

## Van ontslagmanagement naar continuïteitsmanagement

- Ontslagmanagement (OM) werd als methodiek binnen de psychiatrische ziekenhuizen ontwikkeld en was gericht op “hervalpreventie”, “vermijden van uitval uit nazorg” en/of “verhoogde aandacht voor personen met een bemoeilijkt ontslag” na een opname.
- In het opbouwen van zorgcircuits en netwerken nemen we de gerichte aandacht en strategie t.a.v. uitval- en herhalpreventie mee als één van de leidende principes.
- Gezien de veranderde context (OM is te zeer gekoppeld aan ‘ontslag’ uit een opnamevoorziening) spreken we bij zorgcircuits van **continuïteitsmanagement**. (CoM)

## Continuïteitsmanagement Algemeen

- Het doel van CoM is het uitbouwen of versterken van een alert en ondersteunend netwerk rondom patiënten met een verhoogd risico op uitval uit de zorg en/of herhal. Patiënten met een verhoogd risico worden in kaart gebracht a.d.h.v. een systematische screening.
- CoM wordt niet als afzonderlijk gegeven in het takenpakket van de hulpverlening gezien, het maakt integraal deel uit van het gehele zorgaanbod.
- Alle betrokken actoren van het zorgnetwerk worden betrokken. Op micro-, meso- en macroniveau (zowel op bestuurs als op casusniveau) evenals intra-, trans- en extramuraal (over alle zorglijnen heen).
- Door, tijdens een behandelfase, het ganse netwerk rond de patiënt systematisch te betrekken wordt **de onderlinge samenwerking bevorderd, de continuïteit van zorg versterkt en de verschillende perspectieven op de patiëntsituatie complementair aangewend.**  
 Globaal stellen we dat integrale zorg de continuïteit van zorg garandeert, en dat hiervoor twee bewegingen nodig zijn.
  - Enerzijds extramurale zorgactoren betrekken bij de intramurale zorg.
  - Anderzijds intramurale zorgactoren betrekken bij de extramurale zorg.
- CoM is complementair aan de herstel-ondersteunende visie, in die zin dat de eerste herhalpreventie tot doel heeft en de tweede een optimaal herstel beoogt.
- Initiatieven op microniveau (patiëntniveau) kunnen zich doorzetten naar het meso- en macroniveau (bestuurlijk) en zo een geheel vormen in de continuïteit van zorg voor hoog risicopatiënten.
- Er zijn drie gemeenschappelijke risicokenmerken bij hoog risicopatiënten vastgesteld:
  - (1) afwezigheid van zorg in de thuissituatie
  - (2) huisvestingsproblematiek
  - (3) inadequate dagbesteding

## Continuïteitsmanagement op microniveau (patiëntniveau)

- **5 FASEN VAN CoM (methodologie)**
  - **Screening**
    - Wie zijn de hoog risico patiënten?
      - Gebruik gevalideerd screeningsinstrument (zie bijlage 1)
      - Wanneer screenen? Systematisch bij aanvang van een behandelmodule?
  - **Gegevensverzameling**
    - A.d.h.v. systematische en gestructureerde assessment aangevuld met observaties
    - Gebruik maken van één multidisciplinair, geïntegreerd aanmeld- & intake dossier (als opstap naar een eenvormig elektronisch patiëntendossier?) op netwerkniveau
    - Idealiter gebeurt de gegevensverzameling op een zeer korte periode. (bruikbaarheid CGG, PAAZ, Mobiel crisisteam...)
    - Gebruik makend van een handelingsplan (vb. E-zorgplan) wanneer voor handde
  - **Planning**
    - CoM opnemen in elk zorgaanbod op basis van klinisch oordeel & screening
    - Werkpunten en doelstellingen worden in coproductie met de patiënt en zijn netwerk bepaald
  - **Uitvoering**
    - Door- en uitstroomstappen in het behandeltraject plannen en voorbereiden in coproductie met de patiënt, de betrokken familie en de betrokken diensten.
      1. Nodige contacten leggen.
      2. Doelstellingen- en contextgesprekken organiseren.
      3. Concretiseren van de in coproductie gestelde doelstellingen.
      4. Zorgoverleg plannen en een handelingsplan opmaken of aanpassen.
        - Deelnemers aan het zorgoverleg:
          - Patiënt en mantelzorger(s).
          - Minstens 1 betrokken hulpverlener (HV) uit de Geestelijke Gezondheidszorg
          - Minstens 1 betrokken HV uit de eerste lijn
          - De huisarts wordt als spilfiguur steeds uitgenodigd
        - Onder leiding van een tandem van 2 functies: de referentiepersoon en de organisator. (zie bijlage 2)
  - **Evaluatie / monitoring**
    - Voor alle patiënten voor wie CoM aangewezen is, wordt zorgoverleg op basis van een handelingsplan georganiseerd.
    - Regelmatige evaluaties van het handelingsplan a.d.h.v. briefings, interdisciplinaire besprekingen, zorgoverleg, miniteams enzovoort.
    - Voor patiënten met complexe problematieken wordt blijvend zorgoverleg aangewend waaraan alle betrokkenen blijven deelnemen. Het doel hierbij is om de zorgbehoeften en noden van de patiënt in de thuissituatie in kaart te brengen en in functie hiervan afspraken te maken om de zorg- en hulpverlening zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen, om tot continuïteit van zorg te komen.
    - Zorgorganisatoren van een behandelmodule kennen een aanspreekpunt voor uitgestroomde hoog-risico patiënten, maar deze functie kan ook worden doorgegeven aan andere functies binnen het netwerk.

- **CoM versterkende middelen en verbindingen**
  - Gebruik van een elektronisch handelingsplan (E-zorgplan) als middel tot CoM
  - Brugfuncties en liaisonfuncties tussen zorgdiensten
  - CoM als structureel onderdeel van interne teamdocumenten / behandelplannen
    - Vb. Bij instroom in een behandelmodule zijn de indicatoren voor ontslag gekend bij aanvang van de behandelperiode
  - CoM als structureel onderwerp van teamoverleg.
    - Vb. Het (zorg)netwerk van de patiënt wordt uitgenodigd op teamoverleg
  - Gebruik van het doelstellingengesprek bij in-, door- en uitstroomstappen in plaats van bijvoorbeeld een nieuwe assessment/intake te plannen. Ook een contextgesprek kan aangewezen zijn in die settings waar de context strek bepalend is voor de zorg.

## Continuïteitsmanagement op mesoniveau (organisatieniveau)

- **Opdrachten**
  - Het toepassen van een CoM ondersteunend beleid en richtlijnen naargelang de lokale omstandigheden.
  - Het verlenen van gezondheidszorg en het uitvoeren van ruimere gezondheidsbevorderende activiteiten aangepast aan de lokale behoeften en omstandigheden.
  - Het faciliteren van de coördinatie (afstemming) tussen actoren, management en activiteiten van zorgdiensten.
  - Supervisie en opleiding in CoM van dienst- en zorgverstrekkers.
- **Mogelijke instrumenten**
  - Realiseren van één multidisciplinair geïnfomatiseerd dossier
  - Op netwerkniveau een cultuur van continuïteitsmanagement ontwikkelen a.d.h.v.
    - visieteksten
    - beleidsmaatregelen
      - Vb. implementeren van CoM model in de eigen werking.
      - Vb. E-zorgplan erkennen als handelingsplan
    - vorming, overleg, intervisie en supervisie voor zorgverstrekkers
  - Versterken van zorgoverleg (LCO / PSY MDO, Tafel van Indicatiestelling en andere regionale overlegstructuren)
    - om aan gezamenlijke zorgplanning te doen
    - Vb. het E-zorgplan gebruiken om handelingsplannen op te maken
  - Rekening houden met de best practices en knelpunten zoals omschreven werden door de lokale begeleidingscommissies OM
  - Komen tot eenvormigheid van taalkader & assessmentmodellen tussen zorgactoren

## Continuïteitsmanagement op macroniveau (overheden)

- **Ondersteunende maatregelen ontwikkelen**
  - Investeren in CoM - methodieken
  - Organiseren van wetenschappelijk onderzoek en bottom-up beleidsacties
  - Stimuleren van Evidence based werken a.d.h.v. zorgbeleid en richtlijnen
  - Versterken van bestaande zorgoverlegmodellen en netwerken faciliteren zodat ze waar nodig zorgoverleg op maat kunnen organiseren (Vb. Tafel van Indicatiestelling)
  - Bottom-up in kaart brengen en remediëren van barrières bij het toepassen van CoM
  - Ruimte creëren voor hulpverleners zodat ze een goed evenwicht kunnen vinden tussen face-to-face patiëntcontacten / patiënt-gerichte overlegactiviteiten (vb. casusoverleg) / niet patiënt-gerichte overlegactiviteiten (vb. subregionaal afstemmingsoverleg)

### Bijlage 1

Bepaal op basis van de **primaire psychiatrische aandoening** tot welke doelgroep de patiënt behoort.

Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen	Verslavingsproblematiek	Stemmingsstoornissen	Persoonlijkheidsstoornissen
Er is non-compliance met de voorgestelde farmacologische en/of niet-farmacologische therapie. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is non-compliance met de voorgestelde farmacologische en/of niet-farmacologische therapie. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is non-compliance met de voorgestelde farmacologische en/of niet-farmacologische therapie. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is non-compliance met de voorgestelde farmacologische en/of niet-farmacologische therapie. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
De huidige hospitalisatie is een heropname ≤2j na vorig ontslag. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	De huidige hospitalisatie is een heropname ≤2j na vorig ontslag. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	De huidige hospitalisatie is een heropname ≤2j na vorig ontslag. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	De huidige hospitalisatie is een heropname ≤2j na vorig ontslag. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Patiënt heeft een exacerbatie van psychiatrische aandoeningen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is gebrek aan dagstructuur <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	De patiënt heeft een laag niveau van self-efficacy <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Het sociale netwerk rond de patiënt bestaat uit niet-familieleden is klein. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Patiënt heeft toenemend aantal psychotische episodes. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is gebrek aan zinvolle dagactiviteiten. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt vertoont resistentie ten aanzien van anti-depressiva. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt vertoont agressief gedrag. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Patiënt heeft financiële problemen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt heeft gebrek aan mentale activiteiten. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt had meerdere depressieve episodes in het verleden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt dysfunctioneert op psychosociaal gebied. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Patiënt gebruikt drugs bij opname in het ziekenhuis. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt vertoont onttrekkingsverschijnselen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt heeft financiële problemen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is vermoeden of bevestiging van lichamelijk misbruik binnen de familie/het gezin van de patiënt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
In de voorgeschiedenis is er niet-opvolging van ontslagplan vastgesteld. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is polygebruik of met andere woorden gebruik van meerdere afhankelijkheidsmiddelen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt dysfunctioneert op psychosociaal gebied. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	In de voorgeschiedenis is er niet-opvolging van ontslagplan vastgesteld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Patiënt is in het verleden vaak opgenomen in een psychiatrische instelling of ziekenhuis. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt woont zelfstandig in een hoog-risico omgeving. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is aanwezigheid van auto-destructief gedrag. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is aanwezigheid van auto-destructief gedrag. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
Er is een gebrek aan mantelzorgers met voldoende kennis over de aandoening van de patiënt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is vermoeden of bevestiging van lichamelijk misbruik binnen de familie/het gezin van de patiënt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
De huidige opname is een gevolg van een gebrek aan voorzieningen voor nazorg voor patiënten met psychotische stoornissen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Patiënt is in het verleden vaak opgenomen in een psychiatrische instelling of ziekenhuis. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
Er is een gebrek aan mantelzorgers met voldoende kennis over de aandoening van patiënt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Er is een gebrek aan mantelzorgers met voldoende kennis over de aandoening van patiënt. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen		
<b>SCORE: ...../10</b> <b>Cut-off: ≥5/10</b>	<b>SCORE: ...../11</b> <b>Cut-off: ≥5/11</b>	<b>SCORE: ...../8</b> <b>Cut-off: ≥4/8</b>	<b>SCORE: ...../8</b> <b>Cut-off: ≥4/8</b>

→ Met toestemming van Prof. dr. Phillip Moons

## BIJLAGE 2:

### (1) De referentiepersoon: inhoudelijke rol

- Formele rol in het zorgoverleg. Niet te verwarren met anderen benamingen gebruikt in verschillende wet- en visieteksten, zoals: zorgcoördinator, continuïteitsmanager, case manager, care manager, houvastpersoon, trajectcoach, enz.
- Wie kan de rol van “referentiepersoon zorgoverleg” vervullen?
  - Toewijzingsprincipes:
    - betrokken zorg- of hulpverlener uit gezondheidszorg (met een bachelorsdiploma) met directe therapeutische of hulpverleningsrelatie, eventueel wisselend doorheen het proces
    - wordt gekozen door de patiënt in samenspraak met alle betrokkenen
    - deze rol kan niet geclaimd worden door één discipline
    - Noot: NWT Reling suggereert om de mogelijkheid tot toewijzing te verbreden volgens een getrapte logica: familie → mantel → 1<sup>e</sup> lijn → specialist
- Taken en competenties:
  - Handelingsplan opstellen met steun van de overlegorganisator
  - Handelingsplan bezorgen en aan de patiënt
  - Samen met de patiënt het zorgtraject opvolgen
  - Aanspreekpunt voor het netwerk op casusniveau
  - Algemene coördinatie en procesbewaking bij uitwerken en bijsturen van het handelingsplan:
    - continue monitoren (van een radar-systeem naar sonar-systeem)
    - signaalfunctie voor nieuw zorgoverleg
    - optreden als partners zich niet aan afspraken houden
    - regelen van de continuïteit tijdens avond, weekend en verlof

### (2) De organisator: faciliterende rol

- Opdracht: op vraag van eender welke actor organiseren van zorgoverleg
- Wie kan deze rol vervullen?
  - OCMW
  - Regionale dienstencentra (mutualiteiten)
  - Zorgaanbieders
    - 1ste lijn (Solidariteit voor het Gezin, Partena)
    - GGZ (CAD)
  - Van de organisator wordt verwacht dat deze niet betrokken is in de zorg
- Taken en competenties:
  - Aanvragen tot overleg onderzoeken
  - Uitklaren van de zorgvraag
  - Kennis hebben van de sociale kaart
  - Inventariseren van de betrokken actoren
  - Plannen van overleg en maken van afspraken
  - Coördineren en leiden van het zorgoverleg
  - Formuleren van conclusies in concrete afspraken
  - Ondersteunen van de referentiepersoon bij het opstellen van het handelingsplan
  - Opvolgen en beschikbaar maken van het handelingsplan
  - Een 2e overleg plannen binnen de 12 maanden na het 1e overleg
  - Administratieve opvolging