



## Naar een betere geestelijke gezondheidszorg

door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken



### Zorgvernieuwend project geestelijke gezondheidszorg

regio Eeklo – Gent

#### **Netwerkpromotor:**

Luc De Schepper, [luc.de.schepper@fracarita.org](mailto:luc.de.schepper@fracarita.org)

#### **Netwerkcoördinatoren:**

Jo Van de Voorde, [jovandevoorde@psygent.be](mailto:jovandevoorde@psygent.be)  
Stein Storme, [steinstorme@psygent.be](mailto:steinstorme@psygent.be)

# Het projectvoorstel

## 1. Toelichting van de visie van het project

De Kernactoren van de regio beslisten reeds in 2009 om een gezamenlijke visie uit te schrijven en te laten ondertekenen door hun respectievelijke raden van beheer. De gezamenlijke missie werd als volgt gedefinieerd:

*“ De Kernactoren hebben als gesubsidieerde organisaties van professionals een heel belangrijke verantwoordelijkheid in de zorg met het oog op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de bevolking van de regio Kernactoren - Gent.*

*Zij willen oog hebben voor manco's in zorgcontinuïteit in het bestaande aanbod van diagnostiek, behandeling, begeleiding en zorg. Zij willen focussen op de toegankelijkheid van de bestaande diensten en de aansluiting op de eerstelijnsgezondheidszorg, waarin de huisartsen een belangrijke rol spelen.*

*Om dit te realiseren hebben alle burgers recht op zowel gegarandeerde basiszorg, als gegarandeerde specifieke zorg.*

*Basiszorg voor geestelijke gezondheid betreft hier snel starten van zo kort mogelijke interventies, gericht op behandelen en herstel waarbij de preventie van chronifiëring op de voorgrond staat. Oog hebben voor blijvende maatschappelijke inbedding en rehabilitatie is steeds aanwezig.*

*Specifieke zorg voor geestelijke gezondheid betreft pathologiespecifieke of doelgerichte programma's, georganiseerd in zorgcircuits. Deze zorgcircuits en behandelprogramma's hebben een specifiek verloop en werken in op structurele kwetsbaarheden. Ook hier zijn herstel, rehabilitatie en hervulpreventie steeds aan de orde.*

*Aan de huisartsen en andere eerstelijnsdiensten worden via de basiszorg, handvatten en tools aangeleverd door de Kernactoren. In de specifieke zorg wordt de patiënt vlot toegeleid naar multidisciplinaire teams met expertise in welomschreven pathologieën, doelgroepen en diverse methodieken.*

*De Kernactoren willen inspanningen leveren om voor welomschreven doelgroepen netwerken uit te bouwen die alle vereiste modules van basiszorg en specifieke zorg aanbieden. Dit hertekenen van de psychiatrische hulpverlening ten behoeve van de Gentse regionale bevolking veronderstelt nieuwe initiatieven die parallel, mogelijk ook prioritair zijn aan het afbouwen (realloceren) en herverkavelen van intramurale bedcapaciteit. “*

Deze visie zit ingebed in de visie op geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg zoals die werd omschreven door de Europese Unie<sup>1</sup> en door de WHO<sup>2</sup>. De concrete realisatie ervan wordt gebaseerd op de visie op getrapte zorg<sup>3</sup> (stepped care) waarbij gebruik wordt gemaakt van de balkmetafoor<sup>4</sup> (zie schema in bijlage).

---

<sup>1</sup> Groenboek. De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheid voor de Europese Unie, Brussel 2005

<sup>2</sup> Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solution, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki 2005

<sup>3</sup> 'Minder is meer. Stepped Care in de GGZ, J. Meeuwissen & M. Donkers, MGv 2004/11

<sup>4</sup> 'Balkmetafoor. Een verklarend model over het ontstaan van psychose gebaseerd op het kwetsbaarheid-stress-coping model', J. Mestah & I. Noyez, Tijdschrift voor hulpverleners in de GGZ 2001/6

De realisatie van de visie moet aftoetsbaar zijn aan de volgende criteria:

- Een volledig aanbod (alle functies) dat antwoord biedt op alle noden (basiszorg en specifieke zorg, gericht op preventie – behandelen – herstel) van de bewoners uit de regio met oog voor de maatschappelijke inbedding en rehabilitatie, maar dat ook een antwoord biedt op advies-, ondersteunings- en consultbehoeften van andere hulpverleners.
- Een goed georganiseerd en kwaliteitsvol aanbod gebaseerd op evidence based medicine
- Een meerwaarde voor de cliënt (= bewoners / andere hulpverleners of welzijnswerkers uit de regio Eeklo - Gent), m.a.w.:
  - o Aanbod is snel beschikbaar/inzetbaar
  - o Aanbod is op maat (thuis, ambulant, residentieel, kort, lang)
  - o Het is duidelijk waar men zijn vraag moet stellen
  - o Vanaf het stellen van de vraag (waar ook) is iemand cliënt van het 'netwerk'
  - o Vlotte toeleiding naar het juiste aanbod
  - o Garantie op toegang
- De beschikbare regionale middelen worden efficiënt ingezet

## **2. Doelgroep**

Het project richt zich tot (jong)volwassenen vanaf 16 jaar met een psychische of psychiatrische problematiek.

### **2.1 Epidemiologie in de bevolking**

Voor informatie over de prevalentie en incidentie van psychische problemen bij de Vlaamse bevolking kunnen we enkel terugvallen op de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD).

Tussen 2001 en 2002 werden hiervoor 2419 personen ouder dan 18 geïnterviewd. Uit dit onderzoek bleek dat minstens één op de vier ondervraagden één psychiatrische stoornis had gehad in zijn leven en één op negen in de laatste 12 maand. Depressie in enge zin (13,6%) en alcoholmisbruik (7,7%) kwamen het vaakst voor op lifetimebasis. Depressie in enge zin (4,6%) en specifieke fobie (3,1%) kwamen het meest voor in de laatste 12 maanden. Men stelde ook een hoge prevalentie voor psychiatrische comorbiditeit vast. 37,5% van de mensen die ooit een psychiatrische stoornis doormaakten rapporteerden minstens twee stoornissen. Incidentie en prevalentiecijfers zeggen weinig over de mate waarin een beroep wordt gedaan op hulpverleners of zorgvoorzieningen. Niet alle mensen met psychische problemen zoeken professionele hulp (filtermodel Goldberg & Huxley). Van het deel dat wel hulp zoekt komt er een gedeelte terecht bij de huisarts of andere eerstelijnsvoorzieningen. Vanuit de eerste lijn wordt er slechts een gedeelte doorverwezen naar de residentiële voorzieningen. ESEMeD toonde aan dat één op de drie personen met een psychische stoornis een professionele hulpverlener consulteerde. Het vaakst gebeurde dit door personen met een stemmingsstoornis (43%), angststoornis (38%) en alcoholgerelateerde stoornis (17%). Het vaakst werd de huisarts geconsulteerd al of niet in combinatie met een psychiater. Voor degene die hulp zochten, kreeg de meerderheid een medicamenteuze behandeling, al of niet in combinatie met een psychologische behandeling.

Zo'n 32% van de mensen met een psychische stoornis gebruikte het afgelopen jaar een psychofarmacum (46% personen met stemmingsstoornis, 31% personen met angststoornis en 19% personen met een alcoholgerelateerde stoornis). Voor incidentie en prevalentiecijfers kunnen we ook gedeeltelijk terugvallen op 'the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). NEMESIS 1 vond plaats in 1996, maar kreeg in 2007 – 2009 een vervolg in NEMESIS 2. We kunnen uit dit laatste onderzoek onthouden dat er in Nederland de laatste 10 jaar geen significante veranderingen werden vastgesteld bij de prevalentiecijfers. Een van de conclusies bij NEMESIS 2 was dat het zorggebruik de laatste 10 jaar licht was afgenomen.

## **2.2 Aanmeldingen van problemen rond geestelijke gezondheid in de regio Gent**

Prevalentie- en incidentiecijfers geven slechts een beperkt beeld over de behoeften naar geestelijke gezondheidszorg. Op basis van de Minimale Psychiatrische gegevens (MPG) van de afgelopen 10 jaar van de Gentse psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-en stellen we vast dat het aantal opnames voor de doelgroep volwassenen de afgelopen 10 jaar steeg van 5239 naar 6620. Deze stijging in het zorggebruik is vooral te wijten aan het stijgend aantal opnames binnen de klinische doelgroep stemmingsstoornissen en de doelgroep stoornis in middelen. Bij beide doelgroepen steeg het aantal opnames de voorbije 10 jaar met 50%. Dit in tegenstelling tot de klinische doelgroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen, waarbij het aantal jaarlijkse opnames vrij gelijk bleef.

Uit ESEMed bleek dat de stemmingsstoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen het vaakst voorkomen. We zien deze trend terugkomen in de minimaal psychiatrische gegevens. In 2009 waren meer dan de helft van de opnames, opnames van mensen met een stemmingsstoornis of middelenstoornis.

Bij de centra geestelijke gezondheidszorg stellen we eenzelfde patroon vast. Via de registraties in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) zien we dat meer dan de helft van de cliënten, mensen zijn met een angst- en/of stemmingsstoornissen of een stoornis in middelen.

Wanneer we echter kijken naar benutting van de aanwezige capaciteit bv. op 31 december 2009, dan stellen we vast dat de residentiële settings voor 30% worden ingenomen door de doelgroep schizofrenie of andere psychotische stoornissen. Een doelgroep die in het cliënteel van de centra voor geestelijke gezondheid quasi niet aanwezig is. Ook informatie over het actuele zorggebruik zegt niet alles over de behoeften van de doelgroep. Er is nood aan het verzamelen van bijkomende informatie.

## **3. Doelstellingen**

### **3.1 De cliënt**

Uit de visie zijn de volgende grote doelstellingen op het niveau van de cliënt te onderscheiden:

- Het bevorderen van de geestelijke gezondheid
- Het aanbieden van preventieve maatregelen om geestelijke gezondheidsproblemen aan te pakken
- Het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen of geesteszieken door sociale integratie en de bescherming van hun rechten en waardigheid
- Het aanbieden van zorg op maat (de meest effectieve, de minst belastende, de goedkoopste en kortste)
- Het garanderen van continuïteit van zorg

- Het aanbieden van kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg

Het **bevorderen van de geestelijke gezondheid** en het wegwerken van **stigma's** is een taak van velen. Het netwerk wil zich in het bestaande aanbod m.b.t. **gezondheidspromotie** en **positieve beeldvorming** inschrijven en dit versterken via specifieke acties.

Bij de **ziektepreventie** bestaat het doel er in **psychische problemen zo snel mogelijk op te sporen** (**vroegdetectie**) en verergering te voorkomen door de gepaste acties snel op te starten (**vroeginterventie**). Het netwerk wil dit realiseren door de **actoren uit de eerste lijn te ondersteunen** d.m.v. het aanreiken van de nodige handvatten (instrumenten, vorming en aansluitende zorgpaden).

**Zorg in de samenleving** is gebaseerd op **herstel**, **sociale inclusie** en het **verbeteren van de levenskwaliteit** van de cliënt en zijn omgeving. Het is dan ook een prioriteit van het netwerk en een opdracht voor alle actoren. Conform de principes van getrapte zorg vormen de **wensen en krachten** van **elk individu** en de mogelijke hulpbronnen in **zijn directe omgeving** (familie, burens, vrienden, ....) het uitgangspunt.

Aansluitend bestaan **tal van voorzieningen** die met betrekking tot **één of meerdere levensdomeinen** (wonen, werken, leren, vrije tijd, lichamelijke en geestelijke gezondheid, ...) een **specifiek aanbod** en **expertise** hebben uitgebouwd. Om dit aanbod zoveel als mogelijk en wenselijk in te zetten, moeten deze actoren kunnen rekenen op **advies en ondersteuning** vanuit de mobiele teams en de actoren uit de tweede lijn. Wanneer **gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg** (verder) noodzakelijk is, moet deze **laagdrempelig** gegarandeerd zijn en **snel ter beschikking** worden gesteld. Het residentieel aanbod zal hierbij de **opnametijd** zo **bepikt** mogelijk houden, vanuit het besef dat voor specifieke doelgroepen een residentiële setting langdurig moet worden gegarandeerd.

Een cliënt krijgt **zorg op maat** die **vertrekt** vanuit zijn **wensen** en **verwachtingen** en die uit zijn omgeving. Dit is slechts realiseerbaar wanneer de netwerkmedewerkers dit als uitgangspunt nemen en wanneer het netwerk voorziet in een **volledig aanbod** met **voldoende basis** - en **gespecialiseerde zorg**, voldoende gedifferentieerd en in zijn meest verscheiden modi (thuis, ambulant, residentieel, kort, langdurig, intensief, onderhoudend, ...).

Het garanderen van **continuïteit van zorg** is essentieel, zeker voor mensen met een langdurige en complexe problematiek die zich kenmerken door hun **wisselende noden**. Om dit te realiseren is er nood aan **gedeeld zorgplan** en een **goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende actoren**.

Daarnaast is het evident dat tijdens de beweging naar vermaatschappelijking het huidige zorgaanbod van de residentiële cliënten wordt gegarandeerd.

Tot slot moet de cliënt kunnen rekenen op **kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg** die gebruik maakt van referentiekaders en methodieken die hun evidentie hebben aangetoond.

Mogelijke toetsstenen:

- tevredenheidmeting cliënten en familie
- klachten cliënten m.b.t zijn rechten
- klachten van familie of belanghebbende derden

### 3.2 Medewerkers

Indirect vertalen bovenstaande doelstellingen zich naar specifieke doelstellingen met betrekking tot het personeel van de deelnemende voorzieningen.

**Informeren en enthousiasmeren** zijn hierbij sleutelwoorden. Medewerkers dienen op de hoogte gesteld en gehouden te worden van de ontwikkelingen naar een betere regionale geestelijke gezondheidszorg en de beleidskeuzes die hieromtrent worden gemaakt. Naast specifieke **communicatiemomenten** binnen de diverse organisaties ontwikkelde het netwerk een **website** ([www.psygent.be/art107](http://www.psygent.be/art107)) waarop systematisch alle informatie word gepost. Het delen van de beschikbare informatie helpt mee een **draagvlak** te creëren, waardoor een gevoel van **veiligheid** ontstaat. Daarnaast verhoogt het de **betrokkenheid** en **interesse** in het project en zal het medewerkers **stimuleren** en enthousiasmeren het netwerk verder **concreet uit te werken** of mee te helpen realiseren.

De uitbouw van de verschillende functies in samenwerking met een verscheidenheid aan partners maakt **deskundigheidsbevordering binnen elke lijn en over de zorglijnen heen** noodzakelijk. Zowel de pioniers, die de eerste experimenten concreet zullen uitwerken en implementeren, als de actuele medewerkers van de verschillende netwerkactoren zullen kunnen rekenen op de noodzakelijke **vorming** en **opleiding**. We schuiven hier de principes van de lerende organisatie naar voor als model om het leren binnen de teams te stimuleren.

Om goede zorg te realiseren, zijn **tevreden medewerkers** een belangrijke voorwaarde. De **tevredenheid** van de medewerkers wordt mee gefaciliteerd via **zelfsturende teams**. **Betrokkenheid** en **inspraak** in het ontwikkelen en uitwerken van het netwerk, in combinatie met **coachend leiderschap**, zijn hierin essentieel.

Mogelijke toetsstenen:

- tevredenheidmeting medewerkers
- deelname aan en investering in vorming

### 3.3 Netwerk

Het netwerk wil een constructieve **samenwerking** realiseren tussen alle regionale actoren die toelaat de beschikbare **middelen efficiënter in te zetten**, met als doel het aanbieden van een **betere, kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg**.

**Integratie** van het bestaande **aanbod** en **honorering** van de aanwezige **expertise** uit de 0°, 1°, 2° en 3° lijn, alsook het creëren van **ontbrekende zorgmodules** of **samenwerkingsvormen** zijn hierbij essentiële bouwstenen.

Mogelijke toetsstenen:

- Bevraging samenwerkingsaspecten bij deelnemende actoren
- indicatoren zoals duur residentiële opname, cijfergegevens m.b.t. instroom, wachtlijsten, volledigheid van zorgplannen, deelname aan en investering in vorming, uitkomstenmanagement, ontslagen tegen advies, begeleiding door mobiele teams, residentiële (her)opnames, ... .

#### **4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied**

##### **4.1 Regio**

Het Netwerk wil de geestelijke gezondheidszorg uitbouwen voor de regio die bestaat uit het arrondissement Eeklo en het arrondissement Gent. In de beginfase wordt bij de uitwerking van het netwerk gefocust op het arrondissement Gent. In een tweede fase wordt uitgebreid naar het arrondissement Eeklo.



Het arrondissement Gent bevat de gemeenten: Aalter, Deinze, De Pinte, Destelbergen, Evergem, Gavere, Gent, Knesselare, Lochristi, Lovendegem, Melle, Merelbeke, Moerbeke, Nazareth, Nevele, Oosterzele, Sint-Martens-Latem, Waarschoot, Wachtebeke, Zomergem, Zulte.

Het arrondissement Eeklo bevat de gemeenten: Assenede, Eeklo, Kaprijke, Maldegem, Sint-Laureins, Zelzate.

##### **4.2 Motivering**

De keuze om te starten binnen het arrondissement Gent lag voor de hand.

De Kernactoren uit de Gentse regio hebben sinds 2004 systematisch overleg wat zich ondermeer heeft vertaald in de volgende initiatieven:

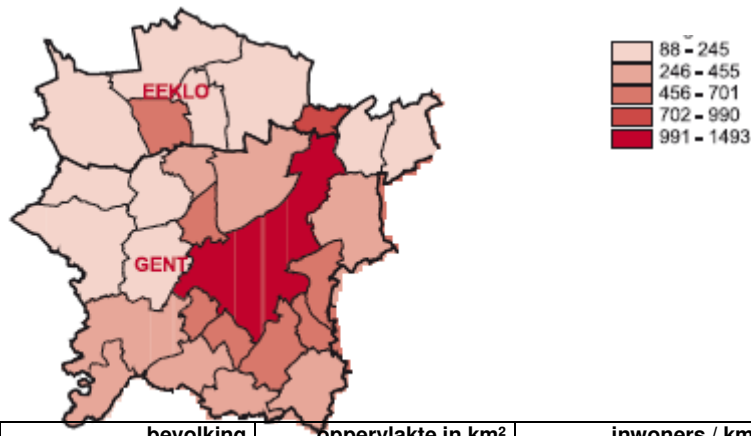
- jaarlijkse uitwisseling van geaggregeerde statistieken m.b.t. de populatie
- oprichting netwerk ouderen geestelijke gezondheid Groot Gent
- oprichting van regionaal overleg adhd bij volwassenen
- onderzoek naar moeilijk doorverwijsbare patiënten
- oprichting van werkgroep Gents Psychose Samenwerking
- [www.psygent.be](http://www.psygent.be), een website met het aanbod van alle Kernactoren
- Wachtdienst gedwongen opnames

De intentie om voor de regio een volwaardig netwerk uit te bouwen werd al in 2009 genomen. Dit vertaalde zich in een missiedocument en de aanwerving van een netwerkcoördinator om dit project verder uit te werken. Na overleg werd gekozen om de regio uit te breiden met het arrondissement Eeklo. Eeklo behoort ook tot het werkingsgebied van één van de deelnemende centra geestelijke gezondheidszorg. De totale regio biedt zo een ideale mix van de kenmerken van een grootstad tot de kenmerken van de meer landelijke gemeenten. Inhoudelijk is het gespecialiseerd aanbod uit beide arrondissementen complementair. Bovendien biedt de schaalgrootte meer mogelijkheden. De regio wordt voor tal van andere zaken ook vaak samengenomen (socio demografische rapporten, zorgregio's), maar anders ingedeeld.

#### 4.3 Beschrijving van de regio

##### Grootte van de regio en bevolkingsdichtheid

Regio Eeklo – Gent beslaat in oppervlakte 42,8 % van de totale oppervlakte van de Provincie Oost-Vlaanderen en bestaat uit zowel rurale als stedelijke omgevingen, met grote variaties in bevolkingsdichtheid..



| Arrondissement       | bevolking      | oppervlakte in km <sup>2</sup> | inwoners / km <sup>2</sup> |
|----------------------|----------------|--------------------------------|----------------------------|
| Arrondissement Eeklo | 80.864         | 333,83                         | 242,23                     |
| Arrondissement Gent  | 516.609        | 943,62                         | 547,48                     |
| <b>NEG</b>           | <b>597.473</b> | <b>1277</b>                    | <b>467,87</b>              |
| Oost-Vlaanderen      | 1.408.484      | 2.981,83                       | 472,36                     |

Jaarverslag POPOGGZ 2009

##### Wonen

Met betrekking tot wonen, stellen we vast dat de prijzen van woningen iets lager liggen in de regio Eeklo, maar daar tegenover staat een hoger aanbod van sociale woningen in het arrondissement Gent. Dit neemt echter niet weg dat de wachtlijsten voor sociale woningen lang zijn en dat het voor de kansarmen niet evident is om een betaalbare woning te vinden. We merken dan ook dat een aantal van de GGZ-patiënten in een daklozencentrum vertoeft.

##### Werken

De bedrijfssectoren in de regio Oost-Vlaanderen verdelen zich als volgt: Primaire sector: 2,3%; secundaire sector: 24,7% (waarvan 16,6% in de industrie, en 7, 5% in de bouw); tertiaire sector: 43,3% (waarvan 16,2%

handel en reparatie, 11,9% Diensten en huur, 8,4% Transport, verkeer en communicatie); quartaire sector: 29,7% (waarvan 12% Gezondheid en sociale diensten, 8,9% Onderwijs).

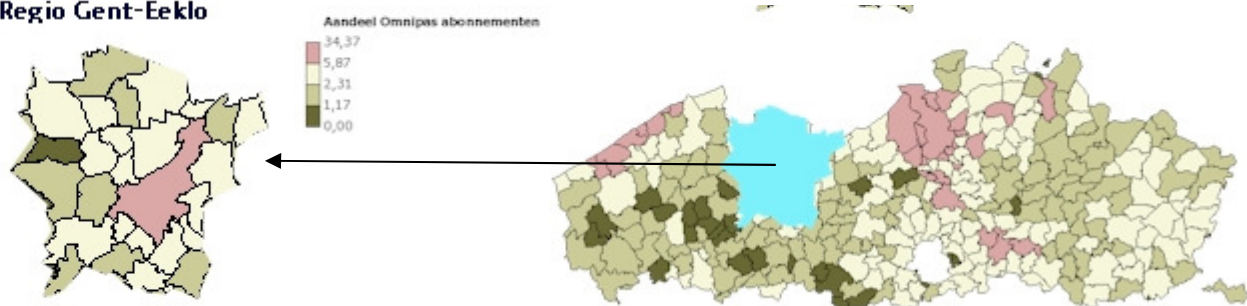
De regio's Eeklo en Gent hebben ook een sterk toeristisch karakter met verschillende troeven: voor Gent is dat zijn historiek, voor Eeklo net zijn landelijk karakter. De aanwezigheid van de haven en de industrie in Gent zijn sterke punten op het vlak van tewerkstelling.

### **Toegankelijkheid openbaar vervoer**

De regio Gent kent een goed uitgebouwd netwerk openbaar vervoer. De gemeente Gent heeft een zeer sterke reputatie rond bereikbaarheid. In onderstaande kaarten wordt weergegeven hoeveel percent van de inwoners tussen 25 en 59 jaar een busabbonnement bezitten. Het percentage abonnementen wordt verondersteld een indicator te zijn voor de toegankelijkheid via openbaar vervoer.

(Bron: [www.lokalestatistieken.be](http://www.lokalestatistieken.be) 2008)

#### **Regio Gent-Eeklo**



### **Onderwijs**

Het onderwijsaanbod in de regio is sterk uitgebouwd, zowel in Eeklo als in Gent, met uitzondering van het hoger onderwijs. In Gent is het aanbod hoger onderwijs en universiteit zeer gedifferentieerd, in Eeklo is het quasi onbestaand.

### **Cultuur**

De welzijnszorg is in beide regio's sterk uitgebouwd en ook op het vlak van cultuur is er een uitgebreid aanbod. Het spreekt voor zich dat dit aanbod veel gedifferentieerder is in het centrum van Gent ten opzichte van de meer landelijke gemeenten.

### **Openingsuren en wachttijden diensten geestelijke gezondheidszorg**

De spoeddiensten van de PAAZ-diensten en in het bijzonder de UPSIE (PAUZ Gent) hebben een permanentie van 24 uur op 24 uur, 7 dagen op 7. Mensen met dringende hulpvragen kunnen daar steeds terecht, maar dit biedt geen garantie op een correcte afstemming tussen vraag en aanbod. Wanneer we dit in rekening nemen, ervaren we dat er beperktere openingsuren en wachttijden gelden voor bepaalde doelgroepen.

#### 4.4 Beschrijving van de populatie

##### Sociaal - demografisch

|               | Geslacht     |              | Leeftijd     |              |              | Nationaliteit |              |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| Regio         | Mannen       | Vrouwen      | 0-17 jaar    | 18 – 64 jaar | + 65 jaar    | Buitenlandse  | Belgische    |
| Arr. Eeklo    | 49,9%        | 50,1%        | 19%          | 61,7%        | 19,3%        | 2,8%          | 97,2%        |
| Arr.Gent      | 49,2%        | 50,8%        | 19,6%        | 62,7%        | 17,8%        | 5%            | 95%          |
| Gemeente Gent |              |              |              |              |              | 9,1%          | 90,9%        |
| <b>NEG</b>    | <b>49,3%</b> | <b>50,7%</b> | <b>19,6%</b> | <b>62,8%</b> | <b>17,5%</b> | <b>4,7%</b>   | <b>95,3%</b> |

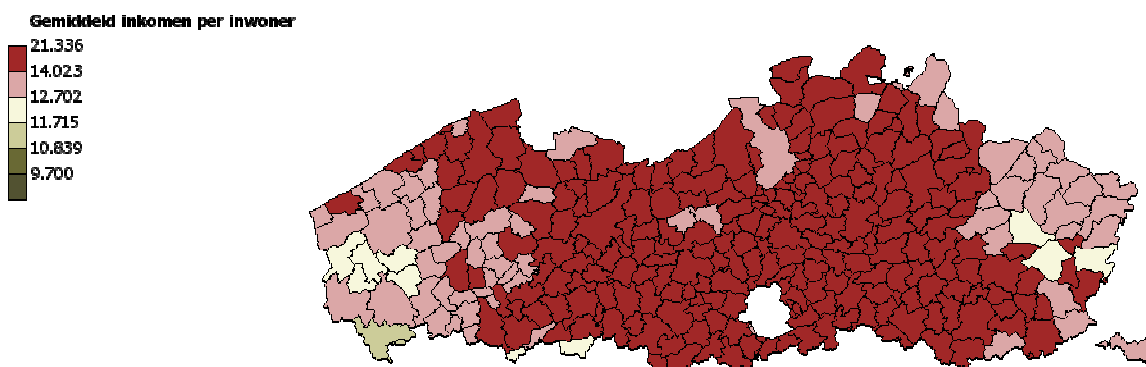
<http://statbel.fgov.be> (2008)

Socio-demografisch zien we een evenwicht mannen-vrouwen, vergelijkbaar met de rest van de populatie, licht in het voordeel van de vrouwen. De leeftijds piramide toont een “actieve” bevolkingsgroep van zo’n 62,8 procent, een niet actieve bevolkingsgroep van 19,6% en een niet meer actieve bevolkingsgroep van 17,5%. We zien een groot aandeel van buitenlandse nationaliteiten. Dit percentage is vrij beperkt in regio Eeklo en ligt een stuk hoger in arrondissement Gent. Opvallend is dat de buitenlandse nationaliteiten vooral woonachtig zijn in de stad Gent. De belangrijkste buitenlandse nationaliteiten zijn Turkse (5092), Nederlandse (4360), Bulgaarse (1887), Franse (1317), Slowaakse (1164) en Marokkaanse (1092).

Belangrijke noot is dat hiermee de aanwezigheid van een allochtone bevolking niet volledig in kaart is gebracht, al was het maar omdat heel wat mensen van allochtone origine de Belgische nationaliteit hebben.

##### Inkomen

Via de lokale statistieken krijgen we gemiddelden van de inkomens over de verschillende regionen. Zoals dikwijls geven gemiddelden een vertekend beeld, en zijn medianen bruikbaarere gegevens, de medianen zijn niet beschikbaar.



[www.lokalestatistieken.be](http://www.lokalestatistieken.be) (2006)

##### Armoede

In de literatuur zijn verschillende sociaal-economische determinanten terug te vinden die een invloed hebben op de gezondheid. Via [www.lokalestatistieken.be](http://www.lokalestatistieken.be) vonden we een aantal indicatoren met een relatie tot armoede: werkloosheid, geboortes in kansarme gezinnen, leefloners en mensen met een voorkeursregeling bij de mutualiteiten.

| Arrondissement       | Werkloosheidsgraad (2007) | Percentage geboortes in kansarme gezinnen | Aantal leefloners (2009) | Aantal personen met een voorkeurstarif in de ziekteverzekering (2010) |
|----------------------|---------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Arrondissement Eeklo | 5,45%                     | 6,6%                                      | 318 (0,4%)               | 10634 (13%)                                                           |
| Arrondissement Gent  | 6,56%                     | 8,1%                                      | 4672 (0,9%)              | 63368 (12,3%)                                                         |
| <b>NEG</b>           | <b>6,41%</b>              | <b>7,8%</b>                               | <b>4990 (0,8%)</b>       | <b>74002(12,4%)</b>                                                   |
| Provincie            | 5,89%                     | 6,0%                                      | 7949 (0,6%)              | 173374 (12,3%)                                                        |

www.lokalestatistieken.be

Deze cijfers leren ons dat zowel de werkloosheid, het aantal kansarme geboorten, het aantal leefloners als het aantal voorkeursregelingen voor de mutualiteit hoger liggen in het arrondissement Eeklo - Gent dan in de ganse provincie. Opvallend is dat Gent op drie van de vier variabelen beduidend slechter scoort dan regio Eeklo.

#### Leef en woonsituatie

| Regio           | Aantal huishoudens | Alleenwonenden | Percentage   |
|-----------------|--------------------|----------------|--------------|
| Arr. Eeklo      | 34051              | 9786           | 28,7%        |
| Arr. Gent       | 75262              | 222795         | 33,8%        |
| <b>NEG</b>      | <b>256846</b>      | <b>85048</b>   | <b>33,1%</b> |
| Gemeente Gent   | 112661             | 49226          | 43,7%        |
| Oost-Vlaanderen | 176454             | 589985         | 29,9%        |

www.lokalestatistieken.be (2007)

| Regio           | Ongehuwden | Gehuwden | Gescheiden | Weduwnaar |
|-----------------|------------|----------|------------|-----------|
| Arr. Eeklo      | 38,3%      | 47,8%    | 6,9%       | 7,1%      |
| Arr. Gent       | 41,7%      | 44,7%    | 7,0%       | 6,6%      |
| Gemeente Gent   | 44,9%      | 39,7%    | 8,5%       | 6,9%      |
| Oost-Vlaanderen | 39,8%      | 46,5%    | 6,9%       | 6,9%      |

Sociale situatieschets Oost-Vlaanderen 2006

Uit de cijfers onthouden we dat de mate van verstedelijking recht evenredig loopt met het aantal alleenwonenden, ongehuwden en gescheidenen.

#### 4.5 Aanwezige aanbod voor het vervullen van de vijf functies

In de regio is er een uitgebreid aanbod en expertise in de 0°, 1°, 2° en 3° lijn aanwezig dat kan ingezet worden voor het realiseren van de vijf functies. (zie overzicht bij punt 5.1)

#### 4.6 Regionale behoeften en lacunes

##### Onderzoek moeilijk doorverwijsbare patiënten (2009)

In samenwerking met Prof. P. Bracke van de vakgroep Sociologie van Ugent werd een onderzoek verricht naar de “moeilijk doorverwijsbare patiënten” binnen de Gentse regio. In het rapport “ **studie naar moeilijk doorverwijsbare zorggebruikers in de GGZ Regio Groot Gent 2009**” stelden de onderzoekers dat de problematiek enerzijds gelinkt is aan specifieke doelgroepen, maar tegelijk aan knelpunten binnen de organisatie van de GGZ.

### ***Doelgroepen***

- Patiënten met multiple aandoeningen (combinaties persoonlijkheidsstoornis, middelengebruik en/of psychotische aandoening)
- Patiënten met een sectoroverschrijdende problematiek : grensoverschrijdend gedrag, hoge fysieke zorgbehoeften, sociale problematiek (bv. Daklozen), jongeren uit de bijzondere jeugdzorg, mensen met een mentale handicap, ouderen
- Chronische patiënten

### ***Knelpunten in de organisatie van de GGZ***

- Zorgaanbod: weinig differentiatie
- Verschillen in zorgvisie
- Geringe kennis omtrent elkaars werking
- Relaties tussen voorzieningen
- Samenwerking met belendende sectoren

### ***Inventarisatie lacunes door de netwerkcoördinatoren (2010)***

Vanuit de verkennende ronde bij alle partners onthouden we onderstaande lijst van lacunes en behoeften, die de resultaten van het onderzoek uit 2009 deels bevestigt. Het is van belang te wijzen op het niet-exhaustief karakter van de lijst. De opsomming is gebaseerd op een eerste inventarisatie vanuit de verschillende organisaties, waarbij elke partner inventariseert voor welke populatie hij doorstromingsmoeilijkheden ervaart.

- Eerstelijnspsycholoog
- Het reduceren van de wachttijd in de CGG
- Vroegdetectie
- Crisisinterventie
- Outreachteams
- Psychiatrische patiënten met een mentale handicap
- Low- en mediumrisk interneringen
- Dubbeldiagnose (psychose en drugs)
- Ambulante vervolgbehandeling crisistoxicomanie
- Chronische psychiatrische patiënten
- Uitbreiding capaciteit beschut wonen (programmatie regio Gent is bereikt)
- Diversiteit in woonvormen
- PVT
- Organische pathologie (Korsakov, NAH, ...)
- Gedwongen opnames
- Dagbehandeling
- Dagcentrum in de maatschappij, volgens het model van de Centro Mentale (bv. Victoria de Luxe)

## **Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg**

Vanuit de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg onthouden we de volgende aandachtspunten:

- Een betere afstemming tussen gezondheids- en welzijnszorg
- Samenwerkingsafspraken met andere zorgniveaus en lijnen
- Eerstelijnsgezondheidszorg als prioritaire toegangspoort
- Samenwerking binnen alle fases van het zorgproces
- Aanbieden van getrapte geestelijke gezondheidszorg
- Versterken van de psychologische functie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg

Uit het onderzoek en de bevraging leren we dat het creëren van de vijf verschillende functies en de uitwerking van hun onderlinge samenhang in belangrijke mate een antwoord kan bieden op de aangegeven knelpunten, lacunes en aandachtspunten.

## **5. Beschrijving van de nieuwe structuur**

### **5.1 Huidig aanbod en netwerksamenstelling**

#### **A. Eerste lijn en ambulant aanbod**

##### **Centra geestelijke gezondheidszorg**

###### **CGG Regio Groot Gent Eclips**

Vestigingsplaatsen: Azaleastraat, Bernard Spaelaan, Lange Violettestraat, Jef Vandermeulenstraat, Elyzeese Velden

###### **RCGG Deinze-Eeklo-Gent**

Vestigingsplaatsen: Eeklo, Holstraat (Gent), antennes in Zelzate en Aalter, Deinze, Keizervest (Gent)

Beide centra voorzien in een basisaanbod voor de behandeling en begeleiding van mensen met psychische problemen. Daarnaast hebben ze elk een gespecialiseerd aanbod.

#### **Metawonen Deinze en Metawonen Gent**

##### **Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie**

Netwerk psychiatrische Zorg in de Thuissituatie regio Groot Gent

Netwerk psychiatrische thuiszorg Meetjesland

Netwerk Sociale Psychiatrie Regio Deinze

Therapeutisch project AZIS (Assertieve zorg in de samenleving)

PZT-project Zagan

##### **Ontmoetingshuizen**

De Klik, Merelbeke; Poco Loco, Gent; Toreken, Gent

## Centra voor dagactivering, arbeidszorg en arbeidstrajectbegeleiding

De Keiberg, Merelbeke; Compagnie De Sporen, Gent; 't Vlot, Gent; De Moester, Sint-Denijs – Westrem; De Wipplank, Sint-Denijs – Westrem; Delta Huis, Gent; Vzw Centrum voor Arbeidszorg, Zelzate; De Biotoop, Zelzate; Tender, Gent-Eeklo.

## B. Residentieel zorgaanbod

### PAAZ en P.Z.

| psychiatrische<br>ziekenhuizen | aantal bedden/plaatsen |      |    |     |      |     |    |    |     |      |              |
|--------------------------------|------------------------|------|----|-----|------|-----|----|----|-----|------|--------------|
|                                | A                      |      |    | T   |      |     |    | Sp | K   |      |              |
|                                | vol                    | part |    | vol | part | Tg* |    |    | vol | part |              |
|                                | dag                    | n    |    | dag | n    |     |    |    | dag | n    |              |
| <b>arrondissement Eeklo</b>    |                        |      |    |     |      |     |    |    |     |      | <b>441</b>   |
| PZ Sint-Jan, Eeklo             | 33                     | 17   | 2  | 95  | 35   | 5   |    | 24 |     |      | 211          |
| PC Sint-Jan-Baptist, Zelzate   | 50                     | 5    | 5  | 105 | 34   | 1   |    | 30 |     |      | 230          |
| <b>arrondissement Gent</b>     |                        |      |    |     |      |     |    |    |     |      | <b>1.184</b> |
| PC Sleidinge                   | 90                     | 5    | 10 | 80  | 5    | 5   |    |    |     |      | 195          |
| PC Dr. Guislain, Gent          | 70                     | 15   | 5  | 127 | 36   | 1   | 20 | 21 | 15  | 3    | 2            |
| PC Sint-Jan de Deo, Gent       | 30                     |      |    | 30  | 25   | 5   | 35 |    |     |      | 125          |
| PC Caritas, Melle              | 60                     | 20   |    | 124 | 40   | 3   | 6  | 20 | 24  |      | 8            |
| De Pelgrim, Oosterzele         | 60                     |      |    |     |      |     |    |    |     |      | 60           |
| PZ Sint-Camillus, St-D-Westrem | 116                    | 6    |    | 44  | 16   | 2   |    |    |     |      | 184          |
|                                |                        |      |    |     |      |     |    |    |     |      | <b>1625</b>  |

### psychiatrische afdelingen in algemene/ universitaire ziekenhuizen

| ziekenhuis                 | uitbatingplaats               | A-bedden | K-bedden    |
|----------------------------|-------------------------------|----------|-------------|
| <b>arrondissement Gent</b> |                               |          |             |
| Universitair Ziekenhuis    | Gent                          | 76       | 15 + 5 k(d) |
| AZ Sint-Lucas              | campus Sint-Lucas, Gent       | 30       |             |
| AZ Maria Middelaes         | campus Maria Middelaes, Gent  | 30       |             |
| AZ Jan Palfijn             | campus site Fabiolalaan, Gent | 30       |             |

Het residentieel aanbod GGZ in de regio Gent - Eeklo is vrij uitgebreid en kent 11 actoren. Binnen het huidige aanbod stellen we de aanwezigheid vast van een basisaanbod naar de grote psychiatrische doelgroepen:

verslaving, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast zijn er gespecialiseerde units. In onderstaande tabel wordt het aanbod schematisch weergegeven.

Het onderstaand overzicht is een vereenvoudiging, en kan de indruk wekken dat alle partners een identiek aanbod voorzien. Dit dient genuanceerd te worden in die zin dat de aanpak (bv. referentiekader) in de diverse settings kan verschillen, wat maakt dat het aanbod gedifferentieerder is dan het op het eerste zicht lijkt. De betrokken partners investeerden in een gezamenlijke website [www.psygent.be](http://www.psygent.be), waar een actueel en gedetailleerd overzicht van het residentiële aanbod terug te vinden is.

|                                                         | PAUZ Gent | PAAZ Sint-Lucas | PAAZ Maria Middelaers | PAAZ Jan Palfijn | PC Caritas Melle | PC Dr. Guislain | PZ Sint-Camillus | PC Sint-Jan de Dep | PC Sleidinge | PZ Sint-Jan Eeklo | PC Sint-Jan Baptist |
|---------------------------------------------------------|-----------|-----------------|-----------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|--------------------|--------------|-------------------|---------------------|
| Algemene psychiatrie                                    | *         | *               | *                     | *                | *                | *               | *                | *                  | *            | *                 | *                   |
| Crisisinterventie - algemeen                            | *         | *               | *                     | *                | *                | *               | *                |                    | *            | *                 | *                   |
| Crisisinterventie - drugs                               | *         |                 |                       |                  |                  |                 | *                |                    | *            |                   |                     |
| Illegale drugs                                          |           |                 |                       |                  |                  |                 | *                |                    | *            |                   | *                   |
| Gedwongen opname                                        |           |                 |                       |                  | *                | *               | *                |                    | *            |                   | *                   |
| Alcohol en medicatie                                    |           | *               | *                     |                  |                  | *               | *                | *                  |              |                   | *                   |
| Dubbeldiagnose                                          |           |                 |                       |                  |                  |                 |                  |                    | *            | *                 |                     |
| Psychotische stoornissen                                |           | *               | *                     | *                | *                | *               | *                | *                  | *            | *                 | *                   |
| Angst- & stemmingsstoornissen                           | *         | *               | *                     | *                | *                | *               | *                | *                  | *            | *                 | *                   |
| Persoonlijkheidsstoornissen                             |           | *               | *                     | *                | *                |                 | *                | *                  |              | *                 | *                   |
| Psychiatrische stoornis en mentale beperking            |           |                 |                       |                  | *                | *               |                  |                    |              |                   |                     |
| Eetstoornissen                                          | *         |                 |                       |                  |                  |                 |                  | *                  |              |                   |                     |
| Autisme                                                 |           |                 |                       |                  |                  | *               |                  | *                  |              |                   |                     |
| Niet aangeboren hersenaandoeningen                      |           |                 |                       |                  | *                |                 |                  |                    |              |                   |                     |
| Psychiatrische- en auditieve stoornis                   |           |                 |                       |                  |                  | *               |                  |                    |              |                   |                     |
| Moeder en kind                                          |           |                 |                       |                  |                  |                 | *                |                    |              |                   |                     |
| Rehabilitatie                                           |           |                 |                       |                  | *                | *               |                  | *                  | *            | *                 | *                   |
| Dagbehandeling                                          |           |                 |                       |                  | *                | *               | *                | *                  | *            | *                 | *                   |
| Forenische psychiatrie                                  |           |                 |                       |                  |                  |                 |                  |                    |              |                   | *                   |
| Kinderen- en jongerenpsychiatrie                        | *         |                 |                       |                  | *                | *               |                  |                    | *            |                   |                     |
| Ouderenpsychiatrie                                      |           | *               | *                     |                  | *                | *               | *                |                    | *            | *                 | *                   |
| Co-morbiditeit psychiatrische en somatische stoornissen | *         |                 |                       |                  |                  |                 |                  |                    |              |                   |                     |

### C. Initiatieven Beschut Wonen (BW)

|                             | Aantal plaatsen | Waarvan individueel |
|-----------------------------|-----------------|---------------------|
| <b>arrondissement Eeklo</b> | <b>145</b>      | <b>9</b>            |
| De Wende                    | 50              | 0                   |
| De Vlier                    | 75 (+ 20 for.)  | 9                   |

|                            |            |           |
|----------------------------|------------|-----------|
| <b>arrondissement Gent</b> | <b>298</b> | <b>29</b> |
| Ipsa Gent                  | 21         | 0         |
| Centrum Onderweg           | 27         | 0         |
| Domos                      | 67         | 8         |
| Delta Wonen                | 37         | 4         |
| Zagan                      | 90         | 17        |
| De Nieuwe Horizon          | 60         | 0         |

#### D. Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)

|                               | <b>Definitief</b> | <b>waarvan M.G.</b> |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|
| <b>arrondissement Eeklo</b>   | <b>150</b>        | <b>13</b>           |
| PVT Sint-Jan, Eeklo           | 30                | 0                   |
| PVT Sint-Jan-Baptist, Zelzate | 60+ 60 (for.)     | 13                  |
| <b>arrondissement Gent</b>    | <b>147</b>        | <b>9</b>            |
| PVT Dr. Guislain, Gent        | 70                | 2                   |
| PVT Hortus, Gent              | 31                | 0                   |
| PVT Caritas, Melle            | 56                | 8                   |

#### E. RIZIV-conventies GGZ

De Sleutel ([www.desleutel.be](http://www.desleutel.be))

Medisch-Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers, Gent (MSOC)

De Kiem, Gavere ([www.dekiem.be](http://www.dekiem.be))

In de regio zijn drie Riziv-conventies actief rond verslavingszorg. De Sleutel bestaat uit een sociale werkplaats (Gent), een crisisinterventiecentrum (Wondelgem), een therapeutische gemeenschap (Merelbeke), een therapeutische gemeenschap specifiek voor dubbeldiagnose (Gent) en een kortdurend residentieel jongerenprogramma (Eeklo). De Kiem voorziet eveneens in een residentieel aanbod in Gavere (met onthaalafdeling, een therapeutische gemeenschap, een woonhuis voor alleenstaande ouders met jonge kinderen en verschillende halfweghuizen), een ambulante centrum te Gent en een gevangeniswerking. De MSOC van de stad Gent biedt medische en sociale begeleiding aan drugverslaafden die niet of onvoldoende bereikt worden.

#### F. Netwerk middelenmisbruik (illegale drugs)

Is een samenwerking tussen: CGG Eclips (verslavingszorg), CGG Zuid Oost-Vlaanderen, CGG Waas en Dender (Delta), De Sleutel, De Kiem, MSOC, PC Sleidinge, De Pelgrim, PC Sint-Jan-Baptist, PZ Sint-Camillus, PC Sint-Jan, De Eenmaking, UPSIE (PAUZ Gent), CAW Artevelde.

#### G. Andere relevante partners

Het netwerk uitbouwen en zijn beoogde werking realiseren, zal in overleg en samenwerking dienen te gebeuren met de partners uit de belendende sectoren. Zonder exhaustief te willen zijn denken we hierbij aan mutualiteiten, thuiszorg, SEL, CAW, OCMW, politie, gemeentelijke diensten, sociale

huisvestingsmaatschappijen, patiëntenverenigingen, familieverenigingen, vrijwilligers- en mantelverenigingen, sport- en cultuurverenigingen, ...

**Het project wordt ingediend door volgende kernpartners:**

- **Psychiatrische ziekenhuizen** : PC Caritas (Marc Van Ooteghem); PC Dr. Guislain (Luc De Schepper), PZ Sint-Camillus (Marc Vermeire); PC Sint Jan de Deo (Erik Stevens); PC Sleidinge (Roel De Cuyper); PZ Sint-Jan Eeklo (Marc Vanhauwenhuyse), PC Sint-Jan Baptist (Br. Frans Van Hoorde).
- **Psychiatrische afdeling algemene ziekenhuizen**: PAUZ Gent (Dr. Gilbert Lemmens), PAAZ AZ Sint-Lucas (Dr. Koen Wilems), PAAZ AZ Maria Middelaars (Marc Vankerkhoven), PAAZ AZ Jan Palfijn (Dr. Guido Sieben)
- **Centra Geestelijke Gezondheidszorg**: RCGG Deinze-Eeklo-Gent (Raf Opstaele), CGG Eclips (Alain Vincke)
- **Psychiatrische thuiszorg**: NPZT Gent, Netwerk sociale psychiatrie Deinze, NPTZ Meetjesland, (vertegenwoordigd door Isabelle Vanwingene)
- **Beschut Wonen**: BW Domos, BW Zagan, BW IPSO, BW Onderweg, BW Delta, BW De Nieuwe Horizon, BW De Wende, BW De Vlier (vertegenwoordigd door Alex Leemans)
- **PVT** : PVT Hortus, PVT Dr. Guislain, PVT Caritas, PVT Eeklo, PVT De Krekelmuyter, PVT De De Warande, PVT Suikerkaai (vertegenwoordigd door de respectievelijke vertegenwoordigers van de psychiatrische ziekenhuizen)
- **Similes** ( Mieke Craeymeersch)
- **Patiëntenvereniging Ups & Downs** (Els Persijn) en **Uilenspiegel** (Tony Rosseel, vervanger Jan Delvaux)
- **CAW** De Visserij (Dirk Remy) en **CAW** Artevelde (Patrick Seys)
- **SEL Gent: Thuisverpleging** (Mia De Caluwe, Marcia Willems) **Huisartsen** (Dr. Patrick Verdonck), Maatschappelijk werk **ziekenfonds** (Patricia Lebeer), **Diensten Gezinszorg** (Anny Janssens), **Openbare sector** OCMW (Sylvia Lis)

## **5.2 Taakverdeling in het netwerk**

Onderstaand overzicht geeft weer welke actoren/voorzieningen een bijdrage leveren bij de realisatie van de verschillende functies. Het gaat hier voornamelijk over de actoren die m.b.t. de specifieke opdracht van een functie hun bestaand aanbod en expertise kunnen inbrengen en partners die nieuwe experimenten mee gaan bestaen. De taakverdeling wordt vermeld in de bestekken (zie verder) die voor alle weerhouden experimenten werden uitgewerkt. Het is de opdracht voor de projectgroep om op basis van deze bestekken en mede op basis van de eindrapporten uit de verschillende werkgroepen, dit naar de praktijk toe gedetailleerder te gaan vertalen in concrete taak- en samenwerkingsafspraken.

### **Functie 1**

Actoren: huisartsen, centra geestelijke gezondheidszorg, CAW's, OCMW, thuiszorgdiensten, de op te richten mobiele teams 2a en 2b, IBW's, de op te richten module netwerkcoördinatie, patiënt- en familievereniging.

### **Functie 2a**

Actoren: huisartsen, het op te richten mobiele team 2a, ambulante settings (CAW, CGG, OCMW, ...), het residentieel crisisaanbod (PZ en PAAZ-en), mobiele teams 2b, patiënt- en familievereniging.

### **Functie 2b**

Actoren :de op te richten mobiele teams 2b, de pilootprojecten psychiatrische zorg in de thuissituatie, AZIS, het mobiele team 2a, de thuiszorgdiensten, CGG, IBW, PZ en PAAZ-en, patiënt- en familievereniging.

### **Functie 3**

Actoren: de projecten rond activering, arbeidszorg en arbeidstrajectbegeleiding, de projecten GTB, beschutte en sociale werkplaatsen, ontmoetingshuizen en de op te richten moduele netwerkcoördinatie, Metawonen, patiënt- en familievereniging, alle voorzieningen/actoren uit het reguliere aanbod aan sport, vrije tijd, vorming, vrijwilligerswerking, cultuur, zingeving, ... .

### **Functie 4**

Actoren: psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen, het universitair ziekenhuis, patiënt- en familievereniging

### **Functie 5**

Actoren: initiatieven beschut wonen, Psychiatrische verzorgingstehuizen, CAW's, sociale huisvestingsmaatschappijen, woonbureaus, patiënt- en familievereniging.

## **5.3 Nieuwe rollen**

### **Netwerkcoördinator**

Voor de concrete uitwerking van het project werden twee halftijdse netwerkcoördinatoren aangesteld: Jo Van De Voorde en Stein Storme. Hun opdracht werd als volgt omschreven.

- a. In kaart brengen van bestaand aanbod.
- b. In kaart brengen van tekorten in bestaand aanbod.
- c. Het onderzoeken van de bereidheid bij de partners toterschikking van hun aanbod: bv. reconversie, nieuwe modules, flexibilisering van bedden, ...
- d. Overleggen met overheidsinstanties en koepels inzake het overheidsbeleid.
- e. Het onderzoeken van de mogelijkheden van samenwerkingsverbanden.
- f. Ontwikkelen van voorstellen van wijzigingen in aanbod aan GGZ-partners.
- g. Stimuleren en sensibiliseren van partners tot samenwerking.
- h. Het uitwerken van één of meerdere scenario's om tot een blauwdruk van de GGZ in de regio te komen.  
Dit kan inhouden: het ontwerpen en/of beschrijven van nieuwe modules met inschatting van hun effect op residentiële behandelcapaciteit, ontwerpen van zorgtrajecten, versterking van reeds bestaand aanbod, ....
- i. Rapporteren in de stuurgroep en aan het Netwerkcomité.
- j. Opmaken van een eindverslag.

### **Verantwoordelijke van een functie**

Voor elke functie wordt een verantwoordelijke aangesteld. Deze verantwoordelijke leidt de verschillende projectgroepen m.b.t. het concreet uitwerken van de weerhouden experimenten. Na de implementatie is zij/hij verantwoordelijk voor de operationele leiding, de evaluatie en/of eventuele bijsturing en permanente afstemming met de andere functies.

### **Verantwoordelijke van een structuur**

Elke kernpartner van het netwerk heeft een verantwoordelijke aangewezen (zie 5.1) die lid is van het netwerkcomité.

### **Projectgroepen**

Voor alle weerhouden prioriteiten werd een bestek opgemaakt. Deze bestekken worden concreet<sup>5</sup> uitgewerkt door de projectgroepen. De projectgroepen worden geleid door de verantwoordelijken van de functie. Aan alle projectgroepen neemt ook één van de netwerkcoördinatoren deel. De samenstelling van de projectgroep bestaat uit de actoren die een belangrijke rol kunnen opnemen bij de concrete uitwerking van het experiment.

### **Werkgroepen**

Bij het creatief zoeken naar mogelijke ideeën m.b.t. het organiseren van een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken werd voor elke functie in de opstartfase een werkgroep opgericht waarin een ruime vertegenwoordiging zetelde vanuit de 0°, 1°, 2° en 3° lijn.

Bij de verdere realisatie van het netwerk krijgt de werkgroep de volgende opdrachten:

- Fungeren als klankbord voor de projectgroep, meer bepaald:
  - o bewaken van integratie in het bestaande aanbod
  - o duiden op samenwerkingsopportuniteiten of te maken samenwerkingsakkoorden.
- Evalueren en adviseren tot bijsturing
- Verder uitwerken van de experimenten die geen middelen vergen

### **Belanghebbenden**

Met de belanghebbenden worden alle “stakeholders” bedoeld. Dit zijn zowel de medewerkers van de verschillende actoren/voorzieningen die aan het netwerk deelnemen, als alle externe actoren/voorzieningen die naar het netwerk bepaalde verwachtingen hebben.

Zij worden systematisch geïnformeerd over de voortgang van de uitbouw van het netwerk via de website [www.psygent.be/art\\_107](http://www.psygent.be/art_107). Verder zal de traditie worden verder gezet om op regelmatige basis informatiemomenten te organiseren waarop zij hun (nieuwe) verwachtingen kunnen formuleren. Aanvullend kan bijkomend overleg georganiseerd worden met aparte groepen van belanghebbenden (politie, OCMW, gemeenten, ...).

---

<sup>5</sup> In/uitstroom, inzet personeel, inhoudelijk – en organisatorisch model, interne en externe communicatie, logistieke omkadering, vormingsnoden, evaluatietools, bekendmaking, implementatieplan, ... .

## **Referentiepersoon**

Een "referentiepersoon" zal een essentiële rol spelen bij de aansturing (organisatie, planning en evaluatie) van de behandeling/begeleiding en de daaraan verbonden wisselende zorgnaden. Momenteel worden voor deze rol verschillende termen gebruikt (zorgbemiddelaar, casemanager, referentiepersoon, trajectbegeleider, ...). Onder de term referentiepersoon verstaan we hier een gids, een vertrouwenspersoon voor de cliënt die er ook een zorgrelatie mee heeft en zijn noden kent. De referentiepersoon stelt samen met de andere betrokkenen (omgeving, andere hulpverleners, ...) het begeleidingsplan mee op.

## **Ombudsfunctie op netwerkniveau**

De beweging naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken vraagt ook een andere organisatie van de ombudsfunctie. De opdracht van de ombudspersoon wordt verbreed van het organisatieniveau naar een netwerkniveau i.f.v. het realiseren van de wet op de patiëntenrechten.

## **5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring**

### **Model**

De verschillende partners werken met zorgplannen die gestructureerd worden volgens het systematisch methodisch werken. Vaak zijn deze nu gekleurd door referentiekaders en de huidige functies die de gebruikers vervullen. Netwerking vereist een zorgplan dat overheen het individueel traject van een cliënt bruikbaar is. De uitdaging, die niet uniek is voor elk individueel netwerk, ligt erin een gezamenlijk basisdossier (minimaal: contactgegevens cliënt en belangrijke derden, contactgegevens referentiepersonen per functie die de cliënt al hebben begeleid, huidige doelstellingen en acties) uit te werken. Per functie kan het zorgplan dan verder aangevuld worden met functiespecifieke informatie.

Idealiter bevindt dit zorgplan zich bij de cliënt. Een kopie wordt uiteraard en bij voorkeur digitaal, ook bijgehouden door de referentiepersoon van de functie die actueel het meest in beeld is.

### **Software**

We stellen vast dat er verschillende softwarepakketten gebruikt worden voor de rapportage van zorgplannen. Deze software varieert van eenvoudige Worddocumenten, over instrumenten aangereikt door de overheid tot software die is ontwikkeld op vraag van bepaalde actoren (thuiszorg, ziekenhuizen, ...). Gezien deze enorme complexiteit, en de wetgeving op de privacy, is het momenteel niet haalbaar om zorgplannen op elektronische wijze te delen. Toch vormt het een essentieel element in het kunnen garanderen van de zorgcontinuïteit. Verdere verkenning van mogelijke oplossingen is wenselijk.

### **Verantwoordelijkheid en toegang**

Het zorgplan is steeds het resultaat van een overleg met alle betrokken partners, inclusief de cliënt en zijn omgeving. Het opstellen en evalueren van het zorgplan is hun gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het spreekt voor zich dat ook enkel deze partners en hun respectievelijke teams binnen de eigen organisatie hier toegang tot hebben.

## 5.5 Management- en bestuursmodel

Op vlak van overleg, beslissing en communicatie onderscheiden we momenteel de volgende elementen:

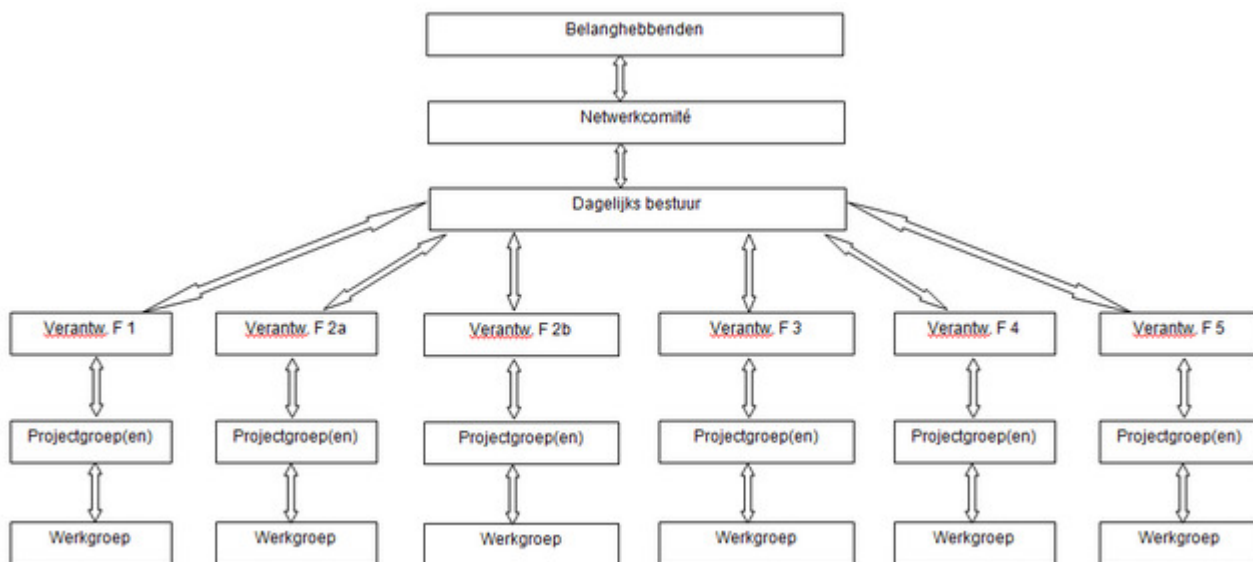
In het **Netwerkcomité** zetelt een vertegenwoordiger vanuit alle kernpartners. Het Netwerkcomité heeft hierdoor de functie en de opdracht van het netwerkcomité zoals omschreven in de gids.

De projectcoördinatoren kregen bij hun opdracht, in de aanloop naar het opstellen van het projectdossier, ondersteuning en advies van de **stuurgroep**. In de stuurgroep zijn alle type voorzieningen (psychiatrische ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg, PAAZ-en, initiatieven beschut wonen) vertegenwoordigd. De stuurgroepleden zetelen ook in het Netwerkcomité. Na de indiening van het dossier wordt de stuurgroep opgeheven.

Indien het project van de regio Gent-Eeklo wordt goedgekeurd, wordt een **dagelijks bestuur** opgericht. Dit bestuur zal samengesteld zijn uit de verantwoordelijken van de verschillende functies en de netwerkcoördinatoren waarbij de 0°, 1°, 2° en 3° lijn is vertegenwoordigd.

Het dagelijks bestuur heeft als opdracht de concrete realisatie van de verschillende deelprojecten aan te sturen, op te volgen en op regelmatige basis terug te koppelen naar het netwerkcomité.

### Samenvattend schema



## **6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk**

Binnen de ontwikkelingstrategie wordt gekozen voor een procesmatige aanpak.

### **6.1 Fasering op het niveau van het netwerk**

#### **6.1.1 De Kernactoren beslissen tot het indienen van een project 107 - mei 2010**

De Kernactoren uit de Gentse regio hebben sinds 2004 systematisch overleg en legden in functie van samenwerking en onderlinge afstemming en uitwisseling al een bepaalde weg af. De intentie om voor de regio een volwaardig netwerk uit te bouwen werd al in 2009 genomen wat zich onder meer vertaalde in een missiedocument en de aanwerving van een netwerkcoördinator om dit project verder uit te werken.

De Kernactoren kozen ervoor om de oproep van artikel 107 en het indienen van een projectdossier hierin te integreren.

#### **6.1.2 Uitschrijven dossier artikel 107 – september 2010**

De projectcoördinatoren zijn in september 2010 gestart met een bevraging van alle Kernactoren aan de hand van een gestructureerd interview. Via dit interview werden een aantal zaken in kaart gebracht m.b.t. het huidige aanbod, de eigen sterktes, de ervaren knelpunten, de ambities naar de toekomst, de verwachtingen naar het netwerk en de functies die men mee wenst uit te bouwen, welke middelen hiervoor vrij kunnen gemaakt worden, de bestaande samenwerkingsinitiatieven, aanwezige vernieuwende initiatieven, ... .

In een eerste rapport werden bij de verzamelde informatie een aantal kritische reflecties gemaakt vanuit het perspectief van de uit te bouwen functies. Dit bracht ons bij een eerste voorstel waarbij voor elke functie een na te streven toekomstbeeld werd geformuleerd.

De bespreking van dit voorstel heeft geleid tot de volgende basisprincipes.

- *Engagement.* De Kernactoren van de regio Eeklo - Gent engageren zich om in gezamenlijk overleg een volwaardig netwerk/zorgcircuit uit te bouwen volgens de criteria en doelen zoals omschreven in de missie.
  - *Inzetten van middelen* De Kernactoren van de regio Eeklo - Gent zijn bereid een deel van hun middelen vrij te maken om een volwaardig netwerk en zorgcircuit uit te bouwen en de verschillende functies hierin te realiseren.
  - *Geografische afbakening.* De intentie om voor de regio een volwaardig netwerk uit te bouwen werd al in 2009 genomen. Na overleg werd gekozen om de regio uit te breiden met het arrondissementen Eeklo. De uitbreiding biedt meer mogelijkheden om de vijf functie volwaardig, effectief en op een efficiënte manier te realiseren
  - *Herschikking van het aanbod.* De regionale actoren zijn het eens om het aanbod van de verschillende partners naar de toekomst duidelijker van elkaar te onderscheiden, waarbij: a. de keuzevrijheid van de inwoners, wat het basisaanbod betreft, wordt gerespecteerd; b. een volledig aanbod wordt aangeboden wat gespecialiseerde zorg betreft; c. de huidige en toekomstige knelpunten worden weggewerkt
- Vanuit de verkennende ronde bij alle partners onthouden we de lijst van de eerder beschreven lacunes en behoeften.

- *Uitbouw van zorg in de samenleving.* De uitbouw van de zorg in de samenleving wordt georganiseerd voor de totale regio d.m.v. van meerdere wijk/subregioteams
- *Uitbouw van minimaal één mobiel urgentieteam (functie 2a).* De actoren zijn het eens dat er minimaal één mobiel urgentieteam moet uitgebouwd worden.
- *Criteria voor het uitbouwen van een netwerk.* 1. Heeft een meerwaarde voor de cliënt, m.a.w.: aanbod is snel beschikbaar/inzetbaar, aanbod is op maat (thuis, ambulant, residentieel, kort, lang), het is duidelijk waar men zijn vraag moet stellen, vanaf het stellen van de vraag (waar ook) is iemand cliënt van het 'netwerk', vlotte toeleiding naar het juiste aanbod, garantie op toegang. 2. Laat toe om de beschikbare middelen op regionaal niveau efficiënter in te zetten. 3. Laat toe om de zorg op een hoger kwaliteitsniveau te brengen.
- *Realiseren missie.* Dit realiseren veronderstelt: 1. een volledig aanbod (alle functies) dat antwoord biedt op alle noden (basiszorg en specifieke zorg, gericht op preventie – behandelen – herstel) van de bewoners uit de Gentse regio met oog voor de maatschappelijke inbedding en rehabilitatie, maar dat ook een antwoord biedt op advies-, ondersteunings- en consultbehoeften van andere hulpverleners of welzijnswerkers. 2. Een kwaliteitsvol aanbod, 3. Een goed georganiseerd aanbod

### **6.1.3 Feedback van de overheid n.a.v. het indiende projectvoorstel – 8 februari 2011**

Vanuit de feedback die de overheid gaf op 8 februari 2011 onthield de stuurgroep drie belangrijke opmerkingen:

1. een concretere uitwerking van de functies
2. betrokkenheid van de nulde en eerste lijn
3. cohesie van het netwerk

Op dit feedbackmoment werd het schema van de blauwdruk dat in de voorbije weken was uitgetekend voorgesteld en werden de doelstellingen van het geplande infomoment voor de Gentse regio en de verdere toekomstige ontwikkelingen toegelicht.

### **6.1.4 Infomoment nulde en eerste lijn - 11 februari 2011**

Op het infomoment was er een grote opkomst met vertegenwoordiging vanuit alle sectoren. Tijdens dit moment werd een stand van zaken rond het dossier toegelicht, en werd de oproep gelanceerd om te participeren aan werkgroepen die de verschillende functies zullen uittekenen. Na de uiteenzetting was er ruimte voor vragen en opmerkingen.

### **6.1.5 Uitbreiding tot een netwerkcomité – maart 2011**

Op het infomoment werd vanuit de aanwezigen van de nulde en eerste lijn de wens geformuleerd tot een hogere betrokkenheid bij het project 107 van de Kernactoren. Als antwoord werd een netwerkcomité opgericht, samengesteld uit alle direct betrokkenen vanuit de verschillende lijnen: de patiëntverenigingen, de familieverenigingen, de SEL, de CAW's en de GGZ-actoren.

## 6.2 Fasering op niveau van het vormgeven van de vijf functies

### A. Creëren van werkgroepen

Voor elke functie werd een werkgroep opgericht, voorgezeten door een inhoudelijk expert en één van de netwerkcoördinatoren. De oproep tot participatie (infomoment) werd maximaal opgenomen. Dit vertaalde zich in werkgroepen die samengesteld waren uit een ruime vertegenwoordiging vanuit alle sectoren. De werkgroepen kenden een gefaseerd verloop.

- **Fase 1 : Informeren (halve dag)**

Doelstelling: werkgroepleden informeren door het aanreiken van algemene informatie en specifieke info over de functie. De samenstelling van de werkgroep werd bekeken naar volledigheid van alle relevante partners. Bij het ontbreken van belangrijke partners werden zij individueel uitgenodigd door de voorzitters van de functie. Op vraag van de gezondheidsraad van de stad Gent, werd een oproep tot het aanstellen van covoorzitters gelanceerd. De covoorzitters schreven mee aan de synthese samen met de voorzitter(s) en netwerkcoördinator. Op het eind van de sessie werd relevante literatuur aangereikt die de participanten moest inspireren.

- **Fase 2: Brainstorm (volledige dag)**

Doelstelling was het uittekenen van de functie in zijn meest ideale en volledige vorm. Na de brainstormdag, schreven de (co)voorzitters en netwerkcoördinator een eerste synthese uit.

- **Fase 3: Toetsing synthese (halve dag)**

De eerste synthese werd afgetoetst ( is dit voldoende aanwezig, werkt dit, moet dit ontwikkeld worden , wordt voldoende rekening gehouden met de andere functies , ... ). Dit resulteerde in een eindverslag waarin een lijst met concrete experimentvoorstellen werd opgenomen. De eindverslagen van de vijf werkgroepen werden opgenomen in bijlage.

### B. Bespreking eindverslagen en experimentvoorstellen op het netwerkcomité

- 20 april 2011: Het netwerkcomité prioriteerde de experimenten op basis van twee criteria: verbeterbehoefte en belangrijkheid en bepaalde de in te zetten middelen (reallocatie, bijkomende middelen). Nadien werd op basis van deze informatie door de netwerkcoördinatoren een bestek <sup>6</sup> opgesteld per weerhouden experiment.
- 29 april 2011: Finalisering van de bestekken, opstellen van een tijdsplanning en bespreking van de methodiek rond verdere samenwerking.

### C. Tweede infomoment nulde en eerste lijn - 10 juni 2011

Tijdens dit moment wordt een stand van zaken rond het dossier toegelicht. Meer bepaald wordt toelichting gegeven bij de verschillende voorstellen vanuit de werkgroepen, de weerhouden experimenten voor het dossier en de verder planning en werkwijze. Het infomoment wordt opnieuw afgesloten met een interactief debat.

---

<sup>6</sup> Een bestek beschrijft de doelstellingen (doelgroep, aanbod, visie, uitkomsten), regio, context, middelen en projectgroepsamenstelling.

Na goedkeuring van het project door de overheid volgt:

#### **D. Concretisering**

De projectgroep werkt de weerhouden experimenten concreet uit op basis van het bestek.

#### **E. Implementatie**

De verschillende experimenten worden in een pilootversie opgestart.

#### **F. Evaluatie**

De verschillende experimenten worden systematisch geëvalueerd en bijgestuurd.

### **6.3 Weerhouden experimenten binnen de vijf functies**

#### **Bestek 1: Experiment Netwerkcoördinatie**

##### **1. Doelstellingen**

###### Doelgroep:

*De volgende bestekken richten zich op functies die vooral te maken hebben met de verbindingen binnen het netwerk over de functies heen en richten zich tot:*

- *Alle hulpverleners en welzijnswerkers uit het netwerk*
- *Cliënten*

*Het experiment 'Netwerkcoördinatie' groepeerde de volgende experimenten:*

- *Experiment: Competentieknooppunt (bestek 1-1) ter bevordering van de deskundigheid rond GGZ van alle actoren uit het netwerk*
- *Experiment: VDI (bestek 1-2) gericht op de vroegdetectie en –interventie van mensen met een psychiatrische problematiek*
- *Experiment: Programma's voor herstel en sociale inclusie (bestek 1-3): voorziet in informatie en advies met betrekking tot het reguliere en categoriale aanbod in de maatschappij dewelke bijdraagt tot herstel en sociale inclusie*
- *Experiment Netwerkpunt: (bestek 1-4) voorziet in een aanmeldpunt voor professionelen en hulpverleners voor toeleiding en bemiddeling naar het gepaste zorgaanbod. Het netwerkpunt levert bovendien feedback naar het netwerk rond lacunes in het zorgaanbod;*

##### **2. Middelen** (samenvattend voor de bovenvermelde experimenten)

###### Personeel

- **3 FTE:**
  - o *1 FTE Netwerkcoördinator*
  - o *2 FTE vanuit de additionele middelen*

*De verschillende medewerkers maken in de ontwikkelings- en concretiseringfase deel uit van de projectgroepen. Nadien vormen ze samen een team/module dat instaat voor het globale aanbod van de module netwerkcoördinatie.*

### Werkingsmiddelen

- Locatie: te zoeken binnen beschikbare locaties
- Pc's en administratief materiaal (telefonie en data) vanuit werkingsmiddelen die gekoppeld zijn aan personeelsmiddelen
- Vorming: raming 1000 € (1 °jaar)

### **Bestek 1 – 1: Experiment Uitwerken competentieknoppunt**

#### **1. Doelstellingen**

##### Doelgroep:

Het competentieknoppunt richt zich tot en bouwt bruggen tussen alle actoren vanuit de verschillende lijnen.

##### Aanbod:

Er wordt vastgesteld dat er, juist vanuit de enorme diversiteit, een reëel kennistekort rond GGZ bestaat bij de diverse betrokken actoren in de 0°, 1°, 2° en 3° lijn, en dit in het bijzonder over de zorglijnen heen.

Als hefboom naar vermaatschappelijking van zorg wordt daarom de systematische uitbouw van deskundigheidsbevordering over de zorglijnen heen vooropgesteld via de ontwikkeling van een lijnoverstijgend competentieknoppunt GGZ.

Dit competentieknoppunt neemt volgende functies op:

- a. In kaart brengen van het (nood) aanbod vorming, training en follow-up
- b. Het verbinden van het vormingsaanbod met de vormingsvragen.
- c. Coördineren van intersectorale intervisie en supervisie.
- d. Stimuleren van ontmoeting & (wederzijdse!) informatie-uitwisseling.
- e. Strategie- en methodieontwikkeling en evidentiebewaking bij vroegdetectie.

##### Visie:

- Deskundigheid is contextafhankelijk, ze dient gerelateerd aan een zorglijn en een taak-deskundigheidsbevordering moet “op maat” zijn.
- Er zijn voldoende vormingsmogelijkheden voor de eigen functie (zeker in gespecialiseerde settings) maar niet zo voor het versterken van ander gespecialiseerde functies (al/niet op andere lijnen)
- Intervisie en supervisie zijn a.h.w. een must voor elkeen die binnen zijn/haar taak met mensen (met complexe problemen) werkt. Intersectorale intervisies worden gezien als een sterke meerwaarde.
- Vertrekken vanuit sterktes (vroeginterventie) en een brede generalistische kijk, dient voor elke zorgvorm in een geëigend evenwicht gebracht met erkenning van beperkingen n.a.v. pathologie.
- Er wordt op structurele wijze te weinig tijd vrij gemaakt (2de/3de lijn) om deze werkvormen te mogen bieden aan bv. eerstelijns.
- Diagnostiek en zorgcommunicatie zijn bij voorkeur handelingsgericht.
- Nood aan steun voor mantelzorg: deskundigheidsbevordering niet enkel richten op omgang met patiënt - zorg voor context is een eigen deskundigheid en de context heeft z'n eigen deskundigheid.
- Deskundigheidsbevordering is tweewegscommunicatie. Ook andere lijnen betrekken bij ontwikkelen/organiseren vorming.

*Samengevat: lijnoverstijgende vorming en deskundigheidsbevordering is een essentiële voorwaarde voor het slagen van de vermaatschappelijking van de GGZ.*

Output/meerwaarde:

*De oprichting van een competentieknooppunt moet leiden tot:*

- *Een hogere deskundigheid van de eerste lijn en van GGZ-medewerkers.*
- *Efficiëntere inzet van middelen.*
- *Een transparant vormingsaanbod.*
- *Een betere samenwerking over de lijnen heen.*
- *Kwaliteitsvollere zorg.*
- *Het beschikbaar stellen van screeningtools.*

**2. Te bedienen regio**

*Het competentieknooppunt is inzetbaar voor de regio Gent - Eeklo.*

**3. Specifieke context / voorwaarden bij verdere uitwerking**

- *Het bouwen van bruggen met de partners over de zorglijnen heen.*
- *GGZ-partners engageren zich om : a. deel te nemen aan Ontmoeting en (wederzijdse!) info en b. het vrijstellen van een bepaald volume basiscapaciteit personeel voor uitvoering van Vorming en Intersectorale intervisie.*
- *De opdracht zal evolueren in de tijd. Belangrijk is dat er voldoende tijd beschikbaar is wanneer VDI uitgewerkt moet worden.*
- *Vanuit de vakgroepen van de universiteit Gent (o.a. Vakgroep Psychiatrie, ....) is er de bereidheid om het project mee te monitoren en te evalueren.*

**Bestek 1 – 2: Experiment VDI (VroegDetectie en Interventie)**

**1. Doelstellingen**

Doelgroep:

*Het aanbod richt zich op alle jongvolwassenen en volwassenen. Aanvullend met de gekende VDIP-teams, wil het aanbod zich uitbreiden tot alle psychiatrische problematieken.*

Aanbod:

- *Beschikbaar stellen van instrumenten voor screening van psychiatrische problematieken.*
- *Bekendmaking, sensibilisering en training in het gebruik van het instrument*
- *Diagnostiek en dispatching m.b.t. psychiatrische problematiek door de verschillende functies (1, 2b, 4, ...).*

Visie / modellen:

- *Vertrekt vanuit Evidence based medicine*
- *Gericht op inclusie*
- *Destigmatiserend en normaliserend*
- *Maximale betrokkenheid van het netwerk: familie, vrienden, ...*
- *Empowerment*

#### Output/meerwaarde:

De impact van VDI moet resulteren in :

- Ervaring en deskundigheid verhogen van alle actoren m.b.t. vroegdetectie
- Waar mogelijk, verdere ontwikkeling van een psychiatrische problematiek voorkomen
- Vroegdetectie vindt een aansluiting bij vroeginterventie, inclusief ondersteuning van netwerk van cliënt
- Intensiteit van de problematiek verminderen
- Hervalpreventie

## **2. Te bedienen regio**

Het experiment VDI is inzetbaar voor de regio Gent - Eeklo.

## **3. Specifieke context / voorwaarden bij verdere uitwerking**

- Indienen van een project bij de Vlaamse overheid wanneer er een uitbreiding is van de VDIP-projecten.
- In afwachting van de middelen, worden instrumenten verzameld/ontwikkeld, en worden acties gestart rond bekendmaking en sensibilisering. Bij detectie wordt verwezen naar het GGZ-aanbod dat voorziet in diagnostiek en opvolging. We zien hier een belangrijke rol voor de mobiele teams.
- Vanuit de vakgroepen van de universiteit Gent (o.a. Vakgroep Psychiatrie, ....) is er de bereidheid om het project mee te monitoren en te evalueren.

## **Bestek 1 – 3: Experiment Programma's rond herstel en sociale inclusie**

### **1. Doelstellingen**

#### Doelgroep:

Het aanbod richt zich naar jongvolwassenen en volwassenen met psychiatrische problemen.

Voor de doelgroep met een (ernstige en) langdurige problematiek zit het aanbieden van een programma op maat ingebed in de werking van de mobiele teams.

#### Aanbod:

Het aanbod voorziet in ondersteuning bij het opstellen en afstemmen van programma's op maat, gericht op herstel en sociale inclusie, die cliënten in staat stelt zich opnieuw in de maatschappij en het beroepsleven te integreren.

Het aanbod is daarom zeer verscheiden en kan zich richten naar alle levensdomeinen (werk, tijdsbesteding, zingeving, vorming, gezondheid, seksualiteit, sociale contacten, financiën, ...)

Programma's zijn hierbij gebaseerd op aansluiting op het reguliere aanbod (VDAB, OCMW, Huisvesting, Sportverenigingen, cultuur, vrije tijdsclubs, Victoria De Luxe, ....) en op het categorale aanbod (Activeringscentra, Poco Loco, metawonen, zelfhulpgroepen, patiëntenverenigingen, familieverenigingen, ...). Daarnaast worden er middelen ingezet om het aanbod voor functie 3 te versterken.

#### Visie / modellen:

De uitwerking van de programma's is gebaseerd op de modellen uit de herstelgerichte zorg zoals: empowerment, rehabilitatie en strengthmodel

#### Output/meerwaarde:

- Cliënten zijn tevreden over hun kwaliteit van leven op de verschillende levensdomeinen

## **2. Te bedienen regio**

*Het arrondissement Gent.*

## **3. Middelen**

*In principe zijn voor deze programma's geen extra middelen vereist, gezien ze gebruik maken van wat bestaat. Het opstellen/afstemmen van een programma op maat zal gebeuren in een overleg met de cliënt en zijn referentiepersoon.*

*Essentieel voor het op maat uitwerken van programma's m.b.t. herstel en sociale inclusie dient men permanent over een geactualiseerde databank te beschikken over het reguliere en categorale aanbod.*

*Indien deze kennis en expertise aan een of meerdere personen via één centraal punt wordt aangeboden zijn hiervoor wel extra middelen nodig. Tenzij deze taak wordt opgenomen door een van de actoren uit het netwerk.*

### **Middelen**

- 1 FTE van PC Dr Guislain naar Compagnie De Sporen
- 4 FTE van groep Sint-Camillus + Caritas naar Keiberg en de Klik
- 2 FTE van PC Sleidinge voor uitbouw van een dagcentrum (fountain house) als onderdeel van het project 'communale zorg (i.s.m. Victoria de Luxe, OCMW, CAW Artevelde, straathoekwerk, Weekgezondheidscentra, PC St.-Jan de Deo, IBW IPSO en CGG Eclips)
- 0.25 FTE van RCCG Deinze Eeklo Gent: Metawonen Deinze
- 1.25 FTE van CGG Eclips: Metawonen Gent

*Coördinatie functie 3: zie bestek netwerkcoördinatie*

- *Locatie: binnen beschikbare locaties*
- *Pc's en administratief materiaal (telefonie en data) vanuit werkingsmiddelen die gekoppeld zijn aan personeelsmiddelen*

## **4. Opdracht**

- *In kaart brengen van het aanbod vanuit de reguliere en categorale actoren*
- *Geïnterpreteerde kennis ter beschikking stellen van alle actoren*
- *Nagaan wat efficiënter kan worden ingezet en waar kan worden samengewerkt*
- *Uitbouwen van de coördinatie functie 3 (personen of dienst) dat bij het opstellen van programma's op maat de cliënt en zijn actuele referentiepersoon kan informeren of helpen oriënteren naar het juiste aanbod.*

## **5. Specifieke context / voorwaarden bij verdere uitwerking**

- *De Gentse regio is rijk aan tal van reguliere en categorale voorzieningen of actoren met een gericht of specifiek aanbod op verschillende levensdomeinen. Wat bestaat is echter zeer versnipperd en meestal kent men elkaars werking onvoldoende.*
- *Specifieke aandacht voor het uitwerken van een project onder Riziv-conventie.*

## **Bestek 1 – 4: Experiment Uitwerken Netwerkpunt**

### **1. Doelstellingen**

#### **Doelgroep:**

*Het Netwerkpunt richt zich tot patiënten en hulpverleners van de eerste en tweede lijn uit de regio Gent.*

#### Aanbod:

Het creëren van een netwerkpunt (persoon of dienst) die als opdracht heeft :

- Informeren en oriënteren van patiënten naar de juiste zorgmodule over de diverse ziekenhuizen heen, als dienstverlening naar de eerste lijn en andere sectoren die minder bekend zijn met het GGZ-aanbod.
- Bemiddelen voor patiënten met complexe multiële problematiek die moeilijk een plaats vinden in het zorgaanbod.
- Signaleren van knelpunten binnen het zorgaanbod

#### Output/meerwaarde:

De oprichting van het netwerkpunt moet zorgen voor:

- een oplossing voor elke hulpvraag binnen het netwerk
- een systematische evaluatie van het zorgaanbod en het detecteren van manco's binnen de regio

### **2. Te bedienen regio**

Het competentieknooppunt is inzetbaar voor de regio Gent - Eeklo.

### **3. Specifieke context / voorwaarden bij verdere uitwerking**

- De persoon die het netwerkpunt waarneemt zal zeer goed op de hoogte moeten zijn van het bestaande aanbod binnen het netwerk, vlot contacten moeten kunnen leggen met de verschillende organisaties / afdelingen en een mandaat moeten hebben.
- De GGZ partners zijn bereid tot systematische evaluatie en bijsturing van het zorgaanbod.

## **Bestek 2: Experiment Uitwerken eerstelijnspsychologische functie (ELPF)**

### **1. Doelstellingen**

#### Aanbod:

De ELPF wil een brede populatie van mensen met psychische / psychiatrische problemen bereiken, via een laagdrempelig aanbod van de GGZ. De laagdrempeligheid wordt bereikt via het inzetten van de ELPF op niveau van het wijkgezondheidscentrum, de huisarts(en)praktijk en CAW/OCMW. Dit moet mee leiden tot een vlottere toegang tot de GGZ.

Door de inbedding binnen bestaande eerstelijnsstructuren, en een goede samenwerking met de gespecialiseerde GGZ- en welzijnsdiensten, kan de ELPF een belangrijke rol opnemen in functie van vroegdetectie, vroeginterventie en toeleiding naar de gepaste zorgmodule. Bovendien zal hij/zij via ondersteuning van de reguliere eerstelijnswerkers een belangrijke bijdrage leveren tot de deskundigheidsbevordering van de eerste lijn. Reguliere (niet-GGZ) eerstelijnswerkers kunnen beroep doen op de ELPF.

De interventies van de ELPF zijn vooral gericht op : adviesverstrekking, brugfunctie en kortdurende interventie.

#### Doelgroep:

Volwassenen met psychische / psychiatrische problemen die zich aanmelden binnen de eerste lijn. Het gaat hierbij vooral om mensen die nog niet gekend zijn binnen de GGZ.

#### Interventies

Er wordt beklemtoond dat de interventies van de ELPF kortdurend moeten zijn. In het andere geval is er nood aan psychotherapie of langer durende begeleiding. Dan zorgt de ELPF voor gerichte toeleiding.

#### Visie/modellen

We verwijzen naar het onderzoeksrapport van CGG Eclips en WGC Botermarkt rond de eerstelijnspsycholoog. Binnen dit opzet hoeft het hier niet noodzakelijk om een psycholoog te gaan, een ervaren psychiatrisch verpleegkundige kan deze functie eveneens opnemen.

#### Output/meerwaarde:

De ELPF realiseert:

1. Een laagdrempelig GGZ – aanbod (nabij, financieel & stigmaverlagend)
2. Vroegdetectie van psychische en psychiatrische problemen, snelle en korte interventies
3. Versterking van de eerste lijn
4. Deskundigheidsbevordering van de eerste lijn
5. Adviesfunctie voor de eerste lijn
6. Brugfunctie die een betere toegang tot de tweede en derde lijn mogelijk moet maken

#### **2. Te bedienen (sub)regio**

In een eerste experiment wordt een ELPF ingezet in een WGC/huisartsenpraktijk in de stad Gent.

#### **3. Met welke middelen**

Het netwerkcomité koos voor een experiment met 1 FTE. Uit het overleg met de overheid onthouden we echter dat er geen middelen vanuit 107 kunnen ingezet worden voor de ELPF.

|                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Personeel:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 0.5 FTE van RCGG Deinze-Eeklo-Gent</li><li>- 0.5 FTE van CGG Eclips</li></ul>                                                                                           |
| <b>Werkingsmiddelen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Locatie: WGC, CAW, CGG, OCMW, huisartsenpraktijk is af te stemmen</li><li>- Pc en administratief materiaal (telefonie en data).</li></ul> <b>Vorming: 1.000 €</b> |

#### **4. Specifieke context/randvoorwaarden**

- Financiering van 3 bijkomende FTE ELPF via indienen project bij Vlaamse gemeenschap.
- Gezien het om een nieuwe functie gaat, zal intervisie zeer belangrijk zijn. De rol en taak die de ELPF uitoefent wordt gemonitord, en in gezamenlijk overleg tussen de eerste en tweede en derde lijn gedurende het project uitgetekend.
- Daarnaast is er vanuit vakgroepen van de universiteit Gent (Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Vakgroep Psychiatrie, ...) de bereidheid om het project mee te monitoren en te evalueren.
- De eerste lijnpsychologische functie moet een duidelijke link hebben met de crisisteams, het moet duidelijk zijn wanneer en waarom men vanuit de eerste lijn beroep kunnen doen op het crisisteam .
- Ook de link met de mobiele teams en de behandelteams, zowel residentieel als ambulant, moet duidelijk zijn. Hier moet een duidelijke taakafstemming komen tussen de verschillende functies, ze mogen elkaar niet overlappen, maar moeten mooi aansluiten.

- Afstemming met de andere functies en psychologen van OCMW Gent.

### **Bestek 3: Experiment Uitwerken 1 mobiel team 2a met een antenne in subregio**

#### **1. Doelstellingen**

##### Doelgroep:

*Het mobiele team is inzetbaar voor jongvolwassenen en volwassenen met een psychiatrische problematiek in een dreigende acute crisis.*

##### Aanbod:

*Het mobiele team kan in crisissituaties onmiddellijk en intensief optreden. De intensiteit en duur wordt door de individuele casus bepaald.*

*Het team is in vele situaties inzetbaar behalve in levensgevaarlijke situaties (o.a. met een medisch-somatische component).*

*Het team kan interveniëren op vraag (via een centraal nummer) van een huisarts of een andere hulpverlener wanneer de eigen expertise ontoereikend is. De mantelzorger kan via het Netwerkpunt worden doorverwezen naar het mobiele team.*

##### Caseload:

*Het mobiele team heeft een permanente caseload van 30 cliënten, 360 cliënten op jaarbasis.*

##### Visie / modellen:

*Het team maakt gebruik van methodieken m.b.t. crisisinterventie, probleemoplossing, stressreductie, motivering, gezinsgesprekken, psycho-educatie, crisisplannen, medicatie doorverwijzing, ... .*

*De interventies richten zich vooral op het moment van de opbouw van de crisis*

*De uitbouw van het team wordt georganiseerd met een voor- en achterwacht.*

*Volgens de wetenschappelijke literatuur is het team idealiter gelinkt aan een crisisunit, die beschikt over een aantal bedden.*

*Het crisisteam maakt deel uit van het zorgpad urgentiepsychiatrie in het huidig regionaal crisisaanbod*

##### Output/meerwaarde:

*Het mobiele team richt zich op:*

- *Het interveniëren bij psychiatrische patiënten in crisissituatie, gebruik makend van de krachten van de patiënt en die van de omgeving, op een zo min mogelijke restrictieve manier*
- *Het vermijden van opname waar mogelijk*
- *Het verkorten van de residentiële opnameduur na crisisopname*
- *Een adequate organisatie van zorg/doorverwijzing bij/na psychiatrische crisis*
- *Het verhogen van de tevredenheid van patiënten en naasten*
- *Het ondersteunen van de omgeving*

## **2. Te bedienen regio**

Het mobiele team wordt gekoppeld aan de UPSIE (PAUZ) en wordt ingezet voor het arrondissement Gent. Het is de bedoeling op termijn uit te groeien naar twee volwaardige teams die ook het arrondissement Eeklo bedienen.

## **3. Middelen**

Team wordt georganiseerd vanuit:

- 4 FTE (UZ Gent) + 8 FTE (PZ Sint-Camillus/PC Caritas) + 4 FTE (PC Sleidinge/ PC SJ de Deo)= 16 FTE

Met een antenne georganiseerd vanuit:

- 4 FTE (PC Sleidinge/ PC SJ de Deo)

Medische functie: 11 uur (77.000 € vanuit bijkomende middelen) bij opstartfase, uit te breiden naar 24 uur.

Organisatie wachtdienst: 52.000 € vanuit bijkomende middelen.

### **Werkingsmiddelen**

- Jaarlijkse verplaatsingskosten (uit bijkomend budget) voor:
  - o 20 FTE (team 1): 63.600 €<sup>7</sup>
- Locatie: in UPSIE (PAUZ)
- Pc's en administratief materiaal (telefonie en data) vanuit werkingmiddelen die gekoppeld zijn aan personeelsmiddelen
- Vorming: raming 25.000 € (1° jaar) (uit bijkomend budget)

## **4. Specifieke context / voorwaarden bij verdere uitwerking**

- De integratie van het mobiele team binnen het zorgpad van het huidig regionaal crisisaanbod en aanwezige expertise m.b.t. crisiszorg. Meer bepaald dient het mobiele team de huidige crisiswerking niet te vervangen, in tegendeel. In crisissituaties dient in eerste instantie een beroep te worden gedaan op de directe omgeving van de cliënt. Wanneer daar de draagkracht wordt overschreden dient er een beroep gedaan te worden op de eerste lijn (huisarts, OCMW, CAW, ...) de spoeddiensten en de politie. Pas wanneer de zorg niet via de reguliere zorg kan worden opgelost, komt het gespecialiseerd aanbod van CGG, poliklinieken en ziekenhuisdiensten van PAAZ/PAUZ/PZ in beeld. Het mobiele team heeft daarbij naast een complementaire, een specifieke functie en dient daarnaast een verbindende functie op te nemen.
- De afstemming met: de experimenten binnen functie 1, de mobiele teams m.b.t. functie 2b het aanbod binnen functie 3 en ondersteuning/overbrugging bij crisismomenten vanuit het aanbod mbt functie 5
- De afstemming met de residentiële settings indien een opname noodzakelijk is (voorzien in crisisbedden)
- Overleg met PAAZ-en m.b.t. het opnemen van een rol bij het uitwerken van de wachtdienst
- Het zoeken naar een oplossing voor mogelijke rechtstreekse oproepen vanuit de mantelzorg.
- Naar een gefaseerde implementatie (7/7 – 24/24).

---

<sup>7</sup> 10.000 km per jaar per FTE aan 0.318 € /km

## **Bestek 4: Experiment Uitwerken 3 mobiele teams 2b**

### **1. Doelstellingen**

#### Doelgroep:

De mobiele teams zijn inzetbaar voor jongvolwassenen en volwassenen. Afhankelijk van de kerntaak zal de doelgroep variëren van cliënten (niet in crisis) die voor de **eerste maal met psychische problemen** worden geconfronteerd tot cliënten met een chronische **en complexe problematiek** bij wie het organiseren van een adequaat aanbod niet evident is. Deze ruime omschrijving wil behoeden voor het creëren van exclusies op basis van klinische of persoonsgebonden criteria.

#### Aanbod:

De mobiele teams dienen zich te organiseren rond drie kerntaken:

- **Ondersteuning** (advies/consult) van de bestaande eerstelijnsvoorzieningen
- **Psychosociale rehabilitatieprogramma's** op maat aanbieden (ook als antwoord op de uitstroom uit de (semi-)residentiële settings
- **Snelle interventies** aanbieden in subacute en acute situaties.

Het gaat hierbij om in hoofdzaak outreachende **activiteiten** gericht op: crisisinterventie, behandelen, begeleiden op alle levensdomeinen, uitbouwen en benutten van maatschappelijke steunsystemen, activering in de domeinen ontmoeting, arbeid, vrije tijd en vorming waarbij zowel wordt ingezet op individuele trajectbegeleiding als kwartiermaken, ondersteuning en versterken van de deskundigheid van de cliënt en zijn omgeving, en andere betrokkenen bij de zorg voor de cliënt, het opvolgen en evalueren.

#### Caseload:

Elk van de mobiele teams heeft een permanente caseload van 200 à 250 cliënten, waarvan 40 à 50 cliënten met een intensievere opvolging.

#### Visie / modellen:

De uitwerking van de mobiele teams steunt op de modellen uit de herstelgerichte zorg zoals: empowerment, rehabilitatie en strengthmodel

Organisatorisch vertrekt het vanuit de werkwijze van de FACT-teams waarbij ruimte mogelijk en gewenst is voor de specifieke Vlaamse/Gentse situatie en context.

#### Output/meerwaarde:

De mobiele teams realiseren:

- Een hogere levenskwaliteit voor de cliënt en zijn omgeving
- Een antwoord op de vermaatschappelijking van de zorg, met een specifiek accent voor de hoger omschreven doelgroep
- Het voorkomen van heropnames of deze zo kort mogelijk houden

### **2. Te bedienen regio**

De 3 mobiele teams bedienen het arrondissement Gent (516.000 inwoners).

### **3. Middelen**

Team 1 wordt georganiseerd vanuit groep St.-Jan de Deo + Sleidinge:

- 6 FTE

- Medische functie: 7u in opstartfase (49.000 € vanuit bijkomende middelen), nadien uit te breiden naar 18u

Team 2 wordt georganiseerd vanuit groep Sint-Camillus + Caritas en vertrekt vanuit huidig PZT-team

- 8 FTE
- Medische functie: 7u in opstartfase (49.000 € vanuit bijkomende middelen), nadien uit te breiden naar 18u

Team 3 wordt georganiseerd vanuit PC Dr. Guislain

- 7 FTE
- Medische functie: : 7u in opstartfase (49.000 € vanuit bijkomende middelen), nadien uit te breiden naar 18u

De Federale subsidies van de huidige PZT-projecten (Gent – Deinze) worden toegevoegd aan de mobiele teams

#### *Werkingsmiddelen*

- Vergoeding ervaringsdeskundige: 26.400 € per jaar
- Jaarlijkse verplaatsingskosten (uit bijkomend budget) voor:
  - o 24 FTE (grote subregio's): 76.320 €<sup>8</sup>
- Locatie: te zoeken binnen beschikbare locaties (PZT, IBW, CAW, wijkgezondheidscentra, PZ, ...), centraal gelegen in de te bedienen regio
- Pc's en administratief materiaal (telefonie en data) vanuit werkingsmiddelen die gekoppeld zijn aan personeelsmiddelen
- Vorming: raming 25.000 € (1 °jaar) (uit bijkomend budget) + engagement om de centraal georganiseerde vorming voor alle ervaringsdeskundigen samen met de andere Vlaamse regio's te dragen.

#### **4. Specifieke context / voorwaarden bij verdere uitwerking**

- De integratie van ervaringsdeskundigen en familiecoaches in de mobiele teams
- Het inzetten van het bestaande aanbod en zorgcoördinatie van de 1 °lijn als standaard uitgangspunt. Een interventie van een mobiel team start pas na overleg met de hulpverleners en mantelzorg van de cliënt en is in eerste instantie gericht op het verder ondersteunen van het netwerk.
- De integratie van de bestaande expertise en werking van de pilootprojecten m.b.t. psychiatrische zorg in de thuissituatie (inclusief huidige caseload), AZIS en de initiatieven beschut wonen
- De afstemming met: de experimenten binnen functie 1, het mobiele team m.b.t. functie 2a, de gewenste uitstroom vanuit de residentiële sector en het aanbieden van begeleiding bij de uitbreiding van woonvormen onder functie 5
- 3 teams hebben zelfde werkwijze, visie (bewaakt door één beleidsgroep), maar kunnen aparte accenten leggen (experimenteel)

---

<sup>8</sup> 10.000 km per jaar per FTE aan 0.318 € /km

- Bij bepalen van subregio's rekening houden met de hoge aanwezigheid van (huidige en toekomstige) cliënten in bepaalde deelgemeenten.
- Indien de pilootprojecten mobiele teams rond de doelgroep verstandelijke gehandicapten niet wordt verlengd wordt deze taak verder genomen door de mobiele teams
- Gefaseerde uitwerking (caseload)

## **Bestek 5**

### **Experiment: Intensifiëren van het aanwezige gespecialiseerd aanbod voor specifieke doelgroepen**

#### **1. Doelstellingen**

##### Doelgroep:

Patiënten met:

- Een niet aangeboren hersenafwijkingen (NAH)
- Een verstandelijke handicap én psychiatrische problematiek

##### Aanbod:

Het bestaande gespecialiseerde aanbod intensifiëren door de bestaande omkadering te behouden op een lager aantal bedden.

##### Output/meerwaarde:

Dit aanbod zorgt ervoor dat een residentiële opname sneller kan beëindigd worden en/of sneller kan worden overgaan naar een ambulante behandeling.

#### **2. Te bedienen regio**

Het aanbod overstijgt de regio Gent-Eeklo.

#### **3. Middelen**

Intensifiëring aanbod verstandelijk gehandicapten met een psychiatrische problematiek:

PC Dr. Guislain stelt hiervoor 5 T bedden buiten gebruik, maar behoudt de huidige personeelsomkadering

Intensifiëring aanbod volwassenen met een niet aangeboren hersenafwijking:

PC Caritas verhoogt d.m.v. herschikking de personeelsomkadering voor dit aanbod.

## **Bestek 6: Experiment Creëren van een grotere capaciteit aan en verscheidenheid in woonvormen**

#### **1. Doelstellingen**

##### Doelgroep:

Jongvolwassenen en volwassenen met een (ernstige) psychiatrische problematiek.

##### Aanbod:

Het aanbod dient zowel te beschikken over een grotere capaciteit aan als over een grotere verscheidenheid in woonvormen.

De verscheidenheid in woonvormen dient zich te situeren op een continuüm met aan het ene uiterste een persoon met psychische problemen die zich zelfstandig beweegt op de woonmarkt en autonoom zijn gewenste

*zorg zoekt. Aan het ander uiterste wordt een specifieke woonvorm voorzien voor personen met persisterende psychiatrische problemen, waar ze kunnen blijven wonen met de gepaste begeleiding.*

*De verscheidenheid in woonvormen voorziet daarnaast: individuele woningen, woonblokken en groepswohnungen, die zich ofwel situeren in de maatschappij, aanleunend bij de maatschappij, aanleunend bij de campus van een voorziening, of situeren zich op deze campus.*

#### Visie:

*Wonen is een voorwaarde voor het welslagen van zorg in de samenleving.*

*Aanbod dient te vertrekken vanuit een totaalvisie op wonen en begeleiding*

*De mensen uit de doelgroep hebben recht op goed wonen en moeten kunnen kiezen uit een woonvorm die zo goed als mogelijk aansluit bij hun wensen.*

*Variëteit in wonen vraagt eveneens een variëteit in begeleidingsvormen die aansluit bij de wensen van de cliënt.*

*Wensen naar wonen en begeleiding zijn een variabel gegeven, doorstroming naar andere begeleiding- en woonvormen dient flexibel te gebeuren.*

*Het aanbod dient aandacht te hebben voor specifieke doelgroepen.*

*Niet iedereen heeft de wens om buiten een voorziening te wonen, een wens die we moeten respecteren.*

#### Output/meerwaarde:

- *De capaciteitsuitbreiding biedt een antwoord op de uitstroom uit de residentiële voorzieningen*
- *Een hogere levenskwaliteit voor de cliënt en zijn omgeving*
- *Een antwoord op de vermaatschappelijking van de zorg.*

## **2. Te bedienen regio**

*Het arrondissement Gent*

## **3. Middelen**

*Voor de uitbreiding in capaciteit en verscheidenheid aan woonvormen worden door de overheid geen extra middelen voorzien. Ook ontbreekt nog de nodige wetgeving om meer verscheidenheid te brengen in het huidige aanbod van de initiatieven beschut wonen (BW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).*

*De volgende voorzieningen nemen initiatieven tot creatie van bijkomende woonvormen:*

- *P.C. Dr. Guislain creëert vanuit reconversie 10 bijkomende plaatsen PVT.*
- *PZ Sint-Camillus/ PC Caritas onderzoeken de mogelijkheid om bijkomende woningen (20) te creëren.*

## **4. Opdrachten**

*Acties uitwerken om:*

- *Bij de sociale huisvestingsmaatschappijen te bepleiten het percentage woningen voor specifieke doelgroepen op te trekken met de garantie dat de mobiele teams begeleiding garanderen*
- *Via de bestaande sociale verhuurbureaus bijkomende woningen te realiseren*
- *Zelf initiatieven te nemen of in samenwerking met andere partners (sociale huisvestingsmaatschappijen, OCMW, familie, ...) voor nieuwbouw of renovatieprojecten*
- *Zelf initiatieven nemen om de capaciteit van BW en PVT uit te breiden*
- *Via intersectoraal overleg (ouderenzorg, zorg voor personen met een handicap, welzijn, bijzondere jeugdzorg, ...) creatief te zoeken naar alternatieve woonvormen.*

- Het huidige aanbod beter in kaart te brengen en te onderzoeken waar samenwerking of betere differentiatie mogelijk is
- Te onderzoeken hoe de verschillende initiatieven BW een aantal opdrachten (wachtdienst, aanmelding, ...) efficiënter kunnen organiseren.

#### **5. Specifieke context / voorwaarden bij verdere uitwerking**

- De dubbele rol (huisbaas/begeleider) die niet steeds ideaal is. Zonder afbreuk te doen aan de coördinerende en essentiële afstemming tussen wonen (huisvesten) en begeleiding moet worden overwogen om wonen en begeleiding los te koppelen.
- De afstemming met: het mobiele crisisteam, de mobiele teams 2b de gewenste uitstroom vanuit de residentiële sector
- De woonmarkt in de Gentse regio kenmerkt zich door een onevenwicht tussen de noden van verschillende doelgroepen en de schaarste van de beschikbare woningen
- De programmatie voor beschut wonen is bereikt voor de grootstad Gent.

### **Bestek 7: Experiment: Gespecialiseerde ambulante/poliklinische programma's**

#### **1. Doelstellingen**

##### Doelgroep:

Patiënten met diagnose uit volgende categorieën :

- angststoornissen,
- stemmingsstoornissen,
- aanpassingsstoornissen,
- persoonlijkheidsstoornissen,
- ADHD,
- verslavingsproblemen,
- psychotische stoornissen,
- eetstoornissen.

##### Aanbod:

Het creëren van een aanbod van poliklinische, gespecialiseerde en intensieve behandelprogramma's die afgestemd zijn op en/of kunnen aansluitend bij zowel de residentiële programma's als bij het ambulante aanbod voor de bovenvermelde stoornissen en problemen.

##### Output/meerwaarde:

- Dit aanbod moet vermijden dat patiënten die een dergelijke therapeutisch aanbod nodig hebben verplicht worden opgenomen te worden of te blijven.
- Dit aanbod is flexibeler dan opname in dagbehandeling.
- Dit aanbod zorgt ervoor dat een residentiële opname sneller kan beëindigd worden en kan overgaan in een ambulante behandeling.

#### **2. Te bedienen regio**

Regio Gent – Eeklo.

### **3. Middelen**

- PZ Sint Camillus/PC Caritas stelt hiervoor via reallocatie 1,5 FTE vrij voor de volgende programma's: angststoornissen, stemmingsstoornissen, aanpassingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, ADHD. Voor de medische functie wordt daarnaast per programma 2 uur per week therapeutisch beleid voorzien per programma, patiëntgebonden taken via nomenclatuur
- Locatie : de beschikbare locaties van de aanbieders
- Pc's en administratief materiaal wordt ter beschikking gesteld van de aanbieders.

### **4. Specifieke context / voorwaarden bij verdere uitwerking**

- De ontwikkelde programma's moeten gemakkelijk rechtstreeks toegankelijk zijn op verwijzing vanuit eerste, tweede of derde lijn.
- De ontwikkelde programma's moeten inhoudelijk goed aansluiten bij de ambulante en residentiële programma's voor dezelfde doelgroep, zodat naadloze behandeltrajecten kunnen ontwikkeld worden en er vlot kan geschakeld worden tussen ambulante zorg en residentiële zorg.
- Programma kan gecombineerd worden met individuele begeleiding vanuit een mobiel team.
- Programma's kunnen pas ontwikkeld worden als er bijkomende middelen beschikbaar komen voor de medische functie.

## **Bestek 8: Experiment Hefboom onderlinge afstemming residentieel aanbod, afstemming met andere functies**

### **1. Doelstellingen**

#### Doelgroep:

Jongvolwassenen en volwassenen uit de regio Gent

#### Aanbod:

Het regionaal residentieel aanbod garandeert:

- een opname voor patiënten die niet voor specifieke programma's in aanmerking komen wegens de complexiteit van hun problematiek, een beperkte of onduidelijke hulpvraag, beperkte mogelijkheden, enz.
- een gespecialiseerd aanbod voor alle specifieke doelgroepen
- een betere onderlinge doorstroming tussen PZ en PAAZ.
- crisisbedden of bedden op recept voor dringende opnames op vraag van de mobiele teams
- een wachtdienstsysteem van vrije consultaties waar huisartsen voor advies naar kunnen verwijzen binnen de 24 uur
- systematisch overleg rond belangrijke klinische doelgroepen i.f.v. afstemming therapeutisch beleid, zoeken naar knelpunten, kennisuitwisseling, enz.

#### Output/meerwaarde:

- Geen enkele patiënt mag omwille van zijn pathologie of complexiteit van zijn problematiek uitgesloten worden voor een opname
- Volledig residentieel aanbod dat antwoord biedt op alle noden (basiszorg en specifieke zorg)

- Opnameduur wordt zo kort mogelijk gehouden
- Kwaliteitsvol residentieel aanbod op maat afgestemd op de noden
- Goed georganiseerd residentieel aanbod

## **2. Te bedienen regio**

*Regio Gent*

## **3. Middelen**

*De concrete uitwerking vraagt nauwelijks extra middelen. De realisatie vertrekt vanuit het engagement en de bereidheid van de verschillende residentiële partners in het netwerk.*

### **Bestek 9: Experiment Hefboom gezondheidspromotie en positieve beeldvorming**

#### **1. Doelstellingen**

Doelgroep:

*Alle inwoners uit de regio Gent-Eeklo*

Aanbod:

*Het versterken van het bestaande aanbod m.b.t. gezondheidspromotie door mee te werken aan een cultuur waarbinnen positieve beeldvorming<sup>9</sup> een belangrijke plaats inneemt (via laagdrempeligheid, een genormaliseerd taalgebruik, duidelijke brochures, ...) en mee te werken aan concrete initiatieven rond promotie van een goede geestelijke gezondheid en positieve beeldvorming.*

*Een aantal concrete acties:*

- Participatie aan werelddag GGZ, Mad Pride
- Opstellen van een actieplan 'Gezondheidspromotie – Positieve beeldvorming'
- Een link leggen op de homepage van de eigen website naar een pagina met informatie rond gezondheidspromotie en/of positieve beeldvorming
- Beschikbaar maken van promotiemateriaal voor mensen uit andere culturen
- Getuigenissen door ervaringsdeskundigen in scholen, organisaties

Output/meerwaarde:

- *Inwoners uit de regio Gent-Eeklo verwerven meer controle over de keuzes die ze kunnen maken m.b.t. het bevorderen van hun geestelijke gezondheid en/of m.b.t. de hulpbronnen die ze kunnen aanspreken wanneer er zich geestelijke gezondheidsproblemen zouden aandienen.*
- *In de regio Gent-Eeklo verminderen de vooroordelen en misvattingen m.b.t. psychische stoornissen.*

## **2. Te bedienen regio**

*Regio Gent – Eeklo.*

## **3. Middelen**

*Het concreet uitwerken van initiatieven m.b.t. gezondheidspromotie en positieve beeldvorming vragen eerder een engagement dan bijkomende middelen van de aanwezige actoren.*

---

<sup>9</sup> Vanuit patiëntenperspectief (Uilenspiegel vzw) pleit men voor een realistische, genuanceerde beeldvorming, naast positieve beeldvorming.

Het verder concreet uitwerken is een opdracht voor de huidige werkgroep functie 1. Het opvolgen van de uitgewerkte acties kan nadien worden toegewezen aan de module netwerkcoördinatie.

## 6.4 Situering experimenten binnen een geïntegreerd model van de vijf functies

Een aantal experimenten is functieoverschrijdend. De situering van de experimenten binnen de verschillende functies, wordt weergegeven in onderstaande tabel.

|            | competentieknooppunt | vroegdetectie | herstel en soc inclusie | netwerkpunt | ELP | mobiele crisisteam | mobiele teams | poliklinisch aanbod | Promotie en beeldvorming | Residentieel aanbod | Wonen |
|------------|----------------------|---------------|-------------------------|-------------|-----|--------------------|---------------|---------------------|--------------------------|---------------------|-------|
| Functie 1  |                      |               |                         |             |     |                    |               |                     |                          |                     |       |
| Functie 2a |                      |               |                         |             |     |                    |               |                     |                          |                     |       |
| Functie 2b |                      |               |                         |             |     |                    |               |                     |                          |                     |       |
| Functie 3  |                      |               |                         |             |     |                    |               |                     |                          |                     |       |
| Functie 4  |                      |               |                         |             |     |                    |               |                     |                          |                     |       |
| Functie 5  |                      |               |                         |             |     |                    |               |                     |                          |                     |       |

We beklemtonen dat de beschreven experimenten zich richten tot de verschillende belanghebbenden, zowel tot de cliënt, de familie, als de hulpverleners uit de verschillende lijnen. In onderstaande tabel wordt weergegeven wie beroep kan doen op welk experiment.

|               | competentieknooppunt | vroegdetectie | herstel en soc inclusie | netwerkpunt | ELP | mobiele crisisteam | mobiele teams | poliklinisch aanbod | Promotie en beeldvorming | Residentieel aanbod | Wonen |
|---------------|----------------------|---------------|-------------------------|-------------|-----|--------------------|---------------|---------------------|--------------------------|---------------------|-------|
| cliënt        |                      |               | *                       | *           | *   |                    | *             | *                   |                          | *                   |       |
| familie       |                      | *             |                         |             |     |                    | *             |                     | *                        |                     |       |
| hulpverleners | *                    | *             | *                       | *           | *   | *                  | *             | *                   | *                        | *                   | *     |

## 6.5 Kalender

In onderstaand driejarenplan wordt een overzicht gegeven van een voorlopige timing en fasering van de verschillende experimenten, zoals beschreven in de bestekken. De kleurcode geeft de evolutie weer, gaande van de concretiseringfase, over de opstart tot de volledige operationalisering. Belangrijk hierbij is ook de systematische evaluatie, dewelke op termijn voor alle projecten zal samenvallen in tijd. Binnen de timing kan worden bijgestuurd.

Planning 3 jaar

Project: Planning 2011-2013

| Bestek | Experiment                            | Fase | Jaar | 2011  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 2012 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    | 2013 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
|--------|---------------------------------------|------|------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
|        |                                       |      |      | Maand | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  |  |
|        |                                       |      |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 9      | Gz -promotie & beeldvorming           | 1    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 8      | Afstemming                            | 2    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 7      | Gespecialiseerde polikl. Progr.       | 2    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 6      | Wonen                                 | 2    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 5      | Intensifiëring                        | 1    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 3      | Mobiele teams 2a                      | 4    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 4      | Mobiele teams 2b                      | 3    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 2      | ELP                                   | 3    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 1      | Netwerkcoördinatie                    | 2    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 11     | - Uitwerken competentiepunt           | 2    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 12     | - YDI                                 | 4    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 13     | - Herstel en soc inclusie             | 3    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
| 14     | - Netwerkpunt                         | 3    |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
|        | Opstellen samenwerkingsovereenkomsten |      |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
|        | Concretisering                        |      |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
|        | Opstart                               |      |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
|        | Evaluatie + bijsturing                |      |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |
|        | Volledige operationalisering          |      |      |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |  |

Binnen de kalender onderscheiden we vier startmomenten.

### Fase 1

In een eerste fase voorzien we de opstart van de acties rond GG-promotie en positieve beeldvorming. Dit zijn bescheiden inspanningen, waar vele organisaties reeds mee bezig zijn.

De intensifiëring van een aantal afdelingen is een minder complexe ingreep die op ziekenhuis/afdelingsniveau te realiseren is op korte termijn.

### Fase 2

De functie rond netwerkcoördinatie start meteen ook het competentieknooppunt op, zodat de kennis in kaart gebracht is, voor de opstart van de verschillende experimenten.

Het voorzien van oplossingen rond woonvormen is essentieel om de andere functies te kunnen werken.

De residentiële voorzieningen continueren het overleg dat eerder is opgestart om te zoeken naar afstemming rond een aantal themata zoals beschreven in bestek 8.

Het openstellen van een poliklinisch aanbod is een actie die weinig afhankelijk is van de andere functies, maar wel een extra uitstroommogelijkheid voorziet.

### Fase 3

Eens het voorgaande is uitgewerkt, kan ook het aanbod vanuit de mobiele teams 2b worden opgestart. De eerstelijnspsychologische functie kan hier eveneens starten (grootorde afhankelijk van project Vlaamse overheid). Ter ondersteuning van de mobiele teams 2b wordt ook ingezet op het ontwikkelen van programma's rond herstel. Het netwerkpunt ten slotte moet mensen mee oriënteren en toeleiden naar de juiste zorg.

### Fase 4

In een laatste fase wordt het aanbod van het mobiele crisisteam toegevoegd.

### Samenwerkingsakkoorden

Het afronden van de concretiseringfase van de meeste experimenten moet toelaten om medio 2012 een globale samenwerkingsovereenkomst op te stellen, inclusief het bepalen van rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende partners.

## 6.6 Risico management

- **Complexiteit van de regio:** een sterkte van het netwerk is de vertegenwoordiging van vele partners, wat zorgt voor een grote betrokkenheid. Nadeel is dat dit een stuk ten koste gaat van de slagkracht van het forum.
- **Niet geselecteerd worden van het project.** Sedert de vorige projectaanvraag is het aantal betrokken partners bij het project vertienvoudigd. De vele organisaties die zijn gemobiliseerd tijdens de werkgroepen hebben hoge verwachtingen naar het project. Partners vinden elkaar en gaan in dialoog. De tanker is vertrokken. Niettegenstaande is er de vrees wat het effect zal zijn op de motivatie van de partners bij een niet-selectie.
- **Herindeling zorgregio's door de overheid.** De mogelijkheid om het werkingsgebied zelf te bepalen, zorgt voor een onzekere factor ingeval de zorgregio's in de toekomst anders ingedeeld worden. Toch ziet het Netwerkcomité een selectie van het project als een ideale mogelijkheid de keuze voor de huidige regio te evalueren.

## 6.7 Basisvoorwaarde

Budgetgarantie voor ziekenhuizen<sup>10</sup> en geen inkomstenverlies voor psychiaters en andere betrokken partijen.

---

<sup>10</sup> Een aantal ziekenhuizen (zie eindrapport werkgroep functie 4) formuleerden een aantal essentiële voorwaarden voor het realloceren van middelen en het financieren van de medische functie.

## 7. Financiering en middelenallocatie

### 7.1 Overzicht van de middelen m.b.t. reallocatie / intensifiëring / reconversie

In totaal worden er 121 bedden anders ingezet vanuit PZ en PAUZ. Vanuit CGG en PAAZ worden personeelsmiddelen ingezet.

**Aantal bedden per kenletter:  
reallocatie/intensifiëring/reconversie**

| PZ / PAUZ             | PC Sleidinge<br>PC St Jan de<br>Deo | PC Dr Guislain | PZ St-Camillus<br>PC Caritas | PAUZ Gent | Totaal |
|-----------------------|-------------------------------------|----------------|------------------------------|-----------|--------|
| <b>Reallocatie</b>    |                                     |                |                              |           |        |
| - A bedden            |                                     |                |                              | 7         | 7      |
| - T bedden            | 29                                  | 20             | 50                           |           | 99     |
|                       |                                     |                |                              |           |        |
| <b>Intensifiëring</b> |                                     |                |                              |           |        |
| - T bedden            |                                     | 5              |                              |           | 5      |
|                       |                                     |                |                              |           |        |
| <b>Reconversie</b>    |                                     |                |                              |           |        |
| - T bedden            |                                     | 3              |                              |           | 3      |
| - t-d                 |                                     | 7              |                              |           | 7      |
| Totaal                | 29                                  | 35             | 50                           | 7         | 121    |

- PAAZ-en
  - PAAZ Maria Middelaers: 1 FTE psycholoog + voorzien crisisbed + deelname wachtijd psychiaters + mede financiering experiment Netwerkpunt
  - PAAZ Sint Lucas: inzet personeel: 1 FTE psycholoog + voorzien crisisbed + deelname wachtijd psychiaters + mede financiering experiment Netwerkpunt
  - PAAZ Jan Palfijn: inzet: 1 FTE psycholoog + voorzien crisisbed+ deelname wachtijd psychiaters + mede financiering experiment Netwerkpunt
- CGG
  - RCGG Deinze-Eeklo-Gent: 0,75 FTE personeel
  - CGG Eclips: personeel: 1,75 FTE personeel

### 7.2 Overzicht van de bestekken en toegewezen middelen

In onderstaand overzicht worden de voltijds equivalenten van de verschillende organisaties ingezet voor de verschillende functies / bestekken. In totaal betreft het 58 FTE die op termijn anders zou worden ingezet.

| Besteknummer |                                | Additionele middelen | PC Sleidinge<br>PC St Jan de Deo | PC Dr Guislain | PZ St-Camillus<br>PC Caritas | PAUZ Gent | PAAZ Jan Palfijn | PAAZ Maria<br>Middelares | PAAZ Sint Lucas | CGG Eclips | RCGG Deinze-Eeklo-<br>Gent | Netwerk-<br>coördinator | Totaal |
|--------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------|------------------------------|-----------|------------------|--------------------------|-----------------|------------|----------------------------|-------------------------|--------|
|              | Antenne functie in PAAZ        |                      |                                  |                |                              |           | 1                | 1                        | 1               |            |                            |                         | 3      |
| 1            | Netwerkcoördinatie             | 2                    |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 |            |                            | 1                       | 3      |
| 1-1          | Competentieknooppunt           |                      |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 |            |                            |                         |        |
| 1-2          | Vroegdetectie & Interventie    |                      |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 |            |                            |                         |        |
| 1-3          | Herstel en sociale inclusie    |                      | 2                                | 1              | 4                            |           |                  |                          |                 | 1,25       | 0,25                       |                         | 8,5    |
| 1-4          | Netwerkpunt                    |                      |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 |            |                            |                         |        |
| 2            | 1° lijn psychologische functie |                      |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 | 0,5        | 0,5                        |                         | 1      |
| 3            | Mobiele team 2a                |                      | 8                                |                | 8                            | 4         |                  |                          |                 |            |                            |                         | 20     |
| 4            | Mobiele teams 2b               |                      | 6                                | 7              | 8                            |           |                  |                          |                 |            |                            |                         | 21     |
| 5            | Intensifiëring                 |                      |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 |            |                            |                         |        |
| 6            | Wonen                          |                      |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 |            |                            |                         |        |
| 7            | Gespec. poliklin. programma's  |                      |                                  |                | 1,5                          |           |                  |                          |                 |            |                            |                         | 1,5    |
| 8            | Afstemming                     |                      |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 |            |                            |                         |        |
| 9            | Gezondheidspromotie            |                      |                                  |                |                              |           |                  |                          |                 |            |                            |                         |        |
|              | Totaal                         |                      | 16                               | 8              | 21,5                         | 4         | 1                | 1                        | 1               | 1,75       | 0,75                       | 1                       | 58     |

### 7.3 Aanvullende middelen

De eerste initiatieven starten halverwege 2012.

#### Additionele middelen 2011 (500.000 + 225.000)

|                    | Netwerkcoördinatie | Netwerkcoördinator | Verantwoordelijke<br>functies (6) | Totaal additionele middelen |
|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Voor alle functies | 41333              | 100000             | 12000                             | 153333                      |
|                    | 41333              | 100000             | 12000                             | 153333                      |

Per **verantwoordelijke van een functie** wordt maandelijks 500 € voorzien. In 2011 start enkel de concrete uitwerking vanaf september.

Voor de module netwerkcoördinatie worden 2 FTE gefinancierd vanuit de additionele middelen. Starten vanaf september 2011.

#### Additionele middelen 2012 (500.000 + 225.000)

De verplaatsingskosten<sup>11</sup> voor 2012 zijn berekend op basis 1/3 van de jaarlijkse verplaatsingskosten (er werd hierbij rekening gehouden met de beperktere caseload van de opstartfase en het aantal maanden

<sup>11</sup> aan 0.318 € /km

dat de teams effectief werkzaam zijn).

De kosten voor de medische functie worden berekend op basis van 7000 € per jaar (583,33 € per maand) per contractuur. Voor de opstartfase wordt gerekend aan 7u per 2b team en voor 11u voor het 2a team.

De kosten voor de wachtdienst (1000 €/week) werden berekend op de 4 maanden dat het mobiele team 2a actief is.

#### **Additionele middelen 2012 (500.000 + 225.000)**

|                      | Verplaatsingskosten | Vorming      | Vorming<br>ervaringsdeskundige | Vergoeding<br>ervaringsdeskundige | Wachtdienst functie | Medische functie | Netwerkoördinator | Verantwoordelijke<br>functies (6) | Netwerkoördinatie | Totaal additionele<br>middelen | Totaal medische functie |
|----------------------|---------------------|--------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Alle/andere functies |                     | 3000         |                                |                                   |                     |                  | 100000            | 36000                             | 124000            | 139000                         |                         |
| Mobiel team 2a       | 7066                | 25000        |                                |                                   | 17500               | 25666            |                   |                                   |                   | 32066                          | 43166                   |
| Mobiele teams 2b     | 36040               | 25000        | 4200                           | 26400                             |                     | 187250           |                   |                                   |                   | 91640                          | 187250                  |
| <b>Totaal</b>        | <b>43106</b>        | <b>53000</b> | <b>4200</b>                    | <b>26400</b>                      | <b>17500</b>        | <b>212916</b>    | <b>100000</b>     | <b>36000</b>                      | <b>124000</b>     | <b>386706</b>                  | <b>230416</b>           |

#### **Additionele middelen 2013 en 2014**

|                 | Verplaatsingskosten | Vorming      | Vorming<br>ervaringsdeskundige | Vergoeding<br>ervaringsdeskundige | Wachtdienst functie | Medische functie | Netwerkoördinator | Verantwoordelijke<br>functies (6) | Netwerkoördinatie | Totaal additionele<br>middelen | Totaal medische<br>functie |
|-----------------|---------------------|--------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------------------|----------------------------|
|                 |                     |              |                                |                                   |                     |                  | 100000            | 36000                             | 124000            | 136000                         | 0                          |
| Mobiele team 2a | 63600               | 12500        |                                |                                   | 52000               | 168000           |                   |                                   |                   | 76100                          | 220000                     |
| Mobiele team 2b | 76320               | 12500        | 1000                           | 26400                             |                     | 378000           |                   |                                   |                   | 116220                         | 378000                     |
| <b>Totaal</b>   | <b>139920</b>       | <b>25000</b> | <b>1000</b>                    | <b>26400</b>                      | <b>52000</b>        | <b>546000</b>    | <b>100000</b>     | <b>36000</b>                      | <b>124000</b>     | <b>452320</b>                  | <b>598000</b>              |

Gezien er 3 teams 2b komen en het 2a team met 20 FTE een grotere caseload zal hebben, is voor de medische functie een groter budget noodzakelijk. Momenteel wordt door de overheid voor één 2a (18u) en één 2b team (18u) uitgegaan van 36u medische functie.

Gezien het 2a team voor de regio Gent-Eeklo 25% meer personeel inzet (20 i.p.v. 16 FTE), zal de caseload en bijgevolg ook het budget voor de vereiste medische functie groter dienen te zijn (24u i.p.v. 18).

Gezien er drie 2b teams komen is er nood aan een hoger budget voor de medische functie (3 \* 18u)