

Netwerk geestelijke gezondheidszorg, regio Ieper - Diksmuide

Projectvoorstel in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

0. Inleiding.....	2
1. Toelichting van de visie van het project	2
2. Doelgroep.....	3
3. Doelstellingen	4
3.1. Strategische doelstelling 1	4
3.2. Strategische doelstelling 2	5
3.3. Strategische doelstelling 3	6
3.4. Strategische doelstelling 4	6
3.5. Strategische doelstelling 5	7
3.6. Strategische doelstelling 6	9
3.7. Strategische doelstelling 7	9
3.8. Strategische doelstelling 8	10
4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied	11
4.1. Afbakening van het werkingsgebied	11
4.2. Verdere beschrijving van het werkingsgebied.....	12
4.3. Beschrijving van het zorgaanbod binnen de regio.....	13
5. Beschrijving van de nieuwe structuur	16
5.1. Netwerksamenstelling.....	16
5.2. Taakverdeling in het netwerk	17
5.3. Nieuwe rollen.....	22
5.4. Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring	23
5.5. Management- en bestuursmodel.....	24
6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk.....	27
6.1. Fasering	27
6.2. Risicomanagement	28
7. Financiering en middelenallocatie	29
7.1. Personeelsmiddelen	29
7.2. Infrastructuur	30
7.3. Budgettering	31

0. Inleiding

Dit projectvoorstel bouwt verder op het voorstel uitgeschreven en ingediend in het najaar 2010. Op basis van de ontvangen werkpunten en besprekingen met de bevoegde verantwoordelijken¹ werd het projectvoorstel grondig herwerkt. De structuur werd behouden en het voorstel werd inhoudelijk uitgediept op basis van de ontvangen werkpunten. De doelstellingen in punt 3 werden geconcretiseerd, met voornamelijk een herwerkte invulling van functie 3. De beschrijving van de nieuwe structuur, in punt 5, gaat onder meer in op de werking van de mobiele behandelteams en geeft een concrete beschrijving van het bestuursmodel. De concrete fasering in punt 6 toont aan dat het project startklaar is. Ten slotte de financiering, uitgewerkt in punt 7, is sterk verhoogd onder meer met de bedoeling een volwaardige functie 2 a uit te bouwen binnen de regio Ieper - Diksmuide.

1. Toelichting van de visie van het project

Ook in de Ieperse regio is de geestelijke gezondheidszorg de voorbije decennia onderhevig geweest aan een dynamische evolutie. Voor de cliënten resulteerden deze ontwikkelingen in een ruimer pallet aan mogelijkheden om zorg op hun maat te krijgen. Tevens kwam een betere samenwerking tussen de hulpverleners en de verschillende voorzieningen in de regio tot stand. Dit partnerschap leidde tot het opzetten van een aantal gezamenlijke nieuwe initiatieven.

In de toekomst willen we binnen onze regio de nieuwe mogelijkheden actief aanwenden om de geestelijke gezondheidszorg beter uit te rusten. Een aantal waarden ligt hieraan ten grondslag:

- Gelijkwaardigheid: we willen elke cliënt zien als een gelijkwaardige persoon, met een eigen levensgeschiedenis, met mogelijkheden en beperkingen eigen aan zijn persoon.
- Autonomie: we streven ernaar cliënten zo autonoom als mogelijk te laten functioneren. Dit betekent dat de cliënt aangemoedigd wordt om de regie over zijn behandeling mee op te nemen, in overeenstemming met zijn mogelijkheden.
- Kwaliteitsvolle zorg: elke cliënt heeft recht op deskundige behandeling. Dit vereist de inzet van deskundige medewerkers binnen een professioneel uitgebouwd samenwerkingsverband en het aanwenden van “evidence based methodes” om tot het best mogelijke resultaat te komen.

Dit leidt tot een aantal uitgangspunten die ten grondslag liggen van alle initiatieven die we in het samenwerkingsverband ontplooiën:

Op cliëtniveau²:

- De cliënt kan rekenen op deskundige behandeling die bijdraagt tot genezing waar mogelijk en tot herstel van nog aanwezige mogelijkheden. De zorg is gericht op een maximale levenskwaliteit van de cliënt thuis of in een aangepaste thuisomgeving, zo sterk als mogelijk geïntegreerd in het maatschappelijke gebeuren. Dit impliceert dat we met de cliënt streven naar het opheffen van sociale beperkingen en het functioneren in zoveel mogelijk sociale rollen.

¹ We verwijzen hierbij naar het gesprek te Brussel op 24 februari 2011 en het werkbezoek te Ieper op 8 april 2011.

² Bij het benoemen van de doelgroep spreken we zo veel als mogelijk van “cliënten”. We menen dat dit aansluit bij de maatschappijgerichte zorg waarbij hulpverleners in de thuissituatie komen van mensen met een (langdurige) psychiatrische problematiek. Dit sluit aan bij de basisprincipes uit functie 3, het rehabilitatiegericht werken: “*De kern van rehabilitatie is: ondersteuning bieden aan mensen in hun streven naar een zinvol bestaan. De ondersteuning is er op gericht betekenis te helpen ontdekken.*” (Psychosociale Rehabilitatie, een integrale benadering. Jean Pierre Wilken en Dirk den Hollander, 2009)

- De cliënt wordt zo sterk als mogelijk betrokken in zijn begeleiding en behandeling.

Op niveau van de medewerkers (zorgactoren):

- Er wordt gewerkt volgens de principes van stepped care: zoveel zorg als nodig, zo weinig als mogelijk. Indien een hulpvraag kan beantwoord worden binnen de minder gespecialiseerde eerste lijnszorg, verdient dit de eerste voorkeur. Indien nodig kan hiervoor advies en ondersteuning geboden worden vanuit de meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Bij complexere problemen echter is het van belang dat de cliënt zo snel mogelijk toegang krijgt tot de meest adequate en professionele behandeling in zijn situatie.
- Het samenbrengen van expertise, afstemmen van het zorgaanbod op de noden van de bevolking, wederzijds respect voor elkaars inzet en bijdrage tot een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg.
- De medewerkers bieden continuïteit van zorg: de geboden zorg, gedurende de verschillende fasen die de cliënt doorloopt sluit naadloos op elkaar aan.

Op niveau van de partners, organisaties en voorzieningen binnen het samenwerkingsverband:

- De voorzieningen engageren zich om een toegankelijk, voorzieningoverschrijdend en samenhangend zorgaanbod voor de regio uit te bouwen voor volwassenen met psychische en/of psychiatrische problemen.
- De betrokken actoren erkennen dat het zinvol en opportuun is om stappen en initiatieven te ondernemen in het kader van de verdere ontwikkeling en zorgvernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg, zoals vastgelegd in de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken* en beschreven in dit aanvraagdossier.
- De voorzieningen uit het werkingsgebied stemmen de zorgprogramma's en initiatieven op elkaar af. Hierbij willen de partners uit de geestelijke gezondheidszorg binnen de regio samenwerken om een globaal en samenhangend concept op de geestelijke gezondheidszorg in het werkingsgebied uit te werken, zoals beschreven in de vijf functies van de bovenstaande gids.

Belangrijke elementen van deze vijf functies zijn in ontwikkeling onder de vorm van prefases. Wat ogenschijnlijk los van elkaar staande initiatieven lijken, blijken samenhangende puzzelstukken te zijn die passen in het globale en vernieuwde model voor de geestelijke gezondheidszorg. De partners engageren zich om de doelstellingen beschreven in dit projectvoorstel uit te bouwen binnen een regionaal samenwerkingsmodel en hiervoor de beschikbare middelen in te zetten.

2. Doelgroep

Het project richt zich op de doelgroep volwassenen binnen het werkingsgebied, met een psychische problematiek. De leeftijdsgroep van jongvolwassenen wordt meebetrokken om het aspect preventie, vroegdetectie en vroegtijdige interventie (bijv. bij psychose, bij verslaving,...) volwaardige kansen te bieden binnen een totale benadering van de regio.

Wat de bovengrens van de leeftijdsgroep betreft wenst het project de doelgroep volwassenen flexibel te interpreteren. Gedurende de voorbije vier jaar werden via het therapeutisch project "integrale begeleiding voor ouderen met ernstige psychiatrische problemen" (TP 003) belangrijke resultaten geboekt op het vlak van hervalpreventie en een betere begeleiding van ouderen die thuis wonen of in een woon- en zorgcentrum. De positieve ervaringen rond coördinatie en integratie van de zorg bij deze cliënten, o.a. door middel van casusbesprekingen, wensen we, na het beëindigen van de therapeutische projecten verder te integreren in de werking van het project.

Binnen de vooropgestelde leeftijdsgroep richt het samenwerkingsverband, resp. netwerk, zich op noden van cliënten ongeacht hun psychische problematiek of diagnose. Het kan zowel gaan om mensen die reeds behandeling genoten hebben in ambulant of residentieel verband, als om mensen die de weg naar hulpverlening nog niet gevonden hebben.

3. Doelstellingen

ALGEMENE DOELSTELLINGEN

- Op basis van een samenwerkingsverband tussen verschillende relevante partners, een concept geestelijke gezondheidszorg (verder “GGZ-concept” benoemd) ontwikkelen binnen een afgebakende regio, gebaseerd op intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen, het intensifiëren van zorg binnen een residentiële setting, inclusie binnen en met diverse maatschappelijke sectoren,...
- Het ontwikkelen en uitbouwen van een model dat, voor de bevolking binnen het werkingsgebied, oplossingen biedt voor de geestelijke gezondheidszorgnoden en dat gebaseerd is op de vijf functies beschreven in de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken*.
- Elke cliënt binnen het werkingsgebied moet toegang krijgen tot de geestelijke gezondheidszorg die voor hem het meest aangewezen is, ongeacht de plaats waar hij woont (stedelijk of ruraal gebied), ongeacht zijn inkomen of zijn mogelijkheden op vlak van mobiliteit.
- De zorg, opgezet binnen het werkingsgebied, moet vraaggestuurd zijn, inspelend op noden van individuen of doelgroepen, flexibel zijn, variërend inzake intensiteit en aanbod, en ten slotte moeten de zorgprogramma's en –trajecten naadloos op elkaar aansluiten.

STRATEGISCHE EN OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

3.1. Strategische doelstelling 1

Het **tijdelijk buiten gebruik stellen van een aantal bedden in het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart leper**, teneinde personeelsmiddelen te heralloceren naar de nieuwe functies binnen de geestelijke gezondheidszorg, om zodoende cliënten beter te kunnen begeleiden en behandelen in hun thuissituatie.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

3.1.1. In het P.Z. H. Hart te leper worden binnen het jaar 20 T-bedden en 8 t-nacht bedden buiten gebruik gesteld.

3.1.2. Vanaf de goedkeuring van het project worden de betrokken bedden die zullen buitengebruik gesteld worden en die door het normale verloop van de behandeling vrijkomen, niet opnieuw ingevuld.³

3.1.3. Vanaf de goedkeuring van het project worden de patiënten opgelijst van wie de bedden buiten gebruik gesteld zullen worden en worden per patiënt mogelijke kwaliteitsvolle alternatieven onderzocht, die aansluiten bij de onderstaande uitgeschreven doelstellingen. Hierbij kan het gaan om een vorm van maatschappelijke integratie met begeleiding vanuit een van de 5 functies. Een inschakeling in een aangepaste woonvorm als PVT, Beschut Wonen of een Woon- en Zorgcentrum dat voldoet aan alle kwaliteitsvereisten behoort eveneens tot te mogelijkheden. Indien dit niet kan gerealiseerd worden wordt een overplaatsing naar een andere passende afdeling binnen het ziekenhuis onderzocht.

³ Anticiperend op de goedkeuring van het project werd reeds een aanvang genomen met het buiten gebruik stellen van bedden, i.c. betreft dit tot op heden 8 bedden.

3.2. Strategische doelstelling 2

Het continueren, verder uitbouwen en op elkaar afstemmen van activiteiten inzake **preventie, vroegdetectie, screening, diagnosestelling en promotie van de geestelijke gezondheidszorg**, met de bedoeling het realiseren van de eerste functie binnen het GGZ-concept.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

3.2.1. De initiatieven in kader van **sensibilisering en beeldvorming** worden gecontinueerd, op elkaar afgestemd en geïntegreerd in het netwerk.

- Activiteiten opzetten in kader van beeldvorming geestelijke gezondheidszorg gericht op een breder publiek uit het werkingsgebied.
- Opzetten van vormingsprojecten en informatiemomenten i.f.v. deskundigheidsbevordering bij specifieke doelgroepen, zoals politie, C.A.W., justitiehuis, organisaties en actoren die deel uitmaken van de SEL.

3.2.2. De initiatieven in kader van **preventie** worden gecontinueerd en geïntegreerd in het GGZ-concept.

- Opzetten van suïcidepreventie voor intermediairen door het preventieteam CGG Largo.
- Opzetten van preventie in kader van alcohol en drugs voor intermediairen, door CGG Largo.
- Trainingsprogramma “bouwstenen voor een evenwichtig leven”: training in aandacht, denken en assertiviteit.
- Initiatieven in kader van de KOPP-thematiek continueren:
 - Psycholoog, resp. aandachtspersoon vanuit CGG Largo.
 - Trimestrieel overleg met medewerkers uit verschillende diensten, aangestuurd vanuit Psychiatrische Thuiszorg (P.Z.T.).
- De samenwerkingsverbanden met de huisartsenkringen continueren en integreren in het netwerk.

3.2.3. De initiatieven i.v.m. **vroegdetectie en interventie** worden gecontinueerd en geïntegreerd in het GGZ-concept.

- Continueren van “partnerschap zorg” binnen de tender activeringsbegeleiding, Vlaams meerbanenplan i.f.v. voldoende remediëren en/of neutraliseren zorgproblematiek bij langdurig werkzoekenden met MMPP-problematiek (medische, mentale, psychische en psychiatrische problemen, al dan niet in combinatie met sociale problemen).
- Het verder uitbouwen van “VDIP-project: vroege detectie en interventie psychose”, gericht op jonge mensen met een hoog risico op psychose of met een eerste psychose.
- Vroeginterventie alcohol en drugs verslaving.
Het project, opgenomen door CGG Largo, is gericht op jongeren die experimenteren met alcohol en andere drugs. Doelstelling is dat jongeren meer kennis verwerven over de effecten en risico's van gebruik, over de ontwikkeling van problematisch gebruik en afhankelijkheid.

3.2.4. De werking van P.Z.T. wordt geïmplementeerd in de realisatie van de eerste functie binnen het GGZ-concept met het oog de principes van stepped care te realiseren⁴.

- Het werkingsgebied van P.Z.T. zal de volledige regio van het netwerk bestrijken en dit betekent een uitbreiding van de huidige regio Ieper.

⁴ We bedoelen hiermee het versterken van de eerstelijns in het zoveel mogelijk zelf de cliënt met geestelijke gezondheidsproblemen bij te staan.

- Zoals door de federale overheid bepaald liggen de kernopdrachten op coördinatie van zorg, coaching en sensibiliseren i.f.v. het versterken van de actoren en diensten uit de eerstelijns in het omgaan met mensen met een langdurige psychiatrische problematiek.

3.2.5. Een projectgroep, onder leiding van CGG Largo, krijgt een opdracht in het op elkaar afstemmen van de verschillende operationele doelstellingen i.f.v. het realiseren van de eerste functie. De lacunes binnen het werkingsgebied inzake het realiseren van de eerste functie worden hierbij in kaart gebracht en opgenomen binnen het netwerk.

3.3. Strategische doelstelling 3

In kader van het realiseren van de tweede functie binnen het vernieuwde GGZ-concept, wordt er een zorgvernieuwingsproject opgericht en uitgebouwd: **een behandelteam in de thuissituatie voor cliënten met (sub-)acute psychiatrische problemen.**

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

3.3.1. Er wordt, in overleg met de huisartsen, eerstelijnsdiensten, het Jan Yperman Ziekenhuis en de Crisiseenheid van het P.Z. H. Hart, een mobiel team opgericht, onder supervisie van een psychiater.

3.3.2. Het mobiele team is in staat om in crisissituaties bij mensen met een psychiatrische problematiek in de thuissituatie onmiddellijk en intensief op te treden.

3.3.3. Het mobiele team legt de focus op:

- het outreachend optreden naar mensen die in een spoedsituatie aangemeld zijn met een ernstig psychiatrisch probleem.
- de overgang vanuit spoedafdeling of Crisiseenheid naar de thuissituatie, waarbij de acute psychiatrische problematiek bijzondere aandacht verdient, naast de puur somatische opvang van de problemen. Hierin zijn vervat: detectie van mogelijke risico's, inzetten van mogelijke steunfiguren en noodscenario's voor de patiënt, interventies in het kader van korte oplossingsgerichte therapie.
- het opzetten van een aangepaste begeleiding aan huis, gedurende maximum één maand.
- het garanderen van zorgcontinuïteit op basis van een zorgtraject met andere ambulante behandelteams.

3.3.4. Het mobiele team onderhoudt en legt contacten tussen de cliënt en zijn context, zowel in de spoedafdeling als thuis.

3.3.5. De interventies worden uitgevoerd in nauw overleg met de betrokken spoedarts, de huisarts en/of de behandelende psychiater.

3.4. Strategische doelstelling 4

In kader van het realiseren van de tweede functie binnen het vernieuwde GGZ-concept, wordt er een zorgvernieuwingsproject opgericht en uitgebouwd: **een behandelteam in de thuissituatie voor cliënten met langdurige en complexe psychiatrische problemen**, volgens de principes van het in Nederland uitgewerkte FACT-model⁵.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

⁵ Functie Assertive Community Treatment

3.4.1. Het FACT-team is in staat om:

- aan het doelpubliek, behandeling, begeleiding en praktische ondersteuning te bieden bij het zo zelfstandig mogelijk leven 'binnen de maatschappij' en 'buiten het psychiatrisch ziekenhuis'.
- nauw samen te werken met de betrokkenen uit de directe omgeving van de cliënt: de mantelzorger(s); huisartsen, diensten gezinszorg en andere actoren uit de eerstelijnszorg; maatschappelijke diensten, diensten- en activiteitencentra; (dag-)hospitalisatie van het P.Z.
- deskundig in te spelen op de complexe problemen van cliënten. Het aanpakken van problemen op diverse leefgebieden, zoals wonen, dagbesteding, vrije tijd, ouderrol,... Daarbij hoort ook de integrale aanpak van verslavingsproblemen en actieve aandacht voor de lichamelijke klachten van cliënten, samen met de huisarts en reguliere thuiszorgdiensten.
- Flexibele begeleiding aan te bieden, aangepast aan de zorgvraag:
 - individuele begeleiding door een referentiepersoon (casemanager) voor stabiele cliënten.
 - intensieve begeleiding door het hele team voor cliënten die onstabiel zijn of in een crisis dreigen te raken. De contactfrequentie kan opgetrokken worden naar meerdere malen per dag.

3.4.2. Het FACT-team wil een heel lage "dropout" (uitval) realiseren, gebaseerd op een goede band met de cliënt en een zorg die attractief is, m.n. de zorg moet de cliënt aanspreken en ondersteunen bij zijn herstel.

3.4.3. Het FACT-team kan, bij moeilijke situaties en crisissituaties, continuïteit van zorg garanderen aan de cliënt, gebaseerd op afspraken en overleg tussen huisarts en behandelaars, resp. behandelteams van het P.Z.

3.4.4. Er worden werkafspraken en duidelijke samenwerkingsverbanden afgesloten met de relevante betrokken actoren, zoals huisartsen en thuisbegeleidingsdiensten.

3.4.5. Consolideren van en afspraken maken met de lopende zorgprogramma's inzake begeleiding aan huis van mensen met een langdurige psychische problematiek. Hierbij dient de zorgvraag van de cliënt als uitgangspunt.

- Het begeleiden van mensen met een langdurige psychische problematiek in de thuissituatie, die nu als opdracht wordt opgenomen door P.Z.T., worden geïntegreerd in de werking van het FACT-team.
- Er worden werkafspraken en samenwerkingsprocedures gemaakt met Beschut Wonen Ieper in kader van erkenning en begeleiding individueel wonen.
- De werking van het therapeutisch project "integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychiatrische problemen" wordt geïmplementeerd in de realisatie van de tweede functie.

3.4.6. We streven naar een certificering als erkend FACT-team.

3.5. Strategische doelstelling 5

Het opzetten van specifieke zorgprogramma's die gericht zijn op **rehabilitatie en sociale inclusie** van mensen met psychiatrische problemen, met de bedoeling het realiseren van de derde functie binnen het GGZ-concept.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

3.5.1. Het arbeidszorgcentrum Stuurkracht 2 en het activiteiten- en ontmoetingscentrum Trefpunt 4 worden uitgebouwd tot een volwaardig rehabilitatiecentrum gericht op de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten, met activiteiten gericht op wonen, werken, vrijetijdsbesteding en sociale relaties.

- Het personeel werkt, samen met relevante experts, een visie en raamkader uit voor het methodisch werken vanuit de rehabilitatiebenadering.⁶
- De signalen en verwachtingen vanuit het netwerk worden aangepakt en opgenomen in de uitbouw van het rehabilitatiecentrum, o.a. het verruimen van de toegankelijkheid naar de avond en weekend toe, ondersteund door vrijwilligers; op systematische wijze personeel uit andere voorzieningen en diensten “stage” laten lopen in het rehabilitatiecentrum; het huidige samenwerkingsverband met dienstencentra en gelijkaardige werkingen structureel verankeren.
- Het centrum is de uitvalsbasis voor het opzetten van vorming t.a.v. cliënten met psychiatrische problemen, in samenwerking met relevante partners, zoals Basiseducatie en Vormingsplus.

3.5.2. Het continueren, versterken en verder uitbouwen van arbeidsrehabilitatie binnen de regio:

- De arbeidszorgcentra, zowel gesitueerd binnen de geestelijke gezondheidszorg als binnen de sociale economie, binnen de regio bieden een gevarieerd aanbod aan met de bedoeling dat elke cliënt met zijn vraag een gepast aanbod vindt.
- In kader van het samenwerkingsverband meerbanenplan bieden we psychosociale ondersteuning aan voor elke cliënt aangemeld door G.T.B.
- De mogelijkheden worden nagegaan om specifieke begeleidingstrajecten op te zetten voor mensen met (langdurige) psychische ziekte (cfr. initiatieven vanuit het RIZIV i.s.m. VDAB en de ECHO-projecten als inspiratiebron).
- Rekening houdende met de specificiteit van de regio, worden de mogelijkheden van de zorgboerderijen maximaal ingezet, in samenwerking met Steunpunt Groene Zorg.
- De arbeidsrehabilitatie en training professionele vaardigheden, opgezet voor patiënten in behandeling in P.Z. H. Hart, wordt ingelast in een traject van arbeidsrehabilitatie ongeacht welk team de cliënt opvolgt.

3.5.3. Het FACT-team, beschreven in doelstelling 4, functioneert op basis van de principes van psychosociale rehabilitatie waarbij de maximale participatie van de cliënt aan zijn behandeling voorop staat.

3.5.4. Lopende initiatieven m.b.t. psycho-educatie staan open voor cliënten en familieleden uit de regio, in samenwerking tussen de GGZ-partners en Similes.

3.5.5. Diverse personeelsleden, zowel residentieel als ambulant werkend, vormen zich in en wisselen uit over het rehabilitatiegericht handelen en werken.

- Er wordt een opleidingsprogramma “rehabilitatiegericht handelen” uitgewerkt en opgezet.
- Het volgen van de opleiding vormt de basis voor een rehabilitatiekern binnen de regio, mensen die in expertise uitwisselen (intervisie) en uitdragen (informatie/coaching) i.v.m. rehabilitatiegericht handelen.
- Binnen de regio laten we een of meerdere personeelsleden opleiden, resp. vormen, tot rehabilitatiecoach.

3.5.6. Het Netwerkmcomité neemt het initiatief om een sociaal artistiek project op te zetten binnen het regionaal-historisch project 1914-1918, dit i.s.m. relevante culturele actoren.

3.5.7. We versterken het sociale netwerk van mensen met psychiatrische kwetsbaarheid door de lopende initiatieven en samenwerkingsverbanden met diverse sectoren te continueren en uit te breiden naar het volledige werkingsgebied.

⁶ We maken hierbij gebruik van de vormingsdag “Methodisch werken rehabilitatie” binnen het vormingspakket “Van klacht naar kracht”.

- De twee leperse lokale dienstencentra worden ondersteund en versterkt in hun aanbod en openheid voor de doelgroep van dit project.
- Er worden contacten en afspraken gemaakt met de andere dienstentra uit de regio voor ondersteuning in het opzetten van een aanbod en openheid voor mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid.
- We gaan de mogelijkheden na om de expertise van Netwerk Dorpen en Nestor, beiden gericht tegen de vereenzaming in een landelijke regio, in te zetten voor mensen met een psychische kwetsbaarheid binnen de landelijke regio.

3.5.8. Het Netwerkcomité ondersteunt en stimuleert Beschut Wonen Ieper in hun ideeën om te starten met het Buddyproject, met de bedoeling mensen met een psychische kwetsbaarheid uit hun sociaal isolement te halen, destigmatiseren en hun integratiekansen te verhogen.

3.5.9. Er is op systematische wijze contact met gemeentelijke overheden uit het werkgebied, op basis van concrete aanknopingspunten en/of in functie van beleidsplanning.

3.6. Strategische doelstelling 6

In kader van het realiseren van de vierde functie binnen het vernieuwde GGZ-concept, wordt de huidige Criseseenheid van het P.Z. H. Hart te Ieper versterkt en uitgebreid tot een **intensieve residentiële behandelunit voor cliënten met een acute psychiatrische problematiek**.

OPERATIONELE DOELSTELINGEN

3.6.1. Het huidige team voor de residentiële behandeling in de Criseseenheid wordt versterkt met bijkomend personeel, enerzijds met eigen personeelsmiddelen en anderzijds met middelen vanuit de herlocatie.

3.6.2. Het intensifiëren van het behandelteam moet resulteren in

- het kunnen aanbieden van een sterk individuele begeleiding van de patiënt gaande van schouder aan schouder tot het zich vrij op de afdeling kunnen begeven.
- bij crisisinterventies aan de patiënt een veilige omgeving bieden waarbij er kan gewerkt worden van een gedesorganiseerde naar een georganiseerde toestand.
- het beschermen van de patiënt voor zichzelf, bij zeer ernstig suïciderisico.

3.6.3. Er moet tijd en ruimte vrijkomen om

- bij kortdurende crisis, waar mogelijk, opname in een (langdurende) behandelafdeling te voorkomen.
- te werken naar een snelle terugkeer in de thuissituatie, in wisselwerking met relevante begeleiding, resp. behandelings team, in de thuisomgeving.

3.7. Strategische doelstelling 7

Het voorzien en ontwikkelen van **specifieke woonvormen** waarin zorg kan aangeboden worden indien het thuis milieu of het thuisvervangende milieu hiertoe niet in staat is in kader van het invullen van de vijfde functie.

OPERATIONELE DOELSTELINGEN

3.7.1. Beschut Wonen Ieper en het PVT Ieper flexibiliseren hun aanbod, afgestemd op de zorgvraag van de bewoner.

- De cliënt krijgt de garantie dat de overgang van een verblijf in een psychiatrische setting naar een verblijf in beschut wonen efficiënt en vlot verloopt.

- Er wordt voor de cliënt een zorgtraject opgesteld voor de overgang van een psychiatrische setting naar een verblijf in beschut wonen en PVT, en omgekeerd.
- Beschut Wonen Ieper voorziet een passend aanbod, aansluitend bij de vraag naar individuele woongelegenheden.

3.7.2. De samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappijen en andere relevante partners inzake huisvesting wordt gecontinueerd en versterkt.

- De Ieperse huisvestingsmaatschappij Ons Onderdak gaat in op de mogelijkheid om 1 % van het patrimonium te verhuren buiten het sociaal huurstelsel (volgens Besluit Vlaamse Gemeenschap 19/12/2008). In kader van deze reglementering biedt de huisvestingsmaatschappij woongelegenheden aan bewoners van Beschut Wonen.
- Er zijn werkafspraken tussen het initiatief Beschut Wonen Ieper en de huisvestingsmaatschappij Ons Onderdak om bijkomende woongelegenheden te voorzien en ter beschikking te stellen voor bewoners begeleid in kader van Beschut Wonen Ieper en P.Z.T.
- Er wordt, in overleg met de O.C.M.W.'s, de mogelijkheden nagegaan om woongelegenheden te laten inpassen in een woonzorgzone waar voor het geheel van zorgbehoeftigen, waaronder met psychiatrische problematiek, een passend aanbod is (cfr. een wijk- en zorgcentrum).

3.7.3. Het goed functionerende lokaal toewijzingsreglement (met doelgroepenplan) van de Stad Ieper is "een good practice" om ook in andere gemeenten te spreken over sociale inclusie binnen de huisvestingsmarkt. Aansluitend bij functie 3 wordt dit item meegenomen in de contacten met diverse beleidsmakers.

3.7.4. Er wordt door de partners uit de geestelijke gezondheidszorg gewerkt aan alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

- Beschut Wonen Ieper en P.Z. H. Hart continueren de lopende projecten afgesloten door het Ieperse woon- en zorgcentrum Zonneliëd met het RIZIV m.b.t. alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.
- Met de woon- en zorgcentra uit de regio wordt er samengewerkt rond nieuwe projecten in kader van RIZIV-conventies.

3.7.5. Er worden afspraken gemaakt en specifieke methodieken uitgewerkt met commerciële verhuurkantoren om te werken met een begeleidingsovereenkomst, rekening houdende met de patiëntenrechten en de juridische bepalingen.

3.8. Strategische doelstelling 8

Er is een management- en bestuursmodel uitgewerkt en operationeel met het oog **de samenhang en de wisselwerking tussen de vijf functies** te garanderen.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

3.8.1. Er is een Netwerkmcomité functioneel met duidelijke doelstellingen, een werkbaar model, samengesteld met relevante partners en op basis van functionele samenwerkingsovereenkomsten.

3.8.2. Er wordt een model uitgewerkt waarbij

- alle diverse actoren op regelmatige basis kunnen reflecteren over de verschillende functies en geïnformeerd worden over de ontwikkelingen binnen de verschillende functies.
- diverse actoren betrokken worden bij het operationaliseren van de verschillende functies.

- overleg en samenwerking voorzien wordt over de functies heen.

3.8.3. De netwerkcoördinator stelt in overleg met het netwerk een werkingsmodel op met de bedoeling procedures uit te werken voor de formalisering, de planning en de coördinatie van de interventies in de zorg, van de rehabilitatie en van de sociale inclusie.

3.8.4. Bij de uitwerking van elke functie moet er

- ingegaan worden op de concrete impact, resp. wisselwerking, met de andere functies
- en hoe de ene functie de andere functie kan versterken.

3.8.5. Het Netwerkcomité bewerkstelligt een samenhangend aanbod op de noden in de regio onder meer door de werking van piloot- en zorgvernieuwingsprojecten te consolideren en aan te sturen, m.n. P.Z.T.; therapeutische project; VDIP-project; “partnerschap zorg” binnen tender activeringsbegeleiding. De huidige stuurgroepen worden hierbij geïntegreerd in de werking van het Netwerkcomité.

3.8.6. Er wordt op regelmatige tijdstippen een nieuwsbrief uitgegeven voor het personeel van de betrokken voorzieningen en om de diverse actoren te informeren.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1. Afbakening van het werkingsgebied

Het werkingsgebied dat afgebakend wordt voor de uitbouw van de zorgcircuits en –netwerken omvat de volgende gemeenten: Ieper, Poperinge, Heuvelland, Mesen, Vleteren, Lo-Reninge, Diksmuide, Kortemark, Houthulst, Langemark-Poelkapelle, Zonnebeke. Deze regio strekt zich uit over de arrondissementen Ieper en Diksmuide.⁷

Motivering voor deze keuze

In de eerste plaats betreft het een regio die, weliswaar vrij dun bevolkt, toch een ruime oppervlakte bestrijkt. De beperkte mogelijkheden op vlak van mobiliteit bemoeilijken binnen deze grote oppervlakte de inschakeling in een sociaal netwerk, vergroten de kans op vereenzaming en bemoeilijken het bereiken van de noodzakelijke zorg door cliënten. Ook vanuit het perspectief van de zorgverleners is het organiseren van naadloze zorg op een vraaggestuurde manier binnen een dergelijk uitgestrekt gebied, een bijzondere uitdaging om samenhangend in te spelen op de specifieke noden van dit dunbevolkte gebied.

Daarnaast is binnen deze regio een natuurlijke netwerkvorming tot stand gekomen. Dit blijkt ondermeer uit de intense samenwerking tussen de GGZ-actoren onderling en met intermediairen, m.b.t. P.Z.T., therapeutisch project rond integrale begeleiding van ouderen, activering (Stuurkracht 2 – Trefpunt 4), samenwerking met huisartsen en thuiszorgdiensten en samenwerking met welzijnsorganisaties. Meer dan 60% van de opnames in het P.Z. H. Hart komen uit dit werkingsgebied.

Ten slotte is voor dit werkingsgebied gekozen op basis van het bevolkingsaantal binnen dit ruraal gebied. Een populatie van om en bij de 130.000 inwoners maakt het nog haalbaar bediend te worden door een samenwerkingsverband dat op een geïntegreerde manier geestelijke gezondheid wil bevorderen. Binnen dit gebied is het nog net mogelijk voldoende te integreren in het maatschappelijke weefsel om sociale inclusie te kunnen bewerkstelligen, zoals de nauwe samenwerking met lokale politie, lokale dienstencentra, mantelzorg, regionaal georganiseerde thuiszorg en huisartsenverenigingen. Voor sommige deeldomeinen binnen het globale concept van

⁷ In bijlage 1: afbakening van het werkingsgebied

de geestelijke gezondheidszorg moet vanzelfsprekend op ruimere schaal samengewerkt worden. Andere elementen uit het zorgaanbod moeten daarentegen in nog kleinere subregio's aangeboden worden, door het organiseren van antennepunten.

4.2. Verdere beschrijving van het werkingsgebied

Aantal inwoners: 127.993 waarvan 49,66 % mannen en 50,33 % vrouwen. Van dit aantal inwoners zijn 2.287 buitenlanders (of 1,8 %). Leeftijd: 18,97 % of 24.112 inwoners zijn 65 jaar of ouder.

Oppervlakte en bevolkingsdichtheid: Dit gebied omvat 829,23 km². Het betreft een uitgestrekt gebied, met afstanden van meer dan 50 km (bijv. N-Z-as: Leke - Nieuwkerke). De bevolkingsdichtheid in het gebied bedraagt 153 inwoners per km². Ter vergelijking: Vlaams Gewest: 456 inwoners/km²; West-Vlaanderen: 366 inwoners/km². Het betreft met andere woorden een vrij uitgestrekt en dunbevolkt landelijk gebied.

Mobiliteit: Het stedelijk en provinciaal beleid erkent mobiliteit als een te ontwikkelen domein voor de Westhoek. Door de regio loopt één treinverbinding, met name (Kortrijk –)Ieper – Poperinge. Voor vele kansarmen binnen dit rurale gebied zijn de spoorstations moeilijk bereikbaar. Inzake busverkeer vergen sommige verbindingen vanuit de periferie naar zorgvoorzieningen of openbare diensten in centrumsteden als Ieper, Poperinge of Diksmuide een verplaatsingstijd van meer dan een uur en vergen verschillende overstappen. Voor veel mensen met een psychische beperking is dit een grote drempel om zich te begeven naar de zorg, zoals consultaties bij een psychiater of psycholoog. Registraties van het CGG Largo geven aan dat de landelijke dorpen en gemeenten ondervertegenwoordigd zijn in hun cliëntenbestand, in vergelijking met de stedelijke gebieden.

Gezinsinkomen: Het beschikbaar inkomen per persoon ligt in de regio beduidend lager dan in West-Vlaanderen en het Vlaams Gewest (gegevens 2006): Arrondissement Ieper: 15.757 € per inwoner; West-Vlaanderen: 16.798 € per inwoner; Vlaams Gewest: 17.658 € per inwoner.

Deze relatieve armoede maakt dat een kwetsbare groep mensen de beperkingen op vlak van mobiliteit moeilijker zelf kunnen compenseren, zoals het bekostigen van een eigen wagen en taxivervoer. Een provinciaal onderzoek legt tevens een link tussen armoede en kansen op tewerkstelling. Ook op vlak van betaalbaarheid van de zorg en mogelijkheden op vlak van vrijetijdsbesteding heeft deze groep beperkingen. Hetzelfde provinciaal onderzoek geeft immers aan dat sommige dorpscentra binnen de regio als stagnerende gebieden in hun ontwikkeling moeten beschouwd worden.

Activiteitsgraad: Binnen de regio is de werkloosheid op het peil van West-Vlaanderen: arrondissement Ieper: 5,8 % (= idem West-Vlaanderen). De regio kent een groot aantal landbouwgezinnen. Deze kenmerken zich door een beperkt sociaal netwerk, waarbij zowel wonen, werken als vrijetijdsbesteding in belangrijke mate doorgebracht wordt met de eigen gezinsleden.

Samenvattend kan gesteld worden dat de regio zich kenmerkt door een lage bevolkingsdichtheid, grote afstanden, veel kleine dorpen, waaronder een aantal die stagneren in hun ontwikkeling. De regio kent beperkte mogelijkheden op vlak van mobiliteit en een relatief armere bevolking.

Gevolgen m.b.t. de geestelijke gezondheid:

De kenmerken van de regio brengen met zich mee dat er een beperkt sociaal vangnet is rond veel mensen met een psychische kwetsbaarheid. Dit verhoogt het risico op vereenzaming. Dit probleem stelt zich specifiek bij de

grote groep landbouwgezinnen, die uit hoofde van hun beroepsactiviteiten in sterke mate geïsoleerd wonen, werken en leven, wat een belangrijke impact kan hebben op hun psychisch welzijn.

Eenzijdig zijn er hoge drempels om hulp in te roepen ("Ik praat best niet over mijn problemen"; beperkte mobiliteit). Anderzijds is de hulpverlening in de landelijke gebieden minder beschikbaar. Uit het onderzoek "Crisisinterventie in de regio Diksmuide-Veurne", uitgevoerd door de regionale Welzijnsraad (2009) komt naar voren dat vereenzaming een factor is die vaak tot crisis leidt. De hulpvragers worden gekenmerkt door labiele persoonlijkheid met weinig draagkracht. Een sociaal netwerk ontbreekt in bijna alle 'crisisgevallen'.

De vernieuwde "sterfteatlas voor Vlaanderen" (bron Zorg en gezondheid) geeft aan dat de regio een hoog aantal suïcides kent. Voor bepaalde groepen behoort deze regio tot de categorie met het hoogste aantal suïcides. Momenteel is een onderzoek lopende met als doel de verschillen in suïdecijfers tussen Vlaanderen en Nederland te verklaren (LUCAS). In het geval van West-Vlaanderen is de hypothese dat men hier meer stigma ervaart, minder effectief omgaat met, minder hulp zoekt voor en minder positieve attitudes heeft t.a.v. psychische/emotionele problemen en suïcidaliteit. Recent onderzoek van de KU Leuven (Marc Hooghe en Bram Vanhoutte) bevestigt de link tussen suïcide en sociaal isolement in plattelandsgemeenten van West-Vlaanderen met een grote ouderenpopulatie.

De hoge cijfers rond prevalentie van suïcide binnen de regio bevestigen het vermoeden dat er heel wat GGZ-problemen bij de bevolking aanwezig zijn. De verschillende partners die vragen krijgen rond psychosociale hulpverlening, ervaren een grote nood vanuit de bevolking. Dit wordt tevens bevestigd door huisartsen, gezinszorgdiensten, thuisverpleegkundigen en dienstencentra die bij hun cliënten veel matig tot ernstig psychisch disfunctioneren vaststellen.

4.3. Beschrijving van het zorgaanbod binnen de regio

4.3.1. Het GGZ-aanbod

- Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart – Ieper: 347 bedden en stoelen (90 A; 30 a-dag; 50 t-dag; 10 t-nacht; 167 T) en Crisiseenheid (10 plaatsen, 24/24uur opname).
- Psychiatrisch Verzorgingstehuis Het Tempelhof – Ieper: 60 plaatsen, waaronder 30 plaatsen voor mensen met mentale handicap en psychiatrische problemen en 30 voor (ex-)psychiatrische patiënten.
- Beschut Wonen De Overweg, regio Ieper: 77 plaatsen in groepswoningen, in studio's en individueel wonen.
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Largo, met vestiging in Ieper en Diksmuide. Aantal actieve dossiers (2010): 312 (Ieper) – 178 (Diksmuide). "Face to face-activiteiten": 3025 (Ieper) – 813 (Diksmuide).

De samenwerking tussen deze GGZ-voorzieningen leidde tot de uitbouw van een aantal zorgvernieuwend initiatieven, die gezamenlijk aangestuurd worden:

- Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie, regio Ieper – Diksmuide. 169 cliënten worden opgevolgd met een gemiddelde caseload van 39,88 cliënten/week (2010). De helft wordt aangemeld door partners uit niet-geestelijke gezondheidszorg (eerstelijns en welzijn).
- Arbeidszorgcentrum "Stuurkracht 2", Ieper: 59 doelgroepmedewerkers, niet categoriaal (2010).
- Activiteiten- en ontmoetingscentrum "Trefpunt 4", Ieper: gemiddeld per maand zijn er 52 leden ingeschreven (2010).
- Therapeutisch project "integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychiatrische problemen": Tussen 1/3/2007 en 31/03/2011 werden 132 aanmeldingen geïncludeerd, met 543 casusbesprekingen met

hierbij gemiddeld 3,59 partners per casusbespreking. In 77% van de casusbesprekingen was de huisarts aanwezig.

- VDIP-project (Vroegdetectie en interventie psychose), opgestart in 2010.
- Patiënten- en familieverenigingen:
 - “De Weg”, zelfhulpgroep voor mensen met addictieproblematiek (regio Ieper)
 - Simileskring (regio Ieper)

4.3.2. Het niet GGZ-aanbod

- SEL-Midden-West-Vlaanderen⁸: ons werkingsgebied valt samen met de helft van het werkingsgebied van het SEL-Midden-West-Vlaanderen, met hierbij als leden huisartsen, thuisverpleegkundigen, diensten gezinszorg, dienst maatschappelijk werk van de mutualiteiten, O.C.M.W.'s, lokale dienstencentra en woon- en zorgcentra.
- Twee huisartsenkringen: huisartsenkring Jan Yperman (regio Ieper) en huisartsenkring IJzerstreek-Westkust (regio Diksmuide - Oostende). Gezien deze laatste kring een ruimer gebied bestrijkt, wordt binnen deze kring samengewerkt met de “Wachtdienst Diksmuide”.
- Jan Yperman Ziekenhuis (geen PAAZ-afdeling) te Ieper, met polikliniek in campus Poperinge.
- CAW De Papaver, met vestiging in Ieper en Diksmuide
- Ambulante drugzorg (Ieper), Kompas behandelcentrum voor druggebruikers
- Twee welzijnsraden: Welzijnsraad Ieper en Welzijnsraad Diksmuide - Veurne. Beide welzijnsraden werken, op basis van een convenant met Provincie West-Vlaanderen, aan vier dezelfde thema's, nl. lokaal sociaal beleid, actieve signaalfunctie, Sociale Kaart en Cliëntoverleg Integrale Jeugdhulpverlening. Binnen de convenant heeft elke welzijnsraad ruimte om twee eigen thema's uit te werken.
- De dienstencentra uit de regio; “Werkgroep Vorming en Actie” die zich voor diverse doelgroepen richt op ontmoeting en activering; de Woonzorgcentra in de regio; de verschillende O.C.M.W.'s,...
- Sociale huisvestingsmaatschappijen: Ons Onderdak, regio Ieper; De Mandel, regio Poperinge; Woonmaatschappij IJzer en Zee, regio Diksmuide.
- Sociale economie: Sowepo, sociale werkplaats en arbeidszorgcentrum te Poperinge; De Groene Kans, sociale werkplaats en arbeidszorgcentrum te Diksmuide met afdeling in Ieper; arbeidszorgcentrum Stuurkracht 2 te Ieper; Sociale werkplaats kringloopwinkel West te Ieper-Poperinge-Diksmuide; Beschutte Werkplaats Westlandia te Ieper; Beschutte Werkplaats Interwest te Diksmuide; G.T.B.: gespecialiseerde dienst voor trajectbepaling en –begeleiding te Ieper en Diksmuide.

4.3.3. Bestaand zorgaanbod binnen de 5 functies

Functie 1	• Talrijke initiatieven in het kader van beeldvorming: filmvoorstellingen m.b.t. geestelijke gezondheidszorg, educatieve opendeurdagen, inleefprojecten met scholen,... • Vorming in omgaan met mensen met psychische problemen t.a.v. verschillende groepen in de maatschappij: politie, justitiehuis, gezinszorg, thuisverpleegkundigen, huisartsen (o.a. cognitieve gedragstherapie voor huisartsen, i.s.m. dhr. R. Rogiers), ... • Centrum voor Psychologisch Advies en Psychodiagnostiek: 0,25 FTE voor screening en diagnostiek
-----------	---

⁸ Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg

	• VDIP • Trainingen en cursusaanbod voor de bevolking (denken en aandacht, agressieregulatie, 'Mentaal Fit'...) • P.Z.T.: ondersteuning eerstelijn, contact cliënt, familie,... • Preventieteam suïcide • Preventieteam alcohol/drugs • KOPP-werking
Functie 2	• Begeleiding van psychiatrische patiënten met langdurige en complexe problemen in de thuissituatie (P.Z.T., Beschut Wonen Ieper) • Casusbespreking (overlegfunctie in kader van therapeutisch project) • Ervaring met FACT-werking vanuit VDIP-team
Functie 3	• Uitgebreide vorming en training medewerkers in rehabilitatiemethodieken: Petry; Wilkin: psycho-sociale rehabilitatie; Martin Appelo • Arbeidszorgcentrum Stuurkracht 2; ontmoetingscentrum Trefpunt 4 • Samenwerking met sociale werkplaatsen, G.T.B., arbeidstrajectbegeleiding • Arbeidsrehabilitatie; training arbeidsgerichte vaardigheden, opgestart tijdens behandeling in het P.Z. • Training huishoudelijke en maatschappelijke vaardigheden in de thuissituatie • Participatie van patiënten (P.Z.) en bewoners (beschut wonen, PVT) in hun begeleiding; methodiek werken met doelen van de cliënt ("van wens naar werkdoel") • Sociale inclusie van PVT-bewoners in buurt- en parochiewerking • Uitbating door patiënten P.Z. H. Hart van winkel met producten uit ergo-ateliers, vervaardigd door patiënten (www.teenentanderieper.be)
Functie 4	• Intensieve residentiële zorg voor acute psychiatrische patiënten in de Crisiseenheid • Module opname – dagbehandeling, ter voorkoming van opname in volledige hospitalisatie • Diverse gespecialiseerde behandelmodules: intensieve vervolgbehandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen, met psychose, met verslaving, met Korsakov-syndroom,... • Programma's binnen de daghospitalisatie voor behandeling en rehabilitatie, met het oog op maximale ontwikkeling van mogelijkheden en (her-)integratie in het maatschappelijke leven.
Functie 5	• Beschut Wonen Ieper en P.Z. H. Hart zijn partner in de projecten in kader van overeenkomst afgesloten door Ieperse woon- en zorgcentrum Zonnepied met het RIZIV, conform artikel 11 van het koninklijk besluit van 2 juli 2009 m.b.t. alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen • Aanpassingen woonvormen binnen Beschut Wonen (studiowonen) • Opstart studiowoning binnen PVT • Samenwerking sociale woningmaatschappijen

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1. Netwerksamenstelling

In het nieuwe samenwerkingsmodel vertrekken we vanuit een breed maatschappelijk overleg met alle relevante actoren en geïnteresseerden. Hierbij vertrekken we vanuit de verschillende actoren beschreven in punt 4. Alle mogelijke actoren, aangevuld met lokale overheden, werden uitgenodigd op een informatiemoment op 5 april 2011. Er waren 60 deelnemers aanwezig uit een dertigtal aangeschreven diensten en voorzieningen. Dit was aanvullend op de diverse toelichtingen bij individuele partners.⁹ Tijdens deze infomomenten botsen we niet op weerstanden. We ervaren een openheid en constructieve interesse om mee te werken aan het vernieuwingsproces. Dit maatschappelijke draagvlak willen we versterken door alle actoren twee tot drie maal per jaar uit te nodigen en te laten deelnemen aan de reflectiegroepen. Daarnaast worden diverse actoren ook uitgenodigd tot de projectgroepen (zie punt 5.5.).

Om de aansturing van het project slagkrachtig te houden werd een Netwerkcomité samengesteld met een beperkter aantal netwerkpartners. Het gaat hier om een kerngroep van actoren die het beleid van het zorgcircuit moet sturen in het Netwerkcomité.

In het Netwerkcomité zijn volgende partners opgenomen:

- de 4 GGZ-actoren van de geestelijke gezondheidszorg in de regio: P.Z. H. Hart; Beschut Wonen Ieper; PVT Ieper; CGG Largo.
- het algemeen ziekenhuis 'Jan Yperman Ziekenhuis' Ieper
- de huisartsenvereniging Jan Yperman en het SEL Midden-West-Vlaanderen.
- Similes (om de afstemming op de noden van gebruikers en familie te bewerkstelligen).

Het Netwerkcomité werd recent uitgebreid met het Jan Yperman Ziekenhuis (vertegenwoordigd door Jan Blontrock – directeur nursing). Het Jan Yperman Ziekenhuis wil enthousiast meewerken aan de samenwerking tussen de spoedafdeling, de Crisiseenheid van het P.Z. H. Hart en de mobiele functie 2 a. Op die manier wil het Jan Yperman Ziekenhuis de vernieuwingen binnen de geestelijke gezondheidszorg volop kansen bieden waarbij we hospitalisatie van mensen met onder meer psychiatrische problemen in het algemeen ziekenhuis voorkomen of verkorten. Tussen het P.Z. en het A.Z. werd tevens een schriftelijke overeenkomst afgesloten¹⁰, waarin naast de samenwerking in het kader van artikel 107 ook modaliteiten over de samenwerking rond een aantal liaisonopdrachten en de organisatie van bepaalde ambulante raadplegingen uitgewerkt zijn. Deze overeenkomst wordt door alle partijen in het netwerk als een grote stap vooruit ervaren!

Daarnaast werkt het netwerk supraregionaal samen met andere initiatieven. Zo is er samenwerking tussen de initiatieven Beschut Wonen Ieper, P.Z.T. en PVT uit de ruimere omgeving van Zuid-West-Vlaanderen (Menen, Kortrijk, Roeselare, Rumbeke). Tevens zijn er tussen het P.Z. H. Hart en andere P.Z. en PAAZ-en (Menen, Pittem, Kortrijk, Roeselare, Veurne, Brugge, Beernem) samenwerkingsverbanden in functie van de opvang en behandeling van specifieke doelgroepen: acute crisissituaties voor de cliënten die in ons werkingsgebied wonen; behandeling van psychiatrische cliënten met een verstandelijke handicap en forensische psychiatrie.

⁹ In bijlage 2: overzicht van de infomomenten m.b.t. ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, i.c. binnen de regio Ieper-Diksmuide.

¹⁰ Zie bijlage 6: "Overeenkomst P.Z. H. Hart Ieper en JYZ".

5.2. Taakverdeling in het netwerk

Vertrekkend vanuit het kader, zoals beschreven in de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*, werden binnen onze regio algemene doelstellingen en 8 strategische doelstellingen met een aantal bijhorende operationele doelstellingen geformuleerd. De realisatie hiervan moet leiden tot de uitwerking van de vijf functies, zoals hieronder beschreven.

Functie 1: Activiteiten inzake preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling

De activiteiten binnen functie 1 zijn er ondermeer op gericht om de beeldvorming omtrent mensen met psychische moeilijkheden positief te beïnvloeden. De verschillende partners nemen op dit vlak reeds heel wat initiatieven op, die ze willen inventariseren en verder op elkaar afstemmen: inleefdagen voor leerlingen en studenten, promotieactiviteiten in het kader van de week van de geestelijke gezondheidszorg, toelichting en vorming t.a.v. scholen, dienstencentra, verenigingen,... Dit moet ertoe bijdragen dat er een groter maatschappelijk draagvlak ontstaat in het omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Daarnaast worden een aantal initiatieven ontplooid ter preventie van psychisch disfunctioneren: preventie van suïcide en preventie van alcoholmisbruik.

Een gedifferentieerd vormingsaanbod, waarvan belangrijke delen nu reeds operationeel zijn, moet geïnteresseerden uit de brede bevolking toelaten zichzelf te versterken in het omgaan met hun geestelijke gezondheid: trainingscursus 'bouwstenen voor een evenwichtig leven: training in denken en aandacht'; assertiviteitstrainingen; sociale vaardigheidstraining (Goldstein); Agressie Regulatie Training; 'Mentaal Fit'...

Vroegdetectie en –interventie moeten ertoe bijdragen dat psychische moeilijkheden vroegtijdig opgespoord worden, zodat de onbehandelde periode verkort en er inspanningen kunnen gebeuren om de verdere ontwikkeling van een psychiatrisch beeld te voorkomen (bijv. bij psychose en bij middelenmisbruik).

Voor screening en diagnosestelling kan zowel beroep gedaan worden op consulten bij privé-psychiaters, zelfstandige psychologen, als op het aanbod van CGG Largo en het P.Z., i.c. Centrum voor psychologisch advies en psychodiagnostiek.

Ten slotte zijn de inspanningen van de verschillende partners binnen deze functie gericht op de realisatie van het stepped care principe. Hiervoor wordt een groot deel van de middelen van P.Z.T. ingezet ter ondersteuning van de eerste lijn. Via aangeboden vorming in het omgaan met psychische problemen, via casusoverleg, adviesverlening en coördinatie van zorg worden de medewerkers van de eerstelijns versterkt in hun rol om zelf binnen hun werk beter om te gaan met mensen met psychische problemen. Er is een sterke vraag van de eerstelijnsdiensten om dit aanbod te behouden en verder uit te bouwen.

Ook ten aanzien van andere groepen wordt deze empowerment-benadering gecontinueerd, zoals het vormingsproject i.s.m. de West-Vlaamse politieschool om nagenoeg 300 dienstdoende politieagenten gedurende twee dagen in kleine groepen bij te scholen in het omgaan met specifieke psychiatrische problemen en het bieden van vorming aan medewerkers van het justitiehuis. Jaarlijks gaat een reeks van 5 sessies door rond cognitief gedragstherapeutische technieken voor huisartsen.

Indien, ondanks preventie, bij cliënten psychische moeilijkheden ontstaan of toenemen, kan vanuit functie 1 verwezen worden naar de mogelijkheden van functie 2, resp. voor de thuisbegeleiding van acute of langdurige psychische problemen.

Functie 2 a: Behandeling in de thuissituatie van cliënten met (sub-)acute psychiatrische problemen

In een eerste fase richten we ons op personen in hun thuissituatie, nadat ze gedurende zeer korte tijd op de Crisiseenheid van het P.Z., of in de spoeddienst van het Jan Yperman Ziekenhuis verbleven. Het kan hierbij gaan om mensen met suïcidegedachten of –gedragingen, middelenmisbruik, mensen met ernstige psychiatrische problemen, waarbij residentiële behandeling niet wenselijk is door de thuiscontext, zoals werk; opvang gezinsleden en/of geen motivatie voor verdere behandeling. Het kan ook gaan om mensen in een crisissituatie waarbij de crisis door een kortdurende interventie onder controle is en die vervolgens thuis kunnen behandeld worden. Om een goede aansluiting te vinden bij mensen in de spoedafdeling of de Crisiseenheid die naar huis gaan, is een dagelijks contact van een medewerker van functie 2 a ter plaatse op de betrokken afdelingen noodzakelijk.

In een tweede fase willen we ook mensen behandelen die niet in de Crisiseenheid of in de spoedafdeling opgenomen zijn, ter voorkoming van hospitalisatie. Deze mensen kunnen verwezen worden door familie, huisarts, eerstelijnsdiensten, door hulpverleners uit functie 1 of kunnen zelf de hulp invoeren. In deze situaties zal “het assessment” belangrijk zijn om na te gaan of er sprake is van een ernstige psychiatrische problematiek die een mobiele interventie kan verantwoorden, wie een hulpvraag heeft en/of een andere kosteneffectieve oplossing mogelijk is, zoals ambulante psychotherapie of consult bij privé-psychiater. Het is wenselijk dat er eerst een huisbezoek of een consult plaatsgevonden heeft bij de huisarts die de nodige gegevens kan verstrekken over de aard van het probleem, de situatie, de risico's voor de cliënt, de omgeving en de hulpverlener.

De activiteiten zijn gericht op het inschatten en diagnosticeren van de risico's, o.a. het suïciderisico; acute crisisinterventie; het bieden van steunmaatregelen; betrekken van huisarts en eerste lijnhulpverleners; aanbieden van verdere hulpverlening gedurende maximum één maand (intensief en multidisciplinair).

De afronding van de begeleiding door dit mobiele team impliceert het uitstippelen van een naadloos vervolgtraject, zoals een overgang naar ambulante psychotherapie, begeleiding door het FACT-team en inschakeling in het activeringscentrum Stuurkracht 2–Trefpunt 4.

De opdrachten van het team worden afgebakend, om de vooropgestelde doelstellingen zo goed mogelijk te kunnen realiseren. Hierbij worden volgende “filters” ingebouwd:

- Er is geen personeel aanwezig tijdens de nacht. Wel kan er telefonisch advies en ondersteuning verleend worden door medewerkers van de Crisiseenheid (zie functie 4), die omwille van nachtelijke permanentie toegang krijgen tot de dossiers van de cliënten die door het mobiele team begeleid worden.
- Bij de aanmelding wordt nagegaan of het wel degelijk een situatie betreft die een interventie van het mobiele team voor acute psychiatrische problemen verantwoordt (zie boven).
- Voor elementen in de zorg die niet noodzakelijk door de medewerkers van het mobiele team moeten opgenomen worden, wordt er nauw samengewerkt met andere relevante actoren, zoals huisartsen, gezinszorgdiensten, thuisverpleegkundigen en het O.C.M.W.
- De projectgroep die deze functie inhoudelijk uitwerkt, stelt een gewenste interventietijd voor: aantal uur na de aanmelding waarbinnen een interventie aan huis gegarandeerd wordt.

- We stellen als caseload 30 cliënten op maandbasis, te evalueren in functie van haalbaarheid.

We realiseren een inzet van 7,75 FTE. Dit team is multidisciplinair samengesteld, bestaande uit psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundige; aangevuld met de inzet van de psychiaters. Het team is operationeel gedurende 12 uur per dag, waaronder ook tijdens het weekend. Buiten deze uren kunnen cliënten en verwijzers beroep doen op de telefonische permanentie van de Crisiseenheid.

Functie 2 b: Behandeling in de thuissituatie van cliënten met langdurige en complexe psychiatrische problemen

Om deze functie te realiseren wordt een FACT-team geïnstalleerd die cliënten met een langdurige psychiatrische problematiek begeleidt in de thuissituatie. Bedoeling is om met deze mensen een langdurige vertrouwensrelatie aan te gaan, waarbij de begeleiding voldoende aantrekkelijk moet zijn, om drop-out te voorkomen en continuïteit te verzekeren. De begeleiding is aanklampend en gaat de cliënt opzoeken daar waar contact met hem kan gelegd worden. Het mobiele team speelt in op wisselende noden aan zorg: in periodes van remissie of stabiliteit wordt de begeleiding met lage intensiteit geboden door de referentiepersoon desnoods op langdurige basis. Bij dreigend herval, bij belangrijke levensgebeurtenissen of indien de cliënt of zijn familie grote stressoren ervaart kan de begeleiding geïntensifieerd worden tot meerdere contacten per dag, geboden vanuit het gehele team. Het principe van het FACT-bord laat toe dagelijks te preciseren welke cliënten zich in lage intensiteit of hoge intensiteit bevinden. In alle gevallen wordt nauw contact onderhouden met de huisarts als centrale zorgverlener. Er is een goede afstemming tussen de psychiater en de huisarts.

Naast de frequente briefings en teamvergaderingen, die toelaten gezamenlijke beslissingen te nemen m.b.t. de behandeling, gaan op geregelde tijdstippen casusbesprekingen door, naar het model van het therapeutisch project. Hierbij is het de bedoeling dat alle belangrijke actoren van buiten het mobiele team, evenals de cliënt en zijn familie, op volwaardige manier betrokken worden bij de besluitvorming en het zorgenplan.

Het team hanteert een herstelgerichte benadering: gericht op 'gezonde delen benutten'; sociale inclusie; empowerment van cliënten om hun mogelijkheden te benutten en hun ervaren belemmeringen zo goed als mogelijk op te heffen.

De activiteiten richten zich op: preventie van herval, zoals crisisscenario's; steunfiguren inschakelen; leren herkennen van waarschuwingssignalen; uitbouw van een sociaal netwerk; begeleiding gericht op bevorderen van inzicht en herstel.

In acute situaties worden de individueel voorbereide crisisscenario's ingeschakeld om heropname te voorkomen: intense begeleiding; medicatieaanpassing op voorschrift van de behandelende arts en het inschakelen van steunfiguren indien mogelijk. Er is een samenwerking met functie 2 a i.f.v. het garanderen van weekendpermanentie. Er is samenwerking met functie 4 i.f.v. "bed-op-recept" in P.Z., indien kortstondige crisisopvang nodig is.

We realiseren een inzet van 8 FTE. Dit team is multidisciplinair samengesteld, bestaande uit (psychiatrisch) verpleegkundige, maatschappelijk werker en psycholoog; aangevuld met de inzet van de psychiaters. Met aanwezigheid van diverse expertises: verslaving, arbeidsrehabilitatie, rehabilitatie en herstel.

Om de zorg voor alle cliënten binnen het werkingsgebied voldoende toegankelijk te maken, is het de bedoeling om na het eerste werkingsjaar een antennepunt in Diksmuide te realiseren, zodat de verplaatsingstijd voor het mobiele

team kan gereduceerd worden. Niettemin blijft het team functioneren als één geheel, om de teamsamenhang te verzekeren.

Functie 3: Psycho-sociale rehabilitatie

Binnen functie 3 werken we aan herstel en sociale inclusie van mensen met psychische en/of psychiatrische problemen, waarbij de cliënt in staat gesteld wordt optimaal te functioneren door zo veel mogelijk sociale rollen in de maatschappij op te nemen en zich zoveel als mogelijk te integreren als burger binnen de maatschappij. Dit is een langdurig proces, waarbij de cliënt maximaal aangesproken wordt op zijn aanwezige capaciteiten binnen verschillende levensdomeinen.

Om deze functie te realiseren bouwen we het bestaande activeringscentrum Stuurkracht 2-Trefpunt 4 uit tot een volwaardig rehabilitatiecentrum. Naast het aanbieden van arbeidsgerichte activiteiten fungeert het centrum ook als ontmoetingscentrum, waar cliënten 'kwartier kunnen maken' en zodoende hun sociaal netwerk kunnen uitbouwen.

Aanvullend wil het rehabilitatiecentrum lopende initiatieven binnen de regio bundelen en verder versterken.

Op vlak van arbeidstrajectbegeleiding is er samenwerking met de sociale werkplaatsen (ook structureel verankerd via deelname in Raden van Bestuur), samenwerking met G.T.B., screening en training van professionele vaardigheden. Het aanbod en werkmethode zoals gevolgd door cliënten in behandeling in het P.Z. wordt ter beschikking gesteld van cliënten met psychiatrische problematiek uit het werkingsgebied. Bijv. inschakeling in " *t een en 't ander: een winkel met een visie*".¹¹

Door samen te werken met alle betrokken partners en actoren willen we sociale inclusie bevorderen. Voorbeelden die hiertoe bijdragen zijn: het ontwikkelen van een toegankelijk cultureel en vrijetijdsaanbod; inschakeling van cliënten als vrijwilliger in diverse organisaties; vormingsaanbod, in samenwerking met dienstencentra, centrum voor basiseducatie Bijleren in de Westhoek,... ; de ontwikkeling van een artistiek project binnen de regio rond de eerste wereldoorlog; inschakeling Netwerk Dorpen, Nestor, dorpsraden, parochies en verenigingen met de bedoeling cliënten te laten werken aan de uitbouw van een sociaal netwerk en hen actieve verantwoordelijkheden te laten opnemen als burger. Het systematisch uit te bouwen contact met de lokale overheden moet hier tevens toe bijdragen.

De beschikbare vormen van psycho-educatie worden opengesteld voor de cliënten en hun familie in het werkingsgebied en worden aangepast aan hun vragen en noden, dit in samenwerking met Similes.

Het rehabilitatieproces wordt ondersteund door bijkomende aangepaste vorming en het opleiden van rehabilitatie-referentiepersonen. Hier staat centraal dat de cliënt aangemoedigd en begeleid wordt om zoveel als mogelijk de regie over zijn eigen leven op te nemen.

Binnen functie 3 wordt een grote nadruk gelegd op het inventariseren van de behoeften op verschillende levensdomeinen en op het, samen met de cliënt, herformuleren van wensen in werkdoelen.

Voor de realisatie van deze functie wordt naast de inzet van 5,5 FTE, toegewezen aan het activeringscentrum Stuurkracht 2 – Trefpunt 4, ook beroep gedaan op inzet van medewerkers uit de diverse betrokken voorzieningen en partners. Alle partners werken dan ook actief mee aan de realisatie van deze functie.

¹¹ Zie: www.teenentanderieper.be

Functie 4: Een intensieve residentiële behandel eenheid

Binnen het P.Z. worden 10 van de beschikbare bedden ingezet voor de opvang en intensieve behandeling van ernstige crisissituaties die de integriteit van de patiënt of zijn omgeving bedreigen. Het betreft een doelgroep waarbij de hospitalisatie nodig is om diverse redenen (ernstig suïciderisico, ernstige desorganisatie t.g.v. psychose, acute crisissituatie...). Het zorgaanbod is in de eerste plaats gericht op het stabiliseren van de crisissituatie en op oriëntering naar de meest passende behandeling: hetzij residentieel binnen de gespecialiseerde behandelprogramma's van het P.Z. hetzij via de behandelprogramma's van de dagkliniek, hetzij via ambulante therapie of opvolging door het acute mobiele team. De benadering is zeer individueel opgebouwd en wordt stelselmatig aangepast aan de mogelijkheid en beperkingen van het moment, desnoods met herevaluaties om de 15 tot 30 minuten. Er worden medische, therapeutische, verpleegkundige en paramedische interventies geboden. In deze eenheid kunnen cliënten 24 op 24 uur en 7 op 7 dagen terecht voor opname, na contact met de psychiater. Een opname in de Crisiseenheid kan nodig zijn om tegemoet te komen aan ernstig probleemgedrag dat niet kan opgevangen worden door de familie of hulpverleners uit de eerstelijns die met de situatie geconfronteerd worden. De Crisiseenheid heeft in deze situaties een opdracht voor het aanbieden van een "bed-op-recept", zodat acute situaties een snelle oplossing krijgen.

Functie 5: Aangepaste woonvormen

Binnen het werkingsgebied worden aangepaste woonvormen met begeleiding aangeboden via Beschut Wonen Ieper en PVT Ieper. Deze initiatieven stellen woningen ter beschikking die de cliënten toelaten een autonoom leven te leiden, zo sterk als mogelijk geïntegreerd in de maatschappij. Ook binnen het PVT heeft elke woning zijn eigen voorkeur, wat bijdraagt tot de normalisatie. De begeleiding is in sterke mate gericht op rehabilitatie. Binnen het PVT en Beschut Wonen worden aangepaste woonformules gezocht die meer aansluiten bij de noden van de cliënten. Deze noden zijn doorheen de jaren sterk geëvolueerd. Zo is er een toenemende behoefte aan meer individuele woonvormen in studioformule, zonder dat de nabijheid van een steunende omgeving uit het oog verloren wordt.

Met de sociale woningmaatschappij en de lokale overheden wordt nauw samengewerkt om woningen ter beschikking te stellen van mensen met een psychische beperking, waarbij de begeleiding geboden wordt door Beschut Wonen of door het FACT-team.

De nauwe samenwerking die de voorbij jaren gegroeid is met de woon- en zorgcentra, ondermeer via het therapeutische project voor ouderen, wordt verder gezet in functie van het zoeken naar aangepaste doorverwijsmogelijkheden voor deze doelgroep. Via casusoverleg en vorming aan de medewerkers van woon- en zorgcentrum wordt ondersteuning geboden, zodat zij in staat zijn op een adequate manier mensen met psychische beperkingen te huisvesten en te verzorgen. Daarnaast wordt in samenwerking met hen gezocht naar passende alternatieven, onder meer via serviceflats. Zowel het P.Z. H. Hart als Beschut Wonen Ieper participeren in twee zorgvernieuwingprojecten voor ouderen met psychiatrische problemen.

In de toekomst wordt met de lokale commerciële verhuurkantoren overlegd om de methodiek rond het werken met een begeleidingsovereenkomst tussen cliënt, mobiel begeleidingsteam en verhuurder op punt te stellen (zie functie

2 b). Op die manier willen we de drempels om geschikte woningen te verhuren aan mensen met psychische beperkingen opheffen.

5.3. Nieuwe rollen

Zorgnetwerken brengen een wezenlijke verschuiving in de kijk op zorgontwikkeling. Het verlaten van het pad van het aanbodgestuurd werken naar een vraaggestuurd zorg creëert nieuwe rollen. Zoals de referentiepersoon op het niveau van de zorg de taak heeft om de zorg rond de cliënt te coördineren in functie van de cliënt, zo heeft netwerkcoördinator de taak het zorgaanbod te oriënteren op de noden van de verschillende doelgroepen. Dit betekent geenszins dat de rol van de verschillende voorzieningen een secundair belang krijgt, doch enkel dat de voorziening an sich niet langer het richtpunt is voor de zorgontwikkeling. De rolinvulling moeten we vanuit deze ooghoek bekijken.

5.3.1. De referentiepersoon op cliëtniveau (“casemanager”)

- De cliënt met zijn specifieke doelstellingen en zorgvragen is de primaire focus van de referentiepersoon. Het is zijn taak om de doelstellingen van het zorgproces met de cliënt te bewaken en te sturen. De referentiepersoon zal duidelijk de brugfiguur vormen tussen de verschillende functies en is de vaste vertrouwenspersoon voor de cliënt. Binnen de regio zijn er reeds dergelijke “cliënt-/patiëntgerichte netwerken” lopende. We verwijzen hierbij naar het cliëntgericht overleg binnen P.Z.T. (cfr. te situeren binnen functie 2 b) en naar trajectmatige begeleiding vanuit residentiële behandeling naar het activiteitencentrum (cfr. te situeren bij overgang van functie 4 naar functie 3). De aanwezige procedures en expertise vormen een basis om nieuwe zorgtrajecten te ontwikkelen, aangestuurd door de netwerkcoördinator.
- De referentiepersoon moet de principes van functie 3 kunnen toepassen, m.n. methodisch werken vanuit de rehabilitatiebenadering. Het is de opdracht van de referentiepersoon om aan de cliënt handvaten (“tools”) aan te reiken om terug betekenis te geven aan zijn leven.
- Bij de uitwerking van functie 2 a en functie 2 b is de rol van de referentiepersoon belangrijk. Hierbij is het essentieel dat de ‘nieuwe referentiepersoon’ rekening houdt met en oog heeft voor de reeds aanwezige zorgbemiddelaar en/of centrale zorgverlener (lees: huisarts) bij de cliënt. Het principe van subsidiariteit vormt hierbij de norm.

5.3.2. Op niveau van de organisatie

- Projectleiders:
In punt 5.5. beschrijven we het management- en bestuursmodel vanuit het projectmanagement. Hierbij nemen de projectleiders een nieuwe rol. Deze worden aangeduid door het Netwerkcomité (zie punt 5.5.4.).
- Teamleiders voor de functie 2 a en functie 2 b:
Van bij de opstart van de twee nieuwe mobiele behandelteams wordt er per team een teamleider aangesteld door het Netwerkcomité, op basis van een competentieprofiel.
Gezien de kleinschaligheid van de personeelsomkadering gaat het telkens om een tweeledige opdracht binnen eenzelfde functie, enerzijds de leidinggevende opdracht en anderzijds de begeleidingsopdracht. We verwachten dat de teamleider richting geeft aan het team, het personeel ondersteunt in de uitvoering van hun opdracht en de teaminteractie bevordert.

De aansturing en ondersteuning van beide teamleiders behoren tot de taak van de netwerkcoördinator in opdracht van het Netwerkcomité.

5.3.3. Op niveau van het netwerk

- Het zorgvernieuwingsprogramma heeft een impact op elke organisatie betrokken bij het proces. Het gaat om een veranderingsproces die een impact heeft op het functioneren van de individuele voorziening. Het behoort dan ook tot de opdracht van het Netwerkcomité om aandacht te hebben voor “hét veranderingproces”. In dat verband zijn we vragende partij om aan te sluiten bij de wetenschappelijke ondersteuning die wordt opgezet. We verwijzen hierbij naar het evaluatieonderzoek dat onder meer ingaat op de ontwikkeling van een interorganisatorisch samenwerkingsverband.¹²

- Netwerkcoördinator:

De netwerkcoördinator is verantwoordelijk voor, stimuleert en coördineert het overleg tussen de diverse actoren binnen de regio met als doel enerzijds initiatieven te ontwikkelen ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg van de bevolking in de regio en anderzijds het aanbod binnen de regio op elkaar af te stemmen. We zien hierbij volgende deeltaken: (1) inspirator zijn van nieuwe initiatieven, (2) het coördineren en organiseren van de initiatieven binnen het netwerk; (3) aanspreekpunt zijn van het netwerk voor de diverse partners en actoren; (4) het netwerk vertegenwoordigen in diverse overlegorganen.

Het Netwerkcomité heeft volgende stappen ondernomen voor het aanduiden van de netwerkcoördinator. (1) Opmaken van een functieprofiel¹³; (2) de kandidaat, voorgedragen door het Netwerkcomité, werd gescreend door het selectiebureau “Ascento”, op basis van het functieprofiel; (3) de resultaten van het bureau werden besproken met het Netwerkcomité; (4) op basis van deze bespreking besliste het Netwerkcomité om Koen Demuynck aan te duiden als voltijds netwerkcoördinator voor de regio, en dit voor onbepaalde duur¹⁴; (5) op basis van de screening werden met de weerhouden netwerkcoördinator afspraken gemaakt over de gestelde verwachtingen (sterktes en leerpunten).

5.4. Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Op cliëntniveau

- We stellen als uitgangspunt dat de cliënt zoveel mogelijk aanwezig is bij het opmaken van en de bespreking van het zorgplan. Het gaat immers over het zorgplan van de cliënt en niet het zorgplan van het team of van de netwerkverstrekkers.
- Binnen de regio is de ervaring aanwezig om, bij cliënten in de thuissituatie, te werken met het communicatieschrift, waarvan het individuele zorgplan deel uitmaakt. Hierbij gaat het om het zorgplan dat gedeeld wordt door verschillende zorgverleners. Het is de bedoeling om de instrumenten gehanteerd door de eerstelijns te gebruiken in de thuissituatie. Momenteel wordt er binnen de provincie West-Vlaanderen overgeschakeld naar een E-Zorgplan. De aanwezigheid van het SEL in het Netwerkcomité garandeert dat dit proces van nabij wordt opgevolgd en dat dit elektronische zorgplan als communicatiemiddel kan gebruikt worden binnen de werking van de mobiele behandelteams.

¹² Toelichting door prof. Mark Leys. Symposium, Fundamentele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, 25-26/02/2011

¹³ In bijlage 3: functieprofiel netwerkcoördinator op basis waarvan de screening is uitgevoerd.

¹⁴ Op verzoek is het contract op te vragen.

- Het Netwerkcomité engageert zich om cliënten te informeren over “hun rechten als patiënt” en over de werking van de ombudsfunctie binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het Netwerkcomité sluit hiervoor een samenwerkingsovereenkomst af met het Provinciaal Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg i.v.m. het inzetten van de ombudspersoon.

Op organisatieniveau

- Het elektronisch patiëntendossier, momenteel gebruikt door drie van de vier GGZ-partners, kan, op basis van enkele kleine aanpassingen, toegepast worden voor de werking van de mobiele behandelteams. Het zogenaamde OBASI-programma is een degelijk aanknopingspunt om op korte tijd een cliëntendossier op te bouwen. Dit vormt voor het team meteen ook een gemeenschappelijk werk- en communicatiemiddel. Voor Beschut Wonen Ieper gaat de firma OBASI van start met een webapplicatie. In het kader van het werken met mobiele teams binnen een landelijke regio kan deze webapplicatie duidelijk een meerwaarde betekenen bij het werken met een elektronisch cliëntendossier. We volgen dan ook deze ontwikkelingen op.
- Het VDIP-project heeft positieve ervaring met het werken met het zogenaamde “FACT-bord”. Een systeem waarbij cliënten die intensieve begeleiding en aandacht vragen duidelijk naar voor komen in de cliëntenbespreking, resp. –opvolging. Deze “tool” willen we meenemen bij het implementeren van het elektronisch cliëntendossier in de mobiele behandelteams.
- Dagelijkse briefings zijn essentieel, aangevuld met periodiek teamoverleg. In de toekomst wordt onderzocht in hoeverre in bepaalde situaties telefonische briefings met behulp van informaticatoepassingen een haalbare kaart zijn.
- Als de mobiele teams operationeel zijn, starten we vanaf medio 2012 een projectgroep op m.b.t. kwaliteitsmeting en outcome-meting. We willen hierbij gebruik maken van het materiaal, methodieken en wetenschappelijke ondersteuning die ontwikkeld worden, i.c. door onderzoeksgroep LUCAS o.l.v. prof. Chantal Van Audenhove. Aanvullend hierbij willen we ook gebruik maken van de degelijke cahiers i.v.m. meetinstrumenten en uitkomstenmanagement, uitgegeven door de Vlaamse Vereniging voor de Geestelijke Gezondheidszorg.

Op netwerkniveau

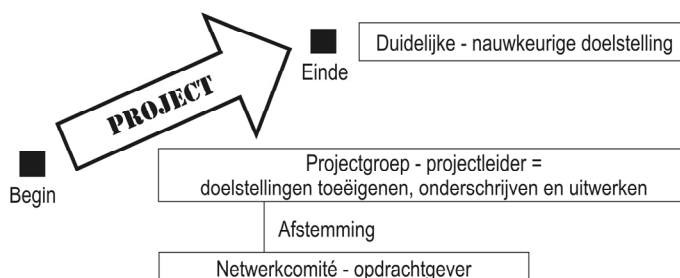
We willen de diverse actoren in het netwerk betrekken door op regelmatige basis een nieuwsbrief te verspreiden. Hierbij gaat om korte informatie over de ontwikkelingen van het zorgvernieuwingproces. Twee tot drie maal per jaar worden alle actoren ook uitgenodigd op een informatiemoment, resp. reflectiegroepen (zie punt 5.5.6.).

5.5. Management- en bestuursmodel

5.5.1. Uitgangspunt: projectmanagement

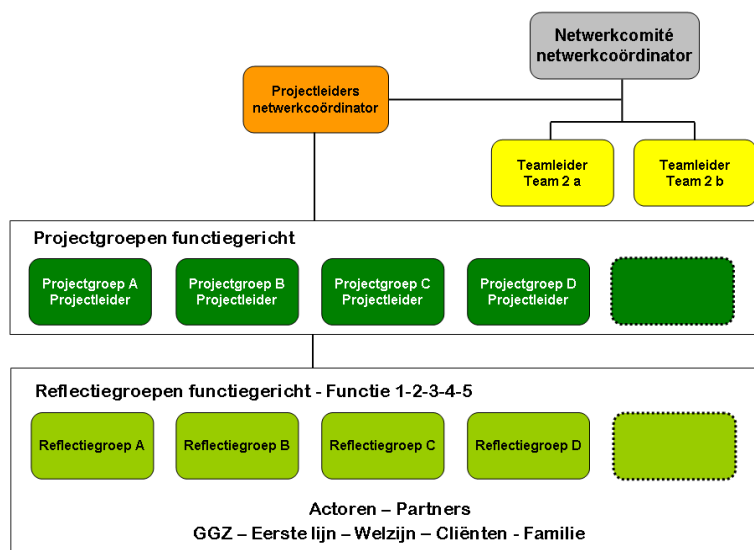
De principes en technieken van projectmanagement zijn duidelijk van toepassing om het vernieuwingsproces binnen de geestelijke gezondheidszorg uit te voeren. Het geheel gaat om een vernieuwingsprogramma dat bij de uitwerking systematisch moet opgesplitst worden in projecten. Het specifieke van een project is ondermeer dat het complex is en dat een divers aantal actoren betrokken wordt bij de realisatie. Het gaat hierbij om een doelgericht functioneren dat zich vertaalt in “SMART-doelstellingen” met een duidelijk begin- en eindpunt (lees: afbakening in tijd). Dit betekent dat een eindpunt een start kan zijn voor een nieuw project (cfr. PDCA - cirkel).

Door het systematisch projectmatig werken zijn we ervan overtuigd dat de uitwerking van de functies “tastbaar en concreet” wordt voor de diverse actoren.



In de realisatie zijn uitaard verschillende partijen betrokken met elk hun specifieke doelstellingen en bevoegdheden.

Binnen de regio Ieper – Diksmuide geeft dit onderstaande organigram en wordt hieronder beschreven.



5.5.2. Netwerkm comité

De cockpit van het zorgvernieuwingsprogramma ligt bij het Netwerkm comité, dat verantwoordelijk is voor het management van het programma.

- Doelstellingen:
 - Het operationeel maken van de netwerking tussen en met verschillende actoren binnen de regio.
 - Het operationeel maken van het vernieuwde GGZ-concept volgens de vijf functies, zoals beschreven in voorliggend dossier, en op basis van projectmanagement.
 - Het inhoudelijk en conceptueel aansturen van het personeel ter beschikking gesteld voor de uitvoering van functie 2 a en functie 2 b.
 - Het zorgvernieuwingsprogramma laten aansluiten bij wetenschappelijke ontwikkelingen ter beschikking gesteld door de overheid i.f.v. evaluatie en bijsturen van voorliggend project.
 - Afstemming tussen de verschillende projectgroepen.
- Samenstelling: Het Netwerkm comité bestaat uit maximaal 10 personen om aldus voldoende slagkracht te kunnen geven aan dit managementorgaan. De leden van het Netwerkm comité zijn allen beleidsdragers,

afgevaardigd door hun voorziening, resp. organisatie. De netwerkcoördinator maakt eveneens deel uit van het Netwerkcomité.

- Frequentie: maandelijks.
- Bevoegdheid: Het Netwerkcomité is het beleidsorgaan van het netwerk met duidelijke beslissingsbevoegdheid en krijgt hiervoor zijn mandaat van de deelnemende voorzieningen. Het is onmogelijk om elke intermediaire beslissing af te checken bij de partners. Daarom willen we werken met een strategisch plan dat schriftelijk goedgekeurd is door de partners en elk jaar door het Netwerkcomité vertaald wordt in een jaarbeleidsplan.

5.5.3. Projectgroep

- Doelstellingen:
 - Het tijdelijk samenkomen van enkele actoren rond specifieke thema's of opdrachten m.b.t. één van de vijf functies.
 - Het zorgvernieuwingproces inhoudelijk ondersteunen en nieuwe inzichten geven; dit kan eventueel resulteren in nieuwe projectmogelijkheden (met nieuwe samenstelling).
- Samenstelling:
 - Samengesteld uit een beperkt aantal personen, met complementaire competenties. We stellen dat een projectgroep uit maximaal 12 personen kan bestaan.
 - Elke actor of deelnemer heeft expertise en betrokkenheid bij de doelstelling van het project.
 - De netwerkcoördinator maakt deel uit van de projectgroep.
- Frequentie: wordt bepaald bij het opstarten van het project en vastgelegd in een projectverloop met een duidelijke einddatum.
- Bevoegdheid:
 - Bij de start van het project is er duidelijkheid, resp. afstemming, over de doelstellingen (opdracht) van de projectgroep en Netwerkcomité, vastgelegd in de projectfiche.
 - De projectgroep formuleert voorstellen en adviezen aan het Netwerkcomité.

5.5.4. Projectleiders

Essentieel in het projectmanagement is de functie van de projectleider. Algemeen gesteld is hij verantwoordelijk voor de verwezenlijking van de doelstellingen die in een projectfiche zijn vooropgesteld. Hij moet beschikken over de nodige deskundigheid, de nodige tijd en "vrijheid van handelen" om het project te kunnen realiseren.

Het Netwerkcomité kiest er dan ook bewust voor om projectleiders te installeren binnen de uitwerking van het zorgvernieuwingprogramma. Concreet wordt er personeel vrijgesteld vanuit de partners die deel uitmaken van het Netwerkcomité met de bedoeling de rol van projectleider te kunnen opnemen. Dit betekent dat er personeel de tijd krijgt om, met een projectgroep, een project uit te werken.

- Doelstellingen:
 - De diverse actoren betrekken bij het realiseren van het project, en rekening houden met de eventuele verschillende belangen.
 - De fasering van project beheren en bijsturen.
 - Instaan voor een efficiënte uitvoering van het project.
- Bevoegdheid: het voorzitten van de projectgroep. Voorstellen worden afgetoetst bij de netwerkcoördinator en indien nodig, ter beslissing voorgelegd aan het Netwerkcomité.

5.5.5. Overleg projectleiders

Elke projectgroep werkt in principe functiegericht. Een overleg met en tussen de projectleiders moet de wisselwerking en afstemming tussen verschillende functies garanderen. Het behoort tot de opdracht van de netwerkcoördinator om de projectleiders samen te brengen en te ondersteunen bij de uitvoering van hun opdracht. Indien nodig kan de netwerkcoördinator ook een coachingsopdracht opnemen t.a.v. de projectleiders.

- Doelstellingen:
 - Het ondersteunen van de projectleiders bij de uitvoering van hun opdracht.
 - De afstemming en wisselwerking tussen de verschillende functies garanderen.
- Samenstelling: projectleiders en netwerkcoördinator.
- Frequentie: op afroep van de netwerkcoördinator.
- Bevoegdheid:
 - Neemt beslissingen t.a.v. van het proces (verloop) van projectgroepen.
 - Inhoudelijk adviseren t.a.v. Netwerkcomité.

5.5.6. Reflectiegroepen

Zoals aangegeven in punt 5.1. is het betrekken van het ruime netwerk een essentieel uitgangspunt bij het realiseren van het zorgvernieuwingsprogramma. Projectgroepen zijn echter beperkt in samenstelling (inherent aan het projectmatig werken). Tevens kunnen resultaten van projectgroepen effect hebben op actoren uit het ruimere netwerk. In de uitvoering van het projectmanagement is “het ruime netwerk” een betrokken partij. We spreken over “reflectiegroepen”.

- Doelstellingen:
 - Een breed maatschappelijk forum om uit te wisselen over de ontwikkelingen, de noden en verwachtingen m.b.t. de vijf functies.
 - Informatie geven aan en krijgen vanuit alle betrokkenen.
- Samenstelling: alle betrokkenen uit de diverse sectoren worden uitgenodigd en kunnen hieraan deelnemen.
- Frequentie: 2 tot 3 maal per jaar.
- Bevoegdheid: adviserend t.a.v. projectgroepen en het Netwerkcomité.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

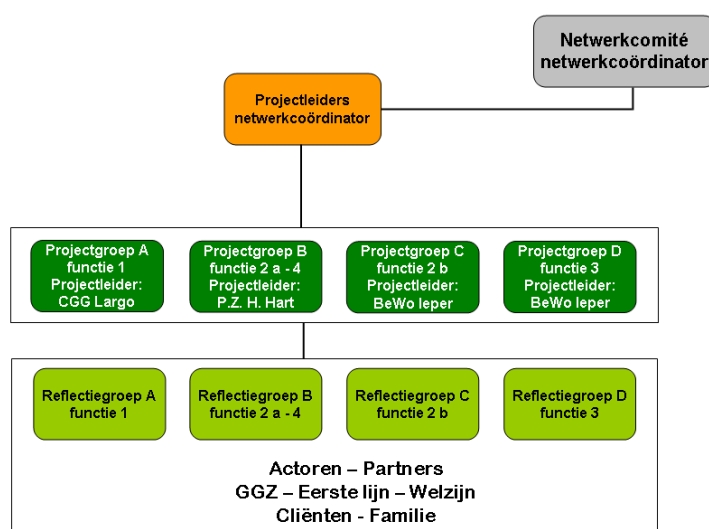
6.1. Fasering

De strategische doelstellingen beschreven in deel 3 vormen de basis om de verschillende functies te realiseren en dit gefaseerd in de tijd.

Zoals beschreven in bovenstaand punt maken we hierbij ondermeer gebruik van projectmanagement, met de projectleiders en de projectgroepen als belangrijke hefbomen.

- Het Netwerkcomité heeft vier projectgroepen opgestart, met per groep een projectfiche. Op deze fiche staat op één pagina beschreven: de doelstellingen (met verwachte resultaten), de context, de afbakening en de samenstelling van het projectteam. Deze projectfiche wordt vastgelegd (lees: overeenstemming over de opdracht) door het Netwerkcomité en de projectgroep.
 - Projectgroep A – aansluitend bij functie 1

- Projectgroep B – aansluitend bij functie 2 a
 - Projectgroep C – aansluitend bij functie 2 b
 - Projectgroep D – aansluitend bij functie 3
- Het Netwerkomité heeft, in overleg met de verantwoordelijke netwerkpartners, 4 projectleiders aangeduid:
 - Projectleider – projectgroep A: Tine Langedock, directeur CGG Largo. Het centrum gaat over tot de aanwerving van een nieuwe stafmedewerker die specifiek wordt ingezet voor het zorgvernieuwingsprogramma.
 - Projectleider – projectgroep B: Ignace Noyez, directeur patiëntenzorg P.Z. H. Hart, Ieper
 - Projectleider – projectgroep C: Katrien Jacques, teamverantwoordelijke Beschut Wonen Ieper
 - Projectleider – projectgroep D: coördinator Beschut Wonen Ieper



Fasering:

We verwijzen hierbij naar bijlage 4, waarbij de doelstellingen, gekoppeld aan de functies, uitgewerkt zijn voor 2011 en 2012. Dit planningsdocument, resp. kalender, vormt voor het Netwerkomité een werkinstrument i.f.v. opvolging van doelstellingen en opdrachten.

Het is voorzien om de beddenafbouw op een zo kort mogelijke tijd te realiseren, zonder afbreuk te doen aan het principe om kwalitatieve oplossingen te bieden voor langdurig opgenomen patiënten.¹⁵

In de fasering is voorzien:

- Onmiddellijk na de goedkeuring: opstarten van het integrale FACT-team (functie 2 b): operationeel oktober 2011.
- Een volgende stap is de opstart van functie 2 a: het team is operationeel in februari 2012.
- De functies 1, 3 en 4 worden vanaf juli 2011 doorlopend verder uitgerold, volgens de fasering in bijlage 4.

6.2. Risicomanagement

Volgende risico's kunnen de effectiviteit van het netwerk en de realisatie van de doelstellingen beïnvloeden:

¹⁵ Zoals vermeld bij strategische doelstelling 1 is dit proces reeds ingezet.

- De uitbouw van de verschillende functies kan het zorgaanbod voor cliënten en doorverwijzers onoverzichtelijk maken.
- De opdracht kan te ruim geïnterpreteerd worden, zodat functies die niet door GGZ moeten opgenomen worden het uitvoeren van de kernopdrachten nadelig beïnvloedt.
- De planning rond de afbouw van bedden kan vertraging oplopen door het zoeken naar geschikte alternatieven.
- De personeelsleden die voor de nieuwe teams ingezet worden krijgen een nieuwe taak en komen binnen een nieuwe context terecht. Op individueel niveau moet nagegaan worden of zij over voldoende en over de juiste competenties beschikken. Op teamniveau moet een samenhangend team opgebouwd worden, zowel op vlak van oppervlaktestructuur (formele overleg- en samenwerkingsvormen binnen het team) als op vlak van dieptestructuur (onderlinge werkrelaties en samenhang).

Oplossingsstrategieën

- Het bewaken van de samenhang tussen de verschillende modules, m.n. het bevorderen van de afstemming tussen de initiatieven van het Netwerkcomité en het beleid van de verschillende voorzieningen. Communicatie over de vorderingen van de werkzaamheden. Definieren en bewaken van de rol van de referentiepersoon die op individueel cliëntniveau het globale overzicht op de situatie bewaakt. Deze neemt stelselmatig contact met de huisarts en de andere relevante actoren bij belangrijke ontwikkelingen.
- Informatie over het veranderingsproces en de reeds doorlopen evoluties (zie nieuwsbrief). Hierbij doen we ondermeer beroep op de intrinsieke motivatie van medewerkers om kwaliteitsvolle zorg te bieden en duiden we op wetenschappelijke evidentie van de vernieuwde visie.
- Kwaliteitsopvolging en toetsen van de gevoerde praktijk aan de vooropgestelde visie.
- Opmaken van een gedetailleerde timing voor de afbouw van bedden en maandelijkse opvolging van de vordering hiervan, door de ziekenhuisverantwoordelijken en het Netwerkcomité.
- Uitwerken van HRM voor de medewerkers binnen de zorgvernieuwinginitiatieven: competentieprofielen, selectie van de juiste medewerkers, teambuilding, functioneringsgesprekken, vorming en coaching.

7. Financiering en middelenallocatie

7.1. Personeelsmiddelen

In onderstaande tabel zijn een aantal belangrijke wijzigingen doorgevoerd in vergelijking met de vorige projectaanvraag:

- herschikking van de beschikbare FTE (art. 107), om de functie 2 a sterker te kunnen uitbouwen: verhogen van 2 FTE naar 7,75 FTE
- De bijkomende middelen worden maximaal ingezet voor zorgpersoneel, zodat een groter aandeel van de logistieke kosten opgenomen wordt door het P.Z. H. Hart.
- Functie 3 wordt uitgebouwd als een volwaardige functie met een eigenheid en met toewijzing van 5,5 FTE.

Functies	Doelstellingen	Herlocatie Art. 107	Bijkomende middelen Art. 107	Andere				Totaal
				HHI	BeWo	PZT	Largo	
1	Preventie, screening, vroegdetectie			1,5	0,10	1,5	2,37	5,47

	Projectmedewerker						0,17	
	Suïcidepreventie						0,3	
	Preventie van alcohol en drugs						1,3	
	VDIP			1			0,6	
	Centrum voor psychodiagnostiek			0,25				
	PZT			(financ. tussenkomst)	0,10 (+ financ. tussenkomst)	1,50		
	Tender Zorgactivering			0,25				
2a	Mobiel acuut	4,00	2,00	1,75				7,75
2b	Mobiel langdurig: FACT	3,31	4,00		0,25	0,50		8,06
3	Rehabilitatie			1,54	2,95		1,03	5,52
4	Intensief residentieel Acuut	1,00		4,00 (*)				5,00
5								
	Netwerkcoördinator		1,00					1,00
Totaal		8,31	7	8,79	3,30	2,00	3,4	32,8

(*) = Exclusief personeelsleden voorzien in de normbestaffing van het P.Z. H. Hart.

Toelichting:

- De afbouw van bedden maakt een personeelsvolume vrij van **8,31 FTE**, die door de uitvoering van art 107 kunnen ingezet worden in het nieuwe concept: 20 T-bedden: 6,66 FTE en 8 t-nacht- bedden: 1,65 FTE.
- Uit het budget bijkomende middelen (art. 107) worden **6 FTE** bijkomende kwalificaties voorzien (budget € 360.000). Deze worden toegevoegd aan de mobiele teams. De netwerkcoördinator (**1FTE**) wordt tevens gefinancierd uit het budget bijkomende middelen (budget € 100.000).
- Andere personeelsmiddelen: Het P.Z. investeert naast de middelen die vrijkomen uit de afbouw van bedden in kader van art 107, nog **8,79 FTE** in zorgpersoneel: 1,5 FTE binnen functie 1; 1,75 FTE in de mobiele teams voor intensieve thuisbehandeling; 1,54 FTE binnen functie 3; 4 FTE die toegevoegd worden aan de voorziene normomkadering in de Crisiseenheid (functie 4).

Hierbij komt de logistieke ondersteuning die door het P.Z. geboden wordt aan de mobiele teams evenals aan het activeringscentrum Stuurkracht 2-Trefpunt 4 (o.a. administratie en boekhouding), in huisvesting en informatica voor de mobiele teams en in financiële ondersteuning aan P.Z.T.

Daarnaast investeert Beschut Wonen Ieper **3,3 FTE** en worden de **2 FTE** van P.Z.T. integraal in het project opgenomen (1,5 FTE in functie 1: het ondersteunen van de eerstelijns; 0,5 FTE in FACT-team).

Ook het CGG Largo zet een deel van zijn personeelsmiddelen in het project in, namelijk **3,4 FTE**: 2,37 FTE in functie 1 en 1,03 FTE in functie 3.

- Totaal: 32,8 FTE**

7.2. Infrastructuur

- Gebouwen: het P.Z. H. Hart stelt een gebouw ter beschikking voor burelen, vergaderingen, personeelspauzes, berging van dossiers,... en staat in voor de inrichting ervan. Adres: Poperingseweg 8, 8900 Ieper.

- Informatica: de medewerkers van de mobiele teams kunnen gebruik maken van het informatiesysteem van het P.Z. voor het bijhouden van bestanden, emailverkeer, elektronisch cliëntendossier,...
- Verplaatsingen: de medewerkers verplaatsen zich met eigen wagen en worden vergoed volgens het officiële kilometertarief, evenals met een omniumverzekering voor de dienstverplaatsingen.

7.3. Budgettering

Het personeel dat heringeschakeld wordt door buitengebruikstelling van bedden (cfr. tabel punt 7.1.) wordt gefinancierd door het budget financiële middelen van het P.Z. H. Hart.

De bijkomende personeelsinzet door de respectievelijke partners wordt door deze partners vanuit hun middelen gefinancierd.

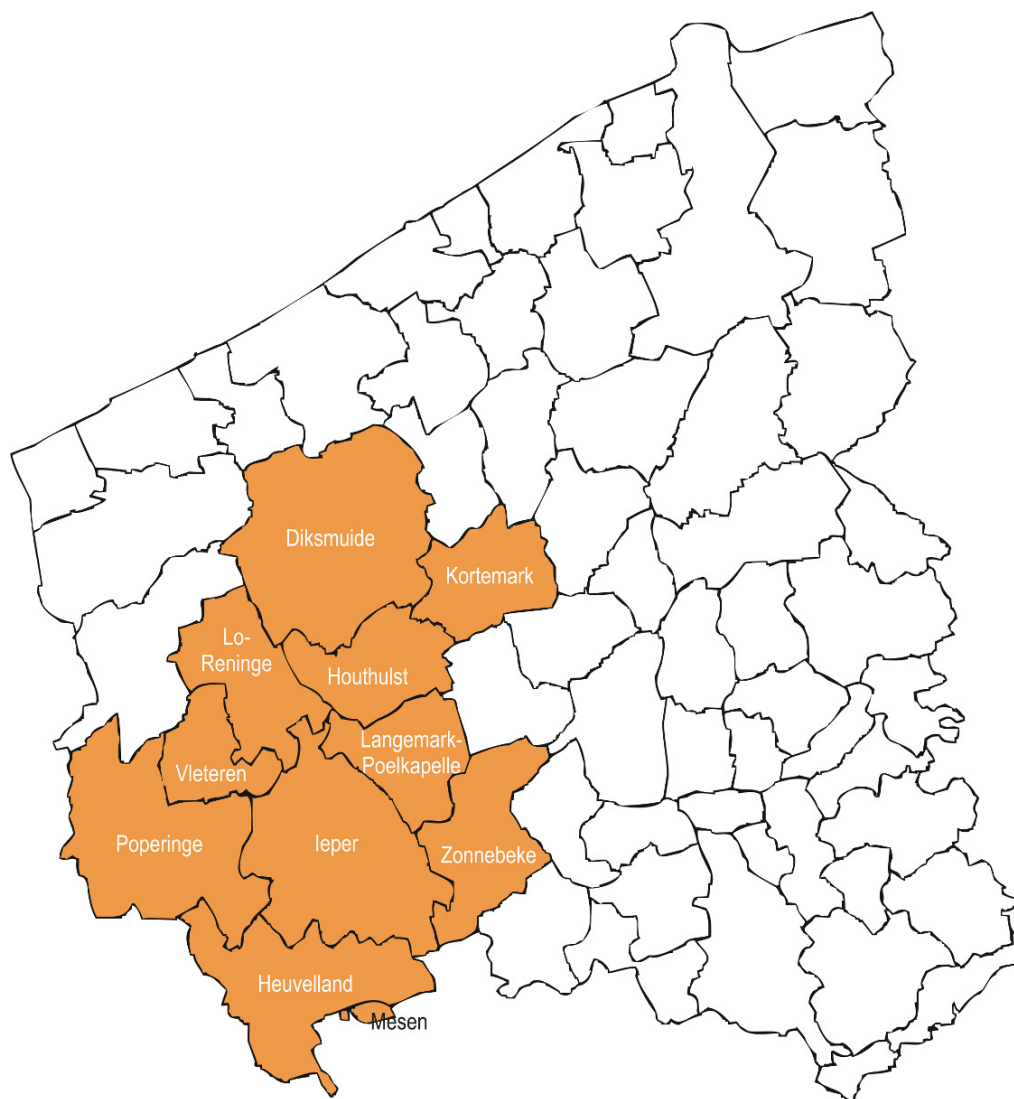
De “bijkomende middelen”, m.n. € 500.000,- worden als volgt ingezet:

- Netwerkoördinator: € 100.000,-
- 2 FTE in het kader van functie 2 a: € 118.000,-
(*berekeningsbasis: 1 psycholoog en 1 bachelor met 10 jaar anciënniteit*)
- 4 FTE in het kader van functie 2 b: € 219.000,-
(*berekeningsbasis: 2 bachelors met 10 jaar anciënniteit en 2 bachelors met 15 jaar anciënniteit*)
- Werkingskosten: € 63.000,-
(*verplaatsingskosten, telefonie, vorming, werkmateriaal, diversen*)

Een aantal andere, niet onbelangrijke, werkingskosten worden ten laste genomen door het P.Z. H. Hart:

- ter beschikkingstelling van de locatie voor de mobiele teams (zie boven)
- inrichting, gebruikskosten en onderhoud van de locatie
- informatica: software, hardware, systeembeheer
- administratie verbonden aan de werking van de mobiele teams, het Netwerkcomité en de volledige werking.

Bijlage 1: 4.1 Afbakening van het werkingsgebied:



Bijlage 2: Kalender van info- en overlegmomenten met diverse partners in de regio

11 januari 2011	Stuurgroep Therapeutisch Project
19 januari 2011	Provinciaal Overlegplatform GGZ – Algemene vergadering
1 februari 2011	Personeel Beschut Wonen Ieper
9 februari 2011	Overleg voorzitter O.C.M.W. Ieper
9 februari 2011	Overleg directeur Sociale Woningmaatschappij – Ons Onderdak
10 februari 2011	Familiehulp: regionale directeur
16 februari 2011	Jan Yperman Ziekenhuis: overleg directeur nursing en diensthoofd patiëntenbegeleiding
18 februari 2011	Overleg met thuiszorgdiensten
7 maart 2011	SEL: Lokaal Steunpunt Diksmuide
25 maart 2011	Woonraad Stad Ieper
25 maart 2011	Regionaal Comité Midden/Ieper – Overlegplatform GGZ
31 maart 2011	SEL Midden-West-Vlaanderen – Algemene vergadering
5 april 2011	Informatiemoment voor alle actoren uit de regio
11 april 2011	Welzijnsraad Diksmuide – Veurne (stafmedewerkers)
11 april 2011	Welzijnsraad Ieper (Raad van Bestuur)
20 april 2011	Overleg delegaties van Raden van Bestuur Jan Yperman Ziekenhuis en P.Z. H. Hart Ieper
21 april 2011	Voorzitter huisartsen “wachtdienst Diksmuide”
26 april 2011	Overleg tussen directiecomités Jan Yperman Ziekenhuis en P.Z. H. Hart Ieper

Funcatieprofiel netwerkcoördinator regio Ieper - Diksmuide

1. Algemene taakomschrijving:

De netwerkcoördinator is verantwoordelijk voor, stimuleert en coördineert het overleg tussen de partners binnen de geestelijke gezondheidszorg regio Ieper – Diksmuide, met als doel enerzijds initiatieven te ontwikkelen ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg van de bevolking in de regio en anderzijds het aanbod binnen de regio op elkaar af te stemmen. We zien hieronder volgende deeltaken:

- Inspirator van nieuwe initiatieven
- Coördineert en organiseert de initiatieven binnen het netwerk
- Aanspreekpunt van het netwerk voor de diverse partners en actoren
- Vertegenwoordigt het netwerk in diverse overlegorganen

2. Takenpakket netwerkcoördinator:

- Ontwikkelen van de visie rond herstel in gemeenschapsgerichte zorg en het inspireren van de hele organisatie in deze visie.
- Vertegenwoordigen van de strategische belangen van het netwerk in de sector, in belendende sectoren en naar het beleid.
- Mensen op verschillende niveaus tot samenwerking bewegen: in de teams, binnen de verschillende projecten van het netwerk en tussen het netwerk en andere diensten waar een beroep kan op gedaan worden.
- Selecteren en in werking stellen van gedeelde middelen, tools, procedures en methodologieën (samen met het Netwerkcomité en de diverse projectgroepen).
- Bewaken dat het netwerk als een goed geolied geheel draait, zowel naar kostenefficiëntie, procesmanagement, als naar menselijke aspecten van kwaliteitsmanagement en het bereiken van vooropgestelde doelen.
- Nemen en in praktijk brengen van beslissingen op legislatief, uitvoerend en administratief vlak.
- Coördineren van leiderschapstaken tijdens verschillende fasen in het proces van beleidsverandering.
- Op ethisch en persoonlijk vlak de waarden uitdragen die men in het hele netwerk nastreeft.

3. Competenties netwerkcoördinator:

- Leiderschap in context: kennis kunnen synthetiseren, beschikt over transdisciplinaire kennis, goede analytische vaardigheden, bezit inter-organisatiele en intersectorale kennis, heeft goed begrip van strategische interdependenties en systemen, sterke netwerking vaardigheden.
- Persoonlijk leiderschap: beschikt over goede interpersoonlijke vaardigheden (begrip van noden van personeel), is charismatisch, menselijk overkomen bij iedereen in organisatie, kan motiveren, kan actief luisteren, empathie, geduld, kan anderen 'empoweren' om actie te nemen.
- Team leiderschap: kan samenwerking verkrijgen en faciliteren, kan samenwerkingsverbanden en teams vormen.
- Organisatorisch leiderschap: kan een lerende omgeving opstellen waarin reflectie, denken, conceptualisatie wordt gestimuleerd; kan via empowerment-strategieën en beslissingsvormingsprocessen een kostefficiënte vorm van leiderschap opstellen; gericht op verbeteren van processen; kan prioriteiten stellen; bezit een drang om dingen te bereiken
- Visionair leiderschap: is inspirerend, kan een visie ontwikkelen en delen
- Politiek leiderschap: is in staat om agenda-setting uit te voeren en te wegen op het beleid, kan onderhandelen, bemiddelen en beschikt over diplomatie.
- Ethisch leiderschap: beschikt over integriteit, zelfdiscipline; oog voor morele dimensie die individueel initiatief en verantwoordelijkheid aanmoedigt, gewoontes en wetten stelt, afhankelijkheid tussen individu en groep benadrukt.
- Ondernemend op beleidsvlak: beschikt over "brokering" vaardigheden (bemiddelen om beroep te kunnen doen op verschillende diensten), beschikt over ondernemersvaardigheden, heeft creatief talent met een neiging te innoveren en experimenteren, kan innovatieve ideeën in praktijk brengen.

Bijlage 4: Fasering (kalender) netwerk geestelijke gezondheidszorg regio Ieper - Diksmuide

Strategische doelstellingen	2011								2012					
	mei	juni	juli	aug	sep	okt	nov	dec	jan-feb	mrt-apr	mei-juni	juli-aug	sept-okt	nov-dec
DS 1 - afbouw 20 T-bedden + 8 t-nacht	opgestart													
						herlocatie personeel naar functie 2 b (= 8,06 FTE)								
									herlocatie personeel naar functie 2 a (= 7 FTE)					
DS 2 - functie 1: sensibilisering - preventie	lopende initiatieven: continueren - integreren									evaluatie				
vroegdetectie - interventie - diagnose		projectgroep 1 (punt 6)							rapport					
	implementeren PZT													
DS 3 - functie 2 A: mobiel acuut behandelteam	projectgroep 2 (punt 6)					werknota								
					opstarten mobiel acuutbehandelteam: samenstelling team + teamleider									
									start mobiel acuut behandelteam (7 FTE)					
													evaluatie	
DS 4 - functie 2 B: FACT-team	projectgroep 3 (punt 6)					werknota								
		opstarten FACT team: samenstelling team + teamleider												
						start FACT-team (8,02 FTE)								
											evaluatie			
DS 5 - functie 3: rehabilitatie-sociale inclusie						profilering rehabilitatiecentrum								
	arbeidsrehabilitatie continueren - versterken											evaluatie		
						FACT-team: psychosociale rehabilitatie								
						vorming rehabilitatie								
													start soc-art project	
	samenwerkingsverbanden continueren + uitbreiden regio											evaluatie		
					informereren gemeentelijke overheden									
DS 6 - functie 4: residentiële behandelunit	versterken crisiseenheid (+ 4 FTE)													
	installeren van 'bed-op-recept'													
						afstemming met functie 2 a								
DS 7 - functie 5: specifieke woonvormen					flexibiliseren aanbod PVT en bewo									
	continueren samenwerking partners huisvesting													
					lokaal toewijzingsreglement - functie 3									
					samenwerking woon- en zorgcentra (o.a. RIZIV-conventie)									
DS 8 - management- bestuursmodel	Netwercomité (zeswekelijks)													
					reflectiegroepen (punt 5.5.5.)					reflectiegroepen		reflectiegroepen		
		overleg projectleiders (punt 5.5.4.)												
	nieuwsbrief (regelmatig)													
												projectgroep kwaliteitsmeting (punt 5.4.)		

Bijlage 5:

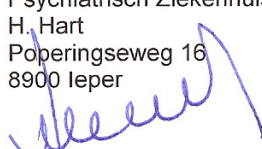
Bijlage

Ieper, mei 2011

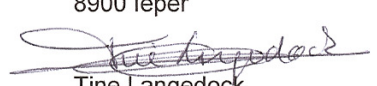
**Samenwerkingsakkoord tussen de partners van het netwerk geestelijke
gezondheidszorg regio Ieper/Poperinge/Diksmuide**

Indieners van het Projectvoorstel in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de
ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

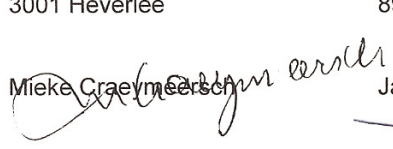
Psychiatrisch Ziekenhuis
H. Hart
Poperingseweg 16
8900 Ieper


Johan Depoortere

Centrum Geestelijke
Gezondheidszorg 'Largo'
Diksmuidsestraat 68
8900 Ieper


Tine Langedock

Federatie Similes
Groeneweg 151
3001 Heverlee


Mieke Craeymeersch

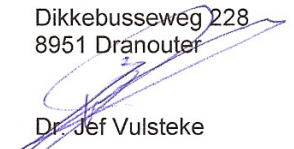
PVT Het Tempelhof
Tulpenlaan 19

8900 Ieper

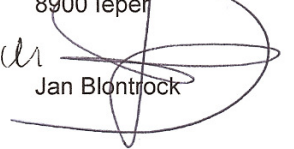

Ignace Noyez

Vzw Huisartsen Jan Yperman

Dikkebusseweg 228
8951 Dranouter


Dr. Jef Vulsteke

Jan Yperman Ziekenhuis
Briekestraat 12
8900 Ieper

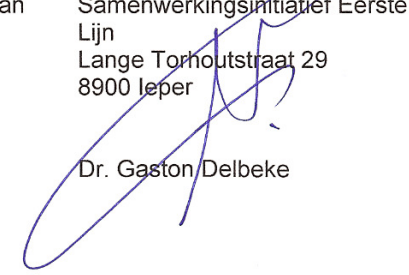

Jan Blontrock

Beschut Wonen 'De Overweg'
Poperingseweg 71A

8900 Ieper


Wim Laporte

Samenwerkingsinitiatief Eerste
Lijn
Lange Torhoutstraat 29
8900 Ieper


Dr. Gaston Delbeke

Bijlage 6:



Overeenkomst P.Z. H. Hart leper en JYZ



Voorafgaandelijk

- Sinds 2010 werken de federale en regionale overheden aan een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg. Dit gebeurt via een mogelijkheid in artikel 107 van de Ziekenhuiswet.
- In oktober 2010 diende het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart leper samen met een aantal partners (CGGZ 'Largo', PVT 'Het Tempelhof' leper, Beschut Wonen 'De Overweg' leper, Samenwerkingsinitiatief Eerste Lijnszorg Midden-West-Vlaanderen, Huisartsen Jan Yperman en familievereniging Similes) een projectvoorstel in om tegemoet te komen aan de wens van de overheid om het aantal psychiatrische bedden in België te verminderen en te evolueren naar een meer ambulante psychiatrische zorg. (c.q. in de regio leper – Poperinge – Diksmuide).
- De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft op 20 december 2010 beslist om het project in categorie 2 (1) te weerhouden. De overheid verstrekt hiervoor de nodige financiële middelen.
- Er dienen vijf 'functies' vervuld te worden. Voor de functie '2a – ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen' wenst het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart leper een nauwere samenwerking aan te gaan met het Jan Yperman Ziekenhuis.
- Tegelijk wensen beide ziekenhuizen de psychiatrische zorg in het Jan Yperman Ziekenhuis te verbeteren door de psychiaters van het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart deze taak aldaar te laten opnemen. Hierbij bepalen beide ziekenhuizen toelatingsvoorwaarden waardoor de psychiaters deze nieuwe taak kwalitatief kunnen uitvoeren naast hun bestaande ziekenhuistaken en hun taak in de nieuwe mobiele equipes in het kader van artikel 107. Deze voorwaarden zullen deel uitmaken van de individuele contracten tussen het Jan Yperman Ziekenhuis en de hiervoor toegelaten psychiaters.

Tussen

ENERZIJD

Het Jan Yperman Ziekenhuis, Briekestraat 12, 8900 leper

vertegenwoordigd door

- Prof. G. Van Herck, Voorzitter
- Mr. M. Muylle, Ondervoorzitter
- Mr. J. Vandenbulcke, Secretaris
- Mevr. M. Cloet, Bestuurder

en

ANDERZIJD

Het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart leper, Poperingseweg 16, 8900 leper

Vertegenwoordigd door

- Zr. M. Kerckhof, Voorzitter vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'
- Dhr. S. Beernaert, Ondervoorzitter vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'

wordt overeengekomen wat volgt:

- (1) Goedgekeurd mits beperkte bijsturingen
- (2) Functie 1: preventie, promotie GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling
- Functie 2: behandelteams in thuisomgeving:
- Functie 2 a: Ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen
 - Functie 2 b: Ambulant intensief behandelteam voor chronisch psychische problemen
- Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
- Functie 4: intensieve residentiële behandelafdelingen
- Functie 5: specifieke woonvormen
- d.d. 19.05.2011

Artikel 1

Beide partijen steunen en faciliteren het project tot realisatie van zorgnetwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg (in het kader van art. 107 van de Ziekenhuiswet). Dit dossier werd ondermeer door het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart ingediend bij de bevoegde overheid, en is er gekend onder de naam 'VL 11 leper-Diksmuide'. (Cf. voorafgaandelijk). Het Jan Yperman Ziekenhuis zal een vertegenwoordiger afvaardigen in het Netwerkm Comité dat het project begeleidt. Vijf functies dienen in de regio gerealiseerd te worden (2). Voor functie 2a komen partijen overeen dat vanuit de spoedafdeling van het Jan Yperman Ziekenhuis doorverwijzing naar deze mobiele equipe van het netwerk zal gebeuren om deze functie te kunnen realiseren.

Artikel 2

In het Jan Yperman Ziekenhuis zal vanaf 1 december 2011 vier dagen per week een psychiater van het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart te leper in de namiddag aanwezig zijn voor het uitvoeren van de door de geneesheer-specialisten aangevraagde consulten. Om de continuïteit te waarborgen zal deze taak over voldoende psychiaters gespreid worden. Een coördinerend personeelslid – gefinancierd door partij anderzijds - vormt een duidelijk aanspreekpunt voor de specialisten en hoofdverpleegkundigen van het Jan Yperman Ziekenhuis en zorgt voor een efficiënte timing van de consulten aan bed en opvolging en doorverwijzing van de functie 2a (cf. artikel 1).

Al of niet via dit coördinerend personeelslid kunnen geneesheer-specialisten van het Jan Yperman Ziekenhuis raadplegingen afspreken voor sommige van hun eigen ambulante patiënten. Dit kan zo nodig binnen het hierboven aangegeven tijdsbestek in het Jan Yperman Ziekenhuis als dit volgens de gecontacteerde psychiater aangewezen is. Het Jan Yperman Ziekenhuis zal van zijn kant kosteloos een lokaal ter beschikking stellen en de nodige informatica-infrastructuur. Er worden duidelijke afspraken gemaakt met maatschappelijk werkers en psychologen die betrokken zijn bij gemeenschappelijke patiënten. Om deze organisatie optimaal voor te bereiden, zullen beide ziekenhuizen en de psychiaters een gemeenschappelijke tijdstabel opstellen.

Artikel 3

Op de campus van het Jan Yperman Ziekenhuis worden sommige patiënten met medisch-psychiatrische ziektebeelden door een geneesheer-specialist opgenomen. Opvolging van die patiënten door een psychiater van het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart is - binnen het tijdsbestek beschreven in artikel 2 - mogelijk op vraag van deze geneesheer-specialist. Patiënten die omwille van de pathologie niet kunnen opgenomen worden in Jan Yperman Ziekenhuis worden verwezen naar het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart te leper. In functie hiervan wordt de psychiater van wacht van het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart dagelijks kenbaar gemaakt aan de dienst spoedgevallen zorg van het Jan Yperman Ziekenhuis (te contacteren via de centrale despatching van de Crisisseenheid van het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart).

Opgemaakt in drie exemplaren waarvan iedere partij verklaart één exemplaar ontvangen te hebben.

Met gunstig advies van de Medische Raad van het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart op datum 13/05/11 en van de Medische Raad van het Jan Yperman Ziekenhuis op datum van

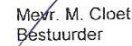
Voor akkoord ondertekend te leper op 23 mei 2011.

Voor het Jan Yperman Ziekenhuis

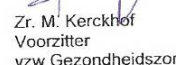

Prof. G. Van Herck
Voorzitter

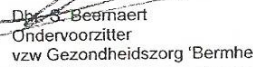

Mr. M. Muylle
Ondervoorzitter


Mr. J. Vandenbulcke
Secretaris


Mevr. M. Cloet
Bestuurder

Voor het Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart


Zr. M. Kerckhof
Voorzitter
vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'


Dhr. G. Beernaert
Ondervoorzitter
vzw Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'

- (3) Goedgekeurd mits beperkte bijsturingen
(4) Functie 1: preventie, promotie GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling
Functie 2: behandelteams in thuisomgeving:
- Functie 2 a: Ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen
- Functie 2 b: Ambulant intensief behandelteam voor chronisch psychische problemen
Functie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
Functie 4: intensieve residentiële behandelafdelingen
Functie 5: specifieke woonvormen

d.d. 19.05.2011