



## Projectvoorstel: Hermes Plus

Werkingsgebied: Brussel Centrum

Doelgroep: jong volwassenen en volwassenen

Kandidaat promotor: Clinique Sanatia ASBL

Contactgegevens :

Patrick Janssens p/a DGGZ-CSM Antonin Artaud, Grootgodshuisstraat 10, 1000 Brussel 02/218 33 76,  
[patrickjanssens@advalvas.be](mailto:patrickjanssens@advalvas.be)

Evelyne Chambeau. Clinique Sanatia ASBL. Rue du Moulin, 27-29 1210 St Josse. 0495/774316  
[evelyne.chambeau@skynet.be](mailto:evelyne.chambeau@skynet.be)

## 1. Toelichting van de visie van het project

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

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

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

- Een netwerk bestaat omdat er functionele relaties zijn tussen de deelnemende organisaties. Het is de functie en de opdracht van een netwerk om deze relaties te ontwikkelen. Het is dan ook het eerste aandachtspunt van het netwerk. Zonder regelmatige en gestructureerde relaties bestaat er geen netwerk, en is er slechts sprake van een verzameling zorgaanbieders op eenzelfde gebied.
- Naast de gemiddelde – en voor alle werkingsgebieden opgaande praktijk - dient te worden rekening gehouden met de specifieke situatie van het werkgebied. In het Brussels werkgebied onderscheiden we meerdere zeer specifieke doelgroepen. Het netwerk ontwikkelt dan ook voor deze specifieke doelgroepen, specifieke communicatievormen, specifieke technieken en samenwerking of gespecialiseerde teams (psychiatrische patiënten in de thuislozenzorg, psychiatrische patiënten die in een gecompliceerde oriënteringsfase, zorgvermijdende patiënten in de thuissituatie, ...).

- Het netwerk vertrekt vanuit de idee dat de zorg zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de patiënt wordt geboden en het wenst zoveel mogelijk beroep te doen op voorzieningen die voor alle burgers toegankelijk zijn.
- Het netwerk wordt centraal geleid en bestaat uit deelnemende organisaties die enkel zichzelf vertegenwoordigen.
- Het netwerk zoekt naar de best mogelijke hulpverlening i.f.v. de vragen en de behoefte van de cliënt. Deze afgewogen zorg moet ertoe leiden dat onnodige en overbodige zorg voor de problematiek van de patiënt, dan ook niet wordt georganiseerd. Dit kan bijdragen tot een er getrapte vorm van zorg.
- Het netwerk is goed voorzien van alle vormen van residentiële, semi-residentiële en ambulante psychiatrische zorg. Er is een ruime verbinding met diensten uit de welzijnssectoren, de thuiszorg, de 1<sup>ste</sup> lijnszorg en de huisartsen. Het netwerk wenst op basis van geëxpliciteerde samenwerking de zorg onderling verder af te stemmen.
- De mogelijkheden van de bestaande zorg worden ingezet in die mate dat ze tegemoet komen aan de doelstellingen van het netwerk, en de partners onderschrijven mee de doelstellingen van het netwerk.
- Het netwerk heeft speciaal aandacht voor een verantwoorde en goed opgevolgde vorm van doorverwijzing en oriëntatie.
- Het netwerk biedt zorg aan, die toegankelijk is - in al zijn vormen - in de beide landstalen. Daarbij is er specifieke toegankelijkheid voor anderstaligen.
- Het netwerk is een open netwerk. Naast de formele partners die betrokken zijn in de ontwikkeling van het netwerk, wordt op het terrein samengewerkt met andere hulpverleners en diensten – ook uit andere sectoren - die dit wensen.
- In het netwerk staat de zorg centraal staat, niet de structuur van de zorgaanbieder.
- Het netwerk neemt initiatief om de eigen praktijk en resultaten te evalueren aan de hand van wetenschappelijk onderzoek. In dit kader loopt nu reeds een tevredenheidsonderzoek bij de hulpverleners die betrokken waren bij het Therapeutisch Project Hermes. Dit onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek wordt uitgevoerd door het onderzoeksbureau “Lucas”. De resultaten die in mei 2011 worden verwacht, zullen dienen om de praktijk van het netwerk in al zijn aspecten en het belang van “referentiepersonen” beter in kaart te brengen. Zie ook bijlage 1.
- Het netwerk zal aansluitend op onderzoek en vaststellingen, initiatief kunnen nemen om bijkomende noden, functies , praktijken, voor te stellen, en/of op te nemen,

## 2. Doelgroep

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

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

- patiënten die zorg vermijden
- patiënten die ondanks de voorziene zorg, niet in de klassieke zorg worden opgevangen
- patiënten die in informele hulpverleningsnetwerken zonder gepaste medische zorg overleven
- patiënten in een complexe oriënteringsfase

- ....

Via deze aandacht voor specifieke doelgroepen komen meerdere partners in contact met een gedeelte van de grote groep psychiatrische patiënten die niet in de zorg zitten en kunnen die toch bereikt worden. Het onderzoeksbureau “Lucas” schat in dat van de groep psychiatrische patiënten minder dan 25% in de psychiatrische zorg worden opgevangen (zie hiervoor ook bijlage 2).

### 3. Doelstellingen

Doelstellingen dienen geformuleerd te worden op meerdere niveaus. Er zijn zowel doelstellingen op het gebied van de zorg, de patiënten, de werknemers, de familie en de aansluitende maatschappelijke structuren .

#### 3.1. Naar de zorg toe

De uitgangspunten van de ambulante zorg zijn:

- Er op aansturen dat *de best gepaste zorg zo snel mogelijk wordt geboden. De gepaste zorg is een evenwicht tussen “Behoeft en Aanbod” en is mee afhankelijk van de “Mogelijkheden van het netwerk”,*
- transparantie bieden in de geboden zorg en het mee betrekken van de patiënten in de keuzes die gemaakt worden,
- In de organisatie van de zorg zoveel mogelijk structuren inschakelen die toegankelijk zijn voor de reguliere zorg voor de zorg voor patiënten met een psychiatrische problematiek,
- Zet de zorg centraal, niet de structuur van de zorgaanbieder.

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

#### 3.2. Naar de hulpverleners toe:

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

- De eigen voorziening staat tijdelijk en slechts voor een gedeelte ten dienste van het zorgtraject van de patiënt. De instelling en zijn hulpverleners laten meer verantwoordelijkheid bij de patiënt en nemen niet meer alle facetten van het dagelijks leven tijdelijk over.  
De ontwikkeling van deze “zorgcultuur” waarbinnen Hermes plus in de toekomst zal ageren, zal één van eerste aandachtspunten zijn van het netwerk.
- Bij het bieden van nieuwe of aanvullende zorg, is één van de belangrijkste aandachtspunten dat de reeds bestaande hulpverlening gerespecteerd, bewaard en behouden blijft. Dit kan door hen van bij

aanvang te betrekken in het zorgpad van de patiënt, door hen tussentijds of bij heroriëntering te informeren en hen te betrekken bij het plannen van het einde van een verblijf. De nazorg zal dikwijls gebeuren door deze structuur.

- Daarnaast is transparantie en duidelijke communicatie naar de patiënten toe een voortdurend aandachtspunt. Dit zal vooral gebeuren via vorming en supervisie. Het netwerk neemt hiertoe het initiatief of ondersteunt hiertoe de reeds bestaande initiatieven.

### 3.3. Naar de patiënten toe:

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

- Patiënten zullen geconfronteerd worden met hulpverlening die op een meer transparante wijze hulp biedt en die zodoende een breder, gevarieerder en genuanceerder aanbod kan bieden. Dit zal een aanpassing betekenen voor de patiënten.
- Patiënten zullen zich ook meer verantwoordelijk kunnen gedragen voor hun eigen traject binnen de hulpverlening en zullen minder overgeleverd worden aan de hulpverlening.

### 3.4. Naar de familie toe

De al langer ontwikkelde overlegvormen waarbij familieleden, mantelzorgers en mensen uit het sociaal netwerk betrokken worden in de planning van de zorg, geeft deze groep een eigen en mondig statuut in de zorg.

## 4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

### Werkingsgebied

Het werkingsgebied van het project is gesitueerd in een gedeelte van Brussel. De partners zijn hoofdzakelijk geconcentreerd rond de as “Noord – Centrum – West en Zuid-West”. Dit zijn gebieden waar volgens de cartografie van het “Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel” een groot deel van de meest kwetsbare groepen van de Brusselse bevolking leeft (met name Laken, Brussel, Molenbeek en Anderlecht).

In een eerste fase zal het project zich beperken tot een kleiner gebied, dat geconcentreerd is rond het centrum. Dit leidt niet noodzakelijk tot de verarming van het aanbod of de vermindering van de mogelijkheden om de vijf functies aan te bieden in dit project. Vooral de functie 2A – in onze ogen de meest moeilijk te realiseren functie van dit project – kan zich, door het beperken van de actieregio, beter ontwikkelen tijdens de experimenteerfase. Indien het project, tijdens de eerste fase van 2 jaar, de nodige methodiek en ervaring kan opbouwen in de beperkte regio, zal er “know how” zijn die toepasbaar is op andere, soms minder “moeilijke en complexe” regio's binnen het Hoofdstedelijk Gewest.

### Het aanbod in het gebied:

Brussel Centrum is een omgeving met zeer veel ambulante hulpverlening. Zowel Franstalige, Bicommunautair als Vlaams erkende diensten zijn gesitueerd in dit gebied. Zij bieden zowel residentiële als ambulante zorg aan

in de eerste, tweede en derde lijn. Daarnaast zijn alle vormen van het ambulante en het residentiële maatschappelijk werk beschikbaar. Dit aanbod is beschikbaar in de beide landstalen. Mits de beschikbaarheid van ICB's (interculturele bemiddelaars in CGGZ Brussel, Sanatia ziekenhuis, ...) wordt dit uitgebreid naar veel andere talen (Arabisch, Turks, Pools, Rwandees,...). Door beroep te doen op ICB of op sociale tolken van "Brussel Onthaal" zijn ongeveer alle talen in de Brusselse context beschikbaar.

### **Tegemoet komen aan de behoeften van de doelgroep**

De regio wordt, naast de klassiek psychologische en psychiatrische problemen die zich ook in andere regio's voordoen, geconfronteerd met meerdere zeer specifieke doelgroepen. Dit staat rechtstreeks in relatie tot de functie en de aantrekkingskracht die de grootstad heeft voor bepaalde groepen en is tevens gerelateerd aan de historische ontwikkeling van de stad.

Verschillende partners ontwikkelden met eigen middelen of via subsidies verschillende werkingen naar verschillende doelgroepen toe. Het betreft werkingen naar mensen in armoede die niet – of zeer beperkt - in relatie staan tot de hulpverlening (SMES), psychiatrische patiënten die op straat leven (vzw Diogenes) als psychiatrische patiënten die in gecompliceerde transitieperiodes zitten (TP Hermes), ontmoetingsruimte voor daklozen (vzw Bij Ons/Chez Nous) en psychiatrische patiënten die een vrijblijvende dagbesteding zoeken (Den Teirling)...

De genoemde werkingen zijn allen toegankelijk zowel voor Nederlandstalige als voor Franstalige en anderstalige patiënten.

Deze verscheiden werkingen droegen in belangrijke mate bij tot de actieve dossiers van het TP Hermes. Sommige van deze partners in deze netwerken zijn ook nu al partners in het TP Hermes.

## **5. Beschrijving van de nieuwe structuur**

### **5.1 Netwerksamenstelling**

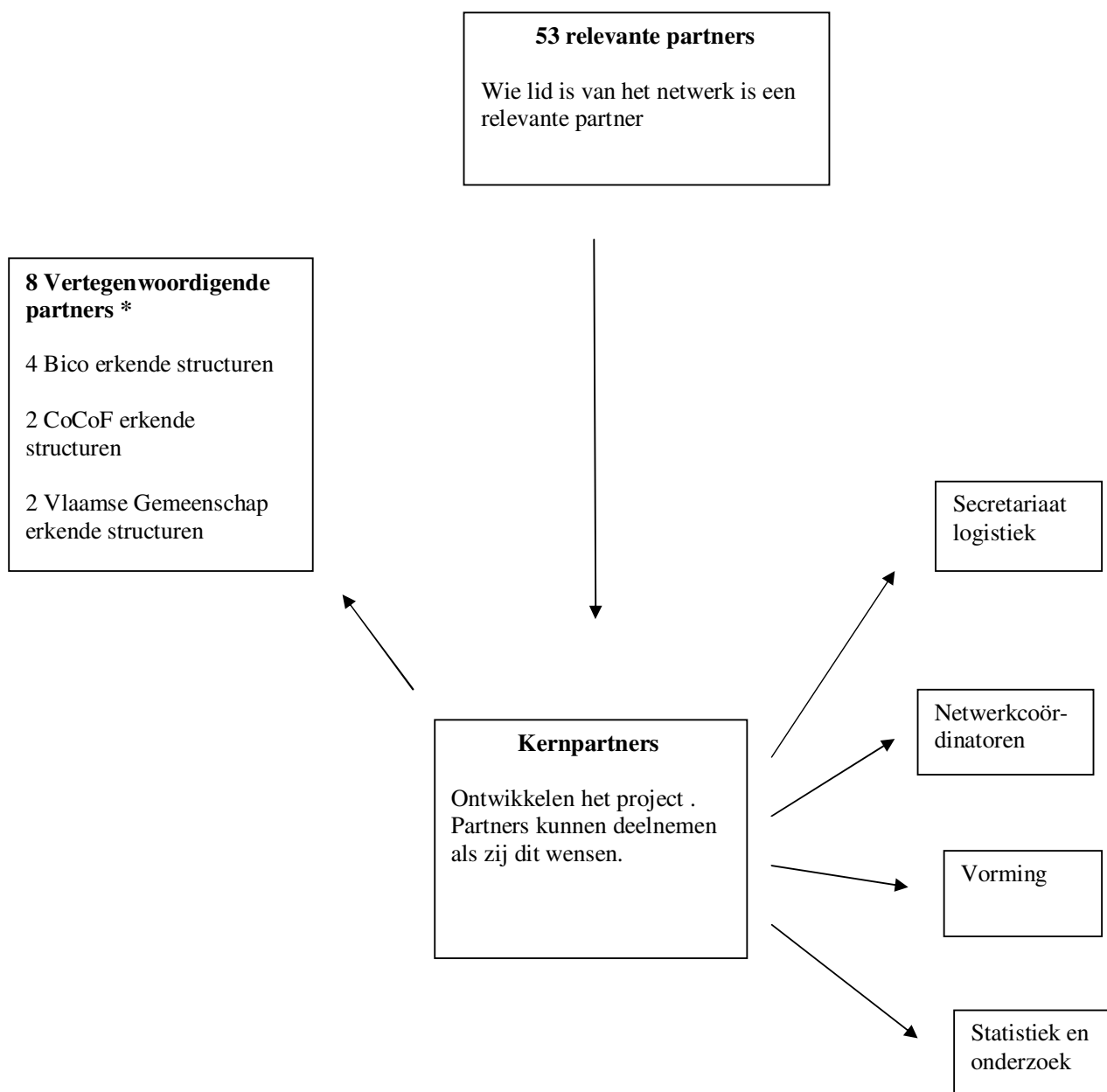
#### **5.1.1. Inleiding**

Een tweetalig netwerk creëren in een omgeving met 4 erkennende instanties met partners uit alle sectoren van zorg en welzijnswerk - waarbij het de bedoeling is om toegankelijk te zijn voor alle patiënten - is een ware evenwichtsoefening. We wensen dan ook verder te werken in het bestaande organisatiemodel van het Therapeutisch Project Hermes. Dit model heeft gemaakt dat het TP Hermes zich heeft kunnen ontwikkelen tot een performant netwerk in een complexe omgeving, waarbij de ontwikkeling van de zorg centraal staat, niet de erkennende overheid.

Het netwerk zal een vzw creëren om de activiteiten in onder te brengen, indien dit de meest aangewezen juridische structuur is, om de activiteiten te ontwikkelen. Temeer omdat de eerste fase een testfase is voor de overheid, dient de wettelijke constructie waarin dit project zich zal situeren, verder worden onderzocht. Een correcte juridische structuur moet er evenwel ook toe leiden dat verantwoordelijkheden en opdrachten duidelijk kunnen worden vastgelegd.

### 5.1.2. Organisatiemodel

Het netwerk zal op de volgende manier functioneel worden georganiseerd:



- In het huidige organigram van Hermes, vormen de volgende organisaties de groep “vertegenwoordigende leden”: 4 Bico erkende structuren (asbl/vzwDiogenes, CSM/DGGZ A.Artaud, CHU Brugmann, vacant), 2 CoCoF erkende structuren (CSD, UCL St.-Luc), 2 Vlaamse Gemeenschap erkende structuren (CGGZ -Brussel, Den Teirling). Zij zullen aangepast worden indien Hermes Plus wordt gecreëerd en er hierdoor mogelijke partners niet verder wensen deel te nemen en nieuwe partners zich toevoegen.

### **Vertegenwoordigende partners (Verantwoordelijken voor het project)**

Voor de verantwoordelijkheid van het netwerk is hierin is plaats voor 4 CoCom - erkende diensten, 2 CoCoF - erkende diensten en twee diensten erkend door de Vlaamse Gemeenschap. Voorkeur gaat naar diensten die bij aanvang eigen personeel inbrengen. Er zal plaats zijn voor ambulante en residentiële diensten uit de sociale sector en verder diensten die coördinatie verzorgen. Deze groep kiest een voorzitter.

De vertegenwoordigende partners zijn – net zoals alle leden van het netwerk - uitgenodigd op de vergadering van de kernpartners.

De vertegenwoordigende partners volgen de voorstellen van de kernpartners.

Beslissingen worden collegiaal genomen, bij stemming wordt de meerderheid gevolgd, bij staking van stemmen beslist de voorzitter van het netwerk.

Gezien de partners meestal binnen verschillende functies actief zijn, zal normaliter elke functie in deze groep aanwezig zijn. Indien nodig kan er een aanspreekpersoon per functie worden aangesteld, maar de realiteit is dat de meeste diensten in meerdere met elkaar verbonden functies actief zijn.

### **Kernpartners (Ontwikkeling van het project)**

Dit zijn alle partners die zich inschrijven in de ontwikkeling van het project. Deze groep kan eventueel opgedeeld worden in subgroepen om specifieke samenwerkingsverbanden te organiseren.

Deze groep kernpartners is de motor zijn van het netwerk en wordt – indien mogelijk - geleid door één of meer partners van de groep “vertegenwoordigers voor het netwerk”.

De bedoeling van deze structuur is participatie van leden maximaal te stimuleren en ze ook op lange termijn betrokken te houden in het netwerk. Om deze rol op te nemen wordt gezocht naar personeelsleden van partners met een belangrijke inplanting en anciënniteit in de Brusselse hulpverlening. De participatie aan deze functie zal worden vergoed door het netwerk aan de dienst van de betrokken werknemer. Op jaarbasis is hiervoor 30.000 euro beschikbaar.

### **Netwerkcoördinatie (Netwerkcoördinator)**

Er zal een netwerkcoördinator (1FTE) worden aangeworven die zal worden bijgestaan door 1 FTE medewerker. De keuze om dit team (dat de opdracht heeft het netwerk te coördineren) groot te voorzien – zeker in de beginfase – zal garant staan voor continuïteit en aanspreekbaarheid.

### **Relevante partners**

Het netwerk bestaat uit 53 deelnemende partners. Elke ondertekende partner kan deelnemen aan de activiteiten in het kader van het “ontwikkelen van het project” indien zij dit wensen.

Momenteel bestaat het netwerk van partners die Hermes plus wensen te ontwikkelen uit de organisaties die in de volgende tabel worden weergegeven.

Op basis van de antwoorden van de partners op de vraag “binnen welke van de 5 functies de organisaties zichzelf situeren” en “in welke mate zij deze functie realiseren i.f.v. de gestelde criteria van de overheid” (score van 1 tot 5, waarbij 1 in zekere mate en 5 maximaal betekent) werd de onderstaande overzichtstabel gevormd (zie bijlage 3).

Omdat binnen Hermes Plus meerdere organisaties deelnemen die coördinatie van zorg aanbieden, werd deze – voor het vormen van een netwerk onmisbare 6<sup>de</sup> functie - “Coördinatie” toegevoegd.

Geen van de partners van het TP Hermes heeft tot heden zijn ontslag aangeboden. Verder voegen zich een aantal organisaties toe. Dit geeft op dit moment de volgende lijst van mogelijke partners voor het netwerk Hermes Plus.

Bij het analyseren van deze lijst kunnen de volgende cijfers zeker helpen tot het vormen van een totaalbeeld van de groep partners “Hermes plus”:

|                        | Functie 1 | Functie 2A | Functie 2B | Functie 3 | Functie 4 | Functie 5 | Coörd. |
|------------------------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|--------|
| aantal instellingen/53 | 40        | 9          | 35         | 43        | 21        | 21        | 10     |
| totaalscore            | 127       | 14         | 93         | 151       | 78        | 88        |        |
| Gem. score             | 3         | 2          | 2,65       | 3,5       | 3,7       | 4,2       |        |

| Instelling/Dienst                            | F 1 | F 2 a | F 2b | F 3 | F 4 | F 5 | C |
|----------------------------------------------|-----|-------|------|-----|-----|-----|---|
| 1 . CHU Brugmann – psychiatrie service 74    | 3   |       | 5    | 4   | 5   |     |   |
| 2 Familiehulp                                | 4   |       |      |     |     |     | X |
| 3 SSM L'Eté                                  | 5   |       | 5    | 4   |     |     |   |
| 4 Psmobile asbl                              | 1   |       |      | 3   |     |     | X |
| 5 SPAD Prisme-Nord-Ouest                     | 4   |       | 3    |     |     |     |   |
| 6 Initiatief/Initiative BW/HP Antonin Artaud |     |       | 2    | 4   |     | 5   | X |
| 7 Begeleid Wonen Brussel                     | 3   |       | 2    | 3   | 1   |     | X |
| 8 PVT/MSP Sanatia                            | 2   |       | 2    | 3   |     | 5   |   |
| 9 Clinique neuro-psychiatrique Sanatia       | 2   |       | 2    | 2   | 5   | 1   |   |
| 10 Coin des cerises                          | 3   |       | 2    | 3   |     |     |   |
| 11 PTZ Lila                                  | 4   |       | 4    | 5   |     |     | X |
| 12 CHU St.-Pierre                            | 2   |       | 4    | 3   | 5   |     |   |
| 13 Beschut Wonen Primavera                   |     |       | 2    | 4   |     | 5   |   |
| 14 UZ Brussel                                |     |       |      |     | 5   |     |   |
| 15 Source asbl                               | 2   |       | 2    | 4   |     | 5   |   |
| 16 Entre Autres HP                           | 3   |       | 3    | 3   |     | 5   |   |
| 17 Wops de Nuit                              |     |       | 2    | 5   | 5   |     |   |
| 18 CSM L'Adret                               | 4   |       | 2    | 3   |     |     |   |
| 19 Hôpital Molière Longchamps                | 2   |       | 3    | 3   | 5   |     |   |
| 20 Diogènes asbl/vzw                         | 2   | 2     | 4    | 3   |     | 2   |   |
| 21 DGGZ/CSM Antonin Artaud                   | 5   | 1     | 5    | 4   |     |     |   |
| 22 Zorgequipe/equipe de soins Annexe Vorst   | 2   |       |      | 5   |     | 5   |   |
| 23 PSC Elsene                                |     |       | 4    | 4   | 3   |     |   |
| 24 CGGZ Brussel                              | 5   | 1     | 5    | 4   |     |     |   |
| 25 CSD                                       | 4   |       |      |     |     |     |   |
| 26 Cliniques de l'Europe                     | 3   |       | 3    | 3   | 5   |     |   |
| 27 Home Baudouin                             | 3   |       | 1    |     | 3   |     |   |
| 28 Maison Médicale Santé Plurielle           | 5   | 2     | 2    |     |     |     |   |
| 29 PVT/MSP Schweitzer                        | 2   |       | 2    | 4   |     | 5   |   |
| 30 BW De Nieuwe Thuis                        |     |       | 2    | 4   |     | 5   |   |
| 31 Den Teirling                              |     |       |      | 4   |     |     |   |
| 32 PVT Thuis                                 |     |       | 2    | 4   |     | 5   |   |
| 33 UCL St-Luc                                | 4   |       | 3    | 3   | 5   |     | X |
| 34 Institut Pacheco                          | 3   |       |      | 2   | 5   | 4   |   |
| 35 Dionysos II                               | 3   |       |      | 2   |     |     | X |
| 36 Foyer de L'Equipe                         | 3   | 1     | 1    | 5   | 1   | 4   |   |
| 37 Bij Ons/Chez Nous vzw/asbl                | 3   |       | 2    | 5   |     |     |   |
| 38 Prélude HP                                | 3   | 2     | 2    | 3   | 3   | 5   |   |
| 39 PTZ PsyCoT                                | 4   |       |      | 3   |     |     | X |
| 40 TP/PT Hermes                              |     |       |      |     |     |     | X |
| 41 Réseau Bxl Est                            |     |       |      |     |     |     | X |
| 42 Centre Hospitalier Jean Titeca            | 3   |       | 2    | 4   | 4   | 5   |   |
| 43 Eole Psy                                  | 4   |       |      |     |     |     |   |
| 44 Le Canevas                                | 2   |       | 3    | 5   | 1   | 1   |   |
| 45 vzw Mandragora                            |     |       |      | 3   |     | 5   |   |
| 46 vzw Festina Lente                         |     |       |      | 3   |     | 5   |   |
| 47 Huize Jan De Wachter                      |     |       |      | 2   |     | 5   |   |
| 48 La Pièce                                  | 3   | 1     | 1    | 1   | 3   | 5   |   |
| 49 Code                                      | 3   |       |      | 5   | 3   | 1   |   |
| 50 Crit                                      | 3   |       |      | 5   | 3   |     |   |
| 51 Imago                                     | 3   |       |      | 5   | 3   |     |   |
| 52 Babel                                     | 5   | 3     | 3    |     |     |     |   |
| 53 CJA                                       | 3   | 1     | 1    | 5   | 5   |     |   |

|                                             |                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1. Dr. Geerke Steegen<br>Françoise Weil     | CHU Brugmann psychiatrie – Unité 74                    |
| 2. Serrien Katrien                          | Familiehulp                                            |
| 3. Luxereau Cathérine                       | SSM L'Eté Anderlecht                                   |
| 4. Depasse Gauselm                          | Psymobile asbl                                         |
| 5. Julie Oderno<br>Michel Van Den Bussche   | SPAD Prisme-Nord-Ouest                                 |
| 6. Lisson Kristof<br>Sakai Lilas            | Initiative/Initiatief HP/BW Antonin<br>Artaud          |
| 7. Klaar Desmaele<br>Valentine Lebacq       | Begeleid Wonen Brussel – project<br>Bruggenbouwer      |
| 8. Pedro Ortiz<br>Etienne Buysse            | MSP Sanatia                                            |
| 9. Dr. Laurence Ayache<br>Chambeau Evelyne  | Clinique neuro-psychiatrique Sanatia),<br>asbl Sanatia |
| 10. Martens Stéphanie                       | Coin des Cerises                                       |
| 11. Iris Deconninck<br>Lieve Van Den Broeck | PTZ Lila                                               |
| 12. Dr. Serge Zombek                        | CHU St.-Pierre                                         |
| 13. De Vos Krisitien                        | Beschut Wonen Primavera                                |
| 14. Dr. Baeken Chris                        | UZ Brussel                                             |
| 15. André Virginie                          | Source asbl                                            |
| 16. Vandenbussche Michel                    | Entre Autres HP                                        |
| 17. Demoortel Nadine                        | Wops de Nuit                                           |
| 18. Bernadette Vermeylen                    | CSM L'Adret                                            |
| 19. Biard Nathalie<br>Isabelle Favry        | Hôpital Molière Longchamps                             |
| 20. Laurent Demoulin                        | asbl/vzw Diogenes                                      |
| 21. Patrick Janssens                        | CSM Antonin Artaud                                     |

|                                                                  |                                                |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 22. Mathieu Vansantvoet et<br>Glibert Serge                      | Equipe de soins prison Forest et<br>Berkendael |
| 23. Véronique Vercruyssen                                        | PSC Elsene                                     |
| 24. Julienne Wyns                                                | CGGZ Brussel                                   |
| 25. Carine Van Droogenbroeck                                     | CSD                                            |
| 26. Dr. De Hertogh                                               | Clinique de l'Europe                           |
| 27. Blondiau Philippe                                            | Home Baudouin                                  |
| 28. Dr. Michel Roland                                            | Maison Médicale Santé Plurielle                |
| 29. Linda Van Roy                                                | MSP/PVT Schweitzer                             |
| 30. Anne Van Goidsenhove                                         | BW De Nieuwe Thuis                             |
| 31. Marijke Bosserez                                             | Den Teirling                                   |
| 32. Rita Braet                                                   | PVT Thuis                                      |
| 33. Virginie Laval                                               | UCL St.-Luc                                    |
| 34. Dr. Brand Daniel                                             | Institut Pacheco                               |
| 35. Kara Mazlum                                                  | Dionysos II                                    |
| 36. Dr. Michel Dewez                                             | Foyer de l'Equipe                              |
| 37. Jan Verellen<br>Bart De Win                                  | Bij Ons/Chez Nous vzw                          |
| 38. Van De Wijngaert Thierry                                     | Prelude HP                                     |
| 39. Greta Leire                                                  | PsyCoT                                         |
| 40. Patrick Janssens en partners<br>Valerie Velle<br>Greta Leire | TP Hermes                                      |
| 41. Stefanie Martens                                             | Réseau Bxl Est                                 |
| 42. Dr. Seutin Alain<br>Eeman Virginie                           | Centre Hospitalier Jean Titeca                 |
| 43. Françoise Weil                                               | Eole Psy                                       |
| 44. Eveline Chambeau                                             | Le Canvas                                      |
| 45. Suzy Maes                                                    | VZW Mandragora                                 |

|                                              |                      |
|----------------------------------------------|----------------------|
| 46. Suzy Maes                                | VZW Festina Lente    |
| 47. Lieven De Schepper<br>Evelien Vlasselaer | Huize Jan de Wachter |
| 48. Dr. Serge Bechet                         | La Pièce             |
| 49. Dr. Françoise Honhon                     | Babel                |
| 50. Dr. Giovanna Jannuzzi                    | Crit                 |
| 51. Dr. Nicole Calevoi                       | Imago                |
| 52. Dr. Ernio Ranalli                        | Code                 |
| 53. Dr. Véronique Delvenne                   | CJA                  |

### 5.1.3. Vaststellingen

Bij deze lijst valt het op dat zowat alle partners hun aanbod plaatsen in verschillende “functies” van het theoretisch model van de Federale Overheid. Dit is een absolute meerwaarde en een voor de hand liggend gevolg van meerder elementen:

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

### 5.1.4. Ontbrekende functies

De functie 2A is de functie die in dit netwerk slechts partieel wordt vervuld ten opzichte van de verwachtingen van de overheid. Verdere onderhandelingen met partners en overheden moeten ertoe leiden dat deze functie

uiteindelijk wel volledig zal kunnen ingevuld worden. Wel zijn er toezeggingen van ambulante partners om voor de functie 2A personeelsleden ter beschikking te stellen. Anderzijds zijn er één of meerdere partners die de ziekenhuisinfrastructuur snel en vlot ter beschikking willen stellen voor een op te richten mobiele equipe 2A en voor de functie 2B en voor het netwerk.

## 5.2 Taakverdeling in het netwerk

### 5.2.1. Missie van het Netwerk Hermes Plus

Het samenwerkingsband houdt in dat partners in verschillende functies:

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

### 5.2.2. Concretisering

De missie wordt geconcretiseerd door de volgende elementen:

- Het netwerk Hermes Plus vervangt geen bestaande werkingen.
- Het netwerk wenst vooral te werken op de onderlinge relaties, de onderlinge afstemming en de onderlinge communicatie.
- Het netwerk sensibiliseert, nodigt uit tot en leidt tot een meer maatschappelijk georiënteerde psychiatrische zorg.
- Het netwerk vormt en ondersteunt zijn hulpverleners.
- Het netwerk stelt lacunes vast en probeert die in de eerste plaats via “analyse , organisatie en samenwerking ” tegemoet te komen en te verhelpen.
- Het netwerk signaleert lacunes aan de overheden.
- Het netwerk zoekt naar betrouwbare communicatievormen om beter op de hoogte te zijn van de zorgtrajecten en de -circuits van patiënten. De privacy van de cliënt blijft primeren op de efficiëntie.

### 5.2.3. Referentiepersonen

Voor bepaalde patiënten in het netwerk zal beroep gedaan op referentiepersonen met de bedoeling het verwijzings- en oriëntatieproces explicieter te begeleiden. Of ook wanneer de noodzaak tot complementariteit en een zeer nauwe samenwerking tussen de verschillende hulpverleners essentieel is.

De referentiepersonen worden ter beschikking gesteld door verschillende partnerorganisaties, die al positieve ervaringen of een zekere expertise hebben in de ontwikkelde en reeds gehanteerde methodieken. Verschillende scenario's zijn mogelijk: soms nemen de zorgverleners de functie van referentiepersoon op of anders wordt de

“functie referentiepersoon” opgenomen door andere diensten dan die, die onmiddellijk op de patiënt betrokken zijn.

Er wordt vorming en intervisie aangeboden aan de referentiepersonen.

Voor bepaalde relaties tussen structuren zijn ook nu al bepaalde samenwerkingen georganiseerd. De relatie tussen de ambulante en de residentiële psychiatrische zorg wordt nu reeds verder ontwikkeld (Hermes), de relatie tussen de residentiële onthaalzorg (CAW –CGGZ-Brussel) en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, is de ontwikkelingsfase voorbij.

#### 5.2.4. Beschrijving van de functies

##### 5.2.4.1. Functie 1

In deze functie of groep diensten situeren zich o.a. de CGG's als PTZ equipes.

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

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

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

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

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

Acties omtrent een verdere actieve bekendmaking en sensibilisering bij de eerstelijnsdiensten zullen ook hier moeten uitgewerkt worden.

#### 5.2.4.2. Functie 2

We dienen een onderscheid te maken tussen de functie 2A en de functie 2B omdat deze functies zich naar verschillende doelgroepen richten en daardoor anders uitgebouwd dienen te worden met andere middelen en andere methodieken. Waar de functie 2A mobiel en inzetbaar is op eender welk moment op eender welke plek van het werkgebied, is de functie 2B mobiel en inzetbaar bij cliënten die bekend zijn en die de wens hebben om zich intensief en ambulant te laten begeleiden. Het element “nabijheid en beschikbaarheid “ speelt in functie 2B een essentiële rol. Hierdoor is de functie 2B per definitie “plaatselijk “ en dus verspreid over het grondgebied. Bij de functie 2A zal een goede back-up, met uitiem ook een onmiddellijke toegang tot een opname onontbeerlijk zijn.

#### **De functie 2A**

De functie 2 moet ervoor zorgen dat patiënten met psychiatrische of psychologische moeilijkheden, die een opname nodig hebben, snel kunnen opgenomen worden. Deze functie zal er tevens voor moeten zorgen dat patiënten met psychologische en/of psychiatrische moeilijkheden, die geen opname nodig hebben, ook effectief niet opgenomen worden.

Een goed functionerende “functie 2A “ zal eerst ambulante crisiszorg bieden en aansluitend een ambulante zorg mediëren.

Deze functie moet er toe leiden dat de personen met psychologische klachten niet onmiddellijk in de residentiële zorg terechtkomen, maar ambulant worden opgevangen. Mobiliteit is hierbij een belangrijk element. De kern van de zaak hierbij is de keuze om patiënten niet op te nemen op basis van de eerste vraag of als eerste demarche. Hierbij vormen een ervaren equipe, de periode van één maand en goede afspraken rond het doorgeven van de begeleiding, de noodzakelijke ingrediënten. Om deze opdracht te kunnen realiseren, dienen we een onderscheid te maken tussen de personen in een crisissituatie die al dan niet bekend zijn in de hulpverlening.

#### Patiënten met een band met de hulpverlening

Binnen de functie 2A moeten we een onderscheid maken tussen de patiënten die in crisis zijn en daarbij een band met de hulpverlening - in de breedst mogelijke zin - hebben. Deze groep onderscheidt zich – zeker naar de eerste interventie toe - van de groep personen die “crisisgedrag vertonen”, maar waarbij geen hulpverleners betrokken zijn. Deze opdeling moet ertoe bijdragen dat het realistisch is om een mobiele equipe uit te sturen naar een crisissituatie. Bij het ontbreken van enige band met hulpverleners, en dus zonder enige verduidelijkende informatie, is een kwetsbare mobiele equipe hulpverleners niet uitgerust om met eender welke situatie geconfronteerd te worden. Hierbij is noch de veiligheid van de patiënt, als die de equipe voldoende gegarandeerd.

Deze equipe zal er toe kunnen bijdragen dat het geheel van de situatie beter wordt ingeschat, en dat niet slechts de personen die de symptomen van de conflictsituatie dragen, steeds weer de geïdentificeerde patiënt wordt.

Op deze manier kan een mobiele equipe bijdragen tot het hospitaliseren van die patiënten die een bed nodig hebben, en kan ze vermijden dat die patiënten die geen opname nodig hebben, ook niet worden opgenomen.

Deze functie is cruciaal en de achilleshiel van de hervorming.

Het is dan ook aangewezen dat deze functie 2A bestaat uit een team van ervaren en onafhankelijke werknemers, met een groot gevoel voor verantwoordelijkheid, gebaseerd op kennis en ervaring. Deze equipe is mobiel en dient niet overhaast tewerk te gaan.

Ze bestaat uit een aantal hulpverleners die mobiel zijn en snel ter plaatse interveniëren. Vervolgens de draagwijdte van een crisissituatie kunnen inschatten en het risico mogen nemen iets anders te doen dan de persoon, die in crisis is, te hospitaliseren. De “verantwoordelijkheid” in relatie tot het “inschatten van het risico” is hierbij de moeilijkste kwestie en zal ook juridisch moeten bestudeerd worden.

Deze equipe is samengesteld uit mensen met ervaring, die gewoon zijn in deze moeilijke omstandigheden te werken. Ze hebben in dit project van samenwerking een rechtstreekse toegang naar de gesubsidieerde ambulante zorg. Deze equipe heeft de beschikking van snel toegankelijk ziekenhuisbedden om een korte of een langere opname (indien nodig) in een ziekenhuis mogelijk te maken.

Omdat het vertrek na een residentiële opname ook bijdraagt tot het beschikbaar hebben van beschikbare bedden, is de afstemming met de functie 1 essentieel. Deze samenwerking kan op verschillende niveau's worden gestructureerd. Zowel op basis van gestructureerde samenwerking als via out-reachende samenwerking kan de functie 1 er mee voor zorgen dat de uitgang van het psychiatrisch residentieel verblijf gefaciliteerd en versneld worden.

#### Relatie met de ambulante diensten Geestelijke Gezondheidszorg

De ambulante zorg zal zich engageren om deze patiënten binnen de eerste 30 dagen volgend op de crisis te includeren binnen een aangepaste ambulante multidisciplinaire zorg.

Voor de patiënten met zelfmoordgedachten kan er bij het CGGZ-Brussel beroep gedaan worden op het bestaande “protocol Zelfmoordpreventie” waarbij deze patiënten binnen de 48 uur een afspraak zullen hebben in een CGGZ dat hun regio bedient.

#### Relatie met ziekenhuizen

Het Ziekenhuis Sanatia – en mogelijk andere ziekenhuispartners (nog in overleg) - zullen voor patiënten die gevolgd worden door de functie 2A snel een opname kunnen organiseren. Deze back-up voor een mobiele equipe vormt een noodzakelijk deel van de functie 2A

#### Relatie tot dwangmaatregelen.

Het creëren van een mobiele equipe sluit collocatiemaatregelen niet uit. Het vormt ook geen alternatief voor deze vormen van tussenkomst.

#### Relatie tot de politie

Voor personen in crisis waarbij er geen enkele relatie is met het hulpverleningsnetwerk - in de ruimst mogelijke zin - zal tussenkomst door de politie aangewezen blijven. Hulpverleners zijn anders uitgerust dan politieagenten. Een goede samenwerking tussen beiden dient te worden uitgewerkt, om zowel de veiligheid van de patiënt, de politieagent als de hulpverlener te garanderen.

#### Relatie met huisartsen

Huisartsen zijn een groep hulpverleners die mogelijk het meest op deze functie beroep zullen doen. Een intensieve en goede communicatie met de huisartsen, groepspraktijken en hun diverse structuren is een prioritaire doelstelling.

## De functie 2B

Binnen het netwerk zijn er meerdere diensten die zich sinds decennia hebben toegelegd op ambulante langdurige zorg. Zij doen dit voor respectievelijk kleine tot grote populaties.

Ervaring in de langdurige ambulante zorg leert dat die mobiel en multidisciplinair is. Daarbij zijn methodieken als psychiatrische opvolging, beschikbaarheid, case management, gestructureerd overleg met de betrokken hulpverleners familie en mantelzorgers, de kern van deze activiteit.

Ervaring leert dat in deze vorm van begeleiding crisissituaties dikwijls worden opgelost met de bestaande mogelijkheden van deze equipes. Soms is een korte opname in een psychiatrische residentiële structuur nodig. Deze equipes worden geconfronteerd met onwaarschijnlijke moeilijkheden om op die momenten ook een psychiatrische opname te kunnen realiseren. Dit leidt dan dikwijls tot een onnodige escalatie en crisis van de situatie. Hierbij is iedereen slachtoffer.

Partners in Hermes Plus, komende uit de residentiële psychiatrische zorg, engageren zich naar de ambulante partners toe om de toegang tot opname te vereenvoudigen en te versnellen.

### Voorwaarden

De diensten die deze zorg momenteel aanbieden hebben de ervaring dat de functie voldoende toegankelijk is – ook al is dit slechts gedurende 5 werkdagen het geval. Het is momenteel niet zo dat deze patiënten zich laten opnemen in het weekend. Crisissituaties waarin patiënten verzeilen (die in deze vorm van begeleiding zitten), zijn eerder “procesmatig” dan “plots en onverwacht”. Dit leidt altijd tot het intensifiëren van de zorg op velerlei manieren of tot het zoeken van een andere tijdelijke oplossing.

De “gecentraliseerde wachtdienst” van functie 2A kan dan in samenspraak met de aanbieder in kwestie van functie 2B, ingeschakeld worden.

### Samenwerking

De samenwerking met veel andere partners uit andere functies is voor patiënten die in de functie 2B worden opgevolgd essentieel en biedt een garantie op het kunnen beroep doen op meerdere andere diensten die hulpverlening bieden. Samenwerking kan er toe leiden dat de patiënt op lange termijn minder op de diensten van functie 2 beroep doet, en meer beroep doet op de functies 3 en 5.

Ook voor deze functie is het ziekenhuis Sanatia beschikbaar om in samenwerking snel een ziekenhuisopname mogelijk te maken.

## 5.2.4.3. Functie 3

De rehabilitatie wordt in belangrijke mate gekenmerkt door de vele “tussenvormen” van zorg. Deze functie wordt gekenmerkt door een grote soepelheid om op deze manier tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van mensen die zich opnieuw inschakelen in de maatschappij. Omdat in het rehabilitatieproces steeds meerdere partners betrokken zijn, wordt deze activiteit dan ook gekenmerkt door samenwerking en afstemming met/van verschillende diensten rond de wensen en behoeften van de patiënt.

De rehabilitatie is een functie waarin veel van de deelnemende partners momenteel actief zijn (43 van de 53). Het feit dat er in Brussel weinig langdurige psychiatrische opnamemogelijkheden bestaan, heeft er toe geleid dat, sinds decennia, de langdurige zorg zich ambulant heeft kunnen ontwikkelen. Dit is een grote meerwaarde en loopt vooruit op de huidige geplande hervorming.

Er is dan ook veel know-how, een zeer gedifferentieerd aanbod vanuit een groot aantal ambulante organisaties. Deze opdracht wordt op zeer verschillende manieren ingevuld. Deelnemende Cgg's spelen bewust hun rol in de langdurige ambulante nazorg, RIZIV- conventies voor psycho-sociale rehabilitatie, PVT's hebben hun plaats zowel in het aanbod zowel overdag als 's nachts. Het netwerk beschikt binnen zijn partners over zowel hooggespecialiseerde rehabilitatieprogramma's als over laagdrempelige aanloopadressen voor psychiatrische patiënten.

De rehabilitatie vormt een aanloop naar de integratie en maakt het mogelijk dat patiënten niet langer opgenomen zijn in psychiatrische bedden.

#### 5.2.4.4. Functie 4

Deze functie voor hospitalisaties in crisissituaties zal gedragen worden door de verschillende ziekenhuizen die partner zijn van ons project. Het Sanatia ziekenhuis kan een uitgesproken rol spelen in die zin dat zij over een aanmeldingsdienst en een dienst “snelle consultaties” (binnen de 48u) beschikt, wat voor de patiënten – in de mate van het mogelijke – een garantie tot een efficiënte begeleiding geeft en eventueel een snelle opname. Om de kwaliteit van de hospitalisatie te verhogen, is het nadenken over de aanmeldingsfase essentieel gezien er een onderscheid kan gemaakt worden tussen een subjectieve en objectieve psychiatrische crisis.

Een hospitalisatie binnen de psychiatrie is inderdaad een keuze die talrijke gevolgen heeft op het vlak van de identificatie, de sociale contacten, het verder verloop van het traject van het individu,...

Iemand opnemen in een psychiatrische afdeling vraagt de nodige reflectie en verantwoordelijkheidszin van alle betrokken partijen..Binnen het netwerk zouden al de nodige vragen kunnen gesteld worden om te bepalen of een opname de meest geschikte oplossing is in de waaier van zorgvormen.

Tijdens een opname is het heel belangrijk om de patient op een zo globaal mogelijke wijze te beschouwen en rekening te houden met zijn vroeger en toekomstig parcours. Een ziekenhuisteam, samengesteld uit psychologen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, opvoeders,..., die nauw in contact staan met het netwerk van de patient, zouden een dergelijke begeleiding kunnen realiseren.

Deze functie wordt momenteel te zeer gekenmerkt door de breuk met de bestaande hulpverlening. Dankzij hernieuwde samenwerking zal er meer aandacht zijn voor de kwestie of een ziekenhuisopname al dan niet aangewezen is. Meer en beter overleg met verwijzende hulpverleners, een performante functie 2A, ... , moet ertoe bijdragen dat opnamen van patiënten beter overlegd, en daardoor meer afgewogen gebeuren. Tevens zal er meer aandacht zijn voor communicatie met andere hulpverleners die reeds betrokken waren in de zorg vooraleer de patiënt werd opgenomen.

Bij ontslag zal ervoor gezorgd worden dat de overdracht van de patiënt aan andere hulpverleners tijdig, met overleg en op transparante wijze gebeurt.

Ook nu al is er binnen Hermes overleg tussen centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en ziekenhuizen om de samenwerking beter te doen verlopen. Dit met het oog op meer aangepaste vormen van ziekenhuisopnamen (verwachtingen bij van de patiënt, duur van de opname, beschikbaar stellen van noodzakelijk informatie...).

#### 5.2.4.5. Functie 5

Deze functie wordt in de eerste plaats opgenomen door de Initiatieven voor Beschut Wonen, PVT's en de initiatieven Begeleid Wonen.

De initiatieven Beschut Wonen in Brussel worden gekenmerkt door hun kleinschaligheid. Het zijn dikwijls kleine structuren met weinig erkende plaatsen. Dit draagt ertoe bij dat het concept Beschut Wonen in Brussel zeer verschillende vormen kent en daardoor toegankelijk is voor patiënten met zeer verschillende behoeften en mogelijkheden. Er zijn zowel structuren die kleine zeer residentiële vormen aanbieden, als structuren die sinds 20 jaar het individueel beschut wonen aanbieden. Ook de infrastructuur is zeer verschillend, Er is zowel het architecturaal aangepast aanbod voor personen met behoeften aan veel zorg, als structuren die het beschut wonen organiseren in appartementen en studio's die ter beschikking worden gesteld door Sociale Woningmaatschappijen. De aansluiting met initiatieven voor beschermd werken zal verder worden uitgebouwd. De huidige pistes hiervoor situeren zich in het zoeken van samenwerking met wijkcentra of stedelijke diensten.

Gezien de huisvestingsproblematiek in Brussel (qua toegankelijkheid, kosten en kwaliteit) zal deze functie zich vooral dienen te ontwikkelen in samenwerking met de Brussels structuren voor huisvesting en stads-ontwikkeling.

De onthaalsector heeft hierbij een belangrijke bufferfunctie. Door samenwerking met de andere functies, moet het mogelijk zijn het verblijf van psychiatrische patiënten in de onthaalsector drastisch korter te maken.

De reguliere thuiszorgdiensten betekenen voor patiënten in deze functie een onmisbare steun.

.

#### 5.2.4.6. Werken op de onderlinge relaties

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

Het volstaat niet om een groot aantal instellingen en organisaties te hebben in een netwerk. Een netwerk bestaat maar omdat er relaties zijn tussen de verschillend hulpverleners uit verschillende diensten. Deze samenwerkingsrelaties zullen op verschillende vlakken gefaciliteerd, aangegaan of verbeterd worden.

#### Samenwerkingsprotocollen

Deze samenwerkingsprotocollen bieden een basis waarop de meeste transmurale activiteiten kunnen georganiseerd worden. De protocollen moeten ertoe leiden dat de samenwerking structureel geregeld is. De te ontwikkelen protocollen dienen zowel de instroom als de uitstroom te beschrijven en te sturen. Goede protocollen moeten er toe leiden dat patiënten niet langer dan nodig in niet-aangepaste zorg zitten. Protocollen structureren de dagdagelijkse samenwerking.

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

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

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

#### Samenwerking en uitwisseling

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

#### Specifieke doelgroepen

Specifieke doelgroepen vragen om specifiek aangepaste afspraken, specifieke methodieken en aangepaste structuren (zoals Smes, Diogenes, Hermes,... ). Het netwerk heeft via zijn partners en door zijn territoriale inplanting contact met zeer specifieke doelgroepen. Voor deze verschillende groepen bestaan verschillende goed functionerende - dikwijls tijdsintensieve – begeleidings- en overlegvormen of netwerken. De methodieken zullen aangeboden worden als vorming en zullen zodoende gedeeld worden met andere netwerken om zo verder ontwikkeld of uitgediept te worden. Dit moet bijdragen tot een grotere sensitiviteit voor de verschillende behoeften die psychiatrische patiënten stellen.

#### Referentiepersonen

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

### Brugfuncties

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

### Vorming

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

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

### Informatie:

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

## **5.3 Nieuwe rollen**

..

De nieuwe rollen werden hoger in het document uitgewerkt en benoemd.

## **5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring**

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

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

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

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

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

## 5.5 Management- en bestuursmodel

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

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

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

## 6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

### 6.1 Fasering

#### Fasering:

De voorfase van het verzamelen van personen, diensten, organisaties en partners die de projectoproep zullen ondersteunen eindigt op 31 oktober 2010.

#### Eerste fase:

Indien Hermes Plus wordt goedgekeurd als project, zal 2 maanden na goedkeuring de coördinerende equipe zijn samengesteld. Er zal externe huisvesting worden gezocht.

Tevens zal in de eerste fase de mobiele equipe 2A worden uitgebouwd en gevormd.

#### Tweede fase:

Hermes Plus wil vooral op de onderlinge relaties tussen diensten werken. Dit zal gebeuren tussen de verschillende functies in werkgroepen. Deze werkgroepen worden geleid door kernpartners die worden bijgestaan door netwerkcoördinatoren.

De eerste belangrijke partners in de zorgcontinuïteit zullen samengebracht worden zijn:

- de relatie tussen het netwerk en de huisartsen,
- de relatie tussen de residentiële (onthaal- en ziekenhuissectoren) en de ambulante (geestelijke gezondheidszorg en sociale dienstverlening)

#### Volgende fasen:

Andere partners die de zorgcontinuïteit mee vorm geven, zullen samengebracht worden en dit voor alle functies. Partners kunnen hiertoe ook zelf het initiatief nemen en kunnen hiervoor beroep doen op de netwerkcoördinatoren.

Momenteel is het te vroeg om de fasering verder concreet te kunnen voorstellen.

## 6.2 Risico management

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De sterkte kanten van het netwerk zijn:

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

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

## 7. Financiering en middelenallocatie

### 7.1. Uitgangspunten

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

Het netwerk wil de bestaande organisaties met hun functies afstemmen op elkaar. Het netwerk kan beschikken over middelen die afkomstig zijn uit verschillende financieringsbronnen. De besteding van deze middelen gebeurt vanuit de volgende principes.

- Middelen uit het realloceren van middelen (bevriezing van bedden) worden toegekend aan het ontwikkelen van de 5 functies, waarbij de ontbrekende functies eerst worden ontwikkeld.
- Middelen uit het detacheren van personeelsleden worden bestemd voor het ontwikkelen van het netwerk en eveneens voor het ontwikkelen van de ontbrekende functies.
- Middelen die worden toegekend door de overheid aan het project, worden bestemd aan het uitbouwen en aan het functioneren van het netwerk en aan het verder ontwikkelen van onbestaande of onvolledige functies.
- Middelen die door de overheid worden voorzien voor de medische functie, zijn bestemd voor de medische functie.
- 

### 7.2. Toegezegde middelen

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

7.1.2. Momenteel zijn er geen bijkomende middelen beschikbaar vanuit het bevroren van psychiatrische bedden.

7.1.3. Hermes Plus kan beroep doen op bijkomende middelen van de ambulante sector. Het betreft momenteel 4 tot 6 ambulante functies. Hierbij dient te worden vermeld dat:

- deze bedragen “theoretisch” zijn en uitsluitend bestemd zijn voor het aanwerven van personeel.
- Dat mogelijk ook andere functies dan functies op A1 niveau dienen aangeworven te worden.

Om te vereenvoudigen werden de FTE's omgerekend naar een gemiddelde van 50.000 euro per FTE, 6 functies is m.a.w. gelijk aan 300.000 euros.

7.1.4. Binnen dit budget is de mogelijkheid behouden om diensten die personeelsleden afvaardigen naar werkvergadering van de groep “kernpartners”, hiervoor te kunnen vergoeden indien zij dit wensen (plafond van 30.000 €/jaar). Onze ervaring met het TP Hermes leert dat het advies en de know how van “seniors” in de hulpverlening, een onmisbare bijdrage vormt, die het verschil kan maken tussen een succesvol of een falend project.

7.1.5. Bijkomende middelen via andere partners zijn niet uitgesloten; de onderhandeling daarover zijn momenteel niet rond.

#### 7. 1.6. Budget Hermes Plus

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

### 1. *Coördinatie Hermes plus*

#### **Federale middelen Projectcoördinatie**

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Projectcoördinator 1FTE | 70.000 |
| Projectcoördinatie      | 30.000 |

#### **Ambulante middelen**

|                  |        |
|------------------|--------|
| 1 FTE omgerekend | 50.000 |
|------------------|--------|

**Totaal beschikbaar budget projectcoördinatie:**  $70.000 + 30.000 + 50.000 = 150.000 \text{ €}$

### 2. *Infrastructuur en middelen*

|                                     |        |
|-------------------------------------|--------|
| Huur                                | 25.000 |
| Communicatie – werking-<br>middelen | 15.000 |
| Mobiliteit                          | 10.000 |

**Totaal infrastructuur en middelen**  $25.000 + 15.000 + 10.000 = 50.000 \text{ €}$

### 3. *Mobiele equipe*

#### **Federale middelen**

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Beschikbaar budget | 350.000 |
|--------------------|---------|

#### **Ambulante middelen**

|                        |         |
|------------------------|---------|
| +/- 5 FTE omgerekend = | 250.000 |
|------------------------|---------|

**Totaal beschikbare middelen mobiele equipe**  $350.000 + 250.000 = 600.000 \text{ €}$

### 4. *Medische verantwoordelijkheid*

|                   |           |
|-------------------|-----------|
| Federale middelen | 225.000 € |
|-------------------|-----------|

**Totaal middelen medische verantwoordelijkheid**  $225.000 \text{ €}$

## Totaal

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Totaal beschikbaar budget projectcoördinatie | 150.000 € |
| werkingsmiddelen                             | 50.000 €  |
| Totaal beschikbare middelen mobiele equipe   | 600.000 € |
| Totaal medische verantwoordelijke            | 225.000 € |

**+ Totaal beschikbare middelen Hermes Plus 1.025.000 €**

### Toelichtingen:

- Om een kleine equipe 2A (1 persoon op dienst) 24/24 uur ter beschikking te stellen, schatten we dat dit een minimale bestaffing vraagt van 5 personen. Gezien de vergoedingen voor onregelmatige uren en nachtprestaties, komt dit overeen met een budget voor 8 FTE.
- Omwille van veiligheid en kwaliteit zal deze bestaffing gedurende bepaalde dagdelen ruimer dienen te zijn. Indien 1 persoon de nachtdienst doet (?) en de andere 4 personen telkens met twee aanwezig zijn, betekent dit een kost van 15 personeelsleden.  $15 \times 50.000 = 750.000 \text{ €}$  ... jaarlijks te indexeren. Hieraan moet een leidinggevende en een "reserve" personeelslid worden toegevoegd.
- Hermes Plus wil zich verder ontwikkelen als een centraal geleide structuur die de relaties tussen de zorgverleners faciliteert en stimuleert. Daarom wordt gekozen voor een organisatiestructuur die dit proces kan steunen, kan ontwikkelen en sturen. Dit verklaart de hoge coördinatiekost.
- Hermes Plus wordt qua locatie buiten elke andere deelnemende organisatie gesitueerd en onderhoudt geen preferentiële banden die verschillend zijn voor verschillende partners.
- Er wordt gekozen voor een relatief grote bestaffing om continuïteit en beschikbaarheid te garanderen.

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

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

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

Het project Hermes Plus heeft deelgenomen aan alle vergaderingen die door het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Brussel Hoofdstad werden ingericht.

# **Bijlagen**

**Bijlage 1: Overeenkomst Tevredenheidsonderzoek Lucas**

**Bijlage 2: Verwijzing naar verschillende publicaties**

**Bijlage 3: Beschrijving functies van diverse partners Hermes plus**



Kapucijnenvoer 39 bus 5310  
3000 Leuven  
☎ +32(0)16 33 69 10  
fax: +32(0)16 33 69 22  
[www.kuleuven.be/lucas](http://www.kuleuven.be/lucas)

## **OVEREENKOMST PROJECTFINANCIERING**

### **'Tevredenheidsonderzoek HERMES'**

#### **Tussen de ondergetekenden, partijen bij deze overeenkomst:**

De Katholieke Universiteit te Leuven, waarvan de bestuurszetel gevestigd is te 3000 Leuven, Oude Markt 13, vertegenwoordigd door prof. dr. Mark Waer, rector, en prof. dr. Chantal Van Audenhove, optredend voor LUCAS, hierna genoemd "LUCAS".

en

vzw Antonin Artaud, Grootgodshuisstraat 10 te 1000 Brussel, vertegenwoordigd door de heer Patrick Janssens, administratief coördinator,

#### **OVERWEGENDE DAT**

"Hermes" richt zich naar personen met ernstige en langdurige psychische problemen, woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Deze mensen hebben vaak ernstige sociale problemen en het is een moeilijk proces om voor hen het passende zorgaanbod samen te stellen.

"Hermes" is een netwerk van organisaties **de vzw is daar lid van?** die elk op zich actief zijn in de zorg. Het zijn instellingen, diensten of personen die in de 1<sup>ste</sup>, de 2<sup>de</sup> of de 3<sup>de</sup> lijn een aanbod hebben voor de hogervermelde doelgroep. Wat hen bindt in dit netwerk is het overleg dat zij organiseren rond personen met ernstige psychiatrische problematiek. Momenteel wordt dit overleg ontwikkeld rond het optimaliseren van het "(her-)oriënteringsproces" dat voor een bepaalde groep van deze personen moeizaam, traag en gecompliceerd verloopt.

#### **WORDT OVEREENGEKOMEN WAT VOLGT:**

##### **Art. 1 Voorwerp van het Onderzoek**

Lucas zal een onderzoek voeren omtrent de mate van tevredenheid van de managers, de hulpverleners/ referentiepersonen en de gebruikers van Hermes. Lucas gebruikt als vertrekbasis de wetenschappelijke kennis over evenwichtige zorg in de samenleving voor mensen met langdurige en ernstige psychische problemen. Volgende deelaspecten van de werking komen aan bod in de bevraging:

Het functioneren van het netwerk:

De activiteit van het netwerk bestaat uit het ontwikkelen van een gestructureerd overleg rond iedere patiënt in het kader van een (her)oriënteringsproces. Om dit te organiseren is een netwerkstructuur nodig. Het onderzoek zal op volgende vragen een antwoord geven vanuit het perspectief van het management:

Op welke punten functioneert die structuur optimaal en welke zijn de knelpunten in de samenwerking tussen de diensten? Wat is de reële uiteindelijke kost van het netwerk, en voor de deelnemende organisaties? Wat is er nodig om het netwerk logistiek voldoende te ondersteunen?

Het netwerk is bedoeld als een open netwerk en dus toegankelijk voor alle diensten – zowel voor aanmelding als voor samenwerking. Wordt dit als dusdanig gepercipieerd? Wat is er nodig om het netwerk verder uit te bouwen of beter te ondersteunen?

Welke tijdsinvestering impliceert het netwerk voor elke organisatie? Welke return levert dit op? Wat is de kosten – baten verhouding voor de verdere ontwikkeling van de eigen organisatie als voor de dagelijkse activiteiten?

#### De kenmerken van de gebruikers

Lucas analyseert de instroom gegevens en proberen op basis hiervan het profiel van de gebruikers te beschrijven en te analyseren. Volgende vragen staan centraal:

Wie bereikt men vooral? Welke kenmerken heeft de doelgroep?

Uit welke sectoren wordt aangemeld – en wat is de achterliggende dynamiek van deze aanmeldingen?

#### Het functioneren van de deelnemende hulpverleners

In de bevraging van de hulpverleners wordt op volgende vragen gefocust:

Wat is de meerwaarde om als hulpverlener deel uit te maken van een zorgcircuit rond één cliënt? Welke knelpunten levert dit op? Voor het eigen functioneren als hulpverlener? Voor de patiënt? Voor de organisatie? Voor de aanpak? Voor de samenwerking met andere hulpverleners?

#### De concrete werking rond patiënten

De hulpverleners worden bevraagd over het klinisch functioneren. Een zorgcircuit zal immers op het klinische vlak andere keuzes maken dan een individuele hulpverlener. Wordt dit zo ervaren? Welke leerervaringen doet men hierin op? Welke voordelen en nadelen ziet men hieraan? Wat is er nodig om deze processen te ondersteunen?

Wat zijn de werkzame factoren in het bereiken van de doelstellingen van de patiënt? Wat werkt er en wat werkt niet in deze aanpak?

Welke zijn de stappen/fasen in het oriënteringsproces? kennismaking met andere structuren, informatie, planning, opvolging, communicatie transparantie – wat werkt motiverend / demotiverend – voor de cliënt en wat werkt motiverende en demotiverend voor de hulpverlener?

Wat zijn de verwachtingen van diegenen die de aanmeldingen doen ? Wanneer besluit een organisatie een aanmelding te doen ? Wat betekenen tijd en ruimte in de begeleiding van deze patiënten ?

#### Op gebied van de overlegmethodiek met referentiepersonen

Hermes ontwikkelde een gestructureerde overlegmethodiek en maakt gebruik van referentiepersonen die toegevoegd worden aan het te ontwikkelen zorgcircuit. Deze personen staan los van de instellingen die de zorg voor de patiënt aanbrengen, maar coördineren de hulp. De referentiepersonen beantwoorden vragen over de sleutelkenmerken van de begeleiding in het oriënteringsproces, de sleutelkenmerken van de referentiepersonen, nood aan ondersteuning, supervisie en vorming.

#### Bevraging van de gebruikers

De gebruikers zelf zullen bevraagd worden over hun perceptie van de hogervermelde kenmerken van de aangeboden zorg en zorgorganisatie. Het participeren aan het overleg over de eigen hulpverlening is hierin een belangrijke focus. Vindt men dit een meerwaarde of zou men liever niet participeren ? Welke knelpunten ervaart men en wat zou men wensen dat er aan de zorg toegevoegd of gewijzigd wordt.

### **Art. 2 Methode**

Lucas ontwikkelt een bevraging voor de managers en de hulpverleners/ referentiepersonen en voor de gebruikers een gestandaardiseerd interview aan te vullen met een vragenlijst (visie op zorg). Deze bevraging is kort en krachtig en betreft een beperkt aantal sleutelelementen in de zorg en enkele open vragen.

In enkele overlegmomenten wordt het ontwerp van bevraging afgestemd op de beginvraag.

De elektronische bevraging wordt gericht aan het volledige adressenbestand van de hulpverleners en managers van Hermes. Hierbij wordt de Privacywetgeving nageleefd. De bevraging van gebruikers gebeurt door een student in het kader van een masterproef.

De student verwerkt ook de resultaten van de elektronische bevraging.

Het onderzoeksrapport biedt een overzicht van de antwoorden op de onderzoeksvragen en situeert deze binnen de onderzoeksliteratuur en formuleert aanbevelingen voor het beleid.

### **Onderzoeksequipe**

Maria De Groof, wetenschappelijk medewerker Lucas  
Ann Desmet, senior onderzoeker Lucas  
Prof dr. Chantal Van Audenhove, directeur Lucas

### **Art. 3 Tijdsplan**

Afwerking onderzoeksvoorstel en contract: 30 augustus 2010  
Eerste ontwerp van vragenlijst en interview: ter bespreking eind september  
Oktober- december: bevraging  
Februari – maart: verwerking gegevens door de student  
ontwerp rapportering: april

Eindrapport: eind mei 2011

#### **Art. 4 Budget**

Antonin Artaud stelt een subsidie ter beschikking van Lucas ten belope van 25.000 euro incl. overhead K.U.Leuven 17%, verdeeld als volgt:

20.750 euro waarvan

12.000 euro personeelskosten

4000 euro projectleiding

4.750 euro werking voor :

- ontwikkeling electronische bevraging
- vertaling vragenlijsten
- verplaatsingskosten student
- layout rapport

Lucas stelt hiervoor de nodige schuldvorderingen op.

#### **Art. 5 Resultaat**

De eindproducten of resultaten die in het kader van het project worden gerealiseerd, zijn de intellectuele eigendom van LUCAS.

De resultaten zullen ter beschikking worden gesteld van Antonin Artaud.

Opgesteld te Leuven op 14 september in twee exemplaren waarbij iedere partij verklaart een exemplaar te hebben ontvangen

Voor K.U.Leuven

Voor Antonin Artaud

Prof.dr. Mark Waer  
Rector

Patrick Janssens  
Administratief coördinator

Prof.dr. Chantal Van Audenhove  
Directeur LUCAS

## Bijlage 2

De volgende publicaties ondersteunen de telling dat een grote groep personen met ernstige psychiatrische problemen niet in de psychiatrisch zorg zitten:

1. Wang, PS et al 2007: Use of mental health services for anxiety... Lancet 370, 841-850
2. Thorincroft 2007 Most people with mental illness are not treated. Lancet 370, 807-808.
3. De omvang van de groep van ernstig en langdurig psychisch zieken, K. De Rick, C. Van Audenhove, F. Lammertyn

## Bijlage 3

Een heel aantal partners hebben een beschrijving gegeven van hun huidige werking in het kader van de 5 functies. Een aantal partners hebben de tijd niet gehad om ons dit schriftelijk te bezorgen maar hebben ons mondeling hun score bevestigd. Hier volgen er een aantal komende uit heel diverse sectoren:

### **Fiche I.Naam:** Familiehulp

**Gemeente:** Zorgregio Brussel werkzaam in Brussel 19

**Beschrijving van de activiteiten van de dienst:** Familiehulp is een autonome dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg in Vlaanderen en Brussel. Familiehulp biedt een uitgebreid gamma van thuiszorgdiensten aan zoals gezinszorg, bejaardenzorg, kraamzorg, opvang voor zieke kinderen, zorg voor psychisch zieke cliënten, poetshulp en karweihulp. Iedereen die (tijdelijk) ondersteuning nodig heeft bij verzorgende of huishoudelijke taken kan beroep doen op Familiehulp. De zorgverlening kan zowel preventief, als ondersteunend of vervangend zijn. Kwaliteitsvolle en verantwoorde thuiszorg op maat, op basis van de noden en behoeften met als belangrijkste doel personen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten verblijven, is het hoofddoel van Familiehulp.

### **Functies:**

Functie 1

### **2. De mate waarin u geheel of gedeeltelijk aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door de FOD tegemoet komt.**

Functie 1: De basiswerkers zijn continu en frequent aanwezig bij de cliënt. Op die manier zijn zij de eersten om te constateren hoe het gaat met de cliënt. Hun werkplek is immers de thuisomgeving van de cliënt zelf.

De sectorverantwoordelijken nemen deel aan multidisciplinair overleg naar aanleiding van individuele cliëntsituaties. Het multidisciplinair overleg is samengesteld uit de betrokken hulpverleners van de verschillende organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg.

| Functie: | Score: | Bijkomende activiteiten: |
|----------|--------|--------------------------|
| 1        | 4      | !                        |

“!” Onze medewerkers komen meestal vaker aan huis bij cliënten dan de gemiddelde hulpverlener van andere organisaties en op een heel laagdrempelige manier.

Vanuit die optiek kan Familiehulp een meerwaarde betekenen in multidisciplinair overleg met andere organisaties van het netwerk rond een cliënt. De informatie-uitwisseling tussen hulpverleners bevordert de kwaliteit van de hulpverlening in twee richtingen. Onze medewerkers spelen een grote rol in de observatie en signalisatie van verandering in gedrag van de cliënt. Diensten als een CGG of psychiatrische ziekenhuizen, e.a. kunnen onze medewerkers handvatten aanreiken over hoe ze best omgaan met bepaald gedrag en hoe men op tijd kan inspelen op veranderende noden van een cliënt.

### 3. Middelenallocatie.

Vanuit Familiehulp kan een stafmedewerker 1 uur per week aan een overlegplatform deelnemen ter ondersteuning van het project.

Sectorverantwoordelijken van de Zorgregio Brussel nemen deel aan multidisciplinair overleg naar aanleiding van individuele cliëntsituaties.

## Fiche II 1. Identificatie

Naam van de dienst: **DGGZ/ CSM Antonin Artaud**

Gemeente waar de dienst is gelegen en de gemeenten waarop de dienst hoofdzakelijk actief is: Brussel 1000

### 2. De mate waarin u geheel of gedeeltelijk aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door de FOD tegemoet komt.

Functie 1: score 5 “ ! ”

Functie 2A: score 1

Functie 2B: score 5

Functie 3: score 4 “ \* ”

#### Functie 1 “ ! ”

Als diensten waarmee we regelmatig samenwerken vragen om in te gaan op situaties waarbij zij appel moeten doen op psychiatrische zorg, gaan we hier dikwijls wel op in – ook als de cliënt tot dan toe niet is gekend door de dienst

#### Functie 1 “ ! ”

De dienst is sterk betrokken in de ontwikkeling van de psychiatrische thuiszorg PsyCoT, en heeft het concept ontwikkeld van coördinatie van zorg door overleg te hebben met de hulpverleners in aanwezigheid van de patiënt

### Functie 3 “\*”

CSM /DGGZ Antonin Artaud heeft een structurele samenwerking met het laagdrempelig dagactiviteitencentrum “Den Teirling door het beschikbaar stellen aan van personeel in logistieke functies. Soms wordt deze samenwerking voor beperkte periodes uitgebreid met begeleiding of animatie.

### Functie 3 “\*”

De dienst biedt de vorming aan medewerkers die binnens het therapeutisch project Hermes de rol van referentiepersoon op nemen.

## Fiche III Gevraagde gegevens van Lila voor aanvraag dossier art. 107

### Vraag 1. Identificatie

Naam: Lila, project PZT (psychiatrische zorg in de thuissituatie)

Gemeente waar dienst is gelegen: Vorst

Gemeente waarop de dienst hoofdzakelijk actief is: Brussel Hoofdstedelijk Gewest

Beschrijving van de activiteiten van de dienst: Het project psychiatrische zorg in de thuissituatie richt zich tot personen met een psychiatrische problematiek die in hun thuismilieu verblijven en hun hulpverleners. Het aanbod bestaat uit drie luiken

1. Case management
2. Coaching van hulpverleners
3. Coördinatie van overleg

Functies: 1,2 en 3

### Vraag 2. De mate waarin u geheel of gedeeltelijk aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door het FOD tegemoet komt:

| Functie | score | Bijkomende activiteit |
|---------|-------|-----------------------|
| 1       | 4     |                       |
| 2 (2b)  | 4     | !                     |
| 3       | 5     | “*”                   |
|         |       |                       |

Toelichting functie 2: lila biedt begeleiding aan personen met psychiatrische problematiek en hun familie in hun thuismilieu, maar is geen crisisinterventieteam.

Toelichting functie 3: Naast begeleiding van de patiënt en zijn familie biedt Lila ook **coaching** aan eerstelijns hulpverleners die in aanraking komen met personen met een psychiatrische problematiek. In functie van de integratie van de patiënt in de maatschappij wordt het netwerk rond de patiënt verstevigd, waarbij het van groot belang is dat er duidelijke afspraken zijn tussen de verschillende geledingen van dit netwerk. Via **gecoördineerd overleg** is tussen patiënt en hulpverleners het mogelijke informatie uit te wisselen, afspraken te maken en te evalueren. Zo'n overleg kan eenmalig of op systematische basis georganiseerd worden.

### Vraag 3: middelenallocatie

Hierop kan ik niet direct antwoorden. Ik wil dit wel in team en stuurgroep bespreken.

## Fiche IV

### INITIATIEF ANTONIN ARTAUD – BESCHUT WONEN

GEMEENTE: 1000 Brussel, actieterrein 1000 Brussel

BESCHRIJVING: 22 appartementen gesitueerd op het grondgebied van 1000 Brussel waarin een individueel project beschut wonen wordt aangeboden, op maat van de cliënt.

FUNCTIES: 2b + 3 + 5 + 6

#### FUNCTIE 2b: ambulante interventies bij hoogdringendheid – SCORE 5

Wanneer een resident zich in een situatie bevindt die dringende interventie vereist opteert de equipe beschut wonen ervoor de contacten via huisbezoek en/of permanentie te intensifieren. Het doel van deze interventies is voornamelijk gericht op het vermijden (indien mogelijk) van een hospitalisatie en het stimuleren en ondersteunen van de zelfredzaamheid van de resident.

#### FUNCTIE 3: Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie – SCORE 4

De individuele begeleiding van de resident stimuleert en ondersteunt de (re-)integratie in de maatschappij door gebruik te maken van de middelen en mogelijkheden die de maatschappij aan éénieder aanbiedt. Het begeleiden naar en het ondersteunen van activiteiten binnen de socio-culturele sector maken deel uit van de dagdagelijkse begeleiding. Dit draagt ons inziens bij aan de beoogde autonomisering van elke resident met als doel een zo goed mogelijke integratie in de maatschappij.

#### FUNCTIE 5: Specifieke woonvormen – SCORE 5/5

We menen dat mensen met ernstige psychiatrische moeilijkheden die een intensieve en frequente zorg nodig hebben, daarvoor niet in groep moeten wonen of moeten leven in een klein residentieel kader. Als cliënten dat willen kunnen we intensieve psychiatrische zorg waarborgen met behoud van **maximale individuele vrijheid en privacy**.

We zijn ervan overtuigd dat huisvesting en omgeving een wezenlijk deel uitmaken van de reïntegratie van deze cliënten in de maatschappij.

De begeleiding en interventietechnieken bestaan uit volgende punten:

- Hoofdbegeleider en co-begeleider om een maximale continuïteit van zorg te kunnen garanderen.
- Permanentie: Drie maal per week is er iemand van het begeleidingsteam aanwezig en bereikbaar op het bureau : maandagochtend van 9u tot 12u, woensdagnamiddag van 13u tot 16u en vrijdagmiddag van 13u tot 16u. Dit zijn vaste onthaaltijdstippen waarbij elke bewoner appel kan doen op een begeleider.
- Huisbezoeken: Een minimum van 1 huisbezoek per week is voorzien en overeengekomen met de resident. Bij crisismomenten zijn de tussenkomsten frequenter en soms zelfs dagelijks. In dringende crisissituaties kan een teamlid 24u/24u opgeroepen worden via een GSM
- Telefonische permanentie 24/24u: Zoals reeds vermeld kan een teamlid 24u/24u opgeroepen worden via een GSM.

#### Samenwerkingsovereenkomst met Sociale Woonmaatschappij “De Lakense Haard”

Op regelmatige tijdstippen wordt er aan personen die in het beschut wonen verblijven voorgesteld om te verhuizen naar een **sociale woning** in hun omgeving. Hierbij kan de begeleiding die wordt geboden door de equipe van het beschut wonen gewoon verder gezet worden door dezelfde begeleiders. De begeleiding wordt verder gezet, de woonplaats verandert. Hierdoor kunnen we cliënten vooral veel goedkoper huisvesten waardoor ze hun meestal beperkte financiële middelen opnieuw aan andere dingen kunnen besteden. Dit verhoogt de levenskwaliteit. Eventueel in een latere fase kan de begeleiding worden beëindigd zonder dat dit betekent dat de cliënt opnieuw dient te verhuizen. De cliënt blijft wonen, de begeleiding stopt. We menen dat deze vorm van het verlaten van beschut wonen reëel bijdraagt tot integratie en rehabilitatie aan het tempo en de mogelijkheden van de cliënt.

Deze werking is mogelijk omdat in de **samenwerkingsovereenkomsten** die werd afgesloten met de **Sociale Woonmaatschappijen “de Lakense Haard” en de “Brusselse Haard”**, deze instellingen ons een beperkte maar vaste “pouille” van appartementen ter beschikking stellen. Deze overeenkomst houdt tevens in dat indien

de begeleiding door de cliënt om welke reden dan ook wordt afgebroken, de cliënt kan blijven wonen waar hij woont. Het Initiatief Beschut Wonen Antonin Artaud krijgt dan een ander sociaal appartement ter beschikking.

#### FUNCTIE 6: Coördinatie

Gezien het feit dat de hulpverleners van het Initiatief Beschut Wonen deel uitmaken van een groter netwerk rond de patient is het dan ook vanzelfsprekend dat zij deelnemen of de organisatie op zich nemen van overlegmomenten tussen de verschillende hulpverleners. Het coördineren van de hulpverlening draagt bij tot een transparante en overzichtelijke begeleiding waarbinnen elke hulpverlener vanuit zijn specifieke missie toedraagt tot de continuïteit van de zorg.

## Fiche V

V.Z.W. Mandragora  
Gewijde Boomstraat 104, 1050 Elsene

Het is een project beschut wonen met een bicommunautaire erkenning dat werkzaam is in Elsene, Etterbeek, St.Gillis, St.-Pieters-Woluwe en Ukkel.

Het project omvat momenteel 47 plaatsen.

Functie 3, score 3

Functie 5, score 5

Het gaat om mensen met een psychotische problematiek die geholpen worden om zelfstandig te wonen en zich te reïntegreren in de maatschappij.

Er wordt gewerkt volgens het model van de psycho-sociale rehabilitatie.

We streven naar zorg op maat via een geïndividualiseerd zorgprogramma voor elke bewoner, dat aangepast is aan zijn vragen, behoeften en mogelijkheden. Samen met de bewoner worden de aandachtspunten benoemd en wordt er een zorgplan opgesteld.

Qua huisvesting probeert het project ook een antwoord te bieden op verschillende niveau's van behoeften en mogelijkheden tot zelfstandigheid en reïntegratie.

Er zijn 2 klassieke gemeenschapshuizen waar de bewoners gestimuleerd worden tot een grote zelfstandigheid en waar activering een belangrijk aandachtspunt is.

Op eenzelfde manier wordt er gewerkt met de alleenwonenden. Hier worden mensen begeleid die over wat minder sociale vaardigheden beschikken.

Een deel van deze groep gebruikt deze vorm van beschut wonen als tussenstap naar een vorm van zelfstandig wonen zonder of met beperktere begeleiding.

Een laatste vorm benoemen we als 'pensions'. Het zijn gemeenschapshuizen waar mensen wonen met een gestabiliseerd ziektebeeld, maar die minder zelfredzaam zijn. De focus van de begeleiding hier ligt meer op de ondersteuning van de ADL-activiteiten en minder op de activering.

Op deze manier probeert beschut wonen iedereen op zijn niveau een plaats te geven binnen de maatschappij.

## Fiche VI

Bijkomende informatie betreffende **vzw Beschut Wonen Primavera** voor **art. 107 Hermes plus**

### 1. IDENTIFICATIE

**Naam :** vzw BESCHUT WONEN PRIMAVERA asbl  
Kunstenaarsstraat 20  
1020 LAKEN  
02/479.89.19  
[beschutwonenprimavera@skynet.be](mailto:beschutwonenprimavera@skynet.be)

**Gemeente :** Beschut Wonen Primavera beschikt over een gedifferentieerd woonaanbod

- 1 gemeenschapswoning te **Jette** voor 4 bewoners (Jetselaan 120 A)
- 1 gemeenschapswoning te **Laken** voor 6 bewoners (Kunstenaarsstraat 20)

- 1 appartement voor 2 bewoners te Jette (Jetselaan 120 A 3<sup>e</sup> verd.)
- drie individueel appartementen te Jette, (Charles Woestelaan 177)
- Ook wordt begeleiding aangeboden binnen de eigen huisvesting van de cliënt  
Individueel Beschut Wonen. Momenteel in de gemeenten **1000 Brussel**, Laken, Jette

## **2. DE MATE WAARIN WE GEHEEL OF GEDEELTELIJK AAN DE DOELSTELLINGEN VAN DE FUNCTIE VOLDOEN ZOALS ZE BESCHREVEN WORDT DOOR HET FOD.**

De dienst vzw Beschut Wonen Primavera biedt zorg in **functies 1-3-5**

| <b>Functie</b> | <b>Score</b> | <b>Bijkomende activiteiten</b> |
|----------------|--------------|--------------------------------|
| Functie 2      | 2            | *                              |
| Functie 3      | 4            | !                              |
| Functie 5      | 5            | !                              |

### **Toelichting functie 2: BEHANDELING VAN BEWONERS IN EEN SUBACUTE OF ACUTE TOESTAND OF MET EEN CHRONISCHE PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK**

Beschut Wonen Primavera treedt regelmatig op bij crisissituatie, onmiddellijke interventie (dikwijls door telefonisch contact of begeleiden van bewoner naar zijn behandelend psychiater) en een hogere frequentie van huisbezoeken kan een eventuele ziekenhuisopname voorkomen ! Een multidisciplinair team staat ter beschikking van de bewoners. Voor dringende zaken is er buiten de gewone kantooruren steeds iemand van het team beschikbaar per GSM.

Indien er eventueel toch een hospitalisatie noodzakelijk is wordt er vanuit Beschut Wonen Primavera al vanaf de eerste week gedacht en gewerkt aan een eventueel ontslag. **(cfr. functie 4)**

### **Toelichting functie 3 : PSYCHOSOCIALE-REHABILITATIE**

Beschut Wonen Primavera stelt zich tot doel bij te dragen tot het stabiliseren en/of resocialiseren van mensen met psychiatrische problemen die geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis maar niet (of nog niet) volledig zelfstandig kunnen wonen.

De begeleiders hebben een ondersteunende, stimulerende en oriënterende rol en streven naar **zorg op maat !**

- Administratieve ondersteuning
- Budgetbegeleiding

- Aandacht voor hygiëne, huishoudelijke taken, voeding, fysieke gezondheid en psychische klachten, medicatie, ...
- Zoeken & opvolgen van zinvolle vrijetijdsbesteding en/of arbeidsrehabilitatie
- (Weder)opbouw van een sociaal netwerk
- Begeleiding naar externe diensten
- Helpen omgaan met psychotische symptomen, antipsychotische medicatie, verslaving, ...

Samen met de bewoner wordt op basis van bovenvermelde noden een **begeleidingscontract** opgesteld met, naast een geïndividualiseerde uitwerking van de doelstellingen, ook praktische afspraken over de huisbezoeken. Belangrijk hierbij zijn :

- Kennismaking en Oriëntatie; contact leggen en opbouwen van een samenwerkingsrelatie
- Onderzoeken en informatie verzamelen over de wensen, behoeften, ondersteuningsvragen, mogelijkheden en beperkingen, gewenste hulpbronnen
- Stellen van doelen
- Maken van een plan
- Uitvoering van het plan
- Evaluatie en terugkoppeling

### **3. MIDDELENALLOCATIE**

Vzw Beschut Wonen Primavera wil voornamelijk de woonfunctie mee invullen .... maar acht het momenteel onmogelijk om personeel uit te besteden.

#### **Fiche VII**

Partners Hermes Plus

1. Begeleid Wonen Brussel  
L. Wittouckstraat 54  
1020 Laken  
02/420.43.13  
[www.begeleidwonenbrussel.be](http://www.begeleidwonenbrussel.be)

Wij zijn werkzaam in heel het Brussels Hoofdstedelijke Gewest .

Wij begeleiden volwassenen met een handicap (verstandelijk, visueel, auditief, motorisch, autisme, aangeboren hersenletsel). Het merendeel van onze cliënten zijn mensen met een verstandelijke handicap. Een deel van hen leeft in kansarmoede en heeft bijkomend psychische problemen.

Daardoor beantwoorden we maar deels aan de doelstellingen omdat onze doelgroep maar een klein deel van de beoogde doelgroep vormt.

Functie 1 : score 3. Doordat we aan huis komen, merken we psychische moeilijkheden in een vroeg stadium op. We werken samen met eerstelijns hulpverlening (huisdokter) en met meer gespecialiseerde hulpverlening.

Functie 2 : score 2. Wij begeleiden enkele mensen met een chronische problematiek die er o.m. door onze aanwezigheid in slagen thuis te blijven en zelfstandig te wonen (met af en toe een korte opname)

Functie 3 : score 3. Sociale rehabilitatie (integratie in het dagelijks leven via werk, vrije tijd, zinnvolle relaties, ...) vormt een belangrijk onderdeel van de begeleidingen.

Contactpersonen :

Klaar De Smaele, Pedagogisch Verantwoordelijke, Bruggenbouwer met thuislozensector  
Valentine Lebacqz, Pedagogisch Verantwoordelijke, teambegeleidster.

## Fiche VIII

### 1. Identificatie

- naam: Bij Ons – Chez Nous
- gemeente : 1000 Brussel; actief in de regio Brussel
- functie(s) : functie 1 : Inloophuis voor thuislozen waar we vooral aan vroegdetectie doen

**2. De mate waarin u geheel of gedeeltelijk aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door de FOD tegemoet komt.**

Score voor functie 1 : 3

### 3. Middelenallocatie.

Bij Ons stelt zijn laagdrempelige onthaalruimte en diensten ter beschikking o.a. aan thuislozen met psychiatrische problematiek.

Indien nodig kan een werkracht 4 uur ter beschikking staan van het netwerk in functie van een gezamenlijk opzetten van de hulp en ondersteuning van daklozen met psychiatrische problematiek.

## Fiche IX

**Naam:** Psycho Sociaal Centrum St.Alexius-Elsene

**Gemeente :** Elsene. Het PSC bedient vooral Zuid-Brussel : Elsene, Etterbeek, Sint-Gillis en Oudergem

### **Beschrijving van de activiteit van de dienst :**

Het P.S.C. St. Alexius -Elsene is een psychiatrisch ziekenhuis voor deeltijdse hospitalisatie (dag- en nachthospitaal) en een rehabilitatiesetting voor relatief jonge volwassenen die lijden aan een langdurige psychotische stoornis.

**Functies :** 2b, 3 en 4

**Vraag 2 :** De mate waarin u geheel of gedeeltelijk voldoet aan de doelstellingen van deze functie zoals ze beschreven wordt door de FOD

Het P.S.C. St. Alexius-Elsene bidet zorg in de volgende functies zoals die beschreven worden de FOD

| <b>Functie</b> | <b>Score</b> | <b>Bijkomende activiteiten</b> |
|----------------|--------------|--------------------------------|
| Functie 2b     | 4            | *                              |
| Functie 3      | 4            | **                             |
| Functie 4      | 3            | ***                            |

\*Vanuit het P.S.C. St.Alexius-Elsene werd in 2006 gestart met ACT (assertive Community Treatment). TrACTor werkt volgens het ACT-zorgmodel en is een Nederlandstalig initiatief dat intensieve thuiszorg biedt aan mensen met een ernstige psychiatrische problematiek.

\*\*Het centrum werkt volgens een model van psychosociale rehabilitatie voor personen met een psychotische aandoening, waarbij een evenwicht nagestreefd wordt tussen individuele aanpak en gemeenschapsleven, tussen maatschappelijke integratie en respect voor het anders-zijn

\*\*\* Het gaat hier uitsluitend over deeltijdse hospitalisatie en de doelgroep wordt gevormd door patiënten met een psychotische problematiek.

Bij nachthospitalisatie overnachten de patiënten in het centrum en wordt gestreefd naar een zinvolle dagactiviteit, bij voorkeur buiten het centrum.

Bij daghospitalisatie worden kandidaten doorverwezen vanuit verschillende voorzieningen. Voor deze vorm van begeleiding wordt een bereidheid gevraagd om aan activiteiten deel te nemen die georganiseerd worden door het centrum. Een geïndividualiseerde aanpak blijft van toepassing : er wordt met iedere patiënt afgesproken hoeveel dagen ze naar het centrum komen.

### Vraag 3

Het Psycho-Sociaal Centrum St.Alexius-Elsene investeert al eigen middelen in het Act-project. Gezien het beperkt aantal bedden voor deeltijdse hospitalisatie (33 nacht en 11dag) zien wij geen mogelijkheid om bedden te heralloceren.

## Fiche X

### 1. Fiche Den Teirling

- Den Teirling dagactiviteitencentrum
- Gelegen te Elsene; actief op heel Brussels hoofdstedelijk Gewest
- Beschrijving: ontmoetingsplek met aanbod van dagactiviteiten voor personen die behoefte hebben aan dagbesteding en niet in het 'gewone' circuit terecht kunnen.
- Functie 3 : rehabilitatie en sociale inclusie

2.

| functie   | score | bijkomend |
|-----------|-------|-----------|
| Functie 3 | 4     | *         |

Den Teirling beantwoordt aan de beschrijving in functie 3, met voorbehoud voor de programma's met het oog op beroepsmogelijkheden.

Bijkomend heeft Den Teirling een sociaal-artistieke praktijk ontwikkeld, die tegemoet komt aan vele vragen m.b.t. herstel van de bezoekers. Deze artistieke praktijk is een methode op zich om te werken aan rehabilitatie en sociale inclusie.

### 3. Middelen:

Den Teirling heeft 3,5 VTE voor de functie, wat betreft ontmoeting en dagactiviteiten.

## Fiche XI

### Vraag 1

Naam: vzw Huize Jan De Wachter

Gemeente: De dienst is gelegen in 1000 Brussel en het gemeenschapshuis te 1020 Brussel (Laken)

Functie: 5

### Vraag 2

Functie 5 kent score 5

! Er is een samenwerkingsverband tussen het initiatief beschut wonen vzw Huize Jan De Wachter en Den Teirling voor de uitbouw van een activiteitencentrum in de Noord- west rand.

### Vraag 3

Voorlopig kunnen wij geen middelen ter beschikking stellen.

## Fiche XII

V.Z.W. Festina Lente  
Opperstraat 73, 1050 Elsene

Het is een project beschut wonen met Nederlandstalige erkenning dat vooral werkzaam is in de regio Elsene-Etterbeek.

Functie 3, score 3

Functie 5, score 5

Festina Lente is een project beschut wonen dat plaats biedt aan 19 bewoners: 16 bewoners zijn verdeeld over 3 gemeenschapshuizen en 3 bewoners worden individueel gevolgd.

Het gaat om mensen met een psychotische problematiek die geholpen worden om zelfstandig te wonen en zich te reïntegreren in de maatschappij.

Er wordt gewerkt volgens het model van de psycho-sociale rehabilitatie.

We streven naar zorg op maat via een geïndividualiseerd zorgprogramma voor elke bewoner, dat aangepast is aan zijn vragen, behoeften en mogelijkheden. Samen met de bewoner worden de aandachtspunten benoemd en wordt er een zorgplan opgesteld.

Festina Lente werkt in Brussel samen met de andere Nederlandstalige partners binnen de Geestelijke Gezondheidszorg, met name voor de projecten psychiatrische zorg in de thuissituatie Lila en het dagactiviteitencentrum Den Teirling.

Activering is een belangrijk aandachtspunt in de werking. We streven naar een gepaste activiteit op maat voor elke bewoner.

## Fiche XIII

### Vraag 1:

**Naam:** PAAZ Dienst Psychiatrie UZBrussel

**Gemeente:** Jette, Patiënten komen uit BHV.

### **Beschrijving van de activiteiten van de dienst:**

Kortdurende (max 3 weken) intensieve residentiële behandeling voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is. 30 A bedden.

**Functies:** 4

**Vraag 2:** Zoals beschreven in de FOD bieden we specifieke residentiële, intensieve observatie en behandeling aan. Het accent ligt daarbij op acute zorg, indicatie- en diagnosestelling en intensieve behandeling.

| Functie   | Score | Bijkomende activiteiten |
|-----------|-------|-------------------------|
| Functie 4 | 5     |                         |

## Fiche XIV

### Project Psychiatrische Thuiszorg "Psychiatrie – Coördinatie – Thuiszorg" PsyCoT

-De naam van de dienst: "Psychiatrie – Coördinatie – Thuiszorg" PsyCoT

-de gemeente waar de dienst is gelegen en de gemeenten waarop de dienst hoofdzakelijk actief is: De dienst is actief over het gebied Brussel Hoofdstad.

-de functie(s):

Functie 1: score 4

Functie 3: score 5

Functie 6 : Coördinatie ( \* )

Functie 6 : Coördinatie ( \* ) : De dienst heeft sinds 10 ervaring in het samenbrengen van de hulperleners, die vanuit verschillende zorgfuncties betrokken zijn in de zorg voor de patiënt. Het concept "referentiepersoon" werd hier voor ontwikkeld en werd overgedragen naar andere projecten in en buiten Brussel.

Functie 6 : Coördinatie ( \* ) : Vanuit de coördinatie van zorg, ontstond een netwerk van partners die over gans Brussel betrokken waren in de zorg voor psychiatrische patiënten. Dit netwerk bestaat momenteel uit hulpverleners die uit alle sectoren en geledingen van het sociaal werk, het algemeen welzijnswerk, justitie en uit de gezondheidszorg. Deze deelnemers aan de zorg hebben "de methodiek van het overleg" gemeenschappelijk.

## Fiche XV

### 1. Identification

- Prisme Nord-Ouest
- On est situé à Jette et nous intervenons sur les communes suivantes : Jette, Ganshoren, Berchem-Sainte-Agathe, Koekelberg, Anderlecht, Molenbeek, Laeken, Neder-Over-Hembeek, Strombeek-Bever, plus exceptions.
- F 1 car le SPF définit les SPAD dans cette fonction. F 2 car nous prenons en charge à domicile des patients chroniques et nous pouvons être amené à gérer l'urgence auprès de certains de nos patients.

### 2. D'après vous dans quelle mesure le ou les fonctions décrites ci-dessus correspondent aux objectifs tels que décrits par le Service Public Fédéral (SPF)

| Fonction   | Score | Activités supplémentaires |
|------------|-------|---------------------------|
| Fonction 1 | 4     |                           |

|            |   |   |            |
|------------|---|---|------------|
| Fonction 2 | 3 | ! | ! Le cadre |
|------------|---|---|------------|

de travail ne nous permet pas une prise en charge intensive (nous ne pouvons proposer un rendez-vous que toutes les 2 semaines). De même, l'intervention d'urgence est limitée.

### 3. (Ré)organisation des moyens

La prise en charge à domicile mobilise beaucoup d'énergie, notamment au niveau du temps, d'où l'impossibilité de proposer un encadrement plus soutenu et soutenant. Si nous voulons pouvoir proposer une prise en charge des moments d'urgence, il serait nécessaire d'augmenter les effectifs, ce qui permettrait notamment une plus grande flexibilité horaire et disponibilité.

## Fiche XVI

Nom: "Clinique Sanatia" ASBL

3 sites:

Hôpital psychiatrique. Rue du Moulin 27-29 à St Josse. Population de la commune et de l'ensemble de la région de Bruxelles-capitale

Fonctions remplies:

Fonction 1 score 2 par la pratique de pré-admission (RDV dans les 48h) diagnostics et prévention

Fonction 2 score 2 idem que pour fonction 1

Fonction 3 score 2 l'hôpital tente aussi de part son département des services cliniques de mettre la réhabilitation en route dès l'admission

Fonction 4 score 5

Fonction 5 score 1 l'hôpital a une fonction de travail aigu et n'est pas un lieu de résidence

MSP (Maison de soins psychiatrique) Rue du Collège, 45 à Ixelles. Population de l'ensemble de la région de Bxl

Fonctions remplies:

Fonction 1 score 2 prévention des rechutes des patients chroniques

Fonction 2 score 2 Ce score va augmenter par la mise en place espérée d'une équipe de travail à domicile avec les patients ayant quitté la MSP ou avant leur entrée

Fonction 3 score 3 la MSP vise avec tous les patients avec qui c'est possible une réhabilitation que ce soit par l'inscription de la vie de la commune ou du quartier ou via la mise en place d'une sortie possible vers des lieux moins structurants

Fonction 4 score 1

Fonction 5 score 5 C'est sa fonction première

Centre psychothérapeutique de jour "Le Canevas", Rue du Collège, 55 à Ixelles. population de toute la région de Bxl

Fonctions remplies:

Fonction 1 score 2 par la pratique des candidatures: diagnostics, reorientation et prévention

Fonction 2 score 3 Suivi des patients en crise aiguë ou chronique (à domicile possible si accord INAMI)

Fonction 3 score 5 C'est sa fonction première: centre de réhabilitation convention INAMI

Fonction 4 score 1

Fonction 5 score 1

## Fiche XVII

### 1.1. "ENTRE AUTRES"

**A.S.B.L.**

Rue Bonaventure 28

1090 BRUXELLES

Tél. : 02.478.93.62

Fax : 02.479.63.75

Fortis : 001-2018297-94

### REPONSE AU QUESTIONNAIRE HERMES

#### Question 1 :

**Nom :** Entre Autres asbl

**Commune :** Jette

**Description des activités de ce service :**

Ce service propose des habitations protégées semi-communautaires dans 8 entités différentes et 7 flats individuels.

**Fonctions :** 1, 2, 3 et 5

#### Question 2 :

| Fonction   | Score |
|------------|-------|
| Fonction 1 | 3     |
| Fonction 2 | 3     |

|            |   |
|------------|---|
| Fonction 3 | 3 |
| Fonction 5 | 5 |

#### **Notice explicative de la fonction 1 :**

- Score 3 : les habitations protégées ont une fonction importante dans la détection des difficultés que peuvent rencontrer les résidents ceci explique notre grande accessibilité (permanence de 9h à 18h tous les jours de la semaine).

#### **Notice explicative de la fonction 2 :**

- Score 3 : le service propose un suivi à domicile temporaire (le temps que l'accroche se fasse suffisamment avec un service extérieur) aux résidents qui s'installent dans leur propre logement

#### **Notice explicative de la fonction 3 :**

- Score 3 : le service propose un accompagnement au quotidien dans le développement des ressources personnelles du résident et l'acquisition de nouvelles possibilités.

#### **Notice explicative de la fonction 5 :**

- Score 5 : le service propose des logements semi-communautaires (chambre individuelle et espaces communautaires) et individuels pour 44 personnes avec un suivi psycho-social en fonction des besoins de la personne.

#### **Question 3**

Pour ce qui concerne cette question nous pouvons dire que notre institution est prête à répondre aux demandes dans la mesure de ses possibilités. Il nous semble compliqué d'être précis puisqu'on ne sait pas ce qui sera exactement demandé à chaque partenaire.

### **Fiche XVIII**

Les maisons d'accueil pour adultes en difficulté ont pour mission, comme leur mandat le précise, *l'accueil, l'hébergement et l'aide psycho-sociale adaptée aux bénéficiaires afin de promouvoir leur autonomie, leur bien être physique et leur réinsertion dans la société.*

Elles accueillent donc des adultes en difficulté, sans vraiment savoir ce que recouvrent ces difficultés, mais sans méconnaître que les difficultés se manifestent rarement seules quand c'est au seuil de leurs portes.

La maison d'accueil héberge la personne tout entière : il ne s'agit que rarement d'un "simple" problème d'hébergement, de lit à trouver pour la nuit. En accueillant la personne, on fait entrer avec elle le chapelet des difficultés qui l'ont "réduite" à cette démarche. Des problèmes familiaux, de relation, des problèmes de santé, un accident de vie, un contentieux avec la Justice, des assuétudes variées (de la CaratPils au Jeu, les combinaisons possibles sont nombreuses et cumulables), et d'autres souffrances parfois moins identifiées, plus intimes, mais pourtant bien réelles.

La maison d'accueil héberge la personne entière et non ses "seules" difficultés, et, si elle ne souhaite surtout pas être totalitaire, elle se comprend bien comme généraliste. Les 168 heures d'une semaine sont bien plus que le temps des repas, du repos, des entretiens et autres consultations, en interne comme en externe.

Et donc nous voici candidats à embarquer à bord du PSY107, car comme Monsieur Jourdain, sans le savoir, sans même en connaître l'existence, nous le faisons déjà, ce travail du PSY107 : alors, autant le faire avec d'autres, il paraît que l'union fait la force.

En accueillant et hébergeant des personnes qui ont occupé des lits (??) aigus, des lits (??) longue haleine, ou qui parfois feraient bien d'en occuper, nous sommes en plein dans le sujet, sans pouvoir optimiser les possibilités qui existent, en poussant à l'émergence d'initiatives qui devraient exister.

*Dans la fonction 1*, de promotion/prévention/dépistage/intervention précoce en SM, les maisons d'accueil occupent au moins des postes et des avant-postes de sentinelles. Si l'expertise est loin d'être pointue, les observations trouvent toute leur pertinence dans leur continuité, comme nous l'indiquions dans notre préambule.

*Dans la fonction 2*, quant aux équipes d'intervention mobiles qui se déplacent jusqu'au demandeur de soins, nous avons plutôt l'impression que l'exercice de la fonction 1 nous conduit à prendre le chemin inverse, et amener le demandeur de soins au prestataire, et que cet accompagnement se fait autant dans l'espace que dans le temps : attendre exige parfois un long accompagnement; c'est incontestablement un pôle qui devrait être renforcé par l'insertion dans un réseau PSY107

*Dans la fonction 3*, visant la réhabilitation psychosociale, les maisons d'accueil sont dans leurs missions, pour lesquelles seul du personnel social (éducateurs spécialisés/assistants sociaux) est prescrit. Il y aurait à assurer un renfort spécifique, sous une forme à préciser.

*La fonction 4 –hospitalisation de crise–* sera sollicitée auprès des acteurs spécialisés du réseau, de même que *la fonction 5, formes d'habitat et de séjour spécifiques.*

Il apparaît cependant que les maisons d'accueil ont une fonction pratiquement explicite de salles d'attente, que ce soit avant une hospitalisation, ou plus habituellement dans l'attente, sinon la quête d'habitats spécifiques. Elles exercent ici une combinaison des fonctions 1 et 5, en amont et en aval des phases critiques nécessitant l'appel aux unités intensives.

Les maisons d'accueil seraient donc bien à leur place dans un réseau PSY107, et trouveront tout intérêt à y participer explicitement plutôt que de n'intervenir qu'en appoint d'un travail réalisé par ailleurs, chacun faisant au mieux sa part de travail.