

Sjabloon
voor de projectvoorstellen in het kader van de toepassing van artikel 107
van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

Een elektronische versie (word-document) wordt ten laatste op 31 oktober 2010 via mail bezorgd aan :
info@psy107.be

Meer informatie over de indieningsmodaliteiten van het 107-project is terug te vinden via volgende link :
www.psy107.be > projecten > algemene info (2.2.)

Projectvoorstel Netwerk GGZ Regio Noord West-
Vlaanderen

Ontvankelijkheidscriteria van het projectvoorstel

Een geldig projectvoorstel is op tijd ingediend en bevat ondermeer:

- Een beschrijving van het werkingsgebied
- Een beschrijving van de leeftijdsdoelgroep: jongvolwassenen vanaf 16 jaar en/of volwassenen
- Een beschrijving van de doelstelling van het zorgaanbod en van de te verwachten resultaten
- Een beschrijving van alle partners en hun specifieke opdrachten binnen het te creëren zorgcircuit
- De contactgegevens van de netwerkcoördinator
- Een financiële analyse
- Een kalender en een planning van de stappen die worden ondernomen om de 5 functies in te vullen
- De mate waarin het projectvoorstel met het personeel van elke betrokken partner is besproken
- De mate waarin het projectvoorstel is besproken met het/de overlegplatform(s) voor geestelijke gezondheidszorg wiens werkingsgebied samenvalt of overlapt met het werkingsgebied van het projectvoorstel.

Het projectvoorstel beantwoordt bovendien aan volgende vormvereisten:

- Het bestaat uit 1 tekstbestand opgeslagen in het *.doc of het *.docx formaat
- Het omvat maximaal 30 pagina's opgemaakt in het lettertype Arial, tekstgrootte 10, interlinie 1,5
- Bijlagen omvatten enkel formele stukken en geografische weergaven
- Formele stukken, zoals bijvoorbeeld samenwerkingsovereenkomsten, worden gehandtekend en gedateerd ingescand als *.doc of *.docx-bestand, of als afdrukbaar pdf-bestand
- Het mailbericht met het projectvoorstel bestaande uit het tekstbestand, samen met eventuele bijlagen, is niet groter dan 3MB.

Het projectvoorstel

Het gebruik van deze template is verplicht, alsook het respecteren van de structuur en de volgorde van de hoofdstukken.

1. Toelichting van de visie van het project

Met het hervormingsprogramma “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken” (artikel 107) wordt een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg beoogd. Dit nieuwe zorgaanbod is gebaseerd op de noden van personen met psychische problemen en vertrekt vanuit hun concrete leefomgeving.

Licht hieronder de waarden, visie of missie toe van het project zoals het door de partners wordt onderschreven. Deze visie heeft betrekking op de uitgangspunten van het project, waarop alle activiteiten geïnspireerd zijn en die ook steeds als toetssteen worden gebruikt bij het uitbouwen van nieuwe initiatieven. Dit kunnen bijv. patiëntenrechten zijn, wat men als essentiële elementen beschouwt om een goede zorg aan te bieden, een theoretisch kader, ‘evidence- based’ praktijken,...

De GGZ-partners uit de Regio Noord West-Vlaanderen schrijven zich in in de geboden experimentele ruimte.

Momenteel wordt met gebruikers van familie, partners uit de GGZ, de thuiszorg en de welzijnszorg gewerkt aan de verdere concretisering van de visie rond de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurt zowel in de beleidsorganen als in de verschillende werkgroepen, waaraan de actoren van de verschillende geledingen uit de regio Noord West-Vlaanderen participeren.

Volgende kernelementen worden door de deelnemende partners onderschreven en concreter uitgewerkt.

Een betere **ondersteuning en samenwerking** tussen de gespecialiseerde GGZ-partners en de eerste-lijnsactoren in de regio kan bijdragen aan een kwalitatieve basiszorg waarbij vroege detectie en snelle interventie een verdere uitdieping – ergo – chronifiëring van de ziekte-toestand kan voorkomen. De partners benadrukken de noodzaak samen te werken daar waar deze samenwerking een meerwaarde creëert voor de betrokken patiënt en zijn context. Het samenwerken kent een meerwaarde voor de regio en haar inwoners in de zoektocht naar complementariteit en de focus op (niet-vervulde) noden. Samenwerking heeft ook grenzen en vereist blijvende waakzaamheid op vlak van effectiviteit en efficiëntie.

Transmurale zorgvormen zijn eerder zwak uitgebouwd. De modaliteiten van ‘ten laste neming’ moeten verder gedynamiseerd worden. Multidisciplinaire crisiszorg, behandeling of psychosociale rehabilitatie op een assertieve manier aanbieden in de thuiscontext van cliënten moet geïntegreerd worden als een expliciet steunpunt.

Een geïntegreerd zorgaanbod, we kennen een nog te gefragmenteerd aanbod van behandeling en zorg met weinig verknopingspunten tussen de diverse modules. De overgang van de ene zorgvorm naar de andere vraagt een sterkere zorg voor continuïteit. Eén van de basisdoelstellingen moet zijn

om gedeelde mechanismen te ontwikkelen die de patiënt bij overgangen in zijn zorgtraject ondersteunen.

Naast behandeling en zorg moet meer aandacht gaan naar het **proces van herstel** waarbij de focus gericht wordt op de positieve mogelijkheden van elke patiënt en diens omgeving. Het ziek zijn en de te bieden zorg heeft naast een biomedische dimensie, een psychosociale en existentiële dimensie waarbij ook het netwerk van de patiënt steun krijgt en omgekeerd ook bron van steun kan zijn.

Naast de reeds vermelde samenwerking met de eerste lijn vereist **een gemeenschapsgerichte focus** (nog meer) aandacht aan GGZ-problematiek die zich afspeelt in tal van belendende sectoren. Nog hechtere samenwerkingsvormen dienen ontwikkeld in relatie tot de sectoren huisvesting, werk, algemeen welzijnswerk, cultuur, gehandicaptenzorg, justitie, ouderenzorg,...

Voorzieningen gezamenlijk verantwoordelijk weten voor een leeftijdsdoelgroep in een regio vertrekt vanuit een andere visie dan die we vandaag kennen. Dit impliceert dat we als 'netwerk' denken, en niet als individuele voorziening. Zeker voor de meest kwetsbare patiënten die zich in een complexe probleemsituatie bevinden is de zoektocht naar een correcte plek van zorg en behandeling niet steeds eenvoudig. Vormen van cliëntgericht overleg waarbij diverse betrokken partijen samen zitten met als doelstelling een zorgaanbod op maat van de patiënt te realiseren zijn daarbij te weerhouden methodieken en uit te werken procedures.

Doorheen dit proces van zorgvernieuwing is het noodzakelijk blijvend oog te hebben voor de behandeling van **ernstige, ingrijpende, acute en/of langdurige chronische**, al dan niet meervoudige psychische stoornissen. De intensifiëring van de residentiële behandeling moet het mogelijk maken om kwaliteitsvolle behandeling aan te bieden aan deze doelgroep, naast al dan niet geïntensifieerde vervolgzorg indien de noodzaak aan blijvende ondersteuning zich opdringt.

Naast deze meer structurele elementen is het ook noodzakelijk om het beleid inzake de organisatie van een zorgcircuit en netwerk te toetsen aan **waarden die in het geding zijn om "goede zorg" te leveren**. Volgens Thornicroft en Tansella (1999) moet het beleid zich laten leiden door volgende negen kernprincipes van goede zorg: (1) bevordert autonomie, (2) is continu, (3) is effectief, (4) is toegankelijk, (5) is omvattend, (6) is rechtvaardig, (7) geeft verantwoording, (8) werkt gecoördineerd, (9) werkt efficiënt.

Bron: Chantal Van Audenhove, Greet Van Humbeek, Anne Van Meerbeek. De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare personen: onderzoek, praktijk en beleid. Lucas & Uitgeverij Lannoo nv, 2005, p. 22-23.

2. Doelgroep

De projecten moeten strategieën uitwerken om een oplossing te bieden voor alle geestelijke gezondheidsnoden die bij de bevolking in het werkingsgebied leven; dit in eerste instantie voor de doelgroepen van jongvolwassenen vanaf 16 jaar en volwassenen.

Zoals voorzien in vermelde "Gids" zullen we ons in deze fase richten naar de leeftijdsdoelgroep volwassenen en jongvolwassenen vanaf 16 jaar. Het aantal inwoners in de regio Noord West-Vlaanderen dat behoort tot deze leeftijdsdoelgroep mag op om en bij de 63 % van het totaal aantal inwoners geraamd worden of 318.000 personen. Specifiek epidemiologisch onderzoek inzake GGZ-problematiek in deze regio is ons niet bekend.

Wij zijn gestart met de inventarisatie van het zorggebruik in de regio Noord West-Vlaanderen. In bijlage 6 geven wij actueel beschikbaar cijfermateriaal omtrent het zorggebruik.

3. Doelstellingen

Wat zijn de doelstellingen en ambities in termen van de te verwachte meerwaarde voor de patiënt en de resultaten die het project nastreeft? Hoe worden deze doelstellingen geoperationaliseerd, hoe wenst men deze te bereiken en hoe gaat men na of deze doelstellingen worden behaald?

Welke doelstellingen en ambities stelt men voorop in de werking van het personeel, om de meerwaarde voor de patiënt mogelijk te maken?

Geef ook aan welke doelstellingen het project wil realiseren op het niveau van het netwerk en op het niveau van de individuele partners die deel uitmaken van het netwerk.

3.1. Algemene doelstellingen

Voor de uitbouw van het netwerk/zorgcircuit weerhouden we volgende doelstellingen:

- Op niveau van de patiënt: verhogen van de kwaliteit van leven; optimaler beantwoorden van de individuele behoeften (zorg op maat); waarborgen van betere zorgcontinuïteit; behouden of herstellen van de banden met belangrijke steunfiguren (bv. familie, huisarts, vrienden/buren/kennissen); stimuleren/activeren van persoonlijke en actieve betrokkenheid in het eigen traject; stimuleren van de maatschappelijke integratie.
- Op niveau van de familie en mantelzorgers: beter ondersteunen van familie en mantelzorgers; stimuleren/activeren/behouden van hun betrokkenheid bij het hulpverleningsproces; verlagen van de drempel naar professionele hulp- en zorgverleners om hun vragen naar informatie, advies en steun beter te kunnen beantwoorden met het oog op verhoging van hun draagkracht.
- Op niveau van de hulp- en zorgverleners: verbetering van de communicatie (o.a. bekomen van duidelijke taakafspraken, op eenzelfde lijn brengen van alle betrokken disciplines, garanderen van goede informatieoverdracht; bevorderen van de doorstroming van patiënten op basis van actuele behoeften naar het meest passende hulp- of zorgaanbod; samenbrengen van verschillende, complementaire bekwaamheden/competenties in samenwerking tussen ggz, reguliere thuiszorg en andere belendende sectoren; transparantie bewerken op vlak van ieders bijdrage en komen tot betere afstemming o.m. kritisch onderzoek van overlappingen en hiaten in het hulp- en zorgaanbod; beter leren kennen en optimaler inzetten van steunbronnen uit de onmiddellijke thuisomgeving van de patiënt.

3.2. Strategische en operationele doelstellingen

De omzetting van de algemene doelstellingen naar strategische en operationele doelstellingen gebeurt op het niveau van de functies (zie 5.2.1 omschrijving van de functies). De stuurgroep bewaakt het globaal kader en volgt het proces binnen de werkgroepen op.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

Geef aan wat het geografische werkingsgebied is waarop het project zich oriënteert. Beschrijf daarbinnen hoe groot de groep is en wat de kenmerken zijn van de populatie van (jong)volwassenen (vanaf 16 jaar) met een psychiatrische stoornis in de door jullie vooropgestelde regio? Beschrijf ook op welke manier het project inspeelt op het aanwezige aanbod van dienstverlening dat kan ingezet worden om de vijf functies te vervullen? Maak duidelijk hoe het project tegemoet denk te komen aan de behoeften van de doelgroep in die vooropgestelde regio met het aanwezige aanbod

Rekening houdend met de vraag van de ondertekenende partners in de “intentieverklaring van de GGZ-voorzieningen van de regio Noord West-Vlaanderen” hebben wij geopteerd om de GGZ-regio te laten samen vallen met de gebiedsomschrijving van de SEL Noord West-Vlaanderen en Oostende - Veurne. De subregio Westkust binnen de SEL Oostende - Veurne sloot recentelijk aan bij regio Noord. De fusie tussen Beschut Wonen Veurne en Beschut Wonen Oostende is stellig een katalysator geweest.

Regio Noord West-Vlaanderen heeft in deze samenstelling een globaal inwoneraantal van 506.101 en beslaat een oppervlakte van 1.228 km². In oppervlakte maakt de regio 40 % uit van de provincie West-Vlaanderen qua inwonersaantal is dat bijna 50 %.

Bij de uitrol van de 5 kernfuncties maken wij een onderscheid tussen enerzijds de Functies 1,3,4 en 5 en anderzijds Functie 2. Voor de Functies 1, 3, 4, 5 wordt de totale regio Noord West-Vlaanderen mee genomen in de eerste fase. Bij de uitrol van deze 4 functies wordt rekening gehouden met de eigenheid van de subregio's die sterk van elkaar verschillen qua netwerkvorming, aanwezigheid van het zorgaanbod, bevolkingsdichtheid, cultuur... De opstart van de nieuwe ambulante equipes binnen Functie 2 wordt in eerste instantie uitgerold voor het gebied Brugge, Jabbeke, Zedelgem, Zuienkerke, Beernem, Oostkamp en Torhout. Dit gebied kent een sterke netwerkvorming en een goed uitgebouwd zorgaanbod zowel binnen de GGZ-diensten, thuiszorg- als welzijnsdiensten. Binnen deze regio worden ook 60 T-bedden buiten gebruik gesteld, voor de ontslagen patiënten moet voldoende ondersteuning worden voorzien.

In bijlage 7 is een grafische weergave te vinden van de beide SEL regio's in West-Vlaanderen.

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1. Netwerksamenstelling

Beschrijf het samenwerkingsverband- het netwerk.. Beschrijf het aantal organisaties die in het netwerk betrokken worden en de mix van sectoren (gezondheidszorg, (eerste lijn, ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, CGGZ, thuiszorg,...) welzijnszorg, arbeid, huisvesting, etc...) die deze organisaties vertegenwoordigen. Beschrijf hoeveel organisaties vertegenwoordigd zijn van elke sector en hoeveel en welk type hulpverleners uit de partnerorganisaties in de aanpak betrokken worden? Beschrijf welke partners gezien worden als kernpartners, en welke gezien worden als relevante partners maar niet noodzakelijk zijn in de dagelijkse activiteiten voor het realiseren van de vooropgestelde doelstellingen?

Het netwerk is samengesteld uit alle GGZ-specifieke voorzieningen, de thuiszorgdiensten, de diensten uit de welzijnsector, de huisartsen, de ervaringsdeskundigen en familie. Op die manier wordt de verknoping met het breed welzijns- en gezondheidsaanbod binnen de regio ingebed. Voor het

bestuurlijk model van het netwerk verwijzen we naar punt 5.5 management- en bestuursmodel. Via een drietal werkgroepen met een gemengde samenstelling worden de voorop gestelde doelstellingen per functie uitgewerkt. Om de methodiek via werkgroepen werkbaar te houden is geopteerd voor een beperkte gemengde samenstelling van maximaal 16 personen per werkgroep. De communicatie en aftoetsing met de brede achterban gebeurt via hoorsessies. Het aantal deelnemers voor de hoorsessies is niet limitatief.

In bijlage 8 wordt een synthese gegeven van alle partners uit de beide SEL regio's die de functies mee zullen helpen realiseren. Daarbij hebben we een onderscheid gemaakt tussen de organisatievormen die in hoofdzaak een coördinerende/informatieve rol hebben en anderzijds de organisaties/diensten die de functies zullen invullen.

5.2. Taakverdeling in het netwerk

Beschrijf de rol en taakafspraken van de partners die deel uitmaken van het netwerk. Dit zowel voor de invulling van de vijf functies als de bijdrage van de partners in andere activiteiten om het netwerk te doen functioneren. Hoe is de taakverdeling tussen individuele zorgverstrekkers voor het invullen van de functies en zorgprogramma's op patiënteniveau? Zijn de verantwoordelijkheden duidelijk afgebakend?

Wie staat binnen de zorgverstrekkers van het netwerk in voor zorggerichte en patiëntenondersteuning, administratieve en logistieke taken (op het niveau van de patiënt en op het niveau van het netwerk)? Is die taakverdeling tussen zorgverstrekkers helder voor de verschillende fasen of bij specifieke gebeurtenissen in het traject van een patiënt (intake, reguliere opvolging, ontslag, crisissen of urgenties, ...)?

Functie 1: activiteiten inzake preventie, promotie, vroegdetectie, screening en diagnosestelling.

Omschrijving Functie 1a:

1. Basisvisie - uitgangspunten

Onder deze functie vatten wij GGZ-promotie, bekendmaking en algemene preventie in de brede betekenis van het woord. Wij situeren deze functie hoofdzakelijk op een bovenlokaal, zelfs Vlaams niveau gezien net de grootte van de doelgroep.

Tot op heden werden nog geen concrete initiatieven genomen omdat er net op het bedoelde beleidsniveau binnenkort een aantal cruciale opties moeten worden genomen. In het najaar is de conferentie suïcidepreventie gepland waarbij nieuwe accenten en doelstellingen kunnen worden geformuleerd.

Vanzelfsprekend zullen de relevante actoren uit het werkingsgebied ingezet worden voor de concrete uitwerking van het Vlaamse beleid.

2. Model

Voor wat betreft bekendmakings- en promotiestrategieën zal er meegewerkt worden met de gekende acties zoals "Te Gek!". Bij deze participatie staat niet zozeer de voorstelling van de verschillende voorzieningen en actoren centraal maar wel de destigmatisering van GGZ-problematiek en algemeen drempelverlagende initiatieven die de zorg bereikbaar en toegankelijk kunnen maken voor een breed publiek.

We kiezen voor het model van structurele preventie gericht op intermediairen.

Doelgroep: omschrijving en afbakening

De volledige populatie van het werkingsgebied en specifieke acties gericht naar risicopopulaties.

3. Doelstellingen

Zie hiervoor Vlaams beleid ter zake. Hoe dan ook zullen volgende elementen moeten aanwezig zijn:

- de bevolking is bewust van de (hoge) incidentie van GGZ problemen,
- stigmatiserende processen worden verminderd,
- risicofactoren m.b.t. GGZ problemen worden omschreven en waar mogelijk verminderd qua impact,
- relevante intermediairen worden vaardiger en deskundiger om zich aandienende GGZ problemen mee te detecteren en of te voorkomen.

4. Middelen, personeel, materieel,...

Bij het ontwikkelen en uitvoeren van preventieve acties zal er vertrokken worden van de ervaring en deskundigheid aanwezig bij de CGG-preventiewerkers inzake de thema's suïcide en middelengebruik. Op termijn moeten deze preventiewerkers zich ontwikkelen tot algemene GGZ preventiewerkers. Voor de bredere publiekscampagnes en sensibiliseringsacties is afstemming met mutualiteiten en Logo's nodig.

5. Operationalisering en geplande acties

Voorlopig geen acties gepland, wel expliciete participatie van alle partners aan de actie van "Te Gek!?".

Omschrijving Functie 1b:

1. Basisvisie - uitgangspunten

Functie 1b moet op termijn en binnen een welomschreven zorgregio instaan voor een goed afgestemd systeem van vroegdetectie, vroeginterventie en indicatiestelling.

Hiertoe moeten evidence based (screenings-)methodieken worden uitgewerkt en aangereikt aan de partners in het netwerk en effectief worden gehanteerd.

De uitgewerkte en geüniformiseerde indicatiestelling zal mee bijdragen tot een vlotte afstemming van de zorgvraag bij betrokken patiënten met de verschillende functies en aanwezige zorgvormen. Verder moet Functie 1b bijdragen tot een goede "flow" doorheen het netwerk gebaseerd op de principes van "stepped care" en door het voorzien in een goede indicatiestelling van bij aanvang van het traject.

2. Model

Er zijn reeds tal van methodieken en interventies ontwikkeld voor de verschillende subfuncties zoals in de definitie vermeld. Het is ondermeer opdracht om hierin, op basis van criteria zoals evidentie en kostenefficiëntie een selectie te maken in functie van toekomstig aanbod en implementatie.

3. Doelgroep: omschrijving en afbakening

- jongvolwassenen en volwassenen met een gekende GGZ-problematiek die nog niet of onvoldoende in contact kwamen met de aangepaste GGZ functie of actor en die gekend zijn bij welzijnsactoren, thuiszorgactoren (waaronder huisartspraktijk) en Bijzondere Jeugdzorg.

- jongvolwassenen en volwassenen met een (beginnende of reeds lang aanwezige) GGZ-problematiek die niet als dusdanig herkend werd tot op heden,
- jongvolwassenen en volwassenen met een vermoeden van GGZ-problematiek,
- jongvolwassenen en volwassenen met “high risk” profiel inzake ernstige GGZ-problematiek.

4. Doelstellingen

Vanuit stakeholdersvergaderingen en met de opties genomen tijdens de start van de “werkgroep Functie 1b” worden volgende doelstellingen weerhouden voor een eerste werkperiode:

- eerstelijnsactoren in verschillende voor de doelgroep relevante sectoren zijn voldoende vaardig en deskundig om beginnende GGZ-problematiek te detecteren, objectiveren, zo nodig te verwijzen.
- eerstelijnsactoren in voor de doelgroep relevante sectoren zijn voldoende vaardig en deskundig om om te gaan met aanwezige en/of beginnende GGZ-problematiek of indien nodig te verwijzen,
- eerstelijnsactoren zijn in staat om bij aanwezigheid van ernstige GGZ-problematiek een goed afgestemde schakel te zijn in het zorgtraject in overleg met alle betrokkenen,
- het netwerk van functies en actoren presenteert zich op zo’n manier dat eerstelijnswerkers op een vlotte manier de patiënt, zonodig, kunnen verwijzen naar het geschikte aanbod.

5. Middelen: personeel, materieel....

In aanvang gaan we ervan uit dat er niet onmiddellijk bijkomende financiering komt voor ontwikkeling en implementatie. Het zal er dus op aankomen om het bestaande te “deconstrueren” en te “herstructureren” in functie van de geformuleerde doelstellingen.

Sectoren en actoren waarbinnen we onze doelstellingen situeren zijn te vatten in vier grote clusters:

welzijn, thuiszorg (SEL-partners), huisartsenpraktijk en Bijzondere Jeugdzorg.

Gespecialiseerde GGZ partners zullen instaan voor de nodige deskundigheidsbevordering waarbij deze partners zich zullen baseren op evidence based inhoud en methodes en volop kiezen voor het concept van deskundigheidsbevordering bij intermediairen in bedoelde sectoren.

Het PZT team Brugge - Beernem voorziet nu al in een structureel aanbod ten aanzien van welzijns- en thuiszorgactoren waarbij via netwerkoverleg en intervisiemomenten GGZ deskundigheid wordt ingebracht in deze sectoren (zie bijlage 9).

6. Operationalisering en geplande acties

Onverminderd de hieronder vermelde planning staat het CGG Noord West-Vlaanderen verder in voor de outreach en consultfunctie ten aanzien van het CAW regio Brugge en voor een gelijkaardig aanbod ten aanzien van de sector Bijzondere Jeugdzorg.

- Een werkgroep zal een instrumentarium ontwikkelen van screeningsinstrumenten en checklists.
- Een werkgroep zal onderzoeken hoe het reeds operationele en algemeen positief geëvalueerde systeem van consult vanuit PZT kan worden veralgemeend.
- Idem voor wat betreft de ervaring en de good practices opgedaan binnen het VDIP project, het therapeutisch project psychosenzorg en de algemene GDT overlegmethodiek.

- Op middellange termijn zullen de GGZ-partners en de verantwoordelijken voor de onderscheiden functies vlotte instroomprocedures hanteren (stepped care, continuïteit van zorg).
- Leden werkgroep: zie fiche in bijlage 10.

Functie 2: ambulante intensieve behandelteams voor acute(a) als chronische (b) psychische problemen.

Omschrijving Functie 2a:

1. Basisvisie - uitgangspunten

- Functie 2a is een belangrijk onderdeel van het regionaal en geïntegreerd GGZ-systeem.
- Gedragenheid door en gekendheid bij alle stakeholders zijn cruciaal.
- Patiënt en familie zijn actieve partners in dit 'vraaggestuurd' hulpverleningsproces.

2. Model

- Tussen de patiënt in acute of subacute mentale nood en de GGZ-voorzieningen wordt een nieuw niveau gecreëerd, nl. een mobiele equipe die alleen op vraag van de huisarts of een psychiater snel ter plaatse komt en intensieve behandeling biedt aan huis of binnen de maatschappelijke context.
- De huisarts is de belangrijkste *gate-keeper* en kan, na een eerste triage, dit team als assist inroepen. Het team biedt support aan de huisarts en zorgt voor crisishantering, assessment en de opstelling van een (crisis)behandelingsplan.
- De patiënt wordt volgens behandelingsplan verder begeleid in de thuissituatie door het 2A-team i.s.m. de huisarts en andere eerstelijns hulp- en zorgverleners. Er vindt regelmatig interdisciplinair overleg plaats met alle betrokkenen (cf. GDT-overleg). De nadruk van de opdracht van het team ligt dus zowel op crisishantering (Crisis Resolution) als op intensieve thuisbehandeling (Home Treatment).
- Indien de patiënt niet/of niet voldoende kan geholpen worden binnen dit aanbod kan oriëntatie naar een meer gespecialiseerde module aangewezen zijn (Functie 4).

3. Doelgroep: omschrijving en afbakening

- Jongvolwassenen en volwassenen van 16 tot 65 jaar (grensinclusies zijn mogelijk):
 - in acute of subacute mentale nood (thuis of op een andere plaats) waarvoor met tussenkomst van het mobiel intensief behandelteam ziekenhuisopname kan vermeden worden;
 - na aanmelding op EPSI of PAAZ of spoeddienst AZ of PZ of andere GGZ-voorziening met nood aan verdere thuisbehandeling.
- Thuisinterventie bij FACT-patiënten in crisis buiten de beschikbaarheidsuren van het FACT-team.

4. Doelstellingen

- Snelle respons op vraag van de huisarts naar assessment, crisisinterventie en intensieve behandeling aan huis bij patiënten in acute of subacute mentale nood.

- Overname van patiënten op vraag van de psychiater - beantwoordend aan de doelgroepcriteria – die zich aangemeld hebben op EPSI of PAAZ of spoeddienst AZ of PZ of andere GGZ-voorziening.

5. Behandelaanbod

- Telefonische informatieverzameling: zowel het verzamelen van basisinformatie als het inwinnen van aanvullende informatie van familie of anderen.
- Assessment zal meestal in de thuiscontext plaatsvinden, maar kan ook op andere plaatsen waar persoon in crisis zich op dat moment bevindt.
Het assessment vindt zo snel mogelijk na de telefonische oproep plaats. Soms kan dit op een planbaar tijdstip in overleg met de huisarts.
- Items van assessment: een standaardtool wordt uitgewerkt.

Planning

- Aanstelling per geïnccludeerde patiënt van een toegewezen zorgcoördinator/referentiepersoon.
- Opmaak van een duidelijk en geïndividualiseerd (crisis)zorgplan op maat.
- Beslissing op vlak van medicatie in acute fase.
- Bepalen van het aantal en de frequentie van huisbezoeken.
- Multidisciplinaire bijstand in functie van de noden en vereiste expertise.
- Actieve participatie van de patiënt.
- Wisselwerking en afspraken met andere betrokken zorginstaties en mantelzorgers.

Interventies

- Crisisinterventie ter stabilisatie en eerste symptoomreductie.
- Permanente risicotaxatie (bij elk huisbezoek) en inventarisatie van noden/behoefte.
- Intensieve kortdurende interventies in de thuisomgeving (max. 1 maand) o.m.: problem solving, stress management, korte supportieve counseling, herhalpreventie, geïndividualiseerd vroegsignaleringsplan en herhalpreventieplan, familie-interventies, psycho-educatie...

6. Middelen

- Voor het gehele werkingsgebied: gefaseerde uitbouw (2^{de} fase slechts mogelijk na verdere buitengebruikstelling van bedden in PZ's én AZ's en na grondige evaluatie van 1^{ste} fase.
- Voor een subregio¹ van ± 200.000 inwoners in opstartfase 1 mobiel intensief behandelteam (12,5 FTE) met een gemiddelde caseload op elk ogenblik van 20 à 30 patiënten.
→ totaal van ± 250 thuisbehandelepisodes per jaar.
- Werkingsmiddelen: bureel- en vergaderaccommodatie, vervoersmiddelen en –kosten, informatica, mobiele telefonie, vormingsbudget, middelen voor dataregistratie en – verwerking...
- Per hypothese vandaag is de inschatting dat een drietal 2A teams noodzakelijk zullen zijn, om elke subregio te bedienen.

7. Partners: formele engagementen personeelsinzet: 1ste fase (1ste mobiel 2A-team)

- PC Sint-Amandus: 2,5 FTE (via artikel 107)

¹ In een eerste fase van de experimentele uitbouw wordt de opstart voorzien in een subregio met volgende 7 gemeenten: Beernem, Brugge, Jabbeke, Oostkamp, Torhout, Zedelgem en Zuienkerke met samen 212.687 inwoners en een oppervlakte van 497,92 km².

- PZ Onze-Lieve-Vrouw: 2,5 FTE (via artikel 107)
- PTC Rustenburg: 0,5 FTE (via inzet reguliere middelen)
- PAAZ Sint-Jan: 1 FTE (via inzet reguliere middelen)
- PAAZ Sint-Lucas: 1 FTE (via inzet reguliere middelen)
- CGG's: deelname wekelijks aan het multidisciplinair overleg (via artikel 33) en inzet van de case-manager suïcidepreventie
- Additionele middelen (onder voorbehoud van goedkeuring project): 5 FTE personeel en 18 uur psychiaterfunctie
- Engagement huisartsen en eerstelijnsdiensten (thuiszorg, gezinszorg, welzijnszorg)

Totaal: 12,5 FTE + 18u psychiaterfunctie

8. Team: samenstelling, selectie, vorming, coaching/leiding/supervisie

- Beschikbaarheid 24 uur per dag en 7 dagen per week, ook telefonisch voor dringend advies.
- Personeelsbezetting: bestaffing week-, weekend- en feestdagen.
- De additionele bestaffing wordt ingezet in dagdiensten tijdens weekdagen. Bij afwezigheden nemen alle teamleden wel vervangopdrachten op om de 24-uurspermanentie te garanderen.
- Disciplines: er wordt gepleit voor een voldoende hoog kwalificatieniveau.
- Selectieprocedure: functieomschrijvingen en vereiste competenties worden uitgeschreven.
- Vorming:
 - vóór operationele start van het team wordt specifieke vorming met inbegrip van stages bij de eerstelijns partners aangeboden.
 - permanente vorming en training op maat na opstart (o.m. vaardigheidstraining m.b.t. 'evidence-based' en 'value-based' interventies, psychosociale interventies, solution focussed brief therapy, familie-interventies, hanteren automutilatief of suïcidaal gedrag)
- Coaching/leiding/supervisie wordt geëxpliciteerd.

9. Organisatorische operationalisering

- Kunnen werken met een uniform elektronisch patiëntendossier en het gebruik van specifieke zorgpaden kan een goede bijdrage leveren in de praktische organisatie van zorgtrajecten.
- We hanteren de methodiek van het multidisciplinair overleg op patiënteniveau (GDT).
- Er zal gewerkt worden met een referentiepersoon of zorgcoördinator per individuele patiënt.
- Een beslissingsprotocol voor eventuele opname is in uitwerking in samenhang met Functie 4.
- Opstart in juni van fase 2 werkgroep met expertleden uit de 1ste lijn en andere GGZ-disciplines met diverse expertise om voornoemde concepten te operationaliseren.
- Overleg met andere sectoren is in planning (politie, vrederechters en procureurs, spoeddiensten, dienst 100, brandweer, ambulancediensten...).

10. Wisselwerking met de andere functies

- De rol van 'gate-keeping' door de huisartsen en het inbouwen van goede verwijzingsfilters bij alle actoren werkzaam binnen Functie 1 moeten oneigenlijk gebruik voorkomen.
- Het operationeel worden van dit thuisbehandelteam voor patiënten met (sub)acute psychiatrische problemen zal een belangrijke impact hebben op het aantal residentiële opnames.

- Voor de huisarts is het vlot telefonisch beroep kunnen doen op een psychiater wenselijk.
- Belang van vlotte toegang tot ambulante behandelprogramma's en dagbehandeling.
- Goed afgestemde wisselwerking met FACT-team bij nood aan langdurige thuisbegeleiding.

11. Verwachte resultaten

- Snellere beschikbaarheid van hulp op maat voor de patiënt in (sub)acute mentale nood.
- Verminderen opnames door de beschikbaarheid van intensieve thuisbehandeling.
- Verminderen van het aantal dwangopnames.
- Directe ondersteuning mantelzorgers en hulp- en zorgverleners uit de eerste lijn.

12. Randvoorwaarden

- Vlotte bereikbaarheid en beschikbaarheid van poliklinische of ambulante hulpverlening.
- Beschikbaarheid te allen tijde van vrije bedden (samenwerking op vlak van bedmanagement).
- Psychiaterpermanentie (24u op 24, 7d op 7) en de billijke honorering daarvan.
- Dossiervorming (toegang tot informatie, gedeeld beroepsgeheim).
- Medico-legale aspecten (dwangopnames, verantwoordelijkheid/aansprakelijkheid...).
- Ondertekende B4-overeenkomst per PZ dat bedden buiten gebruik stelt.

13. Leden werkgroep fase 1: zie fiche in bijlage10.

Omschrijving Functie 2b:

1. Basisvisie - uitgangspunten

- Er is veel expertise en deskundigheid aanwezig: we willen de concepten en modellen, zowel GGZ als niet GGZ die hun deugdelijkheid hebben bewezen integreren.
- Er is een door o.a. PZT en het Netwerk Psychose goed uitgebouwde samenwerking met de huisartsen en de eerstelijnsactoren (SEL en Welzijnsactoren).
- Het netwerkoverleg, geïnspireerd op GDT-overleg zoals gebruikt in de SEL, ook opgebouwd in de PZT-werking en het T.P. Psychose wordt als overlegmethodiek naar voor geschoven.
- De uitbouw van Functie 2b wordt uitgetekend in relatie tot de aanwezige actoren in de regio. We houden daarbij rekening met de specificiteit van elke regio: stedelijk / ruraal / kust.
- Vanuit het perspectief en het traject dat de patiënt gaat, willen we komen tot vlotte overgangen van de ene functie naar de andere functie. Zorgcontinuïteit staat daarbij centraal.

2. Model

- Er worden ambulante thuiszorgteams uitgebouwd. Het (F)ACT model is onze vertrekbasis.
- Het team biedt patiënten een herstel georiënteerde/rehabilitatiegerichte benadering te bieden.
- Behandelen, zorg, ondersteunen en begeleiden zijn kerntaken van het team.
- Netwerkoverleg leidt tot samenspraak en afstemming met patiënt, mantelzorg en professioneel netwerk.
- Het begeleidingsplan wordt in samenspraak met de patiënt opgemaakt.

3. Doelgroep: omschrijving en afbakening

Patiënten met een langer durende psychiatrische stoornis met zorgvragen op meerdere levensgebieden en die door beperkingen in hun sociaal functioneren hun rol als burger in de samenleving bedreigd zien, gekend in de GGZ of alleen gekend door de thuiszorg actoren.

4. Doelstellingen

- Het team wil patiënten ondersteunen in hun herstelproces. Patiënten via behandeling, begeleiding, ondersteuning optimaal laten functioneren en participeren aan de maatschappij.
- Zorg op maat houdt in dat niet meer zorg geboden wordt dan nodig.
- Het team wil het sociaal netwerk rond de cliënt ondersteunen.
- In periodes van crisis of ontregeling zal het team 2b ondersteunen om, indien mogelijk zonder opname, de patiënt in staat te stellen deze periode veilig door te komen.

5. Aanbod

- Behandeling, begeleiding, ondersteuning en zorg, en dit op de verschillende levensdomeinen.
- Maatschappij gericht werken, dagbesteding, werk en aansluiting vinden in de maatschappij worden van bij de start van de begeleiding opgenomen.(link met Functie 3).
- Crisisinterventie of tijdelijke intensifiëring van de begeleiding in periodes van ontregeling.
- Inschalen van zorgzwaarte en de teaminzet daarop richten is een methodiek waarbij het model van het (F)ACT bord inspirerend is.
- Schakelen in rollen naargelang de fase waarin een patiënt zich bevindt, vraagt competenties als observeren, onderkennen van symptomen, behandelgericht werken of doorverwijzen.

6. Middelen

- Voor het gehele werkingsgebied wordt geopteerd voor een gefaseerde uitbouw.
- Voorstel is om in een eerste fase te starten met (F)ACT - teams voor de gemeenten: Beernem, Oostkamp, Torhout, Zedelgem Brugge, Zuienkerke, Jabbeke (= 212.687 inwoners). (F)ACT en Beschut Wonen worden sterk aan elkaar of in elkaar verknoopt.
- In de andere regio's kan in de samenwerking BW/PZT de methodiek toepassen.
- Per hypothese vandaag is de inschatting dat een vijftal 2B teams noodzakelijk zullen zijn, om elke subregio te bedienen.

7. Partners

- PC Sint- Amandus: 9,5 FTE (via artikel 107)
- PZ Onze Lieve Vrouw: 6 FTE (via artikel 107)
- Beschut Wonen Brugge + Beschut Wonen Beernem : elk 1 FTE i 20%.
- Langdurig Zorgteam Brugge: 0,5 FTE BW Brugge, 0,9 FTE, PZ Onze Lieve Vrouw, 0,2 FTE CGG Noord West-Vlaanderen = 1,6 FTE
- Psychiatrische Functie: 18 uur
- Engagement vanuit huisartsen en SEL en Welzijnsactoren.
SEL: investering van middelen voor delen van expertise eerstelijns via stages.
Thuiszorgplatform Knokke / Heist: 0,5 FTE
- De werkmaat (traject/ zorgbegeleiding): 0,5 Beschut Wonen Brugge + 0,5 PZ Onze Lieve Vrouw

8. Team: samenstelling en werking

Volgens het (F)ACT Handboek Remmers Van Veldhuizen wordt volgende teamsamenstelling voorgesteld:

1 FTE teambegeleider, 0,8 / 1FTE psychiater, 0,8 FTE psycholoog, 7 FTE casemanagers (verschillende deskundigheid), 0,6 FTE ervaringsdeskundige, 0,5 FTE trajectbegeleider.

De psychiater heeft een coördinerende en beleidsopdracht, ook opdracht als diagnosticus en behandelaar. Gemiddelde caseload 20/1FTE.

Er wordt gewerkt met een individuele caseload zo nodig, een gedeelde caseload.

9. Organisatorische operationalisering

Eerste fase: verder bouwend op de inhoud van de stakeholders vergaderingen kwamen aan bod:

- formuleren van visie, uitgangspunten en randvoorwaarden;
- inventariseren van wat bestaat: sterktes en leemtes;
- doelstellingen en doelgroep;
- kennismaking met concept van het (F)ACT en ACT-model.

Op die manier werd in 3 werkgroepen en een ruim bijgewoonde hoorsessie een draagvlak gecreëerd om de transformatie *samen* vorm te geven.

Tweede fase: concrete uitwerking:

- Instroom, verwijzing en intake: in traject met de andere functies en werken naar een gezamenlijke intake voor langdurige zorg patiënten: team2B / Beschut Wonen / Dagactivering.
- Permanentiesysteem, hanteren van crisissituaties.
- Team: teammanagement, uitschrijven van rollen en functies, taakverdeling.
- Afspraken en procedures.
- Registratie.
- Juridische, administratieve, financiële implicaties en hun uitwerking.

Verhouding en verknoping met de andere functies en bestaande voorzieningen uitwerken.

Verhouding en verknoping met de reguliere actoren uitwerken (SEL, Welzijn en Huisvesting).

10. Wisselwerking met de andere functies

- Voor de instroom in Functie 2b zal er een link zijn met Functie 1b en Functie 2a.
- Voor ernstige crisissituaties en permanentie: link met Functie 2a.
- Er is een sterk inhoudelijke link met Functie 3.
- Ondersteunend aan het thuiszorgteam 2b zijn de afdelingen met als opdracht psychosociale rehabilitatie in de psychiatrische ziekenhuizen. 'Bed op Recept' is een noodzakelijke formule.
- Functie 5 is voorwaarde scheppend om integratie in de samenleving mogelijk te maken.

11. Verwachte resultaten

- De cliënt kan in zijn woonomgeving blijven of er, na opname, op korte termijn terugkeren.
- De cliënt en de familie / mantelzorg hebben de gerustheid dat in moeilijker periodes het team 2B het zorgaanbod tijdelijk kan verhogen, zolang als nodig.
- Een op afstand, maar snel inroepbaar 2B-team verhoogt de kans de zorg los te laten.

12. Randvoorwaarden

- De opmerkingen/verwachtingen van patiënt/familie meenemen in de uitbouw van Functie 2b.
- Functie 2b te realiseren in goede samenwerking met SEL, Welzijn en Huisvestingsactoren.
- Dossier en zorgplan: uitwerken voor de verschillende functies en werkwijze tussen de actoren.
- Procedures en afspraken rond omgaan met het gedeeld beroepsgeheim.
- Een herstelgerichte benadering en rehabilitatiegericht handelen vraagt vorming en opleiding. Er zijn onderhandelingen met RINO Nederland voor het organiseren van opleiding.

13. Leden werkgroep: zie fiche in bijlage 10

Functie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.

1. Basisvisie – uitgangspunten

Functie 3 wordt mee opgenomen in de werkgroep Functie 2b - 3 – 5, omdat de 3 functies in hun operationalisering nauw met elkaar zijn verweven.

Binnen deze werkgroep zijn drie werkcellen actief, waarbij de Functies 2b, 3 en 5 apart worden uitgewerkt. Functie 3 is de rode draad in de vermaatschappelijking van de zorg en sluit aan bij alle functies.

Het begrip psychosociale revalidatie dekt meerdere inhouden, waardoor in de uitbouw van Functie 3 verwarring kan ontstaan.

‘Psychosociale Revalidatie is een proces waarin activiteiten plaatsvinden die erop gericht zijn om een persoon met psychosociale beperkingen te helpen diens levenskwaliteit en zelfzorgvermogen zo groot mogelijk te laten zijn, teneinde zowel persoonlijk als maatschappelijk tot tevredenheid te kunnen functioneren in woon – werk en andere milieus naar keuze.’

Binnen Functie 3 is de focus gericht op activiteiten die er toe leiden dat mensen (opnieuw) zo zelfstandig mogelijk hun maatschappelijke rol kunnen opnemen in de domeinen werk, vrije tijd, vorming en cultuur. De focus wonen wordt in Functie 5 opgenomen.

Uitgangspunten

- Het zorggebied SEL Brugge en SEL Oostende - Veurne heeft een ruim bestaand aanbod aan activiteit met betrekking tot Functie 3. We werken verder (= versterken en waar mogelijk uitbreiden) op wat bestaat aan opgebouwde werkvormen en samenwerkingsverbanden.
 - De bijkomende personeelsinzet voor activering binnen de Initiatieven Beschut Wonen was aanleiding om de dagactiviteitencentra te versterken en om nieuwe initiatieven te ontwikkelen in functie van trajectmatig werken. Via pooling van personeelsinzet en middelen van meerdere GGZ voorzieningen, is er de laatste jaren veel gerealiseerd en deskundigheid ontwikkeld (o.a. De Werkmaat, het Kunsthuis en de Buddywerking).
 - In de regio is het aanbod voor cliënten inzake arbeidsrevalidatie en dagbesteding intensief vervlochten met het bestaande niet - GGZ aanbod: samenwerking inzake tewerkstelling en opleiding, cultuur- en vakantieparticipatie, opleidingscentra, dienstencentra OCMW's, ...).

Model

We vormen 'revalidatieclusters' per subregionaal netwerk, met voor bepaalde modules, een supra regionale verknoping bv. de aanwezigheid van RIZIV - conventies (Inghelburch psychosociaal en De Sleutel/MSOC toxicomanie) is een troef voor diversiteit aan trajecten.

Twee vormen van aanbod en de mix ertussen dienen zich aan (zie omschrijving doelgroep):

- enerzijds in tijd afgebakende, multidisciplinaire en therapeutische trajecten die worden ontwikkeld om cliënten te ondersteunen in hun maatschappelijke integratie.

- anderzijds de ontwikkeling van langdurige trajecten die blijvende zorg bieden verweven met het aanbod uit andere sectoren om kwaliteit van leven in de samenleving te garanderen.

De rehabilitatieclusters hebben als opdracht:

- in kaart brengen van het bestaande aanbod, de bestaande samenwerkingsverbanden en hun vervlechting met de reguliere actoren en lokaal welzijnsaanbod. (Is reeds gebeurd).
- Verdere uitbouw van (opstartende) initiatieven, geënt op de aanwezige actoren in de regio en in samenwerking met het lokaal sociaal beleid.
- Methodiekontwikkeling
 - om in te gaan op de instroom van cliënten uit de reguliere actoren via Functie 3.
 - om blijvende ondersteuning te geven vanuit de GGZ aan reguliere actoren.

2. Doelgroep: omschrijving en afbakening

Patiënten met een al dan niet langdurige psychiatrische problematiek die door *hun beperking in sociale vaardigheden en in sociale interactie* met de samenleving hun rol als burger bedreigd zien.

De doelgroep is divers en de uitersten op het continuüm zijn:

- mensen met een voldoende potentieel aan verandering en ontwikkeling,
- mensen met ernstige beperkingen waarvoor steunsystemen worden ontwikkeld.

De patiënten zijn gekend in GGZ of bij reguliere actoren als mensen met ernstige psychische problemen.

3. Doelstellingen

Op niveau van de cliënt:

- Op (middel)lange termijn mogelijk maken dat mensen met een " langdurige" psychiatrische problematiek succesvol en tot hun tevredenheid kunnen wonen, leren en werken in de milieus van hun keuze met de minste mate van professionele hulp.
- Beogen van de 'uitstroom' van cliënten naar de samenleving.

Op niveau van de organisaties:

- Aanspreekpunt zijn en de zorg opentrekken voor de doelgroep die instroomt uit de sectoren waarmee we samenwerken.
- Deskundigheidsbevordering en ondersteuning aan andere sectoren zodat de cliënten zo lang als mogelijk en voor hen wenselijk in het regulier circuit kunnen blijven.
- Een voldoende gediversifieerd aanbod voor de doelgroep, subregionaal en regionaal.

4. Aanbod

Het aanbod is gericht op enerzijds het ondersteunen en versterken van het sociale netwerk rond de cliënt en de onderlinge relaties binnen het netwerk, en anderzijds op activiteiten waarbij de ene activiteiten eerder de beperkingen compenseren (ontwikkelen van steunsystemen, structuur, protheses om kwaliteit van leven in de samenleving te borgen) en de andere activiteiten gericht op het vergroten van de mogelijkheden om ontwikkeling en verandering te bewerkstelligen.

We onderscheiden vier kerntaken in het aanbod: begeleiding, multidisciplinaire behandeling/revalidatie, activering en kwartier maken.

5. Middelen

Functie 3 mikt in dit dossier eerder in beperkte mate op de uitbouw van nieuwe initiatieven dan wel op het bundelen en beter afstemmen van middelen.

- Verder uitbouwen van een team arbeidscoaching d.m.v. poolen van middelen Inghelburch (1/2 FTE arbeidscoaching), bijkomende middelen RIZIV, middelen VDAB tender zorgactivering.
- Bundelen van de kernen trajectbegeleiding in functie van vrije tijd, vorming en opleiding.
- Op middellange termijn samenbrengen van middelen uit lokaal sociaal beleid en middelen GGZ om aanbod in Functie 3 verder te laten groeien (dagactiviteitencentra, arbeidscoaching).

6. Partners

Voor de volledige lijst van partners verwijzen we naar het netwerkrooster in bijlage 8.

We vernoemen hierbij een aantal kernpartners in Functie 3.

- In de GGZ: *intramurale dagbehandeling* die nog nauw aanleunt bij het intramurale (PZ en PAAZ) en *dagbehandeling in de samenleving* (RIZIV - conventie psychosociale (Inghelburch) en toxicomanie (De Sleutel en MSOC)) en *de dagactiviteitencentra* (Beernem, Brugge, Blankenberge, Torhout, Oostende, Veurne).
- De *Centra Geestelijke Gezondheidszorg* participeren actief in de uitbouw van Functie 3, net als de dagactiviteitencentra zijn ze voortrekkers in het ontwikkelen van de buddywerking.
- *In de sector arbeid/tewerkstelling/opleiding*: in de verschillende regio's zijn diverse actoren actief. Een aantal zijn gegroeid uit een samenwerking GGZ en lokale besturen.
- De intensieve samenwerking met *GTB* inzake toe leiden naar werk.
- De *Tender Zorgactivering* (VDAB) regio Noord West-Vlaanderen is in 2006 opgestart en op vandaag wordt de zorgcomponent opgenomen door PC Sint-Amandus, PZ Onze Lieve Vrouw en CGG Noord West-Vlaanderen en CGG Prisma.
De *Werkmaat* in Brugge is een samenwerkingsinitiatief van het PZ Onze Lieve Vrouw en BW Brugge met als doel mensen met een kwetsbare problematiek toe (zie schema in bijlage 9).
- Het *Kunsthuis*, een specifiek project voor Brugge, waar patiënten met een artistiek talent enkele halve dagen per week de ruimte en begeleiding krijgen om hun talent te ontwikkelen.
- In kader van *vorming, cultuur en vrije tijd* zijn ontmoeting- en vormingscentra, culturele centra van stad of gemeente belangrijke partners in de samenwerking.

7. Teamsamenstelling

Naargelang de aard van het aanbod zijn diverse teams aan de slag. Binnen de rehabilitatiecluster zal het wenselijk zijn overstijgende teams te vormen die verknoping, doorstroming, afstemming levendig en actueel houden met een neus voor nieuwe opportuniteiten.

8. Organisatorische operationalisering

Functie 3 wordt uitgewerkt in de gezamenlijke werkgroep 2B – 3 – 5.

Binnen deze werkgroep is Functie 3 een op zichzelf functionerende werkcel die ook verbinding heeft met andere functies (Functie 1, 2a, 4).

Eerste fase: in gezamenlijkheid GGZ en niet-GGZ formuleren van visie en uitgangspunten, doelgroep en doelstellingen (mei 2011).

Tweede fase:

Opdracht voor de werkcel Functie 3 vanaf juni 2011:

- De diverse actoren in de regio's zijn in kaart gebracht. De sterktes en de leemtes dienen nog verder, per regio, in kaart gebracht te worden.
- Voor een kwetsbare doelgroep is de zorg- en begeleidingscomponent naargelang het niveau van functioneren belangrijk. Wie neemt wat op in de gedeelde zorg?
- Vervlechting met andere functies ontwikkelen: verwachtingen van andere functies naar aanbod, verwijzingstrajecten ontwikkelen (zie punt 10)
- Ontwikkelen van een team arbeidscoaching voor de regio in samenwerking tussen actoren GGZ en arbeid/tewerkstelling.

9. Wisselwerking met de andere functies

- Functie 3 zal nauwgezet aansluiten op de andere functies (vb. aanbod Functie 3 in samenwerking met VDIP en PZT van Functie 1, aanbod Functie 3 in samenwerking met Functie 2a, aanbod Functie 3 in samenwerking met de intensieve residentiële zorg...).
- Plaatsen van het aanbod van Functie 3 op het continuüm 'ontwikkeling - en veranderingsgerichte trajecten versus langdurige trajecten met blijvende steunsystemen.

10. Verwachte resultaten

- Een ruime doelgroep die kan blijven functioneren in de reguliere voorzieningen of er met de nodige begeleiding / revalidatie naar terug kan keren.
- Een ondersteunend aanbod in de maatschappij waar een kwetsbare doelgroep kansen krijgt voor ontmoeting en vanuit het beschermd milieu kansen krijgt voor integratie.
- Reguliere actoren weten zich ondersteund om passend met de doelgroep om te gaan.
- Functie 3 is een geïntegreerd aanbod in alle functies: doorheen alle functies wordt ontwikkelingsgericht gedacht en gehandeld.

11. Randvoorwaarden

- Het is wenselijk dat reguliere sectoren hun aanbod voor mensen met psychische problemen verruimen. Hiervoor zijn ondermeer beleidsbeslissingen op Vlaams niveau noodzakelijk.
- Tender zorgactivering VDAB structureel verankeren in de zorgvernieuwing.
- De aanwezigheid van een aanbod dat gericht is op ontwikkeling en verandering is verankerd in de RIZIV-conventies maar vereist bijkomende ondersteuning.

12. Leden werkgroep: zie fiche in bijlage 10

Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor acute/chronische psychische problemen

Omschrijving Functie 4

1. Basisvisie – uitgangspunten

- Functie 4 voorziet binnen het regionaal en geïntegreerd GGZ-systeem algemene en gespecialiseerde residentiële zorg (zie verder onder punt 7).
- Naast deze algemene en gespecialiseerde residentiële zorg zijn er ook intensieve behandelunits met een bijzondere regionale of supraregionale opdracht. Het betreft 6

kleinschalige units (zie verder onder punt 8). Eén van deze units, nl. PICU van het PZ Onze Lieve Vrouw wordt in dit projectvoorstel via artikel 107 geïntensifieerd (zie verder punten 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10 en 11).

- Als hulpverlening niet meer aangewezen is in de eigen leef- of woonomgeving van de patiënt ingevolge een acute ontwrichting van patiënt/omgeving, moet dringende opname mogelijk zijn.
- Spoedige terugkeer naar de thuisomgeving wordt van bij de opname actief bewerkstelligd door onderhouden van contacten met behandelend huisarts, familie en het sociale netwerk.

2. Model PICU

- De psychiatrische intensieve zorgafdeling (PICU) biedt binnen een gesloten setting een therapeutisch antwoord voor patiënten in acute crisis. D.m.v. intensieve observatie en behandeling wordt de crisis in die mate onder controle gebracht dat een professionele verdere verwijzing kan gerealiseerd.
- Psychiatrische intensieve zorg is er voor die patiënten die, omwille van een acuut verlies van zelfcontrole nood hebben aan een veilige en beveiligende omgeving.
- Er is nood aan een omgeving met verhoogde veiligheidsuitrusting die toezicht, begrenzing en snelle gepaste tussenkomst garandeert wegens het risico op fuge, agressie en suicide.

3. Doelgroep PICU: omschrijving en afbakening

- Jongvolwassenen en volwassenen van 16 tot 65 jaar (grensinclusies zijn mogelijk).
- De fase van het ziekteproces is zo ernstig dat intensieve hulpverlening geïndiceerd is.
- Het betreft personen met acute geestelijke gezondheidsproblemen en verlies van zelfcontrole.
- Gebrek aan ziekte-inzicht en geringe motivatie vereisen opname onder gedwongen statuut.

4. Doelstellingen PICU

- Snelle respons op vragen van verwijzers realiseren.
- Veiligheid waarborgen voor de patiënt in acute crisis.
- Zorgen voor snelle familiale/maatschappelijke ontlasting bij ontwrichting in het thuismilieu.
- Kortdurende opname i.f.v. symptoomreductie, 'harmreductie' en stabilisatie van de klinische toestand.

5. Behandelaanbod PICU

- PICU garandeert 24u op 24u snelle toegankelijkheid bij acute decompensatie en crisissituaties.
- Binnen een rustgevende, structurerende, gesloten setting biedt PICU een antwoord op de crisis d.m.v. intensieve observatie, risicotaxatie, begrenzing, symptoomreductie, diagnostiek.
- Intensieve zorg door een interdisciplinair team tot stabilisatie van het klinisch beeld.
- Het intensieve karakter van de geleverde professionele zorg blijkt uit zowel kwantitatieve als kwalitatieve verschillen met de andere residentiële psychiatrische zorg: verhoogde snelheid van respons en opname i.f.v. een snelle opvang en beveiliging van de patiënt in acute crisis met een breed-maatschappelijke ontlasting en bescherming van de directe leefomgeving, grotere turn-over, geïndividualiseerde behandeling en intensieve zorg op maat. Andere

vormen van diagnostiek, andere behandelingsprotocollen (volgens guidelines), specifieke risico taxatie methodologie, geïndividualiseerd crisisbeheersingsplan
Beide aspecten komen neer op een nood aan hogere bestaafing om dit waar te maken.

6. Middelen PICU

- PICU beschikt over 24 bedden voor psychiatrische intensieve zorg (kenletter A).
- Caseload:
Tussen 2000 en 2008 heeft het aantal gedwongen opgenomen patiënten in PZ O.-L.-Vrouw zich verdrievoudigd.
- Het bestaande multidisciplinaire team op PICU van PZ Onze Lieve Vrouw zal versterkt worden met 3,5 FTE vanuit eigen personele middelen op 01/01/2012 (via artikel 107).

7. Andere algemene en intensieve residentiële behandelunits

- PAAZ-afdelingen:
 - PAAZ van AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
 - PAAZ van AZ Sint-Lucas
 - PAAZ van AZ Oostkust
 - PAAZ van AZ Damiaan
 - PAAZ van AZ Sint-Augustinus
- Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg: zie ook bijlage 9
 - Het Centrum biedt psychotherapeutische programma's aan vanuit **psychoanalytische behandelvisie** aan mensen met psychische problemen (persoonlijkheidsstoornissen).
- PC Sint-Amandus met volgende specialisaties (excl. crisiszorg en intensieve zorg):
 - Verslavingszorg, psychozorg, psycho-organische zorg, psychomentale zorg, gerontopsychiatrische zorg, institutionele structurerende integrerende zorg, sociaal psychiatrische zorg
- PZ Onze Lieve Vrouw met volgende specialisaties (excl. PICU):
 - Verslaafdenzorg, psychosenzorg, persoonlijkheidsstoornissen en depressie, ouderenpsychiatrie.

8. De andere 5 intensieve residentiële behandelunits in de regio (excl. PICU):

Voor meer gedetailleerde informatie: zie bijlage 9.

9. Organisatorische operationalisering PICU

- Verhoging personeelsomkadering met 3,5 FTE onder meer om:
 - Aantal en duur van afzonderingen te verminderen.
 - Meer intensieve individuele begeleiding (schouder à schouder) mogelijk te maken.
 - De weekendbezetting te versterken.
 - Functies (o.a. de afdelingscoördinator) van (verpleegkundige) basistaken te vrijwaren.
 - Aantal uren psycholoog te verruimen i.f.v. de intensifiëring van de psychologische functie
- Investering in de uitbouw van een actieve wisselwerking, in het bijzonder met de 2b-teams.

10. Wisselwerking PICU met de andere functies

- PICU situeert zich in het regionaal netwerk na (als eventueel vervolg op) ambulante intensieve thuisbehandeling (2a-team), EPSI, PAAZ, andere PZ's en vóór (als toeleiding naar) gespecialiseerde behandeling of directe reïntegratie in het thuismilieu.
- Er is een directe samenwerking met de huisartsen en met alle GGZ- en eerstelijns actoren.
- Vanuit elk van de overige 4 functies kunnen patiënten naar PICU worden toegeleid.
- Binnen Functie 4 is PICU de tweelingafdeling met de Afdeling Crisisinterventie (15 bedden) in PC Sint-Amandus. Tussen beide éénheden is er een nauwe samenwerking.

11. Verwachte resultaten PICU

Versnelde patiënteninstroom en –uitstroom, vermindering van het aantal en de ernst van agressie-incidenten, vermindering van afzonderingen en fixaties, verbetering van de kwaliteit van zorg, verbetering van de tevredenheid van patiënten/familie/verwijzers.

12. Leden werkgroep: zie fiche in bijlage 10.

Functie 5: specifieke woonvormen

1. Basisvisie

- Vinden van betaalbare huisvesting is een voorwaarde te slagen in reïntegratie.
- Woningen die toegankelijk en bereikbaar zijn (mobiliteit) en aanwezigheid van dienstverlening in de omgeving verhogen het wooncomfort.
- Woonzorgvormen, met een aanbod van getrapte zorg voor een kwetsbare doelgroep biedt garantie op het kunnen blijven wonen en het behouden van woonst.
- Betrekken van de mantelzorg in de uitbouw van zorg binnen het wonen en een goede samenwerking op basis van vertrouwen verhoogt de draagkracht van het cliëntsysteem.
- We bouwen verder op wat reeds bestaat aan samenwerking tussen de actoren zorg, welzijn en huisvesting in de verschillende subregio's.

2. Model

2 modellen ontwikkelen zich.

Functie 5a brengt zorg en expertise binnen in de reguliere woonvormen.

Functie 5b creëert afstemming tussen GGZ – woonvormen: BW en PVT en nieuwe woonvormen.

Functie 5a: per subregio ontwikkelt zich een samenwerkingsplatform, voortbouwend op de reeds aanwezige samenwerkingsverbanden, tussen actoren wonen, zorg, welzijn en huisvesting.

Functie 5b: per regio afstemming van GGZ woonzorgvormen. We creëren een palet aan woonzorgvormen: residentieel, campus wonen, groepswonen, studio wonen, zelfstandig wonen.

3. Doelgroep

Patiënten met een langer durende psychiatrische stoornis, die gepaard gaat met zorgvragen op meerdere levensgebieden, worden geconfronteerd met hoge drempels bij het vinden van een woonst. Het zijn patiënten die, ofwel blijvend ofwel in bepaalde periodes, ondersteuning in het wonen nodig hebben om zich te handhaven in de samenleving.

4. Doelstellingen

- Verhogen van het aanbod van betaalbare huisvesting
 - Lobbywerk om de betaalbaarheid te behouden en/of te verhogen
 - Overleg met de actoren huisvesting om ruimte te creëren voor de doelgroep.
- Uitbouwen van een platform met de diverse actoren, komen tot procedures en afspraken.
 - Procedures die het vinden van woonst en het behouden van woonst faciliteren.
 - Projecten die ondersteunend zijn aan de het koppelen van wonen en zorgvormen.
- Inbrengen van zorg en expertise in de reguliere woonvormen.
 - Samenwerking met Functie 2b en Functie 3.
 - Samenwerking met reguliere actoren voor woonondersteuning.
 - Zorgaanbod intensifiëren bij dreigende problemen, voorkomen uithuiszetting.
- Bestaande GGZ woonvormen op elkaar afstemmen en het doorstromen faciliteren.
 - Bestaande woonvormen in kaart brengen en creëren van nieuwe woonzorgvormen.
 - Flexibele samenwerking BW en PVT.
 - Woonvaardigheden ontwikkelen om de overstap van residentieel naar Beschut Wonen en individueel wonen mogelijk te maken.

5. Aanbod / Activiteiten

Op organisatieniveau:

Kwartier maken: lobbywerk, meewerken aan doelgroepenplan en lokaal toewijzingsbeleid.

Overleg: met verschillende actoren, knelpunten bespreken, gezamenlijk antwoorden formuleren.

Participatie: aan woonzorg projecten van de provincie, project van de Vlaamse overheid

Op cliëntniveau, waar nodig:

Begeleiden van de cliënt in het zoeken van woonst, administratieve begeleiding.

Inroepen van hulpbronnen waar nodig. (gezinszorg, poetsdienst enz....)

6. Middelen

- Op elkaar afstemmen en bundelen van bestaande woonvormen binnen een regio is al winst.
- Middelen integreren en koppelen aan het zorgaanbod in het regulier wonen.

7. Partners

OCMW, CAW, vereniging 't Sas, Sociale huisvesting, Sociaal Verhuurkantoor, SEL, werkgroep huisvesting van de regionale welzijnsraad, VZW Sue Ryder Foundation, privé initiatieven.

Beschut Wonen, PVT, CGG, Psychiatrisch Ziekenhuis.

8. Teamsamenstelling

Woonondersteuning koppelen aan Functie 2b, Functie 3 en 5

9. Organisatorische operationalisering

Functie 5 wordt uitgebouwd in de werkgroep Functie 2b- 3 – 5. Een werkcel ontwikkelt Functie 5b.

Een bestaande werkcel in Brugge, op initiatief van het OCMW, is de basis om Functie 5a vorm te geven. Dergelijke werkcellen zijn ook actief in andere subregio's.

Oktober 2010 - mei 2011:

- projectaanvraag Vlaams experiment wonen – welzijn, in Brugge goedgekeurd
- voorbereiding aanvraag woon/zorgproject in de provincie

- opmaak inventarisatie 'wachtende kwetsbare doelgroepen op woonst'
- schrijven aan Schepencollege stad Brugge inzake verhoging minimum oppervlakte voor individuele woongelegenheden

Vanaf juni 2011:

- concrete Uitwerking van het Vlaams project Wonen Welzijn
- verdere voorbereiding lopende projecten en initiatieven
- VZW Sue Ryder: creëren van 6 appartementen voor de doelgroep met zorgondersteuning
- een gelijkaardig initiatief (brugwonen) door een groep familieleden is in bespreking.

10. Wisselwerking met andere functies

- Het vinden van betaalbare woonst en deze kunnen behouden zijn onmisbaar.
- Voor de woonondersteuning : nauwe samenwerking met Functie 2b en Functie 3.
- Samenwerking met Functie 1b: vroegdetectie en vroeginterventie om op die manier sneller in te grijpen bij escalatie van problemen wat tot verlies van woonst kan leiden.
- Voor alle functies is het belangrijk dat voor elke cliënt, in om het even welk stadium van zijn ziek zijn, de woonsituatie meegenomen wordt in het behandel of begeleidingsplan.

11. Verwachte resultaten

- Verbeterde samenwerking diverse actoren.
- Verlagen van drempels voor het vinden van woonst voor de doelgroep
- Een gevarieerd palet van woonzorgvormen die een gedifferentieerd antwoord biedt.

12. Randvoorwaarden

- Flexibilisering regelgeving Beschut Wonen en PVT.
- Voldoende aanbod sociale huisvesting (o.m. studio's) en weerhouden van ggz cliënteel als bijzondere doelgroep, waardoor de lange wachttijden (deels) worden vermeden.
- Aanpassing decreet huursubsidie.

13. Leden van de werkgroep: zie fiche [in](#) bijlage 10.

5.3. Bestaand zorgaanbod binnen de functies

Uit de informatie verkregen vanuit de stakeholdersvergaderingen en werkgroepen, blijkt dat reeds een aantal actoren een zorgaanbod hebben dat al of niet gedeeltelijk past binnen één of meerdere functies. In bijlage 9 geven wij de projectfiches weer van het bestaand zorgaanbod van onze kernpartners. De ingevulde projectfiche per kernpartner geeft volgende punten weer: de doelgroep, het zorggebied, het ruime zorgaanbod, het zorgaanbod passend binnen de functies en de plaats binnen het organogram.

5.4. Nieuwe rollen

De implementatie van het hervormingsprogramma "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken" vraagt de ontwikkeling van een nieuwe structuur. Als gevolg hiervan ontstaan er een aantal nieuwe rollen, namelijk de netwerkcoördinator, de verantwoordelijke van een dienst, de referentiepersoon en het werken in een mobiel team.

Licht toe hoe de uitwerking zal gebeuren voor elk van deze rollen, alsook de bijhorende competenties en het concrete takenpakket.

5.1.1. Netwerkcoördinator

De netwerkcoördinator intensificeert het netwerkoverleg door op projectmatige basis initiatieven te ontwikkelen ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg van de bevolking in de regio.

Sedert 14 maart 2011 is een voltijdse netwerkcoördinator aangesteld met een contract van onbepaalde duur voor de regio Noord West-Vlaanderen.

De netwerkcoördinator maakt deel uit van de stuurgroep en participeert aan alle werkgroepen. Als aanspreekpunt kan de netwerkcoördinator terecht bij het kernteam. Het kernteam bestaat uit de twee promotoren, eventueel aangevuld met nog een lid van de stuurgroep.

5.1.2. De verantwoordelijke van een dienst

De verantwoordelijke van een dienst zijn alle verantwoordelijken van de diensten/instellingen die het projectvoorstel mee ondertekend hebben. Zij zijn gemandateerd om via het netwerkcomité, de stuurgroep en de werkgroepen actief mee te werken aan de uitbouw van het project.

5.1.3. De referentiepersoon

De referentiepersoon is diegene die het zorgtraject van de cliënt, samen met hem, mee aanstuurt en coördineert. De referentiepersoon vertrekt van de thuiszorgsituatie van de cliënt waarbij de autonomie van de cliënt en de mantelzorg als vertrekbasis dient. Op federaal niveau is er een werkgroep voorstellen aan het uitwerken i.v.m. het multidisciplinair overleg rond psychiatrische patiënten. Op basis van deze voorstellen wordt een nieuw KB verwacht.

5.1.4. Werken in een mobiel team

Bij de uitbouw van Functie 2 met het mobiel team 2a en 2b houden wij er rekening mee dat de positie van de hulpverlener gewijzigd is. De hulpverlener bevindt zich niet langer in een residentiële setting maar begeeft zich in de leefsituatie van de patiënt. Dit vraagt ook andere competenties bij de hulpverlener. De ervaringen vanuit het project VDIP, het project langdurige zorg en de expertise van de thuiszorg- en welzijnsdiensten stellen ons in staat om een competentieprofiel voor deze hulpverleners uit te schrijven.

5.5. Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Het individueel zorgplan kan gezien worden als een instrument voor communicatie en kwaliteitsmonitoring. Licht toe hoe het zorgplan als een actief werkinstrument gebruikt wordt, gehanteerd door elke partner die betrokken is in de zorg van de cliënt, wie betrokken is bij het opstellen en evalueren, wat hierin zal worden bijgehouden, wie hier toegang toe heeft.

Momenteel zijn de krijtlijnen van iedere functie uitgetekend in de werkgroepen. Binnen deze krijtlijnen zal een werkgroep 4 concreet werken rond de schriftelijke en mondelinge communicatie. Daaronder valt oa. het zorgplan, zorgtraject en het multidisciplinair overleg. Deze werkgroep kan terug vallen op good practices binnen de regio die als efficiënt en effectief worden ervaren door de verschillende

actoren. Wij denken hierbij aan het PZT overleg, GDT-overleg, EL-overleg, het multidisciplinair overleg bij het VDIP team en in het project langdurige zorg.

De opstart van deze werkgroep is voorzien begin juni 2011 en zal zich ondermeer inspireren op het elektronisch zorgplan ontwikkeld door de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg. Het elektronisch zorgplan moet de geïntegreerde patiëntenzorg ondersteunen (bijlage 12)

5.6. Management- en bestuursmodel

Governance verwijst naar het bestuurlijke model van het netwerk: Het verwijst naar de coördinatie- en beheersmethoden (o. a. management taken, overlegstructuren, beslissingsproces, rapportage van beslissingen). Bij de bespreking van de netwerkconfiguratie is het niet voldoende om louter een "organogram" van het netwerk in het voorstel op te nemen. Beschrijf de wijze waarop het netwerk en de deelnemende partners gemanaged en beheerd zullen worden met het oog op het realiseren van vooropgestelde doelstellingen: zijn de leidende partners geïdentificeerd? Zijn taken, verantwoordelijkheden en besluitvormingsprocedures van partners wat betreft strategische beslissingen en operationele beslissingen? Beschrijf de wijze waarop partners geactiveerd zullen worden om in de bestuurlijke en managementaanpak continu en actief te participeren

Bij de opmaak van het organogram voor het netwerk regio Noord West Vlaanderen is rekening gehouden met volgende criteria: 1. de vertegenwoordiging van alle partners zowel GGZ actoren als eerstelijnsdiensten en welzijsector 2. de vertegenwoordiging van de twee Sel regio's. 3. de communicatie met het brede werkveld.

5.1.5. Het forum

Wat: een breed overlegplatform waar alle actoren toegang tot hebben, niet limitatief.

Doel: Voeling houden met de brede achterban door te informeren en te toetsen over de van stand van zaken bij de realisering van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

Frequentie: het forum komt tweemaal per jaar samen.

5.1.6. Het netwerkcomité

Wat: een overlegorgaan waar alle actoren die de samenwerkingsovereenkomst tekenen en zich op die manier engageren om actief mee te werken aan de realisering van deze zorgvorm, zetelen.

Doel: frequente informatieoverdracht en toetsing over het verloop van het project. Op die manier houden de actoren de vinger aan de pols. Het is de bedoeling dat dit netwerkcomité van actief partnerschap evolueert naar een strategische denktank rond het zorgaanbod binnen de regio. De nieuwsbrief netwerk GGZ regio Noord West-Vlaanderen wordt als communicatiemiddel gebruikt.

Frequentie: het netwerkcomité komt elk kwartaal samen.

5.1.7. De stuurgroep

Wat: staat in voor het operationeel management van het project. De verschillende geledingen zijn vertegenwoordigd in de stuurgroep. Wat betreft de verschillende voorzieningen binnen de GGZ is er één mandaat per voorzieningensoort. Voor de thuiszorgdiensten zijn de twee Sel regio's vertegenwoordigd via hun voorzitter of coördinator, dit geldt ook voor de twee regionale welzijnsraden. De huisartsen zijn vertegenwoordigd door één mandaat voor de huisartsenkring Brugge, Oostende, Houtland. De familie is vertegenwoordigd via één mandaat dat opgenomen wordt vanuit Similes

Doel: Het project “de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg” aansturen.

Frequentie: maandelijks.

5.1.8. Forum ervaringsdeskundigen

Wat: een overlegforum waar ervaringsdeskundigen uit verschillende deelgebieden van de GGZ, nadenken vanuit hun ervaring over de accenten die binnen de vernieuwing moeten gelegd worden. Er is een rechtstreekse verbinding naar de stuurgroep via de netwerkcoördinator.

Doel: de ervaringsdeskundigen als evenwaardige partners betrekken bij het veranderingsproces.

Frequentie: wordt bepaald in overleg met de ervaringsdeskundigen. Een regelmaat wordt voorzien.

5.1.9. Subregionale netwerken

Wat: forum op het niveau van een subregio waaraan de verschillende geledingen participeren.

Doel: de eigenheid van subregio's meenemen in de uitwerking van de functies. Om de algemene krijtlijnen niet uit het oog te verliezen zetelt in iedere werkgroep een lid van de subregionale netwerken. Dit forum is rechtstreeks gelinkt met de stuurgroep.

Momenteel is het subregionaal netwerk Oostende – Veurne opgestart.

5.1.10. Werkgroepen:

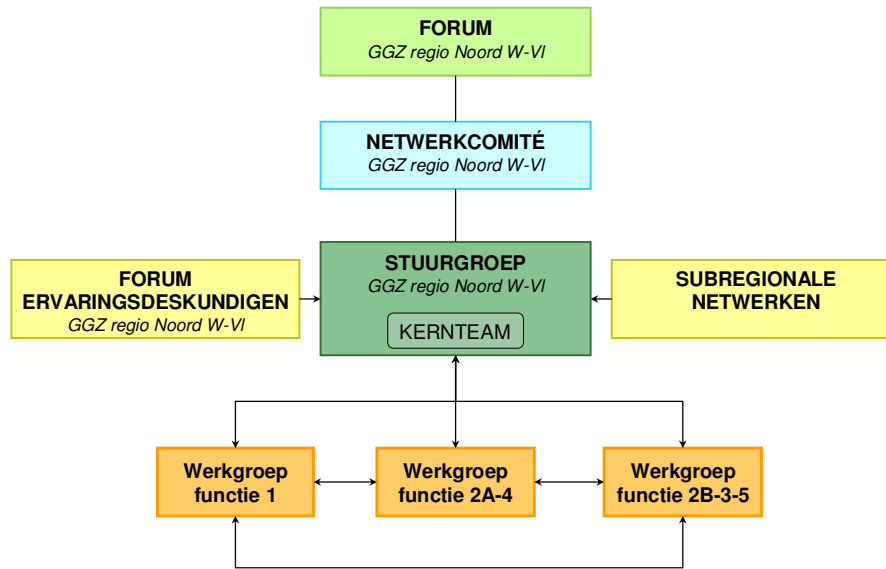
Wat: een werkgroep van GGZ en eerstelijns en welzijnsactoren uit de regio die concreet de opdrachten van de stuurgroep naar uitwerking van de functies op zich neemt.

De werkgroepen worden voor gezeten door een lid van de stuurgroep. De voorzitter brieft op zijn beurt terug naar de stuurgroep waar de globale invulling en verknoping wordt opgevolgd en bijgestuurd waar nodig. Het aantal leden binnen de werkgroepen zijn beperkt in aantal om niet aan slagkracht te verliezen. Iedere werkgroep voorziet op zijn beurt hoorsessies, als formeel overleg- en communicatiekanaal. Op die manier wordt er een breed draagvlak gecreëerd. Er is gezorgd voor een goede spreiding over de sub-regio's.

Doel: komen tot een geïntegreerd zorgaanbod voor psychische kwetsbare mensen de regio.

Frequentie: minstens éénmaal om de vier weken.

Organogram Netwerk Geestelijke GezondheidsZorg regio Noord West-Vlaanderen



6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering

Beschrijf de wijze waarop en het stappenplan waarop het netwerk/samenwerkingsverband in de praktijk vorm zal krijgen? Werk de fasering uit op het niveau van het netwerk en op het niveau van het vormgeven van de vijf functies

Stap 1: Opstart sensibilisatie in beide ziekenhuizen.

In beide ziekenhuizen zijn de voorbije jaren talrijke informatie- en sensibiliseringsactiviteiten doorgegaan, gericht naar de diverse niveaus (directie en staf, artsen, afdelings- en diensthoofden, basisederwerkers). Grote aandacht werd besteed aan de communicatie en het overleg met de leden van de Ondernemingsraad. De voorbije maanden is de zorgvernieuwing een vast item op de agenda. *Status:* is opgestart als een dynamisch gegeven, het proces van sensibilisatie naar alle actoren is volop bezig.

Stap 2: Toelichting van het ontwerpdossier

Op 28 oktober 2010 kwamen alle kernpartners, leden van het netwerkcomité, bijeen om kennis te maken met het ontwerpdossier dat door het voorlopige bureau werd samengesteld. Het netwerkcomité keurde het ontwerpdossier goed en gaf groen licht deze aanvraag over te maken.

Status: is gebeurd

Stap 3: toelichting van het project aan alle eerstelijnsactoren

Op 28/1/2011 is een communicatiemoment gehouden voor alle eerstelijnsactoren waar info verstrekt werd bij het zorgvernieuwingsproces (Yves Wuyts). In een tweede deel werd ingezoomd op de regio.

Status: heeft plaats gevonden met een ruime opkomst vanuit alle geledingen.

Stap 4: Uitbreiding van het netwerkcomité met een vertegenwoordiger van gebruikers en een vertegenwoordiger van familie: november - december 2010.

Status: het netwerkcomité is uitgebreid met een vertegenwoordiger van de familie. Dit geldt ook voor de stuurgroep. De gebruikers, door ons ervaringsdeskundigen genoemd, worden opgenomen in het forum voor ervaringsdeskundigen. Dit forum heeft een rechtstreekse link met de stuurgroep.

Stap 5: Selectie van een netwerkcoördinator: november - december 2010.

Status: gefinaliseerd. De netwerkcoördinator is gestart op 14 maart 2011.

Stap 6: Uitschrijven van een gedeelde visie/missie november 2010-maart 2011.

Status: lopende in de diverse werkgroepen (cfr. 5.2.1.).

Stap 7: Opmaak van een samenwerkingsovereenkomst, november 2010-maart 2011.

Status: in wording. Naast de intentieverklaring van juni 2010 beschikken we over deelengagements van de huisartsen en regio Veurne (zie bijlage X).

Stap 8: Organiseren van stakeholdersbijeenkomsten met de thuiszorgdiensten, welzijnsactoren, huisartsen, ervaringsdeskundigen en familie waarbij SWOT-analyses als methode werden gebruikt.

Status: heeft plaats gevonden. In bijlage 11 vindt u schriftelijke neerslag van deze analyses.

Resultaat van het overleg met de huisartsen is de participatie van 2 à 3 huisartsen in elke werkgroep en een intentieverklaring, zie bijlage 5. Tevens werd een kringoverstijgend platform voor artikel 107 opgericht. Voor de intentieverklaring tussen de GGZ-partners verwijzen naar het oorspronkelijk dossier.

Resultaat van de stakeholdersvergadering met de huisartsen en de SEL actoren: binnen Sel Noord West-Vlaanderen is besloten om de medewerkers die zullen tewerkgesteld worden binnen de mobiele teams van Functie 2 de kans te geven om stage te laten lopen gedurende een bepaalde periode.

Doel van de stage:

- de medewerkers, die tot nu toe tewerkgesteld zijn in de residentiële setting, kennis laten maken met het werk binnen een thuiscontext en de eerstelijnsactoren.
- de medewerkers voeling laten krijgen met de vaardigheden die nodig zijn om goede zorg te bieden in de thuissituatie.

Hoe: de medewerkers laten aansluiten bij één of meerdere thuiszorgactoren vb. gezinszorg, huisarts

Financiering: gedurende de stageperiode zouden de medewerkers verloond worden via het SEI.

Binnen het LMN wordt momenteel nagegaan of ook de stages via dit kanaal kunnen worden gefinancierd..

Stap 9: Inventariseren van het beschikbare regionale aanbod met aandacht voor aspecten als differentiatie, complementariteit, overlapping en hiaten: januari-december 2011.

Status: bezig via de stakeholdersvergaderingen, de diverse werkgroepen, formele en informele overlegmomenten (zie bijlage 8).

Stap 10: Oprichten van heterogeen samengestelde werkgroepen (1 per nieuw te ontwikkelen functie) en uitschrijven van deze functies (inhoudelijk, organisatorisch, inzet van personele en financiële middelen, samenwerkingsprocedures): opstart van de 5 werkgroepen vanaf januari 2011.

Status: De opstart is in eerste fase herleid tot 3 werkgroepen waarbij bepaalde functies in één werkgroep worden behandeld. Op die manier probeert men een eerste verknoping te maken zonder het globale aanbod binnen de functie uit het oog te verliezen.

Stap 11: Toelichting aan federale coördinator, vertegenwoordigers van federale/regionale overheden.

Status: heeft plaats gehad.

Stap 12: Oprichten van een subregionaal netwerk Oostende – Veurne.

Status: De eerste subregionale bijeenkomst was op 28 april. Verdere bijeenkomsten volgen.

Stap 13: Selectie van teamleden om de Functies 2, 3 en 4 te bemannen: 2^{de} kwartaal 2011.

Status: De werkgroepen stellen vast, dat voor Functie 3 en 4 reeds heel wat zorgaanbod aanwezig is binnen de regio dat goed werkt. Dit willen we behouden, ondersteunen en versterken. Voor Functie 2a en 2b is de bestaande van de mobiele equipes afhankelijk van de 'buiten gebruikstelling' van 2X30 bedden in de psychiatrische ziekenhuizen.

Plan van 'buiten gebruikstelling' voor pz OLV en het psychiatrisch centrum St. Amandus:

Vanaf 1 september wordt gestart met de "buiten gebruik stelling" van bedden, telkens per schijf van 15. In beide ziekenhuizen is het de betrachting zulks af te ronden eind 2011.

De vrijgekomen personele middelen (1 oktober en 1 januari) worden respectievelijk ingezet in het team 2b en daarop volgend in het team 2a.

Argumentatie: de ontslagen patiënten kunnen een beroep doen op het team 2b om een overgang van een residentiële setting naar een (al dan niet nieuwe) thuiscontext kwaliteitsvol kan verlopen.

Selectie en recruitering: juli- december.

Competentieprofielen voor de medewerkers van het 2a en 2b team worden opgemaakt en de vacatures verspreid. Kennis maken met de beide crisiseenheden en de EPSI een noodzaak, naast eerstelijns en welzijn.

Stap 14: Opmaak en opstart vormingstraject voor de geselecteerde teams: september – oktober

Stap 15: Uitrol van Functie 2 naar de totale regio.

Status: de verdere uitrol van Functie 2 naar Oostende-Westkust en Knokke-Oostkust impliceert een verdere buiten gebruikstelling van bedden van de pz's en paaz diensten.

Stap 16: Operationalisering van de functies die niet via artikel 107 dienen gerealiseerd worden.

Ontwikkelen van specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is (Functie 5) vereist de beschikbaarheid van nieuwe overheidsbesluiten m.b.t. flexibilisering beschut wonen en pvt.

Stap 17: Toelichting en toetsing van het aangepast dossier aan het netwerkcomité.

Status: uitgevoerd. Bijéénkomst van het netwerkcomité op 10 mei 2011.

Stap 17: Proces en outcome evaluatie van het werken in netwerken op functioneel en organisatorisch niveau: planning en timing in afstemming met FOD en wetenschappelijke equipe.

Status: eerste verkennend overleg met het kenniscentrum heeft plaats gevonden.

6.2. Risico management

Beschrijf in welke mate een inschatting wordt gemaakt van de potentiële risico's die zowel intern aan het netwerk als op het externe niveau kunnen optreden. In welke mate wordt er in het voorstel een inschatting gemaakt van factoren die de effectiviteit van een netwerk (zowel op het vlak van duurzaam overleven, alsook op het vlak van het realiseren van de netwerkdoelstellingen) mee beïnvloeden? Welke oplossingsstrategieën zullen gebruikt worden bij eventuele problemen.

We verwijzen hiervoor naar Bijlage 11 voor de SWOT-analyses.

7. Financiering en middelenallocatie

Beschrijf het financierings en middelen- allocatiemodel binnen het netwerk (tussen de partners) om de vooropgestelde functies en activiteiten te realiseren. Maak een helder onderscheid tussen projectgebonden middelen en eventuele andere middelen. Mogelijke middelen kunnen zijn: aantal personeelsleden, technische ondersteuningsmiddelen (vb: informatie systeem), dienstverlening per functie, competenties per functie, logistiek en architectuur. Er dient voor ieder van de vijf functies een duiding gemaakt te worden van de ondersteunende hulpmiddelen of resources die zullen ingezet worden.

Eén van de voornaamste voorwaarden is nog dat er geen patiënt op straat terecht komt wanneer een aantal bedden tijdelijk buiten gebruik worden genomen. Men dient tevens een beschrijving te geven van hoe men de transitie ziet, hoe men de desaffectatie van bedden zal organiseren en over de patiëntenstroom.

In het overzicht zijn we vertrokken van volgende uitgangspunten:

- het betreft een macro-budgettaire benadering, m.a.w. dit is geen operationele begroting
- we zijn vertrokken van de parameters zoals de FOD Volksgezondheid die heeft gecommuniceerd op het communicatiemoment van 6 oktober.

Per functie geven we de VTE's en we onderscheiden 3 financieringsbronnen:

- reguliere inzet van middelen vanuit de voorzieningen
- pilootfinanciering (reeds eerder toegekend of nog toe te kennen)
- middelen van de herallocatie via artikel 107.

Voor de 1^{ste} functie brengen we in het netwerk 2 lopende initiatieven in die deels gefinancierd worden met pilootmiddelen verstrekt door de FOD Volksgezondheid (PZT-project) en middelen verstrekt door de Vlaamse Gemeenschap (VDIP). De samenwerkende partners in elk van deze projecten leveren, naast deze pilootfinanciering, ook een bijkomende bijdrage vanuit reguliere middelen of via co-financiering van lokale overheden (OCMW's).

Voor de Functies 2 en 4 wordt in het kader van dit ontwerp dossier een beroep gedaan op de financieringstechniek van artikel 107. Ook hier is er een deel inbreng vanuit reguliere financieringsbronnen.

Naast de 107-financiering rekenen de partners op een additionele financiering van de FOD Volksgezondheid à rato van 500.000 Euro. Dit budget zal als volgt ingezet worden.

Een budget van 100.000 Euro geldt als een voorafname voor de financiering van de netwerkcoördinator inclusief werkingskosten.

Conform de communicatie gebracht op 6 oktober zullen "de overige bijkomende middelen (400.000 Euro) toegewezen worden aan de ziekenhuizen die middelen heralloceren via artikel 107 om deze middelen te besteden in de vooropgestelde samenwerking met de andere GGZ-actoren".

Er is een overeenkomst tussen de substituerende ziekenhuizen om het budget van 400.000 Euro aan te wenden ter financiering van 5 FTE voor de Functie 2a.

De beide PAAZ-diensten brengen elk 1 FTE in voor het 2a team vanuit hun reguliere middelen (zie bijlage 1 en 2)

Dit financieel overzicht is beperkt en houdt op geen enkele manier rekening met de inbreng van de eerstelijns- en welzijnspartners. Abstractie wordt ook gemaakt van de honoraria van de psychiaters.

S a m e n v a t t i n g

1. Output

Voorziening	Voltijdse equivalenten					Financieel				
	Reguliere financiering	Piloot-project	Intensifiëring	Herallocatie	Totaal vte	Reguliere financiering	Piloot-project	Intensifiëring	Herallocatie	Totaal financieel
VDIP-project*	2,553 vte	-	-	-	2,553 vte	€ 156.415,70	-	-	-	€ 156.415,70
PZT	1,570 vte	2,00 vte	-	-	3,570 vte	€ 92.888,69	€ 119.863,27	-	-	€ 212.751,96
Subtot. Functie 1	4,123 vte	2,00 vte	-	-	6,123 vte	€ 249.304,39	€ 119.863,27	-	-	€ 369.167,66
Crisis- en thuisbehandelteams	2,5 vte	5,00 vte	-	5,00 vte	12,500 vte	-	€ 288.875,38	-	€ 407.204,92	€ 696.080,30
Subtot. Functie 2a	2,5 vte	5,00 vte	-	5,00 vte	12,500 vte	-	€ 288.875,38	-	€ 407.204,92	€ 696.080,30
FACT-teams	4,260 vte	-	-	15,500 vte	19,760 vte	€ 302.041,92	-	-	€ 906.766,83	€ 1.208.808,70
AC Gempersteeg	8,000 vte	-	-	-	8,000 vte	€ 463.809,96	-	-	-	€ 463.809,96
AC De Klus	4,540 vte	-	-	-	4,540 vte	€ 251.968,71	-	-	-	€ 251.968,71
Subtot. Functie 2b + 3	16,800 vte	-	-	15,500 vte	32,300 vte	€ 1.017.820,50	-	-	€ 906.766,83	€ 1.924.587,30
PICU	-	-	3,60 vte	-	3,600 vte	-	-	€ 216.060,62	-	€ 216.060,62
Subtot. Functie 4	-	-	3,60 vte	-	3,600 vte	-	-	€ 216.060,62	-	€ 216.060,62
Totaal	23,423 vte	7,00 vte	3,60 vte	20,500 vte	54,523 vte	€ 1.267.124,80	408.738,65€	€ 216.060,62	€ 1.313.971,70	€ 3.205.895,80

* We maken vooralsnog abstractie van het budget dat recent is toegewezen voor uitbreiding van het VDIP-project naar de regio Oostende (81.609 euro)

2. Input art. 107

	Buiten gebruik stellen van bedden en plaatsen			Impact op de voltijdse equivalenten		
	Sint-Amandus	P.Z. Onze-Lieve-Vrouw	Totaal	Sint-Amandus	P.Z. Onze-Lieve-Vrouw	Totaal
Functie 2a	6 T	6 T	12 T	2,40 vte	2,40 vte	4,80 vte
Functie 2b + 3	24 T	15 T	39 T	9,60 vte	6,00 vte	15,60 vte
Functie 4	-	9 T	9 T	-	3,60 vte	3,600 vte
Totaal	30 T	30 T	60 T	12,00 vte	12,00 vte	24,00 vte