

Denktank GGZ regio Halle-Vilvoorde

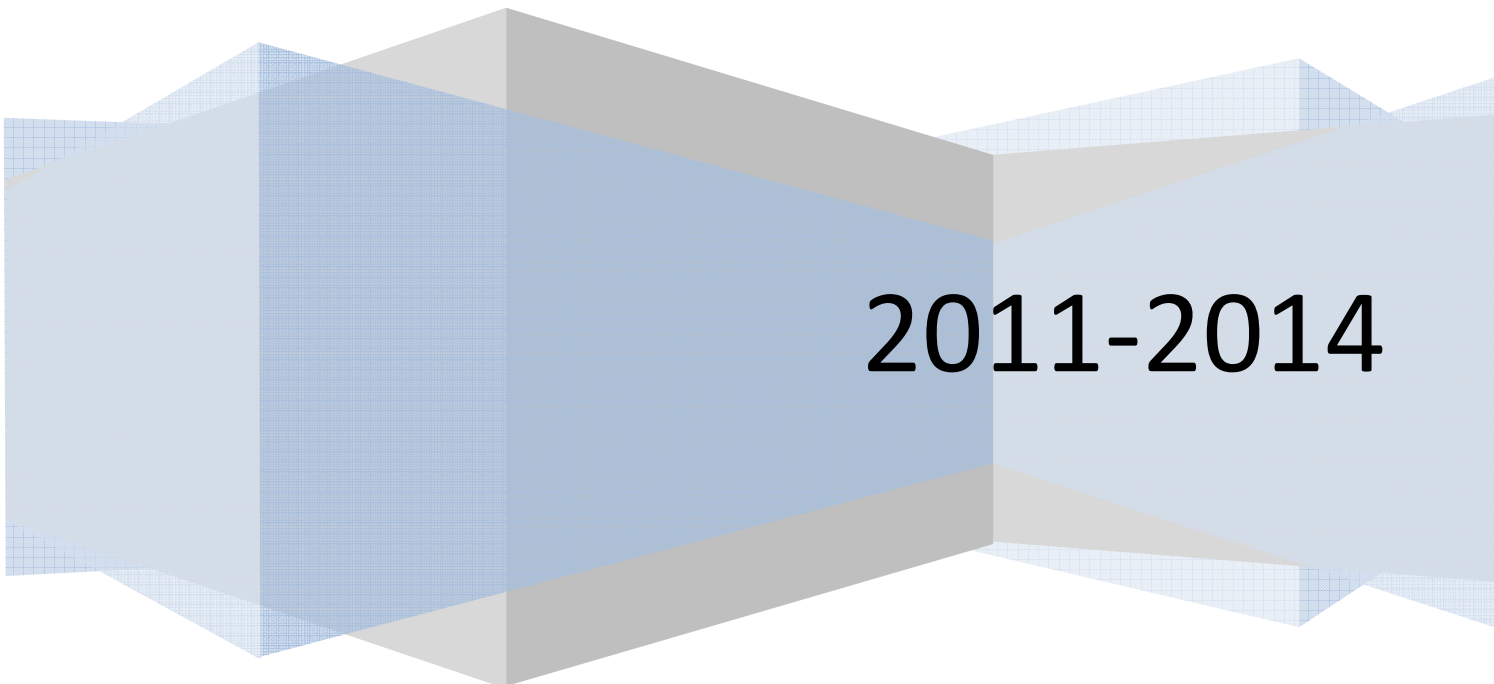
**NAAR EEN NIEUWE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
DOOR DE REALISATIE VAN ZORGCIRCUITS EN
ZORGNETWERKEN**

**TOEPASSING VAN ARTIKELEN 11 EN 107 VAN HET KB
HOUDENDE DE COÖRDINATIE VAN DE WET OP DE
ZIEKENHUIZEN**

EXPLORATIEPROJECT

Kandidatuurstelling 31/10/2010

Regio Halle-Vilvoorde-Brussel



2011-2014

1 TOELICHTING VAN DE VISIE VAN HET PROJECT

Het arrondissement Halle-Vilvoorde kampt van oudsher met een beperkt aanbod aan ambulante en residentiële voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Dit heeft er de partners van dit projectvoorstel al eerder toe aangezet om, uit noodzaak, voluit te investeren in netwerkvorming. Via het bundelen van de beperkte middelen en een zeer nauwe samenwerking van de ambulante en residentiële voorzieningen GGZ met de eerstelijns diensten, inclusief de zorgvragers en hun omgeving, kreeg zorgvernieuwing er het voorbije decennium zeker al een kans.

Wij beschouwen deze regio dan ook als een valabel exploratieterrein bij uitstek om door de verdere uitbouw en optimalisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken de geestelijke gezondheidszorg naar een nieuw en beter zorgmodel te gidsen, met als uitgangspunten:

Visie op hulpverlening

- hulpverlening is geïnspireerd door eerbied voor mensen, hun ideologie en hun lijden
- hulpverlening gaat uit van een zorgvraag waarbij de cliënt maximaal het heft in eigen hand houdt
- hulpverlening doet maximaal beroep op het gezonde deel van de cliënt; zoeken naar de krachten van de cliënt, respect voor zijn zelfstandigheid en het maximaliseren van de eigen sturing (d.i. empowerment)
- hulpverlening is erop gericht de cliënt te helpen opdat hij optimaal kan functioneren in een sociaal netwerk. Er is aandacht voor 'ziekmakende' omgevingsfactoren (in de thuis- en werksituatie)
- hulpverlening hoort voor iedereen betaalbaar zijn
- hulpverlening is regionaal ingebed en wordt gedragen door verschillende diensten die op elkaar afgestemd zijn
- het hulpverleningsaanbod evolueert mee met de noden en houdt ook rekening met de andere actoren in het veld
- regionale inbedding van hulpverlening: hulpverlening richt zich in principe tot alle inwoners van een regio die daar nood aan hebben. Dit impliceert dat het exploratieproject er - via de weloverwogen aanwending van haar beperkte middelen - naar streeft dat:
 - alle belanghebbenden (inwoners, verwijzers, etc. uit de betrokken gemeenten) geïnformeerd zijn over het beschikbare zorgaanbod
 - de bij de bevolking aanwezige noden worden gedetecteerd (o.m. ook via bevraging van de eerste en de derde lijn), zodat het zorgaanbod hieraan kan aangepast worden

Centrale waarden in de omgang met cliënten binnen het hulp- en dienstverleningsaanbod

- een gepersonaliseerde en respectvolle houding t.a.v. de cliënt (ongeacht afkomst, levensbeschouwelijke of politieke overtuiging, ...)
- het maximale zelfbeschikkingsrecht van de cliënt
- het recht op informatie en inspraak van de cliënt
- de garantie voor de bescherming van persoonlijke levenssfeer

Waarden in de zorgorganisatie die we voorop stellen en wensen te bewaken:

- evidence - based wijze van werken
- monitoring van de begeleiding
- hulp wordt spaarzaam aangeboden: niet meer specialistische zorg dan nodig
- er is maximale aandacht voor empowerment
- Het model is slechts realiseerbaar binnen een regionaal werkmodel waarbij verschillende schakels van zorg in een continu pad beschikbaar zijn. De begeleiding is in die zin naadloos.

2 DOELGROEP

Het project richt zich op de doelgroepen van **jongvolwassenen & volwassenen**, dus in hoofdzaak behorend tot de **leeftijdsgroep van 16 tot 65 jaar** (grensinclusies zijn mogelijk).

Rekening houdend met ieders draagkracht, engageren de partners van het project zich om maximaal bij te dragen in de uitwerking van de verschillende functies in het werkingsgebied. Dit zal de instroom garanderen:

- voor een brede doelgroep van GGZ-indicaties
- in de verschillende graden van ernst (licht - matig - ernstig)
- en ontwikkeling (acuut – chronisch, eenmalig - recidiverend)

De partners engageren zich voor een aanmelding en een instroom vanuit de verschillende hulpverleningslijnen.

Een GGZ indicatie betekent dat, na een professionele inschatting, de cliënt (en omgeving) een beginnend of bestaand ernstige psychisch lijden ondervindt waarbij zorg verantwoord is. Na deze inschatting zal de zorg een specifiek behandelpad op maat volgen. Dit behandelpad streeft een naadloos hulpaanbod na, volgens de principes beschreven in de visie (cfr. 1. Visie / pag. 2)

3 DOELSTELLINGEN

3.1 VERWACHTE MEERWAARDE VOOR DE CLIENT

Het exploratieproject heeft tot doel om voor een zo groot mogelijk deel van de doelgroep een aangepast zorgaanbod beschikbaar te stellen zodat:

- de ontwikkeling tot psychisch lijden/ziekte - waar mogelijk - voorkomen kan worden
- de intensiteit en impact van psychisch lijden/ziekte verminderd kan worden
- het herval zo sterk mogelijk teruggedrongen kan worden.

Het exploratieproject ondersteunt maximaal een inclusie in de samenleving, zodat het verwerven en behouden van werk, partner en vrienden, en het vinden van een geschikte woonomgeving gerealiseerd kan worden. De behandeling heeft tevens tot doel een verlichting van de symptomen te realiseren zodat persoonlijke wensen en doelen beter gerealiseerd kunnen worden.

Samengevat betekent dit:

- Inclusie gefocust
- Destigmatiserend in aanpak en benadering en gericht op normaliseren
- het natuurlijke netwerk maximaal betrekken en ondersteunen: familie, vrienden, ...
- empowerment: de cliënt wordt maximaal betrokken vanuit een vraaggestuurde benadering en methodische aanpak
- de begeleiding verschuift sterk naar constructie; reflectie is onderdeel van de begeleiding
- de begeleiding is gericht op het bieden van hoop en keuzemogelijkheden.

3.2 OPERATIONALISATIE

De doelgroep is zeer verscheiden in ernst van ziekte. Het verloop van ziekteperiodes kan de aanpak doen evolueren van een therapiegerichte naar een meer aanklappende relatie of soms zelfs beschermende opstelling (bij gevaar voor de cliënt of voor de omgeving). Hoopgerichtheid, empowerment en spaarzaamheid in bemoeienis dienen echter steeds als oriënterende principes aanwezig te zijn.

In de therapeutische basishouding van de hulpverlener wordt zo sterk mogelijk een vraaggestuurde aanpak aangehouden.

Het aanbod moet in die zin vlug, vlot en laagdrempelig aangeboden kunnen worden. Een gedeelte van de interventies zullen aan huis of op gekozen locatie doorgaan. Activiteiten en diagnostiek zijn voor ieder toegankelijk en een financiële vergoeding mag geenszins het laagdrempelig aanbod beperken.

3.3 DOELSTELLING NAAR HET PERSONEEL

3.3.1. Het personeel die de bestaande kernactiviteiten in de participerende organisaties verzorgen

Deze personeelsleden leren progressief het netwerk en de opdrachten van de partners kennen zodat zij enerzijds hun eigen bijdrage en deze van de partners duidelijk leren situeren, en anderzijds hun eigen hulpaanbod in het kader van een breder zorgaanbod effectief kunnen inschakelen. De motor hiervoor is zorgoverleg waarbij de patiënt/cliënt manager is van zijn eigen zorgplan en de inbreng van de betrokken hulpverleners optimaal op elkaar afstemt.

3.3.2. De personeelsleden in de nieuwe teams voor het realiseren van de naadloze ambulante zorg

Het nieuw op te richten F-act-team en het team voor de ambulante behandeling in de thuisomgeving van acute psychiatrische problemen, organiseren binnen een werkingsgebied de zorg vanuit een multi -methodische aanpak. Deze teams zijn bij voorkeur multidisciplinair samengesteld uit medewerkers van de verschillende participerende organisaties en/of sectoren en zullen functioneren als één team:

- in de opvolging van de cliënten doorheen verschillende zorgmodules
- in het aanbieden van activiteiten, welke spaarzaam, evidence-based en gemonitored worden aangereikt
- met één registratie en zorgbewaking
- waarbij de medische verantwoordelijkheid onder leiding staat van een psychiater
- dat zich kenmerkt door zijn hechte teamvorm en geenszins als de samenstelling van losse individuen uit verschillende organisaties, wat door de wijze van samenstelling een reëel risico kan zijn
- dat in belangrijke mate gebruik maakt van ieders expertise, en onderdelen van begeleiding kan aanvullen of overnemen
- door de cliënt ervaren wordt als een team dat een naadloos en gedragen zorgaanbod biedt, waar hij/zij een zeer laagdrempelige toegang toe heeft
- waar in de functieprofielen het aspect 'teamspeler' een hoge score heeft, naast een open geest en respect voor de verschillende settings die betrokken zijn in het regioteam.

3.4 DOELSTELLING NAAR HET NETWERK EN DE PARTNERS

- De partners onderschrijven een samenwerking
 - in de geest van de visie
 - en een loyaal engagement in het aansturen van de eigen werknemers om te participeren aan het project
- De partners evalueren minstens jaarlijks hun inzet, inbreng, resultaat en knelpunten in de samenwerking en de realisering van visie en doelstelling. Zij voegen hierbij een plan van verbeterpunten die de werking verder kan optimaliseren.

- De partners creëren een passend opleidingsaanbod, stimuleren de groepsvorming in de teams en hanteren een methodiekopvolging die de samenwerking van teams in het werkingsgebied onderbouwt conform de visie.
- De kernpartners van het project motiveren ontbrekende belangrijke partners om te participeren aan de uitbouw en uitbreiding van het exploratieproject

4 AFBAKENING VAN HET GEOGRAFISCH WERKINGSGBIED

De ‘ Denktank Geestelijke Gezondheidszorg Halle-Vilvoorde ’ - opgericht in de schoot van het overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant (VLABO) - buigt zich sinds een vijftal jaren op permanente basis over de ontwikkeling van geestelijke gezondheidszorg in het arrondissement Halle-Vilvoorde en de verbetering van de samenwerking tussen de verschillende voorzieningen.

Werkingsgebied

- Het arrondissement Halle-Vilvoorde ligt als een ring om het Brussels hoofdstedelijk gewest. Om de werking te operationaliseren wenst de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde uit te gaan van een indeling in een noordrand, een westrand, een zuidrand en een oostrand als subregio's. Volgens het zorgregiodecreet van Vlaanderen (december 2008) krijgt men dan volgende indeling:

OOSTRAND (Tervuren)	113.306
NOORDRAND	168.827
(Grimbergen/Vilvoorde)	
WESTRAND (Asse-Dilbeek)	176.132
ZUIDRAND (Halle)	147.948
Brussel*	50.000
	656.213

*+ Nederlandstaligen uit Brussel: geschat op 50.000 (op basis van het aantal Vlaamse stemmen/kiezers). Vermoedelijk zijn er wel meer Nederlandstalige Brusselaars



- **Brussel** wordt betrokken in de uitwerking voor de functie 2. Voor de functie 2 a is het UZ Brussel bereid (samen met het PZ St-Alexius en de PAAZ-en uit Halle-Vilvoorde) om als een belangrijke

ondersteuning in de organisatie van acute zorg voor de regio Halle-Vilvoorde-Brussel te fungeren. Voor de functies 2B willen actoren zoals het PSC-Elsene, met zijn TrACTor -werking, de initiatieven voor beschut wonen Primavera, Festina Lente en Mandragora hun ambulante zorgaanbod voor de nederlandstaligen in Brussel versterken via afstemming en samenwerking met het exploratieproject van Halle - Vilvoorde

- De **OOSTRAND** (subregioTervuren) wordt deels bediend door zorgvoorzieningen vanuit het zorggebied Leuven en deels door diensten vanuit het zorggebied Halle-Vilvoorde (CAW, CGG PassAnt, SEL/GDT, PZT en PZ Sint-Alexius). Dit verklaart de aanwezigheid in de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde van een aantal voorzieningen met zetel in de regio Leuven, maar actief in deze gemeenten (CGG VBO vestigingsplaats Sterrebeek, het UPC Kortenberg, het IBW De Hulster). Zij engageren zich er toe mee de uitwerking van de functie 2 in het hulpaanbod van de subregio Tervuren te verzekeren. De beide netwerken zullen deze verdere afstemming op zich nemen.
- De afbakening van de **WESTRAND** (subregio Asse) volgt voorlopig de provinciegrens met Oost-Vlaanderen. Voor partners zoals de PAAZ van het OLV Aalst – campus Asse - overschrijdt het werkingsgebied evenwel deze provinciegrens.

5 BESCHRIJVING VAN DE STRUCTUUR

5.1 NETWERKSAMENSTELLING

Partners die participeren aan de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde en de uitwerking van het exploratieproject regio Halle-Vilvoorde-Brussel, onderschrijven het samenwerkingsprotocol (cfr. bijlage) dat de voorbije jaren binnen de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde werd ontwikkeld en door de raden van bestuur van de betrokken voorzieningen werd goedgekeurd.

Bij de voorbereiding van het project onderscheiden wij voor het werkingsgebied volgende partners:

- 1 De partners die zich inschrijven in het exploratieproject door middelen te (her)alloceren om de eerste fase van het project mee te realiseren en onder meer de oprichting van nieuwe ambulante teams binnen functie 2.
- 2 De partners die participeren aan de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde en een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen van het project, maar zich in een eerste fase nog niet (kunnen) engageren tot het leveren van een substantiële bijdrage in de realisatie van functie 2 en 3 via het (her)alloceren van middelen
- 3 Potentiële toekomstige partners

Volgende partners zijn vandaag betrokken:

5.1.1. Coördinatie van het project

- **Psychiatrisch Ziekenhuis Sint- Alexius**

Grimbergsesteenweg 40 - 1850 Grimbergen - tel. 02/ 270 93 30

vertegenwoordigd door:

Dhr. Godfried Van Beuren, algemeen directeur - godfried.van.beuren@fracarita.org

Dhr. Geert Bronselaer, directeur patiëntenzorg en projectcoördinator voor het PZ -
geert.bronselaer@fracarita.org

5.1.2. Partners die zich inschrijven in het exploratieproject en op korte termijn middelen heralloceren om de eerste fase van het project mee op te starten

- **Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus , inclusief zijn VDIP-project**

Muurveld 38 - 1730 te Asse – tel. 0478/34 17 97

vertegenwoordigd door: Dhr. Eric Stijnen, directeur - eric.stijnen@ahasverus.be

- **SPPiT (Samenwerkingsinitiatief voor Patiënten met Psychiatrische problemen in de Thuissituatie) – Project psychiatrische thuiszorg**

Molenstraat 7 - 1852 Beigem – Grimbergen (vzw de Raster) – tel. 02/272 49 27

Vertegenwoordigd door: Cindy Baillieu, coördinator SPPiT - cindy.baillieu@fracarita.org

- **Initiatief voor Beschut Wonen De Raster vzw**

Molenstraat 7 -1852 Beigem (Grimbergen) - tel. 02/270 15 89-

Vertegenwoordigd door: Dhr. Philip Pittevels, algemeen coördinator - philip.pittevels@telenet.be

+ het samenwerkingsinitiatief voor beschut wonen De Open Cirkel

(partners: vzw De Raster & vzw De Hulster) –

Nerinckxstraat 15 – 1500 Halle - tel.02/ 361 50 41

- **Centrum voor geestelijke gezondheidszorg PassAnt**

Beertsestraat 21 – 1500 Halle - tel. 016/ 31 99 99

Vertegenwoordigd door: Mevr. Mimi Deboiserie, directeur - mimi.deboiserie@passant.be

5.1.3. Partners die participeren aan de ontwikkeling van het project maar nu nog geen bijdrage (kunnen) leveren via het heralloceren van middelen om de eerste fase uit te voeren

- **SEL Zorgnetwerk Zenneland (tevens Geïntegreerde dienst voor thuiszorg - GDT)**

Medisch Huis - Alsebergsesteenweg 89 - 1501 Buizingen – tel. 02/ 3068044

Hela Huis - Kattestraat 5 - 1730 Asse – tel.02/ 5696663

Vertegenwoordigd door: Dhr Stijn van Buggenhout, algemeen coördinator

- **Psychiatrisch Verzorgingstehuis Sint-Alexius**
Grimbergsesteenweg 40 – 1850 Grimbergen - tel. 02/ 272 45 68
Vertegenwoordigd door: Godfried Van Beuren, algemeen directeur –
godfried.van.beuren@fracarita.org

- **UZ Brussel - PAAZ**
Laarbeeklaan 101 – 1090 Brussel - tel.02/ 477 77 24
vertegenwoordigd door: Manu Meers, hoofdverpleegkundige PAAZ –

- **Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg VBO**
Kapucijnenvoer 35 – 3000 Leuven - tel. +32 16 33 71 10 & tel. +32 16 33 71 12
Vertegenwoordigd door:
Mevr Hilde Dierckx, directie - hilde.dierckx@uzleuven.be
Mevr An Vranckx, stafmedewerker - ann.1.vranckx@cgg-vbo.be

- **Initiatief voor Beschut Wonen De Hulster vzw**
Minderbroedersstraat 23 - 3000 Leuven - tel. +32 16 29 87 60 -
Vertegenwoordigd door:
Dhr. Pol Mentens – algemeen coördinator - pol.mentens@dehulster.be
Dhr. Pieter Vaes – stafmedewerker – tel. 0476/ 96 18 02 - pieter.vaes@dehulster.be

- **PAAZ AZ Jan Portaels**
Gendarmeriestraat 65 -1800 Vilvoorde – tel: 02/ 254 64 00
vertegenwoordigd door: Pascal Moine – pascal.moine@azjanportaels.be

- **PAAZ AZ Sint-Maria - Ziekenhuislaan 100 - 1500 Halle - tel: 02/ 363 12 11**
vertegenwoordigd door:
Dhr. Georges Timmermans - g.timmermans@regzhsintmaria.be
Dr Aad Bosmans – a.bosmans@regzhsintmaria.be

- **PAAZ O.L.V.- Aalst - Campus Asse**
Bloklaan 5 - 1730 Asse - tel: 02/ 300 61 11
vertegenwoordigd door Dhr IgnaceMichiels – Ignace_Michiels@olvz-aalst.be

- **Psychiatrisch Ziekenhuis UPC - K.U.Leuven campus Kortenberg**
Leuvensesteenweg 517 - 3070 Kortenberg - tel. 02/ 7580546 (secretariaat)
vertegenwoordigd door: Prof. Dr. J. Peuskens, hoofdgeneesheer/directeur –
jozef.peuskens@uc-kortenberg.be - hilde.dierckx@uzleuven.be

- **Psycho-Sociaal Centrum St.-Alexius Elsene (inclusief TrACTor en de IBW's Festina Lente en Mandragora)**
Gewijde Boomstraat te 1050 Brussel – tel. 02/ 5129033
vertegenwoordigd door: Mevr. Veronique Vercruyssen,coördinator –
- **Beschut Wonen Primavera vzw**
Kunstenaarsstraat 20 – 1020 Brussel - 02/ 479 89 19
vertegenwoordigd door: Kristien De Vos, coördinator
- **CAW Delta te Lennik – 02/ 532 53 14**
en het CAW Regio Vilvoorde – 02/ 252 09 39
vertegenwoordigd door:
Els Moriau – algemeen coördinator CAW Delta – els.moriau@cawdelta.be
Audrey Bertens – algemeen coördinator CAW Vilvoorde - audrey_bertens@cawvilvoorde.be
- **Activeringsinitiatieven:**
 - **Atelier Springplank & Project Springplank Plus** (PZ Sint-Aexius – Grimbergen)
 - **DAC Ten Berg** , Molenstraat 9 – 1852 Beigem
(dagactiviteitencentrum van het IBW De Raster te Grimbergen)
 - **het Atelier** – 1853 Strombeek-Bever (CGG Ahasverus)
- **MEDIRAND vzw (vertegenwoordiging huisartsenvereniging van de Vlaamse rand)**
vertegenwoordigd door: Isabel Ghijselings, coördinator – isabel@medirand.be
tel. 0471/ 64 81 71

5.1.4. Andere potentiële partners te betrekken bij de uitwerking van het project

- **Centrum voor geestelijke gezondheidszorg Brussel**
Vaartstraat 651 te 1000 Brussel - 0479/ 99 03 63
contactpersoon: Mevr Julienne Wyns, directeur - juliennewyns@cggz-brussel.be
- **LOGO's** in de regio (ter ondersteuning van functie 1)
- **OCMW's** in de regio (ter ondersteuning van functie 1)
- **Arbeid en Arbeidsrehabilitatie / Arbeidszorg / Activering:**
VDAB werkwinkels, TAT 2, JobLink, sociale werkplaatsen (Diepen Boomgaard, Televil) ,
Lokale Dienstencentra van de gemeenten,
(ter ondersteuning functie 1 en 3)

- Gespecialiseerde drughulpverlening:
Ambulante drughulp De Spiegel (ADA) te Asse, MSOC te Vilvoorde, PISAD te Liedekerke
- Huisvestingsmaatschappijen, Woonwinkels, ...(projecten Wonen & Welzijn – Ondersteuning functie 5)
-

5.2 TAAKVERDELING IN HET NETWERK

5.2.1 Rol, taakafspraken en verantwoordelijkheden per functie van gegroepeerde partners

Een goed werkplan verbindt de 5 functies en programmeert de ontwikkelde methodiek met de kwantitatieve zorgnood van het betrokken gebied. In dit werkmodel betekent een functie geen team of organisatie. Iedere organisatie of team kan betrokken worden in de uitwerking van meerdere functies. Met de al bestaande kernfuncties van de organisaties (vb. begeleiden van een woonvorm door Beschut Wonen, psychotherapie/diagnostiek door een CGG, residentiële opname door PAAZ en PZ...) wordt een naadloos zorgtraject uitgebouwd. Zij vullen in het schema deelfuncties in.

Twee nieuwe maar belangrijke teams dienen in het exploratieproject ten volle tot ontwikkeling te komen. Zij integreren verschillende bestaande werkingen en worden versterkt door de vrijgekomen capaciteit die het resultaat is van de afbouw:

- Het team voor intensieve behandeling in de thuisomgeving bij acute of subacute psychische problemen (24 u en 7dag) - Deze functie 2a wordt mee ondersteund door het tweede type van ambulant team (functie 2b), maar ook de zorgeenheden voor acute residentiële opvang (functie4)
- Het team voor behandeling in de thuisomgeving van chronische psychische problemen (functie 2b) - F-act team in de langdurige zorg, gekenmerkt door zijn nauwe samenwerking met:
 - zowel een residentiële dienst
 - als de eerste en tweede lijn: CAW, CGG, VDAB..
 - en de familie en de patiënt
- bovendien dienen in het exploratieproject ook twee andere ondersteunende werkingen in belangrijke mate ingeschakeld en ontwikkeld, namelijk:
 - de activeringsfunctie
 - de woonfunctie

1. Functie1: Aanmelding en diagnosestelling en indicatiestelling

PARTNERS: Huisartsen / privépraktijken psychiaters en psychologen/ CGG Ahasverus/ CGG PassAnt/ SEL

Zorgnetwerk Zenneland / Centra algemeen welzijn/ ...

Kernpartners in functie 1 van het exploratieproject betrokken

Huisarts	Sel Halle-Vilvoorde vestiging in Asse en Buizingen:	Bespreking binnen lokale 'Piekuurtjes' Participatie zorgoverleg Therapeutische projecten: integratie binnen FACT
CGG Ahasverus	Asse, Halle, Grimbergen, Vilvoorde	Diagnose, detectie, en indicatiestelling Ambulante gespecialiseerde therapie bij ernstig psychisch lijden Vroegdetectie en -interventie psychose, jonge druggebruikers Preventie Drug en Alcoholholgebruik
CGG Pass-Ant	Halle, Dilbeek	Diagnose, detectie en indicatiestelling Ambulante gespecialiseerde therapie bij ernstig psychisch lijden Vroeginterventie psychose, Preventie Suicide

Andere belangrijke partners (groep 2 en 3) in het netwerk betrokken voor functie 1

CAW Delta	Dilbeek –Asse – Ninove - Lennik	Laagdrempelige instroom en korte begeleidingstrajecten
CAW Vilvoorde	Vilvoorde	Laagdrempelige instroom en korte begeleidingstrajecten
Ada De Spiegel	Asse	instroom en begeleidingstrajecten verslagingszorg
Msoc	Vilvoorde	Laagdrempelige instroom en begeleidingstrajecten verslagingszorg
CGG VBO	Sterrebeek	Diagnose, detectie en indicatiestelling Ambulante gespecialiseerde therapie bij ernstig psychisch lijden Vroeginterventie psychose, Preventie Suicide

Hun gemeenschappelijke taak bestaat erin een eerste contact met de cliënt en zijn omgeving te bewerkstellingen en indien nodig toe te leiden naar de functie 2b en/of 3.

We kunnen hier 2 deelopdrachten in onderscheiden:

- enerzijds de preventie en detectie;
- anderzijds de indicatiestelling, interventie en screening .

Centraal staat de huisarts die in de eerste fase bij voorkeur als referentiepersoon zal optreden. De functie van referentiepersoon of casemanager kan verder ook worden opgenomen door een persoon binnen het CGG of indien nodig, binnen de functie 2b of 3.

2. Functie 2: Behandelings teams in de thuisomgeving

Het betreft hier behandelings teams in de thuisomgeving voor:

- intensieve kortdurende behandeling bij acute of subacute toestand enerzijds
- langdurige behandeling bij chronische psychiatrische toestand anderzijds

Eerst een vooraf willen we duidelijk stellen dat deze tweeledigheid een functionele opdeling is die de nauwe band tussen beiden niet in de weg mag en kan staan. Beiden werken op hetzelfde terrein, in de woonomgeving van en met mensen die kampen met (ernstige) psychische problemen.

Partners 2 a:

- UZ Brussel – Jette: afdeling psychiatrie
- AZ Sint Maria –Halle: afdeling psychiatrie
- AZ OLV – Asse: afdeling psychiatrie
- AZ Jan Portaels – Vilvoorde: afdeling psychiatrie
- PZ Sint-Alexius – Grimbergen: zorgaanbieder voor crisisinterventie, observatie en oriëntatie

Partners 2 b :

- Psychiatrisch ziekenhuis Sint Alexius – Grimbergen
- Initiatief voor Beschut Wonen De Raster – Grimbergen
- Project Psychiatrische Thuiszorg (IBW De Raster) – Grimbergen
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus – Asse
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg PassAnt- Halle
- Centrum Geestelijke Gezondheidszorg VBO – Sterrebeek
- Initiatief voor Beschut Wonen de Hulster – Leuven
- PSC Sint-Alexius met trACTor – Elsene
- IBW's Festina Lente en Mandragora - Elsene
- IBW Primavera – Brussel (Laken)

Basisprincipes in de opdracht van functie 2a

Het acute & subacute mobiele behandelings team wil op een intensieve en flexibele wijze begeleiding en behandeling in de thuissituatie (op maat) verstrekken, onder meer om zoveel als mogelijk (onnodige) ziekenhuis(her)opnames te voorkomen. Hiervoor wordt een 24-uurs bereikbaarheid beoogd welke zich kenmerkt door:

- een mobiele en snelle inzet van personeel en middelen met het oog op het verstrekken van de nodige intensieve zorg aan huis
- en dit zeer snel en gedurende een eerder korte tijd
- om vervolgens – naar noodzaak – door te verwijzen
 - bij voorkeur - en dit zelfs al tijdens de subacute fase indien mogelijk - naar het FACT-team voor verdere langdurige begeleiding en behandeling op maat
 - de intensieve residentiële (zowel voltijds als deeltijds) behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een ziekenhuisopname nodig blijkt

Dit team opereert dan ook best in nauwe samenwerking met (en desnoods vanuit) de units voor acute residentiële crisisopvang van het algemeen ziekenhuis (PAAZ) of psychiatrisch ziekenhuis in zijn regio, maar ook met de FACT-teams die in dezelfde regio actief zijn.

Modellen voor de uitwerking van 2a & 2b

Indien men vanuit een evidence-based methodiek ambulante teams wil inrichten voor de hele groep van mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen, dan kan er voor gekozen worden om op termijn aansluiting te zoeken met het werkmodel van een F-Act team organisatie.

De teams includeren langdurige zorgpatiënten: zowel zorgzoekende cliënten als zorgmijdende personen.

De problemen kunnen zich op verschillende leefgebieden voordoen en veroorzaakt worden door een meervoudige problematiek (verslaving, psychose, ...)

1. De teams

- zoeken deze patiënten actief op waar ze verblijven.
- bouwen zorgvuldig een contact op met een patiënt
- bieden praktische maatschappelijke ondersteuning
- hebben aandacht voor symptoomverlichting en psychotherapie

2. Kenmerken van de zorg

- **Ambulant - outreachend:** De zorg kan ter plekke of op een dienst gebeuren en is bij voorkeur vraaggestuurd. De hulpverlening kan ook op vraag van de omgeving ter plaatste gebeuren indien ze verontrustend is in de aanmelding.
- **Wijkgeorganiseerd:** het streefdoel is zorg in beperkte regio's van 50 à 75000 inwoners. Een goede innesteling in het sociaal gemeentelijk beleid en vertrouwde met het lokale netwerk worden beoogd. Voor de haalbaarheid zal er in de eerste jaren echter gestart worden met regio's van 140.000 à 175000 inwoners.
- **intensief:** patiënten kunnen meerdere keren per week en soms zelfs dagelijks contact hebben met hulpverleners.

- **multidisciplinair:** verschillende disciplines zijn aanwezig, zoals psychiater, psychiatisch verpleegkundige, psycholoog en maatschappelijk werker. Een ervaringsdeskundige is wenselijk. Belangrijk is het uitwerken en vormen van een breed omvattende expertise bij de teamleden: symptoombehandeling, aandacht voor de familie en omgeving, het wonen, het werken, de vrije tijd, farmacotherapie en verslavingsdeskundigheid.
- **Shared Caseload en casemanagement** - In dit team wordt veel expertise gebundeld. Iedere cliënt heeft een casemanager. Individuele begeleiding door een casemanager is geschikt en een spaarzame begeleidingsvorm voor stabiele patiënten. Patiënten krijgen ondersteuning bij rehabilitatie en herstel. Het team schakelt over op een shared caseload bij acute of subacute fases. Dit betekent dat alle teamleden samenwerken en betrokken zijn bij de behandeling van iedere patiënt.
- **continuïteit:** Ook bij opname blijft de casemanager contact houden met de cliënt en het begeleidende team. De cliënt wordt niet doorgegeven maar blijft opgevolgd, ongeacht de setting. Het team werkt intensief samen met andere sociaal maatschappelijke diensten.
- **systeemgericht:** Familie en omgeving worden betrokken bij de behandeling van een patiënt. Bovendien is de draagkracht en zorg door mantelzorgers en familie een aandachtspunt van de zorgbegeleider. De familieorganisaties en patiëntenvereniging worden betrokken in de verdere uitwerking (ondermeer psycho-educatie, belangenverdediging...).

3. Optimaal beoogde teamsamenstelling van het F-act team per subregio

- regio van 175.000 inwoners
- geen uitstroom voor de langdurige zorg
- 10%-15 % Act- opvolging. De overige opvolging is individueel casemanagement
- teamsamenstelling:
 - 1 vte teamcoördinatie (meewerkend)
 - 0,8 vte psychiater
 - 0,8 vte psycholoog
 - 0,8 vte ervaringsdeskundige
 - 0,5 vte trajectbegeleider
 - 7 vte casemanagers
 - +2 verslavingsdeskundige
 - + 1 IPS (werkbegeleidingdeskundige)

Het realiseren van deze werkvorm is eveneens afhankelijk van de realisatie van:

- Activeringscentra: zij zijn belangrijk als ondersteuning

- Samenwerking en uitbouw van alternatieve gediversifieerde woonvormen en woonondersteuning is nodig (PVT +, woonvormen met intensievere begeleiding, met weinig begeleiding, individueel- en/of groepswonen; kort en lang verblijf, ...)

3. **Functie 3: Psychosociale rehabilitatie en herstel**

Kenmerken:

- Nadruk op maatschappelijke integratie
- Programma op maat van de cliënt
- Integratie van F-act werking
- Belangrijke rol van activering en ontmoeting

Wij hebben als doel binnen functie 3 om de cliënt:

- te leren hoe ze voor zichzelf kunnen zorgen;
- te leren leven buiten de GGZ;
- te helpen bij een zinvolle dagbesteding, sociale betrokkenheid en participatie in de samenleving;
- met continuïteit te begeleiden en te ondersteunen in zijn herstel;
- te ondersteunen om weer mee te doen in de maatschappij op een manier waar zij zich prettig en veilig bij voelen;
- te leren hoe ze best met hun ziekte omgaan;

Cliënten worden thuis of in centra (dagactiviteitencentra), individueel of in groep, begeleid zodat ze op de eigen situatie toegesneden steun krijgen.

Binnen het dit proces is de functie Activering erg belangrijk. Wij kunnen hier twee belangrijke invalshoeken onderscheiden:

1. Participatie aan werk

De meeste LZA (lange zorg afhankelijke) personen hebben een vraag naar zinvolle **participatie aan werk**. Heel wat mechanismen in onze werkorganisatie (werkdruk, tolerantie ivm afwijking, stabiliteit in prestatie, dure arbeid voor de werkgever,...) maken dit moeilijk.

Het vinden en houden van werk of afmaken van studie is een belangrijk onderdeel bij het begeleiden van de doelgroep. Deze begeleiding start bij de vraag van de cliënt en zijn kwaliteit van levensinvulling en biedt een methodiek aan waarbij de cliënt begeleid kan worden in een mogelijks levenslang (wisselend in intensiteit, soms intens, soms afwezig) leerproces bij het inschakelen in een werkcontext.

Deze begeleiding is één van de **primaire aandachtspunten binnen een degelijke F-act werking** en voor de individuele case-begeleider.

Het is dan ook de **opdracht van het F-act team en zijn case-begeleider** om:

- de activiteit te analyseren en af te wegen naar de mogelijkheden, draagkrachten en lasten van betrokkenen in verhouding tot zijn problematiek

- te prospecteren en aan te bieden
- te begeleiden naar en met ...
- op te volgen, tijdig te interveniëren en in te spelen op mogelijke veranderingen, terugval of groei.

De oriëntering naar werk kent verschillende vormen: regulier werk, werk in bijzondere statuten of werkomgevingen, deeltijds, vrijwilligerswerk, arbeidszorg, voltooiën van studie en opleidingspaden, ... Minstens 1 begeleider specialiseert zich als jobcoach. Hij zorgt voor een grondige lokale prospectie in Halle-Vilvoorde:

- contacten met werkgevers, Vdab, ...
- vrijwilligerswerk / beschut werk / semi-industrieel werk
- ...

De andere zorgbegeleiders kunnen beroep doen op deze jobspecialist om hun begeleidingen te onderbouwen. De jobcoach verwerft zijn expertise vanuit de coaching van een provinciaal jobcoach centrum (zoals voorhanden in vzw Walden).

Wanneer deze kwalitatieve ondersteuning aanwezig is, zal de winst naar gezondheid, kwaliteit van leven, afname van zorgconsumptie en het verhogen van empowerment toenemen.

2. Inloop- en Activeringscentrum

Een belangrijke LZA groep - met een zwakke weerbaarheid en grotere ziekte-hinder - zal in het thuismilieu geconfronteerd worden met de behoefte aan tijdsinvulling en sociaal contact. De functies ontmoeting, vrije tijd en vorming krijgen hier een plaats. Ook voor de groep die participeert aan werk zullen deze functies belangrijk zijn. Oriëntatie door de zorgbegeleiders van het F-Act team naar participatie in het reguliere aanbod is belangrijk maar zal onvoldoende zijn.

Ieder F-Act team moet kunnen terugvallen op een bereikbare infrastructuur. Op max 30' verplaatsingstijd voor de cliënt moet men kunnen beschikken over een inloop- en of ontmoetingscentrum. Het is dan ook één van de prioriteiten in de uitwerking van exploratieproject om een verspreid aanbod te realiseren. Minimaal 4 centra (+1 in Brussel) moeten in ontwikkeling komen. Vier subregio's (uitgezonderd Tervuren) beschikken al over een eerste minimale voorziening.

Deze werkwijze is inclusie gericht en empowerment bevorderend. Participerende en zelfsturende organisatievormen, psycho-educatie, en buddywerk moeten hier een plaats krijgen. Deze infrastructuren zorgen voor het nodige sociale weefsel zodat een kwalitatief leven in de thuissituatie ondersteund wordt.

Kernpartners in functie 3 van het exploratieproject betrokken

CGG Ahasverus	Asse, Halle, Grimbergen	Groepswerk individueel	Atelierwerking Buddy werking Psycho- educatie met de doelgroepen
---------------	-------------------------------	---------------------------	---

CGG Passant	Halle	Groepswork	Psycho- educatie Werkgroep Verder (suicide)
IBW De Raster	Halle, Grimbergen	Groepswork & individ.	Activeringscentrum Rehabilitatie en herstel
		individueel	Werktrajectbegeleiding
PZ St Alexius			
PZT –samen met VDAB werkwinkel- vzw Walden		individueel	Werktrajectbegeleiding

Andere belangrijke partners (groep 2 en 3) in het netwerk betrokken voor functie 3

CAW Delta	Vestiging: Dilbeek Asse	Groep	Inloopcentrum
CAW Vilvoorde		Groep	Inloopcentrum
IBW Mandragora	Elsene		Activering & rehabilitatie
IBW Festina Lente	Elsene		Activering & rehabilitatie
IBW Primavera	Laken		Activering & rehabilitatie
IBW De Hulster	Halle		Activering & rehabilitatie

Andere belangrijke partners verder te betrekken voor de uitwerking van functie 3

Sociale Werkplaatsen	Diepen Boomgaard Televille	Activering
Opleiding	Intro Joblink	Activering

De

De referentiepersoon binnen functie 3 is meestal een lid binnen het F-act team.

Gemeenschappelijke opdracht en kenmerken in overeenstemming met ACT- werking:

- ⇒ **ambulant & outreachend** : werken in kleine regio's, kennen de wijk goed.
Wijkbewoners en instanties weten hen goed te vinden.
- ⇒ **integrale aanpak**
- ⇒ **continuïteit**: het is onderdeel van een zorgketen. Het team werkt intensief samen met andere sociaal maatschappelijke instellingen (alle andere functies in dit plan) zodat de zorg gecontinueerd kan worden. Ook worden familie en omgeving betrokken bij de behandeling van een patiënt. **De patiënt krijgt zoveel en zo lang zorg als hij/zij nodig heeft**

4. Functie 4: intensieve residentiële behandeling

Naast de PAAZ-en (UZ Brussel, OLV Asse, Sint-Halle en Jan Portaels Vilvoorde) met hun specifiek aanbod is er het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius te Grimbergen - als enig in het arrondissement Halle-Vilvoorde gelegen PZ- dat residentiële behandeling biedt onder de vorm van voltijdse en deeltijdse (dag of nacht) hospitalisatie en voorziet in een gespecialiseerd zorgaanbod voor volwassen en ouderen, zijnde:

- Algemene crisisinterventie, observatie en oriëntatie
- Stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen
- Afhankelijkheidsstoornissen
- Psychotische stoornissen
- Gerontopsychiatrische stoornissen.

Doelstelling is om deze zorgprogramma's, voortbouwend op de ontwikkeling die het voorbije decennium binnen het ziekenhuis al werd ingezet, nog verder te intensifiëren. Bovendien zal er in het kader van de ondersteuning van functie 2 het concept van bed-op-recept worden gerealiseerd. Uiteraard dient afhankelijk van de doelgroep (bijv. verstandelijke handicap, forensische zorg, specifiek middelenmisbruik, ...) vanuit de regio ook verwezen te worden naar ziekenhuizen met een supra regionale werking om het zorgaanbod te vervolledigen

Functie 5: Huisvesting, woonvormen

Partners

Kernpartners van het exploratieproject in functie 5:

- Beschut Wonen De Raster - Grimbergen / Halle
- Beschut Wonen De Hulster - Halle

Andere belangrijke partners in het netwerk

- Psychiatrisch verzorgingstehuis Shepherd – PZ Sint Alexius
- Sociale huisvestingsmaatschappijen / sociale verhuurkantoren
- Intergemeentelijke diensten lokaal woonbeleid
- Beschut Wonen Mandragora - Elsene
- Beschut Wonen Festina Lente - Elsene
- Beschut Wonen Primavera - Laken

BASIS: een aanbod creëren van verschillende woonvormen (individueel, gemeenschappelijk, zelfstandig, ...), hier een netwerk tussen creëren en het bieden van ondersteuning bij de woonfunctie:

- met gradaties in de omkadering en diensten
- volgens specifieke noden en verwachtingen

Afstemming van het aanbod is noodzakelijk / overgang moet soepel kunnen verlopen

De functie WONEN is ruim, gevarieerd en weliswaar beperkt in deze regio Halle-Vilvoorde voor wat betreft het klassiek psychiatrisch woonmodel van PVT en beschut wonen.

Ruim en gevarieerd omdat de cliënt in realiteit op vandaag **in tal van andere woonsituaties** (privé al dan niet binnen familieverband, in een sociale woning of service flat, ...) **wordt begeleid en opgevolgd** door al bestaande teams van PZT, BeWo of VDip en dit buiten de twee gespecialiseerde GGZ- woonvormen.

De nadruk ligt op de individuele begeleiding, omkadering en behandeling waarbij wordt gestreefd om via F-act en rehabilitatie de personen zo lang mogelijk in hun vertrouwde woonsituatie te houden.

Beperkt door het kleine aanbod PVT en BeWo binnen Halle-Vilvoorde. Dit moet ons verplichten om het bestaande goed te organiseren (zie onder) voor een welomschreven doelgroep, nl. die mensen waarvoor belangrijke redenen zijn waardoor het alleen-wonen of een terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie (NOG) niet (MEER) mogelijk is.

Woonvormen zoals het gemeenschappelijke **beschutte wonen en PVT** zullen zich richten naar die specifieke groep cliënten waarbij:

- ⇒ Er een ernstig en/of belangrijke contra-indicatie is (al dan niet tijdelijk) om hem in de oorspronkelijke woonsituatie langdurig te laten wonen, ondanks de begeleiding en of behandeling
- ⇒ De beperkingen en psycho-sociale handicap dusdanig groot zijn waardoor een verblijf
 - in een woonvorm met een permanente aanwezigheid van begeleiding en opvolging verantwoord is (PVT)
 - een verblijf binnen een gemeenschappelijke woonvorm met latente omkadering een belangrijke meerwaarde biedt tegenover individueel wonen, al dan niet in familieverband.

Toekomstige werking en organisatie van functie 5

Kleinschaligheid en beperkte aanbod leidt ons naar maximaal gebruik van andere partners en diensten die het individueel of gemeenschappelijk wonen van mensen met langdurige (ernstige) psychiatrische problemen als dusdanig ondersteunen en omkadering kunnen bieden. Hierdoor kan een belangrijk deel van het (para-)medisch personeel UIT IBW'S ondersteuning bieden aan / maximaal worden ingeschakeld in de equipes van rehabilitatie en F-act.

Partners en diensten:

- Huishoudelijke en technische dienstenondernemingen
- Thuiszorgdiensten / ziekenfondsen
- Eerste-lijn hulpdiensten / huisartsen
- Welzijnsdiensten
- Gemeentelijk aanbod / OCMW (*ontmoetingscentra, maaltijdverdeling, ...*)

De integratie en samenwerking met bovenstaande organisaties zal ons de mogelijkheid bieden om binnen de vormgeving van het project 107 het volgende woonaanbod te realiseren:

- ⇒ De organisatie van een (weliswaar beperkt) aanbod van gemeenschappelijke woonvormen:
 - Specifiek voor een welomschreven publiek: volgens diagnose, als screening of test....
 - Gevarieerd in aanbod en in functie van de vraag *van uit functies 2 en 4*
- ⇒ De coördinatie van dit aanbod met gepaste dienstverlening (huishoudelijk / technisch ..) en praktische ondersteuning
- ⇒ Woon en verblijfvormen met ondersteuning vanuit ACT / F-act (& rehabilitatie) teams.
Bestaande casemanagers in BeWo/PZT voor individuele intensieve begeleiding (totale opvolging, inclusief activering) worden geïntegreerd binnen de functies 2 en 3. Hierdoor geraakt de ambulante werking versterkt waardoor ook in de verschillende gespecialiseerde woonvormen acute behandeling kan geboden worden, aangevuld met langdurige ondersteuning in de weg naar herstel en rehabilitatie.

5.2.2 Rol van de partners in andere activiteiten om het netwerk te doen functioneren

- **Deelname in het algemeen beleid en overleg GGZ Halle-Vilvoorde:**
Alle partners uit groep A, B en C maken deel uit of kunnen toetreden tot de **Denktank Halle - Vilvoorde** (zie 5.5 en overeenkomst in bijlage).
- **Deelname in de sturing van exploratieproject Halle-Vilvoorde-Brussel**
Om het exploratieproject te sturen en verder uit te werken wordt **een stuurgroep** opgericht (zie 5.5 Management)
- **Deelname in de verschillende functies of werkgroepen (5):**
De dagelijkse sturing van het project wordt opgesplitst in werkgroepen per functie met vertegenwoordiging vanuit elke dienst die betrokken is bij de uitbouw van het netwerk (zie 5.5 Management).
- **Betrokkenheid in de opzet van vorming:**
Binnen Halle-Vilvoorde is nu al drie maal per jaar een vorming voorzien waar de hulpverleners van de regio kunnen aan deelnemen (CGG, PZ, IBW, PZT, VDIP). Dit gaat tot nu toe door in het PZ St-Alexius te Grimbergen. Bij het starten van de nieuwe werkvormen zal deze vorming

- een prioritaire opdracht krijgen. Eenvormige registratie, methodiekscholing met de nieuwe werkvormen, werkbegeleiding, monitoring, enz... zullen hierbij systematisch aan bod komen.
- **Betrokkenheid in de opzet van good practice en evaluatie** (zie 5.4)

5.3 NIEUWE ROLLEN

Rollen in de structuur

- **Netwerkcoördinator:** op vandaag en in een eerste periode - bij eventuele goedkeuring van het project - wordt deze functie door het PZ Sint-Alexius waargenomen in de persoon van Geert Bronselaer, directeur patiëntenzorg. Hij wordt hierbij terdege ondersteund vanuit het CGG Ahasverus (Eric Stijnen), het CGG PassAnt (Mimi Deboisserie), het IBW De Raster (Philip Pittevels) en het SPPIIT (Cindy Baillieu). Vanzelfsprekend zal de erkenning leiden tot de aanstelling van een voltijdse coördinator met kennis van onze regio en diensten.
- **Verantwoordelijken van een dienst:** dit zijn alle vertegenwoordigers van de verschillende structuren en organisaties die dit projectvoorstel mee hebben ondertekend en gemandateerd worden om via de Denktank en Stuurgroep bij te dragen tot de uitbouw van het netwerk en de bijhorende functies van exploratieproject.
- **Referentiepersonen:** elke functie moet zijn referentiepersonen kennen, elementair in de zorg rond de patiënt. Wij kennen deze functies vanuit de opzet van de therapeutische projecten waarbij de zorgcoördinator de referentiepersonen rond de patiënt weet samen te brengen. Binnen de functie 1 is dat in de eerste plaats de huisarts, mogelijk gevolgd door een persoon binnen het CGG of andere eerstelijns dienst. Binnen de functie 2 is dat in de eerste plaats een lid van het mobiel team (ACT, F-Act). Bij aansluiting bij functie 3 wordt de referentiepersoon binnen het F-Act team best behouden, aangevuld met een persoon uit functie 3. Binnen functie 4 hebben we de individueel toegewezen begeleider als referentiepersoon van de zorgeenheid waar de betrokkene voor intensieve behandeling is opgenomen. Binnen functie 5 hebben we de zorg- of woonbegeleider van beschut wonen, PVT of huisvestingsmaatschappij.
- **Werk in mobiel team:** de uitbouw van functie 2b en in zekere mate ook 2a gebeurt vanuit de huidige projecten PZT en V-Dip. Deze projecten, ook gericht naar de volledige regio van Halle-Vilvoorde, zijn vandaag al goed geïntegreerd in de eerste-lijn (SEL - GDT). Hun ervaring in de mobiele en ambulante werking - naast eerstelijns diensten - is van onschatbare waarde bij de toekomstige uitbouw. De aanwezige kennis en expertise zal in het voordeel spelen van de nieuwe medewerkers die vertrouwd dienen te geraken met het outreachend, ambulant, aanklampend en soms intensief werken. Aangezien wij ons ook in de eerste fase op de volledige regio van Halle-Vilvoorde zullen richten, is 'mobiliteit' en 'efficiëntie' van het ambulante team een belangrijk aandachtspunt (zie ook knelpunten – 6.2)

- **Competenties:** met de sturing van het project PZT en de ambulante werking binnen beschut wonen en V-Dip is duidelijk geworden welke vaardigheden de mensen in de mobiele werking dienen te beschikken. Een zeker niveau van ervaring, zelfstandigheid en zelfstandig willen werken is bij het opstarten onontbeerlijk. Door de gewijzigde positie van de hupverlener – die zich nu meer in de leefsituatie van de patiënt begeeft - wordt van hem een grote vorm van empathie en zelfzekerheid verwacht.

Een aanbod van, bij voorkeur op evidentie gebaseerde methodieken dienen maximaal beschikbaar gesteld te worden binnen de F-act werking. De activiteiten die het team - al naargelang de fase en aard van de begeleiding –ontwikkelt, aanbiedt en opvolgt, zijn:

<i>Diagnostiek, monitoring</i>	<i>klinisch en testing in samenwerking met de andere diensten</i>
<i>Therapeutisch aanbod</i>	<i>Verschillende therapieën worden aangeboden in samenwerking met de andere diensten (CGG, PZ, CAW...)</i>
<i>Functie ACT</i>	<i>Methodiek van opvolging wordt eigen gemaakt</i>
<i>Psycho-educatie</i>	<i>In samenwerking met diensten functie 3 en familiegroep en met integratie van ervaringsdeskundigen</i>
<i>Psychiatrische Crisiszorg Thuis</i>	<i>In samenwerking met de functie 2A voor subacute zorg (ACT benadering)</i>
<i>Therapeutisch Overleg</i>	<i>De zorgcoördinatoren organiseren de naadloze trajectbegeleiding ; zij ontwikkelen of volgen het overleg op waar nodig</i>
<i>Gezinsinterventies</i>	<i>De familie wordt maximaal betrokken waar nodig.</i>
<i>Individual Placement Support (IPS)</i>	<i>Begeleiding of ondersteuning op werkvloer en op de school</i>
<i>Farmacotherapie</i>	<i>In samenspraak met huisarts</i>
<i>Empowerment</i>	<i>Ondersteunen en betrekken van Ervaringsdeskundigheid en zelfondersteunende acties</i>

5.4 INSTRUMENTEN VOOR COMMUNICATIE EN KWALITEITSMONITORING

De huidige instrumenten voor dossierbeheer zullen geëvalueerd worden naar bruikbaarheid in de toekomstige nieuwe teams. Er wordt gestart met:

1. Het Elektronisch Zorgplan:

Dit werd ontwikkeld door GDT- PZT en wordt onder meer gebruikt in de psychiatrische thuiszorg, het zorgoverleg binnen de Therapeutisch Projecten, maar ook de reguliere thuiszorg. Dit zorgplan is een gedeeld dossier tussen de verschillende zorgactoren en de patiënt en bevat de afspraken en contactgegevens tussen hulpverleners, familie en patiënt.

2. Individueel Dossier

Verskillende instrumenten kunnen hier op hun bruikbaarheid geëvalueerd worden.

1		
	a	Elektronisch Patiëntdossier CGG
		mpg registraties, en dossiergegevens
	b	F ACT opvolgbord voor het Team
		systematische opvolging van de patiëntengroep
		met vermelding van de afspraken
		met permanente Monitoring (outcome monitoring) van ernst van symptoomniveau, suïcide risk, netwerk, rehabilitatie
2		Elektronisch Patiëntdossier PZ
		Interdisciplinair instrument voor kwaliteitsvolle zorgcommunicatie, instrumentarium ontslagmanagement

3. Monitoring van Kwaliteit van Leven

Gebruik van Mansa en/of verwante instrumenten die op een eenvoudige wijze feedback geven over Het ervaren door de cliënt van zijn kwaliteit van leven (werk, tevredenheid, wonen ed.). Binnen dit domein houden we rekening met de geldende wetgeving patiëntenrechten en wordt de inbreng van een **ombudsfunctie** bekeken.

5.5 MANAGEMENT- EN BESTUURSMODEL

5.5.1 Organogram van netwerk: hoe worden de deelnemende partners gemanaged en beheerd om de doelstellingen te realiseren.

1 Denktank GGZ Halle-Vilvoorde:

Overlegplatform m.b.t. het algemeen beleid en de zorgvernieuwing in de regio. Deze Denktank vormt de basis voor de organisatie van de GGZ in Halle-Vilvoorde. We kunnen stellen dat dit de algemene vergadering van het netwerk is.

2 Stuurgroep van het exploratieproject

Om het exploratieproject te sturen en verder uit te werken wordt een **Stuurgroep** opgericht, samengesteld uit vertegenwoordigers die deel uitmaken van de Denktank en die participeren in

het project met een investering van middelen. Deze stuurgroep wordt de 'raad van bestuur' van het project. Elke investerende organisatie mag twee gemandateerden afvaardigen.

De stuurgroep kiest onder zijn leden een voorzitter. Dit mandaat wordt driejaarlijks hernieuwd. Tot de verkiezing van een voorzitter zit bij de opstart de netwerkcoördinator de stuurgroep voor.

Bij de erkenning en start van het project zullen een specifieke samenwerkingsovereenkomst en huishoudelijk reglement worden opgesteld, gebaseerd op de uitgangspunten die in de samenwerkingsovereenkomst van de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde zelf worden gehanteerd.

Een belangrijk element hierin is dat partijen geen nieuwe initiatieven nemen m.b.t. tot uitbouw van één van 5 functies zonder voorafgaandelijk overleg met en advies van de leden van de stuurgroep en Denktank.

5.5.2 Partners motiveren tot betrokkenheid door:

Vertegenwoordiging in de sturing en het beleid

Zie punt 5.5.1: sturing en beleid.

Opdrachten in de samenwerkingsovereenkomst:

- toezien op de naleving van de overeenkomst, de visie en de doelstellingen van het project
- de evolutie naar een geïntegreerd zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg en netwerkvorming evalueren en de ontwikkeling ervan bevorderen
- het stimuleren van het netwerkdenken tussen de partijen
- actief deelnemen aan provinciale afstemming van deze geestelijke gezondheidszorg via informatie en terugkoppeling in de stuurgroep en de werkgroepen van het overlegplatform;
- het verzekeren van de communicatie met externen rond de samenwerkingsovereenkomst en de ontwikkelingen van het exploratieproject
- ervoor zorgen dat andere partijen dan de gesubsidieerde geestelijke gezondheidszorg, vrij en ongedwongen hun mening kunnen uiten en hiervoor, indien nodig, specifieke strategieën ontwikkelen
- verzoenen bij eventuele conflicten tussen de partijen

Delen van het gemeenschappelijk zorgterrein en detachering in de uitwerking

Het gemeenschappelijke zorgterrein, waar ieder opereert, wordt bevolkt door detachering van middelen en personeel naar de nieuwe werkvormen. Dergelijke detachering vraagt een organisatie welke een natuurlijke band creëert met zowel de moederorganisaties als de nieuwe werkeenheden.

Werkgroepen per functie

Ten einde concrete zorgvernieuwingprojecten te implementeren en uit te werken zal de Denktank werkgroepen oprichten welke concrete opdrachten krijgen toebedeeld. Deze opdrachten zullen

schriftelijk omschreven worden, met aandacht voor de taakomschrijving en de doelstellingen, het engagement van de partijen, het mandaat dat de deelnemers gegeven wordt, de verwachte tijdsinvestering en de termijn waarbinnen het forum resultaten beoogt. De gemandateerden van de Denktank zullen het nodige doen om vanuit de eigen voorziening de geschikte mensen naar een werkgroep af te vaardigen en hen de nodige ruimte te geven om actief te participeren, zowel wat het overleg betreft als de voorbereiding en opvolging ervan.

6. ONTWIKKELINGSSTRATEGIE VAN HET NETWERK

6.1 FASERING

NAAR BEHANDELINGSTEAMS IN DE THUISOMGEVING VOOR MENSEN MET PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN (FUNCTIE 2)

In een eerste fase willen wij met het exploratieproject - ondanks de beperkte beschikbare middelen via art. 107 & art.33 - toch een eerste aanzet te geven tot het ontwikkelen van de functie 2 en het optimaliseren van de functie 3. Eens er meer duidelijkheid zal bestaan over het verkrijgen van voldoende bijkomende middelen, zou idealiter voor elke subregio's best gekomen worden tot:

- één basisteam 'intensieve ambulante behandeling in de thuisomgeving voor acute en/of subacute psychiatrische problemen' (functie 2a)
- één of meerdere basisteams 'ambulante behandeling in de thuisomgeving voor langdurige psychiatrische problemen' (functie 2b)
- een evenwichtige goed op elkaar afgestemde uitbouw van het aanbod in zake psychosociale rehabilitatie (functie 3)
- het optimaliseren van de werking van de functies 1, 4 en 5 in het kader hiervan

PLANNING

FASE 1 - Periode 2011 – 2012: Uitwerken van functie 2 b + optimaliseren van functie 3

Door ter exploratie één ambulante behandelteam in de thuisomgeving voor chronische psychiatrische problemen uit te bouwen in de rand (Halle-Vilvoorde) rond Brussel mits het op korte termijn:(cfr.)

- o vrijmaken van middelen via artikel 107 door in een eerste fase 8 T-bedden en 3 T-dag stoelen buiten gebruik stellen in het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius (*slechts een capaciteit van 171 bedden*), met de optie te onderzoeken of in een volgende fase nog extra herallocatie kan.
- o versterkt met middelen vanuit de CGG's, het Project Psychiatrische Thuiszorg, Beschut Wonen, de therapeutische projecten, Activering & Arbeidszorg, ontslagmanagement, ...
- o voortbouwend op de huidige werking van de transmurale équipe psychiatrische thuiszorg (SPPiT) welke nu al heel wat patiënten uit de doelgroep voor functie 2 b begeleidt

- ondersteund door:
 1. een toegenomen 'transmurale werkwijze' vanuit de verschillende zorgeenheden (teams) van het ziekenhuis (functie 4), maar ook de teams CGGZ (VDIP), Beschut Wonen en andere
 2. een doelgerichter maar naadloze instroom vanuit de ambulante behandeling in de thuisomgeving naar deze specifieke intensieve zorgprogramma's (functie 4) waar nodig ... en terug!
- op basis van de samenwerkingsovereenkomst van de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde het aanbod en de (samen)werking van de in de regio bestaande initiatieven inzake psychosociale rehabilitatie te optimaliseren en waar nodig zelfs gezamenlijk een nieuw aanbod te realiseren, mits pooling van middelen.

Fase 2 – periode 2013 – 2015: Uitwerken van de functie 2a via bijkomende allocatie van middelen op basis van art. 107 & art 33

Indien men vanuit een evidence-based methodiek ambulante teams wil inrichten voor de ganse groep van mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische problemen, dan kan er voor gekozen worden om op termijn aansluiting te zoeken met het werkmodel van een F-act team organisatie en dit voor alle subregio's.

Eens dit uitgebouwd (2013?) kunnen bestaande ambulante behandelingsteam in de thuisomgeving voor langdurige psychiatrische problemen worden versterkt met teams voor intensieve behandeling in de thuisomgeving van mensen met acute en subacute psychiatrische problemen.

Het vinden van voldoende middelen via artikel 107 en art. 33 (regionaal? supraregionaal) is hier vandaag nog de grote onbekende, omwille van het toch wel zeer beperkte startkapitaal (lees psychiatrische ziekenhuisbedden en andere in de regio zelf (zie p.28 – Programmering GGZ).

Fase 3 – periode 2016 tot 2020: Groeien naar een maximale invulling van de 5 functies, met meer specifiek de functies 2a en 2b + 3 (FACT-werking) voor de ganse regio (rand)

Indien:

- art 107 verder ontwikkeld wordt door de overheid met aandacht voor programmering
- de samenwerking positief verloopt
- de methodiek slaagt in haar opzet,
- met een grote tevredenheid van gebruikers en familie

dan kunnen de ambulante teams in elke subregio mogelijks verdubbeld worden (bv. 10 teams bestaande uit 7 à 9 VTE's) en alle functies versterkt. Dit zou toelaten een kwalitatieve zorg (volgens F-act certificatie) te ontplooiën in de ganse regio en voor een zeer grote groep van mensen met ernstige psychische problemen in de thuisomgeving.

6.2 RISICO MANAGEMENT

Het voorgestelde model is sterk geïnspireerd door de zorgorganisatie in Engeland en Nederland. De centrale peiler is het 'F-Act teamtype'. Voor deze werkwijze bestaat heel wat evidentie en praktijkervaring. Anderzijds kan ze niet los gezien worden van de andere modulering: activering, wonen en crisisopvang. De laatste buffer blijft de residentiële opvang.

6.2.1. DE GRENS VAN DE NETWERKINVESTERING.

Halle-Vilvoorde behoort (naast de Kempen, Genk en Zuid-Oost Vlaanderen) tot de laagst geprogrammeerde zorgregio's van Vlaanderen. Anderzijds moet ze meer dan 10,6% van de Vlaamse bevolking bedienen met een performante hulp. Brussel is ambulant sterker uitgebouwd, maar heeft residentieel voor de nederlandstalige bevolking slechts beperkte opvang. De draagkracht van de huidige partners is echter ontoereikend om veel verder te gaan.¹

Na 2015 zitten wellicht alle organisaties in de regio op de grens van de netwerkinvestering.

Volgende cijfers geven duidelijk de impact weer van de programmering:

6.2.2. EEN DAADKRACHTIGE CORRECTIE DOOR DE OVERHEID.

Het moet de doelstelling zijn om alle burgers een vergelijkbare zorg aan te bieden (rekening houdend met specificiteit van een regio). Residentiële zorg kan men geconcentreerd ontwikkelen. In de ambulante zorg is dit onrechtvaardig. De overheid zal de belangrijke gevolgen van deze

¹ Programmering GGZ naar bevolking

Regio	Bevolking	PZ	PAAZ	CGG	BW	PTZ	CAW
Halle-Vilvoorde	594295	170	90	52	9	4	61
Leuven	465.937	1470	75	64	330	13	117
Antwerpen	969.269	1490	290	145	76	8	318
Brugge-Oost	486.967	887	160	70	44	2	162
Kortr/Roeselare	651.536	722	165	80	34	6	97

(er zijn onnauwkeurigheden in deze cijfers: zoals referentie werkjaar voor sectoren) Rood=bedden en zwart = VTE

programmeringgeschiedenis moeten opvangen. Tijdens de experimentele fase worden organisaties opgeroepen voor een vrijwillig engagement. We kunnen als achtergestelde regio hopen dat er een vrijwillige correctie zal komen in de programmering door de collega organisaties uit de andere regio's. Indien men hier echter tegen 2015 niet in slaagt, dan is de vraag hoe het verder moet.

Daarnaast dienen in de regio Halle-Vilvoorde de kernfuncties van de verschillende organisaties (CAW, CGG, IBW...) minimaal versterkt te worden tot de gemiddelde vergelijkbare sterkte van de andere zorgregio's in Vlaanderen.

6.2.3. GRENZEN VAN NETWERKVORMING.

De nieuwe teams met gedetacheerd personeel brengen arbeidsrechtelijk en naar samenwerking binnen het team heel wat vragen met zich mee. Budgetten voor opleiding, verloning, verschillende CAO's en regelgeving, vakantie, recuperatie, enz... kunnen behoorlijk verschillen van organisatie tot organisatie. In welke mate hier een harmonisatie mogelijk wordt, is vandaag nog onbekend.

6.2.4. WERKNEMERS.

De implementatie zal tevens veel sociaal overleg vragen met de belangengroepen. Deze extra investering is geen bijkomstigheid. Men dient deze best op voorhand te begroten in tijd en middelen. De partners van het exploratieproject zorgen er dan ook nu al voor dat de reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg een vast thema is van bespreking en overleg op de verschillende staf- en teamvergaderingen, de ondernemingsraden en comité's, de medische raden, directiecomité's en de raden van bestuur en andere.

6.2.4. WET OP EXPERIMENTEN MET MENSEN.

De nieuwe wetgeving (2004) is wellicht van toepassing op deze nieuwe klinische werkwijze. Dit zal de nodige begeleiding vragen naar info voor cliënten, verzekering en ethische commissies.

7. FINANCIERING EN MIDDELENALLOCATIE

Zoals al beschreven onder '6.1. Fasering' moeten de multidisciplinaire équipes voor functie 2a en 2b in het werkingsgebied nog volledig uitgebouwd worden

- via herallocatie van middelen op basis van art. 107 en art. 33
- maar ook door detachering vanuit en/ of pooling met de bestaande projecten van zorgvernieuwing (PZT, TP, VDIP,...)
- en afstemming van de werking met de équipes van de verschillende zorgprogramma's binnen functie 4, de begeleidingséquipes binnen functie 5 (BeWo, PVT) en functie 3 (psychosociale rehabilitatie).

Bovendien moet de medische functie voor de ambulante behandelingsteams nog uitgetekend worden in overleg met de hoofdgeneesheer en psychiaters van de betrokken ziekenhuizen en/of voorzieningen nog uitgeklaard naar inhoud, organisatie en financiering; en dit conform de bepalingen van de projectoproep.

In een eerste fase 2011-2012 hopen wij voor het opstarten van een team naar F-act model (functie 2b en functie 3) minimaal 14 VTE's te kunnen vrijmaken:

<i>PZT + TP + Arb. zorg</i>	Momenteel beschikbaar	3
<i>BW – de Raster</i>	Via individueel BeWo	2,5
<i>PZ St-Alexius</i>	Art 107	5,5
	via projecten zoals ontslagmanagement en andere vdip, A+,...	
<i>CGG Ahasverus</i>	Volw. Team	2,5
	Activering	
	Vdip	
<i>CGG PassAnt</i>	Volw. Team	0.5
	Vdip	
<i>Totaal</i>		14,00

Dit zou toelaten om vanuit het F-act team in elk subgebied minimum 4 VTE beschikbaar te hebben. Doelstelling is uiteraard om zo vlug mogelijk na de opstartperiode (periode 2011-2012) tot een aantal van 25 voltijds equivalenten te groeien. De bereidheid van de partners is er om naar creatieve oplossingen te zoeken die meer VTE's vrijmaken dan in de tabel hoger aangegeven.

Hoe wij dit echter op zeer korte termijn kunnen realiseren in een regio met slechts 1 psychiatrisch ziekenhuis met 171 bedden/stoelen (art .107 beperkt!) en een beperkte capaciteit voor de ambulante voorzieningen geestelijke gezondheidszorg, is vandaag nog wat koffiedik kijken. Het zal slechts realiseerbaar zijn wanneer alle voorzieningen en organisaties in Halle-Vilvoorde de krachten bundelen, aangevuld met misschien toch wat extra hulp van buitenaf.

Bijlagen:

1. Overzicht van overlegmomenten art. 107 – BHV
2. Model van samenwerkingsovereenkomst