



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



## **Projectvoorstel regio Eeklo – Gent**

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

### **Netwerkpromotor:**

Luc De Schepper, [luc.de.schepper@fracarita.org](mailto:luc.de.schepper@fracarita.org)

### **Netwerkcoördinatoren:**

Jo Van de Voorde, [jovandevoorde@psygent.be](mailto:jovandevoorde@psygent.be)  
Stein Storme, [steinstorme@psygent.be](mailto:steinstorme@psygent.be)

# Het projectvoorstel

## 1. Toelichting van de visie van het project

De Kernactoren van de regio beslisten reeds in 2009 om een gezamenlijke visie uit te schrijven en te laten ondertekenen door hun respectievelijke raden van beheer. De gezamenlijke missie werd als volgt gedefinieerd:

*“ De Kernactoren hebben als gesubsidieerde organisaties van professionals een heel belangrijke verantwoordelijkheid in de zorg met het oog op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de bevolking van de regio Kernactoren - Gent.*

*Zij willen oog hebben voor manco's in zorgcontinuïteit in het bestaande aanbod van diagnostiek, behandeling, begeleiding en zorg. Zij willen focussen op de toegankelijkheid van de bestaande diensten en de aansluiting op de eerste lijnsgezondheidszorg, waarin de huisartsen een belangrijke rol spelen.*

*Om dit te realiseren hebben alle burgers recht op zowel gegarandeerde basiszorg, als gegarandeerde specifieke zorg.*

*Basiszorg voor geestelijke gezondheid betreft hier snel starten van zo kort mogelijke interventies, gericht op behandelen en herstel waarbij de preventie van chronifiëring op de voorgrond staat. Oog hebben voor blijvende maatschappelijke inbedding en rehabilitatie is steeds aanwezig.*

*Specifieke zorg voor geestelijke gezondheid betreft pathologiespecifieke of doelgerichte programma's, georganiseerd in zorgcircuits. Deze zorgcircuits en behandelprogramma's hebben een specifiek verloop en werken in op structurele kwetsbaarheden. Ook hier zijn herstel, rehabilitatie en hervulpreventie steeds aan de orde.*

*Aan de huisartsen en andere eerstelijnsdiensten worden via de basiszorg, handvatten en tools aangeleverd door de Kernactoren. In de specifieke zorg wordt de patiënt vlot toegeleid naar multidisciplinaire teams met expertise in welomschreven pathologieën, doelgroepen en diverse methodieken.*

*De Kernactoren willen inspanningen leveren om voor welomschreven doelgroepen netwerken uit te bouwen die alle vereiste modules van basiszorg en specifieke zorg aanbieden. Dit hertekenen van de psychiatrische hulpverlening ten behoeve van de Gentse regionale bevolking veronderstelt nieuwe initiatieven die parallel, mogelijk ook prioritair zijn aan het afbouwen (realloceren) en herverkavelen van intramurale bedcapaciteit. “*

Deze missie wordt toegelicht onder punt 3: doelstellingen.

## 2. Doelgroep

Het project richt zich tot (jong)volwassenen vanaf 16 jaar met een psychische of psychiatrische problematiek.

## **2.1 Epidemiologie in de bevolking**

Voor informatie over de prevalentie en incidentie van psychische problemen bij de Vlaamse bevolking kunnen we enkel terugvallen op de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD).

Tussen 2001 en 2002 werden hiervoor 2419 personen ouder dan 18 geïnterviewd. Uit dit onderzoek bleek dat minstens één op de vier ondervraagden één psychiatrische stoornis had gehad in zijn leven en een op negen in de laatste 12 maand. Depressie in enge zin (13,6%) en alcoholmisbruik (7,7%) kwamen het vaakst voor op lifetimebasis. Depressie in enge zin (4,6%) en specifieke fobie (3,1%) kwamen het meest voor in de laatste 12 maanden. Men stelde ook een hoge prevalentie voor psychiatrische comorbiditeit vast. 37,5% van de mensen die ooit een psychiatrische stoornis doormaakten rapporteerden minstens twee stoornissen. Incidentie en prevalentiecijfers zeggen weinig over de mate waarin een beroep wordt gedaan op hulpverleners of zorgvoorzieningen. Niet alle mensen met psychische problemen zoeken professionele hulp (filtermodel Goldberg & Huxley). Van het deel dat wel hulp zoekt komt er een gedeelte terecht bij de huisarts of andere eerste lijnsvoorzieningen. Vanuit de eerste lijn wordt er slechts een gedeelte doorverwezen naar de residentiële voorzieningen. ESEMeD toonde aan dat één op de drie personen met een psychische stoornis een professionele hulpverlener consulteerde. Het vaakst gebeurde dit door personen met een stemmingsstoornis (43%), angststoornis (38%) en alcoholgerelateerde stoornis (17%). Het vaakst werd de huisarts geconsulteerd al of niet in combinatie met een psychiater. Voor degene die hulp zochten, kreeg de meerderheid een medicamenteuze behandeling, al of niet in combinatie met een psychologische behandeling. 32% van de mensen met een psychische stoornis gebruikte het afgelopen jaar een psychofarmacum (46% personen met stemmingsstoornis, 31% personen met angststoornis en 19% personen met een alcoholgerelateerde stoornis). Voor incidentie en prevalentiecijfers kunnen we ook gedeeltelijk terugvallen op 'the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS). NEMESIS 1 vond plaats in 1996, maar kreeg in 2007 – 2009 een vervolg in NEMESIS 2. We kunnen uit dit laatste onderzoek onthouden dat er in Nederland de laatste 10 jaar geen significante veranderingen werden vastgesteld bij de prevalentiecijfers. Een van de conclusies bij NEMESIS 2 was dat het zorggebruik de laatste 10 jaar licht was afgenomen.

## **2.2 Aanmeldingen van problemen rond geestelijke gezondheid in de regio Gent**

Prevalentie- en incidentiecijfers geven slechts een beperkt beeld over de behoeften naar geestelijke gezondheidszorg. Op basis van de Minimale Psychiatrische gegevens (MPG) van de afgelopen 10 jaar van de Gentse psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-en stellen we vast dat het aantal opnames voor de doelgroep volwassenen de afgelopen 10 jaar steeg van 5239 naar 6620. Deze stijging in het zorggebruik is vooral te wijten aan het stijgend aantal opnames binnen de klinische doelgroep stemmingsstoornissen en de doelgroep stoornis in middelen. Bij beide doelgroepen steeg het aantal opnames de voorbije 10 jaar met 50%. Dit in tegenstelling tot de klinische doelgroep schizofrenie en andere psychotische stoornissen, waarbij het aantal jaarlijkse opnames vrij gelijk bleef.

Uit ESEMeD bleek dat de stemmingsstoornissen en stoornis in middelen het vaakst voorkomen. We zien deze trend terugkomen in de minimaal psychiatrische gegevens. In 2009 waren meer dan de helft van de opnames, opnames van mensen met een stemmingsstoornis of middelenstoornis.

Bij de centra geestelijke gezondheidszorg stellen we eenzelfde patroon vast. Via de registraties in het Electronisch Patiëntendossier ( EPD) zien we dat meer dan de helft van de cliënten, mensen zijn met een angst- en/of stemmingsstoornissen of een stoornis in middelen.

Wanneer we echter kijken naar benutting van de aanwezige capaciteit bv. op 31 december 2009, dan stellen we vast dat de residentiële settings voor 30% worden ingenomen door de doelgroep schizofrenie of andere psychotische stoornissen. Een doelgroep die in het cliënteel van de centra voor geestelijke gezondheid quasi niet aanwezig is. Ook informatie over het actuele zorggebruik zegt niet alles over de behoeften van de doelgroep. Er is nood aan het verzamelen van bijkomende informatie (zie functie 4 p.26).

### 3. Doelstellingen

#### 3.1 De cliënt

Uit het missiedocument zijn de volgende grote doelstellingen op het niveau van de cliënt te onderscheiden:

- bevorderen van de geestelijke gezondheid van elke inwoner uit de regio
- aanbieden van zorg op maat
- garanderen van continuïteit van zorg

Het **bevorderen van de geestelijke gezondheid** start o.i. bij **preventie**. Niettegenstaande het netwerk, naast vele andere, een rol kan spelen bij de gezondheidspromotie (voorkomen van psychische problemen), zal de inbreng van het netwerk zich voornamelijk toespitsen op ziektepreventie en hervalpreventie.

Bij de ziektepreventie bestaat het doel er in **psychische problemen zo snel mogelijk op te sporen** en verergering te voorkomen door de gepaste acties snel op te starten.

Het netwerk wil dit realiseren door de **actoren uit de eerste lijn te ondersteunen** door middel van het aanreiken van de nodige handvatten en instrumenten voor het **snel opsporen van psychische problemen**.

Verder moeten de actoren uit de eerste lijn kunnen rekenen op advies en consult vanuit de ggz-actoren.

Wanneer **gespecialiseerde zorg** (verder) noodzakelijk is, moet deze snel ter beschikking worden gesteld.

Ondersteuning, advies en consult, zal vooral een opdracht worden voor de mobiele teams, CGG's en aanmeldpunten. Deze laatste hebben ook nog als opdracht een **snelle en laagdrempelige toegang** tot een gepast gzz-aanbod te garanderen.

Tot slot wenst het netwerk prioritair een **module vroegdetectie en interventie psychose** (VDIP) uit te bouwen gezien het ingrijpende karakter van deze problematiek.

Bij de hervalpreventie ligt het accent op het **voorkomen van herval en/of chronificering** met zijn nefaste invloed op meerdere levensdomeinen van de betrokkenen en zijn omgeving. Niettegenstaande het een opdracht is voor elke actor in de gezondheidszorg, is dit in bijzonder een opdracht voor de mobiele teams. Mensen met een langdurige en complexe problematiek, waarbij het ziekteverloop zich kenmerkt door een wisselend verloop, behoren tot de doelgroep van de mobiele teams. Afhankelijk van hun actuele situatie zal de **zorg variëren** van **intensief naar onderhoudend**, maar uit beeld verdwijnen ze niet.

Het netwerk wil deze principes in de uitbouw van zijn mobiele teams integreren.

Hervalpreventie situeert zich ook op het niveau van het residentieel aanbod door de **opnametijd te beperken**.

Dit wordt mogelijk wanneer de residentiële **zorg op maat** en intensief wordt aangeboden. Het netwerk wil dit

realiseren door het **huidige aanbod vanuit dit perspectief kritisch te onderzoeken** en na te gaan waar **herschikking** wenselijk is. Goede samenwerkingsafspraken met de mobiele teams moeten dit mogelijk maken. Het lijkt evident hierbij dat ook tijdens een residentiële opname de mobiele teams actief in beeld blijven. Het aanbieden van zorg op maat is slechts realiseerbaar wanneer het netwerk voorziet in een **volledig aanbod**. Een volledig aanbod heeft niet alleen een inhoudelijk component, waar aandacht is voor **voldoende basiszorg** en **gespecialiseerde zorg en waarbij de huidige en toekomstige lacunes worden weggewerkt**. De volledigheid van het aanbod vertaalt zich ook in een **grotere differentiatie en modi** waarmee de zorg wordt aangeboden.

Het netwerk wil zoals hierboven werd aangegeven het huidig aanbod kritisch onderzoeken ook vanuit dit perspectief. **Zorg in de samenleving** is in de regio te weinig aanwezig. Het is dan ook een van de prioriteiten van het netwerk om op korte termijn een aantal **mobiele teams** op te richten.

Het aanbieden van **continuïteit van zorg** is essentieel voor mensen met een langdurige en complexe problematiek. Om dit voor deze doelgroep te kunnen realiseren is er nood aan één **uniform zorgplan** en een **goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende functies**.

Mensen met **wisselende noden** zullen vaak tussen verschillende functies circuleren. Het netwerk wil bij de uitbouw van nieuwe functies en het aanpassen van het huidig aanbod hier specifiek aandacht voor hebben. Tijdens de ganse beweging van de extramuralisering is het evident dat hierbij rekening wordt gehouden met de patiënt. De reallocatie van bedden, in functie van opbouw naar de mobiele functies, mag geenszins betekenen dat het zorgaanbod voor de cliënt wordt onderbroken.

### 3.2 Medewerkers

Indirect vertalen bovenstaande doelstellingen zich naar specifieke doelstellingen met betrekking tot het personeel van de deelnemende voorzieningen. **Informer en enthousiasmeren** zijn hierbij sleutelwoorden. Medewerkers dienen op de hoogte gesteld te worden van de ontwikkelingen en beleidskeuzes met betrekking tot artikel 107. Momenteel vinden op diverse niveau's **communicatiemomenten** plaats binnen de diverse organisaties. Het netwerk wil deze communicatie continuëren in het verdere verloop van het proces. Het informeren moet bij medewerkers een **draagvlak** creëren, waardoor een gevoel van **veiligheid** ontstaat (i.f.v. werkzekerheid). Daarnaast wil het de **betrokkenheid** en **interesse** in het project **stimuleren** zodat medewerkers geënthousiasmeerd worden om zich te engageren voor het verder concreet uitwerken van deelprojecten.

Zeker voor de pioniers, die de eerste mobiele equipes zullen bemannen, wil het netwerk de noodzakelijke **vorming** en opleiding uitwerken. We schuiven hier de principes van de lerende organisatie naar voor als model om het leren binnen de teams te stimuleren. Om goede zorg te realiseren, zijn tevreden medewerkers een belangrijke voorwaarde. De **tevredenheid** van de medewerkers wordt mee gefaciliteerd via **zelfsturende teams**. Betrokkenheid en **inspraak** in het ontwikkelen en uitwerken van de “nieuwe” teams, in combinatie met **coachend leiderschap** zijn hierin essentieel.

### 3.3 Netwerk

Uit pragmatische overwegingen wordt gestart met alle Kernactoren samen, maar tevens leeft het besef dat de complexiteit en het profiel van de regio (grootte, aantal partners, concentratie van middelen rond Gent, ...) een vlotte werking kan hypothekeren. In die zin wordt daarom geopteerd om in 2011 een tweede projectaanvraag in te dienen om twee of meerdere netwerken op te richten. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is het streven naar een model waarin de actoren collega's worden bij het aanbieden van zorg op maat.

Het netwerk streeft daarnaast naar een **efficiëntere inzet** van de beschikbare middelen vanuit het oogpunt van het aanbieden van **kwaliteitsvolle zorg**.

De **patiëntenrechten** formuleren het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening. Kwaliteitsvolle dienstverlening impliceert ook het werken volgens **Evidence Based Medicine**. De regio Eeklo - Gent heeft als troef dat het gebruik kan maken van de expertise van de Universiteit en de Universitaire dienst Psychiatrie van het UZ,

Mogelijke toetsstenen:

- basisdocumenten: missiedocument, wet op de patiëntenrechten en behandelrichtlijnen
- bevraging van gebruikers - medewerkers
- klachten vanuit patiënten, familie, hulpverleners
- feedback uit de eerste lijn – aanmeldpunten
- indicatoren zoals duur residentiële opname, cijfergegevens mbt instroom, wachtlijsten, volledigheid van zorgplannen, deelname aan en investering in vorming, uitkomstenmanagement, ontslagen tegen advies, begeleiding door mobiele teams, residentiële (her)opnames, ... .

## 4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

### 4.1 Regio

De samenwerking Kernactoren wil de geestelijke gezondheidszorg uitbouwen voor de regio die bestaat uit het arrondissement Eeklo en het arrondissement Gent. In de beginfase wordt bij de uitwerking van het netwerk gefocust op het arrondissement Gent. In een tweede fase wordt uitgebreid naar het arrondissement Eeklo.



Het arrondissement Gent bevat de gemeenten: Aalter, Deinze, De Pinte, Destelbergen, Evergem, Gavere, Gent, Knesselare, Lochristi, Lovendegem, Melle, Merelbeke, Moerbeke, Nazareth, Nevele, Oosterzele, Sint-Martens-Latem, Waarschoot, Wachtebeke, Zomergem, Zulte.

Het arrondissement Eeklo bevat de gemeenten: Assenede, Eeklo, Kaprijke, Maldegem, Sint-Laureins, Zelzate.

## 4.2 Motivering

De keuze om te starten binnen het arrondissement Gent lag voor de hand.

De Kernactoren uit de Gentse regio hebben sinds 2004 systematisch overleg wat zich ondermeer heeft vertaald in de volgende initiatieven:

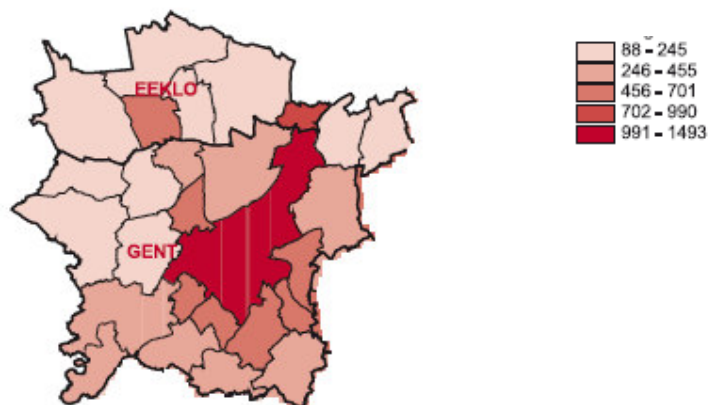
- jaarlijkse uitwisseling van geaggregeerde statistieken mbt de populatie
- oprichting netwerk ouderen geestelijke gezondheid groot gent
- oprichting van regionaal overleg adhd bij volwassenen
- onderzoek naar moeilijk doorverwijsbare patiënten
- oprichting van werkgroep Gents Psychose Samenwerking
- [www.psygent.be](http://www.psygent.be), een website met het aanbod van alle Kernactoren
- Wachtdienst gedwongen opnames

De intentie om voor de regio een volwaardig netwerk uit te bouwen werd al in 2009 genomen. Dit vertaalde zich in een missiedocument en de aanwerving van een netwerkcoördinator om dit project verder uit te werken. Na overleg werd gekozen om de regio uit te breiden met het arrondissement Eeklo. Eeklo behoort ook tot het werkingsgebied van één van de deelnemende centra geestelijke gezondheidszorg. De totale regio biedt zo een ideale mix van de kenmerken van een grootstad tot de kenmerken van de meer landelijke gemeenten. Inhoudelijk is het gespecialiseerd aanbod uit beide arrondissementen complementair. Bovendien biedt de schaalgrootte meer mogelijkheden. De regio wordt voor tal van andere zaken ook vaak samengenomen (socio demografische rapporten, zorgregio's), maar anders ingedeeld.

## 4.3 Beschrijving van de regio

### Grootte van de regio en bevolkingsdichtheid

Regio Eeklo – Gent beslaat in oppervlakte 42,8 % van de totale oppervlakte van de Provincie Oost-Vlaanderen en bestaat uit zowel rurale als stedelijke omgevingen, met grote variaties in bevolkingsdichtheid..



Arrondissement	bevolking	oppervlakte in km <sup>2</sup>	inwoners / km <sup>2</sup>
Arrondissement Eeklo	80.864	333,83	242,23
Arrondissement Gent	516.609	943,62	547,48
<b>NEG</b>	<b>597.473</b>	<b>1277</b>	<b>467,87</b>
Oost-Vlaanderen	1.408.484	2.981,83	472,36

Jaarverslag POPOPGGZ 2009

## Wonen

Met betrekking tot wonen, stellen we vast dat de prijzen van woningen iets lager liggen in de regio Eeklo, maar daar tegenover staat een hoger aanbod van sociale woningen in het arrondissement Gent. Dit neemt echter niet weg dat de wachtlijsten voor sociale woningen lang zijn en dat het voor de kansarmen niet evident is om een betaalbare woning te vinden. We merken dan ook dat een aantal van de GGZ-patiënten in een daklozencentrum vertoeft. Het grote aanbod van openbaar vervoer is een troef die eerder aan bod kwam.

## Werken

De bedrijfssectoren in de regio Oost-Vlaanderen verdelen zich als volgt: Primaire sector: 2,3%; secundaire sector: 24,7% (waarvan 16,6% in de industrie, en 7,5% in de bouw); tertiaire sector: 43,3% (waarvan 16,2% handel en reparatie, 11,9% Diensten en huur, 8,4% Transport, verkeer en communicatie); quataire sector: 29,7% (waarvan 12% Gezondheid en sociale diensten, 8,9% Onderwijs).

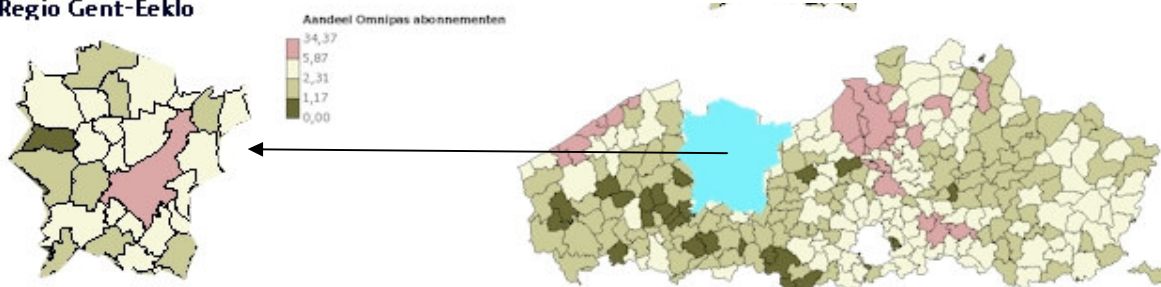
De regio's Eeklo en Gent hebben ook een sterk toeristisch karakter met verschillende troeven: voor Gent is dat zijn historiek, voor Eeklo net zijn landelijk karakter. De aanwezigheid van de haven en de industrie in Gent zijn sterke punten op het vlak van tewerkstelling.

## Toegankelijkheid openbaar vervoer

De regio Gent kent een goed uitgebouwd netwerk openbaar vervoer. De gemeente Gent heeft een zeer sterke reputatie rond bereikbaarheid. In onderstaande kaarten wordt weergegeven hoeveel percent van de inwoners tussen 25 en 59 jaar een busabbonnement bezitten. Het percentage abonnementen wordt verondersteld een indicator te zijn voor de toegankelijkheid via openbaar vervoer.

**(Bron: [www.lokaalstatistieken.be](http://www.lokaalstatistieken.be) 2008)**

### Regio Gent-Eeklo





## Onderwijs

Het onderwijsaanbod in de regio is sterk uitgebouwd, zowel in Eeklo als in Gent, met uitzondering van het hoger onderwijs. In Gent is het aanbod hoger onderwijs en universiteit zeer gedifferentieerd, in Eeklo is het quasi onbestaand.

## Cultuur

De welzijnszorg is in beide regio's sterk uitgebouwd en ook op het vlak van cultuur is er een uitgebreid aanbod. Het spreekt voor zich dat dit aanbod veel gedifferentieerder is in het centrum van Gent ten opzichte van de meer landelijke gemeenten.

## Openingsuren en wachttijden diensten geestelijke gezondheidszorg

De spoeddiensten van de PAAZ-diensten en in het bijzonder de UPSIE (PAUZ Gent) hebben een permanentie van 24 uur op 24 uur, 7 dagen op 7. Mensen met dringende hulpvragen kunnen daar steeds terecht, maar dit biedt geen garantie op een correcte afstemming tussen vraag en aanbod. Wanneer we dit in rekening nemen, ervaren we dat er beperktere openingsuren en wachttijden gelden voor bepaalde doelgroepen.

## 4.4 beschrijving van de populatie

### Sociaal - demografisch

Regio	Geslacht		Leeftijd			Nationaliteit	
	Mannen	Vrouwen	0-17 jaar	18 – 64 jaar	+ 65 jaar	Buitenlandse	Belgische
Arr. Eeklo	49,9%	50,1%	19%	61,7%	19,3%	2,8%	97,2%
Arr.Gent	49,2%	50,8%	19,6%	62,7%	17,8%	5%	95%
Gemeente Gent						9,1%	90,9%
<b>NEG</b>	<b>49,3%</b>	<b>50,7%</b>	<b>19,6%</b>	<b>62,8%</b>	<b>17,5%</b>	<b>4,7%</b>	<b>95,3%</b>

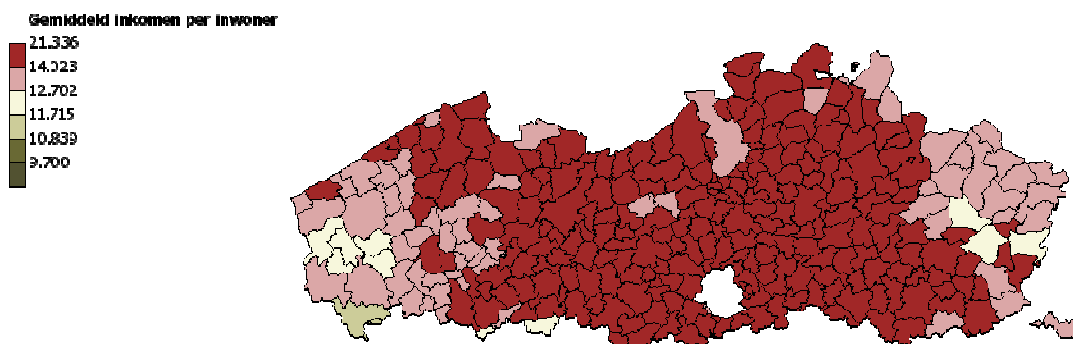
<http://statbel.fgov.be> (2008)

Socio-demografisch zien we een evenwicht mannen-vrouwen, vergelijkbaar met de rest van de populatie, licht in het voordeel van de vrouwen. De leeftijdspiramide toont een "actieve" bevolkingsgroep van zo'n 62,8 procent, een niet actieve bevolkingsgroep van 19,6% en een niet meer actieve bevolkingsgroep van 17,5%. We zien een groot aandeel van buitenlandse nationaliteiten. Dit percentage is vrij beperkt in regio Eeklo en ligt een stuk hoger in arrondissement Gent. Opvallend is dat de buitenlandse nationaliteiten vooral woonachtig zijn in de stad Gent. De belangrijkste buitenlandse nationaliteiten zijn Turkse (5092), Nederlandse (4360), Bulgaarse (1887), Franse (1317), Slovaakse (1164) en Marokkaanse (1092).

Belangrijke noot is dat hiermee de aanwezigheid van een allochtone bevolking niet volledig in kaart is gebracht, al was het maar omdat heel wat mensen van allochone origine de Belgische nationaliteit hebben.

## Inkomen

Via de lokale statistieken krijgen we gemiddelden van de inkomens over de verschillende regionen. Zoals dikwijls geven gemiddelden een vertekend beeld, en zijn medianen bruikbaarere gegevens. Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.



www.lokaalstatistieken.be (2006)

### Armoede

In de literatuur zijn verschillende sociaal-economische determinanten terug te vinden die een invloed hebben op de gezondheid. Via [www.lokaalstatistieken.be](http://www.lokaalstatistieken.be) vonden we een aantal indicatoren met een relatie tot armoede: werkloosheid, geboortes in kansarme gezinnen, leefloners en mensen met een voorkeursregeling bij de mutualiteiten.

Arrondissement	Werkloosheidsgraad (2007)	Percentage geboortes in kansarme gezinnen	Aantal leefloners (2009)	Aantal personen met een voorkeurstarief in de ziekteverzekering (2010)
Arrondissement Eeklo	5,45%	6,6%	318 (0,4%)	10634 (13%)
Arrondissement Gent	6,56%	8,1%	4672 (0,9%)	63368 (12,3%)
<b>NEG</b>	<b>6,41%</b>	<b>7,8%</b>	<b>4990 (0,8%)</b>	<b>74002(12,4%)</b>
Provincie	5,89%	6,0%	7949 (0,6%)	173374 (12,3%)

www.lokaalstatistieken.be

Deze cijfers leren ons dat zowel de werkloosheid, het aantal kansarme geboortes, het aantal leefloners als het aantal voorkeursregelingen voor de mutualiteit hoger liggen in het arrondissement Eeklo - Gent dan in de ganse provincie. Opvallend is dat Gent op drie van de vier variabelen beduidend slechter scoort dan regio Eeklo.

### Leef en woonsituatie

Regio	Aantal huishoudens	Alleenwonenden	Percentage
Arr. Eeklo	34051	9786	28,7%
Arr. Gent	75262	222795	33,8%
<b>NEG</b>	<b>256846</b>	<b>85048</b>	<b>33,1%</b>
Gemeente Gent	112661	49226	43,7%
Oost-Vlaanderen	176454	589985	29,9%

www.lokaalstatistieken.be (2007)

Regio	Ongehuwden	Gehuwden	Gescheiden	Weduwnaar
Arr. Eeklo	38,3%	47,8%	6,9%	7,1%
Arr. Gent	41,7%	44,7%	7,0%	6,6%
Gemeente Gent	44,9%	39,7%	8,5%	6,9%
Oost-Vlaanderen	39,8%	46,5%	6,9%	6,9%

Sociale situatieschets Oost-Vlaanderen 2006

Uit de cijfers onthouden we dat de mate van verstedelijking recht evenredig loopt met het aantal alleenwonenden, ongehuwden en gescheidenen.

#### **4.5 Inzet van aanwezige aanbod voor het vervullen van de vijf functies**

In de regio is er een uitgebreid zorgaanbod en een zekere expertise die kan ingezet worden voor het realiseren van de vijf functies.

Functie 1: 2 CGG, UPSIE (PAUZ Gent), PZT, Tender

Functie 2: UPSIE (PAUZ Gent), 3 PAAZ, 2 CGG

Functie 3: Sociale psychiatrie Deinze, AZIS, PZT

Functie 4: Residentieel aanbod 7 P.Z. en 4 P.A.A.Z.

Functie 5: 5 P.V.T., 7 I.B.W.

#### **4.6 Invullen regionale behoeften via de vijf functies**

##### **Onderzoek moeilijk doorverwijsbare patiënten (2009)**

In samenwerking met Prof. P. Bracke van de vakgroep Sociologie van Ugent werd een onderzoek verricht naar de “moeilijk doorverwijsbare patiënten” binnen de Gentse regio. In het rapport “ **studie naar moeilijk doorverwijsbare zorggebruikers in de GGZ Regio Groot Gent 2009**” stelden de onderzoekers dat de problematiek enerzijds gelinkt is aan specifieke doelgroepen, maar tegelijk aan knelpunten binnen de organisatie van de GGZ.

##### ***Doelgroepen***

- Patiënten met multipale aandoeningen (combinaties persoonlijkheidsstoornis, middelengebruik en/of psychotische aandoening)
- Patiënten met een sectoroverschrijdende problematiek : grensoverschrijdend gedrag, hoge fysieke zorgbehoeften, sociale problematiek (bv. Daklozen), jongeren uit de bijzondere jeugdzorg, mensen met een mentale handicap, ouderen
- Chronische patiënten

##### ***Knelpunten in de organisatie van de GGZ***

- Concurrentiële positie
- Zorgaanbod: weinig differentiatie
- Verschillen in zorgvisie
- Geringe kennis omtrent elkaars werking
- Relaties tussen voorzieningen
- Samenwerking met belendende sectoren

### **Inventarisatie lacunes door de netwerkcoördinatoren (2010)**

Vanuit de verkennende ronde bij alle partners onthouden we onderstaande lijst van lacunes en behoeften, die de resultaten van het onderzoek uit 2009 deels bevestigt. Het is van belang te wijzen op het niet-exhaustief karakter van de lijst in deze fase van het onderzoek. De opsomming is gebaseerd op een eerste inventarisatie vanuit de verschillende organisaties, waarbij elke partner inventariseert voor welke populatie hij doorstromingsmoeilijkheden ervaart.

#### **Lacunes en behoeften:**

- EerstelijnsGGZ
- Het reduceren van de wachttijd in de CGG
- Vroegdetectie
- Crisinterventie
- Outreachteams
- Psychiatrische patiënten met een mentale handicap
- Low- en midrisk interneringen
- Dubbeldiagnose (psychose en drugs)
- Ambulante vervolgbehandeling crisistoxicomanie
- Chronische psychiatrische patiënten
- Uitbreiding capaciteit beschut wonen (programmatie regio Gent is bereikt)
- Diversiteit in woonvormen
- PVT
- Organische pathologie (Korsakov, NAH, ...)
- Gedwongen opnames
- Dagbehandeling
- Dagcentrum in de maatschappij, volgens het model van de Centro Mentale (Victoria de Luxe?)

Uit het onderzoek en de bevraging leren we dat het creëren van de vijf verschillende functies een antwoord kan bieden op de aangegeven knelpunten en lacunes.

Het aanbieden van functie 1, 2 en 3 moet deels het probleem van de wachtlijsten van de CGG's mee helpen oplossen, o.a. door een uitbreiding van ambulante capaciteit. Via de mobiele teams ontstaat alternatieve opvolging voor mensen met chronisch psychiatrische problemen, waarvoor momenteel een bed de meest voor de hand liggende beschikbare oplossing is. Daarnaast zorgen de mobiele teams mogelijk ook een oplossing voor de capaciteitsprobleem, omdat aldus meer patiënten bereikt kunnen worden.

Voor functie 4 zijn er de intenties om binnen de regio het basisaanbod te verminderen ten gunste van specialisering en herschikking van het zorgaanbod. Hierdoor ontstaan mogelijkheden voor de specifieke doelgroepen die momenteel te weinig capaciteit kennen of voor het creëren van ontbrekende modules.

Via functie 5 kunnen antwoorden gezocht worden op de vragen naar alternatieve woonvormen en uitbreiding PVT. Ook hierover bestaan binnen de regio ideeën rond verfijning en en verruiming van het aanbod.

## 5. Beschrijving van de nieuwe structuur

### 5.1 Netwerksamenstelling

#### A. Eerste lijn en ambulant aanbod

##### Centra geestelijke gezondheidszorg

##### CGG Regio Groot Gent Eclips

Centrum Bevrijding	Centrum De Schelp	Advies- en Begeleidingscentrum
Guidance Centrum	CAT	Forensische Eenheid

##### CGG Deinze-Eeklo-Gent

Eeklo	Holstraat (Gent)	antennes in Zelzate en Aalter
Deinze	Keizervest (Gent)	

Beide centra voorzien in een basisaanbod voor de behandeling en begeleiding van mensen met psychische problemen. Daarnaast hebben ze elk een gespecialiseerd aanbod.

##### Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie

Netwerk psychiatrische Zorg in de Thuisituatie regio Groot Gent

Ambulante woonbegeleiding, Gent

Netwerk psychiatrische thuiszorg Meetjesland

Netwerk Sociale Psychiatrie Regio Deinze

Therapeutisch project AZIS (Assertieve zorg in de samenleving)

PZT-project Zagan

##### Ontmoetingshuizen

De Klik, Merelbeke

Poco Loco, Gent

Toreken, Gent

##### Centra voor dagactivering, arbeidszorg en arbeidstrajectbegeleiding

De Keiberg, Merelbeke

Compagnie De Sporen, Gent

't Vlot, Gent

De Moester, Sint-Denijs - Westrem

De Wiplank, Sint-Denijs – Westrem

Villa Voortman, gent

Vzw Centrum voor Arbeidszorg, Zelzate

De Biotoop, Zelzate

## B. Residentieel zorgaanbod

### PAAZ en P.Z.

psychiatrische ziekenhuizen	aantal bedden/plaatsen											totaal
	A			T				Sp	K			
	vol	part		vol	part	Tg*		vol	part			
	dag	n		dag	n				dag	n		
<b>arrondissement Eeklo</b>												<b>441</b>
PZ Sint-Jan, Eeklo	33	17	2	95	35	5		24				211
PC Sint-Jan-Baptist, Zelzate	50	5	5	105	34	1		30				230
<b>arrondissement Gent</b>												<b>1.184</b>
PC Sleidinge	90	5	10	80	5	5						195
PC Dr. Guislain, Gent	70	15	5	127	36	1	20	21	15	3	2	315
PC Sint-Jan de Deo, Gent	30			30	25	5	35					125
PC Caritas, Melle	60	20		124	40	3	6	20	24		8	305
De Pelgrim, Oosterzele	60											60
PZ Sint-Camillus, St-D-Westrem	116	6		44	16	2						184
												<b>1625</b>

### psychiatrische afdelingen in algemene/ universitaire ziekenhuizen

ziekenhuis	uitbatingplaats	A-bedden	K-bedden
<b>arrondissement Gent</b>			
Universitair Ziekenhuis	Gent	76	15 + 5 k(d)
AZ Sint-Lucas	campus Sint-Lucas, Gent	30	
AZ Maria Middelaes	campus Maria Middelaes, Gent	30	
AZ Jan Palfijn	campus site Fabiolalaan, Gent	30	

Het residentieel aanbod GGZ in de regio Gent - Eeklo is vrij uitgebreid en kent 11 actoren. Binnen het huidige aanbod stellen we de aanwezigheid vast van een basisaanbod naar de grote psychiatrische doelgroepen: verslaving, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast zijn er gespecialiseerde units. In onderstaande tabel wordt het aanbod schematisch weergegeven.

Het onderstaand overzicht is een vereenvoudiging, en kan de indruk wekken dat alle partners een identiek aanbod voorzien. Dit dient genuanceerd te worden in die zin dat de aanpak (bv. referentiekader) in de diverse settings kan verschillen, wat maakt dat het aanbod gedifferentieerder is dan het op het eerste zicht lijkt. De

betrokken partners investeerden in een gezamenlijke website [www.psygent.be](http://www.psygent.be), waar een actueel en gedetailleerd overzicht van het residentiële aanbod terug te vinden is.

	PAUZ Gent	PAAZ Sint-Lucas	PAAZ Maria Middelaers	PAAZ Jan Palfijn	PC Caritas Melle	PC Dr. Guislain	PZ Sint-Camillus	PC Sint-Jan de Dep	PC Sleidinge	PZ Sint-Jan Eeklo	PC Sint-Jan Baptist
Algemene psychiatrie	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Crisisinterventie - algemeen	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Crisisinterventie - drugs	*						*		*		
Illegale drugs							*		*		*
Gedwongen opname					*	*	*		*		*
Alcohol en medicatie		*	*			*	*	*			*
Dubbeldiagnose									*	*	
Psychotische stoornissen		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Angst- & stemmingsstoornissen	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Persoonlijkheidsstoornissen		*	*	*	*		*	*		*	*
Psychiatrische stoornis en mentale beperking					*	*					
Eetstoornissen	*							*			
Autisme						*		*			
Niet aangeboren hersenaandoeningen					*						
Psychiatrische- en auditieve stoornis						*					
Moeder en kind							*				
Rehabilitatie					*	*		*	*	*	*
Dagbehandeling					*	*	*	*	*	*	*
Forensische psychiatrie											*
Kinderen- en jongerenpsychiatrie	*				*	*			*		
Ouderenpsychiatrie		*	*		*	*	*		*	*	*

### C. Initiatieven Beschut Wonen (BW)

	Aantal plaatsen	Waarvan individueel
<b>arrondissement Eeklo</b>	<b>145</b>	<b>9</b>
De Wende	50	0
De Vlier	75 (+ 20 for.)	9
<b>arrondissement Gent</b>	<b>298</b>	<b>29</b>
Ipsa Gent	21	0
Centrum Onderweg	27	0
Domos	67	8
Delta Wonen	37	4
Zagan	90	17
De Nieuwe Horizon	60	0

#### D. Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)

	Definitief	waarvan M.G.
<b>arrondissement Eeklo</b>	<b>150</b>	<b>13</b>
PVT Sint-Jan, Eeklo	30	0
PVT Sint-Jan-Baptist, Zelzate	60+ 60 (for.)	13
<b>arrondissement Gent</b>	<b>147</b>	<b>9</b>
PVT Dr. Guislain, Gent	70	2
PVT Hortus, Gent	31	0
PVT Caritas, Melle	56	8

#### E. RIZIV-conventies GGZ

De Sleutel ([www.desleutel.be](http://www.desleutel.be))

Medisch-Sociaal Opvangcentrum voor Druggebruikers, Gent (MSOC)

De Kiem, Gavere ([www.dekiem.be](http://www.dekiem.be))

In de regio zijn drie Riziv-conventies actief rond verslavingszorg. De Sleutel bestaat uit een sociale werkplaats (Gent), een crisisinterventiecentrum (Wondelgem), een therapeutische gemeenschap (Merelbeke), een therapeutische gemeenschap specifiek voor dubbeldiagnose (Gent) en een kortdurend residentieel jongerenprogramma (Eeklo). De Kiem voorziet eveneens in een residentieel aanbod in Gavere (met onthaalafdeling, een therapeutische gemeenschap, een woonhuis voor alleenstaande ouders met jonge kinderen en verschillende halfweghuizen), een ambulante centrum te Gent en een gevangeniswerking. De MSOC van de stad Gent biedt medische en sociale begeleiding aan drugverslaafden die niet of onvoldoende bereikt worden.

#### F. Netwerk middelenmisbruik (illegale drugs)

Is een samenwerking tussen: CGG Eclips (CAT), CGG Zuid Oost-Vlaanderen, CGG Waas en Dender (Delta), De Sleutel, De Kiem, MSOC, PC Sleidinge, De Pelgrim, PC Sint-Jan-Baptist, PZ Sint-Camillus, PC Sint-Jan, De Eenmaking, UPSIE (PAUZ Gent), CAW Artevelde.

#### G. Andere relevante partners

Het netwerk uitbouwen zal in overleg dienen te gebeuren met de partners uit de belendende sectoren. Zonder exhaustief te willen zijn denken we hierbij aan mutualiteiten, thuiszorg, CAW, OCMW, politie, gemeentelijke diensten, sociale huisvestingsmaatschappijen, patiëntenverenigingen, familieverenigingen, vrijwilligers- en mantelverenigingen, ...



### Het project wordt ingediend door volgende partners:

- **Psychiatrische ziekenhuizen** : PC Caritas (Marc Van Ooteghem); PC Dr. Guislain (Luc De Schepper), PZ Sint-Camillus (Marc Vermeire); PC Sint Jan de Deo (Erik Stevens); PC Sleidinge (Roel De Cuyper); PZ Sint-Jan Eeklo (Marc Vanhauwenhuysse), PC Sint-Jan Baptist (Br. Frans Van Hoorde).
- **Psychiatrische afdeling algemene ziekenhuizen**: PAUZ Gent (Dr. Gilbert Lemmens), PAAZ AZ Sint-Lucas (Dr. Koen Wilems), PAAZ AZ Maria Middelaes (Dr. Luc Van Der Plaetsen), PAAZ AZ Jan Palfijn (Dr. Guido Sieben)
- **Centra Geestelijke Gezondheidszorg**: RCGG Gent-Deinze Eeklo (Raf Opstaele), CGG Eclips (Alain Vincke)
- **Psychiatrische thuiszorg**: NPZT Gent, Netwerk sociale psychiatrie Deinze, NPTZ Meetjesland, (vertegenwoordigd door Isabel Vanwingene)
- **Beschut Wonen**: BW Domos, BW Zagan, BW IPSO, BW Onderweg, BW Delta, BW De Nieuwe Horizon, BW De Wende, BW De Vlier (vertegenwoordigd door Alex Leeman)
- **PVT** : PVT Hortus, PVT Dr. Guislain, PVT Caritas, PVT Eeklo, PVT De Krekelmuyter, PVT De De Warande, PVT Suikerkaai (vertegenwoordigde door de respectievelijke vertegenwoordigers van de psychiatrische ziekenhuizen)

In het verdere verloop van de uitwerking van het project worden werkgroepen opgericht (zie fasering) die de verschillende functies verder zullen uitwerken. De verantwoordelijken van deze werkgroepen zullen de relevante partners uit de belendende sectoren voor de functie uitnodigen voor deelname aan de werkgroep.

## 5.2 Taakverdeling in het netwerk

Over de taakverdeling in het netwerk zijn momenteel nog geen uitgebreide afspraken gemaakt. De geplande bevraging in de maanden november en december gaat duidelijker maken welke actoren zich voor welke functie wensen te engageren. Dit zal mee bepalend worden voor een verdere taakverdeling.

Er bestaat al een formele afspraak mbt de wachtdienst van de gedwongen opnames in de regio.

## 5.3 Nieuwe rollen

### Netwerkcoördinator

Voor de concrete uitwerking van het project werden twee halftijdse netwerkcoördinatoren aangesteld: Jo Van De Voorde en Stein Storme. Hun opdracht werd als volgt omschreven.

- a. In kaart brengen van bestaand aanbod.
- b. In kaart brengen van tekorten in bestaand aanbod.
- c. Het onderzoeken van de bereidheid bij de partners toterschikking van hun aanbod: bv. reconversie, nieuwe modules, flexibilisering van bedden, ...

- d. Overleggen met overheidsinstanties en koepels inzake het overheidsbeleid.
- e. Het onderzoeken van de mogelijkheden van samenwerkingsverbanden.
- f. Ontwikkelen van voorstellen van wijzigingen in aanbod aan GGZ-partners.
- g. Stimuleren en sensibiliseren van partners tot samenwerking.
- h. Het uitwerken van één of meerdere scenario's om tot een blauwdruk van de GGZ in de regio te komen.  
Dit kan inhouden: het ontwerpen en/of beschrijven van nieuwe modules met inschatting van hun effect op residentiële behandelcapaciteit, ontwerpen van zorgtrajecten, versterking van reeds bestaand aanbod, ....
- i. Rapporteren in de stuurgroep en aan het overleg van de Kernactoren GGZ.
- j. Opmaken van een eindverslag.

### **Verantwoordelijke van een functie**

Voor de verdere concrete uitwerking van elke functie wordt, per functie, een verantwoordelijke aangesteld. De verantwoordelijke van een functie is lid van het Kernactorenoverleg en behoort bij voorkeur tot één van de actoren die zich naar de toekomst toe op deze functie wil focussen. De opdrachten en verantwoordelijkheden van deze verantwoordelijke staan verder beschreven bij de werkgroep per functie.

### **Verantwoordelijke van een structuur**

Elke deelnemer aan een netwerk heeft een verantwoordelijke aangewezen (zie p.16). Als aanspreekpunt en referentiepersoon van zijn structuur staat hij/zij mee in voor de organisatorische uitbouw van het netwerk, voor de permanente ondersteuning, voor de functionele binding tussen de opbouw van het netwerk en de concretisering ervan op het terrein.

### **Referentiepersoon**

Een "referentiepersoon" zal een essentiële rol spelen bij de sturing van zorg voor mensen met een langdurige en complexe problematiek. Door de daaraan verbonden wisselende zorgnoden zal de zorg regelmatig dienen te worden aangepast, wat overleg tussen de verantwoordelijken van meerdere functies noodzakelijk zal maken om de continuïteit in de zorgverlening te garanderen. Patiënten uit deze doelgroep zullen vermoedelijk het best aansluiten bij het mobiele team actief bij functie 2b en functie 3.

De functiespecifieke rollen (bv. werken in een mobiel team) worden uitgeschreven door de werkgroepen per functie.

## **5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring**

### **Model**

Vanuit de verschillende partners wordt nu al met zorgplannen gewerkt die gestructureerd worden volgens het systematisch methodisch werken. Vaak zijn deze nu gekleurd door referentiekaders en de huidige functies die ze vervullen. Netwerking vereist een zorgplan dat overheen de verschillende functies bruikbaar is. De uitdaging, die niet uniek is voor elk individueel netwerk, ligt erin een gezamenlijk basisdossier (minimaal: contactgegevens cliënt en belangrijke derden, contactgegevens referentiepersonen per functie die de cliënt al hebben begeleid,

huidige doelstellingen en acties) uit te werken. Per functie kan het zorgplan dan verder aangevuld worden met functiespecifieke informatie.

Idealiter bevindt dit zorgplan zich bij de cliënt. Een copy wordt uiteraard en bij voorkeur digitaal, ook bijgehouden door de referentiepersoon van de functie die actueel het meest in beeld is.

### **Software**

We stellen vast dat er verschillende softwarepakketten gebruikt worden voor de rapportage van zorgplannen. Deze software varieert van eenvoudige Worddocumenten, over instrumenten aangereikt door de overheid tot software die is ontwikkeld op vraag van ziekenhuizen. Gezien deze enorme complexiteit, en de wetgeving op de privacy, is het momenteel niet haalbaar om zorgplannen op elektronische wijze te delen. Toch vormt het een essentieel element in het kunnen garanderen van de zorgcontinuïteit. Verdere verkenning van mogelijke oplossingen is wenselijk.

### **Verantwoordelijkheid en toegang**

Het zorgplan is steeds het resultaat van een overleg met alle betrokken partners, inclusief de cliënt. Het opstellen en evalueren van het zorgplan is hun gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het spreekt voor zich dat ook enkel deze partners en hun respectievelijke teams binnen de eigen organisatie hier toegang tot hebben.

## **5.5 Management- en bestuursmodel**

Op vlak van overleg, beslissing en communicatie onderscheiden we momenteel de volgende elementen:

Het **overleg van de Kernactoren**: aan dit overleg nemen per deelnemende voorziening een of twee verantwoordelijken deel (verantwoordelijke van een structuur). Het Kernactorenoverleg heeft hierdoor de functie en opdracht van het netwerkcomité zoals omschreven in de gids. Het vormt momenteel het overleg- en beslissingsorgaan bij de realisatie van het uit te werken netwerk. Dit overleg neemt in consent de nodige beslissingen om het bovenvermelde proces verder te laten verlopen. Het begrip consent verwijst naar de toestemming om het voorstel verder te concretiseren (<> consensus).

De projectcoördinatoren krijgen bij hun opdracht ondersteuning en advies van een **stuurgroep**. In de stuurgroep zijn alle type voorzieningen (psychiatrische ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg, paazen, initiatieven beschut wonen) vertegenwoordigd. De sturgroepleden zetelen ook in het overleg van Kernactoren.

Wanneer het project uitgroeit naar twee netwerken, dan zal ieder netwerk zijn eigen netkoverleg hebben dat beslissingen kan nemen. Het Kernactorenoverleg zal dan het forum zijn waar beide netwerken samenwerking en afstemming regelen o.a. omtrent specifieke zorgvormen die in de totale regio slechts door één netwerk moeten voorzien worden.

De verantwoordelijken van alle deelnemende voorzieningen zorgen voor de vereiste **communicatie en overleg in de eigen voorziening** (beheerraad – personeel).

In de verdere concretisering van het netwerk zullen andere verantwoordelijken en overlegstructuren noodzakelijk zijn. We denken hierbij aan:

- het aanstellen van **een verantwoordelijke per functie** (zie pagina 17)
- het oprichten van een **overlegstructuur per functie**

De samenstelling van deze overlegstructuur bestaat standaard uit de verantwoordelijke van de functie en de projectcoördinator. Logisch gezien zal hier ook een vertegenwoordiging vanuit het ggz-werkveld en vanuit de belendende sectoren aan deelnemen. Ook een vertegenwoordiging van familie- en patiëntenverenigingen vormen hierbij vaste overlegpartners

Standaardopdracht:

- onderzoeken welke bijkomende partners noodzakelijk zijn om de opdracht te kunnen realiseren
  - het ontwikkelen van een visie op zowel de inhoud als organisatie van de functie
  - het in kaart brengen van de nodige middelen (personeel, logistiek, ...)
  - het ontwikkelen en uitwerken van de linken met de andere functies
  - opstellen en opvolgen van implementatieplan (stappenplan) met inbegrip van de vereiste vorming
  - gefaseerde terugkoppeling naar het overleg Kernactoren mbt het fiateren van bepaalde tussenstappen.
  - opstellen van kwaliteitsmonitoring
- meer **systematische, maar vooral eenduidige informatie aan alle betrokkenen/geïnteresseerden**, in het bijzonder de basisederwerkers van de verschillende deelnemende voorzieningen, dient een permanent gegeven te worden, bv na het fiateren van elke tussenstap in het proces.

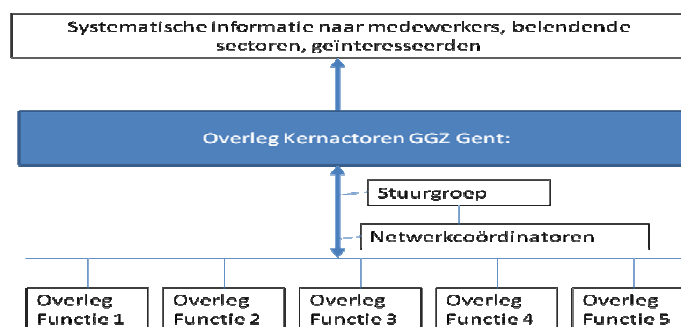
### Het beslissingsproces verloopt volgens onderstaand schema

Voorstellen m.b.t. de verder concretisatie van het netwerk worden door de projectcoördinatoren uitgewerkt en voorgesteld op het overleg van de Kernactoren. Bij het uitwerken van de voorstellen wordt de werkwijze gebruikt zoals aangegeven op pagina 20.

Eventueel na advies van de respectievelijke raden van bestuur worden deze voorstellen al of niet bijgestuurd/ gefiatteerd. Eenmaal gefiatteerd kan een voorstel uitgewerkt worden, en naar de praktijk omgezet.

Voorstellen m.b.t. de verdere concretisatie van de functies, worden door de verschillende werkgroepen per functie uitgewerkt en voorgesteld op het overleg van de Kernactoren.

Telkens een voorstel wordt gefiatteerd door het Kernactorenoverleg, wordt dit gecommuniceerd naar de medewerkers van de verschillende actoren, naar de belendende sectoren en naar alle geïnteresseerden.



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

### **6.1 Fasering**

#### **6.1.1 Inleiding**

De Kernactoren uit de Gentse regio hebben sinds 2004 systematisch overleg en hebben in functie van samenwerking en onderlinge afstemming en uitwisseling al een bepaalde weg afgelegd. De intentie om voor de regio een volwaardig netwerk uit te bouwen werd al in 2009 genomen wat zich onder meer vertaalde in een missiedocument en de aanwerving van een netwerkcoördinator om dit project verder uit te werken.

De Kernactoren kozen ervoor om de oproep van artikel 107 en het indienen van een projectdossier hierin te integreren.

De Kernactoren kozen bij de uitbouw van een netwerk/zorgcircuit voor een procesmatige benadering.

De grootte van de regio en de veelheid aan partners speelde hierbij een rol. Maar ook de juridische onduidelijkheden mbt de operationalisering van artikel 107, het ontbrekende wetgevend kader voor de uitbouw van functie 1 en 5, de onduidelijkheid over timing mbt het vrijmaken van middelen, de aanwezige begripsverwarring rond het doel/ de opdracht van de verschillende functies, enz, zijn hierbij bepalend geweest.

#### **6.1.2 Werkwijze en methodiek**

Zoals aangegeven werd gekozen voor een procesmatige aanpak. Voor elke stap werken de projectcoördinatoren een voorstel uit dat aan de Kernactoren wordt voorgelegd. Elk voorstel is aftoetsbaar aan duidelijk afgesproken criteria (zie verder) die gebaseerd zijn op het missiedocument en de verwachtingen van de verschillende overheden. De bespreking van het voorstel gebeurt op basis van de methodiek van het 'overwegend bezwaar'. Wanneer consent wordt bereikt over een voorstel, wordt een nieuw voorstel uitgewerkt waarbij telkens getracht wordt om op een continuüm van zeer algemeen tot zeer concreet vooruitgang te boeken. Wij zijn hierbij gestart bij de algemene doelstellingen van het uit te bouwen netwerk en willen eindigen bij de concrete realisatie van elke aparte functie (zie verder voor concrete fasering).

#### **6.1.3 Criteria**

In het missiedocument (zie punt 1) staat: de Kernactoren zijn verantwoordelijk voor zorg met het oog op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de bevolking van de regio gent.

Dit realiseren veronderstelt:

- Een volledig aanbod (alle functies) dat antwoord biedt op alle noden (basiszorg en specifieke zorg, gericht op preventie – behandelen – herstel) van de bewoners uit de Gentse regio met oog voor de maatschappelijke inbedding en rehabilitatie, maar dat ook een antwoord biedt op advies-, ondersteunings- en consultbehoeften van andere hulpverleners of welzijnswerkers.
- Een kwaliteitsvol aanbod
- Een goed georganiseerd aanbod

Het uit te bouwen netwerk dient te beantwoorden aan de volgende criteria:

- Heeft een meerwaarde voor de cliënt (= bewoners / andere hulpverleners of welzijnswerkers uit de regio Eeklo -Gent), m.a.w.:
  - o Aanbod is snel beschikbaar/inzetbaar
  - o Aanbod is op maat (thuis, ambulante, residentiële, kort, lang)
  - o Het is duidelijk waar men zijn vraag moet stellen
  - o Vanaf het stellen van de vraag (waar ook) is iemand cliënt van het 'netwerk'
  - o Vlotte toeleiding naar het juiste aanbod
  - o Garantie op toegang
- Laat toe om de beschikbare middelen op regionaal niveau efficiënter in te zetten
- Laat toe om de zorg op een hoger kwaliteitsniveau te brengen.

#### **6.1.4 Fasering op niveau van het netwerk**

##### **6.1.4.1 Opstartfase**

De Kernactoren uit de regio Eeklo - Gent hadden op het moment van de oproep naar projectvoorstellen in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen al een zeker parcours afgelegd. (zie p.6).

De projectcoördinatoren zijn in september gestart met een bevraging van alle Kernactoren aan de hand van een gestructureerd interview.

Via dit interview werden een aantal zaken in kaart gebracht mbt het huidige aanbod, de eigen sterktes, de ervaren knelpunten, de ambities naar de toekomst, de verwachtingen naar het netwerk en de functies die men mee wenst uit te bouwen, welke middelen hiervoor vrij kunnen gemaakt worden, de bestaande samenwerkingsinitiatieven, aanwezige vernieuwende initiatieven, ... .

In een eerste rapport werden bij de verzamelde informatie een aantal kritische reflecties gemaakt vanuit het perspectief van de in de toekomst uit te bouwen vijf functies. Dit bracht ons bij een eerste voorstel waarbij voor elke functie een na te streven toekomstbeeld werd geformuleerd.

De bespreking van dit voorstel heeft geleid tot een consent over de volgende basisprincipes bij de uitbouw van het toekomstige netwerk.

##### *Engagement*

De Kernactoren van de regio Eeklo - Gent engageren zich om in gezamenlijk overleg een volwaardig netwerk/zorgcircuit uit te bouwen volgens de criteria en doelen zoals omschreven in het missiedocument.

##### *Inzetten van middelen*

De Kernactoren van de regio Eeklo - Gent zijn bereid een deel van hun middelen vrij te maken om (een) volwaardig netwerk(en) en zorgcircuit(s) uit te bouwen en de verschillende functies hierin te realiseren. (zie p. 29-30)

### *Geografische afbakening*

De intentie om voor de regio een volwaardig netwerk uit te bouwen werd al in 2009 genomen wat zich onder meer vertaalde in een missiedocument en de aanwerving van een netwerkcoördinator om dit project verder uit te werken. Na overleg werd gekozen om de regio uit te breiden met het arrondissementen Eeklo. De uitbreiding biedt meer mogelijkheden om de vijf functie volwaardig, effectief en op een efficiënte manier te realiseren.

### *Meer dan één netwerk mogelijk*

Zoals aangegeven bij de doelstellingen, wordt geopteerd om in 2011 een tweede projectaanvraag in te dienen om twee of meerdere netwerken op te richten.

De keuze voor meerdere netwerken impliceert een uitbreiding van de regio.

Elk netwerk is hierbij verantwoordelijk voor:

- een totaal basisaanbod
- de netwerken dragen in overleg en in onderlinge samenwerking een gezamenlijke verantwoordelijkheid in het aanbieden van:
  - alle functies
  - een volledig gespecialiseerd aanbod
  - het wegwerken van alle huidige en toekomstige manco's

### *Herschikking van het aanbod*

De regionale actoren zijn het eens dat naar de toekomst toe het aanbod van de verschillende partners zich duidelijker van elkaar dient te onderscheiden, waarbij:

- de keuzevrijheid van de inwoners, wat het basisaanbod betreft, wordt gerespecteerd
- een volledig aanbod wordt aangeboden wat gespecialiseerde zorg betreft
- de huidige en toekomstige knelpunten worden weggewerkt

Vanuit de verkennende ronde bij alle partners onthouden we de lijst van lacunes en behoeften op p. 11.

### *Uitbouw van zorg in de samenleving*

De uitbouw van de zorg in de samenleving wordt georganiseerd voor de totale regio dmv van meerdere wijk/subregioteams. Hierbij is men het eens dat voor mensen met een langdurige en complexe problematiek de zorg, waartoe ook een deel van het beschut wonen publiek behoort, het best via FACT-teams wordt aangeboden waarbij functie 2b en functie 3 wordt gecombineerd.

Dit sluit niet uit dat er ook teams met een specifiek werkingsgebied, een specifieke opdracht of doelgroep kunnen opgericht worden.

### *Meerdere aanmeldpunten/toegangspoorten*

In het project kunnen meerdere aanmeldpunten of toegangspoorten tot het netwerk bestaan indien ze beantwoorden aan de volgende criteria:

- Het is duidelijk waar de vraag dient gesteld te worden
- Garantie op toegang
- Vanaf de vraagstelling is iemand cliënt van het netwerk
- Aanbod snel beschikbaar/inzetbaar/toeleiding
- Aanbod is op maat (thuis, ambulante, residentiële, kort lang, ....)
- Actoren zijn elkaars collega's, geen concurrenten

#### *Uitbouw van minimaal één mobiel urgentieteam (functie 2a)*

De actoren zijn het eens dat er minimaal één mobiel urgentieteam moet uitgebouwd worden.

#### **6.1.4.2 Uitwerkingsfase**

Naar verdere concretisering toe worden de volgende zaken overwogen.

##### *Middelen*

Een eerste inventarisatie van de in te zetten middelen gebeurde in de opstartfase. In deze periode bestonden er voor de meeste actoren, zoals eerder werd aangegeven, nog veel onduidelijkheden. Het ter beschikking stellen van de verder vermelde middelen (p.29-30) was voornamelijk voorwaardelijk geformuleerd.

In de maanden november en december 2010 starten de projectcoördinatoren met een nieuwe bevraging van alle partners met als doel de bovenvermelde middelen concreter in kaart te brengen, aan de hand van de volgende vragen:

- welke middelen wil men inzetten voor herallocatie, reconversie of intensifiëring van de bestaande zorg
- voor welke functie wil men de middelen vrijmaken
- onder welke voorwaarden wil men de middelen vrijmaken
- met welke timing kan men de middelen vrijmaken (bedden sluiten – heroriëntatie van patiënten, ...)

Deze informatie is essentieel voor de concrete uitwerking van het netwerk en de verschillende functies.

#### **6.1.5 Fasering op niveau van het vormgeven van de vijf functies**

##### **6.1.5.1 Opstartfase**

Tijdens de opstartfase werden voor de verschillende functies de volgende zaken in kaart gebracht:

- prioriteiten bij de verdere uitbouw van het netwerk
- aanwezige expertise en/of knelpunten
- basisstappenplan voor verdere realisatie

##### **Functie 1**

Functie 1 is momenteel nog vrij algemeen (zie gids) omschreven. Het ontbreekt nog aan de nodige regelgeving om deze functie ten volle uit te werken.



Bij uitwerking van functie 1 dienen we de expertise van de vrijgevestigde psychiaters, de gespecialiseerde functies in de thuiszorg, de CGG's en PZT mee te integreren gezien zij reeds een bepaalde expertise uitgebouwd hebben in het ondersteunen en adviseren van actoren in de eerste en tweede lijn.

Regionaal denken we bij functie 1 wel aan:

- de oprichting van een module ' Vroeg detectie en interventie psychose' (VDIP). VDIP is een van de prioriteiten voor de regio Eeklo - Gent. De Vlaamse overheid wil echter eerst op korte termijn de werking van de huidige opgestarte modules verder verdiepen vooraleer nieuwe projecten op te starten.
- de toevoeging van de eerstelijnspsycholoog aan de huisartsenpraktijken.
- het ondersteuning van de actoren uit de eerste lijn. Dit wordt onder meer verder opgenomen bij het verder concreet maken van functie 2 en 3.
- het uitbouwen van meerdere aanmeldpunten waar men terecht kan voor informatie of voor een snelle gerichte toeleiding naar de meest gepaste zorg voor het gestelde probleem. Aanmeldpunten beantwoorden bijgevolg aan de volgende criteria:
  - laagdrempelig en gekend bij de eerste lijn
  - snel antwoord op gestelde vraag en/of toeleiding naar het gepaste aanbod
  - beschikt over actuele cartografie van het aanbod uit de regio
  - detecteert manco's en rapporteert deze aan het netwerkcomité

#### Stappenplan

- op basis van het in kaart brengen van de middelen (zie stappenplan middelen) is duidelijk welke partners deze functie willen uitwerken en wie hiervoor middelen wil vrijmaken.
- vanuit het overleg Kernactoren wordt een verantwoordelijke aangesteld voor deze functie.
- oprichten van een overlegstructuur voor de verdere uitwerking en operationalisering van deze functie (zie hoger).
- voor de oprichting van een module VDIP wordt regelmatig contact onderhouden met de Vlaamse overheid om snel te kunnen inspelen op een nieuwe oproep.
- voor de uitbouw van meerdere aanmeldpunten kunnen we vertrekken vanuit de acties die de huidige actoren hierrond hebben uitgebouwd en deze stroomlijnen zodat iedereen dezelfde doelstellingen (zie hoger) kan realiseren.

Een evaluatie zal later uitwijzen of er nood is aan een of meerdere gespecialiseerde aanmeldpunten.

#### **Functie 2a**

Het project wil een ambulant intensief behandelteam uitbouwen voor acute problemen. In een latere fase wil men nagaan of een dergelijk team voldoende is om de totale regio te bedienen.

In het samenwerkingsverband is er al heel wat ervaring opgebouwd door de PAAZ-en en psychiatrische ziekenhuizen rond residentiële crisiszorg.

Ervaring met ambulante dringende hulpverlening is eveneens aanwezig.

#### Stappenplan

- Op basis van het in kaart brengen van de middelen (zie stappenplan middelen) is duidelijk welke partners deze functie willen uitwerken en wie hiervoor middelen wil vrijmaken.
- Vanuit het overleg Kernactoren wordt een verantwoordelijke aangesteld voor deze functie.
- Oprichten van een overlegstructuur voor de verdere uitwerking en operationalisering van de deze functie (zie hoger).
- Gezien de prioriteit die de overheid aan deze functie geeft, lijkt de concrete uitwerking van deze functie via een eerste experiment aangewezen.

### **Functie 2b – functie 3**

Het project wil de uitbouw van de zorg in de samenleving organiseren voor de totale regio dmv van meerdere wijk/subregioteams. Hierbij is men het eens dat voor mensen met een langdurige en complexe problematiek de zorg, waartoe ook een deel van het beschut wonen publiek behoort, het best via FACT-teams wordt aangeboden waarbij functie 2b en functie 3 worden gecombineerd. Dit sluit niet uit dat er ook teams met een specifiek werkingsgebied of opdracht of doelgroep kunnen opgericht worden.

Bij de uitwerking van deze functies lijkt het logisch om hierbij de al aanwezige expertise mee in te zetten. AZIS en in beperkte mate het Netwerk Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie regio Groot Gent zetten in op functie 2b. Beide projecten alsook het Netwerk Sociale Psychiatrie Deinze en Metawonen doen dit ook voor functie 3. Uiteraard hebben ook alle initiatieven beschut wonen oog voor de doelstellingen van functie 3 bij hun bewoners. Hetzelfde geldt voor het inzetten van de mogelijkheden van het Buddyproject Vlaanderen (Metawonen) in functie 3. Het doorbreken van het sociaal isolement en de focus op sociale inclusie via het niet-professionele contact staan hier centraal. Uiteraard sluit dit aan bij functie 5, maar de concretisering hiervan moet nog volgen. Tot slot is ook de ervaring en expertise van de verschillende experimenten binnen de psychiatrische ziekenhuizen mbt het vermaatschappelijken van de zorg mee te nemen.

Stappenplan:

- op basis van het in kaart brengen van de middelen (zie stappenplan middelen) is duidelijk welke partners deze functie willen uitwerken en wie hiervoor middelen wil vrijmaken.
- vanuit het overleg Kernactoren wordt een verantwoordelijke aangesteld voor deze functie.
- oprichten van een overlegstructuur voor de verdere uitwerking en operationalisering van de deze functie (zie hoger).
- gezien de prioriteit die de overheid aan deze functie geeft, lijkt de concrete uitwerking van deze functie via een eerste experiment aangewezen.

### **Functie 4**

De regionale actoren zijn het eens dat naar de toekomst toe het aanbod van de verschillende partners zich duidelijker van elkaar dient te onderscheiden, waarbij:

- de keuzevrijheid van de inwoners, wat het basisaanbod betreft, wordt gerespecteerd
- een volledig aanbod wordt aangeboden wat gespecialiseerde zorg betreft
- de huidige en toekomstige knelpunten worden weggewerkt

Deze herschikking veronderstelt niet alleen een gedetailleerde bevraging van het huidige aanbod en knelpunten bij de ggz-actoren, maar ook bij de belendende sectoren.

Aanvullend hierbij is literatuuronderzoek noodzakelijk voor het in kaart brengen van de verschillende essentiële zorgmodules voor elke klinische doelgroep, bij voorkeur aangevuld met noodzakelijke capaciteitsgegevens.

Stappenplan

- vanuit het overleg Kernactoren wordt een verantwoordelijke aangesteld voor deze functie
- oprichten van een overlegstructuur voor de verdere uitwerking en operationalisering van de deze functie (zie hoger)
- gefaseerde terugkoppeling naar vergadering Kernactoren mbt het fiateren van bepaalde tussenstappen

### **Functie 5**

Naast de 8 Initiatieven Beschut Wonen beschikt de regio over meerdere Psychiatrische Verzorgingstehuizen. De Kernactoren onderschrijven de nood aan een grotere capaciteit wat het aantal plaatsen psychiatrische verzorgingstehuizen betreft, alsook de nood aan een grotere verscheidenheid in woonvormen voor personen met beperktere mogelijkheden tot integratie in de maatschappij.

Momenteel ontbreekt voor dit laatste nog de vereiste regelgeving om dit ten volle te realiseren.

Stappenplan

- op basis van het in kaart brengen van de middelen (zie stappenplan middelen) is duidelijk welke partners deze functie willen uitwerken en wie hiervoor middelen wil vrijmaken
- vanuit het overleg Kernactoren wordt een verantwoordelijke aangesteld voor deze functie
- oprichten van een overlegstructuur voor de verdere uitwerking en operationalisering van de deze functie (zie hoger)

#### **6.1.5.2 Uitwerkingsfase**

De inventarisatie tijdens de opstartfase op het niveau van het netwerk mbt de vrij te maken middelen voor de uitbouw van de verschillende functies laat vermoeden dat naar het einde van 2011 er wellicht voldoende middelen zullen vrijgemaakt zijn om een aantal concrete experimenten op te starten.

### **Functie 2b – functie 3**

Het project wil in 2011 minimaal één FACT team opstarten. Indien er in 2011 slechts één FACT team kan opgestart worden, is het de intentie, gezien de totale beddencapaciteit in de regio, om zeker meerdere FACT team in 2012 op te starten.

Naast de middelen die door de actoren ter beschikking worden gesteld is het de bedoeling om hierin de bestaande actoren (PZT, AZIS, Metawonen) die nu al pilootprojectmatig actief zijn in functie 2 b en 3 te integreren. Experimenteel zou hierin geparticipeerd kunnen worden vanuit enkele initiatieve beschut wonen, zodat ook van daaruit expertise kan doorstromen.

Tot slot werden er recent in enkele residentiële settings een aantal zorgvernieuwende projecten m.b.t. de vermaatschappelijking van de zorg opgestart. Deze projecten kunnen door hun inbreng eveneens een meerwaarde betekenen..

Begin 2011 start hiervoor een aparte werkgroep met de opdracht en werkwijze zoals werd toegelicht op pagina 19.

#### **Functie 1, 2a**

Het project wil in 2011 een aanmeldpunt met een ambulante intensief behandelteam opstarten.

Dit experiment zal wellicht uitgebouwd worden in het verlengde van de bestaande expertise van UPSIE (PAUZ Gent), paaz-en en/of psychiatrische ziekenhuizen bij residentiële crisiszorg.

Voor de uitbouw van dit experiment zullen naast de lokaal vrij gemaakte middelen vanuit de residentiële partners ook middelen worden bijgedragen door de actoren uit de ambulante sector.

Begin 2011 start ook voor deze functie een aparte werkgroep met de opdracht en werkwijze zoals werd toegelicht op pagina 19.

Voor de opstart van een team voor vroegdetectie psychose (VDIP) wordt gewacht op uitbreiding van de pilootprojecten.

Voor elk deze functies werd in de opstartfase al een aantal na te streven beleidsopties geformuleerd, maar de beperkte tijd in de aanloop naar dit dossier en/of de nog ontbrekende regelgeving om deze functies concreet verder te kunnen uitwerken, ontbreken nog.

#### **Functie 4**

Voor de verdere concretisering van functie 4 staat voorlopig enkel de opstart gepland van de werkgroepen voor deze functie. Bij de eerste rondgang, vermelden een aantal ziekenhuizen hun intentie om een deel van hun specifiek aanbod te intensifiëren.

#### **Functie 5**

Voor functie 5 kan al vermeld worden dat bij een eerste ronde er wel ziekenhuizen denken aan het creëren van bijkomende pvt-plaatsen.

Te vermelden is ook dat bij het vrijmaken van plaatsen in de residentiële sector, toch wat de doelgroep langdurige en complexe patiënten betreft, er dringend nood is aan een grotere verscheidenheid en capaciteit in woonvormen.

## Kalender

Actie	2010				2011											
	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1° Inventarisatie aanbod,manco's, middelen, sterktes, wensen																
Vastleggen basisprincipes																
2° inventarisatie middelen, wensen																
Vastleggen verantwoordelijken per functie																
Oprichting overleg + uitwerking functie 2a																
Oprichting overleg + uitwerking functie 2b en 3																
Start experiment 1, 2a																
Start experiment 2b + 3																
Oprichting overleg + uitwerking functie 4																
Oprichting overleg + uitwerking functie 5																

Actie	2012											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1° Inventarisatie aanbod,manco's, middelen, sterktes, wensen												
Vastleggen basisprincipes												
2° inventarisatie middelen, wensen												
Vastleggen verantwoordelijken per functie												
Oprichting overleg + uitwerking functie 2a												
Oprichting overleg + uitwerking functie 2b en 3												
Start experiment 1, 2a												
Start experiment 2b + 3												
Oprichting overleg + uitwerking functie 4												
Oprichting overleg + uitwerking functie 5												

## 6.2 Risico management

Vanuit de risicoanalyse onthouden we:

### Interne risico's

#### A. Grootte van de groep Kernactoren / Grootte van het netwerk

Een sterkte van het overleg met de Kernactoren is de vertegenwoordiging van vele partners, wat zorgt voor een grote betrokkenheid. Nadeel is dat dit een stuk ten koste gaat van de slagkracht van het forum. Eén van de oplossingen is het gebruik van de methodiek rond "overwegend bezwaar". Een mogelijke oplossing is te evolueren naar twee netwerken die meer slagkracht kunnen hebben. Daarnaast werd beslist om de uitwerking van de verschillende functies in aparte werkgroepen verder te operationaliseren.

#### B. Verschillen in mening tussen de partners binnen het netwerk

Binnen het overleg met de Kernactoren merken we verschillen in mening. De snelheidsverschillen werden besproken en kregen een plaats in lopende proces met als doel de gezamenlijke missie verder te realiseren.

#### C. Bedreigingen vanuit het organisatiedenken / concurrentieel denken

Een risico dat ten allen tijde blijft bestaan, is het overheersen van het organisatiedenken op het netwerkdenken. De valkuil van het organisatiedenken (wat is de meerwaarde voor mijn organisatie) kunnen we een stuk opvangen door alle voorstellen af te toetsen aan de eerder vermelde criteria (de missie en de meerwaarde voor de patiënt). Ook de afbouw van het basisaanbod ten gunste van een meer gedifferentieerder en gespecialiseerder aanbod kadert hierin.

#### **D. Betrokkenheid artsen**

De medische raden worden via de directie en/of hoofdgeneesheer betrokken bij de ontwikkeling van het project van de Kernactoren. De verduidelijkingen door de overheid rond de financiële aspecten waren zeer belangrijk. Toch resten er nog enkele onduidelijkheden. Dit vraagt verdere opvolging.

#### **E. Evaluatie samenstelling netwerk**

Uit pragmatische overwegingen wordt gestart met alle Kernactoren samen, met daarbij de optie om in 2011 een tweede projectaanvraag in te dienen. Dit bouwt enige onzekerheid en onduidelijkheid naar de toekomst in.

#### **Externe risico's**

##### **F. Tijdsdruk vanuit de overheid naar het rapport**

De tijdsdruk voor het rapport zorgde voor het blootleggen van de verschillen in mening. De partners zijn hiermee constructief omgegaan .

##### **G. Druk vanuit de belendende factoren en bestaande structuren**

Vanuit de belendende sectoren is er een zeer groot appèl om betrokkenheid bij het project. Ook een aantal bestaande projecten wachten vol ongeduld op de zekerheid hierin te worden opgenomen.

Deze betrokkenheid wordt voorzien in de overlegstructuur die per functie begin 2011 wordt opgestart.

##### **H. Niet geselecteerd worden van het project**

Het indienen van het projectrapport zorgde niet enkel voor druk, maar versterkte ook de samenhang bij de Kernactoren. Vanuit de actoren was er groot engagement om gedurende de laatste maand van het project wekelijks samen te komen om de verdere voortgang van het project te bespoedigen. Gehoopt wordt dat een eventueel niet-geselecteerd zijn van het project het engagement niet zal doen afnemen.

##### **I. Herindeling zorgregio's door de overheid**

De mogelijkheid om het werkingsgebied zelf te bepalen, zorgt voor een onzekere factor ingeval de zorgregio's in de toekomst anders ingedeeld worden. Toch zien de Kernactoren een selectie van het project als een ideale mogelijkheid de keuze voor de huidige regio te evalueren. Bij een eerste evaluatie van het uit te bouwen netwerk eind 2011, kan een keuze voor meerdere netwerken met een verruiming van de huidige regio zich aandienen.

### **7. Financiering en middelenallocatie**

#### **Overzicht van de middelen mbt reallocatie en beperkt mbt reconversie (na 1<sup>o</sup> bevraging)**

- Psychiatrische ziekenhuizen
  - P.C. Caritas + PZ Sint Camillus: 50
  - P.C. Sleidinge: 20
  - P.C. Dr. Guislain: 35 (art 107) + 24 (reconversie)
  - P.C. Sint Jan de Deo: 9

- PAAZ-en
  - PAUZ Gent: 7
  - PAAZ Maria Middelaes: inzet personeel
  - PAAZ Jan Palfijn: inzet personeel
  - PAAZ Sint Lucas: inzet personeel
- CGG
  - RCGG Deinze-Eeklo-Gent: personeel
  - CGG Eclips: personeel

Totaal: 121 bedden (reallocatie)

In het stappenplan voorzien we de oprichting van zowel een mobiele equipe voor de functie 2a, als een FACT-team, waarin we functie 2b en functie 3 combineren. Als uitgangspunt voor beide teams nemen we de aantallen en verscheidenheid in disciplines zoals voorgesteld door de overheid op 6 oktober. De voorlopig doorgegeven te realloceren bedden (bv. 121 T-bedden), zouden resulteren in een potentieel van 40,3 FTE. Rekening houdend met het gegeven van de voorwaardelijkheid en het geleidelijke vrijgeven van bedden, lijkt het perfect haalbaar om een tweede FACT-team te creëren na pilotering van het eerste team. We stellen het genereren van een tweede FACT-team met een kleinere omkadering (minimaal 10 FTE) boven het genereren van één FACT team met 14 FTE. Zowel Van Veldhuizen (2008), als Katzenbach (1999) verwijzen naar het beperken van de grootte van een FACT-team tot maximum 10 à 12 leden.

Ingeval de rondgang meer middelen genereert dan nodig voor de creatie van één FACT-team, dan zouden we willen gaan voor een tweede FACT – team waarbij eventueel gemotiveerd wordt afgeweken van de vooropgestelde aantallen. Zo zou het bijvoorbeeld mogelijk zijn dat we in plaats van 1 FACT team van 14 FTE, kiezen voor twee teams van 10 FTE.

De supplementaire middelen worden aangewend voor werkmiddelen, eventueel ook voor uitbreiding van de equipes. Het is de opdracht van de werkgroepen van de verschillende functies dit zowel naar personeelsomkadering, als naar werkmiddelen verder uit te werken.