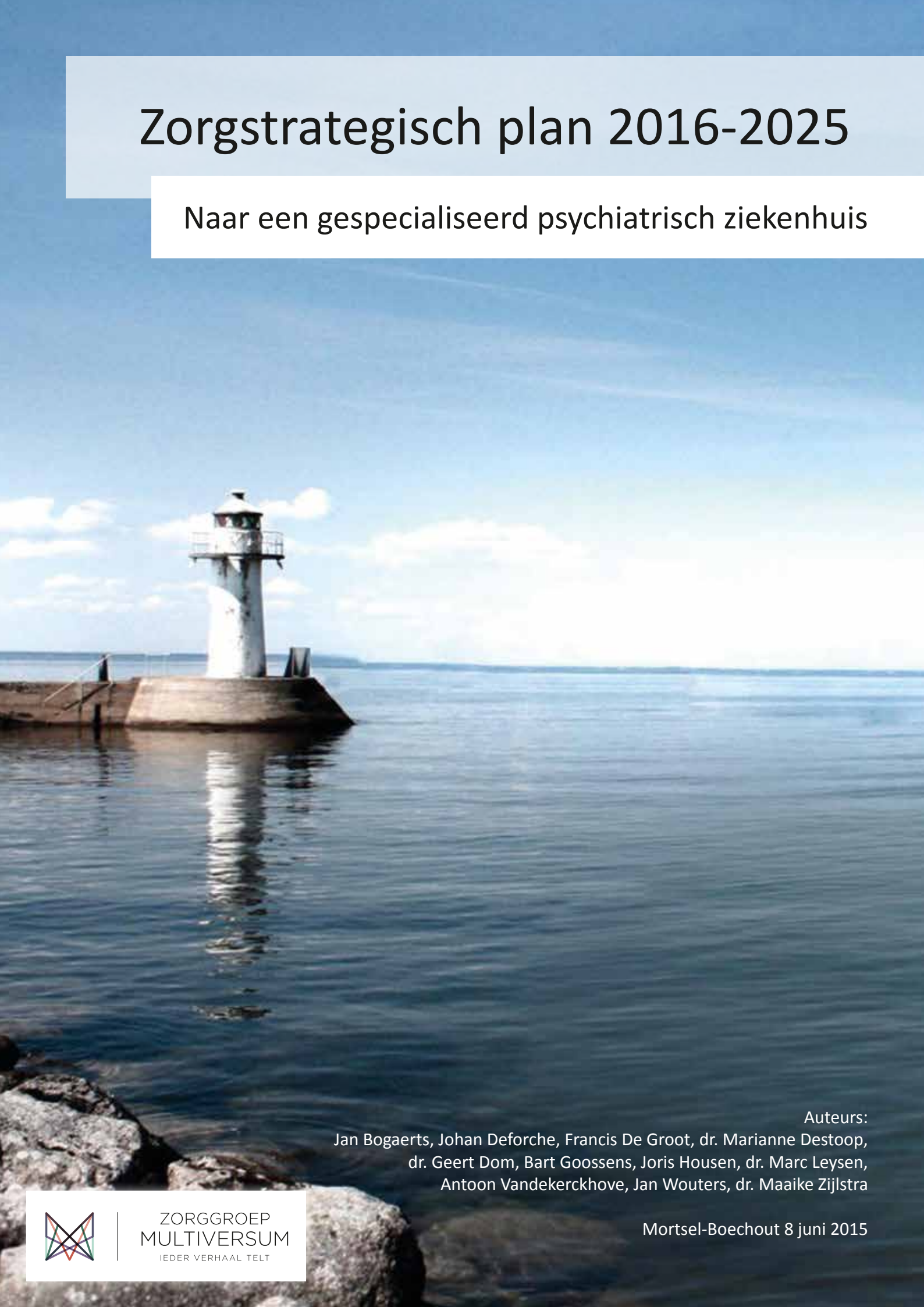


Zorgstrategisch plan 2016-2025

Naar een gespecialiseerd psychiatrisch ziekenhuis



Auteurs:

Jan Bogaerts, Johan Deforche, Francis De Groot, dr. Marianne Destoop,
dr. Geert Dom, Bart Goossens, Joris Housen, dr. Marc Leysen,
Antoon Vandekerckhove, Jan Wouters, dr. Maaïke Zijlstra



ZORGGROEP
MULTIVERSUM
IEDER VERHAAL TELT

Mortsel-Boechout 8 juni 2015

INHOUD

1. Inleiding	4
1.1. Specialisatie	4
1.2. Behandeling	4
2. Zorgstrategisch plan	6
2.1. Algemeen kader en premissen ZS-plan	6
2.2. Zorgstrategische keuzes	6
3. Algemeen psychiatrische functie	8
4. Specialistische doelgroepen	8
a. Personen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek	8
b. Personen met een verslavingsproblematiek	9
c. Personen met een psychotische problematiek (zonder een uitgesproken vorm van co-morbiditeit met verslaving)	9
d. Personen met ernstige co-morbiditeit verslaving/psychiatrische problematiek	9
d.1. Geïntegreerde behandeling voor patiënten met ernstige verslaving en psychotische stoornissen	9
d.2. Geïntegreerde behandeling voor patiënten met ernstige verslaving en persoonlijkheidsstoornissen (+ As I zoals ADHD en PTSD)	9
5. Deelspecialisaties	9
5.1. Personen met co-morbiditeit persoonlijkheidsstoornissen en As I problemen	9
5.2. Adolescenten	10
5.3. Ouderen	10
6. Timing	10
7. Besluit	11

1. INLEIDING

Het nieuwe psychiatrisch ziekenhuis wil zich in de toekomst profileren als een gespecialiseerde zorgvoorziening voor de behandeling van mensen met ernstige en complexe psychiatrische aandoeningen. Deze keuze is ingegeven door de verwachting dat in de toekomst de rol van algemene psychiatrische zorgverlening meer en meer zal worden opgenomen door eerste lijns- en PAAZ-diensten. Specialistische zorgproducten zijn dan te bekijken als welomschreven zorgvormen die een duidelijke plek hebben binnen een systeem van geschakelde zorg.

1.1. Specialisatie

Het begrip ‘specialisatie’ in deze context refereert niet naar begrippen als kwaliteit of kundigheid. Ook generalistische psychiatrische zorg dient kundig en kwalitatief te worden uitgebouwd. Specialisatie betekent: het ontwikkelen van specifieke competenties, expertise en ervaring gericht op het bieden van behandelprogramma’s voor specifieke doelgroepen. Belangrijk hierbij is dat er voldoende volume van behandeling binnen de specialisatie wordt gerealiseerd om de uitbouw van ervaring, expertise en wetenschappelijkheid continu te ontwikkelen en te garanderen. Binnen de context van onze zorgstrategische visie kiezen we voor een specialisatie rondom (diagnostisch en qua leeftijd omschreven) doelgroepen. Gespecialiseerde behandelvormen kunnen zowel een supra-regionale nood invullen (bredere regio, vooral bij relatief laag-prevalente aandoeningen) of een gecombineerde regionaal/supra-regionale inbedding hebben voor aandoeningen die hoog prevalent zijn en een gespecialiseerde zorg nodig hebben.

Tot slot wensen we te benadrukken dat specialisatie kan ingezet worden op alle niveaus van de zorgorganisatie zoals die momenteel via het begrippen kader ggz gehanteerd worden (Functie 1 t/m 5).

1.2. Behandeling

Binnen de context van de geestelijke gezondheidszorg is het begrip ‘behandeling’ breed te bekijken. Behandeling in de psychiatrische hulpverlening is gericht enerzijds op het verbeteren van de klinische uitkomst, anderzijds op het herstel van mensen op verscheidene levensdomeinen (rolfunctioneren, waardevolle daginvulling, zelfbeeld, ...). Dit sluit naadloos aan bij het uitgesproken bio-psycho-sociaal kader waarbinnen psychiatrische aandoeningen zich situeren zowel wat betreft hun oorzaak (pathogenese) als hun behandeling. Een gespecialiseerde behandeling richt zich dus op een bredere waaier aan uitkomst variabelen en kiest op welke het accent ligt. We streven een goed en duidelijk evenwicht na tussen interventies gericht op klinisch herstel en op persoonlijk herstel. We gebruiken daarbij het model van Dröes en Plooy (2011) waar een aanzet gemaakt wordt tot ordening van verschillende types interventie (Fig. 1).

Fig. 1 model van Dröes en Plooy (2011)

Aspect	Herstelondersteunende zorg	Beoogd resultaat
<i>Herstel van gezondheid</i>	<i>Bemoeizorg Behandeling Zelfmanagement</i>	<i>Minder symptomen Genezing Beter omgaan met symptomen</i>
<i>Herstel van activiteiten (dagelijks functioneren)</i>	<i>Rehabilitatie</i>	<i>Dagelijkse routines</i>
<i>Herstel van participatie (rol functioneren)</i>	<i>Rehabilitatie Stigmabestrijding Kwartier maken</i>	<i>Rolherstel</i>
<i>Herstel van persoon</i>	<i>Herstelverhaal maken Empowerment Ervaringskennis</i>	<i>Herstel van maatschappelijke identiteit Zingeving Acceptatie</i>

Verwijzend naar de indeling in Dröes en Plooy (2010) willen we deze 4 aspecten voor ogen houden. Binnen onze gespecialiseerde werking leggen we de focus op herstel van gezondheid en herstel van persoon en engageren we ons om voor alle aspecten verbindend te zijn naar buiten. Hierbij zien we het als een belangrijke opdracht deze verbindingen te borgen met andere voorzieningen die specifieke aspecten van herstelondersteunende zorg (HOZ) opnemen zodat patiënten naadloos hierbij kunnen aansluiten. Goede aansluiting bij herstelondersteunende activiteiten (domeinen activiteiten en participatie) zijn immers noodzakelijk met het oog op duurzame verandering.

Samenvattend, zijn de keuzes die gemaakt worden, alsook de inhoud die gegeven wordt aan de begrippen specialisatie enerzijds en behandeling anderzijds, richtinggevend voor oriëntatie van het inzetten van onze middelen (HR, materiaal, behandelvisie) binnen ons zorgstrategisch plan.

2. ZORGSTRATEGISCH PLAN

Binnen de context van de geplande fusie tussen de ziekenhuizen Boechout en Mortsel werd door het beheer een zorgstrategisch comité (ZSC) samengesteld, met als opdracht het uittekenen van een zorgstrategie voor de nieuwe organisatie. Onder begeleiding van een externe coach (Prof. H. Der Kinderen) werd een methodisch onderbouwd stappenplan doorlopen. De verschillende bouwstenen, nodig voor het ontwikkelen van een zorgstrategie, werden toegepast op de specifieke context van het concrete fusie project. De verschillende keuzes binnen dit zorgstrategisch proces werden gemaakt op basis van een grondige analyse van de huidige context en een, voor zover mogelijk, realistische inschatting van toekomstige evoluties. Het resultaat van dit proces was een eerste versie van zorgstrategisch plan. Deze tekst werd voor feedback voorgelegd aan een brede groep van artsen en leidinggevenden van beide ziekenhuizen. Op basis van hun feedback en deze vanuit het fusiecomité werd een finale tekst gemaakt die ter kennisgeving werd voorgelegd aan de leidinggevenden en vervolgens voor een formele adviesprocedure aan de Medische Raden en het Beheerscomité verzorgingsinstellingen. Uiteindelijk werd het zorgstrategisch plan bekrachtigd door de Raad Van Bestuur op 8 juni 2015.

2.1. Algemeen kader en premissen ZS-plan

Onlosmakelijk verbonden met de concrete elementen binnen het ZS-plan zijn een aantal algemene premissen die het breder kader schetsen. De verschillende keuzes zijn gemotiveerd door een zo volledig mogelijke analyse van de huidige context en een inschatting van de toekomstige verwachtingen. Dit houdt onvermijdelijk een aantal onzekerheden en onvolledigheden in.

- Het ZS-plan is te beschouwen als een 'baken', een richtpunt dat een idee geeft over de organisatiestructuur en het zorgaanbod over een periode van 10 jaar, vanaf 2016.
- We gaan uit van een evolutie waarbij de volgende jaren een afbouw van bedden van ongeveer 30% te verwachten is waarbij de capaciteit kan gebruikt worden voor de uitbouw van outreach activiteiten (type 2a, type 2b) en zorgintensifiëring.
- Het is een flexibel plan, dat in functie van nieuwe ontwikkelingen (intern & extern) en informatie moet kunnen bijgestuurd worden. Het betreft een levend document dat regelmatige evaluatie en bijsturing vraagt. Uitwisseling met andere zorgorganisaties zowel uit het eigen netwerk (De Link, De Vliering, PVT) als met andere partners is hierbij essentieel.
- Een gevolg van de keuze voor bepaalde specialisaties houdt in dat voor andere patiëntenpopulaties de zorg wordt gestopt en/of afgebouwd. Bij het uitrollen van het ZS-plan dient erover gewaakt te worden dat de zorg voor deze patiënten kwalitatief gewaarborgd wordt. Afspraken met netwerkpartners zijn hierbij essentieel.

2.2. Zorgstrategische keuzes

De keuze om een gespecialiseerd centrum te ontwikkelen impliceert volgende zorgstrategische keuzes:

- We organiseren ons centrum rondom volgende deelwerkingen:
 - 1) **Algemene psychiatrische functie:** Voor de eigen regio weerhouden we een *beperkte* algemeen psychiatrische functie.
 - 2) **Specialistische doelgroepen:** we kiezen voor vier specialistische doelgroepen waarin we diverse behandelpakketten en -modules in één traject kunnen inzetten: verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek, verslaving, psychose en co-morbiditeit verslaving/

psychiatrische stoornissen. Deze werking wordt georganiseerd in de vorm van *clusters*. Dit betekent concreet dat zowel crisis, diagnostiek (in de ruime betekenis), indicatiestelling, dagbehandeling, kortdurende intramurale behandeling, langdurende behandeling en outreach-behandeling binnen deze cluster worden aangeboden. Afhankelijk van de evoluties binnen de eerstelijnsgezondheidszorg zal de diagnostiek wel of géén focus inhouden.

3) *Deelspecialisaties:* naast de specialistische doelgroepen (clusters) bieden we voor drie doelgroepen een beperkter aanbod: ouderen, adolescenten en co-morbiditeit persoonlijkheidsstoornissen As I. Dit noemen we onze deelspecialisaties.

- Er wordt gekozen om poliklinische activiteiten zo veel mogelijk aan specialistische clusters te koppelen. Waar dit echter niet mogelijk is kan dit een apart (generalistisch) stuk blijven.
- De functie 'open opname' wordt per specialistische cluster bekeken. Wat betreft het generalistische stuk vindt er een overgangsregeling plaats met als finaliteit de afbouw van de algemene open opname functie over een termijn van 10 jaar. De mate en timing hiervan zal sterk bepaald worden door de evoluties bij en samenwerking met andere zorgpartners.
- Wat betreft de werking van de generalistische opname functie willen we, op korte termijn, streven naar korte opname periodes van ongeveer 3 weken gericht op stabilisatie en oriëntatie.
- Voor de gekozen specialistische doelgroepen bieden we de mogelijkheid om, binnen hun zorgtraject, naadloos te kunnen schakelen van meer intensieve zorgvormen naar minder intensieve en vice versa. We streven ernaar om het traject van de patiënt te laten verlopen met zo weinig mogelijk breuklijnen in de gehanteerde visie, methodieken, settings (dag, residentieel, ambulante) en behandelaars.
- We kiezen er ook voor om voor deze specialistische doelgroepen een beduidende capaciteit in volume aan te bieden. Zodoende kunnen we méér zekerheid bieden van een continue kwalitatieve behandeling en een voldoende inhoudelijke verdieping (via monitoring en wetenschappelijk onderzoek).
- We hebben er voor gekozen om het aandeel per doelgroep in een percentage uit te drukken t.o.v. van het volledige volume. Momenteel hebben beide ziekenhuizen gezamenlijk een erkenning voor 563 bedden/plaatsen (exclusief de 28 T – bedden die projectmatig zijn omgezet in een twee mobiele 2b teams). We kiezen ervoor om deze middelen verder in te zetten om de ziekenhuis functie verder uit te bouwen i.f.v. het zorgstrategisch plan.
- Binnen de keuze van deze specialistische doelgroepen wensen we zo weinig mogelijk exclusiecriteria te hanteren.
- Binnen de nieuwe organisatie kiezen we er uitdrukkelijk voor om vrijheidsbeperkende maatregelen zo veel mogelijk te beperken.
- Binnen de organisatie wordt er aandacht gegeven aan alle aspecten van herstelondersteunende zorg o.a. gefaciliteerd door de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen.

- Aangezien er gekozen wordt om sterk te investeren in een sociaal netwerk, een trajectwerking en een verbinding met andere zorg – en reguliere partners zullen er minder middelen gaan naar interne dagbesteding, activering en vrije tijd.
- Outreach behandeling wordt zoveel mogelijk vanuit de specifieke specialisatie georganiseerd.
- Binnen het aanbod van de specialisaties personen met een verstandelijke beperking en personen met een dubbel diagnose verslaving/psychiatrische problematiek houden we de mogelijkheid open om ook patiënten met een forensisch statuut te behandelen.

3. ALGEMEEN PSYCHIATRISCHE FUNCTIE

- We kiezen voor de uitbouw van een generalistisch outreach – crisis team voor de klein stedelijke regio Mortsel/Boechout en een deel van de grootstad Antwerpen.
- Voor de doelgroepen waar we geen aanbod voor organiseren, verwijzen we door naar andere partners.
- Patiënten die geïncorporeerd kunnen worden binnen het eigen specialistisch aanbod worden zo snel mogelijk intern doorverwezen.
- We voorzien een kleine gesloten unit waarbinnen een high care crisis unit en de mogelijkheid van flexibiliteit in de graad van vrijheidsbeperking is geïntegreerd. Deze ondersteunt de algemeen psychiatrische functies en de (deel) specialisaties en richt zich op opname/stabilisatie/indicatiestelling en snelle doorverwijzing.
- We gebruiken hiervoor 8 % van de capaciteit

4. SPECIALISTISCHE DOELGROEPEN

- a. Personen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek
 - Deze specialisatie wordt aangeboden op supra-regionaal niveau, provinciaal en ruimer.
 - Het betreft de leeftijdsgroepen adolescenten en volwassenen.
 - De bestaande werking dient verder uitgebouwd te worden met outreachende vormen van ondersteuning.
 - Daarnaast is binnen deze specialistische doelgroep het project GAUZZ opgestart: een samenwerkingsverband met UPC Leuven voor de doelgroep kinderen, jongeren en jongvolwassenen met autisme, een verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen.
 - Het voorziene percentage aan capaciteit is 12%.

b. Personen met een verslavingsproblematiek

- Ook hier wordt er gedacht om de toegevoegde capaciteit voor een deel in te zetten om outreachend te werken.
- Het voorziene percentage is 16%. In eerste instantie wordt het aanbod uitgebouwd voor de eigen regio.
- We richten ons tot patiënten met ernstige en complexe verslavingsproblemen ongeacht de aard van de verslaving.
- Naast de verslavingsbehandeling worden in het behandeltraject modules aangeboden voor de geïntegreerde behandeling van psychiatrische As I co morbiditeit.

c. Personen met een psychotische problematiek (zonder een uitgesproken vorm van co-morbiditeit met verslaving)

- Actueel bestaat ons aanbod (in een specifiek en heterogeen milieu) voor ongeveer 26% uit deze doelgroep. We verminderen ons aanbod tot 20%. In eerste instantie wordt het aanbod uitgebouwd voor de eigen regio.

d. Personen met ernstige co-morbiditeit verslaving/psychiatrische problematiek

- Dit zorgtraject richt zich op patiënten met zowel een ernstige verslavingsproblematiek als één of meer andere psychiatrische aandoeningen waarbij specifiek de interactie tussen beide de behandeling en het herstel verstoort.
- Dit aanbod wordt verruimd in het nieuwe ziekenhuis naar een capaciteit van 16% en heeft een supra-regionale functie. We voorzien hier twee deelwerkingen:
 - d.1. *Geïntegreerde behandeling voor patiënten met ernstige verslaving en psychotische stoornissen*
 - d.2. *Geïntegreerde behandeling voor patiënten met ernstige verslaving en persoonlijkheidsstoornissen (+ As I zoals ADHD en PTSD)*

5. DEELSPECIALISATIES

5.1. Personen met co-morbiditeit persoonlijkheidsstoornissen en As I problemen

- Deze behandelmodule richt zich op het bieden van een geïntegreerde behandeling waarin de focus ligt op de gelijktijdige behandeling van As II en As I problemen.
- Doelgroep zijn patiënten met een complexe co - morbiditeit waarbij de persoonlijkheidsstoornis een blijvend verstorend effect heeft op de behandeling van de As I problematiek en de functionele outcome.
- Voorzien volume is 8%.
- Het betreft hier een regionaal aanbod.
- Behandelsetting voornamelijk dagbehandeling en outreach.

5.2. Adolescenten

- We kiezen er voor om een specifiek aanbod uit te bouwen voor de leeftijdscategorie adolescenten / jongvolwassenen.
- De bedoelde leeftijdscategorie wordt ingeschat als 16j - 25j, doch de ervaring kan leren of een verhoging / verlaging (met dan reconversie naar K-bedden) noodzakelijk is.
- Zulk aanbod heeft een regionaal en supra-regionaal karakter.
- Deze transitiefase van puberteit, naar adolescentie en jongvolwassenheid vraagt een geëigend behandelingskader.
- De focus wordt gelegd op drie doelgroepen: - adolescenten met een externaliserende problematiek - adolescenten met complexe verslavingsproblemen - adolescenten met ontwikkelingsstoornissen, in het bijzonder autisme en ADHD.
- Volgende functies staan centraal: crisis, diagnostiek, indicatiestelling, kortdurende behandeling en outreach.
- De voorziene capaciteit is 12%.

5.3. Ouderen

- Het aanbod voor ouderenpsychiatrie wensen we te continueren.
- Ondanks de grote concurrentie van de algemene ziekenhuizen denken we dat een beperkt (semi)residentieel aanbod, uitgebreid met een outreach- capaciteit, noodzakelijk blijft voor de ouderen met een complexe psychiatrische problematiek.
- Deze functie is hoofdzakelijk regionaal.
- De voorziene capaciteit is 8%.

6. TIMING

Het tijdspad waarop dit ZS-plan zich richt is 10 jaar. Dit is uiteraard richtinggevend en afhankelijk van vele factoren. Het ZSC benadrukt het belang van een geleidelijke op- en afbouw van de verschillende zorgvormen, zodat de organisatie zich geleidelijk kan profileren in functie van de strategische doelstellingen. Naast vernieuwing en verandering moet er ook over gewaakt worden dat de organisatie (vorm, cultuur, beleving) voldoende continuïteit biedt. Een goede timing van de verschillende veranderstappen, die rekening houdt met de kritische succes factoren en mogelijke nieuwe elementen / evoluties is hierbij cruciaal. Een aantal veranderingen kunnen reeds op korte termijn ingezet worden, periode 2016-2018. Deze zogenaamde 'eerste stappen' zijn elementen die bij wijze van spreken al klaar liggen, reeds aansluiten bij de zorgstrategie en waarvoor kritische succes factoren gunstig liggen. Gebaseerd op onze organisatie en omgevingsanalyse en de matching met het ZS-plan ligt er volgens de leden van het ZSC reeds voldoende informatie om een aantal keuzes hierin te maken.

7. BESLUIT

Het ZS-plan is een ambitieus plan waarbij gekozen wordt voor moderne, gespecialiseerde zorgontwikkeling. Beide ziekenhuizen staan reeds vele jaren garant voor hoogwaardige psychiatrische zorg. Een veranderingsproces dient dus te gebeuren met de hoogste waardering voor de reeds bestaande kwaliteit en inzet, en met voldoende geleidelijkheid om een continuïteit van organisatie en 'behoren tot' te garanderen. Specifiek voor psychiatrische zorg geldt immers dat deskundig, gemotiveerd en geëngageerd personeel de essentiële succesfactor is bij het uitbouwen van kwalitatief hoogstaande zorg. Dit alles betekent dat verandering heel respectvol en helder gecommuniceerd en ruim ondersteund moet worden. Het gegeven dat men, binnen de grote lijnen van de uitgestippelde zorgstrategie, als medewerker gehoord wordt, keuzes kan maken en jobgarantie heeft, is essentieel.