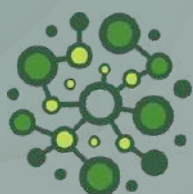




2024

ACTIVITEITEN VERSLAG



diletti

GGZ-NETWERK DILETTI
WWW.DILETTI.BE

Inhoud

2.1.	Administratieve gegevens	3
1.	Samenstelling en ontwikkeling van het netwerk.....	3
2.2.	Samenstelling van het globale netwerk	3
2.2.1.1.	Netwerkomité en stuurgroepen	3
2.2.1.2.	Netwerkcoördinatie-overleg	5
2.2.1.3.	Specifieke overeenkomsten.....	6
2.2.1.4.	Vertegenwoordiging van familie- en ervaringsdeskundigen	6
2.3.	Organigram en organisatie van het netwerk.....	7
2.4.	Communicatie- en informatiestrategie en cartografie.....	8
2.5.	Samenstelling van het netwerk per functie	9
3.	Projectgegevens	13
3.1.	Gefinancierde projecten	13
3.1.1.	Versterking van de mobiele teams voor de doelgroep zorgmijdende ouderen.....	13
3.1.2.	Project 'Crisis als kans: vlotte en kwalitatieve hulp binnen een crisiszorgpad voor iedereen in crisis of urgentie'	15
3.1.2.1.	Inleiding.....	15
3.1.2.2.	Crisiszorgpad	16
3.1.2.3.	High Intensive Care (HIC) en Intensieve Diensten (ID)	17
3.1.2.4.	Aanvullende VTE binnen HIC ³	19
3.1.2.5.	Project urgentiepsychiatrie.....	20
3.1.3.	Project dubbeldiagnose ernstige, chronische psychiatrische kwetsbaarheid (EPA) en gebruik van illegale middelen.....	21
3.1.4.	Traject dubbeldiagnose verstandelijke beperking en psychiatrie	24
3.1.5.	Conventie eerstelijnspsychologische zorg en gerelateerde proeftuinen.....	26
3.2.	Netwerkeigen beleidslijnen en projecten (niet apart gefinancierd)	28
3.2.1.	Gouden Duim-uitreiking: zichtbaarheid en erkenning van initiatieven uit eerste en nulde lijn binnen Vlaams-Brabant Oost.....	28
3.2.2.	Lokale kruispunten in/voor de eerste lijn.....	29
3.2.3.	Warme en gedeelde zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid	31
3.2.4.	Niemand Achterlaten: crustatieve zorg voor mensen met langdurige, intensieve psychiatrische en sociale zorgnoden	32
3.2.5.	Leeftijdsensitieve zorg voor ouderen: 'Diletti gaat voor GGOUD'	34



3.2.6.	Leeftijdsensitieve zorg voor jongvolwassenen	37
3.2.7.	Zorgcontinuïteit voor personen met suïcidale klachten.....	38
3.2.8.	Zorgnood en zorgaanbod in Balans: matched care binnen Diletti	39
3.2.9.	Toeleiding van cliënten naar het best gepaste activeringstraject	40
4.	Andere relevante intersectorale samenwerkingen en initiatieven	42
4.1.	Aanklampende zorg voor dak- en thuislozen met psychische problemen	42
4.2.	Housing First	44
4.3.	Kwartiermaken.....	45
5.	Algemene aanbevelingen voor de FOD	46
6.	Allocatie budget netwerkcoördinatie 2024	47
7.	Bijlages.....	48
8.1.	Info over de intensieve diensten en HIC binnen UPC KULeuven	48
8.1.1.	Intensieve Dienst Mind Body Unit (MBU)	48
8.1.2.	Intensieve Dienst Joris	52
8.1.3.	High Intensive Care (HIC).....	58
8.1.4.	Cog K.....	63
8.2.	Info over de intensieve dienst binnen Zorggroep Sint Kamillus.....	65
7.2.2.	Afdeling VIA	65
7.3.	Info over de intensieve dienst binnen Zorggroep Annendael	71
8.3.1.	Extra-intensieve behandeling Sint-Jan	71



2.1. Administratieve gegevens

Naam van het netwerk	GGZ-netwerk Diletti
Naam + voornaam van de netwerkcoördinator	Vereecke Evelyne
Werkadres	Groeneweg 151 – 8 ^e verdiep, 3001 Heverlee
Gsmnummer	0490 64 44 63
E-mail	evelyne.vereecke@diletti.be
Aantal uren/week besteed aan de uitoefening van de functie van netwerkcoördinator	36 uren/week

1. Samenstelling en ontwikkeling van het netwerk

2.2. Samenstelling van het globale netwerk

2.2.1.1. Netwerkcomité en stuurgroepen

Netwerkcomité

Het netwerkcomité kwam in 2024 zevenmaal samen.

Dit orgaan is eindverantwoordelijke voor:

- het globale functioneren van het netwerk,
- de missie en de visie van het netwerk,
- de strategische planning en de projecten, en de uitvoering ervan,
- het beheer van de financiële middelen die ter beschikking gesteld worden van het netwerk,
- het maken en opvolgen van samenwerkingsafspraken tussen de partner.

De samenstelling van het netwerkcomité staat in functie van een goed beheer van het GGZ-netwerk. Er wordt hierbij gestreefd naar een evenwichtige intersectorale samenstelling en naar een vertegenwoordiging van de vijf functies. De leden van het netwerkcomité zijn steeds gemandateerde vertegenwoordigers met beslissingsbevoegdheid. Elke lid van het netwerkcomité fungeert als ambassadeur van het GGZ-netwerk en staat in voor de informatiedoorstroom naar de achterban toe.

Naam en voornaam	Functie	Afgevaardigd vanuit	Functie 1-5
Claes Stephan (prof.)	Psychiater	UPC KU Leuven	Functie 2-4
De Meester Koen	Algemeen directeur	Annendael Zorggroep	Functie 2-3-4-5
Hemelaer Leo	Familievertegenwoordiger	Similes	
Jochmans Freddy	Bestuurder	UPC KU Leuven	Functie 2-3-4-5
Lambeir Bert	Algemeen directeur	Alexianen Zorggroep	Functie 2-3-4-5
	Bestuurder	Tienen ELZ Leuven	
Oosterlinck Koen	Dagelijks bestuurder	Organisatie Broeders Van Liefde	
Peuskens Hendrik	Psychiater - verslavingszorg	Alexianen Zorggroep Tienen	Functie 4
Roekens Anne	Algemeen directeur	CGG VBO	Functie 2
Steunenberg Marieke	Algemeen directeur	CGG Passant	Functie 2
Tambeur Wim (dr.)	Voorzitter directiecomité	UPC KU Leuven	Functie 2-3-4-5
Tirez Bart	Regiodirecteur Leuven	Familiehulp	Functie 1
Van Malderen Hendrik (voorzitter Diletti)	Algemeen directeur	Zorggroep Kamillus Netwerk geïnterneerden	Functie 2-3-4-5



Van Overmeire Rika (dr.)	Huisarts Voorzitter ELZ	KHOBRA ELZ Leuven Zuid	Functie 1
Vereecke Evelyne	Netwerkcoördinator	GGZ-netwerk Diletti	
Verhoeven Rudy	Algemeen directeur Bestuurder	CAW ELZ Leuven Noord	Functie 1

De zorginhoudelijke stuurgroepen

Binnen het netwerk zijn er twee stuurgroepen. Deze staan in voor de uitwerking van de zorginhoudelijke en innovatieve visie en beleidsvoering aangaande de conventie eerstelijnspsychologische zorg enerzijds, en het bredere strategisch plan van het netwerk anderzijds.

De **netwerkbrede stuurgroep van Diletti** kwam in 2024 zes keer samen. Deze stuurgroep omvat een brede vertegenwoordiging van het netwerk waarbij gezocht wordt naar een evenwichtige intersectorale samenstelling waarin de verschillende functies van het netwerk worden weerspiegeld. De leden zijn afgevaardigden van netwerkpartners met een inhoudelijk beleidsmandaat, de projectcoördinatoren, de voorzitters van de projectgroepen, vertegenwoordigers van partnernetwerken en vertegenwoordigers van cliënten en ervaringsdeskundigen. Elke deelnemer van de stuurgroep fungeert als ambassadeur van het ggz-netwerk en staat in voor de informatiedoorstroom naar zijn/haar achterban toe.

De leden van de netwerkbrede stuurgroep én het netwerkcomité kwamen in 2024 samen tijdens een beleidsdag waarop de speerpunten van ons nieuwe beleidsplan en de governance werden besproken.

Samenstelling netwerkbrede Diletti-stuurgroep

Naam en voornaam	Organisatie
Appeltans Martine	CGG PassAnt
Claes Stephan (prof.) (voorzitter stuurgroep)	UPC KU Leuven
Corke Mithymna	GGZ-netwerk Diletti
Decoster Jeroen (dr.)	Zorggroep Sint-Kamillus
Deloffer Thomas	Alexianen Zorggroep Tienen & projectcoördinator Diletti
De Smet Lynn (dr.)	Mobiel Crisisteam Leuven
Dewil Ariane	IBW Hestia
Dewilde Jeroen	CAW Oost-Brabant
Geuens Walter	Werkgroep DENK Leuven
Ghyselen Kaat	UPC KU Leuven – Mobiel Team Onderweg
Goyens Mieke	GGZ-netwerk internering
Hemelaer Leo	Similes
Hulshagen Annicq	Extramurale zorg Diest & De Hulster IBW
Joostens Peter (dr.)	MCT - Alexianen Zorggroep Tienen
Kapsiz Gulsah	De Hulster IBW
Menten Daisy	ELZ Zuid Oost Hageland
Monseret Kristof	UPC KU Leuven & projectcoördinator Diletti
Panis Michiel	IBW De Hulster - Jongvolwassenen
Paulissen Koen	MSOC Vlaams-Brabant
Pint Geert (dr.)	Kring Huisartsen KHOBRA & Zorgzaam Leuven
Put Greet	Zorggroep Annendael
Schepers Bart	Zorggroep Sint-Kamillus
Schodts Marika	Mobiel Crisisteam Leuven
Temmerman Inge	De Spiegel
Uytterhoeven Jo	GTB Vlaanderen
Van Campenhout Wim (lokale coördinator)	GGZ-netwerk Diletti



Van Malderen Hendrik (netwerkvoorzitter)	Zorggroep Sint-Kamillus
Van Vlierberghe Veerle	CGG Passant - ouderen
Vanhamme Mark	GTB Vlaanderen
Vanhoof Bart	CGG VBO
Vandepoel Ilse	Wit-Gele Kruis
Vereecke Evelyne (netwerkcoördinator)	GGZ-netwerk Diletti
Verhaegen Dieter	Psychologenkring en ELZ Druivenstreek
Vermeulen Mieke	Netwerk Activering
Vrieze Elske (prof.)	UPC KU Leuven

Daarnaast is er een **stuurgroep ter opvolging van het project Psychologische functies in de eerste lijn**. Ook deze heeft een intersectorale samenstelling met een stevige vertegenwoordiging van de zes eerstelijnszones. De stuurgroep ELP kwam in 2024 vier keer samen.

Samenstelling stuurgroep ELP (Psychologische Functies in de Eerste Lijn)

Naam	Functie	Afvaardiging uit
Bernaert Veerle	ELP en bestuurslid ELZ	ELZ Leuven Noord
Danckaerts Marina	Netwerkcoördinator	Netwerk Yuneco
Geuens Walter	Ervaringsdeskundige	Denk
Heyvaert Geertrui	ELP en Stafmedewerker	ELZ Leuven
Lambeir Bert	Directeur en voorzitter stuurgroep	Zorggroep Alexianen Tienen
Li Ann	Lokale Coördinator	Netwerk Yuneco
Menten Daisy	Stafmedewerker	ELZOH
Nys Hannelore	ELP en bestuurslid ELZ	ELZ Demerland
Roekens Anne	Directeur	CGG Vlaams Brabant Oost
Van Campenhoudt Bianca	Stafmedewerker	ELZ Druivenstreek
Van Campenhout Wim	Lokale Coördinator	Netwerk Diletti
Van Overmeire Rika	Huisarts en voorzitter ELZ	ELZ Leuven Zuid
Vereecke Evelyne	Netwerkcoördinator	Netwerk Diletti
Verhaegen Dieter	ELP en bestuurslid	ELZ Druivenstreek

2.2.1.2. Netwerkcoördinatie-overleg

Sinds kort voorziet de beheerstructuur van het netwerk ook in een netwerkcoördinatie-overleg. Het overleg is de sparringpartner van de netwerkcoördinator. Vragen worden er getrieerd en toegewezen aan de inhoudelijke stuurgroep(en), eventueel projectgroepen, operationele cellen of ondersteunende werkgroepen. Output wordt er nagekeken en voorbereidt ter bespreking en besluitvorming op het netwerkcomité. Het coördinatie-overleg neemt onder geen enkel beding eindbeslissingen. Het is geenszins een dagelijks bestuur. De samenstelling omvat de netwerkcoördinator, de voorzitter van Diletti, de ondervoorzitter van het netwerk en de voorzitters van de twee stuurgroepen. Het netwerkcoördinatie-overleg komt maandelijks samen.



2.2.1.3. Specifieke overeenkomsten

Netwerkovereenkomst

Het netwerk Diletti beschikt over een recent geactualiseerd **huishoudelijk reglement**, dat werd herzien in het kader van de nieuwe governance en het nieuwe beleidsplan. De huidige **netwerkovereenkomst** dateert echter van 2010 en is inmiddels achterhaald; een actualisering dringt zich dan ook op. Dit najaar zal het netwerk een traject opstarten om deze overeenkomst te vernieuwen.

We merken dat het huidige huishoudelijk reglement reeds een groot aantal van de verplichte elementen uit de netwerkovereenkomst (zoals beschreven in het B4-contract) bevat. Samen met de partners willen we daarom zorgvuldig bekijken welke onderdelen we expliciet opnemen in een formele overeenkomst, en welke we beter opnemen als addendum via het huishoudelijk reglement. Bij deze oefening staan twee principes centraal. Enerzijds willen we de wendbaarheid van het netwerk en zijn governance maximaal behouden, door via een addendum flexibel en snel aanpassingen te kunnen doorvoeren. Anderzijds willen we vermijden dat een complex en langdurig goedkeuringstraject langs de besturen van elke partner nodig is, waarbij onnodige juridische drempels kunnen ontstaan.

Verder wordt er ook gewerkt aan een **overeenkomst binnen de financiële cel** van Diletti.

Andere overeenkomsten

Het netwerk ging een overeenkomst aan met volgende partnernetwerken:

- Netwerk Internering
- Provinciaal samenwerkingsverband rond middelenmisbruik (Psyche vzw)
- Provinciaal Zorgcircuit 'Personen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychische en/of gedragsproblemen' (Psyche vzw)

2.2.1.4. Vertegenwoordiging van familie- en ervaringsdeskundigen

Vertegenwoordiging binnen het netwerkcomité en de stuurgroepen

Binnen elk orgaan binnen Diletti zijn vertegenwoordigers van familie en patiënten welkom. Sinds de coronaperiode zijn er binnen de governance van het netwerk echter steeds meer hiaten ontstaan in deze vertegenwoordiging. We trachten dit te ondervangen via de Trialootafel (zie verder). Niettemin blijft de mogelijkheid behouden dat er familie- en patiëntvertegenwoordigers aansluiten bij elke overlegtafel. Bovendien ijveren we samen met de werkgroep Denk Leuven voor uitbreiding van de pool van patiëntervaringsdeskundigen.

Orgaan	Aantal mandaten	Aantal ingevuld
Netwerkcomité	2 voor familievertegenwoordigers	1
	2 voor patiëntvertegenwoordiger	0
Netwerkbrede stuurgroep	2 voor familievertegenwoordigers	1
	2 voor patiëntvertegenwoordiger	1
Stuurgroep PFEL	2 voor familievertegenwoordigers	0
	2 voor patiëntvertegenwoordiger	1



Trialoogtafel

Vanuit het herstelgerichte gedachtengoed krijgt de cliënt, en zijn/haar familie, een formele stem en positie binnen de netwerkstructuur. Daarom wordt gestreefd naar voldoende betrokkenheid van vertegenwoordigers van cliënten/familie en ervaringsdeskundigen binnen elke overlegstructuur. Dit principe is echter niet vanzelfsprekend in de praktijk te brengen. Sinds COVID zien we een opmerkelijke terugval in de pool van ervaringsdeskundigen die op beleidsniveau willen opereren. Daarom voorziet de nieuwe beheerstructuur van Diletti bijkomend in een trialoogtafel. Deze tafel heeft een inhoudelijk adviserend mandaat en waakt erover dat het triadisch perspectief (familie, cliënt en hulpverlener) systematisch ingebed wordt in de governance en de projecten van het netwerk. Hiertoe worden projecten er op sleutelmomenten toegelicht. De trialoogtafel bestaat uit een kern van vaste vertegenwoordigers vanuit Similes, Denk Leuven, het Vlaams Patiëntenplatform, de Herstelacademie, alsook beleidsmedewerkers die de herstelvisie behartigen binnen verschillende partnerorganisaties. Deze vaste kern kan in functie van het projectthema aangevuld worden met andere vertegenwoordigers of ervaringsdeskundigen.

Wergroep DENK Leuven

Naast de trialoogtafel werd recent ook de werkgroep DENK Leuven ingebed binnen het netwerk Diletti. Dit is er gekomen nadat Psyche in 2023 de procesbegeleiding van DENK Leuven heeft losgelaten. Vrijwilligersovereenkomsten, onkostenvergoedingen en facturatie van getuigenissen door DENK-leden worden sindsdien geregeld door het B4-ziekenhuis. Het voorzitterschap van de werkgroep wordt waargenomen door Walter Geuens. De procesbegeleiding wordt opgenomen door Christine Selleslagh, begeleider van groepen GGZ binnen het VPP. Er wordt ondersteuning geboden vanuit het Diletti-team.

2.3. Organigram en organisatie van het netwerk

De beheersstructuur en het bijhorend organigram staan in het teken van de **strategische doelstellingen van het GGZ-netwerk**. De samenstelling van elke overlegtafel hangt samen met het **engagement** tot actieve bijdrage van de respectievelijke partners, alsook met de **disciplines, functies en competenties** die vereist zijn om het gewenste resultaat te bereiken.

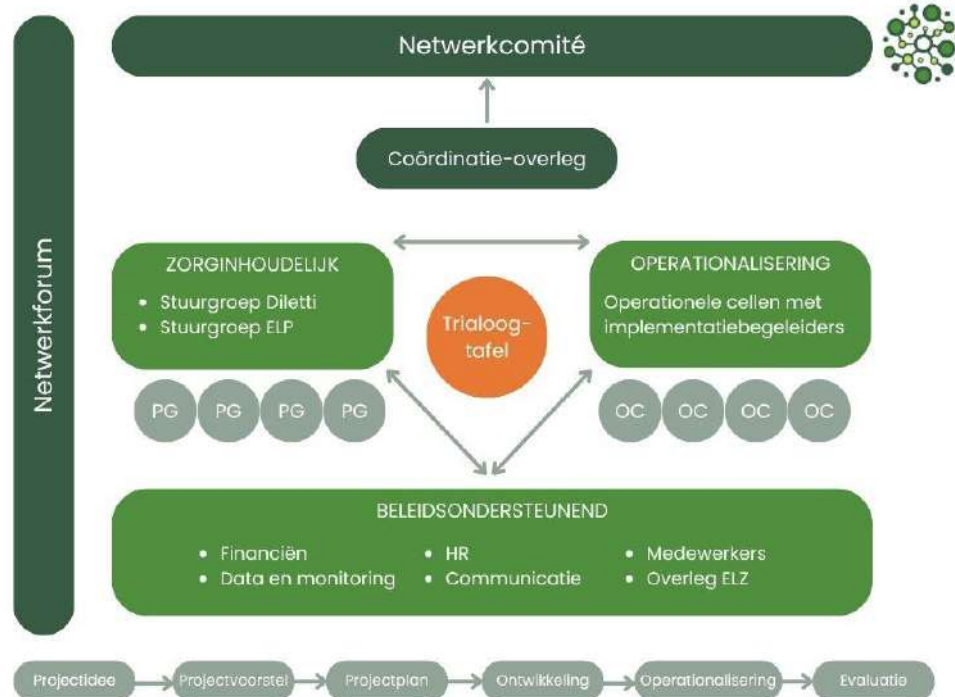
Binnen de governance wordt een onderscheid gemaakt tussen **zorginhoudelijke** ontwikkeling enerzijds, en **zorgoperationalisering** anderzijds. De stuurgroepen en de hieraan verbonden projectgroepen staan in voor de zorginhoudelijke ontwikkeling van het beleid.

Projectvoorstellen en – plannen, inhoudelijk uitgewerkt door projectgroepen, worden gevalideerd door een stuurgroep en vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan het netwerkcomité. De projectgroepen gaan hierna aan de slag met de verdere ontwikkeling van het project binnen het goedgekeurde kader. Op mijlpaalmomenten of bij oplevering van een (deel)projectontwerp, worden bovenstaande stappen herhaald. Eens de fase van de projectontwikkeling doorlopen en een projectontwerp goedgekeurd, komt het project, of een deelproject ervan, in de implementatiefase terecht. Om de implementatie te faciliteren kan een operationele cel worden ingericht ondersteund door één of meerdere implementatiebegeleiders. Deze hebben tot taak het projectontwerp en de gemaakte afspraken bij de betrokken stakeholders uit te rollen en op te volgen.

De netwerkcoördinatie, ondersteund door een netwerkcoördinatie-overleg, garandeert de verbinding tussen het netwerkcomité, de stuurgroepen, de projectgroepen en/of operationele cellen enerzijds, en



de FOD Volksgezondheid anderzijds. De globale werking wordt ondersteund door de medewerkers van het Diletti-team, alsook door gemandateerde deskundigen inzake financiën, data, HR en communicatie.



2.4. Communicatie- en informatiestrategie en cartografie

Geactualiseerde inventaris (cartografie) van het hulpaanbod

Op de provinciale website www.psychewijzer.be wordt de cartografie van het hulpaanbod binnen Diletti up-to-date gehouden. Ook het aanbod omtrent de terugbetaalde eerstelijnspsychologische zorg werd er gehuisvest. Eerder ontwikkelde het netwerk ook een papieren Psychewaaier. Deze had best wel succes bij de eerstelijnspartners. Echter is een gedrukte versie snel achterhaald en het actualiseren ervan heel tijdsintensief. Daarom besloten we om enkel nog te investeren in de online Psychewijzer.

Website: www.diletti.be

Naast de Psychewijzer, die zich richt tot burgers en verwijzers, heeft het netwerk ook een eigen website www.diletti.be die zich vooral richt tot partners en waar informatie gedeeld wordt over de werking van het netwerk en haar beleidsthema's/projecten. Binnenkort staat een grondige update op de planning.

Nieuwsbrief en sociale media

Er worden op jaarbasis 5 nieuwsbrieven verstuurd via MailChimp. Inschrijven voor de nieuwsbrief kan via de homepage van de website. Op dit moment bevat de nieuwsbrief naast de artikels (terugkoppeling over projecten of actuele thema's binnen het netwerk, updates vanuit de conventie ELP, events ...) een kalender met toekomstige events van de netwerk-partners of andere relevante organisaties. Het gebeurt regelmatig dat tussentijds informatie gedeeld wordt via een nieuwsflash.

Sinds 2024 heeft het netwerk ook een [LinkedInpagina](#), die op dit moment sporadisch gebruikt wordt. De bedoeling is om deze pagina actiever te gaan gebruiken om met organisaties/mensen binnen en



buiten het netwerk te communiceren. Voor de geconventioneerde eerstelijnspsychologen wordt er gebruik gemaakt van het platform [SpeakAp](#).

Netwerkforum en andere events

Jaarlijks wordt er een netwerkforum georganiseerd voor netwerkpartners en andere geïnteresseerden. Tijdens het netwerkforum krijgen de aanwezigen een update van de verschillende projecten, kan er feedback gegeven en uitgewisseld worden. De uitnodiging wordt breed verspreid. Het netwerkforum is een van de grotere, maar zeker niet het enige event dat plaatsvindt op jaarbasis. Daarnaast organiseren we thematisch netwerkmomenten of vormingen.

Communicatieplan

Er wordt momenteel gewerkt aan een nieuw communicatieplan voor het netwerk. Hierbij wordt toegespitst op verschillende segmenten binnen het doelpubliek, en is er oog voor de update van de website, de herwerking van de nieuwsbrief, de sociale mediastrategie, en de update van de huisstijl.

2.5. Samenstelling van het netwerk per functie

Hoewel de vijf functies richtinggevend blijven in ons beleidsplan, hebben we in 2019 de functiefora losgelaten. Sindsdien leggen we meer en meer de focus op functie-overschrijdende zorgprogramma's en zorgpaden. Vanuit een projectmatige aanpak waarbinnen per project een stakeholderanalyse wordt uitgevoerd, brengen we partners over functies heen samen in projectgroepen.

In 2024 werd het nieuwe vijfjarige beleidsplan 2024-2029 voorbereid en geconcretiseerd. Volgens de principes van projectmanagement werden na onze beleidsdagen verschillende projectvoorstellen voorbereid door een kerngroepje aan enthousiaste partners. Deze voorstellen werden vervolgens ter goedkeuring voorgelegd aan de stuurgroep en het netwerkcomité.

In de tabel hieronder schetsen we de verschillende beleidsthema's en projectlijnen, alsook de functies waarop deze betrekking hebben. Twee projecten uit de vorige beleidscyclus worden nu in een operationele fase verdergezet en verduurzaamd. Dit is het geval voor het project 'Activering' en het project 'Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen'.



Functie(s)	Beleidsthema	Projectlijn	Fase	Trekkers/projectleiders	Betrokken partners
Functie 1	Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie van psychische problemen.	Gouden Duim-uitreiking: zichtbaarheid en erkenning van initiatieven uit eerste en nulde lijn binnen Vlaams-Brabant Oost.	Implementatiefase	- Dieter Verhaegen - Dr. Geert Pint	- Stafmedewerkers ELZ - Hulpverleners 1^e lijn/welzijn - Familie - Patiënt - Diletti - Yuneco
Functie 1	Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie van psychische problemen.	Lokaal kruispunt in de eerstelijns: <u>onthaal en vraagverheldering</u>	Ontwikkelingsfase + opstartfase in ELZ Demerland	- Diletti-coördinatoren - CAW - CGG's - Stafmedewerkers eerstelijnszones - ELP	- Hulpverleners 1e lijn/ welzijn - VAPH - GGZ-partners zoals mobiele teams, Herstelacademie ...
Functie 2	Crisis als kans: vlotte en kwalitatieve hulp binnen een crisiszorgpad voor iedereen in crisis of urgentie.	- Ontwikkeling van een crisiszorgpad - Ontwikkeling van centraal aanmeldingsmodel met wetenschappelijk onderbouwde GGZ-triage. Ontwikkeling van een outreaching aanbod binnen de 2a-werking voor mensen met psychiatrisch urgente noden (~project urgentiepsychiatrie)	Ontwikkelingsfase & implementatiefase	- Kristof Monserez - Thomas Deloffer	- MCT's - Psychiatrische ziekenhuizen - Spoed/AZ - Politie - Huisartsen - Yuneco - CGG's - CAW ...
Functie 3	Het triadisch en herstelgerichte perspectief (patiënt, familie en hulpverlener) systematisch inbedden in het netwerkbeleid.	Inrichting van een trialoogtafel die er mee over waakt dat beleidsthema's en projecten op een herstelgerichte manier worden ontwikkeld en geïmplementeerd.	Operationele fase	- Greet Put (voorzitter) - Netwerkcoördinator Diletti	- Zorggroep Annendael - Werkgroep DENK Leuven - Similes - Vlaams Patiëntenplatform vzw - Herstelacademie - Alexianen Zorggroep Tienen - UPC KU Leuven - Zorggroep Sint-Kamillus ...
Functie1-2-3-4-5	Warme en gedeelde zorg in het teken van herstel van mensen met een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid.	Lokaal kruispunt in de eerstelijns: ontwikkeling <u>intersectoraal casusoverleg</u> - Redactie van gedragen visienota met succesfactoren en goede praktijken. - Proeftuin Lerend netwerk Shared Care Leuven	Verkennende fase Operationeel/ evaluatiefase	----- Kaat Ghyselen (voormalige procesbegeleider Diletti)	- OCMW/Lokaal bestuur - CAW - Eerstelijnszones - Thuiszorg - MCT - MT2b - Woonmaatschappij - IBW - Psychiatrische ziekenhuizen - Activering - Werkgroep DENK Leuven



Functie(s)	Beleidsthema	Projectlijn	Fase	Trekkers/projectleiders	Betrokken partners
Functie 4	Niemand achterlaten: crustatieve zorg voor mensen met langdurige, intensieve psychiatrische en sociale zorgnoden (LIPSOZ).	- Opstart proeftuin met netwerkcasustafel voor knelpuntcasussen bekend bij de PZ. - Uitwerking gecoördineerd aanbod geschraagd door gedeelde zorgafspraken voor de betreffende doelgroep. - Ontwikkeling van een functie met de nodige expertise die deze doelgroep over lange termijn kan vasthouden zodat breuklijnen in het zorgtraject worden vermeden (casemanagement). - Visieontwikkeling, expertise-en praktijkuitwisseling omtrent crustatieve zorgmethodieken en het ART-model.	Ontwikkelingsfase (proeftuin)	- Dr. Peter Joostens - Dr. Hella De Munter - Dr. Christy Sempels - Dr. Wim Simons - Stafmedewerker Diletti	- Psychiatrische ziekenhuizen - PVT's - CAW - IBW - MT2b
Functie 1-2-3-4-5	Leeftijdssensitieve zorg	Jongvolwassenen Kennismaking en verbinding tussen partners van Yuneco en Diletti in functie van de transitieleeftijd. Bewustzijnsvergroting rond specifieke noden JOVO binnen het Diletti netwerk Deskundigheidsbevordering in transitiezorg. Afspraken rond warme overdracht tussen GG K&J en GGZ volwassenen.	Ontwikkelingsfase en implementatiefase	Michiel Panis (De Hulster/Intersectoraal Team Back On Track)	- Diletti - CGG Passant, - CGG VBO, - Voorzitter leerstoel transitiepsychiatrie, - De Hulster, - ACT Opgroeien, - Yuneco.
		Ouderen Signaalfunctie naar de overheden ten voordele van een duidelijk beleidskader voor ggz-netwerking ouderen & de nodige middelen om dit uit te voeren. Bewustzijnsvergroting rond specifieke noden van ouderen binnen de verschillende projecten van Diletti Deskundigheidsbevordering vanuit CGG naar WZC via een proeftuin met ELP-middelen. Zorgpadontwikkeling samen met MEMO.	Ontwikkelingsfase en implementatiefase	Veerle Van Vlierberghe (CGG Passant)	- Expertisecentrum dementie (MEMO) - Psychiatrische ziekenhuizen - MT2b en 2a - CGG Passant - ELP - WZC



Functie(s)	Beleidsthema	Projectlijn	Fase	Trekkers/projectleiders	Betrokken partners
Functie 2-3-4-5	Zorgtraject voor personen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in combinatie met het gebruik van illegale middelen.	- Ontwikkeling van gedeelde visie en netwerkbreed beleid waarrond we een leer- en verbetercultuur opzetten. - Uitbouw van een liaisonfunctie door experts dubbeldiagnose en ervaringsdeskundigen binnen de MT2b - Uitwerking gecoördineerd aanbod binnen een zorgtraject geschraagd door gedeelde zorgafspraken voor de doelgroep		Mithymna Corke (Stafmedewerker Diletti)	- AZT (MT2b, MT2a, PZ) - RZ Tienen, PAAZ - CGG VBO - De Spiegel - UPC KULeuven (MT2a, MT2b, HIC, EPSI/ CIC, Afeling Franciscus) - De Hulster (MT2b team) - MSOC (Leuven, Tienen en Diest) - Zorggroep Annendael Diest (Liaisonfunctie AZ, MT2b, Sint Jan) - Zorggroep Kamillus (MT2b, GO, VIA)
Functie 1-2-3-4-5	Zorgvraag en zorgaanbod in balans: matched care voor de populatie van Diletti.	- Ontwikkeling van een actueel regioplan van het zorgaanbod (dashboard). - Analyse van de zorgvraag op basis van aanmeldingsgegevens. - Ontwikkeling van een rapport met concrete beleidsaanbevelingen op vlak van verdere ontwikkeling van het zorgaanbod in de Diletti-regio. - Opstart structurele cel data en monitoring op netwerkniveau.	Ontwikkelingsfase en implementatiefase	- Bart Schepers (Zorggroep Kamillus) - Leontien Jansen (KULeuven) - Stephan Claes (UPC KULeuven) - Ronny Bruffaerts (KULeuven) - Jeroen Decoster (Zorggroep Kamillus) <i>[wordt nog uitgebreid in volgende fases]</i>	- CGG's - Internering - UPC KU Leuven - Zorggroep Annendael - CAW - AZT - Spoed - Activering - MSOC - De Spiegel - Ferm Thuiszorg - Familiehulp - I-mens - Psychologenkring
Functie 1-2-3-4-5	Zorgcontinuïteit voor suïcidale personen		Operationele fase	Sara Van Rossem (CGG PassAnt)	- Crisiszorgpartners - KHOBRA - ELP - MT2b - Eerstelijnspartners - Similes - Werkgroep DENK
Functie 3	Toeleiding naar het gepaste activeringstraject		Operationele fase	Mieke Vermeulen (netwerkcoördinator Activering)	Coördinatoren van de vier gespecialiseerde activeringsteams binnen Diletti vandaaruit samenwerking met VDAB, GTB...

Naast bovenstaande projecten wordt er ook nog een sectoroverleg beschut wonen (functie 5) binnen het netwerk georganiseerd en is er overleg met de stafmedewerkers van de eerstelijnszones in Vlaams-Brabant Oost (functie 2). Voor meer informatie over de in de tabel beschreven projecten verwijzen we naar hoofdstuk 3 hieronder.



3. Projectgegevens

3.1. Gefinancierde projecten

3.1.1. Versterking van de mobiele teams voor de doelgroep zorgmijdende ouderen

Visie

Vanuit de versterkende middelen voor de mobiele teams willen we streven naar een gecoördineerd netwerk van professionele hulpverleners rond de (zorgmijdende) oudere en zijn context. Shared decision making, matched care en subsidiariteit, gedeelde verantwoordelijkheid en warme overdracht staan hierbij centraal.

Doelgroep

Om de middelen niet te versnipperen en doelgericht in te zetten, koos Diletti ervoor om deze te focussen op de doelgroep 'zorgmijdende ouderen'. De volgende indicatoren en indicaties worden gehanteerd om deze doelgroep te definiëren:

- ouderen 65+ (maar voornamelijk focus op biologische/psychologische/sociale leeftijd),
- met een kwetsbaar profiel => frailty:
 - fysiek (chronische aandoeningen, somatische comorb., medicatiegebruik)
 - psychisch/cognitief (dementie, middelengebruik, bemoeilijkte rouw, delier, laat ontstane psych stoornissen ...)
 - socio-economisch (verkleinen sociale netwerken, verhoogd risico eenzaamheid, armoede, ouderenmishandeling...)
- vermijding van zorg,
- ook mantelzorgers met verhoogd risico op kwetsbaarheid,
- waarvoor vanuit de eerste lijn/welzijn een appèl wordt gedaan op inzet van expertise inzake ouderenpsychiatrie.

Doelstellingen

Het project omhelsde drie globale doelstellingen:

1. Een **intersectoraal samenwerkingsmodel** uitwerken met gedeelde zorgafspraken tussen alle betrokken actoren. Dit in een eerste fase via casusoverleg op netwerkniveau proefdraaien en na evaluatie vervolgens laten landen in de deelregio's.
2. Faciliteren van de **interne organisatie en vlotte flow binnen elke mobiele teamwerking en overheen de deelregio's** waarbij afspraken gemaakt worden omtrent de doelgroep, de opdracht, het werkingsgebied van de verschillende mobiele teams, geïntegreerde samenwerking en verwijsflow.
3. **Verwijzers en relevante partners informeren** van samenwerkingsmodel voor deze doelgroep via kanalen van het netwerk en haar partners (infosessies, nieuwsbrieven, website etc.)

Partners die de FOD-financiering ontvangen

Voor de spreiding van de middelen werd voornamelijk gekeken naar het demografisch aandeel van 65-plussers binnen Vlaams-Brabant-Oost op basis van de bevolkingsaantallen van de provincie. Daarnaast



werd rekening gehouden met reeds opgebouwde expertise, het engagement om het vooropgestelde model vorm en inhoud te geven, het adherentiegebied van de bestaande mobiele teams en spreiding over 2a en 2b. Op basis hiervan is het netwerkcomité gekomen tot volgend voorstel van toewijzing:

- **Deelregio Leuven** (eerstelijnszones Druivenstreek, Leuven-Noord, Leuven-Zuid & Leuven):
 - OudReach (UPC KULeuven): 1 VTE (2A) + 5 VTE (2B)
 - Mobiel Team NAH (Zorggroep Sint-Kamillus): 1,9 VTE (2B)
- **Deelregio Tienen-Landen** (= eerstelijnszone Zuid-Oost-Hageland)
 - MOTO (AZ Tienen): 1 VTE (2A) + 1,9 VTE (2B)
- **Deelregio Diest** (= eerstelijnszone Demerland):
 - Mobiel team ouderen (SAD): 2,1 VTE (2B)

De meeste van bovenstaande subteams kenden hun oorsprong reeds vóór het toekennen van de extra middelen. Zij werken heel nauw en geïntegreerd samen met de reguliere mobiele teams 2b, zodat er voor de verwijzers geen bijkomende verwijskanalen bijkomen.

Intersectorale samenwerking met partners

Om een geïntegreerd multidisciplinair zorgaanbod te kunnen realiseren worden de middelen ingezet vanuit een intersectorale samenwerking tussen ggz-partners, eerste lijn en welzijn. In eerste instantie zijn volgende stakeholders betrokken partij:

- GGZ-partners: mobiele teams, CGG's, psychiaters, psychiatrische ziekenhuizen,
- eerstelijns/welzijnspartners: huisartsen, thuiszorg, thuisverpleging, welzijnspartners (CAW/OCMW/Mutualiteiten), (eerstelijns)psychologen ... ,
- de context/naasten van de oudere.

We gaan ervan uit dat rond de cliënt altijd meerdere partijen samen dienen te werken en voor een duurzame zorgomkadering zorgen. Van de verschillende zorgpartners wordt gevraagd zich te engageren om samen in de meest gepaste zorg- en dienstverlening te voorzien, waarbij gestreefd wordt naar een gecoördineerd netwerk van professionele hulpverleners rond de cliënt en zijn context, met een maximale subsidiariteit voor ogen.

Engagementen van partners

Op niveau van het netwerkcomité werd in 2021 een samenwerkingsovereenkomst afgesloten. Om deze zorgsamenwerking vlot te laten verlopen, werd er door een intersectoraal vormgegeven werkgroep een [afsprakenkader](#) uitgewerkt in 2022. Nadat de afspraken een periode werden opgevolgd op netwerkniveau, verschoof de opvolging ervan naar de deelregio's. De bedoeling is dat de gedeelde zorgafspraken voor ouderen verduurzaamd worden vanuit het project specifiek rond ouderen dat vanaf 2024 een plaats kreeg in het nieuwe beleidsplan van Diletti.

Beschrijving van het zorgtraject van de persoon

Het afsprakenkader omhelst afspraken inzake volgende pijlers in het zorgtraject:

- **Aanmelding** (warme overdracht)
- **Vraagverheldering:**
 - snelle beschikbaarheid van het mobiel team
 - op een vertrouwde plek
 - rekening houdend met het ritme van de persoon
 - in tandem (GGZ-1^{ste} lijn/welzijn)



- legitimiteit van de vraagverheldering en dus geen intakes nodeloos herhalen
- **Opstart van begeleiding:**
 - zo snel mogelijk
 - volgens matched care
 - indien niet mogelijk, tijdelijke alternatieve ondersteuning bieden
 - Co-management' tussen huisarts en ouderenpsychiater
- **Afronding, indien randvoorwaarden vervuld:**
- **Contactpersoon binnen GGZ:**
 - deskundigheidsbevordering/advies ter beschikking
 - waakvlamfunctie vanuit mobiel team
 - up-to-date zorgplan
 - zorgregie op langere termijn gegarandeerd
- **Gedeelde zorg** - belangrijke fundamenteën hierbij zijn:
 - zorgregie zoals beschreven in de uitgewerkte regiecascade
 - gezamenlijk zorgplan
 - zorgoverleg wanneer nodig

Aanbevelingen voor de FOD

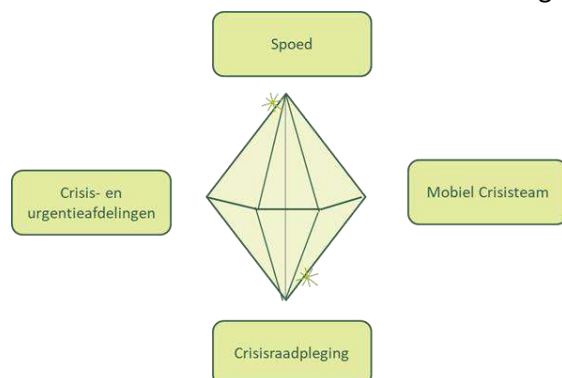
Meer en meer ouderen met een EPA- en zelfs EPPA-profiel, die vroeger langdurig in psychiatrische ziekenhuizen verbleven, verblijven nu in woonzorgcentra (WZC). Bijgevolg kloppen de WZC steeds vaker aan bij de GGZ, in het bijzonder bij de mobiele teams voor outreachende ondersteuning. Echter werd bij de start van het project 'versterking van de mobiele teams voor de doelgroep van zorgmijdende ouderen' aangegeven dat de woonzorgcentra niet mochten worden bediend met deze bijkomende middelen. Een duidelijk beleidskader en een toekomstgerichte visie geënt op de noden van deze ouderen binnen woonzorgcentra dringt zich dan ook op.

Bovendien heeft het (plots) wegvallen van de leeftijdsgrens binnen de bestaande mobiele teams, zonder duidelijk kader, tot gevolg dat vele teams specifieke expertise ouderenpsychiatrie missen. Wanneer een 65-plusser te kampen krijgt met leeftijds- of levensfasegerelateerde problemen en de complexiteit van de hulpvraag toeneemt, is er echter nood aan specifieke expertise, idealiter vanuit specifieke ouderenteams.

3.1.2. Project 'Crisis als kans: vlotte en kwalitatieve hulp binnen een crisiszorgpad voor iedereen in crisis of urgentie'

3.1.2.1. Inleiding

Binnen het netwerk wordt de **crisisdiamant** gehanteerd als een wenselijk model voor de ontwikkeling



van de crisis- en urgentiezorg in de verschillende deelregio's. Het is onze ambitie om voor elke deelregio voldoende aanbod te ontwikkelen voor elk van de vier hoekstenen van deze diamant en daartussen de nodige verbindingen te installeren. Ofwel zijn deze modaliteiten in elke deelregio zelf beschikbaar, ofwel worden de nodige afspraken gemaakt zodat er een vlotte verwijzing kan gebeuren naar een andere deelregio waar deze modaliteiten wel voorhanden zijn.



Crisis zorg is evenwel een verhaal van **gedeelde verantwoordelijkheid** waarbij we niet enkel kijken naar de crisiszorgpartners, maar ook naar andere partners die in het voortraject of het natraject en zelfs tijdens een begeleiding of opname, een rol kunnen spelen. Via de ontwikkeling van een **crisiszorgpad** willen we streven naar een goede afstemming tussen deze partners overheen lijnen en sectoren en naar een optimale coördinatie tussen het aanbod waarvoor elkeen van hen instaat. Warme overdracht en continuïteit van zorg vanuit wederzijds vertrouwen staan hierbij als leidende principes voorop.

Via de realisering van een **centraal aanmeldingsmodel met een wetenschappelijk onderbouwde GGZ-triage**, in samenwerking met 112, ijveren we voor een snelle triage van crisishulpvragen en een vlotte toewijzing naar gepaste hulp volgens hun urgentie-of crisisgehalte. Om de triagist te ondersteunen in de toeleiding ontwikkelen we een **crisisdashboard** dat een up-to-date overzicht biedt van de beschikbare crisiscapaciteit in het netwerk.

Om sneller een kwaliteitsvol antwoord te kunnen bieden voor zij die het nodig hebben, zetten we in op **intensifiëring van de huidige 2a-werking** en wordt stapsgewijs een snellere outreach mogelijk gemaakt. In de verdere ontwikkeling van de 2a-werking willen we oog hebben voor de echte **noden van de cliënt en zijn/haar naasten**. Shared decision making en gedeelde regio zijn bij elke stap van het traject van groot belang. De principes van 'Open Dialogue' beschouwen we hierbij als richtinggevend.

3.1.2.2. Crisiszorgpad

Visie

Het netwerk Diletti streeft stapsgewijs naar een betere afstemming tussen het ruime crisisaanbod in de regio en wil progressief toewerken naar een transmuraal crisiszorgpad met alle relevante stakeholders. Deze strategische doelstelling zit vervat in het vijfjarig beleidsplan van Diletti ('24-'29).

De methodologie van de projectontwikkeling

We hanteren hierbij als projectmethodiek het 7-fasenmodel, ontwikkeld door het Netwerk Klinische Paden (KU Leuven). Dit model omvat aantal solide projectmanagementprincipes – en fases vervat:

1. Screeningsfase
2. Projectmanagementfase
3. Diagnosestellingen- en objectiveringsfase
4. Ontwikkelingsfase van het zorgpad
5. Implementatiefase van het zorgpad
6. Evaluatiefase van het zorgpad
7. Continue-opvolgingsfase

De eerste drie fasen van het 7-fasenmodel werden ondertussen doorlopen. Er werd een projectfiche voor een crisiszorgpad ingediend op niveau van het netwerkcomité dat vervolgens fiat gaf om hiertoe een taskforce in te richten en een SMART-projectplan uit te werken. De specifieke doelstellingen vanuit het project urgentiepsychiatrie werden in dit globale projectplan meegenomen.

In de fase 'diagnosestelling- en objectiveringsfase' evalueerden we het huidige acute zorgcircuit, knelpunten en goede praktijken hierbinnen. Vervolgens werd via 'process mapping' een boomstructuur uitgewerkt van de huidige situatie van het crisiszorgcircuit (AS IS), alsook van de gewenste situatie met inbegrip van de nieuwe functies (TO BE). We brachten hierbij de bouwstenen en goede praktijken die reeds voorhanden zijn binnen ons netwerk in kaart. Vervolgens definieerden we de concrete



deelstappen en de timing om van de huidige naar de gewenste situatie te evolueren, de te betrekken stakeholders, alsook de timing, en dit zowel naar ontwikkeling als naar implementatie.

Populatiemanagement

Sinds enkele jaren sleutelt het netwerk aan een meer uniforme datamonitoring voor de crisiszorg. Deze datamonitoring wordt momenteel geoptimaliseerd voor de vier hoekstenen van de crisisdiamant. Zo worden afspraken gemaakt omtrent datadeling en worden indicatoren op punt gesteld, mede naar aanleiding van het project urgentiepsychiatrie (cf. snelheid van outreach). Deze gegevensverzameling moet ons ook in staat stellen om de patiëntenstromen in kaart te brengen. Deze geoptimaliseerde datamonitoring zal ons ondersteunen bij het nemen van onderbouwde beleidsmatige beslissingen over de verdere ontwikkeling van de crisiszorg in ons netwerk.

Partners die een aanbod ontwikkelen vanuit bedbevriezing en FOD-financiering

De crisiszorg wordt momenteel gerealiseerd door de volgende partners:

UPC KULeuven	Alexianen Zorggroep Tienen	Zorggroep Annendael Diest
1998: bestaffing 2FTE vpl op spoed 2003 : EPSI-unit 2012 : MCT Leuven 2019: crisisraadpleging 2020: HIC-unit 2022: intensifiëring EPSI-spoed + crisisraadpleging 2023: Intensive Home Treatment (IHT)	2020: MCT Tienen 2021: 'Outreach MCT naar spoed RZ Tienen' 2023: Intensive Home Treatment (IHT)	2012: liaison AZ Diest 2022: crisisraadpleging

Intersectorale samenwerking met partners

Binnen de crisiszorg wordt er nauw samengewerkt met huisarts, spoed/algemene ziekenhuizen en politie. De huisarts en spoed zijn de belangrijkste verwijzers. Deze samenwerkingen hebben geleid tot een aantal afsprakenkaders. In 2024 werden focusgroepen met de verschillende huisartsenkringen georganiseerd om de crisiszorg te evalueren. Naar aanleiding van het project urgentiepsychiatrie zal de samenwerking met deze stakeholders verder geoptimaliseerd worden.

Rol van ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

Binnen de projectgroep crisiszorg zijn ervaringsdeskundigen voor gebruikers en familie betrokken.

3.1.2.3. High Intensive Care (HIC) en Intensieve Diensten (ID)

Binnen Diletti zijn er ondertussen een HIC en vijf ID's ontwikkeld. Een beknopt overzicht vindt men in de tabel hieronder. Verdere toelichting (visie, methodologie, zorgtraject, ervaringsdeskundigheid, samenwerking met partners) kan men vinden in bijlages 1, 2 en 3 in dit jaarverslag.



	INTENSIEVE DIENST	HIGH INTENSIVE CARE
UPC KULeuven	Mind Body Unit (MBU) Doelgroep: enerzijds patiënten die lijden aan somatische symptoomstoornissen (SENSE), anderzijds patiënten die lijden aan een eetstoornis (EET).	Afdeling Agnes Doelgroep: patiënten met een ernstig psychiatrisch toestandsbeeld, die minder/ niet meer in staat zijn om constructief mee na te denken hoe om te gaan met de crisis die ze doormaken.
	Afdeling Joris Doelgroep: patiënten met een psychotische stoornis in een vroeg stadium van ontwikkeling.	
	COG K Doelgroep: personen met dementie die aanleiding geeft tot ernstige neuropsychiatrische symptomen	
Zorggroep Annendael	Sint-Jan Doelgroep: personen met een psychiatrisch toestandsbeeld dat gepaard gaat met acute veiligheidsrisico's, onbeheersbare emoties of gedrag, overprikkeling en/of desorganisatie.	
Zorggroep Kamillus	VIA Doelgroep: personen met een ernstige psychiatrische aandoening binnen het netwerk Diletti, waaronder ook personen met een dubbeldiagnose psychose en middelengebruik.	

Aanbevelingen voor de FOD

In 2022 gaven bovenstaande partners te kennen bijkomende HIC's/ID's te willen ontwikkelen. De FOD gaf hierop te kennen dat dit budgetneutraal gerealiseerd diende te worden. Graag willen we de FOD verzoeken om de partners te ondersteunen in het gefaseerd toewerken naar een nieuwe HIC of ID.

De principes gehanteerd binnen de HIC en de ID zijn ingrediënten voor persoons- en herstelgerichte psychiatrische zorg. We wijzen dan ook graag op de noodzaak om te ijveren voor een aangepaste omkadering voor alle units die instaan voor de gedwongen opgenomen patiënten en zelfs meer, de principes ook nog verder ingang te doen vinden buiten de huidige HIC's en de ID's.

Vervolgens wordt de nood gevoeld naar uitwisseling en expertisedeling tussen de ID-afdelingen alsook naar meer kader, naar het voorbeeld van het lerend netwerk en de Belgische Monitor voor de HIC.



3.1.2.4. Aanvullende VTE binnen HIC³

Inleiding

In 2022 ontving het netwerk Diletti extra middelen die werden ingezet op de optimalisatie van de interactie tussen de HIC-afdeling, de ambulante GGZ en de spoedgevallendienst. Ook de crisisbedden van de psychiatrische ziekenhuizen (acute opname-afdelingen) en de Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ) worden binnen deze scope zo goed mogelijk meegenomen.

Hierbij hielden we twee centrale doelstellingen voor ogen bij patiënten met een HIC-profiel:

- het voorkomen van een opname,
- het vermijden van heropname na een opname (of het verlengen van de tijd tussen twee opnames), met als grondvoorwaarde een zo goed mogelijke garantie van continuïteit van zorg en van gepaste zorg.

Doelgroep

Om de middelen efficiënt in te zetten, richten we ons op *patiënten met een HIC- profiel*, zoals beschreven in het EPHIC-onderzoek en in de subwerkgroep HIC van de werkgroep Intensifiëring. Hoewel een exacte omschrijving van dit profiel moeilijk is, geven volgende elementen toch een beeld van de patiëntengroep die we beogen.

Het dient te gaan om patiënten met een **acuut en ernstig psychiatrisch toestandbeeld** (in psychiatrische crisis) met als gevolg:

- een **afwezig of verminderd vermogen om constructief mee na te denken** over hoe om te gaan met de crisis,
- **verlies van controle** over zijn of haar gedrag, waardoor intensieve begeleiding nodig is om aan risicobeperking te doen.

Aanwezigheid van deze criteria biedt ons de mogelijkheid om een onderscheid te maken tussen enerzijds patiënten die reguliere crisiszorg (raadpleging, MCT, opname) nodig hebben, en anderzijds patiënten die opgeschaalde crisiszorg nodig hebben: aanklampende zorg en intensieve thuisbegeleiding (Intensive Home Treatment of IHT), vrijwillige of, als de wettelijke criteria dit vereisen, gedwongen opname. Deze laatste groep is de doelgroep waarop we met dit project mikken.

Partners die de FOD-financiering ontvangen en een aanbod ontwikkelen

De versterking werd geïntegreerd binnen de bestaande mobiele teams binnen ons netwerk:

- Mobiel Crisisteam Leuven (UPC KU Leuven): 3 VTE
- Mobiel Crisisteam Tienen (Alexianen Zorggroep Tienen): 2 VTE

Daarnaast werd 1 VTE toegevoegd aan de opstartende 2a-antenne in Diest om crisisconsultaties op de spoed van AZ Diest te kunnen bieden.

Beschrijving van het zorgtraject van de persoon

Met deze middelen werd een extra zorgmodaliteit gecreëerd binnen de mobiele crisisteams: Intensive Home Treatment voor patiënten met een HIC-profiel die via de spoedgevallendienst worden



aangemeld. Zo wordt het mogelijk voor deze teams om “inreach” te doen naar de spoedgevallendienst van het algemeen ziekenhuis (UZ Leuven, H. Hart Leuven, AZ Diest, RZ Tienen).

Dit vereist nauwe samenwerking tussen het team van de betreffende spoedgevallendienst (de urgentie-arts, de psychiater, aanwezige paramedici) enerzijds, en het MCT anderzijds. Ook met de huisarts wordt goed afgestemd.

Het team van de betreffende spoedgevallendienst bepaalt via een psychiatrisch assessment of iemand daadwerkelijk beantwoordt aan het HIC-profiel. Zo ja, wordt afgewogen of een opname op de HIC of op een andere opnamedienst in de regio noodzakelijk is. En of deze opname vrijwillig kan plaatsvinden, of eerder via een beschermende observatiemaatregel.

Als een residentiële opname niet strikt noodzakelijk lijkt, wordt goed overwogen of dit wel wenselijk is om optimale zorg te bieden. Er kunnen immers meerdere redenen zijn waarom een opname niet wenselijk is. We noemen er enkele:

- de patiënt, zijn of haar context en betrokken zorgverleners zijn van oordeel dat de vertrouwde thuisomgeving de beste plaats is om te herstellen mits aanbod van IHT,
- de patiënt was recent opgenomen en de zorgverleners zijn van oordeel dat een nieuwe opname eerder vertragend zou werken in het herstelproces,
- de patiënt is weigerachtig om residentieel opgenomen te worden,
- de residentiële opnamecapaciteit is niet beschikbaar op moment van aanmelding.

In deze gevallen kan via dit project de brug gemaakt worden naar IHT. In de eerste twee gevallen heeft IHT wellicht een opnamevermijdende impact. In de twee andere gevallen kan IHT mogelijks ingezet worden om alsnog toe te werken naar een residentiële opname.

3.2.1.5. Project urgentiepsychiatrie

Visie en doelstellingen

In september 2024 diende Diletti een aanvraag in n.a.v. de oproep vanuit de FOD “24/7 outreachende urgentiepsychiatrie met triagefunctie en klinische evaluatie- en observatiefunctie”. Het netwerk beschouwt het project als een opportuniteit om in te zetten op meer persoonsgerichte zorg voor mensen in urgente situaties van psychisch lijden waarbij gedwongen en/of oneigenlijke opnames worden teruggedrongen. Diletti onderschrijft dan ook dankbaar de doelstellingen die vooropstaan:

- een duidelijk centraal contactpunt voor huisartsen, spoed en politie,
- triage en een gepast antwoord op maat voor de cliënt door iemand met de nodige GGZ-expertise,
- snellere outreach en evaluatie ter plekke voor de profielen die het nodig hebben,
- inbedding van de nieuwe modaliteiten binnen een crisiszorgpad die een vloeiende doorstroom faciliteert dankzij een goede monitoring en vlotte bijsturing, alsook samenwerkingsafspraken tussen crisispartners en andere netwerkpartners.

Gefaseerde uitrol via agile projectmanagement

Het gaat om een ambitieus project met hoge verwachtingen. In haar projectaanvraag aan de FOD wees het netwerk bovendien op een aantal uitdagingen van het project:

- beperktheid van de middelen om dit ambitieuze project te realiseren,



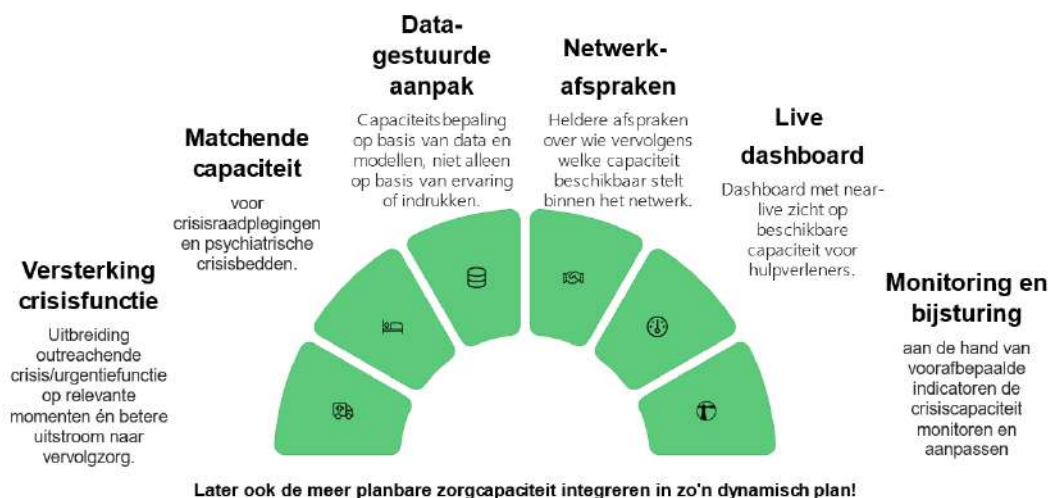
- het ontbreken van een duidelijk kader en een billijke vergoeding voor de realisatie van de medisch-psychiatrische eindverantwoordelijkheid,
- de verwachte bottleneck in de doorstroom vanuit urgentie/crisis naar de meest geschikte ambulante of residentiële zorgvorm.

Bovendien is er tijd nodig om de noden van de stakeholders, waaronder spoed, voldoende in kaart te brengen en te komen tot gemeenschappelijke taal. Het netwerk besloot dan ook de uitrol van het project gefaseerd door te voeren en vanuit verworven inzichten en op basis van de reële noden een lange termijnplan uit te werken zoals gebruikelijk is binnen agile projectmanagement. Hierbij vinden we het belangrijk om een duidelijk onderscheid te hanteren tussen de noden voor crisis en de noden voor urgentie, en zicht te krijgen op de tijdstippen waarop aanmeldingen binnenkomen per deelregio.

In een eerste periode gaan we dan ook van start met een testfase waarbij enerzijds de centrale aanmelding en triage worden geproeftuind in samenwerking met 112 en, anderzijds, de bestaande werking van de mobiele teams wordt geïntensifieerd met onder meer snellere outreachtijden.

Daarnaast stellen we onze datamonitoring inzake crisis en urgentie verder op punt en ontwikkelen we een dashboard, geschraagd door netwerkafspraken, dat ons in staat zal stellen om de capaciteit in de regio live in kaart te brengen. Via een optimaal beheer van zorgprocessen en -capaciteit inzake crisis en urgentie op netwerkniveau, hopen we de soms schaarse, beschikbare zorg zo efficiënt mogelijk af te stemmen op de zorgnood, waarbij schaalvoordelen gehaald kunnen worden door bestaande versnipperde capaciteiten te combineren en structureren (zie ook 3.2.8. Zorgnood en zorgaanbod in Balans).

Wat is nodig voor betere zorgcontinuïteit?



3.1.3. Project dubbeldiagnose ernstige, chronische psychiatrische kwetsbaarheid (EPA) en gebruik van illegale middelen

Visie

De doelgroep van dit project wordt vaak getypeerd door complexe en in de tijd wisselende noden op verschillende levensdomeinen. De doelgroep wordt niet altijd goed bereikt en hun begeleiding kent breuklijnen door drempels en exclusiefactoren. We wensen als netwerk verder samen te werken naar een gemeenschappelijk gedragen implementatie van gerichte en kwaliteitsvolle zorgtrajecten voor deze groep met de nadruk op continuïteit van zorg en gedeelde verantwoordelijkheid.



Doelgroep

Mensen (18 +) met een ernstige, chronische psychiatrische kwetsbaarheid (EPA) die rechtstreeks verband houdt met het gebruik van illegale middelen en een grote impact heeft op meerdere levensdomeinen waardoor hun zorgnood langdurig, complex en wisselend is. Onder deze groep vallen ook een beperkt aantal mensen met persisterende symptomatologie en multipathologie.

De methodologie van de projectontwikkeling/ projectmanagement (specifieke praktijk, enz.)

In dit project hebben we gekozen om de experts dubbeldiagnose, de ervaringsdeskundigen en de psychiater samen te brengen in een intervisieteam die maandelijks samenkomt om op basis van casusbespreking en implementatie van projectthema's in de praktijk input te leveren aan de projectcoördinator en de projectgroep. Via focusgroepen met de verschillende stakeholders brachten we de noden omtrent deskundigheidsbevordering en samenwerking in kaart. Op basis hiervan zal de ontwikkeling van het zorgtraject en de afspraken hierbinnen verder richting worden gegeven en zullen er vormingen worden ingericht.

Doelstellingen

De volgende doelstellingen staan voorop:

- uitbouw van een liaisonfunctie door experts dubbeldiagnose en ervaringsdeskundigen binnen de mobiele teams 2b,
- ontwikkelen van netwerkbreed beleid waarrond we een leer-en verbetercultuur opzetten via een vormingsaanbod en een lerend netwerk,
- ontwikkelen van een draaiboek dat een gecoördineerd aanbod binnen een zorgpad en de gedeelde zorgafspraken tussen partners omschrijft.

Partners die een aanbod ontwikkelen in het kader van het project

Uit een stakeholderanalyse werden de primaire stakeholders van het project geïdentificeerd. Zij engageren zich momenteel in de fase van Diagnose en Objectivering voor het beschrijven van de AS IS situatie met knelpunten en drempels en zullen in de verder ontwikkeling van het project de nodige aanpassingen meenemen in hun aanbod:

- Alexianen Zorggroep Tienen (MT2b, Algemene Psychiatrie 1 en 2, Team verslavingszorg)
- RZ Tienen, PAAZ-afdeling
- CGG VBO (Volwassenenteams antennes Leuven, Diest, Aarschot en Tienen)
- De Spiegel (Therapeutische Gemeenschap en Ontwenningprogramma)
- UPC KULeuven (MT2a, MT2b, HIC, EPSI/ CIC, Afdeling Franciscus)
- IBW De Hulster (MT2b team)
- MSOC (Antennes Leuven, Tienen en Diest)
- Zorggroep Annendael Diest (Liaisonfunctie AZ Diest, MT2b team, Afdeling Sint Jan)
- Zorggroep Kamillus (MT2b team, Afdeling GO, Afdeling VIA)

Andere belangrijke stakeholders (CAW, politie, activering, Huisartsenkring, justitie, spoed...) worden via verschillende kanalen doorlopend betrokken in het project: via de projectgroep en de stuurgroep, via de stakeholderoverleggen geïnitieerd vanuit het project crisis-en urgentiepsychiatrie en door verbinding te maken met het project Niemand Achterlaten.



Partners die de FOD-financiering ontvangen

We verdeelden de middelen gelijkmatig over de vijf mobiele teams 2b binnen ons netwerk, die elkeen een **expert dubbeldiagnose** aanstelden. Daarnaast kozen we ervoor om twee **ervaringsdeskundigen** (0.33 VTE x 2) aan te werven met een opleg vanuit de partners.

- Extramurale zorg Zorggroep Annendael, Diest
- Mobiel Team De Hulster, Aarschot
- Mobiel team Hestia, Zorggroep Alexianen Tienen
- Mobiel team Minderbroederstraat, UPC KULeuven
- Mobiel team Oude baan, Zorggroep Kamillus, Leuven

Daarnaast worden er 6 psychiateren per week ingezet door een **psychiater** verbonden aan het MSOC Vlaams-Brabant. Cliënten kunnen gezien worden op de drie vestigingen van het MSOC: Tienen, Diest of Leuven.

Deze verschillende medewerkers werken samen (onderling en met partners) rond knelpuntcasussen, nemen deel aan lokaal overleg en initiatieven voor de doelgroep en zetten in op deskundigheidsbevordering aan partners.

Voor de opstartfase van het project begrootte Diletti vanuit de restmiddelen een tijdelijke **projectmedewerker** en de nodige werkmiddelen voor het organiseren van vorming, het vergoeden van experts/ervaringsdeskundigen, het ontwikkelen van een draaiboek...

Verder is er ook een **familievertegenwoordiger** vanuit Similes betrokken, die kan rekenen op een vrijwilligersvergoeding.

Samenwerking met partners

Alle primaire stakeholders hebben collega's afgevaardigd om deel te nemen aan de focusgroepen en hebben de voorbereidende bevraging in te vullen. We kunnen gebruikmaken van de expertise van de Provinciale Stuurgroep Middelen om projectthema's af te toetsen en mee te werken aan de deskundigheidsvergroting rond het thema Dubbeldiagnose Illegale Middelen. We hadden overleg met het VAD over hun aanbod aan vorming. Daarnaast zoeken we verbinding met andere projecten en initiatieven (beleidslijn Warme en Gedeelde zorg) rond geïntegreerde zorg in ons netwerk.

Engagementen van partners

De betrokken partners hebben zich geëngageerd om mee te werken aan de verdere concretisering van het project volgens de principes beschreven in de projectaanvraag:

- specifieke afspraken met opnamediensten over aanmelding, ontslag en nazorg, over de aanstelling van referentiepersonen op de afdeling, de aanwezigheid van de liaisonfunctie en de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen,
- specifieke afspraken met mobiele 2b teams over de inzet van ervaringswerkers en de taken van de aangestelde medewerkers, de (extra) caseload en de monitoring hiervan,
- netwerkbrede afspraken met alle betrokken partners rond gedragen visie, soepele samenwerking en het aanstellen van referentiepersonen voor het lerend netwerk.



Rol van ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

We voorzien op termijn de uitbouw van een pool van **patiëntervaringsdeskundigen** die eventueel in tandem kunnen gaan naar waar de cliënt zich bevindt en optreden als “buddy”. De twee betrokken ervaringsdeskundigen zijn elk ingebed in een MT2b en nemen momenteel volgende taken op:

- in tandem met collega's MT2b gesprekken voeren met cliënten en andere zorgactoren,
- deelname aan de intervisie en focusgroepen, relevante vormingen,
- bijdrage aan het geven van vorming/ opleiding vanuit perspectief ervaringsdeskundigheid,
- klankbord voor de uitwerking van het project vanuit patiëntenperspectief,
- ad hoc deelname aan de Trialloogtafel.

In de toekomst voorzien we dat ze de pool ervaringsdeskundigen helpen uitbouwen.

We hebben ook een **ervaringsdeskundige vanuit familieperspectief** (Similes) die

- deelneemt aan de intervisie en één van de focusgroepen,
- klankbord is voor de uitwerking van het project vanuit naastenperspectief,
- ad hoc deelneemt aan de Trialloogtafel,
- op vraag deelneemt aan de projectgroep.

Aanbevelingen voor de FOD

Graag vragen we om blijvende inzet op destigmatisering van gebruikers: zij ervaren een dubbel stigma: enerzijds rond hun psychische kwetsbaarheid, anderzijds associeert onze maatschappij middelengebruik met zwakte, criminaliteit, onverantwoordelijkheid of moreel falen. Stigmatisering leidt tot sociale uitsluiting, schaamte, verminderde toegang tot hulp wat de problemen nog verergert. Verder pleiten we voor de creatie van laagdrempelige ontmoetingsplaatsen zonder nultolerantie voor gebruik, waar de focus ligt op Harm Reduction zoals in Villa Voortman in Gent. Ze bieden schadebeperkende, pragmatische zorg en veiligheid aan voor zij die o.w.v. hun grote kwetsbaarheid en complexe zorgnood nog niet willen/kunnen stoppen met gebruik.

3.1.4. Traject dubbeldiagnose verstandelijke beperking en psychiatrie

Voor een meer uitgebreide beschrijving van het trajectdubbeldiagnose verwijzen we u naar het specifieke jaarverslag dat vanuit dit project werd opgesteld en werd meegestuurd met dit jaarverslag.

Visie

Personen met een dubbeldiagnose verstandelijke beperking en psychiatrie hebben ongeacht hun niveau van cognitief functioneren recht op geestelijke gezondheid. Het zorgaanbod moet op een voldoende laagdrempelige manier worden uitgerold. De zorg dient op basis van de principes van vraaggestuurd werken en subsidiariteit te worden georganiseerd. Personen met een dubbeldiagnose hebben bovendien specifieke en wisselende noden. De zorg voor deze mensen vraagt daarom inzet van partners uit diverse sectoren en disciplines.

Doelgroep

De doelgroep bestaat uit 'personen met een verstandelijke beperking en bijkomende geestelijke gezondheidsproblemen', evenals hun omgeving die een zorgvraag stellen.



Doelstellingen

De doelstelling is het realiseren van betere zorg, ondersteuning en omkadering voor de doelgroep door het bewerkstelligen en verbeteren van intersectorale en netwerkoverstijgende samenwerkingsverbanden. Het bereiken van deze doelstelling gebeurt door het aanbieden van deskundigheidsbevordering en sensibilisering enerzijds, en via de uitbouw van het zorgaanbod en het netwerkaanbod anderzijds. Het is belangrijk dat de doelgroep toegang krijgt in een gepast dienstenaanbod, rekening houdend met de kwaliteit van leven.

Partners die de FOD-financiering ontvangen

In de projectaanvraag uit 2016 werd de realisatie van de volgende functies als volgt opgenomen:

1. Verbetering kennis en ondersteuning hulpverleners en ambulante hulpverlening via de versterking van de antenne van het consulententeams verbonden aan Zorggroep Kamillus (Halle/Vilvoorde met 0,4 VTE en Leuven/Tervuren met 0,1 VTE tot 0,5 VTE).
2. Versterking zorgaanbod:
 - via de continuering van de mobiele interventiecel (MIC) met als geografische werkingsgebied de provincie Vlaams-Brabant, inclusief de CGG's (2 VTE),
 - via continuïteit van de medisch-psychiatrische functie (a rato van 4 uur per week),
 - via de inbedding van de functie verstandelijke beperking in het mobiel team van SAHVA – uitbreiding zorgaanbod Halle/Vilvoorde: 0,5 VTE,
 - via de upgrade van de omkadering op afdeling OPM – Zorggroep Kamillus: 1,25 VTE.

Hierna kwamen er nog een aantal bijkomende versterkingen:

- eind 2019 werd er vanuit een herschikking van middelen binnen het kader van artikel 107 nog eens 0,5 VTE extra toegekend aan het mobiele team GGZ Verstandelijke Beperking Diletti (Zorggroep Kamillus),
- in 2023 werd er vervolgens overheen de twee mobiele teams in de provincie (SaVHA!? en Diletti) 1 gemeenschappelijke coördinator aangesteld,
- in 2023 werd de BVR Dubbeldiagnose VAPH uitgebreid naar alle provincies. Er werd voor de residentiële werking (observatieafdeling OPM Zorggroep Kamillus) een extra financiering voorzien. Deze werd ingezet in een verhoging van de personeelsomkadering,
- in 2024 verhoogde het VAPH de werkingsmiddelen voor het consulententeam waardoor er voor de provincie Vlaams-Brabant/Brussel extra capaciteit werd gecreëerd.

Intersectorale samenwerking met partners

De extra middelen en de wijze waarop die ingezet worden, worden opgevolgd door de provinciale stuurgroep van samenwerkingsverband zorgcircuit 'personen met een verstandelijke beperking en bijkomende geestelijke gezondheidsproblemen' in Vlaams-Brabant & Brussel. De procesbegeleiding van deze stuurgroep wordt waargenomen door Psyche vzw. De netwerkcoördinatoren van de GGZ-netwerken en het netwerk internering nemen hieraan deel. In 2024 heeft de stuurgroep zorgcircuit Vlaams-Brabant en Brussel verder ingezet op het aantrekken van nieuwe partners binnen het geactualiseerde samenwerkingsverband. Dit zorgde voor een nog grotere intersectorale samenstelling.



Partners die een aanbod ontwikkelen in het kader van het project

Binnen de provincie zijn er heel wat partners die zorg aanbieden voor volwassenen met een dubbeldiagnose. Dit zowel binnen de gehandicaptenzorg (VAPH) als binnen de mobiele, ambulante en residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze partners zijn verenigd binnen het zorgcircuit dat hierboven vernoemd wordt.

Binnen GGZ betreft het:

- een **regulier residentieel aanbod (OPM)** met daaraan gekoppeld een **verbeterproject internering** (Zorggroep Kamillus),
- een **forensisch medium security aanbod binnen GoLF (Geïntegreerde ondersteuning aan personen met een Licht verstandelijke beperking in een Forensisch-psychiatrische context)** met daaraan gekoppeld een **outreachinge functie** (Zorggroep Kamillus),
- de coördinatie van de **consulentenwerking** (in samenwerking met vzw Zonneliëd voor Halle-Vilvoorde) en de **intensieve zorgbemiddeling**,
- het **aanbod voor volwassenen met een verstandelijke beperking vanuit de CGG's**. Dit is een uitloper van het vroegere Kom-Binnen project,
- **ITER** voor volwassenen met een verstandelijke beperking en een interneringsstatuut,
- de outreachende werking van **GAUZZ**, gekoppeld aan UPC KU Leuven, campus Kortenberg,
- het **categorale mobiel team GGZ Verstandelijke Beperking Diletti** (Zorggroep Kamillus) en de werking binnen SPPiT van SavHA?!

3.1.5. Conventie eerstelijnspsychologische zorg en gerelateerde proeftuinen

Visie

De conventie ELP wordt binnen het netwerk Diletti in sterke dialoog met de eerstelijnspartners (eerstelijnszone, psychologen, vindplaatsen ...) en andere netwerkpartners (CAW, CGG, ...), alsook de netwerken GGZ vormgegeven. In 2024 heeft het netwerk verder ingezet op het vindplaatsgericht werken en het bereiken van een kwetsbare doelgroep (via een groepsaanbod).

Doelgroep en populationmanagement

Het zorgbudget, alsook het budget 'ondersteunende opdrachten' (art 8) worden volgens de precariteitsindex, uitgewerkt door Prof Dr. Ronny Bruffaerts, over de eerstelijnszones verdeeld. Het netwerk heeft hierop in dialoog met de partners van elke ELZ een aantal kwetsbare doelgroepen naar voren geschoven die prioritair worden geïncludeerd. Het gaat hierbij om jongeren in transitieleeftijd, personen met een financiële kwetsbaarheid, alleenstaande ouders, alleenstaande ouderen en personen met een migratieachtergrond. Daarnaast vragen we aan de partners van de eerstelijnszone om specifieke noden te definiëren waarop ingezet kan worden via bijvoorbeeld groepsaanbod.

Het includeren van een kwetsbare doelgroep blijft een grote uitdaging voor de eerstelijnspsycholoog. Toch zien we een toename in het aantal cliënten met een verhoogde tegemoetkoming of binnen de leeftijdscategorie +60 jaar.



Realisaties

Om de hierboven omschreven kwetsbare doelgroepen beter te bereiken, moedigen we de eerstelijnspsychologen aan om samen te werken met vindplaatsen. Naast huisartsenpraktijken gaat het ook om het lokale Sociaal Huis, het WZC, een LDC of een CAW.

In 2024 stimuleerden we het vindplaatsgericht werken via een gespreksleidraad/sjabloon samen met een afsprakenkader. Hierdoor zagen we het aantal concrete samenwerkingsovereenkomsten tussen een ELP en een vindplaats tot een 60-tal toenemen. In de helft van de overeenkomsten betreft het een samenwerking met een huisartsen(praktijk). De opname van het zorgbudget zagen we verder toenemen tot meer dan 80% van het totale voorziene budget. De verdeling van de middelen 'ondersteunende opdrachten'/art. 8 kwam traag op gang. In 2025 zal hier, net zoals in alle andere netwerken GGZ, nog meer op worden ingezet. Daarnaast hebben we in 2024 ook gewerkt rond de verdere ontwikkeling van groepsaanbod via het verspreiden van een werkmethode en een fiche.

Gerelateerde projecten en proeftuinen

Binnen volgende projecten en proeftuinen wordt er ingezet gerealiseerd vanuit de conventie:

- Via het aparte budget voor '**gedetineerden**' zullen ELP via een groepsaanbod inspelen op noden van gedetineerden uit Leuven Centraal.
- We werken mee aan de **PRIL-studie** (KULeuven) waarbij een preventief, veerkrachtversterkend ELP-programma wordt onderzocht voor toekomstige/prille ouders.
- We organiseren een **proeftuin 'ondersteuning zorgverleners WZC'** waarmee eerstelijnspsychologen aan expertisedeling en deskundigheidsbevordering doen ter ondersteuning van zorgpersoneel. Deze eerstelijnspsychologen werken nauw samen met referentiepersonen ouderen binnen de CGG's in Vlaams-Brabant Oost. Zij kunnen deelnemen aan casusoverleg binnen deze CGG's en pikken op deze manier mee van de multidisciplinaire expertise van deze partner.
- Eind 2024 vatten we het gesprek aan om een **proeftuin Groene Zorg** te organiseren waarin we onderzoeken op welke manier we ELP kunnen doen schakelen met het aanbod van zorgboerderijen, de partners activering en meer gespecialiseerde GGZ.
- Het netwerk Diletti neemt deel aan het **pilootproject van het RIZIV 'Stress, Werk en Eerste Lijn'**. Dit project heeft als doel huisartsen en eerstelijnspsychologen te ondersteunen in de begeleiding van patiënten met stress gerelateerde gezondheidsproblemen i.v.m. werk.
- Tenslotte stimuleren we de inzet van eerstelijnspsychologen binnen de **lokale kruispunten** die in elke eerstelijnszone zijn opgestart of in ontwikkeling zijn.

Inzet van ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

Voor het groepsaanbod moedigen we eerstelijnspsychologen aan om niet alleen te kijken naar een zorgprofessional als tweede verstrekker, maar ook naar een ervaringsdeskundige. We stellen echter vast dat die keuze amper wordt gemaakt. Daarom onderzoeken we momenteel met de Herstelacademie of we via laatste de inzet van ervaringsdeskundigen binnen de conventie kunnen vergroten. Momenteel lopen er enkele groepsreeksen die ontwikkeld werden vanuit de samenwerking eerstelijnspsycholoog en ervaringsdeskundige/herstelacademie.

Aanbevelingen voor de FOD

Graag onderlijnen we het belang van blijvende aandacht voor de doelgroep met meer ernstige psychische problemen, een doelgroep die momenteel buiten de scope van de conventie valt. Niettemin



stellen we vast dat, gezien de schaarste en lange wachttijden bij het voor hen bedoelde aanbod, deze personen toch in de conventie instromen. Dit zorgt niet alleen voor een oneigenlijk gebruik van de beperkte uren voor eerstelijnspsychologische zorg, maar tegelijkertijd ook voor de perceptie dat bestaand aanbod voor deze doelgroep stelselmatig in de conventie geschoven kan worden.

Zie voor meer informatie het specifieke jaarverslag omtrent de conventie ELP dat eerder bezorgd werd aan de FOD.

3.2. Netwerkeigen beleidslijnen en projecten (niet apart gefinancierd)

3.2.1. Gouden Duim-uitreiking: zichtbaarheid en erkenning van initiatieven uit eerste en nulde lijn binnen Vlaams-Brabant Oost.

Doelstelling

Ook buiten de professionele zorg zetten heel wat mensen zich dag in dag uit in voor het psychisch welbevinden van anderen. Met de uitreiking van de Gouden Duim wil Diletti deze onzichtbare schakels in de zorgketen in de kijker zetten.

De Gouden Duim zal worden toegekend in zes categorieën. Het gaat telkens om een persoon, een initiatief of een organisatie die zich op een positieve manier inzet en zo mee een belangrijke schakel werd in het traject van mensen met een psychische kwetsbaarheid, of doorheen een kwetsbare periode.

De zes categorieën hebben elk een eigen focus:

- **de Spontane Duim** – Voor wie zonder professionele zorgrol een waardevolle steun is, zoals een betrokken buur of een sportclub die extra zorg toont,
- **de Verbindende Duim** – Voor wie bruggen slaat tussen zorgverleners, en samenwerking en communicatie bevordert,
- **de Ervaren Duim** – Voor ervaringsdeskundigen of initiatieven die kracht putten uit eigen ervaringen en zo anderen inspireren,
- **de Jonge Duim** – Voor wie zich inzet voor het mentaal welzijn van kinderen en jongeren,
- **de Zilveren Duim** – Voor wie zich inzet voor het mentaal welzijn van ouderen,
- **de Werkende Duim** – Voor wie psychisch welzijn op de werkvloer versterkt of re-integratie ondersteunt.

Iedereen kan een **persoon, initiatief of organisatie** nomineren via het aanmeldformulier op www.diletti.be/goudenduim.

Partners betrokken bij het project

De vormgeving van het project gebeurt in nauwe samenwerking met een vertegenwoordiger van KHOBRA (huisarts), een eerstelijnspsycholoog en de stafmedewerkers van de eerstelijnszones. Verder is er een jury van lokale zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen en familievertegenwoordigers die de finalisten per categorie selecteren. Tijdens een feestelijke Gouden Duim-uitreiking worden de winnaars bekendgemaakt en ontvangen zij op de prijsuitreiking hun trofee.





Rol van ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

Het project werd toegelicht en besproken op de dialoogtafel van Diletti. Daarnaast zijn er ook vertegenwoordigers van patiënt en familie betrokken bij de jury. Tenslotte worden de Gouden Duimen, ontwikkeld door patiënten uit verschillende activiteiten- en psychosociale revalidatiecentra.

3.2.2. Lokale kruispunten in/voor de eerste lijn

Visie

Binnen Diletti worden lokale kruispunten ontwikkeld vanuit een gedeelde, intersectorale visie.

- Centraal staat het **stepped & matched care principe** om escalatie van psychische klachten of onnodige doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg te voorkomen.
- Men hanteert een **integrale benadering** waarbij meerdere levensdomeinen bevestigd worden.
- Er is sprake van een **gedeelde verantwoordelijkheid**: aanmeldingen gebeuren steeds via of in overleg met vertrouwde hulpverleners, die ook betrokken blijven in de verdere begeleiding.
- De kruispuntenwerking en het intersectoraal casusoverleg berusten op een engagement tot **afspraken inzake gedeelde zorg**.
- Het onthaal wordt gehuisvest op **laagdrempelige, herkenbare locaties** waaraan weinig stigma kleef. Via buurtgerichte hubs kunnen kwetsbare groepen beter bereikt worden.
- Binnen de kruispunten worden cliënten en hun naasten **persoonsgericht benaderd vanuit positieve gezondheid**, met naast de klachten, ook aandacht voor veerkracht, zelfregie en zingeving.
- Tot slot is er een goede **verbinding met ggz-expertise**, belichaamd door o.a. psychiaters en zelfstandig klinisch psychologen, om kwalitatieve samenwerking en toeleiding naar geestelijke gezondheidszorg te faciliteren.

Doelgroep

De doelgroep betreft mensen met psychische problemen die nog niet gekend zijn in de geestelijke gezondheidszorg, met een onduidelijke hulpvraag en/of waarbij er onduidelijkheid is omtrent de toeleiding. Dit laatste betekent dat, indien de hulpverlener of de zorgvrager de weg kent naar de juiste zorgpartner, dat dan rechtstreekse aanmelding nog steeds het uitgangspunt is.

Doelstellingen

Het netwerk streeft ernaar om **in co-regie met de eerstelijnszones** minstens in elke eerstelijnszone een kruispunt te ontwikkelen. Hiertoe werd een oproep uitgestuurd naar de besturen van de eerstelijnszones en de netwerkpartners met vraag om zich hiervoor te engageren.

Deze kruispunten zullen inzetten de eerste plaats in op **onthaal, integrale vraagverheldering** en mogelijke **indicatiestelling** bij psychosociale hulpvragen. Hierna voorzien ze in de **toeleiding** naar de meest passende hulp. Bijkomend streeft men hierbinnen naar **innovatieve praktijken** die een antwoord zijn op lokale noden of die bestaande lacunes in het hulp- en zorgaanbod proberen weg te werken. Verder willen we vanuit de kruispunten inzetten op **kennismaking, deskundigheidsbevordering, expertisedeling** tussen GGZ-partners en partners zorg en welzijn.

Tot slot zien we deze samenwerkingsverbanden als hefboomen voor **gedeelde zorg** voor mensen met een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid. We hopen dan ook binnen deze kruispunten bestaande



intersectorale casusoverleggen en afspraken omtrent gedeelde zorgregie te kunnen borgen en waar deze nog niet bestaan te kunnen opstarten (zie ook bij 3.2.3. Warme en gedeelde zorg).

Population management

Een kruispunt richt zich op de populatie van de eerstelijnszone (90.000-125.000 inwoners). Binnen sterk perifere, meer landelijke regio's, wordt nagedacht over de manier waarop de toegankelijkheid gegarandeerd kan worden voor alle bewoners. Als sturend principe vormen de gezondheidsdoelstellingen uit de eerstelijnszone het vertrekpunt. Het kruispunt en de eerstelijnszone heeft hierbij een waardevolle signaalfunctie naar het beleid van het netwerk.

Intersectorale samenwerking met partners

De visietekst werd voorgegeven door een intersectorale tekentafel op netwerkniveau met vertegenwoordigers vanuit de eerstelijnszones, ELP, huisartsen, het CAW, de CGG's, de psychiatrische ziekenhuizen, het supportteam GGZ Hierdoor is de gedragenheid bij de betrokken partners en hun achterban groot. Dit intersectoraal draagvlak weerspiegelt zich ook in de lokale projectteams die per eerstelijnszone worden ingericht. Hierin zijn naast de hierboven genoemde partners ook de lokale besturen, de OCMW's, de mutualiteiten en de VAPH-sector sterkt vertegenwoordigd. Deze lokale projectteams zullen vanaf het najaar verder vormgeven aan de bouwstenen van een kruispunt.

Engagementen van partners

Om de gedeelde verantwoordelijkheid, alsook het lokale en intersectorale karakter van elk kruispunt kracht bij te zetten, worden de kruispunten in co-regie met de eerstelijnszones ontwikkeld. Het netwerk stuurde hiertoe een oproep uit aan de eerstelijnszones. Vijf van de zes eerstelijnszones dienden al een engagementsverklaring en een projectvoorstel in en zijn ondertussen gestart met een lokaal projectteam. Elke ELZ kreeg een incentive voor de nodige procesbegeleiding gedurende één jaar.

We zien dat heel wat relevante partners een engagement opnemen in deze lokale projectteams: vertegenwoordigers vanuit de ELZ, eerstelijnspsychologen en andere zelfstandige psychologen, het CAW, de CGG's, de gespecialiseerde GGZ, VAPH, lokale besturen/OCMW, mutualiteiten... Medewerking van deze partners aan dit samenwerkingsverband groeit in een eerste fase uit een engagement en een gedeelde verantwoordelijkheid in de vorm van een inspanningsverbintenis. Gezien een lokaal kruispunt gericht is op het beter laten stroomlijnen van het bestaande aanbod van actoren (onthaal, vraagverheldering, oriëntatie, gedeelde zorg), wordt er verwacht dat elke actor hiervoor gaandeweg de nodige resources ter beschikking stelt.

Verder bekijken we hoe we de terugbetaalde eerstelijnspsychologische zorg optimaal kunnen laten schakelen met het kruispunt: via groepsaanbod, vraagverheldering, ondersteuning aan eerstelijnsverstrekkers (advies, consult, vorming...).

Rol van ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

Ervaringsdeskundigen kunnen een rol spelen in het onthaal van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Vanuit het kruispunt wordt er ook geschakeld met ervaringsdeskundigen en herstelgerichte activiteiten (Herstelacademie, Similes, werkgroep DENK Leuven, lotgenotencontact...).



Aanbevelingen voor de FOD

Hoewel het kruispuntenmodel in Vlaanderen ondertussen zijn meerwaarde heeft aangetoond en past binnen de vraag naar intersectorale samenwerking vanuit de overheden, blijft het een kwetsbaar gegeven. Lokale partners zien financiële en organisatorische drempels hetgeen de opstart en ontwikkeling van een kruispunt bemoeilijkt. We verzoeken de Vlaamse en Federale overheid dan ook om de nodige beleidsvernieuwing en structurele financiering te voorzien om de ontwikkeling en verduurzaming van kruispunten meer kansen te geven.

3.2.3. Warme en gedeelde zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid

Achtergrond

Om de integrale zorgsamenwerking rond personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en hun context optimaal te coördineren, zijn gedeelde zorgafspraken onmisbaar. Met dergelijke afspraken streven we naar een betere zorgcontinuïteit: een vlotte aanmelding en toeleiding naar het meest gepaste aanbod, een snelle opstart en duidelijke afspraken over de zorgregie op langere termijn.

Doelstellingen en realisaties

Binnen het netwerk lopen verschillende initiatieven en intersectorale casusoverleggen die gedeelde zorg in de praktijk willen verduurzamen. Een ervan is het 'Shared Care Lerend Netwerk' dat in 2022 binnen eerstelijnszone Leuven werd opgestart. Vanuit Diletti werd in de opstartfase (tot eind augustus 2024) voorzien in procesbegeleiding van dit lerend netwerk.

Shared care Lerend Netwerk

Het shared care lerend netwerk omvat referentiepersonen van verschillende organisaties (zie verder). Dit lerend netwerk werkt teamoverschrijdend en staat in voor onder meer volgende opdracht:

- Het faciliteren van het shared care-proces,
- Het vergroten van het vertrouwen in de legitimiteit van elkaanders intakes en inschatting,
- Het organiseren van intervisie,
- Snel afspraken kunnen maken omtrent wie wat opneemt,
- Overleg omtrent specifieke casuïstiek waarop wordt vastgelopen (knelpuntcasussen),
- Het toewerken naar gemeenschappelijkheid in taal en aanpak inzake gedeelde zorg,
- Het actiegericht aanpakken van structurele knelpunten.

In de opstartfase van het project werd een procesbegeleider aangesteld. Deze procesbegeleider had onder andere volgende taken:

- een actief trekkende rol waarbij deze de partners weet te motiveren en aan te zetten tot verandering,
- knelpunten vastpakken en zoeken in afstemming met de partners actief naar oplossingen.
- gaandeweg het afsprakenkader concretiseren en uitbouwen en voor zorgvragen een vlotte flow uitwerken.



Warme en gedeelde zorg binnen de kruispunten

In een werkgroep onderzoeken we momenteel de werkzame ingrediënten vanuit het shared care lerend netwerk en andere intersectorale casustafels en bekijken we hoe we deze best kunnen borgen binnen de zich ontwikkelende kruispunten.

Daarnaast bekijken we hoe we een overkoepelend afsprakenkader kunnen creëren voor de verschillende Diletti-projecten waar gedeelde zorg een belangrijke pijler vormt, zoals 'Niemand achterlaten', het 'crisiszorgpad' en het project 'dubbeldiagnose illegale middelen'. Zo willen we vermijden dat elk project telkens tot totaal anders geformuleerde afspraken komt wat de gemeenschappelijke taal, de herkenbaarheid en het draagvlak bij partners zou ondermijnen.

Intersectorale samenwerking met partners

Volgende partners waren betrokken bij de samenwerking shared care in Leuven: CGG Passant, CGG VBO, Mobiel Team Oudebaan, Mobiel Team Minderbroedersstraat, Pastya, Mobiel Team Oudreach, Mobiel Crisisteam, Beschut Wonen Walden, Beschut Wonen De Hulster, PSC Mechelsestraat, Supportteam, UPC Z.org KULeuven, Zorggroep St. Kamillus, Activering UPC Z.org, Sonar, CAW, OCMW, Ferm thuiszorg, Familiehulp, Dijledal, Wit-Gele Kruis en de Stad Leuven, Werkgroep DENK.

Aanbevelingen voor de FOD

Het systematiseren van gedeelde zorgafspraken voor de doelgroep met complexe zorgnoden blijft een uitdaging. Door hierrond gemeenschappelijke taal te creëren en dit in verschillende projecten te verankeren, willen we op termijn toewerken naar een duurzame systematiek. We hopen dat het zich verder ontwikkelende beleidskader rond zorgcoördinatie en casemanagement vanuit het interfederaal plan geïntegreerde zorg voldoende oog heeft voor de doelgroep met psychiatrische noden en richting en steun biedt aan de geleverde inspanningen binnen Diletti.

3.2.4. Niemand Achterlaten: crustatieve zorg voor mensen met langdurige, intensieve psychiatrische en sociale zorgnoden

Visie

Door het specifieke profiel van de hieronder omschreven doelgroep is er vaak aanleiding tot breuklijnen in de zorg, tot nieuwe escalaties en tot herhaaldelijke (gedwongen) opnames. De draagkracht van naasten en van betrokken actoren wordt bij deze doelgroep op de proef gesteld. Binnen het ziekenhuis, mobiel team, IBW... is het overigens steeds moeilijker om de correcte, langdurige omkadering voor deze personen te voorzien en komt uit- en doorstroom vanuit en tussen deze partners in het gedrang. Afstemming en goede afspraken op regionaal niveau, en vaak ook met supraregionale partners, is dan ook een must voor deze subdoelgroep.

Doelgroep

Dit project richt zich tot een kleinen subgroep van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, die zich typeren door een persisterende nood aan langdurige intensieve psychiatrische zorg en psychosociale omkadering (cf. EPPA-profiel). Zowel in hun klinisch herstel als hun persoonlijke en maatschappelijke herstel is er behoefte aan een stevig en dragend, ondersteunend exoskelet.



Kenmerken van deze doelgroep zijn:

- persisterende symptomatologie,
- vaak in combinatie met middelenmisbruik,
- moeizaam en onvolledig klinisch herstel,
- verstoord oordeelsvermogen, beperkt tot afwezig ziekte-inzicht en beperkte therapietrouw,
- dreigend (recidief) delictgedrag waardoor beveiliging/veiligheid een aandachtspunt is.

Doelstellingen

Het project 'Niemand Achterlaten' omvat verschillende doelstellingen:

- proeftuin met netwerkcasustafel voor knelpuntcasussen bekend bij de psychiatrische ziekenhuizen (zie verder),
- visieontwikkeling, expertise-en praktijkuitwisseling omtrent crustatieve zorgmethodieken en het ART-model: deelname aan onderzoek, organisatie inspiratiedag en opstart intervisiegroepen,
- uitwerking gecoördineerd aanbod geschraagd door gedeelde zorgafspraken voor de betreffende doelgroep,
- ontwikkeling van een functie met de nodige expertise die deze doelgroep over lange termijn kan vasthouden zodat breuklijnen in het zorgtraject worden vermeden (casemanagement).

Hieronder geven we meer uitleg over de opgestarte proeftuin van de netwerkcasustafel. De komende periode zetten we verder in op de andere doelstellingen binnen het project.

Proeftuin 'Netwerkcasustafel'

De **netwerkcasustafel** betreft een nauwe samenwerking tussen vier partnerinstellingen: Zorggroep Annendael, Zorggroep Kamillus, UPC KU Leuven en de Alexianen Zorggroep Tienen. De doelgroep beperkt zich op dit moment tot patiënten met een EPPA-profiel die momenteel kort- of langdurig opgenomen zijn bij één van de betrokken psychiatrische ziekenhuizen, die vallen onder een actuele, eerdere of toekomstige beschermende observatiemaatregel, en die een zorggeschiedenis hebben bij minstens twee van de ziekenhuizen. De netwerkcasustafel heeft tot doel knelpunten en (dreigende) breuklijnen in het zorgtraject aan te pakken, en te komen tot afgestemde, duurzame oplossingen. Daarbij wordt gestreefd naar een bredere gedragenheid en gedeelde verantwoordelijkheid binnen het zorgnetwerk.

De netwerkcasustafel wordt geschraagd door een afsprakenkader waarin volgende principes centraal staan: zorgvuldigheid in het delen van informatie, betrokkenheid van de patiënt, subsidiariteit en proportionaliteit.

Gedurende de proeftuinfase vonden ondertussen in totaal tien casusbesprekingen plaats, verdeeld over vijf netwerkcasustafels. De evaluatie gebeurde op basis van een aantal indicatoren:

- wensen en ervaringen van patiënten en hun naasten,
- aanwezigheid en tevredenheid van het professioneel netwerk,
- gemaakte gezamenlijke afspraken (zoals het opzetten van gepaste zorgtrajecten),
- het uitwerken van crisisplannen,
- het verduidelijken van wederzijdse verwachtingen en grenzen),
- verbeteracties en beleidsontwikkeling, waaronder:
 - verknoping bij het project *Dubbeldiagnose Illegale Middelen*,



- verbinding met lokale casustafels binnen de lokale kruispunten,
- signalering van hiaten in het zorgaanbod,
- nood aan betere bescherming van personeel bij het indienen van klachten,
- verbetering van samenwerking en afstemming met het parket.

Aanbevelingen voor de FOD

- Door de afbouw van de psychiatrische bedden is het steeds moeilijker om de correcte, langdurige omkadering te voorzien voor de hierboven beschreven subdoelgroep. Bovendien komt de uit- en doorstroom vanuit en tussen GGZ- partners in het gedrang. Afstemming en afspraken op regionaal niveau, ook met supraregionale partners, is dan ook een must voor deze subdoelgroep. We vragen dan ook aan de overheid om hier blijvend oog te hebben. Het crustatieve zorgmodel biedt hierbij waardevolle insteken voor toekomstige beleidsontwikkelingen.
- Verder geven we graag mee dat er een ontbrekend aanbod is voor normaal begaafde personen met ASS die onrustwekkend gedrag vertonen.

3.2.5. Leeftijdsensatieve zorg voor ouderen: ‘Diletti gaat voor GGOUD’

Visie en doelstellingen

Binnen het netwerk Vlaams-Brabant Oost willen we de samenwerking tussen relevante partners verbeteren ten voordele van een betere toegankelijkheid van het zorgaanbod voor ouderen met (een vermoeden van) psychische en/of cognitieve klachten, gaande van lichte tot ernstige klachten. Volgende doelstellingen staan hierbij voorop binnen het project:

- blijvend ijveren bij overheden voor een duidelijk beleidskader voor inbedding van ouderen in een ggz-netwerk & de nodige middelen om dit te implementeren,
- bewustzijn vergroten bij de partners rond specifieke noden van ouderen met psychische klachten, enerzijds via referentiepersonen binnen de verschillende projectgroepen van Diletti, en anderzijds via de ontwikkeling van een checklist/barometer voor organisaties,
- deskundigheidsbevordering naar de woonzorgcentra toe vanuit de samenwerking CGG, ELP en mobiele teams ouderen. Hierbij wordt bekeken of de getrapte aanpak, visie en tools van Odette, ‘behoeftegebaseerde zorg’ voor ouderen bruikbaar kan zijn,
- ontwikkeling van een zorgpad voor gedragsmatige en psychologische problemen bij dementie in samenwerking met het Expertisecentrum Dementie MEMO,
- het eerder ontwikkelde [afsprakenkader omtrent shared care voor ouderen](#) verduurzamen.

• Signaalfunctie vanuit het netwerk naar de overheden	•
• Blijvend ijveren bij overheden voor een duidelijk beleidskader voor ggz-netwerking ouderen & de nodige middelen om dit uit te voeren	• Nieuw schrijven naar de overheden (zeker bij nieuwe regeringsvorming) wat kan vormgegeven worden vanuit de projectgroep GGOUD
• Uitwisseling projectgroepen	• Bewustzijn rond specifieke noden van ouderen binnen de verschillende projecten van Diletti
• Referentiepersonen toewijzen aan projectgroepen	• indien akkoord op terugkomdag, toewijzen van referentiepersonen binnen elke themagroep en mandaat en opdracht helder communiceren



• Start projectgroepen	• Elke referentiepersoon heeft een duidelijk mandaat en neemt deel vanuit GGOUD, terugkoppeling binnen projectgroep
• checklist/barometer maken ism jovo	• Richtlijnen uitwerken rond het betrekken van leeftijdssensitieve zorg binnen andere projectgroepen (crisis, niemand achterlaten, vroegdetectie)
• Deskundigheidsbevordering CGG - WZC: Proeftuin	•
• Verkennende fase	• CGG overlegd, zowel binnen netwerk SaVHA als Diletti, eerste voorstel geformuleerd
• Stakeholders regio Diletti comm	• duidelijk krijgen van huidige samenwerkingsverbanden, waar hiaten per ELZ, welke WZC in aanmerking komen (Waar al ELP, eigen psycholoog, Oudreach betrokken?)
• Rekruteren ELP	• Geïnteresseerde ELP contacteren, profiel uitwerken, samenbrengen en samenwerking afspreken
• Start van proeftuin	• Binnen elke ELZ starten 2 WZC met vaste ondersteuning door ELP met art. 8 middelen. Maandelijks wordt een bijeenkomst gepland met CGG-medewerkers die project mee vasthouden en ELP ondersteunen.
• Eerste tussentijdse evaluatie	• CGG organiseren evaluatiemomenten met elk deelnemend WZC
• Eerste jaar evalueren in overleg met WZC en CGG	• ELP ondersteunen, vaste bijeenkomsten met CGG, eerste evaluatie
• Zorgpad BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia)	•
• Patiëntreis uitwerken	• Patiëntreis voor BPSD uitwerken per zorgfase met hiaten zoals omschreven binnen eerdere GGOUD tekst en vanuit klinische ervaring van de groepsleden
• Deelname overlegplatform	• eerste verkenning met stakeholders



• Overleg Memo	• verdere afspraken geconcretiseerd
• Overleg Memo	• Indicatoren voor monitoring bepalen, hoe voortgang bewaken, concrete planning opstellen & taakverdeling
• Uitwerken krijtlijnen BPSD zorgpad	• Document opstellen met ruwe versie van onze bijdrage in zorgpad
• Denkdagen met stakeholders	• organiseren van denkdagen per regio met alle geïnteresseerden
• Focusgroepen per zorgfase	• focusgroepen regiogebonden die mee de leidraad vormen voor zorgpad

Aanbevelingen voor de FOD

Er is nood aan extra aandacht en investeringen in de netwerkgroep voor ouderen met psychische moeilijkheden. We vragen dan ook uitdrukkelijk aan de overheden om gezamenlijk actie te ondernemen om de netwerken van het nodige kader en de vereiste middelen te voorzien zodat we de gedeelde zorg en zorgcontinuïteit in het teken van deze groeiende leeftijdsgroep (+22%) ten volle kunnen realiseren. Bovendien gaat het om een kwetsbare doelgroep waarrond vaak zorgcoördinatie nodig is. Het netwerk en haar partners kijken dan ook hoopvol uit naar het beleidskader dat door het interfederaal plan geïntegreerde zorg zal worden aangereikt. Belangrijk hierbij is dat de geestelijke gezondheidszorg voldoende betrokken wordt bij de uitwerking van dit kader.



3.2.6. Leeftijdsensitieve zorg voor jongvolwassenen

Visie

Onderzoek toont dat heel wat psychologische en psychiatrische moeilijkheden voor het eerst in de periode van 16-25 jaar tot uiting komen. Een hulpverlening die inzet op vroeginterventie en continuïteit van zorg is dan ook voor deze groep van primordiaal belang. En net rond de leeftijd van 18 jaar schept het hulpverleningslandschap grote uitdagingen. Jongeren- en volwassenenzorg dienen actief de brug te maken om rond de transitieleeftijd samen te werken en hun werking aan te passen aan de noden van deze levensfase en samen te werken waar nodig.

Doelstellingen

Het project werkt rond drie doelstellingen:

- kennismaking en verbinding tussen partners van Yuneco, Diletti en jeugdhulp in functie van de transitieleeftijd,
- bewustzijnsvergroting rond specifieke noden JOVO binnen het Diletti netwerk Deskundigheidsbevordering in transitiezorg,
- afspraken rond warme overdracht tussen GG K&J en GGZ volwassenen.

Voor het uitwerken van de twee eerste doelstellingen kiezen we telkens voor een zorgvuldig geselecteerde werkgroep.

Voor de realisatie van de eerste doelstelling werd een **verbindingsdag** georganiseerd. De organisatie was in handen van Opgroeien (team jongvolwassenen ACT), Yuneco (Crosslink) en Diletti (UPC KU Leuven, CGG en de projecttrekkers). Meer dan 90 deelnemers namen deel. Het plenaire gedeelte werd verzorgd door prof. Ruud van Winkel, voorzitter van de leerstoel transitiepsychiatrie, die inzoomde op onderzoeksbevindingen rond de specifieke noden van jongvolwassenen. Informatieve workshops behandelden thema's zoals: cliëntoverleg en -bemiddeling, intersectorale intervisie, samenwerken tijdens een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, wat leren we van de ervaringen van jongvolwassenen in de overgang van de kinder- naar de volwassenenpsychiatrie. Verschillende zorgpartners leerden elkaars werking beter kennen en spanningsvelden kwamen aan het licht tijdens de interactieve gedeeltes (moeilijkheden op vlak van communicatie, samenwerking, andere insteek van hulpverlening). Met de output van deze verbindingsdag zal de komende periode verder mee aan de slag worden gegaan.



Voor het vergroten van awareness en deskundigheid inzake transitieleeftijd zet de projectgroep in op het uitbouwen van een **duurzaam referentieteam** met verschillende partners uit Yuneco en Diletti, zoals de CGG's, de Mobiele teams en beschut wonen, aangevuld met een referentiepersoon vanuit Opgroeien. Hierbij is er oog voor verschillende disciplines zoals verpleegkunde, psychologie, maatschappelijk werk en psychiatrie. Deze groep komt 4x per jaar samen. De groep werkt een



expertisetrap uit voor het bevorderen van deskundigheid in het werken met jongvolwassenen voor organisaties binnen het netwerk. Zij leveren relevante informatie aan uit wetenschappelijk onderzoek, werken FAQ's uit en bieden intervisie aan rond het op maat maken van werkingen.

Rol van ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

Lopende acties worden getoetst bij de Trialootafel van Diletti. Verder wordt er gerichte feedback gevraagd aan specifieke ervaringsdeskundigen actief bij Esperto/Yuneco.

Aanbevelingen voor de FOD

De breuklijnen tussen zorgclusters (kinderen/jongeren en volwassenen) blijken nog steeds groot. Er is nood aan een blijvende bewustwording van elkaars cultuur en aan het maken van geleidelijke bruggen. Jongvolwassenen komen nu vaak terecht in een zeer brede leeftijdsgroep van mensen (18-65 jaar), maar verdienen toch specifieke aandacht. Daarnaast valt op dat de zorgomkadering jongerenzorg versus volwassenenzorg heel sterk verschilt: vanaf de leeftijd van 18 jaar daalt de omkadering drastisch, terwijl de noden aan omkadering én zorgmanagement op die leeftijd net kunnen toenemen. Een aparte nomenclatuur, specifiek voor de transitieleeftijd, dringt zich dan ook op.

3.2.7. Zorgcontinuïteit voor personen met suïcidale klachten

Visie

Verbetering van de continuïteit van zorg voor suïcidale personen. Centraal staan de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen verschillende zorginstanties, alsook de follow-up van suïcidale personen.

Doelstellingen en realisaties

Tijdens de vorige beleidscyclus van het netwerk ging het project zorgcontinuïteit voor personen met suïcidale klachten van start. Volgende doelstellingen werden ondertussen gerealiseerd:

- Partners, die in contact komen met de doelgroep, in kaart brengen, alsook hun, en de knelpunten inzake zorgcontinuïteit die worden ervaren (analyse van noden/bestaande aanbod).
- Sensibilisering en deskundigheid vergroten bij partners:
 - organisatie van een webinar voor een breed doelpubliek van actoren binnen het netwerk. Meer dan 800 professionals namen live deel of bekeken de opname,
 - ontmoetingsdagen in 2023 i.s.m. de ELZ.
- Gemeenschappelijke taal creëren en uitwerken van lijnoverschrijdende afspraken bij transfermomenten tussen de verschillende, transmurale actoren:
 - de ontwikkeling van een poster, met daarop een flowchart, handvatten bij detectie en inschatting van suïcidaliteit, en een beknopte sociale kaart. Deze poster werd in samenwerking met Logo Oost-Brabant verspreid. Naar analogie met deze poster, werden ook een aantal downloadbare digitale fiches ontwikkeld,
 - de ontwikkeling van een [draaiboek inzake suïcidepreventie voor professionals](#). Dit draaiboek is enerzijds een uitgebreidere handleiding bij de flowchart en omvat anderzijds ook wederzijdse verwachtingen en afspraken tussen hulpverleners in de zorg en ondersteuning van suïcidale personen,



- de ontwikkeling van een [charter](#) met gedeelde zorgafspraken bij suïcidaliteit. Dit charter gaat hand in hand met het draaiboek en vormt een uitnodiging aan de netwerkpartners om via een inspanningsverbintenis met de beschreven afspraken aan de slag te gaan.
- Verduurzaming van de ontwikkelde tools en afspraken binnen een duurzaam lerend netwerk.
- Synergie nastreven met het project crisis- en urgentiepsychiatrie.

Projectfase

Momenteel bevinden we ons in de verankeringsfase. De eerdere intersectorale projectgroep maakte ondertussen plaats voor een lerend netwerk. Het lerend netwerk kwam in 2024 keer samen met rond de 15 deelnemers. De opkomst en betrokkenheid van de partners, alsook de samenstelling is positief. Enkele partners worden er gemist. Deze worden in 2025 aangehaald. Volgende doelen staan voorop binnen het lerend netwerk:

- elkaar en elkaars werking beter leren kennen,
- uitwisselen goede praktijken,
- bespreking van knelpuntcasussen,
- warm houden van het charter met afspraken.

Actiepunten voor volgend werkjaar

In 2025 richten we naast het lerend netwerk een operationele cel op om aan de slag te gaan met actiepunten, signalen, noden of nog structurele knelpunten vanuit het lerend netwerk. De suïcidepreventiewerker en de netwerkcoördinator nemen hier stevast aan deel en nodigen in functie van de topics gericht partners uit. Vanuit deze operationele cel zal ook de implementatie van het zorgpad worden geëvalueerd in samenwerking met VLESP. We zetten hierbij actief in op het project netwerken VAS III en de bijhorende evaluatiestudie. De werkpunten die hier naar voren komen zullen mee vorm geven aan de verdere verduurzaming. Ook zal er verder worden ingezet op een goede verbinding met het project crisis- en urgentiepsychiatrie: hiervoor maakt de suïcidepreventiewerker deel uit van de taskforce van laatst vernoemde project.

Indicatoren

- het netwerk heeft een duidelijke verankering binnen de netwerkstructuren,
- het netwerk is ook bekend bij actoren buiten de netwerkpartners,
- de afspraken binnen het zorgnetwerk voor suïcidale personen zijn voor iedereen toegankelijk,
- er is continue evaluatie door alertheid voor nieuwe partners en bijsturing van afspraken/materialen.

3.2.8. Zorgnood en zorgaanbod in Balans: matched care binnen Diletti

Visie

Binnen het netwerk leeft de wens om het beleid richting te geven vanuit public mental health en populatiemanagementprincipes. Het GGZ-aanbod binnen Diletti is immers historisch gegroeid vanuit uiteenlopende kaders, financieringen en beleidskeuzes van organisaties. Ondertussen is de gedeelde nood gegroeid om de zorgvraag en -aanbod scherper in beeld te krijgen om toekomstgerichte onderbouwde keuzes te maken op netwerkniveau die voelbaar zijn voor de zorgvrager. Echter stellen we vast dat we niet beschikken over de nodige tools, geschraagd door netwerkafspraken, om een



systematische, kwaliteitsgerichte gegevensverzameling en -deling mogelijk te maken. Via het project 'In Balans' hopen we hier verandering in te brengen.

Doelstellingen

Dit project omhelst vier doelstellingen:

1. Het volledige GGZ-zorgaanbod van Diletti in kaart brengen in een actueel regioplan dat zowel modaliteiten, zorgfuncties als doelgroepen omvat.
2. Een analyse maken van de zorgvraag op basis van aanmeldingsgegevens van de GGZ-actoren naast kwalitatieve informatie van de partners.
3. Op basis van het actuele regioplan, epidemiologische gegevens, analyse van de zorgvraag gecombineerd met sociaal-demografische informatie, een rapport schrijven met concrete beleidsaanbevelingen op vlak van verdere ontwikkeling van het zorgaanbod in de Diletti-regio.
4. Een cel data en monitoring op netwerkniveau opstarten vanuit een duidelijke opdracht- en taakomschrijving met een eerste kernset van haalbare indicatoren die het netwerk wenst op te volgen.

Stand van zaken en betrokken partners

Door de prioriteiten binnen het thema urgentiepsychiatrie komt dit project in een versnelling terecht. Wat betreft het zorgaanbod focussen we ons in een eerste fase op de analyse van het huidige capaciteitsgebruik, en de bijhorende zorgtrajecten in de regio, bij de stakeholders van het project urgentie- en crisispsychiatrie (psychiatrische ziekenhuizen, 2a werking, PAAZ, spoed). Een rapport en een live dashboard moet het mogelijk maken om strategisch de nodige capaciteiten te bepalen overheen de eerstelijnszones (zie ook 3.1.2. Project 'Crisis als kans' – Urgentiepsychiatrie).

Voor de registratie van de aanmeldingen werken we samen met Prof. Bruffaerts en dr. Leontien Jansen (KULeuven). Na een eerste infosessie binnen het netwerk engageerden zich een groot aantal partners om hieraan mee te werken: Familiehulp, Ferm Thuiszorg, I-mens, Kring Zelfstandig psychologen, CAW Oost-Brabant, Huisartsen, Activering, CGG Passant, CGG VBO, De Hulster, Walden, MSOC, De Spiegel, UPC KULeuven, Zorggroep Kamillus, Alexianen Zorggroep Tienen, Zorggroep Annendael, UZ Leuven... Er worden extra inspanningen geleverd om de spoeddiensten van de andere algemene ziekenhuizen ook mee te betrekken in deze specifieke oefening.

3.2.9. Toeleiding van cliënten naar het best gepaste activeringstraject

Visie en doelstellingen

Binnen Diletti werd er de afgelopen jaren gestreefd naar een gezamenlijke visie en het versterken van ieders activeringswerking rekening houdend met de eigen mogelijkheden van elk gespecialiseerd activeringsteam GGZ.

Van 2018 tot 2023 werd er in het netwerk Diletti projectmatig gewerkt rond het thema activering. Het centrale doel hierbij was het aanbieden van het juiste activeringstraject op maat van elke cliënt en de cliënt hierbij vanuit een herstelgerichte invalshoek te ondersteunen. De belangrijkste doelstellingen waren de volgende:

- duidelijkheid rond het aanbod van de gespecialiseerde activeringsteams GGZ per regio,
- optimaliseren van de toeleidingen en de doorstroom naar het juiste activeringstraject voor elke cliënt met een wens/vraag naar werk, opleiding, ontmoeting en vrije tijd,



- link van de gespecialiseerde activeringsteams met ander lopende projecten netwerk Diletti,
- kennisdeling van het aanbod gespecialiseerde activeringsteams GGZ netwerk Diletti.

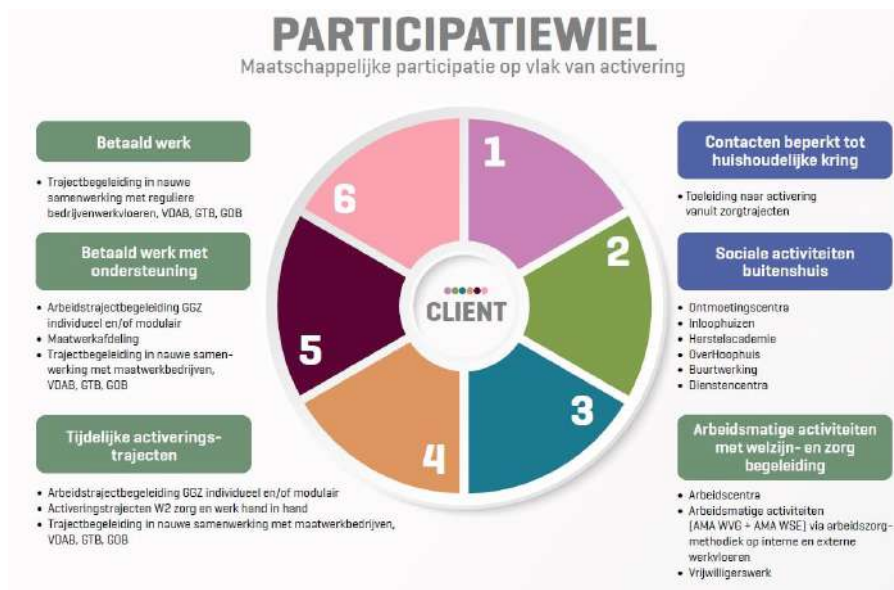
Het inzetten op deze doelstellingen resulteerde binnen ons netwerk tot 4 gespecialiseerde activeringsteams met dezelfde visie en manier van werken voor de doelgroep. Vanuit deze teams wordt er samengewerkt met andere relevante stakeholders (GTB, VDAB...) en wordt getracht de versnippering weg te werken en het aanbod beter kenbaar te maken binnen het netwerk.



Participatiewiel

Vanuit de gespecialiseerde activeringsteams GGZ van het GGZ-netwerk Diletti werd het participatiewiel ontwikkeld. Dit wiel helpt om de verschillende deelwerkingen en mogelijke trajecten te positioneren in een groter maatschappelijk geheel en om een beeld te vormen over de verschillende vormen van activering.

Het participatiewiel is gebaseerd op de participatieladder dat in het eerste beleidskader van het decreet werk- en zorg gebruikt werd, maar aangepast aan de gedeelde visie en werking van de 4 gespecialiseerde activeringsteam van het GGZ-netwerk Diletti.



Aanbevelingen voor de FOD

In het nieuwe regeerakkoord wordt activering als een belangrijk thema benoemd. We vragen de overheden en de kabinetten om aandacht te hebben van bestaande goede praktijken binnen de netwerken bij het uitschrijven van nieuwe beleidsmaatregelen en eerder deze samenwerkingen te versterken in plaats van nieuwe in het leven te roepen.



4. Andere relevante intersectorale samenwerkingen en initiatieven

Binnen het netwerk zijn er in de verschillende deelregio's nog andere waardevolle initiatieven die inspireren door hun intersectorale kleur en die we vanuit het netwerk een warm hart toedragen. Hieronder lichten we er enkele uit. Naast onderstaande samenwerkingen denken we ook aan:

- de Intersectorale Samenwerking Preventieve woonbegeleiding en sociale huisvesting in Diest,
- het intersectoraal team voor jongvolwassenen in (dreigende) dak- en thuisloosheid 'Back on Track' in regio Leuven,
- het Intersectoraal Cliëntenoverleg (ICOV) in Tienen,
- de Tandembegeleiding CAW en het MT2b (Hestia) in Tienen.

4.1. Aanklappende zorg voor dak- en thuislozen met psychische problemen

Visie

De combinatie van dak- en thuisloosheid, een ernstige psychische kwetsbaarheid en een afwezige of beperkte hulpvraag, maakt dat mensen vaak in erg precare of risicovolle omstandigheden leven en nauwelijks tot de hulp en ondersteuning kunnen komen die ze nodig hebben. Dit samengaan van sociale, psychische, lichamelijke en niet zelden juridische problemen, vraagt om een specifieke aanklappende methodiek binnen een nauwe, lokale samenwerking tussen de betrokken hulpdiensten.

Doelgroep

De samenwerking richt zich op personen die zich regelmatig op het grondgebied van Leuven bevinden, die (dreigend) dak- of thuisloos zijn en kampen met ernstige psychische problemen (ook ernstige aan middelen gerelateerde problemen), die geen of slechts een beperkte of sterk wisselende hulpvraag stellen, en vaak niet gekend of bereikt worden door de reguliere hulpverlening.

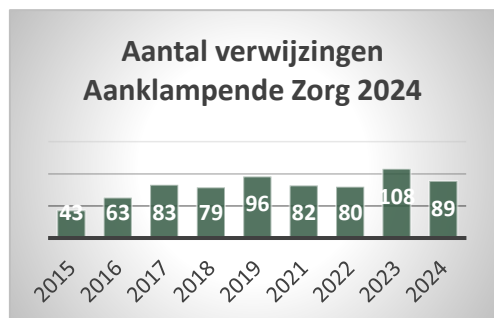
Doelstellingen

Volgende doelen worden nagestreefd:

- Via toeleiding naar zorg en ondersteuning vergroten we het algemeen welzijn en de veiligheid van de persoon, en voorkomen we toenemende risico's op vlak van sociaal-maatschappelijk functioneren, juridische gevolgen en gezondheid.
- Via de aanklappende werkwijze en intersectorale samenwerking gebeurt deze toeleiding op een humane en persoonsgerichte manier, met maximaal respect voor autonomie van de persoon en het maximaal vermijden van een onvrijwillig hulpverleningskader.
- Het voorkomen en/of verminderen van overlast en onveiligheidsgevoel voor de omgeving.

Criteria voor population management

Vlaanderen telt ongeveer 20.000 dak- en thuisloze personen. Meer en meer lokale besturen adopteren de laatste jaren de methodische telling om de doelgroep duidelijker in kaart te brengen, met het oogpunt om een beter en gericht beleid te kunnen voeren. In 2023 telde de Leuvense regio 780 personen, waarvan 147 kinderen (die de woonsituatie van hun ouders delen). Naar schatting één derde





van de doelgroep heeft te maken met mentale problemen en/of middelengebruik. Zie figuur 'Aantal verwijzingen naar het team aanklappende zorg in de werkingsjaren 2015 tot en met 2024 (Leuven)'.

De toegankelijkheid van zowel de algemene en gespecialiseerde gezondheidszorg wordt om diverse redenen (exclusie, financieel, geen hulpvraag...) bemoeilijkt voor deze kwetsbare doelgroep. Daarom hebben regio's nood aan een specifiek outreachend en geïntegreerd hulpverleningsaanbod.

Partners die een aanbod ontwikkelen in het kader van het project

De mobiele GGZ-teams langdurige zorg van Zorggroep Sint-Kamillus en De Hulster zetten samen 1,5 VTE in op outreachend en aanklappend casemanagement specifiek voor de doelgroep.

Intersectorale samenwerking met partners

Het duurzame project, dat sinds 2012 loopt, is volledig ingebed binnen een formeel samenwerkingsverband met in 2025 volgende partners: CAW Leuven, OCMW Leuven, Stad Leuven, Politie Leuven, Dijledal Sociale Woonmaatschappij, mobiel team De Hulster (GGZ), mobiel team Zorggroep Kamillus (GGZ), Spoed- en crisisdiensten UPC KU Leuven. Er is nauwe samenwerking met het Leuvens Housing First project (zie verder), waarbij verschillende leden deel uitmaken van het dedicated team. Naast de dagelijkse operationele samenwerking, zijn alle partnerorganisaties vertegenwoordigd in een stuurgroep die vier keer per jaar vergadert om het project en de samenwerking op te volgen. De stuurgroep aanklappende zorg wordt georganiseerd binnen de schoot van Diletti.

Engagementen van partners

De engagementen van de partners zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Elk engagement vertrekt in de eerste plaats vanuit de basisopdracht van elke partner. CAW zorgt voor bijvoorbeeld voor vroegdetectie en toeleiding vanuit straathoekwerk en winteropvang, OCMW richt zich op sociaal onderzoek, financiële steun of noodwoningen, en de politiediensten garanderen de openbare orde en interveniëren bij overlast. De toegevoegde waarde van dit project bestaat er echter in dat de partners zich wederzijds engageren om bij elke aanmelding door één van de partners onmiddellijk in actie te komen binnen een geïntegreerde en intersectorale samenwerking. Met andere woorden: elke partner kan het samenwerkingsverband onmiddellijk activeren zonder wachtperiode.

Beschrijving van het zorgtraject van de persoon

Elk zorgtraject doorloopt 4 fasen. In elke fase is samenwerking met het netwerk noodzakelijk, de partners binnen de geestelijke gezondheidszorg.

- 1) **Aanmeldingsfase:** Aanmeldingen komen vanuit verschillende partners. OCMW, spoeddiensten, politie, WGC en CAW zijn naast andere frequente aanmelders. Op basis van die aanmelding wordt zo snel mogelijk contact gezocht met de cliënt. Dit kan gebeuren in samenwerking met de verwijzer.
- 2) **Eerste contact(en):** een eerste contact vindt vaak plaats in een openbare ruimte. Er wordt eerst gezocht naar aansluiting via een open en laagdrempelige opstelling. De hulpverlener benadert de cliënt vanuit zijn menszijn. Hij/zij luistert naar de noden van de cliënt en laat hierbij de regie zoveel mogelijk in handen van de cliënt. Cliënt en hulpverlener gaan samen na hoe een probleem opgelost kan worden. Initieel wordt vooral gefocust op praktische zaken. Enkel bij dwingende redenen kan de hulpverlener de regie overnemen en andere prioriteiten stellen.



- 3) **Consolidatie van het contact:** wanneer de vertrouwensband met de cliënt voldoende sterk is, probeert de hulpverlener zicht te krijgen op de onderliggende problemen zoals psychiatrische en verslavingsproblemen. Ook hier kijken cliënt en hulpverlener samen hoe deze problemen best worden aangepakt. Er wordt een planning opgemaakt met kleine, haalbare doelen.
- 4) **Afrondingsfase:** de begeleiding wordt afgerond wanneer er een overdracht kan gebeuren naar een andere hulpverlener/een Mobiel Team of een veilig netwerk. Er is oog voor warme overdracht. Het team aanklappende zorg blijft nadien beschikbaar in het kader van expertisebevordering.

Aanbevelingen voor de FOD

- Aanklappende functie mobiele 2b-teams naar doelgroep stevig verankeren in basisopdracht.
- Versneld ontwikkelen van kader casemanagement en zorgcoördinatie, en aangepaste financiering, als draagvlak voor zo'n werking.
- Eén van de werkzame kerningrediënten van dit project is de lokale samenwerking tussen actoren die elkaar persoonlijk kennen en rechtstreeks aanspreken. Dit voorbeeld kan model staan voor een bredere visie op het organiseren van geïntegreerde zorg over sectoren heen.
- In de intersectorale samenwerking, bv. tussen woonvoorzieningen, politie- en zorgdiensten, ontbreekt het nog aan algemeen duidelijke kaders voor samenwerking en informatie-uitwisseling, zoals bij intrafamiliaal geweld.

4.2. Housing First

Visie

Housing First Leuven biedt een duurzame oplossing voor dakloosheid bij mensen met complexe verslavings- en mentale gezondheidsproblemen. Het model vertrekt vanuit de overtuiging dat huisvesting een fundamenteel mensenrecht is en dat stabiele huisvesting een basisvoorwaarde is voor herstel en participatie. De kernprincipes zijn o.a. scheiding van wonen en begeleiding, keuzevrijheid voor de cliënt, herstelgericht en aanklappend werken, harm reduction en persoonsgerichte begeleiding vanuit een intersectoraal dedicated team.

Doelgroep

Meerderjarige mensen die langdurig (minstens 1 jaar) of over meerdere jaren heen herhaaldelijk dakloos zijn, met een psychische kwetsbaarheid en/of afhankelijkheidsproblematiek.

Doelstellingen

- recht op wonen garanderen voor de meest kwetsbare daklozen via een woongerichte aanpak,
- kwaliteit van leven installeren,
- chronische dak- en thuisloosheid duurzaam terugdringen,
- perspectief op herstel en maatschappelijke participatie versterken,
- structurele samenwerking bevorderen tussen welzijn, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en huisvestingsactoren via geïntegreerde zorg in een dedicated team.

Samenwerkingen en engagementen

Housing First Leuven wordt gedragen door een intersectorale stuurgroep (strategisch) en een operationeel dedicated team. De stuurgroep is samengesteld uit: CAW Oost-Brabant, Mobiel Team De



Hulster, Mobiel Team Oude Baan, MSOC Vlaams-Brabant, OCMW Leuven, WGC De Central, Zorg Leuven, Woonmaatschappij Dijledal en AG Stadsontwikkeling Leuven. De kernpartners in het dedicated team zijn CAW, de 2 mobiele teams en het MSOC. Zij nemen, steeds in duo, de woonbegeleidingen op.

Het project wordt gecoördineerd door CAW Oost-Brabant (operationeel en strategisch). Het lokaal bestuur (Stad Leuven) financiert de coördinatie. De financiering voor de begeleidingen in het dedicated team komt deels vanuit de Vlaamse overheid en deels vanuit eigen engagement van de kernpartners. Daarnaast zijn er formele engagementen met de huisvestingspartners Woonmaatschappij Dijledal, AGSL en coöperatieve De Valkerij, die woonentiteiten ter beschikking stellen via versnelde toewijzing, eigen patrimonium of kleinschalige woonunits zoals het project “10x1”.

Via financiering van de Koning Boudewijnstichting wordt intervisie/supervisie/vorming gerealiseerd door een psychiater (MSOC) en rechtstreekse toegang gecreëerd tot de verslavingsarts (MSOC).

Rol van ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

Vanaf de start in 2020 werd de stem van mensen met ervaring in dakloosheid meegenomen. Bij de opstart werd via een bachelorproef onderzocht hoe zij kijken naar huisvesting, netwerk en begeleiding binnen Housing First. Ook bij het ontwerp van de kleinschalige woonunits van De Valkerij werd hun inbreng gevraagd, onder meer via een Ronde Tafel met architecten, beleidsmakers, begeleiders en mensen met ervaringskennis. In de toekomst willen we deze participatie verder uitbouwen, onder meer met ervaringsuitwisselingen tussen cliënten in Housing First en dakloze mensen over thema's als eenzaamheid en netwerk. Ook worden ervaringen structureel meegenomen via de registratie.

Signalen naar de overheid

- De continuïteit van de werking staat onder druk door het tijdelijk karakter van de verschillende projectsubsidies, die aflopen eind 2025. Er is dringende nood aan structurele financiering en erkenning van Housing First als model in de aanpak van dak- en thuisloosheid, zowel wat begeleidingscapaciteit als beschikbare (sociale) huisvesting betreft. Uit cijfers van de meest recente telling van dak- en thuisloosheid blijkt dat minstens 61 mensen in Leuven baat hebben bij een Housing First-traject, terwijl de huidige capaciteit beperkt blijft tot een 10-tal trajecten.
- Housing First Leuven wijst op de nood aan beleidsmatige verankering van Housing First binnen het bredere geestelijke gezondheidsnetwerk. Vanuit netwerk Diletti erkennen we die belangrijke rol en beslisten we Housing First expliciet op te nemen in de strategische beleidsdoelstellingen rond “Niemand achterlaten”.

4.3. Kwartiermaken

Visie

Het "Kwartiermaken" project is gericht op het creëren van een inclusieve gemeenschap in Aarschot, waarin mensen met psychische kwetsbaarheden worden ondersteund en geïntegreerd in de samenleving. Het project streeft naar een sterke verbinding tussen individuen en de bredere gemeenschap, met de nadruk op zowel persoonlijke groei als sociale betrokkenheid.



Doelgroep

De doelgroep bestaat uit mensen met psychische kwetsbaarheden, die vaak barrières ondervinden om toegang te krijgen tot reguliere diensten. Het project richt zich op hen, evenals op de bredere gemeenschap om integratie te bevorderen.

Doelstellingen

De belangrijkste doelstellingen zijn:

- het versterken van individuen door directe ondersteuning te bieden,
- het bevorderen van verbindingen binnen de gemeenschap door activiteiten,
- het creëren van informele ontmoetingsruimtes en het organiseren van diverse activiteiten die toegankelijk zijn voor iedereen.

Samenwerkingen met andere partners:

Er wordt samengewerkt met het OCMW, CAW, CGG, politie en andere sociale en gezondheidsorganisaties. Daarnaast wordt er ook geschakeld met initiatieven zoals het ZOEV-project, de Herstelacademie en het Stadsatelier. De betrokkenheid van deze partners omvat het delen van middelen, expertise en het organiseren van gezamenlijke activiteiten.

5. Algemene aanbevelingen voor de FOD

Bij de projectoproep rond urgentiepsychiatrie, alsook bij de lancering van de conventie eerstelijnspsychologische zorg, hebben de netwerkcoördinatie en de netwerkpartners een hoge tijdsdruk, met hoge verwachtingen en een snel tempo ervaren vanuit de overheid. Daarom willen we verzoeken om bij gelijkaardige projecten in de toekomst een meer planmatige aanpak te hanteren, met een vooraf duidelijk afgestemd beleidsmatig kader. Wij geloven dat een dergelijke aanpak niet alleen meer rust en duidelijkheid kan creëren bij veranderingstrajecten, maar op termijn ook tijdswinst kan opleveren en kan helpen vermijden dat regels of verwachtingen tijdens het traject nog wijzigen.

Ook het traject en de inhoud van het vernieuwde B4-contract riepen bij verschillende partners vragen op. Zo introduceert het contract nieuwe administratieve verplichtingen, zoals het aanleveren van gegevens, waarvan de haalbaarheid in de praktijk in vraag wordt gesteld. Daarnaast wekken de voorgestelde aanpassingen fundamentele vragen over de positie en het mandaat van het netwerk. Een van de bepalingen die die indruk versterkt, is de verplichte opname van een clausule rond het instructierecht. Concreet: in welke mate neemt het netwerk taken over van voorzieningen, of wordt het zelf als een zorgactor beschouwd? Bovendien werd het gewijzigde B4-contract laattijdig gecommuniceerd, zonder voorafgaand overleg. Dit creëerde begrijpelijkerwijs aarzeling en voorbehoud bij meerdere partners.

Bovenstaande kan – onbedoeld – leiden tot terughoudendheid, zelfs bij zeer geëngageerde actoren, vooral wanneer zij zich onvoldoende betrokken voelen bij deze ontwikkelingen. Binnen het netwerk vinden we het dan ook essentieel dat beleidsvernieuwing tot stand komt in nauwe en transparante dialoog met het veld. Het overlegmoment rond het B4-contract dat nadien werd georganiseerd door de FOD werd dan ook geapprecieerd. Een gedragen en veerkrachtig netwerk dat inspeelt op de reële noden, kan enkel ontstaan als partners zich mee-eigenaar voelen en actief regie kunnen opnemen. Participatie en vertrouwen vormen hierbij de hoekstenen voor duurzame samenwerking.



6. Allocatie budget netwerkcoördinatie 2024

OPBRENGSTEN		
<i>Netwerkcoördinatie</i>	€ 134.586,8	
<i>Tussenkost vorming</i>	€ 4.370,0	
<i>Werkgroep Denk Leuven (ervaringsdeskundigen)</i>	€ 2.464,3	<i>Opbrengsten getuigenissen</i>
<i>Diverse</i>	€ 215,2	
<i>Totaal</i>	€ 141.636,3	
KOSTEN		
<i>a. Netwerkcoördinatie</i>	€ 89.580,5	
<i>b. andere</i>	€ 36.145,6	
<i>IT-materiaal</i>	€ 1.334,7	
<i>Communicatiemateriaal</i>	€ 7.808,0	
<i>Procesbegeleiding</i>	€ 9.255,0	<i>Project shared care lerend netwerk</i>
<i>Projectcoördinatie</i>	€ 2.656,2	<i>Project leeftijdsensitieve zorg jongvolwassenen</i>
<i>Vergaderkosten (catering, zalen)</i>	€ 4.218,1	
<i>Administratieve kost Sint-Kamillus</i>	€ 5.000,0	
<i>Representatiekosten</i>	€ 1.202,0	
<i>Werkgroep Denk Leuven (ervaringsdeskundigen)</i>	€ 3.210,2	<i>Onkostennota's vrijwilligers</i>
<i>Deelname aan activiteiten</i>	€ 1.461,5	
<i>Totaal</i>	€ 125.726,1	
<i>Saldo</i>	€ 15.910,2	



7. Bijlages

8.1. Info over de intensieve diensten en HIC binnen UPC KU Leuven



8.1.1. Intensieve Dienst Mind Body Unit (MBU)

De visie

1. Kwaliteit van het behandelaanbod

Het behandelprogramma voor eetstoornissen is transdisciplinair georganiseerd. Het kader is gebaseerd op groepsgerichte enhanced cognitieve gedragstherapie (eCGT) en systemische interventies zowel in groep als individueel. Verder loopt, parallel met de psychische ondersteuning, een gespecialiseerde voedingsprogramma en fysiek/medische ondersteuning.

Het behandelprogramma voor somatische symptoomstoornissen is ook transdisciplinair georganiseerd. Het kader is gebaseerd op groepsgerichte acceptance and commitment therapy (ACT) en lichaamsgerichte mentalization based therapy en wordt aangevuld met een parallel lopend fysiek reconditioneringsprogramma (volgens het principe van graded-activity). Hierbij ligt de focus op het leren herinterpreteren van lichamelijke signalen en zicht krijgen op hun rol in emoties met in 2de tijd het verbeteren van de mentaliserende vaardigheden en copingstrategieën. Vanuit de ACT principes wordt er gestreefd naar anders leren omgaan met de lichamelijke klachten en beperkingen om terug perspectief te vinden en levenskwaliteit te verbeteren. Daarnaast worden er aanvullende systemische interventies op individuele basis aangeboden en in groep. Het betrekken van de context is hierbij een belangrijk deel van het traject.

Er wordt op de afdeling aan kwaliteitscontrole gedaan door de systematische objectieve meting van outcome. Sinds kort wordt bij opname en ontslag, door middel van korte vragenlijsten, symptomen en algemeen welbevinden opgevolgd. Deze schalen zullen worden bekeken tijdens beleidsvergaderingen om kwaliteit van zorg te blijven verbeteren.

2. Herstelvisie

Verschillende aanpassingen op de afdeling dragen bij tot een herstelgerichte zorg op de MBU afdeling:

Ten eerste, is er in de unit een basis attitude rond het belang van structuur en ritme. Aandacht hebben voor iemands natuurlijk (bio)ritme (eten, slapen, rusten, beweging ...), en een vaste structuur op de unit, creëren ruimte voor zelfzorg en empowerment van de patiënt. Deze flow veroorzaakt namelijk een ideaal evenwicht in rust/activiteit – zorg/zelfzorg – thuis/op afdeling – therapie/concrete oefeningen...etc...

Ten tweede werken we intensief met signaleringsplannen. Het plan wordt als een dynamisch instrument gebruikt. Elke patiënt krijgt bij het begin van de opname een exemplaar. Hiermee wordt transdisciplinair gewerkt doorheen de hele opname. Een signaleringsplan heeft als doel ervoor te zorgen dat het optreden van een psychische crisis in de toekomst voorkomen wordt, maar kan daarnaast oa. inzicht vergroten, heeft een empowerende werking waardoor zelfvertrouwen en zelfzorg groeit en geeft vaak ook handvaten aan de context van patiënten.



Ten derde en laatste werken we met het opstellen van een onderhandeld behandelplan, zoals beschreven in Maurer en Westermann, 2018 (zie figuur 1)



(Maurer J.M.G., Westermann G.M.A. (2018) Gedeelde besluitvorming over een behandelplan. In: Praktijkboek gedeelde besluitvorming in de GGZ. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.).

Tijdens de “overeenstemming en afspraken over de behandeling en zelfzorg” (zie figuur 1) staan we in de intake procedure onder andere stil bij:

- Psychische en fysieke veiligheid om op een open, psychotherapeutische afdeling te kunnen verblijven. Medische stabiliteit¹ en zelfredzaamheid² worden hierin betrokken.
- Motivatie en zelfvertrouwen. Dit wordt aangesproken door patiënten te vragen zelf hun doelstellingen op te maken op 3 vlakken:
 - o Klachten en levensstijl/zelfzorg (symptomen)
 - o Psychisch welbevinden (onderliggende kwetsbaarheden en sterktes)
 - o Netwerk en interacties (sociale context)

Er is een structurele opvolging van de doelstellingen van de patiënt voorzien doorheen de behandeling door middel van individuele gesprekken, bedside-briefing, vinger aan de pols bespreking en nazorg afspraken. Tijdens deze evolutiemomenten is ook de context van patiënt uitgenodigd.

3. Flexibiliteit in behandelaanbod

Het behandelaanbod op MBU is opgebouwd volgens een stepped-care model, waardoor het mogelijk is het programma te doseren en intensifiëren in functie van de ernst van het ziektebeeld (bv. nood aan medische ondersteuning, comorbiditeit (bv. ZVG, conversie), fysieke conditie, nood aan rust en laag sensorische prikkeling...) en/of individuele doelstellingen toe te voegen (bv. integratie van school, hobbies, VWW ...)

Het concrete afdelingsaanbod bestaat uit: 1). voltijdse residentiële zorg (intensief of gedoseerd programma), 2) voltijdse dagopname (5d/week) en 3) deeltijdse dagopname (1-4d/week).

¹ Zorgend personeel op MBU is psychiatrisch geschoold, maar heeft daarnaast (basis) medische skills zoals hulp bij ADL, infuuszorg, sondevoeding etc. Ook is er geïnvesteerd in een nauwe samenwerking met verschillende somatische diensten in het algemeen ziekenhuis (o.a. endocriene, GI, neuro,...).

² Patiënt wordt gestimuleerd in zelfredzaamheid door weekenden en bepaalde weekdays naar huis te gaan om: doelstellingen te oefenen, sociale contacten en activiteiten uit eigen omgeving te onderhouden en zelfvertrouwen in eigen kracht te laten groeien.



Er is een flexibele overgang tussen de verschillende behandelvormen. Op indicatie is er een snelle opschaling van zorg (in de crisisbedden) mogelijk, vnl. in samenwerking met andere medische diensten binnen UZ Leuven en UPC KU Leuven.

4. Transitiezorg

Er werd sinds 2020 intensiever samengewerkt met het somatisch ziekenhuis UZ Leuven door middel van uitbouw van de liaison functie voor de problematieken eetstoornissen en somatische symptoomstoornissen.

Bij afronding van de behandeling door MBU wordt bij de transitie van ontslag naar huis aan de patiënt transdisciplinaire (arts, verpleging, diëtiste etc...) opvolging aangeboden, afhankelijk van de persoonlijke noden (bv. opvolging d.m.v. postkuur statuut, ambulante contacten etc.). Omdat vanaf het begin van de behandeling en tijdens evolutiebesprekingen al intensief met de context gewerkt is door middel van systemische contacten en overleg, is de omgeving voorbereid op deze stap. Een hervalpreventieplan, opgemaakt door patiënt, maakt hier ook deel van uit. Het ambulant steunnetwerk wordt minimaal 4 weken voor ontslag op de hoogte gebracht van deze planning door patiënt zelf.

5. Betrekken zorgnetwerk

Er wordt op indicatie bij start van opname en bij heropstarten van ambulante zorg steeds in overleg met patiënt contact genomen met het betrokken zorgnetwerk. Dit gebeurt op individuele basis. Er is verder een intensieve samenwerking met de school en ziekenhuisschool. Het zorgnetwerk is welkom tijdens de vinger aan de pols momenten. De school is structureel aanwezig bij jongeren.

6. Betrekken van context

Cf. infra

De doelgroep en de criteria

MBU is een medisch-psychiatrische en psychotherapeutische derdelijns behandelunit. De doelgroep van de MBU afdeling is tweedelig. Enerzijds wordt er een gespecialiseerde behandeling aangeboden voor patiënten die lijden aan somatische symptoomstoornissen (SENSE), anderzijds is er een gespecialiseerde behandeling voor patiënten die lijden aan een eetstoornis (EET). Beide psychiatrische aandoeningen zijn complexe ziektebeelden, waarvoor een complexe, relatief langdurige, transdisciplinaire, stepped care interventie noodzakelijk is. Ook vereisen beide ziektebeelden gespecialiseerde kennis van de behandelaars, zowel over de psychische en sociale status, als over de fysieke toestand van deze patiënten. Alle patiënten met leeftijd 15-65 jaar, die als hoofddiagnose één van deze psychiatrische aandoeningen hebben en een onderhandeld behandelplan kunnen aangaan, komen in aanmerking voor behandeling op onze unit. Gezien MBU een open, therapeutische afdeling is, dient psychische en fysieke veiligheid wel aanwezig te zijn. Deze worden afgetoetst tijdens het opstellen van het behandelplan, samen met patiënt. Er zijn geen andere exclusiecriteria.

Methodologie

Sinds de start van de intensifiëring van MBU, waarbij de afdeling zijn aantal bedden verminderde van 30 naar 25 (+ 2 crisisbedden), werden er verschillende aanpassingen gedaan. Hiervoor werd het document 'Modellen voor intensifiëring' als leidraad gebruikt (<https://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan/werkgroep-intensifiëring>). Dit betekent dat de aanpassingen werden doorgevoerd aan de hand van de punten aangegeven in dit document.

De algemene, specifieke en operationele doelstellingen



Er is een structurele opvolging van de doelstellingen van de patiënt voorzien doorheen de behandeling door middel van individuele gesprekken, bedside-briefing, vinger aan de pols bespreking en nazorg afspraken. Tijdens deze evolutiemomenten is ook de context van patiënt uitgenodigd.

- Opvolging om de maand tijdens opname: doelstellingeneetstoornissen; evaluatie behandeling patiënt; evaluatie behandeling familie.
- Start eetdagboeken digitaal vanaf nov/dec 2020.

Opvolging outcome zorg wordt via structurele bevraging opgevolg, bij opname, ontslag en op indicatie.

Engagementen van partners

- Partners in het netwerk Diletti, de afdeling eetstoornissen in het psychiatrische ziekenhuis van de Broeders Alexianen in Tienen in het bijzonder.
- Binnen het team voor somatische symptoomstoornissen is er een nauwe samenwerking met het levens algologisch centrum van het UZ Leuven en het multidisciplinair CVS centrum.
- De dienst Endocrinologie van het UZ Leuven olv prof. Mertens, prof. Vangoidsenhoven en prof. Vanderschueren.
- De dienst Pediatrie van UZ Leuven olv prof. Toelen en prof. Casteels in het bijzonder.

Beschrijving van het zorgtraject

93.6% van de patiënten stroomt in na externe verwijzing via de raadpleging van MBU/eetstoornissen. Andere instroom is er o.a. via andere afdelingen van het UPC KU Leuven en UZ Leuven na een liaisonconsult.

Van de residentiële afdeling stroomt 93.8% van de patiënten uit naar huis, met verdere ambulante opvolging via de raadpleging. Voor de daggroepen is dit 96.9%. 2.8% gaat van het residentieel programma naar een algemeen of universitair ziekenhuis. Bij de daggroepen is dit 3.1%.

11.7% van de residentieel opgenomen patiënten stroomt door naar een postkuurstatuut. Bij de daggroep is dit 2.0%. Deze patiënten hebben na ontslag op regelmatige basis een opvolggesprek met iemand van het multidisciplinaire team. Dit is lager dan de voorbije jaren omdat er een aparte nazorggroep werd opgestart in 2024 binnen het zorgprogramma SENSE.

Deze ID-afdeling is hiermee een uniek gespecialiseerd centrum in Vlaanderen, met focus op de somatische symptoomstoornissen en op de eetstoornissen. Voor de eetstoornissen is er een unieke samenwerking met de zorgprogramma's van de dienst endocrinologie, pediatrie en intensieve zorgen van de UZ Leuven. UPC KU Leuven zorgt met dit programma voor >20% van de patiënten die voor deze indicatie worden opgenomen in België.

Deze ID-afdeling beschikt over 26 bedden + 2 crisisbedden + 1 urgentiebed. Op de residentiële afdeling worden op jaarbasis zo'n 181 patiënten opgenomen met een gemiddelde verblijfsduur van 43 dagen en met een gemiddelde bedbezetting van 86%. In een step-down aan de ID-werking is er een daghospitalisatie met 27 beschikbare stoelen.

Het aantal personen op de wachtlijst van de afdeling ligt, ook vandaag nog, hoog. Voor het zorgtraject SENSE staan er meer dan 100 mensen op de wachtlijst, waarvan ongeveer 25% voor programma op stoel. Voor het zorgtraject ES staan er meer dan 120 mensen op de wachtlijst, waarvan ongeveer 1/3de voor een programma op stoel.



Rollen van de ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

In 2020 startte MBU met een vaste ervaringsdeskundige vrijwilliger. Sinds juli 2024 is de ervaringsdeskundige aangeworven als een vast teamlid, zij is halftijds op de afdeling aanwezig. Daarnaast is de afdeling een stageplaats van de opleiding voor ervaringsdeskundigen. Verder is er een nauwe samenwerking met de ervaringsdeskundige vereniging ANBN. ANBN geeft bijvoorbeeld regelmatig een sessie over hun werking op de afdeling aan patiënten en ouders/naasten.

Op de MBU zijn er verschillende structurele contactmomenten met familie en naastbetrokkenen vast ingebouwd in het programma. Zo wordt de context van de patiënt bv. uitgenodigd tijdens evolutiemomenten. Daarnaast zijn ook de informele of ad hoc contactmomenten belangrijk. Deze worden zo laagdrempelig mogelijk gehouden (bv. wanneer familie de patiënten bezoeken, komen halen voor een weekend en/of bellen voor informatie). Alle disciplines kunnen een rol spelen in dit contact, afhankelijk van de noden. Deze momenten zijn altijd in samenspraak en liefst in aanwezigheid van de patiënt.

De structurele contacten zijn: 1) Individuele familiegesprekken (minimaal 1x en op vraag (indien dit een doelstelling is) structureel tijdens de behandeling); 2) familiebijeenkomsten (om de 4 weken); 3) Vinger aan de pols momenten voor doelstellingen besprekingen (om de 4 weken in groep); 4) wekelijks telefonisch contact met ouders door de afdelingsarts bij minderjarigen. Sinds 2021 is er op eetstoornissen een uitgebreude jongerenwerking, met o.a. de start van een 3/4-dagenprogramma waarbij er intensieve MFT-dagen vervat zitten in het behandelprogramma. In navolging van deze jongerenwerking, werd er in 2023 ook een vergelijkbaar dagtherapeutisch programma gestart voor volwassenen, eveneens met een gezinsdag die om de 6 weken doorgaat. De familiewerking van deze daggroep voor volwassen zal de komende maanden verder worden uitgebreid.

Ook in de dagtherapie van SENSE is er in 2024 gestart met een aangepaste contextwerking waarbij per therapieperiode (van 8 weken) er 1 gezinsdag wordt georganiseerd waarbij patiënt en 1 of meerdere mensen uit zijn context samen deelnemen aan aangepaste therapeutische sessies.

Er werd een familiebrochure gemaakt voor eetstoornissen in 2020 en geüpdatet in 2023.

In 2021-2022 werd er een nieuw dagprogramma voor patiënten met eetstoornissen in transitieleeftijd opgestart (15- +/- 18 jaar), in nauwe samenwerking met pediatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie. Daarnaast wordt sinds 2021 gewerkt met een leefgroepwerking voor jongeren (15-18j) en een extra familieaanbod voor deze doelgroep. In 2024 werd dit programma verder geïntensifieerd, met extra aanbod voor familieleden.

Naast therapeutische en informatieve contacten met de omgeving van patiënt, wordt ook het thema context, structureel besproken in therapie. Concreet wordt er 1 therapeutische sessie/week bij de groepspsycholoog gebruikt voor gezinssculpting. Daarnaast is er wekelijks een sessie netwerken, aangeboden door de maatschappelijk werker van de afdeling. Hierin komt het thema werk, vrijwilligerswerk, wonen, school, financiën, ambulant netwerk etc. aan bod. Vanuit maatschappelijk werk kunnen deze thema's ook individueel verder opgenomen worden, indien dit een doelstelling is van de patiënt.

8.1.2. Intensieve Dienst Joris

De visie

St Joris biedt beweeglijkheid aan in de statuten (op bed, in dag, deeltijds traject) in functie van de behoefte en we schenken bijzondere aandacht aan de continuïteit van zorg.



Om die doelstellingen te bereiken:

- wordt er van bij aanvang een twee-sporen beleid gevoerd met een maatschappelijke luik enerzijds en een psychiatrisch/ psychotherapeutisch luik anderzijds,
- werken we de **continuïteit van zorg** nog meer uit, met bijzondere aandacht voor de overgangsmomenten en de samenwerking met onze partners. We wensen meer in contact te staan met de zorgpartners, in het bijzonder aan het begin van de opname en op het einde van de opname,
- blijven we systematisch met de patiënt onderhandelen over zijn behandeling.

Het programma dat we op Sint-Joris kennen, heeft zijn vorm vanuit een overdachte en goed gefundeerde visie op wat goed is voor jonge volwassenen met een psychotische problematiek. Met het opschalen van het maatschappelijke luik van de behandeling hopen wij een gunstig effect te hebben op de uitkomst: op het algemeen functioneren en welbevinden van de patiënt. De duur van een traject op Joris houden we zo kort als mogelijk, maar zo lang als nodig, maar we richten ook zo snel als mogelijk de blik naar buiten, naar de mobiele werking, naar het zorgsysteem. Dit past in de herstelbeweging en vermaatschappelijking van de zorg, zoals die het laatste decennium in het UPC vorm krijgt.

De behandelvisie en het programma is uniek in Vlaanderen, en wordt tot ver buiten de regio gewaardeerd en als toonaangevend beschouwd.

In de literatuur blijkt (zowel evidence based als experience based) dat in de behandeling van jonge volwassenen met psychose de band opbouwen de grootste uitdaging is, en tevens de grootste beschermende factor in hervulpreventie en herstel. Met het oog op ziekte-inzicht, verwerken van het ingrijpende gebeuren dat psychose is, medicatie compliance en blijvende ondersteuning wijst alles erop dat een persoonlijke band en vertrouwen het fundament zijn van elke goede behandeling. Dit neemt tijd in beslag, vraagt geduld, en veel van het werk hierin bevindt zich in de tussenruimte, in wat niet makkelijk meetbaar en zichtbaar is.

Het programma van Sint-Joris bestaat uit drie leefgroepen met elk hun eigen therapieschema.

De drie fases zijn de onthaalfase, de middenfase en de ontslagfase. Tot 2020 waren deze als volgt ingedeeld:

De **onthaalfase** duurt in principe drie weken, het heeft immers tijd nodig vooraleer patiënten hun aandacht kunnen richten op de behandeling, vaak zijn psychotische symptomen nog prominent aanwezig, met angst, verwarring, agitatie.

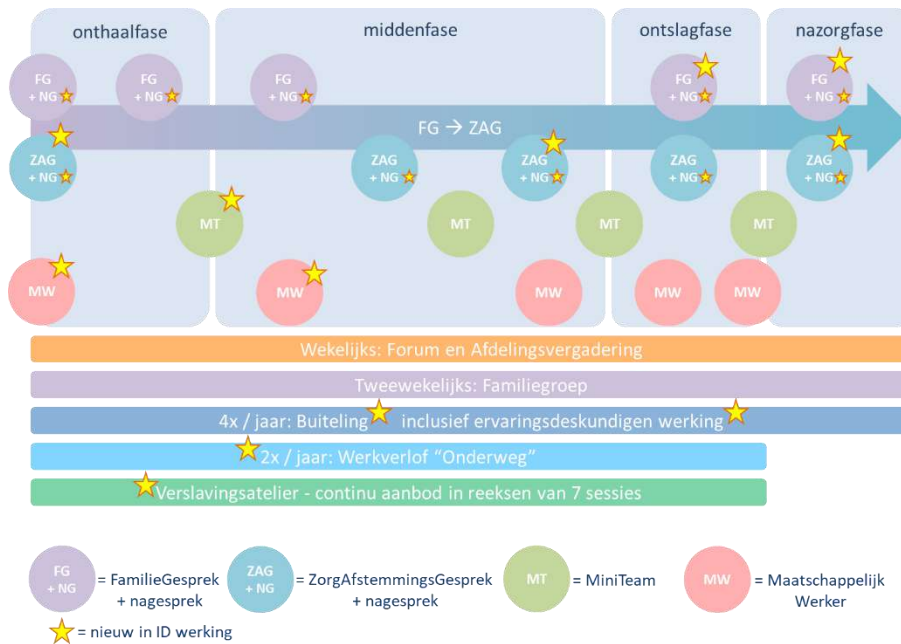
Tijdens de **middenfase** wordt de blik naar binnen gericht. Deze fase duurt vaak enkele maanden. Wanneer we met de patiënt een band kunnen aangaan, wanneer hij bereid is inzicht te krijgen in zijn problematiek en het hoe en waardoor van zijn crisis en disfunctioneren, is het mogelijk aan te sterken, naar stabiliteit toe te gaan.

Daarnaast proberen we ook reeds te kijken naar woonsituatie en werksituatie samen met de patiënt. Dit duurt lang omdat patiënten vaak aan een opleiding beginnen (na vele mislukkingen), loskomen van thuis, een nieuwe woonst moeten vinden.

Tijdens de **ontslagfase** wordt de blik nog meer naar buiten gericht, zorgpartners worden nauwer betrokken en we concretiseren de woonsituatie en de activiteiten...

Ook werd het **onderhandeld behandelplan (OBP)** beter uitgewerkt en vormgegeven in het miniteam (MT), de zorgafstemmingsgesprekken (ZAG) en in de familiewerking.

Onderstaand schema geeft een overzicht van de verschillende fases en componenten van het programma. De elementen die nieuw werden ontwikkeld binnen de ID-werking zijn aangeduid. In wat volgt wordt ieder onderdeel kort toegelicht. Ook hierin zijn de recente ontwikkelingen aangegeven.



De doelgroep en de criteria voor het identificeren van deze doelgroep

De patiënten die worden opgenomen op deze ID-afdeling zijn patiënten met een psychotische stoornis in een vroeg stadium van ontwikkeling (meestal een eerste psychose bij iemand jonger dan 30 jaar) ...

Stage 2 Mc Gorrry jongvolwassenen met psychose, 18 tot 35 jaar.

De patiëntenpopulatie bestaat algemeen uit drie groepen:

- acute psychose, eerste episode(s). Vaak verwezen vanuit VRINT of HIC,
- groep met een laag premorbid functioneren (schooluitval, sociaal teruggetrokken etc) of psychotische problematiek in combinatie met autisme-spectrum,
- groep met psychotische kwetsbaarheid in combinatie met psychotische persoonlijkheidsstructuur, vaak samen met trauma.

De methodologie

Wij gebruikten hiervoor als leidraad het document Modellen voor intensifiëring (<https://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan/werkgroep-intensifiëring>). Dit betekent dat de aanpassingen werden doorgevoerd aan de hand van de punten aangegeven in dit document.

De algemene, specifieke en operationele doelstellingen

Miniteam

Doelstelling:

- onderhandeld behandelplan
- agency en participatie

Omschrijving:

- Overleg met patiënt waar de behandeling wordt besproken, de visie afgestemd, concrete afspraken gemaakt etc.
- Bij iedere faseovergang en na een procesbespreking op het team, bij crisissen en moeilijkheden. Kan ook op vraag van de patiënt.
- Aanwezig: supervisor, ASO, begeleidende VERPLEEGKUNDIGE en maatschappelijk werker.



Zorgafstemmingsgesprek

Doelstelling:

- afstemmen van de zorg
- sociale noden in kaart brengen
- sociaal traject uitbouwen
- agency en patiëntenparticipatie

Omschrijving:

- Regelmatig overleg met patiënt, familie, hulpverleners afdeling, interne partners en externe sociale en zorgpartners.
- Betrokken hulpverleners uit het team: supervisor, ASO, maatschappelijk werker, begeleidende verpleegkundige, soms psycholoog.
- Interne partners: VRINT, MIC, HIC, Mobiel Team.
- Externe partners: OCMW, Beschut Wonen, Onderwijsinstanties, familie, mantelzorgers, werkgever, huisarts, etc.

Transmurale zorg

Doelstelling:

- continuïteit van zorg
- afname incidenten
- afname herval of achteruitgang toestandsbeeld bij overgangen

Omschrijving:

- ZAG (zie eerder)
- Voor iedere patiënt op de MIC die naar Joris komt wordt een ZAG gedaan.
- Diverse partners blijven betrokken tijdens de middenfase van de behandeling (niet enkel bij begin en eindfase). Betrokken hulpverlener VRINT wordt regelmatig uitgenodigd op overlegmomenten en teamvergadering.
- Na de voltijdse behandeling (op bed) wordt aangeraden om dagbehandeling te volgen en/of postkuur. Toekomstige zorgpartners worden reeds in de middenfase betrokken, ten einde de overgang geleidelijker en zorgzamer te maken.
- De structurele samenwerking met VRINT als belangrijke partner in de zorg blijft verankerd door een maatschappelijk werker die 50/50 Joris/VRINT doen. Driemaal per jaar wordt een stuurgroep Joris/VRINT georganiseerd om de samenwerking afgestemd te houden.

Familiewerking

De familiewerking bestaat uit drie types gesprekken: intakegesprek, familiegesprek en familiegroep. Bij het intakegesprek, het familiegesprek en het ZAG: nadien kort laagdrempelig koffiemoment met begeleidend verpleegkundige en mogelijkheid tot Q&A (question and answer) met ASO.

Intakegesprek

Doelstelling:

- Verzorgen van het contact, laagdrempelig bereikbaar en toegankelijk, continuïteit en participatie.

Omschrijving:



Een gesprek van 1,5u, steeds binnen de eerste drie weken van opname (onthaalfase) met patiënt, ouders, siblings, partners, supervisor, ASO, begeleidende verpleegkundige, psycholoog. Open gesprek waarin de tijd genomen wordt stil te staan bij de huidige crisis, die in een ruimere context geplaatst wordt. Er wordt tijd genomen stil te staan bij familie-dynamieken en -geschiedenis en bij de ontwikkeling en het vroegkinderlijk functioneren van de patiënt.

Familiegesprek

In functie van de nood en op maat van de patiënt. Geleidelijk aan wordt de maatschappelijk werker meer betrokken bij deze gesprekken, wanneer naast het psychotherapeutische spoor, het sociale spoor concreter vorm en invulling krijgt. In functie van de behoefte krijgt het familiegesprek op die manier stapsgewijs meer een ZAG-karakter.

Familiegroep

Doelstelling:

- Een forum zijn voor hoop, het delen van ervaringen, angstreducerend, verbindend.
- Ervaringsdeskundige zijn, krijgt ook hierin vorm en betekenis.

Omschrijving:

- Tweewekelijks groepsaanbod voor patiënten én hun families (ouders, siblings, andere betekenisvolle familieleden ect) samen.
- Open spreken, vanuit eigen beleving, begeleid vanuit een psychotherapeutische houding.
- Wordt sterkt gewaardeerd door patiënten en hun families. Grote deelname en aanwezigheid.
- Multidisciplinair: psycholoog en verpleegkundige, soms ook andere teamleden.

Sociaal traject

Doelstelling:

- sneller en wendbaar inspelen op en een antwoord zoeken voor de sociale noden (wonen, vrije tijd/daginvulling/werk/studie, inkomen)
- kortere opnameduur
- behandeling niet enkel op bed, maar ook in dag/postkuur

Omschrijving:

De maatschappelijk werker heeft een actieve rol vanaf aanvang opname. De maatschappelijk werker is aanwezig bij de intake of wordt tijdens de intake fase op de hoogte gesteld. Sociale problematiek wordt zo tijdig en proactief opgenomen.

De sociale thematiek wordt actief en structureel aanwezig gesteld en besproken op de teamvergadering en tijdens de miniteams. Aanwezigheid van maatschappelijk werker tijdens miniteams, ZAG's en sommige familiegesprekken.

Afdelingsvergadering

Doelstelling:

- Agency en participatie: actieve rol in het ziekenhuisgebeuren: niet enkel passieve patiëntenrol, maar deelnemer in wat reilt en zeilt, bijdrage leveren.
- Ontwikkelen van eigen visie en mening, durven spreken in groep, onder woorden brengen van gevoelige thema's die zonder woorden ook leven.

Omschrijving:

Wekelijkse samenkomst van alle patiënten (opgenomen, dag- en postkuur) met aanwezige teamleden. Meer multidisciplinaire aanwezigheid: supervisor, ASO, psycholoog, PMT, DVT, verpleegkundige, schoonmaakploeg.



Bespreking van relevante thema's en gebeurtenissen met betrekking tot het 'samen-leven' op de afdeling, afdelings-overschrijdende initiatieven, maatschappelijke thema's, inlichten (bvb vanuit het team nieuwe initiatieven aftoetsen, voorleggen, bevragen,...)

Het forum

Doelstelling:

- Stimuleren van vaardigheden bvb plannen, concretiseren (van droom naar daad)
- Participatie, co-creatie
- Zelfredzaamheid
- Sociale interacties
- Multidisciplinair: verpleegkundige, DVT, PMT, ergo, psycholoog, soms ASO

Omschrijving:

Wekelijks groepsoverschrijdend moment. Open, zelf in te vullen door patiënten met hulp en onder begeleiding van hulpverleners. Enkele korte overlegmomenten gaan vooraf aan het forum zelf, om ideeën te laten rijpen, te concretiseren, te testen op hun haalbaarheid.

bvb: sport, schaaktoernooi, poëzieclub, bezoek aan zorgboerderij.

Ervaringsdeskundigheid

Cf. infra.

Welke engagementen hebben de partners?

- Partners in het netwerk Diletti,
- Netwerk in de eerste lijn ifv vroegdetectie en preventie cfr VRINT werking
- Medium Intensive Care
- High Intensive Care
- Mobiele teams en beschut wonen

Algemene beschrijving van het zorgtraject van de persoon

Patiënten stromen in via verschillende wegen:

- van buiten ziekenhuis:
 - van thuis 25% in 2024
 - van andere zorgsettings (PAAZ, verwijzing via externe psychiaters, mobiele teams, andere psychiatrische ziekenhuizen...) 35% in 2024
- mutatie binnen ziekenhuis:
 - Medium Intensive Care (MIC) 21%
 - High Intensive Care (HIC) 17%
 - patiënten die gevolgd worden via VRINT komen van thuis in opname of komen via crisisopname op de MIC naar Joris (geen cijfermateriaal beschikbaar)

Opschaling tijdens een opname op Joris in 2024

- Naar MIC: 2
- Naar HIC: 3

Ontslag uit ziekenhuis

- 83% gaat naar huis met eigen zorgnetwerk (mobiel team, VRINT, ambulante opvolging,...)
- 9% gaat naar beschut wonen
- 5% gaat naar ander ziekenhuis



De gemiddelde verblijfsduur (van ontslagen patiënten in 2024) lag op 84 dagen, wat erg kort is gezien de aard van de problematiek. De mediane verblijfsduur was 48 dagen.

Deze ID-afdeling beschikt over 22 bedden + 2 crisisbedden. In 2024 werden op de afdeling 64 patiënten opgenomen met een gemiddelde benutting van 19,74 hospitalisatieplaatsen

Rollen van de ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)

Doelstelling:

- Hoopgevend, positief voorbeeld, toekomstgericht, delen van ervaringen, aanmoedigend

Omschrijving:

Patiënten blijven het hele traject op Joris in dezelfde leefgroep, waardoor mensen die in dagtherapie komen of al meer buiten de muren van het ziekenhuis zijn, ook samen met nieuwe patiënten in de leefgroep zitten. Zij brengen zo ook iets mee van buiten en kunnen inspirerend en motiverend zijn voor de mensen die aan het begin staan van hun traject.

8.1.3. High Intensive Care (HIC)

De visie

Vertrekkend van dezelfde visie als de voorbije jaren, vond zowel borging als doorontwikkeling plaats van HIC-principes binnen de zorg. In de schoot van artikel 107 van de ziekenhuiswet, wordt functie 4 of intensifiëring van de residentiële zorg op de afdeling Agnes van het UPC KU Leuven uitgewerkt volgens het tweede mogelijke model, namelijk de innovatieve High en Intensive Care (HIC)-werking. Leidraden hiervoor zijn terug te vinden onder 'methodologie van de projectontwikkeling'.

We refereren naar de jaarverslagen van de voorgaande jaren voor de reeds geïmplementeerde aspecten van de HIC-werking op basis van de HIC-monitor. Borging en verdere ontwikkeling gebeurden op volgende vlakken:

1. Teamstructuur

Mogelijkheid tot **opschaling van zorg** blijft mogelijk door inter- tot transdisciplinair te werken. Om zowel in de vroege als in de late shift met voldoende personeel in de continuïteitszorg te kunnen werken, doet naast de verpleegkundigen / begeleiders ieder teamlid (therapeut, maatschappelijk werker, arts) 1 avondshift per maand. Deze werking bestaat reeds sinds 2021, maar blijft verder structureel geïmplementeerd en nog aangevuld met 'all round patiëntbegeleiders'. Uit analyse van de data bleek dat de meeste agressie-incidenten op de HIC-afdeling en ook breder in het ziekenhuis plaatsvonden in de avonden. In functie van verhogen van de veiligheid van patiënten en personeel en in functie van sterkere opschaling van zorg met mogelijkheid tot 1/1-begeleiding, investeert het ziekenhuis (via het zorgpersoneelsfonds) daarom sinds 2023 in de aanwerving van deze medewerkers:

- zij ondersteunen de collega-verpleegkundigen op de verschillende afdelingen in de zorg aan volwassenen en/of ouderen met een psychische kwetsbaarheid
- ze bieden die ondersteuning volgens de noodwendigheden van de verschillende afdelingen bij patiënten in een acute emotionele of psychiatrische crisis
- samen met de collega-verpleegkundigen zetten ze in op het verstrekken van respectvolle zorg, op nabijheid, hand in hand begeleiding, veiligheid en bescherming, alsook op het opschalen van zorg, opdat de patiënt de regie over het eigen denken, voelen en handelen zo snel als mogelijk kan herwinnen



- ze nemen actief een toezichtsrol op en verzorgen mee het onthaal van patiënten en bezoekers
- in 2023 waren er de eerste positieve ervaringen. Intussen is in 2024 hun aanwezigheid in het team structureel ingebed.

2. Teamproces

Zorgafstemmingsgesprekken (ZAG)

- ZAG's hebben reeds sinds de opstart in januari 2020 een cruciale plaats in de werking met **10 vaste momenten per week**. Gezien de grote tijdsinvestering is in 2024 geprobeerd het aantal momenten per week te reduceren naar 8, maar dat bleek al snel onvoldoende om in ritme te kunnen blijven en voor iedere patiënt bij het begin van de opname en dan minimaal om de 3 weken een ZAG in te plannen. Tijdens de Covid-pandemie konden deze enkel digitaal plaatsvinden. In 2022 geleidelijk weer live. We hebben aan de werkwijze tijdens de pandemie overgehouden deze 'blended' te blijven laten doorgaan: wie naar het ziekenhuis kan komen, neemt live deel. Wie niet in de mogelijkheid is, kan digitaal deelnemen. Zo trachten we de context van de patiënt maximaal te betrekken.
- Ieder teamlid heeft een notie van de **Open Dialogue**-methodiek, daar dit gedachtengoed reeds jaren in het ziekenhuis bekend is, dankzij lezingen van en studiedagen met J. Seikkula via het zorgprogramma psychose en het expertisecentrum voor familie- en systeemtherapie Context binnen UPC KU Leuven. Twee medewerkers van het ziekenhuis hadden reeds de kans een uitgebreide opleiding te volgen onder begeleiding van onder andere Dag van Wetter, toen deze doorging in West-Vlaanderen. Meerdere hulpverleners, onder wie twee van de HIC-afdeling, hebben in 2024 deze **uitgebreide, meerdaagse opleiding** gevolgd, die deze keer door het PZ Asster Sint-Truiden en het UPC KU Leuven georganiseerd werd. Vanuit het GGZ-netwerk Diletti neemt men ook deel aan het aanbod dat in 2024 gelanceerd werd via de FOD Volksgezondheid. Zo gaat niet alleen het gedachtengoed nog sterker leven op de HIC-afdeling, in het ziekenhuis en in het GGZ-netwerk, maar zo geraakt ook de methodiek progressief meer geïmplementeerd, niet in het minst in het kader van de zorgafstemmingsgesprekken.

3. Diagnostiek, behandeling en behandelinterventies.

- Op vlak van **verslavingszorg** (o.a. werken met **"mini-zorgafstemmingengesprekken"** naast de reguliere zorgafstemmingsgesprekken bij herval tijdens de opname), de werking rond signaleringsplannen en de somatische zorg in 2024 borging van de veranderingen in 2023.
- Bijkomende uren **ergotherapie** sinds 2023 (0,5 => 0.8FTE).
 - extra focus op ADL-training in functie van evaluatie zelfredzaamheid en evaluatie zorgnoden na opname op HIC-afdeling. Kan een patiënt meteen naar huis mits al dan niet ondersteuning thuis of is een opname op een residentiële therapeutische of resocialisatie-vervolgafdeling aangewezen?
 - in 2024 startte een moestuinproject op de afdeling
- Continue oefening / verfijning hoe we in verschillende **fases** van de **behandeling** het meest tegemoet komen aan de noden van iedere patiënt op vlak van medisch psychiatrische behandeling en wat betreft individueel en groepstherapeutisch programma.
- Cf. supra specifieke focus op interdisciplinaire implementatie van principes van **dialectische gedragstherapie**, alsook van **Open Dialogue**-methodiek.



4. Monitoring

- Ook in 2024 ging verder aandacht naar verbetering van het structureren van teambesprekingen wat rechtstreekse patiëntenzorg betreft, als beleidsvergaderingen in functie van optimalisatie van PDCA-cycli.

5. Evaluatie en terugkoppeling dwang en drang

- Ook in 2024 was het een aandachtspunt er steeds aan te denken een PIR of Post Incident Review te laten doorgaan na een vrijheidsbeperkende maatregel. Hierbij zijn de betrokken patiënt en minimaal twee HIC-hulpverleners betrokken: arts, psycholoog en/of verpleegkundige. Er wordt stil gestaan bij de beleving van de patiënt (in het kader van trauma-geïnformeerde zorg) en bij preventie (link met signaleringsplan). Er zijn 2 vaste momenten per week voor een PIR. Daarnaast blijft debriefing meteen na een incident of vrijheidsbeperkende maatregelen voor alle betrokkenen ook bestaan.
- In 2024 bereidden we het team ook voor op de gewijzigde wet wat betreft de bescherming van de persoon met een psychiatrische aandoening en blijven er regelmatige evaluaties doorgaan van de vrijheidsbeperkende maatregelen.

6. Betrekken context, en ervarings- en familie-ervaringsdeskundigheid

- Cf. Infra.

Professionalisering

Binnen het ziekenhuis ligt in 2024 – 2025 **extra focus op de preventie van en omgaan met agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen**. Een e-learning met alle basisinformatie werd gelanceerd. Ook werd een meer exhaustief informatiemoment georganiseerd dat mensen live konden bijwonen of digitaal bekijken en beluisteren in het najaar van 2024. Dit betrof theoretische achtergrond waarop het beleid in het ziekenhuis gebaseerd is met voorop het Safewards-model, alsook HIC-principes. Theorie en praktische oefeningen rond het crisisontwikkelingsmodel, alsook praktijkoefeningen (preventie, toepassing en nabespreking) wat betreft afzondering en fixatie behoren tot de opleiding. Zowel nieuwe medewerkers als mensen die reeds in het ziekenhuis werken weten op ieder moment welke opleidingen die er doorgaan en die ze verplicht, dan wel vrijwillig verdiepend kunnen volgen via de beschikbaarheid van een centrale opleidingscatalogus. Naar preventie van en omgaan met agressie, betreft dit een divers aanbod zoals bijvoorbeeld ook rond preventie van suïcide, rond hygiëne, reanimatie...

Onze HIC sloot zich daarnaast ook in 2024 uiteraard aan en neemt een actieve rol in het federaal georganiseerd “**lerend netwerk**” met themanamiddagen, expertise-uitwisseling en peer-audits.

Daarnaast biedt het ziekenhuis onze afdeling de kans een **coachingstraject** te volgen, begeleid door een Nederlands HIC-expert (Martijn Kemper). Dit bestaat uit het begeleiden van de jaarlijkse denkdag, coaching on the job/on the floor en opleidingsdagen met praktijkoefeningen.

Systematisch en structureel stilstaan bij agressie-incidentmeldingen en vrijheidsbeperkende maatregelen. Individueel, en ook op afdelingsniveau: trimestrieel als vast punt tijdens de beleidsvergaderingen, zodat er PDCA-cycli uit kunnen volgen met aandacht voor zorg voor patiënt en medewerkers.

Op het vlak van zorg voor het team, gaat een **wekelijks intervisiemoment** door en is aandacht voor/wordt tijd gemaakt voor tussentijdse debriefingmomenten bij schokkende en moeilijke gebeurtenissen. Sinds 2023 en ook verder in 2024 wordt deze intervisie éénmaal per maand begeleid door een intervisor van buiten het team. Het ziekenhuis biedt deze mogelijkheid, gezien de zwaarte van het werk en gezien het innovatieve karakter van de werking, die een zoektocht voor eenieder is met het oog op continue kwaliteitsverbetering in zorg voor patiënt, betrokken naasten en



medewerkers. De frequentie van de begeleiding door een externe intervisor wordt in 2024 – 2025 verhoogd naar tweewekelijks.

Heeft een teamlid een studiedag gevolgd, geeft hij of zij feedback aan het team op de eerstvolgende verpleegvergadering of beleidsvergadering, waar ook andere disciplines dan op uitgenodigd worden met het oog het uitdragen van de opgedane kennis en ervaring. Een schriftelijke weerslag/samenvatting staat op een gedeelde map.

Overzicht van het opleidingsaanbod van 2024

Ziekenhuisniveau

- E-learning omgaan met agressie
- infosessie vrijheidsbeperkende maatregelen
- algemene introductie campus Kortenberg
- VLESP – e-learning vanuit het VLES: Vlaams Expertisecentrum suïcidepreventie
- opleiding CPR ‘reanimeren en defibrilleren’
- brandblustechnieken, medewerkers campus Kortenberg
- elearning: kindreflex

Specifiek voor nieuwe medewerkers

- introductie suïcidepreventie
- introductie en praktijk omgaan met agressie
- vaardigheidstraining, verpleegkundige aandachtspunten, medicatie, ...
- introductie omgaan met agressie
- principes van het crisisontwikkelingsmodel

Specifiek voor leidinggevend

- capita selecta voor leidinggevend:
 - eerste hulp bij arbeidsongeval
 - employer branding
- functiecomplement: uurroosteroptimalisatie

Afdelingsniveau

- deelname aan lerend netwerk, vanuit HIC³
 - afronding thema's: ZAG, rooming-in, crisiszorgpad
 - opstart nieuwe thema's: ROM, ervaringsdeskundigheid en intensifiëring van zorg
- praktijkoefening omgaan met agressie (herhaling 2x/jaar)
- studiedagen:
 - drugs nieuwe weetjes en omgaan met ouderen met dementie
 - family matters
 - international conference on improvisation in music: the music therapy
 - NVKVV week van de verpleegkunde
 - permanente vorming: psychiatrie: 'hoe we het ziekmakende stigma afgooien'
 - spanning, escalatie en agressief gedrag
 - urgentiepsychiatrie vandaag en in de toekomst
 - klinisch redeneren (UCLL)
- open dialogue: gezien dit gedachtengoed met aandacht voor de triade (patiënt, naasten, hulpverlening) ons ook binnen de HIC -afdeling nauw aan het hart ligt en de Open Dialoguemethodiek zich perfect leent binnen onder andere de Zorgafstemmingsgesprekken, volgden ook drie teamleden een studiedag over Open Dialogue
- opleidingstraject met Martijn Kemper – HIC-expert uit Nederland



- trainingsdagen met als thema:
 - coaching on the job en intervisie
 - denkdag – uitwerking van het teamsignaleringsplan
- afronding DGT-opleiding: 2 keer 5 dagen (UPC Duffel) eerste deel in 2023, tweede deel in 2024

De doelgroep en de criteria voor het identificeren van deze doelgroep

Cf. supra

De methodologie van de projectontwikkeling/ projectmanagement

- Het document Modellen voor intensifiëring (<https://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan/werkgroep-intensifiëring>).
- Het Nederlandse HIC-model met het Werkboek HIC (van Mierlo et al., 2013) en de HIC-monitor, dewelke binnen de sub-werkgroep HIC (die resulteert onder de federale werkgroep intensifiëring van zorg) aangepast werd naar de Belgische situatie. Ook vanuit UPC KU Leuven werken we actief mee in deze werkgroep die de implementatie van het HIC-model in de –tot voor kort negen - pilootziekenhuizen helpt faciliteren, alsook aan het wetenschappelijk implementatie-onderzoek. We kijken uit naar de volgende fase van het lerend netwerk en het wetenschappelijk onderzoek, nu we over heel België met 28 HIC-afdelingen zijn.
- De multidisciplinaire richtlijn ter preventie en toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de residentiële GGZ (Peeters et al., 2020), dewelke op haar beurt dient als leidraad voor het beleidsplan Omgaan Met Agressie binnen het UPC KU Leuven.
- Het Advies van de Hoge Gezondheidsraad met betrekking tot omgaan met conflict conflictbeheersing en conflictbeheersing (2016), alsook aspecten van het Safe Wards-model (Bowers et al., 2008; Bowers et al., 2014), verbindende en geweldloze communicatie en het gebruik van het crisisontwikkelingsmodel met de-escalerend werken
- Het **Open Dialoguemodel** naar het gedachtegoed van J. Seikkula (Freeman et al., 2019; van Peter et al., 2019). Twee teamleden volgden in 2024 een doorgedreven meerdaagse opleiding. Ook een aantal medewerkers van andere afdelingen en werkingen binnen UPC KU Leuven volgden deze opleiding, zodat de implementatie ervan beter en beter vorm krijgt, niet alleen op de HIC-afdeling, maar breder binnen het ziekenhuis, zodat bijvoorbeeld zorgafstemmings- en andere gesprekken progressief meer volgens deze methodiek kunnen gaan verlopen.
- Principes van participatieve, herstelondersteunende en trauma-geïnformeerde zorg (Bloomfield et al., 2020)
- Op therapeutisch vlak ging in 2024 ook specifieke aandacht naar de implementatie van principes van **dialectische gedragstherapie**, waarin 2 teamleden een doorgedreven opleiding volgden, hetgeen een meerwaarde biedt voor de opvang, begeleiding en behandeling van onder andere patiënten met persoonlijkheidsmoeilijkheden die in ernstige crisis worden opgenomen op de HIC-afdeling.

In het kader van de derde oproep tot intensifiëring met versterking van de mobiele crisisteams, die in 2022 plaatsvond, blijft de HIC-afdeling ook betrokken bij het tekenen en versterken van het crisiszorgpad en dit in nauwe samenwerking met het mobiele crisisteam, dat ook inzet op Intensive Home Treatment voor patiënten met een HIC-profiel. Dit betreft patiënten met een ernstig psychiatrisch toestandbeeld, die minder / niet meer in staat zijn constructief mee na te denken hoe om te gaan met de crisis die ze doormaken; er dreigt – maar is nog geen – reëel gevaar voor zichzelf of anderen en een context buiten het ziekenhuis die de crisis mee kan dragen. Zo kan opnamevermijdend gewerkt worden of is men al zeer nabij mocht opschaling naar residentiële (HIC-) zorg nodig zijn.



Wat zijn de rollen van de ervaringsdeskundigen

Betrekken context

Het team volgde een opleiding bij de in het ziekenhuis werkzame familie-ervaringsdeskundige. Daaruit volgde reeds in 2023 een 'kanskaart' met sterkten, zwakten, opportuniteiten en bedreigingen. Dit was zeer leerrijk en een instrument met topics om op verder te bouwen (betrokkenheid naasten bij ZAG's, aanwezigheid familiekamer...) of mee aan de slag te gaan (update informatiefolder voor naasten in geval van een vrijheidsbeperkende maatregel...). Hiermee ging de afdeling in 2024 aan de slag.

Ervaringsdeskundigheid en familie-ervaringsdeskundigheid

De **afdelingsbrochure** met alle nodige informatie voor de patiënt en zijn/haar familie werd herwerkt samen met de ervaringsdeskundige en de familie-ervaringsdeskundige, werkzaam in het ziekenhuis.

Rooming-in: informatie voor familie werd verfijnd samen met de familie-ervaringsdeskundige

Bij de jaarlijkse evaluatie van de afdelingsregels (zijnde 'wederzijdse afspraken' genoemd op onze HIC-afdeling) hebben we de ervaringsdeskundige actief betrokken.

8.1.4. Cog K

De visie

De afdeling richt zich op het behandelen van ernstige neuropsychiatrische symptomen (zoals agressie, agitatie, psychose, slaapproblemen, apathie, etc.) bij personen met dementie. We zijn daarbij voortdurend gericht op de noden van de patiënt. We vertrekken vanuit de unieke eigenheid van elke persoon. We betrekken zoveel mogelijk de context van de persoon met dementie, nemen hun noden ook mee, en proberen zorgen voor zoveel mogelijk verbinding tussen de persoon met dementie en zijn omgeving. We voorzien in een zo goed mogelijke overdracht in de aanloop naar ontslag, ofwel naar de thuiscontext van de persoon met dementie (met zorgoverleg met huisarts, thuiszorg, familiehelp, ...) of met het WZC waar de persoon (terug) naartoe gaat (met zorgoverleg met verplegend team WZC, sociale dienst, CRA-arts, ...).

We zijn volop bezig onze visie ook in een visie-tekst te gieten, maar er is een duidelijke gedragen visie aanwezig, die het afgelopen jaar ook verder vorm heeft gekregen door de maandelijkse stuurgroep vergaderingen op de afdeling (waarin elke discipline van ons multidisciplinair team vertegenwoordigd is) en op denknamiddagen.

De doelgroep en de criteria voor het identificeren van deze doelgroep

Cf. supra: De afdeling richt zich op het behandelen van ernstige neuropsychiatrische symptomen (zoals agressie, agitatie, psychose, slaapproblemen, apathie, etc.) bij personen met dementie.

Het afgelopen jaar werd een psychometrisch instrument dat geregeld gebruikt wordt voor het meten van agitatie/sedatie-niveau (de Richmond Agitation Sedation Scale) op onze afdeling (voor het eerst in de wereld) gevalideerd bij mensen met dementie³.

³ Dit onderzoek werd gepubliceerd in het Open Access journal van de American Association of Geriatric Psychiatry: Van den Bulcke, L., Willems, A., Vansteelandt, K., Peeters, A-M., Davidoff, H., Bono, M., Liu, Z., De Vos, M., Vandenbulcke, M., Van Den Bossche, M. with Van Den Bossche, M. (corresp. author) (2025). The Richmond Agitation-Sedation Scale for behavioral assessment in acute dementia care. The American journal of geriatric psychiatry: Open science, education, and practice. doi: 10.1016/j.osep.2025.02.001.



We voerden een analyse uit van agressie-incidenten tijdens de eerste 48u van opname op Cog K en wat dit betekende voor agressie tijdens de rest van de opname en mortaliteit over 1 jaar (ernstige agressie is geassocieerd met een 7-maal hogere kans op overlijden binnen het jaar)⁴.

We ontwikkelden een vernieuwde en vereenvoudigde classificatie van ernst van neuropsychiatrische symptomen bij dementie. Deze werd gepubliceerd in Nature Mental Health.

Table 1 | A possible clinical staging system for BPSD

Stage	Features	Preferred treatment	Goal of treatment	Acceptability of side effects	Preferred care setting
Stage 0	No behavioral or psychological symptoms	Person-centered care, attention to unmet needs (such as pain or discomfort)	Prevention	Very low	None
Stage 1	Symptoms are mild and transient No impact on environment	As above plus add non-pharmacological therapies (such as psychotherapy, occupational therapy, psychomotor therapy or music therapy)	Avoiding further escalation and remission to stage 0	Low	Ambulatory
Stage 2	Symptoms are moderate Symptoms last for several days to weeks Limited impact on environment	As above plus consider pharmacological treatment when non-pharmacological interventions fail	Avoiding further escalation and remission to lower stages	Intermediate	Ambulatory or nursing home, specialist advice can be sought
Stage 3	Symptoms are severe Symptoms last for several months Symptoms have high impact on environment	As above but consider more intensive pharmacological treatment (higher dose or multi-drug treatment) or electroconvulsive therapy	Stabilize, remission to lower stages if possible	Higher	Specialized (often residential) care

Van Den Bossche, M., Van Vré, A., Van den Bulcke, L., Davidoff, H., Peeters, A-M., Van den Stock, J., Vandenbulcke, M. with Van Den Bossche, M. (corresp. author) (2024). Clinical staging of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Nature Mental Health*, 2, 3-5. doi: 10.1038/s44220-023-00174-1

Er is een periodiek terugkerende evaluatie van medicatie-toediening, agressie-incidenten, het toepassen van maatregelen als afzondering en fixatie, val-incidenten en ziekenhuishygiëne. Deze resultaten worden besproken en de nodige acties worden ondernomen, die vervolgens geëvalueerd worden.

Ook op de maandelijkse stuurgroep-vergaderingen van de afdeling, waarop alle disciplines van het multidisciplinair team vertegenwoordigd zijn, worden deze besproken.

Er is een wekelijkse uitgebreide multidisciplinaire casusbespreking, waarop 1 zeer complexe casus of incidenten kunnen besproken worden. Zo nodig wordt hier ook aanvullende externe expertise bij betrokken.

Op deze manier streven we, vanuit een veilig en open afdelingsklimaat, naar voortdurende verdere verbetering van onze zorg.

Welke engagementen hebben de partners?

Cf. supra: er wordt samengewerkt met huisartsen, thuiszorg, familiehelp, woonzorgcentra, etc.

Wat zijn de rollen van de ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)?

Cf. supra: de omgeving van de patiënt wordt betrokken.

⁴ Deze resultaten werden gepubliceerd in Journal of the American Medical Directors Association: Van den Bulcke, L., Peeters, A-M., Davidoff, H., Vaessens, R., Vansteelandt, K., Van den Stock, J., De Vos, M., Testelmans, D., Vandenbulcke, M., Van Den Bossche, M. with Van Den Bossche, M. (corresp. author) (2024). Aggression Severity as a Predictor of Mortality in Dementia. *Journal Of The American Medical Directors Association*, 25 (5), 765-768. doi: 10.1016/j.jamda.2023.10.007



8.2. Info over de intensieve dienst binnen Zorggroep Sint Kamillus

7.2.2. Afdeling VIA



De visie

In 2018 werd vanuit Zorggroep Sint-Kamillus een project voor een geïntensifieerde psychiatrische ziekenhuisdienst ingediend voor VIA, een afdeling binnen de cluster algemene psychiatrie. VIA is een opname-en behandelafdeling met open gedeelte van 36 bedden en een gesloten kant van 10 bedden, en richt zich binnen het GGZ-netwerk Diletti op de doelgroep 'personen met een ernstige psychiatrische aandoening' (EPA). VIA heeft ook een specifiek aanbod voor personen met een dubbeldiagnose psychose en middelengebruik, en werkt nauw samen binnen een netwerk van intra- en extramurale partners met oog op het realiseren van volledige zorgtrajecten.

Bij wijze van motivatie kan verwezen worden naar een verschuiving van de populatie die zich aanmeldt voor opname en behandeling. Meer dan voorheen kampen patiënten met ernstige en complexe psychiatrische kwetsbaarheden, een hogere comorbiditeit van kwetsbaarheden (bijv. hoge comorbiditeit met middelenaafhankelijkheid), meer externaliserend probleemgedrag én veelal ernstige moeilijkheden op diverse levensdomeinen (huisvesting, financieel, sociaal netwerk, gerechtelijk, tewerkstelling of dagbesteding...). Deze verandering van klinische profielen van opgenomen patiënten is inherent aan een vermaatschappelijkte gemeenschapsgerichte zorg⁵ maar heeft een ernstige impact op medepatiënten, familie en naastbetrokkenen en zorgverleners én vraagt onmiskenbaar een opschaling van de zorg om de benodigde zorgkwaliteit te kunnen garanderen.

De doelgroep en de criteria voor het identificeren van deze doelgroep

Omschrijving van de doelgroep van de ID-werking:

- een psychische aandoening waarvoor zorg of behandeling nodig is. Het gaat dus niet om personen met enkel symptomen in remissie,
- er zijn ernstige beperkingen in het sociaal of maatschappelijk functioneren,
- deze beperkingen zijn het gevolg van de psychiatrische stoornis,
- de psychische aandoening is niet van voorbijgaande aard, maar is ten minste enkele jaren aanwezig,
- er is gecoördineerde professionele hulp nodig,
- patiënten in remissie kunnen toch beschouwd worden als EPA-patiënten als het risico voor recidive aanwezig blijft en blijvende opvolging nodig is,
- wanneer een patiënt 5 jaar in remissie is (symptomatisch en functioneel), wordt het risico op terugval als laag ingeschat, zodat we de betrokkene niet meer tot de EPA-groep rekenen.

De methodologie van de projectontwikkeling

Binnen Zorggroep Sint-Kamillus wordt gewerkt op basis van een kwaliteitssysteem met o.m. als onderdelen: het formuleren van jaaractiedoelstellingen op basis van een missie, visie, strategische doelstellingen en PDCA-cyclus. Zorggroep Sint-Kamillus is geaccrediteerd door Qualicor. Meer info is op eenvoudig aanvraag verkrijgbaar.

⁵ Deze tendens stelt men ook vast in andere Europese landen die de-institutionaliseringstraject doorliepen: m.n. een verschuiving van populatie in de residentiële zorg met o.a. meer 'challenging behaviours' zoals agressief gedrag, suïcidaliteit en/of middelenmisbruik (De Girolamo et al., 2007).



De algemene, specifieke en operationele doelstellingen

Voor de algemene visie: cfr. supra.

In 2024 gestreefd werd ingezet op:

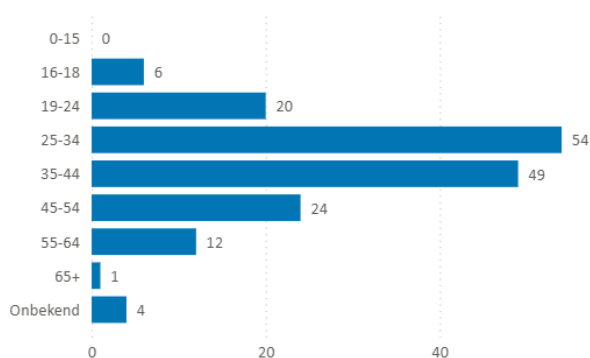
- gebruik van aanwezige zorgarchitectuur (Prikkel Arme Studio, schakelen tussen open en gesloten kant, camerabewaking) met als doel de vrijheidsbeperkende maatregelen tot een minimum te beperken,
- verdere ontwikkeling van een comfort-box (doel: de-escalatie- en alternatieve copingvaardigheden),
- expertise van kenniscentrum ASS binnenbrengen om gespecialiseerde zorg te bieden (m.n. Atmosfeer),
- bieden van extra zorg tijdens transitie moment waarop patiënten schakelen tussen residentiële en ambulante zorg,
- verbreden individueel intensief therapeutisch aanbod d.m.v. EMDR (cf. voorgeschiedenis complex trauma bij vele patiënten),
- stimuleren van (her)nemen verantwoordelijkheden.
-

De criteria voor population management

In dit kader kan vermeld worden dat in 2024 werden er 170 personen aangemeld voor Via (zie *Figuur 2. Aanmeldgegevens Via 2023*). 53 patiënten werden op intake gezien. 51 van deze aanmeldingen werd niet weerhouden. Hoofdrede was dat het zorgaanbod niet geschikt was voor de zorgvraag. De aanmelders werden zo goed mogelijk doorverwijzen naar een (meer) geschikte zorgaanbod. 26 aanmeldingen werden ingetrokken op vraag van de patiënt.

Verdeling per leeftijd:

Aantal aanmeldingen per leeftijdscategorie



Met welke partners wordt samengewerkt en op welke manier?

In volgorde van intensiteit van samenwerking voor wat betreft instroom:

1. Ander psychiatrisch ziekenhuis
2. PAAZ
3. 2B-team
4. Beschut Wonen
5. 1ste en 2de lijns partners (huisarts, WGC, MSOC, CGG)

In volgorde van intensiteit van samenwerking voor wat betreft de uitstroom:

1. 2B-team
2. Beschut Wonen
3. 1ste en 2de lijns partners (familiehulp, wijkgezondheidscentra, huisartsen, OCMW)



4. Activiteitencentra
5. Meestal combinatie van bovenstaande

Welke engagementen hebben de partners?

Het betreft in deze vooral klinische niet-geformaliseerde samenwerkingsverbanden.

Algemene beschrijving van het zorgtraject van de persoon

Iedereen kan aanmelden voor de afdeling VIA: zowel hulpverleners als de patiënt zelf.

1. modulair behandel aanbod

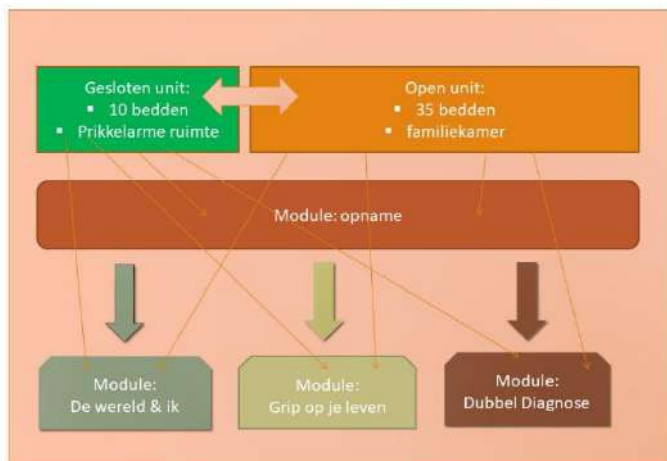
VIA biedt vier zorgmodules of behandelgroepen aan om 'zorg op maat' te kunnen bieden aan de heterogene patiëntenpopulatie. In elk van deze zorgmodules wordt een vast groepsprogramma aangeboden. In overleg met de zorgvrager wordt dit programma verder vormgegeven door individuele zorgactiviteiten. De behandelvisie is in hoofdzaak gestoeld op de herstelvisie⁶ en ACT⁷ (Acceptance and Commitment Therapy). **Figuur 1** geeft een overzicht van de globale organisatie met zorgmodules.

De **opnamemodule** is een oriënterende, diagnostische en explorerende module waarin samen met de patiënt en zijn netwerk actief de indicatie, zorgnoden en –vragen worden ingeschat.

De **module 'Grip op je leven'** is gericht op patiënten met een beperkt aantal opnames in de voorgeschiedenis, zonder blijvende cognitieve deterioratie, met mogelijks ook nood aan een meer uitgebreide of differentiaal diagnostiek.

Naast algemene behandel doelstellingen (zie schema) zijn volgende doelstellingen specifiek voor deze module: inzicht verbreden, stimuleren van zelfregie en verstevigen mentale veerkracht.

De duur van deze module varieert tussen minimum 6 en maximum 20 weken.



Figuur 1. Overzicht van de zorgmodules op afdeling VIA.

De **module 'De wereld en ik'** biedt plaats voor patiënten die al een uitgebreide voorgeschiedenis hebben van (interne of externe) psychiatrische opnames, en waarbij er ten gevolge van het psychisch ziek zijn ernstige deterioratie is van cognitieve of andere vaardigheden. Naast algemene behandel doelstellingen (zie schema) zijn volgende doelstellingen specifiek voor deze module:

- leven/zelfbeeld uitbouwen, ondanks ziekte,

⁶ Anthony, W.A. (1993) Recovery Form Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4), 11-23

⁷ Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer-Verlag.



- symptoomreductie en reductie neveneffecten van het ziekteproces,
- aanwezige vaardigheden opsporen en versterken.

De **module 'Dubbeldiagnose'** heeft een aanbod voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid in combinatie met een middelenproblematiek. Naast algemene behandel doelstellingen (zie schema) zijn volgende doelstellingen specifiek voor deze module:

- een nuchter en clean leven uitbouwen,
- zelfregie stimuleren en (her)winnen,
- mentale veerkracht verstevigen,
- inzicht krijgen in de psychotische kwetsbaarheid én de middelenproblematiek,
- een plaats (opnieuw) opnemen in de maatschappij (woonst, werk, vrije tijd...).

De duur van de opname varieert. De zorgactiviteiten zijn opgebouwd met het oog op een gemiddelde behandeluur van 20 weken. Als patiënten een goed traject doorlopen en na deze 20 weken nog langer zorg nodig hebben, bieden we een aangepast traject. Dit kan in combinatie met activiteiten buiten het ziekenhuis zoals opleiding, (vrijwilligers)werk, vrijetijdsactiviteiten...

Voor alle modules zijn er, complementair aan het therapeutische groepsaanbod, ook individuele contacten met leden van de verschillende disciplines. Doorheen het traject wordt elke patiënt in individuele contacten opgevolgd door de behandelend (assistent) psychiater, de maatschappelijk werker en een individuele begeleider. Er zijn ook individuele contacten met de andere disciplines afhankelijk van de zorg op maat (bv. kennismakingsgesprek, bespreking therapieprogramma, voorbereiding gezinsgesprek). Naast het vaste therapeutische aanbod per module, bestaat er ook nog de mogelijkheid dat patiënten hun weekprogramma aanvullen met activiteiten uit het 'à la carte' aanbod. Dit gebeurt in samenspraak met de patiënt en het interdisciplinair team. Er zijn activiteiten die aangeboden worden binnen de zorgenheid, binnen de doelgroep en doelgroepoverschrijdend. Deze laatste groep zijn activiteiten van het Therapeutisch Activiteiten Centrum, de dienst herstel en de sportclub SC Ventura.

Het doorlopend en op een intensieve manier organiseren van het modulair aanbod, wordt mee mogelijk gemaakt door de hogere personeelsomkadering. Het laat toe om voor elke patiënt een ruim aanbod van therapie en activiteiten te organiseren en de therapeutische contacturen te intensifiëren.

2. Individueel aanbod.

Door de bijkomende middelen werd vanaf 2020 - naast een betere structurele inbedding van het groepsaanbod - ook het individueel zorgaanbod uitgebreid. Vanuit de feedback van de patiënten kwam namelijk naar voor dat zij in grote lijnen tevreden zijn van het groepsaanbod maar dat zij eveneens grote nood hebben aan een intensief individueel aanbod. Volgende zorgactiviteiten werden toegevoegd of opgeschaald:

- meer individuele gesprekken met de psychiater, de psycholoog en de individuele begeleider,
- meer tijd voor de individuele begeleiders om met hun patiënten gesprekken te hebben, om miniteams voor te bereiden, om crisisplannen en -kaarten uit te werken...,
- vaste inplanning van (verpleegkundige) dagdiensten zodat bepaalde zorgactiviteiten beter gegarandeerd zijn. Buiten de meer gebruikelijke vroeg- en laatdiensten van het 24-uurs-zorgpersoneel worden er nu ook systematisch dagdiensten voorzien om de vele zorgtaken (o.a. verschillende therapeutische sessies) maximaal te kunnen opnemen,
- meer ruimte voor de verpleegkundigen om de individueel zorg op te schalen tijdens crisismomenten (cf. 1 op 1-begeleiding en ongeplande zorg). Dit zorgt ervoor dat er beduidend minder vrijheidsbeperkende maatregelen genomen (moeten) worden,



- familie/naasten en het professioneel netwerk meer betrekken in de zorgtrajectne van onze patiënten,
- meer beschikbare tijd voor de maatschappelijk werkers om samen met de patiënten hun sociaal-administratie zaken (terug) in orde te stellen.

3. Participatie familie/naasten

Door de opschaling van het zorgteam, werd er vanaf 2020 meer geïnvesteerd in familieparticipatie. De keuze om hier meer op in te zetten komt voort uit:

- de sterke overtuiging dat familieparticipatie de zorgkwaliteit bevordert (cf. herstelvisie),
- de vraag van familie en naasten om meer betrokken te worden in de zorg van hun opgenomen familielid.

Naast informele contactmomenten met de familie (bijv. tijdens bezoekenmomenten) wordt er op VIA voor elke patiënt (mits diens toestemming) minimaal een formeel familieoverleg voorzien bij opname en ontslag. Indien aangewezen wordt de familie ook uitgenodigd om deel te nemen aan het intakegesprek. Daarnaast wordt de familie gedurende de behandeling uitgenodigd wanneer dit aangewezen is (bijv. bij en na crisismomenten, bij het bepalen van trajectkeuzes, op vraag van de familie en/of de patiënt...).

Op Via werden er ook familieavonden voorzien waar uitleg wordt verschaft over de afdelingswerking en waar familie vragen en verwachtingen kunnen stellen.

Sinds 2022 is er ook het aanbod om een langdurig systemisch behandelingsaanbod op te starten met patiënt en diens netwerk. De gesprekken kunnen blijven plaatsvinden tot 3 maanden na de opname om de breuklijn tussen residentiële behandeling en ambulante opvolging te verkleinen.

Tenslotte is er op zowel de open als de gesloten subunit (i.c. PAS-kamer) van VIA de infrastructurele mogelijkheid om een familielid bij hun opgenomen familielid te laten verblijven (cf. rooming-in).

4. Participatie van professioneel netwerk

Een opname staat niet op zichzelf maar maakt deel uit van het zorgtraject van de patiënt met diens netwerk. Er treden vaak breuken op in het zorgtraject van onze patiënten tijdens transitie momenten. Deze zorgbreuken situeren zich tussen de fasen 'voor opname', 'in opname' en 'na opname'. Bijgevolg is een goede zorgafstemming tussen extra- en intramurale zorgpartners cruciaal.

Deze zorgafstemming met externe zorgpartners vraagt een grote (tijds)investering. De belangrijkste partners van het professioneel netwerk van onze patiënten worden maximaal uitgenodigd om samen de trajectkeuzes uit te werken (meer bepaald tijdens transitie momenten en miniteams).

Wat zijn de rollen van de ervaringsdeskundigen (gebruikers en familie/context)?

Sinds de opstart van de ID-werking werd een ervaringsdeskundige (ED) aangeworven die integraal deel uitmaakt van het team. De ED werd gauw gewaardeerd voor de unieke inbreng binnen de werking. Bij momenten confronterend maar veelal verrijkend. Doorheen de voorbije jaren was het evenwel een zoektocht hoe de ED optimaal kon bijdragen aan het zorgaanbod. In 2024 menen wij dat de ED een geïntegreerde, een betekenisvolle meerwaarde is. De ED is een teamlid mét een permanent aanwezige stem van de patiënt en biedt een unieke toegevoegde waarde in verschillende zorgactiviteiten.



Ook voor onze patiënten is de ED een gewaardeerde zorgverlener. Een teamlid - die ook een psychisch kwetsbaarheid heeft, opnames heeft gekend, hiervoor durft uitkomen en zodanig hersteld is om (betaald) zorgverlener te zijn voor hen - is een krachtige, unieke verbindende, hoopgevende en destigmatiserende ervaring.

Naast participatie aan verschillende overlegmomenten krijgt de ED de ruimte om ongedwongen kwartier te maken met onze zorgvragers. Daarnaast zijn er verschillende zorgactiviteiten die wekelijks worden verzorgd door onze ED, onder meer:

- **'In opname'**: deze zorgactiviteit is een groepssessie in de oriëntatiemodule waarin o.a. de afdelingswerking, het hersteldenken, (de)stigmatisatie, lotgenotencontact e.d. aan bod komt.
- **'Vroegtijdige zorgplanning'**: deze zorgactiviteit is een groepssessie in de module 'Grip op je Leven'. Het doel is om stil te staan bij hoe de zorgvrager zelf meent welke zorg hij/zij dient te krijgen om zijn/haar herstelproces maximaal te faciliteren, en dit tijdens de huidige opname en mogelijks bij toekomstige opnames. Uiteindelijk resulteert dit in een individueel crisisplan.
- **'Actua'**: deze zorgactiviteit maakt deel uit van de module 'De Wereld en Ik'. In deze sessies wordt ruimte gemaakt om de (leef)omgeving (die als bevreemdend wordt ervaren) te verbinden met zichzelf.
- **'Levensverhaal'**: deze zorgactiviteit is een groepssessie in de module 'Dubbel Diagnose'. In deze sessies wordt stilgestaan bij de levensgeschiedenis van de deelnemers. Vanuit hun terugblik op hun leven - met moeilijke en krachtige gebeurtenissen – wordt een uniek herstelverhaal opgesteld. Deze unieke, rijke verhalen geven inzicht en richting voor (keuzes in) het verdere leven van de deelnemers.

Bijkomend zit de ervaringsdeskundige mee voor de VIA-raad voor. Dit maandelijks overleg wordt georganiseerd voor patiënten en personeel samen met als doel het samenleven op de afdeling te bevorderen of initiatieven te nemen die de zorginhoud op afdelingsniveau te verbeteren. Voorbeelden zijn: het maken van de afdelingsfilm waar eerder sprake van was, het voorbereiden van een middelen vrije week ikv tournee minerale, het werken aan de 10-daagse veerkracht van de GGZ, het evalueren van het familieaanbod op de afdeling....

Aanbevelingen voor de FOD over het project.

Evaluatie en verdere uitrol van de ID-diensten.



7.3. Info over de intensieve dienst binnen Zorggroep Annendael

8.3.1. Extra-intensieve behandeling Sint-Jan

Zie volgende pagina: relevante fragmenten uit het specifieke jaarverslag van de ID dat eerder bezorgd werd aan de FOD door Zorggroep Annendael.



EID – Extra-intensieve behandeling

Zorgmethodiek St. Jan

1. Bondige omschrijving

Wat?

Tijdelijke opschaling van intensieve residentiële zorg bij een ernstig en gedesorganiseerd psychiatrisch toestandsbeeld d.m.v. bijna permanent verbindende nabijheid en monitoring. Hiermee proberen we tegemoet te komen aan de behoefte om op een veilige, zo min mogelijk vrijheidsbeperkende manier, te komen tot eerste stappen van klinische herstel, met maximale aandacht voor bewaring van eigen en/of co-regie waar dit ook maar enigszins kan.

2. Indicatie

Wanneer van toepassing?

Elk psychiatrisch toestandsbeeld dat gepaard gaat met acute veiligheidsrisico's, onbeheersbare emoties of gedrag, overprikkeling en/of desorganisatie:

- Uitgesproken depressief toestandsbeeld waarbij zelfstandig functioneren niet meer lukt
- Suïcidaliteit > graad 3
- Chaotisch disfunctioneren of overprikkeling omwille van psychose, manie, delier, ...
- Uitgesproken angst waarbij de eigen krachten en verantwoordelijkheden om dit zelf te kunnen hanteren nog te gering zijn (vb. extreme paniek, psychose, PTSS, ...)

(Relatieve) Contra-indicaties:

- Somatische zorgbehoefte
 - Enkel een somatische zorgbehoefte is geen voldoende reden voor EID.
 - Er is een rolstoelvriendelijke kamer beschikbaar, maar dit kan niet in combinatie met cameratoezicht. Dit kan dus eventueel een contra-indicatie zijn voor EID.
- Manisch of psychotisch toestandsbeeld waarbij het functioneren in een leefgroep nog goed mogelijk is
- Suïcidaliteit bij een persoon met een persoonlijkheidsstoornis waarbij het net belangrijk is de regie en verantwoordelijkheid bij deze persoon te laten (verwijzing naar GIT-PD).

3. Duur & frequentie

Hoe lang en hoe vaak?

- Na maximum 3 weken een grondige evaluatie (met eventueel externe intervisie) om haalbaarheid en evolutie te bespreken.
- Eventueel te herhalen/verlengen mits positieve indicatie/prognose na evaluatie
- Als daarna nog hoogintensieve zorgnood: verwijzing naar HIC

4. Capaciteit

Aan hoeveel patiënten kunnen we dit bieden?

Maximaal tegelijk 4 van de 22 patiënten op de afdeling St. Jan

5. Fysiek kader & toepassingsomgeving

Waar?

Afdeling St. Jan, EID-compartiment: 4 kamers met mogelijkheid tot extra regie over de de ruimte en verlichting, en met mogelijkheid tot rooming in en cameratoezicht. Dit compartiment is via sluitbare branddeur af te scheiden van de andere kamers. Dit compartiment beschikt over eigen leefruimte en tuin. (zie bijlage 1)



6. Taakverdeling

Wie (welk teamlid) heeft hierin welke rol?

1. Initiatiefname tot voorstel: ieder teamlid kan dit voorstellen.
2. Aansturing: behandelend arts en/of psycholoog in samenwerking met IB & HVPK
3. Casemanagement: moet er zijn, maar in onderling overleg te bepalen wie
4. Participanten: alle teamleden en disciplines inclusief ervaringswerker, naastbetrokkenen, patiënt zelf

7. Procedure opstart

Op welk moment wordt indicatie overwogen en gesteld?

Opstart:

Ieder teamlid kan voorstellen om over te gaan op EID.

Dit kan gebeuren na een zorgcontact of op een teamoverleg.

Suïcidaliteit van niveau 3 of hoger moet altijd leiden tot overwegen van EID.

Beslissing of validering voorstel opstart gebeurt door de **behandelend of wachtarts**.

Verdere concrete uitvoering:

Inlichten betrokken partijen:

- Aandachtspunt 'EID-statuu' aanmaken in Obasi
- Collega's van Sint-Jan worden via automatisch via taaksturing op de hoogte gebracht
- Onthaal verwittigen
- Patiënt inlichten
- Familie en ambulant netwerk inlichten indien nodig

Andere taken bij opstart:

- Aanstellen van casemanager
- EID aanduiden op valrex

Eerste miniteam

Op zeer korte termijn (streefdoel binnen 48 uur) samenzitten met betrokken hulpverleners van het team (arts, psycholoog, therapeut, IB) en indien mogelijk met belangrijke steunfiguren en de patiënt om het traject te bespreken, o.a. de kernelementen van EID (zie puntje 8).

8. Procedure tijdens EID

Hoe wordt EID concreet vormgegeven en hoe volgen we op?

Kernelementen van EID:

- **Kamer:** Welke infrastructuur is aangewezen voor de patiënt (vb. gewone kamer, EID-kamer, afgesloten EID-kamer met EID-salon, ...).
- **Nabijheid:** Heeft de patiënt nood aan veel nabijheid en hoe spreken we dit onderling af of heeft hij/zij eerder nood aan veel individuele rustmomenten?
- **Groepsgebeuren:** In welke mate is het mogelijk voor de patiënt om aan te sluiten bij het dagelijkse groepsgebeuren (vb. eetmomenten, aanwezigheid in de leefruimte, ...)?
- **Therapie:** In welke mate is groepstherapie haalbaar en welke therapieën? In welke mate is 1 op 1 begeleiding nodig en wie kan dit wanneer opnemen? Hierin stemmen we goed af met de REVA-therapeuten.
- **Betrokkenheid van familie/netwerk:** In welke mate gaan we de familie/omgeving betrekken (vb. gedurende de hele dag bezoek, rooming in, ...)?

Opvolging:

- De **EID-agenda** is een weerslag van wat we in realiteit hebben kunnen aanbieden aan de patiënt. We volgen sterk op of dit voldoet aan de vastgelegde kernelementen. De EID-agenda wordt ingevuld via Obasi-agenda (voor individuele momenten en afspraken, geplande bezoeksmomenten, ...). Afspraken kunnen worden nagekeken via het verzorgingsboekje van verpleging. Vanuit presentie kunnen individuele momenten niet vooraf worden gepland en wordt er per moment gekeken wat de noden zijn voor deze patiënt. Deze contactmomenten worden niet genoteerd in de EID-agenda. Collega's die



verantwoordelijk zijn voor presentie kijken wel na of deze patiënt geen afspraak of bezoek heeft via het verzorgingsboekje van verpleging.

- **Wekelijkse teamvergadering** waar de kernelementen worden herbekeken indien nodig.
- Een **miniteam** kan worden georganiseerd als er uitgebreider moet worden stilgestaan bij het traject.
- Na maximum 3 weken organiseren we een **multidisciplinair overleg (met context), met eventueel externe intervisie**, om o.a. de noodzakelijkheid en haalbaarheid te evalueren. Indien een positieve evaluatie en verdere noodzakelijkheid van dit statuut zetten we EID verder. Indien niet, kijken we naar eventuele andere mogelijkheden en/of doorverwijzingen naar andere settings. Best leggen we deze datum al vast bij de opstart van EID.
- Tijdens deze vergaderingen proberen we patiënt en omgeving zo veel als mogelijk te betrekken (o.a. op de hoogte houden van veranderingen, aanwezigheid op een miniteam, ...).

9. Procedure Einde EID

Hoe wordt EID beëindigd?

Einde:

Ieder teamlid kan voorstellen om EID te beëindigen, in overleg met het team.

Beslissing of validering voorstel einde gebeurt door de behandelend arts.

Verdere concrete uitvoering:

Inlichten betrokken partijen:

- Collega's van Sint-Jan op de hoogte brengen van einde EID via Obasi door het afsluiten van het aandachtspunt 'EID-statuu't'
- Onthaal verwittigen
- Patiënt inlichten
- Familie en ambulant netwerk inlichten indien nodig

Andere taken bij einde:

- EID weghalen op valrex

10. Inhoudelijke invulling

Gebruikte attitudes, technieken en methoden

- Verbindende communicatie
- 1-op-1-begeleiding (niet enkel door vpk, maar alle disciplines dragen hiertoe bij)
- Rooming-in
- Zorgafstemmingsgesprek met betrokkenen uit eigen context
- Miniteam indien nodig
- Crisisplan opmaken
- Individuele non-verbale therapie op de kamer zo nodig/mogelijk
- ...

11. Vereiste competenties

Wat moeten hulpverleners hiervoor kunnen en hoe vormen we hen hier mee in?

Vaardigheden:

- Patiënt op vriendelijke en gastvrije manier welkom heten
- Laagdrempelig contact maken en behouden met pt + naasten: present en aandachtig zijn, aansluiten bij eerste behoeften, hartelijk, attent en servicegericht zijn
- Vroeg signaleren van spanningen
- Risicotaxatie beheersen
- Verbale de-escalatie
- In staat tot holding (fysiek ingrijpen)
- Kunnen samenwerken met alle betrokkenen
- Procesbewaking (op- en afschalen) en -planning
- Monitoren fysiek toestandbeeld

Interne vormingen die hiertoe bijdragen:

- Verbindende communicatie (1x4d/medewerker/4 jaar)



- Opleiding veilige en nabije zorg (1x0,5d/medewerker/... jaar)
- Fysieke ... technieken (1x2u/medewerker/... jaar)
- Intervisie: ...

Kernkwaliteiten:

- Zorg-op-maat-gerichtheid
- Creativiteit
- Durf en lef (tot experimenteren), met steun van betrokken teamleiders en goede multidisciplinaire samenwerking
- Flexibiliteit
- Daadkrachtig
- Kritisch
- Stabiliteit (maturiteit, met eerlijk en reflectief zelfinzicht)
- Niet bang reflectief verantwoording af te leggen (gesteund door leiding)
- Open, transparant en eerlijk (ook als hij zich niet veilig voelt)
- Geloven in gelijkwaardigheid (bevordert de samenwerking)
- Inlevingsvermogen
- Enthousiasme en ambitie (o.a. om dwang steeds weer te voorkomen)
- Onderhandelend, de juiste balans zoeken tussen inperken en net stimuleren van herstel van eigen regie
- Patiënten altijd bejegenen als individu met eigen kracht, mogelijkheden, betekenisverlening

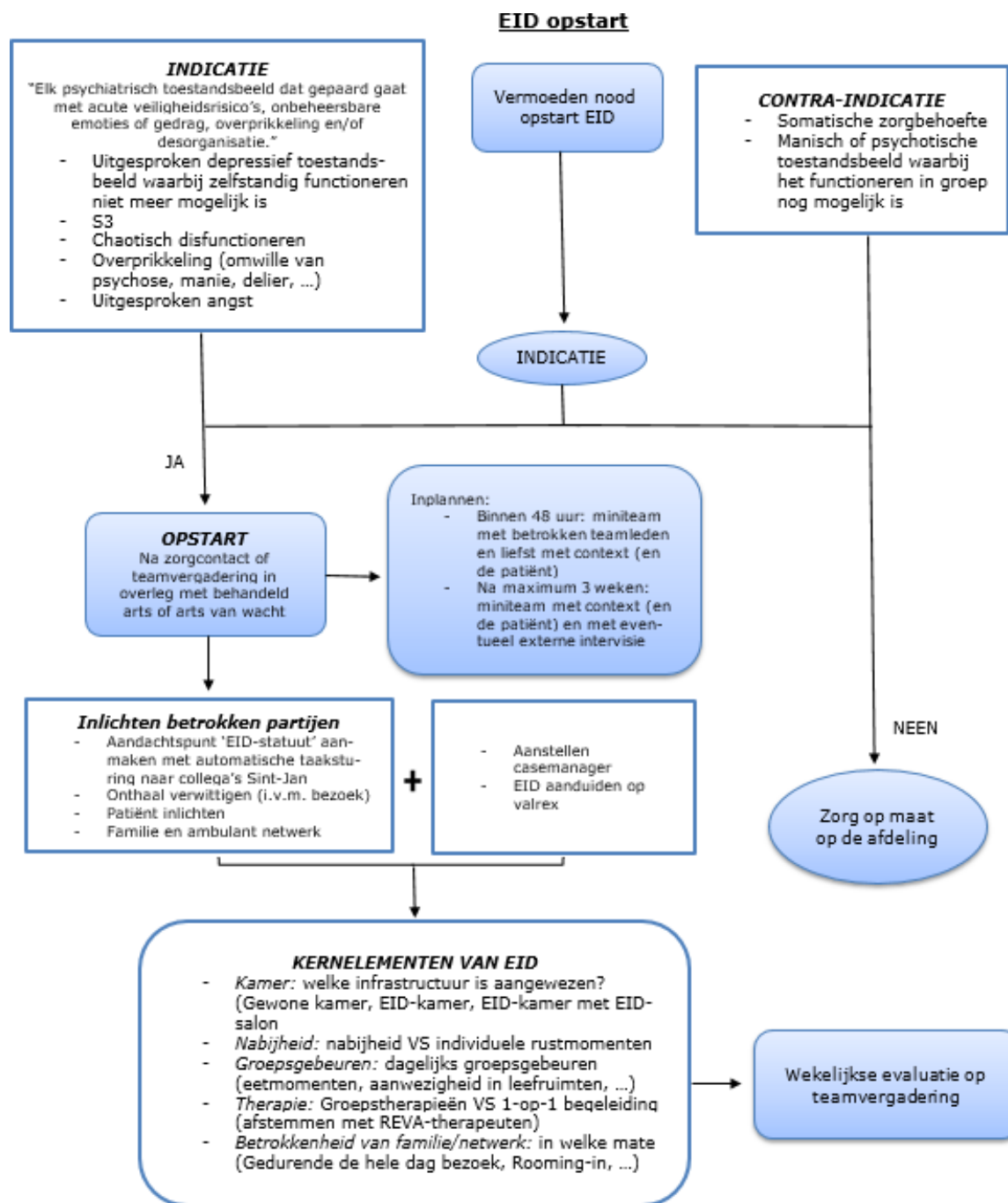
12. Rapportage- en verbetercyclus

Hoe monitoren we, hoe evalueren we, hoe voeren we aanpassingen door?

Registratie gebeurt in Obasi op volgende manier: Aandachtspunt 'EID-statuu't'
Jaarlijks worden data uit Obasi hieromtrent geanalyseerd op de werkgroep Presentie binnen SJ. Deze WG is op afdelingsniveau eigenaar van het proces en doet zelf voorstellen ter verfijning van de procedure.



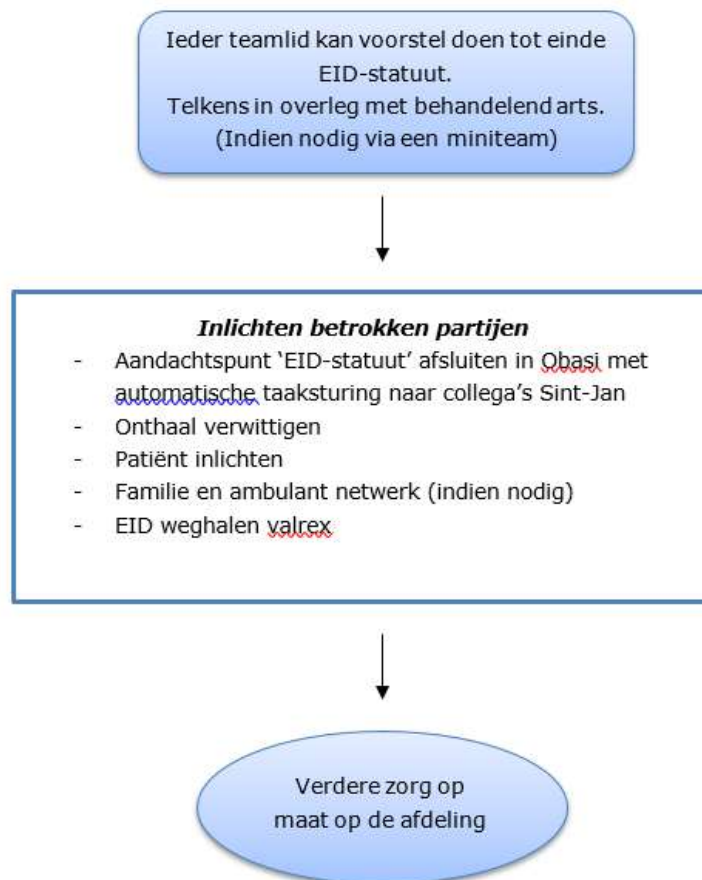
Bijlage 2: flowchart EID (Opstart)





Bijlage 3: flowchart EID (Einde)

Einde EID





Crisisopname 72uur

Zorgmethodiek St. Jan

1. Bondige omschrijving

Wat?

We bieden een kortdurende crisisinterventie (72 uur) aan waarin we focussen op de crisis in het hier-en-nu en trachten efficiënte en doelgerichte zorg te geven aan patiënten met een acute psychiatrische problematiek, met als minimale verwachting een herstel van evenwicht (couperen van crisis).

Dit doen we door ondersteuning te bieden, medicatie te verstrekken, patiënt en betrokkenen te informeren en te adviseren, en het (her)organiseren van een adequaat zorgsysteem voor cliënt en betrokkenen. Hierbij ligt de nadruk op de autonomie van de patiënt en zijn omgeving.

Na het bereiken van een nieuwe evenwichtstoestand, leidt crisisinterventie tot een doorstroming (eventueel via wachtlijsten) naar een regulier indicatiestellingstraject: hetzij een verdere residentiële opname/behandeling; een verwijzing (residentieel/ ambulant) of ontslag.

2. Indicatie

Wanneer van toepassing?

Dringende hulpvraag/plotse crisis uit regio (Vlaams-(Oost-)Brabant, West-Limburg, Zuiderkempen), in het hier en nu, die een ziekenhuisbed vereist, omdat patiënt samen met zijn context niet in staat is om opvang te voorzien tot een opname gepland kan worden.

Bij de aanmelding wordt een eerste maal ingeschat of een crisisopname van 72 uur geïndiceerd, haalbaar en mogelijk is. Dit doen we door in eerste instantie de crisis goed in kaart te brengen. Deze inschatting kan worden gemaakt door o.a. liaison AZ Diest, aanmeldingscoördinatie, arts, ...

Volgende vragen kunnen daarin ondersteunen:

- Wat is de trigger voor de huidige crisis?
- Is er sprake van acute suïcidaliteit?
- Wat is de draagkracht van context/omgeving? Wat kunnen zij momenteel nog in de thuiscontext betekenen en wat zouden zij binnen de opname kunnen opnemen vanuit eigen draagkracht?
- Wat is de thuis- en/of gezinssituatie?
- Is er sprake van middelenmisbruik? We brengen het middelenmisbruik in kaart. Hoe sterk staat het gebruik momenteel op de voorgrond? Is dit haalbaar (qua soort middelen, primaire problematiek, ...) binnen een crisisopname op Sint-Jan?
- Welke hulpverlening is er betrokken? Zijn zij op de hoogte van de crisis?
- Heeft de persoon een crisisplan? Welke stappen zijn al genomen adhv het crisisplan?
- Haalbaarheid binnen 72u? Wat zijn de verwachtingen van de crisisopname en kunnen deze bereikt worden binnen de beperkte tijd?

Als er wordt besloten dat er een goede indicatie is voor een crisisopname van 72 uur, wordt dit besproken met de verpleging van Sint-Jan. Bij twijfel wordt er ook overlegd met een lid van de clusterstaf van Sint-Jan of Dr. Archie.

Contra-indicaties:

- Niet dringende hulpvraag
- Buiten de regio
- Patiënt en zijn context zijn in staat om opvang te voorzien tot een opname gepland kan worden.
- Middelenmisbruik – indien er sprake is van harddrugs, wordt dit steeds besproken met een lid van de clusterstaf. Een doorverwijzing naar een andere setting kan aangewezen zijn (vb.: EPSI, ...).



Bij een contra-indicatie zoekt de betrokken hulpverlening (vb. liaison, aanmeldingscoördinatie, ...) mee naar een andere gepaste verwijzing (vb.: gespecialiseerde setting, mobiel crisisteam, crisisconsultatie).

Als de vraag naar crisisopname 72 uur meteen bij de verpleging van Sint-Jan terecht komt (vb. tijdens afwezigheid van de aanmeldingscoördinatie), verwijzen zij door naar de aanmeldingscoördinatie (meestal de volgende dag) of geven zij een advies naar een andere setting.

3. Duur & frequentie

Hoe lang en hoe vaak?

- Maximale duur van 72u
 - Verlengbaar met 48u zo het weekend in deze periode valt
 - Verlengbaar met 48u, in overleg met de betrokken teamleden
- Vb.: indien haalbaarheid in de thuiscontext (nog) niet mogelijk is of er sprake is van acute suïcidaliteit (S3).

4. Capaciteit

Aan hoeveel patiënten kunnen we dit bieden?

Er zijn twee crisisbedden beschikbaar op de afdeling Sint-Jan.

5. Fysiek kader & toepassingsomgeving

Waar?

We streven ernaar om de crisisbedden vrij te houden op kamers met cameratoezicht en meer nabijheid, daar veiligheid een belangrijke factor kan spelen tijdens deze begeleiding. Dit kan enkel als andere patiënten geen nood hebben aan een kamer met toezicht of meer nabijheid. Bij elke crisisopname bekijken we de indicatie voor een kamer met toezicht. Soms kan dit ook net een negatieve invloed hebben in de begeleiding

6. Procedure verloop

Op welke manier stemmen we onderling af?

Beslissing of validering voorstel opstart gebeurt door de verpleging en/of stafid/arts van Sint-Jan.

Eerste 24 uur:

- In Obasi wordt een aandachtspunt aangemaakt 'crisisopname 72 uur' waardoor ook alle teamleden via een taaksturing op de hoogte worden gebracht.
- Opnamegesprek met IB(verpleging) en vertrouwensfiguur. Hierin wordt opnieuw gefocust op de huidige crisis en aanleiding
- Gesprek met behandelend arts
- Rood statuut (tijdens (crisis)teamvergadering of gesprek met arts kan dit worden herbekeken)
- Aanstellen casemanager (verpleegkundige die dag erna dagdienst heeft)

(Crisis)teamvergadering:

- 'Wat heeft patiënt nodig om over 72 uur in eigen context/ambulant verder te kunnen?'
- We maken een taakverdeling zodat elke discipline weet welke taken moeten worden opgenomen. We hebben hierbij ook aandacht voor de context (zowel rond hun noden, als rond taken die zij kunnen opnemen).
- Praktisch
 - Vindt plaats de eerstvolgende dag tussen 9 en 9.15 uur.
 - Aanwezigheid:
 - IB/dagverpleegkundige
 - Arts



- Psycholoog
- Sociale Dienst
- Eventueel ambulant netwerk vb. mobiel team
- Verslaggeving:
 - Psycholoog maakt het trajectplan (doelstellingen en acties) op binnen Obasi
 - Verpleging noteert de evolutie en belangrijke afspraken binnen Obasi

Afronding:

- Na 72 uur rondt de crisisopname af
- We stemmen af met patiënt, omgeving en betrokken hulpverlening rond de afronding
- We proberen de nodige hulpverlening op te starten vanuit de opname (Vb.: mobiel crisisteam, het Wachthuis, (gespecialiseerde) setting, standaardopname op Sint-Jan via wachtlijst ...).
- Vanuit multidisciplinair overleg:
 - Kan de crisisopname kortdurend worden verlengd
 - Kan de crisisopname overgaan in een standaardopname (vb. bij een acuut psychotisch beeld)
- We bekijken ook steeds de mogelijkheid naar heropname waarbij we afspraken binnen Obasi noteren.

7. Inhoudelijke invulling

Wat doen we tijdens de opname en wie heeft hierin welke rol?

Belangrijke doelstellingen, acties en taken binnen een crisisopname betreffen stabilisatie, ondersteuning en het organiseren van nazorg. We bekijken tijdens de crisisteamvergadering wie welke taken opneemt gedurende de opname (o.a. verpleegkundige, arts, psycholoog, sociale dienst, therapeuten, ervaringsmedewerker, context (betrokken hulpverlening, omgeving, familie, ...)).

We bespreken hier een aantal voorbeelden, maar doelstellingen en acties zullen zich niet enkel beperken tot deze.

- Nabijheid bieden door teamleden en eventueel omgeving (via bezoek buiten de bezoeken, rooming in)
- Stabilisatie van de crisis door o.a. rust te bieden, een individueel gesprek aan te bieden
- Crisisplan opstellen of een bestaand crisisplan herevalueren
- Netwerk betrekken door o.a. betrokken hulpverlener te contacteren, omgeving een ondersteunend gesprek aanbieden
- Medicatie bespreken
- Psycho-educatie geven aan patiënt en/of omgeving
- Nazorgtraject bespreken en opstarten

Therapeutische invulling van crisisopname:

Patiënten binnen een crisisopname 72 uur volgen enkel de ochtendmomenten en vrijblijvende therapiesessies. De andere momenten bekijken we vanuit het presentierooster welke therapeutische noden er zijn.

8. Rapportage- en verbetercyclus

Hoe monitoren we, hoe evalueren we, hoe voeren we aanpassingen door?

We starten met deze werkwijze vanaf 1/11/2023.

Er worden evaluaties gepland binnen de werkgroep EID/crisis van Sint-Jan. Daarnaast bespreken we de werking ook op een beleidsvergadering Blauw-Geel in de loop van het voorjaar van 2024.



Bijlage 1: Flowchart Crisisopname 72 uur

Crisisopname 72 uur

Nood aan
Crisisopname Sint-Jan

INDICATIE

"Dringende hulpvraag/plotse crisis uit regio (Vlaams-(Oost-)Brabant, West-Limburg, Zuiderkempen), in het hier en nu, die een ziekenhuisbed vereist, omdat patiënt samen met zijn context niet in staat is om opvang te voorzien tot een opname gepland kan worden."

Eerste inschatting: crisis in kaart brengen

- Trigger?
- Acute suicidaliteit?
- Draagbaarheid context?
- Thuis/gezinssituatie?
- Middelenmisbruik?
- Ambulant netwerk aanwezig/Op de hoogte?
- Crisisplan opgemaakt?
- Haalbaarheid binnen 72u?

CONTRA-INDICATIE

- Niet dringende hulpvraag
- Buiten de regio (West-Limburg, Zuiderkempen, Vlaams-Brabant)
- Patiënt en zijn context zijn in staat om opvang te voorzien tot een opname gepland kan worden.

Doorverwijzing naar
Aanmelding PZ of
andere setting

Overgaan tot crisisopname

- Op vraag van of na overleg met ~~GA~~ van de artsen van SAD
- Te bespreken met verpleging Sint-Jan. Bij twijfel via staf/afdeling (clusterstaf en Dr. Archie)
- Maximale duur van 72u, verlengbaar met 48u zo het weekend in deze periode valt.

Eerste 24 uur

- Opnamegesprek met IB (verpleging) en vertrouwensfiguur
 - "Wat heeft geleid tot deze crisisopname?"
- Gesprek met arts
- Standaard rood statuut (tot (crisis)teamvergadering of consult arts)
- Aandachtspunt aanmaken (verpleging)

(crisis)teamvergadering Sint-Jan

"Wat heeft patiënt nodig om over 72uur in eigen context/ambulant verder te kunnen?"

- Eerstvolgende dag van 9u00-9u15
- Aanwezigheid: IB/dagverpleging, arts, psycholoog, SD, (evt. ambulant netwerk vb. mobiel team)
- Taakverdeling (noteren in trajectplan)
- Voldoende aandacht voor context

Taakverdeling

Voorbeeld

- Verpleging: crisisplan herbekijken/opmaken
- SD: eventuele aanmeldingen, doorverwijzingen
- Arts: ambulant netwerk contacteren
- Psycholoog: gesprek (individueel/context)
- Context: nabijheid

Afronden crisisopname

- Naar huis toe
- Doorverwijzing andere setting/ een ambulant netwerk
- Via wachtlijst Sint-Jan
- Mobiel crisisteam
- Het Wachthuis 016 19 89 56
- Ontvangende hulpverlening inlichting bieden.

Mits afronding niet mogelijk (steeds via multidisciplinair overleg):

Verlenging crisisopname (kortdurend)

- Vb. acute suicidaliteit: S3 of haalbaarheid in thuiscontext (nog) niet mogelijk

Onmiddellijke overgang standaardopname

- Vb. acuut psychotisch beeld

Van visie naar praktijk: Transdiagnostisch werken op Sint Jan

Intro

Vandaag weten we dat veel psychiatrische problematieken onderliggend gelijkaardige mechanismen kennen, eerder dan dat verschillende diagnoses ver uit elkaar liggen. Vaak is er een grote overlap van klachten of symptomen bij mensen met verschillende psychiatrische problematieken. In plaats van elke problematiek apart te behandelen, kun je beter de gemeenschappelijke oorzaken aanpakken. Dit kan effectiever zijn dan het behandelen van elk probleem afzonderlijk of zich enkel te richten op een diagnose. Deze gelijkaardige onderliggende mechanismen noemen we transdiagnostische factoren.

Op Sint Jan werken we vanuit een herstelgerichte visie. Dit betekent dat de patiënt als mens centraal staat. We willen mensen leren kennen met hun valkuilen en kwetsbaarheden, maar ook met al hun krachten, talenten, interesses en waarden. Het werken met transdiagnostische factoren sluit hierop aan door met universele en gemeenschappelijke processen en thema's aan de slag te gaan.

In een therapieooster vertaalt dit zich door mensen elke dag te laten kennismaken met een van de transdiagnostische factoren waar we rond werken. Elke dag wordt er een sessie aangeboden rond een andere transdiagnostische factor (TDF) die één of meerdere domeinen van het leven kan beïnvloeden. Dit biedt mensen de mogelijkheid om te ontdekken waar hun sterktes en uitdagingen liggen. Dat inzicht wordt een leidraad om te beslissen waarop ze tijdens hun verblijf en daarna therapeutisch kunnen inzetten.

De TDF's waar wij op Sint Jan rond werken zijn:

- Vormgeven aan mijn bestaan
- Ik (k)en mezelf
- Groeien in relaties
- Mijn lichaam als bondgenoot
- Mijn emoties als kompas

Doelgroep en indicatiestelling

Het TDF-aanbod is afgestemd op beide behandelgroepen op Sint Jan, en is gericht op alle patiënten die kunnen deelnemen aan het therapieprogramma. Wie enkel in crisisopname is of een EID-statuuut heeft krijgt een aangepast individueel programma.

Werkwijze

Elke behandelgroep heeft per dag een TDF-sessie van één tot anderhalf uur. Er is ruimte om samen te reflecteren of vragen te stellen aan het eind van de sessie. De gele groep heeft TDF- sessie in de voormiddag, de blauwe groep in de namiddag. De sessie wordt begeleid door twee hulpverleners. Vaak zijn dit hulpverleners uit een verschillende discipline waardoor de sessie multi- of interdisciplinair wordt. De sessies zijn niet louter psycho-educatief bedoeld. Thema's die in de groep leven worden in de TDF geïntegreerd. Sessies worden zowel verbaal als non-verbaal uitgewerkt vertrekkende vanuit ervaringsgericht werken en leren.

Inzichten die ontstaan in de TDF-sessie worden zowel door de patiënt als door het team meegenomen in de doelstellingen. Die doelstellingen worden beschreven in het persoonlijk trajectplan dat dient als leidraad van het behandelproces. Daarnaast ook in andere sessies, individuele begeleidingsmomenten en in het algemene individuele proces. Daardoor bieden we zorg op maat aan onze cliënten.



Sint-Annendael
GRAUWZUSTERS

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Trajectplan in behandelteams

Procedure voor opmaak en (participatief) gebruik van behandel- en/of herstelplan
Eigenaar: Afdeling Sint Jan

1. Doel

Deze procedure werd opgemaakt om een consequente en duidelijk hantering en opvolging te kunnen bieden aan het trajectplan van de patiënt. Daarnaast brengt de procedure het participatief gebruik van het trajectplan in kaart. Het trajectplan vormt de rode draad voor de behandeling van de patiënt op de afdeling.

2. Termen en definities

Het trajectplan is een dynamisch werkinstrument waarmee behandel- en /of hersteldoelen in verschillende domeinen in kaart wordt gebracht. Vervolgens worden hieraan acties gekoppeld om het individuele behandelingstraject van de patiënt vorm te geven.

3. Toepassingsgebied

Deze procedure werd opgesteld in functie van het trajectplan en de teamvergadering hierrond voor patiënten van Sint Jan.

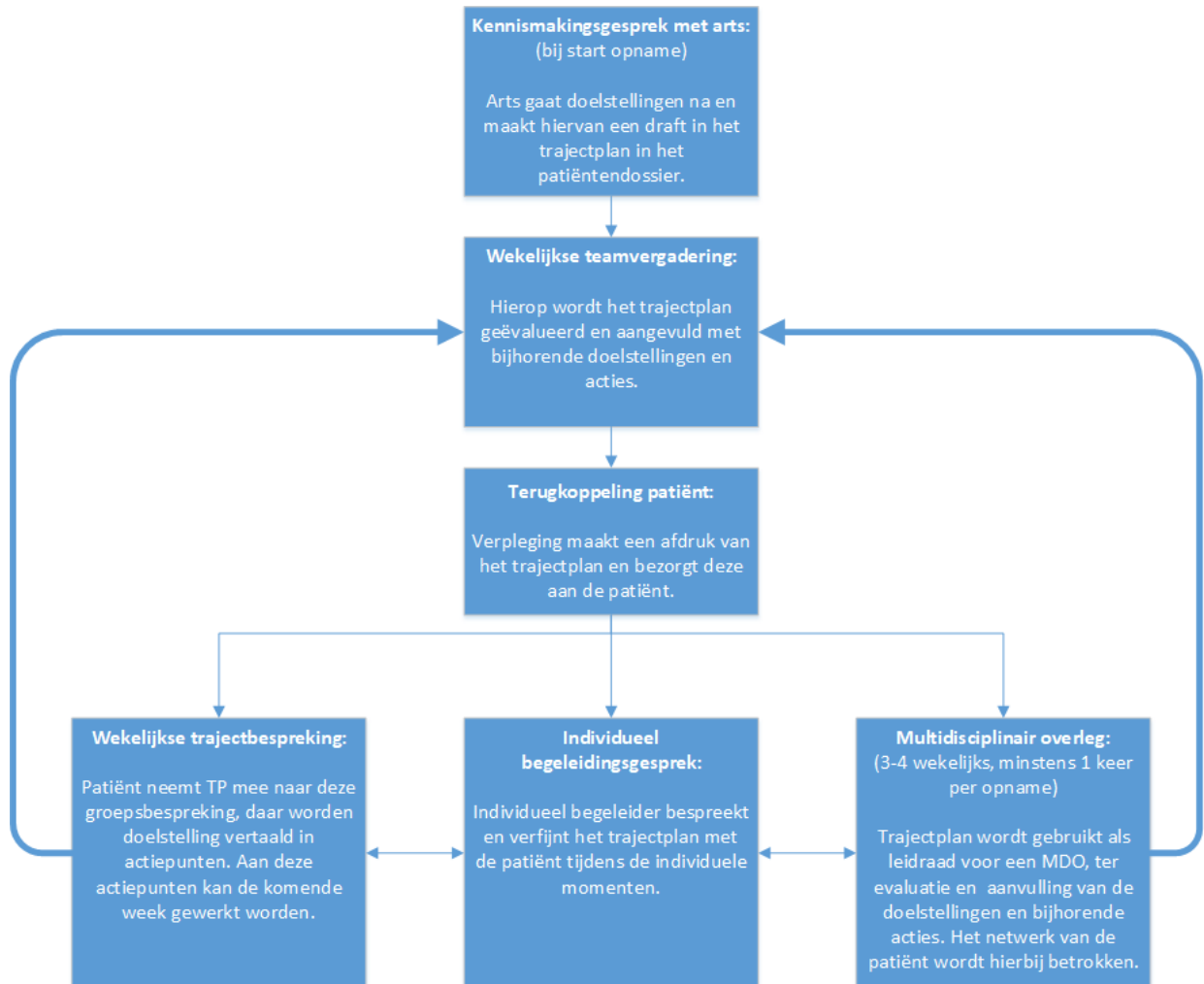
4. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Het trajectplan is in de eerste plaats een werkinstrument met gedeeld eigenaarschap tussen het behandelende team van Sint-Jan en de patiënt. Door middel van de verschillende afstemmingsmomenten/ vergaderstructuren (kennismakingsgesprek, teamvergadering, trajectbespreking, individuele begeleiding, MDO+) wordt de inbreng van de verschillende eigenaars maar ook andere betrokkenen (bv. familie, externe hulpverleners) ingebracht.

De arts is echter de eindverantwoordelijke voor de behandelingen en dus ook voor de trajectplannen.

5. Werkwijze

Flow van het trajectplan (TP) als dynamisch werkinstrument



Opbouw trajectplan

Domeinen volgens transdiagnostische factoren

Het trajectplan wordt opgebouwd aan de hand van het therapieprogramma dat gebaseerd is op transdiagnostische factoren, plus nog 3 extra domeinen:

- Emoties als kompas
- Groeien in relaties
- Mijn lichaam als bondgenoot
- Ontwikkelen van een gezonde relatie tot mezelf
- Vormgeven aan mijn bestaan
- Therapie doen werken
- Diagnostiek



- Nazorg

Doelstellingen en acties

De patiënt kiest vervolgens doelstellingen die worden toegewezen aan een domein. Aan deze doelstellingen worden concrete acties gekoppeld.

Begeleidingsmomenten

Kennismakingsgesprek

Het kennismakingsgesprek is een gesprek tussen arts en patiënt bij start van de opname. Tijdens een eerste kennismakingsgesprek zal de arts samen met de patiënt een inschatting maken van de domeinen die voor de patiënt op de voorgrond staan en de doelstellingen die hieraan gekoppeld zouden kunnen worden.

Teamvergadering

Op basis van de informatie verkregen tijdens het kennismakingsgesprek zal tijdens de teamvergadering samen met het multidisciplinair team het eerste trajectplan worden vormgegeven. In volgende teamvergaderingen gebeurt steeds een evaluatie van het trajectplan op basis van informatie uit de trajectbespreking, individuele begeleidingsmomenten en het MDO+.

Na een teamvergadering wordt het (herwerkte) trajectplan aan de patiënt bezorgd in een geprinte versie.

Trajectbespreking

De trajectbespreking is een sessie tussen de psycholoog en de patiënten uit een groep. Hier wordt ruimte gegeven aan de verschillende patiënten om elkaar te ondersteunen in het toewijzen van acties aan de geformuleerde doelstellingen. Zo wisselen patiënten bijvoorbeeld ervaringen uit rond sessies en hoe deze ondersteunend kunnen zijn bij het werken aan bepaalde doelstellingen.

Individueel begeleidingsmoment

Tijdens de individuele begeleidingsmomenten gaat een IB in gesprek met de patiënt om het trajectplan verder te verfijnen. Dit wil zeggen dat er samen met de patiënt gezocht wordt hoe het trajectplan te concretiseren in specifieke acties al dan niet aan bod gekomen in de trajectbespreking of het MDO.

Multidisciplinair overleg (MDO+)

Tijdens een MDO wordt de inbreng van patiënt maar ook van betrokken derden (familie, professionele hulpverleners) ingebracht in het trajectplan. Het trajectplan vormt namelijk de leidraad van dit overleg.

6. Registratie

Het trajectplan wordt geregistreerd in Obasi onder 'trajectplan' in het 'werkdossier' waar je voor domeinen, doelen en acties aparte velden hebt. Het veld evolutie wordt niet gebruikt. De evaluatie en het huidige proces van de patiënt kan je vinden onder trajectbesprekingen in de vorm van de verslaggeving van de teamvergadering.

Wijzigingen en toevoegingen gebeuren tijdens de teamvergadering door de psycholoog. Eens punten zijn afgewerkt, dubbelklikt de psycholoog hierop en verdwijnt de doelstelling/actie of domein uit het trajectplan.

7. Verwante documenten, hulpmiddelen en bijlagen

Teamvergadering Sint Jan
Afdelingsvergaderingen St-Jan
MDO St-Jan

