



Psychiatrisch Expertiseteam Brugge en Oostende-Westkust

NETWERK: Noord-West-Vlaanderen

CONTACT PERSOON: Frank Schillewaert

TELEFOON: 050 34 24 24

MAIL: frank.schillewaert@cgg.be

Het PET wordt gesitueerd binnen functie 1(B). Doelstelling van dit initiatief is het uitbouwen van vroegdetectie, vroeginterventie en toeleiding naar gespecialiseerde GGz in nauwe samenwerking met de zorgaanbieders uit de eerste lijn. Daarnaast wensen wij vanuit de bestaande psychiatrische expertise onze doelgroep te ondersteunen en te coachen bij hun confrontatie met (vermoedens van) GGz-problematiek. Hiertoe verenigt PET de expertise die aanwezig was in de teams 'Psychiatrische zorg in de thuissituatie' (PZT: netwerkvorming rond patiëntensysteem) en het Voordeurteam van het CGG (indicatiestelling, opmaak behandelplan,...). Er werd in beide subregio's van het werkingsgebied een telefonisch centraal aanmeldpunt (CA) geïnstalleerd.

Dit CA werd door middel van een heldere communicatie bekend gemaakt bij alle zorgaanbieders uit de eerste lijn, en is bereikbaar tijdens kantooruren. Aangemelde casussen worden naargelang de eerste inschatting besproken op één van de twee multidisciplinair samengestelde overlegtafels. De '**patiëntgerichte tafel**' bespreekt aanmeldingen die vrij eenvoudig kunnen toegeleid worden naar ambulante raadplegingen in functie van indicatiestelling of behandeling. Rond deze tafel is vooral GGz-competentie aanwezig.

De '**netwerkgerichte tafel**' bespreekt aanmeldingen waarbij toeleiding naar ambulante raadplegingen niet haalbaar, zinvol of wenselijk is (bijvoorbeeld omwille van het ontbreken van een werkbare hulpvraag bij patiënt terwijl het netwerk geconfronteerd wordt met belangrijke moeilijkheden).

Il s'agit d'une initiative qui s'inscrit dans le cadre de la fonction 1(B), et qui vise à développer la détection précoce, la première intervention et l'orientation vers des soins en santé mentale spécialisés, et ce, en collaboration étroite avec les prestataires de soins de première ligne. La volonté est, également, de se baser sur l'expertise psychiatrique existante pour soutenir et guider le public cible lorsque celui-ci est confronté à des problématiques (supposées) de santé mentale. Le PET réunit, à cette fin, l'expertise dont disposaient les équipes de soins psychiatriques à domicile (SPD : création d'un réseau dans l'environnement où évolue l'utilisateur) et la « Voordeurteam » du centre de santé mentale (CSM : indications, élaboration du plan de traitement, etc.). Un point de contact téléphonique central a été mis en place dans les deux sous-régions de la zone d'action couverte par l'initiative. Une campagne de communication claire a permis de faire connaître l'existence de cet outil auprès de l'ensemble des prestataires de soins de première ligne. Le point de contact est accessible durant les heures de bureau. En fonction de la première évaluation, à l'occasion de deux concertations multidisciplinaires, les situations orientées sont analysées. Une « rencontre de concertation axée sur l'utilisateur » étudie les situations qui peuvent être assez facilement orientées vers des consultations

ambulatoires en fonction des indications ou du traitement. Cette concertation rassemble essentiellement des experts des soins en santé mentale.

La « rencontre de concertation axée sur le réseau » se penche, quant à elle, sur les situations où l'orientation vers la consultation ambulatoire n'est pas possible, pertinente ou souhaitable (p. ex. en raison de l'absence d'une demande de soins réaliste alors que le réseau est confronté à d'importantes difficultés).

1. Introductie

Het Psychiatrisch Expertiseteam (PET) situeert zich in het experimenteel (artikel 107-) netwerk “Noord-West-Vlaanderen”. Er werden gelijktijdig twee dergelijke teams operationeel in de twee subregio's van het totale werkingsgebied¹. De subregio's van waaruit vertrokken wordt vallen samen met de SEL-regio's “Noord-West-Vlaanderen” en “Oostende-Veurne”, met als centrumsteden Brugge en Oostende. Enkel binnen subregio Brugge zijn in het kader van de GGZ-hervorming ook mobiele teams (Functie 2) actief.

De doelgroep betreft alle zorgaanbieders uit de eerste lijn (huisarts, thuiszorg, welzijn, ...), CLB, GTB en Jeugdhulp wanneer zij geconfronteerd worden met een patiënt met (een vermoeden van) een geestelijke gezondheidsprobleem. Ook mantelzorg en patiënten zelf kunnen beroep doen op PET wanneer ze doorverwezen worden door de eerstelijns. Met diverse methodieken ondersteunt PET deze doelgroep.

2. Inhoud en relatie met de functies

Het PET wordt gesitueerd binnen functie 1(B) van de GGZ-zorgvernieuwing². Doelstelling van deze functie is het uitbouwen van vroegdetectie, vroeginterventie en toeleiding naar gespecialiseerde GGZ in nauwe samenwerking met de zorgaanbieders uit de eerste lijn. Daarnaast wensen wij vanuit de bestaande psychiatrische expertise onze doelgroep te ondersteunen en te coachen bij hun confrontatie met (vermoedens van) GGZ-problematiek.

Er werden van bij aanvang functionele relaties uitgebouwd met het aanbod inzake mobiele en ambulante behandeling, gespecialiseerde residentiële zorg en Beschut Wonen.

In functie van deze doelstelling werd per subregio een telefonisch centraal aanmeldpunt (CA) geïnstalleerd. Dit CA werd door middel van een heldere communicatie bekend gemaakt bij alle zorgaanbieders uit de eerste lijn, en is bereikbaar tijdens kantooruren. PET-medewerkers kunnen aan de CA na screening onmiddellijk advies of informatie verlenen of er kunnen verdere acties worden afgesproken (ambulante opvolging, opname, netwerkopbouw, coaching, ...). De eerste lijn – die voorheen wat betreft GGZ vaak door de bomen het bos niet meer zag – heeft op deze manier één hulplijn voor alle GGZ-problematieken.

Het PET treedt op diverse manieren ondersteunend op ten aanzien van de eerste lijn. Daarbij worden zowel individuele hulpverleners als teams binnen de eerstelijns hulpverlening geadviseerd en gecoacht in het omgaan met cliënten met een geestelijk gezondheidsproblematiek. Vaak wordt in

¹ Zie www.netwerkggzregionw-vl.be/netwerk/ voor visuele voorstelling van werkingsgebied.

² Zie ook www.psy107.be.

netwerkopbouw en -coördinatie geïnvesteerd om zorgafstemming te bereiken. Zo nodig worden deze patiënten door het PET gezien in functie van indicatiestelling of toeleiding naar meer gespecialiseerde zorg binnen de reguliere GGZ of de nieuwe mobiele equipes.

Aangemelde casussen worden naargelang de eerste inschatting wekelijks besproken op één van de twee multidisciplinair samengestelde overlegtafels. De **'patiëntgerichte tafel'** bespreekt aanmeldingen die vrij eenvoudig kunnen toegeleid worden naar ambulante raadplegingen in functie van indicatiestelling of behandeling. Rond deze tafel is vooral GGZ-competentie aanwezig (vergelijkbaar met bijvoorbeeld een intake team van een CGG).

De **'netwerkgerichte tafel'** bespreekt aanmeldingen waarbij toeleiding naar ambulante raadplegingen niet haalbaar, zinvol of wenselijk is (bijvoorbeeld omwille van het ontbreken van een werkbare hulpvraag bij patiënt terwijl het netwerk geconfronteerd wordt met belangrijke moeilijkheden). Daar wordt veeleer gezocht naar methodieken inzake netwerkondersteuning, advisering en coaching van eerstelijns hulpverleners. Bij dit overleg is naast GGZ-competentie vooral ook competentie vanuit de eerste lijn aanwezig (huisarts, CAW, thuiszorg, OCMW, ...).

Beide 'tafels' staan in nauwe verbinding met elkaar (zo mogelijk zelfde psychiater, gaan door op zelfde locatie, aantal hulpverleners is op beide aanwezig, ...), en indien wenselijk wordt een casus binnen PET gewisseld van tafel.

Naast deze casusgerichte activiteiten voorziet het PET in **deskundigheidsbevordering** van de eerste lijn via vorming en opleiding, dit in nauwe samenwerking met de preventiewerkers van de CGG (alcohol en andere drugs, suïcide en depressie). Deze vorming en opleiding richt zich op generieke thema's zoals 'omgaan met personen met een ernstige psychiatrische problematiek (vroegdetectie, motiverend gesprek, grenzen stellen) of focust op een aantal belangrijke psychiatrische beelden (depressie, psychose, middelenmisbruik). Deze vormingen sluiten aan op de specifieke noden en verwachtingen van de eerste lijn.

3. Actieve spelers

In de conceptuele fase werd een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van CGG, PZT, PAAZ, OCMW, CAW en Huisartsen. In de implementatie fase werd werk gemaakt van het samenbrengen van de competenties van de bestaande PZT-teams en het intake team van het CGG. Medewerkers vanuit deze PZT-teams, de CGG en het VDIP-team vormen samen het huidige PET. Voorlopig worden er geen bijkomende middelen voorzien vanuit het experimenteel netwerk. De inhoudelijke en methodologische aansturing gebeurt door een kernteam van 4 leden afkomstig uit CGG, PZT en VDIP.

4. Concreet-operationeel

Het PET verkreeg vrij snel een goede bekendheid binnen de regio. Er werd actief en herhaaldelijk gesensibiliseerd binnen diverse sectoren van de eerste lijn. Daarbij werd ook het centraal aanmeldingsnummer gepromoot. In de praktijk wordt ook nog vaak gebruik gemaakt van de vroeger bekende kanalen (aanmelding CGG en aanmelding PZT-telefoonnummers), dit vooral in de subregio Brugge. Deze onrechtstreekse aanmeldingen worden echter steeds meegenomen als dossiers voor het PET.

Naast de beide mobiele teams (Functie 2) is het PET nu reeds een gekend begrip en een vaste waarde binnen de GGZ-vernieuwing. Zo werden in 2014 voor de beide subregio's samen reeds een kleine 1500 aanmeldingen geregistreerd. Sommige van deze aanmeldingen bleven op CA-niveau (omdat de verwijzer onmiddellijk geholpen of geadviseerd kon worden), andere werden netwerkgerichte of patiëntgerichte PET-dossiers.

Ook werden reeds verschillende vormingen gegeven in een aantal sectoren (OCMW, CAW & thuiszorgdiensten).

Een belangrijk resultaat zijn de structurele coachings binnen bepaalde eerstelijnsdiensten die frequent geconfronteerd worden met cliënten met een ernstige psychiatrische problematiek (Nachtopvang OCMW, Woonbegeleiding OCMW, crisisopvang CAW). PET neemt dan bijvoorbeeld tweewekelijks deel aan een teamoverleg om psychiatrische expertise binnen te brengen. Op deze wijze worden heel wat vragen, problemen en ongenoegens tijdig beantwoord, opgevangen en gekanaliseerd.

5. Nood aan bijsturing?

Het initieel uitgewerkte concept omtrent het PET blijft vrij goed overeind. Het samenbrengen van diverse competenties en werkwijzen uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg (CGG) en het outreachende, netwerkgerichte werk (PZT) biedt een belangrijke meerwaarde. **Het initiële idee dat dit initiatief vrij exclusief zou kunnen functioneren tbv. 'nieuwe, nog niet gedetecteerde' patiënten binnen een zorgcontext in de eerste lijn diende echter bijgestuurd te worden.** Er worden immers heel veel (ex-) patiënten met een ernstige en gekende problematiek opnieuw aangemeld via dit kanaal.

Het enthousiasme (en "klant tevredenheid") met betrekking tot de beschikbaarheid van PET is dermate groot in de eerste lijn dat het onmogelijk is om hen deze functie te ontzeggen voor de reeds voorheen in de GGZ bekende patiënt. We stellen bij deze patiënten heel wat discontinuïteit in de zorg vast zodat begrippen als 'nieuwe patiënt' vaak moeilijk na te gaan zijn voor de eerstelijns hulpverlener. Bovendien is het een realiteit dat **coaching en ondersteuning van de eerstelijns** een functie is die blijkbaar maar in beperkte mate wordt opgenomen door reguliere GGZ partners.

PET lijkt hierdoor een extra opdracht te krijgen, met name het opnemen van een **verbindende rol tussen de eerstelijns en de reguliere GGZ**. Faciliteren van contacten, uitzoeken van communicatiestoornissen, opnieuw toeleiden naar vroegere hulpverlening in plaats van zomaar opnieuw aan te melden, verduidelijken waarom de oplossing niet enkel vanuit de GGZ kan komen, ... zijn een aantal elementen hiervan.

Deze extra opdracht brengt echter ook met zich mee dat de energie die gaat naar het promoten van vroegdetectie en vroeginterventie in de diverse sectoren nog onvoldoende kan gebeuren. Vaak ontbreekt het immers aan kennis en methodieken bij de eerstelijns hulpverlening omtrent deze functies. Deze promotie op zich vraagt veel tijd. Ze dient herhaaldelijk en op verschillende niveaus te gebeuren en moet didactisch goed worden ondersteund.

Het blijft echter de betrachting van het PET om de oorspronkelijke doelstelling van vroegdetectie, vroeginterventie en toeleiding naar de gespecialiseerde GGZ volop te vervullen. Het spanningsveld tussen beide opdrachten wordt regelmatig aangekaart binnen de netwerkstuurgroep en wordt

meegenomen bij een eerste evaluatie van de huidige invulling van de zorgvernieuwing. Ook werd in tussentijd reeds een concept 'knelpuntoverleg' geïnstalleerd binnen het netwerk, waar casussen die dreigen tussen de mazen van het net te vallen worden besproken.

6. Verdere uitrol

De voorgestelde methodiek is uitgerold over de volledige regio van het experimenteel netwerk (in tegenstelling tot de Functie 2-teams in ons netwerk, wat de PET-werking bemoeilijkt, o.a. wat betreft uitstroom). Het ontbreekt hier echter aan de omkadering die wel voorzien is voor de mobiele teams.

7. Registratie en indicatoren

Momenteel baseren we ons voor eerste evaluatie op output ("outcome") gegevens, ondermeer; het aantal aanmeldingen, de diversiteit aan sectoren die aanmelden, het aantal adviezen, coachingsgesprekken met hulpverleners, indicatiestellingen, aantal structurele coachingsopdrachten, aantal vormingen. Al deze gegevens worden geregistreerd via het EPD van het CGG. De verwerkte gegevens worden gepresenteerd op de netwerkstuurgroep.

Binnen het geheel van het netwerk moet er op middellange termijn werk gemaakt worden van het formuleren van aan doelstelling gerelateerde indicatoren, die louter "output-rapportage" overstijgen.

8. Wat hebben we (tot nu) geleerd/do's en don'ts?

- Er is heel wat GGZ problematiek die nog niet vroegtijdig genoeg gedetecteerd wordt. Daarnaast is er heel wat vroeger reeds gedetecteerde en behandelde problematiek die tijdelijk of definitief niet meer behandeld of opgevolgd wordt door de reguliere GGZ. Voor beide fenomenen is er nood aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning van de eerste lijn. De vermaatschappelijking van de zorg lijkt deze problematiek alvast te hebben versterkt.
- Ondersteuning van de eerste lijn dient op diverse terreinen te gebeuren. Er is nood aan het verhogen van kennis van GGZ-problematiek en van deskundigheid in het omgaan met deze problematiek. Er is hulp nodig bij screening, indicatiestelling en gerichte doorverwijzing. Maar er is evenzeer nood aan ondersteuning bij de opdracht tot herstelgerichte interventies van psychiatrische patiënten binnen verschillende levensdomeinen. De sterke neiging om alles wat verband houdt met GGZ ook te verwijzen naar reguliere GGZ-actoren moet worden afgezwakt.
- Om dit alles te realiseren is er voldoende capaciteit nodig om de verwezen patiënten voldoende snel en laagdrempelig op raadpleging te zien, maar evenzeer om outreachend te werken waar nodig en om soms beter geplaatste hulpverleners uit de eerste lijn te adviseren en te ondersteunen in hun werk met deze patiënten.
- Indien geïndiceerd kan dit gedeeltelijk worden opgenomen door een mobiel behandelteam, maar als "eerste aanmeldpunt" is PET hier fundamenteel belangrijk.
- Er moet absoluut worden vermeden om de eerstelijns op te zadelen met een 'GGZ-herschikking' in plaats van een 'GGZ-vernieuwing'. De mobiele teams mogen niet de

volgende nieuwe spelers op het terrein worden met eigen inclusiecriteria en bijhorende wachtlijsten. PET is voor de eerstelijns het aanspreekpunt geworden, soms zelf de hulplijn. Deze functie is waardevol, op voorwaarde dat PET steeds weer op zoek gaat naar de verbindingen met de reguliere GGZ, de mobiele teams en de eerstelijns hulpverlening. Verder moet er een duidelijke taakafbakening komen tussen PET en mobiel behandelteam, in het bijzonder inzake hun verhouding en opdracht ten aanzien van de zeer diverse zorgaanbieders uit de eerste lijn.

