



PROJECT art. 107 en art. 33
in het kader van de vorming van
een zorgnetwerk Geestelijke Gezondheidszorg
in de projectregio “arrondissement Leuven + zorgregio Tervuren”

KANDIDATUURSTELLING
31 oktober 2010

INHOUD

1.	Toelichting van de visie van het project	2
2.	Doelgroep	3
3.	Doelstellingen	4
4.	Afbakening van het geografisch werkingsgebied	4
4.1.	<i>Situering werkingsgebied</i>	4
4.2.	<i>Aanwezig zorgaanbod</i>	5
4.3.	<i>Kenmerken populatie (o.b.v. gegevens zorggebruik)</i>	7
5.	Beschrijving van de nieuwe structuur	9
5.1.	<i>Netwerksamenstelling</i>	9
5.2.	<i>Taakverdeling in het netwerk</i>	10
5.2.1.	<i>Lacunes en onbeantwoorde behoeften binnen het bestaande aanbod als uitgangspunt</i> .	11
5.2.2.	<i>Het toekomstige zorgaanbod conform de invulling van de 5 functies, met een omschrijving van de doelstellingen en verwachte resultaten</i>	13
5.2.3.	<i>Initiële invulling van de 5 functies, specifieke rol van elke zorgactor en de manier van samenwerking met de andere betrokken actoren - eerste aanzet tot operationalisering.</i>	16
5.3.	<i>Nieuwe rollen</i>	20
5.3.1.	<i>Op patiëntniveau ("referentiefiguur")</i>	20
5.3.2.	<i>Op operationeel niveau</i>	21
5.3.3.	<i>Op netwerkniveau</i>	21
5.4.	<i>Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring</i>	22
5.4.1.	<i>Op patiëntniveau</i>	22
5.4.2.	<i>Op netwerkniveau</i>	22
5.5.	<i>Management- en bestuursmodel</i>	23
6.	Ontwikkelingsstrategie van het netwerk	26
6.1.	<i>Fasering</i>	26
6.2.	<i>Risico management</i>	26
7.	Financiering en middelenallocatie	27
	Toetsing van de mate waarin het projectvoorstel gedragen is door de betrokken actoren, partners en sectoren miv het overlegplatform GGZ	29
	Geraadpleegde literatuur	30

Bijlage 1: samenwerkingsovereenkomst + handtekeningen

Bijlage 2: vergaderkalender met attest Overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant

1. Toelichting van de visie van het project

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

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

In voorliggend projectvoorstel om de 5 kernfuncties in te vullen en verder uit te bouwen voor de bedoelde regio, stellen de partners 12 basisprincipes voorop:

1. **Een emancipatorische visie op hulpzoekenden, waarbij de cliënt zijn zorgtraject mee vorm geeft en stuurt.** Kernbegrippen hierbij zijn dat mensen zelf (leren) de stap naar zorg, ondersteuning en eigenkracht (te) zetten: empowerment, patient centered care, shared decision making, herstelgerichte visie, systematische cliëntenparticipatie op alle niveaus staan hierbij voorop. Indien dit niet haalbaar is, kunnen aanklappende zorg en bemoeizorg een weloverwogen plaats hebben binnen het zorgaanbod.
2. **Een model van complementaire expertise.** Er zijn drie vormen van expertise te onderscheiden: (i) de cliënt is expert in het leven met en hulp zoeken voor psychische problemen, (ii) de hulpverlener is expert in het hulp bieden voor psychische problemen, (iii) casemanagers, trajectbegeleiders en ervaringsdeskundigen zijn experts in kennis over en begeleiding doorheen het GGZ-zorgaanbod. Het betrekken van ervaringsdeskundigen in projecten, zorg en beleid is één van de manieren om enerzijds herstel te bewerkstelligen bij cliënten vanuit een bron van hoop, perspectief en emancipatie en anderzijds de expertise van de cliënten te gebruiken in de uitbouw van de zorg.
3. **Een geëigende visie op mentale gezondheid en psychisch ziek zijn.** Hierbij zijn het balansmodel (kwetsbaarheid/weerbaarheid/belasting), het dimensioneel model (continuüm tussen ziek en gezond), de biopsychosociale visie en de inclusieve visie (psychisch ziek zijn als deel van het leven) van belang.
4. **De vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverleners is de hoeksteen van de GGZ.** Cliënten hechten vaak grote waarde aan de band die met een hulpverlener wordt opgebouwd. Deze vertrouwensrelatie moet in de uitbouw van de verschillende kernfuncties en in de uitbouw van het zorgtraject van de cliënt worden gehonoreerd.
5. **Subsidiariteit.** De focus dient gelegd op de minst ingrijpende, meest laagdrempelige zorg met voldoende expertise, zo dicht mogelijk bij de cliënt, op het gepaste moment. Dit houdt een gedoseerde zorg en een stapsgewijze aanpak in, zonder getrapte zorg als dwingend model te zien: de cliënt behoudt de vrijheid om zelf de hulp te gebruiken die hij wenst. De verstrekkers van de informele, niet-professionele zorg – m.n. de mantelzorgers en familieleden - dienen voldoende betrokken.
6. **Veranderingsgerichte zorg.** Het circulair model van gedragsverandering en de motivationele gespreksvoering vormen de uitgangspunten voor veranderingsgerichte zorg.
7. **Multidisciplinaire complementariteit.**

Verschillende referentiekaders, kwalificaties en competenties, expertises en specialisaties worden gebundeld.

8. **Systemische visie en benadering.** De cliënt wordt gezien en benaderd als een persoon verbonden met anderen en ingebed in zijn context. Afstemming binnen dit systeem kan een belangrijke interventie zijn op zich en verdere escalatie van problemen voorkomen.
9. **Niet schaden/primum non nocere/do not harm.** Er dient voorkomen dat (ongewild) schade wordt toegebracht.
10. **Evidence-based medicine (EBM).** Er wordt voorrang gegeven aan die interventies die empirisch hun effectiviteit hebben bewezen.
11. **Zorgmodaliteiten zijn geen doel op zich, maar staan in functie van de noden en doelen van een concrete cliënt in een bepaalde fase van het zorgcontinuüm.** De zorgmodaliteiten worden bepaald door de zorgnoden van de cliënt (structurerend, responsabiliserend, activerend, socialiserend...) en door praktische aspecten (mobiliteit van de (potentiële) cliënt, vervoersmogelijkheden...).
12. **Zorg als continuüm** (ketenzorg, chain of care, zorgpaden). Naadloze overgangen tussen verschillende zorgvormen zijn het ideaal. Hierbij is er aandacht voor communicatie en afstemming; samenwerking met het oog op de realisatie van continuïteit in de zorg is essentieel.

Alle actoren en partners van het zorgnetwerk staan achter deze principes en uitgangspunten. Het zorgnetwerk bouwt vanuit deze gemeenschappelijk gedragen visie verder aan de vermaatschappelijking van zorg, waarbij de domeinen preventie, diagnose, behandeling en herstel een duidelijke plaats krijgen. Dit gemeenschappelijk draagvlak is de voorwaarde voor de gezamenlijke verantwoordelijkheid om de zorg voor de cliënten in de gemeenschap verder te ontwikkelen.

2. Doelgroep

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

Het project is gericht op de doelgroep volwassenen en jongvolwassenen vanaf 16 jaar. De doelgroep zal zich 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 de zorgvragen die vanuit het zorgaanbod voor de doelgroep volwassenen kunnen worden beantwoord¹.

Het zorgaanbod vanuit de 5 functies richt zich expliciet naar alle psychiatrische ziektebeelden. Binnen (vooral) functie 4 (cf. infra) wordt de gespecialiseerde zorg onderscheiden (zoals de eetstoornissen, de zorg voor eerste psychose, de zorg voor Huntingtonpatiënten,...), alsook de categorale zorg voor specifieke doelgroepen zoals (1) middelenmisbruik, (2) verstandelijke handicap, (3) forensische zorg.

¹ Voor de doelgroepen kinderen en jongeren enerzijds en de doelgroep ouderen anderzijds wordt uitgegaan van de noodzaak van een geëigend zorgcircuit.

3. Doelstellingen

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

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

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

Doelstelling van voorliggend project is om een meer aangepast en behoeftegestuurd zorgaanbod uit te werken voor alle volwassenen met psychische problemen uit de doelgroep binnen het werkingsgebied. 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. Ook voor personeelsleden zijn tevredenheid op het werk, levenslang leren en duidelijke arbeidsvoorwaarden een belangrijk gegeven.

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.

Verdere verduidelijking van de na te streven resultaten, de manier van operationaliseren en de manier van evalueren komt aan bod in de volgende hoofdstukken.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

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

4.1. Situering werkingsgebied

Het werkingsgebied van het project 107 situeert zich in de provincie Vlaams-Brabant. Vanuit een brede omgevingsanalyse situeert de provincie zich op vlak van oppervlakte, aantal inwoners, aantal gemeenten als volgt:

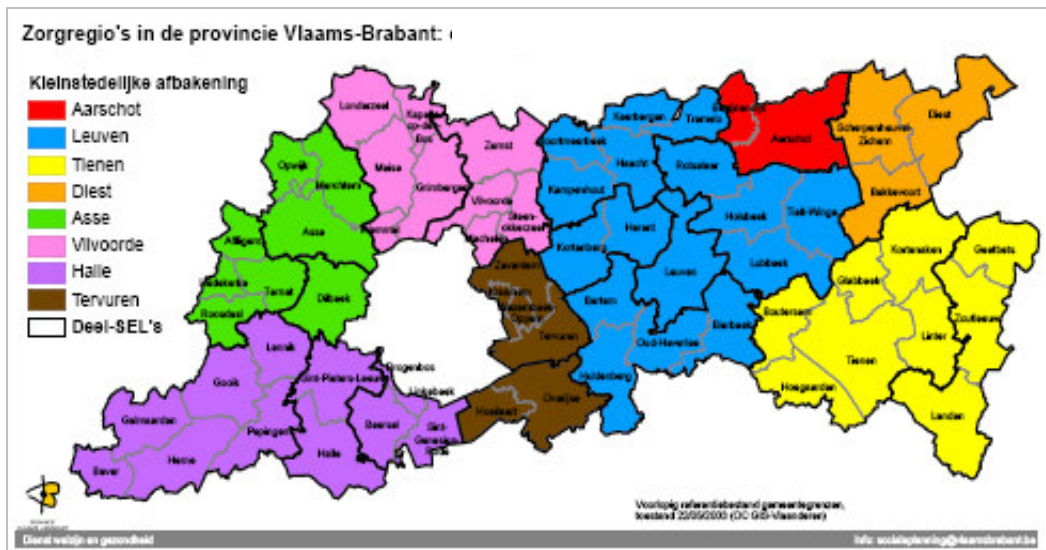
- Vlaams-Brabant is de kleinste Vlaamse provincie, met een oppervlakte van 2.106 km². De provincie Vlaams-Brabant heeft een langgerekte vorm en is van Oost naar West ongeveer 90 km lang en van noord naar zuid ongeveer 40 km (in vogelvlucht).
- Vlaams-Brabant telt 65 steden/gemeenten, 35 in arrondissement Halle-Vilvoorde en 30 in arrondissement Leuven. De provinciehoofdstad is de stad Leuven.
- Het aantal inwoners in Vlaams-Brabant blijft stijgen: op 1 oktober 2009 1.079.207 inwoners, waarvan 475.816 in het arrondissement Leuven (bron: rijksregister). Leuven heeft het meest aantal inwoners 92.704

en de grootste bevolkingsdichtheid 1.637 inw/km². Glabbeek heeft het minste aantal inwoners (5.246 inw), Kortenaken is het dunst bevolkt (154 inw/km²).

Het werkingsgebied wordt vervolgens afgebakend rekening houdend met de bestuurlijke arrondissementen in de provincie Vlaams-Brabant, alsook met het decreet dd. 19 november 2008 betreffende de zorgregio's: decreet dd. 19 november 2008 tot wijziging van het decreet dd. 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen.

Als uitgangspunt wordt het grootstedelijk gebied Leuven genomen, waaronder volgende kleinstedelijke gebieden behoren: zorgregio Aarschot (rood), zorgregio Diest (oranje), zorgregio Tienen (geel), zorgregio Leuven (blauw). Dit wordt aangevuld met de gemeenten Hoeilaart, Overijse, Zaventem, Kraainem en Wezembeek-Oppeem (alle 5 behorende tot het arrondissement Halle-Vilvoorde). Samen met Tervuren (arrondissement Leuven) vormen deze gemeenten de zorgregio Tervuren, behorend tot het grootstedelijk gebied van Brussel. In samenspraak met de projectpromotor van Halle-Vilvoorde wordt de zorgregio Tervuren – aanvullend op het reeds bestaande aanbod - mede² bediend vanuit Leuven, wat verder in overleg wordt uitgewerkt.

In de projecttekst wordt de regio of het werkingsgebied van het project verder benoemd als “projectregio” of “regio arr. Leuven + Tervuren”³.



4.2. Aanwezig zorgaanbod

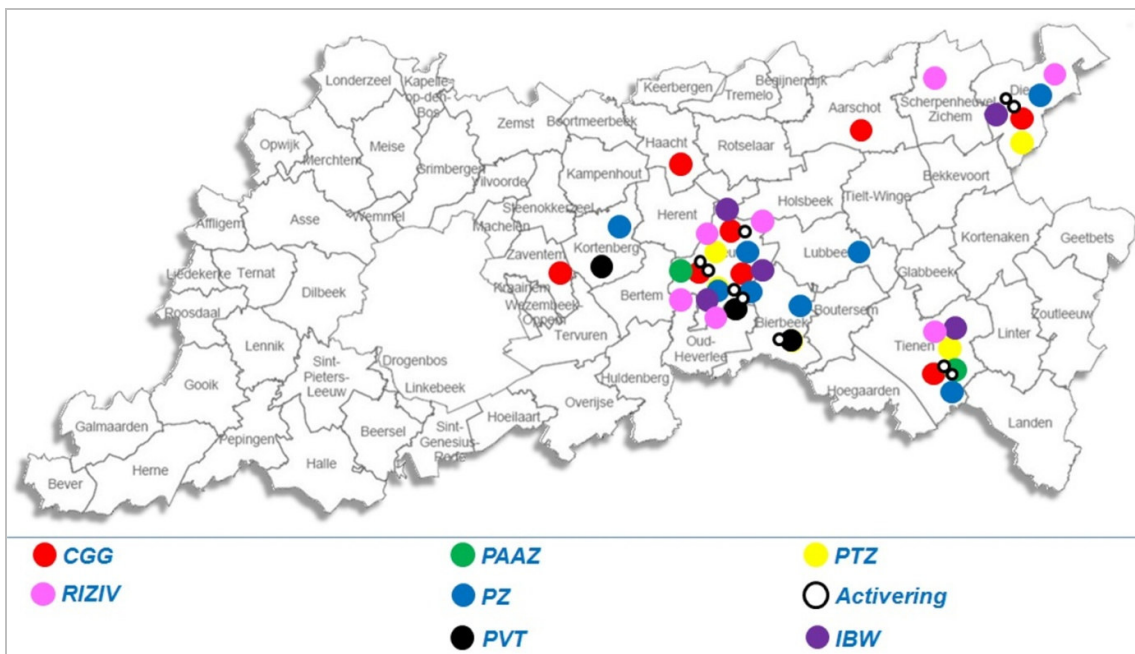
In de projectregio is volgend GGZ-zorgaanbod aanwezig:

- 7 Psychiatrische Ziekenhuizen
- 2 Psychiatrische Afdelingen Algemeen Ziekenhuis, waarvan 1 kinderpsychiatrische afdeling
- 2 Centra Geestelijke Gezondheidszorg met binnen de projectregio 7 vestigingen (8 adressen)

² Met “mede” wordt hier bedoeld: extra inzet van middelen voor de uitbouw van enkele functies door partners die deel uitmaken van beide netwerken in de provincie Vlaams-Brabant (zie verder).

³ We verwachten dat in de loop van de komende jaren – 2012-2014 – de nood aan een verdere verfijning van vooral de zorgregio Leuven – met aandacht voor bv subregio Haacht en subregio Tielt-Winge - zal blijken. Dit zal – wanneer de vraag zich stelt - in overleg met alle betrokken partners ter harte worden genomen.

- 6 Initiatieven Beschut Wonen
- 6 teams Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie / Zorg aan Huis
- 2 Psychiatrische Verzorgingstehuizen
- 5 voorzieningen met een R.I.Z.I.V.-conventie en een opdracht in de geestelijke gezondheidszorg
- 2 forensische outreachteams (voor volwassenen en voor jongeren)
- 1 kinderpsychiatrisch outreachteam (tot de leeftijd van 18 jaar)
- 1 team Vroege Detectie en Interventie Psychose
- 5 ontmoetingscentra
- 4 dagactiviteitencentra
- 2 diensten voor activeringstrajectbegeleiding, bekend onder de naam 'ECHO-Groot Leuven'
- 1 buddywerking
- Ca. 105 zelfstandige therapeuten en psychologen (arrondissement Leuven)



De eerstelijnszorg in de projectregio toont zich als volgt:

- Vzw GOAL: koepelorganisatie eerstelijns, erkend door Vlaamse overheid als SEL (= samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg) en door de Federale overheid als GDT (= geïntegreerde diensten thuiszorg) met als leden huisartsenkringen, thuisverpleegkundigen, diensten voor gezinszorg, lokale dienstencentra, OCMW, vertegenwoordiging van rusthuisgroepen, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, regionale dienstencentra, vrijwilligersorganisaties, verenigingen voor mantelzorgers, afgevaardigde apothekers, kinesitherapeuten, CGG, psychiatrische thuiszorgdiensten, Panal, LOGO, Vlabo, Memo, WZC.

- Er zijn 11 huisartsenkringen actief in de projectregio⁴. Er functioneren 4 Lokale Multidisciplinaire Netwerken als deel-SEL (ikv organisatie zorgtrajecten chronisch zieken - RIZIV): LMN Druivestreek (4 HAK), LMN Groot-Leuven (2 HAK), LMN Aarschot-Diest (2 HAK), LMN Tienen-Landen (2 HAK).
- CAW: van de 4 CAW in de provincie zijn 2 CAW volledig actief in de projectregio met 7 vestigingen of antenneposten; de 2 CAW uit arrondissement Halle-Vilvoorde zijn ook actief met een antennepost in zorgregio Tervuren.
- Verenigingen mantelzorgers: van de 6 erkende verenigingen in Vlaanderen hebben 2 organisaties een vestiging in Leuven: vzw Kenniscentrum Mantelzorg (voorheen Werkgroep Thuisverzorgers) te Heverlee en vzw Ons Zorgnetwerk te Wijgmaal.
- Familievereniging Similes – actief in gans Vlaanderen - heeft maatschappelijke zetel in Heverlee
- Werkgroep Verder – nabestaanden na zelfdoding.

4.3. Kenmerken populatie (o.b.v. gegevens zorggebruik)

Aantal MPV'n per jaar
(cfr: aantal ontslagen + aanwezig op 31 dec.)

PZ

MPV/jaar	16-17j jongeren			18-59j volw.			60-65j ouderen		
	jaar			jaar			jaar		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Broeders Alexiaenen T.	79	84	126	1034	1116	1124	77	97	102
PSC Leuven	1	0	0	185	181	176	1	3	2
Papiermoleken	0	0	0	21	28	37	1	1	8
St Kamillus	7	12	19	718	692	705	27	27	19
St Annendael	8	1	3	463	440	474	33	39	46
UPC Kortenberg	110	93	126	1475	1498	1506	80	88	89
UPC Leuven	26	19	26	903	892	898	48	56	60
Tot.	231	209	300	4799	4847	4920	267	311	326

BeWo

MPV/jaar	16-17j jongeren			18-59j volw.			60-65j ouderen		
	jaar			jaar			jaar		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
De Linde					49			3	
Fides				34	34	32	7	5	5
Hestia				92	90	92	13	16	17
De Hulster				77	85	88		2	5
Walden				51	53	54	7	5	5
Tot.	0	0	0	254	311	266	27	31	32

CGG VBO

Zorgperiodes / jaar	16-17j jongeren			18-59j volw.			60-65j ouderen		
	jaar			jaar			jaar		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
CGG VBO	149	184	164	2617	2763	2876	107	133	146

(*) zorgperiodes waarbij minstens 1 FTF-contact heeft plaatsgevonden in het referentiejaar.

De gegevens over het zorggebruik binnen de GGZ hebben voornamelijk betrekking op 7 psychiatrische ziekenhuizen, 5 initiatieven beschut wonen en 1 CGG⁵. Er werd nog geen informatie van de algemene

⁴ Er zijn 1.596 erkende huisartsen in de provincie Vlaams-Brabant. 73% van de erkende huisartsen in Vlaams-Brabant (RIZIV) zijn operationeel (Mediwacht) = 1.174

ziekenhuizen opgenomen omdat deze nog onvolledig of niet valide is⁶. De data hebben enkel betrekking op de doelgroep van het huidige project art 107, i.e. volwassenen (16 → 65 jarigen). Deze doelgroep is in een aantal tabellen verder opgesplitst naar drie subgroepen: 16-17 jarigen, 18-59 jarigen en de 60-65 jarigen. Voor het jaar 2009 (zie tabel vorige p.) zijn de desbetreffende GGZ-voorzieningen goed voor 5.546 verblijven in de psychiatrische ziekenhuizen, voor 298 verblijven in de initiatieven beschut wonen en voor 3.186 zorgperiodes in CGG; alles samen 9.030 verblijven/zorgperiodes. De psychiatrische ziekenhuizen realiseren samen 404.787 volledige en 108.509 partiële hospitalisatiedagen. De ziekenhuizen vertegenwoordigen hiermee 1.406 benutte bedden. De bewoners van beschut wonen genereren ongeveer 104.760 ligdagen. CGG is op zijn beurt goed voor 21.531 face to face contacten.

Beëindigde MPV's: evolutie behandelingsduur per leeftijdsca.

(Voor elk medisch psychiatrisch ontslag in de referentieperiode, de verblijfsduur berekend als ontslagdatum min opnamedatum.)

ontslagen in 2009		CGG VBO aantal (*)	B.A.T. aantal	PSC L. aantal	Papierm. aantal	St Kam. aantal	St Ann. aantal	UPC K. aantal	UPC L. aantal	art 107 totaal
16-17j jongeren	0-7 dgn	10	11			2		10	6	39
	8-30 dgn	3	14			4	3	41	5	70
	1-3 mnd	7	13			2		27	7	56
	3-12 mnd	24	27			6		23	4	84
	+1 jaar	9	29			1		8		47
18-59j volw.	0-7 dgn	378	140	8	1	47	63	147	431	1215
	8-30 dgn	111	242	13	6	62	92	255	261	1042
	1-3 mnd	197	316	32	3	75	84	357	85	1149
	3-12 mnd	280	197	48	7	118	90	345	71	1156
	+1 jaar	207	25	18	13	83	24	91		461
60-65j ouderen	0-7 dgn	6	15		1	3	1	7	21	54
	8-30 dgn	5	20		3	8	6	13	11	66
	1-3 mnd	7	28		1	17	16	25	6	100
	3-12 mnd	18	12		1	13	4	18	17	83
	+1 jaar	11	6		0	7	2	15	1	42
										5664

(*) aantal dagen tussen eerste FTF en laatste FTF voor de gesloten zorgperiodes.

Van alle ziekenhuisverblijven (zie tabel hierboven) heeft 24,91% een verblijfsduur tussen 1 en 3 maanden, overschrijdt 30,15% de verblijfsduur van 3 maanden en heeft 7,36% een verblijfsduur van méér dan 1 jaar; 44,93% verblijft minder dan 30 dagen in het ziekenhuis. De heropnames, i.e. vanaf een tweede verblijf volgend op een voorgaande opname, vertegenwoordigen 38% van de verblijven in de ziekenhuizen.

Middelenstoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en aanpassingsstoornissen vertegenwoordigen samen 84% van de patiëntenpopulatie.

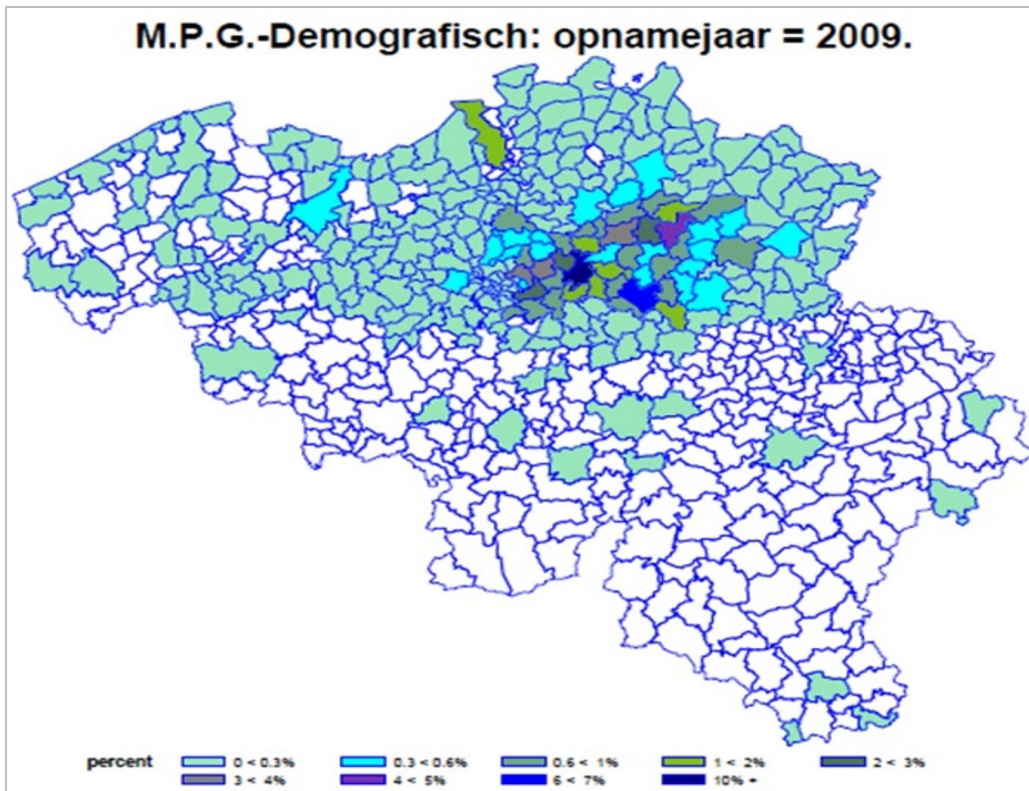
De activiteiten van de betrokken partners inzake basiszorg zijn hoofdzakelijk een lokale aangelegenheid. De patiënten van de betrokken ziekenhuizen zijn vooral afkomstig uit de directe omgeving van de instelling, i.e. de direct omliggende gemeenten⁷. Ook de CGG rekruteren (bijna) uitsluitend in het eigen werkingsgebied.

⁵ Volgende actoren hebben actief meegewerkt aan deze gegevensverzameling:

- Psychiatrische ziekenhuizen: UPC KULeuven (UC Kortenberg, UPC Salve Mater), Broeders Alexianen Tienen, UPC Sint-Kamillus Bierbeek, Psycho-Sociaal Centrum Leuven, Papiermoleken Korbeek-Lo, Sint-Annendael Diest.
- Initiatieven Beschut Wonen: Fides, De Hulster, Hestia, De Linde, Walden.
- Centra Geestelijke Gezondheidszorg: CGG Vlaams-Brabant Oost.

⁶ In het vervolg van het project zullen de gegevens van de nog ontbrekende voorzieningen (Pasta, CGG PassAnt) verder verzameld en verwerkt worden, alsook de gegevens van de eerstelijnsdiensten.

⁷ Hierbij dient evenwel opgemerkt dat een groep patiënten gedomicilieerd is de voorziening van verblijf.



5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1. Netwerksamenstelling

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

Hieronder is het overzicht weergegeven van alle partners van het samenwerkingsverband⁸. op datum van indiening. De samenwerkingsovereenkomst met de verklaringen van toetreding zijn toegevoegd in bijlage 1⁹.

⁸ Voor meer uitvoerige en gedetailleerde gegevens van de betrokken voorzieningen, wordt verwezen naar hun websites en andere bronnen van informatie. Voor de inventarisering van de reeds bestaande vormen van samenwerking verwijzen we graag naar de geëigende dossiers in kader van visitatie, audit en inspectie. Alle betrokken partners hebben op diverse wijze reeds verschillende onderlinge vormen van samenwerking lopen.

⁹ De VDAB is eveneens bereid om het project mee te onderschrijven; de handtekening volgt later.

OVERZICHT LEDEN NETWERK PROJECTREGIO ARRONDISSEMENT LEUVEN + ZORGREGIO TERVUREN

sector	naam	specificatie	capaciteit
Eerstelij			
	Landelijke Thuiszorg, Wijnmaal	thuiszorg	-
	Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant vzw	thuiszorg	-
	WGC Ridderbuurt vzw	wijkgezondheidscentrum	-
	Consultatiebureau voor Arbeid en Zorg	screening en advies tewerkstelling	-
	Christelijke Mutualiteit	verbond Leuven	-
	Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde		-
	vzw GOAL	gezondheidsoverleg arrondissement Leuven	koepel
	CAW Hageland	centrum voor algemeen welzijnswerk	4 locaties
	CAW regio Leuven	centrum voor algemeen welzijnswerk	3 locaties
GGZ			
	vzw PassAnt	centrum geestelijke gezondheidszorg	2 locaties
	vzw CGG Vlaams-Brabant Oost	centrum geestelijke gezondheidszorg	6 locaties
	AZ Diest, Vereniging Diestse ziekenhuizen	algemeen ziekenhuis	spoed
	RZ Tienen	algemeen ziekenhuis	30 PAAZ
	UZ Leuven	universitair ziekenhuis	4+2 epsi
	Nakuurhome Papiermoleken, Korbeek-lo	psychiatrisch ziekenhuis	0/50
	PK Broeders Alexianen, Tienen	psychiatrisch ziekenhuis	200/42
	Psycho-sociaal Centrum, Leuven	psychiatrisch ziekenhuis	0/60
	UC Sint-Jozef vzw, Kortenberg	psychiatrisch ziekenhuis	376/95
	UPC Salve Mater, Leuven	psychiatrisch ziekenhuis	121/25
	UPC Sint-Kamillus Bierbeek	psychiatrisch ziekenhuis	285/50
	vzw Sint-Annendael Grauwzusters, Diest	psychiatrisch ziekenhuis	100/68
	vzw De Linde, Diest	beschut wonen	46
	vzw De Hulster, Leuven	beschut wonen	97
	vzw Hestia, Tienen	beschut wonen	82
	vzw Pastya, Kessel-lo	beschut wonen	13
	vzw Fides, Leuven	beschut wonen	44
	vzw Walden, Bierbeek	beschut wonen	48
	PVT Sint-Kamillus, Bierbeek	psychiatrisch verzorgingstehuis	75
	PVT Sint-Jozef, Kortenberg	psychiatrisch verzorgingstehuis	6
Andere			
	Similes	familievereniging	

opmerking: de 2 promotoren - UPC K.U.Leuven en Broeders van Liefde - hebben ook nog apart ondertekend.

5.2. Taakverdeling in het netwerk

Beschrijf de rol en taakafspraken van de partners die deel uitmaken van het netwerk. Dit zowel voor de invulling van de vijf functies als de bijdrage van de partners in andere activiteiten om het netwerk te doen functioneren Hoe is de taakverdeling tussen individuele zorgverstrekkers voor **het invullen van de functies en zorgprogramma's op patiëtniveau**? Zijn de verantwoordelijkheden duidelijk afgebakend? Wie staat binnen de zorgverstrekkers van het netwerk in voor zorggerichte en patiëntenondersteuning, administratieve en logistieke taken (op het niveau van de patiënt en op het niveau van het netwerk)?. Is die taakverdeling tussen zorgverstrekkers helder voor de verschillende fasen of bij specifieke gebeurtenissen in het traject van een patiënt (intake, reguliere opvolging, ontslag, crisissen of urgenties, ...)? **ZIE OOK 5.3. EN 5.5.**

5.2.1. Lacunes en onbeantwoorde behoeften binnen het bestaande aanbod als uitgangspunt

Functie 1: preventie, vroegdetectie (F1a) en vroeginterventie (F1b)

Lacunes – (i) globaal genomen is er een relatief beperkte ervaring met cliëntenparticipatie, zeker in de zorgorganisatie, (ii) er zijn onvoldoende initiatieven voor allochtone bevolkingsgroepen.

Onbeantwoorde behoeften – er is nood aan (i) uitwisseling van informatie over actuele werkingen m.b.t. F1, afstemming tussen partners en meer samenwerking rond bestaande projecten, (ii) deskundigheidsbevordering van professionelen en omgeving, (iii) een duidelijk en toegankelijk (internet) overzicht (inventarisatie) van alle projecten en functies, (iv) stigmabestrijding gericht op hulpverleners^{i ii}, (v) betrekken van ervaringsdeskundigen en cliëntenparticipatie, (vi) verdere uitbouw van laagdrempelige e-hulp, (vii) problematische toegankelijkheid (drempels) en continuïteit (overgangen) van de zorg belemmeren vroegdetectie en –interventie: wachttijden en te beperkte psychiatrische beschikbaarheid in de CGG, een beperkte aanwezigheid van specifieke GGZ-expertise op eerstelijns of in de thuissituatie die complementair is aan de expertise van de eerstelijns hulpverleners, financiële drempels die ervoor zorgen dat mensen de stap naar hulp niet zetten of uitstellen^{iii iv}, nood aan geïndividualiseerde traject- en zorgcoördinatie.

Functie 2a: behandeling in de thuisomgeving van patiënten in (sub-)acute toestand (F2a)

Lacunes - (i) Veel, ook ernstige, psychiatrische problemen blijven in onze samenleving onderbehandeld of komen in elk geval niet terecht bij gespecialiseerde hulp, (ii) het huidige gebrek aan een actieve outreachfunctie bij psychiatrische problemen leidt tot een overmaat aan verwijzingen naar spoedgevallendiensten en aan ongeplande/overbodige opnames in psychiatrische ziekenhuizen.

Onbeantwoorde behoeften – Voor personen met acute psychiatrische problemen die momenteel geen (aangepaste) zorg krijgen, blijkt uit onderzoek^{v vi vii viii} dat cliënten met ‘lichte pathologie’ en ook met ernstige problemen, ondanks het grote aantal voorzieningen in België, geen hulp zoeken of dat er een lange latentieperiode bestaat tussen het optreden van de symptomen en het inschakelen van hulpverlening. Wanneer hulp dan toch wordt gezocht, komt de cliënt vaak niet bij GGZ-specialisten terecht, is de hulp vaak beperkt tot medicamenteuze behandeling en wordt weinig beroep gedaan op psychologische begeleiding. Voor personen met acute psychiatrische problemen die momenteel verwezen worden naar spoedgevallendiensten, blijkt uit onderzoek^{ix x xi} dat spoedgevallendiensten een zeer belangrijk kanaal zijn voor een eerste contact met psychische hulpverlening, wat vaak cruciaal is voor de verdere bereidheid tot hulp. Aanmeldingen op urgentiediensten leiden in 50 % van de gevallen tot een opname. Tenslotte blijkt dat een aantal personen zich herhaaldelijk op de spoedgevallendiensten aanmeldt voor psychiatrische hulp.

Functie 2b: behandeling in de thuisomgeving van patiënten met langdurige zorgnoden (F2b)

Lacunes – In de projectregio bieden vooral de initiatieven beschut wonen (BW) en de projecten psychiatrische thuiszorg (PTZ) langdurige zorg in de thuissituatie, alsook enkele ziekenhuizen met specifieke expertise in deze doelgroep. Binnen dit aanbod ontbreekt meestal het aspect behandeling, waarvoor wordt samengewerkt met residentiële/ambulante GGZ-voorzieningen.

Onbeantwoorde behoeften – Continuïteit van zorg is een belangrijk uitgangspunt. Om dit mogelijk te maken zijn geëigende benaderingen en methodieken nodig die momenteel nog te weinig zijn uitgewerkt: bv. (i) een teambenadering van cliënten in BW of PTZ (zie werkmodel van bv. Papiermoleken), (ii) bemoeizorg, (iii) één team dat instaat voor behandeling en begeleiding.

Functie 3: psychosociale rehabilitatie (F3)

Lacunes – Er is nood aan betere afstemming van de bestaande initiatieven BW, PTZ en activering.

Onbeantwoorde behoeften – De aansluiting van mensen met een “psychische handicap” bij reguliere initiatieven in de maatschappij.

Functie 4a: intensieve ambulante diagnostiek en behandeling (F4a)

Lacunes – Er is een absoluut tekort aan ambulante gespecialiseerde zorg, zowel op vlak van diagnostiek als op vlak van behandeling. Naast de alternatieven van functie 2a en 2b voor de residentiële behandeling dient ook extra geïnvesteerd in de uitbouw van functie 4a.

Onbeantwoorde behoeften – Via outreachfuncties kunnen mensen gemotiveerd worden om aansluitend een behandelproces aan te gaan.

Functie 4b: intensieve residentiële diagnostiek en behandeling (F4b)

Lacunes – De lacunes hier zijn minder dwingend aanwezig dan in de andere functies. Een betere afstemming tussen residentiële en ambulante zorg is wenselijk; inbedding van de (semi)residentiële zorg in zorgcircuits en netwerken is noodzakelijk zodat overgangen vlotter kunnen gebeuren.

Onbeantwoorde behoeften – Er is een expliciete nood aan de afbakening van gespecialiseerde zorgprogramma's voor specifieke pathologiegroepen en problematieken, waarbij ook de tijdsdimensie van de behandeling een essentiële plaats krijgt. Deze zorgprogramma's dienen ook voldoende (personele) middelen ter beschikking te hebben zodat een intensieve aanpak mogelijk wordt. Er is een gebrek aan aangepaste vervolgp programma's; bestaande alternatieven zijn nog te beperkt in verhouding met de zorgvraag.

Functie 5: maatschappelijk geïntegreerde woonvormen met tijdelijke zorg (F5a) en residentiële woonvormen met zorg (F5b)

Lacunes – er zijn heel wat vragen naar gedifferentieerde zorgvormen voor cliënten met een chronische gestabiliseerde problematiek in een maatschappelijke of een residentiële omgeving. Concreet kan verwezen worden naar de wachtlijsten van initiatieven voor beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen in de regio. Daardoor verblijven cliënten langer dan noodzakelijk in residentiële (ziekenhuis)settings of in andere omgevingen (vb. thuis) waar de noodzakelijke begeleiding niet voorhanden is. Het regulerend kader voor initiatieven voor beschut wonen ^{xii} en voor psychiatrische verzorgingstehuizen ^{xiii} is vandaag niet meer aangepast aan een aantal maatschappelijke ontwikkelingen.

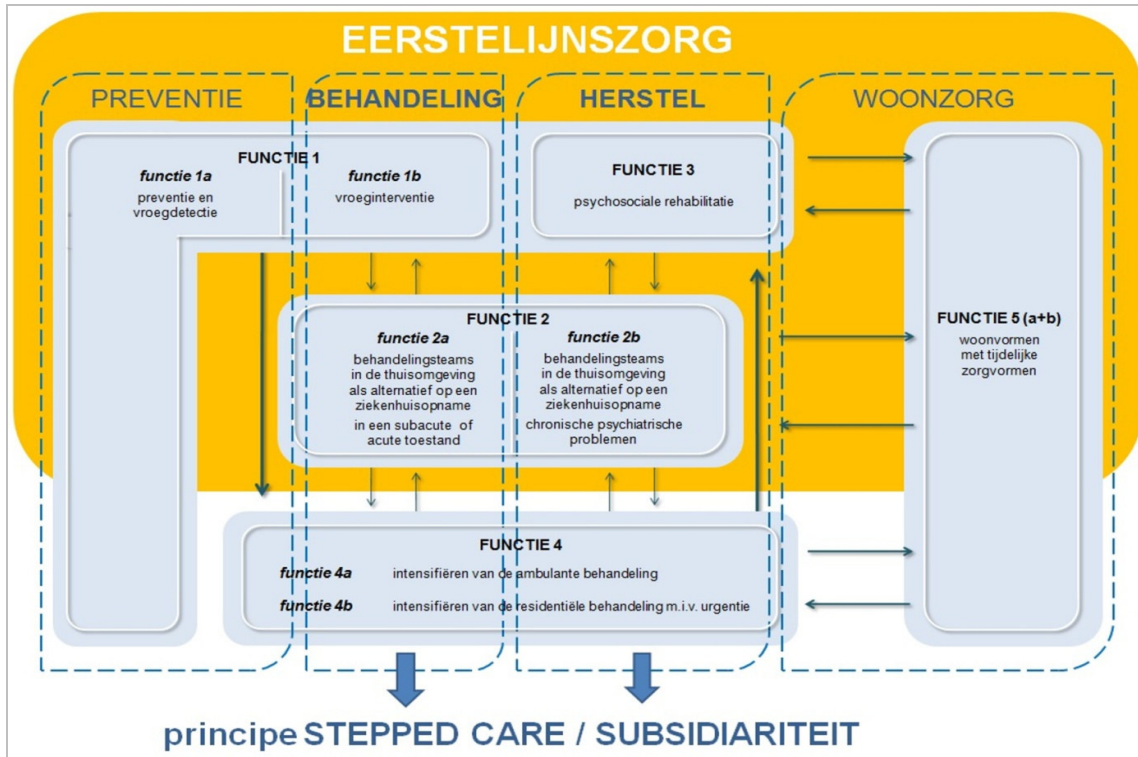
Onbeantwoorde behoeften – Er is een behoefte aan meer differentiatie binnen de eerder klassieke vormen voor beschut wonen en het psychiatrisch verzorgingstehuis.

Functie 5a: in beschut wonen is de tendens om het klassieke groepswonen in een huis in te ruilen voor het individueel wonen. Dit gaat gepaard met een vraag tot ondersteuning bij de integratie in de brede (maatschappelijke) context. Concreet betekent dit o.m. de nood aan activiteiten- en ontmoetingscentra en trajectbegeleiding naar diverse activiteiten (bv. tewerkstelling, vrijwilligerswerk...). Binnen deze groep is er ook een vraag naar het aanbieden van ondersteuning op het vlak van basis leefvaardigheden en intensievere lichamelijke zorg/ADL-ondersteuning binnen de eigen woonomgeving bij het ouder worden.

Functie 5b: Enerzijds is er een vraag naar de oprichting van psychiatrische verzorgingsbedden voor doelgroepen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek die nood hebben aan een ander infrastructuur- en personeelskader dan actueel voorhanden is bv. de groep van cliënten met een persisterende gedragstoornis. Anderzijds formuleren cliënten ook een vraag naar een beschermende woonomgeving waarin zij gedeeltelijk zelfstandig kunnen wonen mits ondersteuning. Een mogelijke werkvorm

hier is een psychiatrisch verzorgingstehuis te creëren vertrekkend van een basisaanbod en een supplementair aanbod aan extra diensten, te vergelijken met het concept van een serviceflat.

5.2.2. Het toekomstige zorgaanbod conform de invulling van de 5 functies, met een omschrijving van de doelstellingen en verwachte resultaten



Functie 1: promotie, preventie, vroegdetectie (F1a) en vroeginterventie (F1b)

Explicitering – er zijn 4 onderdelen te onderscheiden in F1: (i) preventie en promotie van GGZ (F1a), (ii) vroegdetectie, screening, diagnose- en indicatiestelling (F1a), (iii) vroeginterventie (F1b), (iv) outreachende ondersteuning van andere deskundigen, diensten en sectoren (vooral eerstelijnszorg) door GGZ (met centrale plaats voor CGG¹⁰) (F1a & F1b)

Doelgroep – de ruime populatie (de doelgroep wordt binnen F1 niet eng afgebakend) met extra aandacht voor specifieke doelgroepen en doelgroepen met een bepaalde kwetsbaarheid/gevoeligheid.

Doelstellingen – (i) preventie en promotie van de GGZ, (ii) initiatieven gericht op de algemene bevolking, (iii) initiatieven gericht op specifieke doelgroepen ('geïndiceerde' preventie), (iv) initiatieven gericht op hulpverleners (stigmabestrijding als onderdeel van preventie en gezondheidspromotie), (v) vroegdetectie op initiatief van de cliënt of zijn omgeving, (vi) vroegdetectie bij mensen die om andere redenen hulp zoeken, (vii) vroegdetectie bij mensen die zich nergens aanmelden (zelf, noch via omgeving), (viii) vroeginterventie en verzekeren van de vervolgzorg, (ix) outreachende ondersteuning door GGZ van eerstelijnszorg (en anderen)

Act(iviteit)en – (i) voorlichting over en contact met de GGZ^{xiv}, (ii) een permanent overlegforum i.k.v. preventie- en vroegdetectieprojecten tussen partners uit verschillende lijnen en initiatieven gericht op intermediairs

¹⁰ Ook 4a en 4b-functies – vooral de partiële 4b-functies kunnen hierbij worden betrokken.

(deskundigheidsbevordering van professionelen), (iii) voorlichting over het zorgaanbod dmv een volledig, duidelijk en toegankelijk overzicht van het zorgaanbod, (iv) sensibilisering bij projectpartners over eigen attitude en aandeel in stigmatisering, alsook cliëntenparticipatie en het betrekken van ervaringsdeskundigen, (v) uitbouwen van e-hulp als aanvulling op de klassieke face-to-face hulpverlening, (vi) uitbouwen van initiatieven die zich richten op allochtonen, (vii) uitbouw van systematische outreaching, (viii) F1 als ingangspoort en het centrale ankerpunt voor het hele GGZ-traject, (ix) inhoudelijke en teamondersteuning, outreaching (aanwezigheid van GGZ-medewerkers op andere echelons met inbegrip van de nuldelijn om daar cliënten te zien).

Functie 2a: behandeling in de thuisomgeving van patiënten in (sub-)acute toestand (F2a)

Explicitering – F2a staat voor snel en laagdrempelig multidisciplinair hulp bieden via actieve outreach aan personen met acute psychiatrische problemen.

Doelgroep – (i) personen met een acute psychische crisis, die voor het eerst hiermee geconfronteerd worden en geen ervaring hebben met hulpverlening, (ii) personen met een acute psychiatrische crisis in het kader van een al langer bestaande problematiek, die op dat moment niet in zorg zijn, (iii) 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.

De problematieken kunnen divers zijn, maar F2a richt zich niet op psychiatrische problemen zonder acuut karakter (bv. mildere angststoornissen, depressie zonder acute suïcidedreiging, dementie zonder acute verwardheid...). Deze criteria zijn indicatief, afgaande op de individuele gegevens zal het team bij elke aanmelding uitmaken of een F2a-interventie geïndiceerd is.

Doelstellingen – vermijden van opnames in residentiële settings, doorverwijzen naar aangepaste zorg, hogere tevredenheid bij cliënten en verwijzers.

Act(iviteit)en – multidisciplinair, acute crisisinterventie, crises ontmijnen, problemsolving, counseling, werken aan vroegtijdige symptomherkenning, praktische hulp, voorschrijven en toedienen van psychofarmaca, relaxatietechnieken, informeren en mee betrekken van eerstelijns hulpverleners.

Verwachte resultaten – in Vlaanderen is de F2a-werking een nieuw initiatief. Er bestaan geen gekende parameters om het resultaat ervan te evalueren. Toch is de verwachting dat F2a d.m.v. een assertieve (niet agressieve) snelle interventie in crisissituaties resulteert in (i) een daling van het aantal opnames bij cliënten met frequente opnames in de voorgeschiedenis en een aangepaste zorgverlening bij cliënten die voor de F2a-interventie niet in zorg waren, (ii) een zeer sterke verkorting van de latentietijd en (iii) een meer dan louter psychofarmacologisch gerichte behandeling.

Functie 2b: behandeling in de thuisomgeving van patiënten met langdurige zorgnoden (F2b)

Explicitering – F2b staat voor ambulante intensieve behandelteams voor langdurige psychische problemen die minder intensief-specialistische zorg nodig hebben.

Doelgroep – cliënten die minder intensief-specialistische zorg nodig hebben ^{xv} met (i) een psychiatrische stoornis op As 1 van DSM-IV, (ii) een beperking in het sociale functioneren, (iii) een chronisch verloop van de stoornis, (iv) langdurig ambulant en/of klinisch contact met de GGZ, (v) min of meer complexe problematiek, (vi) zorgvragen op meerdere levensgebieden. Het gaat hier om een deel van de populatie van BW en PTZ, een aantal nu opgenomen cliënten (op T-afdelingen) en zorgwekkende zorgmijders met een ernstige psychiatrische aandoening.

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

Act(iviteit)en – een F-ACT-team dat behandeling, begeleiding, ondersteuning, rehabilitatie en herstelondersteunende zorg aanbiedt, waarbij de nadruk ligt op management van symptomen en bieden van praktische hulp bij het dagelijkse leven, rehabilitatie en herstel. Ook de functie van zorgverantwoordelijke of casemanager krijgt vanuit dit team vorm.

Verwachte resultaten – verhoging van tevredenheid van cliënten, van kwaliteit van leven bij cliënten, daling van het aantal crisisopnames, daling van de gemiddelde verblijfsduur in een PZ, daling van de opnamedruk in BW, daling van de drop-out cijfers, daling van het aantal niet-behandelde zorgwekkende zorgmijders, meer uitgebouwde samenwerking met reguliere voorzieningen, een meer uitgebouwde samenwerking met informele zorg (mantelzorg), een structurele verankering van de samenwerking tussen verschillende voorzieningen c.q. maatschappelijk steunsysteem ^{xvi}.

Functie 3: psychosociale rehabilitatie

Explicitering – F3 staat voor revalidatieteams 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. Samenwerking met andere actoren op en naast het GGZ-terrein is hierbij noodzakelijk.

Doelgroep – mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen of mensen die langdurig zorg krijgen en die nood hebben aan zorg op meerdere levensdomeinen.

Doelstellingen – het ondersteunen en ontwikkelen van personen met een psychische handicap in hun functioneren op verschillende levensdomeinen opdat zij een zo autonoom mogelijk kwaliteitsvol bestaan in de maatschappij leiden om te komen tot volwaardig burgerschap.

Act(iviteit)en – (i) assessment van de individuele noden, vaardigheden en mogelijke bronnen van support en dit voor alle levensdomeinen (gezondheid, wonen, werken, leren, recreëren, sociale relaties, financieel-juridisch), (ii) in samenspraak met cliënt een begeleidingsplan opstellen, (iii) cliënten informatie geven, vaardigheden aanleren en/of aanpassingen in omgeving aanbrengen (bv. maatschappelijke steunsystemen ontwikkelen) ter ondersteuning van de mogelijkheden van de cliënt.

Verwachte resultaten – verbetering van de levenskwaliteit van de cliënt; versterking en uitbouw van het rehabilitatie-aanbod.

Functie 4a: intensieve ‘ambulante’ diagnostiek en behandeling

Explicitering – deze functie focust op het gespecialiseerde – in de betekenis van methodisch- diagnostisch en/of therapeutisch – aanbod op vlak van diagnostiek en behandeling

Doelgroep – in principe voor alle doelgroepen waarvoor hetzij een diagnose dient gesteld, hetzij een gespecialiseerd behandelaanbod dient aangeboden

Doelstellingen – dit zorgaanbod focust in eerste instantie op genezing en herstel; in andere gevallen op stabilisering van het ziekteverloop.

Act(iviteit)en – medische, therapeutische en paramedische interventies

Verwachte resultaten – na een intensieve behandeling kan de betrokken cliënt zich effectief terug oriënteren in het maatschappelijk leven, zonder extra ondersteuning of begeleiding.

Functie 4b: intensieve 'residentiële' diagnostiek en behandeling

Explicitering – in de (semi-)residentiële setting staat het medisch-specialistische behandelaspect op de voorgrond; functie 4b omvat enerzijds zowel regionale als supraregionale programma's en anderzijds zowel basiszorgprogramma's als gespecialiseerde zorgprogramma's.

Doelgroep – in principe voor alle doelgroepen waarvoor hetzij een diagnose dient gesteld via een meer uitgebreide observatie, hetzij een gespecialiseerd behandelaanbod dient aangeboden; het betreft een doelgroep waarbij de hospitalisatie noodzakelijk is om diverse redenen, bv. owv een gebrek aan sociaal steunsysteem, owv een broodnodige time-out voor de gezinscontext/omgeving, owv een 24u noodzakelijk medisch toezicht.

Doelstellingen – dit zorgaanbod focust in eerste instantie op genezing en herstel; in andere gevallen op stabilisering van het ziekteverloop.

Act(iviteit)en – medische, therapeutische en paramedische interventies, alsook verpleegkundige zorg in een 24u continu systeem

Verwachte resultaten – na een intensieve behandeling kan de betrokken cliënt zich effectief terug oriënteren in het maatschappelijk leven, hetzij zonder extra ondersteuning of begeleiding, hetzij met ambulante of mobiele zorg na de hospitalisatie; evolutie naar kortere verblijven.

Functie 5: maatschappelijk geïntegreerde woonvormen met tijdelijke zorg (F5a) en residentiële woonvormen met zorg (F5b)

Explicitering - deze functie heeft tot doel de cliënt in het dagelijkse leven langdurig te ondersteunen binnen een beschermde woonvorm.

Doelgroep - het betreft hier de ruime doelgroep van personen met een gestabiliseerde chronische problematiek met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen.

Doelstellingen - het ontwikkelen van een begeleiding van de cliënt die zoveel mogelijk aansluit bij zijn/haar mogelijkheden. Hierbij wordt maximaal beroep gedaan op het aanwezige netwerk. Het (re-) integreren van de cliënt in een maatschappelijke omgeving wordt nagestreefd, waarbij maximaal beroep wordt op de overige functies.

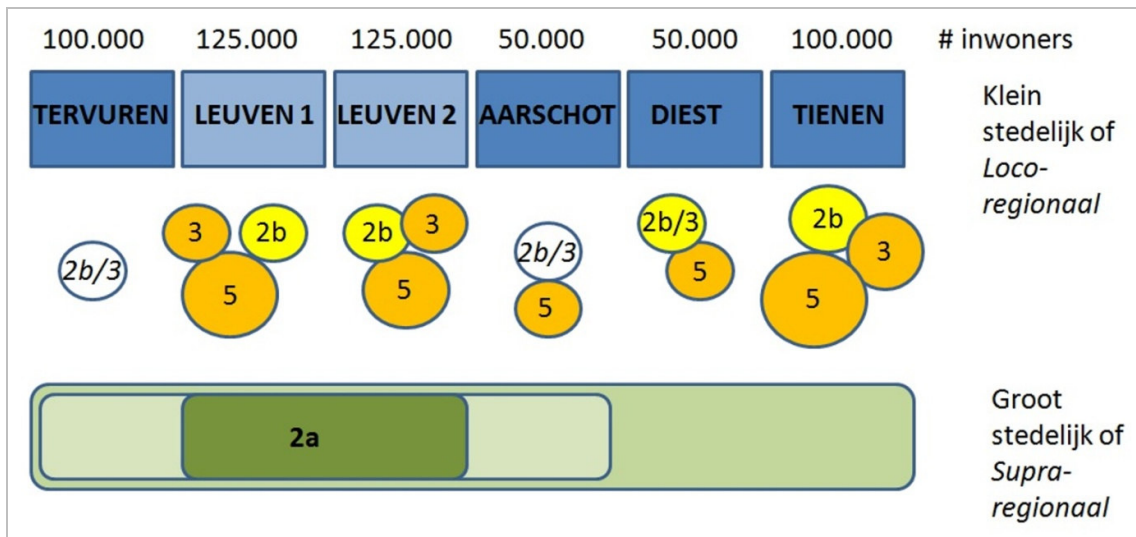
Act(iviteit)en: dit is afhankelijk van de omgeving waar de cliënt verblijft. In beschut wonen (F5a) kan het gaan van een beperkte (vb. maandelijks) coaching tot regelmatige ondersteuning gedurende meerdere keren per week. In een psychiatrisch verzorgingstehuis (F5b) zal de patiënt zoveel mogelijk gestimuleerd worden tot het opnemen van eigen verantwoordelijkheid binnen de diverse levensdomeinen. Wanneer dit niet mogelijk is dienen functies die de cliënt zelf niet meer kan opnemen overgenomen te worden (vb. op het vlak van A.D.L.)

Verwachte resultaten: een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de cliënt en zijn omgeving met aandacht voor aangepaste en zinvolle dagstructurering. Toenemende betrokkenheid en inspraak van de cliënt en zijn omgeving in de sturing van het eigen levenstraject.

5.2.3. Initiële invulling van de 5 functies, specifieke rol van elke zorgactor en de manier van samenwerking met de andere betrokken actoren - eerste aanzet tot operationalisering.

Binnen de projectregio worden volgende uitgangspunten gehanteerd in de ontwikkeling van een gemeenschapsgerichte zorg:

- vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg^{xvii}.
- het F-ACT – model (cf. infra)
- een gezond evenwicht tussen een specialistische en een generalistische benadering.



Het belang van een gedegen en gepaste regionale verankering wordt vooropgesteld, rekening houdend met volgende argumenten: (i) de locoregionale bereikbaarheid en toegankelijkheid voor de patiënt, (ii) de geëigende opdrachten van de nieuwe functies/teams, (iii) de afstemming met andere sectoren (o.a. eerstelijns) en (iv) de realiteit van het locoregionale adherentiegebied voor de basiszorg van de verschillende partners.

De projectregio wordt opgedeeld in 6 subregio's: Diest, Tienen, Aarschot, Leuven (1 en 2) en Tervuren (cf. afbeelding p. 5). In het vervolg van de tekst wordt telkens aangegeven voor welke functies deze indeling al dan niet relevant is. De betrokken zorgverstrekkers/partners die middelen inbrengen – hetzij vanuit bestaande zorgvernieuwingsprojecten, hetzij vanuit de bijkomende te heralloceren middelen - zetten deze in in het eigen locoregionale adherentiegebied (zie verder 7.).

Functie 1 wordt opgesplitst in Functie 1a (F1a) en Functie 1b (F1b).

Functie 1a: promotie, preventie en vroegdetectie. Om F1a binnen de projectregio te realiseren zal de focus liggen op een verdere afstemming en opvolging van diverse lopende initiatieven (bv. werkgroep verder, Te Gek, Kunst in de Steigers, Bruggenbouwers, Preventio, KOPP ...) via een breed (bij voorkeur bestaand) kennisforum. Idealiter wordt dit uitwisselingsforum op termijn ook via internet opgebouwd.

Functie 1b: screening, indicatiestelling en vroeginterventie. Deze functie is te onderscheiden van F4a en situeert zich – actueel gefragmenteerd – binnen diverse contexten/voorzieningen (bv. ziekenhuizen, CGG, eerstelijnsdiensten). 1b staat voor de globale ondersteuning en advisering van de brede eerstelijns met – waar nodig – input van expertise vanuit de diverse andere functies. Vanuit artikel 33^{xviii} zullen de CGG in 2011 voor de ganse projectregio F1b in overleg en samenwerking met de eerstelijns verder ontwikkelen en operationeel maken. Vertrekpunten bij het verder uitwerken van F1b zijn dat (i) de brede eerstelijns 'als eerste' GGZ-problemen opmerkt en deze bespreekbaar maakt en (ii) de huisarts het ankerpunt is voor de patiënt. Een opmerking bij dit laatste is de bijzondere aandacht die moet gaan naar 'de groep patiënten zonder huisarts'.

Functie 2a: behandeling in de thuisomgeving van patiënten in (sub-)acute toestand (F2a)

F2a wordt geconcretiseerd in behandelingsteams in de thuisomgeving als alternatief op een ziekenhuisopname voor patiënten in een subacute of acute toestand. De doelgroep 'patiënten in (sub-)acute toestand' omvat mensen met diverse psychiatrische ziektebeelden (waarbij de specifieke doelgroepen zoals verstandelijke handicap, forensische zorg en middelenmisbruik niet geëxcludeerd worden, doch zo vlug als mogelijk worden doorverwezen naar het geëigende circuit).

De projectregio start met een Psychiatrisch Crisisteam (PCT-team) in een operationele verbinding met EPSI-Spoed van UZ Leuven en in de opstartfase hoofdzakelijk actief in een grootstedelijke regio, met name Groot-Leuven, met in de loop van de ontwikkeling van het project een uitbreiding naar Aarschot en Tervuren. Dit PCT-team is 7/7 dagen en 24/24 uren inzetbaar¹¹ voor alle nieuwe patiënten en voor gekende patiënten buiten de werkuren van andere hulpverleners (F2b-, F3- en F5-teams). Het biedt evaluatie, crisisinterventie en intensieve kortdurende mobiele behandeling gedurende maximaal 1 maand aan. Op indicatie verwijst het door naar het F2b-team (casemanager – cf. infra) of naar intensieve ambulante of residentiële F4-behandeling. Voor de regio's Diest en Tienen zal met de betrokken actoren – algemene en psychiatrische ziekenhuizen – worden bekeken hoe in antennefuncties van het PCT-team kan worden voorzien ivf de volledige dekking van de projectregio.

Functie 2b: behandeling in de thuisomgeving van patiënten met langdurige zorgnoden (F2b)

F2b wordt geconcretiseerd in behandelingsteams in de thuisomgeving van patiënten met langdurige psychiatrische problemen, als alternatief voor een ziekenhuisopname. De doelgroep 'patiënten met langdurige psychiatrische problemen' omvat mensen met diverse psychiatrische ziektebeelden (*cf. infra opmerking inzake specifieke doelgroepen*).

De mobiele F2b-teams (Mobiele Teams) worden verankerd in de kleinstedelijke zorgregio's Diest, Tienen, Aarschot, Leuven (met een opdeling 'Leuven 1' en 'Leuven 2')¹² en Tervuren. Deze teams nemen het F-ACT-model als uitgangspunt, waarbij volgende principes van toepassing zijn:

- Het mobiele team staat in voor zorg en casemanagement: (i) vaststellen van zorgbehoeften van de cliënt, (ii) afstemmen, regelen of coördineren van de hulpverlening en (iii) follow-up^{xix}. Het casemanagement-principe blijft van kracht wanneer een patiënt die wordt behandeld door een medewerker van mobiel team, tijdelijk beroep doet op F4b (opname in psychiatrisch ziekenhuis).
- F2b scharniert met F3 en F5a voor de gekende langdurige zorg patiënten binnen de subregio.
- De mobiele teams werken locoregionaal samen met en maken afspraken met het psychiatrisch ziekenhuis om het 'bed op recept'-principe en, wanneer nodig, korte opnames te realiseren.
- Om de continuïteit van zorg te waarborgen i.g.v. crisis buiten de werkuren van het mobiele team, maakt het mobiele team afspraken met en werkt het samen met het 2a-team.

Functie 3: psychosociale rehabilitatie (F3)

F3 focust op psychosociale rehabilitatie voor gekende langdurige zorg patiënten en werkt voor deze doelgroep rond herstel en sociale inclusie. Deze functie wordt kleinstedelijk uitgebouwd binnen de zorgregio's: Diest, Tienen, Aarschot, Leuven (1 en 2) en Tervuren. Er zijn specifieke modules voor patiënten gevolgd (bij

¹¹ In overleg met de eerstelijnsdiensten zal verder worden uitgeklaard binnen welke termijn deze interventies redelijkerwijs dienen te kunnen plaatsvinden, hierbij rekening houdend met de noden gepercipieerd vanuit de patiënten- en familieverenigingen, vanuit de huisartsenkringen en eerstelijnsdiensten, alsook rekening houdend met operationele en praktische modaliteiten bij de opstart en werking van het 2a-team.

¹² In de kleinstedelijke regio Leuven wordt gestreefd naar een antennefunctie in Haacht.

voorkeur – niet dwingend) door een F-ACT-team, o.a. ontmoetingscentrum, activiteitencentrum, vaardigheidstraining, psycho-educatie, arbeidstraject-begeleiding...

Het F-ACT-model is de aanzet tot operationalisering van F2b, F3 en F5a. De voornoemde functies zijn 'zichtbaar' en 'identificeerbaar'. Het F-ACT-model kan binnen een brede rehabilitatievisie ten behoeve van de langdurige zorgpatiënten volgens twee modellen worden geoperationaliseerd, afhankelijk van de beschikbare/ingebrachte middelen:

- één (of twee) teams met te onderscheiden expertises en kwalificaties: één team, actief in functie 2a, 3 en 5a en dat zo in het F-ACT-model voorziet.
- drie subteams: het mobiele team (F2b), het team activering (F3) en het woonzorgteam (F5a) zijn drie onderscheiden teams die samen in het F-ACT-model voorzien.

Het mobiele team / de F2b-expertise krijgt vorm door bundeling van de middelen PTZ, individueel beschut wonen en mogelijks extra middelen. Het team activering / de F3-expertise steunt op middelen van activeringstrajectbegeleiding, activiteiten- en ontmoetingscentrum... Het woonzorgteam / de F5a-expertise krijgt vorm via de middelen 'regulier' beschut wonen.

Functie 4 wordt opgesplitst in Functie 4a (F4a) en Functie 4b (F4b)

Functie 4a: intensieve ambulante diagnostiek en behandeling. F4a focust op gespecialiseerde hulpverlening, ook voor specifieke doelgroepen en wordt ingevuld door diverse partners (bv. poliklinieken in psychiatrische ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg...). De functie heeft een kleinstedelijke zorgregio als vertrekpunt (Diest, Tienen, Aarschot, Leuven, Tervuren) en kan – afhankelijk van de doelgroep – een regionaal of suprareginaal aanbod hebben.

Functie 4b: intensieve residentiële behandeling. F4b voorziet in een geïntensifieerd gespecialiseerd zorgaanbod voor specifieke doelgroepen. Afhankelijk van de doelgroep is er een regionale of supraregionale werking (bv. verstandelijke handicap, forensische zorg, middelenmisbruik...). Het aanbod wordt gerealiseerd d.m.v. 'inklikken': een aantal bedden worden afgebouwd en de vrijgekomen middelen worden aangewend om residentiële zorgprogramma's te intensifiëren. Functie 4b staat tevens in voor de realisatie van het bed-op-recept-principe vanuit functie 2b.

Functie 4 behelst in globo volgende gespecialiseerde zorgprogramma's die – hetzij ambulant, hetzij residentieel - verder zullen worden geïntensifieerd: (i) angststoornissen, (ii) eetstoornissen, (iii) ontwikkelingsstoornissen, (iv) persoonlijkheidsstoornissen, (v) psychotische stoornissen (met inbegrip van de gespecialiseerde zorg voor 'eerste psychose', (vi) relationele, familiale en seksuologische problemen, (vii) stemmingsstoornissen (bipolaire en depressie), (viii) somatoforme stoornissen, (ix) personen met niet-aangeboren hersenletsel; alsook de specifieke/categorale doelgroepen zoals (A) afhankelijkheidsstoornissen, (B) de zorg voor personen met een verstandelijke handicap, (C) de forensische zorg. Middels de intensifiëring van de zorg, zullen deze gespecialiseerde zorgprogramma's verder kunnen uitgroeien tot topreferente zorg, zowel voor de regionale als de supraregionale programma's.

Functie 5 wordt opgesplitst in Functie 5a (F5a) en Functie 5b (F5b)

Functie 5a: vermaatschappelijking van wooninitiatieven. Deze functie maakt deel uit van de geïntegreerde werking met F2b en F3 (cf. supra) en focust op gekende langdurige zorg patiënten. F5a heeft een kleinstedelijke zorgregio als vertrekpunt: Aarschot, Diest, Tienen, Leuven (1 en 2), Tervuren.

Functie 5b: langdurige residentiële woonzorg. F5b krijgt vorm voor gekende langdurige zorg patiënten d.m.v. afstemming en samenwerking met voornoemde functies. Afhankelijk van de doelgroep is er een regionale of supraregionale werking (vb woonzorg voor forensische patiënten).

Enkele partners binnen de projectregio hebben de intentie om via de geëigende reconversiekanalen verder tegemoet te komen aan de noden in de regio omtrent een tekort aan PVT plaatsen.

5.3. Nieuwe rollen

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

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

5.3.1. Op patiëntniveau (“referentiefiguur”)

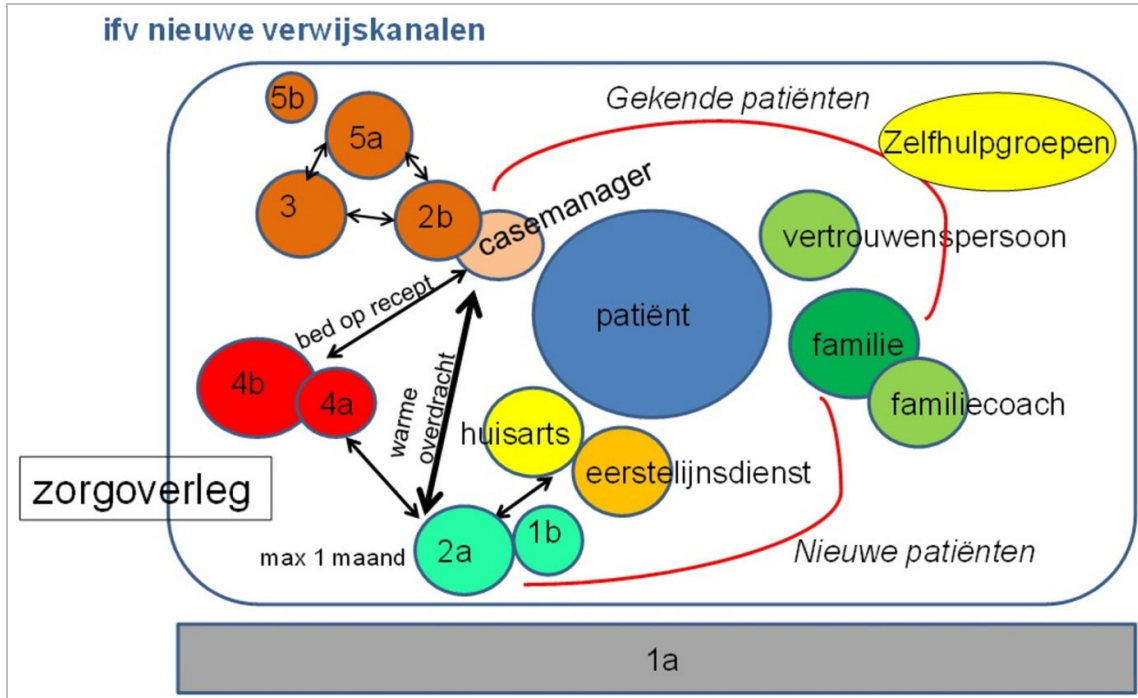
Het uitgangspunt bij gemeenschapsgerichte zorg is dat de patiënt regisseur is van zijn/haar eigen zorgtraject. Dit houdt in dat de wensen en noden van de patiënt centraal staan en vertrekpunt zijn voor de behandeling en begeleiding. Derhalve is het de meest bij de patiënt betrokken zorgverlener, die de patiënt bijstaat in de aansturing en coördinatie van zijn/haar zorgtraject (= de rol van referentiefiguur). Het is evenzeer mogelijk dat deze coördinatie door een ‘externe persoon’ wordt opgenomen.

Op vlak van zorgcoördinatie (referentiefiguur) dienen 2 dimensies te worden onderscheiden, m.n. de klinische dimensie en de organisatorische dimensie. Voor elke dimensie is op vandaag zowel in de eerstelijnsgezondheidszorg als in de geestelijke gezondheidszorg een gelijkaardige functie aanwezig.

DIMENSIE	EERSTELIJNSZORG	GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
KLINISCH	Zorgbemiddelaar	zorgverantwoordelijke of casemanager (2b)
ORGANISATORISCH	overlegorganisator (RDC: regionale dienstencentra) zorgtrajectpromotor	overlegcoördinator (TP: therapeutische projecten)
naam overleg	multidisciplinair overleg – MDO	Zorgoverleg

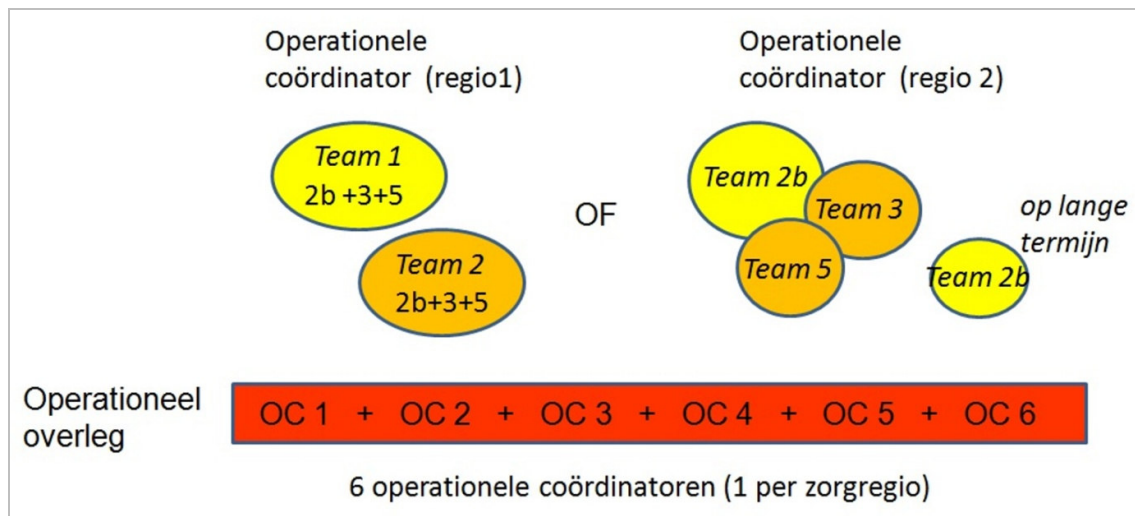
In het kader van de lopende besprekingen was de tijd vooralsnog te kort om hierover meer duidelijkheid te bekomen. De betrokken partners engageren zich expliciet om de komende maanden zowel op vlak van naamgeving en functieomschrijving als op vlak van taakafspraken tussen de sectoren (eerstelijns en geestelijke gezondheidszorg) verder overleg te plegen ifv afstemming en doorgroei naar een éénduidige overleg- en organisatiestructuur voor alle betrokken patiënten. Bedoeling is dat hierbij de verschillende competenties en expertises van zowel de eerstelijns als de GGZ gerespecteerd worden.

Onderstaand schema illustreert de positie van de patiënt t.a.v. zijn omgeving en de hulpverlening. In het schema wordt de rol van de nieuwe functies 2b en 2a expliciet vermeld.



Er wordt vanuit gegaan dat de vrije keuze van patiënt en verwijzer voorop blijft staan. Rechtstreekse verwijzingen van huisartsen naar een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis blijven steeds mogelijk. Het is m.a.w. niet de bedoeling om in de projectregio het principe van subsidiariteit en getrapte zorg te vertalen naar vastgelegde trajecten volgens een strikt echelonneringsmodel.

5.3.2. Op operationeel niveau



Er wordt een operationele coördinatiefunctie voor het geheel van F2b, F3 en F5a voorzien voor elk van de 6 regio's. Dit is een klassieke leidinggevende functie – zoals de coördinatiefunctie binnen beschut wonen, doch in voorliggende oefening met een bredere scope en een grotere schaal. Op niveau van de projectregio plegen

deze operationele coördinatoren regelmatig overleg (zie 5.5.). De verdere operationele invulling van de overige functies en onderdelen van het project wordt prioritair voorbereid en ter harte genomen vanuit het partnerschap de komende maanden.

5.3.3. Op netwerkniveau

De netwerkcoördinator staat in voor de operationalisering van de afspraken die binnen de beleidsgroep gemaakt worden. De netwerkcoördinator zorgt tevens voor gepaste ondersteuning van de werking van de overleg- en werkgroepen en een vlotte communicatie van en naar de beleidsgroep (zie ook 5.5.). Hij werkt hiertoe de nodige protocols en instrumenten uit met het oog op een gedegen opstart van de nieuwe functies/teams in de verschillende regio's. Voor het profiel en de competenties van de netwerkcoördinator wordt verwezen naar de informatie vanwege de overheden.

In een aanvangsfase (vanaf 1 november 2010 voor een periode van 1,5 tot 2 jaar) wordt de rol van netwerkcoördinator ter harte genomen door 2 personen (elk 0,5 VTE), aangesteld door de 2 projectpromotoren: dhr. Dirk Nissen (BvL) en Prof. Dr. Guido Pieters (UPC)¹³. Op het einde van deze periode wordt deze werking ten gronde geëvalueerd.

5.4. Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

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

5.4.1. Op patiëntniveau

Het zorgplan dat deel uitmaakt van het geautomatiseerde zorgdossier zal als uniform instrumentarium worden gehanteerd met focus op de zorgdoelen. Bij de opstart van de therapeutische projecten is van in het begin het zorgplan – modulair en flexibel opgemaakt vanuit de eerstelijns – als instrumentarium gehanteerd¹⁴. Zowel de eerstelijnsdiensten als de GGZ-partners zijn tevreden over het gemeenschappelijk gebruik hiervan voor communicatie en uitwisseling. Alle betrokken hulpverleners zijn verantwoordelijk voor hun aandeel in het zorgplan. Bedoeling is om dit op termijn via een beschermd systeem via internet toegankelijk te maken. Hiervoor zijn de voorbereidingen lopende.

5.4.2. Op netwerkniveau

Het partnerschap dat vorm geeft aan dit project wenst te evolueren naar een kennisplatform met een aanzet tot aanduiding van indicatoren, instrumenten en wetenschappelijke onderbouw van het project.

De rijke omgevingsanalyse maakt een foto van een aantal kenmerken van de bevolking met potentiële impact op de toekomstige ontwikkelingen bv bevoorrecht statuut ziekteverzekering, demografische evoluties, enz.

¹³ Beide personen worden halftijds vrijgesteld voor hun nieuwe opdracht. Op eenvoudige vraag kunnen de CV van de betrokkenen worden opgevraagd ifv hun expertise en competenties.

¹⁴ Op eenvoudige vraag kan het sjabloon van dit zorgplan/zorgdossier worden overgemaakt.

Een uitgebreide analyse van de MPG en EPD gegevens van de partners geeft reeds een beeld van het recruiteringsgebied van de partners, een beeld van de pathologiegroepen en het relatieve aandeel per leeftijdscategorie en geslacht, alsook een beeld van volumes en van huidige capaciteitsbenutting.

Volgende gegevens zijn gemeenschappelijk beschikbaar: aantal verblijven per jaar / zorgperiodes (eerste en volgende), aantal nieuwe patiënten versus gekende patiënten, verdeling volgens leeftijd en geslacht, onderwijsniveau, diagnose: hoofdklasse en subklasse, ligdagen en bedbenutting, verblijfsduur / duur zorgperiodes, herkomst: globaal, ifv leeftijd, diagnosegroep, aard verwijzer, leefmilieu bij opname, bestemming bij ontslag.

Als mogelijke indicatoren om de transformatie naar het nieuwe zorgmodel te kunnen opvolgen, kunnen reeds volgende items naar voor worden geschoven: aantal verblijven per jaar / zorgperiodes (eerste en volgende), aantal nieuwe versus gekende patiënten, ligdagen en bedbenutting, verblijfsduur / duur zorgperiodes, opname en ontslagmodus. De betrokken partners engageren zich om in de loop van 2011 de nodige voorbereidingen te treffen om ook :

- geëigende indicatoren voor de nieuwe functies vast te leggen
- aangepaste instrumenten (met inbegrip van schalen) te gebruiken om tevredenheid van patiënten en kwaliteit van zorg en leven te bevragen;
- op vlak van peoplemanagement de nodige initiatieven te nemen en ondersteuning te bieden.

Hiertoe wordt door de projectpromotoren een studiecél opgericht om de verdere uitwerking en opvolging van kwaliteitsmonitoring en outcomemeting in de brede betekenis van het woord (bv tevredenheid, toegankelijkheid) ter harte te nemen.

5.5. Management- en bestuursmodel

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

Binnen het netwerk wordt voor de GGZ-sector een onderscheid gemaakt tussen de 'promotoren' en de 'partners':

- De promotoren: UPC K.U.Leuven (miv St.-Annendael Diest) en vzw Provinciaal Broeders van Liefde.
- De partners zijn (i) voorzieningen met een 'substantiële' inbreng via herallocatie o.b.v. art. 107^{xx} of art. 33. en (ii) voorzieningen die middelen vanuit bestaande (zorgvernieuwings-)projecten mee allignerend in het nieuwe model.

Ook andere sectoren - eerstelijnsdiensten op vlak van gezondheid en welzijn - en familie- en patiëntenorganisaties¹⁵ – worden maximaal betrokken binnen het netwerk en kunnen toetreden tot het samenwerkingsverband.

In totaal hebben 30 organisaties de toetredingsverklaring onderschreven.

Het samenwerkingsverband zal voor de uitwerking van de globale opdracht op 3 niveaus vorm krijgen: (i) een breed maatschappelijk niveau, (ii) het beleids- en kennisniveau en (iii) het operationeel niveau.

1. het 'maatschappelijk forum':

Doelstelling: de partners nemen kennis van de ontwikkeling van het vooropgestelde werkingsmodel. Tijdens dit overleg kan ruim gereflecteerd worden over de evolutie en de operationalisering van het vooropgestelde model. De uitwisseling en toetsing van de voortgang van het project krijgt hier vorm.

Samenstelling: alle belanghebbenden, alle organisaties en diensten die toegetreden zijn tot het samenwerkingsverband: (i) de actoren en partners geestelijke gezondheidszorg, (ii) de eerstelijnsactoren en -partners en (iii) de patiënten en familieverenigingen.

Frequentie: één à twee maal per jaar.

2. de 'beleidsgroep':

Doelstelling: deze groep heeft een drieledige opdracht

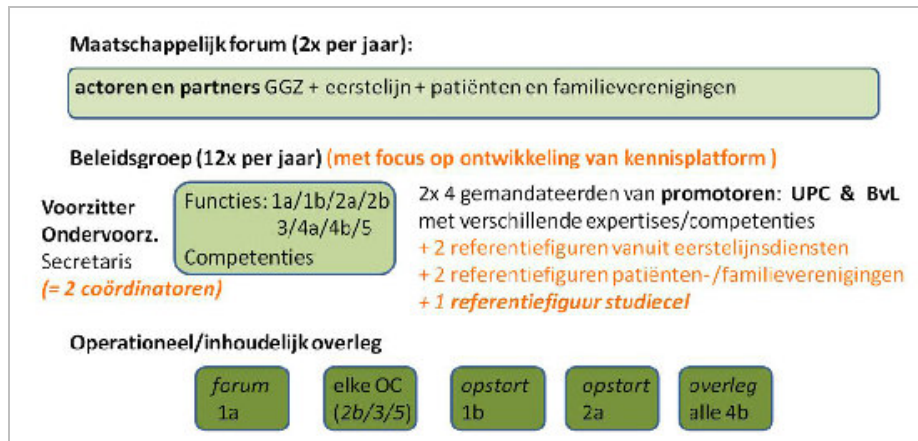
- a. uitvoering geven aan de opdracht van het samenwerkingsverband – opgericht naar aanleiding van voorliggend project;
- b. de operationalisering van de diverse functies binnen de projectregio, met aandacht voor kwaliteitsbewaking op basis van de toetsing van concrete realisaties aan vooropgestelde doelstellingen;
- c. de opbouw en terbeschikkingstelling van (wetenschappelijke) kennis inzake het gebruik van indicatoren, instrumenten e.d. met betrekking tot de realisatie en evaluatie van het vooropgestelde project.

Samenstelling: in totaal 15 personen als volgt toegewezen: telkens 4 gemandateerden van de 2 projectpromotoren (4 mandaten UPC K.U.Leuven en 4 mandaten Broeders van Liefde); hierbij wordt rekening gehouden met de vereiste competenties en expertises gekoppeld aan de vertegenwoordiging van de diverse functies (zie 'verantwoordelijke van de dienst'). De vergadering stelt onder zijn leden – gemandateerd door de projectpromotoren - een voorzitter en een ondervoorzitter aan.

Daarnaast zullen aan deze vergadering participeren: 2 referentiefiguren vanuit eerstelijnsdiensten en 2 referentiefiguren van patiënten- en familieverenigingen. Ook de studiecél is op deze vergadering vertegenwoordigd. De netwerkcoördinatoren hebben de functie van secretaris (de taken worden verder nog verdeeld – rekening houdend met de competenties van betrokkenen) en staat mee in voor de uitvoering en opvolging van de genomen beslissingen.

Frequentie van overleg: maandelijks - minimaal één maal per kwartaal.

¹⁵ Similes stelt bv. dat familieparticipatie structureel moet worden ingebed, zodat het betrekken van familie niet afhangt van het moment of van de betrokken actoren.



3. Geëigende 'overleg- en werkgroepen':

Doelstelling: via het operationeel/inhoudelijk overleg wordt vorm gegeven aan de voorbereidingen van de nieuwe functies/teams.

Concreet worden er groepen – door de respectievelijke initiatiefnemers - opgericht in kader van:

- (i) functie 1a: met het oog op de operationalisering van het hoger vermelde kennisforum – dit overleg kan mee ondersteund en verankerd worden in de overlegstructuren van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant (vzw Logistiek Vlabo);
- (ii) functie 1b: CGG en enkele referentiefiguren vanuit de eerstelijnsdiensten (gezondheid en welzijn) richten een werkgroep op ifv de vormgeving van een generalistisch aanbod voor vroeginterventie
- (iii) functie 2a: vanuit UZ Leuven (EPSI + Spoed) – ism enkele referentiefiguren vanuit de eerstelijn - zal een werkgroep worden opgericht die zich focust op:
 - a. het concretiseren van de vooropgestelde doelstellingen
 - b. de samenstelling van het team miv opleiding en vorming,
 - c. het inbedden van dit nieuwe team in het reeds bestaande en te ontwikkelen nieuwe hulpverleningsaanbod.
- (iv) functie 2b/3/5: er wordt een overleggroep opgericht met de actuele/nieuwe operationele coördinatoren. Deze coördinatoren wisselen onderling ervaringen uit en maken ruimte voor intervisie. Vanuit de studiecel wordt materiaal ter ondersteuning van dit veranderingsproces aangereikt.
- (v) functie 4: het bestaande overleg tussen de ziekenhuizen (4b) enerzijds en de CGG (4a) anderzijds wordt benut voor de verdere precisering van het gespecialiseerde zorgaanbod ten behoeve welbepaalde doelgroepen

In principe kunnen alle geïnteresseerde partners – die toegetreden zijn tot het samenwerkingsverband – aan dit operationeel overleg participeren. Voor al deze groepen geldt een expliciete rapportering naar de beleidsgroep ifv opvolging en afstemming in het raamkader van de globale opdracht.

Samenstelling: afhankelijk van de opdracht – zie hoger

Frequentie van overleg: zo veel als nodig ifv de klinische opstart van de nieuwe teams.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering

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

De promotoren (en partners) engageren zich als volgt wat de realisatie van de 5 functies betreft:

- de reeds beschikbare middelen vanuit de bestaande zorgvernieuwingsprojecten zoals de psychiatrische thuiszorgprojecten en de projecten activering via beschut wonen worden reeds vanaf 2011 maximaal 'ingeschakeld' en 'ingebed' in het nieuwe concept.
- voor de geralloceerde middelen – zowel vanuit art. 107 als vanuit art. 33 – wordt ernaar gestreefd om deze stapsgewijs in te zetten in de loop van 2011; hierbij wordt er vanuit gegaan dat uiterlijk 6 maanden na ondertekening van de B4-overeenkomst voor het project, alsook de verschillende overeenkomsten per betrokken ziekenhuis, een significante realisatie van de verschillende functies in VTE aantoonbaar is.

6.2. Risico management

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

Een aantal elementen zijn op vandaag nog eerder onduidelijk of dienen nog verder geconcretiseerd te worden. Er wordt vanuit gegaan dat er tegen begin 2011 voldoende duidelijkheid is om bij goedkeuring van het projectvoorstel deze substitutie van middelen ook effectief mogelijk te maken. De randvoorwaarden situeren zich op diverse niveaus, waaronder vooral:

- overheidsniveau: bepalingen van de B4-overeenkomst, honoraria artsen,
- organisatieniveau: vorming van personeel, aangepaste afspraken op vlak van arbeidsmodaliteiten.

Het project zal tevens worden opgevolgd op vlak van kosteneffectiviteit. Hierbij dient opgemerkt dat het project als experiment in principe een tijdelijk karakter heeft. Tijdige duiding van het langetermijnperspectief is in deze essentieel.

Met het oog op de realisatie van effectiviteit en duurzaamheid van het samenwerkingsverband dienen diverse invalshoeken onderscheiden te worden:

- Binnen alle overlegstructuren werd gestreefd naar een brede vertegenwoordiging van diverse invalshoeken op alle niveaus. Op die wijze kunnen problemen snel gesignaleerd worden.
- De beleidsgroep enerzijds en de netwerkcoördinatoren anderzijds zullen in geval van mogelijke onduidelijkheden of problemen de nodige tussenkomsten of oplossingen aanreiken.
- Het projectvoorstel wordt fasegewijs geïmplementeerd om een voortdurende bijsturing in functie van de opgedane ervaringen mogelijk te maken. In dit kader is tevens een evaluatiemoment ingebouwd na 1 jaar hetwelk expliciet is opgenomen in de samenwerkingsovereenkomst.

- Er wordt een set aan gegevens/indicatoren ontworpen die kunnen aangeven waar er zich problemen voordoen bij de realisatie van het project.
- Zorginhoudelijke uitgangspunten worden getoetst aan een beleidsmatig (ifv toetsing aan de effectief ter beschikking staande middelen) en wetenschappelijk kader;
- Vorming voor de medewerkers is essentieel: concreet zijn 2a en 2b nieuwe zorgvormen met een andersoortige zorginhoud in vergelijking met de zorginhouden de dag van vandaag.
- Een voortdurende heldere en duidelijke communicatie intern en extern naar alle belanghebbenden vormt een belangrijke factor voor het welslagen van het project.

7. Financiering en middelenallocatie

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

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

PROJECT 107/33 REGIO ARRONDISSEMENT LEUVEN + TERVUREN						
inwoners		totaal ingezette middelen				
		1b	2a	2b	3	4b
LOCOREGIONAAL						
100.000	TERVUREN			4,00	0,50	
250.000	LEUVEN	1		12,00	1,00	pm
	(miv antenne Haacht)	2		17,84	1,25	pm
50.000	AARSCHOT			2,00	0,50	
50.000	DIEST			3,33	1,25	pm
100.000	TIENEN			6,67	1,50	pm
SUPRAREGIONAAL						
550.000	PROJECTREGIO			3,75	12,67	
TOTAAL	VTE	68,26		3,75	12,67	45,84
					6,00	pm

PM = pro memorie - intensifiëring 4b voorlopig nog niet gekwantificeerd

In totaal worden 68,26 VTE ingebracht. Bijgevoegde tabellen schetsen het overzicht van:

- de middelen die effectief geheralloceerd worden vanuit het buiten gebruik stellen van bedden, met weergave van de aantallen en type kenletter per betrokken actor; ook de VTE worden aangegeven – gebaseerd op de financieringsnormen zoals door de overheid vooropgesteld;
- de reeds gefinancierde middelen op basis van bepaalde zorgvernieuwingprojecten, die (door de meeste partners) mee gealligneerd worden in het nieuwe model; dit overzicht biedt een eerste aanzet, vermits ingeschat wordt dat andere beschikbare middelen op termijn ook stapsgewijs zullen worden ingezet.

PROJECT 107/33 REGIO ARRONDISSEMENT LEUVEN + ZORGREGIO TERVUREN

LOCOREGIONAAL		geheralloceerde middelen art. 107					bestemming				tijdslijn				
Inwoners	naam voorziening	bedden		totaal			1b				2a	2b	3	4b	jaar
		type	aantal	vpk	psy'voog	mw	paramed	n-gekw	VTE	1b	2a	2b	3	4b	jaar
100.000	TERVUREN														
	UC St-Jozef	T (T1)	6,42	1,50	0,05	0,05	1,07	0,32	3,00						2011
250.000	LEUVEN														
1	UC St-Jozef	T (T1)	23,58	5,50	0,20	0,20	3,93	1,18	11,00						2011
2	UPC St-Kamillus Papiermoleken	T (T1)	15	3,50	0,13	0,13	2,50	0,75	7,00						2011
50.000	DIEST	a/T	35	2,25	0,00	0,00	4,09	0,50	6,84						2012
	Sint-Annendael	A	10	2,00	0,17	0,17	2,00	1,00	5,33						2011
100.000	TIENEN														
	Broeders Alexianen	T (T1)	10	2,33	0,08	0,08	1,67	0,50	4,67						2011
										37,84					

SUPRAREGIONAAL		geheralloceerde middelen art. 107					bestemming				tijdslijn						
naam voorziening	type	aantal	vpk	psy'voog	mw	paramed	n-gekw	VTE	1b				2a	2b	3	4b	jaar
									1b	2a	2b	3	4b	jaar			
250.000	LEUVEN																
UPC Salve Mater AZ Diest	A	20	4,00	0,33	0,33	4,00	2,00	10,67									2011
	A	PM							2,00								2011
										10,67							

naam voorziening	type	aantal	vpk	psy'voog	mw	paramed	n-gekw	VTE	bestemming				tijdslijn			
									1b	2a	2b	3	4b	jaar		
LOCOREGIONAAL																
250.000 LEUVEN 2 (focus op antennefunctie Haacht)																
CGG Passant								2,00								2011
50.000 AARSCHOT								1,25								2011
CGG Vlaams-Brabant Oost																
SUPRAREGIONAAL																
550.000 PROJECTREGIO																
CGG Vlaams-Brabant Oost								3,75								2011
										7,00						

PROJECT 107/33 REGIO ARRONDISSEMENT LEUVEN + TERVUREN

LOCOREGIONAAL	Inwoners	naam voorziening	beschikbare middelen			bestemming				tijdslijn	
			gefinancierd	act	totaal	1b	2a	2b	3	4b	jaar
100.000 TERVUREN											
		SBW De Hulster	1,00	0,50	1,50						2011
250.000 LEUVEN											
		SBW De Hulster	1,00	1,00	2,00						2011
		SBW Walden	1,25	1,25	2,50						2011
		SBW Pastya	2,00		2,00						2011
50.000 AARSCHOT											
		SBW Fides	1,25	1,25	2,50						2011
50.000 DIEST											
		SBW De Linde	1,25	1,25	2,50						2011
100.000 TIENEN											
		SBW Hestia	2,00	1,50	3,50						2011
										6,00	
										6,75	
										12,75	
										6,75	
										6,00	

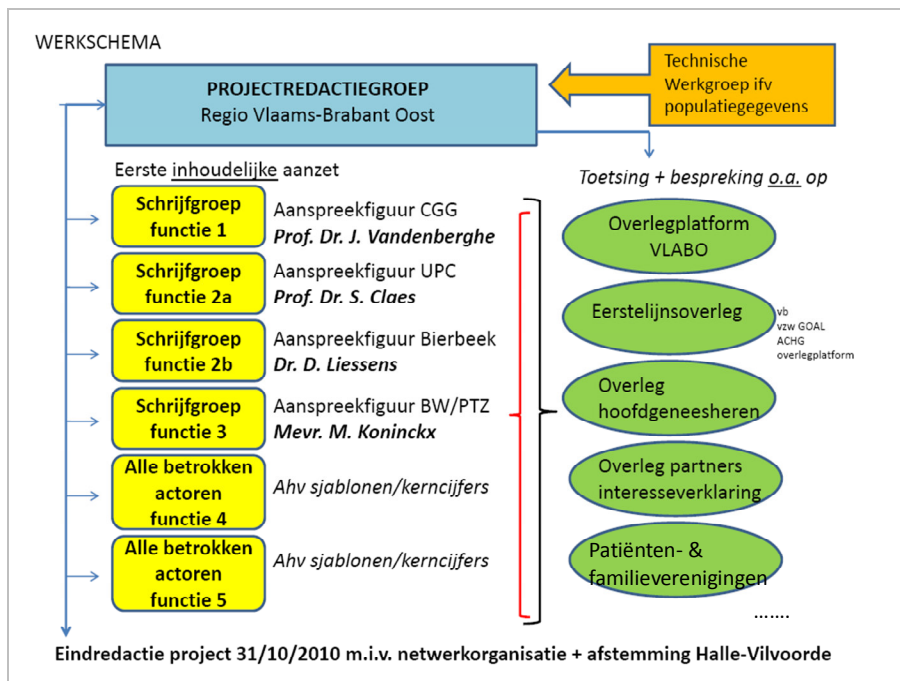
De verdeling en toewijzing van de additionele projectmiddelen zullen op een transparante en objectieveerbare wijze worden toegewezen door de promotoren ten behoeve van het project.

Toetsing van de mate waarin het projectvoorstel gedragen is door de betrokken actoren, partners en sectoren miv het overlegplatform GGZ

Op 29 juni 2010 werd de verklaring van interesse voor een project met het oog op het afsluiten van een overeenkomst in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen voor de projectregio door UPC K.U.Leuven campus Kortenberg (c.q. UC Sint-Jozef) en UPC Sint-Kamillus ingediend bij de overheid.

Er werd een projectredactiegroep samengesteld die op 12 juli 4 schrijfgroepen (1 per functie, waarbij functie 2 werd opgesplitst) en een technische werkgroep entameerden. Deze groepen werkten in een breed overleg tijdens de zomermaanden de kernfuncties uit aan de hand van een sjabloon met focus op de door de overheid geformuleerde opdracht.

Vervolgens heeft de projectredactiegroep het beschikbare materiaal verwerkt en geïntegreerd tot een coherent geheel – rekening houdend met de ontvankelijkheids- en inhoudelijke criteria van de overheden. In de loop van september en oktober is het voorstel van de projectredactiegroep continu getoetst en afgestemd op diverse overlegfora – met inbegrip van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg Vlaams-Brabant - zodat het project dat actueel voorligt als breed gedragen en verankerd kan worden beschouwd.



In bijlage 2 wordt een gedetailleerd overzicht gegeven van de volledige vergaderkalender + het attest van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant.

Geraadpleegde literatuur

- ⁱ Sartorius N. & Schulze H.. (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness*. Cambridge University Press.
- ⁱⁱ Plooy A. (2007). Stigma en stigmabestrijding - http://www.kenniscentrumphrenos.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=359&Itemid=187
- ⁱⁱⁱ Nuyens Y (voormalig Programmadirecteur Wereldgezondheidsorganisatie). Gezondheidszorg niet langer voor iedereen. *De Morgen*, 29-8-2010.
- ^{iv} Cantillon B. Over (geestelijke) gezondheid, armoede en sociale zekerheid. <http://anet.ua.ac.be/acadbib/uae/05950>
- ^v Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, Brugha T, Taub N, McColgen Z, De Girolamo G, Polidori G, Mazzi F, De Graaf R, Vollebergh W, Bouwman MA, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro MJ, Palacin C, Autonell J, Katz SJ, Kessler R, Kovess V, Lépine JP, Arbabzede-Bouchez S, Ormel J, Bruffaerts R. (2002) : The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: Rationale and Methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 11: 55-67.
- ^{vi} Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. (2004). Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 55: 685-690.
- ^{vii} Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. (2007). Lifetime treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42: 937-944.
- ^{viii} Van Rijsselberghe L, Van Heeringen C, Portzky G. Suïcidale gedachten, plannen en pogingen in België. In K Demyttenaere, R Bruffaerts, A Bonnewyn (Red.). *Mentale gezondheid in de algemene Belgische bevolking in de 21ste eeuw*. Leuven, Acco, in voorbereiding.
- ^{ix} Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. (2005a). Predicting community stay among patients with repeated referrals to a psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry* 27: 269-274.
- ^x Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K (2005b): Predicting aftercare linkage in psychiatric emergencies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 829-834.
- ^{xi} Spooen DJ, Jannes C, Henderick H, van Heeringen K. (1996). Epidemiology of Psychiatric Emergency Referrals in Four Regions of Belgium. *Crisis* 17: 15-21.
- ^{xii} Koninklijk Besluit houdende vaststelling van de normen voor erkenning van de initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychaitrische patiënte. (1990).
- ^{xiii} Koninklijk Besluit houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen. (1990).
- ^{xiv} Jorm, A.F., Christensen, H., Medway, J., e.a. (2000). Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 211-219.
- ^{xv} Veldhuizen, J. R. van, Bahler, M., Polhuis, D. & Os, J. van. (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- ^{xvi} Weeghel, J. van, & J. Dröes (1999). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 54, p. 150-165.
- ^{xvii} LUCAS. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven.
- ^{xviii} Decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg. (1999).
- ^{xix} Wenninck, J. & Goudriaan, G. (1991). Case management in de thuiszorg. De Graaff, H. (red.) *Case Management, een zorg minder?* Utrecht: SWP.
- ^{xx} Gecoördineerde Wet op de Ziekenhuizen. (1987).