

# Connecting mobile mental health teams expertise in Europe

April 2012 – April 2015

*Mobile mental health teams in Belgium – formation programme based on  
expertise in other countries*

Report June 2015

Patrick Van der Jeugt  
Coordinator of the formation programme for Belgian Mobile Teams  
Belgian Federal Public Service-Health

## INHOUD

<b>1 INLEIDING .....</b>	<b>4</b>
1.1 DE INTERMINISTERIELE OVEREENKOMST 2010 EN GIDS VOOR EEN GGZ-HERVORMING IN BELGIE .....	4
1.2 BUDGETTAIRE ASPECTEN MET IMPACT OP DE LANCERING VAN 107-PROJECTEN .....	7
1.3 HET FEDERALE VORMINGSPLAN – PROCEDURES EN INHOUD .....	8
 <b>2 HET VORMINGSPROGRAMMA VOOR MOBIELE TEAMS (FUNCTIE 2) .....</b>	<b>9</b>
2.1 NOOD AAN EEN SOLIDE CONSTRUCTIE .....	9
2.1.1 TRADITIE VAN DIALOOG .....	9
2.1.2 PROJECT VOORSTE EU-PROGRESS .....	9
2.1.3 DUURZAME RELATIE MET PARTNERS IN HET BUITENLAND .....	10
2.2 ‘WAT IS BEHULPZAAM?’ VRAAGT EEN SPECIFIEKE AANPAK .....	10
2.2.1 KRITISCHE SUCCESFACTOREN IN TERMEN VAN EEN POTENTIELE IMPACT OP VERANDERING .....	11
2.2.2 COMPONENTEN VAN VERSCHILLENDE MODELLEN .....	11
2.3 PROGRAMMA INHOUD: TYPE VAN VORMINGSACTIVITEITEN VOOR BELGISCHE MOBIELE TEAMS GEBRUIK MAKEND VAN BUITENLANDSE EXPERTISE .....	13
2.3.1 THEMATISCHE GROEP MEETINGS .....	14
2.3.2 STAGES IN HET BUITENLAND .....	14
2.3.3 LOKALE INDIVIDUELE ONDERSTEUNING (DOOR BUITENLANDSE EXPERTS) .....	14
2.3.4 OTHER ACTIVITIES .....	14
2.4 ORGANISATIE EN COORDINATIE VAN HET VORMINGSPROGRAMMA VOOR BELGISCHE MOBIELE TEAMS .....	15
2.4.1 THEMATISCHE AANPAK .....	15
2.4.2 BETROKKEN LANDEN .....	18
2.4.3 OVERZICHT VAN POTENTIELE LEERPLAATSEN .....	20
2.4.4 HET PROGRAMMA OP HET JUISTE SPOOR ZETTEN EN HOUDEN .....	21
2.4.5 BESCHIKBARE DOCUMENTATIE .....	25
2.5 OVERZICHT VAN DE VORMINGSACTIVITEITEN APRIL 2012 – APRIL 2015 .....	26
2.5.1. THEMATISCHE GROEP MEETINGS: INTRODUCTIESESSIES .....	26
2.5.2. BUITENLANDSE STAGES .....	27

2.5.3. LOKALE SUPPORT .....	30
2.5.4. ANDERE ACTIVITEITEN .....	33
2.6 FINANCIEEL OVERZICHT .....	34
<b>3 FEEDBACK (STAGES, LOKALE SUPPORT).....</b>	<b>36</b>
3.1 VERZAMELEN, STRUCTUREREN EN DELEN VAN BETEKENISVOLLE LEERERVARINGEN .....	37
3.2 LEERERVARINGEN .....	38
3.2.1 THEMA'S EN TOPICS .....	38
3.2.2 KRITISCHE SUCCESFACTOREN .....	41
3.2.3 NUTTIGE PRAKTIJK ONDERSTEUNDE INSTRUMENTEN .....	42
3.2.4 PROBLEEMOPLOSSENDE VRAGEN .....	43
<b>4 EEN MOGELIJKE VOLGENDE STAP .....</b>	<b>54</b>
<b>5 GEDETAILLEERD OVERZICHT VAN ACTIVITEITEN PER PROJECT .....</b>	<b>55</b>

## 1 INLEIDING

### 1.1 DE INTERMINISTERIELE OVEREENKOMST 2010 EN GIDS VOOR EEN GGZ-HERVORMING IN BELGIE

De lente van 2010 resulteerde in een interministeriële overeenkomst tussen de federale minister en de ministers van de Gemeenschappen/Gewesten met verantwoordelijkheden en bevoegdheden op vlak van geestelijke gezondheidszorg, en in een Belgisch raamwerk over de basisprincipes van de ggz-hervorming.

De Interministeriële Conferentie (IMC<sup>1</sup>) verklaarde zich akkoord om aan de slag te gaan met de transformatie van een grotendeels residentieel georiënteerd ggz-systeem in de richting van een meer op de gemeenschap gericht systeem, en dit in de vorm van 107-exploraties voor (jong) volwassenen (16 – 65 jaar) met ggz-problemen. “107” verwijst naar artikel 107 van de Belgische Ziekenhuiswet. In 2011 kwam een budget beschikbaar voor een eerste serie van dergelijke lokale initiatieven van transformatie (de zogenoemde 107-projecten), in totaal tien projecten die werden opgestart eind 2011, begin 2012. In juli 2012 maakte de IMC een budget vrij voor een tweede serie, de zogenoemde tweede golf van 107-projecten, die vanaf begin 2013 de lancering mogelijk maakte van negen extra 107-projecten.

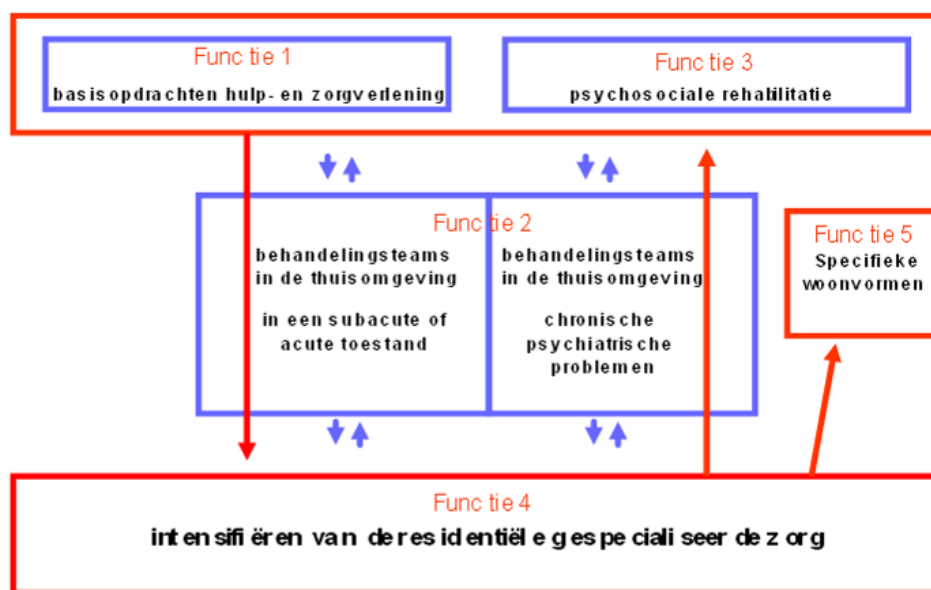
Deze 107-projecten beogen lokale transformaties te realiseren van een bepaald percentage van de middelen die tot dan toe gekoppeld zijn aan ziekenhuisbedden, in naar de gemeenschap georiënteerde geestelijke gezondheidszorg en dit in werkgebieden (van ong. 100 000 tot een paar 100 000 inwoners) door de projectkandidaten gedefinieerd en door de overheden goedgekeurd. Een belangrijke spelregel is echter dat het niet aan het individuele ziekenhuis, dat een bepaald percentage van het eigen budget beschikbaar stelt voor een transformatie, is om autonoom te beslissen hoe dit budget te transformeren en te heroriënteren. Alle bestaande ggz-voorzieningen binnen het omschreven werkgebied worden verondersteld om de handen in elkaar te slaan en middelen te bundelen, capaciteit te creëren nodig om nieuwe vormen van zorgverlening op te starten, de vijf functies te realiseren zoals deze omschreven zijn in de Gids voor de ggz-hervorming, in het herbestemmen van het budget voor ziekenhuisbedden of zelfs ziekenhuisafdelingen, in het linken met eerstelijnszorg, met algemene gezondheidszorg-voorzieningen en ondersteunende resources in de gemeenschap (wonen, werk, onderwijs, cultuur, sport, vrijetijd, enz.). Deze vijf functies zijn als volgt in algemene bewoordingen omschreven:

- Functie 1: basisopdrachten geestelijke gezondheidszorg, preventie, promotie, vroegdetectie, screening en diagnostische activiteiten, enz. (met de klemtoon op een liaison met eerstelijns geestelijke gezondheidszorg);

---

<sup>1</sup> Om de samenwerking tussen federale overheid en de Gemeenschappen/Gewesten te faciliteren, worden op regelmatige tijdstippen interministeriële conferenties georganiseerd. Binnen de schoot van de IMC Volksgezondheid opereert een GGZ Taskforce

- Functie 2: behandeling aan huis voor personen met een (sub-)acuut probleem (functie 2a) en behandeling aan huis voor personen met een chronisch probleem (functie 2a);
- Functie 3: psychosociale rehabilitatie (met focus op herstel, sociale inclusie);
- Functie 4: kleinschalige en intensieve residentiële behandel eenheden (kort verblijf, voor acute en aanhoudende problemen, in situaties waar een opname noodzakelijk en onvermijdelijk is);
- Functie 5: specifieke woon-zorg combinaties (die, op dat moment, niet in de thuis- of natuurlijke leefomgeving kunnen worden aangeboden)



Het is vanzelfsprekend dat er bij het in praktijk omzetten van deze functionele map nood is aan een voorwaardelijk raamkader met basisprincipes betreffende interorganisatorische en interprofessionele samenwerking. Beiden, de functionele map en het netwerkconcept, werden beschreven in de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken*, gelanceerd in mei 2010 door de voor gezondheidszorg bevoegde overheden (federaal en Gemeenschappen/Gewesten). De terminologie van GGZ-programma's voor leeftijdsgroepen (kinderen en adolescenten, volwassenen, ouderen), zorgcircuits (concretisering van een GGZ-programma) en netwerken is gedefinieerd in de Belgische wetgeving. Netwerken van diensten worden geacht een omvattend GGZ-Programma te realiseren in een bepaalde regio.

Met de functionele map levert de Gids inspiratie voor een omvattend ggz-programma voor volwassenen (16 -65 jaar), geconcretiseerd in de vorm van zorgcircuits voor werkgebieden, alsook minimale richtlijnen betreffende een organisationeel netwerkmodel met oog op het bevorderen van de samenwerking die noodzakelijk is om een omvattende en geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg te realiseren en bijgevolg een concretisering van zorgcircuits te verzekeren. Het

aanwijzen van netwerkcoördinatoren voor elk netwerk is één van deze minimale richtlijnen. De netwerkcomponent wordt echter niet uitsluitend met de focus op interorganisationale samenwerking op voorzieningsniveau gedefinieerd. Organisationele basisprincipes worden eveneens vertaald in interorganisationale coördinatie op individueel cliënt- of gebruikersniveau met oog op overleg en samenwerking rondom de cliënt/gebruiker.

Bovendien biedt de Gids een vooruitblik op een onderzoeks- en vormingsplan, op noodzakelijke stappen die wettelijk en financieel vlak. Dit initiatief krijgt een eigen identiteit (PSY107), wordt voorzien van een logo om publieke erkenbaarheid te bevorderen en om transparantie in de communicatie na te streven. De Gemeenschappen/Gewesten wensten aantal specifieke accenten te formuleren voor respectievelijk de Nederlandstalige, Franstalige en Duitstalige Gemeenschap en voor de regio's (Vlaanderen, Brussel en Wallonië). Dit verklaart waarom er vijf versies van de Gids werden gelanceerd, allen met een hetzelfde 'Belgische' raamkader dat links en rechts aangevuld is met enkele meer specifieke details per Gemeenschap en/of Gewest die inspelen op hun bevoegdheden (die zich voornamelijk buiten de in ziekenhuizen georganiseerde geestelijke gezondheidszorg situeert).

Het label PSY107 verwijst naar artikel 107 van de Belgische Ziekenhuiswet: dit artikel maakt een herdefiniëring mogelijk van een ziekenhuisbed gerelateerd budget, in de vorm van een tijdelijke exploratie, en als een stap in de richting van de realisatie van een interorganisationeel en functioneel ggz-programma voor volwassenen dat in werkgebieden aangeboden wordt door een interorganisationeel netwerk dat daartoe de noodzakelijke middelen of resources bundelt. Dit verwijst op zijn beurt naar artikel 11 van de Belgische Ziekenhuiswet: artikel 11 beoogt de huidige regelgeving voor het programmeren en financieren – die een vrij administratieve regelgeving is die hoofdzakelijk focust op individuele ziekenhuisdiensten – te vervangen. Het is de bedoeling om te evolueren naar een systeem dat zorgtrajecten financiert in plaats van individuele (ziekenhuis) diensten. Ook voor psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen met psychiatrische afdelingen betekent dit dat de financiering en programmatie ('provisie') zal evolueren van een individuele en voornamelijk ziekenhuisbed georiënteerde financiering en programmatie naar een financiering van residentiële en andere diensten, maar dan als componenten van een traject (leeftijdsgroep gericht, globaal, een acuut zorgtraject, een in de tijd doorlopend zorgtraject, zorgtrajecten bestemd voor specifieke doelgroepen zoals een mix van ggz- en justitiële problematiek, een combinatie van een psychiatrische en verslavingsproblematiek, van een psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking). Dit verklaart eveneens waarom we in België spreken van '107-experimenten': als een stap in de richting van artikel 11, waarbij 107 en 11 onderling met elkaar verbonden artikels zijn in de Belgische Ziekenhuiswet. Niet onbelangrijk daarbij is dat artikel 107 niet refereert naar het sluiten van ziekenhuisbedden maar naar een heroriëntering van de bestemming van ziekenhuismiddelen gedurende een experimentele fase. Dit verklaart eveneens waarom het in België niet zo ongewoon is om te spreken over 'bevroren of geneutraliseerde bedden', die in de portefeuille van de ziekenhuizen blijven. Gedurende deze experimentele fase, en dit is toch wel vrij ongebruikelijk en ongekend voor de meeste andere Europese landen, is er geen regelgeving. De context is eerder voluntaristisch dan constitutioneel. En dit is toch wel een uitzonderlijk kader voor het opstarten van nieuwe ggz-zorgvormen zoals mobiele teams, wat het tevens niet zo eenvoudig maakt om uitgelegd te krijgen aan ggz-professionals en –beleidsmakers uit andere landen.

## 1.2 BUDGETTAIRE ASPECTEN MET IMPACT OP DE LANCERING VAN 107-PROJECTEN

In verschillende fasen, met tussenin bemerkingen en suggesties geformuleerd door de GGZ Taskforce die actief is binnen de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, konden de 107-projectkandidaten hun voorstellen beargumenteren en verdedigen voor een selectiecomité met vertegenwoordigers van de diverse ministers en administraties (federaal, Gemeenschappen/Gewesten) met ggz-bevoegdheden. Een reeks van criteria waaraan de voorstellen moesten beantwoorden, was beschikbaar.

In twee fasen werden budgettaire schikkingen uitgewerkt voor 19 107-projecten: in juni 2011 en juli 2012. Vanaf juni 2011 ontvingen alle 19 projecten een budget voor een netwerkcoördinator en konden de ziekenhuizen die betrokken waren in deze projecten starten met de transformatie van een bepaald percentage van hun ziekenhuisbudget. Enkel tien van deze projecten kregen een licentie om in de loop van 2011 op te starten en konden bijgevolg gebruik maken van een additioneel budget (bovenop het deels gedefinieerde bed-gerelateerde budget) dat prioritair moet aangewend worden om de nieuwe mobiele teams op te starten. In juli 2012 stemde de IMC-Volksgezondheid in met het voorstel van de GGZ Taskforce om negen andere 107-projecten groen licht te geven voor een opstart vanaf januari 2013. Sommige van deze negen 'tweede golf projecten' beslisten om niet te wachten tot januari 2013 vooraleer op te starten, sommige wachtten op de officiële toestemming.

Dit betekent niet dat het gehele Belgische grondgebied gedekt is door 107-projecten. Om dit te bereiken moeten op zijn minste enkele aanpassingen doorgevoerd worden voor de werkgebieden zoals deze door de projecten zelf werden gedefinieerd. De andere optie, een beperkt aantal additionele 107-projecten, is een piste die op dit moment (juni 2015) wordt verkend. Daartegenover staat dat er in enkele regio's die nog niet gedekt zijn door een 107-overeenkomst, ziekenhuizen op eigen initiatief stappen zetten in de richting van het toepassen van het raamkader van de 107-hervorming.

Het feit dat de lancering van 107-projecten verspreid is over twee golven, met wellicht een derde die op komst is, maakt het ontwikkelen van nationale informatie- en vormingsprogramma's, de praktische organisatie ervan en het kiezen van de best mogelijke timing voor ze op te starten, er niet makkelijker op. Netwerkcoördinatoren werden aangesteld in 2011, de opstart van mobiele teams is echter wijdverspreid over de tijd.

### 1.3 HET FEDERALE VORMINGSPLAN – PROCEDURES EN INHOUD

Binnen de klijtlijnen van het raamwerk voor de Belgische hervorming ontwikkelde het federaal ministerie van Volksgezondheid een vormingsplan met oog op opleiding, training, coaching en ondersteuning voor een diversiteit van doelgroepen: netwerkcoördinatoren, sleutelfiguren van de netwerken (lokale strategische werkgroepen), leiders en medewerkers van nieuwe teams, anderen (lokale overheden, vertegenwoordigers/leden van gebruikers- en familieorganisaties, psychiaters, huisartsen, ziekenhuispersoneel, enz.).

Hoewel het vormingsplan vormingsactiviteiten voorziet doorheen de volledige experimentele fase van de 107-projecten, werkt het federaal ministerie met jaarlijkse budgetramingen en vormingsplannen, terwijl tweemaal per jaar een voorstel van de vormingsactiviteiten (januari – juni / juli – december) ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de Taskforce GGZ.

Eind 2010 en in de loop van 2011 werden reeds enkele vormingsactiviteiten georganiseerd, voor de nieuwe netwerkcoördinatoren en sleutelfiguren van de lokale strategische werkgroepen die binnen de lokale projectcomités actief zijn. Sinds 2012 bevat het federale vormingsplan PSY107 drie vormen van praktijk gerelateerde ondersteuning door buitenlandse experts, die geïntegreerd en gecoördineerd worden aangeboden met de bedoeling de Belgische 107-projecten te helpen bij de opstart en verdere ontplooiing van mobiele teams voor mensen met (sub)acute zorgnoden en mobiele teams voor mensen met chronische problematiek (functies 2a/2b van de functionele map): groep meetings voor vertegenwoordigers van de mobiele teams van alle Belgische projecten, ontwikkelingsgericht advies en ondersteuning op het terrein door buitenlandse experts, en de mogelijkheid voor teamleiders en/of medewerkers van een mobiel team te werken met, te leren van en ervaringen te delen met een team werkzaam in een ander land.

Ondertussen werden vormingsactiviteiten voor de andere doelgroepen opgestart en verder gezet: samenwerken in netwerken (voor netwerkcoördinatoren, netwerkpartners), een vorming rond psychosociale rehabilitatie en een vorming rond herstel werden eind 2012 geïntroduceerd en verder gezet in 2013-2014. De vorming Psychosociale Rehabilitatie wordt gelinkt aan functie 3 terwijl de vorming rond herstel mikt op het introduceren van een herstelgerichte benadering binnen een ziekenhuisomgeving (functie 4). Eind 2012 vond voor beide thema's een kick-off meeting plaats. Bovendien werden en worden nog steeds tal van gelegenheden benut om experts uit te nodigen in Brussel om specifieke onderwerpen te bespreken met vertegenwoordigers van de projecten, met de sector in het algemeen, met de overheden, enz.

De procedure waarbij per semester een voorstel ter goedkeuring diende voorgelegd te worden aan de GGZ Taskforce, en dus plannen in tijdsintervallen van zes maanden, bemoeilijkte het ontwerpen van een vormingstraject voor mobiele teams gebaseerd op de inbreng van buitenlandse expertise. Er was de verbintenis om elk project dezelfde kansen te geven (in een 3 jaar lopend vormingstraject), maar tegelijk moest rekening gehouden worden met de ontwikkelingsfase van elk team, met een aanvaardbare timing, de nodige voorbereidingstijd, de agenda's van en engagementen tegenover Belgische teams, buitenlandse leerplaatsen en experts.



## 2 HET VORMINGSPROGRAMMA VOOR MOBIELE TEAMS (FUNCTIE 2)

### 2.1 NOOD AAN EEN SOLIDE CONSTRUCTIE

Als één van de componenten van het Vormingsprogramma PSY107, is het vormingsprogramma voor mobiele teams enigszins atypisch. Een transparante en solide constructie is wenselijk omdat, zoals aangegeven in vorige punten, de ideale timing voor vormingsactiviteiten voor mobiele teams aanzienlijk zal variëren van project tot project, en zesmaandelijks voorstellen en (eventuele) goedkeuringen van vormingsactiviteiten een degelijke voorbereiding en planning en een kosteneffectieve organisatie van de activiteiten kan doorkruisen. Er kon gerekend worden op het engagement van zowel de FOD-Volksgezondheid als de Belgische Federaties van GGZ-verstrekters om mee te bouwen aan een specifieke en solide constructie voor het vormingsprogramma voor mobiele teams.

#### 2.1.1 TRADITIE VAN DIALOOG

Enerzijds is deze specifieke constructie, in de vorm van een samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van de ggz-sector en de federale autoriteiten een voortzetting van een traditie van dialoog, die vaak weerspiegeld wordt in de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Diverse gemengde delegatiebezoeken met vertegenwoordigers van de overheden en de federaties van ggz-voorzieningen werden georganiseerd in de aanloop naar het in 2010 ontworpen raamkader voor de hervorming in België. Al deze bezoeken hadden als gemeenschappelijk doel de kenmerken en kritische ingrediënten te verkennen van de minimaal noodzakelijke componenten van een geschikt concept voor een nieuw omvattend Belgisch ggz-systeem, en te leren van reeds bewezen omvattende ggz-systeem transformaties in andere landen.

De federaties waren reeds jaren vragende partij voor meer flexibiliteit in het aanwenden van het ggz-budget dat in België steeds hoofdzakelijk een ziekenhuisbudget is geweest. Mobiele ggz-teams, die later omgedoopt werden tot functie 2 (zie pt. 1.1. met de functionele map uit de Gids), kwamen in het vizier als nieuwe gefunctionaliseerde zorgvormen die konden tegemoetkomen aan de vraag van de Federaties voor meer flexibiliteit in het aanwenden van het ziekenhuisbudget. In hun functionaliteit werden deze mobiele teams niet alleen een bijzondere inspiratiebron voor het technische aspect van het ontkoppelen van ggz human resources in ziekenhuizen van de ziekenhuisbedden, ze kwamen tevens in beeld als de potentiële motor van een transformatie van een grotendeels residentieel naar een meer op de gemeenschap gerichte ggz vanwege hun vermogen om het complete concept van hospitalisatie van personen met ernstige ggz-problemen te beïnvloeden en te veranderen.

#### 2.1.2 PROJECT VOORSTE EU-PROGRESS

Anderzijds was het samenwerkingsverband tussen de FOD-Volksgezondheid en de Federaties inzake het vormingsprogramma voor mobiele teams een direct vervolg op een eerste initiatief dat het uitwisselen van expertise tussen verschillende landen wilde versterken en structureren: in 2010 werd een partnership opgericht met de bedoeling te kandideren voor een Europees budget,

met de FOD-Volksgezondheid en de GGZ-sector (vertegenwoordigd door de Belgische Federaties van ggz-voorzieningen) en met organisaties uit negen andere Europese landen. De pre-fase van dit Europees project voorstel (EU-Progress VP/2012/007) was tegelijk een eerste stap voor het structureren van een mutuele uitwisseling van expertise tussen plaatsen die als bakens fungeren in het V.K., Ierland, Nederland, Frankrijk en Zwitserland, en om deze uitwisseling te delen met partners uit vijf andere Europese landen (Noorwegen, Frankrijk, Slovenië, Roemenië, Griekenland en Malta). Ook verderop in deze tekst, op p. 18, pt. 2.4.2. wordt het belang van dit partnership in 2010 geïllustreerd.

### 2.1.3 DUURZAME RELATIE MET PARTNERS IN HET BUITENLAND

Een ander betekenisvol aspect voor het bouwen aan een solide constructie voor dit vormingsprogramma is het verzekeren van een duurzame relatie met partners uit ander landen, met leerplaatsen, met experts. Dit gaat over mutueel vertrouwen, respect en loyaliteit.

Dit veronderstelt een transparante communicatie over de objectieven, de mogelijkheden en beperkingen tot samenwerken, de verwachtingen en de mogelijke return on investment. In wezen betekent dit duidelijk maken dat de bedoelde uitwisseling van expertise tot een open dialoog moet leiden die een mutueel leerproces op gang trekt tussen Belgische mobiele teams, en die dit leerproces toegankelijk maakt voor mobiele teams uit andere landen. Eerder dit dan een eenrichtingsoverdracht van kennis, wat op zich makkelijker te organiseren is. Maar het gaat hier niet over korte verschijningen in Brussel, maar over opeenvolgende dagen werken met elkaar in het buitenland en in België, en over een engagement tot een doorlopende beschikbaarheid over een langere periode. Dit veronderstelt een solide basis met een lange termijn perspectief, dat moeilijk in te passen is in de korte termijn planning waarbij om de zes maanden een vormingsplan moet worden voorgelegd aan de GGZ Taskforce.

## 2.2 'WAT IS BEHULPZAAM?' VRAAGT EEN SPECIFIEKE AANPAK

Hoewel het steeds zeer aantrekkelijk is om te focussen op internationale richtlijnen, standaarden en evidence based literatuur over mobiele teams, beantwoordt het gros van deze richtlijnen en literatuur onvoldoende aan de noden en de mate van diversiteit van de feitelijke werkomgeving van de nieuwe Belgische mobiele teams in hun vroege opstart- en ontplooiingsfase. Dat geldt eveneens voor modellen die in andere landen geïmplementeerd zijn: dit vormingsprogramma wil hier vooral uit leren, niet zomaar kopiëren. Bovendien worstelt elke vergelijking van feiten, cijfers en modellen tussen landen steeds met de discrepantie tussen de algemene beschrijvingen en indicatoren die men kan vinden in de literatuur, op nationale beleidsniveaus, in WHO-data, enz. enerzijds, en anderzijds de manier waarop de concrete hulpverlening lokaal geïmplementeerd en werkzaam is in een concreet werkgebied. Dit vormingsprogramma voor mobiele teams beoogt teammedewerkers en teamleiders de kans te geven om zicht te krijgen op de wijze waarop mobiele teams opereren in enkele buitenlandse locaties, om van buitenlandse collega's te horen hoe hun teams opgestart werden, wat de ambities waren en hoe hun teams, hun missies, hun doelgroep(en), hun dagelijkse praktijk evolueerde als een onderdeel van een regionaal ggz-systeem.

---

### 2.2.1 KRITISCHE SUCCESFACTOREN IN TERMEN VAN EEN POTENTIELE IMPACT OP VERANDERING

Vanuit deze visie en bezorgdheid wordt van de activiteiten in dit vormingsprogramma eerder verwacht dat ze een ‘can-do’ aanpak vooropstellen die nauw verbonden is met de dagelijkse praktijk en het klinisch werk van medewerkers en coördinatoren van mobiele teams, en een interactie beogen met experts in het aanwenden van modellen, in het helpen bij het interpreteren van de literatuur en bij het beantwoorden van vragen die niet aan bod komen in de literatuur. Het vormingsprogramma mikt op een ervaringsgericht leren (als team, teamlid, teamleider) langs de geprotocolleerde richtlijnen heen, daarbij de bestaande variatie te aanvaarden en de nodige ontwikkelingstijd voor het implementeren van deze nieuwe mobiele teams te respecteren.

Dit vormingsprogramma neemt de beschikbare richtlijnen en literatuur inzake beste praktijken of beter bewezen interventies niet als het ene en unieke vertrekpunt. Niettemin zal niemand in twijfel trekken dat het nuttig en nodig is dat de Belgische mobiele teams op zijn minst beantwoorden aan bepaalde kritische ingrediënten van ‘type 2a’ en ‘type 2b’ mobiele teams. De wetenschappelijke teams zullen hier aandacht aan besteden in hun monitoring van de Belgische mobiele teams, net als de overheden dit zullen doen in het kader van hun regelmatige visitaties en bevragingen van de 107-projecten. Complementair aan deze vormen van evaluaties, wenst dit vormingsprogramma de discussie over kritische ingrediënten van mobiele teams te voeren in termen van hun potentiële impact op de bestaande zorgvormen, in het bijzonder de in tal van werkingsgebieden sterk vertegenwoordigde ziekenhuisdiensten (functie 4): het veranderen van het concept, de modaliteiten en zelfs de inhoud van een ‘hospitalisatie’. Eerder dan te leiden naar een discussie over: welk type model te implementeren, welk type systeem te prefereren (gespecialiseerde mobiele ggz-teams, beantwoordend aan getrouwheidscriteria, als onderdeel van een omvattend ggz-systeem in een regio versus een omvattend geïntegreerd ggz-systeem dat op de gemeenschap is gericht en ontwikkeld wordt als alternatief naast een ziekenhuissysteem), welke indicatoren te beantwoorden, enz.

---

### 2.2.2 COMPONENTEN VAN VERSCHILLENDE MODELLEN

De impact op verandering kan niet worden gevat zonder het veranderingsproces te analyseren: van waaruit de verandering plaatsvindt, binnen welke bestaande structuren en functies de teams zich moeten inpassen, enz. De nieuwe Belgische teams kunnen componenten bevatten van verschillende modellen, precies om de beste pasvorm aan te nemen.

Enkele buitenlandse modellen voor mobiele team zijn bijzonder interessant, net als hun getrouwheidscriteria. De ginds ontwikkelde trainingen en vormingsprogramma’s voor de teams en hun management, waarbij deze getrouwheidscriteria vooropstaan, zijn niet per definitie bruikbaar en behulpzaam voor de Belgische teams. Omwille van diverse redenen is het niet zo vanzelfsprekend om te beantwoorden aan getrouwheidscriteria van een bepaald buitenlands model. Vandaar ook de noodzaak om potentiële partners uit andere landen goed te informeren over onder andere de volgende bijzonderheden van de Belgische context, o.a. over de (ontbrekende) implementatiestrategie voor de nieuwe teams op het moment van de lancering van de 107-projecten:

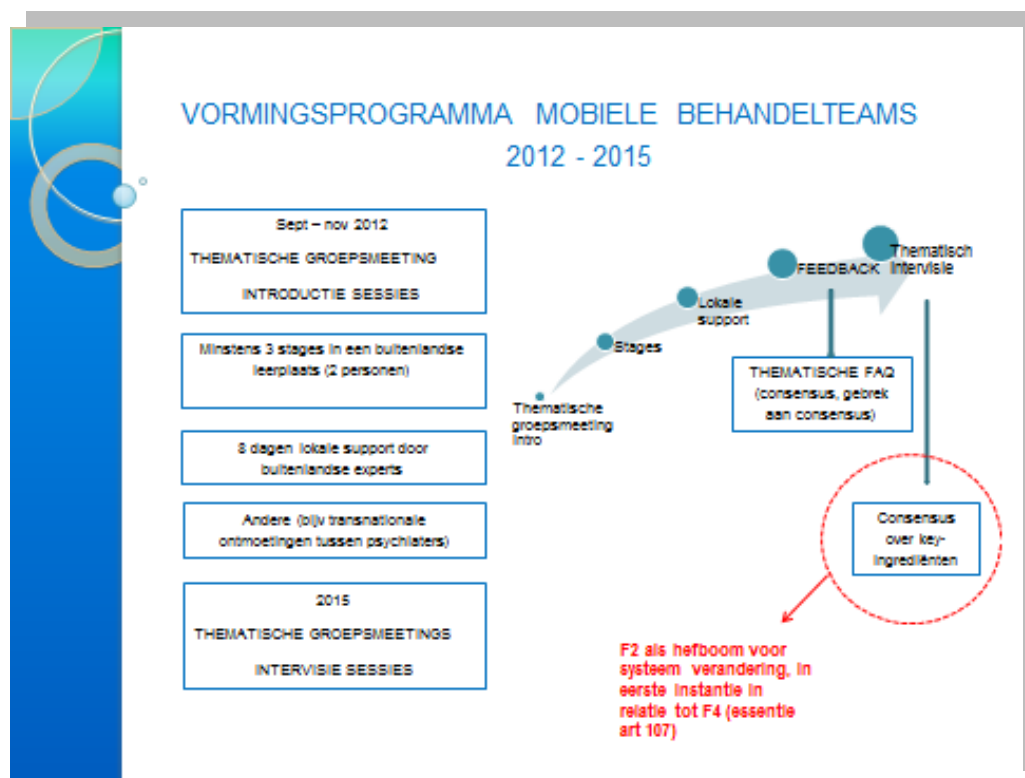
- In tegenstelling tot de meeste voorzieningen in de ons omringende landen, zijn de meeste Belgische residentiële en ambulante ggz-voorzieningen individueel autonome voorzieningen (non-profit, gefinancierd door de overheden), wat de context voor het introduceren van een nieuwe zorgvorm toch wel zeer bijzonder maakt;
- terwijl er heel wat verwachtingen zijn ten aanzien van mobiele teams op vlak van deze aspecten, mikt de financiering van de bestaande ggz-voorzieningen niet op een verantwoording of aansprakelijkheid voor een werkgebied, noch op strikt gedefinieerde in- en exclusiecriteria, noch op een ggz systeem benadering;
- de overheden leggen geen specifiek model op, richtlijnen noch implementatiestrategieën zijn voorhanden;
- er is niet veel aandacht voor modelgetrouwheid onder de criteria waaraan de voorstellen van kandidaat 107-projecten moeten beantwoorden. De kandidaten konden hun intenties op vlak van het opstarten van mobiele teams in vrij algemene bewoordingen omschrijven. Het budgettaire, d.i. de boekhoudkundige oefening van het omzetten van een bepaald percentage van het bed-gebonden budget stond veel sterker voorop dan het beantwoorden aan bepaalde functionele getrouwheidscriteria;
- indien er al aandacht was voor getrouwheidscriteria, staken verschillende modellen de kop op, waarvan de meeste Angelsaksisch geïnspireerd zijn en bijgevolg niet zo vertrouwd voor Franstaligen;
- het bestuderen van buitenlandse teams en hoe deze actueel functioneren, is vaak kijken naar een type van dienst die reeds een plaats gevonden heeft in een ggz-systeem (lokaal, regionaal, nationaal) dat niet zomaar te vergelijken is met het Belgische, als dit al bestaat, gezien de vele regionale en lokale varianten. Bovendien zijn deze buitenlandse teams niet de teams die we enkele jaren geleden zouden ontmoet hebben, en zullen ze binnen enkele jaren ook niet meer exact dezelfde zijn. M.a.w. hun huidige getrouwheidscriteria of kritische succesfactoren kunnen sterk gekleurd zijn door hun huidige specifieke context (waarvan de budgettaire vaak vrij doorslaggevend is) en de huidige objectieven;
- voorafgaand aan hun opstart werden de missies, de plaats en rol, het dagelijks functioneren van de Belgische mobiele teams een onderwerp van discussie in de lokale onderhandeling met de – vaak nieuwe – partners, in nieuw opgerichte comités en werkgroepen. Op die manier ontstaan zeer lokale interpretaties, vaak beïnvloed door historische relaties en posities. Dit verklaart ook waarom bepaalde teams het risico lopen om van start te gaan als een dienst die stroomop- of stroomafwaarts werkt van het psychiatrische ziekenhuis als ‘hoofdkantoor’, of als eerder geïsoleerde eilandjes die nog moeilijk te integreren zijn in een lokaal systeem, of als dienst die de lacunes moet vullen binnen het huidige systeem, verder bouwend op kleinschalige projecten of zich richtend op populaties die grotendeels uitgesloten worden door de bestaande diensten;
- de ggz-hervorming in België kan niet los gezien worden van het quasi doorlopende debat over de staatshervorming en het herverdelen van bevoegdheden tussen de federale overheid en de Gemeenschappen/Gewesten. Een versnippering van budget en bevoegdheden op verscheiden niveaus is karakteristiek voor de ggz in België. Er is altijd de mogelijkheid dat de politieke hervorming op zich de overhand neemt, en dat ggz-voorzieningen en –professionals die betrokken zijn bij de ggz-hervorming uiteindelijk wat onder druk komen te staan van de overheid waartegenover ze verantwoording verschuldigd

zijn. Er zijn voorbeelden van hoe dit een impact kan hebben op de mobiele teams. Zo blijft de ziekenhuisbudget een federale aangelegenheid terwijl, bijvoorbeeld, de bevoegdheid voor gehandicaptenzorg in handen is van de Gemeenschappen en/of Gewesten. Waardoor er meer aandacht is van de Gemeenschappen/Gewesten voor thema's zoals langverblijf in ziekenhuizen en langdurende ernstige ggz-problemen, wat op zich resulteert in meer aandacht voor functies 3 en 5 in overlap met functie 2 (mobiele ggz-behandelteams voor mensen met een complexe en langdurige problematiek);

- ./...

## 2.3 PROGRAMMA INHOUD: TYPE VAN VORMINGSACTIVITEITEN VOOR BELGISCHE MOBIELE TEAMS GEBRUIK MAKEND VAN BUITENLANDSE EXPERTISE

De vorige punten verhelderen waarom het vormingsprogramma voor mobiele teams een didactisch andere benadering aanhoudt, en dit met oog op het stimuleren van een mutueel leerproces tussen Belgische mobiele teams door het delen van leerervaringen die gebaseerd zijn op expertise in andere landen. In hoofdzaak omvat het programma drie soorten activiteiten van praktijk gerelateerde ondersteuning door buitenlandse experts of teams en voor medewerkers of coördinatoren van Belgische mobiele teams. Het vormingsprogramma is gepresenteerd als een vormingstraject waarbinnen de verschillende activiteiten samenhangen in een tijdspanne van ongeveer drie jaar, met respect voor een aanvaardbare timing voor de teams van alle 107-projecten.



---

### 2.3.1 THEMATISCHE GROEP MEETINGS

Er worden opeenvolgende groep meetings georganiseerd voor vertegenwoordigers van de mobiele teams van alle Belgische 107-projecten. Een eerste reeks van thematische groep meetings vond plaats in de periode september – november 2012. Deze groep meetings werden aangekondigd als thematische introductiesessies en werden geleid door minstens twee buitenlandse experts. Wat met ‘thematisch’ wordt bedoeld wordt toegelicht op p. 15, pt. 2.4.1. Het is steeds de bedoeling geweest om het vormingsprogramma in 2015 af te ronden met groep meetings: thematische intervisiesessies als sluitstuk, gebruik makend van de gestructureerde feedback afkomstig uit stages en lokale support. In Hoofdstuk 4 wordt een mogelijk alternatief voorgesteld.

---

### 2.3.2 STAGES IN HET BUITENLAND

Het vormingsprogramma voor mobiele teams biedt de teams van elk 107-project de mogelijkheid om driemaal ongeveer een week mee te lopen in een buitenlands team. Deze bezoeken worden opgevat als stages voor teamwerkers of –leiders, en worden over een zekere periode verspreid om optimaal te beantwoorden aan een geschikte timing voor de Belgische teams en de gastteams in het buitenland. Er wordt tevens voor elk project een zeker evenwicht nagestreefd tussen stages voor 2a- en 2b-teams.

---

### 2.3.3 LOKALE INDIVIDUELE ONDERSTEUNING (DOOR BUITENLANDSE EXPERTS)

De derde component van deze praktijk gerelateerde vorming biedt een aantal dagen support, coaching en advies aan voor beide types van mobiele teams (acute zorgnood, in de tijd doorlopende zorgnoden), lokaal georganiseerd en uitgevoerd door buitenlandse experts. Het totaal aantal dagen is beperkt per project (niet meer dan 8 dagen per 107-project).

---

### 2.3.4 OTHER ACTIVITIES

Elk jaar kunnen een beperkt aantal andere activiteiten plaatsvinden, die eveneens direct te maken hebben met de dagelijkse praktijk van mobiele teams. Een voorbeeld : de internationale meeting tussen psychiaters die werkzaam zijn in mobiele crisisteam, georganiseerd in Birmingham in november 2012.

Een gedetailleerd overzicht van de activiteiten georganiseerd tussen april 2012 en april 2015 is terug te vinden op p. 26 (pt. 2.5)

## 2.4 ORGANISATIE EN COÖRDINATIE VAN HET VORMINGSPROGRAMMA VOOR BELGISCHE MOBIELE TEAMS

Op vlak van de organisatie en de coördinatie van de vormingsactiviteiten van Belgische mobiele teams moesten enkele keuzes worden gemaakt die kunnen garanderen dat dit vormingsprogramma de bedoelde doelstellingen dient. Sommige keuzes zijn daarbij eerder van praktische aard, anderen hebben te maken met budgettaire en met didactische overwegingen.

### 2.4.1 THEMATISCHE AANPAK

Het organiseren van groep meetings en het structureren van leerervaringen van Belgische mobiele teams gebeurt aan de hand van negen thema's.

Het werken met thema's, en dit voorafgaand aan de opstart van het vormingsprogramma voor mobiele teams, is een weloverwogen keuze. De opstartfase van de mobiele teams werd sterk gekenmerkt door ambiguïteit: er werden geen strikte richtlijnen geformuleerd, er werd gesproken van minstens drie jaar van 'experimenteren', de overheden werkten geen implementatiestrategieën uit, enz., maar tegelijk werden onmiskenbaar veel verwachtingen vooropgesteld, door netwerkpartners, door de overheden, en soms waren deze gebaseerd op eerder gefragmenteerde interpretaties van buitenlandse modellen.

Om de teams te helpen een beetje weg te vluchten uit deze ambiguïteit, nodigt de thematische aanpak hen uit om meer te focussen op aspecten uit de dagdagelijkse praktijk, op te maken keuzes die sterk gerelateerd zijn met en passen binnen hun eigen realiteit, op aspecten die voor hen nuttig, interessant en cruciaal lijken. De thematische aanpak helpt tevens om verder te kijken dan een land specifiek model, waardoor vermeden wordt dat een dergelijk model te sterk naar voren wordt geschoven, en het is van belang om tegenover buitenlandse leerplaatsen en experts erop te wijzen dat het niet gaat over het verkopen of implementeren van een bepaald model. Tenslotte zorgt het werken met thema's en topics ervoor dat een eerder algemene input (buitenlandse expertise) en output (leerervaringen van Belgische teams) kan vermeden worden. Al deze thema's en aanverwante topics moeten benaderd worden vanuit het perspectief van mobiele teams die zich in een opstartfase bevinden en nood hebben aan praktijk gebonden ervaringen en advies:

<b>1 Opstart en verdere ontwikkeling/ontplooiing van mobiele teams</b>
➤ multidisciplinaire teamsamenstelling
➤ multidisciplinaire teamwerking
➤ noodzakelijke competenties van teamleden
➤ het onderscheiden van stappen in de opstartfase en verdere ontwikkeling
➤ herstelgericht werken in mobiele teams
➤ outcome gericht werken en impact hiervan op de opstart en verdere ontplooiing (zoals: formuleren van doelstellingen, evaluatie van resultaten/data, de impact van deze evaluaties...)
➤ kritische succesfactoren in kader van de opstart en verdere ontplooiing (team gerelateerd, werkgebied gerelateerd, doelgroep gerelateerd, toegankelijkheid, ....)
➤ Engagement, betrokken blijven, assertieve aanpak/bemoeizorg (en de limieten hiervan)
➤ nuttige praktijk ondersteunende instrumenten van belang bij opstart en verdere ontplooiing
➤ praktische organisatie

<b>2 Hospitalisatie</b>
➤ rol, plaats en functie van hospitalisatie
➤ Interventies voor de voordeur (van spoeddiensten, van EPSI's, van psychiatrische ziekenhuizen...), gatekeeping
➤ beslissingsproces (dat aanleiding geeft tot een hospitalisatie of het vermijden van een ziekenhuisopname)
➤ rol van mobiele teams in geval van opname: inreach, vroegtijdig ontslag
➤ niet-vrijwillige opnamen, mobiel werken en dwang
➤ mobiele teams als een daadwerkelijke alternatief voor een opname in het ziekenhuis (hoog kwaliteitsvol alternatief)
➤ nuttig met oog op het faciliteren van de coördinatie tussen mobiele teams en ziekenhuizen

<b>3 Crisis en risico</b>
➤ perspectieven, standpunten (betekenis van crisis en risico: patiënt, omgeving, professioneel)
➤ vanuit het perspectief van de hulpverlener: agressie, kwetsbaarheid, persoonlijke veiligheid
➤ risico assessment
➤ crisis assessment
➤ crisis management
➤ vermijden van een ziekenhuisopname in een crisis- of risicovolle situatie
➤ vermijden van justitiële maatregelen en vrijheidsbeperkende maatregelen in een crisis- of risicovolle situatie
➤ bezoekprocedures
➤ crisiscommunicatie
➤ assessment van aanwezigheid van veiligheidsfactoren
➤ coordination 2a en 2b



<b>4 Rol van de psychiater</b>
➤ klinische / medische verantwoordelijkheid
➤ klinisch leiderschap
➤ mobiel werken en garanderen van kwaliteit van zorg
➤ kwaliteit van zorg garanderen in een context van onderhandelbaarheid
➤ de samenwerking met huisartsen
➤ de samenwerking met de "behandelende" psychiater / arts (externe behandelaar)
➤ aantal uren / aantal vte (deeltijds, voltijds verbonden aan een mobiel team?)
➤ wachtdienst
➤ werken in een mobiel team in combinatie met andere rollen (in een andere dienst of voorziening, op een ziekenhuisafdeling, ...)
➤ Huisbezoeken, als lid van een team
➤ andere accenten voor 2a en 2b teams?

<b>5 Benutten van ervaringsdeskundigheid</b>
➤ een ervaringsdeskundige als lid van een mobiel team
➤ randvoorwaarden bij het benutten van ervaringsdeskundigheid
➤ hoe concreet een eerste stap zetten met oog op het introduceren van ervaringsdeskundigheid?
➤ het aanwenden van ervaringsdeskundigheid door mobiele teams: voorbeelden van resultaten en van mogelijke impact
➤ een ervaringsdeskundige: opleiding / rol binnen een mobiel team
➤ statuut van een ervaringsdeskundige in een mobiel team: vrijwilliger, werknemer?
➤ verantwoordelijkheid nemen of hebben als ervaringsdeskundige werkend in een mobiel team: mogelijkheden en limieten
➤ familie, naastbestaanden: integratie van hun ervaringsdeskundigheid in mobiele teams
➤ andere accenten voor 2a en 2b teams?

<b>6 Specifieke problematieken in combinatie met een ggz-problematiek</b>
➤ mogelijkheden en beperkingen van het werken met specifieke problematieken
➤ Wat is regulier? Wat is gespecialiseerd?
➤ GGZ-problemen in combinatie met een verslavingsproblematiek
➤ GGZ-problemen in combinatie met een verstandelijke beperking
➤ GGZ-problemen in combinatie met een justitiële problematiek
➤ persoonlijkheidsstoornissen
➤ Integratie van specifieke deskundigheden in mobiele teams
➤ Exclusiecriteria op basis van problematiek / pathologie
➤ andere accenten voor 2a en 2b teams?

	<b>7 Het acute zorgtraject</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ welke activiteiten, interventies (wat?), modaliteiten (hoe?), een zorgprogramma acute zorg - modules</li> <li>➤ Welke actoren zijn betrokken, welke diensten/voorzieningen, professionelen? Het “wie”</li> <li>➤ Vanuit welke andere functies psy107 (dan functie 2a) is er een inbreng in dit acute zorgtraject?</li> <li>➤ uitwisselen van informatie in het acute zorgtraject</li> <li>➤ coördinatie van een acuut zorgtraject</li> </ul>
	<b>8 het in de tijd doorlopend zorgtraject</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ welke activiteiten, interventies (wat?), modaliteiten (hoe?), een zorgprogramma langdurende zorg - modules</li> <li>➤ Welke actoren zijn betrokken, welke diensten/voorzieningen, professionelen? Het “wie”</li> <li>➤ Vanuit welke andere functies psy107 (dan functie 2) is er een inbreng in dit in de tijd doorlopen zorgtraject?</li> <li>➤ Uitwisselen van informatie in het in de tijd doorlopend zorgtraject</li> <li>➤ Coördinatie van een in de tijd doorlopend zorgtraject</li> </ul>
	<b>9 Culturele diversiteit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Alternatieven voor een “Westerse” psychiatrie</li> <li>➤ Culturele sensitiviteit</li> <li>➤ Talen (gesproken door teamleden, culturele diversiteit in de teamsamenstelling)</li> <li>➤ andere accenten voor 2a en 2b teams?</li> </ul>

#### 2.4.2 BETROKKEN LANDEN

De landen waar onze experts werken en onze leerplaatsen gelokaliseerd zijn, waren reeds betrokken bij een pre-fase van een Europees project voorstel (EU-Progress VP/2012/007) in de periode januari – juni 2011. In 2010 werd daartoe een partnership gevormd tussen de Belgische federale overheid (FOD-Volksgezondheid) en de Belgische GGZ-sector, vertegenwoordigd door de Belgische Federaties van ggz-voorzieningen, aangevuld met vijf projectpartners uit andere Europese landen (Noorwegen, Slovenië, Roemenië, Griekenland en Malta), met de bedoeling om samen met experts en vertegenwoordigers van buitenlandse leerplaatsen uit nog vier andere landen (Engeland, Ierland, Frankrijk, Zwitserland en Nederland) samen te zitten rond de Belgische 107-experimenten.

Dit partnership beantwoordde de EU-Progress oproep voor het indienen van voorstellen van sociale experimenten. De evaluatieprocedure liep echter vertraging op, waardoor de FOD-Volksgezondheid een extra engagement nam door het financieren van een zogenoemde ‘pre-fase’ van het Progress project. Zodra de partners geïnformeerd werden door de Europese Commissie dat de projectaanvraag niet weerhouden was, besloten de FOD-Volksgezondheid en de Belgische Federaties van ggz-voorzieningen hun partnership verder te zetten, waarbij kader en context werden aangepast. Dit leidde tot een overeenkomst tussen de FOD en de Federaties om een deel

van het budget van de PSY107-vorming in het bijzonder te investeren in vormingsactiviteiten voor de nieuwe Belgische mobiele teams en het coördineren hiervan.

Eind 2011 - begin 2012 werden vervolgens de mogelijkheden verkend in de landen die betrokken waren bij de Progress pre-fase, maar nu met een specifieke focus op expertise op vlak van mobiele teams (*potentiële leerplaatsen*) en praktijk gerelateerde expertise voor het opstarten en ontplooiën van deze mobiele teams (*experts voor groep meetings en voor lokale support*). Na de opstart in 2012 met een eerste reeks van groep meetings (de thematische introductiesessies), enkele introductiedagen voor lokale support en de eerste buitenlandse stages, is nog een extra verkenning van potentiële leerplaatsen opgestart in andere landen (Griekenland, Italië, Wales).

Volgende criteria werden gehanteerd bij het verkennen van *potentiële leerplaatsen*:

- er wordt verondersteld dat het mobiele team een duidelijk gefunctionaliseerde zorgeenheid is, met een duidelijke plaats en rol in een ggz-systeem;
- het mobiele team moet ervaring hebben als leerplaats voor andere teams uit het eigen land (een 'beacon site' of baken) en / of teams uit andere landen;
- het team moet tevens ervaren zijn met het doelgroepenprofiel van de Belgische 2a- en 2b-teams (als onderdeel van hun huidige doelgroep, of als doelgroep in het verleden);
- het team moet tevens bereid zijn om Belgische teams vooraf te documenteren;
- het is niet om het geld te doen: met uitzondering van een beperkt bedrag bestemd voor een organisatiekost is er geen budget voorzien voor de gastheer;
- 'walk the walk', eerder dan 'talk the talk': er wordt van de buitenlandse teams verondersteld dat de Belgische bezoekers kunnen zien hoe het team werkt, dat ze kunnen meelopen, dat sterke en zwakke punten aan bod komen, net als de uitdagingen in het verleden en de toekomst. Liefst niet teveel theorie en grote principes: de Belgische gasten zullen meer leren van wat het team doet dan van een toelichting door de gastheer over wat het team doet;
- de leerplaatsen moeten zich kunnen vinden in het raamkader van thema's en topics dat gebruikt wordt om de leerervaringen van de Belgische gasten te structureren.

Van de *experts* die uitgenodigd worden voor groep meetings en lokale support in België wordt verwacht dat ze zich engageren om de nodige tijd te investeren in het leren begrijpen van de complexe Belgische context, de lokale 107-projecten, de complexiteit van de opstartsituatie van de Belgische mobiele teams, dat ze inzien dat deze teams niet van nul zijn opgestart doch binnen een omgeving van bestaande voorzieningen en een variëteit aan niet-gestructureerde pilootprojecten en eigen initiatieven, dat ze zich een goed beeld kunnen vormen van de actuele situatie van de teams waarmee ze zullen werken, en dat ze dit laatste als vertrekbasis nemen voor het inbrengen van hun expertise eerder dan het promoten of het proberen te introduceren van een concept of model.

### 2.4.3 OVERZICHT VAN POTENTIELE LEERPLAATSEN

Niet alle potentiële gastheren uit onderstaande lijst kunnen als ‘zuivere 2a- of 2b-type mobiel team’ bestempeld worden. De Nederlandse F-ACT teams bijvoorbeeld overlappen functie 2b, functie 3 en – deels – ook functie 5. In het zuiden van Wales is de Assertive Outreach functie geïntegreerd in een community mental health team. Het ‘Habicité’-team in Rijsel combineert dan weer functie 2b met functie 5 en de CMHTs in Trieste zijn geïntegreerde multifunctionele voorzieningen. In overleg met contactpersonen van elke potentiële leerplaats, zorgde de projectcoördinator voor zowel een beknopte als een gedetailleerde beschrijving van het buitenlands team en de context waarbinnen het opereert.

Tien organisaties uit zes Europese landen werden bereid gevonden om samen te werken, conform de criteria en voorwaarden, en medewerkers van Belgische 2a mobiele teams te ontvangen:

<b>2A</b>	<b>Engeland</b>
	➤ Crisis Resolution Home Treatment Team, Solihull Hospital (Bruce Burns Unit) - Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust
	➤ Home Treatment Teams, Oleaster - Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust
	➤ The Stoke Acute Home Treatment Team - North Staffordshire Combined Healthcare NHS Trust
	<b>Wales</b>
	➤ Crisis Resolution and Home Treatment Team, Neath & Port Talbot - ABM ULHB Mental Health
	<b>Netherland</b>
	➤ IHT (Intensive Home Treatment) Noord Kennermerland, Alkmaar and surrounding - GGZ Noord Holland Noord
	<b>Frankrijk</b>
	➤ Team E.R.I.C. (Equipe (équipe rapide d'interventions de crise) - Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, Yvelines Sud, South-East of Paris
	➤ Soins Intensifs intégrés dans la cité (SIIC) / Intensif Care integrated in the City - Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole
	➤ ULICE, Unité Locale d'Intervention et d'Evaluation de Crise (Local Unit for Crisis Intervention and Evaluation) - Assistance Publique/Hôpitaux de Marseille (service de psychiatrie à l'hôpital Ste Marguerite)
	<b>Noorwegen</b>
	➤ Ambulant Acute Team Ålesund - Sunnmøre Hospital Trust
	<b>Italië</b>
	➤ Centri di Salute Mentale Barcola and Via Gambini – Dipartimento di Salute Mentale Trieste

Medewerkers van Belgische 2b mobiele teams zijn welkom in 16 organisaties van zeven Europese landen (met in totaal meer dan veertig potentiële gast teams):

<b>2B</b>	<b>Engeland</b>
	➤ Assertive Outreach Team, Matthews Centre - Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust
	➤ Cheltenham Assertive Outreach Team - Trust 2togehter
	➤ Sandwell Assertive Outreach Team – Black Country Partnership HNS Foundation Trust
	<b>Wales</b>
	➤ Community Mental Health Team (in which AOT is integrated), Neath & Port Talbot - ABM ULHB Mental Health
	<b>Nederland</b>
	➤ F-ACT teams Hoorn Kersenboogerd, Hoorn Centrum, Enkhuizen, Heiloo, Noord-Kennermerland, Schagen, Heerhugowaard, Alkmaar Centrum, Alkmaar Noord, Alkmaar-Noordoost, Alkmaar Zuid, Alkmaar West, Den Helder Julianadorp, Den Helder Texel – GGZ Noord Holland Noord
	➤ ACT 3 ('forensic ACT team) Utrecht, F-ACT Utrecht North East – Altrecht GGZ
	➤ F-ACT teams Heerlen Centrum, Landgraaf, Kerkrade, Maastricht, Hoensbroek, Brunssum – GGZ Mondriaan
	➤ F-ACT teams Breda Noord, Etten-Leur, Tilburg-Oost, Tilburg-West – GGZ Breburg
	➤ F-ACT teams 2 (Geleen/Munstergeleen) and 3 (Beek, Schinnen, Stein) – GGZ Orbis
	<b>Frankrijk</b>
	➤ Santé Mentale de proximité - Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole
	➤ Habicité - Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole (covers function 2b and function 5)
	➤ MARRS (équipe du Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social) - Assistance Publique/Hôpitaux de Marseille (service de psychiatrie à l'hôpital Ste Marguerite)
	<b>Zwitserland</b>
	➤ SIM (Suivi Intensif dans le Milieu) Lausanne, CMT (Case Management de Transition) Lausanne, SIM Yverdon, SIM Prangins - Le Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (DP-CHUV)
	➤ SIM (Suivi Intensif dans le Milieu) Genève - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) – Genève (Département General Psychiatry)
	<b>Norwegen</b>
	➤ ACT Moss – Østfold Hospital Trust
	➤ ACT Ålesund - Sunnmøre Hospital Trust
	<b>Italië</b>
	➤ Centri di Salute Mentale Barcola and Via Gambini – Dipartimento di Salute Mentale Trieste

#### 2.4.4 HET PROGRAMMA OP HET JUISTE SPOOR ZETTEN EN HOUDEN

Er is veel tijd gestopt in het verhelderen van de condities, in het uitleggen van de basisprincipes, de inhoud en de verwachte resultaten enz., om het geheel georganiseerd te krijgen. Een haast continue en intensieve communicatie was nodig met contactpersonen binnen de 107-projecten, met organisaties/teams en experts uit het buitenland. En vaak ging dit over het budget, het

voorbereidende werk voor elke stage en lokale support, en de verwachte feedback van de Belgische deelnemers.

#### *Een op activiteiten gebaseerd budget*

Eenmaal de inhoud van dit vormingsprogramma voor mobiele teams werd goedgekeurd door de FOD-Volksgezondheid en de Belgische Federaties van ggz-voorzieningen, werd een op activiteiten gebaseerd budget toegewezen: voor de financiering van experts die een bijdrage leveren aan de groep meetings, voor de financiering van stages van Belgen in het buitenland, voor de financiering van lokale support voor Belgische teams door buitenlandse experts. Eind 2012 werden de mogelijkheden en de limieten van dit budget voorgesteld aan experts en potentiële buitenlandse leerplaatsen, en aan een eerste reeks van 107-projecten en hun mobiele teams. Dit werd in 2013 en 2014 herhaald voor de 'tweede golf' van 107-projecten, voor additionele potentiële leerplaatsen en voor experts die nog niet eerder betrokken waren. Voor een aantal potentiële leerplaatsen en experts vormden de budgettaire beperkingen een probleem, waardoor het uiteindelijk niet tot een samenwerking kwam.

Een eerste voorbeeld van de beperktheid op budgettair vlak is het ontbreken van een vaste vergoeding voor buitenlandse leerplaatsen voor het organiseren van stages voor Belgische gasten. Er werd een maximale kost beraamd, gebaseerd op EU-project richtlijnen, voor de transport- en hotelkost van de Belgische deelnemers. Voor de buitenlandse gast teams werd een maximale symbolische bijdrage van 250 Euro voorzien voor elke stage die georganiseerd werd voor vertegenwoordigers van teams uit een Belgisch 107-project. Een tweede voorbeeld is het absoluut vermijden dat één bepaalde expert wordt uitgenodigd voor slechts één dag in één van de projecten of in één van de groep meetings. Om zuinig om te gaan met het budget voorzien voor verplaatsingen en hotel werden in 2012 aanwezigheden in één van de groep meetings gecombineerd met minstens één dag lokale support of werden minstens twee opeenvolgende dagen van lokale support in minstens twee verschillende 107-projecten georganiseerd. Vanaf eind 2013 werd de format voor lokale support aangepast (zie pt. 2.5.3 op p. 30) en werden 3 tot 4 opeenvolgende dagen georganiseerd, hetgeen eveneens een positieve impact had op verplaatsingskosten.

Omdat het over een project gebonden (dus niet team gebonden) vormingsbudget gaat, biedt dit programma minder mogelijkheden, zowel voor stages als voor lokale support, voor projecten met een uitgebreid werkingsgebied waarin verscheidene teams werden opgestart. Voor beide types van activiteiten werd een maximaal budget van ongeveer 15 000 Euro voorzien per 107-project, en dit afhankelijk van de individuele noden en interesses van de teams, hun voorkeuren op vlak van stageplaatsen en experts, hun bereidheid om te werken binnen de klijtlijnen van dit vormingsprogramma en elke activiteit op de best mogelijke manier voor te bereiden in samenwerking met de FOD-coördinator. Voor de stages omvat dit theoretisch beschikbare budget alle hotelkosten (inclusief ontbijt), verplaatsingskosten en de eventuele symbolische bijdrage voor de gast teams; voor de lokale support dekt dit bedrag de hotelkost, de verplaatsingskost, de verblijfskost en het honorarium van uitgenodigde experts.

### *Plannen, organiseren en coördineren, rapporteren*

De hieronder opgesomde activiteiten illustreren de inhoud van het coördinerende werk in kader van het vormingsprogramma voor Belgische mobiele teams:

- informeren van de netwerkcoördinatoren en mobiele teams over het ontwerp en de finaliteit van dit vormingsprogramma; het feit dat 107-projecten in twee golven zijn opgestart, en enkele projecten van de tweede golf reeds eerder dan 2013 van start gingen, maakte het plannen er niet eenvoudiger op;
- een ontwerp van vormingsplan opstellen (stages, lokale support) voor de mobiele teams van elk project, in overleg met het team en het project management; hierbij rekening houdend met: voorkeuren, haalbaarheid, inschatten van de meerwaarde van elke activiteit, en een timing die aangepast is aan de ontwikkelingsfase van de teams;
- stap voor stap contacteren van leerplaatsen en experts over elke mogelijke stage en lokale support; daartoe agenda's consulteren, een timing vastleggen;
- indien praktisch haalbaar en het plannen hierdoor niet te complex wordt, worden stages georganiseerd voor leden van teams uit verschillende projecten, of worden parallelle vormingsplannen opgesteld voor teams uit naburige regio's; dit kan immers de onderlinge uitwisseling van leerervaringen aanmoedigen;
- het regelen van accommodatie en transport naar en in het buitenland (stages) en in België (uitgenodigde experts);
- het maken van een documentatiemap over de leerplaats, gebaseerd op een template die ontworpen werd om de Belgische teammedewerkers op een uniforme wijze te informeren over alle potentiële stageplaatsen;
- een beknopte beschrijving van de Belgische teams en hun netwerkcontext, bestemd voor de leerplaatsen en / of experts die ze in het buitenland gaan ontmoeten;
- het ontwerpen van een template voor het beschrijven van de leerervaringen van de Belgische deelnemers (feedback);
- op vraag van enkele leerplaatsen: het opstellen van een stage-overeenkomst tussen leerplaats, werkgever en stagiair;
- het afronden van de voorbereiding van elke stage met een gezamenlijke communicatie gericht aan de contactpersonen van het buitenlands team en de Belgische deelnemers (met een samenvatting van alle praktische en inhoudelijke informatie);
- het afronden van de voorbereiding van elke lokale support met een gezamenlijke communicatie gericht aan de uitgenodigde experts, de team coördinatoren, de netwerkcoördinatoren, waarin alle praktische informatie alsook het programma voor de lokale support zijn opgenomen;
- contact onderhouden met de leerplaats gedurende de stage; proberen aanwezig te zijn, minstens bij de introductie en de afronding van de lokale support;
- na de stage of de lokale support: de nodige tijd uittrekken om de deelnemers te helpen met het structureren van hun leerervaringen, gebruik makend van de thema's en topics;
- elke bezorgde leerervaring invoeren in een Excel bestand;
- de leerervaringen beschreven in het Excel bestand beschikbaar maken in drie talen, waardoor ze toegankelijk zijn voor alle Belgische mobiele teams, leerplaatsen en experts die betrokken zijn in het vormingsprogramma;
- het valoriseren van deze feedback in de vorm van een rapport over de leerervaringen.

### *Bevorderende en belemmerende factoren*

Er was veel tijd en energie nodig om dit vormingsprogramma voor te stellen aan contactpersonen en experts uit het buitenland. Er was veel interesse van andere landen voor de constructie van een samenwerkingsovereenkomst tussen de FOD-Volksgezondheid en de Federaties m.b.t. dit vormingsprogramma, een curiositeit, die wat meer uitleg behoefde over de Belgische traditie van overleg en onderhandelen tussen de federale overheid en de ggz-sector. Het was dus niet louter het vormingsprogramma op zich, maar tevens dit unieke aspect ervan, dat deuren in andere landen deed opengaan. Er ging een zekere prikkeling uit van de mix van voluntarisme van ggz-vertegenwoordigers en de mobiele teams, inclusief de verbintenis van de FOD-Volksgezondheid. Ook het resultaatgerichte werkkader bevorderde het overleg met andere landen. Van bij de start was het immers duidelijk dat dit project goed gedocumenteerd moest worden en er dus een methodiek voor het uitwisselen van documentatie beschikbaar moest zijn. De keuze om het programma te introduceren als een mutueel leerproces, en het bijgevolg te laten documenteren door teams en teamleden zelf, om het uitwisselen van leerervaringen te stimuleren en te faciliteren, inclusief probleemoplossende vragen, beschrijvingen van (voor teams en teamleden) herkenbare problemen en hun impact, maakten dat het geheel een resultaatgericht karakter kreeg. Inclusief een intrinsieke evaluatie die veel verder gaat dan een algemene tevredenheidsbevraging (als er geen leerervaringen gerapporteerd worden kan dit immers betekenen dat bijvoorbeeld een stage in een buitenlands team niet zo succesvol was).

De context van onderhandelen en samenwerking tussen de federale overheden en de Federaties zorgde ervoor dat transparantie verzekerd was, reeds voor het vormingsprogramma van start ging: de inhoud, en organisatorische en budgettaire aspecten waren vooraf uitgewerkt. Het was een goeie zaak om te kunnen communiceren met buitenlandse contactpersonen, met een aantal duidelijke criteria en voorwaarden in de hand.

Er waren echter eveneens een aantal obstakels bij het verkennen van de nodige geachte buitenlandse expertise. Kant-en-klare land specifieke vormingsprogramma's of trainingen stroken niet met de geest van dit vormingsprogramma, en het was niet altijd evident om uitgelegd te krijgen dat we iets anders verwachten dan reeds bestaande vormingsprogramma's. Evenmin was het vanzelfsprekend om buitenlandse teams gerust te stellen dat elke mogelijke overbelasting (door Belgische bezoekers) zou vermeden worden. Er werden zeer duidelijke overeenkomsten gemaakt over het maximaal aantal stages dat elke bepaalde leerplaats jaarlijks mogelijk acht. En dit kan zeer sterk variëren naargelang het land. In Nederland bijvoorbeeld kan één organisatie over een handvol mobiele teams beschikken, soms wel eens twee handen vol, wat het mogelijk maakt om in eenzelfde week een grotere delegatie van Belgische stagiaires te spreiden over diverse teams waardoor flexibele formules ontstaan die toelaten dat er meer dan twee mensen uit eenzelfde team of project tegelijk op stage kunnen gaan indien wat kan bespaard worden op kosten voor verplaatsingen en hotel. Medewerkers van Franstalige teams konden minder genieten van deze flexibiliteit.

Niet onbelangrijk was tevens dat de Belgische teams begrepen dat de mensen die op stage gaan, personen moeten zijn die kunnen instaan voor het intern verspreiden van leerervaringen die zichzelf potentieel relevant vinden voor het eigen team, en daar ook een mandaat voor krijgen.

Dit lag echter volledig in handen van de teams of verantwoordelijken van elk 107-project.

Eén van de meest hardnekkige obstakels in België, bij het informeren van elk individueel 107-project en hun teams over dit vormingsprogramma, bij het communiceren met hen en het

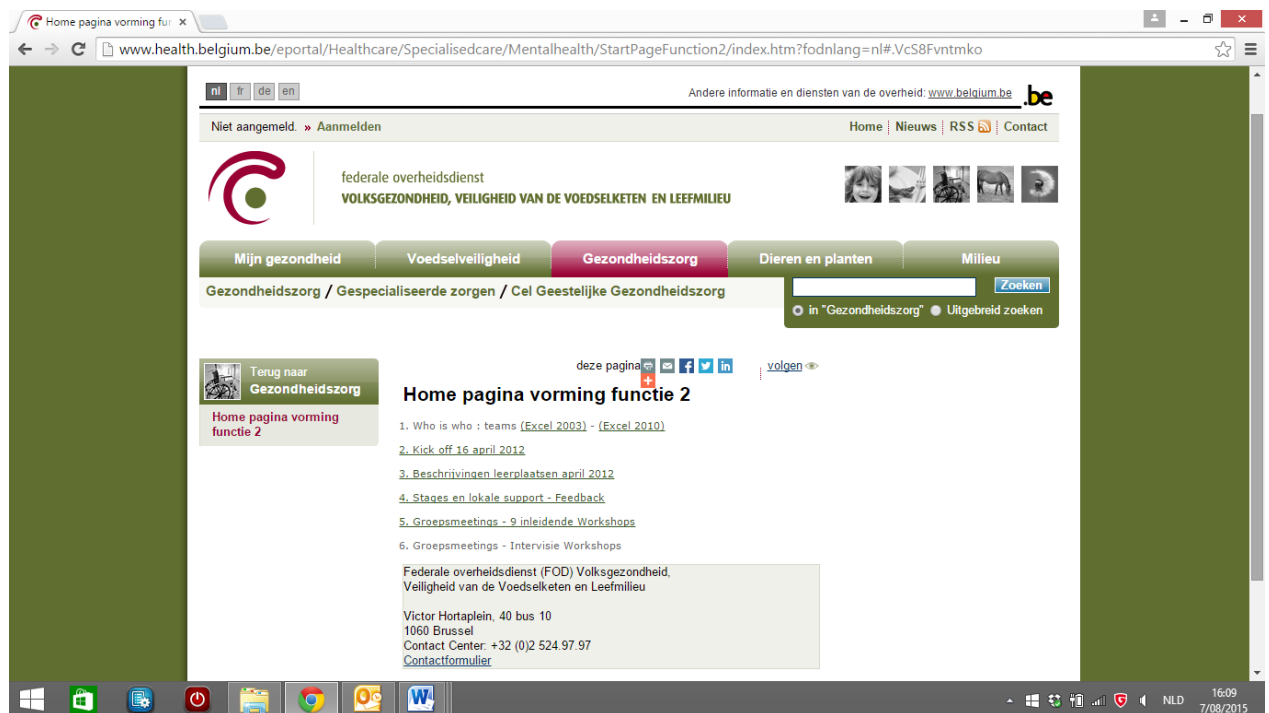


ontwerpen van een aangepast vormingsplan, is het feit dat de 107-projecten niet is gevraagd om een of meer sleutelfiguren aan te wijzen met een verantwoordelijkheid voor het opstarten en ontplooiën van mobiele teams als functies binnen het eigen project en hen ook een mandaat te geven om als contactpersoon te fungeren voor het ontwikkelen van een vormingsprogramma voor hun mobiele teams. Dit in tegenstelling met de aanstelling van netwerkcoördinatoren, en het creëren van een communicatiekanaal voor netwerk gerelateerde aspecten en vorming. En tenslotte, in de loop van dit vormingstraject kunnen we er niet naast kijken dat de potentiële leerplaatsen onder druk staan, meestal als gevolg van reorganisaties en budgettaire besparingsoperaties.

#### 2.4.5 BESCHIKBARE DOCUMENTATIE

De volgende informatie en documentatie stond gedurende het vormingsprogramma ter beschikking op een webpagina van de FOD-Volksgezondheid, die zowel in het Nederlands, Frans als Engels raadpleegbaar was:

- Documentatie over de kick-off meeting voor het vormingsprogramma Functie 2, april 2012 (presentaties, documenten van uitgenodigde experts uit Engeland, Nederland, Frankrijk en Zwitserland)
- Documentatie over het vormingsprogramma (organisatie, budget, objectieven, templates voor feedback)
- Een lijst van namen, functies en email adressen van leden van mobiele teams ('who is who?')
- Beknopte beschrijvingen van de leerplaatsen
- Presentaties n.a.v. de thematische groep meetings (intro meetings september, oktober en november 2012)
- Updates van overzichten van stages, lokale support en feedback



## 2.5 OVERZICHT VAN DE VORMINGSACTIVITEITEN APRIL 2012 – APRIL 2015

### 2.5.1. THEMATISCHE GROEP MEETINGS: INTRODUCTIESESSIES

Vertegenwoordigers van de Belgische mobiele teams werden uitgenodigd om deel te nemen aan thematische introductiesessies waarbij de negen thema's geïntroduceerd en geïllustreerd werden door experts uit Engeland, Frankrijk, Nederland en Zwitserland. Deze sessies werden verspreid over september, oktober en november 2012, met telkens drie thematische parallelsessies op één dag. De deelnemers – maximaal 25 deelnemers per sessie – werd gevraagd om vooraf vragen en ideeën te formuleren. Volgend op de kick off sessie van april 2012, waar meer aandacht ging naar land specifieke contexten (V.K., Nederland, Frankrijk en Zwitserland) en een eerste kennismaking voor leden van mobiele teams met vormgeving van mobiele dienstverlening, beogen deze thematische introductiesessies meer gedetailleerde informatie te bieden over de negen thema's die gebruikt gaan worden om de leerervaringen te structureren (zie pt. 2.4.1. op p. 15), over de potentiële leerplaatsen en natuurlijk geven ze ook de mogelijkheid tot een eerste contact met experts die mogelijk kunnen ingezet worden voor een lokale support. Elke sessie werd opgeluisterd door twee experts uit verschillende landen, waardoor de deelnemers kennis konden maken met verschillende modellen, visies en meningen.

De eerste thematische groep meetings werden georganiseerd op 7 september 2012. Volgende thema's werden geïntroduceerd:

- De opstart en verdere ontplooiing van mobiele teams, ingeleid door Kevin Heffernan en Pascale Ferrari;
- Hospitalisatie en mobiele teams, toegelicht door Prof Mervyn Morris en Rokus Loopik;
- Crisis en risico in mobiele teams, geïntroduceerd door Harry Gras, Nicolas Daumerie en Gery Kruhelski

Een tweede reeks van thematische introductiesessies volgde op 15 oktober 2012:

- De rol van de psychiater in mobiele teams, opgeluisterd door Dr Eve Le Bihan en Dr Remmers Van Veldhuizen;
- Het benutten van ervaringsdeskundigheid in mobiele teams, ingeleid door Atie Dekker, Michiel Bahler en Annette Furnemont;
- Specifieke problemen in combinatie met een ggz-problematiek, geïntroduceerd door Prof Mervyn Morris en Nicolas Daumerie

Een derde serie van thematische introductiesessies vond plaats op 21 november 2012:

- Het acute zorgtraject, ingeleid door Prof Mervyn Morris en Dr Frédéric Mauriac
- Het in de tijd doorlopend zorgtraject, toegelicht door Dr Laurent Defromont en Rokus Loopik
- Culturele diversiteit en mobiele teams, geïntroduceerd door Harry Gras (Kevin Heffernan werd op het laatste moment verhinderd)

## 2.5.2. BUITENLANDSE STAGES

### Overzicht

Er zijn 81 buitenlandse stages georganiseerd voor teamleden of teamleider/-coördinatoren tussen juli 2012 en april 2015.

*Tabel 1* presenteert een chronologisch overzicht van de georganiseerde stages, vanuit het perspectief van de Belgische 107-projecten, d.w.z., het aantal stages voor hun mobiele teams dat in het buitenland georganiseerd werd, ongeacht deze stage geïntegreerd is in een gemengde stage met vertegenwoordigers van teams van een ander 107-project. Naast de datum en de plaats waar de stage plaatsvond, geeft tabel 1 tevens aan in welk 107-project of Belgische regio de stagiairs werken, het type mobiel team waarin de deelnemers actief zijn, en het aantal deelnemers (onderverdeeld in 2a-/2b-team indien het een leerplaats betreft die een gemengde 2a-/2b-stage kan aanbieden).

*Tabel 1 Chronologisch overzicht van buitenlandse stages*

2012	Datum	Plaats	107- Project	Team	N Deelnemers
1	2 - 8 juli	Birmingham	De Kempen	2a/2b	1/1
2	2 - 6 juli	NHN (Noord Holland Noord)	Leuven-Tervuren	2b	6
3	10 - 14 sept	Équipe E.R.I.C. (Plaisir)	Fusion Liège	2a	2
4	8 - 12 okt	Lausanne	Région Hainaut	2b	4
5	22 - 26 okt	E.R.I.C.	Réseau Santé Namur	2a	2
6	22 - 26 okt	NHN	Leuven-Tervuren	2b	6
7	22 - 26 okt	NHN	Noord W-Vlaanderen	2b	2
8	5 - 10 nov	Birmingham	Gent-Eeklo	2b	2
9	12 - 14 nov	EPSM Lille	Bruxelles-Est	2a/2b	3
10	12 - 14 nov	Lille	Ieper-Diksmuide	2a/2b	2
11	12 - 14 nov	Lille	Zuid W-Vlaanderen	2a/2b	2
12	12 - 16 nov	Lausanne/Genève	Réseau Santé Namur	2b	2
13	19 - 23 nov	E.R.I.C.	Bruxelles-Est	2a	2
14	10 - 14 dec	Birmingham	Région Hainaut	2a/2b	1/1
15	17 - 19 dec	Lille	Hainaut Occidental	2a/2b	3
16	17 - 19 dec	Lille	Leuven – Tervuren	2a/2b	2
2013	Datum	Plaats	107- Project	Team	N Deelnemers
17	14 - 18 jan	Lausanne	Fusion Liège	2b	4
18	22 - 26 jan	Birmingham	Noord W-Vlaanderen	2a	3
19	28 Jan - 1 feb	Lausanne/Genève	Hainaut Occidental	2b	2/2
20	25 Feb - 4 Mrt	Birmingham	Hainaut Occidental	2a/2b	1/1
21	25 Feb - 1 Mrt	E.R.I.C.	Fusion Liège	2a	2
22	11 - 13 Mrt <sup>2</sup>	Lille	Région Hainaut	2a/2b	4
23	11 - 13 Mrt <sup>3</sup>	Lille	PRIT	2a/2b	2
24	22 - 26 april	E.R.I.C.	Gent-Eeklo	2a	2
25	13 - 17 mei	North Staffordshire	Leuven-Tervuren	2a	2
26	13 - 17 mei	NHN	Reling	2b	4
27	13 - 17 mei	NHN	Noolim	2b	4

<sup>2</sup> Onderbroken door weersomstandigheden, hernomen in mei 2013

<sup>3</sup> Onderbroken door weersomstandigheden, hernomen in mei 2013

	<b>Datum</b>	<b>Plaats</b>	<b>107- Project</b>	<b>Team</b>	<b>N Deelnemers</b>
28	13 - 15 mei	Lille	Région Hainaut	2a/2b	4
29	13 - 15 mei	Lille	PRIT	2a/2b	2
30	24 - 26 juni	Lille	Hermesplus	2a/2b	2
31	24 - 26 juni	Lille	Bruxelles-Est	2a/2b	2
32	24 - 26 juni	Lille	Région du centre	2a/2b	2
33	9 - 13 sept	E.R.I.C.	Région du centre	2a	2
34	16 - 18 sept	Lille	Gent - Eeklo	2a/2b	3
35	16 - 18 sept	Lille	Halle-Vilvoorde	2a/2b	3
36	23 - 28 sept	Birmingham	Reling	2a	2
37	24 - 26 sept	Utrecht	Fusion Liège	2b	2
38	21 - 25 okt	E.R.I.C.	Hainaut Occidental	2a	2
39	11 - 15 nov	NHN	Hermesplus	2b	2
40	11 - 15 nov	NHN	Zuid W-Vlaanderen	2b	3
41	11 - 15 nov	NHN	Halle-Vilvoorde	2b	3
42	18 - 20 nov	Lille	Gent-Eeklo	2a/2b	2
43	18 - 20 nov	Lille	Hermesplus	2a/2b	3
44	18- 20 nov	Lille	Région du Centre	2a/2b	2
<b>2014</b>	<b>Datum</b>	<b>Plaats</b>	<b>107- Project</b>	<b>Team</b>	<b>N Deelnemers</b>
45	13 - 15 jan	Lille SIIC	Hainaut Occidental	2a	2
46	20 - 24 jan	Lausanne	RÉSME	2b	4
47	27 - 31 jan	Birmingham	SaRA	2a/2b	4
48	27 - 31 jan	Lausanne	RÉSME	2b	3
49	10 - 14 feb	GGZ Mondriaan	Noord W-Vlaanderen	2b	3
50	10 - 14 feb	GGZ Mondriaan	Ieper – Diksmuide	2b	2
51	10 - 14 feb	GGZ Altrecht	SaRA	2b	3
52	10 - 12 Mrt	Lille SIIC	Région du Centre	2a	2
53	7 - 11 april	E.R.I.C.	Ieper – Diksmuide	2a	2
54	12 - 14 mei	Lille	RÉSME	2a/2b	6
55	12 - 16 mei	Birmingham	Reling	2a	2
56	26 - 30 mei	Aalesund	GGZ De Kempen	2a	2
57	16 - 20 juni	GGZ Breburg	GGZ De Kempen	2b	2
58	16 - 20 juni	GGZ Breburg	Reling	2b	2
59	16 - 20 juni	Trieste	Hermesplus	2a/2b	2
60	16 - 20 juni	Birmingham	Halle-Vilvoorde	2a/2b	3
61	16 - 20 juni	Birmingham	Hermesplus	2a/2b	2
62	23 - 25 juni	Lille	RÉSME	2a/2b	6
63	23 - 27 juni	E.R.I.C.	Région Hainaut Leuze	2a	2
64	1 - 5 sept	GGZ Altrecht	SaRA	2b	2
65	7 - 12 sept	Lausanne	Région du Centre	2b	2
66	14 – 19 sept	Neat Port Talbot (AMB)	Réseau Santé Namur	2a/2b	4
67	21 - 16 sept	NHN	Halle-Vilvoorde	2a/2b	4
68	21 - 16 sept	NHN	Noolim	2a/2b	4
69	21 - 25 sept	Birmingham	PRIT	2a/2b	2
70	21 - 25 sept	Birmingham	Zuid W-Vlaanderen	2a/2b	2
71	5 - 10 okt	Birmingham	Noolim	2a/2b	4
72	3 - 7 nov	GGZ Mondriaan/GGZ Orbis	Noolim	2b	4

	<b>Datum</b>	<b>Plaats</b>	<b>107- Project</b>	<b>Team</b>	<b>N Deelnemers</b>
73	10 - 14 nov	Aalesund	Zuid W-Vlaanderen	2a	2
74	17 - 21 nov	NHN	Prit	2a/2b	4
75	17 - 21 nov	NHN	Zuid W-Vlaanderen	2a/2b	4
76	23 - 28 nov	Birmingham	SaRA	2a	3
<b>2015</b>	<b>Datum</b>	<b>Plaats</b>	<b>107- Project</b>	<b>Team</b>	<b>N Deelnemers</b>
77	12 - 16 jan	Aalesund	PRIT	2a/2b	2/1
78	9 - 12 feb	NHN	PAKT (Gent-Eeklo)	2a/2b	6/1
79	9 - 12 feb	NHN	GGZ De Kempen	2a	1
80	9 - 13 feb	Birmingham	Région du Centre	2a/2b	2/2
81	27 - 29 april	E.R.I.C.	Région Hainaut Mons	2a	2

Tabel 2 op de volgende pagina levert meer gedetailleerde informatie in een notendop. Voor elke bezochte leerplaats vindt u er het aantal stages (vanuit het perspectief van elk Belgisch 107-project), het aantal periodes waarbinnen deze stages zijn georganiseerd (vanuit het perspectief van elke leerplaats), het totaal aantal dagen stage en het aantal 107-projecten dat op z'n minst door één van hun teams in één of meer stages op de betreffende plaats vertegenwoordigd werd.

In totaal werden 881 dagen stage georganiseerd voor 224 Belgische teammedewerkers: 349 dagen in Franstalige teams (Frankrijk en Zwitserland), 293 dagen in Nederlandstalige teams (Nederland), 239 dagen in Engelssprekende teams (V.K.) of in teams waar de communicatie met de Belgische gasten in het Engels plaatsvond (Noorwegen, Italië).

Het was mogelijk om voor alle 107-projecten minstens drie buitenlandse stages te organiseren met voor elke stage minstens twee deelnemers (teamleden of –leiders/coördinatoren) uit hun mobiele teams.

Voor meer gedetailleerde informatie per 107-project: zie pt. 5 op p. 55 - 61

Tabel 2 Samenvattende informatie per land en leerplaats

	N Stages	N perioden	N deelnemers	N dagen	N 107-Projecten
<b>Nederland</b>					
GGZ Noord Holland Noord	14	7	54	204	10
GGZ Altrecht (Utrecht)	3	3	7	26	2
GGZ Mondriaan (1 x comb. GGZ Orbis)	3	2	9	45	3
GGZ Breburg	2	1	4	18	2
<b>Engeland</b>					
Birmingham (BSMHFT)	15	13	39	169	13
Stoke-on-Trent (North Staffordshire)	1	1	2	10	1
<b>Wales</b>					
Neath Port Talbot (ABM University NHS Trust)	1	1	4	16	1
<b>Frankrijk</b>					
EPSM Lille Métropole	21*	10	53	156	12
E.R.I.C. (CH JM Charcot - Plaisir)	10	10	20	84	8
<b>Zwitserland</b>					
CHUV-Lausanne (1 x comb. HUV Genève)	7	7	23	109	6
<b>Noorwegen</b>					
Aalesund - Sunnmøre Hospital Trust	3	3	7	34	3
<b>Italië</b>					
GGZ Departement Trieste	1	1	2	10	1

\*twee stages werden hernomen omdat de weersomstandigheden de eerste stage verstoorden

### 2.5.3. LOKALE SUPPORT

Het oorspronkelijke voorstel voorzag een budget voor vijf dagen lokale ondersteuning op het terrein voor de mobiele teams van elk 107-project. Met oog op het beheersen van de kosten van deze ondersteuning door buitenlandse experts werden kosten voor verplaatsingen en hotel zo laag mogelijk gehouden. Het kwam erop neer te vermijden dat mensen zouden uitgenodigd worden om één dag in België te werken. Daartoe werd geopteerd om enkele opeenvolgende dagen van lokale support te organiseren voor mobiele teams van verscheidene projecten, of aanwezigheden van buitenlandse experts in één van de groep meetings te combineren met lokale support, de dag voor of de dag na de groep meeting. Dit was de werkwijze bij de opstart in 2012. Deze formule bleek niet zo goed te werken. Omwille van praktische redenen, bijvoorbeeld de af te leggen afstanden gedurende de dagen van verblijf in België. Omwille van didactische redenen, bijvoorbeeld de geringe impact van één dag van lokale support: een dag van teamondersteuning

werd weliswaar sterk geapprecieerd door de teams, doch weinig gecommuniceerd en gedeeld met de sleutelpartners van het mobiele team binnen het nieuw uit te bouwen netwerk.

Daarom werd begin 2013 een voorstel uitgewerkt om de formule voor lokale support aan te passen, een voorstel dat op steun kon rekenen van de FOD-Volksgezondheid en de Federaties van ggz-voorzieningen. Tegelijk werd voorgesteld om het maximum aantal dagen lokale support per project op te trekken van vijf naar acht, omdat het op dat moment reeds duidelijk was dat de stages en de groep meetings tegen een veel lagere kostprijs konden georganiseerd worden dan in de oorspronkelijk raming berekend was. De nieuwe formule stelde voor om, in plaats van enkele (aparte) dagen van lokale support verspreid over een zekere tijdsperiode, de lokale support te bundelen in drie of vier opeenvolgende dagen en tevens vertegenwoordigers van voorzieningen en professionelen te betrekken die binnen het 107-project rondom de mobiele teams werken. Het nieuwe concept voorziet om, zo mogelijk tegelijk, twee buitenlandse experts uit te nodigen uit bij voorkeur twee verschillende landen, waarvan de ene expertise inbrengt voor het type 2a mobiele team en de andere voor het type 2b mobiele team, en de lokale support te starten met een inleidende discussie over de stand van zaken binnen de mobiele teams waarbij zowel sleutelfiguren van mobiele teams (niet het gehele team) als kernpartners van het netwerk worden uitgenodigd. Hierop volgen twee volledige dagen van participerende observaties waarbij de twee experts meelopen met de mobiele teams, hen vergezellen in hun dagelijkse praktijk zonder de dagdagelijkse werking te verstoren. Tenslotte, op de vierde dag, is het de bedoeling dat de twee experts hun meest relevante observaties samenvatten, en hierover gedachten en meningen uitwisselen met de mobiele teams in aanwezigheid van personen die de andere functies binnen het netwerk vertegenwoordigen en / of professionelen die zeer nauw samenwerken met de mobiele teams. Deze hernieuwde organisatorische aanpak vergt een zeer grondige voorbereiding: uitwisseling van informatie over de teams en actuele plaats en rol, de beste timing voor de lokale support vastleggen, de keuze van experts en briefing en coaching van deze experts. Om deze voorbereiding iets minder complex te maken werd voorzien dat er één of twee introductiedagen kunnen georganiseerd worden waarbij een expert reeds vooraf kennis kan maken met een team en het project.

Hoewel deze formule bedoeld is om een potentieel rijkere ervaring te bieden voor de mobiele teams, werd ermee rekening gehouden dat deze formule wel eens moeilijk te realiseren zou zijn, niet allen maar zeker voor de mobiele teams van de zogenoemde tweede golf van projecten, als gevolg van de complexiteit van agenda's en timing, het vereiste voorbereidende werk en de bereidheid om ervoor te gaan.

*Tabel 3 Chronologisch overzicht van de georganiseerde lokale support*

2012	Datum	Expert	Land/plaats	107-project	Team
	17 april	Kevin Heffernan	UK/Birmingham	GGZ De Kempen	2a
	17 april	Philip Delespaul	Neth/Maastricht	Reling	2b
	17 april	Mervyn Morris	UK/Birmingham	GGZ Noord West-VI	2a/2b
	17 april	Remmers Van Veldhuizen	Neth/Alkmaar	Leuven-Tervuren	2a/2b
	17 april	Philippe Huguelet	Switz/Geneva	Bruxelles-Est	2a/2b
	18 April	Laurent Defromont	France/Lille	Région Hainaut	2a/2b
	18 April	Jean-Luc Roelandt	France/Lille	Hainaut Occidental	2a/2b
	6 sept	Pascale Ferrari	Switz/Lausanne	Réseau Santé Namur	2b
	6 sept	Harry Gras	Neth/Utrecht	GGZ De Kempen	2b
	6 sept	Kevin Heffernan	UK/Birmingham	Leuven-Tervuren	2a

<b>2013</b>	<b>Datum</b>	<b>Expert</b>	<b>Land/plaats</b>	<b>107-project</b>	<b>Team</b>
	16 okt	M Morris/Atie Dekker	UK/Birmingham	Reling	2a/2b
	19 nov	Harry Gras	Neth/Utrecht	PAKT	2b
	20 nov	Frédéric Mauriac	France/Plaisir	Fusion Liège	2a
	20 nov	Harry Gras/Rokus Loopik	Neth/several	GGZ Noord West-VI	2b
<b>2013</b>					
	30 jan	Jean-Luc Roelandt	France/Lille	Région Hainaut	2a/2b
	24 april	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Fusion Liège	2a/2b
	23 mei	Jean-Luc Roelandt	France/Lille	Région Hainaut	2a/2b
	30 mei	Mervyn Morris	UK/Birmingham	PRIT	2a/2b
	31 mei	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Hermes Plus	2a/2b
	9-12 dec	Frédéric Mauriac, Mathias Lippuner, Mervyn Morris	France/Switz/UK	Fusion Liège	2a/2b
<b>2014</b>					
	3-6 feb	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Prit	2b
	7 feb	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Hermes Plus	2a/2b
	16 mei	Mervyn Morris	UK/Birmingham	SaRA	2a/2b
	16 mei	Mervyn Morris	UK/Birmingham	Halle-Vilvoorde	2a/2b
	18-20 mei	Kevin Heffernan	UK/Birmingham	Prit	2a
	7-9 juli	Harry Gras, Kevin Heffernan	Neth/Utrecht UK/Birmingham	Leuven-Tervuren	2a/2b
	7-10 juli	Roberto Mezzina, Mervyn Morris	Italy/Trieste UK/Birmingham	Hermes Plus	2a/2b
	26 – 29 aug	Laure Zeltner, Mervyn Morris	France/Plaisir UK/Birmingham	Région Hainaut	2a/2b
	23-26 sept	Frederic Mauriac, Maud Lapaire	France/Plaisir Switz/Lausanne	Hainaut Occidental	2a/2b
	13-15 okt	Harry Gras, Kevin Heffernan	Neth/Utrecht UK/Birmingham	GGZ De Kempen	2a/2b
	17-21 nov	Mervyn Morris, Kevin Heffernan	UK/Birmingham	PAKT	2a/2b
	8-9 dec	Jo Volle, Victor Grondstad, Mervyn Morris	Norway/Aalesund UK/Birmingham	Leuven-Tervuren	2a
<b>2015</b>					
	10-13 mrt	Frederic Mauriac, Cristina Garcia	France/Plaisir Switz/Lausanne	Région du Centre	2a/2b

In de periode april 2012 – maart 2015 werden 82 dagen lokale support georganiseerd. Voor de meeste 107-projecten vond minstens een introductiedag plaats in de vorm van een bezoek door één van de experts. Voor 9 van de 18 projecten was het mogelijk om de vernieuwde formule van drie tot vier opeenvolgende dagen van lokale ondersteuning te organiseren: Fusion Liège, PRIT, Leuven-Tervuren, Hermes Plus, Région Hainaut, Hainaut Occidental, GGZ De Kempen, PAKT (Gent-Eeklo) en Région du Centre. Zes andere projecten (Noolim, Reling, Zuid West-Vlaanderen, SaRA, Halle-Vilvoorde-Brussel, Réseau Santé Namur, Réseau Santé Mentale Est) toonden interesse voor deze formule. Het was helaas niet mogelijk om dit type van lokale support te organiseren binnen het vooropgestelde tijdschema.



---

#### 2.5.4. ANDERE ACTIVITEITEN

Naast de drie kernactiviteiten van groep meetings, stages en lokale support, werd voorzien dat er een beperkt aantal andere activiteiten konden plaatsvinden die direct inspelen op de dagelijkse praktijk van mobiele teams, indien er zich 'low cost' opportuniteiten aandienden. Enkele van deze activiteiten werden georganiseerd in samenwerking met het Centre for Community Mental Health van Birmingham City University, en in samenwerking met Dr Victor Grøndstad en Jo Volle uit Ålesund (Sunnmøre Hospital Trust), Noorwegen. Dr Grøndstad was betrokken bij de Noorse overheidswerkgroep inzake richtlijnen voor acute mobiele teams, terwijl het Ålesund team op weg was om zich te profileren als een 'prototype 2a-team' of 'baken' in Noorwegen.

Op 28 november 2012 werd een internationale meeting georganiseerd in Birmingham, voor psychiaters werkzaam in mobiele crisisteams. Ongeveer dertig psychiaters uit Noorwegen, België, Nederland, Frankrijk en Zwitserland wisselden ervaringen uit over richtlijnen voor mobiele crisisteams voor thuisbehandeling. Het was de bedoeling minstens jaarlijks een dergelijke internationaal initiatief aan te bieden. Echter, vanwege een mogelijke doorkruising van andere PSY107-vormingsactiviteiten georganiseerd voor psychiaters, werden verdere initiatieven voor dergelijke transnationale meetings in de wachtkamer geplaatst.

De Ålesund ervaring – en hoe dit team leerde van ervaringen opgebouwd in de West Midland (V.K.) – werd enkele keren toegelicht voor een gemengd publiek van teamvertegenwoordigers en Federaties van ggz-voorzieningen.

## 2.6 FINANCIËEL OVERZICHT

### *Prospectief budget (december 2011)*

Volgend op het *Progress Pre-fase project* werd met de FOD-Volksgezondheid en de Federaties van ggz-voorzieningen onderhandeld over een prospectief budget voor het vormingsprogramma voor Belgische mobiele teams. De budgetraming was gebaseerd op EU-project referenties voor reis-, hotel- en verblijfskosten, en omvat:

- een maximum van drie complete weken buitenlandse stages, voor driemaal twee teamleden of –leiders/coördinatoren per project. Met een kostenraming van 250 Euro x 2 personen (500 Euro voor transport), en 200 Euro x 7 nachten x 2 personen (2 800 voor het hotel). Driemaal dit bedrag van betekent een theoretisch maximaal budget van 9 900 Euro per project. Op basis van deze inschattingen kon de totale maximale kost voor buitenlandse stages voor de 19 107-projecten worden beraamd op 188 100 Euro (wat het equivalent is van in totaal 399 stagedagen voor alle 19 projecten samen);
- minimaal 3 en maximaal 5 dagen lokale support voor de mobiele teams van elk project, dus in totaal minimaal 57 en maximaal 95 dagen met lokale support. Berekend op basis van inschattingen van reiskosten (met 360 Euro als gemiddelde kost), hotel (200 euro per nacht), enkele bijkomende verblijfskosten en een honorarium per dag (expertkost), bedraagt de totale budgetraming voor lokale support aan de teams van alle 19 projecten minimaal 74 600 Euro (voor 3 dagen) en maximaal (voor 5 dagen) 121 400 Euro;
- de kostenraming voor elke thematische groep meeting (introductiesessies) omvat niet alleen de animatie van elke sessie door twee uitgenodigde experts, maar tevens hun voorbereidend werk als de organisatiekost (vergaderzalen, catering, vertalers...). De ingeschatte kost bedraagt 10 625 Euro per sessie (volledige dag), m.a.w. 95 625 Euro voor de negen thematische introductiesessies samen;
- omdat de input van de genodigde experts minder tijdsintensief zal zijn bij thematische interviewsessies (een halve dag), is de kost van een dergelijke sessie beraamd op 7 532 Euro. Met een maximum van 18 interviewsessies, verspreid over 6 dagen, betekent dit een totale kostenraming van 135 570 Euro.

### *Reële kosten (2012 -2015)*

De reële kost van de activiteiten opgesomd in pt. 2.5, bedraagt uiteindelijk minder dan 50% van de kostenraming in december 2011. Thematische interviewsessies zijn, tot hiertoe, niet georganiseerd. Worden de ingeschatte kosten voor de thematische interviewsessies niet in rekening gebracht, dan bedraagt de reële kost nog steeds minder dan twee derden (63%) van de ingeschatte kost, hoewel er meer stages (81 versus 57), veel meer stagedagen (881 versus 339 dagen) voor veel meer Belgische deelnemers (224 versus 114) werden georganiseerd dan gepland, terwijl het aantal dagen lokale support het maximum benaderd zoals dit in december 2011 werd ingeschat (82 versus 95 dagen).

De thematische groep meetings (introductiesessies) waren veel minder duur dan vooraf ingeschat, omdat het gros van het voorbereidende werk uitgevoerd werd door de coördinator van het vormingsprogramma. Er moesten dus minder experturen betaald worden, en sommige kosten konden verdeeld worden over twee kostenposten (groep meetings, een dag lokale support de dag voor of de dag na de groep meetings). De gemiddelde reële kost van een dergelijke introductiesessie bedroeg ongeveer 4 670 Euro, terwijl de ingeschatte kost een stuk hoger lag (10 625 Euro per sessie).

*Tabel 4 Enkele financiële resultaten*

STAGES		
Totale reële kost		€ 121 948,27
N dagen stage	881	
Gemiddelde kost per dag		€ 138,42
N deelnemers	224	
Gemiddelde kost per deeln.		€ 544,41
LOKALE SUPPORT		
Totale reële kost		€ 86 460,36
N dagen lokale support	82	
Gemiddelde kost per dag		€ 1054,39

Wat nog niet werd aangekaart in dit rapport, omdat het geen deel uitmaakte van het voorstel dat eind 2011 onderhandeld en goedgekeurd werd, is de kick-off van het vormingsprogramma voor mobiele teams die plaatsvond op 16 april 2012. Uit vier landen (het V.K., Nederland, Zwitserland en Frankrijk) werden 13 gasten uitgenodigd om hun nationale context en enkele lokale voorbeelden toe te lichten. In de namiddag werden sessies georganiseerd in het Nederlands, Frans en Engels.

### 3 FEEDBACK (STAGES, LOKALE SUPPORT)

Laten we het even hebben over enkele ervaringen van toch wel een flink aantal mensen die van start gingen in de nieuwe Belgische mobiele teams. Sommige klinken karikaturaal, maar voor pas gestarte teammedewerkers waren ze toch niet zo ongewoon in de periode van de opstart van de mobiele teams. Lege kantoren, geen uitrusting, geen telefoons. Dit was eerder uitzonderlijk doch, geen wagens, geen mobiele telefoons was helemaal niet uitzonderlijk.

Sommige aangewezen teamleiders waren niet direct betrokken in de aanwerving van het personeel dat de teams ging bemannen. De criteria die bij de aanwerving werden gehanteerd waren vaak een mix van motivatie, ervaring (echter niet met mobiel werken), betrokkenheid in eerdere projecten zoals psychiatrische zorg in de thuissituaties, het organiseren van overleg rondom de cliënt, psychiatrische spoed, enz.

De nieuwe teams waren onervaren met het werken met personen met ernstige ggz-problemen (al dan niet acuut) in hun thuissituatie. Evenmin konden ze rekenen op een sterk netwerk van professionele collega's die reeds ervaring op dit terrein hadden opgebouwd. De meeste teamleden en –coördinatoren gingen deel uitmaken van een type dienstverlening die geacht werd te beantwoorden aan een opdracht die ongetwijfeld hiërarchisch doordacht was. Gedocumenteerd met literatuur over modellen, over getrouwheidscriteria voor type 2a en type 2b mobiele teams, zelfs met de mogelijkheid om buitenlandse experts te ontmoeten, moesten de teammedewerkers het hoofd bieden aan de meest denkbare ambiguïteiten over de plaats en rol van hun teams, over hun dagelijks werk, over de verwachtingen in termen van aantal interventies, over de impact op hospitalisatie, over de verwachtingen om te werken met 'de eigen psychiater van de patiënt' (wat voornamelijk 2b-teams beperkte in hun dienstverlening), tegelijk quasi gestigmatiseerd want verdacht van een slecht soort psychiatrie uit te oefenen tot hiertoe en vooral aangemaand om eerst de inzichten te veranderen, de gewoontes en de attitudes.

Het vocabularium van de globalisatie- en politieke agenda's nam de zaak over, een veiling van kennis verscheen over het integreren van ggz in eerstelijnsdiensten, over het verbeteren van toegankelijkheid van gespecialiseerde (secundaire) ggz-diensten, over het ontwikkelen van op de gemeenschap gerichte gespecialiseerde ggz-dienstverlening, over burgerschap (*citizenship*: het integreren van ggz met sociale dienstverlening en bredere sociale agenda's), over mensenrechten, over gebruikers/consumentenbewegingen, over herstel, enz. Terwijl dezelfde politieke agenda's refereren naar gezondheidseconomie (de kost van een onbehandelde ziekte versus de kost van een behandelde ziekte) en de groei van de psychiatrische en welzijnsindustrie. Dus op zijn minst zeer ambigue, alsof correct politiek gedrag belangrijker werd dan het werken met mensen. Alsof 'het juiste ding doen' zoals aanbevolen in globalisatie- en politieke agenda's zou lukken zonder 'het ding juist te doen', d.i. leren van ervaren personen, een ervaringsgericht leren als mobiel teams en daarbij ondersteund met enige 'ontwikkelingshulp' die de lokale realiteit in achtving neemt. Alsof 'talk the talk' superieur is en een verschil kan maken zonder een reële praktijk georiënteerde 'can-do' benadering, zonder mensen te ontmoeten en te leren van en te werken met deze mensen ('walk the walk').

Belgische teamleden de kans geven om in contact te komen met ervaren mobiele teams, met mensen ervaren in het managen van verandering in verschillende contexten (daarbij een onderscheid makend tussen gepersonaliseerde niveau en het systeem-/politiek niveau), en

mobiele teams te verbinden met elkaar rondom deze mogelijkheid, zou op z'n minst een basis kunnen creëren voor een cultuur van kennis- en ervaringsuitwisseling die de bevindingen in de literatuur, in de wetenschappelijke publicatie maar ook de huidige implementatiestrategieën van de overheden zou kunnen aanvullen (of compenseren).

### 3.1 VERZAMELEN, STRUCTUREREN EN DELEN VAN BETEKENISVOLLE LEERERVARINGEN

Het is de bedoeling om relevante ervaringen, zogenoemde leerervaringen zoals deze gerapporteerd worden door medewerkers van mobiele teams die deelnemen aan een buitenlandse stage of door teams waarvoor een lokale support door een buitenlands expert wordt georganiseerd, te structureren en te delen.

Om deze leerervaringen gericht te houden, meer zelfs, om ze hopelijk zeer betekenisvol en herkenbaar te maken voor elke Belgisch mobiel team, is er een template voor feedback beschikbaar gesteld waarin aan de deelnemers gesuggereerd werd om de bedoelde feedback zo sterk mogelijk te laten aansluiten bij de notie van een 'aha-Erlebnis': *'aha ! interessant wat ik hier zie, hoor of begrijp, omdat het wel eens bruikbaar zou zijn om ons team te helpen een bepaald probleem of tekortkoming op vlak van onze dagelijkse werking aan te pakken'*. Op deze manier betekent het rapporteren van een leerervaring het starten met een beschrijving van een team-gerelateerd probleem of een verbeterpunt, en met een beknopte beschrijving van de impact van dit probleem of tekortkoming waarbij de consequenties wel eens veel breder kunnen gaan dan het niveau van het team (bijvoorbeeld consequenties voor de gebruiker, voor het netwerk, enz.). Vervolgens wordt gevraagd om deze beschrijving om te zetten in een soort probleemoplossende vraagvorm (bijv. hoe beter garanderen, hoe vermijden dat, hoe beter...), en te vervolledigen met een 'to do' verbonden aan de leerervaring. Daarbij hoeven deze to do's niet gepresenteerd te worden als dé grote probleemoplossing, maar eerder als een stap, nuttig en nodig om als team te overwegen. Er wordt de deelnemers eveneens gevraagd om, indien voorhanden, referenties te maken naar documenten, naar aanvullende informatie, naar internet links, enz. Zo kunnen bijvoorbeeld scans van documenten beschikbaar gemaakt worden door leerplaatsen of experts, als illustratie bij de leerervaring, of kunnen meer gedetailleerde beschrijving van de leerervaringen door teams en teammedewerkers als achtergrondinformatie worden toegevoegd.

De volgende stap is de feedback of leerervaringen toegankelijk maken voor de andere Belgische mobiele teams. Om de uitwisseling van leerervaringen te faciliteren wordt alle feedback in word versie in de [formation@psy107.be](mailto:formation@psy107.be) mailbox binnengebracht. De coördinator van het vormingsprogramma voor mobiele teams voert de feedback in een Excelbestand in, en voegt wat extra informatie toe per leerervaring (contactpersoon, type mobiel team, 107-project, datum, leerplaats, etc.) en verbindt de leerervaringen met de thema's en topics (zie pt. 2.4.1). Hij stelt de leerervaring bovendien beschikbaar in drie talen. Voor de Frans- en Nederlandstalige Belgische teams wordt op deze manier een mogelijke belemmering opgevangen voor de mutuele uitwisseling van leerervaringen, terwijl dit de feedback tevens toegankelijk maakt voor de niet Frans- of Nederlandstalige leerplaatsen en experts. Als dusdanig worden praktijkvoorbeelden en aanbevelingen gepoold en gedeeld, niet zozeer als een gids voor goede praktijken, maar als een trigger voor een mutueel leerproces tussen de nieuwe Belgische mobiele teams.

De verzamelde feedback kan geraadpleegd worden via [www.mobileteamsconnecting.eu](http://www.mobileteamsconnecting.eu)

## 3.2 LEERERVARINGEN

### 3.2.1 THEMA'S EN TOPICS

In totaal werden 249 records weerhouden en ingevoerd als leerervaring in het Excelbestand. Tabel 5 presenteert een overzicht van het aantal leerervaringen dat aan de onderscheiden thema's en topics kan toegewezen worden. Meer dan de helft van de leerervaringen kan gelinkt worden aan het thema 'opstart en verdere ontplooiing van mobiele teams', waarbij de volgende drie topics het meest frequent aangekaart werden: kritische succesfactoren bij de opstart en verdere ontplooiing (62 leerervaringen), nuttige praktijk ondersteunende instrumenten bij de opstart en verdere ontplooiing (31 leerervaringen) en herstelgericht werken in mobiele teams (17 leerervaringen). Leerervaringen worden nog aan twee andere topics frequent gelinkt: het aantal beschikbare psychiater-uren per week (11 maal) en de multidisciplinaire teamwerking (9 maal). Ook leerervaringen die kunnen verbonden worden met drie topics van het thema 'in de tijd doorlopend zorgtraject' komen relatief frequent voor: de betrokken actoren, informatie-uitwisseling en coördinatie. Sommige thema's worden slechts af en toe aangeraakt: het benutten van ervaringsdeskundigheid, specifieke problemen in combinatie met ggz-problemen, en culturele diversiteit.

Tabel 5 Thema's/topics – N en % van gerapporteerde leerervaringen

	N	%
<b>Opstart en verdere ontwikkeling/ontplooiing van mobiele teams</b>	<b>141</b>	<b>56,6</b>
multidisciplinaire teamsamenstelling	5	
multidisciplinaire teamwerking	9	
noodzakelijke competenties van teamleden	5	
het onderscheiden van stappen in de opstartfase en verdere ontwikkeling	2	
herstelgericht werken in mobiele teams	17	
outcome gericht werken en impact hiervan op de opstart en verdere ontplooiing	2	
kritische succesfactoren in kader van de opstart en verdere ontplooiing	62	
assertieve aanpak/bemoeizorg (en de limieten hiervan)	5	
nuttige praktijk ondersteunende instrumenten van belang bij opstart en verdere ontplooiing	31	
praktische organisatie	3	
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Hospitalisatie</b>	<b>19</b>	<b>7,6</b>
rol, plaats en functie van hospitalisatie	3	
Interventies voor de voordeur (van spoeddiensten, van EPSI's, van psychiatrische ziekenhuizen...), gatekeeping	1	
beslissingsproces (ziekenhuisopname of het vermijden van een opname)	4	
rol van mobiele teams in geval van opname: inreach, vroegtijdig ontslag	6	
niet-vrijwillige opnamen, mobiel werken en dwang	-	
mobiele teams als een daadwerkelijke alternatief voor een opname in het ziekenhuis (hoog kwaliteitsvolalternatief)	-	
nuttig met oog op het faciliteren van de coördinatie tussen mobiele teams en ziekenhuizen	4	

	N	%
<b>Crisis en risico</b>	<b>16</b>	<b>6,4</b>
perspectieven, standpunten (patiënt, omgeving, professioneel)	3	
perspectief hulpverlener: agressie, kwetsbaarheid, persoonlijke veiligheid	2	
risico assessment	3	
crisis assessment	2	
crisis management	1	
vermijden van een ziekenhuisopname in een crisis- of risicovolle situatie	-	
vermijden van justitiële maatregelen en vrijheidsbeperkende maatregelen in een crisis- of risicovolle situatie	-	
bezoekprocedures	-	
crisiscommunicatie	4	
assessment van aanwezigheid van veiligheidsfactoren	-	
coordination 2a en 2b	1	
	N	%
<b>Rol van de psychiater</b>	<b>19</b>	<b>7,6</b>
klinische / medische verantwoordelijkheid	2	
klinisch leiderschap	1	
mobiel werken en garanderen van kwaliteit van zorg	-	
kwaliteit van zorg garanderen in een context van onderhandelbaarheid	-	
de samenwerking met huisartsen	2	
de samenwerking met de "behandelende" psychiater / arts (externe behandelaar)	1	
aantal uren / aantal vte (deeltijds, voltijds verbonden aan een mobiel team?)	11	
wachtdienst	-	
werken in een mobiel team in combinatie met andere rollen (in een andere dienst of voorziening, op een ziekenhuisafdeling, ...)	-	
Huisbezoeken, als lid van een team	2	
andere accenten voor 2a en 2b teams?	-	
	N	%
<b>Benutten van ervaringsdeskundigheid</b>	<b>5</b>	<b>2,0</b>
een ervaringsdeskundige als lid van een mobiel team	1	
randvoorwaarden bij het benutten van ervaringsdeskundigheid	-	
hoe concreet een eerste stap zetten?	1	
het aanwenden van ervaringsdeskundigheid door mobiele teams: voorbeelden van resultaten en van mogelijke impact	-	
een ervaringsdeskundige: opleiding / rol binnen een mobiel team	2	
statuut van een ervaringsdeskundige in een mobiel team: vrijwilliger, werknemer?	-	
verantwoordelijkheid nemen of hebben als ervaringsdeskundige werkend in een mobiel team: mogelijkheden en limieten	-	
familie, naastbestaanden: integratie van hun ervaringsdeskundigheid in mobiele teams	1	
andere accenten voor 2a en 2b teams?	-	

	N	%
<b>Specifieke problemen in combinatie met ggz-problemen</b>	<b>4</b>	<b>1,6</b>
mobile teams: possibilities, limits	-	
what means "regular", what means "specialist"?	-	
mental health problems in combination with substance use, addictions	1	
mental health problems in combination with learning problems (intellectual disability)	-	
mental health problems in combination with judicial problems	-	
personality disorders	1	
integration of specific competences, expertise in mobile teams	1	
problem related exclusion criteria	1	
different accents for 2a or 2b teams?	-	
<b>Het acute zorgtraject</b>	<b>19</b>	<b>7,6</b>
welke activiteiten, interventies (wat?), modaliteiten (hoe?), een zorgprogramma acute zorg - modules	4	
Welke actoren zijn betrokken, welke diensten/voorzieningen, professionelen? Het "wie"	2	
Vanuit welke andere functies psy107 (dan functie 2a) is er een inbreng in dit acute zorgtraject?	4	
uitwisselen van informatie in het acute zorgtraject	4	
coördinatie van een acuut zorgtraject	4	
<b>Het in de tijd doorlopende zorgtraject</b>	<b>25</b>	<b>10,0</b>
welke activiteiten, interventies (wat?), modaliteiten (hoe?), een zorgprogramma langdurende zorg - modules	4	
Welke actoren zijn betrokken, welke diensten/voorzieningen, professionelen? Het "wie"	7	
Vanuit welke andere functies psy107 (dan functie 2) is er een inbreng in dit in de tijd doorlopen zorgtraject?	-	
Uitwisselen van informatie in het in de tijd doorlopend zorgtraject	7	
Coördinatie van een in de tijd doorlopend zorgtraject	7	
<b>Culturele diversiteit</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
Alternatieven voor een "Westerse" psychiatrie	-	
Culturele sensitiviteit	-	
Talen (gesproken door teamleden, culturele diversiteit in de teamsamenstelling)	1	
andere accenten voor 2a en 2b teams?	-	

We verwijzen naar de Excelbestanden op [www.mobileteamsconnecting.eu](http://www.mobileteamsconnecting.eu) om de feedback verder door te nemen of te analyseren. Dezelfde webpagina presenteert elke leerervaring tevens in artikelvorm. In de volgende drie punten volgt wat meer toelichting bij de twee topics die het meest frequent aan leerervaringen konden gekoppeld worden, en een overzicht van de probleemoplossende vragen gebruikt bij het inleiden van elke leerervaring.



### 3.2.2 KRITISCHE SUCCESFACTOREN

Bijna 25% van alle leerervaringen kan gelinkt worden aan het topic 'kritische succesfactoren bij de opstart en verdere ontplooiing van mobiele teams'. Deze kritische succesfactoren verwijzen naar:

- De missie van een mobiel team. Teamleden vragen zich af: is het realistisch om ons verder te ontplooiën als een laagdrempelige dienstverlening? Zouden we niet beter ophouden met het kopiëren van therapeutische missies (en hoe we tot hiertoe gewerkt hebben) naar dit soort nieuwe vorm van hulpverlening? Over de verwachtingen van het netwerk: 'het houdt niet op, we springen overal op'. En, wat voor een nut hebben discussies over de missies van mobiele teams als er niet gesproken wordt over wie ons omringt en ondersteunt?
- De doelgroep. Onzekerheid: wat moet er nu gebeuren, de doelpopulatie verbreden of verfijnen, waarom blijven boodschappen hierover onduidelijk en inconsistent? Teamleden verklaren dat een 2b-team zoveel meer doet dat mensen bedienen met een ernstige psychiatrische aandoening. Sociale probleemsituaties worden immers eveneens beantwoord. Enkele 2a-teams formuleren de bezorgdheid dat er gewerkt wordt zonder een operationele definitie van crisis. Vaak vermelde kwesties zijn: geen duidelijk afgelijnde inclusiecriteria, de doelgroep die niet goed is afgebakend, en het niet proactief opzoekgaan naar de doelgroep.
- Het teamperspectief of de teamaanpak, en het niet benutten van het voordeel van het werken als een team: kan individueel casemanagement, met de klemtoon op individuele competenties, verder aangehouden worden in relatief kleine teams met een voortdurend toenemende caseload?
- Het werkgebied: het gebrek aan efficiëntie, eerste ervaringen met het organiseren van huisbezoeken die illustreren dat werkgebieden niet 'functioneel' georganiseerd zijn, andere ervaringen tonen aan dat er een risico is op een gecentraliseerde hulp- en dienstverlening wanneer het werkgebied eerder gedefinieerd is vanuit het oogpunt van de bestaande diensten dan vanuit de mogelijkheden om gebruikers te ontmoeten in de samenleving;
- Toegankelijkheid: 24/24u en 7/7, garant staan voor een snelle respons, voor minstens een telefonische bereikbaarheid en toegankelijkheid;
- De gatekeeping functie van een 2a mobiel team: enkele leerervaringen wijzen op de noodzaak om toch een eerste stap te zetten ('we gaan toch iets moeten doen');
- De afronding van een begeleiding door een mobiel team: illustraties van hoe teams er niet in slagen om anderen te mobiliseren (geen 'step down'-hulpverlening), hoe ze niet beschikken over heldere criteria die het beslissingsproces over een afronding van een behandeling of begeleiding door een mobiel team ondersteunen;
- Kritische massa: je moet toch iets minimaals rond een mobiel team bouwen (en niet blind staren op aantal huisbezoeken, het team moet ook 'ingericht' worden); meer en meer cliënten zien is alleen maar mogelijk als het team voldoende groot en voldoende omringd is;

- Huisbezoeken: enkele deelnemers waarschuwen om het belang van huisbezoeken niet te onderschatten, en om aan de verleiding te weerstaan om mensen naar de kantoren te laten komen voor consultaties ('we beginnen pas te leren en te werken buitenshuis, we hoeven helemaal niet gemakshalve de traditie in stand te houden om binnen het kantoor te werken'). Meer 'on the spot' is echt nodig, hoewel huisbezoeken tijdig moeten worden afgebouwd. Indien, voor welke reden dan ook, een huisbezoek niet de beste optie lijkt moeten we creatief op zoek gaan voor makkelijk toegankelijke ontmoetingsplaatsen in de gemeenschap;
- Transitie vanuit het ziekenhuis: is het niet cruciaal om interventies reeds op te starten in het ziekenhuis (indien de gebruiker is opgenomen), waarom wordt dit niet als vanzelfsprekend beschouwd?
- Medische assistentie in thuissituaties stelt op dit moment zeer weinig voor;
- In het algemeen: wat is de zin om als team niet te beantwoorden aan op z'n minst enkele kritische ingrediënten voor 2a- en 2b-teams, of wordt aanvaard dat we doorgaan met het vullen van de lacunes in het werkgebied?

---

### 3.2.3 NUTTIGE PRAKTIJK ONDERSTEUNENDE INSTRUMENTEN

Eén op acht leerervaringen verwijst naar nuttige praktijk ondersteunende instrumenten die van belang zijn bij de opstart en de verdere ontplooiing van mobiele teams. Het is een hele verkenning voor de nieuwe Belgische mobiele teams om tools of instrumenten te gaan vinden die behulpzaam zijn in het faciliteren van communicatie (op teamniveau, op netwerkniveau), bij het nemen van beslissingen (bij aanmelding, bij het inschatten van hulpvragen bij een eerste contact, uniforme aanmeldingsformulieren in een werkgebied), bij het juist uitvoeren van het werk (netwerkaart, crisiskaart, een hervulpreventieplan aanwenden als een herstelgericht instrument van de gebruiker).

Een aanzienlijk deel van de beschreven to do's verwijst naar de onverenigbaarheid van de bestaande tools met mobiel werken buiten het kantoor: er is nood aan 'mobiele tools', makkelijk toegankelijke informatietools onderweg, die een vlotte informatiedoorstroom mogelijk maken. Veel van de nu gebruikte instrumenten zijn eerder ontwrichtend, ze nemen het tempo uit de interventies. Een aantal in het buitenland ontdekte instrumenten leken bijzonder functioneel te zijn: bijv. tools die het teamoverleg kunnen reorganiseren doordat ze ontworpen zijn om discussies in goeie banen te leiden door hun gerichtheid en aandacht voor mogelijke bottlenecks, vragen en dringende acties bij het begeleiden van de gebruiker.

Terwijl in de meeste leerplaatsen vergelijkbare componenten geïntegreerd zijn in tools die beslissingsprocessen, formuleringen, communicatie (en evaluatie) van objectieven kunnen ondersteunen, HoNOS bijvoorbeeld, heeft het E.R.I.C. team een zeer pragmatische organisatie ontwikkeld van multidisciplinair overleg binnen het team en met partners. 'Form follows Function': agenda's, notities, briefings, bestanden... zelfs de manier waarop het team en de werkplaats is uitgerust is helemaal aangepast aan de functie van het team.

### 3.2.4 PROBLEEMOPLOSSENDE VRAGEN

De lijst van de opgesomde vragen biedt een zeer interessante invalshoek om een eerste indruk te verkrijgen van de verzamelde feedback. Gelijkaardige vragen kunnen gelinkt worden aan verschillende thema's en topics, omdat de vragen verbonden zijn met een probleemomschrijving, een omschrijving van de consequenties van dit probleem, en een 'to do' of een 'te overwegen' die nuttig kan zijn om een probleem of tekortkoming binnen het eigen team aan te pakken. Het is vaak de probleemomschrijving of de omschrijving van de 'to do' die de leerervaring koppelt aan één van de thema's en topic. Deze koppelingen werden gemaakt in overleg met de personen die de feedback leverden

Op de volgende pagina's volgt een overzicht van de vragen en de thema's/topics waarop die vragen betrekking hebben. In de eerste kolom wordt het type team aangegeven (betreft het een leerervaring van een 2a- of 2b-team, of een gemengde 2a/2b-leerervaring).

*Tabel 6 Probleemoplossende vragen, thema 'Opstart en verdere ontwikkeling/ontplooiing van mobiele teams'*

	<b>Multidisciplinaire teamsamenstelling</b>
<b>2B</b>	Zou een mobiel team niet moeten beschikken over een eigen administrator? (administratieve functie)? x 2
	Hoe kan de administratieve taaklast van elk teamlid beperkt worden, zodat de focus meer gelegd wordt op de cliëntenbegeleidingen?
	Op welke wijze kan het beroep van ergotherapeut optimaal worden benut in mobiele teams?
	Hoe kunnen we meer toegankelijke en laagdrempelige activiteiten aanbieden aan de cliënt?
	<b>Multidisciplinaire teamwerking</b>
<b>2A</b>	Hoe kan het samenspel tussen professionele disciplines binnen het team eruit zien ?
	Is een dagelijkse overdracht en het dagelijks bespreken van het volledige cliëntenbestand, met alle aanwezige teamleden van het 2a-team, nodig?
	Hoe kunnen we, in het licht van het beperkt aantal uren beschikbaar zijn van een psychiater, de multidisciplinaire teamwerking verder optimaliseren?
	Hoe kan een briefing binnen een mobiel crisisteam optimaal verlopen?
	Hoe kunnen we casussen meer delen en behandelplannen interdisciplinair opstellen?
<b>2B</b>	Hoe kunnen we garanderen dat de tijd tussen twee opeenvolgende bezoeken beperkt blijft?
	Hoe kan je voorkomen dat je alleen voor een patiënt staat?
	Moeten we niet meer beroep doen op de discipline-specifieke deskundigheden die binnen het team aanwezig zijn, in plaats van eerder een beroep te doen op andere diensten in geval de situatie een specifieke competentie vereist?
	Hoe kunnen we komen tot grotere gedeelde caseload?

	<b>Noodzakelijke competenties van teamleden</b>
2A	Hoe kunnen we een efficiënte begeleiding voorzien voor een cliënt die inwonende naasten niet wilt betrekken, en hoe in deze situaties het systeem op een zo optimaal mogelijke manier betrekken?
2B	Kan er een specifieke opleiding 'acute psychiatrische thuisbegeleiding' georganiseerd worden?
	In welke mate is het wenselijk en haalbaar dat de plaats en rol van de mobiele teams sterker wordt afgebakend en hieraan een inhoudelijke vorming wordt gekoppeld ?
	Hoe kunnen we de efficiëntie binnen teamvergaderingen - alsook betrokkenheid teamleden bevorderen?
	Hoe kan men de persoonlijke competenties van de medewerkers, los van hun vooropleiding, verder exploreren, ontplooien en inzetten binnen onze werking?
	<b>Het onderscheiden van stappen in de opstartfase en verdere ontwikkeling/ontplooiing</b>
2A	Hoe kunnen we in de opstartfase van een team omgaan met onterechte verwijzingen?
2B	Waarop moeten we de klemtoon leggen bij de uitbouw van een mobiel team?
	<b>Herstelgericht werken in mobiele teams</b>
2A+2B	Hoe kunnen we ggz-gebruikers helpen om beslissingen te nemen gedurende hun herstelproces ?
2A	Hoe belangrijk is het verwerven van een gedeelde visie op personen met een acute mentale gezondheidsproblematiek, een gemeenschappelijke filosofie ?
	Is het steeds nodig om te interveniëren binnen een crisissituatie?
2B	Hoe kunnen we herstelgerichte taal gebruiken binnen een mobiel team?
	Hoe kunnen we op een constructieve manier familie en belangrijke derden (niet professioneel) betrekken in de zorg rond patiënt?
	Hoe kunnen we de cliënt meer betrekken bij het verloop van zijn begeleiding?
	kunnen, en moeten we de cliënt de regie over zijn behandeling in handen geven ?
	Hoe bereikbaar moet een hulpverlener zijn als hij op huisbezoek is? Kan het dat hij een telefoontje met een andere cliënt houdt?
	Hoe kunnen we vermaatschappelijking van zorg implementeren in onze visie en werken aan herstel concreet vorm geven?
	Hoe kunnen we lotgenotencontact bevorderen ?
	Hoe kunnen we evolueren naar een beter gepersonaliseerd behandelingsplan, gerelateerd aan het SRH-handelen, waarbij de cliënt optimaal betrokken wordt en inspraak krijgt, en hoe kunnen we ervoor zorgen dat ook andere partners uit de GGZ met dit behandelingsplan verder aan de slag willen?
	Hoe wordt in de dagelijkse contacten met de cliënten invulling gegeven aan de herstelvisie?
	Is het behandelplan iets van de cliënt of van het Mobil Team, of beide?
	Wordt het niet-professioneel netwerk ondergewaardeerd in de mobiele teams?
	Kunnen we als mobiel team verder roeien met de riemen die we hebben, zonder dat we de indruk hebben dat er rondom ons veel verandert?
	Kunnen we een paar concrete stapjes zetten om het heikele thema 'privacy' te plaatsen binnen een herstelgerichte benadering?
	Hoe kunnen we de cliënt meer partner maken bij het veranderingsproces?
	<b>Outcome gericht werken en de impact op de verdere ontwikkeling/ontplooiing</b>
2A+2B	Op welke objectieve manier krijgen we een betere kijk op en kan beter gerapporteerd worden over de activiteit en het dagelijks werk van mobiele teams ?
2B	Is het haalbaar om een eenduidig, cliëntgericht en eenvoudig hanteerbaar meetinstrument op te starten met oog op zorgmonitoring binnen onze werking?

<b>Kritische succesfactoren in kader van opstart en verdere ontwikkeling/ontplooiing</b>	
<b>2A+2B</b>	Cliënten behorend tot de caseload van een type 2b-team die een crisissituatie doormaken : is dit een opdracht voor het 2b-team of neemt het 2a-team over?
	Op welke manier kunnen we vermijden dat de actieve caseload verzadigd geraakt?
	Wanneer we vaststellen dat een mobiel team niet aan enkele kritische ingrediënten beantwoordt van een prototype 2A en 2B team, en eerder neigt te lijken op een soort van CGG+, moeten we onze werking bijgevolg al dan niet bijstellen?
	Hoe kunnen we vermijden dat de mobiele teams de steunpilaren worden voor de patiënt, waarop het netwerk kan terugvallen?
<b>2A</b>	Moeten mobiele teams hun doelgroep verfijnen of, integendeel, breed houden?
	Kun je de methodiek van gedeelde caseload hanteren zonder in te boeten op een aantal voordelen van een individuele aanpak?
	Hoe kunnen we vermijden dat aanvragen ongecontroleerd binnenstromen ?
	Hoe kunnen we een zorgcontinuïteit verzekeren in een crisissituatie?
	Hoe kunnen we het behoud in de thuissituatie bevorderen bij een crisissituatie door alle nuttige resources te activeren?
	Hoe kunnen we de aard van de interventies van een crisisteam definiëren (welk type interventie)?
	Hoe kunnen we de doelgroep beter aflijnen?
	Is het verkennen en triëren van aanvragen voor crisisbehandeling een prioritaire taak van een 2a-team?
	Kan een 2a-team werken op het tempo van de patiënt?
	Indien de cliënt geen vragende partij is, gaan we dan in bepaalde situaties niet beter op zoek naar een alternatief voor een huisbezoek?
	Wat zijn de voordelen van een huisbezoek in vergelijking met consultaties op de dienst?
	Wat is het belang van de gatekeeping-functie ?
	Wat is het belang van de continue beschikbaarheid (24/24u en 7/7d bezetting)?
	Is ons systeem van werken met individuele referenten binnen ons team een meerwaarde voor een goeie zorgverlening, of eerder een obstakel voor het teamwelzijn?
	Hoe kunnen we onze professionele waardigheid bewaken in crisissituaties waarbij medische zorg aan huis niet voorhanden is?
	Wordt de frequentie van onze huisbezoeken niet te sterk voorop gesteld?
	Hoe kunnen we de emotionele belasting die behandelingen teweegbrengen voor teamleden binnen de perken houden?
	Hoe kunnen we de doelgroep van een 2A-team beter verhelderen ? Heeft het zin om deze te definiëren in termen van aanwezigheid van een psychiatrische ziekte?
	Is therapeutisch werken mogelijk tijdens het werken met een crisis ?
	In welke mate kan (en mag) een therapeutische visie meespelen bij het afbakenen van de doelgroep van een mobiel crisisteam?
	Hoe kunnen we nu reeds rekening houden met de impact van een grotere bekendheid van het mobiele crisisteam op het type van aanmeldingen?
	Hoe kunnen we beantwoorden aan de verwachting van het netwerk over het reactievermogen van ons 2a-team (EMSI) ?
	Hoe kunnen we vervolgstappen uitbouwen met oog op het consolideren op langere termijn van het bereikte resultaat gedurende een intensieve opvolging, met oog op het vermijden van herval?
	Op welke manier kunnen we onze routes tussen huisbezoeken bij verschillende patiënten efficiënter op elkaar afstemmen?
	Welke criteria zijn belangrijk om de duur van de begeleiding te bepalen?

2B	Werken we met een shared caseload of met een individuele patiëntenbegeleider?
	Zijn korte huisbezoeken efficiënter?
	Hoe kan er meer gefocust worden op de doelgroep zodat we hier rond efficiënter kunnen werken en we onszelf niet overvragen?
	Op welke manier kan er tijdsbesparend gewerkt worden met oog op het vermijden van een aanmeldingsstop en burn-out bij teamleden?
	Is het introduceren van een poortwachtfunctie voor een mobiel crisisteam niet het middel bij uitstek om de communicatie en samenwerking met spoed- en wachtdiensten te verbeteren?
	Kan een 2b-team blijven werken met een niet duidelijk afgebakende doelgroep?
	Hoe ruimte maken om binnen de 2B- werking expliciet therapeutisch aan de slag te gaan?
	Waar kunnen we inzake werkgebied rekening mee houden om het werk van een mobiel team toegankelijk en efficiënt te maken?
	Hoe een verzadiging van de caseload vermijden?
	Wanneer is iemand klaar voor afronding?
	Op welke manier kunnen we onze toegankelijkheid verbeteren voor nieuwe patiënten?
	is het aanbevolen om een subdoelgroep « in transitie » te onderscheiden (mensen die het ziekenhuis verlaten) en bijgevolg een specifieke aanpak voor deze subdoelgroep te hanteren?
	is het aangeraden om medewerkers van functie 2a en functie 4 op bepaalde tijdstippen en in bepaalde situaties in te zetten wanneer het 2b-team over onvoldoende middelen beschikt om kwalitatieve zorg te garanderen?
	Op welke wijze tewerk gaan opdat de opvolgingen door leden van de mobiele teams 2B coherent en kwaliteitsvol blijven ?
	Wie behoort er tot de doelgroep van een Mobiel Team 2B?
	Wat te doen met die patiënten die door niemand op een duurzame en veilige manier kunnen worden opgevolgd, mensen zonder officieel adres of zonder netwerk, en / of personen die elke vorm van zorg weigeren?
	Zijn intensieve assertieve zorg en eerder ondersteunende interventies bij vrij stabiele personen verenigbaar in één en hetzelfde team?
	Hoe stigmatiseren voorkomen of verminderen?
	Hoe kunnen we de telefonische bereikbaarheid en beschikbaarheid optimaal organiseren?
	Hoe bed je multidisciplinair werken in op niveau van de patiënt?
	Hoe kunnen we de werking van de Mobil Teams binnen onze regio beter bekend maken?
	Is co-begeleiding, of een shared caseload bij complexe multiprobleem situaties, te verkiezen boven een één-op-één relatie casemanager-cliënt binnen de werking van een mobiel 2B-team?
	Hoe kunnen we duidelijke en objectieve toetsingscriteria ontwikkelen binnen onze eigen werking, met oog op het afronden van een begeleiding door een 2B team?
	Hoe kunnen we onze werkgebieden beter afbakenen?
	Wat zijn de mogelijke hefboomen om onze (potentiële) doelgroep te bereiken?
	Wat kan ons helpen om met het beperkte personeelsbestand op een meer efficiënte en gerichte wijze te werken?
	Hoe kunnen we de continuïteit ziekenhuis – ambulante hulpverlening verbeteren, en met welke organisatorische maatregelen ?
	Vindt een mobiel team zijn fundamenten niet beter via ervaringen opgedaan op het terrein?
	Hoe kunnen we per voltijds equivalent een groot aantal mensen begeleiden (meer dan 15) en toch nog kwaliteitsvolle begeleidingen bieden?
	Hoe kunnen we onze (reis)tijd efficiënter gebruiken?
	Zijn we binnen de mobiele teams voldoende bezig met de EPA-doelgroep?
	Hoe de verhouding tussen in- en uitstroom bewaken?
	Hoe individuele werkdruk draagbaar houden? Hoe multidisciplinaire visie in praktijk omzetten?

	<b>Assertieve aanpak, 'bemoeizorg' (en de limieten ervan)</b>
<b>2A+2B</b>	Hoe kunnen we de betrokken blijven wanneer de cliënt de neiging heeft om afstand te nemen van het team?
<b>2A</b>	Is het niet meer dan normaal dat mobiele teams zorgmijders ontmoeten, en dat er bijgevolg voldoende tijd moet voorzien worden met oog op het creëren van een therapeutische band?
<b>2B</b>	Waar vinden we handvaten voor bemoeizorg?
	Hoe werken we met de afwezigheid van een zorgvraag bij een gebruiker die zorg mijdt, en voor wie het netwerk ons oproept, en waarvoor we eigenlijk wel een behoefte aan begeleiding herkennen?
	Hoe, in kader van de opvolgingen, de verzadiging van een mobiel team voorkomen of vermijden?
	<b>Nuttige praktijk ondersteunende instrumenten van belang bij de opstart en verdere ontplooiing</b>
<b>2A+2B</b>	Doen we wel voldoende beroep op de familie zelf en het netwerk rondom de patiënt, doen we dit op een voldoende coherente manier?
	Op welke manier kunnen we efficiënt informatie uitwisselen andere hulpverleners?
<b>2A</b>	Hoe bepaal je in praktijk dat je nog steeds binnen het kader van een crisisinterventie bent?
	Is het aanbevolen dat mobiele teams 2A en 2B rechtstreeks vragen krijgen van de familie, dus zonder tussenkomst van een professionele verwijzer?
	Welke instrumenten zijn nuttig om de communicatie tussen de verschillende teamleden te verbeteren ?
	Hoe kunnen we de efficiëntie verbeteren van de communicatie over de volledige caseload en dagelijkse to do's?
	Op welke manier kan je een efficiënt behandelplan opstellen?
	Hoe kunnen we ons multidisciplinair overleg zo goed mogelijk ondersteunen met praktisch bruikbare hulpmiddelen?
	Op welke manier kunnen we onze observaties op een meer objectieve en onderbouwde manier staven?
	Hoe kunnen we de HONOS integreren binnen een begeleiding/behandelplan?
	Hoe kunnen we onze begeleidingen optimaliseren aan de hand van aangepaste praktijkinstrumenten ?
	Hoe kunnen we werken met de omgeving en deze integreren in de behandeling ?
	Hoe kunnen we ervoor zorgen dat bij iedere cliënt die aangemeld wordt bij het mobiel crisisteam met psychische stoornissen, een objectief assessment gebeurt?
	Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er een continuïteit van de werkinstrumenten aanwezig is voor de thuiszorgbegeleiders?
	Hoe kunnen we onze overlegmomenten optimaal organiseren en ten volle praktijk ondersteunend benutten?
<b>2B</b>	Hoe de begeleidingsduur van de op te volgen casussen in de tijd beperken?
	Hoe vermijden dat een deel van de caseload uit het oog verdwijnt ?
	Hoe kunnen we onze aanmeldingen gestructureerd en vlot laten verlopen en hoe ze loskoppelen van onze wekelijkse teamvergaderingen?
	Hoe een beter evenwicht vinden tussen vergadertijd en cliëntgericht werken?
	Zijn er good practices die illustreren hoe een intranet een praktijkondersteunend instrument wordt voor een mobiel team?
	Welke procedure wordt gehanteerd bij een nieuwe aanmelding?
	Hoe kunnen we onze dagelijkse praktijk nog beter ondersteunen door gebruik te maken van praktische en zeer doelgerichte tools?
	Hoe kunnen we ons FACT-bord overleg efficiënter organiseren zodat er meer ruimte komt voor momenten van intervisie en supervisie?

	Zijn er voorbeelden voorhanden van goeie praktijken, waarbij informatiesystemen als een praktijk ondersteunend instrument werken voor een mobiel team?
	Hoe kunnen we rekening houden met radeloze familie die zich in een zeer complexe relatie bevinden met een adolescent of jongvolwassene met een psychologisch probleem doch zonder hulpvraag?
	Op welke manier kunnen we als team nieuwe instrumenten introduceren en delen die onze dagelijkse praktijk ondersteunen?
	Hoe kunnen we de noden en de problemen in de thuissituatie beter evalueren (bijv. voorafgaand aan ontslag uit het ziekenhuis)?
	Hoe kan de opvolging bij opschaling van een cliënt geoptimaliseerd worden zodat alle teamleden ervan op de hoogte zijn?
	Hoe komen we tot een goede en efficiënte informatieoverdracht?
	Hoe kunnen we de samenwerking met het professionele en non-professionele netwerk optimaliseren?
	Waarom is het beschikken over goede communicatiemiddelen zeer belangrijk voor een mobiel team?
	<b>Praktische organisatie</b>
2A	Hoe meer psychiatertijd beschikbaar maken door reorganisatie van overleg?
2B	Op welke manier kunnen we briefings efficiënt en beknopt houden?
	Op welke manier kunnen we een doeltreffende communicatie bevorderen over alle cliënten behorend tot de actieve caseload?

*Tabel 7 Probleemoplossende vragen, thema 'Hospitalisatie'*

	<b>Rol, plaats en functie van het ziekenhuis</b>
2A	Hoe moeten we omgaan met voorwaarden verbonden aan een postkuur, het "uitoefenen van controle op onze cliënten"?
	Hoe kunnen wij meer gaan samenwerken als partner binnen een netwerk?
2B	Op welke manier kunnen we opnames voorkomen of beperken in de tijd?
	<b>Interventies voor de voordeur (van spoeddiensten, EPSI, Psychiatrische ziekenhuizen), gatekeeping</b>
2A	Is het een utopie dat een 2a-team de rol van poortwachter opneemt?
	<b>Het beslissingsproces (dat leidt tot opname of tot het vermijden van een ziekenhuisopname)</b>
2A	In welke mate is het niet beschikbaar zijn van ziekenhuisbedden een hinderpaal voor een mobiel team met een crisisfunctie?
	Hoe kunnen we als betrokken ambulant netwerk beter samenwerken om onnodige opnames te voorkomen?
	Kunnen we artsen, werkzaam op een spoeddienst, beter informeren over het betrekken van een MCT vooraleer ze de beslissing nemen een persoon te hospitaliseren?
2B	Hoe kan een mobiel team een hospitalisatie faciliteren?
	<b>Rol van mobiele teams ingeval van opname: inreach, vroegtijdig ontslag</b>
2B	Hoe de duur van een opname beperkt houden en hervat (en heropnames) vermijden ?
	Wat te doen als er een ziekenhuisopname plaats vindt van een persoon behorend tot de caseload?
	Hoe behandelen in de thuiscontext integreren met behandelen in een residentiële setting? x 2
	Op welke manier kunnen we optimaal communiceren met de ziekenhuisdiensten in geval de gebruiker is opgenomen ?
	Hoe kunnen we betrokken blijven indien een ziekenhuisopname van een cliënt van het mobiele team zich opdringt, en bijgevolg continuïteit bewaken?



	<b>Niet-vrijwillige opnamen, mobiel werken en dwang</b>
2A	Wat is de meest aangewezen manier om een gedwongen opname op te starten tijdens een begeleiding?
	<b>Nuttig met oog op het faciliteren van de coördinatie tussen mobiele teams en ziekenhuizen</b>
2A	Wie coördineert binnen het netwerk de hulpverlening aan de patiënt en kan een interventie door een 2a-team voorstellen?
	Welke interventies kunnen we uitvoeren we binnen urgentie-eenheden of spoeddiensten ?
2B	Hoe kun je op een relevante manier met de ziekenhuizen samenwerken?
	Hoe kan een mobiel team bijdragen aan het verkorten van de duur van een hospitalisatie ?

*Tabel 8 Probleemoplossende vragen, thema 'crisis en risico'*

	<b>Perspectieven (oogpunt en betekenis voor: patiënt, omgeving, professioneel)</b>
2A	Welke handvaten hanteren om kortdurend te kunnen interveniëren en tegelijk een therapeutisch relatie te creëren die zorgcontinuïteit toelaat?
	Hoe kunnen we tijdens een crisis geruststellende effecten bereiken?
	Een crisis in leefomgeving ('in de gemeenschap'), hoe moeten we dat bekijken?
	<b>Vanuit perspectief hulpverlener: kwetsbaarheid, agressie, persoonlijke veiligheid</b>
2A	Hoe kunnen we erop toezien dat een debriefing plaatsvindt na een suïcidepoging en dat een evaluatiemoment volgt na een aantal weken?
2B	Wat kun je doen als één van de teamleden tijdens een huisbezoek met agressie wordt geconfronteerd?
	<b>Risico assessment</b>
2A	Hoe kunnen we een crisis, een suïcide risico inschatten?
	Op welke manier kunnen mobiele 2a-teams doeltreffend werken?
	Hoe kunnen we op een meer objectieve manier risico's inschatten?
	<b>Crisis assessment</b>
2A	Hoe kunnen we patiënten sneller (en efficiënter) inschatten?
	Hoe inschatten dat een situatie wel degelijk een crisissituatie betreft die best door een 2a-team wordt opgevolgd?
	<b>Crisis management</b>
2B	Kan het gebruik van geschikte instrumenten crisisbeheer mogelijk maken?
	<b>Crisis communicatie</b>
2A	Hoe een goeie communicatie bevorderen tussen alle belanghebbenden tijdens een crisissituatie?
	Hoe kunnen we sneller zicht krijgen op een situatie die zich als crisis situatie aandient?
2B	Hoe kunnen we er voor zorgen dat ieder teamlid up-to-date informatie heeft, en met welke communicatiemiddelen ?
	Hoe kunnen we de gebruiker voorbereiden op een eventueel herval ?
	<b>Coördinatie 2a en 2b</b>
2B	Is er een nauwere samenwerking mogelijk tussen het 2a-team en het 2b-team team?

Tabel 9 Probleemoplossende vragen, thema 'rol van de psychiater'

	<b>Klinische/medische verantwoordelijkheid</b>
<b>2A+2B</b>	Hoe op een snelle manier een zorgplan opmaken?
<b>2A</b>	Hoe kunnen we ervoor zorgen dat iedere cliënt die aangemeld wordt bij het mobiel crisisteam gezien wordt door een psychiater?
	<b>Klinisch leiderschap</b>
<b>2A</b>	Lukt het ook zonder psychiater?
	<b>Samenwerking met huisartsen</b>
<b>2B</b>	Hoe kunnen we op een betere manier het overzicht bewaren inzake medicatie?
	Is er een manier die garandeert dat huisarts en psychiater beiden op de hoogte zijn van voorgeschreven medicatie?
	<b>Samenwerking met een 'behandelende' psychiater/arts (de externe behandelaar)</b>
<b>2B</b>	Is het een goed idee dat de ziekenhuispsychiater tijdelijk de opvolging opneemt van een patiënt die toegewezen wordt aan een mobiel team?
	<b>Aantal uren/VTE psychiater (deeltijds, voltijds verbonden aan het mobiele team)</b>
<b>2A</b>	Is het nodig dat elke patiënt, opgevolgd door het 2a-team, door een psychiater gezien wordt? Is dit realistisch, haalbaar, wenselijk?
	Hoe kunnen we het contact tussen patiënt en psychiater sneller aanbieden?
	Moet er een wekelijks bezoek zijn van de psychiater aan huis?
	Hoe kunnen we snel (lieft binnen 72uur) op de crisissituatie inspelen, al dan niet snel doorverwijzen en efficiënt met artsenuren omgaan?
	Wat kan de onmiddellijke impact zijn van een dagelijkse aanwezigheid van een psychiater op een aantal essentiële aspecten van de werking van een mobiel crisisteam (zoals een snelle respons bij aanmelding en een duidelijk behandelplan beschikbaar bij inclusie)?
	Hoe kunnen we diverse overlegmomenten productiever en efficiënter maken?
	Hoe wordt de psychiater functie ingevuld in het acute team?
<b>2B</b>	Hoe de werking van het team afstemmen op beperkte beschikbaarheid en mobiliteit van teampsychiater?
	Hoe kunnen we de betrokkenheid van de psychiater, die momenteel beperkt is in tijd en eerder superviserend, verhogen en veranderen?
	Is er een mogelijkheid dat de eindregie op termijn in handen komt van de psychiater verbonden aan het 2B team?
	Kan een psychiater binnen een 2b team ook behandelaar worden?
	<b>Huisbezoeken door de psychiater (als een teamlid)</b>
<b>2A+2B</b>	Hoe de toegankelijkheid verhogen van consultaties bij de psychiater?
<b>2A</b>	Hoe komen tot een eenzelfde visie omtrent het toestandsbeeld van de patiënt tussen de psychiater en het team?

Tabel 10 Probleemoplossende vragen, thema 'benutten van ervaringsdeskundigheid'

	<b>De ervaringsdeskundige als teamlid van een mobiel team</b>
2B	Welke rol(len) kunnen ervaringswerkers/ervaringsdeskundigen vervullen binnen de vernieuwde aanpak van de psychiatrische thuiszorg ?
	<b>Hoe concreet een eerste stap zetten, hoe introduceren</b>
2B	Hoe kunnen we op een efficiënte manier een ervaringsdeskundige integreren in ons team?
	<b>Opleiding, training, specifieke rol binnen een mobiel team</b>
2B	Hoe kunnen we het groeiproces rond ervaringsdeskundigheid ondersteunen binnen ons team?
	Hoe kan vermeden worden dat een ervaringsdeskundige hulpverlener wordt?
	<b>Familie, naastbestaanden: integratie van hun ervaringsdeskundigheid in mobiele teams</b>
2A	Hoe kunnen we de omgeving van de patiënt mobiliseren om bij te dragen tot behandeling?

Tabel 11 Probleemoplossende vragen, thema 'specifieke problemen in combinatie met ggz-problemen'

	<b>GGZ-problemen in combinatie met een verslavingsproblematiek</b>
2B	Op welke wijze kunnen we tijd maken voor nuttige supervisiemomenten rond individuele cases?
	<b>Persoonlijkheidsstoornissen</b>
2B	In welke mate kan er een zekere specificiteit (specialisatie) verwacht worden van een mobiel team, en hoe deze ontwikkelen?
	<b>Integratie van specifieke deskundigheden in mobiele teams</b>
2B	Zijn er grenzen aan het integreren van behandelen in de thuissituatie en behandelen in een residentiële setting, bijv. daar waar het gaat over specifieke expertise?
	<b>Exclusiecriteria op basis van problematiek / pathologie</b>
2A+2B	Hoe kunnen we als mobiel team omgaan met de diversiteit van psychiatrische stoornissen die we ontmoeten op het terrein?

Tabel 12 Probleemoplossende vragen, thema 'het acute zorgtraject'

	<b>Welke activiteiten, interventies (wat?), modaliteiten (hoe?), een zorgprogramma acute zorg</b>
2A	Welke interventies kunnen we voorstellen aan een patiënt in crisis?
	Hoe kunnen we omgaan en te werk gaan met de afwezigheid van crisisbedden waar we voor onze gebruikers (caseload mobiel team type 2a) beroep kunnen op doen?
	Is het noodzakelijk dat elk project 107 over eigen crisisbedden kan beschikken waarop het mobiele 2a-team een beroep kan doen?
	Hoe kunnen bereiken dat bepaalde inclusiecriteria (geen minderjarigen) en therapeutische visies het contextueel werken minder belemmert?
	<b>Welke actoren zijn betrokken, welke diensten/voorzieningen, professionelen? Het "wie"</b>
2A	Hoe kunnen we de samenwerking met politiediensten en diensten voor dringende medische hulpverlening verbeteren?
	Kan de huisarts een centrale rol blijven spelen wanneer een mobiel crisisteam, kortdurend en zeer intensief met de context werkt met oog op het vermijden van een opname?
	<b>Vanuit welke andere functies psy107 (dan functie 2a) is er een inbreng in dit acute zorgtraject?</b>
2B	Wat kan onze inbreng en ondersteuning in het acute zorgtraject verbeteren ?
	Op welke manier kunnen we onze zorgtermijn afstemmen op het huidige ambulante zorgaanbod?

	Op welke manier kunnen we de aangeboden zorg beter doorgeven aan vervolghandelaars?
	Hoe kunnen cliënten snel en efficiënt kortstondig uit de thuissituatie gehaald worden zonder een heel aanbod van hulpverlening maar mits inzet van de mobiele teams? Hoe kan een doorverwijzing minder omslachtig gebeuren?
	<b>Uitwisselen van informatie in het acute zorgtraject</b>
2A	Welke informatie wordt binnen het netwerk uitgewisseld ?
	Hoe kunnen we de manier van aanmelden vlotter voor de patiënt laten verlopen?
	Hoe kunnen we efficiënt communiceren met huisartsen?
	Het delen van informatie binnen het netwerk en beroepsgeheim: is een gezamenlijk instrument voor het gehele netwerk behulpzaam voor de gebruiker?
	<b>Coördinatie van een acuut zorgtraject</b>
2A	Hoe kunnen we een opname die zich opdringt tot een minimum beperken?
	Hoe kunnen verwijzingen naar een crisisteam efficiënter getrieerd worden en cliënten sneller bij de juiste hulpverlening terecht komen?
2B	Hoe kunnen we de permanentie verhogen buiten de huidige kantooruren?
	Hoe kunnen we onze interventies voor zorgresistente personen bevorderen?

*Tabel 13 Probleemoplossende vragen, thema 'het in de tijd doorlopend zorgtraject'*

	<b>Welke activiteiten, interventies (wat?), modaliteiten (hoe?), een zorgprogramma langdurende zorg</b>
2B	Op welke manier kan een herstelgericht project worden gegarandeerd?
	Hoe kunnen we een opvang/time-out garanderen voor onze cliënten buiten een ziekenhuisstructuur?
	Is het een goede strategische keuze voor de mobiele teams om in de opstartfase drempelverlagend te werken door bijvoorbeeld fysiek aanwezig te zijn op locaties die als toegangspoort fungeren?
	Hoe gaan we als mobiel 2B-team om met het "definitief" afronden van begeleidingen?
	<b>Welke actoren zijn betrokken, welke diensten/voorzieningen, professionelen? Het "wie"</b>
2A	Welke diversiteit in type van opvanglocaties zijn mogelijk voor mensen met een GGZ-probleem, die zich in een crisissituatie waarbij geen hospitalisatie noodzakelijk is ?
2B	Kun je een cliënt stapsgewijs loslaten als mobiel team? En hoe?
	Is het aanbevolen om patiënten die lang in een ziekenhuis verbleven, eerst te heroriënteren naar een alternatieve residentiële woon-zorg combinatie, alvorens aan huis te gaan werken?
	Hoe kunnen we, na het afronden van een begeleiding door het mobiele team, nieuwe en meer reguliere aanknopingspunten vinden voor sociaal geïsoleerde cliënten?
	Hoe kunnen we de integratie van cliënten in de samenleving faciliteren?
	Is er een manier om de doorstroom van onze cliënten te verbeteren?
	Hoe kunnen we de cliënten, vaak met een schizofrene problematiek, toch activeren en tot ontmoeting aanzetten?
	<b>Uitwisselen van informatie in het in de tijd doorlopend zorgtraject</b>
2B	Hoe voor elke professionele hulpverlener het uitwisselen van informatie over de gebruiker vereenvoudigen, sneller en toegankelijker maken?
	Hoe kunnen we de doorstroom van informatie en de samenwerking tussen partners verbeteren?
	Kunnen we het cliëntenoverleg via de telefoon organiseren?
	Hoe kunnen we de opvolging van mogelijke nevenwerkingen bij inname van antipsychotica monitoren?
	Hoe kunnen we minder afhankelijk worden van de individuele communicatie met de cliënt?
	Hoe kunnen we de communicatie met partners binnen het netwerk verbeteren?

2A+2B 2B	Hoe de samenwerking tussen de verschillende netwerkpartners verbeteren, in kader van vermaatschappelijking van de zorg?
	<b>Coördinatie van een in de tijd doorlopend zorgtraject</b>
	Wat kunnen we doen om de medicatietrouw bij de gebruiker beter in de hand te houden?
	Is het wenselijk om een medewerker van een mobiel team een traject te laten afleggen met iemand die verblijft in Beschut Wonen? Of neemt beschut wonen dit zelf op?
	Hoe kunnen we op een effectieve manier werken met de behandelende artsen?
	Hoe kunnen wij vanuit onze organisatie de partners in het zorglandschap beter betrekken, zodat we vlugger kunnen schakelen tussen verschillende zorgvoorzieningen?
	Hoe kunnen we het overleg rondom de psychiatrische patiënt benutten en hier meer gebruik van maken?
	Is het mogelijk om depotopvolging en labo controles ook te includeren via het fact-bord van de mobiele teams? Kunnen er meer crisisbedden ter beschikking gesteld worden voor crisissen bij cliënten van 2a- en 2b-teams?

*Tabel 14 Probleemoplossende vragen, thema 'culturele diversiteit'*

2A+2B	<b>Talen (gesproken door teamleden, culturele diversiteit in de teamsamenstelling)</b>
	Moeten we bij de samenstelling van het team geen rekening houden met de culturele diversiteit die we op het terrein ontmoeten ?

## 4 EEN MOGELIJKE VOLGENDE STAP

### *Mutueel leren continueren*

Met het verzamelen van de feedback en deze ter beschikking te stellen beoogden we een mutueel leerproces tussen Belgische mobiele teams te stimuleren en te documenteren. Het oorspronkelijk plan had de bedoeling om dit vormingstraject af te ronden met thematische intervisiesessies: groep meetings met vertegenwoordigers van Belgische teams waarbij de lijst van probleemoplossende vragen gereduceerd worden tot FAQ's, Frequently Asked Questions, inzake de dagelijkse werking en praktijk van mobiele teams, en waarbij reflecties naar aanleiding van deze FAQ's de Belgische teams naar een consensus kan brengen over enkele kerncriteria waarvan verwacht kan worden dat mobiele teams van het type 2a en 2b eraan beantwoorden. En waarom deze kerningrediënten aanwezig moeten zijn. Tenslotte was het de bedoeling om de resultaten van deze reflecties te presenteren aan buitenlandse experts die actief betrokken waren in het vormingsprogramma voor mobiele teams.

Een alternatieve manier om dit vormingstraject af te ronden is het verzamelde materiaal te analyseren met vertegenwoordigers van de teams, FAQ's te selecteren die gerelateerd zijn aan herkenbare probleemsituaties, en te peilen of één of meer teams een stapje verder staan op vlak van de beschreven to do's. Als vervolg op buitenlandse stages zouden Belgische teams geholpen kunnen worden om te zoeken naar Belgische 'beacon sites' die mogelijks een oplossing kunnen aanreiken voor de moeilijkheden die de meeste teams ervaren met het opnemen van bepaalde kritische ingrediënten in hun dagelijkse werking.

Een mutueel leerproces zou kunnen worden verder gezet als een lange termijn gestructureerde uitwisseling van praktijkervaringen tussen mobiele teams. Dit proces kan gefaciliteerd worden, door de brug te slaan tussen het afgeronde vormingsprogramma gebaseerd op buitenlandse expertise. De FOD-Volksgezondheid zou op korte termijn dit proces op de rails kunnen zetten, er kan gezocht worden naar de best mogelijke en de meest gebruiksvriendelijke web gebaseerde tool, terwijl een solide constructie op vlak van organisatie en coördinatie, formele engagementen van gemotiveerde professionals en werkgevers ook voor deze vervolgfase een duurzaam ondersteunend kader voor het mutueel leren kan verzekeren. Zijn deze voorwaarden vervuld, dan kan de bijdrage van de FOD-Volksgezondheid in het faciliteren van deze vervolgstap in tijd beperkt blijven en zouden de mobiele teams dit voortgezet mutueel leren zelf in handen kunnen nemen.

Indien nuttig en nodig geacht, kan het oversteken van landsgrenzen en het versterken van de verbindingen tussen expertise in België en in andere landen ook hier gehandhaafd blijven.

## 5 GEDETAILLEERD OVERZICHT VAN ACTIVITEITEN PER PROJECT

LEUVEN-TERVUREN					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012	17 april	Remmers Van Veldhuizen	1	GGZ Noord Holland Noord	6
	6 sept.	Kevin Heffernan	2	GGZ Noord Holland Noord	6
2013			3	EPSM Lille Métropole	2
			4	Stoke-on-Trent	2
2014	7-9 juli	Kevin Heffernan, Harry Gras			
	9 dec.	Jo Volle, Victor Gronstad, Mervyn Morris			
	N dagen lokale support = 12				N dagen stage = 64
					N Deelnemers = 16
					Gem. kost per deelnemer = 415,54 Euro

GGZ DE KEMPEN					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012	17 april	Kevin Heffernan	1	Birmingham (BSMHFT)	2
	6 sept.	Harry Gras			
2013					
2014	13-15 okt	Kevin Heffernan, Harry Gras	2	Aalesund	2
	7-9 juli	Kevin Heffernan, Harry Gras	3	GGZ Breburg	2
2015			4	GGZ Noord Holland Noord	1
	N dagen lokale support = 8				N dagen stage = 30
					N Deelnemers = 7
					Gem. kost per deelnemer = 799,02 Euro

HET PAKT (GENT-EEKLO)					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012	19 nov.	Harry Gras	1	Birmingham (BSMHFT)	2
2013			2	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
			3	EPSM Lille Métropole	3
			4	EPSM Lille Métropole	2
2014	17-20 nov	Mervyn Morris, Kevin			
	11-12 dec	Heffernan			
2015			5	GGZ Noord Holland Noord	7
	N dagen lokale support = 8				N dagen stage = 53
					N Deelnemers = 16
					Gem. kost per deelnemer = 473,12 Euro

GGZ NOORD WEST-VLAANDEREN					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012	17 april	Atie Dekker, Mervyn Morris	1	GGZ Noord Holland Noord	2
	20 nov.	Rokus Loopik, Harry Gras			
2013			2	Birmingham (BSMHFT)	3
2014			3	GGZ Mondriaan	3
	N dagen lokale support = 2			N dagen stage = 38	
				N Deelnemers = 8	
				Gem. kost per deelnemer = 582,59 Euro	

REGION HAINAUT					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012	18 april	Laurent Defromont	1	CHUV Lausanne	4
			2	Birmingham (BSMHFT)	2
2013	30 jan.	Jean-Luc Roelandt	3	EPSM Lille Métropole	4
	23 mei	Jean-Luc Roelandt			
2014	26-29 aug	Laure Zeltner, Mervyn Morris	4	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
2015			5	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
	N dagen lokale support = 8,5			N dagen stage = 50	
				N Deelnemers = 14	
				Gem. kost per deelnemer = 528,78 Euro	

RESEAU SANTE NAMUR					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012	6 sept.	Pascale Ferrari	1	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
			2	CHUV Lausanne/HUG Genève	2
2013					
2014			3	ABM ULHB Wales	4
	N dagen lokale support = 1			N dagen stage = 40	
				N Deelnemers = 8	
				Gem. kost per deelnemer = 726,54 Euro	



	BRUXELLES EST					
	LOKALE SUPPORT		STAGES			
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.	
2012	17 april	Philippe Huguelet	1	EPSM Lille Métropole	3	
			2	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2	
2013			3	EPSM Lille Métropole	2	
	N dagen lokale support = 1		N dagen stage = 24			
			N Deelnemers = 7			
			Gem. kost per deelnemer = 427,58 Euro			

	FUSION LIEGE					
	LOKALE SUPPORT		STAGES			
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.	
2012	20 nov.	Frédéric Mauriac	1	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2	
2013	24 april	Mervyn Morris	2	CHUV Lausanne	4	
	9-12 dec	Frédéric Mauriac, Matthias Lippuner, Mervyn Morris	3	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2	
			4	GGZ Altrecht (Utrecht)	2	
	N dagen lokale support = 8		N dagen stage = 42			
			N Deelnemers = 10			
			Gem. kost per deelnemer = 681,73 Euro			

HAINAUT OCCIDENTAL					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012	18 april	Jean-Luc Roelandt	1	EPSM Lille Métropole	3
2013			2	CHUV Lausanne	4
			3	Birmingham (BSMHFT)	2
			4	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
2014	23-26 sept	Frédéric Mauriac, Maud Lapeire	5	EPSM Lille (SIIC)	2
	N dagen lokale support = 7		N dagen stage = 50		
			N Deelnemers = 13		
			Gem. kost per deelnemer = 413,93 Euro		

	IEPER-DIKSMUIDE				
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
	2012		1	EPSM Lille Métropole	2
	2013				
	2014		2	GGZ Mondriaan	2
			3	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
	N dagen lokale support = 0		N dagen stage = 25		
			N Deelnemers = 6		
			Gem. kost per deelnemer = 534,13 Euro		

	ZUID WEST-VLAANDEREN				
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
	2012		1	EPSM Lille Métropole	2
	2013		2	GGZ Noord Holland Noord	3
	2014		3	Birmingham (BSMHFT)	2
			4	Aalesund	2
			5	GGZ Noord Holland Noord	4
	N dagen lokale support = 0		N dagen stage = 49		
			N Deelnemers = 13		
			Gem. kost per deelnemer = 530,85 Euro		

	PRIT (ZUID WEST-VLAANDEREN)				
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012					
2013	30 mei	Mervyn Morris	1	EPSM Lille Métropole	2
2014	3-6 feb	Mervyn Morris	2	Birmingham (BSMHFT)	2
	18-20 mei	Kevin Heffernan	3	GGZ Noord Holland Noord	4
2015			4	Aalesund	3
	N dagen lokale support = 7		N dagen stage = 43,5		
			N Deelnemers = 11		
			Gem. kost per deelnemer = 442,14 Euro		

RELING					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012	17 april	Philippe Delespaul			
	17 okt	Mervyn Morris, Atie Dekker			
2013			1	GGZ Noord Holland Noord	4
			2	Birmingham (BSMHFT)	2
2014	26-29 aug	Laure Zeltner, Mervyn Morris	3	Birmingham (BSMHFT)	2
			4	GGZ Breburg	2
	N dagen lokale support = 2				N dagen stage = 43
					N Deelnemers = 10
					Gem. kost per deelnemer = 518,52 Euro

NOOLIM					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012					
2013			1	GGZ Noord Holland Noord	4
2014			2	GGZ Noord Holland Noord	4
			3	Birmingham (BSMHFT)	4
			4	GGZ Mondriaan/GGZ Orbis	4
	N dagen lokale support = 0				N dagen stage = 70
					N Deelnemers = 16
					Gem. kost per deelnemer = 500,39 Euro

HERMES PLUS					
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012					
2013	31 mei	Mervyn Morris	1	EPSM Lille Métropole	2
			2	EPSM Lille Métropole	3
			3	GGZ Noord Holland Noord	2
2014	7 feb	Mervyn Morris	4	Birmingham (BSMHFT)	2
	7-10 juli	Mervyn Morris, Roberto Mezzina	5	Trieste	2
	N dagen lokale support = 8				N dagen stage = 42
					N Deelnemers = 11
					Gem. kost per deelnemer = 494,49 Euro

	REGION DU CENTRE				
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012					
2013			1	EPSM Lille Métropole	2
			2	E.R.I.C. (CH Charcot Plaisir)	2
			3	EPSM Lille Métropole	2
2014	7 feb	Mervyn Morris	4	EPSM Lille Métropole (SIIC)	2
	7-10 juli	Mervyn Morris, Roberto Mezzina	5	CHUV Lausanne	2
2015	10-13 mrt	Frédéric Mauriac, Cristina Garcia	6	Birmingham (BSMHFT)	4
	N dagen lokale support = 6				N dagen stage = 53
					N Deelnemers = 14
					Gem. kost per deelnemer = 460,32 Euro

	HALLE-VILVOORDE-BRUSSEL				
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012					
2013			1	EPSM Lille Métropole	3
			2	GGZ Noord Holland Noord	3
2014			3	Birmingham (BSMHFT)	3
2015			4	GGZ Noord Holland Noord	4
	N dagen lokale support = 0				N dagen stage = 43,5
					N Deelnemers = 13
					Gem. kost per deelnemer = 518,44 Euro

	SaRA				
	LOKALE SUPPORT		STAGES		
	Datum	Expert	Nr.	Plaats	N Deeln.
2012					
2013					
2014			1	Birmingham (BSMHFT)	4
			2	GGZ Altrecht (Utrecht)	3
			3	GGZ Altrecht (Utrecht)	2
			4	Birmingham (BSMHFT)	3
	N dagen lokale support = 0				N dagen stage = 52
					N Deelnemers = 12
					Gem. kost per deelnemer = 667,30 Euro

RÉSME – RESEAU DE SANTE MENTALE DE L'EST				
	LOKALE SUPPORT		STAGES	
	Datum	Expert	Nr.	N Deeln.
2012				
2013				
2014			1	CHUV Lausanne 4
			2	CHUV Lausanne 4
			3	EPSM Lille Métropole 6
			4	EPSM Lille Métropole 6
		N dagen lokale support = 0		N dagen stage = 67,5
				N Deelnemers = 19
				Gem. kost per deelnemer = 499,38 Euro

## Tabellen

Tabel 1 Chronologisch overzicht van buitenlandse stages	p. 27
Tabel 2 Samenvattende informatie per land en leerplaats	p. 30
Tabel 3 Chronologisch overzicht van de georganiseerde lokale support	p. 31
Tabel 4 Enkele financiële resultaten	p. 35
Tabel 5 Thema's/topics – N en % van de gerapporteerde leerervaringen	p. 38
Tabel 6 Probleemoplossende vragen, thema 'opstart en verdere ontwikkeling/ontplooiing van mobiele teams'	p. 43
Tabel 7 Probleemoplossende vragen, thema 'Hospitalisatie'	p. 48
Tabel 8 Probleemoplossende vragen, thema 'crisis en risico'	p. 49
Tabel 9 Probleemoplossende vragen, thema 'rol van de psychiater'	p. 50
Tabel 10 Probleemoplossende vragen, thema 'benutten van ervaringsdeskundigheid'	p. 51
Tabel 11 Probleemoplossende vragen, thema 'specifieke problemen in combinatie met ggz-problematiek'	p. 51
Tabel 12 Probleemoplossende vragen, thema 'het acute zorgtraject'	p. 51
Tabel 13 Probleemoplossende vragen, thema 'het in de tijd doorlopend zorgtraject'	p. 52
Tabel 14 Probleemoplossende vragen, thema 'culturele diversiteit'	p. 53

Voor het basismateriaal (gedeelde leerervaringen): [www.mobileteamsconnecting.eu](http://www.mobileteamsconnecting.eu)