

Projectdossier 'Projectoproep 24/7 outreachende urgentiepsychiatrie met triage-, klinische evaluatie- en observatiefunctie'

Inleiding en samenvatting

De leden van het GGZ netwerk Emergo bevestigen met het indienen van dit dossier het engagement en de ambitie om de 'projectoproep 24/7 outreachende urgentiepsychiatrie met triage- en klinische evaluatie- en observatiefunctie' om te zetten in een concreet, afgestemd op de regionale noden, gefaseerd uitgebouwd urgentie-aanbod.

We gaan hiermee concreet aan de slag van zodra we de goedkeuring van de overheid ontvangen. Alle voorbereidingen daartoe zullen natuurlijk al gebeuren, zodat we snel kunnen handelen. We bevestigen de grote noden in de regio die er zijn voor patiënten met een vermoeden van acute psychiatrische problemen die een onmiddellijke interventie vereisen. We bevestigen de noden van spoeddiensten, politie, huisartsen en vele andere vragende partijen naar een snellere psychiatrische evaluatie met enerzijds inschatting van de urgentie en anderzijds snelle doorstroom naar een behandelplan.

Ons projectvoorstel bestaat uit het vormgeven van de drie functies (triage, outreach en observatie), in uitbreiding van het bestaande mobiel crisisteam 2A. De uitwerking van de projectoproep gebeurt in overleg met alle partners van het netwerk en in voortdurende afstemming met ontwikkelingen op nationaal niveau.

Het is onze intentie om in functie van de actuele noden op het vlak van urgentiepsychiatrie binnen het netwerk Emergo, én rekening houdende met de beschikbare capaciteiten en personeel een realistisch en haalbaar plan op te maken. We zullen dit gefaseerd implementeren, tussentijds evalueren en aan de hand van data en gesprekken, regelmatig bijsturen om op termijn volledig uit te rollen volgens de ter beschikking gestelde middelen.

We herhalen de standpunten van het netwerk rond een aantal drempels waarover we verder initiatief van de overheid afwachten. We verwijzen graag naar het voortgangsverslag dat we indienden op 15/07/2024 bij FOD diensten. We herhalen nogmaals onze bereidheid om op initiatief van FOD hierover rond de overlegtafel samen te komen. Samenvattend noteren wij volgende drempels/mogelijke valkuilen:

- Er is geen enkele andere medische discipline die zijn eigen urgenties moet gaan managen. De hele zorgketen van de gezondheidszorg draagt verantwoordelijkheid, niet alleen de geestelijke gezondheidszorg. Oproep aan overheden om ook huisartsenwachtposten, spoeddiensten en politie elks vanuit hun bevoegd domein te ondersteunen.
- Het project vraagt om vervolgzorg te organiseren. Bestaande wachtlijst en ondercapaciteiten bij heel wat instellingen/zorgvormen maken dit moeilijk tot soms bijna onmogelijk. Bovendien signaleren we een mogelijke valkuil dat een vernieuwd aanbod een aanzuigeffect creëert waardoor er verzadigingsrisico voor reeds bestaande behandelcapaciteiten ontstaat.
- Vanuit het standpunt van de burger of de politie begrijpen we de link naar kinderen en jongeren. In de concretisering hiervan botsen we op een reeks van moeilijkheden tot zelfs onmogelijkheden.

- De uitvoeringsbesluiten rond de wet op de 'Beschermden Observatiemaatregelen' zijn nog niet gekend. Het is evident dat deze oproep en de ter beschikking gestelde middelen los staan van dit nieuwe legistische kader.
- In het voorliggende kader van de oproep is er nood aan verdere uitklaring rond medico-legale voorwaarden. Gebrek aan sluitend kader hieromtrent zorgt dat een aantal zaken, die wel wenselijk zijn volgens krijtlijnen uit de oproep, niet vertaald kunnen worden in praktijk.
- Er bestaat een risico op het medicaliseren van crimineel gedrag en/of juridische problemen.

We herhalen ook nogmaals onze kritiek op het opgelegde tijds kader. De realiteit van én een verloopperiode én de vraag om net dan een zeer ingrijpend project uit te werken, leidt tot onvolkomen projectvoorstellen en onnodige stress en onrust bij partners. We nemen akte van de melding in de mails en contacten met de FOD waarbij men stelt dat er geen gefinaliseerd dossier verwacht wordt op indiendatum 16/09/2024. Het netwerk mag zich beperken tot het presenteren van doelen die het op korte termijn kan realiseren, vergezeld met een actieplan en een overzicht van samenwerkingsafspraken, een gedetailleerde chronologie van de implementatie van de 24/7 urgentiepsychiatrie. Het is binnen deze geest dat we dit dossier opmaken en ondertussen naarstig verder werken aan het realiseren van de implementatie.

Ondanks de vaststelling van deze drempels is er binnen het netwerk de afspraak om onmiddellijk te starten, na goedkeuring door overheid, met de verdere stappen die nodig zijn.

We baseren deze nota op de concrete voorstellen die vanuit UPC Duffel en 2A werden uitgewerkt en waartoe zij engagementen namen. Deze voorstellen werden reeds een aantal maal besproken en blijven onderwerp van gesprek binnen onze structuren. Er zit een basis in om hiermee aan de slag te gaan in de startfase.

Het netwerk benadrukt de nood aan verdere dialoog en dataverzameling. Dit zal echter geen vertragende factor betekenen voor de implementatie van het project. Mede op basis van cijfers en in verdere dialoog met alle partners, werken we verder concrete modellen uit die een wezenlijk verschil kunnen betekenen voor de kwetsbare patiënten in onze regio. Hierbij houden we rekening met de specificiteit van zowel de noden in onze regio als met het beschikbare aanbod.

We kiezen voor de opmaak van een gedegen en gedragen beleid en vandaaruit handelen, vertrekkende vanuit de praktijk van het bestaande 2A team.

Wij hopen hiermee aan uw verwachting te voldoen, wij danken u voor de geboden kans voor onze regio.

Met geachte groeten,

Namens leden van het netwerkcomité Emergo

Voorzitter, Netwerkcoördinator

13/09/2024



Dirk Buoss
voorzitter Emergo



Katleen Boschmans
netwerkcoördinator

1. Aanmaak projectdossier

Tijdens de zomermaanden is er intensief gewerkt aan het projectdossier. Zo werd een uitgebreide omgevingsanalyse in kaart gebracht en ter beschikking gesteld op de website van Emergo:

<https://www.netwerkemergo.be/urgentiepsychiatrie/>

- Gemeenten, inwonersaantallen, precariteitscijfers in de regio;
- Bestaand aanbod urgentiepsychiatrie voor volwassenen (4 algemene ziekenhuizen met spoeddiensten en één universitair psychiatrisch ziekenhuis met HIC-afdeling);
- Bestaand aanbod urgentiepsychiatrie voor kinderen en jongeren te bereiken via crisisaanmeldpunt -18;
- Verwijzende instanties politie, huisartsen(wachtposten) en spoeddiensten in de regio en hun nodige contactpersonen;
- Context in verband met gedwongen opnames in de regio;
- Context in verband met huidige werking 2A;
- Overzicht van platformen waarop we in contact kunnen treden met politie, huisartsenwachtposten, spoeddiensten, (familie-) ervaringsdeskundigen. Dit in kader van verdere afstemming, conceptualisatie, evaluatie, operationalisering en communicatie ifv deze oproep;
- Overzicht van voornaamste lacunes en gebreken in de regio met betrekking tot een vlot aaneengeschaalde zorg voor urgentiepsychiatrie.

Alle nodige partners zijn uitgebreid geïnformeerd en bevraagd naar engagementen over de oproep. Netwerk Emergo is op vlak van een netwerkgerichte urgentiepsychiatrie een relatief jong netwerk. Aangezien de HIC-werking van het UPC Duffel vanuit een 3^{de} aanvraagfase is opgestart, concreet op 01/01/2023, is er destijds niet de mogelijkheid geweest om in te tekenen op de extra FOD middelen die voorzien werden om een GGZ ondersteuning op spoeddiensten te verhogen, noch om extra 2A medewerkers aan te werven om verbinding te kunnen leggen tussen spoed en HIC. Dialogen omtrent een netwerkgerichte crisis- en/of urgentiepsychiatrie situeren zich daarom nog eerder in startfase.

Om dit projectdossier tot stand te kunnen brengen, zijn er tijdens de zomer drie werkgroepen urgentiepsychiatrie samengekomen (27/06/2024, 25/07/2024, 04/09/2024). Er zijn bilaterale momenten geweest voor kinderen en jongeren met de netwerkcoördinatie van Trawant (19/08/2024) en van het provinciaal georganiseerde kinderen en jongeren netwerk PANGG 0-18 (04/09/2024). Er is een bilaterale afstemming gebeurd met de verbindingsofficieren politie van de gouverneur in provincie Antwerpen (dhr. Luc Smeyers, dhr. Kris Collaert) op 26/08/2024 en een verkennend gesprek met één politiezone BODUKAP (dhr. Jelle Cotemans) op 28/03/2024. Er is overleg gepleegd met de familie impactgroep (02/09/2024), ervaringsdeskundigen werden via OPWEGG Emergo geïnformeerd en uitgenodigd tot gesprek.

Er werden twee projectmedewerkers urgentiepsychiatrie aangeworven (2x 0,5 VTE) (opstartdatum 19/07/2024). Zij hebben ruime ervaring binnen de geestelijke gezondheidszorg. Één van hen is teamcoördinator van het mobiel crisisteam 2A wat maakt dat er al heel wat verbindingen zijn gelegd met partners die ook betrokken zijn in de projectoproep. Het netwerk ziet hierin ook een voordeel om het veranderproces van het bestaande 2A team mee te begeleiden vanuit een projectmatige rol. De andere projectmedewerker is teamcoördinator binnen het mobiel herstelteam en heeft via een

bestuurdersrol en ervaringen met versterkende maatregel heel wat contacten met eerstelijnsactoren. Beiden werken verbindend, projectmatig en vanuit praktijkervaring.

2. Omgevingsanalyse

Het netwerk stelt lacunes vast die een netwerkgerichte urgentiepsychiatrie benadering in de regio bemoeilijken. Zo heeft de regio geen EPSI-entiteit. Er is ook geen toegangspoort aanwezig zodat patiënten zonder afspraak zich kunnen aanmelden met een urgente psychiatrische vraag. Voor de doelgroep kinderen en jongeren is één crisismeldpunt (<https://pangg0-18.be/crisis/>) dat provinciaal is georganiseerd en mogelijks geen responstijd binnen 5 minuten heeft. Gepaste vervolgzorg vinden voor kinderen en jongeren binnen de regio is geen evidentie door de bestaande ondercapaciteit van personeel en infrastructuur.

Zoals overal in België neemt ook in de Emergo-regio het aantal gedwongen opnames de laatste jaren sterk toe. Voor het UPC Duffel, het enige PZ in de regio waar gedwongen opnames kunnen toekomen, betekent dit in concreto tussen 2021 (298) en 2024 (370 wat een extrapolatie is van het aantal per 30/06 (385)) een stijging van 25%. Daarnaast merken we dat op dit moment al veel patiënten via de gerechtsarts rechtstreeks onder gedwongen statuut naar het UPC Duffel verwezen worden. Een schatting/steekproef van gedwongen opnames in UPC Duffel in de maanden maart, april en mei 2024 leert dat 49% (n=40) van de 79 gedwongen opnames gedurende deze drie maand rechtstreeks van het politiekantoor komen, en slechts 28% (n=23) vanuit de spoedopnames in de regio Emergo. Voor wat betreft gedwongen opnames voor kinderen en jongeren zien we ook een significante stijging op provinciaal niveau. Cijfers hierover werden ons beschikbaar gesteld via het PANGG 0-18-netwerk. Er is geen overzicht van cijfers GO kinderen en jongeren die specifiek op deze regio gericht zijn.

Vanuit spoeddiensten beschikken we niet over voldoende cijfers om GGZ aanmeldingen op spoed voor volwassenen en voor kinderen en jongeren te kunnen analyseren. Er zijn nog geen cijfers beschikbaar gesteld vanuit huisartsenwachtposten en politiediensten. Het bestaande 2A team kent een stabiele werking (opgestart in 2017, en 14,64 VTE). Meer dan 90% van de aanmeldingen verloopt via een huisarts. UPC Duffel fungeert als werkgever. Vanuit de versterkende maatregelen zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt met het CAW Boom Mechelen Lier. Op vraag wordt er een psychiatrisch consult voorzien te Mechelen voor sociaal kwetsbare personen. 2A is een actieve participant in de kruispunten. Een model dat in een meer “voorkomende” fase van het crisiszorgpad Emergo belangrijk is (<https://www.kruispunten.be/>). Er zijn afspraken gemaakt met lokale besturen (Stad Mechelen) omtrent bewindvoering.

Elke arts-verwijzer die de patiënt gezien heeft, kan onbeperkt qua timing aanmelden. Zowel 's avonds als 's nachts is er steeds iemand bereikbaar. Omwille van beperkte middelen verloopt de nacht- en weekendpermanentie nu via een niet-hulpverlener, wat niet ideaal is. Patiëntbezoeken gebeuren tijdens de weekdagen tussen 8u en 20u.

Er is geen overzicht van ambulante psychiaters en beschikbaarheden in de regio.

3. Ambitie, Missie, Visie voor een netwerkgerichte benadering van urgentiepsychiatrie in de regio

➤ Missie netwerkgerichte urgentiepsychiatrie in de regio:

Elke inwoner in de regio Emergo, ongeacht de leeftijd, die te maken krijgt met een urgente psychiatrische crisis, krijgt de best aangewezen professionele zorg, en indien nodig een gecontinueerde vervolgbehandeling. Gedwongen zorgtrajecten worden enkel vanuit een degelijke observatie en overleg opgestart. Vrije behandelingen genieten steeds de voorkeur.

Deze missie geeft de hoge ambitie weer die de GGZ regio Emergo de komende jaren wil verwezenlijken op vlak van een netwerkgerichte urgentiepsychiatrie. Let wel, niet alles van deze missie kunnen we via de middelen van deze oproep urgentiepsychiatrie realiseren. Daarnaast blijven we natuurlijk afhankelijk van het engagement van de partners en wat zij kunnen realiseren. Dit is een samen-verhaal. Dit ook in nauw overleg met het netwerk/familie.

➤ Visie

Een telefonisch permanent contactpunt (voor huisartsen, spoed en politie) met triage-, outreach- en observatiefunctie moet het mogelijk maken patiënten met een psychiatrische urgente zorgvraag zo goed mogelijk door te sturen binnen het zorgnetwerk. Dit om zo escalaties en situaties te vermijden waarin (gedwongen) ziekenhuisopname de enige optie wordt. Het nieuwe systeem zal steunen op het volledige netwerk van de geestelijke gezondheidszorg in regio Emergo om de best mogelijke zorgcontinuïteit voor patiënten te garanderen in nauw overleg met familie/context en dit vanuit een herstelgerichte visie.

We maken met de drie belangrijkste verwijzers (huisartsen, spoeddiensten en politie) samenwerkingsafspraken waarbij het uitgangspunt een betere aansluiting van de urgente psychiatrische zorg op hun noden is. Met de doelgroep kinderen en jongeren maken we provinciaal verdere samenwerkingsafspraken.

Het project urgentiepsychiatrie stelt de patiënt steeds centraal. De inbreng van (familie-) ervaringsdeskundigheid is hierbij belangrijk en daagt ons tevens uit om te werken, volgens de in de visie verwoorde, herstelgerichte benadering. Dit vraagt van elke betrokken hulpverlener het nodige engagement.

We willen dat objectieve parameters het urgentieproject ondersteunen. Data van urgentiegegevens van spoed, politie, huisartsen(wachtposten) en 2A team worden tijdens de uitvoering van het project gegenereerd en verzameld.

Deze visie willen we nastreven via de middelen van outreachende urgentiepsychiatrie. Deze visie versterkt het eerdere werk rond een transmuraal crisiszorgpad in de regio. Preventie en gepaste gecontinueerde vervolgzorg zijn eveneens prioritair, steeds met aandacht voor context van patiënt (niet via deze middelen te realiseren). Ook principes vanuit public mental health vormen hierbij het uitgangspunt.

4. Invulling van de functies: triage/outreach/observatie

Afgesproken inclusiecriteria voor de drie functies

Doelgroep: Iedere spoedeisende hulpverlening voor mensen met een vermoeden van acute psychiatrische problemen die een onmiddellijke interventie vereisen. Vanuit onze oproep wensen we ons in eerste instantie voornamelijk toe te spitsen op de volwassenen (+18) en ouderen. Voor de -18-jarigen volgen we de nog op te maken provinciale afspraken.

Geografische reikwijdte: voor de volledige Emergo-regio (<https://www.netwerkemergo.be/regio/>)

Triage – principes

Er is de ambitie om via deze oproep een aanzet te geven tot de ontwikkeling en uitwerking van een centraal triage- en aanmeldpunt voor patiënten met een psychiatrische urgentie. Dit triagepunt zal een essentiële rol spelen in coördinatie van patiënten met een psychiatrische urgentie, alsook de inschatting tot al dan niet noodzaak van een verdere observatie.

Het triagepunt heeft meerdere doelstellingen:

1/ onderscheid maken tussen patiënten die zich met een acute medisch-psychiatrische urgentie aanmelden én patiënten in een acute psychosociale crisis

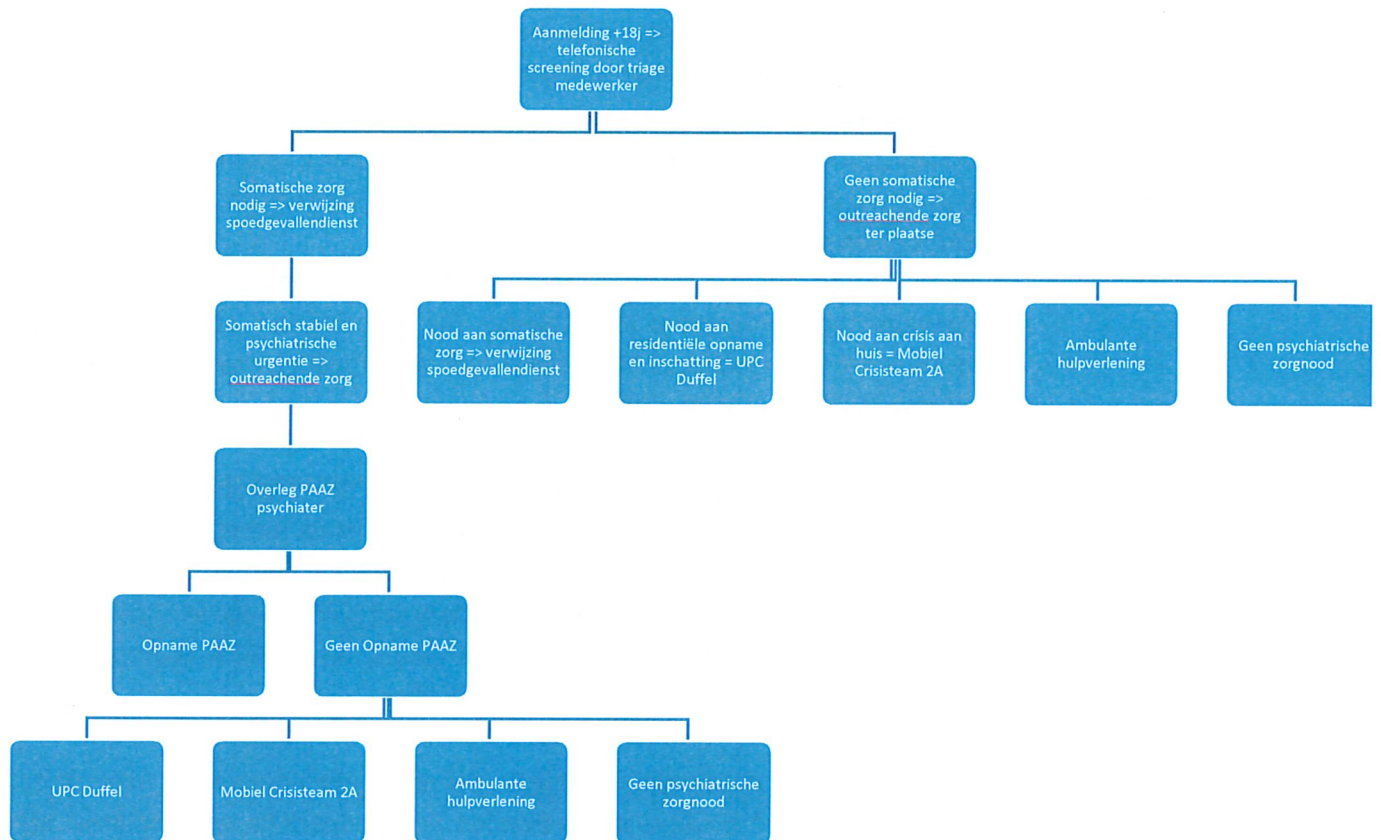
2/ inschatten in hoeverre een patiënt met een acute medisch-psychiatrische urgentie eerst een somatische observatie en/of zorg nodig heeft

3/ inschatten in hoeverre de patiënt ter plaatse door het 2A team kan geobserveerd worden, dan wel of deze zo snel als mogelijk naar een plek met observatieruimte dient overgebracht te worden

Op basis van bovenstaande punten, zal een triagist dan kunnen inschatten of de aanmelding effectief een psychiatrische urgentie betreft en psychiatrische hulpverlening nodig heeft, en of die hulpverlening ter plaatse kan geboden worden (outreach) dan wel in een nabijgelegen ziekenhuis dient gegeven te worden. Op die manier vervult de triagist ook een filterfunctie om oneigenlijke aanmeldingen (bv. louter sociale of louter juridische of politieke problematiek) te filteren en waar mogelijk samen te zoeken naar alternatieven.

Gezien de budgettaire beperkingen, zal in eerste instantie beoogd worden om zoveel als mogelijk met de bestaande structuren te werken en bestaande good practices verder uit te bouwen. Er zal in deze oproep dus vooral ingezet worden op het scherp stellen van samenwerkingsafspraken.

Volgend model werd ontwikkeld binnen UPC Duffel en vraagt verdere bespreking met partners.



- We starten op korte termijn met een centraal nummer vanuit het 2A team. Zo zal de politie/(urgentie-/huis)arts/spoeddienst - wanneer ze tijdens een interventie tot de vaststelling komen dat ze te maken hebben met iemand met een psychiatrische crisis - zich onmiddellijk kunnen wenden tot dat telefonisch contactpunt.
 - In een eerste fase gebeurt de triage tussen 8u en 20u door de medewerkers van 2A, die zowel de oproepen voor het reguliere 2A werk opnemen, als de urgentie-oproepen die binnenkomen.
 - Na aanwerving van het nodige personeel én verdere gesprekken in het netwerk stellen we triage verder open voor de periode tussen 20u en 8u.
- Samenwerking met spoed voor somatische uitklaring:
 - Bij de triage zal een belangrijk onderscheidend punt de vaststelling zijn of er al dan niet somatische zorgen nodig zijn (bv. is er bloedverlies, is er een auto-intoxicatie,...). In dat geval schakelt de triagist automatisch de spoeddienst in.
 - Wanneer triage en outreach op punt staat, gaan we ervan uit dat deze urgentiepsychiatrie er mee voor zorgt dat er een daling van het aantal aanmeldingen van personen met psychiatrische kwetsbaarheid op spoeddiensten - met inbegrip van het aantal suïcidepogingen - komt. Samen te evalueren of deze veronderstelling klopt.

- Samenwerking met huisartsen:
 - We gaan verder de ingeslagen weg in met huisartsen die nu al hoofdaanmelder zijn bij het 2A team. Via een communicatieplan (najaar 2024) informeren we de huisartsen over het aanbod van het bestaande 2A team en het project urgentiepsychiatrie.
 - Samen met de huisartsenwachtposten verkennen we wat hun noden in deze zijn.
- Samenwerking met politie:
 - Politiediensten kunnen nu nog niet aanmelden bij het huidige 2A team. De betrachting is dit vanaf de start van de triagewerking operationeel mogelijk te maken. Mogelijks gebeurt dit aan de hand proefregio's.
 - Op onze bespreektafel ligt het doel om op korte termijn aanmeldingen mogelijk te maken vanuit politie voor een adviesfunctie. Dit om contacten op te bouwen met politie, te leren uit crisissen, verder gesprekken met netwerk en nationaal te kunnen meenemen in beleid voor de regio.
- Samenwerking met sector kinderen en jongeren:
 - De opdracht in de oproep om ook een aanbod te voorzien voor de minderjarigen is een hele uitdaging waarover er nog overleg moet zijn met de sector.
Op korte termijn is er minimaal het engagement dat de triagist de inschatting kan maken of er al dan niet somatische noden zijn. De vraag is echter wat te doen wanneer er een acute psychiatrische nood is. Dit is een vraag die in nauw overleg met de kinderen en jongeren sector moet worden besproken.
- Verdere uitklaring wat we in deze regio verstaan onder urgente psychiatrische crisis. Onder het motto "meten is weten" houden we gedurende een testperiode van minimaal drie maanden gegevens bij m.b.t. waar mensen met een urgente psychiatrisch crisis nu terechtkomen: 2A, spoeddiensten, UPC Duffel (onder meer HIC), politie en huisartsenwachtposten. Er wordt een communicatieplan opgezet naar verschillende verwijzers om hen te informeren over bijhouden van data (welke data), communicatie over vernieuwd aanbod (bij start in proefregio's).

Outreach – principes:

- Start vanuit het 2A team.
- Outreach kan zowel in een thuissituatie zijn, als ergens in de samenleving of binnen een (al dan niet residentiële) werking – doel is een klinische inschatting te maken van de aangemelde crisissituatie en van daaruit een verdere (voorstel van) behandelplanning op te maken. Zoveel als mogelijk houden we hierbij rekening met het familieperspectief.
- Outreach kan beroep doen op de medische wacht van UPC Duffel. Het gaat hier over een telefonische permanentie waar men beroep op kan doen. Er zal dus nooit een psychiater mee in de outreach stappen.
- In een eerste fase zal er niet uitgerukt worden naar kinderen en jongeren. De vraag stelt zich hoe de overheid hier de medische achterwacht van een kinder- en jongerenpsychiater wil financieren? Ons inziens is er bijkomende capaciteit nodig om deze outreach ook voor minderjarigen te kunnen opzetten. Capaciteit die dan dient ingezet te worden in deze brede jeugdsector.
- Het outreachteam kan ook ingezet worden op elk van de spoeddiensten. Dit betekent dat outreach/inschatting/observatie ook op elke spoeddienst kan worden aangeboden. Outreach kan met de betreffende spoeddienst contact houden om na te gaan of er een verdere klinische

inschatting dient te gebeuren – cf. bij intoxicatie 's morgens gegarandeerd langskomen om die verdere klinische inschatting te maken. Als het outreachteam handelt binnen een AZ-context kan het de medische wacht van het betreffende Algemeen Ziekenhuis contacteren.

- Samenwerking met huisartsen/politie voor outreachfunctie werken we in nauw overleg met hen nog verder uit, rekening houdende met hun noden en onze mogelijkheden.

Klinische evaluatie en observatie

- Voor dit project is het uitgangspunt dat patiënten die zich presenteren met een urgente psychiatrische problematiek, en dewelke langdurige observatie vereisen, bij voorkeur geobserveerd worden binnen een beveiligde structuur (gesloten deur of beveiligde toegang), waarbij in de zorgregio Emergo zal ingezet worden op de reeds bestaande zorgstructuren. Dit vraagt verdere doorspreking met partners naar haalbaarheid en implementatie.
- Onderzoek rond capaciteiten en het eventueel ter beschikking stellen van crisisbedden/capaciteit voor beperkte psychiatrische observatie is lopende.
- Voor wat betreft psychosociale crisissen biedt sociaal huis Mechelen haar lactatieruimte aan. Er moet verder verkend worden met partners wat de randvoorwaarden zijn voor veilige plekken.
- In geval de inschatting tot acute psychiatrische problematiek met nood aan een veilige plek wordt gemaakt, wordt patiënt bij voorkeur overgebracht naar ofwel de spoeddienst van een Algemeen Ziekenhuis ofwel de opnamedienst van UPC Duffel alwaar de medisch-psychiatrische zorg wordt overgedragen aan de dienstdoende arts. Deze plekken zullen dan in de eerste fase van de oproep beschouwd worden als de zogenaamde veilige plekken, omdat er geen middelen voorzien werden om elders nieuwe veilige plekken te kunnen creëren en bemannen. De overbrenging kan rechtstreeks gebeuren na overleg tussen verwijzer/aanmelder en triagist. Ook kan het 2A team ter plaatse gestuurd worden ter inschatting van de problematiek, en kunnen zij beslissen patiënt te laten overbrengen. In dat geval vergezellen ze de patiënt tot op spoeddienst/UPC Duffel en ondersteunen ze ter plaatse tot een verder beleid werd afgesproken.
- Bij de keuze van residentiële observatieplek zal rekening gehouden worden met de woonplaats (domicilie-adres) van de patiënt, of de plaats waar deze zich op het moment van aanmelding bevindt. Daarnaast zal ook tijdens de urgentiefase ingeschat worden op basis van het psychiatrische toestandbeeld of de patiënt geobserveerd dient te worden op een open dan wel gesloten afdeling. In geval een open afdeling mogelijk is, zal verwezen worden naar de dichtstbijzijnde PAAZ-afdeling of de afdeling Opname 2 van UPC Duffel. In geval er nood is aan een gesloten afdeling, zal verwezen worden naar de gesloten unit van de PAAZ-afdeling AZ Sint-Maarten, of de HIC-afdeling van UPC Duffel. Indien er geen beschikbare bedden zijn, zal een strategie afgesproken worden om de patiënt alsnog snel op een andere afdeling te kunnen opnemen.

Observatieplaatsen en veilige plekken vragen verdere verkenning tussen partners. Een belangrijk uitgangspunt hierbij vanuit onze familie-ervaringsdeskundigen is het maken van een onderscheid tussen veilige en beveiligde plekken. Onduidelijkheden, gebrek aan goede praktijken, vragen over medische verantwoordelijkheid en een gebrek aan middelen zijn drempels.

Voor wat betreft kinderen en jongeren werken we samen met de bestaande afspraken binnen deze sector. Dit betekent dat we aanvragen zullen doorverwijzen naar het bestaande provinciale aanmeldpunt. Het heeft geen zin een centraal nummer op te richten, zonder dat we aanbod kunnen aanbieden en zonder ondersteuning en financiering voor kinderpsychiaters in de oproep. We overleggen verder met de partners om te zien wat we vanuit urgentie realistisch naar deze doelgroep kunnen aanbieden.

Bemerging:

De huidige expertise van het 2A team voor het organiseren van vervolgtrajecten wordt in eerste fase ingezet. Het GGZ netwerk Emergo zet blijvend sterk in op preventieve en vervolg behandelingstrajecten, dit niet enkel uitgebouwd in ELZ Mechelen-Katelijne en ELZ Pallieterland maar ook in ELZ Rupelaar, ELZ Bonstato en ELZ Klein-Brabant Vaartland. Concrete voorbeelden hierbij zijn een verder uitgebouwde kruispunt- en herstelacademiewerking. Ook goede verbindingen met het (groeps)aanbod van de conventie PZEL, het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en een toegankelijke mobiele 2B werking zijn hierin belangrijk om bottlenecks vanuit het project urgentiepsychiatrie te vermijden. Hier stoten we op wachtlijstproblematieken en gebrek aan capaciteiten en infrastructuren. Duidelijke oproep naar de overheden om hier de netwerken in te ondersteunen. Zie inleiding.

5. Samenwerkingsovereenkomsten partners in kader van dit project

Onderstaand beschrijven we het concept rond medische verantwoordelijkheid tussen artsen zoals het nu is uitgewerkt en besproken. Dit vraagt nog verdere doorspreking in het netwerk.

Het centrale aanmeldpunt wordt geïntegreerd binnen de reeds bestaande werking van het 2A team. Zodra het 2A team betrokken is bij de inschatting, zal dit gebeuren onder supervisie van de psychiater verbonden aan het 2A team. Tijdens wachtdiensten zal deze supervisie worden overgenomen door de collega's, volgens een wachtregeling die nu ook reeds geldt voor het UPC Duffel.

Als een patiënt tijdens de urgentiefase wordt overgedragen aan de spoeddienst van een Algemeen Ziekenhuis, wordt de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid op dat moment mee overgedragen aan de spoedarts en/of psychiater, conform de huidige bestaande interne afspraken voor elk Algemeen Ziekenhuis.

Als de patiënt tijdens de observatie dient opgenomen te worden, wordt de medisch-psychiatrische verantwoordelijkheid overgedragen aan de arts(en) verantwoordelijk voor de desbetreffende afdeling.

In geval doorverwezen wordt voor verdere ambulante begeleiding, gaat de verantwoordelijkheid over naar de betrokken ambulante collega. In geval dit de opstart van het 2A team omvat, komt de verantwoordelijkheid terecht bij de psychiater verbonden aan dat team.

Hiernaast maken we maximaal gebruik van bestaande infrastructuren, (Emergo)-projecten en het al gerealiseerd aanbod van de leden van het netwerkcomité van de Emergo-regio.

Concept rond informatie-uitwisseling werd opgemaakt. Dit vraagt nog verdere doorspreking in het netwerk.

Efficiënte en transparante uitwisseling van informatie wordt een noodzakelijke voorwaarde om dit project optimaal te laten verlopen. Echter, het zal ook een uitdaging worden om dit te bewerkstelligen, rekening houdende met de verschillende softwarepakketten die gebruikt worden door de verschillende partners, alsook privacy-gerelateerde factoren zoals beroepsgeheim en dergelijke. Bovendien werd ook hiervoor geen budget voorzien, en zal er dus creatief gewerkt moeten worden met de momenteel beschikbare middelen. Er zal tijdens de opstart van het project geïnventariseerd en afgestemd moeten worden welke software gebruikt wordt en in hoeverre de verschillende pakketten compatibel zijn. Echter, in eerste instantie zullen afspraken gemaakt worden rond het plaatsen van verslaggeving op COZO/ehealth hub, hetgeen in principe door elke arts met een behandelrelatie met die desbetreffende patiënt kan geraadpleegd worden. Momenteel worden psychiatrische verslagen vaak nog afgeschermd, hierin zal met de betrokken actoren een consensus tot modus operandi moeten gevonden worden.

Daarnaast moeten we ook een systeem opzetten dat permanent zicht geeft op waar welke beschikbare capaciteit is. Dit vraagt van elke partner engagement om op een aantal vast afgesproken momenten die capaciteit door te geven aan het outreachteam.

6. Governance van het netwerk

Het netwerkcomité vormt de centrale spil van het netwerk. Alle belangrijke partners zijn hierin vertegenwoordigd (zie <https://www.netwerkemergo.be/leden/>). Momenteel is er een governance oefening op netwerkniveau bezig, waar ook de urgentiepsychiatrie mee opgenomen zal worden.

Vanaf 16/10/2024 starten we, in aanvulling van de huidige werkgroep, met een stuurgroep volgens de principes zoals beschreven in de oproep.

In de visie van het project is de taakomschrijving van de stuurgroep ook beschreven: 'de stuurgroep urgentiepsychiatrie, met vertegenwoordiging van de meest relevante partners heeft het mandaat om de doelstellingen op korte termijn uit te werken en hierbij concrete acties voor te stellen. Tussentijdse evaluaties, na concrete invoering van de acties, worden hierbij gepland.'

De twee deeltijdse projectmedewerkers urgentiepsychiatrie zijn ook vertegenwoordigd in de stuurgroep. Verder vormen zij enerzijds een operationele verbinding met het 2A team en anderzijds zijn zij ook projectmatig verbonden met het project illegale drugs. Ook de ontwikkeling van het crisiszorgpad volgen zij mee op.

7. Timing en acties op korte termijn

Volgend gefaseerd projectplan, met doelstellingen en acties op korte termijn, is aangemaakt om de nodige toekomstige stappen te kunnen zetten. Deze timing is indicatief en zullen we in functie van voortgang waar mogelijk en nodig versnellen:

Fase 0: Periode vanaf heden tot de goedkeuring van de overheid

Doelstelling: Verdere verkenning projectaanvraag

Acties:

- Uitgebreid informeren van de nodige partners
- Grondige omgevingsanalyse ikv urgentie
- Bilaterale gesprekken met de partners (verdere kennismaking betreffende elkaars werkwijze en procedures)
- Verdere afstemming van het projectteam met de spoeddiensten

- Conceptvorming triagemodel voor opstartperiode
- Voorbereiden vacatures triage
- Dataverzameling verkennen rond urgentie bij spoeddiensten, Paaz, politie en huisartsen. (welke gegevens en hoe verzamelen om deze beleidsmatig functioneel te maken)
- Verdere afspraken over medische verantwoordelijkheid tussen (residentiële) partners.
- Verder uitwerken model triage, outreach en observatie in opstartfase. In functie van voortgang omtrent inzichten effectieve noden en concrete modellen zullen we toewerken naar besluitvorming omtrent een definitief en omvattend model. Deze actie loopt in elke fase verder tot we aan een besluitvorming komen.
- Verkennende nationale gesprekken rond 112/1733
- Na goedkeuring voorstel op netwerkcomité 13/09/24: start met opmaak beleid rond fase 1 (verkennen triagefunctie vanuit huidige 2A werking)

Fase 1: Periode maand 1 vanaf de goedkeuring

Doelstelling: Verkennen triagefunctie vanuit huidige 2A werking

Acties:

- Vanuit de bestaande 2A werking: verkennen noden huisartsenwachtposten, mogelijke aanmeldingen spoed en politie
- Aanwerving personeel voor triagefunctie
- Communicatie naar nodige partners
- Verkennen HR beleid personeel urgentiepsychiatrie
- Installatie stuurgroep project urgentiepsychiatrie (uitbreiding van de huidige werkgroep)
- Dataverzameling uitvoeren en als mogelijk analyseren
- Finaliseren van besluitvorming triage, outreach en veilige plekken
- Finaliseren van engagementen van partners voor de drie te installeren functies om zo te kunnen overgaan naar besluitvorming van model voor al zeker de functies triage en outreach

Fase 2: Periode 3-6 maanden na opstart triagefunctie

Doelstelling: Evaluatie triagemodel + uitwerking outreachfunctie

Acties:

- Start telefonische triage van 8u tot 20u en dit gefaseerd uitbreidend
- Dataverzameling uitvoeren en analyseren
- Evaluatie triagemodel + aanpassing waar nodig
- Voorbereiding start outreachfunctie
- Aanwerving personeelsleden voor outreachfunctie
- Aanmaak communicatieplan voor opstart outreachfunctie
- Bezoek Mondriaan Maastricht (verbinding triage-outreach)

Fase 3: Periode vanaf 6 maanden na opstart triagefunctie

Doelstelling: Evaluatie en verdere optimalisatie urgentiemodel in samenwerking met de drie verwijzende instanties

Op de stuurgroep vergaderingen worden de verschillende fasen geëvalueerd. De evaluatie zal zowel bestaan uit de ervaringen van de partners als uit data die worden aangeleverd. De terugkoppeling van deze evaluatie zal gebeuren op het netwerkcomité.

Fase 4: Periode 9 maand na opstart: start urgentiedienst 24/7

- Volledige uitrol urgentiefuncties zoals bedoeld volgens geest projectoproep