

Synthese werkgroep mobiele teams

Bij de start werden een reeks vragen geformuleerd. Deze vormden de basis voor het debat. In deze synthese is dan ook in vraag en antwoord opgemaakt. De vragen werden gebundeld in vier thema's:

- 1) opdracht van de mobiele teams,
- 2) samenstelling van de mobiele teams,
- 3) financiering en
- 4) haalbaarheid/randvoorwaarden.

1) Opgachten van de mobiele teams

- a. Welke zijn de opdrachten van de 2a- en 2b-teams?

In beide teams spreken we van **herstelgerichte behandeling**, maar dit is geen exclusiviteit van de teams. In die zin zijn er nog andere actoren in het netwerk die eveneens deze opdracht invullen. In het 2a-team spreken we vooral over begeleiden en behandelen van de crisis. In het 2b-team is behandelen gericht op herstel, rehabilitatie en screening van het netwerk (zowel zorg als sociaal). In beide gevallen gaat het over **gespecialiseerde GGZ** maar met een interventie die gericht is op verschillende doelstellingen en soms gericht op andere doelgroepen. Veel is afhankelijk van inclusiecriteria: hoe ernstiger, hoe meer je moet kunnen behandelen. Mobiele teams moeten dus behandeling kunnen opnemen (cfr buitenlandse modellen). Cliënten die reeds verder in hun herstel zitten kunnen perfect verder werken met een externe behandelaar.

Een mobiel team is een **onderdeel van een zorgprogramma en -functie georganiseerd in een netwerk**. De rol van gatekeeper lijkt ons binnen de Belgische context niet aangewezen. Het is wel belangrijk dat zij over een beperkt aantal bedden kunnen beschikken voor crisisopname, bij voorkeur verspreid over verschillende zorgactoren. Crisisbedden voor opvang van urgentie zijn eveneens noodzakelijk met een centralisatie op de spoeddiensten (cfr goede praktijken: Leuven).

Mobiele teams als **bruggenbouwer** naar zowel formele als informele zorg. Een coördinerende rol opnemen binnen het netwerk om tot een optimale samenwerking van de verschillende partners rond een cliënt te komen vormt een belangrijk deel van de opdracht. Een crisisteam moet de opdracht hebben om tijdelijk, en gedurende een overgangperiode de verbinding terug te leggen naar het reguliere netwerk. Indien de cliënt niet gekend is in het netwerk is het de opdracht om een netwerk rond de cliënt te maken. We beklemtonen dat iedereen binnen het netwerk zijn verantwoordelijkheid dient op te nemen (bv. door per dag 2-3 consultaties ter beschikking te stellen voor crisis). Dit is

werken in een netwerk en samen met actoren uit functie 1 middelen mobiliseren om een crisis op te vangen.

Opdat de mobiele teams goed kunnen werken en hun specifieke opdracht kunnen vervullen dienen ze ingebed te zijn in een netwerk van voorzieningen en moeten verbindingen gelegd worden met andere diensten. Hiervoor moeten we niet alleen kijken naar de GGZ voorzieningen daar er ook heel wat thuiszorg ondersteunende diensten aanwezig zijn in de samenleving waarnaar de brug kan gelegd worden.

Het is onmogelijk, en ook niet wenselijk dat mobiele teams vanaf het eerste contact ad finitum de gebruikers blijven bedienen. Het leggen van bruggen naar bestaande reguliere dienstverlening is hierbij een cruciaal element. Indien er geen doorstroming is zullen er nooit genoeg mobiele teams zijn. Behandeling door het mobiel team dient dus **zo kort mogelijk, maar zo lang als nodig** te zijn. Bij bepaalde cliënten binnen de doelgroep is zéér lange, soms levenslange begeleiding noodzakelijk.

Mobiliteit is niet de opdracht, maar een werkvorm die niet exclusief is voor mobiele teams. Mobiliteit is belangrijk voor evaluatie van de context, de thuissituatie en het contact met familie en omgeving. Mobiele teams zijn steeds mobiel, het is een specifiek kenmerk. Als het niet noodzakelijk is om aan huis te gaan, dan is het niet voor een mobiel team.

De "mobiele werking in het netwerk" beperkt zich niet tot de mobiele teams volwassenen. Aan de ene kant zijn er nog andere mobiele teams (vb internering). Aan de andere kant zijn er ook actoren (CGG, ziekenhuizen, welzijn, ...) die de mobiele teams kunnen ondersteunen in bepaalde situaties zoals in de transitiefase om zo de zorgcontinuïteit te garanderen.

Het mobiele en outreachend werken binnen een CGG gaat echter ten koste van de caseload en de toegankelijkheid van het aanbod. De samenwerking tussen de mobiele teams en het CGG voor de EPA-doelgroep dient verder onderzocht te worden mede in het kader van garantie op zorgcontinuïteit van de cliënt en zijn omgeving.

De mobiele teams kunnen niet alleen naar de thuissituatie gaan maar kunnen ook een inreaching functie hebben bij bijvoorbeeld een opname in het ziekenhuis. Omwille van de zware en complexe zorgvragen kan het mobiel team de opname faciliteren en/of de zorg in het ziekenhuis intensifiëren.

Wanneer er reguliere zorg is aangewezen, doch omwille van wachtlijsten geen ruimte is, is het inschakelen van mobiele teams oneigenlijk gebruik van middelen. Dit is niet de opdracht van mobiele teams.

Rol van mobiele teams bij gedwongen opnames. De nazorg voor de mobiele teams kan geen standaardaanbod zijn, maar is een mogelijkheid wanneer er ook een zorginhoudelijke vraag is. De gedwongenheid zit aan de

kant van de gebruiker, niet aan de kant van de zorgactor. Het mobiel team kan niet verplicht worden om tegen de wil van de gebruiker aan huis te gaan. Net zoals bij andere voorwaarden zoals bijvoorbeeld de verplichting om naar een dagcentrum te gaan, is het mobiel team niet verplicht om hierop in te gaan als de zorgvrager dit aanbod weigert. Voor zorgvragers die ACT-zorg nodig hebben (zorgmijdende cliënten) kan het opnemen van een behandeling door een 2b-team in de voorwaarden soms noodzakelijk zijn om hen uit het ziekenhuis te kunnen houden. Dit dient steeds in overleg te gebeuren, een mobiel team kan hiertoe niet gedwongen worden. We verwijzen naar de werkgroep van de NRZV waar over gedwongen opname voorgesteld werd om geen gedwongen opname op te leggen aan een voorziening, maar wel een verplichting om de persoon in zorg te nemen binnen het netwerk. Het is dus wel de verantwoordelijkheid van het netwerk (waar het mobiel team deel van uitmaakt) om de zorg voor deze persoon te organiseren.

Het opnemen van een expertiserol bij evaluatie van gedwongen opnames is bij wet incompatibel met de psychiaterfunctie van een mobiel team (2a & 2b). De evaluerend psychiater mag immers niet de behandelaar zijn. Mobiele teams hebben een behandelfunctie.

Aanklampende zorg. Mobiele teams hebben een belangrijke rol bij personen met een ernstige psychiatrische aandoening die zorgmijdend zijn, en in een zorgwekkende situatie zitten.

b. Welke is de doelgroep/inclusiecriteria van de mobiele teams?

Voorstel beschrijving doelgroep mobiel 2b-team: 3 voorwaarden

- Psychiatrische stoornis: ernstige psychiatrische aandoening¹
- Factoren die situatie complex en/of chronisch maken (vb. Psychosociale factoren)
- Er is nood aan mobiele interventie in de thuissituatie om te werken met de complexiteit van de situatie.

Het is belangrijk dat het 2b-team zich richt op de meest kwetsbare doelgroep binnen onze maatschappij.

De prevalentie van deze doelgroep wordt op 0,11%² van de bevolking geschat. Er zijn onvoldoende data over de geografische spreiding.

Voorstel beschrijving doelgroep mobiel 2a-team:

- Volwassenen in crisis
- Er is een veronderstelde psychische problematiek aanwezig
- Er zijn geen andere zorgvormen aanwezig in het netwerk

Omwille van transparantie en goede afspraken met de andere actoren in het netwerk wordt voorgesteld om bovenstaande omschrijving te bespreken binnen het netwerk en hierover duidelijke afspraken te maken.³

¹ Verwijzend naar het gebruik van wetenschappelijk gevalideerde schalen zoals Honos, Cansas, ...

² How many assertive community treatment teams do we need?, G.S. Cuddeback (2006)

³ Inspiratie kan gevonden worden in het model Volle van Noorwegen (nota module 1).

Mobiele teams hebben een **specifieke opdracht**. Het is **niet de bedoeling dat hiaten in het netwerk opgevuld worden door middel van mobiele teams**. Elke partner heeft een verantwoordelijkheid in het netwerk. Anderzijds dienen we bij het bepalen van inclusiecriteria tot op zekere hoogte rekening te houden met zowel karakteristieken van de gebruiker én van het sociale netwerk. Door middel van karakteristieken van de gebruiker en door middel van link met psychiatrische problematiek **vermijden we wel dat sociale problemen gepsychiatriseerd worden**.

Informed consent als inclusie criterium is niet aangewezen. (in tegenstelling tot wat fiche goede praktijk vermeld). Het is eigen aan de doelgroep (EPA) dat informed consent vaak niet verkregen wordt. Assertieve zorg of bemoeizorg zijn vaak aan de orde, waarbij in sommige situaties de oordeelsbekwaamheid van de cliënt in vraag kan gesteld worden. Informed consent als inclusie criterium stellen houdt net in dat cliënten met de meest ernstige problematiek uit de boot vallen. Het 2b-team moet zich dus vooral concentreren op de ernstig psychiatrische aandoeningen⁴ (en waarvoor à priori geen opname nodig is obv een 1^{ste} analyse van de situatie) waar informed consent niet steeds te verkrijgen is maar geen opname noodzakelijk is, in tegenstelling tot personen met mildere problematiek.

In een crisissituatie is de situatie zodanig ontregeld dat het ook hier niet wenselijk is om informed consent te formaliseren. Het feit dat de persoon opendoet en het team binnen laat, is ook al een vorm van toestemming. Als de deur niet opengaat wordt eerst gewerkt met het netwerk.

Leeftijd als criterium. De werkgroep opteert er niet voor om leeftijd als een strikt criterium te gebruiken tot 65 jaar en hierdoor ouderen uit te sluiten. Het lijkt ons echter belangrijk om naar het zorgprofiel en de zorgnoden te kijken. **Voor wat betreft ouderen zijn we van mening dat voor personen met een geriatrisch zorgprofiel of een typisch geriatrische aandoening (cognitieve stoornissen) eerder gespecialiseerd aanbod vanuit ouderenzorg noodzakelijk is, dit ongeacht de leeftijdsgrens**. Voor andere cliënten met ernstig psychiatrische aandoeningen is het regulier mobiel 2b-team aangewezen. Voor wat betreft **kinderen en jongeren** is een overlap met de schakelleeftijd noodzakelijk. Gezien de specifieke noden bij minderjarigen stellen we hier wel voor een minimumleeftijd van 16 jaar te hanteren. Dit geeft de mogelijkheid om in samenwerking met het netwerk kinderen en jongeren de schakelleeftijd te coveren. Onder deze leeftijd is specifieke expertise vanuit kinder- en jeugdpsychiatrie absoluut vereist.

⁴ Verwijzend naar het eventueel gebruik van wetenschappelijk gevalideerde schalen (HONOS, CANSAS, ...)

Wie kan aanmelden en doorverwijzen?

Net zoals je binnen elk zorgprogramma een module hebt voor advies en coaching, is er tevens een module nodig voor ondersteuning bij vraagverheldering als voorwaarde voor een goede doorverwijzing. Gelet op de huidige wachtlijst en de inclusiecriteria moet niet elke gebruiker behandeld of geïnccludeerd worden, maar wel tijdig doorverwezen, geheroriënteerd binnen het netwerk. Het is de opdracht van het lokale netwerk om een brede aanmelding en getrapte zorg in afspraak met de diverse partners te organiseren. De organisatie kan verschillen van netwerk tot netwerk (via een uniek telefoonnummer, afspraak tussen partners, ...)

Hier maken we onderscheid tussen 2a- en 2b-teams. Binnen een **2b-setting is er tijd voor assessment.. Hier kan iedereen aanmelden voor zover dit kadert binnen de opdrachten van het mobiele team**. Echter voor **2a** is een snelle respons vereist waarbij **professionals** (actief binnen de 5 functies van het netwerk en zowel ggz als niet-ggz) kunnen doorverwijzen (bij voorkeur de huisarts vanuit een trapsgewijs zorgmodel). We willen hiermee ook vermijden dat 2a-teams overstelpt worden met aanvragen, en omwille van deze overload aan screening niet meer aan behandelen toekomen. Familie van reeds gekende cliënten in het netwerk kunnen steeds rechtstreeks aanmelden (cfr goede praktijk crisiskaart en waakvlamfunctie).

c. Zijn gespecialiseerde teams voor specifieke doelgroepen wenselijk?

Voor enkele doelgroepen is zeer specifiek expertise vereist. Het lijkt ons dan ook aangewezen hiervoor **gespecialiseerde teams** te vormen. We weerhouden volgende doelgroepen:

- **Forensische psychiatrie**
- **Dubbeldiagnose verstandelijke beperking**
- **Ouderenpsychiatrie (cognitieve stoornissen & geriatrische profielen)**
- **Niet aangeboren hersenletsels**

Gezien de prevalentie van verslaving, en dubbeldiagnose met verslavingsproblematiek binnen de EPA-doelgroep is het belangrijk voldoende **expertise verslaving binnen reguliere mobiele teams** te voorzien.

d. Hoe verhouden de mobiele teams zich tot andere hulpverleningscapaciteit (vb met het mobiel team van beschut wonen?)

In een mobiel 2b-team is er een caseload van ongeveer 18 à 20 gebruikers per VTE, bij IBW is dit 8 per VTE wat vrij intensief is ten opzichte van het 2b-team. Ook IBW werken samen met de diensten voor gezinszorg en nemen in een aantal regio's opdrachten op die deels overlappen maar ook ruimer zijn dan de mobiele teams en dit 7 dagen/7 en 24u/24. Bovendien is de doelgroep in sommige regio's vrij gelijkaardig. Het is dan ook een opportuniteit

om in die gevallen waar zowel opdrachten als doelgroep samenvallen van het IBW en de mobiele 2b-teams, de werking op elkaar af te stemmen.

2) Samenstelling van de mobiele teams.

a. Samenstelling inzake personeelsomkadering van de teams?

De organisatie van de 2a- en 2b-teams is mede afhankelijk van de organisatie van andere zorgactoren in het netwerk maar is tevens een capaciteitsprobleem.

Niettegenstaande het merendeel van de 2a- en 2b-teams op het terrein vrij onafhankelijk van elkaar worden georganiseerd, is een verduidelijking van de eventuele link tussen beide teams wenselijk.

Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit: **psychiater, psychiatrisch verpleegkundigen, psycholoog, maatschappelijk werker, ergotherapeut, soms orthopedagoog** ikv dubbeldiagnose verstandelijke beperking, Ook aanwezigheid van ervaringsdeskundige (ED) is zinvol maar gelet op de brede waaier van inzetbaarheid opteert de werkgroep ervoor om de organisatie ervan op niveau van het netwerk te bekijken. De organisatie van een secretariële ondersteuning voor de mobiele teams is belangrijk.

Voldoende aanwezigheid psychiater noodzakelijk. Binnen 2a-team ziet de psychiater elke cliënt, en gaat indien nodig mee op huisbezoek. Wanneer een 2b-team zich richt op de doelgroep van de meest kwetsbare EPA-cliënten, dient hij voldoende beschikbaar te zijn om behandelfunctie op te nemen wanneer er geen psychiater aanwezig is in het netwerk van de cliënt. Indien nodig moet hij eveneens op huisbezoek kunnen (vb. bij ontregeling, zorgmijders,...).

Het minimum personeel nodig in een team 2a en 2b om operationeel te kunnen zijn zowel kwalitatief als vanuit veiligheid en rekening houdend met het feit dat de teams 2a en 2b samenwerken met andere partners uit het netwerk:

i. **2a-team:**

Beschikbaar 7/7 met een minimum van 12u tijdens de weekdays en 7u30 tijdens weekend en feestdagen. (Buiten deze uren maken de partners van het netwerk afspraken over de modaliteiten van crisisinterventies waaronder bijvoorbeeld de samenwerking met reguliere spoeddiensten, CAW, ... -> belang verdere uitrol en geografische spreiding EPSI)

De mate van beschikbaarheid van het team heeft gevolgen voor de andere actoren binnen het netwerk en dient meegenomen te worden in de datamonitoring en evaluatie in het netwerk.

Caseload 1 FTE/2-2,5, door hoge turnover (max behandeling van 6 weken): caseload per FTE op jaarbasis is tussen de 17 – 22 cliënten.

Om permanentie en kwalitatieve werking rond te krijgen is er nood aan een minimum van **12FTE/team** (onder de 10 krijg je permanentie niet rond). Groter dan 12 kan, kleiner eigenlijk niet.

Medewerkers zijn voldoende aanwezig ifv efficiëntie. Wanneer zij ½ in crisisteam werken en andere helft op residentiële crisisunit zou continuïteit in hulpaanbod kunnen verzekerd worden. Nadeel is echter dat ½ FTE voor onvoldoende continuïteit op de werkvloer zorgt. Medewerkers zitten meer in overleg dan bij cliënt.

De samenwerking met de spoeddiensten is belangrijk in het kader van continuïteit van de zorg.

ii. 2b-team

Hoeft niet noodzakelijk 7/7 en tot 22h beschikbaar te zijn. Behandeling en begeleiding is zo lang als nodig maar zo kort mogelijk. Moet wel voldoende kritische massa hebben om crisissen bij cliënten aan te kunnen (indien mogelijk schaal 2b-team de zorg op bij crisis. 2a-team is aan de orde wanneer ook contacten buiten uren 2b-team noodzakelijk zijn).

Caseload: 1FTE/18-20

Prevalentie: EPA 0,11%

Als men wil behandelen met het oog op herstel en opnamevoorkomend werken is de grootte van een 2b-team minimaal 8 FTE.

Het aantal mobiele teams 2a en 2b / 100.000 moet duidelijk worden geformuleerd als een programmatiernorm, te realiseren in functie van de mogelijkheden en beschikbare middelen (= groeiproces).

De grootte van de mobiele teams is geen statisch gegeven maar wordt in functie van de caseload bepaald en kan stapsgewijs worden opgebouwd ifv de noden.

- b. Hoe zien wij de rol en de plaats van de cliënt en de ervaringsdeskundige/ervaringswerker en familiedeskundige?

Binnen herstelgerichte behandeling/zorg is de rol van ervaringsdeskundigen en familiedeskundigen een grote meerwaarde en komen in surplus op het aantal FTE van de hierboven beschreven teams. Zij hebben specifieke en aanvullende en geen vervangende taken. Zij zijn lotgenoten die verder in hun verhaal staan en familie, cliënt en hulpverleners kunnen ondersteunen en perspectief bieden. Het vergt een leerproces voor zowel professionals als ervaringswerkers om tot een goede samenwerking te komen. Zeker in het 2b-team zijn ervarings- en familiewerkers belangrijk, binnen 2a verwachten we eveneens een meerwaarde, al is hier de ervaring vandaag beperkter.

Verder professionaliseren van ervaringsdeskundigen en familiedeskundigen strekt zeker de aanbeveling.

Binnen de regio's zijn grote verschillen op dit vlak. Vandaar het voorstel om de inclusie te starten op niveau van het netwerk waar een functieomschrijving in functie van de inzetbaarheid van zowel familie- als ervaringsdeskundigen wordt uitgewerkt. Het is een leer- en groeiproces dat zowel voor inzet van familie, cliënt als het team nodig is. Bovendien is hun inzet ook breder dan enkel de mobiele teams zoals de CGG, het ziekenhuis, ...

3) Financiering van de mobiele teams.

Met welke middelen uit het netwerk kunnen deze mobiele teams worden samengesteld?

De **verschillende opdrachten** van de mobiele teams worden als uitgangspunt genomen voor de bespreking van de financiering. Niet alle opdrachten van een mobiel team hoeven immers gefinancierd te worden via personeel afkomstig uit beddenafbouw en zijn we ook gaan kijken naar de middelen buiten het ziekenhuis.

Daarnaast werd ook gezocht naar **samenwerkingen en integratie van middelen** van reeds bestaande werkvormen die een gelijkaardig zorgaanbod leveren voor eenzelfde doelgroep.

Tot slot werd stilgestaan bij de vraag hoe men **de continuïteit van de werking van de mobiele teams** kan garanderen eens de bijkomende financiering van de werkmiddelen wegvallen. Cruciaal in dit verhaal is het derde contract dat in het kader van dit pilootproject werd afgesloten met een individueel ziekenhuis dat bedden heeft bevroren en een budgetgarantie inhoudt van de verschillende onderdelen van het BFM.

a. Opdracht behandeling en begeleiding

De personeelsomkadering (exclusief psychiater)⁵ van de mobiele teams zal vooral vrijgemaakt worden via bevroering van bedden. Hiervoor kunnen diverse kenletters in aanmerking komen zoals T, t, Tf, tf, Tg, A, a. De VTE van de PZT-projecten die vaak samenwerken met de 2b-teams kunnen voor hun behandelingsopdracht ingebracht worden in het mobiele team voor zover de coachingopdracht binnen het netwerk wordt georganiseerd. Algemene ziekenhuizen dienen mee te investeren in de netwerken 107 en zeker in het programma crisiszorg. De werkgroep heeft duidelijk een exclusie gemaakt wat betreft de residentiële zorg voor de forensische doelgroep, de dubbeldiagnose (psychiatrie en mentale beperking) en de plaatsen die voorzien werden in het kader van de trajecten voor de doelgroep niet aangeboren hersenletsels (NAH). Er is tevens een vrij beperkte residentiële capaciteit nodig voor een doelgroep met de meest ernstige en langdurige zorgnood en waarvoor vandaag geen of onvoldoende alternatieven voorhanden zijn.

⁵ De psychiatertijd voor een 120 T-bedden bedraagt 1 VTE. Dit is ruimschoots onvoldoende om hiermee de benodigde psychiatertijd in de mobiele teams te financieren. Voor de discussie verwijzen we naar de werkgroep medische functie.

Niettegenstaande het huidige moratorium vraagt de werkgroep aan de betrokken overheden om bijkomende reconversiemogelijkheden te voorzien naar functies en programma's in het netwerk die breder zijn dan de mobiele teams en poliklinische activiteiten.

De doelgroep voor kinderen en jongeren tot 16 jaar wordt niet meegenomen in de caseload van de mobiele teams. Ouderen worden voorlopig wel meegenomen ook al pleit de werkgroep voor een specifieke expertise/team voor cognitieve stoornissen en geriatrische profielen.

De grootte van een voorziening is tevens een remmende/faciliterende factor voor het aantal te bevriezen bedden? In kleinere ziekenhuizen is minder evident om volledige units af te bouwen zonder evenwel de continuïteit en het bestaan van het ziekenhuis in het gedrang te brengen. De budgetgarantie op de verschillende onderdelen is hierbij essentieel. Bovendien zijn de kostenvoordelen veel te gering om het verlies aan werkingsmiddelen te compenseren (zie verder). In sommige regio's waar er bijna geen ziekenhuisbedden zijn, ga je automatisch van buiten de regio investeerders moeten aantrekken om mobiele capaciteit te kunnen uitbouwen.

Naast het bevriezen van bedden is er ook nood aan intensifiëring van de activiteit in het ziekenhuis. In het ziekenhuis ontstaat er een enorme druk op de teams en zeker deze van de T-afdelingen, psychoseafdelingen, ... omwille van zwaardere zorgprofielen én een veel hogere turnover. De equipe die hiervoor wordt ingezet is niet meer aangepast aan de zorgnoden. De werkgroep stelt dat er een logische koppeling is tussen mobilisering en vermaatschappelijking van zorg enerzijds en de verandering van de activiteit in het ziekenhuis.

De werkgroep vraagt aan het overlegorgaan 107 om op korte termijn een werkgroep op te richten om een advies te formuleren inzake intensifiëring.

b. Mobiliteitsopdracht:

De specifieke opdracht van de teams is dat zij mobiel zijn. Alhoewel dit geen exclusieve opdracht is van de mobiele teams, is mobiliteit wel een belangrijke opdracht die vandaag niet in de residentiële zorg gefinancierd wordt.

In een aantal regio's is de bevolkingsdichtheid zeer klein en de verplaatsing heel groot. De kostprijs inzake mobiliteit stijgt hierdoor met een factor 1,3 of 1,7. Men stelt voor om in deze gebieden te experimenteren met een model waarbij een crisisaanbod wordt uitgebouwd en te werken met antennes die vlot toegankelijk zijn voor de patiënten maar die niet noodzakelijk mobiel moeten zijn. Er wordt ook gedacht aan consultatie via internet of generalistische consultatiepunten te garanderen waar het team naar toe gaat zonder evenwel lokale mobiele teams op te richten die bij elke patiënt aan huis gaat.

c. Intakegesprekken en overleg met netwerkpartners.

Via de MDO psy is er een vergoeding voorzien voor overleg met de eerste lijnsactoren zoals de SEL's, huisarts, Elke hulp- of zorgverlener rechtstreeks betrokken bij de zorg voor een persoon met een complexe en langdurige psychiatrische problematiek kan een multidisciplinair overleg aanvragen in de vorm van een rond-de-tafelgesprek waar gestreefd wordt naar een betere samenwerking en een goede afstemming van de zorg op de noden en verwachtingen van de patiënt of cliënt.

Een deel van de opbrengsten van het overleg van de SEL's kan gepoold worden voor de financiering van x VTE voor de organisatie van intake, overleg, advies en coaching vanuit het mobiele team. In het netwerk Halle-Vilvoorde gaat het concreet over een 0,5VTE.

d. Deskundigheidsbevordering (coaching en vorming) van niet GGZ-hulpverleners en laagdrempelige zorg bij zorgmijders.

Eerstelijnsactoren die zelf ook taken opnemen voor ggz-cliënten, stellen meer en meer de vraag aan medewerkers van de mobiele teams om bij hen de opdracht inzake deskundigheidsbevordering in te vullen. Het gaat dan bijvoorbeeld over een daklozenvereniging die het mobiel team vraagt om deskundigheidsbevordering voor hun medewerkers te organiseren en zijn bereid om voor de inbreng van deze expertise mee te betalen. Als je een medewerker een dag per week weghaalt uit het team dan kan je geen zorg leveren en moet je dit compenseren via bijkomende financiering: deskundigheidsbevordering wordt ingezet tegen betaling.

Idem voor medewerkers bij het OCMW die aan het mobiel team vragen om een halve dag in de week aanwezig te zijn. Zij hebben twee opdrachten:

- 1) Aanspreekpunt voor OCMW medewerkers die niet goed weten hoe om te gaan met mensen die niet in zorg zijn maar wel botsen op gedragsstoornissen.
- 2) De aanwezigheid van een medewerker van het mobiel team geeft als gevolg dat er een vrijblijvende en laagdrempelige aanbod is om ook met deze cliënten een vrijblijvend gesprek aan te gaan.

Deze opdracht mag de caseload en de werking van het team niet in gedrang brengen en komt bovenop de basiswerking van het mobiele 2b-team. Deze financiering is tevens een adhoc financiering en kan je niet structureel inbedden.

e. Samenwerkingen en integratie van middelen van reeds bestaande werkvormen die een gelijkaardig zorgaanbod leveren voor eenzelfde doelgroep.

In een aantal regio's overlappen de mobiele teams 2b, dagactivering en de initiatieven beschut wonen (zie supra) grotendeels in hun werking, zowel qua doelgroep als qua

werkwijze en doelstelling. Daarom de optie om een meer geïntegreerde samenwerking in de toekomst mogelijk te maken. Op die manier kan men een naadloze overgang realiseren van de ene module naar een andere module en werken aan het optimaliseren van de continuïteit van zorg. Door de zorg te scheiden van de wooncomponent worden alle middelen gepoold om samen met de mobiele teams outreachend in te zetten.

In andere regio's is er omwille van aantoonbare klinische verschillen⁶ geen overlapping tussen het 2b-team en het IBW. De zorgnoden zijn bijgevolg verschillend waarbij het 2b-team eerder als vervolgzorg wordt ingeschakeld op het IBW.

f. Werkingskosten/opbrengsten van de mobiele teams.

Op 25/1/2016 stelden de FOD Volksgezondheid en het federale kabinet dat wat de samenstelling van de mobiele teams betreft, deze enkel kunnen gevormd worden vanuit de bevriezing van ziekenhuisbedden. Daarnaast kondigden ze ook een gefaseerde vermindering aan van de werkmiddelen voor alle projecten.

	2016	2017	2018
10 pr	212.241,60	0	0
9 pr	424.483,20	212.241,60	0
4 pr	424.483,20	424.483,20	424.483,20

Deze werkmiddelen werden niet alleen gebruikt voor de aankoop of leasing van wagens, communicatiemiddelen, laptops, huur van gebouwen, ... maar eveneens voor de aanwerving van bijkomend personeel, vergoeding ervaringsdeskundigen, ...

Vraag aan kabinet en FOD: zijn deze B4-middelen nog voorhanden of werden ze bespaard? Indien deze budgetten er nog zouden zijn, is er het voorstel om deze middelen terug te verdelen ter financiering van de reële kosten in het netwerk, onder meer de ervarings- en familiedeskundigen te financieren.

De werkmiddelen bestaan onder meer uit huisvesting, mobiliteit, communicatiekanalen, laptops, zwaardere verzekeringen, het VTO-budget VTO, ICT, EPD, ...

Hoe wordt het verlies aan werkmiddelen gecompenseerd?

Ziekenhuizen die bedden hebben bevroren moeten niet alleen bedden inbrengen maar ook werkmiddelen die aan de bedden gekoppeld zijn. Dit is een hele moeilijke oefening want een aantal kostenelement blijven vast zoals vb de kok, ... Er is wel een deel van de middelen in het onderdeel B1 die ter beschikking wordt gesteld om een deel van de werkmiddelen te dragen. Het gaat hier dan vooral over de kost voor onderhoud, voeding en was en linnen. Deze kost kan pas echt bespaard worden wanneer ook een volledige unit kan bevroren worden en bedraagt maximum 125.000 euro.

⁶Vooraf op het niveau van functioneren via Global Assessment of Functioning (GAF), Honos, Canas ...

De werkingsmiddelen werden ook deels gebruikt voor de aanwerving van bijkomende VTE. Een aantal voorzieningen proberen deze budgetbesparing tijdelijk te bufferen (1 à 2 jaar maximum) in afwachting van een volgende fase in de bedbevrozing. Een aantal ziekenhuizen doen dit om het personeel niet te moeten ontslaan en de expertise toch te behouden in afwachting van een volgende bedbevrozing. In die regio's waar er meerdere ziekenhuizen aanwezig zijn kan men de noodzakelijke buffer solidariseren en verdelen maar als dit moet gedragen worden door 1 ziekenhuis is dit niet haalbaar.

Daarnaast kunnen ook werkingsmiddelen van PZT's ingebracht worden.

Is de behandeling gratis voor de cliënt?

Een bijdrage vragen aan mensen voor zorg waarvoor zij geen vragende partij zijn, is heel moeilijk. Ook in het overleg tussen hulpverlener en cliënt is de financiële component een belangrijk element in de afweging voor zorg.

De werkgroep stelt een getrapt systeem voor inzake aanrekening van remgeld. Indien de patiënt bereid is om zorg te krijgen, kan zoals met PZT, een vergoeding voor de werkingskosten gevraagd worden. Gelet op het financieel statuut van een groot deel van de patiënten zal dit remgeld beperkt zijn of herleid worden tot 0 euro in het kader van de maximumfactuur. Het probleem van doorverwijzing is niet alleen een probleem voor de mobiele teams want zelfs in ziekenhuizen willen mensen niet in ontslag gaan omdat de vervolgzorg duurder is. Het beleid inzake remgeld dient dan ook breder bekeken te worden in het netwerk.

4) Haalbaarheid van uitrol van de mobiele teams en randvoorwaarden.

We verwijzen dikwijls naar internationale modellen maar zij hebben voor de hervorming gedurende 10 jaar geïnvesteerd in versterking van de huisvesting (cf. Housing first). Opdat men iemand kan behandelen in zijn thuisomgeving moet er wel eerst sprake zijn van een thuisomgeving. De variabiliteit in de werking van de mobiele teams, zeker in de uitstroom van residentiële voorzieningen, wordt medebepaald door de mogelijkheden die het netwerk heeft inzake toegang tot wonen. Ook de aanwezigheid van mogelijkheden van ontmoeting, vrije tijd, verschillende vormen van participatie in de samenleving, ... zijn essentiële voorwaarden.

Binnen ons land zijn de middelen voor GGZ globaal niet alleen onvoldoende maar ook zeer ongelijkmatig verspreid. In sommige netwerken is de behandelkloof heel groot omwille van de beperkte beschikbare middelen. Verder middelen binnen die regio's vrijmaken voor de creatie van hoger omschreven mobiele teams is niet realistisch. Het is belangrijk dat de overheid deze regio's duidelijk definieert obv een aantal criteria.

In welke mate een meer gelijke spreiding binnen het netwerk en tussen de netwerken mogelijk is dient verder onderzocht te worden rekening houdend met de uitrol van de verschillende functies waaronder functie 4 binnen het

netwerk. In dit kader dient ook de ongelijke spreiding van de EPSI-middelen herbekeken te worden.

Gelet op de samenhang tussen vermaatschappelijking van de zorg en de hogere turnover en de intensieve en meer complexe opnames in het ziekenhuis, vraagt de werkgroep een goedkeuring van de IMC om binnen het overlegorgaan 107 een werkgroep op te richten die zich zal buigen over de nood aan intensifiëring van de residentiële zorg.

Een ander probleem betreft de meer rurale gebieden die eveneens dienen gedefinieerd te worden. De vraag is in welke mate er experimenteerruimte vanuit de overheid mogelijk is voor andere zorgmodellen inspirerend op modellen die internationaal van toepassing zijn in rurale gebieden.

Mobiele teams leveren behandeling en zorg. Op dit moment is de monitoring onvoldoende waardoor de teams, samen met de andere actoren van het netwerk, hun werking nauwelijks op regelmatige basis kunnen evalueren. Een proces van continue kwaliteitsverbetering is noodzakelijk alsook een kosten-batenanalyse van de mobiele werking van de teams. Naarmate de opdracht beter omschreven wordt lijkt het ons dan ook aangewezen de implementatie en concrete vertaling hiervan naar de praktijk op regelmatige tijdstippen te evalueren en bij te sturen (houdt elk team zich aan de opdracht, aantal werkbezoeken/week/VTE, case-load, inclusiecriteria/zorgzwaarte, noodzakelijke omkadering qua teamsamenstelling en beschikbaarheid, ...)

Tot slot is het aangewezen om initiatieven inzake vorming die vandaag vanuit de netwerken op diverse manieren wordt ingevuld op elkaar af te stemmen en in samenwerking met onderwijsinstellingen vormingspakketten af te spreken.