

**Naar een 'nieuwe' geestelijke gezondheidszorg
voor het 'Arrondissement Antwerpen'
met PROJECT 107/33**

- in afstemming en verbinding -



12 mei 2011

Inhoudstafel:

1. Toelichting van de visie van het project	1
2. Doelgroep	2
3. Doelstellingen	
4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied	3
4.1 <i>Afbakening werkingsgebied</i>	
4.2 <i>Enkele gegevens van de residentiële zorggebruikers</i>	
5. Beschrijving van de nieuwe structuur	4
5.1 <i>Netwerksamenstelling</i>	
5.2 <i>Taakverdeling in het netwerk</i>	
5.2.1 Indeling van de 5 functies	
5.2.2 Naar een 'nieuwe' geestelijke gezondheidszorg in het 'Arrondissement Antwerpen'	5
5.2.3 De 5 functies afgestemd en verbonden	23
5.3 <i>Nieuwe rollen</i>	24
5.3.1 Patiëntniveau	
5.3.2 Netwerkniveau	25
5.3.3 Cliënten- en familie-organisaties	26
5.4 <i>Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring</i>	27
5.4.1 Patiëntniveau	
5.4.2 Netwerkniveau	
5.5 <i>Management- en bestuursmodel</i>	
6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk	29
6.1 <i>Fasering</i>	
6.2 <i>Risicomanagement</i>	
7. Financiering en middelenallocatie	30
8. Toetsing van de mate dat het projectvoorstel gedragen is	33
9. Literatuur	
Bijlage 1: Kaart werkingsgebied	
Bijlage 2: Tabel populatiegegevens 2009 en 2010	
Bijlage 3: Overzicht partners SEL Amberes	
Bijlage 4: Samenwerkingsverbintenissen in het kader van project 107/33	
Bijlage 5: Engagementsverbintenissen in het kader van project 107/33	
Bijlage 6: Inspanningsverbintenis in het kader van project 107/33	
Bijlage 7: Samenwerkingsverband Het Trajectiel	
Bijlage 8: Samenwerkingsverband SSEGA-project	
Bijlage 9: Deelnemerslijst groot partneroverleg 11/05/2011	

1. Toelichting van de visie van het project

Voorliggend projectvoorstel, dat beschrijft hoe in het arrondissement Antwerpen de vijf functies, beschreven in de 'gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg', uitgebouwd zullen worden, is opgebouwd rond de volgende principes:

1. **De cliënt stuurt mee het eigen zorgtraject:** Belangrijk hierin is dat de zorg zo wordt opgezet, dat de cliënten de eigen zorgnood (leren) erkennen om zo zelf de stap naar de hulpverlening te (leren) zetten. Op basis van die emancipatie wordt de patiënt mee de regisseur van de zorg. Het zorgaanbod is empowerend, stelt de cliënt centraal en is herstelgericht. De zorg is vraaggestuurd en geïndividualiseerd.
2. **De cliënt is deel van een systeem:** Cliënten zijn verbonden met anderen en daardoor opgenomen in sociale systemen. Het zorgaanbod brengt de context van cliënt in rekening en beschouwt relevante anderen (familie, mantelzorgers) als partners in de zorg.
3. **Partners in een zorgtraject:** Het zorgtraject wordt uitgetekend en gedragen door verschillende partners: de cliënt en zijn familie beschikken over ervaringskennis, de (gespecialiseerde) hulpverleners denken mee vanuit hun expertise in zorg en behandeling en de casemanager/begeleider tot slot draagt bij op basis van zijn kennis omtrent het bestaande zorgaanbod en de zorgvraag van cliënt.
4. **De zorg is toegankelijk, laagdrempelig en biedt zorg op het gepaste niveau:** Er wordt naar gestreefd, in samenspraak met cliënt en familie, te kiezen voor de minst ingrijpende en meest toegankelijke hulp dicht bij de cliënt (stepped care). Het 'do not harm' – principe stuurt hier mee de keuze.
5. **Ketenzorg :** op basis van samenwerking en afstemming wordt gestreefd naar continuïteit van zorg zodat cliënten geen breuken ervaren in het eigen zorgtraject en eventuele overgangen naadloos kunnen verlopen. Daarnaast zijn verschillende partners tegelijk zorgend voor een cliënt(systeem) en wordt dit ondersteund door een zorgnetwerk.
6. **Evidence based practice:** Waar het mogelijk is wordt gekozen voor goed onderbouwde modellen en wetenschappelijk gefundeerde interventies.
7. **Sociale inclusie:** Waar mogelijk worden cliënten zo snel als kan toegeleid naar een regulier aanbod: dit kan gaan over vrije tijdsbesteding, vorming en/of onderwijs, zorg (eerstelijnsdiensten), arbeid en/of ontmoeten.
8. **Interdisciplinaire en multiprofessionele samenwerking:** Verschillende professionele hulp- en zorgverleners werken samen, op basis van gelijkwaardigheid en vanuit de eigen denkkaders, competenties en expertises op basis van de zorgnood en zorgvraag van de cliënt en zijn familie. De samenwerking tussen de eerste lijn en de GGZ-hulpverleners is in deze context de toetssteen.
9. **Participatie van cliënten en hun familieleden:** Het betrekken van ervaringsdeskundigen in het beleid, in de projectgroepen en waar mogelijk in de zorg, biedt kansen om enerzijds meer herstelgericht te werken en anderzijds de expertise van ervaringsdeskundigen te gebruiken bij het uittekenen van de zorgpaden. Het ondersteunen van initiatieven om het statuut van ervaringsdeskundigen te professionaliseren en te valoriseren is in deze context betekenisvol.
10. **De vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg:** Een betere samenwerking met en een grotere inbedding en verankering in de werking van de eerstelijnsdiensten en de informele zorgverstrekkers, beoogt enerzijds het neerhalen van de schotten tussen de verschillende hulpverleners en anderzijds een beter bereikbare psychiatrische zorg.

Deze uitgangspunten worden onderschreven door alle partners in het netwerk. Het netwerk bouwt op deze basis aan een zorgaanbod waarin preventie, detectie, behandeling en herstel een duidelijke plaats krijgen. Het engagement van de partners om verder samen te werken aan de vermaatschappelijking van zorg is gestoeld op deze gemeenschappelijke visie.

2. Doelgroep

Het project richt zich tot alle jongvolwassenen en volwassenen (van 16 tot 65 jaar) die in de projectregio wonen en die een psychiatrische stoornis ontwikkelen of hebben. Het gaat in dit project kortom over alle inwoners (ook zij die niet officieel ingeschreven zijn in de registers) van het arrondissement Antwerpen (zonder de Rupelgemeenten) met een psychiatrische problematiek.

Dit betekent dat het project ook een aanbod uitwerkt voor:

- mensen die vandaag de weg naar de GGZ niet vinden, maar wel zorg nodig hebben,
- zorgwekkende zorgmijders,
- mensen die om één of andere reden uit het GGZ-net vallen,
- specifieke doelgroepen zoals psychiatrische patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek, verstandelijke beperking en/of forensische problematiek.

Het zorgaanbod dat in voorliggend projectdossier wordt uitgewerkt als vernieuwend is hoofdzakelijk gericht naar mensen met een ernstige en complexe psychiatrische problematiek omdat voor hen outreachende, aanklampende en/of ketenzorg het meest aangewezen is. Tot op heden was deze te weinig geïntegreerd bereikbaar voor hen.

3. Doelstellingen

Doelstelling van voornoemd projectvoorstel is een vraaggestuurd, toegankelijk en geïntegreerd zorgaanbod te creëren voor alle volwassenen met psychiatrische problemen binnen de projectregio.

Op drie niveau's worden doelstellingen voorop gesteld, samengevat als volgt:

- Op het niveau van de cliënt en het cliëntstelsel:
 - Er wordt toegankelijke laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg georganiseerd in de projectregio;
 - De zorg verloopt als een continu proces met zo weinig mogelijk breuklijn-ervaringen;
 - De zorgnoden en -vragen van de cliënt en het cliëntstelsel vormen de basis voor het georganiseerde zorgaanbod (niet langer dan nodig en lang genoeg indien nodig);
 - Zowel de cliënt als zijn omgeving worden betrokken bij de behandeling als partner in de zorg;
 - De zorg is herstelgericht waarbij de mogelijkheden van de cliënt worden erkend en ondersteund;
 - Er wordt werk gemaakt van een betere sociale inclusie op diverse levensterreinen;
 - Er is opvolging van de cliënt in zijn ganse zorgtraject.
- Op het niveau van de hulpverleners:
 - Er is vlotte toegang tot de zorgverleners en –voorzieningen binnen de 5 functies in het zorgnetwerk;
 - De positie van casemanager (zorgregisseur én begeleider) wordt erkend door alle zorgverleners en –voorzieningen werkzaam binnen de 5 functies;
 - Hulpverleners werken interdisciplinair en/of multiprofessioneel vanuit een gedeeld integraal zorgplan;
 - Hulpverleners binnen alle lijnen en sectoren zijn betrokken bij het zorgvernieuwingproces;
 - Het veranderingsproces (werkwijze, methodieken,...) wordt via vorming ondersteund;
 - Arbeidstevredenheid wordt gemonitord.
- Op het niveau van het netwerk :
 - De verschillende expertises en competenties van de betrokken partners krijgen een plaats in het zorgnetwerk;
 - Er is afstemming en samenwerking tussen de GGZ-partners onderling en tussen de GGZ- en niet-GGZ-partners, m.a.w. over lijnen en sectoren heen;
 - Er is een kanteling van 'doorgeef-zorg' naar ketenzorg in een zorgnetwerk. Het zorgaanbod wordt getoetst aan de zorgnoden en –vragen van de cliëntenpopulatie in de projectregio;

- Er bestaat interprofessionele uitwisseling van ervaring, deskundigheid en expertise;
- Er is een verhoogde toegankelijkheid van de gespecialiseerde GGZ;
- De tevredenheid over de werking van de GGZ wordt nagegaan bij partners uit andere sectoren (huisartsen, thuiszorgdiensten, CAW's, OCMW's, politie, huisvestingsmaatschappijen, voorzieningen verslavingszorg,...) en bij familieorganisatie Similes en cliëntenorganisatie Uilenspiegel.

De manier waarop deze doelstellingen worden geoperationaliseerd (en op welke manier ze worden geëvalueerd), wordt verduidelijkt in de manier waarop de verschillende functies uitgebouwd worden.

Deze doelstellingen zijn uitgangspunt bij de verdere uitwerking van de verschillende functies.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1 Afbakening werkingsgebied

We spreken van het Arrondissement Antwerpen, maar volgen hierbij de indeling van de Vlaamse overheid met zorgregio's. De totale **projectregio** beslaat aldus het Arrondissement Antwerpen zonder de gemeenten Boom, Rumst, Niel, Schelle, Aartselaar en Hemiksem (deze behoren volgens de Vlaamse indeling tot regio Mechelen).

Zie ook de kaart van de provincie Antwerpen in bijlage 1.

De projectregio wordt ingedeeld in 4 zorgregio's:

- Zorgregio 1: grootstad Antwerpen zonder de districten Wilrijk, Berchem, Ekeren en Berendrecht/Zandvliet/Lillo (+/- 365.000 inwoners)
- Zorgregio 2: Mortsel/Boechout (Kontich, Lint, Hove, Edegem, Mortsel en Boechout) (+/- 96.000 inwoners) + districten Wilrijk (39.000) en Berchem (41.000) (totaal +/- 176.000 inwoners)
- Zorgregio 3: Schilde/Zoersel (Brecht, Malle, Zoersel, Schilde, Schoten, Wijnegem, Wommelgem, Borsbeek, Ranst en Zandhoven) (+/- 184.000 inwoners)
- Zorgregio 4: Brasschaat (Essen, Kalmthout, Wuustwezel, Stabroek, Kapellen en Brasschaat) + districten Ekeren (22.000) en Berendrecht/Zandvliet/Lillo (10.000) (totaal +/- 159.000 inwoners)

In totaal spreken we van +/- **894.000 inwoners**.

Waar mogelijk volgen we bovenstaande indeling, maar soms zijn er argumenten om hiervan af te wijken:

- Voor het VDI-team hanteren we zorgregio 1 en 2, maar aangevuld met de Antwerpse districten Ekeren en Berendrecht/Zandvliet/Lillo. Dit om de functionele samenwerking met het sociaal centrum De Wilg van het OCMW Antwerpen gemakkelijker te maken;
- Voor het FACT-team hanteren we een regio gebaseerd op het aantal (+/- 50.000) inwoners. Vooral omwille van de ligging (o.a. tussen de 4 psychiatrische ziekenhuizen, betaalbare woningen) en het gegeven dat voor de 4 PZ'en geldt dat ongeveer de helft (49% in 2009) van de patiënten uit grootstad Antwerpen komen, is hier gekozen voor het district Borgerhout (+/- 42.800 inwoners) en de wijk Groenenhoek van het district Berchem (+/- 10.000 inwoners), dus samen +/- 53.000 inwoners.

4.2 Enkele gegevens van de (semi-)residentiële zorggebruikers

In bijlage 2 zijn de klinische diagnose bij opname en de verblijfsduur in een (semi-)residentiële setting in tabellen weergegeven.

Het totaal aantal opnames in PZ en RIZIV-conventies (tussen 16-65 jaar) is 3858 patiënten in 2009 en 3831 patiënten in 2010. Binnen de leeftijdsdoelgroep merken we dat de voornaamste hoofddiagnosen bij opname 'stoornis middelen' (34%), 'psychotische stoornissen' (21%) en 'stemmingsstoornissen' (17%) zijn.

Het totaal aantal ontslagen in PZ en RIZIV-conventies (tussen 16-65 jaar) is 3902 patiënten in 2009 en 3950 patiënten in 2010. Daarvan was 70% minder dan 3 maanden opgenomen, 91% minder dan 1 jaar opgenomen en 97,5% minder dan 3 jaar opgenomen.

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1 Netwerksamenstelling

Hierbij geven we het overzicht van alle partners betrokken in het netwerk. De kernpartners (de partners die middelen leveren voor de zorgvernieuwing) zijn aangeduid met een sterretje.

- Cliënten en familie:
 - Familievereniging Similes
 - Cliëntenorganisatie Uilenspiegel
- Eerstelijnszorg:
 - SEL Amberes *: Deze SEL vertegenwoordigt tal van partners (voor volledig overzicht zie bijlage 3)
 - OCMW Antwerpen *
 - CAW Metropool
 - CAW De Terp
 - CAW De Mare
- GGZ:
 - CGG VAGGA * en CGG Andante *
 - PZ Sint-Amedeus * (promotor), PZ Bethaniënhuis *, PZ Stuivenberg (ZNA) * en PZ Broeders Alexianen Boechout *
 - PAAZ Sint-Vincentius * (GZA), PAAZ Klina en PAAZ Stuivenberg (ZNA) *
 - IBW en PZT De Link *, IBW en PZT De Vliering *, IBW en PZT De Sprong *, IBW Antwerpen, IBW Min, PZT Adapt *
 - PVT Sint-Amedeus, PVT Landhuizen, PVT Hoge Beuken, PVT Min
 - RIZIV-conventie Tsedek, RIZIV-conventie TG 'de evenaar'
 - OGGPA (Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen)
- Anderen:
 - Partners uit de verslavingszorg verenigd in overleggroep hulpverlening van SODA (Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen) en hier sommen we enkel op wie nog niet bovenstaand vernoemd is: MSOC Free Clinic, psychosociaal revalidatiecentrum ADIC, dagcentrum De Sleutel, sociale werkplaats De Sleutel.
 - Beschutte werkplaats De Brug
 - Huisvestingsmaatschappijen cvba De Ideale Woning, cvba ABC, cvba Woonhaven Antwerpen

5.2 Taakverdeling in het netwerk

De taakverdeling tussen de partners en de werk- en overlegstructuur wordt in rubrieken 5.3 en 5.5 toegelicht.

5.2.1 Indeling van de 5 functies

In dit hoofdstuk werken we de verdeling van de 5 functies uit, als volgt ingedeeld:

- F1a: preventie, promotie en destigmatisering van de GGZ
- F1b: intensieve gespecialiseerde 'ambulante' diagnostiek en behandeling (**CGG-aanbod, poliklinisch aanbod en aanbod privé-praktijken**)
- F1c & 2a1: consulent-functie aan niet-GGZ-partners, vroegdetectie en vroeginterventie (outreaching) voor mensen met ernstige (acute) psychische problemen (**VDI-team en VDIP-team**)
- F2a2 & 2b: interventie bij acute zorgnood en begeleiding van patiënten met een complexe en langdurende psychiatrische problematiek in hun thuismilieu (**FACT-team en PITZ-teams**)
- F3: psychosociale rehabilitatie en activering (ontmoeting, vrije tijd, VTO en arbeidszorg) (**Het Trajectiel, Het Sas, trajectbegeleidingsinitiatieven**)

- F4: intensieve gespecialiseerde '(semi-)residentiële' diagnostiek en behandeling (**opname in een ziekenhuis (zowel speed, PAAZ als PZ) of voorziening RIZIV-conventie**)
- F5: specifieke woonvormen (**beschut wonen en PVT**)

Deze functie-indeling wordt uitgebreid toegelicht aan de hand van de paragrafen 'huidig aanbod', 'lacunes en zorgnoden', 'op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107/33' en 'verbindingen met andere functies'.

5.2.2 Naar een 'nieuwe' geestelijke gezondheidszorg in het 'Arrondissement Antwerpen'

Functie 1a: Preventie, promotie en destigmatisering van de GGZ

→ Huidig zorgaanbod:

Vershillende actoren en initiatieven zijn actief op deze terreinen: Preventiecoach GGZ op school, OSPA (overlegplatform suïcidepreventie provincie Antwerpen), Publiekscampagnes (fit in je hoofd, 'te gek', ...), Het LOGO Antwerpen, ASPHA (advies suïcidepreventie voor huisartsen), VDIP (vroegdetectie en – interventie psychose), overlegplatforms over de sectoren heen (zoals SAM: overleg GGZ/justitie, en overleg GGZ/VAPH), PZT-teams die zich richten op vorming, coaching en ondersteuning 1^e lijn, werkgroep verder, project 'spuitenruil vlaanderen' als Harm Reduction van Free Clinic, preventiecampagnes van VAD, preventiecampagnes van JAC's binnen CAW's, preventie- en promotie binnen CLB's, preventie en promotiecampagnes binnen de CGG's, team verslavingszorg VAGGA, preventie De Sleutel, KOPP-werking binnen alle GGZ-voorzieningen en KOPP werkgroep van OGGPA, inleefdagen voor scholen (alle PZ'en), werkgroep cliëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid OGGPA, advies- en vormingsinitiatieven van Similes, PISZ-project,...

→ Lacunes en zorgnoden:

Hierbij een niet exhaustieve opsomming: Globaal genomen is er weinig vertrouwdheid met cliëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid; Het statuut van familiecoach is nog niet ingeburgerd; Preventie-initiatieven lijken weinig allochtonen en anderstaligen te bereiken; Er is weinig afstemming, samenwerking, coördinatie tussen de verschillende actoren en initiatieven; Er is nood aan een gemakkelijk te consulteren en gebruiksvriendelijk overzicht van initiatieven (via verschillende kanalen zoals internet, media, brochures,...); Er is een te beperkte aanwezigheid van expertise geestelijke gezondheidszorg in de 1^e lijn; Er is nog weinig e-hulp beschikbaar; Vele campagnes/projecten bereiken door beperkte middelen slechts een deel van de bevolking (bijv. VDIP);...

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107/33

- Het interventiespectrum van Mrazek & Haggerty (1994) zal als uitgangspunt genomen worden om bestaande preventie-initiatieven verder te zetten en op te volgen. Hier worden 3 typen interventies onderscheiden, meerbepaald universele-, selectieve- en geïndiceerde preventie.
- Het is nodig om verbindingen te leggen tussen de verschillende preventie- en promotie-initiatieven voor de GGZ binnen de algemene bevolking en voor specifieke doelgroepen. Zinvol is hier zeker ook om nationaal verbindingen te leggen en aan te sluiten bij nationaal georganiseerde campagnes ter preventie van GGZ-problematieken.
- Binnen het 'arrondissement Antwerpen' kan, vertrekkend vanuit het bestaande overlegplatform LOGO, afstemming en coördinatie opgezet worden. Concreet kan deze vorm krijgen door in de projectperiode een projectgroep op te richten waaraan elke partner/organisatie, die in preventie en promotie van GGZ voorziet, participeert. Op deze manier kan alles gebundeld worden, worden lacunes beter zichtbaar en kunnen er nieuwe initiatieven genomen worden die aansluiten bij de maatschappelijke noden.
- Daarnaast kadert binnen project 107/33 de gelegenheid om vormingsprogramma's verder uit te werken zodat mensen de kans krijgen een opleiding te volgen die leidt tot het statuut van professionele ervaringsdeskundige (voor patiënten) en familiecoach (voor familieleden).

- Ook het informeren, vormen, coachen en ondersteunen van hulpverleners van de 0^e en 1^e lijn, draagt bij opdat zij de nodige knowhow ontwikkelen omtrent preventie, behandeling en gerichte doorverwijzing van cliënten met een GGZ-problematiek (gezondheidspromotie).
- Het inzetten van verpleegkundigen uit de reguliere thuiszorg binnen de outreach-teams GGZ bevordert het wederzijds ontwikkelen van deskundigheid en draagt bij tot destigmatisering van de GGZ-cliënt.
- Tevens blijft het zoeken naar bijkomende project- en/of structurele middelen om bestaande preventie-initiatieven te bestendigen en waar mogelijk uit te breiden naar meer regio's (o.a. VDIP).

→ Verbindingen met andere functies

- Het VDI-team (F1c&2a1) kan vanuit haar consultant-functie aan GGZ en niet-GGZ-partners een rol spelen in vorming voor wat betreft preventie, promotie en destigmatisering.
- Alle GGZ-partners spelen hun specifieke rol en blijven betrokken bij de in hun regio actieve actoren of acties rond preventie, promotie en destigmatisering (bv. de inleefdagen in de PZ'en (F4)).
- De medewerkers die vanuit de 1^e lijnsdiensten ingezet worden in de outreach-teams (F1c&2a1 en F2a2&2b) zullen als referentiefiguur fungeren binnen de eigen organisatie en zo bijdragen tot preventie en promotie.

Functie 1b: Intensieve gespecialiseerde 'ambulante' diagnostiek en behandeling

→ Huidig zorgaanbod:

- CGG VAGGA (56 VTE hulpverleners) en CGG Andante (44 VTE hulpverleners)
- Poliklinieken van PZ Stuivenberg, PZ Bethaniënhuis, AZ Sint-Vincentius, AZ Klina
- privé-praktijken (psychiaters, psychotherapeuten, psychologen,...) al dan niet gekoppeld aan een huisartsenpraktijk (1^e lijnspsychologen)
- VDIP-project
- Ambulante hulpverlening binnen de verslavingszorg (o.a. dagcentrum De Sleutel)

→ Lacunes en zorgnoden:

- Er zijn lange wachttijden bij de CGG's doordat de zorgvraag groter is dan de capaciteit, zowel wat betreft diagnostiek als behandeling;
- De GGZ-poliklinische functie van ziekenhuizen is onvoldoende gekend;
- Dikwijls worden patiënten (semi-)residentieel opgenomen terwijl ambulante behandeling nog niet heeft plaats gehad, m.a.w. de sprong van 1^e naar 3^e lijn zonder beroep te doen op de 2^e lijn;
- Het ambulante GGZ-aanbod (in hoofdzaak privé-praktijk) is voor veel kwetsbare doelgroepen niet betaalbaar;
- Het ontbreekt aan afstemming tussen CGG's, poliklinieken en privé-praktijken wat betreft het zorgaanbod voor alle cliënten behorend tot de doelgroep;
- Familie als partner in zorg kan meer betrokken worden bij en aanvullend zijn aan het ambulante behandelaanbod;
- De regionale spreiding is beperkt waardoor de toegankelijkheid voor mensen van voornamelijk zorgregio 4 (Brasschaat) niet evident is.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107/33:

We vinden het belangrijk dat de ambulante zorg een duidelijke plaats krijgt in een doelgroepgericht zorgcircuit. Hiertoe is het noodzakelijk dat de huidige ambulante zorgcapaciteit substantieel wordt uitgebreid. Verder dient het gespecialiseerde aanbod op het vlak van diagnostiek en behandeling te worden geïnventariseerd, afgestemd en bekendgemaakt aan 1^e - en 3^e -lijnpartners.

Er wordt een projectgroep opgestart om gedurende de projectperiode aan volgende onderwerpen te werken:

- Onderzoeken welke capaciteit nodig is in de projectregio om een voor iedereen toegankelijk ambulante aanbod voor diagnostiek en behandeling te voorzien;

- Het ambulante zorglandschap (met inbegrip van privé-praktijken) duidelijk in kaart brengen;
- Zorgen voor voldoende afstemming en complementariteit in het zorgaanbod zodat aan de zorgvraag kan worden voldaan binnen de projectregio;
- De rol van de huisarts in samenwerking en doorverwijzing met de ambulante GGZ verder uitwerken;
- Onderzoeken hoe familie/mantelzorg in het diagnostisch en behandelproces een belangrijke plaats kan krijgen;

→ Verbindingen met andere functies:

- De partners binnen F1b stemmen af met de 1^e lijnsdiensten en voorzieningen en diensten van de andere functies, voornamelijk F1, F2 en F4 zodat de zorgcontinuïteit verzekerd is;
- Onderzoeken hoe een 'stepped-care' model, waar het zinvol en nuttig is voor het zorgtraject van de patiënt, kan uitgewerkt worden in samenwerking tussen de 1^e, 2^e en 3^e lijnpartners.

Functie 1c & 2a1: Consulent-functie aan niet-GGZ partners, vroegdetectie en vroeginterventie (outreaching) voor mensen met ernstige (acute) psychische problemen

→ Huidig zorgaanbod:

- binnen de GGZ-sector zijn er al initiatieven die binnen deze functie passen en ook een aspect van een consulent-functie en/of van outreachend werken in zich dragen:
 - CGG's: Zij nemen een consulent-functie naar hulpverleners 1^e lijn op zich. Daarnaast zijn er initiatieven zoals het project 'Kruispunt' (samenwerkingsverband tussen PAAZ KLINA, OLO, CAW De Terp, CGG Andante) waarbij eerste hulp bij sociale en psychische problemen geboden wordt, het project PIZS (Integrale Zorg voor Suïcidepogers), de consult- en (1^e lijns)psychologische functie die door CGG Andante gerealiseerd wordt in het Inloophuis De Steenhouwer (CAW De Terp) en het Opvangcentrum Sint-Andries (CAW De Mare) voor daklozen en thuislozen met EPA en in de Wijkgezondheidscentra De Regent en 't Spoor en in de artsenpraktijk De Peperbus;
 - VDIP-project (Vroegdetectie en –interventie bij initiële psychose): intussen uitgegroeid tot outreachende diagnose, indicatie, vroeginterventie en behandeling voor zorgregio's Antwerpen en Mortsel/Boechout. Het is een samenwerkingsverband tussen PZ Stuivenberg, PZ Sint-Amedeus, PZ Broeders Alexianen Boechout, UKJA, JAC (CAW Metropool), CGG VAGGA en CGG Andante;
 - PZT: Waar zij coaching, vorming, ondersteuning geven aan de reguliere thuiszorgdiensten;
 - polikliniek PZ Stuivenberg: Psychiatrische consultatie zonder afspraak en zonder wachttijd voor verwijzers uit de 1^e lijn (huisartsen, CAW,...);
 - Liaisonfunctie die opgenomen wordt vanuit de PAAZ'en;
 - EPSI: consult en/of opname zonder wachttijd in geval van ernstige acute psychiatrische problemen
- Vanuit het OCMW Antwerpen is er een mobiel team opgezet dat opereert vanuit het sociaal centrum De Wilg: Dit Psychiatrisch Verpleegkundig Team bestaat uit 4 FTE en werkt outreachend voor alle diensten van het OCMW (en ruimer naar 1^e lijnsdiensten) die met cliënten te maken hebben waar een ernstige psychiatrische problematiek aanwezig is en daaromtrent ondersteuning, advies of een interventie vragen. Daarnaast komen veel mensen met een ernstige psychiatrische stoornis terecht bij de wijkgezondheidscentra.
- Vanuit het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) zijn er verschillende partners die projecten opzetten of initiatieven nemen die aansluiten bij deze functie:
 - Zorgcircuit verslavingszorg;
 - CAW Metropool: Project opvang dakloze druggebruikers (mobiele hulpverlening aan dakloze, problematische middelengebruikers);
 - Free Clinic met projecten als 'Basiszorg straatprostituees' en een aanbod als 'Territoriaal straathoekwerk en

extra murale zorg';

- Categoriale zorg van VAGGA: Vroeginterventie (vroegtijdig ingrijpen om afglijden naar problematisch middelengebruik te voorkomen; voor jonge gebruikers in een beginnend stadium van gebruik). Het is ambulant, integraal en vraaggericht;
- Outreach-project dagcentrum De Sleutel
- CAW's vangen veel mensen met een ernstige psychiatrische problematiek op: o.a. JAC+, inloopcentra, straathoekwerk, daklozencentra,...
- Daarnaast zijn er een aantal organisaties met projecten (zoals 't Vlot van vzw De Loodsen en Kamiano van de Sint-Egidiusgemeenschap) om mensen die in marginale omstandigheden leven te ontmoeten, te begeleiden en waar nodig en mogelijk toe te leiden naar gepaste zorg. Ze beschouwen zichzelf als een vangnet onder het vangnet van de hulpverlening.

→ Lacunes en zorgnoden:

- Veel mensen met een ernstige en complexe psychiatrische problematiek komen terecht bij hulpverleners en voorzieningen van de 1^e lijn (voornamelijk huisartsen, thuiszorgdiensten, CAW's, OCMW's,...) zonder dat er ondersteuning en/of behandeling is vanuit de gespecialiseerde GGZ;
- Het deels ontbreken van vroegdetectie en –interventie door de GGZ verhoogt het risico tot suïcide, agressief gedrag, vereenzaming,...
- Vroegdetectie is niet evident bij vele lagen in de bevolking (o.a. allochtone doelgroepen, daklozen,...) omdat zij vandaag de dag de weg naar de gespecialiseerde GGZ niet of te weinig vinden;
- Doordat een consultfunctie aan zorgverleners van de 1^e lijn slechts beperkt aanwezig is en/of onvoldoende gekend, hebben zorgverleners van de 1^e lijn dikwijls geen alternatief dan een opname in een ziekenhuis voor te stellen aan hun patiënten;
- Er zijn lange wachttijden (tot 6 maanden is geen uitzondering) om beroep te kunnen doen op het ambulante gespecialiseerde GGZ-aanbod. Hierdoor haken mensen met zorgnoden vroegtijdig af;
- Specifieke GGZ-expertise is slechts in beperkte mate aanwezig op de 1^e lijn en er is dikwijls een kloof tussen de 1^e lijn en de gespecialiseerde GGZ op de 2^e en 3^e lijn omdat men elkaar onvoldoende kent en vertrouwt. Hierdoor is het moeilijk een zorgtraject voor de patiënt, laat staan ketenzorg, te organiseren;
- Financiële drempels maken dat mensen met hoge GGZ-zorgnood de stap naar GGZ-hulp niet zetten;
- Doordat een actieve outreach-functie vanuit de GGZ-diensten slechts beperkt aanwezig is, worden veel patiënten (onnodig) opgenomen op (al dan niet psychiatrische) spoeddiensten, PAAZ'en en PZ'en;
- Er is een opsplitsing tussen GGZ en verslavingszorg (aparte zorgcircuits binnen aparte sectoren) waardoor sommige cliënten tussen de mazen van het zorgnet vallen;
- Familieleden van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen die nog niet in GGZ zijn, dragen veel in de zorg en ondersteuning van hun familielid en zij weten niet altijd waar terecht met hun vragen en bekommernissen.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107/33

Om aan bovenstaande zorgnoden (vooral consult-functie, aanklappende en outreachende zorg) tegemoet te komen is het voor ons opportuun een VDI (Vroeg Detectie en –Interventie)-team op te zetten als schakel binnen het zorgnetwerk voor het zorgcircuit 'jongvolwassenen en volwassenen'.

- Opdracht en doelgroep:
 - Het VDI-team heeft als algemene opdrachten:
 1. een consult-functie naar alle niet-GGZ actoren die werken met mensen met een (mogelijk) ernstig GGZ-probleem.
 2. vroegdetectie en –interventie bij jongvolwassen en volwassen personen (16-65 jaar) met ernstige (acute)

geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen, in functie van de toeleiding naar het geschikte zorgaanbod.

Hierbij wordt in de eerste plaats gedacht aan 'nieuwe'¹ patiënten die momenteel hun weg niet of moeilijk vinden naar het geschikte zorgaanbod binnen de GGZ.

Dit kan enkel door intensief samen te werken met alle GGZ en niet-GGZ partners.

▪ Dit concretiseert zich in volgende doelstellingen:

1. betere zorgcontinuïteit en toeleiding naar het geschikte GGZ-aanbod;
2. betere samenwerking met de andere partners in de (1^e lijns)gezondheidszorg en hulpverlening (cf. betere toegankelijkheid van de GGZ);
3. voorkomen van een residentiële opname in een ziekenhuis

▪ Om deze doelstellingen te bereiken werkt het team aan volgende kernopdrachten:

1. vroegdetectie: screening, assessment, diagnose en indicatiestelling
2. oriëntatie en toeleiding naar het geschikte GGZ- aanbod binnen de regio
3. vroeginterventie t.a.v. de patiënt en zijn omgeving
4. zorgcoördinatie en/of zorgbemiddeling (of aanleunen bij reeds bestaande zorgcoördinatie van de 1^e- lijnsactoren) en ondersteuning (consult en advies) van de partners in de (1^e lijns)gezondheidszorg en andere partners in de hulpverlening

○ Werkingsprincipes:

- Snel en kortdurend;
- Outreachend²: naar de leefomgeving (kan aan huis, maar kan ook 'op straat' zijn), naar andere zorgvoorzieningen (AZ, spoed, polykliniek, CAW, OCMW, sociale diensten, wijkgezondheidscentra,...) of naar zorgverleners (huisarts,...);
- Interdisciplinair en multimethodisch (meer dan 1 psychotherapeutisch model mogelijk, wel streven naar evidence based practice);
- Bemoeizorg en aanklampende zorg kan aangewezen zijn bij zorgmijders met een ernstig psychiatrisch probleem;
- Vraaggestuurd;
- Cultuursensitief (samenwerking met sociaal tolken en intercultureel bemiddelaars);
- Zowel gericht op de patiënt als op zijn leefomgeving;
- Er wordt aansluiting gezocht bij bestaand MultiDisciplinair Overleg (MDO) of dit wordt opgestart;
- Er zal een klinisch pad worden uitgewerkt voor de medewerkers van het VDI-team

○ Kerntaken:

- screening en diagnostiek i.f.v. indicatiestelling en toeleiding naar de geschikte zorg;
- zorgcoördinatie (organisatie cliëntoverleg) en zorgbemiddeling;
- medisch – psychiatrisch onderzoek en (kortdurende) behandeling;
- ambulante crisisevaluatie en –interventie (≠ urgentiezorg)³;

¹ Onder 'nieuwe' patiënten verstaan we zowel personen met een ernstig psychisch probleem, die hiermee voor het eerst geconfronteerd worden en nog geen ervaring hebben met de GGZ als personen met acute ernstige psychische problemen in het kader van een al langer bestaande problematiek, die op dat moment niet in zorg zijn.

² 'Outreachend' verwijst naar zorg die 'vasthoudend, betrokken en volhardend', alsook 'paraat, beschikbaar en intensief' is. Dit *kan* maar hoeft niet altijd aan huis te zijn.

³ Onder *crisiszorg* wordt de zorg begrepen die gericht is op een situatie waarin dringende hulpverlening nodig is (binnen een paar dagen) omdat de patiënt en/of omgeving anders dreigt te decompenseren. *Urgentiezorg* is zorg die gericht is op het beantwoorden van een acute noodsituatie, waarbij onmiddellijke (binnen enkele uren) hulp geboden dient te worden. Koppeling met de somatische zorg is, gezien de aard van de urgentie, noodzakelijk.

- kortdurende (psycho-)therapeutische interventies;
 - psychiatrisch-verpleegkundige interventies;
 - ondersteuning familieleden (social support system);
 - advies en ondersteuning aan het zorgnetwerk
- o Praktische afspraken:
- De instroom gebeurt op verwijzing. We starten gradueel: eerst met verwijzers zoals huisartsen (al dan niet in samenspraak met reguliere thuiszorg), medewerkers CAW, maatschappelijk werkers OCMW, EPSI en spoeddienst Sint-Vincentius. Daarna uitbreiden naar andere spoeddiensten en politie.
 - De begeleidingsduur wordt beperkt tot maximum 6 weken: De duur van de interventies wordt bewust kort gehouden om haar faciliterende en activerende rol naar het bestaande zorgaanbod van de reguliere GGZ-voorzieningen en andere partners in de hulpverlening zo optimaal mogelijk te houden;
 - Er is een VDI aanbod gedurende 7/7 en 24/24. Dit is als volgt georganiseerd:
 - 7 op 7 van 8u tot 21u is er een VDI-teamlid beschikbaar. Tijdens de weekdays is dat voor consult, interventie en verwijzing bij urgentie en tijdens het weekend is dat voor consult en verwijzing bij urgentie.
 - De permanentie tijdens de nacht (vanaf 21u) wordt doorgegeven aan de nachtverpleegkundige van een ziekenhuis in de VDI-regio. De nachtverpleegkundige staat, voor patiënten die nog niet gekend zijn bij het VDI-team, in voor consult en verwijzing bij urgentie en voor mensen die wel gekend zijn wordt opgevolgd wat afgesproken is in het integraal zorgplan.
 - Verder kan het VDI-team naar het bed-op-recept (vanuit reallocatie zijn er middelen voorzien in F4 voor PZ Stuivenberg) verwijzen. Als patiënten meer zorg nodig hebben dan op dat moment kan geboden worden, biedt het bed-op-recept een tijdelijke oplossing met 'intensieve ondersteuning'. Patiënten die van een bed-op-recept gebruik maken, worden de eerstvolgende dag bezocht door een begeleider van het VDI-team.

o Teamsamenstelling:

Het VDI-team is een interdisciplinair team bestaande uit 10 FTE en met volgende disciplines: psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrisch of sociaal verpleegkundigen.

Er wordt bij elke nieuwe aanmelding een begeleider aangeduid binnen het team. Voor zover dat nodig is organiseert hij de nodige contacten met andere teamleden (die dus 'vraaggestuurd' worden ingeschakeld). Verslavingszorgdeskundigheid is aanwezig in het VDI-team. Het psychiatrisch verpleegkundig team van De Wilg wordt functioneel ingebed in de werking van het VDI-team. Daarnaast participeren er medewerkers van de reguliere thuiszorgdiensten aan het VDI-team. Dit leidt tot een wederzijdse bevruchting en vorming. De reguliere thuiszorg brengt ervaring in m.b.t. het werken in de thuissituatie van de patiënt en de GGZ brengt gespecialiseerde GGZ-deskundigheid in.

Voor het VDI-team betekent dat het volgende: Het VDI-team is geen urgentieteam dat uitrukt om urgente crisissen te ondervangen en/of op te lossen voor de patiënt en het patiëntensysteem. In geval van urgentie zijn er de reguliere urgentiediensten en de politie.

Het VDI-team werkt op verwijzing (van huisarts, spoedgevallen, 1^e lijnszorg, EPSI,...). Het kan gaan om een psychiatrische crisissituatie. Dat betekent dat de reeds betrokken zorgverlener een GGZ-problematiek meent te onderkennen bij een cliënt en zich van daaruit ongerust maakt. Hij doet beroep op de GGZ-deskundigheid van het VDI-team om een crisisevaluatie, diagnosestelling en indicatiestelling te maken.

Het kan ook gaan om een korte opname op EPSI of een spoeddienst en zij roepen de steun in van het VDI-team om de patiënt op een goede en snelle manier met ontslag te laten gaan.

In beide situaties zijn de interventies van het VDI-team gericht om stabiliteit te bieden aan patiënt en het patiëntensysteem en/of de patiënt toe te leiden tot een gepast zorgaanbod (passend bij de zorgnood en -vraag).

- o Regioafbakening:

Om integratie van het Psychiatrisch Verpleegkundig Team van De Wilg in het VDI-team mogelijk te maken en samenwerking met het VDIP-team te optimaliseren, nemen we als werkingsgebied voor het VDI-team regio 1 Antwerpen en al haar districten en regio 2 Mortsel/Boechout.

Op termijn (wanneer de werking van een VDI-team effectief en efficiënt blijkt te zijn en er voldoende middelen gevonden worden) is het de bedoeling voor regio 3 Schilde/Zoersel en regio 4 Brasschaat ook een VDI-team op te zetten.

→ Verbindingen met andere functies :

- o De VDI-werking wil een belangrijke schakel en verbindende factor vormen tussen de 1^e lijnsvoorzieningen en de GGZ-functies en -voorzieningen voor de beoogde doelgroep met het oog op gepaste toeleiding. Het is een schakel in en aanzet tot het opbouwen van een 'stepped care'-model, waar het VDI-team mogelijks uitgroeit tot 'gatekeeper' (tot op heden is de keuzevrijheid van de patiënt wel gewaarborgd). Patiënten die worden aangemeld bij het VDI-team krijgen onmiddellijk een begeleider toegewezen. Deze onderhoudt contacten met de verwijzer, welke gedurende de volledige interventieperiode van het VDI-team betrokken blijft bij het integraal zorgplan.
- o De werking van het huidige VDIP-project (Vroege Detectie en Interventie Psychose) wordt afgestemd met de VDI-werking. Er zal intensief worden doorverwezen naar elkaar vanuit beide teams.
- o De VDI-werking kan aansluiting vinden met het PIZS-project (Integrale Zorg voor Suïcidepogers).
- o Er wordt aansluiting gezocht vanuit het VDI-team met het bestaande zorgcircuit verslavingszorg. Ook hier om intensief samen te werken en/of naar elkaar door te verwijzen.
- o Het VDI-team situeert zich in F1c & F2a1 en zal als vroeginterventie-team nauw verbonden zijn en samenwerken met de diensten, organisaties en hulpverleners die zich binnen andere functies bevinden (bijv. preventiediensten, FACT- en PITZ-teams, spoed- en opnamediensten van ziekenhuizen en politie (in geval van urgentie), CAW's, CGG's en poliklinische diensten, sociale huisvestingsmaatschappijen,...)
- o Het VDI-team werkt opname-voorkomend, maar wanneer een residentiële behandeling aangewezen is, zal het VDI-team de patiënt motiveren en toeleiden naar een geschikte setting (F4).
- o Het VDI-team kan gebruik maken van (psycho-)therapeutische interventies, maar indien intensieve psychotherapie aangewezen is, zal het VDI-team de patiënt motiveren en toeleiden naar een ambulante psychotherapeutische setting (F1b).

Functie 2a2 & 2b: Interventie bij acute zorgnood én begeleiding van patiënten met een complexe en langdurende psychiatrische problematiek in hun thuismilieu

→ Huidig zorgaanbod:

- o Momenteel wordt de begeleiding van patiënten met een complexe en langdurende psychiatrische problematiek opgenomen door:
 - De psychiatrische ziekenhuizen op basis van dagbehandeling, nazorgcontracten, poliklinische begeleiding;
 - De PZT-teams al of niet in samenwerking met 1^e lijnsdiensten;
 - De IBW-teams;
 - Privépraktijken van psychiaters en/of psychologen;
 - De dienst nazorg van De Wilg (sociaal centrum van OCMW Antwerpen met specifieke opdracht voor mensen met psychiatrische problemen);
 - De CGG's Andante en VAGGA;
 - 1^e lijnszorgverleners en -diensten (thuiszorg, thuisverpleging, familiehelp, huisartsen, CAW's, ...) en andere sectoren (verslavingszorg) worden geconfronteerd met vragen van mensen met complexe en langdurende psychiatrische problemen. Vaak gaat het ook om zorgmijders.

- Een meer specifiek GGZ-gerelateerd outreachend en dus ondersteunend aanbod in het thuismilieu bestaat in onze regio beperkt en wordt opgenomen door de PZT-teams en het VDIP-team (initiële psychose, maar mogelijk 5 jaar begeleiding en opvolging).

→ Lacunes en zorgnoden:

- Er is nood aan meer outreachende en indien nodig aanklampende zorg;
- De PZT-teams zijn klein en kunnen niet op alle zorgvragen ingaan;
- De PZT-teams lukken er niet in zorg 'op te schalen' in periodes dat de zorgnood van de patiënten stijgt of de mantelzorgers om bepaalde redenen (bijv. vakantie) de zorg tijdelijk niet kunnen opnemen. Daardoor wordt dikwijls (te) snel voor een opname gekozen;
- De 1^e lijnszorgverleners en –voorzieningen ervaren een manifest gebrek aan steun vanuit de GGZ-actoren eens hun zorgaanbod (zonder specifieke psychiatrische expertise) overvraagd wordt door patiënten die ernstig verstoord zijn, niet coöperatief zijn of duidelijk niet langer in staat zijn zich te handhaven. Een ziekenhuisopname is dan dikwijls het enige antwoord;
- Er is een te beperkte samenwerking tussen de residentiële voorzieningen en de 1^e lijnszorg. Afdoende informatieoverdracht ontbreekt soms.
- GGZ-expertise is voor de hulpverleners van de 1^e lijnsvoorzieningen te moeilijk te bereiken – er is nauwelijks een vlot bereikbare consult-functie.
- Door het gebrek aan outreachende en aanklampende zorg worden heel wat zorgmijdende patiënten niet of slechts periodisch bereikt.
- De manier waarop heel wat ambulante diensten (zowel in privépraktijken als in CGG's) georganiseerd zijn verhoogt vaak de drempel voor patiënten met complexe en langdurende psychiatrische problemen.
- Globaal genomen kan gesteld worden dat er nood is aan geëigende benaderingen en methodieken die de nood aan continuïteit van zorg voor deze doelgroep beantwoorden.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107/33:

- Algemeen:

Om bovenstaande lacunes te beantwoorden worden in gans de projectregio 'mobiele en outreachende teams' opgezet.

- Het gaat meerbepaald om volgende doelgroep:
 - psychiatrische stoornis op as 1;
 - beperking in sociaal functioneren;
 - chronisch verloop / complexe problematiek;
 - complexe zorgvragen.
- De kernopdracht van deze teams is om gemeenschapsgerichte zorg (begeleiding én behandeling) mogelijk te maken, met daarbij veel aandacht voor continuïteit van zorg. Het gaat dan zowel om die patiënten die vandaag langdurend op T-diensten verblijven als om de zorgmijdende 'patiënten' die nu geen of niet-aangepaste zorg krijgen.
- Het doel van deze teams is het steunen van patiënten in hun herstelproces. Het succes van de zorg wordt bepaald door de mate waarin patiënten succesvol en naar tevredenheid kunnen functioneren en kunnen meedoen in de maatschappij, op een wijze die hen aanspreekt en die voor iedereen veilig is. De zorg wordt gericht op het herstellen van een positief zelfbeeld, op actief zelfmanagement en op het herwinnen van sociale rollen buiten de GGZ-omgeving.
- Wat betreft werking bieden deze teams enerzijds 'casemanagement' als vorm van ondersteunende begeleiding (F2b) bij min of meer gestabiliseerde patiënten die zich wel redden. Anderzijds wordt zo nodig

overgeschakeld naar intensieve zorg aan huis door een gans team hulpverleners bij crisis of dreigend herval (F2a2) in een poging heropnames te verhinderen of het al of niet tijdelijk gemis aan steunsystemen (bijv. mantelzorgers) te compenseren. Daarnaast is er mogelijks een professionele ervaringsdeskundige voor patiënten en een familiecoach mee betrokken in het zorgproces.

- Voor patiënten, hun familie en anderen betrokken in de zorg (huisarts, thuiszorg, ...) is de GGZ permanent bereikbaar. Een en ander wordt georganiseerd via telefonische bereikbaarheid en de mogelijkheid, bij ernstige ontregeling, de patiënt een bed-op-recept aan te bieden in het ziekenhuis. Voor het bed-op-recept voor deze doelgroep engageren alle psychiatrische ziekenhuizen zich. Het ziekenhuis waar patiënt van het bed-op-recept geniet wordt bepaald op basis van de volgende criteria:
 - 1^e : voor gekende patiënten wordt gekozen voor het ziekenhuis waar patiënt gekend is.
 - 2^e : nieuwe patiënten (nog niet vertrouwd met een bepaald ziekenhuis) mogen zelf een voorkeur opgeven.
 - 3^e : indien patiënt niet gekend is en geen voorkeur heeft wordt hij opgenomen op basis van de afspraken die er bestaan betreffende de gedwongen opname. Het ziekenhuis waar hij dan zal opgenomen worden hangt dan samen met de plaats waar hij woont.

Patiënten die van een bed op recept genieten worden de eerstvolgende dag bezocht door de eigen casemanager. Patiënt en casemanager bekijken dan samen het integraal zorgplan en maken nieuwe afspraken.

o Operationalisatie

In het arrondissement wordt deze functie op twee manieren ingevuld:

- In één regio van 50.000 mensen wordt een strikte en modelgetrouwe FACT-werking opgezet;
- In de rest van het arrondissement worden drie PITZ-teams samengesteld met een verwante doch verschillende opdracht.

Het feit dat op die manier voor twee verschillende manieren gekozen wordt om 'mobiele en outreachende zorg' voor deze doelgroep te organiseren zal ons toelaten te evalueren op welke manier in onze regio (met een sterk uitgebouwde 1^e lijnszorg) deze nieuwe zorg het best vorm kan krijgen (zie ook rubriek 5.4.2 omtrent monitoring).

- **FACT-team (Functie Assertive Community Treatment) in de regio Bergerhout/Groenenhoek (Berchem)**

FACT-teams opereren, zoals beschreven door Van Veldhuizen, in een welomschreven regio van 50.000 inwoners. Vanuit de praktijk blijkt dat in zulke regio's tussen de 200 à 250 patiënten van de beschreven doelgroep verblijven en één FACT-team neemt de begeleiding en zorg op voor die groep patiënten.

FACT levert de volgende 'hoofdproducten':

- Cure (behandeling zoals dat in een ziekenhuis zou gebeuren, medicamenteus, psychotherapeutisch, etc.)
- Care (zorg, verpleging, rehabilitatie)
- Crisisinterventie (opnamen voorkomen en bekorten, zorg en behandeling opschalen tot intensieve zorg aan huis bij dreigend herval, 24u-bereikbaarheid garanderen, Bed op Recept, crisisfiches per patiënt, etc.).
- Community support (maatschappelijke steunsystemen bouwen en benutten, arbeid mogelijk maken, aansluiting helpen vinden bij reguliere activiteiten, participatie in buurt)
- Cliëntdeskundigheid ondersteunen (empowerment, lotgenotencontact, herstel denken, ...)
- Controle (bij low risk patiënten met juridische maatregel)
- Check (evalueren van zorg).

Op basis van de reallocatie van middelen wordt een volwaardig FACT-team ingezet in de beschreven regio. Dit wil concreet zeggen dat het interdisciplinair team bestaat uit: psychiater, 1 VTE (mee in de zorg werkend) teamleider, 7

VTE casemanagers (verpleegkundigen, sociaal en/of psychiatrisch geschoold, begeleiders), 0,8 VTE psycholoog (systeem- dan wel gedragstherapeut), 0,5 VTE arbeidstrajectbegeleider, 0,5 VTE woontrajectbegeleider, 0,5 VTE professionele ervaringsdeskundige. Verslavingszorgdeskundigheid is aanwezig in het FACT-team.

Op basis van welomschreven procedures (zie ook zandlopermodel beschreven door Van Veldhuizen) wordt geschakeld tussen de verschillende zorgmodi (van casemanagement over behandeling naar opgeschaalde zorg en terug). Zorgoverleg gebeurt in team zodat het integraal (en transmuraal) zorgplan interdisciplinair en multiprofessioneel gedragen is. Concreet verloopt dit op basis van de FACT-bordmethodiek.

- **Drie PITZ-teams (Psychiatrische Intensieve Thuis Zorg) in de regio's 1, 2 en 3&4**

Concreet worden drie PITZ-teams opgezet : team 1 in zorgregio 1 Antwerpen (maar zonder de FACT-regio), team 2 in zorgregio 2 Mortsel/Boechout + Berchem en Wilrijk en tot slot team 3 in zorgregio 3 Schilde/Zoersel en 4 Brasschaat + Ekeren en Berendrecht/Lillo/Zandvliet.

Aangezien zeer recent het SSEGA-project (Samenwerkingsverband Sociale Huisvestingsmaatschappijen en Geestelijkegezondheidszorg Antwerpen) is goedgekeurd en dit team functioneel zal samenwerken met het PITZ-team van zorgregio 2, kunnen de maatschappelijk werkers van de huisvestingsmaatschappijen ook vanuit andere zorgregio's bewoners naar het SSEGA-team (en dus PITZ-team van zorgregio 2) verwijzen. Zie bijlage 8 voor het samenwerkingsverband SSEGA-project.

PITZ-teams delen in principe de doelgroep met FACT maar starten hun werking op, rekening houdend met de regio-grootte, gericht op:

1. Huidige cliënten van het PZT-team in hun regio.
2. Zorg ontstaan door het 'op hold zetten' van T-bedden in het kader van artikel 107 (patiënten die in de regio van het PITZ-team gaan wonen).

Op basis van de verzamelde case-load en de ervaringen omtrent de begeleiding van deze mensen en het opschalen van zorg in moeilijke periodes worden, in een tweede fase, meer mensen in zorg opgenomen (op basis van verwijzing). Dit beantwoordt aan de zorgnoden die de 1^e-lijnspartners signaleren omtrent patiënten met een langdurende en complexe psychiatrische stoornis in hun regio. De opdracht van de PITZ-teams is verwant aan die van een FACT-team: enerzijds case-management, anderzijds intensieve opgeschaalde zorg aan huis voor de doelgroep zoals omschreven.

Om opgeschaalde zorg te kunnen leveren in een regio die groter is en meer inwoners telt dan de klassieke FACT-regio, zal het noodzakelijk zijn de periode waarin het team zelf instaat voor de opgeschaalde zorg te beperken in tijd (max. twee maanden). Vanuit een intensieve samenwerking met reguliere thuiszorgdiensten (CAW's, huisartsen, sociale centra, thuiszorgdiensten,...) zal de opgeschaalde zorg binnen de 2 maanden doorgegeven worden vanuit het PITZ-team aan de 1^e-lijnspartners. Dit gebeurt in samenspraak met patiënt, zijn omgeving en de zorgverleners van de 1^e lijn.

Op basis van de huidige PZT-kernen, de reallocatie van middelen en de integratie van medewerkers van de 1^e lijnsdiensten wordt een multidisciplinair team samengesteld dat bestaat uit: een psychiatrische functie, een psychologische functie, een sociaal-maatschappelijke functie en een aantal begeleiders/casemanagers. Verslavingszorgdeskundigheid wordt mee opgenomen door het team. Op termijn zouden ook professionele ervaringsdeskundigen opgenomen moeten worden in de teams. Medewerkers van de reguliere thuiszorgdiensten werken mee in de PITZ-teams. Dit leidt tot een wederzijdse bevruchting en vorming. De reguliere thuiszorg brengt ervaring in m.b.t. het werken in de thuissituatie van de patiënt en de GGZ brengt gespecialiseerde GGZ-deskundigheid in.

→ Verbindingen met andere functies :

- Zoals aangegeven bij de 'hoofdprodukten' die FACT levert worden rehabilitatie (met inbegrip van de arbeidsrehabilitatie) en het ondersteunen van cliëntdeskundigheid beschouwd als 'terreinen' die mee opgenomen moeten worden door de teams verzameld onder F2a2 & 2b. In die context zijn de teamleden net als de actoren verzameld in het Trajectiel en Het Sas erg betrokken op het rehabiliterende luik van het integraal zorgplan. Vanzelfsprekend zullen niet alle patiënten begeleid door de hier beschreven teams nood hebben aan het aanbod zoals voorgesteld in F3 ; heel wat mensen zullen door hun casemanager rechtstreeks toegeleid kunnen worden naar niet-GGZ-gebonden vrijetijdsactiviteiten, vorming, arbeidszorg of arbeid.
- Als patiënten die door het FACT of PITZ-team begeleid worden, hervallen, op zo'n manier dat de zorgsituatie als 'niet langer veilig' beoordeeld wordt of als de steunsystemen rond patiënt kapseizen, is het soms noodzakelijk beroep te doen op een psychiatrisch ziekenhuis voor crisis-behandeling (F4). De teams werken onder meer daarom samen met opname-eenheden van de psychiatrische ziekenhuizen in hun regio. Er wordt voor intensieve behandeling gekozen in een poging de opnameduur erg beperkt te houden. Er is een intensieve samenwerking tussen het behandelteam van het ziekenhuis en het mobiele en outreachende team om de continuïteit van zorg te verzekeren. De betrokkenen in de zorg (patiënt, familie/mantelzorger, casemanager en ziekenhuisteam) maken tijdens de opname dan ook samen nieuwe afspraken in het integraal zorgplan, welke tot doel hebben de patiënt zo snel mogelijk voor te bereiden op een terugkeer naar huis. Een opname dient dus feitelijk beschouwd te worden als een intermezzo in een ambulante behandeling. De casemanager bezoekt de patiënt niet alleen tijdens de opname maar denkt ook mee over behandeling en ontslag. Van de klinische collegae wordt in feite een servicegerichte behandelhouding verwacht; hun behandelaanbod staat ten dienste van het zo snel mogelijk hervatten van de ambulante zorg.
- Verder zijn er verbindingen tussen deze teams en de functie F4 om het inzetten van de bed-op-recept-formule mogelijk te maken (zie hoger).
- De verbinding met het VDI-team F1c & 2a1 is manifest. De teams verwijzen door aan elkaar als de zorgvraag van de patiënt beter aansluit op het zorgaanbod van het andere team.
- De teams werken samen met de voorzieningen binnen F5. Enerzijds indien patiënten die door het outreach-team worden begeleid tijdelijk of permanent nood hebben aan ondersteund wonen en anderzijds als patiënten vanuit de F5-voorzieningen hun verlangen naar vermaatschappelijking willen concretiseren via de begeleiding van een van deze outreach-teams.

Functie 3: reabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

→ Huidig aanbod:

- In regio 1 en 2:
 - Het samenwerkingsverband 'Het Trajectiel' (zie bijlage 7) bundelt een aantal partners actief in het werken rond herstel en sociale inclusie in de regio 1 (Antwerpen) en regio 2 (Mortsel/Boechout). Het is een samenwerkingsverband tussen de volgende partnerorganisaties: CGG Andante, PC Sint-Amedeus, PC Broeders Alexianen, PZ Stuivenberg, IBW De Link, IBW De Vliering en beschutte werkplaats De Brug.
 - In het kader van het Vlaamse meerbanenplan is er een samenwerkingsverband tussen beschutte werkplaats De Brug, het activiteitencentrum De Link en het activiteitencentrum 't Karwei. Zij staan in voor activering van werkzoekenden met een MMPP (medisch, mentaal, psychologisch, psychiatrisch)-problematiek. Het samenwerkingsverband biedt arbeidszorg in de vorm van observatiestages en reguliere arbeidszorg.
 - Er is ook het project Tender Activeringszorg (TAZ) voor langdurig werklozen met een MMPP-problematiek. Dit is een samenwerkingsverband tussen PZ Stuivenberg, CGG VAGGA, CGG Andante, Levanto en GTB.
 - In de stad Antwerpen zijn daarnaast de volgende initiatieven actief in het werken rond herstel en sociale

inclusie: De Ridder en De Vinken (van het OCMW Antwerpen), het Antwerps Netwerk Arbeidszorg, het somebuddy-project (vanuit ZNA), het Zowe-project, het Lokaal (verbonden aan IBW Min), IBW Min, IBW Antwerpen en PZT Adapt.

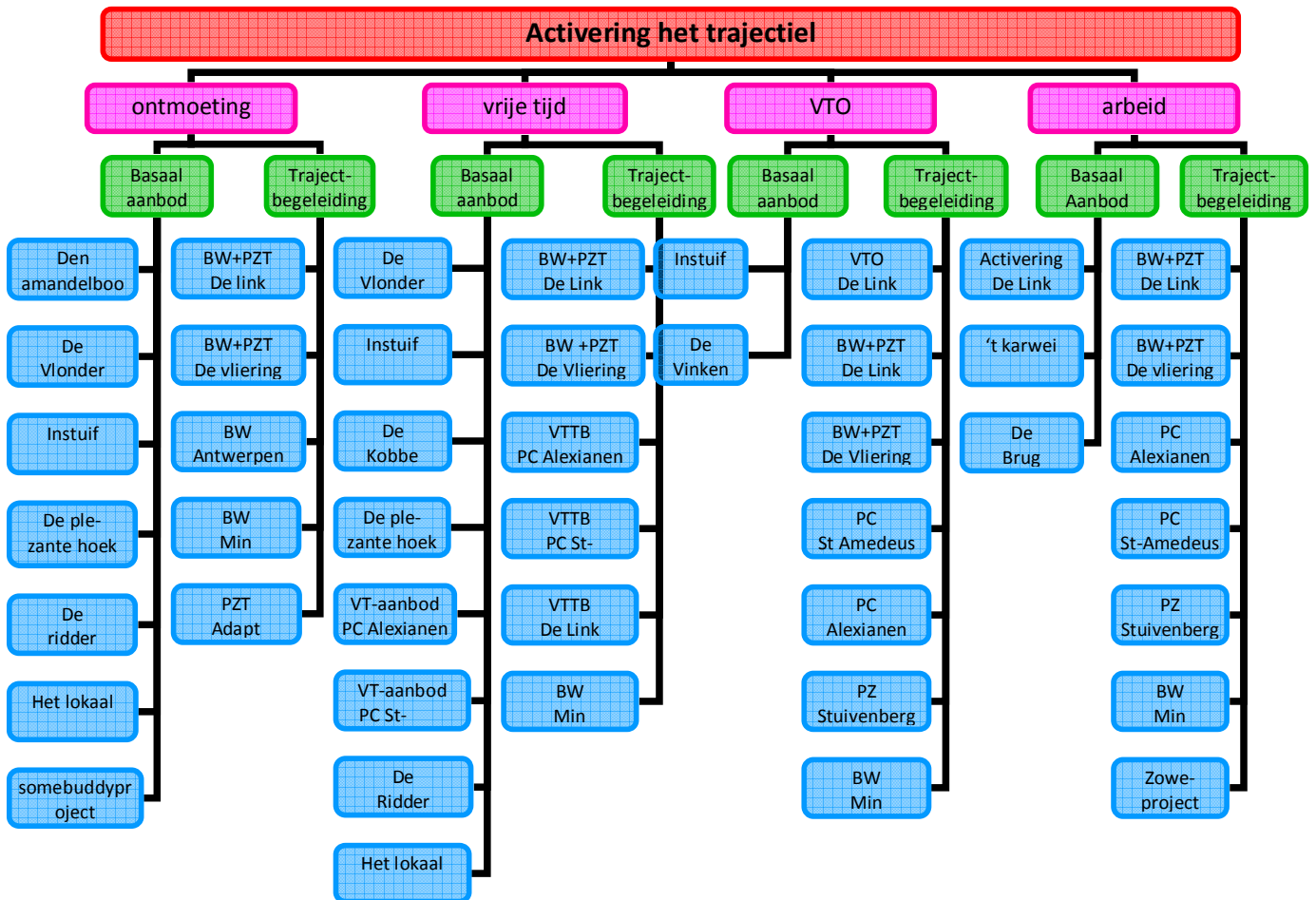
- Op dezelfde terreinen zijn heel wat niet-GGZ-actoren actief. Enkele voorbeelden: werkhaven, VDAB, andere OCMW's, de verschillende CAW's, sociale werkplaats De Sleutel.
- In regio 3 en 4 :
 - In regio Zoersel/Schilde zijn de volgende initiatieven betrokken bij het werken rond herstel en sociale inclusie: Den Honk, Kameleon, de Facktorij, het Zowe-project, de diensten ATB en Re-actief, IBW De Sprong en PZT De Sprong, de werking bezoekvrijwilligers van het PC Bethaniën, het project Spelothek en de dienst vrije tijd van het PC Bethaniën.
 - In regio Brasschaat is Aliado opgezet vanuit IBW De Sprong.
 - Ook in de regio's 3 en 4 zijn heel wat niet-GGZ-actoren actief op dit terrein. We denken dan ondermeer aan de verschillende OCMW's, de VDAB, de CAW's, ...

→ Lacunes in het aanbod rond herstel en sociale inclusie :

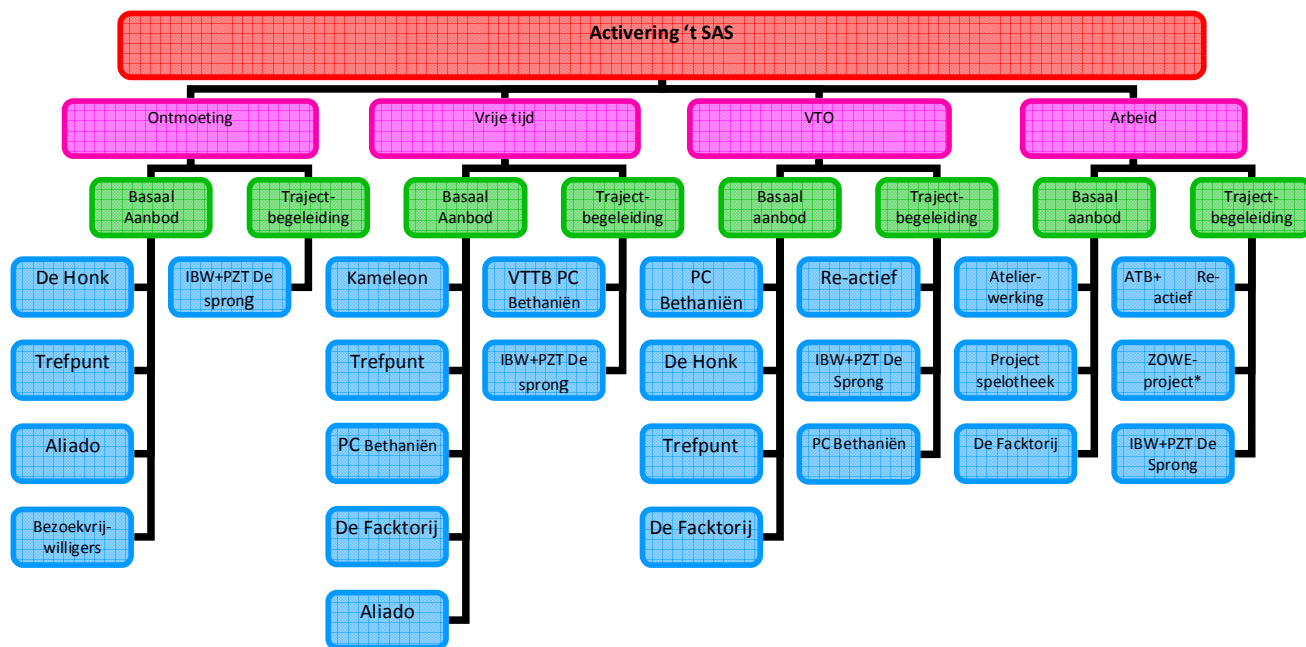
- In het ganse arrondissement zou er rond ontmoeting, vrije tijd, VTO en arbeid een bereikbaar aanbod moeten zijn op de twee sporen: een basaal aanbod en een aanbod rond trajectbegeleiding. Door een gebrek aan samenwerking maar ook door een gebrek aan middelen is dat momenteel niet zo.
- In Antwerpen is er grote vraag naar een tweede ontmoetingshuis (naast Instuif) dat een basaal aanbod verzorgt rond herstel en sociale inclusie.
- Momenteel zijn niet alle initiatieven actief in herstel en sociale inclusie betrokken binnen samenwerkingsverbanden en is er te beperkte samenwerking met gelijkaardige niet-GGZ-gerelateerde initiatieven.
- De meeste initiatieven zoals opgelijst in de schema's hieronder werken op basis van verregaande cliëntenparticipatie. Cliënten dragen mee de dagelijkse werking, worden actief betrokken bij het beleid en sturen op die manier mee het zorgaanbod. Dit is een manier om op ervaringsdeskundigheid beroep te doen die, hoewel ze verschilt van bijvoorbeeld de manier waarop professionele ervaringsdeskundigen ingezet worden, een belangrijke stap kan zijn in een herstelproces. Nog niet alle initiatieven in het arrondissement zijn echter op die manier georganiseerd. Participatie van familieleden bij de werking en bij het bestuur is minder ingeburgerd.
- In projectregio 4 zijn grote lacunes. Momenteel bestaat er, specifiek gericht op de doelgroep mensen met psychiatrische problemen, alleen Aliado in Brasschaat.
- Voor veel gebruikers van de initiatieven (die niet begeleid worden via PVT, IBW, PZT of PC) ontbreekt een integraal zorgplan.
- Sommige, voornamelijk op arbeid gerichte, initiatieven (bijvoorbeeld het Zowe-project) zijn niet voor alle mensen van het arrondissement beschikbaar.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107/33

- Voor de regio's 1 en 2 wordt de samenwerking en afstemming verder verbeterd. De initiatieven die nog niet aansloten bij het Trajectiel sluiten aan zodat ook zij betrokken raken in het overleg rond samenwerking en afstemming. Het schema hieronder geeft aan hoe het samenwerkingsverband verder uitgebouwd zal worden (zie ook de engagementsverbintenis in bijlage 5) tijdens de projectperiode:



- In de regio's 3 en 4 wordt een gelijkaardig samenwerkingsverband opgezet (het SAS) waarbij ook PVT De Landhuizen en PZ Bethaniënhuis zich als partners engageren. Het schema hieronder geeft aan hoe dit tijdens de projectperiode vorm zal krijgen (zie ook de engagementsverbintenis in bijlage 5):



- In Antwerpen wordt op basis van een inventaris van de zorgnood onderzocht of en waar een nieuw ontmoetingshuis, naast Instuif, best gelokaliseerd zou zijn, en op welke domeinen binnen herstel en sociale inclusie best actief wordt ingezet. Voor dit onderzoek, opgezet door CGG Andante en PZ Stuivenberg, wordt iemand van april tot december 2011 deeltijds vrijgesteld vanuit Instuif/Andante. De project-partners engageren zich om bij een eventuele opstart van dat tweede ontmoetingshuis middelen vrij te maken (zie middelentabel in hoofdstuk 7, waar 1 VTE voorzien is voor regio 1).
- In de regio's 3 en 4 worden, ter ondersteuning van de uitbouw van het samenwerkingsverband 't Sas, middelen vrijgemaakt (zie middelentabel waar 0,3 VTE voorzien is voor regio 3 en 4).
- Vanuit de samenwerkingsverbanden Het Trajectiel en Het Sas wordt actief overleg opgezocht met niet-GGZ-actoren (OCMW, VDAB, CAW, sociale economie, ...). Bijkomende initiatieven om aan te sluiten en samen te werken worden opgezet om bestaande lacunes weg te werken.
- Voor alle medewerkers van initiatieven actief in herstel en sociale inclusie in het arrondissement (dus over de verschillende projectregio's heen) worden op regelmatige basis 'intervisiemomenten' georganiseerd zodat ze ervaringen, ideeën en inspiratie kunnen delen.
- Alle initiatieven in het arrondissement zetten in, waar dat mogelijk is, op maximale cliëntenparticipatie en participatie van familieleden. Cliënten en familieleden krijgen de kans actief bij te dragen in de werking, het zorgaanbod te sturen en initiatieven mee te 'besturen'.

→ Verbindingen met andere functies

- Alle initiatieven werken samen met in de in hun regio actieve PIZ- en/of FACT-teams zodat, indien het geïndiceerd en mogelijk is, ook zorg geboden kan worden via outreachende en mobiele teams. Op basis van die samenwerking zal voor meer gebruikers een integraal zorgplan uitgewerkt kunnen worden.
- De FACT- en PIZ-teams werken expliciet aan herstel, activering en sociale inclusie en worden betrokken in het regionale overleg Het Trajectiel en Het Sas.

- Het ZOWE-project is een 'weerwerk-project' voor mensen met psychiatrische problemen. Partners binnen het project ; VDAB, Antwerps Netwerk Arbeid, De Ploeg, GTB Vlaanderen, Werkhaven vzw, PZ Bethaniënhuis, PC Stuivenberg. Momenteel is het voorbehouden voor patiënten die behandeld of begeleid worden door PC Bethaniën en of PZ Stuivenberg. Het ZOWE-project wordt momenteel gefinaliseerd en hierbij moet verbreding van het doelpubliek en verankering nagestreefd worden. Het ZOWE-project zal, door aansluiting te zoeken bij de samenwerkingsverbanden rond herstel en sociale inclusie in het kader van het project 107, haar doelpubliek verruimen tot alle patiënten in het arrondissement.
- De FACT- en PIZ-teams werken expliciet aan herstel, activering en sociale inclusie en worden betrokken in het regionale overleg Het Trajectiel en Het Sas.
- De samenwerkingsverbanden werken waar mogelijk ook voor mensen die beroep doen op de F5-voorzieningen.
- Indien de vraag geëigend is (en aansluiten op reguliere niet GGZ-gelieerde voorzieningen (nog) niet mogelijk is), kunnen ook cliënten van het VDI-team (F1c&2a1) beroep doen op de activiteiten van het samenwerkingsverband in de eigen regio.

→ Plaats van de RIZIV-conventies in functie 3

De psychosociale revalidatiecentra Tsedek en TG 'de evenaar' enerzijds en de verslavingszorg, zijnde de categorale revalidatiecentra De Sleutel en ADIC anderzijds, horen wat betreft doelstelling (namelijk gericht op herstel en sociale inclusie) en werkwijze (namelijk kleinschalig, in de maatschappij en op maat van de cliënt) onder F3. Wat betreft werkvorm (namelijk intensieve en gespecialiseerde (semi-)residentiële behandeling) ressorteren deze centra onder F4. Aangezien in dit projectdossier F3 vooral uitgewerkt is rond de rehabilitatie-functie activering, is er geopteerd om de RIZIV-conventies met hun specifieke werkvorm onder F4 onder te brengen.

Functie 4: Intensieve gespecialiseerde 'residentiële' diagnostiek en behandeling

→ Huidig zorgaanbod:

In het zorgnetwerk dat gepresenteerd wordt zijn de volgende GGZ-partners betrokken in de behandeling eens opname noodzakelijk is.

- Algemene ziekenhuizen
 - AZ Sint-Vincentius: PAAZ-dienst (45 bedden, plannen voor reconversie zijn er om te komen tot 60 bedden)
 - AZ Klina: PAAZ-dienst (50 bedden)
 - AZ Stuivenberg: PAAZ-dienst (60 bedden)

De drie belangrijkste functies voor PAAZ'en zijn de urgentiepsychiatrie, de kortdurende intensieve behandeling en de liaison-psychiatrie.

- RIZIV-conventies Tsedek en TG 'de evenaar'
 - Tsedek is een kleinschalig (17 erkende plaatsen) psychosociaal revalidatiecentrum en biedt de mogelijkheid tot een residentiële behandeling van zes maanden. Nadien kan er nog een dagbehandeling volgen met een maximumtermijn van twee jaar. Het richt zich voornamelijk naar mensen met angst- en stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen.
 - Therapeutische gemeenschap 'de evenaar' is een kleinschalig (16 erkende plaatsen) residentieel psychosociaal revalidatiecentrum. In twee huizen-in-de-rij in Antwerpen wordt gedurende maximum 13 maanden intensief sociotherapeutisch en psychotherapeutisch gewerkt. De opname is bedoeld voor (jong)volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis, psychotische of ernstig neurotische problematiek.
- Psychiatrische ziekenhuizen
 - PZ Bethaniën (621 bedden en plaatsen: 210 A, 16 IB, 215 T, 50 Tg, 21 Sp, 30 ad, 60 td, 19 tn) heeft een (semi-)residentieel opname- en behandelaanbod voor de volgende doelgroepen:

afhankelijkheidsproblematiek (legale middelen), psychozorg, stemmings- en angststoornissen, verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische problematiek, NAH, psychogeriatric, jonge moeders met psychische problemen gebaat bij een gezamenlijke opname met de baby, persoonlijkheidsstoornissen, psychiatrische problemen die een langdurige zorgafhankelijkheid veroorzaken.

- PZ Broeders Alexianen Boechout (239 bedden en plaatsen: 63 A, 124 T, 20 ad, 5an, 22 td, 5 tn) heeft een (semi-)residentieel opname- en behandelaanbod voor de volgende doelgroepen: afhankelijkheidsproblematiek, psychotische stoornissen, persoonlijkheids- en stemmingsstoornissen.
 - PZ Sint-Amedeus (352 bedden en plaatsen: 90 A, 157 T, 32 Tg, 21 Sp, 10 ad, 5an, 27 td, 10 tn) heeft een (semi-)residentieel opname- en behandelaanbod voor volgende doelgroepen: persoonlijkheidsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische stoornissen, gerontopsychiatrie.
 - PZ Stuivenberg (219 bedden en plaatsen: 150 A, 69 ad/an) heeft een (semi-)residentieel opname- en behandelaanbod voor volgende doelgroepen: psychotisch stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, afhankelijkheidsproblematiek.
 - In het PZ Stuivenberg bevindt zich ook de crisisunit EPSI (eenheid voor psychiatrische spoedinterventie). Het is een kleine unit voor crisisinterventie en kortdurende residentiële opvang.
- Daarnaast is er nog een (semi-)residentieel zorgaanbod vanuit de sector verslavingszorg:
- Dagcentrum De Sleutel heeft 2 dagwerkingen en een nazorgprogramma.
 - ADIC heeft een time-out zorgprogramma, een ontwenningprogramma en een behandelingsprogramma.

→ Lacunes en zorgnoden:

- De afstemming tussen de verschillende voorzieningen voor residentiële behandeling is beperkt;
- De afstemming tussen residentiële en ambulante zorg is beperkt;
- De overgangen tussen verschillende voorzieningen verlopen moeizaam. De zorg is soms moeilijk bereikbaar;
- De inschakeling in zorgcircuits of netwerken ontbreekt vaak in de (semi-)residentiële zorg;
- De samenwerking met de 1^e -lijnszorgverleners en -voorzieningen is onvoldoende en te weinig gestructureerd;
- Het principe van het werken vanuit een 'stepped care' -model is nog niet gerealiseerd;
- Gedwongen opnames doorkruisen een doelgroepgericht opname-beleid;
- Er is een gebrek aan aangepaste nazorgprogramma's. Deze lacune is nauw verbonden met de opnameduur. Meer en beter uitgebouwde nazorgprogramma's (indien nodig outreachend en aanklampend) zouden bijdragen tot kortere (semi-)residentiële opnames;
- Het integreren van 'ervaringsdeskundigen' in de werking is niet (voldoende) uitgebouwd;
- Hier en daar is er een familiewerking, maar niet systematisch en onvoldoende uitgewerkt in een zorgcircuit. In dezelfde context kan gesteld worden dat de functie 'familiecoach' nog niet geïntegreerd is in de zorgprogramma's.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107/33:

- De hierboven samengebrachte voorzieningen engageren zich om gedurende de projectperiode de aanwezige lacunes te ondervangen door binnen het arrondissement het gespecialiseerde (semi)residentiële zorgaanbod af te stemmen tussen de voorzieningen. Op die manier kan zowat elke zorgvraag, waarvoor een (semi)residentiële opname noodzakelijk is, beantwoord worden. Binnen de tendens naar meer vermaatschappelijking van zorg blijft (semi-)residentiële zorg belangrijk voor alle mensen met psychiatrische problemen die:
 - Alleen gediagnostiseerd kunnen worden op basis van uitgebreide observatieperiodes;
 - Alleen geholpen kunnen worden op basis van gespecialiseerde en intensieve behandeling;
 - Nood hebben aan een time-out om de mantelzorgers tijdelijk te ontlasten;
 - Geen beroep kunnen doen op sociale steunsystemen;

- Nood hebben aan 24u medisch toezicht.
- Er zal ook worden nagegaan, in samenspraak met Uilenspiegel, Similes en de overheden, op welke manier professionele ervaringsdeskundigheid kan geïntegreerd worden in de huidige werking. Dit behelst o.m. een statuut voor professionele ervaringsdeskundigen, een gedegen opleiding tot professionele ervaringsdeskundige en tot slot het integreren van professionele ervaringsdeskundigen en familiecoaches in de zorg, de zorgorganisatie en het beleid binnen voorzieningen.

→ *Verbindingen met de andere functies:*

- Sommige voorzieningen gericht op intensieve gespecialiseerde behandeling richten zich tot de doelgroep waar het VDI-team actief is en zullen binnen dat zorgpad hun rol opnemen. Dit gaat enerzijds over de bed-op-recept-formule anderzijds over de intensieve gespecialiseerde behandeling indien geïndiceerd.
- Het VDI-team is ook gelieerd aan F4 als het gaat over de spoeddiensten. Als spoedartsen oordelen dat opname niet noodzakelijk is kan het VDI-team cliënten op een andere manier ondersteunen.
- Sommige voorzieningen richten zich eerder op behandeling van langdurig zorgafhankelijke patiënten en schakelen zich dus in in het zorgnetwerk waarin ook de FACT- en PITZ-teams actief zijn. Dit wordt in het deel over functie 2a&2b uitgewerkt. De rol van FACT- en PITZ-teams binnen het ontslagmanagement is cruciaal in het streven naar kortere opnames.

Functie 5 : specifieke woonvormen waarin *al of niet tijdelijk* zorg kan aangeboden worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

→ *Huidig zorgaanbod :*

- Binnen GGZ-voorzieningen:

Voor de ruime doelgroep van personen met een min of meer gestabiliseerde complexe en langdurende problematiek wordt binnen de beschermde woonvormen (PVT en beschut wonen) langdurige ondersteuning geboden in het dagelijkse leven. Dit met het oog op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en met aandacht voor een zinvolle dagstructurering. Het reïntegreren van de cliënt in een maatschappelijke omgeving blijft steeds een streven.

Er zijn twee soorten zorgvragers in beide woonvoorzieningen: enerzijds mensen die langdurig en misschien blijvend op PVT of beschut wonen beroep doen en anderzijds mensen die tijdelijk in PVT of beschut wonen verblijven, maar voor wie het streven ooit weer zelfstandig te kunnen wonen de begeleidingsinhoud kleurt.

Binnen het netwerk zijn de volgende partners actief voor wat betreft het aanbieden van 'ondersteunde woonvormen':

- Initiatieven Beschut Wonen (IBW):
IBW Antwerpen (79 plaatsen); IBW De Vliering, Boechout (55 plaatsen); IBW De Link, Mortsel (90 plaatsen); IBW De Sprong, Zoersel (95 plaatsen); IBW Min, Antwerpen (50 plaatsen).
- Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT):
PVT De hoge beuken, Antwerpen (30 bedden); PVT Sint-Amedeus, Mortsel (210 bedden); PVT De Landhuizen, Zoersel (148 bedden); PVT Min, Antwerpen (24 bedden).

Alle zorgvragers binnen de zorgketen kunnen beroep doen, via de geijkte intake-procedures en indien geïndiceerd, op beide vormen van 'ondersteund wonen'. Tussen de verschillende voorzieningen bestaan er daaromtrent afspraken. Veelal worden patiënten, die gekend zijn in een bepaald zorgcircuit verbonden aan een van de ziekenhuizen, preferentieel doorverwezen naar een aan dat ziekenhuis verbonden initiatief (dit in het kader van de nood aan zorgcontinuïteit).

- Binnen niet GGZ-voorzieningen :

- De huisvestingsmaatschappijen investeren in woon-ondersteunende initiatieven.
- Binnen de CAW's zijn volgende partners actief in woonzorg (voor vnl. daklozen): CAW Metropool (Lab-project, het Alternatief, nachtopvang de Biekorf, opvangcentrum De Linde, pension Van Schoonhoven), CAW

De Terp (Opvangcentrum de Passant, Opvangcentrum werk der daklozen), CAW De Mare (opvangcentrum Sint-Andries). De CAW's hebben ook programma's voor reguliere woonbegeleiding.

→ Lacunes en zorgnoden met betrekking tot het zorgaanbod binnen functie 5:

- Ontbreken van gestructureerd arrondissementeel overleg met betrekking tot wonen tussen de partners onderling en tussen de partners en de huisvestingsmaatschappijen enerzijds en de CAW's anderzijds;
- Ontbreken van woningen binnen IBW waarin dagelijkse gepaste ondersteuning en zorg kan geboden worden terwijl die zorgvraag vooral bij jonge bewoners (die nog stabiliteit zoeken) en wat oudere bewoners met stijgende zorgnood erg actueel is;
- Te beperkte samenwerking tussen de PVT en IBW binnen één projectregio;
- Pogingen bewoners te vermaatschappijken worden bemoeilijkt door het te beperkte aanbod van mobiele teams en door de wachtlijsten in de sector van de sociale woningen;
- Betaalbaarheid van verblijf in PVT en woningen op de reguliere woonmarkt is een knelpunt voor veel patiënten;
- Te beperkte samenwerking tussen PVT en de WZC betreffende de zwaar zorgbehoevende PVT bewoners;
- Ontbreken van beschermde woonvormen voor specifieke doelgroepen zoals patiënten met persisterend storend gedrag;
- Te beperkt aanbod aan individuele woningen binnen het woningaanbod van de IBW.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107/33:

- Betere communicatie tussen de betrokken initiatieven: projectgroep 'woonvormen' is opgericht zodat voor het eerst arrondissementeel overleg rond 'wonen' opgezet en verder gezet kan worden. In deze werkgroep worden ook vertegenwoordigers opgenomen van de huisvestingsmaatschappijen actief in onze regio.
- Betere afstemming van het aanbod tussen de verschillende voorzieningen (met inbegrip van het streven naar een betere arrondissementele spreiding).
- Initiatieven zullen uitgewerkt worden om betaalbare woningen toegankelijk te maken voor GGZ-cliënten.
- Door de initiatieven beschut wonen en de PVT-voorzieningen wordt nagedacht over en gewerkt aan :
 - Samenwerking zodat ze samen kunnen zorgen voor een gedifferentieerd aanbod aan woonvormen. Er wordt naar gestreefd om een continuüm te creëren van veel zorg en ondersteuning (dagelijks) naar minimale begeleiding en ondersteuning (keep in touch).
 - Experimenten met gezamenlijke intake-procedures en wachtlijsten worden opgezet zodat de woonvoorzieningen samen een aan de zorgnood van de zorgvrager aangepaste woonvorm kunnen aanbieden.

→ Verwachtingen:

- De initiatieven beschut wonen worden geconfronteerd met een stijgende vraag naar individueel wonen. In die context hopen zij dat de 20%-regel omtrent individueel beschut wonen opgeheven wordt;
- De initiatieven beschut wonen hopen op een ontwikkeling waarin het 'beheer van woningen' losgekoppeld wordt van het begeleidend werk;
- Het PVT hoopt op regelgeving die het mogelijk maakt om meer gedifferentieerd en gespreid woonvormen /begeleidingvormen aan te kunnen bieden.

→ Verbindingen met andere functies :

- Zowel voor het PVT als voor de IBW zou samenwerking met op te richten FACT- of PITZ-teams perspectieven bieden als het gaat om het ondersteunen van hun bewoners die alleen (willen) gaan wonen.
- Voor beide groepen bewoners blijft ook 'activering' elementair. In die zin sluiten zij ook aan, in zoverre dat aan hun zorgvraag tegemoetkomt, op de in F3 opgelijste initiatieven.
- De F5 'woonvormen' situeert zich in een circulaire van zorg. Dit wil zeggen dat het verblijven in een woonvorm

niet het einde van de zorgketen betekent. Er zijn verbindingen in wederzijdse richting tussen F5 en F2, 3 en 4.

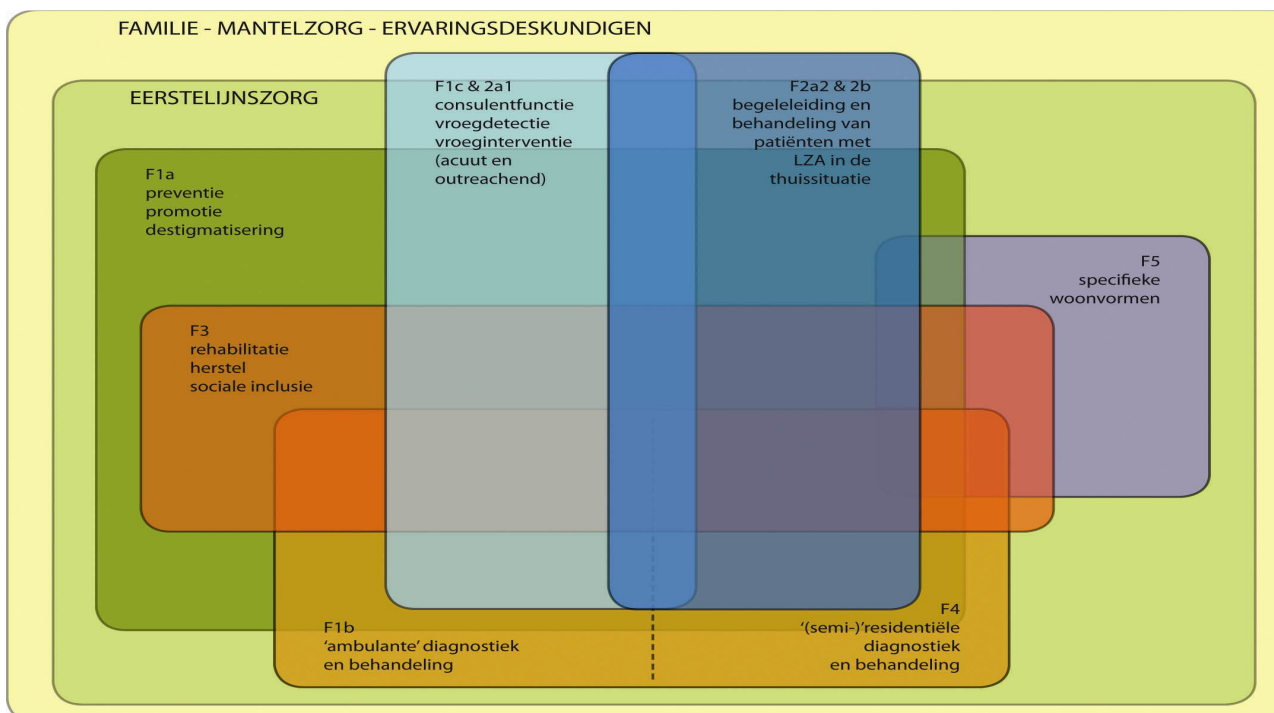
- o Betere onderlinge samenwerking en samenwerking met rusthuissector, 1^e -lijnsvoorzieningen, huisvestingsmaatschappijen, kan mensen perspectieven blijven bieden op vermaatschappelijking.

5.2.3 De 5 functies circulair verbonden

Zorg, en dus ook geestelijke gezondheidszorg, is meer en meer een werk van en voor veel verschillende partners en voorzieningen. De voorgaande opdeling in functies is goed om onderscheiden te maken en om er voor te zorgen dat aan het ganse spectrum van zorg en zorgmogelijkheden wordt gedacht: van zelf-zorg en zorg door familie over 1^e lijnszorg, preventie, herstelgerichte zorg en gespecialiseerde behandeling tot woonvormen. De zorgvormen zijn onderscheiden maar tegelijk kunnen ze complementair en/of geïntegreerd zijn en heel sterk verbonden in een samen gedragen ketenzorg.

In onderstaand schema wordt de samenhang tussen de functies op 2 niveaus weergegeven:

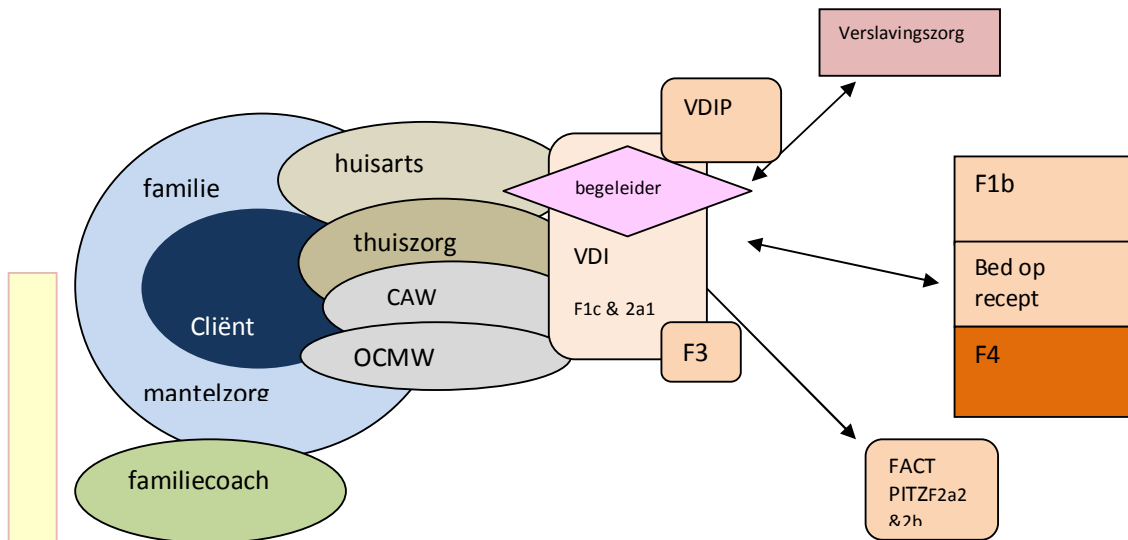
- o op het niveau van de patiënt: De basis van zorg is de zelf-zorg en de zorg van familie en mantelzorgers voor hun zieke familielid, vriend of buur. Daarnaast bestaat er geen gespecialiseerde zorg zonder 1^e-lijnszorg (principe van stepped-care en subsidiariteit). Beiden zijn altijd betrokken partij. Wanneer een integraal zorgplan wordt opgesteld zijn op verschillende momenten in het zorgtraject alle blokken waar kleuren zich mengen mee betrokken bij dat integraal zorgplan (zowel patiënt, familie, mantelzorgers, 1^e-lijnszorgverleners, als deskundigen binnen de 5 functies). De intensiteit van samenwerking tussen en met de zorgpartners van de verschillende functies wordt weergegeven door de vele kleuroverlap;
- o Op het niveau van de functies: er zijn slechts weinig functies die los staan van elkaar of op een bepaald moment enkel het accent op hun eigen doelstelling hebben. Meestal zijn er verbanden tussen de functies. Voorbeelden maken dat duidelijk.
 - Een team dat binnen functie 2a&2b werkt, zal ook altijd werken rond preventie en destigmatisering (F1a), psychosociale rehabilitatie en sociale inclusie (F3) en doet ook aan diagnostiek en behandeling (F1b en 4);
 - Woonbegeleiders (F5) zullen ook steeds werken rond destigmatisering (F1a), rehabilitatie en herstel (F3) en indien nodig behandelen zij ook (F1b of 4), zij het minder intensief dan gespecialiseerde behandelaars.



5.3 Nieuwe rollen

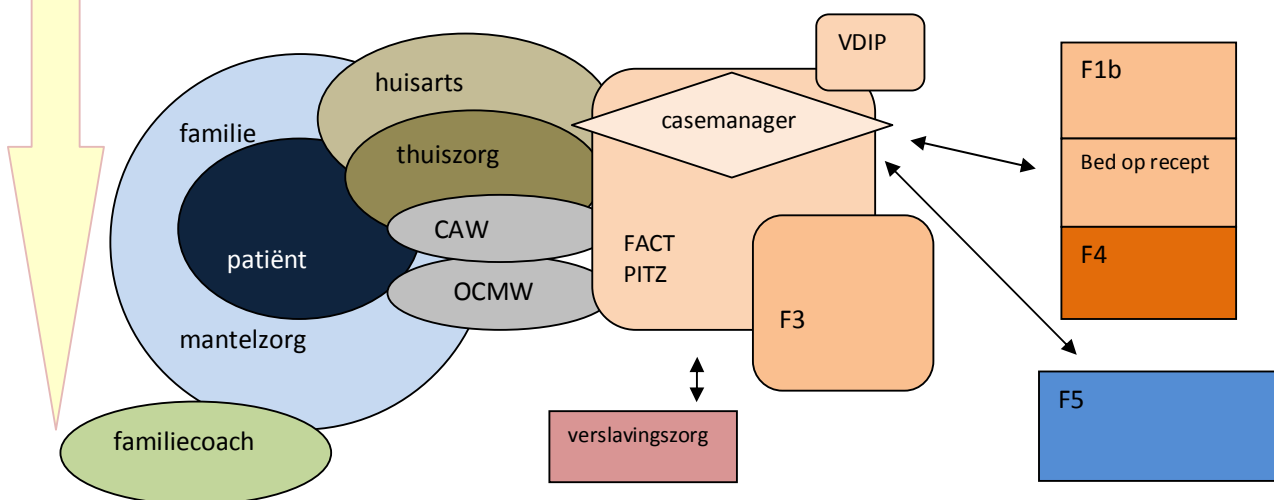
5.3.1 Patiëntniveau

Zorgnetwerk 1 : het zorgcircuit voor mensen met niet eerder onderkende ernstige psychiatrische aandoeningen.



In dit schema wordt verduidelijkt dat de zorgvraag van de cliënt en/of zijn familie/omgeving in eerste instantie door de 1^e lijn (huisarts, thuiszorg, CAW, OCMW) wordt opgepikt. Het **VDI-team** is de minst invasieve GGZ-zorg. **De begeleider** voegt in, ondersteunt de 1^e lijn (hierin eventueel ondersteund door de **bed-op-recept**-formule) en leidt (indien dat noodzakelijk is) de patiënt toe naar de gepaste GGZ-zorg. Dat kan dan gaan over ambulante (F1b) dan wel residentiële behandeling F4. De pijlen in het schema vertolken de **'ketenzorg'** op basis van het integraal en gedeeld zorgplan.

Zorgnetwerk 2 : het zorgcircuit voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die langdurend zorgafhankelijk zijn.



In dit schema wordt verduidelijkt dat ook de zorgvraag van patiënten met LZA op de grootst mogelijke vermaatschappelijking gericht is. **De casemanager**, in dialoog met patiënt, familie, mantelzorg en 1^e lijn en geruggesteund door het **team**, zet een integraal zorgplan op waarin ook **psychosociale rehabilitatie** een belangrijke rol krijgt. Op basis van **ketenzorg** en het gedeelde zorgplan kan het bed-op-recept, ambulante dan wel residentiële behandeling of tijdelijk ondersteund wonen ingezet worden, als de zorgnood dit aangeeft.

Bij deze schema's merken we ten slotte op dat het niet noodzakelijk de begeleider of casemanager is die de aansturing en coördinatie van het zorgoverleg opneemt. De zorgcoördinatie (te begrijpen als het feitelijk organiseren van een zorgoverleg) zal, indien dat kan, opgenomen worden door de zorgcoördinatoren van de SEL Amberes. De inhoudelijke zorgbemiddeling wordt opgenomen door de hulpverlener die het dichtst bij patiënt staat en is dus afhankelijk van het zorgtraject.

Wanneer in de context van ketenzorg, zorgverleners van verschillende voorzieningen samen betrokken zijn met en rond de patiënt, wordt er in elke voorziening afgesproken wie de referentiepersoon van de patiënt is. Het is de zorgcoördinator die bij een zorgoverleg deze referentiepersonen bij elkaar brengt en het is de zorgbemiddelaar die dit overleg inhoudelijk leidt.

5.3.2 Netwerkniveau

In rubriek 5.5 wordt de werkstructuur uitgelegd en schematisch weergegeven.

In deze structuur worden een aantal nieuwe rollen op het netwerkniveau duidelijk:

- De netwerkcoördinator:

Tijdens de ontwikkelingsfase van het project is de netwerkcoördinator in de eerste plaats een verbindingsfiguur tussen de beleidsstructuur (stuurgroep, netwerkcomité, artsenuverleg,...) enerzijds en de projectleiders voor de verschillende functies anderzijds;

Tijdens de operationele fase van het project wordt de netwerkcoördinator vooral een verbindingsfiguur tussen de werkgevers en leden van de stuurgroep enerzijds en de projectleiders en functionele teamleiders anderzijds.

In beide fasen van het project is de netwerkcoördinator de contactpersoon voor alle betrokken partners/voorzieningen/overheden/...

Voor het profiel en de competenties van de netwerkcoördinator verwijzen we naar het contract tussen promotor en netwerkcoördinator.

Tijdens de ontwikkelingsfase wordt de rol van netwerkcoördinator opgenomen door 2 halftijdsen: Stef Joos (PZ Bethaniënhuis) en Joris Housen (PC Sint-Amedeus). Wanneer het project in de operationele fase komt (november 2011) wordt dit geëvalueerd en al dan niet bijgestuurd.

- De projectleider voor functies met nieuwe diensten tijdens de projectperiode:

Tijdens de ontwikkelingsfase is het nodig dat er nieuwe diensten ontwikkeld worden, vooral voor de functies 1c&2a1 (VDI-team) en 2a2&2b (FACT- en PIZ-teams). Voor elke nieuwe dienst (ook al is het een gelijkaardige dienst in een andere regio (bijv. PIZ-team) werken we met een projectleider. Deze persoon wordt verwacht met het projectteam tegen een welbepaalde datum (het tijdsschema is geïntegreerd in de middelentabel in hoofdstuk 7) een dienst operationeel te maken. In bijlage 4 is een **samenwerkingsovereenkomst** voor elke nieuwe op te richten dienst ingesloten. Het is ook belangrijk dat de nieuwe diensten op elkaar afgestemd worden en zich afstemmen op reeds bestaande zorgverleners, zorgvoorzieningen en diensten. Deze afstemming wordt gecoördineerd in een overleg tussen netwerkcoördinatoren en projectleiders. Wanneer de nieuwe dienst operationeel wordt, blijft de projectleider deze wel opvolgen gedurende de projectperiode.

De projectleiders voor de functies waarvoor nieuwe diensten worden gecreëerd tijdens de projectperiode zijn:

Project 3 (F1c & 2a1: VDI-team voor regio 1 en 2): Jan Mampuys (Andante)

Project 5 (F2a2 & 2b: FACT-team in regio 1): dr. Jan Vanhecke (ZNA) en dr. Lucas Joos (Bethaniën)

Project 6 (F2a2 & 2b: PIZ-team in regio 1): Gie Goyvaerts (ZNA)

Project 7 (F2a2 & 2b: PIZ-team in regio 2): Nicole Van Houtven (De Link)

Project 8 (F2a2 & 2b: PITZ-team in regio 3 en 4): Marleen Geentjens (De Sprong)

- o De projectleider voor functies met mogelijks nieuwe diensten na de projectperiode:

Deze projectleider wordt verwacht met een projectteam voor een bepaalde regio na te gaan wat er nodig is om een nieuwe dienst te organiseren. Wegens gebrek aan middelen is het nog niet haalbaar operationeel te worden tijdens de projectfase. Er is hieromtrent een **inspanningsverbintenis** (zie bijlage 6) opgemaakt tussen de partners. Hier gaat het om één project:

Project 4 (F1c & 2a1: VDI-team voor regio 3 en 4): Luc Van Hullebusch (KLINA)

- o De projectleider voor functies met bestaande zorgvoorzieningen en diensten:

Er zijn ook heel wat bestaande zorgverleners, zorgvoorzieningen en diensten die een plaats krijgen binnen de functie-indeling voor een bepaalde regio. Voor elke functie is er per welbepaalde regio ook een projectleider. Deze wordt verwacht de afspraken die vermeld zijn in de **engagementsverbintenis** (zie bijlage 5) te realiseren met een projectteam. Daarnaast participeren deze projectleiders ook aan het afstemmingsoverleg met de netwerkcoördinatoren.

De projectleiders voor de functies met bestaande zorgvoorzieningen en diensten zijn:

Project 1 (F1a voor ganse projectregio): Wim Vanspringel (VAGGA)

Project 2 (F1b voor ganse projectregio): Mario De Prijcker (VAGGA)

Project 9 (F3 voor regio 1 en 2): Jo Verstraeten (De Vliering)

Project 10 (F3 voor regio 3 en 4): Marleen Geentjens (De Sprong)

Project 11 (F4 voor ganse projectregio): Francis de Groot (Broeders Alexianen Boechout)

Project 12 (F5 voor ganse projectregio): Bart Meyers (De Landhuizen)

- o De functionele teamleiders:

Tijdens de operationele fase zijn er voor de nieuwe diensten teamleiders. Zij sturen de nieuwe samengestelde teams functioneel aan. Het kan zijn dat een team is samengesteld uit leden met verschillende werkgevers. Het vergt communicatie- en bemiddelingsvaardigheden van deze functionele teamleiders om daar op een heldere en teamconstructieve manier mee om te gaan. De functionele teamleider overlegt ook intensief met zijn respectievelijke projectleider en participeert ook aan het afstemmingsoverleg met de netwerkcoördinatoren.

Wanneer het projectdossier wordt goedgekeurd wensen we 3 maanden voor een dienst operationeel wordt de functionele teamleider te hebben aangeworven.

5.3.3 Cliënten- en familie-organisaties

Er zijn 2 nieuwe rollen die in het project 107/33 een plaats krijgen.

- o Professionele ervaringsdeskundige voor patiënten

Het is de bedoeling een professionele ervaringsdeskundige als teamlid in het FACT-team op te nemen. Om deze functie gestalte te geven is het nodig een degelijke en volwaardige opleiding te hebben voor 'ervaringsdeskundige voor patiënten'. Iemand met zulke opleiding kan in aanmerking komen voor een betaalde functie als 'professionele ervaringsdeskundige'.

- o Familiecoach:

Samen met Similes kan de rol van een familiecoach als brugfunctie in het realiseren van een optimale samenwerking in de triade 'hulpverlener, patiënt en familie' verder worden uitgewerkt. Zowel hulpverleners als familieleden kunnen op een familiecoach beroep doen wanneer spontane participatie moeilijk lukt.

5.4 Instrumenten voor communicatie en monitoring

5.4.1 Op patiëntniveau

- Het integraal zorgplan

Er wordt gekozen voor een integraal (interdisciplinair en multiprofessioneel) en transmuraal (wordt gebruikt door alle partners in het netwerk) zorgplan. Hiervoor wordt aangesloten op het e-zorgplan dat reeds door de SEL Amberes gehanteerd wordt en momenteel reeds beperkt gebruikt wordt in de diensten IBW en PZT.

Er zal worden nagegaan hoe dit kan worden afgestemd op de (interdisciplinaire) behandel- of zorgplannen die andere partners momenteel gebruiken, zodat de invloed op de administratieve werkdruk beperkt gehouden kan worden.

- FACT-bord methodiek

Zowel in het VDI-, FACT- als PIZ team wordt er gewerkt met het FACT-bord om dagelijks de meest pertinente informatie te communiceren en bij te houden voor het interdisciplinaire team.

- Routine Outcome Monitoring

ROM is een gekende methode die impliceert dat gegevens over de resultaten van de zorg systematisch verzameld worden. Het gebeurt aan de hand van eenvoudige vragenlijsten die samen met de patiënt/cliënt ingevuld worden (GVSG, Mecca, Mansa en Can kunnen hiervoor gebruikt worden). Op die manier krijgt de patiënt ook feedback omtrent de effecten van de begeleiding en wat het zorgaanbod eigenlijk doet aan de klachten en aspiraties van de cliënt.

Gegevens over de cliëntenpopulatie heen zijn ook bruikbaar voor teams om het effect van hun werk meer algemeen te kunnen opvolgen.

5.4.2. Op netwerkniveau

De wetenschappelijke opvolging van het project zal uitgebouwd worden in dialoog met de overheid. Afhankelijk van wat door de wetenschappelijke équipe zelf zal worden gemonitord en gemeten, zullen binnen ons project eventueel bijkomende indicatoren afgelijnd worden.

Belangrijke targets zijn kwaliteit van leven, tevredenheid van patiënten, familie en zorgverstrekkers, indicatoren rond sociale inclusie, het effect op de opnameduur en –frequentie, het effect op armoede en marginalisering, opnameverwijs- en ontslagmodus, wachttijden, zorg-operationalisatie, ernst symptomatologie en mogelijke case-load per team.

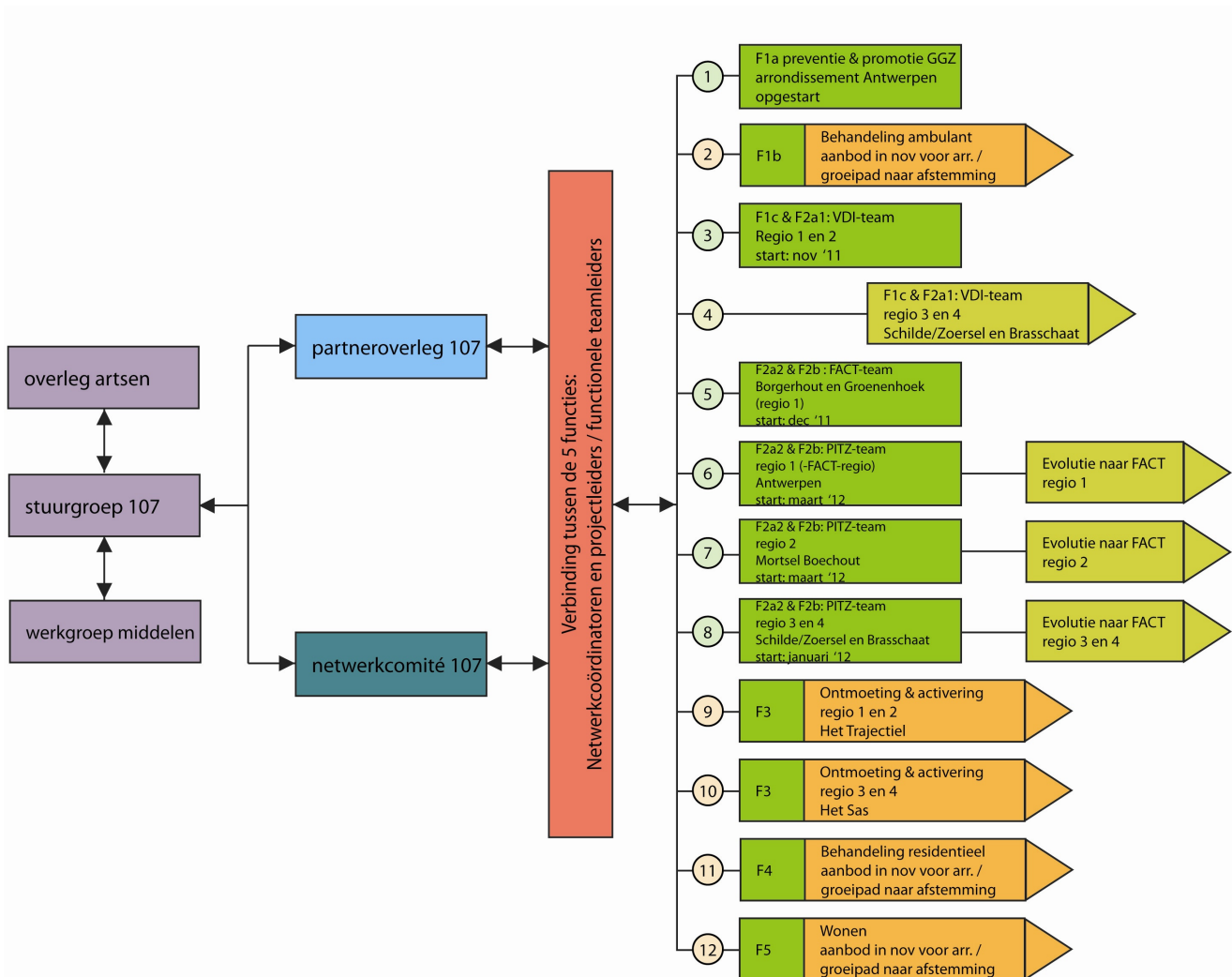
Contacten met CAPRI of UA zijn vooralsnog niet gelegd, omdat er wetenschappelijke opvolging voorzien is, maar blijft een mogelijkheid.

In ons project vraagt meer specifiek de vergelijking tussen de verschillende operationalisaties binnen de functies F2a&2b extra aandacht. Er is immers gekozen om de experimenteerruimte die het project 107 ons biedt te gebruiken om na te gaan op welke manier outreachende zorg voor langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten het best wordt opgezet in onze specifieke regionale context met een zeer goed uitgebouwde 1^e lijnszorg.

5.5 Management- en bestuursmodel

Het samenwerkingsverband project 107/33 bestaat uit meer dan 30 organisaties. In de voorbereidingsfase van de projectdossier hebben we met een werk- en overlegstructuur gewerkt waardoor elke organisatie betrokken is.

Volgend schema geeft de opbouw van de werkstructuur weer:



o Stuurgroep 107:

- doelstelling: opvolging stand van zaken projectdossier, opvolging beschikbare middelen, aangeven kader waarbinnen gewerkt kan worden
- samenstelling: algemeen directeurs en hoofdgeneesheren partners GGZ, vertegenwoordiger Similes, vertegenwoordiger Uilenspiegel, voorzitter OCMW Antwerpen, vertegenwoordiger CAW's, voorzitter SEL Amberes
- voorzitter: promotor
- vergaderagenda: maandelijks

o Netwerkcomité 107:

- doelstelling: project operationeel uitwerken
- samenstelling: volgens afspraak in stuurgroep 107
- voorzitter: promotor
- vergaderagenda: 2-wekelijks

- Partneroverleg 107:
 - doelstelling: gezamenlijk overleg GGZ en niet-GGZ partners om afstemming en samenwerking te bekomen aangaande project 107/33. in dit forum wordt iedereen breed geïnformeerd en kan iedereen reflecties geven over stand van zaken uitwerking 5 functies en linken daartussen.
 - samenstelling:
 - Voor het groot partneroverleg zijn het alle GGZ en niet-GGZ partners uit de projectregio
 - Voor reflectiegroep ad hoc wordt samenstelling gekozen afhankelijk van de betrokken zorgregio
 - voorzitter: netwerkcoördinator
 - vergaderagenda:
 - Twee maal per jaar groot partneroverleg;
 - Reflectiegroep ad hoc voor een bepaalde functie in een bepaalde zorgregio.
- Overleg netwerkcoördinatoren en projectleiders en functionele teamleiders:
 - doelstelling: De functionele linken en afstemming tussen de 5 functies verzorgen en bewaken
 - samenstelling: netwerkcoördinatoren en projectleiders
 - voorzitter: netwerkcoördinator
 - vergaderagenda: maandelijks
- Overleg artsen:
 - doelstelling: uitwerken regeling artsen betreffende functies 1 en 2 en zorgen voor draagvlak in medische raden voor dit project
 - samenstelling: in eerste instantie de hoofdgeneesheren van de 4 PZ en uitbreiding naar medische raden 4 PZ. In tweede instantie ook artsen van PAAZ, CGG en Riziv-conventies betrekken.
 - voorzitter: hoofdgeneesheer PZ Bethaniënhuis
 - vergaderagenda: naargelang noodzaak
- Werkgroep middelen:
 - doelstelling: zo gedetailleerd mogelijk de middelentabel invullen zodat we expliciet weten tegen wanneer we over welke (personele en infrastructurele) middelen kunnen beschikken.
 - samenstelling: enkele algemeen directeurs PZ, PAAZ, CGG
 - voorzitter: algemeen directeur PZ Broeders Alexianen Boechout
 - vergaderagenda: naargelang noodzaak
- Projectgroepen:

In het schema werken we met 3 kleuren voor de projectgroepen.

 - **Groene projectgroepen:** Deze dienen te leiden tot een werkbaar resultaat in het projectdossier van 12 mei 2011 hebben daarna nog enkele maanden om dat concreter uit te werken en voorzien opstart vanaf november 2011 (resulteert in een samenwerkingsakkoord voor de betreffende functie in een welbepaalde regio):
 - **Oranje projectgroepen:** Deze beschrijven de werking die er vandaag bestaat in de projectregio en werken aan een groeiplan voor de komende 3 jaar naar afstemming en samenwerking (resulteert in een engagementsverbintenis voor de betreffende functie in een welbepaalde regio en tegen ten laatste 31 december 2013 in een samenwerkingsakkoord).
 - **Gele projectgroepen:** Deze vertrekken vanuit een kern die er vandaag al bestaat en zoeken verder uit hoe de betreffende functie kan ingebed worden in de regio op langere termijn en met welke middelen (resulteert in een inspanningsverbintenis voor de betreffende functie in een welbepaalde regio).

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering

De fasering (tijdschema) is opgenomen in het schema van rubriek 5.5 en de middelentabel van hoofdstuk 7. Het opstarten van de nieuw op te zetten diensten binnen de op outreach gerichte functies worden als volgt gepland:

- VDI-team regio 1 en 2: opstart november 2011
- VDI-team regio 3 en 4: tijdens projectperiode wordt nagegaan hoe de betreffende functie kan ingebed worden in de regio op langere termijn en met welke middelen.
- FACT-team (regio district Borgerhout en wijk Groenenhoek (district Berchem)): opstart december 2011
- PITZ-team regio 3 en 4: opstart januari 2012
- PITZ-team regio 1 en PITZ-team regio 2: opstart maart 2012.

De manier waarop, in functie van deze uitbouw, de reallocatie van middelen georganiseerd wordt, is terug te vinden in de middelentabel van hoofdstuk 7.

6.2. Risicomanagement

6.2.1. Risico's

- Er blijft enige onduidelijkheid bestaan en niet alles is op dit moment direct te concretiseren:
 - de overheid dient de reallocatie en het sluiten van B4-overeenkomsten mogelijk te maken;
 - het bedrag voor de psychiatrische functie wordt mogelijk bepaald door de projectregio-grootte;
 - het experimenteel karakter van het project biedt ruimte maar is ook lastig: er zal tijdig duidelijkheid moeten kunnen geboden worden omtrent de langere termijn;
 - organisatorisch is het onduidelijk op welke manieren afspraken te maken zijn op vlak van arbeidsmodaliteiten aangezien teams gevormd zullen worden door werknemers van verschillende werkgevers (verschillende statuten in één functioneel team). Complex is ook dat in sommige teams werknemers geïntegreerd zullen worden uit andere niet GGZ-gerelateerde organisaties (OCMW, 1^e -lijnsdiensten, ...).
- Zorginhoudelijk wordt bij medewerkers binnen de nieuw op te zetten teams op nog niet aangeleerde competenties beroep gedaan.
- Wanneer verschillende zorgverleners en voorzieningen in ketenzorg betrokken zijn bij een patiënt, is het de vraag hoe de medisch/psychiatrische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid geregeld geraakt.
- Door de veelheid van partners binnen het netwerk is het een complexe transitie die nagestreefd wordt.
- Binnen de nieuwe (samen)werking (zeker meer specifiek binnen de nieuw op te zetten teams) zal voortdurend, op zoek naar de juiste methoden en werkafspraken, toetsing en bijsturing noodzakelijk zijn.

6.2.2. Risicomanagement

- In alle overlegstructuren wordt een brede vertegenwoordiging van de partners structureel ingebed.
- Er zullen regelmatig 'procesevaluaties' ingepland worden.
- De netwerkcoördinatoren zullen bij problemen of spanningen tussen de partners, in overleg met het netwerkcomité, de nodige initiatieven nemen.
- De netwerkcoördinatoren zorgen voor transparante beslissingslijnen en duidelijke communicatie.
- Er wordt fors geïnvesteerd in vorming, opleiding en supervisie voor de teamleden.

7. Financiering en middelenallocatie

In de middelentabel op volgende pagina worden de VTE aangegeven die ingezet kunnen worden in de zorgvernieuwing van het 'arrondissement Antwerpen'. Er staat telkens bij van welke partner ze komen, voor welke functie ze bestemd zijn, en met een tijdsbalk.

In totaal gaat het over 49,29 VTE die worden ingezet in project 107/33 tussen november 2011 en maart 2012. De verdeling is daarbij als volgt:

- 10 VTE VDI-team in regio 1 en regio 2;
- 10,50 VTE FACT-team in regio 1;
- 1 VTE activering in regio 1;
- 0,29 VTE activering in regio 3&4;
- 8 VTE PITZ-team in regio 1 (- FACT-regio);
- 8 VTE PITZ-team in regio 2;
- 7,9 VTE PITZ-team regio 3&4;
- 3,6 VTE versterking in F4 voor PZ Stuivenberg (2,6 VTE) en PZ Broeders Alexianen Boechout (1 VTE).

Het is wel belangrijk op te merken dat de 18 A-bedden van het PZ Stuivenberg eerst een reconversie inhouden van verantwoorde C- en D-bedden van het AZ Stuivenberg (beiden deel van ZNA). Wanneer dit wettelijk niet geregeld geraakt kunnen de 18 A-bedden van PZ Stuivenberg niet gerealloceerd worden.

Het is ook nodig te verwijzen naar de recente omzendbrief van minister Vandeuren (gemaild op 4 mei 2011) aan de directies van de CGG's. Volgens deze brief mogen de CGG's hulpverleners inzetten in functies 1, 2 en 3, maar mag dat niet ten koste gaan van de kernactiviteit van het CGG, namelijk ambulante face-to-face behandeling van cliënten. Het dient dus nog verder verduidelijkt te worden in een overleg met de Vlaamse overheid welke ruimte de CGG's uiteindelijk hebben om effectief hulpverleners in te zetten in functie 1c&2a1.

De € 725.000 projectmiddelen op jaarbasis wordt als volgt besteed:

- € 100.000 bestemd voor netwerkcoördinatie;
- € 225.000 voor de psychiatrische functie in de teams van F1c&2a1 en F2a2&2b;
- € 400.000 voor personeels- en werkingsmiddelen waarvan:
 - +/- € 216.106,81 voor aanwerving van 4 VTE (berekend op basis van 10j. anciënniteit) zoals in de middelentabel;
 - +/- € 36.000 voor huur gebouwen (2 locaties) voor mobiele teams en aanloophuis;
 - +/- € 40.000 voor allerlei aankoopkosten als informatica, telefoon, bureaumateriaal, fietsen,...
 - +/- € 40.000 voor allerlei recurrente werkingskosten als verplaatsingskosten, telefonie, elektriciteit/gas/water, netwerkonderhoud, drukken brochures en folders, ...
 - +/- € 57.000 voor kwalificatieverhoging. De reallocatie leidt niet tot ontslag van medewerkers met lagere kwalificaties in de PZ'en. Er zijn echter openstaande vacatures voor zorgkundigen en deze kunnen omgevormd worden naar een vacature voor een bachelor of master indien nodig voor de outreach-teams.
 - +/- € 10.000 voor vorming en bijscholing medewerkers van de nieuwe diensten.

PROJECT 107/33 REGIO ARRONDISSEMENT ANTWERPEN (-Rupelgemeenten)

		GERERALLOCEERDE MIDDELEN ART. 107/33							BESTEMMING				TIJDSLIJN	
Regio	Naam voorziening	Bedden							Totaal VTE	F1b & F2a1	F2a2 & F2b	F3	F4b	jaar
		type	aantal	vpk	psy'oog	mw	paramed	n-gekw						
1	PZ Stuwvenberg	A	18	3,6	0,3	0,3	3,6	1,8	9,6	5,5 Fact regio1 / 1 PITZ regio1	0,5 activ regio 1	2,6		dec/11
3	PZ Bethaniën	T + T1/T2	6	1	0,05	0,05	1	0,3	2,4	2,4 PITZ regio 3&4				jan/12
3	PZ Bethaniën	Tn	14	1,17			1,25	0,47	2,89	2,6 PITZ regio 3&4	0,29 activ regio 3&4			jan/12
2	PZ Sint-Amedeus	T + T1/T2	20	2,22	0,185	0,185	3,7	1,11	7,4	PITZ 4 regio2 / 2 regio1 / 0,9 regio3&4	0,5 activ regio 1			mrt/12
2	PZ broeders Alexianen	T + T1/T2	10	1,67	0,083	0,083	1,67	0,5	4	3 PITZ regio 1		1		mrt/12
1,2,3,4	CGG Vagga								2	2 VDI regio1				nov/11
1,2,3,4	CGG Andante								2	2 VDI regio1				nov/11
									30,29	4	21,4	1,29	3,6	

PROJECT 107/33 REGIO ARRONDISSEMENT ANTWERPEN (-Rupelgemeenten)

		BESCHIKBARE MIDDELEN							BESTEMMING				TIJDSLIJN
Regio	Naam voorziening	PZT	activering	ind BW	psy vpk-team	andere	thuisvpk	Totaal VTE	F1b & F2a1	F2a2 & F2b	F3	F4b	jaar
2	IBW De Link	2						2	2 PITZ regio 2				mrt/12
2	IBW De Vliering	2						2	2 PITZ regio 2				mrt/12
3	IBW De Sprong	2						2	2 PITZ regio 3&4				mrt/12
1	IBW Min												
1	PZT Adapt	2						2	2 PITZ regio 1				mrt/12
1	PAAZ Sint-Vincentius					1		1	1 VDI-team				nov/11
4	PAAZ Klina												
1	sociaal centrum De Wilg				4			4	4 VDI regio 1				nov/11
1,2,3,4	SEL amberes (organisatie?)					1*	1*	2*	1 VDI regio1&2	1 FACT regio1			nov & dec/11
									15*	6	9	0	0

PROJECT 107/33 REGIO ARRONDISSEMENT ANTWERPEN (-Rupelgemeenten)

		EXTRA MIDDELEN VANUIT OVERHEID VOOR PROJECT 107					BESTEMMING				TIJDSLIJN
Regio	BUDGET	vpk	psycholoog	therap	prof ervaringsdeskun	Totaal VTE	F1b & F2a1	F2a2 & F2b	F3	F4b	jaar
	119.458,30	2,3				2,3	2,3 FACT regio 1				dec/11
	25.969,20				0,5	0,5	0,5 FACT regio 1				dec/11
	25.969,20			0,5		0,5	0,5 FACT regio 1				dec/11
						0					
						0					
						4	0	4	0	0	

* De middelen van de partners van SEL Amberes zijn nog in bespreking

8. Toetsing van de mate dat het projectvoorstel gedragen is

Door de brede opkomst van alle partners op de stuurgroep 107 en in de diverse projectgroepen kunnen we stellen dat er door veel partners een ruime interesse en betrokkenheid getoond is voor het project.

Het volledige projectdossier evenals alle samenwerkings-, engagements- en inspanningsverbintenissen in bijlage zijn gelezen en goedgekeurd door de partners (vermits ons gemeld werd op stuurgroep 107 van 28/4/2011 door de vertegenwoordigers van de overheden dat er geen handtekeningen nodig waren op het dossier, noch op de documenten, hebben we deze niet verzameld).

Er was een ruime opkomst op het groot partneroverleg van 11 mei 2011 (zie deelnemerslijst in bijlage 9), wat aangeeft dat er vanuit diverse hoek interesse is voor dit project 107/33 in het arrondissement Antwerpen. De vragen, bedenkingen en bezorgdheden die op het groot partneroverleg zijn geuit, sluiten aan bij de lacunes en zorgnoden die in rubriek 5.2.2 zijn weergegeven bij de diverse functies. De deelnemers zijn vooral hoopvol en kijken vol verwachting uit naar de mogelijkheden die de zorgvernieuwing kan bieden voor de patiënten.

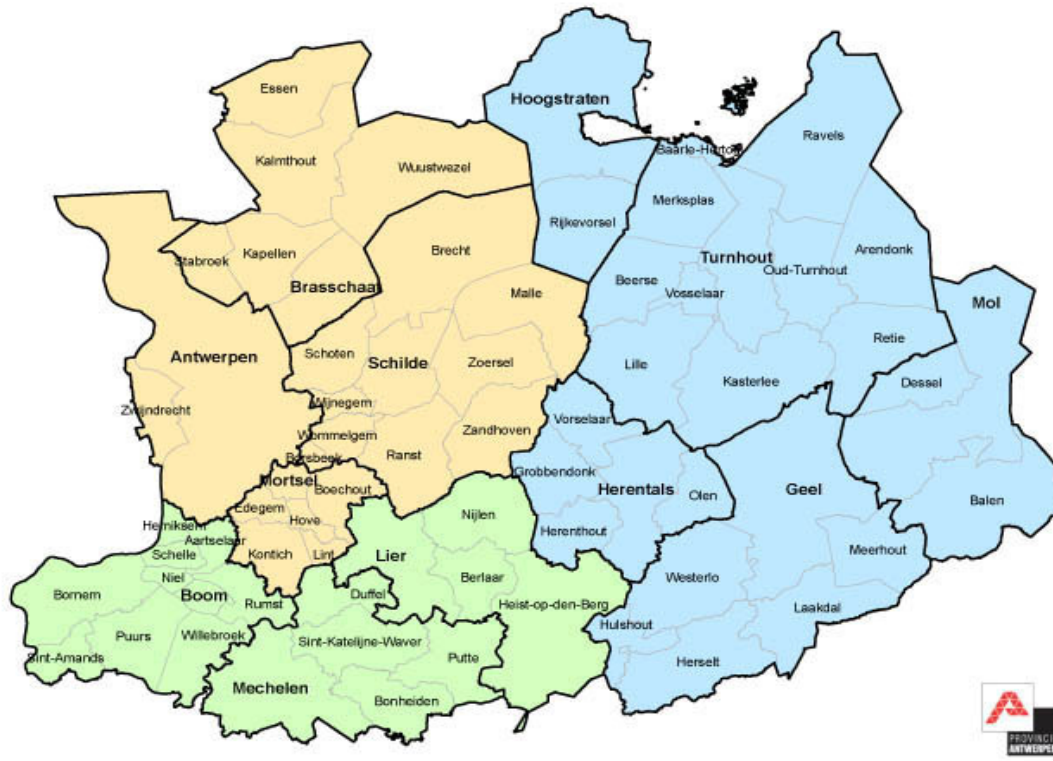
Het project is door de respectievelijke directies aangebracht op de ondernemingsraden van de 4 betrokken PZ'en.

Het project is voorgesteld door de hoofdgeneesheren en de voorzitters van de medische raad op de medische raden van de 4 betrokken PZ'en.

9. Literatuur

- Burns, T. (2004). Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices. Oxford, University Press
- Cantillon B. Over (geestelijke) gezondheid, armoede en sociale zekerheid. <http://anet.ua.ac.be/acadbib/uae/05950>
- LUCAS. (2003). De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Leuven.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (eds.) (1994) *Reducing risks for mental disorders*. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press.
- Mulder, N. & Kroon, H. (2009). Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. Boom.
- Smyth M. (ed.), 2008. Crisis resolution and home treatment. National institute for mental health, England, West-Midlands.
- Tielens, J. & Verster, M., (2010). Bemoeizorg: Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Utrecht: De Tijdstroom
- Thornicroft, G. & Szukler, G. (2001). Textbook of community psychiatry. Oxford University Press.
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G. & Van Meerbeeck, A. (2005). De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Lannoo Campus.
- Van Veldhuizen, J. R., Bahler, M., Polhuis, D. & Os, J. van. (2008). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Veldhuizen, J.R. en Snijdewind A. 2006. Alleen ambulante. Mension, Badhoevedorp.
- Van der Ploeg, G. & Griffioen, J. (2011). Herstelondersteuning: van kans naar realiteit! Utrecht: Initiatiefgroep Herstelondersteuning www.herstelondersteuning.nl
- Weeghel, J. van, & J. Dröes (1999). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 54, p. 150-165.
- Wenninck, J. & Goudriaan, G. (1991). Case management in de thuiszorg. De Graaff, H. (red.) Case Management, een zorg minder? Utrecht: SWP.
- Wilken J.P. en den Hollander D. 2008. Psychosociale rehabilitatie: een integrale benadering. SWP, Amsterdam.

Bijlage 1 kaart werkingsgebied (gele kleur)



Tabel met DSM-IV gegevens bij opname:

2009		PZ St- Am	PZ Br. Alex	PZ ZNA	PZ Beth.	Evenaar	Tsedek	Totaal
16 - 17 j	stemmingstoornissen	0	0	3	0	0	1	4
	stoorn. Middelen	0	0	0	1	0	0	1
	Schiz & Psychot	1	0	7	2	0	0	10
	Aanpassing st.	0	0	1	0	0	2	3
	Persoonlijkheid	0	0	2	0	0	0	2
	Angststoornissen	0	0	0	5	0	1	6
	andere	2	1	17	3	1	2	26
18 - 59 j	stemmingstoornissen	60	76	168	288	0	11	603
	stoorn. Middelen	85	386	437	323	0	4	1235
	Schiz & Psychot	102	61	354	217	0	0	734
	Aanpassing st.	34	6	155	124	3	5	327
	Persoonlijkheid	61	25	42	171	23	0	322
	Angststoornissen	5	14	23	32	0	8	82
	andere	101	22	91	85	0	5	304
60 - 65 j	stemmingstoornissen	11	6	16	18	0	0	51
	stoorn. Middelen	8	20	29	18	0	0	75
	Schiz & Psychot	4	3	18	11	0	0	36
	Aanpassing st.	1	1	4	2	0	0	8
	Persoonlijkheid	0	0	3	5	0	0	8
	Angststoornissen	0	0	0	0	0	0	0
	andere	5	0	11	5	0	0	21
Totaal		480	621	1381	1310	27	39	3858

2010		PZ St- Am	PZ Br. Alex	PZ ZNA	PZ Beth.	Evenaar	Tsedek	Totaal
16 - 17 j	stemmingstoornissen	0	0	1	1	0	0	2
	stoorn. Middelen	1	0	1	2	0	0	4
	Schiz & Psychot	0	0	2	1	0	0	3
	Aanpassing st.	0	0	1	1	0	0	2
	Persoonlijkheid	0	0	1	1	0	0	2
	Angststoornissen	0	0	0	1	0	0	1
	andere	3	0	13	3	0	0	19
18 - 59 j	stemmingstoornissen	92	75	141	307	2	5	622
	stoorn. Middelen	105	402	404	315	0	1	1227
	Schiz & Psychot	125	73	351	209	1	0	759
	Aanpassing st.	33	11	137	148	1	5	335
	Persoonlijkheid	55	4	41	160	23	0	283
	Angststoornissen	4	17	17	35	0	11	84
	andere	101	27	80	66	0	11	285
60 - 65 j	stemmingstoornissen	7	7	9	21	0	0	44
	stoorn. Middelen	9	22	28	20	0	0	79
	Schiz & Psychot	9	4	24	8	0	0	45
	Aanpassing st.	1	0	9	4	0	0	14
	Persoonlijkheid	0	0	1	4	0	0	5
	Angststoornissen	1	1	1	0	0	0	3
	andere	2	0	4	7	0	0	13
Totaal		548	643	1266	1314	27	33	3831

Tabel met verblijfsduur na ontslag:

2009		PZ St- Am	PZ Br. Alex	PZ ZNA	PZ Beth.	Evenaar	Tsedek	Totaal
16 - 17 j	0 - 7 d			8	6	0	0	14
	8 - 30 d			4	4	0	1	9
	1 - 3 m			3	1	0	3	7
	3 - 12 m			9	1	1	2	13
	1 - 3 j			1	0	0	0	1
	3 - 5 j			0	0	0	0	0
	+5 j			0	0	0	0	0
18 - 59 j	0 - 7 d	43	65	627	245	0	2	982
	8 - 30 d	87	129	251	278	1	5	751
	1 - 3 m	99	201	200	362	9	9	880
	3 - 12 m	136	133	144	331	11	17	772
	1 - 3 j	64	32	16	65	5	0	182
	3 - 5 j	14	6	1	15	0	0	36
	+5 j	10	10	9	12	0	0	41
60 - 65 j	0 - 7 d	1	2	26	3	0	0	32
	8 - 30 d	6	6	22	14	0	0	48
	1 - 3 m	5	13	15	21	0	0	54
	3 - 12 m	6	5	14	17	0	0	42
	1 - 3 j	5	7	1	6	0	0	19
	3 - 5 j	3	0	0	2	0	0	5
	+5 j	7	1	2	4	0	0	14
Totaal		486	610	1353	1387	27	39	3902

2010		PZ St- Am	PZ Br. Alex	PZ ZNA	PZ Beth.	Evenaar	Tsedek	Totaal
16 - 17 j	0 - 7 d	1	0	4	4	0	0	9
	8 - 30 d	1	0	3	3	0	0	7
	1 - 3 m	0	0	2	3	0	0	5
	3 - 12 m	1	1	9	0	0	0	11
	1 - 3 j	0	0	2	0	0	0	2
	3 - 5 j	0	0	0	0	0	0	0
	+5 j	0	0	0	0	0	0	0
18 - 59 j	0 - 7 d	46	71	606	242	2	3	970
	8 - 30 d	115	136	220	235	5	1	712
	1 - 3 m	130	198	221	356	2	4	911
	3 - 12 m	137	145	149	350	11	25	817
	1 - 3 j	70	35	23	72	8	0	208
	3 - 5 j	10	10	7	9	0	0	36
	+5 j	14	14	7	9	0	0	44
60 - 65 j	0 - 7 d	2	0	24	11	0	0	37
	8 - 30 d	8	7	12	11	0	0	38
	1 - 3 m	9	14	27	23	0	0	73
	3 - 12 m	3	12	9	18	0	0	42
	1 - 3 j	6	4	2	8	0	0	20
	3 - 5 j	0	3	0	1	0	0	4
	+5 j	3	1	0	0	0	0	4
Totaal		556	651	1327	1355	28	33	3950