



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



PROJECTVOORSTEL ART.107 REGIO ZUID WEST-VLAANDEREN

voor de doelgroep VOLWASSENEN

## **INHOUD**

VOORWOORD .....	5
1 Toelichting van de visie van het project.....	8
2 Doelgroep.....	9
3 Doelstellingen.....	
4 Afbakening van het geografisch werkingsgebied.....	10
4.1 Geografisch werkingsgebied.....	
4.2 Kenmerken van de doelgroep in werkingsgebied.....	12
5 Beschrijving van de nieuwe structuur.....	
5.1 Netwerksamenstelling.....	
5.2 Taakverdeling in het netwerk.....	13
5.2.1. HUIDIG ZORGAANBOD .....	
5.2.1.1 Volgens aard van bedden/plaatsen/dossiers (klassieke visie).....	
5.2.1.2 Volgens de vernieuwde visie, in 5 functies .....	14
Functie 1: vroegdetectie, preventie, screening.....	
Functie 2: ambulante-mobiele intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen - Functie 2A & 2B.....	15
Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.....	17
Functie 4: intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen als opname noodzaak is.....	
Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan geboden worden indien het thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.....	20
5.2.1.3 Cijfers (2009) die de werking illustreren in de A- en T-bedden van de regio... ..	
5.2.2. TOEKOMSTIG ZORGAANBOD volgens de vernieuwde visie in 5 functies.....	21
5.2.2.1 Functie 1: Preventie, vroegdetectie, probleemdefiniëring - 1A Preventie & vroegdetectie, 1B Vroeginterventie.....	
5.2.2.2 Functie 2: Ambulante intensieve behandel- en begeleidingsteams voor acute en meer chronische patiënten.....	24
1 Explicitering van de functies 2A (PCT) & 2B (FACT).....	
2 Doelgroep van de functies 2A (PCT) & 2B (FACT).....	25
3 Doelstellingen van de functies 2A (PCT) en 2B (FACT).....	27
4 Visie op de aangeboden zorg in de functies 2A (PCT) en 2B (FACT).....	28
5 Activiteiten en scharnier met andere functies.....	30
6 Teamsamenstelling – caseload - modaliteiten .....	33
7 Verwachte resultaten.....	35
5.2.2.3 Functie 3: Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie... ..	36
1 Explicitering van de functie.....	
2 Doelgroep.....	
3 Doelstellingen.....	37
4 Visie op de aangeboden zorg.....	
5 Activiteiten en scharnierfuncties.....	38
5.2.2.4 Functie 4: Intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychiatrische problemen.....	39
5.2.2.5 Functie 5: specifieke woonvormen.....	
1 Explicitering van de functie.....	
2 Doelgroep.....	
3 Doelstellingen.....	40
4 Visie op de aangeboden zorg.....	
5 Activiteiten en scharnierfuncties.....	41
6 Lacunes.....	42
5.3 Nieuwe rollen.....	44
5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring.....	

5.5 Management- en bestuursmodel.....	45
6 Ontwikkelingsstrategie van het netwerk.....	46
6.1 Fasering.....	
6.2 Risico management.....	47
7 Financiering en middelenallocatie (excl. Budgetten psychiaters).....	48
7.1 Inkomsten.....	
7.2 Uitgaven .....	

## BIJLAGEN

- Bijlage 1 - Netwerkovereenkomst van GGZ-voorzieningen in de regio Zuid West-Vlaanderen*
- Bijlage 2 - Bestuurlijke organisatie regio Zuid West-Vlaanderen*
- Bijlage 3 - Ondertekenende partners*
- Bijlage 4 - Integrale eindrapporten van alle schrijfgroepen*
- Bijlage 5 - Activiteitenverslag Netwerkcoördinator 01-05/2011*
- Bijlage 6 - Aanwezigheidslijst algemeen informatiemoment dd. 22/03/2011*
- Bijlage 7 - Werking van de EPSI, geïllustreerd met cijfermateriaal*
- Bijlage 8 - Kenmerken van de doelgroep en werkingsgebied*
- Bijlage 9 - Visie vanuit de gezinszorg*
- Bijlage 10 - De rol van UilenSpiegel vzw in het dossier art 107*
- Bijlage 11 - Bestaande samenwerking (mindmap) op cliënt-niveau en/of formeel per functie*
- Bijlage 12 - Bestaande samenwerking op cliënt en/of formeel niveau per GGZ-partner*

Lijst van gebruikte afkortingen

ACT	Assertive community treatment
AG	Activiteitencentrum
AZ	Algemeen ziekenhuis
AZG	Arbeidszorgcentrum
BW/BeWo	Beschut wonen
CAW	Centrum voor algemeen welzijn
CGG	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	Centrum voor leerlingenbegeleiding
EPA	Ernstige psychiatrische aandoening
EPSI	Eenheid voor psychiatrische spoedinterventie
FTE	Full-time equivalent
GDT	Geïntegreerde diensten thuiszorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
LST	Lokale afdelingen van de SEL
MPG	Minimale psychiatrische gegevens
NAH	Niet aangeboren hersenaandoening
PAAZ	Psychiatrische afdeling in algemeen ziekenhuis
PCT	Psychiatrische crisisteam
PUG	Psychiatrische urgentiedienst
PVT	Psychiatrisch verzorgingstehuis
PZH/PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
PZT	Psychiatrische zorg in de thuissituatie
RCK	Regionaal crisisnetwerk Kortrijk
SEL	Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg
SGA	Sterke gedragsstoornis en agressie
TP	Therapeutisch project

## VOORWOORD

Sedert de bespreking van de feedback (24/02/2011) en aldus de verbeterpunten mbt. het indienen van ons eerste projectvoorstel vanuit de overheden, werd er intensief gewerkt o.l.v. de netwerkcoördinator Serge Deboever (in bijlage 5 is het activiteitenverslag voor 2011 tot op heden toegevoegd).

Zo werd op bestuurlijk niveau in de Ledenraad en het Netwerkcomité GGZ doelgroep Volwassenen, de betrokkenheid en inspraak gegarandeerd van een patiënt- (Uilenspiegel) en een familievereniging (Similes), de huisartsenkring (voorzitter SEL) en de eerstelijnssector (SEL-coördinator).

Om de functies concreter uit te werken en de verschillende actoren dichter te betrekken, werd per functie een schrijfgroep opgericht waarin zowel GGZ- als niet-GGZ actoren konden aan deelnemen. Een actieve oproep hiertoe vond plaats op de algemene informatievergadering voor niet-GGZ actoren op 22 maart waarop 58 deelnemers intekenden waarvan een 30-tal vanuit de eerste lijn en lokale besturen (deelnemerslijst in bijlage 6 opgenomen).

De oproep kende een groot succes en leidde tot deelname vanuit allerlei voorzieningen.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen strategische (kern)partners en andere betrokken (perifere) partners.

Elke schrijfgroep werd voorgezeten en voorbereid door een 'trekker', resp. zijn dit voor Functie 1 het CGG (m.n. Mieck Vos), Functie 2A AZ Groeninge (m.n. Dr.Wim Lecot), Functie 2B PZT Menen (m.n. Caroline Hubaux), Functie 3 Beschut Wonen Kortrijk (m.n. Rita Wietendaele), Functie 4 PC Menen (m.n. Serge Deboever) en Functie 5 Beschut Wonen Menen (m.n. Christophe Raes).

De resultaten van deze schrijfgroepen vindt u terug onder hoofdstuk 5.2.2.

Voordien leest u onder 5.2.1 hoe het huidig zorgaanbod er uit ziet in deze regio.

In bijlage 2 vindt u de ganse bestuurlijke organisatie en samenstelling van de bovenstaand aangehaalde overlegorganen.

In bijlage 4 vindt u de integrale rapporten per schrijfgroep en de deelnemers aan de 2 overlegmomenten.

Het is de bedoeling om na goedkeuring van ons dossier over te gaan tot het vormen van (kleinere) projectteams per functie met als opdracht de functie inhoud te geven via implementatie op de werkvloer, al of niet via deelprojecten.

De groepen zijn zo samengesteld dat er coördinatie verzekerd is over de teams heen, o.a. via de trekkersrol van elk projectteam te laten zetelen in nog een ander projectteam. De netwerkcoördinator(en) en het Netwerkcomité dienen dit aspect eveneens te bewaken.

Bovendien werd aan elke groep gevraagd om nadrukkelijk oog te hebben voor de huidige en toekomstige scharnierfuncties, coördinatie tussen verschillende functies en zorgmodules.

Met bovenstaande hopen we tegemoet te komen aan de geformuleerde werkpunten vanuit de overheden door elke functie nauwkeuriger uit te werken en een klaarder werkmodel vooral wat betreft Functie 2 te omschrijven. Bij de uitwerking van de Functie 2 wordt een realistische planning gegeven.

De huidige samenwerking op cliënt- als op formeel niveau tussen GGZ onderling, alsook deze met vele niet-GGZ actoren, werd eveneens in kaart gebracht per functie en per GGZ-partner (zie bijlagen 11 en 12) om aan te tonen dat ook hier al veel gebeurt op de werkvloer en in beleidskamers.

Op vandaag werken vele voorzieningen zeer goed en zelfs intensief plus complementair samen. Op patiëntniveau is de samenwerking, vb. op vlak van verwijzingen, tussen (huis)artsen en teams vrij goed te noemen.

Toch is iedereen er zich terdege van bewust dat werken met dit nieuwe GGZ-model ook op dit vlak veel nieuwe kansen zal bieden, dat we elkaar nog beter zullen leren kennen en vooral dat afstemming en goede communicatie uiterst belangrijk zijn om te komen tot zorg op maat en continuïteit van zorg.

Specifieke aandacht zal besteed worden aan zorgtrajectmanagement van de cliënten op het niveau van de regio. Er dient minder instellingsbeleid en meer cliëntbeleid gevoerd te worden.

Goede zorgplannen, gegevensuitwisseling, protocollen en processen creëren, vormen hier een opdracht voor de toekomst zodat minder aan het toeval wordt overgelaten.

Speciale aandacht wordt gevraagd voor de diensten en werknemers die op heden actief zijn in de thuiszorg (huisartsen, gezinszorg, thuisverpleging). In bijlage 9 werd een nota opgenomen die hun bekommernissen weergeeft.

Belangrijk om aan te geven is dat de herallocatie van de middelen van volgende bedden en plaatsen **beslist** werd:

- a) PC OLV van Vrede: 30 t-dag
- b) AZ OLV van Lourdes ziekenhuis Waregem: 5 A
- c) PC OLV van Vrede: 10 T
- d) AZ Groeninge Kortrijk: inbreng van 3 FTE
- e) PZ H.Familie Kortrijk: inbreng van 1 FTE

Vanuit dit gegeven zal de planning uitgaan van het installeren van de 5 functies, mét voldoende kritische massa, in de subregio Menen. In een volgende fase zal de werking respectievelijk naar de subregio's Waregem en Kortrijk uitgebreid worden.

Wetende dat er in de regio 195 A en 90 T-bedden voor de doelgroep Volwassenen erkend zijn, met daarnaast 75 t-dag en 26 a-dag plaatsen, zou een buitengebruikstelling van 25 bedden en 30 plaatsen, respectievelijk 25/285 of 9 % en 30/101 of 30 % van het totaal betekenen. Samen staat dit voor 55/286 of 19 %!

De vrijgekomen middelen zullen voluit ingezet worden om de functies 2A en 2B te realiseren met een voldoende kritische massa (we denken aan 30 FTE in totaal voor de ganse regio). Dit betekent evenwel niet dat de andere functies geen nieuwe input krijgen.

Dit plan kan er toe leiden dat tijdens en na die periode duidelijk wordt dat verdere herallocatie van extra bedden en/of plaatsen mogelijk, zelfs noodzakelijk is. Nu reeds is duidelijk dat de actoren binnen de functie 4 zeer intensief, kortdurend en specialistisch bezig zijn (Epsi, T-bedden), wat ertoe kan leiden dat ook hier initiatieven zullen moeten genomen worden op vlak van personeelsinzet, lees intensifiëren (minder bedden, toewijzing van personeel aan bijv. crisisunit en/of resterende T bedden die in feite als A-bedden functioneren).

De te verwachten druk op de eerste lijn zal toenemen, waar we met dit project ook ondersteunend wensen te werken, maar verdere beleidsantwoorden (incentives) zullen noodzakelijk zijn.

We wensen toch ook mee te geven dat de concretisatie van vooral de functie 2A/2B weliswaar reeds vrij detaillistisch uitgeschreven werd en gedragen door vele partners, maar dat voor dergelijk nieuw en complex project onmogelijk kan gesteld worden dat er geen wijzigingen zullen optreden binnen het op heden uitgeschreven concept. Daarom is het dan ook een experiment...

Tot slot, als uitsmijter, nog deze vaststelling van de netwerkcoördinator tijdens zijn vele ontmoetingen met andere sectoren: dezelfde evoluties die de GGZ doormaakt, zijn ook in vele andere sectoren op gang gebracht. Denk maar aan het grond- en panden decreet voor de Woonzorgcentra, dus voor de doelgroep Ouderen, denk aan het Algemeen Welzijnswerk waar men gaat werken met 1 CAW in een bepaalde regio, denk aan het Project "Dienst Voortraject" (soort Functie 1) van Min.Vandeurzen waar de groep Ubuntu in onze regio trekker is en waarbij de GGZ i.c. de netwerkcoördinator GGZ, op vraag van, participeert aan het overleg ifv. de opmaak van dit dossier. Het ware wenselijk dat de verschillende 'netwerkcoördinatoren' of andere 'veranderingsmanagers' elkaar kunnen ontmoeten opdat toch een zeker risico van overlapping dreigt.

## 1. Toelichting van de visie van het project

De GGZ-partners van de regio Zuid West-Vlaanderen (zijnde Psychiatrisch Centrum OLV van Vrede Menen, Psychiatrisch Ziekenhuis H.Familie Kortrijk, AZ Groeninge Kortrijk, OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem, vzw De Bolster Beschut Wonen Kortrijk, vzw Eigen Woonst Beschut Wonen Menen, vzw Kompas Kortrijk, CGG Mandel en Leie) onderschrijven de nieuwe visie op de geestelijke gezondheidszorg met volle overtuiging.

Sedert de indiening van het eerste projectvoorstel zijn veel niet-GGZ actoren toegetreden tot het project. Onder punt 5.1 Netwerksamenstelling wordt dit aangegeven, alsook in bijlage 2 “Bestuurlijke organisatie”. Ze participeren actief aan de Ledenraad (Similes, Uilenspiegel), het Netwerkcomité (huisarts, SEL-coördinator), projectteams (CAW, diensten voor thuiszorg, huisartsen, OCMW's, ...).

In de lijn van G.Thorncroft en M.Tansella wordt ons GGZ-model uitgebouwd met 3 componenten om te komen tot Balanced Care:

- a) Eerstelijnszorg met specialistische backup: de GGZ = onderdeel van de eerstelijns, klemtoon op coaching, vorming, advies, ondersteuning.
- b) Geestelijke gezondheidszorg: ambulante poliklinische activiteiten; lokale mobiele psychiatrische teams; casemanagementprincipe; intramurale acute zorg; langdurige gemeenschapsgerichte residentiële zorg; dagverzorgings- en activiteitencentra; en zorgcoördinatie.
- c) Gespecialiseerde en gedifferentieerde GGZ-voorzieningen voor specifieke doelgroepen

Op deze manier zal in de toekomst een patiënt toetreden tot een netwerk met een eigen identiteit, een zorgcircuit en zich als het ware niet meer richten tot een voorziening.

De uitgangspunten voor alle functies of over alle functies heen, zijn:

*Zorg op maat* bieden vanuit het stepped-care principe, dus zo nodig specialistisch maar ondersteunend of herstelgericht waar wenselijk, zo nodig intensief of eerder van-op-afstand, zo nodig intramuraal of anders ambulant, ...

*Zorg op maat* gaat uit van de wensen en de doelen van de cliënten en hanteert de principes van *empowerment en rehabilitatie*.

*Continuïteit van zorg* gezien als creëren van diverse mogelijkheden van vervolgzorg, snelle en naadloze overgang tussen zorgmodules, goede informatie-uitwisseling tussen zorgactoren, opmaak en opvolging van zorgplan met betrokken zorgactoren en cliënt,...

Continuïteit van zorg binnen een dergelijke complexe realiteit van verscheidene actoren en modules vereist *zorgcoördinatie* enerzijds maar vooral ook een *vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener* anderzijds. Het principe van therapeutisch coördinator én referentiepersoon voor een individuele cliënt geniet onze voorkeur om deze objectieven te realiseren.

*Integratie* gezien als “Echt (blijven) leven in de maatschappij / in een thuis, behoud of herstel van het burgerschap (wonen, werken, leren, relaties, vrije tijd), mét inspraak van de cliënt bij zijn behandeling



en gezien binnen een systeem, een leefcontext. Dit vereist *partnerships en samenwerkingsovereenkomsten met velerlei instanties buiten de GGZ-sector*.

*Evidence-based of best-practice toepassingen* hanteren die reeds hun effectiviteit bewezen hebben, genieten de voorkeur.

## **2. Doelgroep**

Het model voor de GGZ dat verder wordt beschreven in dit dossier heeft alle volwassenen voor ogen die wonen binnen het beschreven werkingsgebied. Het betreft dus de leeftijdsgroep 18 (16+) – 65 jarigen. Alle psychiatrische ziektebeelden dienen bediend te worden.

**Verderop in dit dossier onder hoofdstuk 5, zult u specifieke kenmerken van de beoogde doelgroep lezen per functie.**

Er dient opgemerkt dat de regio voor bepaalde subdoelgroepen weinig of geen specifiek zorgaanbod voorziet en hiervoor beroep kan doen op andere GGZ-partners (meestal uit de provincie West-Vlaanderen).

Zo kan doorverwezen worden voor de specialisatie NAH, SGA, high en medium – risk forensische GGZ, mentaal gehandicapten e.a. De meest aangeboden zorgmodules hebben evenwel geen exclusiecriteria: zo worden mensen met NAH, SGA of mentaal gehandicapten ook behandeld en begeleid in onze voorzieningen, maar er bestaan weinig of geen specifieke settings.

**In bijlagen 11 en 12 “Bestaande samenwerking op cliëntniveau of formeel (Mindmap)” kunt u alle samenwerkingsverbanden terugvinden, dit per functie alsook per GGZ-actor.**

## **3. Doelstellingen**

De kwaliteitsvolle en deskundige zorg die op heden geboden wordt, wordt niet in vraag gesteld. Wel is er de vaststelling dat:

- er wachtlijsten blijven bestaan in diverse voorzieningen
- er weinig alternatieven bestaan op een intramurale behandeling of begeleiding
- er na ontslag uit een intramurale setting nog te weinig opvolging is binnen het thuismilieu
- de reguliere diensten voor thuisverpleging en gezinszorg, huisartsen, OCMW's, ... melding maken van ernstige en veelvoorkomende psychische en psychiatrische problematieken bij hun cliënten
- er weinig aan preventie en vroegdetectie wordt gedaan binnen de GGZ
- ...

Het zijn bovenstaande knelpunten en criteria die geëvalueerd dienen te worden en waarop resultaten dienen geboekt te worden, mét behoud van de huidige sterktes.

Wanneer men de zorgvernieuwing in de GGZ voor ogen heeft, dan staan begrippen als meer zorg op maat, meer continuïteit van zorg en meer vraaggestuurd werken centraal. Het principe van stepped-care, getrapte zorg, waarbij de lichtst mogelijke vorm van zorg wordt aangeboden, is een belangrijk principe hierbij.

Het medisch model dat zijn waarde heeft, wordt niet in vraag gesteld, maar er wordt van de zorgactoren verwacht dat de integratie versterkt wordt. De noden van de persoon met een psychische of psychiatrische problematiek worden gekaderd binnen zijn concrete leef-, leer- en werkomgeving. Intramurale behandeling en begeleiding worden verwacht korter, intensiever, specifiekere te zijn. Laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg vormt dé uitdaging. De sector die er altijd van uit ging dat de cliënt naar hem toe komt, zal de knop moeten kunnen omdraaien en bereid zijn om ook naar de cliënt toe te gaan binnen zijn vertrouwde leefmilieu.

Verder mag er verwacht worden dat er méér cliënten kunnen behandeld en begeleid worden via dit nieuwe werkmodel mét dezelfde middelen.

Binnen een werkingsgebied moet een totaalzorgpakket geboden worden (de 5 functies).

Het gaat om een basispakket van algemene psychiatrie (lees: aanbieden van zorgactiviteiten binnen de 8 zorgfuncties beschreven in Spiller, zijnde aanmelding, indicatiestelling, behandeling, begeleiding, psycho-educatie, activering, dienstverlening en verzorging) voor de globale bevolking van dat werkingsgebied, al of niet aangevuld met specialisaties. Voor doelgroepen waarvoor de regio geen zorgaanbod voorziet, zullen grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten dienen afgesloten te worden, zo dit op heden nog niet geval mocht zijn.

De gespecialiseerde GGZ-actoren zullen hun deskundigheid aanwenden op 2 manieren:

1. Als specialisten bieden zij binnen de functies 2A en 4 zeer specialistische en intensieve behandeling en zorg aan in crisissituaties, bij zware psychiatrische problematieken (vb. eetstoornis, toxicomanie, eerste psychose...) en bij andere indicaties (vb. veiligheid). Binnen functie 1 horen hier de urgentieconsultaties thuis, alsook de gespecialiseerde poliklinische activiteiten
2. De GGZ-actoren zullen in de andere functies veel vaker optreden als actor die beroep doet op een andere welzijns- of zorgvoorziening. Zo zal de GGZ-hulpverlener meermaals niet-GGZ-actoren aanspreken om de zorg over te nemen of ondersteuning te bieden. Omgekeerd, in de thuiszorg merken we dat de GGZ er vaak 'bijgeroepen' wordt om de thuissituatie haalbaar te houden of te maken. Zijn expertise wordt aangewend door anderen. De GGZ-actor treedt hier dan eerder op als coach, consultant of indien wenselijk, als zorgcoördinator.

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

##### 4.1 Geografisch werkingsgebied

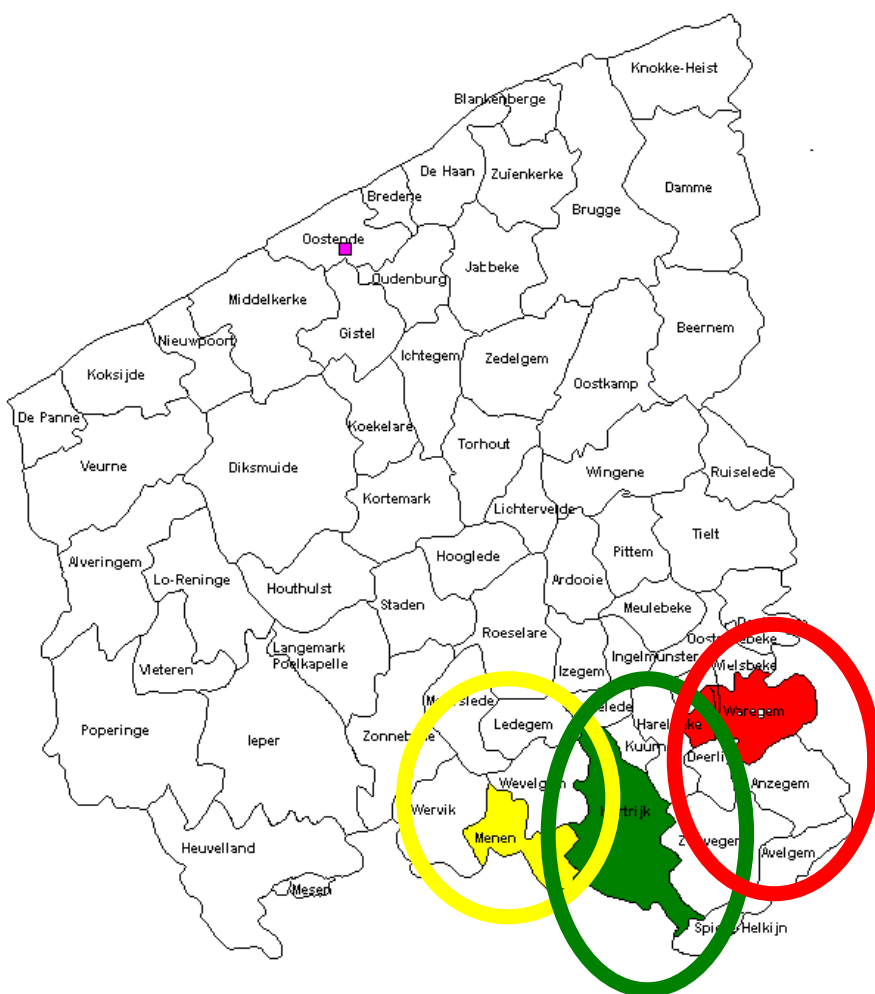
Het werkingsgebied dat we voor ogen hebben is de zorgregio zoals beschreven in het woonzorgdecreet van Vlaanderen. Dit bevat de volgende gemeenten/steden: Anzegem, Avelgem, Deerlijk, Dentergem, Harelbeke, Kortrijk, Kuurne, Menen, Spiere-Helkijn, Waregem, Wervik, Wevelgem, Wielsbeke en Zwevegem. Het aantal inwoners bedraagt 306 351 (cijfers 2005).

Het werkingsgebied valt samen met de SEL-regio en wordt gevolgd bij o.a. het pilootproject Psychiatrische Thuiszorg Vesta, het Tender-project en 3 therapeutische projecten die er lopende zijn.

Het heeft als grote voordeel dat de samenwerking met de thuiszorgdiensten via het SEL reeds goed is uitgebouwd en er een goede verstandhouding bestaat.

Zie de kaart hierna, om rekeninghoudende met de af te leggen afstanden en opererend in een straal van 10 à 15 km van de 3 werklocaties te Menen/Kortrijk/Waregem, het werkterrein te zien **voor de mobiele teams** binnen Functie 2.

Merk op dat het CGG, vzw Kompas en de 3 PZT 's reeds op dergelijke manier ingepland zijn en functioneren!



#### 4.2 Kenmerken van de doelgroep in werkingsgebied

We verkiezen om deze gegevens in bijlage 8 onder te brengen, gezien er niks gewijzigd is ten opzichte van vorig ingediend projectvoorstel.

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

#### **5.1 Netwerksamenstelling**

Hier verwijzen we, behalve onderstaande toelichting, graag naar de bijlage 1, zijnde de netwerkoevereenkomst van regio ZW-Vlaanderen op heden.

In de regio ZW-Vlaanderen is er een lange traditie van overleg en samenwerking tussen de GGZ-actoren. We vernoemen hier de werking van het regionaal overlegplatform dat bijvoorbeeld uitwisselingsprojecten organiseerde, de softwaretool Spiller als eerste in W-Vlaanderen hanteerde om het zorgaanbod in kaart te brengen aan de hand van de zorgfuncties, transferdocumenten opstelde, bijscholingen organiseerde, scholenprojecten en andere beeldvormings- en preventieprojecten opzette.

Wanneer de overheden van ons land de kans boden of bieden om in te stappen in pilootprojecten, werden de krachten vaak gebundeld. Zo kon het pilootproject Psychiatrische zorg in de thuissituatie Vesta opgericht worden en verloopt de werking ervan zeer goed onder supervisie van een stuurgroep die bestaat uit enerzijds GGZ-actoren en anderzijds de SEL-coördinator, huisartsen, Similes en diensten voor thuisverpleging en gezinszorg. Ook de 3 therapeutische projecten verlopen gelijkaardig waarbij we mogen zeggen dat de samenwerking tussen GGZ-actoren alsook met de niet GGZ-actoren verstevigd is hierdoor.

De PVT Valckeberg is ook een prima voorbeeld van hoe de samenwerking tussen GGZ-actoren kan resulteren in een mooi initiatief.

Uiteraard, verder in de tijd, waren projecten als Beschut Wonen ook voorbeelden van samenwerking tussen bijvoorbeeld CGG en psychiatrische ziekenhuizen.

In het kader van de zorgvernieuwing binnen de GGZ werd de zogenaamde Ledenraad of Netwerk van GGZ-voorzieningen van de regio ZW-Vlaanderen opgericht. Dit resulteerde in een overeenkomst die op 6/10/2009 ondertekend werd door alle leden.

Op heden is de structuur van beleids- en adviesorganen beknopt als volgt (uitvoerig overzicht met samenstelling, functies en bevoegdheden per orgaan is toegevoegd **in bijlage 2**):

- a) de **Ledenraad** met als hoofddoel het uitwerken, uitvoeren en superviseren van een strategisch plan ter uitbouw van een toegankelijk, voorzieningsoverschrijdend en samenhangend GGZ-zorgaanbod in deze

regio volgens de principes van het GGZ-model zoals in de Gids en dit dossier vermeld. Belangrijk is dat dit orgaan zowel de doelgroep Volwassenen, Kinderen als Bejaarden omvat, alsook thema's die ruimer gaan dan het GGZ-organisatiemodel (vb. beeldvorming, opleiding). Vanuit dit perspectief werden de patiëntvereniging Uilenspiegel en de familievereniging Similes bereid gevonden te zetelen in dit bestuursorgaan.

- b) Een **Netwerkcomité per doelgroep** (op heden enkel bestaand voor Volwassenen) met als hoofddoel de vooropgestelde functies 1 tot en met 5 te vervullen en samenhang te bewerkstelligen op regionaal niveau. Coaching van de netwerkcoördinator(en) is een andere belangrijke opdracht. Hier zetelt de eerstelijnssector via de huisartsen en het SEL.
- c) De **Projectteams per functie** adviseren het betrokken netwerkcomité betreffende inhoudelijke en organisatorische aspecten van de functie. Het projectteam zorgt voor uitwerking en opvolging van dit project. Deelprojecten binnen de functie worden gestuurd. Registraties worden opgezet ifv. evaluaties.
- d) Op subregio-niveau zal een **reflectiegroep** de samenhang tussen de 5 functies opvolgen, alsook hiaten en overlappingsen detecteren. Ook samenwerking met andere zorgregio's is hier een aandachtspunt, net als de dagelijkse werking van de regionale zorgteams binnen alle functies. Hier merkt u dat de thuiszorg sterk vertegenwoordigd is gezien het feit dat voor deze diensten de beweging naar extramuralisering een zeer ingrijpende gebeurtenis wordt. Hun verwachtingen, bekommernissen, positieve en negatieve ervaringen zullen van groot belang zijn bij de evaluatie van dit experiment.
- e) Op **casusniveau** worden de principes die gelden binnen de therapeutische projecten en de zorgcoördinatie binnen de Psychiatrische Thuiszorg als uitgangspunt genomen. De relevante actoren rond een individuele cliënt zullen regelmatig samenkomen om een behandel- of zorgplan uit te werken, te implementeren en op te volgen, samen met de cliënt en eventueel met zijn nabije omgeving.

## 5.2 Taakverdeling in het netwerk

### 5.2.1 HUIDIG ZORGAANBOD (doelgroep: Volwassenen)

#### 5.2.1.1 Volgens aard van de bedden / plaatsen / dossiers (klassieke visie)

PAAZ OLV van Lourdes ZH Waregem	30 A	
PAAZ / EPSI AZ Groeninge Kortrijk	50+10 A	
A te PZ H.Familie Kortrijk	75 A	
A te PC OLV v/ Vrede Menen	30 A	(TOTAAL: <b>195 A</b> )
T te PC OLV v/ Vrede Menen	<b>90 T</b>	
Residentiële (crisis)behandeling in Kompas Kortrijk	16 (A)	
a-partieel te PC OLV v/ Vrede Menen	4+1 a	
a-partieel te PZ H.Familie Kortrijk	15 a	
a-partieel te AZ Groeninge Kortrijk	7 a	
t-partieel te PC OLV v/ Vrede Menen	78 t	
Beschut Wonen De Bolster Kortrijk	5 FTE (40 plaatsen)	

Beschut Wonen Eigen Woonst Menen	10.50 FTE (84 plaatsen)
PZT-begeleiding te Menen	1.55 FTE (60 lopende dossiers)
PZT-begeleiding te Kortrijk	1 FTE ( 40 lopende dossiers)
PZT-zorgcoördinatie Vesta te Kortrijk	2 FTE (90 lopende dossiers)
Nazorg geboden door intramurale teams Menen	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door intramurale teams Kortrijk	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door Beschut Wonen Menen	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door Beschut Wonen Kortrijk	5 lopende dossiers
CGG Mandel-Leie Volw. Kortrijk (2009)	529 lopende dossiers, 327 opgestart
CGG Mandel-Leie Volw. Menen (2009)	204 lopende dossiers, 155 opgestart
Dagactiviteitencentra en Arbeidszorgcentra	(zie functie 3 hieronder)

- *Wat betreft CGG zijn dit cijfers exclusief de forensische dossiers.*
- *Er dient opgemerkt dat de doelgroep Ouderen (65+) ook beroep doet op (delen van) bovenstaande capaciteit.*
- *Volledigheidshalve voegen we hieraan toe dat er in PC Menen 30 Tg bedden bestaan, dat er PZ HF Kortrijk 24 K-bedden, 1 k-dag en 5 k-nacht bestaan en dat er in AZG Kortrijk 30 bedden voor gerontopsychiatrie bestaan.*

5.2.1.2 **HUIDIG AANBOD BESCHREVEN** volgens de vernieuwde visie, dus in 5 functies (doelgroep: Volwassenen)

Per GGZ-actor is in bijlage 12 te zien welke huidige samenwerkingen bestaan op cliëtniveau en/of op formeel niveau.

*Functie 1: vroegdetectie, preventie, screening*

Activiteiten binnen het CGG die behoren tot deze functie zijn:

- Suïcidepreventie i.s.m. huisartsen, politie, overlegplatform GGZ, AZ Groeninge.
- Poliklinische activiteiten door multidisciplinair team. Doorverwijzingen, los van eigen initiatief van de cliënt, vanuit huisartsen, ziekenhuizen, projecten van begeleid en zelfstandig wonen, Kompas, CAW's, arbeidszorg, beschutte werkplaatsen...
- Casusoverleg met CAW, psychiatrische ziekenhuizen, beschut wonen, Kompas, de Regenboog...
- Voordeurteam i.s.m. het CAW te Waregem.
- Projecten toegankelijke woonzorg, innovatieve zorgwvovormen, coaching i.s.m. OCMW's Kortrijk en Wervik.
- Projecten mbt. beeldvorming, vb. ten aanzien van scholen (samen met andere GGZ-actoren van de regio).

In het psychiatrisch ziekenhuis H.Familie te Kortrijk en in het PC OLV van Vrede te Menen neemt men deel aan het Tender-project van de VDAB, goed voor samen plusminus 50 dossiers. Dit zijn ambulante poliklinische activiteiten bij een psycholoog die men moet situeren onder de functie 1 waarbij men een onderzoek doet bij de werkloze of hij al of niet arbeidsgeschikt is of kan georiënteerd worden naar arbeidszorg, vanwege een ernstige

medische, mentale, psychische of psychiatrische (MMPP) problematiek. Bijkomend doel is dat de persoon indien wenselijk de nodige behandeling en/of begeleiding krijgt om toegeleid te worden naar een werkmiddel. TRAVO (Menen) en DOMINO (Kortrijk) bieden stages aan binnen het tender-project (wat valt onder functie 3), dit alles in samenwerking met vzw Mentor (empowerment) en de GTB-trajectbegeleidster van de VDAB.

Functie 1 omvat ook alle ambulante poliklinische activiteiten van de psychiaters en psychologen tewerkgesteld in de verschillende centra en ziekenhuizen.

Hier dienen de consultaties die AZ Groeninge doet voor de Branding, een instelling voor mentaal gehandicapten, vermeld te worden. PZ H.Familie doet hetzelfde voor de doelgroep van mentaal gehandicapten in Den Achtkanter.

De urgentieconsultaties binnen AZ Groeninge, hoofdzakelijk binnen de dienst EPSI met een 400-tal en de dienst Spoed met een 600-tal (cijfers 2010) ambulante dringende consultaties, hebben een belangrijke regionale rol te spelen binnen deze vroeginterventie-functie.

Het CGG en het PC Menen hebben een samenwerkingsakkoord afgesloten met als doel de wachtlijsten in te korten. De polikliniek van het ziekenhuis zal als overbrugging gehanteerd worden in afwachting van begeleiding in het CGG. Ook kan het CGG gebruik maken van specifieke therapieën aangeboden in het ziekenhuis, weliswaar binnen de poli- of dagkliniek.

De PZT-medewerkers hebben een aantal casussen waar we kunnen spreken over voorzorg. Welzijnswerkers of privé-psychiaters doen hier af en toe beroep op en hoort daardoor wellicht eerder thuis onder functie 1.

PZT Vesta heeft belangrijke activiteiten op vlak van coaching, vorming en geven van adviezen op vlak van geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van de reguliere sector (vb. huisartsen, CAW's, woon- en zorgcentra).

De liaisonfunctie vanuit AZ Groeninge (EPSI, PAAZ, psychiaters) kan omschreven worden als het aanbieden van psychiatrische consult en begeleiding van patiënten met psychosomatische / psychiatrische problematiek die opgenomen zijn in het algemeen ziekenhuis.

Huisartsen, thuiszorg- en thuisverplegingdiensten zijn hulpverleners die bij uitstek aan preventie en vroegdetectie doen. De GGZ moet hen daarbij instrumenten aanbieden en vooral ook advies, coaching, vorming.

De OCMW's, denk maar aan hun sociale huizen, zullen hierbij ook, net als de CAW's een centrale rol blijven spelen.

De lokale besturen zijn een andere gesprekspartner. De vzw Welzijnsconsortium ZW.Vlaanderen is voor ons hierbij een ondersteunende partner.

*Functie 2: ambulante-mobiele intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen*

1. \_\_\_\_\_ **FUNCTIE 2A** Submodule acute en intensieve psychiatrische thuiszorg (PCT genoemd in dit dossier, wat staat voor **Psychiatrische Crisisteams**)

Enkel bij de tijdelijk door het Verslavingsfonds gesubsidieerde projecten is er sprake van intensieve begeleiding aan huis. Zo biedt Kompas binnen dergelijk project crisishulp aan huis waarbij men binnen de 24 uur aanwezig is en waar er intensieve begeleiding geboden wordt gedurende maximaal 6 weken.

Kompas gaat sporadisch wel aan huis bij problemen of crisis bij gekende cliënten binnen de context van de ambulante werking.

## 2. **FUNCTIE 2B** Submodule langdurige psychiatrische thuiszorg voor chronische patiënten (**FACT** – teams genoemd in dit dossier, wat staat voor Functie/Herstelgericht en Aanklampend/Assertive)

Huidige activiteiten:

PZT-begeleiding te Menen	1.60 FTE (60 lopende dossiers)
PZT-begeleiding te Kortrijk	1 FTE (40 lopende dossiers)
PZT-zorgcoördinatie Vesta te Kortrijk	2 FTE (90 lopende dossiers)
Nazorg geboden door intramurale teams Menen	25 lopende dossiers
Nazorg aangeboden door intramurale teams Kortrijk	25 lopende dossiers
Nazorg aangeboden door Beschut Wonen Menen	25 lopende dossiers
Zorg en Nazorg aangeboden door Beschut Wonen De Bolster	6+ 5 lopende dossiers

In samenwerking met het pilootproject psychiatrische thuiszorg Vesta (2 FTE) zorgen psychiatrische thuiszorgbegeleiders in Kortrijk (1 FTE) en in Menen (1,60 FTE) voor psychiatrische thuiszorg.

Het grootste gedeelte van het cliëntenbestand (excl. Vesta) betreft personen met een langdurige psychiatrische problematiek die gekend zijn binnen de (intramurale) sector. Vesta richt zich meer op mensen aangemeld vanuit de reguliere thuiszorg.

De taakafspraken zijn als volgt: Vesta zorgt hoofdzakelijk voor de dossiers waar de zorgcoördinatie centraal staat (in gans de regio) en de thuiszorgbegeleiders van PZT Menen en PZT Kortrijk bieden hoofdzakelijk psychosociale begeleiding aan (= **F**-functie).

De teams Beschut Wonen Menen en Kortrijk zetten respectievelijk een voltijds en een halftijds effectief in om in het bijzonder bepaalde ex-bewoners langdurig te begeleiden nadat ze zelfstandig zijn gaan wonen (**F**-functie).

Verder biedt Kompas vanuit afdeling de Kier, in het kader van nazorg, rehabilitatiezorg aan die soms heel aanklampend kan zijn (**ACT**-functie).

Volledigheidshalve dienen we hier ook de 3 therapeutische projecten te vermelden die voor de regio actief zijn.

Eén project richt zich op mensen met een persoonlijkheidsstoornis en een ander op bejaarde depressieve personen die thuis wonen **en een derde op jongeren op het scharnier Jeugdpsychiatrie en Bijzondere Jeugdzorg**. Het gaat in hoofdzaak over zorgcoördinatie.

Via het project Puente wordt vanuit de PZHn te Menen en te Kortrijk opvolgzorg geboden aan personen met psychotische stoornissen. Dit is een vorm van aanklampende zorg waarbij het doel is dat de onderhoudsbehandeling op vlak van medicamenteuze therapie (depot-inspuitingen) blijft lopen opdat herval kan voorkomen worden.



Het SEL (samenwerkinginitiatief eerstelijnsgezondheidszorg) ZW-Vlaanderen heeft reeds heel veel zaken gerealiseerd ter bevordering van de samenwerking tussen de intra- en extramurale sector (zowel professionelen als mantelzorg- en vrijwilligersorganisaties), waar ook het psychiatrische luik aan bod komt:

- via het opmaken van een thuiszorgzakboekje of wegwijs in de thuiszorg genoemd
- via het aanbieden van het communicatieschrift / zorgplan dat bij de patiënt ter beschikking is, waar alle betrokkenen gebruik kunnen van maken
- de SEL-coördinator is voorzitter van de stuurgroep Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie Vesta
- SEL doet de administratieve coördinatie van de therapeutische projecten (TP)
- via de inhoudelijke en administratieve ondersteuning van de organisatoren en hulpverleners bij multidisciplinair overleg (MDO)

Tot slot wordt vanuit de thuiszorg een grote inspanning geleverd om in een doelgroepenwerking te voorzien, die de hulpverlening aan cliënten met een GGZ problematiek optimaliseert en professionaliseert. Er is een grote concentratie aan thuiszorgpatiënten met een psychische belasting in de regio Mene.

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

Deze functie is sterk uitgewerkt in de regio Kortrijk en Mene. In de regio Waregem is er minder zorgaanbod beschikbaar mbt. functie 3.

De activiteiten gericht op herstel en inclusie variëren van vrij economisch gericht (werk) over zinvolle dagbesteding tot vorming en ontmoeting.

De toegankelijkheid is eerder laagdrempelig gezien de aard van de doelgroep.

Huidig zorgaanbod in de regio:

- Beschutte Werkplaats WAAK en 't VEER, beschikken ook over aantal arbeidszorgplaatsen en Travo + 't Veer hebben een project 'Enclavewerking' waarbij personen met een psychische problematiek vanuit Travo begeleid worden ter plaatse in de beschutte werkplaats gedurende aantal weken
- Activiteiten-centrum Ac-Oord (vanuit Beschut Wonen Mene)
- Activiteitencentrum CONTACT te Mene (vanuit PC Mene): 65 cliënten
- Activiteitencentrum De Bolster te Kortrijk (vanuit Beschut Wonen), 65-70 cliënten
- Arbeidszorgcentrum TRAVO te Mene (vanuit Beschut Wonen i.s.m. PC Mene): 55 plaatsen
- Arbeidszorgcentrum Toemaatje (vanuit OCMW) te Mene
- Arbeidszorgcentrum Domino (vanuit Beschut Wonen) te Kortrijk, 65-70 cliënten
- Arbeidszorgcentrum De Hond in het kegelspel te Kortrijk ( Beschut Wonen en den Achtkanter, gehandicaptenzorg), 10 cliënten
- Arbeidszorgcentrum VZW HISE te Harelbeke (vanuit OCMW),
- Kringloopwinkel Zuid West-Vlaanderen
- Groep Ubuntu te Kuurne, Harelbeke en Avelgem (gehandicaptensector), 5 plaatsen arbeidszorg en 85 plaatsen begeleid werken.
- VZW Tandem te Waregem, bestaat uit Veloods, Strijk-ijzer en Klus-ter, is een sociaal economie bedrijf met een aantal plaatsen voor arbeidszorg.
- Allerlei reïntegratieprojecten: MADRE, GUIDA (Beschut Wonen Mene), FIGURANTEN, ANTIGONE (theatergezelschappen)
- Initiatieven m.m.v. culturele centra, sportcentra, ontmoetingcentra

Functie 4: intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen als opname noodzaak is

TOTAAL AANTAL BEDDEN VOOR DE HELE ZORGREGIO

= 195 A + 90 T  
 = 285 Bedden / 300.000 inwoners of  
 = 95 bedden / 100.000 inwoners.

Hiermee scoort de regio laag ivm. het landsgemiddelde dat 150 bedden bedraagt per 100.000 inwoners .  
 Na voorgestelde herallocatie van 15 A en 10 T –bedden in de regio voor de periode 2012-2013 zou het gemiddelde voor de regio Zuid-West verlagen tot 86.6 bedden per 100.000 inwoners.

De beide Kortrijkse ziekenhuizen realiseren samen 2.400 rechtstreekse opnames.  
 Naast 1600 opnames via spoed, EPSI of rechtstreeks op de opname-afdelingen , zijn er te AZ Groeninge nog eens 800 aanmeldingen op spoed of EPSI die ambulante (Functie 1) afgehandeld worden.  
 Waregem en Menen realiseren samen ca. 1.600 opnames.

Uit bovenstaande cijfers durven we stellen dat de functie 4 reeds zeer intensief, specialistisch en kortdurend opereert in deze regio. In bijlage 7 krijgt u uitgebreider zicht op de werking van de EPSI te AZ Groeninge als voorbeeld op intensifiëring van de functie 4 in de regio.

De Epsi-eenheid binnen de PAAZ te AZ Groeninge Kortrijk zorgt voor de spoed- of urgentiefunctie binnen de regio (24-uurs). In samenwerking met het psychiatrisch ziekenhuis H.Familie te Kortrijk wordt indien nodig ambulante of residentiële vervolgbehandeling gerealiseerd, gezien het feit dat de EPSI als modaliteit hanteert dat een opname maximaal 72 uur kan duren.

Door de fusie van de Kortrijkse algemene ziekenhuizen tot één ziekenhuis AZG ontstond in 2001 één centrale dienst spoedopname met een magneetfunctie op psychiatrische urgenties in de ganse regio Zuid-West. Het was een kerntaak van de stafleden psychiatrie en de directie AZG om hun dienst dermate te organiseren dat ze een antwoord gaven op de grote instroom van patiënten.

Dit gebeurde in overleg met de directie AZG via **een interne ‘herallocatie’ van personeel** op de A-dienst – zie volgend schema:

Aantal FTE in	<b>EPSI 10 bedden</b>	de DAM 25 b.	de PAS 25 b.	BRES 7 pl.
VPK	<b>10,33</b>	11,33	11,33	0
THERAPEUT	0	1,5	1,5	1,5
PSYCHOLOOG	ad hoc consult	0,75	0,75	0,8
MAATSCH. WERKER	ad hoc consult	0,75	0,75	ad hoc consult

Ook in het H.Hartziekenhuis Roeselare campus Menen komen op de spoedafdeling veelvuldig personen terecht met een psychische problematiek. Veelvuldig worden ze (meteen) doorverwezen naar de opnameafdeling van het PC Menen die zich zodanig organiseert dat een onmiddellijke opname meestal mogelijk is.

In de PZHn te Menen en Kortrijk heeft men een crisisinterventie-unit van resp. 10 en 17 bedden. Dit is een gesloten unit voor opvang van patiënten in een crisistoestand: vb. voor patiënten die onder gedwongen opnamestatuut worden opgenomen, personen waarbij reëel suïcidegevaar optreedt, bij totale ontreddeering, bij acute psychose of i.f.v. ontwenning...

De overige A-bedden (incl. a-dag) te Waregem, Menen en Kortrijk mag men beschouwen als crisis- en acute behandelbedden en -plaatsen.

De voorhanden zijnde T-units (3 keer 30 bedden) te Menen mag men definiëren als afdelingen voor intensieve voortgezette behandeling. Het PC Menen heeft ondanks het feit dat ze slechts beschikt over 30 A-bedden gemiddeld 70 tot 75 patiënten in A-statuut, wat toch wel wijst op intensifiëring van de zorg in de T-bedden. De reden is dat de **Nazorgpakketten** door dit ziekenhuis zeer ruim zijn opgebouwd. Men begeleidt zo'n 140 mensen via postkuur. Door de diversiteit van het aanbod kan men echt Nazorg op maat bieden om zo herval te voorkomen en sociale inclusie te betrachten.

Wat betreft de A en T-bedden van de verschillende ziekenhuizen, is er sprake van doelgroepenwerking of zorgprogramma's voor welbepaalde doelgroepen.

Binnen de 60 A-bedden van **AZ Groeninge** zijn er naast de EPSI-eenheid van 10 bedden twee zorgunits van telkens 25 bedden voor resp. middelenmisbruik (de Dam) en angst- en depressie (de Pas).

Binnen de 90 T-bedden van het **PC OLV v Vrede** zijn er zorgprogramma's voor middelenmisbruik en dubbeldiagnose (15 + 8 bedden), psychose (22 bedden), stemmingsstoornissen (25 bedden), cognitieve stoornissen (5 bedden) en persoonlijkheidsstoornissen (15 bedden).

Binnen het **PZ H.Familie** zijn er in de A-bedden intensieve zorgprogramma's voor diverse doelgroepen: psychosenzorg (15 bedden), middelenmisbruik (14 bedden), persoonlijkheidsstoornissen (15 bedden) en stemmingsstoornissen (14 bedden). Deze zorgprogramma's zijn noodzakelijk voor personen die niet adequaat kunnen geholpen worden via ambulante hulpverlening of kortdurende residentiële opvang. Verblijf 24u/24u in een psychiatrische setting van mensen die verkeren in een psychische uitputtingstoestand vereist een residentieel multidisciplinair behandel aanbod gedurende meerdere weken, soms maanden om daarna zo spoedig als mogelijk de ambulante vervolgbehandeling te kunnen hernemen.

De dagkliniek te Menen wordt opgedeeld in 2 subunits, zijnde één voor kortere opnames en één voor middellange of langere opnames. Indien de behandeling niet langer centraal staat, maar verdere opvolging wenselijk lijkt, wordt uitgekeken naar diverse vervolgm modules van de functies 2 en 3.

In het PZ te Kortrijk kiest men er voor om de 15 a-dag (50 dossiers) te integreren in de behandelafdelingen, aansluitend dus op de zorgprogramma's van de volledige hospitalisatie. De duur van de behandeling varieert tussen 6 tot 18 maand.

Dagkliniek in combinatie met Beschut Wonen komt ook voor.

In het AZ te Kortrijk bestaat er een kleine dagafdeling (7 a-dag), de Bres, bestemd voor minder complexe en langdurige problematiek. Men kan er maximaal 3 maand verblijven.

Er is duidelijk sprake van een aanbod van algemene psychiatrie in de regio waarbij we merken dat de 3 grote diagnosegroepen, zijnde stoornis middelen, angst- en stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen het grote gros uitmaken van de opgenomen patiënten (80 tot 85 %).

De groep persoonlijkheidsstoornissen is een goede vierde. De andere DSM IV-groepen zijn minder frequent aanwezig.

Kompas tenslotte, verzorgt de crisisopvang en de behandeling van personen met een illegale drugsafhankelijkheid, al of niet in combinatie met psychische problemen.

*Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan geboden worden indien het thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is*

In de regio zijn 2 initiatieven **Beschut Wonen** reeds geruime tijd operationeel, met respectievelijk 84 (Menen) en 40 (Kortrijk) erkende plaatsen. Ook wordt er in de nabije toekomst werk gemaakt om een initiatief Beschut Wonen op te richten voor de regio Waregem (10 erkende plaatsen. Het P.C. Menen stelt sedert vele jaren appartementen / studio's ("rehabstudio's") te huur voor ex-patiënten tegen lage huurprijs, met de nabijheid van psychiater en andere hulpverleners.

Het **PVT Valckeberg** (60 bedden, mede opgericht door de 2 psychiatrische ziekenhuizen van de regio), weliswaar gevestigd te Rumbeke (in de regio Midden-West-Vlaanderen), dient hier ook vermeld te worden omdat in dit PVT hoofdzakelijk personen verblijven die vanuit de T-bedden komen van onze regio en dus hun domicilie hadden in onze zorgregio. Deze PVT zal ook in de toekomst een belangrijke verwijsinstantie voor chronische patiënten vormen voor onze regio.

#### 5.2.1.3 Cijfers (2009) die de werking illustreren in de A- en T-bedden van de regio

	<b>PCM</b>	<b>AZG</b>	<b>HFK</b>	<b>OLVvL</b>
Aantal aanmeldingen	860	2406	NB	NB
Aantal medische opnames	710	1600	696	700
Aantal eerste opnames	39 %	65 %	33 %	45 %
Aantal Gedwongen Opnames	85	NVT	112	NVT
Verblijfsduur A-dienst	37 d.	12 d.	59 d.	16 d.
Verblijfsduur T/Tg-dienst	193 d.	NVT	NVT	NVT
Aantal cliënten in Nazorg	144	NVT	40	NVT
Wachttijst (gemiddeld)	7	0	7	0
Herkomst (uit SEL-regio)	73 %	86 %	74 %	96 %

Er is geen sprake van leegstand in zowel de T- als de A-bedden.

Een niet onaardig deel (35 tot 45) van de T-bedden behandelt patiënten op korte termijn (lees: minder dan 6 maand verblijf). Uit de MPG-cijfers van het eerste semester van 2010 leren we dat er 107 rechtstreekse opnames waren in de 90 T-bedden en 101 in de (grotendeels) t-dagkliniek van het PC Menen.

Wachlijsten bestaan, maar zijn eerder beperkt qua aantal.

Verder blijkt uit opgevraagde MPG-cijfers dat het aantal patiënten uit het arrondissement Kortrijk dat behandeld wordt in andere regio's ongeveer even groot is als het aantal patiënten vanuit andere regio's die in onze behandelsettings behandeld wordt.

We menen hieruit te mogen besluiten dat de huidige beddenscapaciteit weliswaar voldoende groot is, maar ook zeer intensief gebruikt wordt.

R.Van Veldhuizen haalt aan dat kleine psychiatrische ziekenhuizen, zoals PZ H.Familie en PC OLV van Vrede zijn, niet dat asilaire karakter hebben omdat er veel minder long-stay patiënten verblijven. De regio, die historisch over een beperkte beddenscapaciteit beschikte, is inderdaad al vlug genoodzaakt geweest om antwoord te bieden aan de steeds stijgende hulpvraag via innoverende projecten.

Het is de bezorgdheid van alle partners dat er in eerste instantie voldoende bedden overblijven opdat de regio kan blijven instaan voor zowel acute als eerder chronische zorgbehoeften van de bevolking. In een latere fase kan geëvalueerd worden of verdere afbouw mogelijk is en alternatieve zorgvormen en wellicht intensifiëring van de intramurale resterende bedden kunnen aangeboden worden vanuit vrijgekomen middelen.

**5.2.2 TOEKOMSTIG ZORGAANBOD IN HET WERKINGSGBIED** beschreven volgens de vernieuwde visie, zijnde via functies (doelgroep: volwassenen)

#### 5.2.2.1 FUNCTIE 1

Preventie, vroegdetectie, probleemdefiniëring
---

Door specialistische geestelijke gezondheidszorg te brengen bij de huisarts en bij andere niet-GGZ actoren, maar ook bij de cliënt zelf aan huis, beogen we dat de cliënt veel vroeger met zijn vragen terecht kan en komt bij de GGZ, iets wat zeker nu níét het geval is.

De huisarts en andere eerstelijnsdisciplines die ook vaak met onzekerheden kampen op dit terrein dienen actief ondersteund te worden door de GGZ.

Door snel te bekijken wat er nú misloopt bij de burger of een cliënt, kan vermeden worden dat de persoon in kwestie geen etiket krijgt of loskomt van het etiket dat een psychiatrische opname onherroepelijk met zich meebrengt in de huidige maatschappij.

Het CGG engageert zich om 10 % van de werking te heroriënteren ten voordele van functie 1. Activiteiten van Functie 2B zullen doorverwezen worden zodat tijd vrijkomt.

We stippen nog even aan dat we onder punt 5.2.1.2 alle activiteiten die het CGG nu al uitvoert die onder deze functie vallen, beschreven hebben. Het is vanzelfsprekend de bedoeling deze verder uit te oefenen en zelfs te intensifiëren.

We nemen het idee van Leuven over om deze functie op te splitsen in 2 subfuncties:

#### 1A Preventie en vroegdetectie

Binnen deze functie blijft **psycho-educatie en promotie GGZ** (anti-stigmatisering) een belangrijke insteek. Hierbinnen is ook de plaats toegewezen van het vormingswerk in zijn brede betekenis waarin didactisch materiaal ruim is opgebouwd en men volop werkt via gesprekstafels om nieuwe thematieken te exploreren.

In de uitwerking van beide aspecten is het belangrijk om de mogelijkheid van “ervaringsdeskundigen” uit het werkveld te betrekken, niet uit het oog te verliezen. Opdracht zou kunnen zijn om deze functie professioneler vorm te geven, deze groep hierbij te ondersteunen en een plaats te geven in deze psycho-educatie (bijvoorbeeld naar familie, omgeving, in het werken rond anti-stigma, enz). De uitwerking van een professionele functie “ervaringsdeskundige” zoals bij het werken rond armoede (VZW Link) is een best practice, die kan gebruikt worden in de vormgeving van functie 1A. We denken hierbij aan het concrete engagement dat ook door de patiëntvereniging UilenSpiegel vzw wordt opgenomen om te participeren vanuit de mogelijkheid om opleiding aan te bieden aan hulpverleners, maar dit kan even goed verruimd worden in de gedachte van het uitdragen van ervaringen als ervaringsdeskundige.

Het beeldvormingsproject Mad Pride van diezelfde UilenSpiegel vzw dient hier ook vermeld te worden.

Daarnaast is de huidige werking binnen het LOGO toonaangevend (“fit in je hoofd” - uitwerking academie, doelgroep kansarmen “fit in joen hoofd-stoel”, vormingswerk-voorbeelden,...) om verder de promotie GGZ op te nemen. Aandacht voor meer flexibiliteit in het promotie-aanbod kan het effect versterken.

Binnen psycho-educatie kunnen activiteiten ook binnen de voorzieningen samen opgenomen worden, bijvoorbeeld de samenwerking die bestaat op vlak van KOPP-werking (psychiater van PZH Familie die uitleg geeft omtrent specifieke vragen van KOPP-jongvolwassenen) in de groepstraining binnen het CGG.

Binnen dit verband stellen we ook de eigen-kracht-conferenties (als concept/techniek ontwikkeld vanuit Nieuw Zeeland) als inspirerend voorbeeld vooraan de lijst als een best practice die ons kan inspireren in het werken rond het empoweren van cliënten. In de GGZ wordt dit reeds gebruikt in het samenwerkingsverband CGG Largo en CGG Mandel en Leie rond outreachend werken en integrale jeugdhulp vanuit het project “Scharnier”.

Gebruik maken van ervaringen van tele-onthaal (via on-line-hulpverlening/on-line-chat; telefonische contacten en ervaringen) en van de ervaring opgebouwd binnen JAC (CAW Piramide) rond on-line hulpverlening en chat-sessies.

Tenslotte benadrukken we het belang van een gepaste en kwalitatieve communicatie aan de doelgroep (vroegdetectie): vandaag weet men nog onvoldoende waar alle partners en actoren voor staan, wat ze aanbieden aan activiteiten en waar men terecht kan voor wat. Het voorbeeld wordt gegeven van het telefoonnummer van het gifcentrum wat ervoor zorgt dat iedereen die een probleem heeft met gif ook meteen

weet waar men terecht kan en wat er precies moet gebeuren. Ook voor de huisarts zijn dergelijke oplossingen belangrijk om een soepele werking mogelijk te maken en geen expert hoeven te zijn van de sociale kaart... We beschouwen dit als een opdracht om expliciet stil te staan bij toegankelijkheid en dispatching.

#### 1B Vroeginterventie met outreachende werking als ondersteuning voor andere deskundigen

Alle actoren zien in deze functie een opportuniteit om verregaande samenwerking en ondersteuning aan elkaar te realiseren via uitgewerkte samenwerkingsovereenkomsten.

Focus hierbinnen ligt op de functie van de eerstelijnspsycholoog ten dienste van de huisarts, buurtwerkers, sociale werkers, thuiszorgwerkers,... én op vroeginterventie die zo generalistisch mogelijk kan toegepast worden (we moeten weg van het “expert-gedrag” van onze mensen want dat bemoeilijkt de samenwerking).

De plaats van de huisarts en thuiszorgdiensten is van groot belang en ook de ervaring ondertussen opgebouwd binnen SEL (case-manager en makkelijke toegangspoort) geldt hier als best practice. Nog verder kan men werken in het uitbouwen van de functie van “eerstelijnspsycholoog” dicht bij de huisartsenpraktijk, buurtcentra, sociale diensten OCMW,...

Mogelijkheid om huisartsen naar een teamoverleg uit te nodigen om hun vragen te (laten) stellen en expertise uit te wisselen wordt als voorbeeld aangehaald (CGG Menen deed dit vroeger maar het is geleidelijk aan weggedeedsterd in de werking). De formule en de werkwijze is voorwerp van verder overleg.

Naar specifieke doelgroepen bestaat nu al een doorgedreven samenwerking tussen de teams van CGG en CAW vanuit de liason-functie (ondertussen ook ruimer: bijvoorbeeld tussen team CAW - CGG Menen werkt men met een intensieve vorm van teamsamenwerking vanuit afstemming en begeleiding van cliënten. Ook voor het opvangcentrum vluchtelingen van het Rode Kruis te Menen neemt CAW de eerste selectie op en werkt CGG hierop verder, indien nodig). Ook een uitgesproken voorbeeld van de methodiek van outreachend werken tussen CGG en CAW is het project thuislozenwerking Kortrijk. Hier heeft het CGG een groepstherapie-initiatief uitgewerkt in samenspraak met de CAW - hulpverleners om in de thuislozen-werking binnen CAW Stimulans Kortrijk een geslaagd resultaat te bewerkstelligen. Dit initiatief toont geleidelijk aan zijn meerwaarde.

Een verdere uitwerking van deze samenwerking is het ontwikkelen van een “voordeurteam” in de regio Waregem. De intentie kan verder uitgroeien en de realisatie van een virtueel team tussen alle diverse actoren ter plaatse (Kompas, CAW, CGG en CLB) lijkt haalbaar te zijn binnen de contouren van dit projectvoorstel.

De samenwerking met privé-therapeuten vanuit CGG en CAW en met poliklinische teams is essentieel binnen dit onderdeel F1b. Dit biedt vele mogelijkheden om te werken aan een breder en integraler aanbod dat onderling verbonden wordt waardoor het ook voor cliënten toegankelijker en overzichtelijker is. Een mogelijke best practice is hierbij de werking rond suicidepreventie tussen alle betrokken actoren (vb. het IPEO-project met de ZHn). Het protocol prioritaire hulpverlening dat bestaat rond suicidepreventie (CGG) zorgt voor een permanente mogelijkheid tot crisispermanentie waarbij elke voorziening mensen kan doorverwijzen die binnen de twee dagen een gesprek aangeboden krijgen. Indien nodig kan doorverwijzing naar EPSI een verdere stap zijn in de toepassing van stepped care (korte opvang binnen EPSI is gangbare praktijk), eventueel aangevuld met korte residentiële opvang (ZH H Familie of andere actoren). Hier wordt gepast gewerkt rond zeer kwetsbare cliënten maar is binnen de voorzieningen soms nog onvoldoende gekend. Verdere promotie en voortgezette samenwerking met de ZH en PZH is hierbij doeltreffend gebleken maar nog verder te exploreren.

## 5.2.2.2 FUNCTIE 2

Ambulante (lees: mobiele) intensieve behandel- en begeleidingsteams voor zowel acute als meer chronische patiënten

Onder de functie 2 zijn er 2 subfuncties, zijnde 2A die wij omschrijven als Psychiatrische CrisisTeams (PCT) en de functie 2B die wij als FACT-teams benoemen.

Beide functies worden hierna apart behandeld maar voor de punten 6-7-8 wordt de teamsamenstelling, de planning van de implementatie van deze teams én de medische organisatie samen beschreven!

Hoewel er omwille van afstanden gewerkt zal worden met telkens 3 regionale subteams, wordt over 1 team heen dezelfde visie gehanteerd en is er slechts 1 teamverantwoordelijke.

### 1.1. Explicitering van de functie 2A = PCT

*Bron : “Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health Johnson, S., Needle, J., Bindman, J.P., & Thornicroft, G. “*

**We hanteren het concept “PCT “ of Psychiatrische Crisisteams**, zoals die in het VK door de Britse National Health Service vanaf eind jaren negentig in het leven zijn geroepen. Het primaire doel van de Britse crisisteams is om patiënten uit het (psychiatrisch) ziekenhuis te houden. Het team functioneert samen met de huisarts als poortwachter voor een opname. Op termijn kan een PCT –team in onze regio mogelijks in die richting evolueren.

PCT staat voor snel en laagdrempelig multidisciplinair hulp bieden via “actieve outreach” aan personen met **acute psychiatrische problemen**. Een PCT team engageert zich om binnen de 24 uur aanwezig te zijn bij de crisis.

Een crisisteam PCT is een multidisciplinair team, vooral bestaande uit verpleegkundigen, sociaal-assistenten, een psycholoog, een verslavingsdeskundige, aangevuld met een psychiater.

Patiënten die in crisis zijn, al of niet (ook) na (te) vroegtijdig ontslag uit het ziekenhuis, worden bij het crisisteam vooral aangemeld door huisartsen, door medewerkers van het FACT-team , andere hulpverleners uit functies 1, 3, 4 of 5 en ook door welzijnszorg of politionele diensten. **De huisarts speelt een centrale rol in de aanmelding** naast en in noodzakelijk overleg met de al aanwezige zorgpartners zoals psychiaters en andere medespelers uit de verschillende functies.

**Afgrenzen van het PCT-team tov het FACT team** kan door te stellen dat een aanmelding bij dit FACT-team vanuit de ambulante situatie (functie 1 en 3) via het PCT-team dient te verlopen indien er naast een EPA (ernstige psychiatrische aandoening) ook sprake is van een crisis.

Het crisisteam verricht crisisinterventies in de thuissituatie door meerdere malen per dag multidisciplinaire zorg te bieden.



De patiënten worden voor de periode van de crisisinterventie, in het algemeen maximaal 8 weken, tijdelijk overgedragen aan het crisisteam. Daarna gaat de patiënt weer terug naar de oorspronkelijke verwijzer.

Ervaringen uit het buitenland leren dat er een daling is in het aantal vrijwillige opnames maar **geen afname van gedwongen opnames** allicht door het zeer urgente en gevaarskarakter dat deze hoogdringende situaties kenmerkt en het gegeven dat PCT geen PUG (psychiatrische urgentie met interventie binnen het uur) is.

Binnen een regionaal systeem voor geestelijke gezondheidszorg ZUID-WEST moet de rol van de crisisteams verduidelijkt worden in relatie tot andere voorzieningen zoals acute dagbehandeling, EPSI en andere opname-eenheden of eenheden voor kortdurende behandeling.

### 1.2 Explicitering van de functie 2B = FACT

Assertive Community Treatment (ACT) is een model dat uitgewerkt is in de Verenigde Staten. Dit model richt zich naar ernstige en langdurige psychiatrische patiënten die in de thuissituatie verblijven. Het is een evidence-based practice die veelvuldig onderzocht en geëvalueerd is. De belangrijkste kenmerken zijn: multidisciplinair team, zoveel mogelijk hulp zelf aanbieden, ieder teamlid kent elke patiënt, lage caseload, zo intensief als nodig (kan meerdere keren per dag zijn), geen tijdslimiet, steeds bereikbaar.

([www.ggzconsult.com](http://www.ggzconsult.com))

De Functie ACT (F-ACT) is een afgeleide van ACT. Het werd ontwikkeld in Nederland waar men het ACT-model aanpaste aan de noden die men daar ondervond. Hierbij gaat men ervan uit dat niet altijd iedere patiënt nood heeft aan een intensieve begeleiding zoals ACT deze biedt. In het FACT-model werkt men volgens twee methoden. Enerzijds biedt men individuele begeleiding voor stabiele patiënten, anderzijds heeft men een gedeelde caseload bij patiënten die een acute fase meemaken en nood hebben aan een intensieve zorg. Men vertrekt vanuit het feit dat patiënten stabiel zijn en nood hebben aan een beperkte begeleiding. Wanneer de patiënt nood heeft aan intensievere zorg, heeft men de mogelijkheid om extra zorg te bieden door beroep te doen op collega's die mee aan huis gaan. Zo kunnen hulpverleners de zorg delen en kan er een multidisciplinair aanbod geboden worden. Deze patiënten worden van dichtbij opgevolgd en meerdere malen per week in het team besproken. (Van Veldhuizen, F-ACT: de 'Functie ACT', 2006)

### 2.1. Doelgroep van de functie 2A = PCT

Snelle hulp bieden aan elke volwassene (16-65) in een psychische crisis, is het doel. De doelgroep zal zich weliswaar in hoofdzaak bevinden binnen de leeftijdsklasse van 18 tot 65 jaar. De leeftijdsgrenzen worden op individueel-klinisch niveau als richtinggevend beschouwd. Zowel voor de jongeren (16-18 jaar) als de ouderen (vanaf 60/65 jaar) ligt de focus op die zorgvragen die vanuit het zorgaanbod voor de doelgroep volwassenen kunnen worden beantwoord.

**Indicaties** voor het PCT team zijn **alle psychiatrische diagnoses volgens DSM**, bovendien gekenmerkt door **een crisisfase**:

- a. personen met een acute psychische crisis, die voor het eerst hiermee geconfronteerd worden en geen ervaring hebben met hulpverlening,

- b. personen met een acute psychiatrische crisis in het kader van een al langer bestaande problematiek die op dat moment niet in zorg zijn,
- c. personen met een acute psychiatrische crisis in het kader van een al langer bestaande problematiek, die op dat moment wel in zorg zijn, maar bij wie het bestaande zorgcircuit niet snel genoeg of afdoende kan interveniëren,
- d. personen die (te) vroeg uit een ziekenhuis werden ontslagen of ontslag namen en bij wie de opname onvoldoende de crisis tot oplossing bracht – deze interventie richt zich tot het voorkomen van heropname.

De problematieken kunnen divers zijn, maar het PCT- team richt zich niet op psychiatrische problemen zonder acuut karakter (vb. mildere angststoornissen, depressie zonder acute suïcidedreiging, dementie zonder acute verwardheid... of op psychiatrische problemen met een chronisch karakter.

Er dient gewezen te worden op het belang van een **risicotaxatie** en trainen van een PCT team in een vaak **“telefonische“ risicotaxatie. PCT team bevat meer FTE en zal een groter deel van de dag coveren vb. van 8.00 tot 22.00 uur** itt het FACT-team. Het is ook actief tijdens weekends en feestdagen. Tijdens de nacht 22.00 tot 08.00 kan gedacht worden aan **GSM-beschikbaarheid** in samenwerking met de 4 regionale opnamediensten.

**PCT is geen PUG:** is een nachtelijke “ fysieke “ interventie nodig dan zal dit vaak betekenen dat een nachtelijke crisisopname of **Bed-op-Recept** nodig is.

Een PCT team engageert zich om binnen de 24 uur aanwezig te zijn bij de crisis. Een acute psychose met gevaar voor derden of de patiënt zelf, een ernstige suïcidale episode, een fysiek escalerend familiaal conflict, een ernstige middelenintoxicatie blijven indicaties tot een spoedopname in het (psychiatrisch) ziekenhuis. Deze criteria zijn indicatief, afgaande op de individuele gegevens zal het team bij elke aanmelding uitmaken of een PCT-interventie geïndiceerd is.

## 2.2. Doelgroep van de functie 2B = FACT

Alle psychiatrische cliënten die een minder intensief-specialistische zorg nodig hebben met

- een primaire langdurige en ernstige psychiatrische aandoening (EPA)
- een min of meer complexe problematiek
- met deficits op meerdere levensdomeinen

We richten ons zowel op de meer gestabiliseerde mensen als op de meer onstabiele mensen die (vaak/permanent) dreigen in crisis te geraken.

Het gaat hier om de zorg voor de gehele groep met EPA:

- een deel van de populatie van BW en PZT
- een aantal nu opgenomen cliënten (op T-afdelingen, t-stoelen), draaideurpatiënten
- zorgwekkende zorgvermijders of –shoppers
- patiënten komende uit Functie 1, waarbij de functie 2b enkele opdrachten kan uitvoeren ten dienste van Functie 1 zoals bv. het optimaliseren van de consultatietrouw( de no-show problematiek), de afbouw van (te) langdurende begeleidingen/behandelingen

- patiënten komende uit Functie2a: na een periode van psychiatrische crisiszorg
- patiënten die tegelijkertijd door Functie 3 opgevolgd worden

### 3.1 Doelstellingen van de functie 2A = PCT

Doelstelling van voorliggend project is om een meer aangepast en behoefte gestuurd zorgaanbod uit te werken voor alle volwassenen met psychische problemen uit de doelgroep binnen het werkingsgebied.

Het PCT- team heeft ook een **zorgcoördinerende rol**. Het is een buffer tussen de thuissituatie en een keuze voor een rechtstreekse opname. De rol van een **casemanager** die het traject van de patiënt doorheen de 5 functies volgt, lijkt eerder weggelegd voor **vertegenwoordigers van het FACT-team** dan voor het PCT-team, dat een tijdelijke ondersteuning bij crisis biedt voor de behandelaar(s) en, zo nodig, in samenspraak met de huisarts, een start van een zorgtraject coördineert (indien dit traject nog niet aanwezig zou zijn), maar vervolgens “loslaat”.

Uitgangspunt hierbij is om het zorgaanbod zoveel mogelijk te situeren in of in de onmiddellijke nabijheid van de leefomgeving van de cliënt, aangepast aan de noden én de mogelijkheden van de patiënt en de familie, alsook de brede omgeving.

Tevens wordt – via een actieve betrokkenheid van het personeel van de diverse partners – het veranderingsproces inzake het leren van nieuwe werkwijzen en methodieken continu ondersteund en begeleid. Op niveau van het netwerk geldt dat de verschillende competenties, expertises en specialisaties van de betrokken partners worden gerespecteerd. Door de samenwerking wordt meerwaarde gecreëerd.

Verder is een doel het vermijden van opnames in residentiële settings, doorverwijzen naar aangepaste zorg, het creëren van een zorgtraject, het bereiken van hogere tevredenheid bij cliënten, familie en verwijzers.

### 3.2 Doelstellingen van de functie 2B = FACT

Voorkomen dat een cliënt met een ernstige psychiatrische aandoening zonder specifieke (generalistische en/of specialistische) hulpverlening in de samenleving verblijft.

Het zorgaanbod dient meer aangepast en vraaggestuurd te zijn.

De begeleiding/behandeling moet zo veel mogelijk gesitueerd zijn in of in de onmiddellijke nabijheid van de leefomgeving van de cliënt, aangepast aan de noden én de mogelijkheden van de patiënt en de familie, alsook de brede omgeving.

De hulpverlening dient een aanspreekpunt te zijn, zowel voor de cliënt als voor zijn volledig netwerk waarbij de hulpverlener als referentiepersoon en als zorgcoördinator optreedt.

Het actief ondersteunen en adviseren van hulpverleners in de eerste lijn bij de uitvoering van hun taak.

Naast het medisch model wordt extra aandacht gegeven aan herstel, integratie en participatie. De concrete leef- leer- en werkomgeving worden ingebracht in de behandeling/begeleiding.

Met het invoeren van een dergelijk model dat afgestemd is op de individuele noden, willen we er uiteindelijk toe komen dat mensen in hun thuisomgeving kunnen blijven, dat (her)opnames worden vermeden, en dat cliënten zo hun eigen sociale weefsel/contacten kunnen behouden.

Hulpverleners dienen de gespreksmotiverende technieken en het gedragstherapeutisch werken zeer goed onder de knie te hebben.

Ook de presentietheorie van Dr.Baert zal een belangrijk vormingselement zijn binnen dit team.

#### 4.1 Visie op de aangeboden zorg in de functie 2A = PCT

Specifiek voor functie 2a of het PCT –team weerhouden we de **subsidiariteit , de emancipatorische functie , de systemische visie , de zorg als continuüm , het “do not harm”-principe.**

Hier kan zich de problematiek stellen van de cliënt “ in crisis“ die niet expliciet zijn toestemming geeft. Rekening houdende met de wet op de bescherming van de geesteszieke (1990) en de wet op de patiëntenrechten (2002) dient hiermee op een correcte manier te worden mee omgegaan.

#### 4.2 Visie op de aangeboden zorg in de functie 2B = FACT: een herstelgericht visie

Herstel is een begrip dat ontstaan is vanuit de cliëntenbeweging binnen de geestelijke gezondheidszorg in de jaren '90 in de Verenigde Staten. Momenteel is het wereldwijd een begrip dat gebruikt wordt om een persoonlijk en uniek proces van verandering aan te duiden, waarbij mensen met een psychiatrische beperking in toenemende mate kwaliteit van leven ervaren. Het kan hierbij gaan om iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen.

Herstel draait om het leiden van een bevredigend, hoopvol en nuttig leven met de beperkingen.

Naast persoonlijk herstel wordt ook maatschappelijk herstel onderscheiden. Bij persoonlijk herstel ligt het accent op het leren omgaan met de beperkingen. Bij maatschappelijk herstel gaat het om sociale participatie, om het oppakken van sociale rollen, bijvoorbeeld op het gebied van werk, school, vrije tijd of relaties.

***Om deze herstelgerichte visie toe te passen willen we ons baseren op twee benaderingen die elkaar ondersteunen, aanvullen en deels overlappen, nl. de rehabilitatiebenadering en het Strengths Model.***

De opleiding SRH (Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen) werd reeds door een PZT-medewerker gevolgd en zal in de toekomst voor een bredere groep aangeboden worden.

#### **Rehabilitatiebenadering**

Deze benadering is in de jaren '80 ontstaan in de Verenigde Staten, Engeland en Italië, en betekende een belangrijke vernieuwing in de zorg voor mensen met psychiatrische beperkingen.

Samen met anderen introduceerden Wilken (Lector Participatie, Zorg en Ondersteuning aan de Hogeschool Utrecht) en Den Hollander (Hoofdopleider Strenghits en Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen bij de RINO Groep in Utrecht) de benadering en ontwikkeling van de methodiek in Nederland.

De rehabilitatiebenadering heeft tot doel om mensen met een beperking te helpen om naar eigen tevredenheid in de maatschappij te functioneren. Centraal hierbij staat hun kwaliteit van leven.

De benadering gaat uit van de doelen die de cliënt zelf stelt als het gaat om wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding en sociale relaties. Deze doelen vormen de basis van de hulpverlening. Bij die hulpverlening gaat het er steeds om de cliënt te ondersteunen in zijn persoonlijk herstelproces. Daarbij geldt als uitgangspunt – en onderzoek heeft dat inmiddels aangetoond – dat ook mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen kunnen herstellen. Dit betekent overigens niet altijd dat de aandoening zelf verdwijnt, maar wel dat er een fatsoenlijk sociaal leven mee mogelijk is.

Rehabilitatie moet gezien worden als:

- Een attitude, een bejegeningwijze
- Een filosofie
- Een hulpverleningsmethodiek (benadering)
- Een manier om de zorg te (re)organiseren
- Een benadering om de zorg te vermaatschappelijken
- Een benadering om de cliënt in staat te stellen zoveel mogelijk in de samenleving door hem/haar gewenste sociale rol te vervullen

De rehabilitatiemethodiek kent een aantal belangrijke principes:

- Goede hulpverlening is gebaseerd op een relatie van vertrouwen.
- Het opbouwen van een relatie gaat niet vooraf aan de methodiek, maar maakt er deel van uit.
- Hoewel je werkkader als hulpverlener bepaald wordt door je professionele rol, is het voor de cliënt vooral belangrijk hoe je als persoon en als mens bent.
- De wensen en behoeften van de cliënt staan centraal.
- Deze wensen en behoeften zijn ingebed in de levensgeschiedenis, de huidige levenscontext en het toekomstperspectief van de cliënt. Deze vormen de rijke ervaringskennis van het unieke individu, die je als hulpverlener moet leren kennen en begrijpen.
- Er moet aandacht zijn voor de kwetsbaarheid en beperkingen van de cliënt maar evenzoveel voor zijn mogelijkheden en kansen.

Voor hulpverleners betekent rehabilitatiegericht handelen een manier van werken die gebaseerd is op gelijkwaardigheid. Niet hun eigen mening en ervaring staan centraal, maar de wensen en keuzes van de cliënt. Het is aan de hulpverlener om die keuzes in beeld te krijgen, ernaar te luisteren en samen met de cliënt te bepalen welke ondersteuning hij nodig heeft. Die steun hoeft de hulpverlener niet noodzakelijk zelf te geven: hij

heeft meer een faciliterende rol. Daarbij is zijn handelen gericht op de ontwikkeling en empowerment van de cliënt.

Bij rehabilitatie (F2B, F3) kan de inbreng van ervaringsdeskundigen een grote meerwaarde betekenen.

([www.rehabilitatie.be](http://www.rehabilitatie.be), [www.jeanpierrewilken.nl](http://www.jeanpierrewilken.nl), [www.vanveldhuizen.nl](http://www.vanveldhuizen.nl))

### **Empowerment, krachtgericht werken**

Een in opmars zijnde rehabilitatiebenadering is het Strengths Model van de Amerikaanse professor Rapp. Deze methode is gericht op het ondersteunen van de cliënt bij zijn proces van persoonlijk herstel en maatschappelijke integratie.

Het is een rehabilitatiebenadering, gebaseerd op de principes van empowerment (versterken van je eigen kracht).

Centraal in deze benadering staan de eigen mogelijkheden van cliënten, evenals de hulpbronnen die de omgeving biedt om mensen met een ernstige psychiatrische aandoening als burger in de samenleving te laten participeren. Het Strengths Model ontleent zijn inspiratie vooral aan de empowerment theorieën waarin de eigen krachten van cliënten en de mobilisatie van deze krachten centraal staan. In de loop van de ontwikkeling van het Strengths Model werd de empowerment benadering steeds meer verbonden met het herstelproces van de cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Het Strengths Model is ontwikkeld als casemanagementmodel voor ambulante werkende teams. Uit onderzoek blijkt dat het effectiever is dan standaardzorg. Ook blijkt dat als het werken met de Strengths-methodiek wordt geïntegreerd met de principes van Assertive Community Treatment, de resultaten voor cliënten verbeteren. Het kan beschouwd worden als een evidence based interventie.

([www.rinogroep.nl](http://www.rinogroep.nl))

#### 5.1 Activiteiten en scharnierfunctie met andere functies bij 2A = PCT

De PCT-interventies bestaan uit praktische ondersteuning, medicatie, familie-interventies, problemsolving, counseling, voorschrijven en toedienen van psychofarmaca, relaxatietechnieken, informeren en mee betrekken van eerstelijns hulpverleners.

#### Scharnierfunctie met andere zorgfuncties :

Per subregio ( Waregem/Kortrijk/Menen ) denken we aan trajectoverleg geclusterd enerzijds voor de functies 1, 2A, 2B en 4, anderzijds voor de functies 2A, 2B, 3 en 5.

Doel is de samenwerking tussen de actoren te verbeteren en de zorgtrajecten af te stemmen, en het overleg haalbaar te houden voor de verschillende actoren en individuele hulpverleners.

Op deze manier intensifiëren we de **contacten tussen de medespelers** van de verschillende functies, **creëren we een zorgtraject** per cliënt en dit zowel **casuïstisch als conceptueel** waarbij knelpunten via deze lokale groepen worden besproken en doorgegeven aan de “beleidsmakers”.

Uit bovenstaande moge ook blijken dat **de teams uit functie 2a en 2b (PCT en FACT) het scharnier zijn binnen het zorgtraject van de patiënt.**

## 5.2 Activiteiten en scharnierfunctie met andere functies bij 2B = FACT

### A. Activiteiten gericht op het zorgaanbod

#### A1 Coaching, sensibilisering en adviesverlening ter ondersteuning van de eerste lijn

De eerste lijn ziet vele patiënten met psychiatrische problemen, maar mist soms ondersteuning en expertise. De mobiele teams moeten hun activiteiten richten, waarbij de hulpverlening van de eerste lijn een interventie vraagt aan de gespecialiseerde GGZ, op de functies coaching, sensibilisering en adviesverlening, zoals ook beschreven in de contracten van de huidige pilotprojecten psychiatrische thuiszorg.

Het is wenselijk dat de mobiele teams lid worden van de SEL, zoals PZT Vesta nu al lid is.

Via deze overlegstructuur kunnen partners uit de eerstelijnszorg en de GGZ multidisciplinair samen overleg plegen.

Dit moet voor de patiënt leiden tot meer zorg op maat en tot het waarborgen van zorgcontinuïteit.

Dit moet voor de partners uit de eerste lijn en uit de GGZ-sector leiden tot een uitgebreidere samenwerking en een betere onderlinge kennis.

Uit het syntheserapport van de Therapeutische Projecten wordt aangegeven dat het betrekken van de eerste lijn een noodzakelijke voorwaarde is voor het verstrekken van zorg in een gedeïnstitutioniseerd zorgmodel.

Vanuit dit model zal het pilotproject psychiatrische thuiszorg Vesta geïntegreerd worden in de FACT-teams. Hun expertise op vlak van samenwerking met de eerstelijnszorg is van groot belang.

#### A2. Module gericht op de principes van het (F)ACT-model

Het mobiele team moet psychosociale begeleiding / behandeling bieden aan de patiënt volgens de principes van het (F)ACT-model:

- F staat voor functie, dus herstelgerichtheid, zeg maar psychosociale rehabilitatie. De begeleiding gaat uit van de context en de zorg, minder van de behandeling. Alle levensdomeinen (wonen, werken, vrije tijd, onderwijs, relaties...) verdienen de aandacht opdat de persoon optimaal in zijn leefcontext kan verblijven, zo veel als mogelijk geïntegreerd in de maatschappij.

Aandacht voor samenwerking en overleg met de mantelzorger(s), huisartsen en andere actoren uit de eerstelijnszorg, maatschappelijke diensten, diensten- en activiteitencentra, daghospitalisatie en residentiële zorg uit het PZ is van groot belang.

Indien nodig dienen bepaalde vaardigheidsprogramma's aangeboden te worden. Ook is psycho-educatie, zowel naar cliënt als naar de nabije omgeving, een voorname zorgactiviteit.

- ACT staat voor Assertive Community Treatment waarbij bedoeld wordt op aanklappende, zeg maar bemoeizorg. Het gaat in dit geval vooral om zorgvermijders of –shoppers die toch op de één of andere manier in de tijd worden opgevolgd, zij het soms van op afstand (vb. telefonisch, sporadisch contact).

Wij wensen de betekenis van ACT evenwel uit te breiden voor cliënten die gevolgd worden vanuit de 'F'-module maar die tijdelijk een terugval kennen om de één of andere reden, en waarbij het team denkt een opname te kunnen vermijden door tijdelijk intensiever, frequenter begeleiden ten huize van aan te bieden.

In feite betekent dit dat beide functies worden aangeboden door het vertrouwde team, bij voorkeur zelfs door de vertrouwde psychiatrische thuiszorgbegeleider, eventueel in combinatie met multidisciplinaire consulten.

Het FACT-principe van shared caseload zou wel kunnen gevolgd worden om de continuïteit en de intervisie te garanderen.

Het FACT-team biedt volgens de zorgfuncties advies, begeleiding, behandeling, psycho-educatie en dienstverlening, waarbij de nadruk ligt op management van symptomen, herstel en rehabilitatie.

Het mobiele team staat in voor zorg en casemanagement.

#### B. Activiteiten gericht op overleg tussen de 5 functies = Scharnierfuncties

De functie 2B zal ons inziens veelal een vervolgmodule zijn op een andere module binnen één of andere functie, nl.:

##### Scharnierpunt met Functie 1:

Het FACT-team kan enkele opdrachten uitvoeren ten dienste van F1.

- bv. - optimaliseren van de consultatietrouw (de no-show problematiek, zijnde mensen die niet op de afspraak komen binnen de polikliniek)
- (té) langdurende begeleidingen (en behandeling) overnemen van het CGG zodat er voor F1 tijd vrij komt om intensiever / specialistischer / kortdurender met nieuwe cliënten te werken.

##### Scharnierpunt met Functie 2A:

- Het FACT-team neemt, indien langdurende opvolging geïndiceerd is, dossiers over van het PCT-team.
- Het FACT-team neemt te herstarten dossiers op die nog geen 6 maanden terug afgerond werden door het PCT-team, in zoverre het geen crisissituatie betreft
- F2B kan doorverwijzen naar F2A indien de cliënt zich in een crisissituatie bevindt, ter voorkoming van een opname.



- Het mobiele team maakt afspraken met en werkt samen met het F2A-team om de continuïteit van zorg te waarborgen i.g.v. crisis buiten de werkuren van het FACT-team.

De 24 uur-permanentie wordt, buiten de werkingsuren van F2b opgenomen door F2a.

- F2A en F2B vormen de scharnierfunctie tussen voorzorgtraject en nazorgtraject van de patiënt.

#### Scharnierpunt met Functie 3:

- F2B zal heel nauw samenwerken met F3. Veelal zullen patiënten tegelijkertijd door de beide functies gevolgd worden. Beide functies hanteren de (F)ACT-principes rehabilitatie en empowerment.

#### Scharnierpunt met Functie 4:

- De mobiele teams werken samen met en maken afspraken met het (psychiatrisch) ziekenhuis om het Bed-op-Recept-principe en, wanneer nodig, korte opnames te realiseren.

- Het FACT-team neemt indien nodig de begeleiding / behandeling / zorgcoördinatie op na een intramurale opname.

- Er wordt betracht om het FACT-team actief te betrekken bij intramurale teambesprekingen. Zo ook kan de patiënt verder opgevolgd worden tijdens zijn opname via een bezoek.

- De taak van de intramurale ontslagmanager is van groot belang bij ontslag.

#### Scharnierpunt met Functie 5:

F2B kan de begeleiding / behandeling opnemen wanneer een bewoner van beschut wonen zelfstandig gaat wonen. Omgekeerd kan ook F2B een doorverwijzing naar F5 voorstellen wanneer de geboden hulpverlening vanuit F5 beter aansluit bij de zorgvraag van de cliënt, of de woonsituatie onhoudbaar wordt.

#### 6. Team samenstelling - caseload - modaliteiten - actoren en kernpartners - werkingsgebied

**We wensen hier zowel de functie 2A als de functie 2B te omvatten. Het gaat dus om mobiele teams die vooral aan huis opereren.**

We gaan uit, zoals de overheid het voorstelt (cfr. nota I.Moens [www.psy107.be](http://www.psy107.be)), van **2 grote teams**, zijnde:

- **acuut of PCT-team bestaande uit** ongeveer 18 FTE
- **rehabilitatie- of FACT-team** bestaande uit ongeveer 12 FTE .

De werking wordt opgestart begin 2012 via:

a) **6 FTE** via extra overheidsmiddelen

b) **9.2 FTE** via inbreng vanuit bestaande initiatieven: Psychiatrische Zorg Thuis (PZT Menen, PZT Fender, Vesta, TP), CGG, Kompas en Beschut Wonen van Kortrijk en Menen

c) **13,8 FTE** door herallocatie vanuit de zorginstellingen:

- 5,7 FTE aangereikt door PC Menen (30t)
- 2,7 FTE door AZ Waregem (5A)
- 3 FTE door AZ Groeninge en

- 1 FTE door PZ HFamilie

**Som van 15.2 FTE en 13.8 FTE is 29.00 FTE.**

Uitwerking:

### **FACT-team**

Het FACT-team **functioneert als één groot team met ongeveer 12 FTE voor de hele zorgregio** met modaliteiten zoals vooropgesteld in de nota I.Moens:

- 5 op 7 dagen actief (niet op zater-zon- en feestdagen / nachtpermanentie op afstand)
- Caseload: voor de F-module: 1 FTE voor 25 cliënten  
voor de ACT-module: 1 FTE voor 8 cliënten'

Het wordt gemanaged door de teamleider en één of meerdere) arts(en) van PZMenen.

De zetel is gelegen in het PZMenen. De expertise voor het omgaan met de FACT-populatie ligt in dit centrum gezien hun T-beddenbestand en de toewijzing van de dagelijkse leiding van het FACT-team aan een ambulante equipe uit PZ Menen , lijkt bovendien daarom evident, mede gezien hun engagement tot afbouw van T-bedden of T-stoelen.

Doordat één centrum de langdurige dossiers superviseert, is continuïteit verzekerd qua supervisie. Echter, de patiënt blijft in behandeling, ook na overdracht door het PCT-team, bij de vroegere gekozen huisarts, psychiater of psycholoog.

De praktische uitwerking van het FACT-management is een verantwoordelijkheid van een arts van PZ Menen en de teamleider.

Men kan als indicatiestelling eisen dat het gaat om:

- aanmeldingen uit functie 1, 2a, 3, 4 en 5.
- F2a: afgewerkte dossiers door het PCT-team na twee maanden opvolging/ crisis is voorbij /EPA blijft aanwezig
- de facto in elk geval, ernstige psychiatrische aandoeningen met chronisch karakter (EPA)

#### Scharnierpunt met Functie 2A:

Het FACT-team neemt, indien langdurende opvolging geïndiceerd is, dossiers over van het PCT-team (F2A).

Het FACT-team neemt te herstarten dossiers die nog geen 6 maanden terug afgerond werden door het PCT-team, in zoverre het geen crisissituaties betreft.

Het mobiele team maakt afspraken met en werkt samen met het F2A-team om de continuïteit van zorg te waarborgen i.g.v. crisis buiten de werkuren van het FACT-team. De 24 uur-permanentie wordt, buiten de werkingsuren van F2b opgenomen door F2a.

F2A en F2B vormen het scharnier tussen voorzorgtraject en nazorgtraject van de patiënt.

## PCT-team

We denken aan **één PCT-team voor de hele zorgregio met in totaal ongeveer 18 FTE**.

Dank zij deze kritische massa kan men verlof of ziekte tijdens een shift opvangen en kan men een 24 uur-bereikbaarheid garanderen alsook een weekenddienst.

Afstanden zijn haalbaar in deze 'grote' zorgregio, want

- subregionale accenten (3 subteams: zie p.7 Werkingsgebieden)
- voordeel: tijdsduur van verplaatsing beperkt en onderlinge subregionale samenwerking met niet-GGZ-actoren wordt versterkt
- 7 op 7 dagen actief en 24 uur-bereikbaarheid / beschikbaarheid
- 360 dossiers per jaar / caseload 10 cl. per FTE / duur van behandeling max. 8 weken.

Het PCT-team voert minimaal 3 gesprekken per week per patiënt gedurende de eerste 2 weken.

Het PCT-team voert minimaal 1 gesprek per week per patiënt gedurende de volgende 6 weken.

Het allereerste gesprek op verplaatsing gebeurt steeds in aanwezigheid van 2 personen.

Verwijzer = ambulant (huisarts / psychiater / psycholoog / CGG / andere voorziening binnen ambulante GGZ of welzijnszorg) of een A-dienst van één van de 4 residentiële voorzieningen van regio Zuid-West of een project Beschut Wonen.

Indien patiënt niet gevolgd wordt door een psychiater en/of huisarts: patiënt en/of verwijzer kiest een psychiater (= niet noodzakelijk de psychiater van het 'dienstdoende' ziekenhuis). Ook na overdracht aan het PCT-team blijft de patiënt in behandeling bij de vroegere behandelende arts.

De maatschappelijke zetel van het PCT-team is bij voorkeur te Kortrijk gesitueerd, gezien het grootste aantal A-aanmeldingen door de beide Kortrijkse ziekenhuizen wordt behandeld. De praktische uitwerking van het management PCT is een verantwoordelijkheid van de teamleider en het waarnemend medisch diensthoofd.

### 7. Verwachte resultaten

Met het **zorgcoördinatieplan beschreven in het centraal patientendossier** worden die gegevens geregistreerd die belangrijk zijn voor de coördinatie van de zorg aan een cliënt die de verschillende hulpverleners bieden.

In een zorgplan worden vanuit aandachtsgebieden, specifieke en concrete doelen beschreven en activiteiten vastgesteld en gepland.

Na de uitvoering van activiteiten worden **proces en doelstellingen geëvalueerd** en besloten een nieuw aandachtsgebied aan te pakken of het zorgplan af te sluiten.

**Formeel overleg met patienten-en familie-organisaties** moet ons snel genoeg leren hoe zij lacunes en onvolkomenheden in de prille werking ervaren.

Om een globaal beeld te krijgen over de kenmerken van de cliënten die in zorg zijn, hoe hun problemen veranderen tijdens en na de geboden interventies, en hoe ze de zorg ervaren, kan men **meetinstrumenten** gebruiken waarbij de focus ligt op diverse domeinen, met name klinische meetinstrumenten (vb. Beck Depression Inventory, Brief Psychiatric Rating Scale), functionele meetinstrumenten (vb. Manchester Short Assessment of quality of life), functionele en klinische meetinstrumenten (vb. Health of the Nation Outcome Scales), en cliëntwaardering en/of waardering van betrokkenen (vb. Visie op zorg).

In overleg met de actoren uit functie 4 in casu de 4 ziekenhuizen uit de regio wordt een **jaarlijkse “barometer” opgesteld met indicatoren zoals aantal en duur van opnames en heropnames per ziekenhuis**. We verwachten, zo blijkt uit wetenschappelijke literatuur uit het VK, dat een PCT-team met 24uurs en 7/7d activiteit, deze cijfers zullen dalen (20 %?) alsook meteen de bedbezetting in de regio.

### 5.2.2.3 FUNCTIE 3

Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
--

#### 1. Explicitering van de functie

F3 staat voor rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie waarbij van belang is dat het om een dynamisch en langdurig proces gaat dat cliënten in staat stelt zich in de maatschappij en het beroepsleven te integreren en waarbij zorg op maat, naadloze zorg en continuïteit van zorg de uitgangspunten zijn, via het aanleren van vaardigheden, het ontwikkelen en bevorderen van autonomie en tewerkstelling. Een zeer nauwe betrokkenheid met diverse partners uit de verschillende levensdomeinen zoals tewerkstellingsorganisaties, huisvesting, welzijnsorganisaties, lokale besturen, thuiszorg...is hierbij onontbeerlijk

#### 2. Doelgroep

Iedereen (18 – 65-jarigen) met een psychische en psycho sociale kwetsbaarheid, ongeacht hun diagnose die nood hebben aan zorg voor een langere periode op meerdere levensdomeinen.

Er wordt speciale aandacht gevraagd voor volgende groepen:

- de toenemende groep jongvolwassenen (18 – 25 jarigen) die op werkveld ontsporen
- de groep 30 – 40 jarigen die op een scharniermoment ontsporen.
- de groep allochtonen: ze komen moeilijk in hulpverlening omwille van gesloten gezin, probleem van de taal, culturele verschillen

We richten ons zowel op de meer gestabiliseerde mensen als op de meer onstabiele mensen die (vaak/permanent) dreigen in crisis te geraken.

Het gaat hier om de zorg voor de gehele groep met EPA:

- een deel van de populatie van BW (functie 5) en PZT (F2B)

- patiënten van functie 4: vanuit opname komen ze al naar het activiteitencentrum of naar het arbeidszorgcentrum
- zorgwekkende zorgmijders of –shoppers
- personen komende uit functie 1
- personen komende uit functie 2A: na een periode van psychiatrische crisiszorg om herval te voorkomen
- patiënten die tegelijkertijd door functie 2B opgevolgd worden

### **3. Doelstellingen**

Het ondersteunen en coachen van personen met een psychiatrische problematiek in hun functioneren op de verschillende levensdomeinen zodat zij op een op autonoom mogelijke manier hun sociale rollen in de maatschappij kunnen opnemen en zo tot volwaardig burgerschap kunnen evolueren. Beeldvorming van de maatschappij zal daar een belangrijke schakel in zijn.

Veranderen van een aanbodgerichte in een vraaggestuurde organisatie zodat cliënt zich niet moet aanpassen aan de bestaande organisatie: mensen begeleiden en middelen aanbieden om hen sterker te maken om tot een hulpvraag te komen, hen te participeren en ruimte te bieden om op eigen tempo te evolueren.

Mensen met een psychische kwetsbaarheid aansluiting laten vinden met reguliere initiatieven in de maatschappij, waarbij ze gelijke rechten hebben.

### **4. Visie op de aangeboden zorg**

#### **Subsidiariteitsprincipe**

De aangeboden zorg dient te gebeuren op de minst ingrijpende, meest laagdrempelige manier met voldoende expertise, zo dicht mogelijk bij de cliënt en op het gepaste moment.

Deze zorg op maat gezien vanuit het stepped-care principe houdt een gedoseerde zorg en een stapsgewijze aanpak in, nl. eerst zelfzorg en mantelzorg, dan generalistische zorg en als laatste hulpverlening de specialistische zorg. Dus zo nodig ondersteunend of specialistisch, van-op-afstand of intensief, ambulantly of intramuraal. Team bestaande uit hulpverleners vanuit verschillende settings waarbij vraag bekeken wordt (generalisten om analyse te maken) en dan wordt er doorverwezen naar gespecialiseerde zorg.

#### **Continuïteit van zorg**

Samenwerking met het oog op de realisatie van continuïteit in de zorg is essentieel. Via diverse mogelijkheden van vervolgzorg, snelle en naadloze overgang tussen zorgmodules, goede informatie-uitwisseling tussen zorgactoren, opmaak en opvolging van zorgplan met betrokken zorgactoren en cliënt,... wil men komen tot een gemeenschappelijk draagvlak waarbij de domeinen preventie, diagnose, behandeling en herstel een duidelijke plaats krijgen.

Centraal aanspreekpunt op dienstniveau, niet enkel op casusniveau. Via centraal oproepnummer wordt doorverwezen naar de juiste functie en wordt de aanmelding pas als afgerond beschouwd op het moment dat de juiste zorg aangeboden werd.

Het aanstellen van een peter of meter waar de cliënten altijd bij terecht kunnen. Iemand die hen volgt gedurende hun traject (casemanager).

### **Een herstelgericht visie**

Dezelfde principes die uitvoerig beschreven werden bij de FACT-module worden gehanteerd.

## **5. Activiteiten en scharnierfuncties**

De rode draad is een constante zoektocht om met deze doelgroep naar buiten te treden en de maatschappij naar ons te krijgen. Hieronder volgt een greep uit bestaande initiatieven.

**Surplus:** 80% terugbetaling van culturele en sportieve activiteiten door lokale besturen

**Vrijtijdsplas:** deze pas biedt korting en cheques aan voor actieve deelname (ook aankoop materiaal)

**Voortraject naar jongeren toe:** ESF project waarbij attitudes aangeleerd worden (arbeidsattitudes en sociale vaardigheden als voorloper naar een mogelijk traject) en naar **allochtonen:** voortraject naar taal toe

**Stages in beschutte werkplaats en opvolging naar tewerkstelling toe vanuit arbeidszorgcentrum Domino en TRAVO**

**Training in sociale vaardigheden** (communicatief sterker worden, werken met omgeving) gegeven door Intro (WAAK)

**Competentietraining en empowerment:** samenwerking tussen arbeidszorgcentrum Domino en TRAVO en VDAB waarbij arbeidszorg zich engageert om onze doelgroep binnen het jaar te laten door stromen naar eender welke vorm van tewerkstelling via het aanbieden van een opleiding.

**Madre:** verzorgen van de kinderopvang en ruilhoekje voor babykledij in Kind en Gezin Menen door onze doelgroep (5 (ex-)bewoners van Beschut Wonen Menen)

**Samenwerking Contact met Allegro (dienstencentrum):** ateliers openstellen voor elkaars doelgroepen

**Wijkproject Antigone:** sociaal artistiek project in Kortrijk. Samenwerking tussen theatergezelschap Antigone en activiteitencentrum De Bolster

**Figuranten:** artistiek project te Menen die theateropleiding verzorgt gebaseerd op improvisatie, begeleid gedurende 1 jaar met als einddoel toneelvoorstelling

**Beeldvorming naar scholen in Zuid West-Vlaanderen** met actieve deelname van (ex-)patiënten.

**Seniorenwerking:** samenwerking tussen woon en zorgsector en activiteitencentra waarbij onze doelgroep mee hun wandelingen en uitstappen ondersteunt (vb. als rolstoelbegeleider).

**Voetbalploeg Eigen Woonst:** participeert op competitieniveau

**Zwempassen vanuit stad aangeboden:** korting op ingang zwembad

**Mentor met activeringstender:** samenwerking met psychiatrische ziekenhuizen en arbeidszorg

**Testing door Mentor consult/ assessment:** op vraag van OCMW

**Eigen winkel:** activiteitencentrum De Bolster en VZW HISE bieden hun producten die ze vervaardigen in hun eigen winkel te koop aan.

**De Drie Wijzen:** winkel gelegen in Kuurne die producten van alle activiteitencentra en arbeidszorgcentra (ook vanuit de gehandicaptensector) verkoopt.

**Hond in 't Kegelspel:** volksspelencafetaria die uitgebaat wordt door zowel cliënten uit GGZ als cliënten uit de gehandicaptensector (samenwerking tussen De Bolster en den Achtkanter).

**Opendeurdagen:** man uit de straat wordt uitgenodigd wanneer we onze deuren openzetten.

**Buddywerking** (in onze regio zeer minimaal).

**Vrijwilligerswerking** her en der.

**Gans het aanbod hier opgesomd onder de vorige punten 1-5 zijn gericht op ondersteuning en opvolging voor cliënten komende vanuit of onder begeleiding in andere functies 1, 2, 4 en 5. Zeker de cliënten van F2B maken veelvuldig gebruik van de activiteiten binnen Functie 3.**

#### 5.2.2.4 FUNCTIE 4

Intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychiatrische problemen
---

Onder "5.2.1.2 **HUIDIG AANBOD BESCHREVEN** volgens de vernieuwde visie, dus in 5 functies (doelgroep: Volwassenen)" wordt functie 4 uitvoerig beschreven, zodat we hiernaar verwijzen.

Intensifiëring via heralloceren van personeel via afbouwen / transformeren van bedden is volgens ons heel waarschijnlijk in de (nabije) toekomst. Afhankelijk van de resultaten van de beter georganiseerde werking in het nieuwe GGZ-model zullen de nodige initiatieven genomen worden op dit vlak.

In deze pilootfase wordt evenwel geopteerd om de vrijgekomen middelen tenvolle te benutten voor de opbouw van een voldoende kritische massa binnen de functie 2.

Specifieke doelgroepen als er zijn: mentaal gehandicapten, SGA, forensische. Hiervoor heeft deze regio geen specifieke settings maar iedereen neemt ze wel op! Er wordt ook veel samengewerkt met andere regio's en instellingen die zich wel specialiseren voor deze doelgroepen (vb. Beernem).

Doel F4: sowieso de kwaliteit behouden die we op heden halen!

#### 5.2.2.5 FUNCTIE 5

##### **1. Explicitering van de functie**

Specifieke woonvormen waar zorg kan geboden worden indien het thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is en waar functie 4 niet langer noodzakelijk lijkt
--

##### **2. Doelgroep**

De doelgroep is voor beide projecten **Beschut Wonen** dezelfde: personen die om psychiatrische redenen

geholpen / begeleid moeten worden in hun woonmilieu, maar beide projecten zijn verschillend - doch complementair- qua aanpak. De vereiste zelfstandigheidsgraad ligt in B.W. Menen beduidend lager dan in B.W. Kortrijk. Ook kan het verblijf in B.W. Menen voor onbepaalde duur, terwijl in B.W. Kortrijk één van de hoofddoelstellingen is dat de bewoners na verloop van tijd geacht worden door te stromen naar zelfstandig wonen. Deze verschillen maken dat de verwijzers de keuze kunnen maken en zo meer zorg (of wonen) op maat kunnen installeren. Dus de patiënten uit een bepaald ziekenhuis worden niet per definitie doorverwezen naar het initiatief verbonden aan dat ziekenhuis, maar wel naar het initiatief Beschut Wonen dat het beste aansluit bij hun mogelijkheden.

Binnen het initiatief te Menen worden een aantal plaatsen gereserveerd voor specifieke doelgroepen die een specialistische aanpak vergen (verhoogde controle en toezicht), zijnde dubbel-diagnose bewoners en bewoonsters met cluster B-persoonlijkheidsstoornis (vnl. borderline en theatrale persoonlijkheidsstoornis). Hier zien we overlapping met ACT.

De doelgroep van het **PVT** betreft personen met een blijvende psychiatrische zorgbehoefte die nood hebben aan een 24-uurs permanentie en een beschermende woonomgeving.

### **3. Doelstellingen**

Het streefdoel van BW is (re)integratie, resocialisatie & normalisatie. Binnen dit continue proces ligt de klemtoon op een realistisch evenwicht waarbij er een kwaliteitsvol leven voor elke individu nagestreefd wordt.

### **4. Visie op de aangeboden zorg**

De **begeleiding** gebeurt d.m.v. huisbezoeken en ambulante contacten, en wordt gepland en opgevolgd m.b.v. een individueel begeleidingsplan, dat aansluit bij de noden van de bewoners. De begeleiding gebeurt door een multidisciplinair team waarbij de bereikbaarheid in beide diensten Beschut wonen 24u op 24u is. De begeleiding aan huis kan bij BW Menen worden aangeboden tussen 8u en 20u op weekdays, en tussen 8u en 12u tijdens het weekend. In BW Kortrijk is dit van maandag tot en met donderdag tussen 8u en 20u30, op vrijdag van 8 u tot 15u30 en op zaterdag van 9u tot 12u. Binnen deze uren kan de begeleiding binnen het halfuur bij de bewoner aanwezig zijn. Buiten deze uren wordt gewerkt met een telefoonpermanentie (eigen gsm-permanentie in BW Menen en permanentie via crisisnummer van PZ Kortrijk voor BW Kortrijk) waarbij begeleiding bij noodzaak binnen het uur bij de bewoner kan zijn.

De **visie** op de aangeboden zorg is gebaseerd op de Stepped-Care- en de subsidiariteitsprincipes. Zo worden i.f.v. de GGZ-hervorming binnen het project Menen een aantal inhoudelijk aspecten gewijzigd, waarbij er zal afgestapt worden van de klassieke zorg en meer op een flexibele manier zal begeleid worden. In theorie kan er sprake zijn van een beperkte coaching tot meer aanklappende ondersteuning door middel van meerdere bezoeken op weekbasis. In BW De Bolster wordt al op deze manier gewerkt: een bewoner kan een aantal gesprekken per week hebben in crisissituaties maar het kan ook dat een bewoner maar om de 14 dagen een gesprek heeft. Er wordt afgestapt van het wekelijkse huisbezoek. Ook dient er meer en meer gebruik gemaakt te worden van het netwerk (reguliere thuisverpleegkundigen, poetshulp, gezinszorg, ...), met gradaties in de



omkadering. Hierbij speelt ook de vergrijzing van de bevolking (inclusief bewoners in B.W.) een bepalende rol. De samenwerking met deze netwerken resulteert in verschillende overlappings met de andere functies.

Het **verwachte resultaat** is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de bewoner en integratie in de maatschappij.

### **5. Activiteiten en scharnierfuncties**

Binnen Functie 5 zijn er reeds heel wat **linken** met andere Functies.

- Zo zien we in Menen een duidelijk scharniermoment tussen F5 en F3, waar een personeelslid uit B.W. deelneemt aan verschillende overlegmomenten van het arbeidszorgscentrum Travo (zowel op inhoudelijk als op beleidsmatig vlak) en evenzo deelneemt aan de overlegmomenten van het activiteitencentrum 't Ac-oord. In Kortrijk worden hiernaast ook de individuele begeleiders van het Activiteiten- en Arbeidszorgcentrum uitgenodigd naar Beschut Wonen om stil te staan rond een bewoner / doelgroepmedewerker.

- Ook zien we binnen de trajecten die bewoners volgen binnen het B.W. dat er een samenwerking op casusniveau ontstaat met F2b. In concreto: een bewoner verlaat het initiatief en krijgt een tijdelijk (maar minder intense / frequente) nazorg door het team van het B.W., doch in de resterende periode wordt PZT al geïnstalleerd en wordt de zorg op een bepaald moment gezamenlijk gedaan, waarna de zorg door B.W. wegvalt. Zowel B.W. Kortrijk als Menen zetten een voltijds effectief in om deze ex-bewoners verder te begeleiden. Niettemin zal de doelgroep die gevolgd wordt binnen Functie 5 en deze die gevolgd wordt binnen PCT en FACT nog gedifferentieerd moeten worden.

- Een andere link tussen de verschillende functies is deze tussen F4 & F5, waarbij er na een residentiele opname vanuit het ziekenhuis te Kortrijk op huisbezoek wordt gegaan bij de ontslagen patiënt (outreaching) en er een aantal woonproblemen in vivo worden aangepakt of toch op zijn minst gepoogd wordt een aantal prothesen ter ondersteuning te installeren. Dit kan naar de toekomst beter opgevolgd worden door het FACT-team.

- Een ander scharniermoment binnen de verschillende functies is het woontrainingsproject binnen het PC te Menen, waarbij vanuit het ziekenhuis personeel zal worden ingezet om een aantal patiënten intens voor te bereiden op zelfstandig of begeleid wonen. Hier zien we F3 in contact komen met F5 als de patiënt doorstroomt naar B.W. (zeker omdat de woonbegeleider uit B.W. in de laatste fase van de training actief zal betrokken worden en dat de woontrainer uit het PC na de overgang naar B.W. nog tijdelijk aan huis zal komen om de transfer van aangeleerde vaardigheden te vergroten) of met F2B als de patiënt zelfstandig gaat wonen met PZT-begeleiding. De patiënten die na deze training op hun maximum blijken te functioneren, kunnen daar dus niet blijven wonen. Deze kunnen ook doorstromen naar een "rehabstudio" waar cliënten voor onbepaalde tijd kunnen blijven wonen en waar de begeleiding niet meer gericht is op het verbeteren van de vaardigheden, maar naar het onderhouden ervan.

Dit project ontstond bij de vaststelling van de lacune dat bepaalde patiënten uit het ziekenhuis moeilijk konden doorstromen naar B.W. of zelfstandig wonen, en zo langdurig opgenomen bleven.

Ook cliënten die reeds verschillende malen een traject doorliepen in BW met telkens een heropname, waarbij de te beperkte woonvaardigheden de doorslaggevende factor waren voor de opname, kunnen met behulp van dit

project getraind worden.

- Er bestaat eveneens een samenwerking tussen verschillende functies binnen de werking van het RCK (Regionaal Crisisnetwerk Kortrijk). Het cisisoverleg van het RCK komt bij noodzaak binnen de 24 uur bijeen ifv het zoeken naar oplossingen voor personen die zich in een multicomplexe en aanslepende situatie van thuisloosheid bevinden, en verblijven of terechtkomen in Zuid-West-Vlaanderen. Dit multidisciplinaire overleg brengt professionelen samen uit OCMW's, Welzijn (CAW's), gehandicaptensector, drugverslaving en GGZ. De aanwezigheid van collega's met psychiatrische expertise wordt als noodzakelijk ervaren, gezien psychisch disfunctioneren vaak prominent of in de rand aanwezig is.

- Momenteel zijn er in Menen onderhandelingen lopende (die resulteerden in het indienen van een gezamenlijk project Wonen & Welzijn) om begeleiding aan te bieden aan huurders (met psychische / psychiatrische problemen) van het Sociaal Verhuurkantoor en de Bouwmaatschappij te Menen of op zijn minst expertise / ondersteuning / advies aan te bieden aan het Sociaal Verhuurkantoor en de Bouwmaatschappij om hun huurders beter te begrijpen (en te ondersteunen).

In Kortrijk werd in het kader van dezelfde projectoproep eveneens een dossier Wonen en Welzijn ingediend waarbij de klemtoon wordt gelegd op de samenwerking vanuit GGZ met de sociale huisvestingsactoren op vlak van het creëren van toegang tot het (nood)woonpatrimonium. Er wordt een concept uitgewerkt van tijdelijk wonen met begeleiding voor specifieke kwetsbare doelgroepen met acute woonnood. Bij sociale huurders bij wie een uithuiszetting dreigt, wordt een integrale en sterk preventieve aanpak ontwikkeld. Het project richt zich eveneens naar mensen die bij ontslag uit een instelling geen geschikte huisvesting hebben.

- Vanuit een nood naar meer specialistische woonbegeleiding op maat voor kwetsbare doelgroepen, is in de regio een OCMW-project lopende ("Wonen en zorg op een kruispunt"). Hierbij worden niet enkel aangepaste woningen aangeboden aan cliënten binnen de medioren- en seniorenleeftijdsklasse met een multicomplexe (GGZ) problematiek, maar wordt eveneens ambulante begeleiding op maat nagestreefd. Momenteel wordt de expertise ingeroepen van PZT Vesta, maar in de toekomst zou dit opgenomen kunnen worden door F2A en F2B.

Dit project draagt ook bij tot de vraag vanuit Beschut Wonen naar betaalbare huisvesting op maat.

- Daarnaast is er een project vanuit OCMW Kortrijk dat goedgekeurd is door de provincie (waarbij alle sectoren vertegenwoordigd zijn) waarbij het OCMW woningen ter beschikking zal stellen voor het GGZ-doelpubliek. Het project heeft als belangrijkste doelstellingen modaliteiten uit te werken (en in praktijk te brengen) om de slaagkansen van het wonen te maximaliseren, en om een gedegen netwerk van partners op de been te brengen.

- Tot slot vermelden we nog dat Vesta op heden gesprekspartner is voor het Welzijnsconsortium ZW.Vlaanderen in het kader van het sociaal huurbesluit dat recent verscheen. Dit biedt lokale besturen de mogelijkheid om lokale toewijzingsreglementen voor sociale huisvesting op te stellen. Dit maakt het onder meer mogelijk dat er voorrang komt voor specifieke doelgroepen, dus ook voor de psychiatrische patiënt.

## **6. Lacunes**

Een historisch gegroeid nadeel is dat zowel in Menen als in Kortrijk de meerderheid van de erkende plaatsen zich in het centrum van stad bevinden. In concreto personen die altijd in een deelgemeente hebben gewoond en die

nood hebben aan begeleiding van een initiatief Beschut Wonen, zijn genoodzaakt om te verhuizen naar het centrum van Menen of Kortrijk. Dit is een lacune die in de nabije toekomst meer ondervangen zal (moeten) worden.

Een andere lacune is de opvang binnen de maatschappij van patiënten met het syndroom van Korsakov, omdat het quasi onmogelijk is om deze mensen te trainen op vlak van woonvaardigheden omwille van hun geheugendefecten en ook omdat er een groot risico is op onveilig gedrag.

Een andere regelmatig gehoorde bedenking (lacune) bij contacten tussen GGZ en niet GGZ-instellingen / actoren is dat er een tekort is aan een (centrale) contactpersoon / casemanager. Dit wordt meer en meer gevoeld omdat er een grotere instroom van GGZ-cliënten is binnen deze diensten en er bijgevolg meer contact is met GGZ- cliënten die soms voor overlast zorgen. Hierbij wordt gedacht om de methodiek van de Therapeutische projecten te gebruiken waarbij 1 dienst de zorgcoördinatie op zich neemt.

Een andere (voorlopig) onbeantwoorde behoefte in de regio is één (of meerdere) respijt woning(en), (voorstel: 1 woning voor 2 personen per zorgregio). De doelgroep bestaat uit mensen die in de functies 2-3-5 begeleid worden en waarbij door een crisissituatie de toestand tijdelijk onhoudbaar is in de woonsituatie, maar waarbij een behandeling en dus een ziekenhuisopname onnodig is. De begeleiding zou verder verzorgd worden door het team dat de begeleiding op zich nam.

Enkele lacunes voor de PVT-doelgroep in deze zorgregio zijn:

- Voor volwassenen met ernstige psychiatrische problemen, die fysiek zorgbehoevender worden, is het niet zo evident om hen naar een gepaste setting door te verwijzen. Hier worden de senioren van het PVT vlugger naar de OCMW-zorgcentra's (wegens financiële beperking) van regio Zuid, doorverwezen, omdat dit hun regio van herkomst is. Maar ook daar is er de gekende problematiek van de lange wachtlijsten.
- Voor personen met een mentale en psychiatrische stoornis is er een tekort aan aangepaste settings.
- Een PVT is er niet voor mensen die in de eigen regio die nood hebben. Als we verwachten dat familie of kennissen regelmatig op bezoek komen, dan speelt de afstand een grote rol. Tevens hebben deze mensen reeds vaak in de eigen regio een hulpverleningstraject doorlopen bij de lokale actoren zodat GGZ hulpverlening, welzijn en vrije tijd invullen best continuïteit kan krijgen in de lokale context. Daarop genieten kleinere wooneenheden de voorkeur opdat diverse doelgroepen met verschillende noden kunnen wonen en vrij intensief begeleid worden.

Op vlak van PVT is er aldus de behoefte aan een 30-tal PVT of PVT+ bedden extra in het Kortrijkse, mede omdat het PVT Valckeberg instaat voor het doelpubliek uit de 2 zorgregio's.

Binnen het woonzorgcentrum Ter Walle te Menen zien ze vooral een doorverwijzing vanuit het PC Menen en PVT Rumbeke. Er is binnen het woonzorgcentrum een leefgroep voor 15 senioren (65+, dus niet behorende tot de doelgroep) met een (gestabiliseerde) psychiatrische zorgnood naast een fysieke zorgbehoevendheid.

Er werd gestart met een zorginnoverend project (m.b.v. de opgedane kennis uit bovenbesproken leefgroep) waarbij plaatsen werden gecreëerd in het Dagverzorgingscentrum voor cliënten met psychogeriatrische problematiek. Dit project werd door de overheid uitgeschreven om een opname in een woonzorgcentrum voor

deze cliënten uit te stellen en zo te bezuinigen op dure ligdagvergoedingen. De benedengrens van 65 jaar die geldt in de woonzorgcentra, werd voor dit zorginnoverend project verlaagd naar 60 jaar.

Dus wordt er een serieuze lacune weerhouden, in concreto stelt zich de nood tot opvang van medioren met een zorgvraag naar opvang in een woonzorgcentrum.

### 5.3 Nieuwe rollen

De voorziene rollen uit de Gids worden ingevuld (zie 5.2) en de competenties zoals beschreven op [www.psy107.be](http://www.psy107.be) worden onderschreven door de indieners van dit projectvoorstel.

### 5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Elke voorziening heeft nu reeds ofwel een patiëntdossier (psychiatrische en algemene ziekenhuizen), een cliëntdossier (CGG, PZT, Kompas), een bewonersdossier (PVT, BeWo) of hanteert een individueel zorgplan (Vesta, SEL/GDT).

**De regio denkt er aan om naast het dossier dat elke voorziening hanteert, het zgn. globaal medisch/verpleegkundig patiënt-, cliënt- of bewonersdossier, een gemeenschappelijk maar beperkt individueel cliëntdossier te installeren in functie van informatie en communicatie tussen betrokken referentiepersonen van een individuele cliënt.**

**Dit zou kunnen omvatten: identificatiegegevens, zorgplan, verslagen van therapeutisch overleg en communicatieplan** (vb. cliënt is vandaag niet langs gekomen op de afspraak).

Dit is gebaseerd op het nu frequent gehanteerde communicatieschriftje vanuit de eerstelijnssector waar de cliënt ook kan inkijken én inschrijven.

Zeker binnen functie 2 is het noodzakelijk dat er een individueel zorg- of behandelplan uitgewerkt wordt, in samenspraak met de cliënt en zijn omgeving.

Therapeutisch overleg zoals dit gebeurt binnen de therapeutische projecten en de PZT-teams is een goede praktijk om te komen tot betere afstemming van zorg tussen alle betrokken zorgactoren.

De PZT-teams binnen de functie 2 kunnen hier een gangmakersrol opnemen.

Er zal voldoende aandacht moeten zijn op uitwisseling van cliëntgegevens. De privacy van de cliënt dient uiteraard gerespecteerd maar in dergelijk GGZ-model wordt overleg en gegevensuitwisseling een belangrijke tool i.f.v. continuïteit van zorg.

Toestemming van de cliënt zal uitdrukkelijk gevraagd worden en bekrachtigd worden met een gehandtekend formulier op het niveau van elke functie.

In dit dossier werden reeds een aantal op te volgen parameters gesuggereerd. We zetten alvast enkele parameters op een rijtje die we zeker wensen te registreren. Het gaat vaak om zaken waarvan we nu al over een nulmeting beschikken opdat we kunnen vergelijken vóór en ná art.107.

- aantal medische opnames
- verblijfsduur binnen de A-diensten en T-diensten
- aantal personen op wachtlijsten
- opvolging caseload binnen Fact en PCT
- aantal gerealiseerde huisbezoeken en duur van de huisbezoeken
- aantal cliënten die hervallen tijdens begeleiding binnen functies F2B, F3 en F5
- aantal cliënten die tijdens of na F2A toch opgenomen dienen te worden
- parameters mbt. in kaart brengen van de kenmerken van de populatie die begeleid worden binnen alle functies: leeftijd, diagnose, huisvesting
- aantal meldingen en wie meldt aan
- aantal vragen vanuit de eerste lijn naar advies, coaching, e.a.

### **5.5 Management- en bestuursmodel**

In bijlage 2 vindt u de ganse bestuurlijke organisatie met zijn bevoegdheden en de (nominatieve) samenstelling van de overlegorganen, zijnde de Ledenraad, het Netwerkcomité, de projectteams en de subregionale reflectiegroepen.

Serge Deboever neemt op heden tenvolle de rol van netwerkcoördinator doelgroep Volwassenen op zich. In de toekomst zal hij bijgestaan worden door een collega (beiden halftijds tijdens de experimentele fase).

Het profiel van de netwerkcoördinator dat de Ledenraad vooropstelt:

- hij/zij moet de sector kennen
- hij/zij moet de regio kennen
- hij/zij moet (ruime) ervaring hebben
- hij/zij moet beleidsmatig en tegelijk praktisch / functioneel denken
- hij/zij is communicatief vaardig
- hij/zij is aanvaardbaar voor de partners van de regio en niet-GGZ partners
- hij/zij komt uit ons netwerk
- hij/zij is diplomatisch
- hij/zij weet de visie van de verschillende partners af te stemmen en te integreren
- functie is op te splitsen in een conceptueel en een organisatorisch luik: duobaan geniet onze voorkeur

Op het niveau van een cliënt menen we dat de therapeutische projecten aangetoond hebben dat het waardevol is om de relevante zorgactoren (referentiepersonen) rond de tafel te brengen, liefst in het bijzijn van desbetreffende cliënt en eventueel de betrokken mantelzorger. Het model geïllustreerd in Figuur 4 op pagina 16 van de Gids geeft dit goed weer.

## 6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

### 6.1 Fasering

Afhankelijk van de goedkeuring van het project, zal tijdens de resterende maanden van **2011** de opstart van het FACT- en PCT-team grondig voorbereid worden vanuit het Netwerkmcomité en de 2 projectteams: dit omhelst o.a. opleiding, selectie, organisatie, praktische schikkingen en modaliteiten.

Vanuit het geleverde werk van de schrijfgroepen, zullen de andere functies verder uitgewerkt worden met de respectievelijke projectteams.

Bij de bespreking van de functies 2A en 2B, resp. PCT-team en FACT-team is reeds aangegeven dat de teams worden opgestart **begin 2012** met onderstaande effectieven:

a) **6 FTE** via extra overheidsmiddelen

b) **9,2 FTE** via inbreng vanuit bestaande initiatieven: Psychiatrische Zorg Thuis (PZT Menen (1.60), PZT Fender (1.00), Vesta (2.00), TP(1.00)), CGG (0.50), Kompas (0.50) en Beschut Wonen van Kortrijk en Menen (2.60).

c) **13,8 FTE** vanuit de zorginstellingen:

- 5,7 FTE aangereikt door PC Menen ( herallocatie 30t)
- 2,7 FTE door AZ Waregem (herallocatie 5A)
- 3 FTE door AZ Groeninge en
- 1 FTE door PZ H.Familie

Dit is een vrij cruciaal gegeven gezien het feit dat de herallocatie en de extra toewijzing van personele middelen vooral ten dienste zal staan voor het creëren van volwaardige mobiele teams in de ganse regio ZW.Vlaanderen.

**Vanaf 2013** zal het effect van de in 2012 opgestarte Functie 2-teams geëvalueerd worden.

De inzet van herallocatie van de middelen afkomstig van de 10 T-bedden die in het PC Menen buitengebruik zullen worden gesteld, zal afhankelijk zijn van deze evaluatie (vb. intensifiëring overige T-bedden, uitbreiding Functie 2-teams, andere initiatieven mbt. andere functies).

Andere activiteiten die dienen ingepland en uitgevoerd te worden:

- aanwerving van een halftijdse netwerkcoördinator
- werken met projectteams per functie (+ deelprojectteams hierbinnen)
- evaluatie-indicatoren bepalen ifv. evaluatie en werkmethodes mbt. registratie vastleggen (via projectteams of via aparte projectgroep)
- concept van de mobiele teams verfijnen: regio-afbakening, aantal FTE, aard van de zorg, psychiaters, kenmerken van aan te werven personeel, functieprofielen/competenties, verantwoordelijke van een team/functie
- opleiding van het personeel
- samenwerkingsovereenkomst(en) opmaken mbt. allerlei materie: vb. logistiek (IT, personeelsdienst, maaltijden personeel, outsourcing diensten...)

- bepalen arbeidsvoorwaarden en arbeidsreglement
- verzekeringen en aansprakelijkheid: medewerkers, instellingen, artsen
- informeren van alle medewerkers van de betrokken voorzieningen, in het bijzonder van deze die de intentie hebben om bedden op non-actief te zetten, opdat ze zich eventueel kandidaat kunnen stellen voor in te vullen mandaten
- overleg met ondernemingsraden en medische raden
- verder informeren van de niet-GGZ zorgactoren, in het bijzonder deze waarbij een intense samenwerking vereist is (vb. via LST's (= lokale afdelingen van de SEL), huisartsen, beschutte werkplaatsen, huisvestingsmaatschappijen ...)
- informeren van andere actoren waarbij samenwerking vooropgesteld wordt: in het bijzonder denken we aan de politie en justitie, onderwijsinstellingen, CLB's,
- exploratie van het werken met ervaringsdeskundigen via Uilenspiegel
- aanmeldings- en doorverwijzingsprocedures bepalen
- veiligheidsprocedures en crisisprotocols opmaken zowel naar medewerkers als naar patiënten
- aankoop van benodigdheden mbt. de werking, alsook bepalen van de locatie van nieuwe teams
- allerlei documenten opmaken: vb. informed consent, alsook de uitwerking van het mini-cliëntdossier
- gefaseerde transformatie van personeel dat intramuraal tewerkgesteld is; idem wat de gehospitaliseerde patiënt betreft
- afspraken maken met de overheid mbt. de B4-overeenkomst o.a. over rechtspersoonlijkheid, registraties, boekhouding, opleiding...
- afspraken maken mbt de financiële bijdrage van de cliënten in de diverse zorgmodules

## 6.2 Risico management

Continue risicoanalyse uitvoeren en de risico's procesmatig beveiligen, o.a. met betrekking tot:

- verschillende remuneraties voor personeel verbonden aan verschillende voorzieningen werkend in 1 team
- aansprakelijkheid van de coachende arts vs. verantwoordelijkheid van de behandelende arts
- juridische, fiscale en sociaalrechtelijke aandachtspunten
- de verantwoordelijkheid van de psychiatrische thuiszorgmedewerker zal aanzienlijk groter worden dan bij een intramurale teamwerking, gezien de meer autonome werking
- communicatie tussen medewerkers kan minder rechtstreeks gebeuren; bijsturen, delegeren kan moeilijker zijn dan bij een intramurale teamwerking
- schaarste aan hoog opgeleide verpleegkundigen nodig zowel in de intramurale als in de mobiele teams
- beperkte bedden capaciteit in de regio houdt risico in voor de verdere mogelijkheden tot ontwikkelingen voor de doelgroepen Volwassenen, Kinderen alsook Bejaarden
- afbouw van intramurale zorg mag ook niet leiden tot daklozen, meer armoede...
- veel bijkomend overleg voor steeds weer dezelfde (beleids)mensen alsook voor behandelaars (psychiaters)
- veel partners, complexe overlegstructuren, veel verschillende culturen
- minder duidelijke rolverdeling: vb. huisarts vs. psychiater

- attent blijven voor de draagkracht van de mantelzorgers en de buurt (is de maatschappij er wel klaar voor?)
- de thuisverpleging, huisartsen en vooral de gezinszorgdiensten zijn zeer bekommerd dat zij meer werkdruk en aanmeldingen zullen krijgen door het feit dat de psychiatrische patiënt minder terecht zal kunnen in een ziekenhuisbed of er in ieder geval nog sneller zal ontslagen worden. Extra middelen zullen wellicht noodzakelijk zijn
- politionele diensten uit de bekommernis dat ook zij wellicht meer zullen moeten interveniëren aan huis of met problematische situaties minder snel terecht zullen kunnen in de ziekenhuizen

## **7. Financiering en middelenallocatie (excl. budgetten psychiaters)**

### 7.1 Inkomsten

#### 2011

- 500 000 € additionele middelen
- indien nodig, inbreng van eigen liquide middelen in de periode 2011-13 vanuit het PC OLV van Vrede te Menen ifv. aanwerven van extra ondersteuning van personeel (vb. op A- of T-dienst)
- bestaande PZT-begeleiders (4.6 FTE in onze regio, gefinancierd met eigen middelen uit PC OLV v Vrede, PZ H.Familie, Beschut Wonen De Bolster, Beschut Wonen Eigen Woonst en CGG)
- integratie pilootproject Vesta (op heden 2 FTE)
- inzet van bijkomende middelen vanuit de uitbreiding van personeel voor PZT Vesta, Beschut Wonen Menen en Kortrijk (1 à 1.10 FTE)
- middelen vanuit de Therapeutische Projecten (1.00 FTE)

#### Vanaf 1/1/2012

- 5.70 FTE vanuit de herallocatie van 30 t-plaatsen PC OLV v Vrede Menen
- xxx € werkingskosten die vrijkomen vanuit de B1 van het ziekenhuis dat een B4-overeenkomst tekent voor de afbouw van 30 t – plaatsen (6024 minder ligdagen in daghospitaal)
- 2.70 FTE vanuit de herallocatie van 5 bedden in OLV v Lourdes Ziekenhuis Waregem
- AZ Groeninge en PZ H.Familie zorgen voor 4 bijkomende effectieven

#### Vanaf 2013

- De inzet van herallocatie van de middelen afkomstig van de 10 T-bedden (3.40 FTE) die in het PC Menen buitengebruik zullen worden gesteld.

### 7.2 Uitgaven (op basis van project op volle toerental)

- reservatie van maximaal 100 000 € voor de netwerkcoördinatie (loon + werkingskosten)
- 6 FTE personeel betaald vanuit de additionele middelen met een gemiddelde loonkost van 55 000 € = 330 000 €
- verplaatsingskost mobiele equipes per werkjaar (op basis van 30 FTE): 60 000 €
- bijscholingen (uitgaande van 150 € per werknemer en 40 werknemers): 6 000 €



- GSM per werknemer (600 € op jaarbasis): 24 000 €
- PC/laptop/printers: 1 op 2 werknemers, dwz. 20 stuks à rato van 1000 € = 20 000 € (afschrijvingscyclus 3 jaar)
- verzekering verhoogde tarieven?
- onderhoud, verwarming, afschrijvingen, ...: via de ligdagprijs van het ziekenhuis dat een B4-overeenkomst tekent. Indien bijkomende locaties noodzakelijk zal dit ten laste genomen worden van de additionele middelen.