeften van het netwerk beschikbaar blijven.

Een gedecentraliseerde equipe moet mogelijk maken dat het bestaande gemeenschapsgerichte aanbod kan blijven aangeboden worden, kwalitatief kan worden verbeterd door afstemming en synchronisatie. Dit draagt bij tot een ambulant en territoriaal verspreid aanbod met een eigen identiteit, waarbij rekening wordt gehouden met wijk-specifieke kenmerken, de sociale kaart van de wijk, de sociaal-culturele context van de wijk, de mogelijkheden en de moeilijkheden van de wijk.

Hermes Plus zal de ambulante langdurige zorg afstemmen in overleg met de verschillende bestaande aanbieders in een vorm van een gedecentraliseerde equipe. Dit moet het netwerk de mogelijkheid geven garant te zijn voor het realiseren van de minimale kenmerken van een langdurig aanbod. Het is tevens een manier van werken die de bestaande kennis en ervaring inzet, en valoriseert.

De achterliggende idee van het netwerk is verder om sociale voorzieningen en sociale instellingen te betrekken, open te stellen, meer te betrekken in de sociale inclusie van psychiatrische patiënten.

Patiënten helpen in het vinden van de nodige contacten, en activiteiten die hen kunnen ondersteunen, en die ertoe bijdragen om buiten de psychiatrische zorg te blijven, maakt deel uit van de doelstellingen dit netwerk.

De gedecentraliseerde equipe zal het “aanspreekpunt” zijn voor de overheid van Hermes Plus.

5.2.4.2.2.3. De praktijk van een gedecentraliseerde equipe 2B

Om het gedecentraliseerde aanbod vanuit verschillende bestaande teams op elkaar af te stemmen en zodoende toch van een equipe te kunnen spreken zullen de volgende elementen worden nagestreefd:

- Onderlinge Communicatie rond patiënten
- Gemeenschappelijke dossierelementen
- Gemeenschappelijke caseload.
- Centraal aanmeldingspunt
- Gemeenschappelijke teamvergaderingen
- Crisismanagement
- Vorming
- Uitwisseling van personeel
- Monitoring, evaluatie en verbetering
- Kennis van de andere mobiele equipes.
- Relaties met andere zorgaanbieders

Het is de opdracht voor de coördinator van de functie 2B om deze aspecten met de partners op elkaar af te stemmen.

- Onderlinge Communicatie rond patiënten

Diensten die actief zijn in deze functie hebben weet van elkaars patiënten. Deze informatie zal beperkt zijn tot het beschikbaar stellen van de informatie die betrekking heeft op de identificatie van de betrokken zorgverleners voor de betrokken patiënten en de noodzakelijke informatie bevatten in geval van crisis. Dit moet ertoe leiden dat er niet meer parallel aan elkaar zorg wordt geboden vanuit het ontbreken van informatie over de geboden zorg.

- Gemeenschappelijke dossierelementen

Omdat de onderlinge communicatie over bepaalde aspecten van de zorg wordt verwacht, betekent dit ook dat de zorgaanbieders deze elementen gelijkaardig registreren en ter beschikking stellen van de andere zorgaanbieders van de functie 2B. In een later stadium zal dit - indien dit nodig en nuttig is - kunnen uitgebreid worden naar de functie 2A en eventueel naar andere partners van het netwerk.

- Gemeenschappelijke case load

Het netwerk is verantwoordelijk voor het realiseren van de door de overheid gewenste minimale caseload.

- Centraal aanmeldingspunt

Naast de gebruikelijke kanalen die momenteel door de zorgaanbieders worden gebruikt, zal er een centraal aanmeldingspunt worden georganiseerd (SCPS) dat eveneens kan worden gebruikt door verwijzende personen of organisaties. Dit meldpunt zal in de eerste plaats de woonplaats van de patiënt gebruiken om patiënten voor te stellen aan bestaande equipes.

Indien cliënt-betrokken elementen maken dat naar een elders gelokaliseerde mobiele equipe van het netwerk dient te worden georiënteerd, gebeurt dit in overleg met de patiënt en de betrokken equipes.

- Gemeenschappelijke teamvergaderingen functie 2B

Een mobiele equipe 2B die verspreid over het werkingsgebied opereert moet regelmatig samen vergaderen over het dagdagelijkse beheer van de mobiele equipe Hermes Plus. Een regelmatige “Teamvergadering Functie 2B Hermes Plus” onder leiding van de “Referentiepersoon functie 2B” zal hiervoor de motor zijn. Elke mobiele equipe zal hierop vertegenwoordigd zijn.

De opdracht van deze teamvergadering is de verschillende aanbieders van ambulante mobiele zorg op elkaar af te stemmen en te synchroniseren tot “een verspreide mobiele equipe” om zodoende tot een mobiel aanbod voor langdurige zorg te komen dat de verantwoordelijkheid voor de zorg kan opnemen voor bewoners uit het werkingsgebied Hermes Plus.

Op kruissnelheid moet een maandelijkse vergadering hiervoor volstaan. Bij de aanvang zal de frequentie hoger liggen.

- Crisismanagement

Het is een algemene vaststelling dat binnen de langdurige ambulante zorg ook crisismomenten voorkomen. Veel van deze dringende situaties worden herkend en beheerst door de bestaande equipes die hiervoor ook verschillende

strategieën ter beschikking hebben. Dringende situaties, die escaleren tot een crisis van de patiënt en zijn hulpverleners, komen zelden voor.

Het is dan ook aangewezen om voor het uitzonderlijk voorkomen van “crisis” binnen het netwerk Hermes Plus beroep te doen op de functie 2A. Het beperkt voorkomen van deze momenten maken het - op gebied van het efficiënt besteden van middelen - niet aangewezen om hiervoor extra middelen (tijd en middelen) ter beschikking te stellen.

Wel zal de crisisequipe 2A op de hoogte zijn en toegang hebben tot de noodzakelijke informatie om in geval van crisis bij patiënten op de hoogte te zijn van de contactadressen van de betrokken hulpverleners, en de mogelijke stappen die kunnen worden ondernomen. (contacten, afspraken rond crisis, ...).

- Vorming

Het netwerk biedt regelmatig interne vormingsmomenten aan waarop al de hulpverleners van de mobiele equipes zijn uitgenodigd.

- Uitwisseling van personeel

Het netwerk maakt mogelijk dat de verschillende equipes 2B elkaar kunnen ontmoeten op vormingsdagen en op momenten van uitwisseling. Werken in een netwerk maakt ook mogelijk dat personeelsuitwisseling te organiseren valt.

- Monitoring, evaluatie en verbetering

Een team meet, evalueert en ontwikkelt acties die tot verbetering moet leiden. Het maandelijks overleg met de verantwoordelijken van de verschillende verspreide mobiele equipes moet tevens evalueren en bijsturen.

- Kennis van de andere mobiele equipes.

Als het aanbod niet door één enkele equipe wordt aangeboden en er verschillen bestaan zowel in methodiek als in doelgroep, maakt dat dat de verantwoordelijken van de verschillende mobiele equipes voldoende kennis hebben van elkaars aanbod, werkwijze en doelgroep. Door uitwisseling en kennismaking moet vooral de groep teamverantwoordelijken een goed overzicht hebben van de mogelijkheden op het werkgebied.

- Relaties met andere zorgaanbieders

Binnen het netwerk zijn heel wat instellingen partner die een gedeelte van de ambulante mobiele zorg opnemen voor psychiatrische patiënten. De equipe 2B van Hermes Plus werkt samen en overlegt met deze partners.

Het betreft partners uit allerhande sectoren gaande van de regulier thuiszorg, huisartsen al dan niet in groepspraktijken, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Projecten Psychiatrische Thuiszorg, psychiatrische ziekenhuizen, sociale restaurants, initiatieven voor beschut wonen, Riziv erkende structuren, laagdrempelige initiatieven voor dagbesteding en ontmoeting,

Het aandeel in de langdurige ambulante mobiele zorg voor psychiatrische patiënten is onmisbaar en draagt bij tot stabilisering en integratie.

Bijna alle partners van Hermes Plus zijn in min of meerdere mate betrokken in het aanbieden van zorgen die aanvullend en noodzakelijk zijn om langdurige zorg binnen de gemeenschap te realiseren.

Deze groep zal betrokken worden in de ontwikkeling van het aanbod 2B door informatie en uitwisselingsmomenten. Tevens zal supervisie en vorming beschikbaar zijn door het inschakelen van de partners, die coaching- en vormingsmodules rond geestelijke gezondheidszorg ontwikkelden. In bijzonderheid wordt hierbij gedacht aan de projecten Psychiatrische Thuiszorg die verschillende vormingsmodules ontwikkelden voor de eerstelijnssector en thuishulpdiensten (sinds 2002). Dit zal gebeuren in overleg met de bestaande projecten of in overleg met de referentiepersoon van de Functie 1.

5.2.4.2.2.4. Kenmerken van de ambulante mobiele langdurige zorg

Binnen Hermes Plus worden voor de langdurige zorg binnen een ambulant kader de volgende kenmerken en criteria vooropgesteld:

- De hulpverlening gebeurt ambulant en mobiel.
- De hulpverlening is multidisciplinair en meerdere hulpverleners zijn betrokken.
- De hulpverlening is goed toegankelijk en beschikbaar.
- De bestaande hulpverlening kan voldoende omgaan met crisissituaties.
- De hulpverlening is proactief.
- De hulpverlening is methodisch georganiseerd.
- In de hulpverlening wordt samengewerkt met andere zorgaanbieders.

- De hulpverlening verloopt transparant, de patiënt heeft invloed op de zorg.
- De hulpverlening wordt geboden in de nabije woonomgeving van de patiënt.
- De hulpverlening wordt aangeboden zonder door de hulpverlening gestelde tijdslimiet.

Omdat verschillende mobiele equipes verschillende historische achtergronden hebben, zich richten naar verschillende doelgroepen, hiervoor verschillende methodieken ontwikkelden, werden de objectieveerbare kenmerken voor de verschillende werkingen geïnventariseerd aan de hand van een rondvraag bij de partners die zich profileren in de mobiele langdurige psychiatrische zorg.

Deze gegevens werden verwerkt in bijlage 5

5.2.4.2.2.5. Aantal patiënten

- aantal patiënten in begeleiding

Bestaande initiatieven voor mobiele ambulante zorg hebben die partner zijn van het netwerk, hebben nu een groot aantal patiënten in begeleiding en kunnen deze begeleidingen ook verder zetten voor (on) bepaalde tijd. 150 daarvan zijn meer dan 5 jaar in deze vorm van mobiele langdurige begeleiding.

Sinds de opstart van de overlegvergaderingen rond functie 2B werden er een 5-tal vergaderingen georganiseerd (15.04, 28.04, 09.09, 23.09 en 7/10), waaraan 15 hulpverleners vanuit 13 partners deelnamen. Momenteel hebben 16 partners het profiel van functie 2B.

Voor sommige organisaties heeft de activiteit van het bieden van langdurige zorg vanuit een ambulant kader betrekking op een beperkt aantal patiënten, voor andere organisaties is dit hun hoofdactiviteit. Bepaalde organisaties bieden dit aan binnen hun wettelijke opdracht, voor anderen is dit aanbod niet voorzien in het wettelijk kader, maar wordt deze zorg wel aangeboden. Sommige organisaties bieden dit bijkomend aan vanuit de eigen middelen. Op de lijst van de partners (in bijlage 1) kan u zien welke partners deel uitmaken van deze functie (score 4 of 5).

Stand van zaken van het concept van een “**gedecentraliseerde equipe**” dat in ons vorig dossier werd vooropgesteld:

1. Kenmerken van de langdurige zorg

Partners zijn het erover eens dat langdurige zorg wordt gekenmerkt door de volgende aspecten:

1.1. Ambulant en mobiel:

Het huisbezoek is een courante methodiek die algemeen gehanteerd wordt in deze zorgfunctie; er bestaan echter grote verschillen rond de gehanteerde frequentie. De frequentie wordt zowel bepaald door cliënt-specifieke elementen (opstartfase /kruissnelheid / problematische episodes / crisisperiodes /...) als door factoren die bepaald worden door de mogelijkheden van de hulpverleners (bestaffing / case load van het moment/ ...).

1.2. Multidisciplinair

Partners onderkennen het belang van een multidisciplinair samengestelde equipe. (sociaal en verpleegkundig werk / medisch-psychiatrische zorg / psychologische zorg / ...) . Niet alle organisaties hebben al deze functies steeds ter beschikking. Voor sommige functies wordt er samengewerkt met andere diensten; andere functies kunnen aangevuld worden indien de middelen voldoende beschikbaar zouden zijn.

1.3. In de omgeving van de patiënt.

Alle partners werken binnen een eerder beperkte territoriale afgrenzing. Deze keuze wordt bepaald door de essentiële elementen die langdurige zorg kenmerkt. Nabijheid, toegankelijkheid, beschikbaarheid, bereikbaarheid van de dienst zijn hierbij karakteristieke aspecten..

Daarnaast is het werken binnen een beperkte actieradius in een stad - met een uitermate groot aanbod van allerlei diensten en organisaties - een manier om een overzicht te hebben van welke mogelijkheden ter beschikking zijn voor patiënten.

1.4. Mobiliteit

Dat de equipe mobiel is maar tevens dat de patiënt ook gemakkelijk op de dienst kan geraken - als dit nodig is - is een al even belangrijk aspect van mobiliteit in de zorg. Het is duidelijk dat dit consequenties heeft voor de interne organisatie van de dienst. Door de mobiliteitsproblemen in de grootstad is het aangewezen deze zorgfunctie op verschillende plaatsen in het werkingsgebied ter beschikking te hebben.

1.5. Proactief

Partners onderstrepen dat het anticiperen door de hulpverlener op te verwachten gebeurtenissen en evoluties een belangrijk deel uitmaken van deze zorgfunctie. Zonder dat dit betekent dat de patiënt ontslagen wordt van de verantwoordelijkheid om zelf mee zijn situatie in handen te nemen of te houden.

1.6. Samenwerking met andere hulpverleners in andere functies.

Langdurige ambulante zorg wordt georganiseerd in samenwerking met andere hulpverleners. Dit is in de eerste plaats noodzakelijk omdat de patiënt vragen en noden heeft op verschillende vlakken, waaraan niet door één persoon of één dienst kan beantwoord worden. Daarenboven vormt het een garantie naar de patiënt toe om de zorg over vele jaren heen vol te houden. Onderlinge afstemming tussen verschillende hulpverleners uit verschillende diensten, is dan een bijkomende opdracht waarvan het belang onderstreept wordt.

Projecten van coördinatie van langdurige zorg (PTZ) hebben de voorbije 10 jaar hun kennis hiervan kunnen ontwikkelen en vormen integraal deel uit van het netwerk.

1.7. Methodisch georganiseerd

Hoewel de theoretische achtergronden dikwijls verschillen bij de partners, is het aanbieden van de langdurige zorg altijd theoretisch onderbouwd, en aangevuld met vele jaren praktijkervaring. De referentiekaders verschillen, maar de gehanteerde praktijken zijn sterk vergelijkbaar. Dit betekent niet dat de praktijk niet kan worden aangevuld met nieuwe ervaringen of bijgestuurd wordt door veranderende inzichten. Partners staan hiervoor open.

2. Planning functie 2B

2.1. Bij gelijkblijvende middelen

Ook bij gelijkblijvende middelen zullen de partners verder ingaan op de mogelijkheden die aanwezig zijn door met elkaar een verdere samenwerking uit te bouwen. Het aangegane proces rond het vormen van een netwerk, en de ontstane onderlinge relaties met elkaar kunnen verder aangewend worden om de kwaliteit van de mobiele ambulante zorg binnen het netwerk te verbeteren.

Partners voorzien hiertoe verschillende mogelijkheden van permanente vorming, aangestuurd door Hermes Plus. Hierbij wordt gedacht aan extern georganiseerde studiedagen, of vormingsreeksen. Tevens zijn organisaties bereid om personeelsleden onderling tijdelijk uit te wisselen om zo de gehanteerde concepten en methodieken voor elkaar ter beschikking te stellen en uit te wisselen.

Een andere mogelijkheid is om in samenspraak met een externe organisatie een kwaliteitsgarantie te ontwikkelen voor ambulante langdurige zorg. Dit proces moet ertoe leiden dat bestaande equipes hun praktijk aanvullen en bijsturen.

Ook bij gelijkblijvende middelen zal gezocht worden hoe er afgestemd kan worden met de equipe van functie 2A. Het is te verwachten dat een functionerende equipe 2A snel een effect zal hebben op de vraag naar langdurige zorg. De vraag hoe bestaande equipes met de nieuwe instroom kunnen omgaan, zal zich dan stellen.

2.2. Bij uitbreiding van middelen

Als er bijkomende middelen ter beschikking komen, zal het voorgaande worden uitgevoerd en daarnaast zullen bestaande equipes kunnen uitgebreid worden. Dit moet leiden tot grotere, meer evenwichtig samengestelde, meer multidisciplinaire equipes. Dit verhoogt onmiddellijk zowel de capaciteit als de kwaliteit van het aanbod. De grotere mobiliteit van de hulpverleners zal hierbij een eerste voorwaarde zijn.

Bij uitbreiding van middelen kan geëvolueerd worden naar andere aspecten die een gedecentraliseerde equipe kan kenmerken zoals het realiseren van een gemeenschappelijke caseload, het ontwikkelen van een genuanceerd communicatiesysteem, vergelijkbare kwaliteitsdoelstellingen.

Bijzondere aandacht kan dan ook gaan naar het ontwikkelen van nieuwe en specifieke vormen van deze zorgfunctie voor specifieke doelgroepen (daklozen / patiënten met een justitieel verleden / jongeren ...)

Het creëren van een bijkomende equipe 2B “uit het niets”, is voor de partners geen optie.

3. Knelpunten

De partners in de langdurige mobiele ambulante zorg worden geconfronteerd met enkele problemen die het netwerk niet kan oplossen.

3.1. Te rigide regelgeving voor erkende instellingen.

Partners die – na afloop van een langdurig (residentiële) begeleiding zich verder willen engageren in het organiseren van een “geleidelijk vertrek”, mogen dit voor de subsidiërende overheid niet echt doen, daar waar ze dikwijls de best geplaatste hulpverleners zijn om deze fase verder op zich te nemen.

3.2. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kent verschillende niet erkende “homes voor psychiatrische patiënten”.

Deze commercieel gerunde privé initiatieven ontsnappen aan elke regelgeving, de verblijfsomstandigheden zijn niet aanvaardbaar en bovendien niet te inspecteren door een overheid. De ambulante mobiele equipes van de patiënten die daar verblijven worden vaak geconfronteerd met ernstige ethische en deontologische kwesties.

3.3. Een grote groep psychiatrische patiënten ontwikkelen een draaideursysteem waarbij psychiatrische opnames worden afgewisseld met – in het beste geval – de onthaalsector. De partners beschouwen deze groep patiënten als een specifieke doelgroep waarbij verder inspanningen zullen geleverd worden om via coördinatie en overleg deze patiënten in de zorg te houden. Zo zou dit draaideurfenomeen uiteindelijk kunnen worden afgesloten in een aangepaste duurzame vorm. Hiervoor zal de kennis en de ervaring van het Therapeutisch Project Hermes verder worden ingezet.

5.2.4.3. Functie 3

Binnen het netwerk Hermes Plus worden volgende elementen binnen een rehabilitatieperspectief vooropgesteld:

- Elke therapeutische interventie houdt rekening met de sociale dimensie en maakt deel uit van een stapsgewijs rehabilitatieproces
- Er wordt gestreefd naar een optimale sociale inbedding van de patiënt en alles wordt ingezet om verbindend en globaal te werken.

De werkgroep rond functie 3 kwam verschillende keren samen in 2011: 19/4, 28/4, 7/9, 21/9

Transversaal overleg rond arbeid en GGZ: 12/9, 7/11

De betrokken partners werken in centra met RIZIV-conventies (dag/nacht), niet erkende dagactiviteitencentra, PTZ, PVT's, een buddyproject en gespecialiseerde diensten voor professionele integratie: in totaal waren 20 partners aanwezig en stelden zij in totaal 30 medewerkers vrij om te participeren.

Een aantal vaststellingen binnen de functie 3 :

- Er wordt een waaier van heel diverse activiteiten aangeboden, die de sociale integratie – ruim bekeken – kan bevorderen.
- Het gaat om een aanbod van activiteiten die op zeer elementaire wijze sociaal verbindend en opbouwend zijn.
- Het sociaal statuut (wn, leefloon, ziekte-, invaliditeits- of werkloosheidsvergoeding, tegemoetkoming gehandicapten, wachtijd,...) heeft meer impact op de integratiemogelijkheden dan de diagnose en is dan ook een belangrijke invalshoek.
- Partners onderstrepen het transitoire karakter van een sociaal statuut (zelfs handicap).

Een aantal pistes werden reeds geëxploreerd tijdens de werkgroepvergaderingen van functie 3 zoals bvb. het versoepelen van de Riziv-conventies om het voorbereidend werk, de doorverwijzing en de mobiliteit van de instelling te bevorderen, het herzien van het wettelijk kader voor zieke of invalide personen die een arbeidsactiviteit willen hervatten, systemen zoals arbeidszorg in Vlaanderen waar de « kwetsbare werknemer » een begeleiding op de werkvloer krijgt, een volwaardige plaats geven aan een dagactiviteit die geen arbeidsdimensie heeft,...[Het thema van de socio-professionele \(her\)integratie werd naar voren geschoven als een transversaal thema waardoor een nieuwe overleggroep het daglicht zag die openstond voor alle functies.](#)

Brussel verdient op dit vlak alleszins een specifieke aandacht omdat de socio-economische situatie de mogelijkheden van een professionele integratie aanzienlijk verkleint.

De partners die zich binnen ons netwerk toeleggen op de professionele herintegratie, hebben ons geïnformeerd dat een belangrijk deel van de middelen voor vorming en begeleiding van een kwetsbaar publiek met gezondheidsproblemen, recentelijk zijn verminderd. De toestroom van deze middelen is overgeheveld naar een aantal interimkantoren waar het personeel geen specifieke opleiding heeft rond deze doelgroep. Dit boezemt de groep eerder ongerustheid in en heeft er toe geleid dat de transversale werkgroep blijft samenkomen om een voorstel tot het opstarten van een begeleidingsdienst voor tewerkstelling die beschikbaar is voor al onze partners (functie jobcoach) uit te denken of een voorstel tot uitbreiding van de huidige middelen voor de bestaande gespecialiseerde diensten binnen ons netwerk te formuleren.

De werkgroepen binnen functie 3 willen zich verder wijden aan en voorstellen formuleren rond :

- Het definiëren van een optimaal werkkader voor de rehabilitatiestructuren binnen een context van regionalisering.
- De uitbreiding van de financiering van de fase van voorbereiding en nazorg van de RIZIV-conventies en PVT's.
- Het faciliteren van een betere samenwerking met de andere functies.
- Sensibiliseren van het arbeidsmilieu rond GGZ en vice versa (via onze partners professionele integratie)

Planning functie 3 in 2012:

- Voortzetten inventarisatie van de know how en de respectievelijke samenwerkingsverbanden van de betrokken partners
- Finaliseren van samenwerkingsakkoorden om het aanbod voor de gebruikers te vergroten én te verfijnen.
- Zoals eerder vermeld formuleren van een voorstel tot het opstarten van een begeleidingsdienst voor tewerkstelling die beschikbaar is voor al onze partners (functie jobcoach) of uitbreiden van de huidige middelen voor de bestaande gespecialiseerde diensten binnen ons netwerk.
- Het creëren van site/blog/nieuwsbrief om meer informatie te kunnen doorspelen rond opleidingen, activiteiten voor de patiënten, contacten, mogelijke uitwisselingsstages voor de medewerkers van de verschillende diensten,...

5.2.4.4. Functie 4

5.2.4.4.1. Inleiding

De functie 4 betreft het intensifiëren van de residentiële gespecialiseerde zorg. Deze functie is bedoeld voor personen die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving tijdelijk niet aangewezen is. Voor deze functie ligt het accent op :

- Een snelle opname
- Indicatie- en diagnosestelling
- Een hospitalisatie van korte duur
- Een follow-up na de acute fase.

Twee punten kwamen op de voorgrond :

Het eerste is dat iedere partner dient betrokken te worden bij het denkwerk rond de vraag « hoe onze manier van werken binnen het ziekenhuis veranderen met het oog op meer samenwerking met het netwerk van de patiënt? ». Het is deze innovatie die er toe zal leiden dat de toestroom naar het ziekenhuis vlotter verloopt in de nabije toekomst. En indien een hospitalisatie zich toespitst op een intensieve medische opvang, hoe creëren we dan vervolgens de stabilisatie van de persoon ?

Vanuit dat oogpunt is het noodzakelijk om samenwerkingsverbanden met alle andere functies - en meer specifiek met de functie 2 gezien zij de missing link was tot op heden— te creëren en te verstevigen.

Het tweede punt draait om het benoemen van alle situaties **waarin een hospitalisatie niet uitgesloten kan worden**. Deze lijst dient in overleg met alle betrokken en ervaren partners opgemaakt te worden.

Deze lijst is uiteraard niet beperkt en bevat onder andere:

- Een acute delirante opstoot,
- Sommige maniacale crisissen (zoals de eerste waarbij de persoon nog geen besef heeft dat de crisis zich aankondigt),
- Ernstige zelfmoordpogingen,
- Acute melancholische crisissen,
- Ontwenning van drugs of alcohol

De voorbije maanden werd er een denktank gecreëerd worden met onze partners van de ziekenhuissector. Zij vergaderden op 22/4, 6/9, 20/9 en 8/11/11. Zeven instellingen met 12 hulpverleners participeerden op regelmatige basis.

Deze momenten toegevoegd aan de individuele ontmoetingen van ziekenhuisteams en –directies, maken duidelijk dat er binnen ons Brussels netwerk geen mogelijkheid is tot het afbouwen van bedden. Er blijkt wel al een engagement tot het reserveren van A-bedden voor het netwerk en de reflectie rond alternatieven buiten de ziekenhuissector voor een tijdelijke “time out” bij crisis is ook volop bezig en zal in de nabije toekomst tot concrete samenwerkingsakkoorden leiden (een aantal partners stellen “noodbedden” voor). Het blijkt in deze beginfase ook meer evident om een afstemming te creëren met crisisdiensten binnen het ziekenhuis en sociale urgentiediensten. Deze functie zal uiteraard de relatie en het overleg met de overige functies meer en meer ontwikkelen om haar opdrachten binnen het netwerk zo goed mogelijk te realiseren. Eén van de thema's die tevens ter sprake kwame en die aansluit bij het vorige is het samenwerken bij gedwongen opnamen in de specifieke Brusselse situatie.

Planning functie 4 in 2012

- Realisatie van de voorlopige samenwerkingsakkoorden rond het reserveren van bedden voor het netwerk zowel in de ziekenhuis- als in de residentiële sector buiten de ziekenhuismuren.
- Verder zetten van reflectie rond de omvang van de rol van de ziekenhuisreferenten en casemanagers

- Concretiseren en mogelijks uitbreiden van snelle psychiatrische consultaties
- Opening van het Psycho-sociaal Crisiscentrum voor Hermes plus
- Transversaal overleg ziekenhuis en andere nauw betrokken functies organiseren
- Uitbreiding van de mogelijkheden tot "postkuur" zoals ze in Sint-Alexius en Titeca reeds toegepast worden (met RIZIV-financiering)

5.2.4.5. Functie 5

Een algemene vaststelling binnen de functie 5 Hermes Plus is niet zozeer dat het project zich moet richten tot het ontwikkelen van nieuwe (onbestaande) structuren maar zich eerder moet toeleggen op het ontwikkelen van netwerken en samenwerkingsverbanden alsook het mobiliseren van bestaande initiatieven door hun potentieel verder te gaan exploiteren. Men kan dus stellen dat het netwerk als een soort van collectieve instelling zal gaan functioneren. Zoals beoogt door het project Hermes Plus zal de mobiliteit van de équipes en diens onderlinge samenwerking het doorstromen van zijn doelpubliek bevorderen en dit door rekening te houden met de verschillende fasen binnen het leven van de patient alsook door de continuïteit van de zorg te garanderen rekening houdend met de vertrouwensrelaties die de patient door de jaren heen met zijn zorgverstrekkers heeft opgebouwd. Dit impliceert dat de organisatie van het netwerk een transparante vorm van begeleiden en circuleren moet toelaten in tegenstelling tot een vorm van "rondzwerven" binnen de zorgsector.

De verschillende partners wensen de aandacht te vestigen op volgende punten:

- Verschillende instellingen waaronder de onthaalhuizen alsook de niet-erkende privé structuren geven aan dat, ondanks hun grote turn-over en het feit laagdrempelig onderdak te kunnen bieden aan een groot aantal personen er een gebrek is binnen hun instellingen aan kennis wat betreft het omgaan met personen met een psychiatrische problematiek. Anderzijds zijn er de Initiatieven voor Beschut Wonen met in vergelijking een lagere onthaalcapaciteit en turn-over maar met de mogelijkheid tot een langer verblijf in een aangepast kader met de nodige kennis en know-how.
[Erkenning/controle en opleiding/bijtscholing van bestaande niet erkende structuren \(onthaalhuizen, rust- en verzorgingstehuizen,...\) om een kwalitatief en gelijkwaardig alternatief te kunnen bieden aan de bestaande klassieke zorgstructuren.](#)
- Enerzijds zijn de residentiele instellingen met betrekking tot psychiatrische zorg tot de vaststelling gekomen dat daar waar ze in het verleden meer het accent legden op het effectieve verblijf en de zorg voor hun patienten binnen de instelling ze evenwel het accent moeten gaan leggen op het uitwerken van de toekomstige noden en zorg van de patient na zijn verblijf binnen hun instelling (indien mogelijk). Dit impliceert het opzetten van individuele rehabilitatieprojecten tijdens het verblijf alsook het opstarten en uitbouwen van de toekomstige ambulante zorg.
Met andere woorden stellen we vast dat het merendeel van onze partners reeds ,hetzij beperkt, begrippen als mobiliteit van personeel en het belang van networking binnen hun praktijk hebben geïntegreerd, maar tot op heden vaak op niet erkende / informele wijze.
Anderzijds zet een groot aantal Initiatieven voor Beschut Wonen vaak op niet erkende wijze zijn begeleidingen verder, ook nadat de patient het erkende bed heeft verlaten en zijn autonomie heeft hernomen. Dit wordt vaak mede mogelijk gemaakt door een nauwe samenwerking met de thuiszorgsector.
[Conclusie: een aantal van onze partners zijn vragende partij naar erkenning van hun bestaande \(niet-erkende\) initiatieven die momenteel een antwoord bieden aan enerzijds de noden van de patiënt en anderzijds invullen datgene waar tot op heden de sector in gebreke blijft \(vb: ambulante nazorg dmv. voortgezette officieuze begeleiding hoewel de patiënt niet langer verblijft binnen het kader van de instelling\).](#)
- Het merendeel van de partners houdt eraan de aandacht te vestigen op de gebrekkige middelen die voorradig zijn als het gaat om de functie Wonen in Brussel (te dure huurprijzen op de privémarkt, wachtlijsten binnen de sociale woningmaatschappijen van om en bij de 10 jaar, ontoereikende kennis van zijn doelpubliek vanwege het personeel binnen de sociaal verhuurkantoren,...). Vertrekkende van deze knelpunten hebben een aantal instellingen er reeds voor geopteerd officieele samenwerkingsakkoorden op te stellen met de sociale woningmaatschappijen. [Tot op heden blijken spijtig genoeg niet alle sociale woningmaatschappijen bereid te zijn tot samenwerking.](#) Een aantal andere instellingen stellen op hun beurt een vorm van sensibilisering voor aan de eerstelijns werkers inzake het werken met mensen met een psychiatrische problematiek

[In het kader van Hermes Plus zijn er tussen het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg en een aantal organisaties die werken omtrent het brede begrip Wonen verschillende ontmoetingen georganiseerd. Hieruit blijkt het volgende:](#)

Een heel aantal instellingen is bereid tot een samenwerking tussen beide sectoren (geestelijke gezondheidszorg – huisvesting) daar waar anderen het dan weer niet zijn (met als opgegeven motivatie het gebrek aan een gemeenschappelijke doelpubliek).

De verwachtingen zijn eigen aan iedere instelling hoewel er globaal gezien gezocht wordt naar een gemeenschappelijk actieterrein.

- **OCMW:** *ontvankelijk voor aanvraag om woningen voor mensen met psychiatrische problematiek*
- **Brusselse Gewestelijke Huisvestingsmaatschappij:** *samenwerking mits formele voorstellen*
- **Dienst voor Maatschappelijke Begeleiding van Sociale Huurders:** *bereid tot overleg en samenwerking tussen de sector huisvesting en GGZ*
- *Toekomstige deelname aan de **Interministeriële conferentie: droit au logement** (kabinet Doulkeridis)*

Verderzetting van overleg tussen beide sectoren om de ontwikkelde contacten en onderhandelingen te onderhouden en/of verder te ontwikkelen lijkt ons dan ook uiterst belangrijk.

Vanuit het netwerk Hermes Plus is er een algemene bereidheid tot samenwerking met de verschillende politieke instanties om de inclusie te garanderen van haar doelpubliek inzake huisvestingsbeleid.

De betrokkenheid van de gewesten is immers noodzakelijk met als doel het thema huisvesting & geestelijke gezondheidszorg in een nieuw daglicht te plaatsen.

Algemeen besluit en planning 2012 van functie 5

- Enerzijds het opwaarderen en erkennen van de bestaande initiatieven (in zijn verschillende vormen) een noodzaak is en er anderzijds op structurele wijze samenwerkingsverbanden moeten ontwikkeld worden tussen de verschillende instellingen die bedden /woningen ter beschikking stellen en dit alles met de garantie dat een professionele omkadering kan aangeboden worden, aangepast aan zijn doelpubliek.
- **Weerhoudendheid van potentiële partners door het niet erkende karakter van het project Hermes Plus.** Een erkenning kan leiden tot het realiseren van nieuwe samenwerkingsakkoorden.
- Naast een uitbreiding van het aantal plaatsen lijkt het ter beschikking stellen van extra middelen een noodzaak om zo de bestaande teams uit te kunnen breiden. Dit met als doel een link te kunnen vormen tussen de patiënt en zijn netwerk.
- Het ontwikkelen en stimuleren van projecten omtrent gastgezinnen/peterschap die op de steun kunnen rekenen van het netwerk Hermes Plus. Het huidige aanbod van de privémarkt (individuele woningen) opentrekken naar vormen van collectief wonen.

5.2.4.6. Contact met de gebruikers en de familieleden.

5.2.4.6.1. De gebruikers

Het uitgangspunt van Hermes Plus is dat hulpverleners de vertrouwenspersonen zijn van de patiënten en dat gebruikers de eerste betrokkenen zijn in het aangeven van ervaren knelpunten in de geboden zorg. Het ontbreekt deze personen niet aan ervaring over de hen geboden zorg, wel hebben ze zelden de mogelijkheid om de ervaring te delen op plaatsen die voldoende mandaat hebben om de knelpunten om te zetten in acties die moeten leiden tot verbetering.

Het netwerk is met enkele laagdrempelige structuren binnen het netwerk Hermes Plus overeengekomen om jaarlijks gebruikers van de zorg op een gestructureerde manier samen te brengen rond ervaren knelpunten in de zorg. Methodisch wordt hiervoor teruggegrepen naar de methodiek van Collectief Overleg (Les Collectifs de Réflexion) cfr. "Les Collectifs de réflexion d'usagers du Gué (1992 – 2002) "

Jaarlijks zullen deze laagdrempelige dagstructuren of aanloopadressen (le Gué, Den Teirling, L'Autre Lieu, Den Teirling Noord West, Sanaclub, Bij Ons vzw,...) gesprekken organiseren rond één thema dat aansluit met de ervaren psychiatrische zorg. Dit "Collectief Overleg" loopt over meerdere sessies en wordt afgesloten met een "product" (publicatie, tekst, toneelstuk, folder,) dat het resultaat is van de gesprekken of de acties. Dit "product" kan worden voorgesteld aan anderen.

Dit product van de overlegtafels zal jaarlijks worden voorgelegd en/of voorgesteld aan alle partners van het netwerk. Dit product zal ook door de referentiepersonen geconcretiseerd worden in het netwerk. Het kan ook als "jaarthema" van het netwerk voorop worden gesteld. Een jaarthema dient om partners te sensibiliseren voor de genoemde

kritische aspecten die door de gebruikers werden ervaren in de zorg. Een jaarthema moet leiden tot concrete acties die tot verbetering van de kwaliteit van de zorg leiden.

We menen dat we op deze manier via gesprekstechniek en/of animatie aansluiting vinden bij wat – ook minder verbale of minder extraverte – patiënten ondervinden als moeilijkheden in de psychiatrische zorg.

5.2.4.6.2. De familieleden

Familieleden dienen – waar mogelijk - in de zorg te worden betrokken. Dit systemisch uitgangspunt wordt in het netwerk geconcretiseerd zowel in meerdere outreachende activiteiten van partners van het netwerk als in de overlegmethodiek die door meerdere partners wordt beoefend. Hierbij worden familieleden uitgenodigd en wordt er verwacht dat zij - in het kader van de zorg voor hun familieleden – hieraan deelnemen.

Familieleden hebben geen plaats in de organisatie van de zorg.

Zij moeten wel – net als patiënten - geconsulteerd worden rond hun ervaringen met de activiteiten van het netwerk. De ervaringen van familieleden zullen, via dezelfde methodiek van het “Collectief Overleg “ en door dezelfde mediërende partners van het netwerk, hun bijdrage kunnen leveren tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Het Collectief Overleg voor familieleden wordt apart georganiseerd van het overleg van de patiënten.

5.2.4.6.3. De groeperingen van gebruikers en van familieleden

Groeperingen en verenigingen van familieleden of van gebruikers zijn evenzeer een belangrijke en bron van informatie, feedback, en suggesties. Ze zullen eveneens door het netwerk worden uitgenodigd om jaarlijks deel te nemen aan een Collectief Overleg dat specifiek voor deze groepen wordt georganiseerd door Hermes Plus vertegenwoordigers. Ook deze overlegsessies zullen worden geleid door de partners van Hermes Plus die in laagdrempelige structuren in contact staan met de patiënten. (le Gué, Den Teirling, L'Autre Lieu, Den Teirling Noord-West, Sanaclub, Bij ons vzw,)

De groep van referentiepersonen is verantwoordelijk voor het organiseren van dit Collectief Overleg. Het is een element van de kwaliteitsmeting.

Wat betreft de participatie van de drie groepen van betrokkenen (met name gebruikers, familie en naasten en hun respectievelijke groeperingen) hebben we in 2011 vanuit het netwerk aan de volgende activiteiten deelgenomen:

- Participatie aan het Forum van zorgverstrekkers, gebruikers en familie georganiseerd door het Brussels Overlegplatform GGZ
- Participatie aan een ontmoeting met een project uit Quebec , initiator van methodiek “pairs-aidants” georganiseerd door project Titeca-St-Luc
- Participatie aan het Colloquium “Partnerschap met patiënten en familieleden in het kader van de hervorming” (21/10)
- Inventariseren van de bestaande initiatieven van “gebruikerscollectieven” binnen ons netwerk en reflectie rond de planning van concrete acties in 2012
- Contact met Psytouys en UilenSpiegel en Similes Vlaanderen-Wallonië-Brussel en planning van verdere samenwerking voor de nabije toekomst.

In 2012 zullen we deze dimensie binnen de hervorming verder integreren in ons project, initiatieven ondersteunen en participatie op verschillende niveaus organiseren en stimuleren. De samenwerking met gebruikersorganisaties en vertegenwoordigers van familieleden en naasten zal uiteraard meer aandacht krijgen en leiden tot concrete samenwerkingsinitiatieven.

5.2.4.7. Werken op de onderlinge relaties

Een netwerk creëren om de zorg meer ambulant te maken wordt geconcretiseerd op verschillende niveaus en op verschillende wijzen. Dit heeft zowel te maken met cliëntspecifieke als met organisatiespecifieke elementen. Verschillende diensten hebben op verschillende niveaus ervaring en praktijk.

Het volstaat niet om een groot aantal instellingen en organisaties te hebben in een netwerk. Een netwerk bestaat maar omdat er relaties zijn tussen de verschillend hulpverleners uit verschillende diensten.

Deze samenwerkingsrelaties zullen op verschillende vlakken gefaciliteerd, aangegaan of verbeterd worden.

5.2.4.7.1. Samenwerkingsprotocollen

Deze samenwerkingsprotocollen bieden een basis waarop de meeste transmurale activiteiten kunnen georganiseerd worden. De protocollen moeten ertoe leiden dat de samenwerking structureel geregeld is. De te ontwikkelen protocollen dienen zowel de instroom als de uitstroom te beschrijven en te sturen. Goede protocollen moeten er toe

leiden dat patiënten niet langer dan nodig in niet-aangepaste zorg zitten. Protocollen structureren de dagdagelijkse samenwerking.

In deze protocollen zal gezocht worden naar regelmatige transversale contacten waarbij zowel elektronische (via conference call) als fysieke contacten ter beschikking staan (vast deelnemen aan elkaars teambespreking bij verwijzing, ...).

De bestaande samenwerkingsprotocollen tussen instellingen (PAAZ-diensten, CGGZ, Samenwerkingsverband Beschut Wonen, Samenwerkingsverband Psychiatrische Thuiszorg,...) zullen geëvalueerd worden en eventueel kunnen aangepast worden aan de doelstellingen van het project.

De samenwerkingsprotocollen zullen ook uitgewerkt worden tussen andere “partners in de zorg” . Binnen Hermes Plus is het aangewezen om andere relaties te formaliseren. Er zijn voorbeelden van deze goede praktijken bij de partners van dit netwerk (bv. tussen Sociale Huisvestingsmaatschappijen en Beschut wonen, tussen de CAW's en de CGGZ's,...).

5.2.4.7.2. Samenwerking en uitwisseling

Samenwerking binnen de sector van de gezondheidszorg gebeurt dikwijls op basis van “elkaar kennen” . De verschillende “sociale kaarten” staan tegenover de vaststelling dat binnen de sector het element “de andere hulpverlener te (kunnen) kennen” bepaalt “hoe en naar wie er verwezen wordt”. Brussel kende vroeger verschillende vroeger initiatieven op dit gebied. Het is een mogelijkheid om via wederzijdse stages kennis te maken met de praktijk van zorgverleners die in andere structuren actief zijn.

5.2.4.7.3. Specifieke doelgroepen

Specifieke doelgroepen vragen om specifiek aangepaste afspraken, specifieke methodieken en aangepaste structuren (zoals Smes,Diogenes, Hermes,...). Het netwerk heeft via zijn partners en door zijn territoriale inplanting contact met zeer specifieke doelgroepen. Voor deze verschillende groepen bestaan verschillende goed functionerende - dikwijls tijdsintensieve – begeleidings- en overlegvormen of netwerken.

De methodieken zullen aangeboden worden als vorming en zullen zodoende gedeeld worden met andere netwerken om zo verder ontwikkeld of uitgediept te worden. Dit moet bijdragen tot een grotere sensitiviteit voor de verschillende behoeften die psychiatrische patiënten stellen.

5.2.4.7.4. Referentiepersonen

Referentiepersonen (zie hoger) kunnen ingezet worden als de samenwerkingsakkoorden niet volstaan voor de cliënt of voor de betreffende doelgroep.

5.2.4.7.5. Brugfuncties

Brugfuncties tussen organisaties kunnen ontwikkeld worden door partners indien de doelgroep of de aard van de structuur dit nodig maakt. De samenwerking kan op die wijze tegemoet komen aan bijzondere noden. Ze kunnen op verschillende manieren ontwikkeld worden.

5.2.4.7.6.Vorming

Vorming van hulpverleners , hetzij mensen die oriënteren , en het verder ontwikkelen van het concept “referentiepersonen”....

Voor de functie “vorming” wordt binnen de werkmiddelen een budget gereserveerd. Het netwerk kan ook gebruik maken van de kennis en de ervaring die opgedaan werd in het TP Hermes. Gedurende de looptijd van het TP werden referentiepersonen opgeleid. Er bestaat nog steeds een trimestriële intervisie van de groep referentiepersonen. Deze kennis en ervaring kan ook gedeeld of aangeboden worden aan andere netwerken.

5.2.4.7.7. Informatie:

Een goed netwerk heeft de mogelijkheden tot samenwerking “on-line” ter beschikking van de hulpverleners. Dit moet zowel het verwijzen vereenvoudigen als versnellen.

5.3 Nieuwe rollen

De nieuwe rollen werden hoger in het document uitgewerkt en benoemd. De instrumenten voor de communicatie en kwaliteitsmonitoring over het netwerk Hermes Plus zal gebeuren door middel van website, folders en brochures.

5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Het netwerk kan zijn bijdrage leveren in zorgplannen die in de eerste plaats meerdere hulpverleners op elkaar betrekken rond de patiënt (transversale zorgplannen). Voor de andere zorgplannen, blijven individuele aanbieders zelf verantwoordelijk.

Verschillende initiatieven voor het delen van dossiergegevens zijn momenteel in ontwikkeling (aangepast zorgplan voor de GGZ, polymédisch, RAIL,...) Het netwerk zal het meest performante systeem gebruiken om de samenwerking met partners te optimaliseren.

Het netwerk zal uitklaren op welke manier transversale zorgplannen kunnen worden ontwikkeld samen en in overleg met de patiënt.

Transversale zorgplannen zullen slechts ontwikkeld worden als de patiënt hiervoor uitdrukkelijk zijn akkoord geeft (cfr. het akkoord van de patiënt – Therapeutische Project Hermes). Transversale zorgplannen zullen schriftelijk gecommuniceerd worden met de deelnemers met name de betrokken hulpverleners en de patiënt (cfr. TP Hermes). Ze worden in het transversaal zorgoverleg opgevolgd en geëvalueerd.

De onderlinge communicatie over patiënten, zal op de meest efficiënte manier die gebeuren zodat de privacy van de cliënt maximaal beschermd wordt. Respect voor de privacy van de patiënt primeert hierbij op snelheid en efficiëntie van de technische hulpmiddelen.

Belangrijke elementen van deze onderlingen communicatie over patiënten dienen verder ontwikkeld te worden.

5.5 Management- en bestuursmodel

Het gekozen bestuurlijk model is een niet-piramidaal model en bijgevolg een model waarin partners zoveel mogelijk betrokken en geresponsabiliseerd worden.

Deelnemende partners die de samenwerking willen ontwikkelen kunnen dit. Vertegenwoordigende partners kunnen hier evenzeer aan meewerken en zijn verantwoordelijk. Dit moet leiden tot een breed gedragen samenwerking, waarbij “kleine spelers” evenzeer kunnen bijdragen en verantwoordelijkheid opnemen als “grote spelers”.

Dit model heeft zijn performantie bewezen in het TP Hermes en er is dan ook geen enkele reden om dit model te wijzigen

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering

Sinds de Jury van de FOD Volksgezondheid in juni 2011 de vorige evaluatie van het project Hermes Plus bekend maakte, hebben de 2 coördinatrices voornamelijk aan de versteviging en de uitbreiding van het netwerk gewerkt met de nodige aandacht voor de opmerkingen van de Jury. De 3 krachtlijnen in deze **verkenningfase** die als voornaamste doelstelling had om verder kennis te maken en overleg te stimuleren met de partners waren de volgende :

6.1.1. Individuele ontmoetingen met onze partners

En dit om hun werking en de teamleden beter te leren kennen en verder informatie in te winnen rond wat zij in het (stilaan groeiende) netwerk wensen in te brengen en welke hun verwachtingen zijn naar het netwerk toe maar ook

ruimer gezien t.a.v. de hervorming. Deze basisinformatie zal essentieel zijn om vorm te geven aan de talrijke samenwerkingsakkoorden die zullen uitgeschreven worden als het netwerk effectief met een financiering van start kan gaan.

Dat er bij onze Brusselse partners een enorm grote diversiteit aan « hulpbronnen » en tools zitten, illustreert dat de ambulante sector hier een sterke groeidimensie heeft gekend en zich heeft weten te profileren sinds de beginjaren van de « sociale psychiatrie ».

6.1.1.1. Inbreng partners Hermes Plus

In de onderstaande lijst kan u een synthese terugvinden van de inbreng die zij ten dienste van ons project wensen in te zetten :

Ruime ervaring en traditie van

- Sociale psychiatrie
- Buurtgericht werken
- Thuiszorg bij gebruikers met een psychische of psychiatrische problematiek
- Functioneren binnen een netwerk

Expertise die het netwerk verrijkt:

- Zorg voor en opvang van specifieke doelgroepen (verslaafden, jonge psychiatrische patiënten, daklozen, asielzoekers, personen met een dubbele diagnose zoals bvb. mentale handicap en psychiatrie, psychose en verslaving,...)
- Crisisbegeleiding, wachtdienst (2A)
- Mobiliteit in langdurige zorg (2B)
- Overleg met en rond patiënten en de coördinatie hiervan
- Verschillende methodieken van outreachend werken
- Participatief werken met “gebruikerscollectieven” of in “clubverband”
- Werken met interculturele bemiddelaars

Methodieken die bevorderend werken voor een ondersteunend partnership binnen een netwerk:

- Sensibiliseren rond GGZ voor hulpverleners, scholen, familie...
- Coaching hulpverleners rond situaties GGZ, interviews
- Professionele integratie van kwetsbare groepen
- Diverse vormen van juridische ondersteuning (gratis)
- Organiseren van conferenties
- Doorspelen van kostbare informatie rond hulpverleningsnetwerken

Detachering personeel:

- 6 dienstverantwoordelijken voor de werkgroepen/functie
- Referent 107 bij iedere partner voor participatie aan vergaderingen (per functie zijn er hierboven gegevens over de exacte aantallen)
- Uitwisseling personeel tussen partners onderling (immersieperioden)
- Experimentele 2A: participatie van 11 partners (met 16 medewerkers)
- Bereidheid tot het creëren van “urgentieploeg” in thuiszorg

Materiële inbreng

- Engagement tot het reserveren van “crisisbedden” binnen ziekenhuizen (Sanatia, UZ Brussel,...)
- Engagement tot het reserveren van “noodbedden” in kader van functie 2A (onthaalsector en BW)
- Ter beschikking stellen van vergaderruimten voor de verschillende werkgroepen en stuurgroep
- Ter beschikking stellen of huur van burelen voor coördinatie, equipes 2A-2B

6.1.1.2. Verwachtingen van onze partners

Tijdens onze gesprekken was de mogelijke **meerwaarde van het werken in een netwerk en via een lokale aanpak** gekaderd binnen de hervorming van de GGZ uiteraard ook een belangrijk onderwerp wat ons bij het thema van de verwachtingen van de partners brengt:

6.1.1.2.1 Algemene verwachtingen

- **Meer rekening houden met de kenmerken van Brussel Hoofdstad** in het kader van de hervorming van de GGZ
 - onder programmatie van T-bedden
 - complexe problematiek rond wonen en werken
 - omvangrijke dispariteiten op taal-, sociaal, cultureel vlak...
 - uitgebreid werkveld buiten het ziekenhuis met een tekort aan middelen indien er meer mobiliteit en meer kwalitatieve langdurige zorg gegarandeerd dient te worden
 - belangrijke en gevarieerde inplanting van RIZIV-conventies met vraag naar herstructurering ter uitbreiding van de extra-murale dimensie (dit laatste geldt ook voor PVT's)
- **Verandering en verbetering** op vlak van:
 - betere kennis van de partners
 - meer vertrouwen en erkenning tussen partners onderling
 - nieuwe mogelijkheden creëren voor de patiënten en zorg-/hulpverleners
- **Erkend worden** als een **collectief** om te getuigen, te onderhandelen en te ageren

6.1.1.2.2 Concrete verwachtingen

- Creëren van innoverende samenwerkingsinitiatieven met justitiële sector, welzijnswerk en huisartsen
- Betere samenwerking GGZ met huisartsen in kader van preventie en behandeling
- Meer plaatsen in residentiële settings en meer mogelijkheden tot gespecialiseerde thuisbegeleidingen
- Kansen tot professionele integratie en meer middelen voor aangepaste arbeidsmilieus voor personen met psychiatrische problematiek
- Meer toegang tot betaalbare woonsten
- Nieuwe samenwerkingsinitiatieven opstarten om de zichtbaarheid en de beweeglijkheid van de DGGZ te vergroten en de samenwerkingsverbanden te versoepelen en op meer creatieve wijze in te vullen
- Vergroten van de afstemming van de ziekenhuissector en de ambulante sector (deels door elkaar beter te kennen)
- Meer onderling vertrouwen creëren tijdens doorverwijzingsprocessen
- Stimuleren van het delen van "good practices"

Meestal werd ook het thema van de **behoeften aan vorming en intervisie** aangekaart en kregen we kostbare tips rond boeiende lesgevers/supervisors wiens naam we uiteraard aan de FOD doorspeelden. De volgende suggesties en vragen werden geformuleerd:

- Intervisiemomenten, mogelijkheid tot coaching, reflectie rond zorg en de plaats van de psychiatrische patiënt in onze maatschappij, onderlinge ondersteuning
- Vorming die verbindend werkt en pistes opent om binnen een netwerk te evolueren
- Faciliteren van toegang tot elkaars vormingen en conferenties
- Gezamenlijke vorming van patiënten en hulpverleners door de patiëntenverenigingen en vertegenwoordigers van de familie en naasten (UilenSpiegel, Psytovens en Similes)
- Organisatie van een informatiepunt voor partners en patiënten rond hulpverlenings-mogelijkheden, activiteiten, ontmoetingen ...

Met de vertegenwoordigende partners werden er al akkoorden getekend (zie bijlagen vorig dossier) wat maakte dat de effectieve organisatie van de werkgroepen per functie sinds april 2011 tot op heden met regelmaat kon behartigd worden (data worden verder in het dossier per functie vermeld).

6.1.2 Ontmoetingen met nieuwe partners

Er werd aandacht geschonken aan de uitbreiding van het netwerk om het aanbod van diensten en de diversiteit van activiteiten en methodieken nog te vergroten. De coördinatrices gingen vooral op zoek naar nieuwe partners (zie bijlage 1) binnen het experimenteel territorium (zie plan bijlage 2) en slaagden erin om huisartsen, DGGZ en partners uit de sociale en justitiële sector toe te voegen. Enkele cijfergegevens :

- 34-tal potentiële partners gecontacteerd en effectief 22 nieuwe partners (huidig totaal **83**) :
- 16 vnl. actief binnen functie 1 (waarvan 8 met een medische opdracht).
- 5 nieuwe DGGZ (Franstalig) (3 afwachtend)
- Versterking F3 (professionele integratie) en F5 (BW, Onthaalsector)
- 11 partners zitten nog in de running om eind 2011 of begin 2012 partner te worden van ons netwerk (zie overzicht partners in bijlage)

6.1.3 Ontmoetingen met officiële instanties of met federaties

Deze ontmoetingen kregen de nodige aandacht om de opstart en de opbouw van het netwerk mogelijk te maken. Deze activiteit zal een *continue rode draad* vormen in het werk van de coördinatoren gezien **de innoverende en structurele dimensie van de hervorming van de GGZ via samenwerking in (een) netwerk(en)**.

De coördinatrices hebben de volgende instanties ontmoet :

- federaties/woordvoerders van de Nederlands- en Franstalige huisartsen met name « Huis voor Gezondheid » en Franstalige pendanten (FAMGB, SSMG, FMM) en de GLEM
- overkoepelende organen thuiszorg (SEL, GDT binnen BOT en 2 Franstalige SISD)
- vertegenwoordigers van de 19 Brusselse O.C.M.W.'s (1ste lijnsdiensten en socio-professionele dimensie)
- Fonds Julie Renson en Koning Boudewijnstichting (rond professionele integratie binnen transversaal overleg)
- « Conseil Consultatif COCOF » (rond woningproblematiek)
- « Fédération Francophone Bruxelloise des SSM » (rond samenwerking met SSM)
- « Association des Maisons d'Accueil » (studiedag rond overleg met kwetsbaar publiek in de thuislozenzorg)

Er werd een strategie uitgewerkt om deze dimensie van de ontwikkeling van het netwerk verder uit te bouwen en dit in functie van het type structuur en de communicatiemiddelen waarover ze beschikken. Zo zal er bvb. in de nabije toekomst een voorstelling van ons project verschijnen in de flash info van de FAMGB (of « Fédération des associations des Médecins Généralistes de Bruxelles ») en zullen de dokters en de psychiaters van de GLEM (of « Groupes locaux d'évaluation médicale ») binnen ons experimenteel territorium aangesproken worden. Er zal een optimale samenwerking en afstemming gebeuren met het project Titeca-Saint-Luc teneinde een globaler beeld te schetsen van het Brusselse aanbod.

Kelly Persoons, medewerkster van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel-Hoofdstad, werd in het kader van de hervorming van de GGZ deels vrijgesteld om de Brusselse projecten te ondersteunen en legde zich toe op contacten met diverse O.C.M.W.'s en met instanties die met wonen - in de breedste zin van het woord - te maken hebben (zie meer details hierboven binnen functie 5). In die zin effent zij samen met de coördinatoren en de referenten/functie het pad naar meer sectoroverschrijdende en transversale samenwerkingsmogelijkheden binnen het Brusselse zorg- en welzijnslandschap. Wij zijn haar en het Overlegplatform uiteraard zeer dankbaar.

6.1.4. Participatie aan diverse vergaderingen

Vanaf september 2011 werden de **vergaderingen per functie** met succes hervat en tijdens deze ontmoetingen (2 à 3/functie) werd er verder gewerkt aan het uitwerken van prioritaire acties voor de nabije toekomst. Er werd extra aandacht besteed aan innoverende interventies en een experimentele equipe 2A heeft op heel intensieve wijze nagedacht over de mogelijke werking en plaats van dit team (zie meer uitleg hieronder). De coördinatrices hebben heel actief geparticipeerd aan deze hogervernoemde vergaderingen en konden binnen de respectievelijke werkgroepen elementen van de verschillende functies inbrengen.

Verschillende transversale thema's kregen een specifieke aandacht en zo werd op initiatief van het netwerk Hermes Plus werd de vraag van de **professionele integratie** uitgediept tijdens een 2-tal vergaderingen en tegelijkertijd deels ook tijdens de vergaderingen van de partners binnen functie 3. Het netwerk Titeca-St-Luc en het Overlegplatform werden telkens uitgenodigd. Tijdens de 1ste vergadering op 12 september jl. hadden we het genoeg om Dhr. Bernard Jacob in ons midden te hebben, wiens professioneel parcours sterk gekleurd is geweest door dit thema. Rond de woningproblematiek werd, zoals eerder gezegd, ook op globalere wijze binnen de Brusselse context gewerkt. Tijdens de plenaire vergadering van 28-10-11 kwam het complexe thema van psychiatrie en justitie naar voren als een thema dat in de toekomst de nodige aandacht verdient binnen een transversale werkgroep.

Verder hebben de coördinatrices deelgenomen aan vergaderingen van het netwerk Titeca – St-Luc rond het thema van de te ontwikkelen communicatiemiddelen.

6.1.5. Planning coördinatie Hermes Plus voor 2012

Opbouw van het netwerk

- Verdere bekendmaking van het netwerk, zijn doelstellingen en activiteiten (site, blog, nieuwsbrief,...)
- Verder exploreren en analyseren van het experimenteel territorium
- Het netwerk voor nieuwe partners openstellen

Functioneren van het netwerk

- Hercontacteren van huidige partners en het netwerk verruimen met nieuwe partners
- Sluiten van samenwerkingsakkoorden doorheen/met de verschillende functies
- Verder ondersteunen van de verschillende functies en transversale werkgroepen, nieuwe thema's aanbrengen

- Finaliseren van de werkingsstructuur van het netwerk (bvb. verdere uitbreiding van de stuurgroep met kernactoren, plaats van de gebruikers en naasten...)
- Finaliseren van het Handvest

Concrete acties van het netwerk

- Definiëren en ondersteunen van prioritaire en innoverende initiatieven binnen het netwerk
- Organisatie van uitwisselingsmogelijkheden van partners
- Vormingen o.a. betreft de participatie van de gebruikers
- Verder informeren van en onderhandelen met officiële instanties en diverse actoren in naam van het netwerk

Rond het vormen van netwerkkennis is inmiddels al heel wat know-how opgebouwd door de initiatiefnemers.

De netwerken rond psychiatrische patiënten in de thuissituatie (Lila, ,Prisme Nord-Ouest, PsyCoT), waarbij de eerste ervaringen werden opgedaan met het creëren van virtuele equipes en samenwerking over grenzen en sectoren heen, vormen voor velen de eerste ervaringen met het gestructureerd samenwerken.

Belangrijke positieve en negatieve ervaringen rond het creëren en in stand houden van een performant netwerk werden opgedaan in de verschillende “Therapeutische Projecten” waaraan werd deelgenomen door meerdere partners. De ervaringen in het Therapeutisch Project Hermes vormen de basis van het huidige voorstel van structurering en organisatie van het project “Hermes Plus”.

Verschillend met de vorige ervaringen is de grootte van het netwerk. De doelgroep is groter en meer gediversifieerd. De methodieken zijn meer gevarieerd en de verwachtingen zijn groter. Het is ook daarom dat de initiatiefnemers zoveel mogelijk vanuit de opgedane ervaringen het netwerk willen verder ontwikkelen.

Het is vanuit deze ervaringen dat we de volgende zwakke punten kennen en risico's willen vermijden:

- Het netwerk zal niet “toegekend” worden aan één partner. Het risico is dan te groot dat - éénmaal de “erkenning” binnen - de partners worden bedankt. Het netwerk wordt daarom geleid door velen.
- De politieke onzekerheid in Brussel heeft zijn invloed op de organisatie van de zorg. Het netwerk ondervangt dit door zijn verantwoordelijke partners uit de verschillende erkennende gemeenschappen samen te brengen op een manier dat geen enkele “gemeenschap” iets kan ondernemen zonder de anderen te betrekken.
- Een netwerk mag niet te traag functioneren, Dit is waarschijnlijk de grootste uitdaging. Momenteel hebben we geen zicht op de reële “workload” die ontstaat als functies en diensten meer op elkaar worden afgestemd en op elkaar worden betrokken. Het gegeven, dat er heel wat middelen beschikbaar worden gesteld die in het netwerk zullen besteed worden aan de ontwikkeling van het netwerk, maakt dat het netwerk niet slechts afhankelijk is van good-will en vrijwilligerswerk.
- Een netwerk mag niet gebaseerd zijn op enkel vrijwillig engagement. Verschillend van de vorige netwerken, zal dit het netwerk Hermes Plus “geprofessionaliseerd” zijn. Enerzijds omdat een belangrijk pakket middelen ingezet wordt als “lonen”. Anderzijds omdat een ander pakket wordt omgezet in financiële middelen, waarmee partners die tijd en middelen ter beschikking stellen van het netwerk, ook billijk betaald kunnen worden. Geld is niet alles, maar zonder kan je dit soort werk niet realiseren..

De sterkte kanten van het netwerk zijn:

- Het netwerk weet dat bekendmaking, betrouwbaarheid, kwaliteit, ... de elementen zijn waar de zinvolheid van het netwerk wordt mee geëvalueerd. We kunnen ons daarvan maar al te zeer bewust zijn en op de te verwachten problemen anticiperen en verder de onverwachte moeilijkheden oplossen.
- Het netwerk weet dat het een sterkte is dat het toegankelijk is voor partners uit het ganse werkveld. Het maakt geen onderscheid tussen patiënten van deelnemende of niet deelnemende partners.

6.2 Risico management

Rond het vormen van netwerkkennis is inmiddels al heel wat know-how opgebouwd door de initiatiefnemers.

De netwerken rond psychiatrische patiënten in de thuissituatie (Lila, ,Prisme Nord-Ouest, PsyCoT), waarbij de eerste ervaringen werden opgedaan met het creëren van virtuele equipes en samenwerking over grenzen en sectoren heen, vormen voor velen de eerste ervaringen met het gestructureerd samenwerken.

Belangrijke positieve en negatieve ervaringen rond het creëren en in stand houden van een performant netwerk werden opgedaan in de verschillende “Therapeutische Projecten” waaraan werd deelgenomen door meerdere partners. De ervaringen in het Therapeutisch Project Hermes vormen de basis van het huidige voorstel van structurering en organisatie van het project “Hermes Plus”.

Verschillend met de vorige ervaringen is de grootte van het netwerk. De doelgroep is groter en meer gediversifieerd. De methodieken zijn meer gevarieerd en de verwachtingen zijn groter. Het is ook daarom dat de initiatiefnemers zoveel mogelijk vanuit de opgedane ervaringen het netwerk willen verder ontwikkelen.

Het is vanuit deze ervaringen dat we de volgende zwakke punten kennen en risico's willen vermijden:

- Het netwerk zal niet “toegekend” worden aan één partner. Het risico is dan te groot dat - éénmaal de “erkenning” binnen - de partners worden bedankt. Het netwerk wordt daarom geleid door velen.

- De politieke onzekerheid in Brussel heeft zijn invloed op de organisatie van de zorg. Het netwerk ondervangt dit door zijn verantwoordelijke partners uit de verschillende erkennende gemeenschappen samen te brengen op een manier dat geen enkele “gemeenschap” iets kan ondernemen zonder de anderen te betrekken.

- Een netwerk mag niet te traag functioneren, Dit is waarschijnlijk de grootste uitdaging. Momenteel hebben we geen zicht op de reële “workload” die ontstaat als functies en diensten meer op elkaar worden afgestemd en op elkaar worden betrokken. Het gegeven, dat er heel wat middelen beschikbaar worden gesteld die in het netwerk zullen besteed worden aan de ontwikkeling van het netwerk, maakt dat het netwerk niet slechts afhankelijk is van good-will en vrijwilligerswerk.

- Een netwerk mag niet gebaseerd zijn op enkel vrijwillig engagement. Verschillend van de vorige netwerken, zal dit het netwerk Hermes Plus “geprofessionaliseerd” zijn. Enerzijds omdat een belangrijk pakket middelen ingezet wordt als “lonen”. Anderzijds omdat een ander pakket wordt omgezet in financiële middelen, waarmee partners die tijd en middelen ter beschikking stellen van het netwerk, ook billijk betaald kunnen worden. Geld is niet alles, maar zonder kan je dit soort werk niet realiseren..

De sterkte kanten van het netwerk zijn:

- Het netwerk weet dat bekendmaking, betrouwbaarheid, kwaliteit, ... de elementen zijn waar de zinvolheid van het netwerk wordt mee geëvalueerd. We kunnen ons daarvan maar al te zeer bewust zijn en op de te verwachten problemen anticiperen en verder de onverwachte moeilijkheden oplossen.

- Het netwerk weet dat het een sterkte is dat het toegankelijk is voor partners uit het ganse werkveld. Het maakt geen onderscheid tussen patiënten van deelnemende of niet deelnemende partners.

7. Financiering en middelenallocatie

7.1. Uitgangspunten

Wat de financiering betreft van het project wordt van de volgende principes uitgegaan.

De initiatiefnemende ziekenhuispartner van het netwerk Hermes Plus kan noch A-bedden, noch T-bedden bevrozen, gezien de onderprogrammatie van het aantal bedden in Brussel. De bestaande bedden zijn noodzakelijk en worden ter beschikking gesteld door de ziekenhuispartner aan het netwerk (functie 4).

Het ontbreken van bijkomende financiële middelen vanuit het bevrozen van bedden is daarentegen gecompenseerd door het ter beschikking stellen van bestaande middelen door meerdere partners van het netwerk. Deze middelen worden ingezet voor het functioneren van de “mobiele equipes” en voor het organiseren van het netwerk.

7.2. Toegezegde middelen

7.2.1. Vanuit de Federale middelen kan maximaal 100.000 € besteed worden aan de coördinatie van het project. De overige 400.000 € zal besteed worden aan het uitbouwen van de ontbrekende functies.

7.2.2. Hermes Plus doet beroep op bijkomende middelen van de ambulante of de residentiële sector.

Om te vereenvoudigen werden de FTE's omgerekend naar een gemiddelde van 60.000 euro.

7.2.3. Bijkomende middelen via andere partners zijn niet uitgesloten; de onderhandeling daarover zijn momenteel nog aan de gang.

7.2.4. Met het oog op het realiseren van de doelstellingen van het netwerk Hermes Plus, houden we bij het beschrijven van het budget rekening met

- het opstarten en het functioneren van het netwerk
- het creëren van nieuwe klinische functies die noodzakelijk zijn om het functioneren van de 5 functies mogelijk te maken : de mobiele equipes, de afstemming van de 5 functies onderling en tevens het onderzoek.

Het **Voorstel van budget en de besteding** ervan ziet er als volgt uit:.

I. Ontwikkeling van het netwerk:

Federale middelen Projectcoördinatie

Projectcoördinator 1FTE	
Aanwerving van 2 x halftijdse functie (NL/F) sinds 01-04-2011	70.000
Projectcoördinatie	30.000

Middelen komende van partners van de ambulante sector

2 FTE omgerekend	120.000
------------------	---------

Middelen komende van ziekenhuissector: functieverantwoordelijken

1 FTE	60.000
-------	--------

Totaal beschikbaar budget projectcoördinatie: 280.000 €

II. Infrastructuur en middelen

Federale middelen

Huur	25.000
Communicatie – werkingskosten	15.000
Mobiliteit	10.000
Totaal infrastructuur en middelen	50.000 €

III. Creatie nieuwe klinische functies : mobiele equipes en vorming

Federale middelen:

1 FTE coördinator van de mobiele equipes	70.000
4,5 FTE voor mobiele, pluridisciplinaire equipe	280.000

Middelen beschikbaar gesteld door ambulante partners

6,5 FTE omgezette functies voor pluridisciplinaire equipe	390.000
---	---------

Middelen beschikbaar gesteld door onze ziekenhuispartner

1,5 FTE omgezette functies voor pluridisciplinaire equipe	90.000
0,3 FTE omgezette functie voor psychiater	66.000

Middelen vanuit Therapeutisch Project 71 Hermes

Vorming mobiele equipe	25.000
------------------------	--------

Totaal beschikbaar budget voor de nieuwe functies: 921.000 €

IV. Medische verantwoordelijkheid

Federale middelen	225.000
-------------------	---------

Totaal beschikbaar budget medische verantwoordelijkheid 225.000 €

V. Onderzoek

Middelen beschikbaar gesteld door TP 71 Hermes 25.000 €

Totaal budget :

Totaal beschikbaar budget voor het coördineren van het project	280.000 €
Infrastructuur en middelen	50.000 €
Totaal middelen voor de mobiele equipe	921.000 €
Totaal middelen voor de medische verantwoordelijkheid	225.000 €
Totaal middelen voor onderzoek	25.000 €

Totaal beschikbare middelen voor project Hermes Plus 1501.000 €

Overzicht beschikbare middelen :

<i>Middelen beschikbaar gesteld door FOD</i>	<i>Middelen beschikbaar gesteld door ambulante partners</i>	<i>Middelen beschikbaar gesteld door TP 71 Hermes</i>	<i>Middelen beschikbaar gesteld door ziekenhuispartner</i>
725.000	600.000	50.000	216.000

Bestemd voor	Inkomsten	Uitgaven
Coördinatie	70 000,00	-70 000,00 FOD
Detachering vanuit instellingen	30 000,00	-30 000,00 FOD
Functieverantwoordelijken	120 000,00	-120 000,00 Ambulant
Functieverantwoordelijken	60 000,00	-60 000,00 Ziekenhuis
Mobiele equipe	350 000,00	-350 000,00 FOD
Mobiele equipe	390 000,00	-390 000,00 Ambulant
Mobiele equipe	156 000,00	-156 000,00 Ziekenhuis
Vorming	25 000,00	-25 000,00 Hermes 71
Medische verantwoordelijk	225 000,00	-25 000,00 FOD
Onderzoek	25 000,00	-25 000,00 Hermes 71
Huur	25 000,00	-25 000,00 FOD
Administratiekosten	15 000,00	-15 000,00 FOD
Verplaatsingskosten	10 000,00	-10 000,00 FOD
	1 501 000,00	-1 501 000,00

Financieringsbron	
Federale overheid	725 000,00
Ambulante sector	510 000,00
Ziekenhuis	216 000,00
Hermes 71	50 000,00
Totaal federale overheid	725 000,00
Totaal partners	776 000,00
Totaal	1 501 000,00

7. De mate waarin het projectvoorstel met het personeel van elke betrokken partner is besproken.

De bespreking met de betrokken personeelsleden verschilt sterk van organisatie tot organisatie. Globaal genomen kunnen we ervan uitgaan dat personeelsleden op de hoogte zijn voor wat betreft de stand van zaken. Vermits de toekomst voor projecten afhangt van hun erkenning, is het te begrijpen dat personeelsleden niet verder zijn geïnformeerd dan over die informatie, die zeker is.

In het gedeelte 6 rond de fasering van de strategische ontwikkeling van het netwerk staat hierrond de nodige informatie gezien de talrijke ontmoetingen met partners en officiële instanties worden belicht.

8. De mate waarin het projectvoorstel is besproken met het/de overlegplatform(s) voor geestelijke gezondheidszorg wiens werkingsgebied samenvalt of overlapt met het werkingsgebied van het projectvoorstel

Het project Hermes Plus heeft deelgenomen aan de vergaderingen die door het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Brussel Hoofdstad werden ingericht en verschillende verantwoordelijken van partnerorganisaties binnen ons netwerk zijn actieve leden binnen de Raad van Bestuur van het Overlegplatform.

Het Overlegplatform en de 2 Brusselse netwerken vergaderen samen om zich verder kenbaar te maken en de informatie rond de hervorming van de GGZ verder te laten doorstromen :

- De beide Brusselse projecten worden beter en beter in kaart gebracht via de gegevensbank van het Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie (CMDIC). We hopen specifiek als netwerk te kunnen vermeld worden op de opmerkelijke site van « Brussel Sociaal »
- Er is tevens een analyse van de territoriale kenmerken binnen de 2 Brusselse netwerken aan de gang en dit in samenwerking met het Overlegplatform en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn in Brussel-Hoofdstad

Eén van de coördinatrices van het project Hermes Plus was spreksster in het kader van de « Journée de la FSSMB » in de sessie rond de samenwerking tussen DGGZ en de psychiatrische ziekenhuizen of afdelingen.

De andere coördinatrice nam het woord op een studiedag binnen de thuislozenzorg, georganiseerd door l'AMA.

Bijlagen

Bijlage 1: Lijst van de 83 partners van Hermes Plus (met vermelding van de potentiële partners in de nabije toekomst) p 35-37

Bijlage 2: Visualisering van het experimentele territorium van het netwerk Hermes Plus p 38

Nr	Services/Dienst	FI	F2a	F2b	F3	F4	F5	C
1	CHU Brugmann - psychiatrie service 74	3		5	4	5		
2	Familiehulp	4						X
3	SSM L'Eté Anderlecht	5		5	4			
4	Psymobile asbl	1		5	3			
5	SPAD Prisme-Nord-Ouest	4		3				X
6	Initiatief/Initiative BW/HP Antonin Artaud			2	4		5	X
7	Begeleid Wonen Brussel	3		2	3	1		X
8	PVT/MSP Sanatia	2		2	3		5	
9	Clinique neuro-psychiatrique Sanatia	2		2	2	5	1	
10	Coin des cerises	3		2	3			
11	PTZ Lila	4		4	5			X
12	CHU St.-Pierre	2		4	3	5		
13	Beschut Wonen Primavera			2	4		5	
14	UZ Brussel					5		
15	Source asbl	2		2	4		5	
16	Entre Autres HP	3		3	3		5	
17	Wops de Nuit			1	5		1	
18	CSM L'Adret	4		2	3			
19	Hôpital Molière Longchamps	2		3	3	5		
20	Diogènes asbl/vzw	2	2	4	3		2	
21	DGGZ/CSM Antonin Artaud	5	1	5	4			
22	Zorgequipe/equipe de soins Annexe Vorst	2			5		5	
23	PSCElseneSt Alexius			4	4	3		
24	CGGZ Brussel	5	1	5	4			
25	CSD	4		4				
26	Cliniques de l'Europe	3		3	3	5		
27	Home Baudouin	5		3		5		
28	Maison Médicale Santé Plurielle	5	2	2				
29	PVT/MSP Schweitzer	2		2	4		5	
30	BW De Nieuwe Thuis			2	4		5	
31	Den Teirling	3		3	4			
32	PVT Thuis			2	4		5	
33	UCLSt-Luc	4		3	3	5		X
34	Institut Pacheco	3			2	5	4	
35	Dionysos II	3			2			X
36	Foyer de L'Equipe	3	1	1	5	3	4	
37	Bij Ons/Chez Nous vzw/asbl	3		2	5			
38	Prélude HP	3	3	4	1	3	5	
39	PTZ PsyCoT	4			3			X
40	TP/PT Hermès							X
41	Réseau Bxl Est							X
42	Centre Hospitalier Jean Titeca	3		2	4	4	5	
43	Eole Psy	4						
44	Le Canevas	2		3	5	1	1	
45	Mandragora vzw				3		5	
46	Festina Lente vzw				3		5	
47	Huize Jan De Wachter				2		5	

Nr	Services/Dienst	FI	F2a	F2b	F3	F4	F5	C
48	La Pièce	3	1	1	5	3	5	
49	Le Code	3			5	3		
50	Le Crit	3			5	3		
51	Imago	3			5	3		
52	Babel	5	2	4				
53	CJA	4	1	1	5	5		
54	SSM Le Méridien	5	3	5	5			
55	La Gerbe	4	2	4	3		4	
56	Mutualité Chrétienne Soins à domicile		4			3		
57	Le Gué			5				
58	Ulysse SSM	5		4				
59	trACTor			4				
60	CAD-Werklijn				4			
61	t Huizeke CAW Archipel	4						
62	l'Autre Lieu		4	4	5		3	
63	Huis voor Gezondheid	4	3	\$				
64	Entr'Aide des Marolles	4		4				
65	Centre de Guidance d'Ixelles	4		3				
66	CAW Mozaïek	4		4				
67	MM des Riches Claires	4	4	3				
68	MM du Béguinage	4	4	3				
69	HP/BW Messidor				4		5	
70	Fondation Travail et Santé				4			
71	Centre de Prévention du Suicide	4	4					
72	Poste Médical de garde Athéna	4	2					
73	SSM Nouveau Centre Primavera							
74	Justitiehuis	4		3	3			
75	Planning Josaphat	4			2			
76	L'Ilot	4		3	2		5	
77	SAMU Social	4	3	4	2		5	
78	MM Du Nord	4		3				
79	SSM L'Eté	4		4	3			
80	SISD Cocof							X
81	SEL BOT							X
82	CASG Service Social Juif St Gilles	4	2	3				

Nr	Services/Dienst	FI	F2a	F2b	F3	F4	F5	C
83	Espace social Télé-service	4		4	3			

Partenaires en attente/potentielle partners								
Infirmières de rue	4							
BW De Lariks			3	3		5		
Maison de Justice	4		3	3				
Conectar								X
MM Horizon								
MM L'enseignement	4			3				
MM Santé et bien être	4			3				
SSM Saint-Gilles	4		4					
Free Clinic	4		4	3				
SSM Etterbeek	4		4	3				

