



Pittem

Roeselare

Izegem

Tielt

Psychiatrie

Reconversie

Integratie

Thuismilieu

***Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door  
de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken***

## Voorwoord

De oproep van de overheden om initiatieven te formuleren voor de regio heeft een ganse beweging geactiveerd in de regio Midden West-Vlaanderen. Deze regio, gekenmerkt door een eigen dynamiek, kent vele samenwerkingsverbanden tussen individuen en organisaties. Uit een recente studie “Sterke netwerking, sterkere regio” (2010) blijkt dat deze samenwerkingsverbanden ook intersectoraal zijn en vaak ook van onderuit gegroeid. Intussen heeft de regio ook een gezamenlijke intersectorale strategie naar de toekomst in functie van de maximale realisatie van de sociale grondrechten van de inwoners van de regio ( Regionaal Sociaal Beleidsplan 2010 – 2013: ‘Samen voor meer welzijn’ ). Deze connecties tussen organisaties en individuen zijn niet altijd geformaliseerd, maar overleven wel de oorspronkelijke initiatiefnemers.

Een forum om dit aan elkaar kenbaar te maken was en is nog steeds het regionale *coördinatiecomité* geestelijke gezondheidszorg waarin ook de huisartsen, het CAW en recenter het SEL vertegenwoordigd zijn. Kenmerkend is dat het aantal deelnemers van de verschillende leden niet beperkt wordt, iedereen kan en mag volwaardig aansluiten bij de groep. Van hier uit worden de formele overlegorganen opgericht beschreven onder punt 5.

Binnen dit coördinatiecomité werd een tijd voor de oproep het plan opgevat om in de regio een SWOT-analyse te laten maken door een extern bureau om vanuit die analyse acties te ondernemen. Dit proces is nu volop aan de gang.

Een korte tijd later deed de overheid de oproep projecten in te dienen, via gebruik van artikel 107, waardoor er een interferentie kwam met het gestarte proces van de regionale bevraging. Met de partners werd toen prioriteit gegeven aan het uitwerken van ons eerste voorstel. Sindsdien is een beweging in gang gezet die nu nog altijd vordert en niet meer te stoppen is.

Na de feedback van de overheid zijn we uit volle overtuiging aan de slag gegaan om het project concreter vorm en inhoud te geven. Door de zich ontwikkelende dynamiek en het enthousiasme ontstaan door de oproep bieden zich vele partners aan die allemaal hun steentje (kunnen en willen) bijdragen tot onze missie. Omdat iedereen vertrekt vanuit zijn eigen kennis en kunde en dit ook wil terugvinden in het netwerk is het belangrijk elkaar in open geest en dialoog te ontmoeten om tot een gemeenschappelijke visie te komen.

Het projectvoorstel werd verder geconcretiseerd en kreeg meer consistentie via intensief overleg binnen de functiegebonden werkgroepen. Voor de functie 2 werd een onderscheid gemaakt tussen de acute en de langdurende aanpak. Aan iedere functie werd een denk- en schrijfgroep gekoppeld met telkens een verantwoordelijke voor de redactie van een tekst.

Aan de hand van een sjabloon en een vast tijdsbestek gingen de werkgroepen aan de slag.

Tussentijdse rapporten werden kritisch beoordeeld door een beperkte redactieraad bestaande uit de promotor, de netwerkcoördinator en twee personen vanuit de eerste lijn, waarna ze teruggekoppeld werden naar de denk- en schrijfgroep. Wanneer de teksten geïntegreerd werden in het projectvoorstel werd dit ter beoordeling voorgelegd aan een bredere groep. Opmerkingen kwamen van de huisartsen, familie zorg, CAW, psychiaters, ziekenhuisdirecties, medewerkers van het PAAZ, ... Die amendementen op de tekst werden, indien ze ontbraken of indien ze direct nodig waren voor het beter

begrijpen van de tekst, onmiddellijk opgenomen. Een aantal zal in de loop van het verdere uitwerken van het project meegenomen worden in de diverse deelprojecten.

Naast de gewaardeerde inbreng voor het projectvoorstel wordt vanuit de eerste lijn - in het bijzonder de huisartsen – en van de welzijnszorg, continu reflectie gemaakt naar de missie die vooropgesteld wordt. Zij kennen en beleven 'thuis' en de sociale context het best en verwachten maximale ondersteuning van de tweede en de derde lijn.

Ons project krijgt de naam **PRIT** mee.

PRIT wordt in een eerste gedachte geassocieerd met de gekende tube lijm met de rode dop. Die associatie is symbolisch voor de hechting die we willen verwezenlijken tussen de lijnen en de functies. Maar PRIT gevormd door de eerste letter van de grote steden – **R**oeselare, **I**zegem, **T**ielt - en de gemeente waar het centrum voor psychiatrie en psychotherapie – **P**ittem - heeft ook een andere connotatie. De **P**sychiatrie en meer bepaald de persoon met psychiatrische of psychische problemen is de focus van de beweging. Het is een verder zetten van de eerdere **R**econversies in de richting van een vermaatschappelijking van de zorg. Waar we kunnen moeten we bestaande zaken die goed zijn **I**ntegreren in de volledige regio. Het uitgangspunt, de vertrekbasis is de cliënt en zijn **T**huismilieu. Door een kanteling van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde hulpverlening proberen we het wel-zijn van de regio te verhogen.

Waar we voor de personen met psychiatrische problemen het empowerment-paradigma gebruiken, is dit ook aangewezen voor de organisaties en de gemeenschap waar die organisaties deel van uit maken. Binnen de regio moeten we wat aanwezig is, en dit is niet weinig, proberen te versterken en te verbinden. Net werken aan die verbindingen en die in duidelijke geformaliseerde samenwerkingsverbanden verankeren is de uitdaging van de beleidsorganen van het netwerk.

De beweging naar de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg is enkele jaren terug ingezet maar staat nu op een heel belangrijk kruispunt. Met de beperkte middelen van de regio kunnen we niet de keuze maken de oprit van een snelweg op te rijden maar zijn we genoodzaakt langs landelijke wegen ons doel te bereiken. Waar op het eerste zicht dit geen optimale keuze is, introduceert deze optie vele mogelijkheden. Door de beperkte snelheid kunnen we meer aandacht hebben voor het landschap in al zijn schoonheid, we hebben vaker de mogelijkheden halt te houden, mensen te ontmoeten en uit te nodigen samen op stap te gaan, .... Op ons traject moeten we niet alleen genoodzaakt economisch zijn maar ook ecologisch. Het landschap waar we doortrekken heeft vele waardevolle elementen die we niet mogen vervuilen. Deze waarden moeten gevalideerd en versterkt worden.....

Met het voorliggende programma 107 van PRIT wordt alvast de intentie geformuleerd om te komen tot een geïntegreerde benadering van de doelgroep. Samen met de nulde en de eerste lijn moeten de actoren van de tweede en derde lijn vanuit de perspectieven en mogelijkheden van de cliënten met psychische en psychiatrische problemen komen tot een betere geestelijke gezondheids- en welzijnszorg.

We moeten ook aandacht hebben voor de projecten in de aangrenzende regio's. Een patiënt is mobiel, heeft een keuzevrijheid, heeft een geschiedenis én die is niet altijd in de eigen regio. Als

netwerk moeten we daar rekening mee houden waardoor in de toekomst afspraken gemaakt dienen te worden.

We zijn overtuigd dat de ingeslagen weg naar een betere geestelijke gezondheidszorg de persoon met psychische en psychiatrische problemen en hun familie of naasten ten goede zal komen.

Tot slot willen we de zovele partners, organisaties en personen die de uitwerking van dit projectvoorstel hebben mogelijk gemaakt van harte bedanken.

Lieven Lust  
netwerkcoördinator

Eddy Deproost  
netwerkpromotor

NB De samenwerkingsovereenkomst van 29.10.10 blijft gelden.

Deze kan uitgebreid worden qua partners bij de opstart van het netwerkcomité en de strategische stuurgroep.

## 1. toelichting van de visie van het project

Onze missie is ***mensen met psychische en psychiatrische problemen behandelen, begeleiden en ondersteunen waarbij ze de regie over hun eigen leven kunnen houden en waarbij zij die regie kunnen doen in nauwe aansluiting met de thuisomgeving zodat een optimale participatie aan de ( lokale ) samenleving mogelijk wordt en blijft.***

We engageren ons tot een kwaliteitsvolle zorg en behandeling die uitgaat van de vraag van de cliënten en naaste betrokkenen én die afgestemd is op de bio-psycho-sociale en spirituele noden. We beogen een zorg die tijdig, op maat, veilig, deskundig en effectief is en waarbij we ons baseren op ethische en wetenschappelijk verantwoorde zorg- en behandelvisies en methodieken. Die zorg is gericht op duurzaam herstel, optimale levenskwaliteit en een maximale sociale inclusie.

We wensen dit te doen in vol respect voor de (grond)rechten van elke cliënt, elke psychisch kwetsbare burger.

We vertrekken van een persoonsgerichte benadering waarin contact, dialoog en een waarachtige vertrouwensrelatie het fundament vormen

Als leidraad hanteren we doorheen “het programma” het empowerment paradigma. Het biedt een richtinggevende waarden-oriëntatie en een denk- en handelingskader.

Deze gedachte willen we op drie niveaus realiseren;

- op individueel niveau – power from within  
Individueel, zowel cliënten, familieleden als zorgverleners, spreken we aan op eigen kwaliteiten en krachten, op het ontwikkelen van vaardigheden met toename van zelfbewustzijn, zelfvertrouwen, zelfbepaling in verbondenheid,...
- op collectief niveau – power with  
Collectief stimuleren we de kracht van zelforganisatie en lotgenotencontact, het aanwenden van krachtbronnen in de eigen omgeving, sociale steun van de familie, vrienden of burens.
- op politiek-maatschappelijk niveau – power to.  
Op het breder politiek-maatschappelijk niveau moeten we meewerken vanuit onze krachten om veranderingen door te voeren zoals het bijsturen naar positieve beeldvorming, het beïnvloeden van vooroordelen, betere toegankelijkheid van voorzieningen en hulpbronnen

Zowel de directe en indirecte zorgverlening als het beleidsoverleg willen we verder interdisciplinair uitbouwen waarin enerzijds de bovenstaande visie gedeeld wordt en waarbij anderzijds gewerkt wordt vanuit gelijkwaardigheid en respect voor elkaar eigenheid en deskundigheid.

## 2. Doelgroep

De ontwikkeling van het programma voor onze regio zal finaal betrekking hebben op de volledige populatie van de regio ( kinderen en adolescenten, volwassenen en ouderen ).

Voor dit project ligt de focus op de doelgroep **volwassenen**.

Het continuüm van het leven verplicht ons tegelijkertijd blijvend aandacht te hebben voor de doelgroep kinderen en adolescenten en de doelgroep ouderen. Inzichten, structuren, samenwerkingsverbanden, procedures, richtlijnen, ....ontwikkeld tijdens de pilootfase van de doelgroep volwassenen zullen ongetwijfeld gebruikt worden voor de twee andere doelgroepen.

## 3. Doelstellingen

### 3.1. op niveau van de persoon en context

- De cliënten voelen zich gerespecteerd en behouden maximale verantwoordelijkheid en beheer over de eigen geestelijke gezondheid
- De cliënten krijgen een betere zorg op maat – tijdig, qua impact van ingrijpen, qua veiligheid, qua inhoud en methodiek van het behandelaanbod, qua frequentie en intensiteit, qua duur, qua continuïteit waardoor de problemen niet onnodig toenemen of chronisch worden, waardoor er effectief klinisch en psychosociaal herstel is, waardoor er een hogere levenskwaliteit en een tevredenheid met de zorg kan ontstaan
- De cliënten krijgen meer en betere mogelijkheden om op een volwaardige manier aan het gemeenschaps- en maatschappelijk leven te participeren
- De familie en de context voelen zich nog meer gerespecteerd en betrokken en worden sterker in het bijstaan van en omgaan met hun familielid en zijn/haar geestelijke gezondheidsproblemen. Waar nodig kunnen de partner, het gezin, de familie, de naaste betrokkenen beroep doen op specifieke hulp
- Er wordt gestreefd naar een maximale kwaliteit van leven op de diverse levensdomeinen ( wonen, werken / school, vrije tijd, cultuur, vorming, ... )

Om bovenstaande doelstellingen te verwezenlijken worden volgende acties ondernomen:

- De hulpverleners en de teams worden gevormd en gecoacht om systematisch vraaggestuurd, empowerend, krachtgericht, herstelgericht te werken.
- Ontwikkelen van methodieken van participatie van en overleg met de cliënt en de familie in de directe hulpverlening in de respectievelijke functies
- Realiseren van een geoptimaliseerde balanced care waarbij er duidelijke positieve indicaties afgesproken en gehanteerd worden opdat de patiënt van een goed evenwichtig pakket van generalistische en specialistische hulpverlening gebruik kan maken. De zorg vertrekt maximaal vanuit de thuissituatie en, als dit niet kan, blijft die zorg maximaal gericht op die thuissituatie.

- De directe zorg wordt ondersteund door gepaste instrumenten van assessment / diagnose / indicatiestelling, een door de patiënt mede beheerd individueel zorgplan en zorgdossier, door teamoverleg, door transparante en open zorgcommunicatie waarbij de huisarts in samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg, de spilfiguur is. De directe en de indirecte zorg wordt geborgd door protocollen en procedures
- Inzake opvolging
  - o Outcome-onderzoek: klinische, functionele en levenskwaliteitsresultaten, perceptie en tevredenheid bij cliënten en familie
  - o Performant management van het netwerk, de functies, de klinische zorgverlening waarbij gekende opvolgingsmethodieken gebruikt worden ( procesmanagement, kwaliteitsbeleid en balanced score cards, directe leidinggeving op de werkvloer,...)
  - o Rapportage ten aanzien van het netwerkcomité

### **3.2. op niveau van de organisaties**

- De cliënten(verenigingen) en familie(verenigingen) krijgen meer inspraak in de evaluatie en de verdere ontwikkeling van het zorgaanbod en in de globale beleidsontwikkeling van het netwerk, onder andere door het installeren van overlegfora cliënten / familieleden ( project met U.Gent – verplegingswetenschappen ) en het werken met ervaringsdeskundigen ( project met Katho Roeselare – U.Gent en Inholland Amsterdam )
- Een geïntegreerd en toegankelijk zorgsysteem ontwikkelen afgestemd op de zorgnoden en – vragen op het gebied van algemene gezondheid, geestelijke gezondheid en algemeen welzijn. Subsidiariteit, stepped en balanced care zijn daarbij organiserende principes vanuit de organische samenhang van de functies voor de aangegeven regio.
- Synergie bewerkstelligen door een hechtere en meer transparante integratie van en bestuurlijke samenwerking tussen de organisaties werkzaam op de domeinen van welzijn en geestelijke gezondheid(szorg)
- Opmaken van een duidelijk beleid, procedures, richtlijnen en standaarden voor het netwerk waardoor de cliënt sneller op passende hulp en ondersteuning kan rekenen, zijn begeleidingsproces actief kan sturen en beïnvloeden en zoveel mogelijk binnen de eigen (thuis)context kan blijven
- Een evenwicht zoeken tussen de middelen voorzien voor de verschillende lijnen en de vraag naar middelen vanuit de verschillende lijnen, rekening houdend met de noden/vereisten en de beschikbare middelen
- De partners en alle medewerkers werken vanuit het eigen perspectief en vanuit de eigen deskundigheid actief en constructief mee aan de gemeenschappelijke visie, doelstellingen en behandel- en zorgmethodieken van het project.

De opvolging van deze organisatiedoelstellingen gebeurt op basis van de methoden van goed deugdelijk bestuur en management van het project. Kritische succesfactoren en indicatoren zullen bepaald en opgevolgd worden. Essentieel zijn daarbij bevraging van de cliënten, de familie, de partners, de medewerkers.

### 3.3. op niveau van de gemeenschap

- In samenwerking met andere partners, zoals socio-culturele verenigingen en scholen, proberen we de geestelijke gezondheidszorg te destigmatiseren en een volwaardige en aanvaarde plaats te geven in de gemeenschap
  - In samenwerking met preventiediensten en de LOGO werken we mee aan de bevordering van de geestelijke gezondheid van de burgers.
  - Samen met welzijns- en sociale diensten, met diensten en organisaties in de gemeenschap proberen we een reële hogere inclusie van mensen met psychiatrische problemen te bereiken
- Er worden structurele samenwerkingsakkoorden afgesloten met diverse sectoren en netwerken van organisaties in functie van maximale en structurele samenwerking op één of meerdere levensdomeinen. Deze samenwerkingsakkoorden omvatten een gezamenlijke visie en strategie én sluitende afspraken met betrekking tot concrete samenwerking op cliëntniveau, organisatieniveau en netwerk niveau.

## 4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

### 4.1. situering doelgebied

PRIT is een goed afgebakende, relatief kleine regio zowel op de domeinen economie, werkgelegenheid als welzijn.

Binnen de 2 arrondissementen zijn er 3 kernen ( Roeselare als centrumstad, Izegem, Tielt ) en 14 kleinere gemeenten ( Hooglede, Ingelmunster, Ledegem, Lichtervelde, Moorslede, Staden, Dentergem, Meulebeke, Oostrozebeke, Pittem, Ruiselede, Wielsbeke, Wingene, Ardooi ).





## 4.2. kenmerken van de populatie

In de regio wonen momenteel 234.286 inwoners en de populatie is stijgend tot ongeveer 2021 om dan tegen 2060 te dalen tot terug het huidig aantal.

De verhouding man/vrouw is ongeveer één op één. Het aantal buitenlanders is relatief beperkt, maar stijgende.

De welvaartsindex<sup>1</sup> is 97.3 tegenover Vlaanderen 106.04

Op het gebied van wonen is de woonstabiliteit<sup>2</sup> 8.18, ongeveer 70% van de gezinnen hebben een eigen huis, 4.29% hebben een huis in het kader van de sociale huisvestingsinitiatieven.

Er zijn in de regio ongeveer 2.22‰ mensen die financieel ondersteund worden met een leefloon.

Binnen die groep vertegenwoordigen de personen jonger dan 25 jaar ongeveer 30%.

De werkloosheidsdruk<sup>3</sup> is 4.1

## 4.3. aanwezig aanbod van algemene dienstverlening

In 2010 werd door de Hogeschool Gent een onderzoek gevoerd naar de regionale samenwerkingsverbanden in de regio Midden West-Vlaanderen. Dit gebeurde in opdracht van de West-Vlaamse Intercommunale ( WVI ) en het Midwestoverleg<sup>4</sup> .

Uit de studie blijkt dat de regio Midden West-Vlaanderen, niettegenstaande de ruime regio en de vele kleinere gemeenten, vele en een groeiend aantal samenwerkingsverbanden heeft op diverse beleidsdomeinen:

- algemeen ( meerdere beleidsdomeinen )
- burgerzaken
- cultuur en vrije tijd ( o.a. vrijetijdsdiensten, jeugddiensten, sportdiensten, culturele centra,... )
- leren en onderwijs
- natuur- en milieubeheer
- ondernemen
- ruimtelijke ordening
- toerisme
- veiligheid ( o.a. politiezones )
- zorg en opvang ( o.a. in iedere gemeente OCMW en/of Sociaal huis, huisartsen, SEL,... )
- werk ( o.a. werkwinkels in Roeselare, Izegem en Tielt )

<sup>1</sup> Welvaartsindex: berekend op basis van de inkomens 2006; vergelijkt het gemiddeld inkomen per persoon van het projectgebied met het landelijk gemiddeld inkomen per persoon. De welvaartsindex voor België wordt gelijkgesteld aan 100. West-Vlaanderen 100.47.

<sup>2</sup> Woonstabiliteit: aandeel mensen dat in 2008 op een andere woonplaats gedomicilieerd was dan in 2009

<sup>3</sup> werkloosheidsdruk: aantal niet-werkende werkzoekenden ( inclusief oudere werkzoekenden ) op de potentiële beroepsbevolking ( bevolking tussen 18 en 64 jaar )\*\*

<sup>4</sup> het Midwestoverleg is een structureel overleg van de burgemeesters van de regio

- wonen ( o.a. 3 woondiensten voor de regio Roeselare, Izegem, Tielt )

De meeste samenwerkingsverbanden situeren zich op de gebieden zorg, opvang, werk en wonen. Reeds in 2009 maakte de Regionale Welzijnsraad werk van een regionaal Sociaal Beleidsplan 2010 – 2013. daarin werd een gezamenlijke missie, visie en strategie uitgewerkt in functie van de realisatie van de sociale grondrechten van de inwoners van de regio.

In 2011 wordt verder gewerkt aan een meer integrale en strategische samenwerking binnen de regio in functie van de volgende jaren:

- een integraal streekprogramma op alle beleidsdomeinen
- een sterkere bestuurlijke samenwerking tussen de 17 gemeenten
- krachtenbundeling in functie van expertise voor de regio op de diverse beleidsdomeinen.

Vlaanderen wil in de toekomst ook sterker inzetten op ( stads ) regionale samenwerking, waarbij de centrumsteden motor zijn voor een regio. Ook het recente witboek Interne Staatshervorming ( april 2011 ) wil meer verantwoordelijkheid ( en middelen ) geven aan het lokale en regionale niveau. In dit kader werkt de regio Midden West-Vlaanderen mee aan de regioscreening van alle regio's in Vlaanderen en zal de regio wellicht proeftuin zijn in functie van stadsregionale ontwikkeling. De Regionale Welzijnsraad is binnen deze ontwikkelingen het aanspreekpunt voor het strategisch sociaal beleid in de regio.

In het kader van dit dossier is het de bedoeling om samenwerkingsakkoorden af te sluiten met diverse sectoren en netwerken op regionaal niveau in functie van maximale en structurele samenwerking op één of meerdere levensdomeinen. Deze samenwerkingsakkoorden omvatten een gezamenlijke visie en strategie én sluitende afspraken met betrekking tot concrete samenwerking voor één of meerdere functies op cliëntniveau, organisatieniveau en netwerkniveau.

#### **4.4. aanwezig aanbod van actoren werkzaam voor mensen met psychiatrische en psychische problemen**

Verschillende actoren zijn momenteel werkzaam ten behoeve van mensen met psychiatrische en psychische problemen. De bedoeling van PRIT is dat die actoren ook samenwerkingspartners worden ten behoeve van de doelgroep. In [bijlage 1](#) is een lijst gemaakt van de actoren.

In de regio zijn nu op diverse vlakken netwerken en samenwerkingsverbanden, lokaal als supralokaal aanwezig.

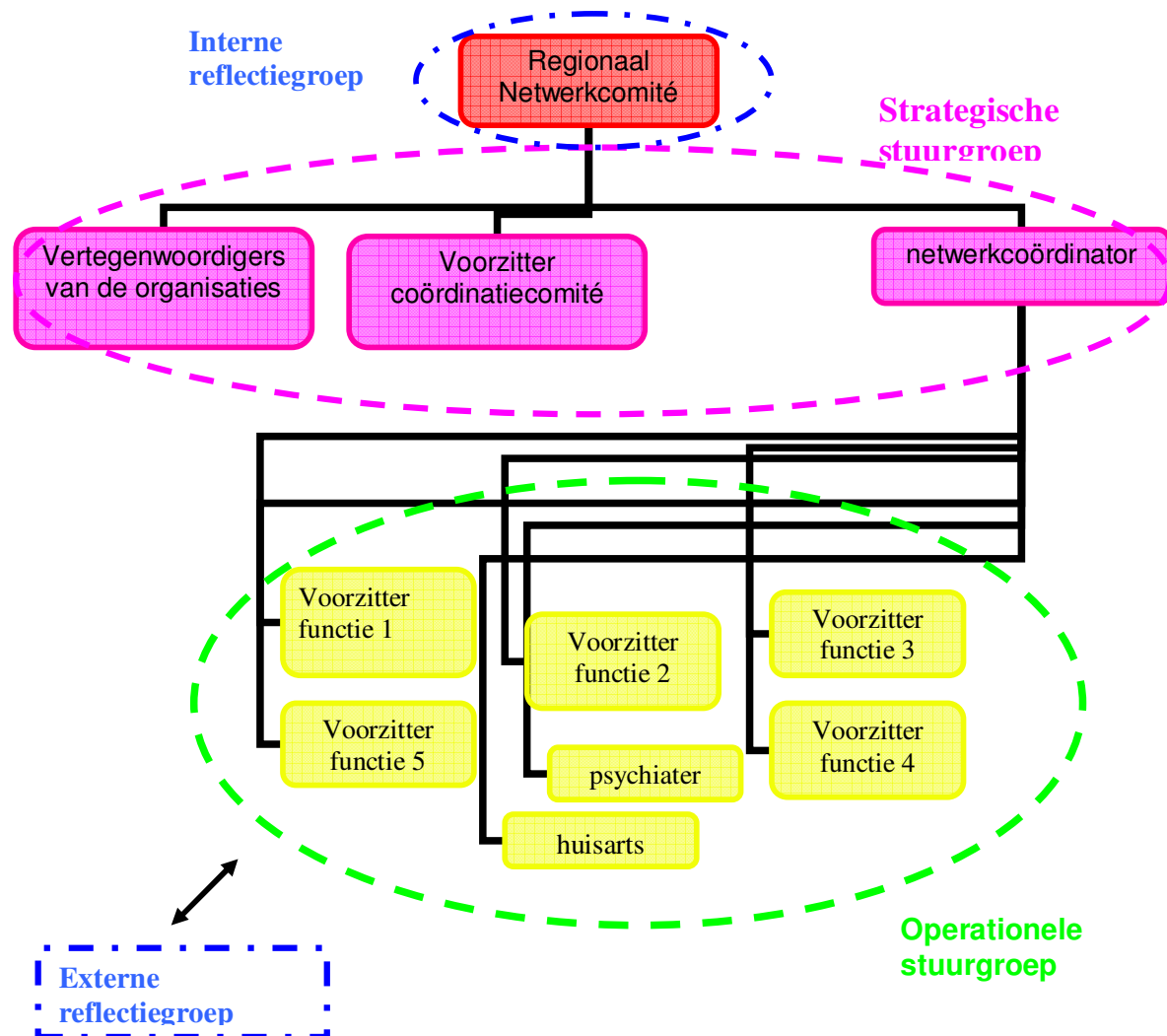
### **5. Beschrijving van de nieuwe structuur**

#### **5.1. Samenstelling van het netwerk**

Het netwerk is een samenwerkingsverband tussen de actoren werkzaam in de eerste lijn en de actoren werkzaam in de tweede en derde lijn in overleg met de familie- en patiëntenverenigingen. Verder wordt het netwerk gedragen door een groot middenveld dat via de nieuwe structuren ad hoc kan participeren op een actieve en/of passieve manier.

Samen kunnen ze zowel de visie van de gewone burger als die van de lokale en regionale beleidsverantwoordelijken beïnvloeden.

De structuur van het netwerk is een gelaagde structuur.



### 5.1.1. regionaal netwerkcomité

Het regionale netwerkcomité is pluridisciplinair en multi-organisatorisch samengesteld. Naast de diverse organisaties die de geestelijke gezondheidszorg vertegenwoordigen zetelen hier ook

vertegenwoordigers van de eerste lijn, de huisartsen, de patiënten- en familieverenigingen. Het is een open vergadering waar iedereen welkom is en een bijdrage kan leveren aan het optimaliseren van de samenwerking en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de regio.

Ten opzichte van het netwerk treden zij op als een interne reflectiegroep waaraan de strategische stuurgroep verantwoording moet afleggen zoals een algemene vergadering van een vzw dit doet voor de raad van bestuur

### **5.1.2. strategische stuurgroep**

In de strategische stuurgroep, die tweemaandelijks samen komt, zetelt van iedere ggz organisatie één vertegenwoordiger. Ook hier is er een zetel voor de familievereniging, de patiëntenvereniging, het CAW, het SEL. Omdat de artsen in deze een belangrijke positie innemen worden voor de psychiaters 2 plaatsen en voor de huisartsen 3 plaatsen voorzien, voor iedere huisartsenkring één.

De voorzitter van het coördinatiecomité geestelijke gezondheidszorg Midden West-Vlaanderen – Ieper - Diksmuide<sup>5</sup>, de netwerkpromotor en de netwerkcoördinator maken eveneens deel uit van de strategische stuurgroep. Op die manier wordt de verbinding met zowel de operationele stuurgroep, als het regionale netwerkcomité verankerd.

De opdrachten toegewezen aan de strategische werkgroep zijn onder andere het opmaken van een duidelijk beleid, een gestructureerd werkplan voor iedere functie, het ontwikkelen van een communicatieplan en –instrumenten en andere taken analoog aan die van een raad van bestuur van een vzw. Het is belangrijk dat binnen de strategische stuurgroep de procedures, richtlijnen en standaarden gevalideerd worden en uniform gemaakt worden over de verschillende functies.

Om bovenstaande te bewerkstelligen is het belangrijk dat de vertegenwoordigers voldoende kennis hebben van de maatschappelijke trends en een inhoudelijke kennis betreffende geestelijke gezondheidszorg, welzijn en andere relevante domeinen naast kennis van HRM en een juridische en financiële expertise.

### **5.1.3. operationele stuurgroep**

De operationele stuurgroep, voorgezeten door de netwerkcoördinator, wordt samengesteld door de voorzitters van de vijf functies aangevuld met de netwerkpromotor, een huisarts en een psychiater. Zij maken en stellen op elkaar af de procedures, de richtlijnen en de standaarden die gebruikt worden op de werkvloer. Belangrijk is dat er op dit niveau speciale aandacht wordt besteed aan de afstemming tussen de verschillende functies.

Op dit niveau worden de procedures betreffende veiligheid, klachten, dossier en andere gemeenschappelijke onderwerpen bepaald.

### **5.1.4. referentiegroep van de functies**

Binnen iedere functie is er een referentiegroep die uit eigen beweging of in opdracht van de operationele en/of strategische stuurgroep procedures en zorgpaden uitschrijft. Iedere referentiegroep wordt door de voorzitter van de referentiegroep voor een bepaalde functie samengesteld uit

---

<sup>5</sup> Dit is het vroegere regionaal coördinatiecomité GGZ dat recent uitgebreid werd met de partners van de regio Ieper en dat voor het regionaal netwerk Ieper-Diksmuide en voor het regionaal netwerk Midden-West-Vlaanderen een overkloepelend regionaal comité is voor deze hele "zorgregio"

veldwerkers, ervaringsdeskundigen en ad hoc leden afhankelijk van de opdracht die ingevuld moet worden. Voor iedere opdracht krijgen ze een duidelijke opdrachtbrief waarin onder andere de tijdspanne bepaald wordt waarin de opdracht uitgevoerd moet worden.

#### **5.1.5. reflectiegroep**

Omdat we willen dat het programma gedragen wordt door een breed veld en een reflectie door niet direct betrokkenen belangrijk is en inspirerend kan werken wordt een externe reflectiegroep bestaande uit geïnteresseerden, belanghebbenden, wetenschappers, docenten, cliënten, politici, .... samengesteld. Zij geven advies, raad, kritische opmerkingen over de werking van het netwerk. Dit kan op vraag van de interne reflectiegroep, de strategische stuurgroep, de operationele stuurgroep en de referentiegroep van de functie maar ook op eigen initiatief.

#### **5.2. Taakverdeling in het netwerk**

Voorafgaande aan de beschrijving van de nieuwe functies zoals voorzien in de Gids, willen wij het belang van de eerste lijn benadrukken.

Mensen met psychiatrische of psychische problemen hebben nood aan een generalistische zorg, net als andere mensen. Zij moeten de beste kwaliteit van zorg – generalistisch en specialistisch - ontvangen volgens het subsidiariteitsprincipe door mensen met de meest aangepaste kwalificaties, afhankelijk van de problematiek van de persoon met psychiatrische of psychische problemen.

Door hun ziektegedrag vertonen de mensen met psychiatrische en psychische problemen vaak problemen in verband met hun werk, hun school, huisvesting en sociale relaties waardoor ze in contact komen met de sociale en maatschappelijke dienstverlening van mutualiteiten, ocmw's, de centra algemeen welzijnswerk en dergelijke. De toegang tot zowel de zojuist vermelde organisaties als de huisarts is gekenmerkt door de laagdrempeligheid.

De huisarts, vanuit de kennis van de context en als vertrouwenspersoon en pleitbezorger van de personen met psychiatrische of psychische problemen, speelt een cruciale rol in de verdere uitbouw van het stepped-care en balanced-care programma van de regio.

De opdracht van de actoren momenteel werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg is niet in de plaats komen van de eerste lijn maar samen met de eerste lijn, waar nodig, zo kort mogelijke interventies uitvoeren. Belangrijke elementen bij die synergie zijn transparantie, open communicatie, duidelijke aanspreekbaarheid en duidelijke taakafspraken binnen de besproken zorgpaden, zorgtrajecten en zorgprogramma's.

Door vroegdetectie, vroegdiagnose en vroeginterventie vanuit de eerste lijn en in het bijzonder de huisarts kan vermeden worden dat de psychische of psychiatrische problematiek bij een persoon in een residentiële setting moeten opgenomen worden of evolueren in de richting van chroniciteit. Maar ook wanneer de psychische of psychiatrische problematiek bij een persoon langdurende zorg vereist is de inbreng van de huisarts als pleitbezorger en spilfiguur noodzakelijk.

We stellen ook vast dat personen met een psychische of psychiatrische aandoening vaak veel medicatie innemen. Daarom pleiten we er voor om naast de vaste huisarts eveneens in de regio te voorzien dat die personen waarbij de huisarts het nodig en nuttig vindt een vaste apotheker aan te stellen die in nauwe samenwerking het medicatiegebruik behartigt.

In wat volgt zal de rol van de eerste lijn niet altijd expliciet vermeld worden maar moet dit altijd voor ogen gehouden worden.

### **5.2.1 functie 1<sup>6</sup>: activiteiten inzake preventie, promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling**

Er bestaat heel wat in de regio. De Kliniek St-Jozef Pittem, al dan niet in samenwerking met andere partners, neemt initiatieven naar jongeren met riskant of beginnend problematisch gebruik van middelen door te werken rond vroeginterventie, naar kinderen van ouders met psychiatrische problemen. Ook het CGG Largo werkt samen met andere partners rond het VDIP project, maar evenzeer wordt in een samenwerking met de huisartsen en het CAW gewerkt aan de preventie van suïcide. Samen met het LOGO wordt door verschillende organisaties gewerkt rond het thema “fit in je hoofd” met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen waarbij de thematiek vertaald wordt naar een goed-gevoel-stoel.

Vanuit de eerste lijn moet hier de jeugdwerking van het CAW vermeld worden die in samenwerking met een cultureel centrum een toneelvoorstelling brengt rond het thema “omgaan met verlies”, met VIVA wordt gewerkt rond de preventie van geweld tegenover meisjes en vrouwen, naast hun aandacht voor assertiviteitstrainingen, chataanbod en de vorming rond cyberpesten. Ook de steden leveren in een samenwerking een bijdrage. Zo zijn er engagementen van de stad Roeselare, in samenwerking met de VAD naar de vele scholen.

Ondanks de vele initiatieven zijn er een aantal lacunes waar in de toekomst een antwoord moet op gevonden worden binnen het netwerk. Het bereiken van kleinere gemeenten, waar de problematiek niet minder is, blijft een zorg. Het appel vanuit het opvangcentrum voor asielzoekers in de gemeente Wingene is duidelijk en moet gehoord worden.

De vragen, de initiatieven voortvloeiend uit de omschrijving van functie 1 kunnen niet gedragen worden door één organisatie. Om de initiatieven haalbaar te houden over een langere periode is een samenwerking en afstemming van verschillende actoren noodzakelijk. Vanuit het netwerk PRIT worden acties op de twee deelaspecten van functie 1 in overweging genomen, waarvan er exemplarisch een aantal worden toegelicht. Afhankelijk van de actie worden verschillende actoren betrokken maar alle acties gebeuren in een open overleg met de verschillende actoren van het netwerk.

---

<sup>6</sup> de verschillende functies werden uitgeschreven in schrijfgroepen samengesteld uit een voorzitter en geïnteresseerden. De basis die gebruikt werd om de denk- en schrijfgroepen op weg te plaatsen bestond uit volgende vragen:

- wat is het bestaande aanbod?
- welke zijn de huidige lacunes?
- Welke zijn de doelstellingen van de functie?
- Welke activiteiten kunnen vanuit de doelstellingen gekoppeld worden?
- Welke connecties zijn er met de andere functies?

Telkenmale werden de teksten doorgestuurd naar iedereen van de grote werkgroep 107; zij waren vrij die teksten verder aan te vullen, andere personen de teksten te laten beoordelen en aanvullen,... De denk- en schrijfgroepen kwamen in hun eigen tempo bijeen om de teksten in plenum te bespreken. Ook hier was de aanwezigheid onbeperkt. Finaal bracht een redactieraad alles samen tot een tekst die hetzelfde circuit doorliep.

### **Promotie van de geestelijke gezondheid(szorg) en outreaching naar belendende sectoren**

Als eerste actie wil het netwerk via educatie van de bevolking de geestelijke gezondheid(szorg) verder destigmatiseren. Zo gaan de geestelijke gezondheidszorgpartners in de regio samen met de lokale besturen een aantal initiatieven nemen in die richting. Er zijn sensibiliserende culturele activiteiten voor de vele scholen zoals “ De wereld op zijn Kopp” of “Te Gek!? Intiem”. Bij die activiteiten wordt er steeds aandacht besteed aan voorafgaande of opvolgende gespreksmomenten met de jongeren. Voor professionelen niet werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg worden vormingsmomenten gegeven, alsook aan patiënten en hun familie. Bij de kwetsbare groepen zoals jongvolwassenen, asielzoekers, mensen in armoede wordt geestelijke gezondheid bespreekbaar gemaakt via de inloophuizen in Izegem en Roeselare. Met de steun van het provinciale overlegplatform GGZ, LOGO, de ggz-coach, de coördinatoren Lokaal Sociaal Beleid uit de verschillende gemeenten en de lokale preventiewerkers werkt men aan een uitbreiding van die educatieve initiatieven zowel naar het aantal, als naar het doelpubliek. Het betrekken van ervaringsdeskundigen en SIMILES is hier een aandachtspunt.

Vaststellend dat in de regio het sterftecijfer ten gevolge van suïcide hoog is moet de promotie van de suïcidepreventiewerking verder aandacht krijgen. De preventieteams van de beide CGG gaan zich verder richten op intermediairen ( huisartsen, welzijnswerkers, leerkrachten,CLB...) met als doel hen inhoudelijk te ondersteunen en bij te scholen naast het blijvend coachen van de beleidsontwikkeling van organisaties.

Als derde voorbeeld van acties in dit domein wordt gesteld dat de outreaching vanuit de CGG behouden en versterkt moet worden. De ondersteunende aanwezigheid van een kinderpsycholoog vanuit het CGG Largo in de werking binnen de residentiële werking van het CAW voor vrouwen en kinderen die slachtoffer zijn van partnergeweld kan hier als voorbeeld aangebracht worden.

### **Vroegdetectie – vroegdiagnose en vroeginterventie**

Het tijdig detecteren van signalen die wijzen op psychische gezondheidsklachten past volledig binnen de visie van de getrapte zorg waar we ons voor inzetten samen met de eerste lijn.

Naast het alom gekende VDIP-project willen we de regio warm maken voor de uitbouw van het systeem van eerste lijn psycholoog. De aanwezigheid van een eerste lijn psycholoog in bijvoorbeeld een huisartsenhuis brengt dit aanbod dicht bij de gebruiker door de laagdrempeligheid. Andere initiatieven, zoals de uibouw van buurtcentra moet verder geëxploreerd worden met de eerste lijn. In een samenwerking van actoren geestelijke gezondheidszorg, VAD en stad Roeselare wordt er verder werk gemaakt van de uitbouw van een groepsaanbod vroeginterventie. Dit project richt zich tot jongeren uit het secundair onderwijs, die riskant of beginnend problematisch middelengebruik. De jongere zelf moet ( nog ) niet gemotiveerd zijn om iets aan zijn gebruik te veranderen. De omgeving ( CLB, school, ouders, ... ) van de jongere daarentegen maakt zich zorgen en vindt verandering noodzakelijk.

Hier moeten we zeker aandacht hebben voor de rol van de huisarts en van het team psychiatrische zorg in de thuissituatie. Dit team profileert zich als belangrijke sensibilisator en coach van de reguliere thuiszorg met betrekking tot de doelgroep van de personen met psychische en psychiatrische

problematiek. Verder fungeren ze als belangrijke liaison tussen de reguliere thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. De voorbij jaren werd er door het team van onze regio werk gemaakt van het sensibiliseren van de eerstelijns diensten voor onze doelgroep gebaseerd op een goede samenwerking met en inbedding in het SEL. Op casusniveau coachen de teamleden de medewerkers van de reguliere thuiszorg waardoor er knowhow en bereidheid is om die personen met psychische en psychiatrische problematiek te includeren.

Maar ook binnen de algemene ziekenhuizen wordt outreachend gewerkt. Op de spoedopnames van de algemene ziekenhuizen wordt het IPEO<sup>7</sup>-instrument geïntroduceerd en geïmplementeerd. Maar meer dan het invoeren van dit instrument wordt door de educatie de thematiek van suïcide en de opvang van de personen die een suïcidepoging en hun familie bespreekbaar en beleefbaar gemaakt. Het gepaster benaderen van die patiënten verbetert de outcome, ook naar de eerste lijn.

Als laatste voorbeeld van te ondernemen actie vernoemen we de intentie het begeleidingsaanbod te intensifiëren voor de asielzoekers in het opvangcentrum van Wingene. In samenwerking met het lokale bestuur zoeken we manieren om vanuit het CAW en het CGG een ruimer welzijns- en geestelijke gezondheidsaanbod aan te bieden voor de asielzoekers die tijdelijk in het opvangcentrum verblijven.

Zoals eerder aangegeven is de functie 1 een gemeenschappelijke opdracht voor alle actoren. Vertrekkende vanuit de eigen missie van elke organisatie kan er meer of minder aandacht aan besteed worden. Vanuit diezelfde invalshoek kan hetzelfde gesteld worden naar de andere functies van het model. Toch willen we hier bijzondere aandacht voor de relatie met functie 3; via de diverse en veelvuldige ontmoetingen in het kader van de activiteiten passend binnen functie 1 kan herstel bevorderd worden én kan er aandacht zijn voor vroegdetectie en hervalsignalen. Deze functie zal opgenomen worden in samenwerkingsakkoorden met diverse sectoren en netwerken op regionaal niveau in functie van maximale en structurele samenwerking ( bv. sector leren en onderwijs / CLB, sector zorg en opvang ).

### **5.2.2 functie 2: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen**

Voor bepaalde personen binnen de grote groep van personen met psychische en psychiatrische problemen is een meer gespecialiseerd zorgaanbod nodig dan hetgeen de eerste lijn en de huisarts, al dan niet ondersteund door een eerste lijn psycholoog, als antwoord kan aanbieden op de vraag van die doelgroep.

Het initiatief van psychiatrische zorg in de thuissituatie - in samenwerking met de referentiepersonen in de reguliere thuis- en gezinszorg en de mutualiteiten, waar we in de regio ruime ervaring mee hebben, bewijst het belang en de noodzaak van een dergelijk aanbod. Waar het team psychiatrische zorg in de thuissituatie zich veelal noodgedwongen moet beperken tot coördinatie en coaching van intermediairen zal de invulling van de functie de mogelijkheden bieden om meer therapeutisch te werken.

---

<sup>7</sup> IPEO: Instrument voor eerste Psychosociale Evaluatie en Opvang



Een aantal items is zowel bij het ambulant intensief behandelteam voor acute psychiatrische problemen als het ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen gelijklopend en worden na het meer specifieke behandeld:

- aanmelding
- dossier
- interdisciplinair overleg
- de rechten van de patiënt

### **Ambulant Intensief behandelteam voor acute psychische problemen**

Het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen treedt niet op in crisissituaties waarbij de *permanente* aanwezigheid van zorgverleners in de directe omgeving van de persoon met psychische en psychiatrische problemen vereist is en ook niet bij levensbedreigende situaties voor de persoon met psychische en psychiatrische problemen of de omgeving. In beide gevallen is een residentiële interventie noodzakelijk. Bij de levensbedreigende situaties in het thuismilieu moet verder beroep gedaan worden op de goed uitgebouwde diensten van de hulpcentra 100.

Om een inschatting te kunnen maken van het risico kunnen beoordelingsschalen gebruikt worden zoals het beoordelingsschema van de American Association of Community Psychiatrists of de Britse Threshold Assessment Grid. Belangrijk is daarbij te vermelden dat de klinische beoordeling van de huisarts of de andere gezondheidszorgwerkers bepalend is, de instrumenten zijn enkel richtinggevend en ondersteunend.

De doelgroep van het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen zijn die personen met ernstige psychiatrische as I problematiek met nood aan een acute interventie die zonder een interventie in het thuismilieu een opname noodzaken.

Een bijzondere aandacht wordt gegeven aan specifieke groepen:

- personen in wachttijd voor opname bij onvoldoende capaciteit
- hoog kwetsbare en hoogrisicogroepen; jongvolwassenen, sociaal zwakkere populatie
- ernstige psychotische, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen ( type borderline ) met multi-problem situatie
- personen na een suïcidepoging
- opgenomen patiënten uit de regio die in aanmerking komen voor een vervroegd ontslag uit een residentiële setting

Conform internationale aanbevelingen wordt exclusie gemaakt van

- personen in een psychosociale crisis
- personen met primair middelenmisbruik
- personen met lichte vormen van angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen

omdat deze personen door de huisarts, eventueel met ondersteuning van de eerste lijn psycholoog of met advies van een psychiater, door ambulant werkende psychiaters en psychotherapeuten ( in CGG, privépraktijk, polikliniek ) kunnen behandeld worden.

Een tweede groep waar momenteel exclusie gemaakt wordt zijn de personen met een mentale beperking en een psychische en psychiatrische problematiek. Hoewel er binnen die populatie nood is aan ondersteuning en interventies vanuit de sector van de geestelijke gezondheidszorg komt dit (voorlopig ) niet aan de orde. Hier zullen verdere contacten en overleg met de sector van de gehandicaptenzorg noodzakelijk zijn om tot een symbiose te komen van deze twee specialiteiten.

Door het inzetten van het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen wordt ernaar gestreefd volgende algemene doelstellingen te realiseren. Met het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen wordt een adequate respons thuis aangeboden als ondersteuning van de huisarts en de eerste lijn bij de zich aangeboden problematiek. In samenspraak met de huisarts<sup>8</sup> wordt een assessment gedaan, een behandelplan opgesteld. Belangrijk daarbij is dat er voldoende ondersteuning kan gevonden worden binnen de context van de persoon met psychische en psychiatrische problemen. Het is een inherente opdracht voor het team dat er voldoende én voldoende intensieve ondersteuning gegeven wordt aan de context. In ieder geval heeft de inzet van het team als doel enerzijds een opname in een residentiële setting te vermijden, draaideurcycli te doorbreken, maar evenzeer een vervroegd ontslag mogelijk te maken.

Bij de specifieke werking van het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen moeten een aantal duidelijke afspraken gemaakt worden. Deze afspraken worden vastgelegd in een beleid, in procedures, in richtlijnen en in standaarden, die op een duidelijke en transparante manier gecommuniceerd worden naar de professionelen, maar ook naar de patiënt en zijn context. Er moeten duidelijke procedures zijn voor de intakefase waarbij rekening gehouden wordt met onder andere veiligheid van de patiënt en veiligheid van de context, zoals eerder aangegeven. Het cruciale belang van efficiënte voorafgaande informatiegaring is hier primordiaal om de vraag van de patiënt, de behoeften van de mantelzorgers en de behoeften van de context te kennen. Hiervoor kunnen zowel huidige behandelaars als ex-behandelaars gecontacteerd worden.

Na het verkennende gesprek wordt een specifiek risico assessment opgesteld en een eerste veiligheidsplan met betrokkenheid van de thuiscontext. In samenspraak met de huisarts en met de behandelende psychiater, indien die gekend en bereikbaar is, wordt medicatie toegediend en ingeschakeld.

Indien verdere interventies in het thuismilieu niet haalbaar of gerechtvaardigd zijn moet het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen beroep kunnen doen op een “bed op recept” waardoor er een time-out kan gebeuren zonder “echte” opname of een reguliere opname in een residentieel bed.

---

<sup>8</sup> Indien er geen vaste huisarts is wordt samen met de patiënt een vaste huisarts gezocht. Tegelijkertijd wordt een vaste apotheker aan- en/of afgesproken.

Ook bij het beëindigen van de interventies van het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen moet er een duidelijke communicatie zijn in functie van de zorgcontinuïteit. Hier zijn een aantal mogelijkheden, die elk hun eigen procedure zullen hebben: verdere interventies van gespecialiseerde zorg is niet verder vereist, de verdere tussenkomst van het ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen is wenselijk of een residentiële fase is aan de orde. Bijzondere aandacht moet besteed worden aan die personen met psychische en psychiatrische problemen die uit het systeem stappen door een eigen keuze of door verhuizen naar een locatie die niet behoort tot het werkterrein van het team en/of de regio. Ook hier is een duidelijke communicatie noodzakelijk.

De interventies van het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen zijn velerlei gaande van volgehouden crisisinterventie en crisisstabilisatie, medicatievoorziening, veiligheidsplan, psychosociale en educatieve interventies, praktische hulp, interventies i.v.m. familie en context, terugvalpreventie,..... Deze interventies kunnen gecombineerd worden met ambulante of poliklinische therapie / educatie / training / dagklinische zorg georganiseerd vanuit de centra geestelijke gezondheidszorg, de ziekenhuizen, private psychiaters en psychotherapeuten.

Door de verscheidenheid aan interventieaanbod wordt het team multidisciplinair samengesteld. In het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen stellen we een gemiddelde staff/cliëntratio voor van 1 op 10 en een caseload van 30 cliënten per maand. Afhankelijk van de ernst en de aard van de aangeboden problemen bij de patiënt met psychische en psychiatrische problemen is er een individuele inzet of een transdisciplinaire shared caseload.

Het team bestaat uit 9 à 10 medewerkers. Op weekdays voorzien we twee werkblokken van 8 uren tussen 8u en 22u door telkens 2 personen. Op zaterdag, zon- en feestdagen wordt dit beperkt tot 1 werkblok tussen 10u en 19u door 2 personen; tijdens de resterende uren is er een oproepbare wachtdienst door een eerste en een tweede persoon met wachtdienst.

Van de teamleden wordt gevraagd 75% van hun arbeidstijd (inclusief verplaatsingen) te besteden aan rechtstreeks contact met de patiënt. Tijdens de acute periode van maximum 4 weken zijn er intensieve tot minder intensieve contacten voorzien afhankelijk van de nood, de wens van de cliënt en de familie. Ideaal zijn deze contacten face to face, in uitzonderlijke en afgesproken situaties kan een telefonisch contact afgesproken worden. Verzwarende omstandigheden die de frequentie kunnen doen verhogen zijn medicatieaanpassing, verergeren van de symptomen, gezondheidsproblemen, een aangrijpende gebeurtenis of een opstarten van een nieuwe activiteit zoals werk/school.

Naast een meewerkende coördinator voorzien wij in het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen een psycholoog, maatschappelijk werkers of sociaal verpleegkundigen, psychiatrisch verpleegkundigen, een ervaringsdeskundige van zodra die gevormd zijn, een specialist middelenmisbruik en een administratieve medewerker<sup>9</sup>

Er is een psychiater toegevoegd aan het team. Hij draagt de medische verantwoordelijkheid van het team. De huisarts en de psychiater spreken samen de behandeling af voor de individuele patiënt.

<sup>9</sup> In de pilootfase zal de administratief medewerker ingezet worden voor beide behandelteams

Op afroep kan bijkomend beroep gedaan worden op een ergotherapeut, een deskundige gezinstherapie, een deskundige werkbegeleiding,.....

### **Ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen**

De personen die in aanmerking komen om gevolgd te worden door het ambulant intensief behandelteam voor chronische problemen zijn personen met een psychiatrische stoornis op as I, die beperkt zijn in hun sociaal functioneren en waarbij de problematiek een chronisch verloop kent of dreigt te hebben. De problematiek is min of meer complex, er zijn zorgvragen op meerdere levensgebieden en er is een langdurig contact met de geestelijke gezondheidszorg momenteel of in de toekomst aanwezig. Het doel is die personen maximaal te integreren in de maatschappij volgens de mogelijkheden van zowel het individu als de maatschappij.

Hier gaat speciale aandacht naar de hoog risico en hoog kwetsbare groepen, de huidige populatie bediend door de medewerkers van de psychiatrische zorg in de thuissituatie en de groep personen met psychische en psychiatrische problemen die uit de zorg dreigen te vallen ( drop out vermijden ). Een bijkomende groep van personen zijn die personen opgenomen uit de regio die in aanmerking komen voor een ( vervroegd ) ontslag en die meteen kunnen begeleid worden in het kader van continuïteit van zorg, consolidatie van behandeling, ontwikkeling van vaardigheden en competenties, terugvalpreventie, recovery,.....

Om opgenomen te worden op het "bord" van het ambulant intensief behandelteam voor chronische problemen is er steeds een intake in overleg met de huisarts en de eerste lijn. In het zorgplan worden duidelijke afspraken gemaakt ( wie doet wat wanneer ).

Binnen de context van de benadering van het ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen zijn verschillende modellen aanwezig. Een combinatie van de diverse modellen lijkt aangewezen in functie van de zich aanbiedende personen met psychische en psychiatrische problemen die zich aanmelden en opgenomen worden in het programma. Het FACT-model van van Veldhuizen, het strengths-model van Rapp, de assertive community treatment, zijn invalshoeken die de strategie van het team zullen bepalen.

Ook hier is het team multidisciplinair samengesteld. In het ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen stellen we een gemiddelde staff/cliëntratio voor van 1 op 10 en een caseload van 30 cliënten per maand. Afhankelijk van de ernst en de aard van de aangeboden problemen bij de patiënt met psychische en psychiatrische problemen is er een individuele inzet of een transdisciplinaire shared caseload.

Het team bestaat uit 10 medewerkers. We voorzien het team enkel op weekdays tussen 8u en 17u . Op zaterdag, zon- en feestdagen en buiten de aanwezigheid van het team wordt een oproepbare wacht voorzien. Indien de persoon met wachtdienst oordeelt dat er een acute situatie aanwezig is of groeiende is kan contact opgenomen worden met het ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen.

Het ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen heeft een meewerkende coördinator, psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of sociaal verpleegkundigen, een psycholoog, een ervaringsdeskundige. Desgewenst kan beroep gedaan worden op bijkomende

personen in functie van de zich aanbiedende problemen; een ergotherapeut, een werkdeskundige, een vrije tijddeskundige. Aan het team is een psychiater(-functie ) verbonden. De huisarts en de psychiater spreken samen de behandeling af voor de individuele patiënt.

De gedurende 10 jaar opgedane ervaringen door het team psychiatrische zorg in de thuissituatie kunnen hier zeker als basis gebruikt worden. Het team PZT wordt functioneel geïntegreerd binnen dit team.

### **Gemeenschappelijke items**

#### Aanmeldingsnummer

In een eerste fase kunnen een beperkt maar toch al een ruim aantal personen en organisaties een aanmelding doen bij de beide ambulante intensieve behandelteams. De aanmelders behoren allen tot de sector welzijn en ( geestelijke )gezondheidszorg. In eerste instantie de huisarts, maar ook de spoedopnames van de algemene ziekenhuizen, de talrijke private therapeuten, het CAW, de diensten maatschappelijk werk van de mutualiteiten, het PAAZ, het centrum voor psychiatrie en psychotherapie, de Centra Geestelijke Gezondheidszorg, Beschut Wonen, ..... Voor de aanmeldingen voor het ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen moet onderzocht worden samen met de cliënten en de huisartsen hoe dit op een duidelijke, laagdrempelige manier kan gebeuren. Hierbij moeten we tevens rekening houden met het gevaar van het dichtslippen van het systeem. Gezien de beide ambulante behandelteams in nauwe samenwerking met de actoren van de geestelijke gezondheidszorg, de welzijnssector en de thuiszorgsector werken, kunnen verwijzingen vanuit een groot aantal organisaties en personen verwacht worden. In een eerste fase zullen er vermoedelijk personen verwezen worden die niet dienen geïncludeerd te worden voor de ambulante behandelteams. Een proces van verduidelijking van de inclusiecriteria en doorverwijzing naar de geschikte dienstverlening zal dan aangewezen zijn. Om een maximale toegankelijkheid van de ambulante behandelteams te realiseren is een eenvoudige intakeprocedure, afgestemd op de werksetting van de verwijzer een must. Bij rechtstreekse contactname van cliënten of mantelzorgers worden zij verzocht om de aanvraag te doen met hun huisarts of een andere betrokken hulpverlener. In een latere fase willen we de aanmeldingen ook open stellen voor de politie, de diensten sociale huisvesting, de diensten woonbegeleiding,....

Wij opteren om deze aanmelding te koppelen aan een uniek nummer dat doorgekoppeld kan worden naar een coördinator of een wachtdienst. Hoe dit precies in zijn werk zal gaan moet nog verder onderzocht worden met de diverse actoren. De praktische uitwerking wordt besproken met een telecommunicatiebedrijf.

#### Dossier

Ieder aangemelde persoon met psychische en psychiatrische problemen heeft een eigen persoonlijk dossier. Dit dossier bevat naast de assessments, de zorgplannen<sup>10</sup>, de aard van de geleverde hulpverlening, de belangrijke personen/organisaties voor die cliënt, de evolutie van de cliënt. Ideaal

<sup>10</sup> met zorgplannen worden zowel behandel- als begeleidingsplannen bedoeld

zou het zijn dat dit dossier deel uitmaakt van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier te gebruiken doorheen alle lijnen.

Voorlopig houden we dit dossier in “eigendom” van de huisarts buiten de interventieperioden van de ambulante intensieve behandelteams. Tijdens de interventieperioden worden de dossiers beheerd door de ambulante intensieve behandelteams. De richtlijnen betreffende beroepsgeheim, privacy en gebruik door middel van beveiligingsniveaus moeten hier verder uitgewerkt worden.

Een belangrijk element van het individuele dossier is het zorgplan. Het zorgplan wordt opgevat als een dynamisch proces dat rekening houdt met de ( sociale ) context, de klinische aanbevelingen en de voorkeuren van de patiënt.

#### Interdisciplinair overleg

Wanneer vele spelers op het veld aanwezig zijn is overleg noodzakelijk. Dit overleg moet op verschillende niveaus gebeuren.

Wanneer binnen het ambulant intensief behandelteam verschillende teamleden vanuit verschillende disciplines interveniëren bij de patiënt dan is interdisciplinair teamoverleg noodzakelijk. Dit overleg wordt georganiseerd door de teamcoördinator. Afspraken, richtlijnen, aandachtspunten die onder andere via dit overleg aangebracht worden, worden op een transparante wijze gecommuniceerd naar alle leden. Dit gebeurt via het “bord”, een overzicht van de verschillende “actieve” cliënten waarbij interventies gepland worden.

Op geregelde tijdstippen is er overleg noodzakelijk tussen het ambulant intensief behandelteam en de eerste lijn diensten samen met de huisarts. Dit overleg wordt ofwel gehouden op vaste tijdstippen of ad hoc samengeroepen naar aanleiding van een gebeurtenis. Zowel de zorgcoördinator van de eerste lijn als de coördinator van het ambulant intensief behandelteam kan hier organisator zijn.

#### De rechten van de patiënt

Naar analogie met de regelgeving in de andere organisaties van de geestelijke gezondheidszorg moeten in deze functie de rechten van de patiënt door alle leden van het team gekend zijn en gerespecteerd worden. De teams geven geïndividualiseerde zorg met respect voor de eigenheid van de patiënt zonder discriminatie. De patiënt heeft recht op vertrouwelijkheid en de nodige, verstaanbare informatie over zijn zorgplan zodat hij geïnformeerd akkoord kan gaan met zijn medicatie en behandeling.

Daarnaast hebben de teams ook een beleid voor het ontvangen en behandelen van klachten met procedures gebaseerd op transparantie, toegankelijkheid, vertrouwen en duidelijke termijnen waarbinnen de klachten behandeld moeten worden met een duidelijke en continue feedback.

Wanneer beroep gedaan moet worden om de vertrouwenspersoon zal beroep gedaan worden om de ombudsfunctie zoals die is geïnstalleerd binnen de schoot van het Provinciaal Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg van de Provincie West-Vlaanderen.

### **5.2.3 functie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie**

Binnen de regio zijn, net zoals in andere regio's, vele en diverse initiatieven ontstaan rond ontmoeting en opvang, dagactivering, herstelgerichte activiteiten en sociale inclusie van sociaal kwetsbare

personen. Ook voor de personen met psychische en psychiatrische problemen zijn er organisaties werkzaam.

Hier willen we een aantal belangrijke doelstellingen en acties formuleren in het kader van het project.

Algemene doelstellingen

#### **5.2.3.1 op niveau van de persoon**

We versterken en systematiseren een vraaggerichte, krachtgerichte zorg die rehabilitatie- en herstelactiviteiten op maat aanbiedt in nauwe samenwerking met de andere functies. In het bijzonder is er intensieve samenwerking met het ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen waarbij voor specifieke trajecten ( bv. arbeid ) binnen het team van de functie rehabilitatie kan beroep gedaan worden op complementair werkende case-manager of trajectbegeleiders

#### **5.2.3.2 op niveau van de organisatie**

Er komen veel sterkere verbindingen tussen de verscheidene lokale en regionale diensten op het vlak van gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg. Inbedding zoeken in organisaties op verschillende domeinen die zich richten op kwetsbare doelgroepen zal een permanente opdracht zijn en blijven.

Verder streven we naar een verdergaande integratie van het aanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg.

#### **5.2.3.3 op niveau van de maatschappij**

Door het bestendigen van initiatieven of het introduceren van nieuwe initiatieven proberen we de beeldvorming betreffende de geestelijke gezondheidszorg binnen de sectoren arbeid, vrije tijd, arbeid, sport, cultuur .... te beïnvloeden. De cliënten worden maximaal geïntegreerd in het uiteenlopende aanbod in de gemeenschap rond de genoemde deeldomeinen.

We werken mee aan de maximale integratie van cliënten in een reguliere tewerkstelling of indien niet mogelijk in andere volwaardige alternatieve arbeidsmogelijkheden.

We exploreren de wenselijkheid en de mate waarin specifieke programma's van rehabilitatie beter doorgaan binnen de geestelijke gezondheidszorg of beter in andere gezondheidsdiensten ( bv. huisartsenhuus ) of beter in gemeenschapsverenigingen ( bv. dienstencentra )

#### **5.2.3.4 exemplarische specifieke doelstellingen (zie ook bijlage 3)**

- arbeid: beperkte uitbreiding van het aanbod in de activiteitencentra én in het psychiatrisch ziekenhuis
  - o voorlopig worden in Roeselare 2 groepsactiviteiten toegevoegd; een creatief atelier en een relaxatietraining; in Tielt wordt vanuit het psychiatrisch ziekenhuis een 0.8 fte ergotherapeut gedetacheerd. Een verdere uitbouw wordt geëxploreerd
  - o Er is een uitbreiding van de intensieve preprofessionele training georganiseerd vanuit het psychiatrisch ziekenhuis. Van een 10-uren pakket ( houtbewerking, tuin, semi-industrieel werk, e.a. ) wordt geëvolueerd naar een 30-uren pakket ( kaarsenatelier, fietsenatelier, administratief atelier, psychosociale competentietraining )

- Verder wordt het aanbod van jobcoaching en het tenderproject<sup>11</sup> geconsolideerd en zo mogelijk uitgebreid
- wonen en huishouden:
  - aanbieden van huishoudelijke training ( huishouden, budgettering ) in het Open Forum voor Persoonsvorming
  - uitvoeren van het pas toegekende woon- en zorgproject; een samenwerking met de sociale bouwmaatschappij
- vrije tijd / sport / cultuur
  - borgen en verder stimuleren van participatie aan het bestaand sociaal lokaal of regionaal aanbod voor de bevolking
  - consolideren en uitbreiden van participatie van cliënten aan fitnesscentra, een spinningactiviteit ( in samenwerking met de gemeente Pittem ), een badmintonclub in de regio, paardensport,..... Voor de cliënten die daarbij steun nodig hebben wordt een halftijds vrijetijdscoach voorzien
  - er wordt verder gestalte gegeven aan een inloophuis in Roeselare
  - er is verder participatie aan de activiteiten van de diverse dienstencentra
- relaties / gezin / familie
  - voor de meest kwetsbare doelgroep exploreren we bijkomende mogelijkheden tot laagdrempelige ontmoeting ( in buurten ) van waaruit mensen kunnen gemotiveerd worden op zorg in te gaan
  - via steun, educatie en training in het Open Forum voor Persoonsvorming worden de competenties van cliënten en hun familie versterkt; training sociale en relationele vaardigheid, familiegroepen, zelfhulpgroepen, omgaan met kinderen, omgaan met conflicten, KOPP-sessies
- (geestelijke) gezondheid
  - aanbod van herstelgerichte therapieën en van kort- of langdurige cycli van educatie en training in het Open Forum voor Persoonsvorming die het zelfmanagement versterken
    - symptoommanagement, terugvalpreventie, medicatietrouw, gezonde levensstijl,...
    - relaxatie, mindfulness,...
    - trainingen gebaseerd op de dialectische gedragstherapie, empowerende training in het omgaan met agressief gedrag ( project met FOD in samenwerking met UGent ), zelfverwondend gedrag ( in samenwerking met Lectoraat Inholland Amsterdam en de Nederlandse Landelijke Stichting Zelfbeschadiging )

Uiteraard zal functie 3 een zeer nauwe samenwerking hebben met de functie 2b. We voorzien dan ook dat er zeer regelmatig structureel overleg zal zijn tussen beide functies en dat de beide teams een hechte samenwerkingsrelatie ontwikkelen.

---

<sup>11</sup> het tenderproject is een samenwerking tussen VDAB, het psychiatrische ziekenhuis en de activiteitencentra



In het kader van deze functie kunnen initiatieven opgenomen worden in samenwerkingsakkoorden met diverse sectoren en netwerken op regionaal niveau in functie van maximale en structurele samenwerking (bv sector leren en onderwijs, cultuur en vrije tijd, ondernemen, veiligheid, sector zorg en opvang, wonen, werken,...) Voor deze functie zijn dergelijke samenwerkingsakkoorden cruciaal in functie van een maximale maatschappelijke inclusie.

#### **5.2.4 functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is**

Binnen de functie worden de “residentiële” behandelunits versterkt om de opnamen van patiënten in een bed in de eerste plaats te vermijden door intensievere dagbehandeling en poliklinische behandeling. Anderzijds worden de opnames waar mogelijk, verantwoord of noodzakelijk te beperken in de tijd door de werking te intensifiëren en door actiever beroep te doen op de andere functies van het netwerk.

We weten dat er binnen de regio beperkingen zijn voor een aantal doelgroepen zoals de forensische psychiatrische patiënten, personen met een psychiatrische problematiek gekoppeld aan illegale middelen, personen met een mentale handicap die een psychiatrische aandoening hebben en dat de capaciteit voor de jongvolwassenen ontoereikend is. Aan die problematiek kunnen we (voorlopig) weinig veranderen, en moeten we samenwerking vinden met regio's die ons daarbij kunnen helpen en ondersteunen.

De Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis staat naast het beddenhuis nog voor andere vormen van zorgaanbod.

Iedere PAAZ versterkt en verbreedt de poliklinische activiteiten waardoor opname vermeden kan worden en eventueel een ontslag bij opname kan vervroegd worden.

Op de opnameafdeling worden klinische zorgpaden ontwikkeld met een duidelijke link naar de vervolgzorg en de thuiszorg. Naast het intensief toedienen van medicatie en therapieën gedurende de opnameperiode wordt aandacht besteed aan de context. Waar mogelijk wordt partiële hospitalisatie toegepast, hetzij nachthospitalisatie, hetzij daghospitalisatie.

In de regio is er geen EPSI. Binnen de regio worden besprekingen opgestart om een dergelijk initiatief op te starten in een samenwerkingsverband tussen de 4 algemene ziekenhuizen en het centrum voor psychiatrie en psychotherapie.

In afwachting van de introductie van een EPSI worden initiatieven genomen naar de spoedafdelingen van de algemene ziekenhuizen. De verpleegkundigen van de spoedgevallendiensten worden verder opgeleid om de eerste opvang te geven aan de personen met psychische en psychiatrische aandoeningen. Indien door de spoedarts gewenst wordt het advies van de psychiater of het ambulant intensief behandelteam voor acute problemen of de interne liaison van de PAAZ. Bijzondere aandacht zal verder gegeven worden aan die personen die een suïcidepoging ondernomen hebben of een suïcidale ideatie hebben. Vanuit de spoedopnames zal, met ondersteuning van de actoren van de geestelijke gezondheidszorg, meegewerkt worden aan IPEO, niet alleen als monitorinstrument, maar

evenzeer als blijvende bezorgdheid om een goede opvang en secundaire preventie voor die specifieke doelgroep

De interne liaison vanuit iedere PAAZ moet verder ontwikkeld worden. Binnen de patiëntenpopulatie van het algemeen ziekenhuis hebben velen een co-morbiditeit van een psychiatrisch of psychisch probleem. Vaak wordt daar weinig of te weinig aandacht aan besteed, is er te weinig "tijd" om voldoende aandacht te besteden. In de voorbije jaren zijn er door de inspanningen van het kabinet Onckelinkx een aantal initiatieven genomen in het kader van het kankerplan, maar naast de patiënten met kanker zijn er nog anderen. Met de equipe interne liaison wordt de persoon met psychische en psychiatrische problemen aan bed bezocht en met hem afgesproken welke initiatieven ondernomen kunnen worden binnen aanbod van het netwerk.

De PAAZ moet duidelijk verder evolueren naar het PAAZ; van een psychiatrische afdeling waar het accent ligt op het aantal bedden, naar een psychiatrisch aanbod waar het accent ligt op de vraag van de patiënt en hoe daar op de meest aanvaardbare en meest passende vorm antwoord wordt op gegeven.

Ook de Kliniek St.-Jozef, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie, gaat de eigen residentiële zorg verder heroriënteren naar een meer vermaatschappijlijken van de zorg door het intensifiëren van de zorg. Het intensifiëren van de residentiële zorg gebeurt, paradoxaal, door het versterken van de partiële residentiële zorg waar mogelijk en het continueren en uitbreiden van specifieke projecten.

- het Open Forum voor Persoonsvorming: een vorm van krachtgerichte zorg. Het Forum organiseert meer dan negentig activiteiten op de domeinen van psychische gezondheid, communicatie, sport en beweging, lichamelijk welzijn en expressie, relaxatie, arbeid en activatie, voeding en wonen, familie en gezin. Deze therapieën, educatieve sessies en trainingen hebben als doel de persoon sterker te maken. Los van zijn psychiatrische problemen kan elke patiënt via deelname aan de activiteiten van het Forum persoonlijk groeien. Het psychosociaal en relationeel functioneren wordt versterkt waardoor de weerbaarheid in de maatschappij sterker wordt. Binnen het Forum kiezen de patiënten zelf, na overleg, aan welke activiteiten ze willen deelnemen.  
Dit Forum wil het ziekenhuis ook ambulante aanbieden
- Organiseren van kortverblijven voor (jong ) volwassenen
- Aanhouden van de poliklinische 3-gesprekken module voor diagnostisch en therapeutisch advies aan huisartsen
- Verder ontwikkelen van de dagklinische zorg op maat
- Organiseren van nazorggroepen na het doorlopen van een volledig zorgprogramma
- Organiseren van postkuurgroepen: na een beperkte opname in de tijd wordt in samenspraak met de patiënt een vervolgbehandeling bepaald waarbij de patiënt een beperkt aantal uren per week terug op therapie komt in het centrum
- Organiseren van ambulante multi-family groepen

- Organiseren van poliklinische groeps- en individuele psychotherapie, contextuele therapie, organiseren van gezinstherapie
- Organiseren van KOPP-sessies voor jonge kinderen en adolescenten

Er worden binnen de klinische zorgpaden connecties gelegd met de andere functies. In het continuüm van inzetten van middelen ten behoeve van de personen met psychiatrische en psychische problemen wordt vanaf de opname nauw samengewerkt met de eerste lijn en de andere functies.

In het kader van deze functie kunnen initiatieven opgenomen worden in samenwerkingsakkoorden met diverse sectoren en netwerken op regionaal niveau in functie van maximale en structurele samenwerking ( bv. sector zorg en opvang, veiligheid,...)

#### **5.2.5 functie 5: specifieke woonvormen, waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is**

Binnen de regio is er het PVT Valckeburg met 60 plaatsen voor patiënten met een langdurige psychiatrische zorg. Het PVT is een samenwerkingsverband tussen de Kliniek St-Jozef, H. Familie Kortrijk en het PC Onze Lieve vrouw van Vrede, Menen. 75% van de aanwezige populatie is afkomstig uit de regio Kortrijk – Menen. Dit is een aandachtspunt voor de toekomst.

Binnen de regio zijn 2 diensten Beschut Wonen actief die elk verschillende woonvormen aanbieden gaande van gemeenschappelijk wonen in een huis, over gemeenschappelijk wonen in studio's, tot individueel wonen met ondersteuning.

Met het "Huis in de dreef" wordt in een samenwerkingsverband met de dienst Beschut Wonen en de Kliniek St.-Jozef een tussenvorm van begeleid wonen aangeboden voor jongvolwassenen.

Omdat de huisvesting voor personen met psychiatrische en psychische problemen vaak een bepalende plaats inneemt in hun leven worden met de sociale huisvestingsmaatschappijen en de regionale welzijnraad initiatieven opgezet om die personen mogelijkheden te bieden.

Het CAW biedt in het vluchthuis voor vrouwen en minderjarige kinderen een beschermd kader. Met ondersteuning van een psychiater, een psycholoog en een psychiatrisch verpleegkundige wordt ondersteuning gegeven aan die "gekwetste" vrouwen en kinderen die hulp nodig hebben.

Voor de personen met illegaal middelenmisbruik en/of een psychiatrische problematiek maar die geen zorg of behandeling willen wordt in een samenwerking met het OCMW en de Stad Roeselare een rustplaats aangeboden voor enkele nachten. De personen die gebruik maken van deze faciliteiten zijn meestal zorgwekkende zorgmijders maar toch blijven de interventies van de medewerkers beperkt tot presentie en beantwoorden van gestelde vragen. Waarbij de interventies zich vooral richten op presentie, herstel van menswaardigheid, installeren van vertrouwen, en waar mogelijk, of gewenst, toeleiding. Door een goede samenwerking met de politie en een open attentvolle communicatie met de buurt is deze laagdrempelige opvang mogelijk.

In het kader van deze functie kunnen initiatieven opgenomen worden in samenwerkingsakkoorden met diverse sectoren en netwerken op regionaal niveau in functie van maximale en structurele samenwerking ( bv. sector zorg en opvang, wonen,...)

### **5.3. nieuwe rollen**

#### **5.3.1. op cliëntniveau ( referentiepersoon )**

Iedere persoon met psychische of psychiatrische problematiek die zich in een langdurende en/of complexe situatie bevindt wordt een referentiepersoon aangewezen die in nauw overleg met de huisarts de situatie van die persoon opvolgt en coördineert. Deze referentiepersoon is bij voorkeur de zorgcoördinator vanuit de eerste lijn of kan in overleg vanuit de nieuw te installeren functie 2 komen. Hij/zij is de referentiepersoon voor die bepaalde persoon. Op geregelde tijdstippen en in overleg met de ambulante behandelteams en de huisarts wordt de zelfbeleving en het functioneren van en met de cliënt geëvalueerd volgens de doelstellingen die vooropgesteld werden in het opgemaakte zorgplan. Vanuit de verschillende functies betrokken bij de holistische zorg om de persoon met psychische en psychiatrische problemen wordt door de referentiepersoon informatie verzameld en geïntegreerd in het zorgplan. Dit kan enerzijds via geïnformateerde weg maar toch is het belangrijk dat de betrokken persoon op regelmatige basis samen zitten.

Een belangrijke, onontbeerlijke persoon bij dit overleg is de persoon met psychische of psychiatrische problemen zelf. Hij bepaalt immers zelf wat de concrete invulling van zijn zorgplan zal zijn. Hij doet dit vanuit een geïnformeerde positie gesteund door zijn directe omgeving – familie, vrienden, mantelzorgers.

#### **5.3.2. op operationeel niveau**

Binnen de functie 2 is er zowel voor ieder ambulant behandelteam voor acute zorg, als voor ieder ambulant team voor chronische zorg een meewerkende operationele coördinator. Hij is verantwoordelijk voor de werking en de werkverdeling binnen zijn team.

Voor de andere functies wordt de structuur behouden zoals nu bepaald. Binnen het netwerk wordt gestreefd naar een op elkaar afstemmen van de methodieken.

#### **5.3.3. op netwerkniveau**

De netwerkcoördinator faciliteert de creatie van het operationeel netwerk. Hij coördineert het netwerk en is er de bezieler van. Omwille van zijn functie werkt hij onafhankelijk tegenover de verschillende actoren van het netwerk. Hij legt wel verantwoordelijkheid af tegenover de strategische stuurgroep en het regionaal netwerkcomité.

### **5.4. instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring**

#### **5.4.1. op niveau van het netwerk**

Communicatie en participatie zijn geen evidente gegevens in een organisatie, en zeker al niet in een netwerk van erg veel partners waarbij er wordt gestreefd naar een vermaatschappelijking van de zorg die de nodige verandering met zich mee brengt. Met ons communicatie- en participatieplan pogen wij onze communicatieacties structuur mee te geven waardoor duidelijke informatiekanalen worden

gehanteerd en participatie actief wordt gestimuleerd. Dit vanuit de overtuiging dat, binnen een aantal krijtlijnen, samenwerking niet enkel aangewezen maar noodzakelijk is in het kader van zorgvernieuwing, sociale inclusie en aansluiting bij de lokale omgeving

#### 5.4.1.1. de doelstellingen van het communicatie- en participatieplan

- Op gestructureerde wijze alle relevante partners in kaart brengen: “ *met alle **partners**...*” de verschillende ggz-partners in de regio, alsook het steunpunt eerstelijns werden bevestigd door relevante actoren voor het PRIT-project. Deze niet-limitatieve lijst zal gestructureerd worden aan de hand van een aantal factoren. Het eindresultaat is een doelgroepenanalyse. Gedurende het verdere veranderingsproces kunnen steeds actoren bijkomen
- **Draagvlak creëren** in de regio door **structureel te informeren**: “ *... enthousiast op weg naar een geestelijke gezondheidszorg gericht op sociale inclusie en de lokale omgeving...*” De stuurgroep van het PRIT-project engageert zich om alle partners ( zoals vernoemd in de doelgroepenanalyse ) blijvend te betrekken o.a. via grondige informatieoverdracht, dit om voldoende draagvlak te creëren voor het project en in een tweede fase omtrent verschillende thema's participatie te stimuleren. Van groot belang is dat deze informatie-overdracht een structureel karakter heeft. Dit gebeurt via inbedding in bestaande communicatiekanalen / overlegorganen ( website en mailing SEL, stuurgroepenoverleg,...) en/of door vernieuwende kanalen op te zetten ( website, nieuwsbrief,...) De reeds uitgevoerde en geplande informerende acties zijn terug te vinden in het (communicatie)actieplan.
- **Valoriseren bestaande werking**: “*...met voldoende oog voor de reeds geleverde inspanningen...*” Het PRIT-project op zich is vernieuwend maar veel principes die worden gehanteerd zijn dit op zich niet. In de regio Midden West-Vlaanderen zijn verschillende organisaties al geruime tijd vertrouwd met het discours van “vermaatschappelijking, rehabilitatie, herstel en sociale inclusie”. Er zijn dan ook al tal van initiatieven opgezet waarbij deze principes tot de kern van de werking behoren. De expertise die hiermee werd ingewonnen dient te worden gevaloriseerd. In de regio wordt er via de methodiek van de SWOT-analyse dan ook verder in kaart gebracht wat het huidige aanbod is, waar lacunes zich bevinden en hoe een opportuniteit verder kan vorm gegeven worden.
- **Meerwaarde project door actief participatie te stimuleren**: “*...,maar vooral samen naar meer!*” Naast het structureel informeren van alle partners wordt de bewuste keuze genomen om actief participatie te stimuleren. Hierbij is het van belang dat de verwachtingen van de stuurgroepen omtrent deze participatie en de verwachtingen van de partners zelf worden uitgeklaard. Een aantal krijtlijnen zijn momenteel uitgetekend en de huidige uitdaging is dan ook deze duidelijk te communiceren en in overleg verder uit te werken. De reeds uitgevoerde en geplande acties zijn terug te vinden in het (participatie)actieplan

#### 5.4.1.2. de doelgroepenanalyse

Via de doelgroepenanalyse willen we de grote groep actoren in kaart brengen. We streven hiermee duidelijkheid na over enerzijds onze verwachtingen ( vanuit de initiatiefnemers ) naar deze groep en anderzijds de verwachtingen van alle actoren betreffende het PRIT-project.

Een aantal vragen die hierbij gesteld worden zijn:

- welke partners zijn momenteel al betrokken?
- Wie dient er nog grondig geïnformeerd te worden?
- Wie wil eigenlijk betrokken worden?
- Welke zijn de grote thema's waarbij het noodzakelijk/wenselijk wordt bevonden dat verschillende actoren, vanuit hun expertise, een adviserende / beslissende inbreng hebben?
- Welke zijn de thema's waarbij verschillende partners een inbreng in willen hebben?
- Is er sprake van weerstand ten opzichte van het project? Wat is hiervan de oorzaak en hoe gaan we hier verder mee om?
- Etc.

Het antwoord op deze en andere vragen stuurt onze verdere informatie- en participatieacties. Naast de diverse initiatieven die reeds werden ondernomen is onze eerstvolgende actie het organiseren van een officiële overkoepelende informatie- en bevragingronde waarbij een ruime groep van actoren actief worden uitgenodigd. Naast het informerend karakter van deze ontmoeting is het verder de bedoeling de aanwezigen te bevragen over hun interesses, bezorgdheden, thema's waarbij ze willen betrokken worden.

#### **5.4.1.3. communicatie- en participatieacties**

Voor de concreet reeds opgenomen en verder geplande acties verwijzen we naar de actielijst in bijlage

#### **5.4.2. op niveau van de cliënt**

Niet alleen het netwerk en de actoren van het netwerk moeten geïnformeerd worden, ook de ( potentiële ) cliënten. Via diverse kanalen moet de informatie betreffende de werking van het netwerk kenbaar gemaakt worden aan de burgers. Hierbij denken we aan een duidelijke en gemakkelijke website, het ontwikkelen van folders, het gebruik maken van de nieuwsbrieven van de lokale besturen. Belangrijk daarbij is dat de informatie duidelijk en transparant is.

#### **5.4.3. Kwaliteitsmonitoring**

We engageren ons om actief mee te werken aan de kwaliteitsopvolging die door de overheid en de wetenschappelijke equipes voorgesteld wordt.

Tegelijk kan indien nodig en wenselijk naar aanvullende methodieken gezocht worden om de kwaliteit van de zorgverlening binnen het netwerk te ontwikkelen en te monitoren.

In de Kliniek St.-Jozef is er sinds vele jaren ervaring met een tevredenheids- en kwaliteitsbevraging van diverse aspecten van de zorgverlening die vertaald kan worden naar een kwaliteitsbevraging in het netwerk. Regelmatig is er samenwerking met universiteiten in het kader van wetenschappelijk onderzoek; deze contacten en ervaring kunnen aangewend worden om de mogelijkheid te exploreren

van proces- en effectonderzoek. De ervaring in verband met outcomemetingen kan ingebracht worden.

Uiteraard zal het management van het netwerk ondersteund worden door een gesystematiseerd kwaliteitsbeleid analoog aan dat van de participerende organisaties (kwaliteitsdoelstellingen en – plannen, procesverbetering, kwaliteitscyclus, metingen, incidentanalyses, ...).

## **5.5. Management – en bestuursmodel**

Het vermaatschappelijken van de geestelijke gezondheidszorg wordt gerealiseerd in een netwerkstructuur. Het managementmodel dat wij beogen wordt gekenmerkt door een afstemmen via waarden, horizontale integratie, kennis- en competentie management en empowerend werken . Binnen het netwerk moet een appél gedaan worden op de sterktes van de verschillende actoren. Tegelijkertijd moet gezocht worden naar gemeenschappelijke raakpunten als lijm tussen de diverse actoren. Een eerste belangrijke stap in de evolutie naar een (h)echt netwerk wordt de geplande SWOT-analyse. Omwille van het belang doen we hier beroep op een extern bureau. Maar gelijklopend met die analyse moet er op een diplomatische en respectvolle wijze verder gewerkt worden aan het programma samen met alle actoren waarbij de netwerkcoördinator een inspirerende en doortastende rol zal spelen. Binnen de diverse deelgroepen van het netwerk wordt via projectwerken op een continue en uitnodigende wijze beroep gedaan op het engagement en de deskundigheid van de actoren van de regio.

Bij het leiden en managen van het netwerk zullen actuele methodieken gebruikt worden uit het strategisch management (strategische analyse, strategiekaart, kritische succesfactoren, balanced score card), het procesmanagement, het HR management (talent en competentie management, sterken nadruk op vorming, teambuilding, coaching, intervisie en supervisie, zorg voor zorgenden, ...), efficiënte middeleninzet en –opvolging, ...

We streven naar een performante leiding op basis van participatief overleg.

De bestuursstructuur werd eerder beschreven.

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

### **6.1. verder vorm geven van het netwerk**

De visie betreffende de desinstitutionalisering en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg is een permanente opdracht die verder moet uitgedragen worden. Vele organisaties, vele personen moeten geïnformeerd worden en overtuigd van de meerwaarde van het loslaten van het aanbodgericht en organisatiecentrisch denken binnen het netwerk.

2011

- **mei**: indienen programma PRIT bij overheid
- **mei – december**: SWOT-analyse onder leiding van extern bureau
- **mei – december**:
  - uitbouwen van de nieuwe structuur:
    - . installatievergaderingen, samenstelling en bepalen van rollen, basisafspraken, e.d.
    - . verder voorbereiden en afsluiten van samenwerkingsakkoorden
  - uitvoeren van het communicatieplan: zie bijlage
  - verder zetten van de gesprekken met mutualiteiten, ocmw-voorzitters, burgemeesters van de regio, huisartsen, SEL, patiënten- en familievereniging,....
- **juni**: contacten met de apothekersbond betreffende de functie van vaste apotheker
- **juni**: de opstart en installatie van een permanent overleg met de 3 huisartsenkringen samen<sup>12</sup>.
- **juni**: opstarten nieuwsbrief van het netwerk
- **juli**: contacten met telecommunicatiebedrijven in verband met uniek nummer ambulante intensieve behandelteams
- **oktober**: opstarten opmaak website van het netwerk

2012:

- **februari**: lancering website voor professionelen, cliënten en groot publiek

## 6.2. opstarten deelprojecten binnen de regio

Binnen de regio wordt een gedifferentieerde strategie gebruikt zowel naar de functies toe, als naar de regio. Niet alle functies zullen in gelijke mate ingevuld worden voor de hele regio. Wat het netwerk idealiter moet bereiken is vandaag niet haalbaar. Door het enthousiasme en de creativiteit zijn een aantal initiatieven haalbaar. De financiële beperking stelt het netwerk voor keuzes die noodzakelijk zijn tijdens de pilootfase van het programma. Daar waar de initiatieven inzake de functies 1, 3, 4 en 5 een beperktere financiële impact hebben dan de functie 2 wordt beslist dat de focus van de verschillende functies verdeeld wordt in die twee groepen.

De initiatieven kaderend in de eerste groep functies (F1, F3, F4, F5) worden voorzien voor de gehele regio, de functie 2 wordt beperkt tot de gemeenten Roeselare, Izegem en Hooglede ( RIHO ) ca. 95.000 inw.). De medewerkers van de Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie worden geïntegreerd in het ambulante intensief behandelteam voor chronische psychische problemen; voor de rest van de regio PRIT blijft hun opdracht zoals ze die nu uitvoeren identiek.

2011

- **juni – december**:

---

<sup>12</sup> de huisartsenkringen zijn het wettelijke aanspreekpunt voor de huisartsen en vormen het meso niveau waarop moet onderhandeld worden voor de ondersteuning van de huisartsenpraktijk



- verder concreet uitwerken van het operationele beleid en de operationele processen (uitgeschreven in protocollen, procedures en richtlijnen; geconcretiseerd in werkinstrumenten, ...) van de twee ambulante teams, alsook de hele facilitaire ondersteuning (infrastructuur, informatica, vervoer, ...) op punt zetten
- verder uitwerken competentieprofielen voor de medewerkers van functie 2 – start van recruterende en aanwerven – opleiding en inscholing van de teamleden met een eventuele stage in het buitenland
- uitwerken van het zorgdossier, het systeem van zorgplanning en -communicatie
- nauwkeuriger de tijdspaden van de voorzien acties in de verschillende functies bepalen en de wijze van opvolging
- verder uitbouwen van de in 2008 opgerichte “Eenheid kortverblijf voor jongeren en jongvolwassenen” : 12 plaatsen/bedden met maximale behandelduur van 6 weken: crisisinterventie – diagnosestelling – kortdurende behandeling ( behandeling op ‘sporen zetten’ ) in nauwe samenwerking met context, huisarts en ambulante partners en reguliere sectoren ( onderwijs, tewerkstelling, huisvesting, vrije tijdsorganisaties )
- oprichten van de “Eenheid kortverblijf volwassenen voor personen met ernstige as I stoornissen”: 12 bedden met maximale behandelduur van 8 weken; van klacht naar kracht-programma met sterke betrokkenheid van de context, mantelzorgers , huisartsen en ambulante partners en reguliere sectoren ( arbeid, ontspanning, huisvesting,...)
- afbouw van de behandelgroep voor langdurige behandeling angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen
- uitbreiden van de psychosegroep tot 16 plaatsen om meer de residentiële behandel functie voor die doelgroep regionaal te kunnen opnemen
- **september**: implementatie van IPEO op één spoedopname
- verder afspraken en procedures bespreken met de sociale huisvestingsmaatschappijen betreffende de huisvesting van de personen met psychische en psychiatrische problemen en de ondersteuning van die personen door de sector via functie 2 en functie 3

## 2012

- **voorjaar**: beginnen met opstart van het team functie 2 en de geleidelijke concretisering van de stappenplannen van en tussen de verschillende functies
- **februari**: implementatie IPEO op tweede spoedopname
- **september**: implementatie IPEO op derde spoedopname
- **januari – december**: besprekingen opstart EPSI Roeselare ( functie 4 )
- **januari – december**: bespreking laagdrempelige opvang: uitbreiding in Roeselare en implementatie in Izegem en Tielt

## 2013

- uitrollen van het hele project volgens de verdere prioriteiten bepaald na de SWOT-analyse en afgesproken in de strategische stuurgroep

- **februari:** implementatie IPEO op vierde spoedopname

### 6.3. Risicomanagement

Wij zijn er ons bewust van dat het organiseren van een netwerk zonder juridische basis een risico op zich is. Actoren kunnen binnen het netwerk hun eigen koers blijven varen.

Een belangrijke taak wordt hierin gegeven aan de netwerkcoördinator en de strategische stuurgroep. Zij moeten waken over de rolduidelijkheid, de aanspreekbaarheid en de evenwichtige besluitvorming. Een integraal risicomanagement is nodig. Een cyclisch proces zal worden opgezet waarin meerdere malen gedurende het project de risicoanalyse zal worden geactualiseerd, de beheersmaatregelen zullen worden benoemd en opgevolgd en de effecten van de maatregelen aan een evaluatie worden onderworpen ( Deming-cirkel ). De risicoanalyse moet gebeuren in alle fasen van het project; ook in de ontwerpfasen. Zo worden wij momenteel nog altijd geconfronteerd met de afwachtende houding van de 3 PAAZ'ers, ingegeven door de onduidelijkheid en de mogelijke of vermeende financiële risico's die er zijn en blijvend kunnen zijn. Hier moeten nog verdere inspanningen geleverd worden

Voor de regio is een bijkomende, maar sterk verzwarende factor, de beperkte middelen, die gegeven het ontbreken van een "overschot", in mindere mate aanwezig zijn. Wanneer bij de creatie van iets nieuws middelen moeten gehaald worden bij organisaties waar de middelen schaars zijn is het geen evidentie om dit te realiseren en te bestendigen. Een continue transparante feedback zal noodzakelijk zijn gekoppeld aan enthousiasme en een motiverende houding van diegene die geloven en overtuigd zijn van het belang van het totaalproject. Door een open dialoog stellen wij vast dat de groep "believers" gestadig veld wint tegenover de "non-believers" .

Als netwerk mogen we ons niet enkel focussen op de nieuwe functie van ambulante intensieve behandelteams; alle functies moeten de volle aandacht behouden.

Een potentieel gevaar voor de nieuwe functie is het overbevraagd worden van zowel de cliënt en zijn context, als van de actoren. Er zal een constante waakzaamheid nodig zijn om de vooropgestelde staff/cliëntratio te vrijwaren.

Het werken in thuisituaties bij personen met ernstige risico's ( suïcide, agressie, zelfverwonding, verkeersonveiligheid,... ) vormt een nieuwe uitdaging die ondersteund dient te worden door heldere richtlijnen en procedures, alsook door specifieke deskundigheidsontwikkeling. Voor de teamleden zal degelijke coaching nodig zijn.

## 7. Financiering en middelenallocatie

Het grootste deel van de inbreng van middelen komt vanuit de Kliniek St-Jozef Pittem. Rekening houdend met de middelen die een herallocatie kunnen krijgen<sup>13</sup> moet het netwerk zich momenteel beperken in de ontplooiing, zoals eerder beschreven.

---

<sup>13</sup> de Kliniek St-Jozef Pittem heeft 197 bedden waarvan 27 voor kinderen en jeugd, 45 plaatsen voor verlaafdenzorg, 27 plaatsen ouderenzorg. Wat betekent dat voor de doelgroep 98 bedden beschikbaar blijven. Door de herallocatie van de middelen van deze bedden blijven er nog 74 ter beschikking voor de residentiële opvang.

Er is een belangrijke stap voorwaarts gezet door het feit dat de PAAZ'en een inbreng doen, wat hun inhoudelijke engagement bekrachtigt. De PAAZ'en engageren zich als intentieverklaring met 0.5 voltijds equivalent. De inbreng van de ziekenhuizen met een PAAZ blijft beperkt omdat een concreet engagement naar herallocatie van middelen momenteel moeilijk realiseerbaar geacht wordt. De wil is initieel aanwezig maar een aantal struikelblokken moeten eerst nog opgehelderd of opgeheven worden ( de norm voor A-bedden, de VIPA-normen, de toezichtshonoraria voor de psychiaters, ....). Gaandeweg, naarmate meer duidelijkheid zal komen, bestaat de intentie een aantal bedden te heralloceren vanuit de PAAZ, alleszins al ter vervanging van de extra inzet (4.5 VTE voor F2), boven op de inzet vanuit de Kliniek St-Jozef in het project, die de Kliniek St-Jozef Pittem doet uit eigen middelen voor de 3 jaar van het project.

Een voorlopige begroting in voltijds equivalenten van het programma is opgemaakt. Dit is een dynamisch gegeven bepaald door de resultaten van de verdere besprekingen met de 3 PAAZ, de lokale en regionale besturen, ocmw's, mutualiteiten, ...

Wanneer middelen ingezet worden naar andere deeldomeinen van het netwerk zal met de eerste lijn, en in het bijzonder met de huisartsenkringen, overleg gepleegd worden naar de opportuniteit voor de eerste lijn binnen de beschikbare middelen.

De middelen beschikbaar gesteld door de overheid worden besteed volgens de vooropgestelde objectieven. Met de eerste schijf van € 100.000 wordt het loon en de werking van de netwerkcoördinator gefinancierd. De werkingskosten van de functie 2 zoals huisvesting, transport, bureautica en communicatie worden gebudgetteerd op € 125.000. Met de resterende € 275.000 worden 5 VTE medewerkers betaald. De voorziene € 225.000 voor de psychiaters gaat integraal naar zij die meewerken aan de realisatie van de functie 2.

De centra GGZ brengen respectievelijk 6.65 en 1.14 voltijds equivalenten in.

De Kliniek St.-Jozef engageert zich vanuit herallocatie met 7.5 voltijds equivalenten: herallocatie van 4an, 5tn en 15 T. Bijkomend wordt een inzet gedaan vanuit eigen middelen.

Het PZT team wordt geïntegreerd binnen F2b (met een link naar F1).

In bijlage 5 wordt een concreet overzicht gegeven.

## Bijlage 1: lijst van de actoren

Huisartsen ongeveer 270 huisartsen georganiseerd in drie huisartsenkringen

vzw Huisartsen Midden West-Vlaanderen

Huisartsenkring vzw Izegem – Ingelmunster – Lendeledede

vzw Huisartsen van Oosten van West-Vlaanderen

Het Lokaal Multidisciplinair Netwerk Centraal Midden West-Vlaanderen

CAW Midden West-Vlaanderen

SEL Midden West-Vlaanderen en de daaronder ressorterende diensten en organisaties<sup>14</sup>

Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie

Sociale diensten van OCMW

Sociale diensten van de mutualiteiten

SIMILES

Kliniek St-Jozef Pittem vzw - Centrum voor psychiatrie en psychotherapie

PAAZ Sint Andriesziekenhuis Tielt

PAAZ Stedelijk Ziekenhuis Roeselare

PAAZ H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen

Beschut Wonen regio Izegem

Beschut Wonen Roeselare-Tielt

PVT Valckeberg

CGG Largo

CGG Mandel & Leie

Kompas

MSOC antennepunt Roeselare

---

<sup>14</sup> de thuisverpleegkundigen, Familiezorg, Familiehulp,....

**Bijlage 2 bevolkingscijfers**

ENTITEIT	1990	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Arrondissement Roeselare	137.448	139.289	140.465	141.306	141.542	142.060	142.776	143.616	144.206
Hooglede	9.210	9.393	9.750	9.820	9.838	9.831	9.867	9.928	10.012
Ingelmunster	10.338	10.632	10.651	10.609	10.618	10.617	10.646	10.620	10.631
Izegem	26.479	26.456	26.532	26.539	26.550	26.544	26.486	26.781	26.859
Ledegeem	9.353	9.336	9.344	9.254	9.264	9.306	9.379	9.371	9.501
Lichtervelde	7.981	8.193	8.270	8.306	8.354	8.400	8.438	8.489	8.484
Moorslede	10.794	10.785	10.733	10.620	10.626	10.618	10.697	10.840	10.751
Roeselare	52.512	53.617	54.199	55.273	55.380	55.775	56.268	56.547	56.908
Staden	10.781	10.877	10.986	10.885	10.912	10.969	10.995	11.040	11.060
Arrondissement Tielt	85.687	87.162	88.061	88.330	88.527	88.787	89.178	89.584	90.080
Dentergem	7.467	7.671	7.868	8.029	8.128	8.188	8.191	8.223	8.247
Meulebeke	10.713	10.868	11.055	10.965	10.971	10.980	10.983	11.031	11.068
Oostrozebeke	6.892	7.168	7.317	7.423	7.445	7.449	7.458	7.502	7.612
Pittem	6.400	6.523	6.629	6.541	6.612	6.599	6.609	6.586	6.706
Ruiselede	4.902	5.055	5.048	5.095	5.097	5.113	5.139	5.128	5.137
Tielt	19.338	19.384	19.208	19.229	19.234	19.269	19.357	19.474	19.549
Wielsbeke	8.359	8.564	8.911	8.898	8.840	8.906	9.002	9.093	9.121
Wingene	12.016	12.197	12.517	12.896	13.032	13.136	13.328	13.461	13.554
Ardooie	9.600	9.732	9.508	9.254	9.168	9.147	9.111	9.086	9.086

### Bijlage 3 ad Functie 3

#### **Sociale inclusie: ‘het belang van ondersteunende initiatieven en lokale inbedding’**

Het PRIT-project is doordrongen van het streven naar rehabilitatie, herstel en meer algemeen sociale inclusie. Zoals eerder omschreven wordt dit gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van het individu, de betrokken partners en de ruimere samenleving. Verschillende partners uit de regio nemen al geruime tijd diverse initiatieven om het realiseren van deze doelstellingen mee te ondersteunen. In wat volgt worden een aantal goede voorbeelden omschreven van dergelijke initiatieven. Hierbij wensen we te vermelden dat een regionale inzet en overlegmogelijkheden een grote meerwaarde zijn, maar ook en vooral moet ingezet worden op een lokale inbedding om dergelijke initiatieven kans op slagen te geven.

#### ***‘komen tot goede, kwaliteitsvolle huisvesting’***

Wat is goede huisvesting? Wordt dit geïnterpreteerd in brede of in enge zin? De initiatieven Beschut Wonen uit de regio zijn van dichtbij betrokken geweest bij het recent goedgekeurde **proefwonen-project**. Vanuit deze, en andere, ggz-partners kan goede huisvesting worden begrepen als het mee helpen creëren van die omgeving die het zelfstandig functioneren van onze doelgroep in een thuisomgeving helpt ondersteunen. Hier wordt gekomen tot kruisbestuiving tussen de sectoren wonen, welzijn en zorg. **Via samenwerking een aantal structurele effecten proberen te bereiken die sociale inclusie in de lokale omgeving ondersteunt.** Deze effecten zijn o.a. het verhogen van het aanbod aan kwaliteitsvolle huisvesting, de doorstroom vanuit een residentiële of semi-residentiële setting naar een eigen woning faciliteren én eventuele uithuiszetting proberen te vermijden door op vraag van de sector wonen specifieke expertise vanuit verschillende organisaties binnen welzijn en zorg in te brengen.

Verder wordt ook ruim geparticipeerd aan diverse lokale initiatieven die inzetten op de **projectoep woonzorg**, vertrekkend vanuit de provincie West-Vlaanderen.

#### ***‘Arbeid op maat voor eenieder?’***

Ook het thema arbeid wordt door de diverse ggz-partners ruim geïnterpreteerd. Vertrekkend vanuit het activeringsdiscours wordt er samen met de cliënt gewerkt aan herstel van de mogelijkheden waardoor deze zoveel als mogelijk (terug) aansluiting verkrijgt met het reguliere, beschermde of beschutte arbeidscircuit. Naast het ondersteunen van het individu worden er diverse initiatieven ondernomen om ook in de lokale omgeving **openheid te creëren** voor onze doelgroep.

Een goed voorbeeld hiervan is het **tenderproject zorgbegeleiding** in samenwerking met de VDAB. Via dit project wordt er samenwerking opgezet tussen de VDAB en GTB, de partners zorg en de partners empowerment. Hierbij zijn PZ Sint-Jozef Pittem, vzw Beschut Wonen Roeselare-Tielt en vzw Beschut Wonen regio Izegem betrokken als ggz-partners.

Verder is momenteel het **LPP-project** lopende waarbij er een samenwerkingsovereenkomst werd afgesloten tussen de VDAB en vzw Beschut Wonen Roeselare-Tielt. PZ Sint Jozef Pittem en vzw Beschut Wonen regio Izegem zijn betrokken bij de uitwerking van het project. Via dit LPP-project wordt voorzien in een oriëntatiestage in een arbeidszorgproject en trajectbegeleiding via een jobcoach met als einddoel aansluiting te vinden bij het reguliere, beschermde of beschutte arbeidscircuit.

Ook wordt het **Steunpunt arbeidszorg West Vlaanderen** mee ondersteund door de provincie West-Vlaanderen en diverse initiatieven in de regio werkzaam omtrent het thema arbeidszorg. Zo is de vzw Beschut Wonen Roeselare-Tielt gastheer voor de stafmedewerker van het steunpunt. Zo wensen wij voeding te geven aan de inbreng vanuit onze provincie in de Ronde Tafel arbeidszorg en de werkgroep arbeidszorg binnen SST.

De diverse arbeidszorgcentra geven naast hun basaal aanbod arbeidszorg ook de mogelijkheid om extern arbeidsmatige activiteiten te verrichten bij diverse partners onder begeleiding van arbeidszorgmedewerkers. Dit vereist bewustmaking en goede samenwerking met externe partners zoals scholen, vzw's, privé bedrijven, ziekenhuizen, etc.

### **‘Vrije tijd en vorming’**

Naast het thema wonen en arbeid wordt er aansluiting gezocht met de lokale omgeving omtrent vrije tijd en vorming. Vanuit de ggz-partners wordt er toenadering gezocht bij diverse fora (cf. ‘algemeen kwartiermaken en bewustwording stimuleren’).

Er werd recent in verschillende regio's een gezamenlijk **vormingsaanbod** uitgewerkt samen met organisaties die werken met kansengroepen (verenigingen waar armen het woord nemen, ontmoetingscentra, ...) en organisaties die vormingen aanbieden (centrum voor basiseducatie, vorming+, ...). Dit om de aansluiting met het reguliere vormingsaanbod te stimuleren.

Ook de aansluiting met het reguliere **vrijetijdsaanbod** wordt gestimuleerd. Dit vertaalt zich in lokale initiatieven tot samenwerking met ontmoetingscentra, dagcentra, samenlevingsopbouw, vrijetijdswinkel, dienstencentra, privé-organisaties zoals fitnesscentra, etc.

### **‘algemeen kwartiermaken en bewustwording stimuleren’**

Vanuit diverse ggz-actoren en vooral de initiatieven Beschut Wonen wordt er ingezet op het kwartiermaken in de lokale omgeving. Hierbij exemplarisch enkele structurele overlegorganen waarbij wordt aangesloten:

- Algemene leden of lid Raad van bestuur van huisvestingsdienst, SEL, sociale werkplaats, regionale welzijnsraad, sociale verhuurkantoren, steunpunt arbeidszorg,
- Begeleidingscommissie huisvestingsdienst
- Vertegenwoordiging in diverse lokaal sociaal beleidsgroepen omtrent thema's zoals wonen, werken, gezondheid, ...
- Participatie in verschillende beleidsclusters met betrekking tot tewerkstelling: cluster arbeid stad Roeselare, consortium arbeidszorg regio Roeselare, netwerk arbeidszorg Midden west Vlaanderen.
- Sportraad stad/gemeente

## Bijlage 4 Communicatieplan

SAMEN PRIT!							
communicatie- en participatieplan							
Datum	Doelgroep	Boodschap	Middel	Verantwoordelijke	Freq	Materiaal	Functie
1	partners GGZ in de regio, verantwoordelijke SEL, verantwoordelijke huisartsen	inhoudelijke project + oproep tot engagement	oproep op regionaal coördinatiecomité	Netwerccoördinator	1x		info en advies
2	partners GGZ in de regio, verantwoordelijke SEL, verantwoordelijke huisartsen	opvolgen stand van zaken PRIT project	Netwerccoördinator rapporteert aan lokaal coördinatiecomité	Netwerccoördinator	1+		info
3	PZ, PAAZ'n	inbreng middelen	overleg ZH'n		1+		beslissend
	partners GGZ	uitwerken krijtlijnen verschillende functies	oprichten schrijfgroepen per functie				advies
4	eerstelij	stand van zaken PRIT	ALV SEL	Netwerccoördinator	1x		info
5	eerstelij, huisartsen	aansluiten schrijfgroepen	email Ann VWZ	Netwerccoördinator	1x		advies
6	mei-december 2011	mutualiteiten, ocmw-voorzitters, burgemeesters regio, huisartsen, SEL, patiënten- en familieverenigingen, ...	verder werken aan bewustwording, informeren, mogelijke vormen van samenwerking, ...	verderzetten huidige gesprekken	Netwerccoördinator, alle betrokken partners	1+	info, advies, bewustwording
	juni-juli 2011	eerstelij regio Izegem, Roeselare, Tielt + huisartsen	stand van zaken PRIT, verduidelijken bestuursorganogram, bevragen interesses, thema's waaraan men wil participeren, ...	infosessie en debat in De Leest Izegem, Ten Elsberghe/Schiervelde Roeselare, Beukenhove Tielt. Over de middag van 12u-14u.	Netwerccoördinator + ondersteuning SEL voor aanschrijven van alle partners	1x	ppt PRIT + vragenlijst: bezorgdheden, zaken waarbij partners zeker betrokken willen zijn, evt. thema's voor werkgroepen, ... info en advies
7	juni-juli 2011	alle geïnteresseerden	structureel alle geïnteresseerden informeren over het verdere verloop van het project	PRIT-praat: nieuwsbrief	Netwerccoördinator	1+	info
8	september-oktober 2011	alle geïnteresseerden	structureel alle geïnteresseerden informeren over het verdere verloop van het project	website PRIT	Netwercomité	1+	info
9	juni-juli 2011	partners GGZ, huisartsen, eerstelij	verduidelijking bestuursorgaan (zie PRIT dossier) + expliciete uitnodiging lokaal coördinatiecomité + uitnodiging werkgroepen: bedoeling actieve participatie stimuleren	Uitnodiging via interne mailinglijst en via SEL	Voorzitter coco + netwerccoördinator	1x	Officiële uitnodiging. info
	juli-augustus 2011	partners GGZ, huisartsen, eerstelij	Bundelen info uit vragenlijsten en komen tot aantal thema's. dit terugkoppelen aan geïnteresseerden		netwerccoördinator	1x	info
10	juli-december 2011	partners GGZ, eerstelij, huisartsen, andere geïnteresseerden	verder uitwerken opgegeven thema's en functies	oprichten werkgroepen	netwerccoördinator, redactiegroep,	1+	advies
11	mei-december /2011	partners GGZ, eerstelij, huisartsen	analyseren huidig aanbod, regio, opportuniteiten, ...	SWOT-analyse onder externe begeleiding	netwercomité, externe begeleider	1+	info, advies

PARTNERLIJST SAMEN PRIT! NOG AAN TE VULLEN



<b>Partners</b>	<b>Rol</b>	<b>B A I</b>	<b>Verwachtingen?</b>	<b>Betrokkenheid</b>	<b>Hun belangrijkste zorg/barrier</b>
Apothekers					
Arbeidszorgcentra					
Beschut Wonen regio Izegem					
Beschut Wonen Roeselare-Tielt vzw					
beschutte werkplaatsen					
Bouwmaatschappij					
BW Izegem					
BW Roeselare					
CAW MWVL					
CGG Largo					
CGG Mandel en Leie					
CLB					
dagverzorgingscentra					
diensten gezinszorg					
Dienstencentrum					
Gemeenten					
GTB					
Hhart Roeselare					
Huisartsen					
Huisvestingsdienst					
initiatieven lokale					
Jobcentrum					
Kinesitherapeuten					
mutualiteiten (diensten maatschappelijk werk)					
OCMW					
Ontmoetingscentra					
Politie					
Psychiaters					
PVT Rumbeke					
PZT MWVL					
RVT					
SEL					
sociale verhuurkantoren					
sociale werkplaatsen					
st andrieszh tielt					
St. Jozef Izegem					
St. Jozef Pittem					
Stad Izegem					
Stad Roeselare					
Stad Tielt					
Stedelijk ZH					
thuisverpleegkundigen					
Thuiszorgdiensten					
VDAB					
VDIP					
verenigingen waar armen het woord nemen					
vrijtijds ondersteuningscentra					
Werkwinkel					
Woonwinkel					

*Rol: Sponsor, Doelgroep, Change agent, Advocate, Extern, Beslissend, Adviserend, Informerend, Betrokkenheid*

*BW: de doelgroep is zich bewust van de informatie/verandering*

*BG: de doelgroep begrijpt de informatie/verandering*

*AC: de doelgroep accepteert de informatie/verandering*

*IN: de doelgroep zet zich reeds in voor het project/de verandering*

**Bijlage 5: BALANS MIDDELENINZET****Functie 1**

<u>Kliniek St.-Jozef Pittem</u> (eigen personeel):	1,5 FTE maatschappelijk werker en verpleegkundige VDIP 0,5 FTE vroegdetectie middelen 0,05FTE psycholoog liaison in CGG 1 FTE voor poliklinische consultatie /therapie/ educatie/training
<u>Heilig Hart Roeselare-Menen</u> (eigen personeel):	0,05 FTE verpleegkundige educatie
<u>Stedelijk Ziekenhuis Roeselare</u> (eigen personeel):	0,05 FTE verpleegkundige educatie
<u>Sint-Andriesziekenhuis Tielt</u> (eigen personeel):	0,05 FTE verpleegkundige educatie
<u>CGG Largo</u> :	0,5 FTE psycholoog VDIP-project 0,5 FTE psycholoog suicidepreventie 0,25 FTE psycholoog CAW 0,05 FTE psycholoog KOPP 2,5 FTE maatschappelijk werk in preventie drugs/alcohol
<u>CGG Mandel &amp; Leie:</u>	0,5 FTE psycholoog suicidepreventie 0,64 FTE maatschappelijk werk in preventie drugs/alcohol
<b><u>Functie 2 (a en b)</u></b>	
<u>Kliniek St.-Jozef Pittem</u> (eigen personeel):	4,5 FTE overbruggingsinvestering in afwachting van extra inbreng PAAZ'en (=0,5 psycholoog, 4 verpleegkundigen/ maatschappelijk werker) 0,5 FTE toegevoegd aan 7,5FTE herallocatie
<u>Kliniek St.-Jozef Pittem</u> (herallocatie):	7,5 FTE (herallocatie 4an, 5tn, 15T) (=1 psycholoog, verpleegkundigen, maatschappelijk werker, bachelor psychologie)
<u>Heilig Hart Roeselare-Menen</u> (eigen personeel):	0,5 FTE psycholoog
<u>Stedelijk Ziekenhuis Roeselare</u> (eigen personeel):	0,5 FTE medewerker
<u>Sint-Andriesziekenhuis Tielt</u> (eigen personeel):	0,5 FTE medewerker (vanaf 2013)
<u>PZT</u> :	0.5 FTE (voor 2b RIHO) maar de 2 FTE wordt geïntegreerd in teamF2b
<u>Uit projectbudget</u>	5.0 FTE

**Functie 3**Dagactiviteitencentra (e.d.)bestendinging van de financiering uit eigen middelen  
continu aanboren van extra-middelen (stad,  
provincie, ...)Kliniek St.-Jozef Pittem (eigen personeel) :1,5 FTE interdisciplinair  
0,8 FTE ergotherapeut  
0,2 FTE creatief therapeut  
0,5 FTE jobcoach  
0,2 FTE psycholoog – zorgcoördinator TenderCGG Largo :0,05 FTE psycholoog PTZ  
0,8 FTE maatschappelijk werker PTZ  
0,5 FTE maatschappelijk werker  
arbeidstrajectbegeleiding  
1,5 FTE ergotherapeut arbeidszorg**Functie 4**Kliniek St.-Jozef Pittem (eigen personeel):

0,5 FTE interdisciplinair polikliniek

Kliniek St.-Jozef Pittem (herallocatie):interne herallocatie naar kortverblijven, dagklinische  
zorg op maat, postkuur en nazorg, polikliniekHeilig Hart Roeselare-Menen (eigen personeel):

0,5 FTE psycholoog

## **Bronnen**

- Australian Mental Health Services;** Mental Health Services: module overview; Clinical Services Capability Framework version 3.0; pp.132
- Baert S.;** Meetinstrumenten bij de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg; 2007; Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg; uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen deel 6; pp.22
- Bond Gary R. ed** Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice; 2001; Dedicated to Evidence-based Psychiatry; p. 313 - 321
- Bonsack C. et ali.;** Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération: le point de vue des acteurs d'un réseau de soins; 2003; ARCOS-DUPA, pp. 65
- Burns Catty (ed )**; Review article: home treatment for mental health problems: a systematic review; 2002; Psychological Medicine 32; p. 383 - 401
- Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services** , ACT, evaluating your program,2008
- Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services,** ACT Fidelity scale, 2002
- Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services** , ACT, setting up a team,2005
- Chiesa M. et al.;** Community-based Psychodynamic Treatment Program for Severe Personality Disorders: Clinical Description and Naturalistic Evaluation; 2009; Journal of Psychiatric Practice, vol.15,nr.1; p. 12 – 24
- Community Mental Health Services Malta** Crisis Intervention team (CIT) – Psychiatric Services : Operational protocol; update jan. 2011
- Cook Judith A (ed)** Integration of Psychiatric and Vocational Services : A multisite Randomized, Controlled Trial of Supported Employment; 2005; Am J Psychiatry 1948-1956
- Cumming S. NHS West London Mental Health;** Service User and Public Involvement Strategy Toolkit; 2007; pp.37
- Danau D. & Nielandt B.;** Armoede en psychiatrie; knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg; 2010; Syntheseverslag in opdracht van de Koning Boudewijnstichting; pp. 19
- De Hert M. et al.;** Naar een geestelijk gezonde samenleving; 2000; Kluwer; pp.704
- DH Department of Health.** Recognising complexity : Commissioning guidance for personality disorder services; 2009
- DH Department of Health.** The mental Health Policy Implementation Guide;1-119
- Directorate-General for Health & Consumers;** Mental Health in the EU; Key Facts, Figures, and Activities: a background paper provided by the SUPPORT-project; 2008; European Communities; pp.42
- Erp van N, Hendriksen A, e.a.** Begeleiders met ervaringsdeskundigheid in GGZ-teams. 2009. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 64,7/8: 638-51

**EU Consultative Platform on Mental Health;** Report and recommendations of the EU Consultative Platform on Mental Health – response to the EC Green Paper COM ( 2005 ) 484, Improving the Mental Health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union; 2006; Reports & Recommendations of EU Consultative Platform on Mental Health

**European Communities;** Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union; 2005; Health & Consumer Protection Directorate-General; COM(2005)484; pp.25

**Forchuk C, e.a.** Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community, *J. of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005; 12, 556-564

**Forchuk C, e.a.** Transitional discharge based on therapeutic relationships: state of the art; 2007; *Archives Psychiatric Nursing*, 21, 80-86

**Havenaar J.M. et al ;** Algemene meetinstrumenten in de psychiatrische praktijk, *Tijdschrift voor psychiatrie* 46, 10, p.647 – p.651

**Health & Consumer Protection Directorate-General** The State of Mental Health in the European Union; 2004; European Communities, pp. 79

**Health & Consumer Protection Directorate-General;** The State of Mental Health in the European Union; 2004; European Communities, pp. 79

**HTA (Health Technology Assessment)** Home treatment for mental health problems : a systematic review; *Health Technology Assessment;* 2001; Vol 5 , nr 15

**Jané-Llopis E. & Anderson P. ;** Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe ; 2005; Radboud University Nijmegen; pp. 47

**Johnson, S., Needle, J., Bindman, P., Thornicroft, G. (Eds).** Crisis Resolution and Home Treatment in Mental health; 2008; Cambridge, University Press

**KCE;** Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persistente mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis?; 2010; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg KCE reports 144A; pp. 221

**Levano M.** Tien clichés over ervaringsdeskundigheid. 2009. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64,7/8: 652-660.

**Knudsen H. & Thornicroft G.;** Mental Health Service Evaluation; 1996; Cambridge University Press; pp.379

**Kortrijk H. et al. ;** Treatment Outcome in Patients Receiving Assertive Community Treatment; 2010; *Community Mental Health Journal*, 46 (4 ), p. 330-336

**Laget J. et al. ;** Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud: une etude sur les modalités d'admission, les filières de soins, le role et le vécu de l'hospitalisation ; 2002; *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 153/6; p.272-281

**McDaid D. & Thornicroft D.;** Policy brief; Mental Health II; Blancing institutional an community-based care; 2005; European Observatory on Health Systems and Policies; pp.18

**McEwan K. & Goldner E.;** Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports: a resource kit; 2001; Health Canada, pp.77

**Ministry of Health and Long-Term Care;** Ontario Program Standards for ACT Teams; 2005; pp. 39

**National Audit Office.** Helping people through mental health crisis : The role of Crisis Resolution and Home Treatment services;2007

**National collaborative on workforce and disability** Successful Transition Models for Youth with Mental Health Needs: A Guide for Workforce Professionals; 2009

**National Mental Health Development Unit.** Joint Strategic needs; Assessment and Mental Health; Commissioning Toolkit – A practical guide; 2009

**NHS Birmingham and Solihull Mental Health.** Assertive outreach operational policy; April 2007

**NHS Birmingham and Solihull Mental Health.** Community mental health teams operational policy (locality directorates only); April 2008;

**NHS Birmingham and Solihull Mental Health.** Crisis resolution home treatment teams (CRHT) operational policy; March 2007;

**NHS Birmingham and Solihull Mental Health.**Joint care programme approach, policies and procedures; 2003

**NHS West London Mental Health;** Clinical Risk Policy; 2010; pp.34

**NHS West London Mental Health;** Identifying Patients. Identified as being a “Risk To Children”; 2011; pp.22

**NHS West London Mental Health;** NICE Implementing Best Practice; 2011; pp.19

**NHS West London Mental Health;** Policy Development Implementation, Monitoring & Review; 2011; pp.32

**Perkins R. & Burns T.** Home Treatment;2001; International Journal of Social Psychiatry

**Ranger M. ed,** Prevalence of personality disorder in the case-load of an inner-city assertive outreach team. Psychiatric Bulletin, 28, 441-443,2004

**Repper J. and Perkins R.** Social Inclusion and recovery. A model for mental health practice;2003;Baillière Tindall;

**Rijkeboer A.;** Van verblijf naar ambulante, draagt de verschuiving van verblijfsafdeling naar ambulante behandeling en begeleiding bij aan kwaliteitsverbetering voor de psychiatrische cliënt?; 2010; artikel kwaliteitszorg; pp. 17

**Sainsbury Centre for Mental Health** Implementing Recovery. a new framework for organizational change;

**Schmidt M et al;** Empowerment in het referentiekader gezondheidsbevordering; 2007; Academisch Medisch Centrum afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam; pp.41

**Shepherd G. (ed).** Making Recovery a Reality – policy paper;Sainsbury Centre for mental health

**Slade M.;** 100 ways to support recovery; a guide for mental health professionals; 2009; Rethink recovery series; volume 1; pp. 30

**Smyth, M. (ed)** Crisis resolution & Home Treatment ; National Institute for Mental Health in England – West Midlands.

**Steenkens K. & Van Regenmortel T. ;** Empowerment Barometer, procesevaluatie van empowerment in buurtgebonden activeringsprojecten; 2007; KULeuven – Hoger Instituut voor de arbeid; pp.89

- Stickley T. & N. Wright.** The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009. Part one : a review of the peer-reviewed literature using a systematic approach; 2011; Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 18? 247-256;
- Stickley T. & N. Wright.** The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009. Part two : a review of the grey literature including book chapters and policy documents; 2011; Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 18 297-307
- Studer L & Boust S.;** The team Leader in Assertive Community Treatment; pp.29
- Thorncroft G. & Tansella M.** Better mental health care;2009; Cambridge University Press;
- Thorncroft G. & Tansella M.** Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence; 2004 .The British J of Psychiatry, 185: 283-290
- Thorncroft G. & Tansella M.;** Balancing community-based and hospital-based mental health care; 2002; World Psychiatry 1:2; p. 84 – 90
- Thorncroft G. & Tansella M.;** The Mental Health Matrix; a manual to improve services; 1999; Cambridge University Press; pp.291
- Thorncroft G. et ali;** WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care; 2010; World Psychiatry, 9:2; p. 67-77
- Timmreck T.;** Planning, Program, Development, and Evaluation. A handbook for health promotion, aging, and health services.; 2003; Jones and Bartlett Publishers; pp.238
- U.S. Department of Health and Human Services;** Assertive Community Treatment, Building Your Program; 2008; Evidence Based Practices KIT, pp.70
- Van Audenhove Ch.;** Mantelzorg: knelpunten en uitdagingen; 2006; tekst bij de presentatie op studiedag Family Matters CPD; pp. 5
- Van der Jeugt P.** Het exitinterview; 2001; Hospitalia 3, p. 1 - 12
- Van Regenmortel T. ;**Zwanger van empowerment, een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg; 2008; Fontys Hogescholen. pp. 76
- Van Regenmortel T.;** Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg; 2009; Journal of Social Intervention: Theory and Practice, vol 18, issue 4; p. 22 – 42
- Van Regenmortel T.;** Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg; 2009; Neuron vol 14, nr 8; p. 1 – 6
- Van Regenmortel T.;** Ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg m.b.t. werk; 2009; seminarie Koning Fabiolafonds voor de Geestelijke Gezondheidszorg; pp. 8
- Van Weeghel J.;**Assertive Community Treatment en Rehabilitatie, twaalf pogingen om een belofte in te lossen, 2004; Trimbos-instituut; pp. 29
- Veldhuizen van, Michiel Bähler, Diana Polhuis, Jim van Os (red)** Handboek FACT. 2008. De Tijdstroom
- Whiteford H. et al.;** Australia's National Mental Health Strategy; 2002; British Journal of Psychiatry 180, p. 210-215
- Wilken JP.;** Het Strenghts Model van Rapp, werken vanuit de kracht van cliënt en samenleving; pp. 11
- World Association for Psychosocial Rehabilitation,**WAPR bulletin-regional meeting Korea,2007
- World Association for Psychosocial Rehabilitation,**WAPR bulletin – Congress India,2009

**Worrall-Davies A. & Kiernan K.;** Using a virtual team: an evaluation of the Bradford CAMHS intensive home treatment approach; 2005; Academic Unit of Psychiatry & Behavioural Sciences, University of Leeds, pp. 40

**Wright C (ed).** A systematic review of home treatment services – classification and sustainability; 2004; Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol

**Wunderink L, Sytema S, e.a.** ACT en rehabilitatie: één team of een netwerk. 2008. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 63, 03: 192-200.

<http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/smartsite.dws?id=128986>

[http://www.mentalhealthcare.org.uk/mental\\_health\\_services](http://www.mentalhealthcare.org.uk/mental_health_services)

<http://www.mhrecovery.com/index.htm>

[www.pepin-uk.net](http://www.pepin-uk.net) Professional education public involvement network: promoting dialogue and sharing information about service user and carer involvement in health education.

<http://www.platformggz.nl/lpggz/>

<http://www.rethink.org/>

[www.similes.be](http://www.similes.be)

<http://www.scottishrecovery.net>

<http://www.youngminds.org.uk/>