

# **Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Kempen**

**2011 - 2012 - 2013**

<b>1</b>	<b>TOELICHTING VAN DE VISIE VAN HET PROJECT .....</b>	<b>1</b>
1.1	WAARDEN .....	1
1.2	MISSIE .....	1
1.3	VISIE .....	1
1.4	EVIDENCE BASED PRAKTIJKEN EN BEST PRACTICES ALS INSPIRATIEBRON EN BINDMIDDEL IN HET NETWERK.....	2
<b>2</b>	<b>DOELGROEP.....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>DOELSTELLINGEN NETWERK GGZ KEMPEN.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>AFBAKENING VAN HET GEOGRAFISCH WERKGEBIED .....</b>	<b>6</b>
4.1	PREVALENTIE: .....	6
4.2	HISTORIEK VAN SAMENWERKING TUSSEN PARTNERS GGZ , EERSTELIJNSDIENSTEN EN ANDERE SECTOREN.....	6
4.2.1	OP VLAK VAN NETWERKING ROND ACUTE OF SUBACUTE INTERVENTIES .....	6
4.2.2	OP VLAK VAN NETWERKING ROND LZA CLIËNTEN .....	7
<b>5</b>	<b>BESCHRIJVING VAN DE NIEUWE STRUCTUUR.....</b>	<b>10</b>
5.1	NETWERKSAMENSTELLING .....	10
5.2	TAAKVERDELING IN HET NETWERK .....	10
5.2.1	FUNCTIE 1 .....	10
5.2.2	FUNCTIE 2.....	13
5.2.3	FUNCTIE 3.....	18
5.2.4	FUNCTIE 4.....	21
5.2.5	FUNCTIE 5.....	22
5.3	NIEUWE ROLLEN.....	24
5.4	INSTRUMENTEN VOOR COMMUNICATIE EN KWALITEITSMONITORING .....	24
5.4.1	WERKEN MET BEGELEIDINGS- EN ZORGPLANNEN EN ONTSLAGMANAGEMENT .....	24
5.4.2	OUTCOME .....	25
5.5	MANAGEMENT- EN BESTUURSMODEL.....	26
<b>6</b>	<b>ONTWIKKELINGSSTRATEGIE VAN HET NETWERK.....</b>	<b>26</b>
6.1	FASERING (ZIE ADDENDUM E).....	26
6.2	RISICOMANAGEMENT .....	27
<b>7</b>	<b>FINANCIERING EN MIDDELENALLOCATIE (ZIE ADDENDUM G) .....</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>CONTACTGEGEVENS .....</b>	<b>30</b>

## 1 Toelichting van de visie van het project

### 1.1 Waarden

In de literatuur is hier uitvoerig over geschreven. Best is om een onderscheid te maken tussen het nationaal en het lokaal beleidsniveau<sup>1</sup>. Wat het hoger beleidsniveau aangaat, scharen we ons als Netwerk GGZ Kempen achter de verklaringen van de rechten van de mens in die zin dat cliënten met een psychiatrische aandoening hun basisrechten moeten kunnen blijven uitoefenen. Voor psychiatrisch zieken zijn bovendien nog bijzondere principes neergeschreven in de 'UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care (ICESCR (1991))'. Basaal zijn het recht op de best mogelijke vorm van fysieke en geestelijke gezondheidszorg en het feit dat alle mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem op een humane wijze en met respect voor de inherente waardigheid van de persoon moeten behandeld worden. Ze moeten ten allen tijde hun burgerlijke, politieke, economische, sociale en culturele rechten kunnen uitoefenen. De GGZ moet dan ook zo georganiseerd worden dat de rechten van elk individu maximaal gerespecteerd worden. Wat betreft waarden op persoonlijk vlak sluiten we ons aan bij de 9 waarden die geformuleerd werden door Thornicroft en Tansella (2009)<sup>2</sup> en die men ook terugvindt in Van Audenhove et al. (2005)<sup>3</sup>. *Goede zorg bevordert autonomie, is continu, is effectief, is toegankelijk, is omvattend, is rechtvaardig, geeft verantwoording, werkt gecoördineerd, werkt efficiënt.*

Als zorg op die manier gepercipieerd en georganiseerd wordt, zijn de kansen het grootst dat het individu de zorg krijgt die hij op een bepaald moment in zijn leven nodig heeft, dat de schaarse middelen op de best mogelijk manier ingezet worden en dat er een goede dekkingsgraad is (mensen die zorg nodig hebben, worden bereikt).

### 1.2 Missie

We vormen een netwerk GGZ Kempen dat continu verbindingen maakt met de eerstelijns diensten en andere sectoren. We vertrekken vanuit een gemeenschappelijk waardenkader en visie, werken intensief samen en sturen onze zorg bij, uitgaande van de noden van de cliënt en recente wetenschappelijke inzichten. Op die manier werken we samen met de cliënt en zijn omgeving aan herstel.

### 1.3 Visie

- 1) Netwerkpartners werken op basis van een gemeenschappelijke visie en hebben een akkoord over indicatiestelling en taakverdeling. Er worden gezamenlijk inspanningen geleverd om aan huidige lacunes in het zorgaanbod te remediëren;
- 2) Binnen het netwerk krijgt de cliënt de minst ingrijpende vorm van zorg aangeboden volgens de principes van stepped care. De cliënt wordt zo lang mogelijk ambulant ondersteund, begeleid

---

<sup>1</sup> Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge Medicine.

<sup>2</sup> Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge Medicine.

<sup>3</sup> Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G. & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen*. Lannoo Campus.

- en/of behandeld. Hierbij wordt de draagkracht van de mantelzorgers mee in beschouwing genomen. Er wordt enkel gehospitaliseerd als ambulante zorgvormen geen soelaas bieden;
- 3) Initiatieven rond psychosociale rehabilitatie werken nauw samen en zoeken voortdurend naar nieuwe mogelijkheden en aansluiting bij reguliere initiatieven;
  - 4) Het PZ en de PAAZ werken gestaag verder aan hoog gespecialiseerde zorgprogramma's die maximaal aansluiten bij de noden/vragen van de cliënten;
  - 5) De woonvormen aanwezig in het arrondissement (IBW, Psychiatrische Pleegzorg, PVT) vormen een continuüm en werken intensief samen zodat cliënten in de meest geschikte woonvorm terecht komen. Op termijn komt er een gemeenschappelijke aanmelding;
  - 6) De gezamenlijke middelen in het netwerk worden efficiënt beheerd zodat de middelen maximaal ten goede komen aan de zorg;
  - 7) Het personeel binnen het netwerk werkt op basis van een gezamenlijke visie, vertrekt vanuit evidence-based praktijken en maakt maximaal gebruik van eenzelfde methodiek en zorgcommunicatie-instrumenten. Er wordt gezorgd voor eenheid van aansturing en er worden aanhoudend inspanning geleverd tot competentieverhoging.

#### **1.4 Evidence based praktijken en best practices als inspiratiebron en bindmiddel in het netwerk**

Het netwerk hecht veel waarde aan evidentie om haar zorg zo kwalitatief en effectief mogelijk te kunnen organiseren. Er is veel gepubliceerd over werkzame ingrediënten van zorg, zoals gestandaardiseerde farmacologische behandeling, cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie voor familieleden (Van Audenhove et al., 2005)<sup>4</sup>. Deze zaken passen de partners binnen ons netwerk nu al toe. Voor de uitbouw van onze ambulante teams volgen we de 'werkzame principes in casemanagement, gebaseerd op ACT en het Strengths Model van Rapp, zoals gerapporteerd in Van Audenhove et al. (2005)<sup>5</sup>. Voor wat betreft ons LZA team (langdurig zorgafhankelijke cliënten) laten we ons in hoofdzaak inspireren door de F-ACT methodiek<sup>6</sup>.

#### **Werkzame principes in casemanagement<sup>7</sup>**

1. *De begeleiders verstrekken zoveel mogelijk hulp zelf;*
2. *De natuurlijke sociale omgeving is de belangrijkste partner voor de casemanagers;*
3. *De zorg wordt verleend in de thuissituatie;*
4. *Zowel individueel werk als teamwerk zijn effectief. Zo zijn sommige programma's gebaat met een transdisciplinair team (ACT) waarbij het team in zijn geheel de verantwoordelijkheid draagt voor de*

---

<sup>4</sup> Van Audenhove, C., Van Humbeek, G. & Van Meerbeek, A. (2005). De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Lannoo Campus.

<sup>5</sup> Van Audenhove, C., Van Humbeek, G. & Van Meerbeek, A. (2005). De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Lannoo Campus.

<sup>6</sup> Mulder, N. & Kroon, H. (2009). Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. Boom.

<sup>7</sup> Van Audenhove, C., Van Humbeek, G. & Van Meerbeek, A. (2005). De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Lannoo Campus.

- zorg voor een bepaalde cliënt. Andere programma's dragen daarentegen de individuele cliënt-hulpverlener relatie hoog in het vaandel;*
5. *De thuiszorgequipe heeft een eigen functionele autonomie. [...] de centrale regie ligt dus bij de thuiszorgequipe zelf;*
  6. *De thuiszorgequipes zijn het best samengesteld uit mensen met brede basisdiploma's – generalisten ondersteund door artsen en experts waar nodig;*
  7. *De caseload is laag genoeg om voldoende contactfrequentie toe te laten. De gemiddelde caseload in succesvolle programma's is 10:1, 12:1 of 20:1;*
  8. *De begeleiding is niet gelimiteerd in tijd maar de intensiteit van de begeleiding kan verschillen doorheen de tijd;*
  9. *De cliënten moeten 7 dagen per week, 24 uur op 24 uur toegang hebben tot de vertrouwde equipe die hen kan ondersteunen;*
  10. *De begeleiders stimuleren de eigen keuze van de cliënt;*

### **F-ACT methodiek**

Als basismethodiek voor langdurig zorgafhankelijke cliënten (LZA) opteren we voor de FACT methodiek zoals beschreven in Mulder & Kroon (2009)<sup>8</sup>. FACT staat voor Functie-ACT. Dit is een methodiek die is uitgewerkt voor langdurig zorgafhankelijke cliënten (voortaan LZA). “*De nadruk ligt op behandeling en management van ziekte en symptomen en praktische hulp bij het dagelijks leven, rehabilitatie en ondersteuning bij herstel. De doelen liggen dus op een breed psychosociaal vlak. FACT beoogt dat de LZA groep zo weinig mogelijk in het psychiatrische ziekenhuis wordt opgenomen en dat de cliënten kunnen participeren in de maatschappij.*” (p.327) “*Bij crisissen, terugkerende psychose of maatschappelijke problemen probeert FACT door optimale crisisinterventie de cliënt in staat te stellen die episode veilig te overwinnen, zo mogelijk zonder terugval en zonder heropname.*” (p.331) De hoofddoelen van FACT zijn de 7 c's: cure, care, crisisinterventie, community support, cliëntdeskundigheid ondersteunen (ervaringswerkers, empowerment, herstel), controle, check (evalueren van effecten van zorg op individueel en groepsniveau). Er wordt een breed multidisciplinair team gevormd dat indien nodig als transdisciplinair team werkt en gezamenlijk de verantwoordelijkheid toestelt van de complexe casussen. Het team werkt dus met twee werkwijzen, namelijk (1) individueel casemanagement vanuit het multidisciplinaire team, en (2) intensieve teamzorg (ACT) op indicatie. Enerzijds werken de teamgenoten als persoonlijke begeleider van een aantal cliënten die hen zijn toegewezen (op basis van hun competenties en huidige caseload). Ze gelden als het eerste aanspreekpunt voor de cliënt en zijn/haar steunsysteem (caseload 20 à 25 cliënten). Anderzijds nemen ze ook deel aan de 'shared caseload'. “*Voor 10 of 20% van de cliënten is deze individuele begeleiding niet intensief genoeg. Zij hebben meer hulp nodig dan één casemanager kan bieden. Voor deze groep wordt de Functie-ACT ingezet via het FACT-bord. Voor de cliënten op het FACT-bord biedt het hele team teamzorg volgens het ACT-principe van shared caseload.*” (p.336)

---

<sup>8</sup> Mulder, N. & Kroon, H. (2009). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Boom.

## 2 Doelgroep

Het netwerk richt zich tot alle (jong)volwassenen met een psychiatrische problematiek in het arrondissement Turnhout. Op termijn zal via centrale indicatiestelling bepaald worden of een cliënt hulp aangeboden krijgt binnen het netwerk of verwezen wordt naar een andere vorm van hulpverlening. Binnen het netwerk kan hij/zij terecht bij acute of subacute hulpverleningsvormen, of bij hulpverleningsvormen specifiek uitgebouwd voor cliënten met een langdurige en complexe psychiatrische problematiek. Cliënten voldoen minimaal aan volgende voorwaarden:

- Leeftijd vanaf 16 jaar tot 65;
- Er is sprake van een ernstige psychische of psychiatrische stoornis. Dit uit zich in beperkingen in het psychosociaal functioneren;
- De betrokken hulpverleners zijn van oordeel dat eerstelijns hulp ontoereikend of onvoldoende intensief is om een voor de cliënt een aanvaardbaar en bevredigend niveau van psychosociaal functioneren te bereiken. Een samenhangend pakket van behandeling en ondersteuning zijn absoluut noodzakelijk.

## 3 Doelstellingen netwerk GGZ Kempen

Het netwerk GGZ Kempen wil volgende doelstellingen en resultaten in dit project realiseren:

- Netwerk GGZ Kempen wil gemeenschapsgerichte zorg bieden: dit betekent zorg in de nabijheid van de thuissituatie, vertrekkende vanuit de noden en de leefomgeving van de cliënt;
- De zorg is beschikbaar, toegankelijk, continue en in verhouding tot de zorgbehoefte (cf. waarden supra);
- De cliënt én zijn omgeving zijn betrokken in de zorg, er is ook aandacht voor zorg voor de mantelzorger. Cliënten nemen een actieve rol op en worden verondersteld op hun eigen niveau verantwoordelijkheid op te nemen. Ze kunnen hier ook op aangesproken worden;
- De zorg is gericht op herstel en op maatschappelijke participatie;
- Het netwerk GGZ Kempen voorziet in een GGZ-aanbod voor cliënten met ernstige psychische en/of psychiatrische problemen en dit in samenwerking met partners uit de eerste lijn. We organiseren een netwerk van zorg, waarbij het mogelijk is individuele zorgtrajecten te creëren;
- Vanuit het netwerk GGZ Kempen komt ondersteuning naar de partners van de eerste lijn voor personen met minder ernstige psychische problemen;
- Vroegtijdige detectie van problemen kan voorkomen dat problemen complexer worden en kan de behoefte aan meer gespecialiseerde zorg voorkomen. Dit vraagt opnieuw een samenwerking tussen de GGZ-partners en de eerstelijns actoren;
- Gezien de complexe relatie van psychische problemen met de bredere sociale context waarin mensen zich bevinden is een samenwerking met welzijnsactoren van primordiaal belang;
- Verhogen competentie en schakelvermogen van personeel door vorming, wederzijdse stages, continue samenwerking, heldere visie, beleidsdocumenten en afspraken.

Het zorgmodel GGZ Kempen wil aansluiten bij de algemene doelstelling van vermaatschappelijking van zorg waarbij de cliënt centraal staat. De finaliteit van de zorg is een verbetering realiseren van de

**leefkwaliteit** voor de/het cliënt(systeem). Dit is enkel mogelijk binnen een intense en constructieve samenwerking tussen cliënt, zijn omgeving en professional en tussen de professionals onderling. Vanuit een **gemeenschappelijke visie op regionaal niveau** en een **gedeelde verantwoordelijkheid** voor de zorgorganisatie, willen de GGZ-partners vanuit een netwerkmodel, in samenwerking met diverse partners uit de eerste lijn, een zorgaanbod verwezenlijken volgens stepped care. De zorgorganisatie in een stepped care model beantwoordt aan de vier leidende principes: **sparzaamheid, empowerment van de cliënt, evidence-based werken van de professionals en een permanente monitoring van de behandeling** vanuit de respons van de cliënt<sup>9</sup>.

In het nieuwe model willen we dat de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op een **efficiëntere manier en transparanter** georganiseerd wordt. Als de **interventies beter beschikbaar en toegankelijk** gemaakt worden, kunnen die interventies ook effectiever zijn. Bedoeling is dat we de beperkte middelen die beschikbaar zijn zo gericht mogelijk inzetten. De ultieme doelstelling hierbij is om op elke vraag aan het GGZ netwerk een geïndividualiseerd antwoord te bieden. We willen binnen het netwerk **individuele zorgtrajecten** creëren waarbij de beschikbare zorgfuncties flexibel ingezet kunnen worden. Er moet bovendien een goede '**coverage**' zijn<sup>10</sup>, mensen die baat hebben bij een vorm van geestelijke gezondheidszorg, moeten die zorg ook krijgen. Verscheidene ervaringen<sup>11</sup> geven ook aan dat het vaak de cliënten zijn met een minder ernstige problematiek die toegang vinden tot zorg. De cliënten met meer ernstige problemen kunnen daardoor buiten het vizier van de zorgactoren blijven (zorgwekkende zorgvermijders) of maar zichtbaar worden bij crisissituaties.

Ook **coaching en ondersteuning** van eerstelijns diensten is een duidelijke doelstelling voor dit netwerk. Eerstelijns diensten worden meer en meer geconfronteerd met cliëntsituaties waarbij een deel van de problematiek van psychische / psychiatrische aard is. Wanneer deze eerstelijns diensten geen ondersteuning vinden bij de GGZ-actoren, komt de eigen zorgverlening onder druk te staan. Deze doelstellingen worden gerealiseerd door een engagement van de GGZ-actoren om vanuit een **reëel partnerschap** de bestaande zorgfuncties maximaal in te zetten in het netwerk en te komen tot een gezamenlijke ontwikkeling van nieuwe zorgfuncties. Het samenbrengen van personeel vanuit de verschillende netwerkpartners in deze nieuwe zorgfuncties biedt een meerwaarde in het realiseren van een **gemeenschappelijke visie** en een **gemeenschappelijke methodologie**. Hoe we deze doelstellingen wensen te operationaliseren wordt geëxpliciteerd in 5.2 waarin we de samenwerkingsverbanden en ambities van het netwerk expliciteren. De outcome metingen die beschreven worden in 5.4 zullen het gebruik van schalen aanraden die duidelijk maken of de doelstellingen al dan niet behaald worden.

---

<sup>9</sup> Hutschmaekers, G., Tiemens, B. en Smit, Annet (2006). Weg van professionalisering, paradoxale bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg. GRIP- De Gelderse Roos.

<sup>10</sup> Op die manier kunnen we de paradox die Thornicroft en Tansella (2009) beschrijven vermijden: "While mental disorders are very common, most people affected receive no treatment. Yet many people receiving treatment for mental illness are not actually mentally ill."

<sup>11</sup> Burns, T. (2004). Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices. Oxford, University Press.

## 4 Afbakening van het geografisch werkgebied

Dit project is bedoeld om het **arrondissement Turnhout** te voorzien van een netwerk GGZ waarbinnen de 5 functies gerealiseerd worden zoals ze beschreven zijn in De Gids Naar een Betere Geestelijke Gezondheidszorg.

### 4.1 Prevalentie

De internationale studie waar Thornicroft en Tansella (2009)<sup>12</sup> zich op baseren, concludeert dat in de meeste landen tussen de **9.1 en 16.1%** van de bevolking te maken krijgt met een psychiatrische problematiek. Dit zijn globale cijfers die zich niet beperken tot langdurige psychiatrische stoornissen. Een landelijke schatting van het aantal langdurig zorgafhankelijken komt uit op **5.2 per 1000** inwoners in Nederland (2004), waarbij een stijgende trend in de aantallen wordt waargenomen. De totale groep van mensen met ernstige psychische stoornissen is veel groter<sup>13</sup>.

Van Audenhove et al. (2005)<sup>14</sup> verwijst eveneens naar Nederland voor prevalentiecijfers van mensen met ernstige en langdurige psychische problemen (Wiersma et al. (1997) komt uit bij **3.5 per 1000** inwoners) en waarschuwt hierbij dat *“deze mensen geen homogene groep vormen en dat ze sterk van elkaar verschillen met betrekking tot hun capaciteiten om zich te kunnen handhaven in de samenleving”*.

Als we uitgaan van het feit dat er in het arrondissement Turnhout **275.241 volwassenen** leven (cijfers 2008), dan betekent **10%** van de bevolking **27.524** inwoners met een psychiatrische problematiek. Dit is een minimale inschatting van de potentiële cliënten in de regio. Gaan we uit van **16%** (bovengrens) dan bedraagt het aantal potentiële cliënten **44.038**.

Als we nagaan hoeveel mensen er potentieel in aanmerking komen voor langdurige ondersteuning, dan komen we tot volgende cijfers: **5.2 op 1000 inwoners** betekent **1431 personen** en **3.5 op 1000 inwoners** **963** inwoners met een langdurige psychiatrische stoornis. Deze laatste aantallen zijn een onderschatting omwille van het feit dat OPZ Geel, PVT Salto en PVT De Liereman omwille van hun rehabilitatieprogramma's veel cliënten met langdurige en complexe problemen vanuit andere regio's aantrekken (PVT Salto telt 75 bedden, PVT de Liereman telt 60 bedden, psychiatrische gezinsverpleging (OPZ Geel) telt 300 cliënten).

### 4.2 Historiek van samenwerking tussen partners GGZ , eerstelijns diensten en andere sectoren

#### 4.2.1 op vlak van netwerking rond acute of subacute interventies

Op aansporen van de Vlaamse overheid hebben partners in de GGZ Kempen zich de laatste tijd ingespannen om een gemeenschappelijke strategie te ontwikkelen rond drie belangrijke thema's: suïcidepreventie, VDIP (vroeg-detectie psychose) en dubbeldiagnose. Dit ligt mee aan de basis van

<sup>12</sup> Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge Medicine.

<sup>13</sup> Kroon, H. & Pijl, B. (2008). *Het aantal mensen met ernstige psychische stoornissen in de GGZ: Trends in de periode 1995 – 2004 op basis van psychiatrische casusregisters*. Trimbosinstituut.

<sup>14</sup> Van Audenhove, C., Van Humbeek, G. & Van Meerbeek, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen*. Lannoo Campus.



de huidige samenwerking. De drie thema's zullen in ons netwerkverhaal zeker een plaats vinden, mogelijk zal dit gefaseerd verlopen afhankelijk van de beschikbaarheid van middelen.

**Suïcidepreventie.** Doel is om te zorgen voor een degelijke psychosociale evaluatie en opvang van cliënten die zich na een suïcidepoging aandienen voor verzorging in een AZ. Ook zal de samenwerking van de spoedgevallendienst met de eerste lijn (o.m. huisartsen), PAAZ-diensten, psychiatrische ziekenhuizen en ambulante geestelijke gezondheidszorg zoals CGG, verbeterd worden. Sedert januari 2000 is de Suïcidepreventiewerking van de CGG geïntegreerd in de reguliere werking van de CGG.

**De VDIP werking** heeft tot doel om voor een zo groot mogelijk deel van de doelgroep een aangepast zorgaanbod beschikbaar te stellen zodat

- de ontwikkeling tot psychose - waar mogelijk - voorkomen kan worden;
- de intensiteit en impact van de psychose verminderd kan worden;
- het herval zo sterk mogelijk teruggedrongen kan worden;
- de gemiddelde onbehandelde periode teruggebracht kan worden van 2.5 à 3 jaar tot minder dan drie maanden;

Er bestaat in de Kempen nog geen concrete werking, wel zijn de nodige contacten gelegd. Van zodra middelen beschikbaar gesteld worden, kan men hierrond een werking opstarten.

**Dubbeldiagnose (psychiatrische en verslavingsproblematiek)** is een project<sup>15</sup> dat de ondersteuning van de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin geniet. In het arrondissement Turnhout bestaat er geen georganiseerde zorg voor mensen met een dubbeldiagnoseproblematiek, grotendeels door gebrek aan capaciteit. Het doel van het project is:

- transparantie krijgen in het huidig aanbod van de verschillende sectoren
- uitstippelen van een zorgtraject over de sectoren heen
- het opstarten van een samenwerkingsverband over de sectoren heen in arrondissement Turnhout.

#### **4.2.2 op vlak van netwerking rond LZA cliënten**

In de regio wordt al een tiental jaar intensief samengewerkt tussen eerste en tweedelijnspartners rond cliënten met langdurig en meervoudige hulpvragen. Samenwerken binnen een netwerk GGZ is de partners die zorg verlenen aan deze cliëntengroep dan ook niet vreemd. Zoals onderstaande stappen aantonen, zijn de fundamenten om een LZA- team op te starten in het arrondissement, reeds gelegd.

##### **4.2.2.1 Oprichting Psoikos 2002**

Vanaf juni 2000 werd er overleg gepleegd tussen het SIT en IBW Kempen om een concept psychiatrische thuiszorg verder uit te werken. In juni 2001 dienden het SIT en IBW Kempen samen een aanvraag in voor een pilootproject 'Psychiatrische zorg voor cliënten in de thuissituatie' bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. In december 2001 werd de aanvraag

---

<sup>15</sup> Project 'Gedeelde zorg voor mensen met dubbeldiagnose', looptijd 1.12.2009-31.11.2010, dpt WVG, Programma GC basisallocatie 3317 voor 2009

goedgekeurd. Het project PZT Psoikos ging van start op 1 januari 2002. Een multidisciplinair team werd gevormd met medewerkers gedetacheerd vanuit GGZ én thuiszorg. Dit team realiseert enerzijds coaching van eerstelijns diensten, anderzijds gespecialiseerde begeleiding in complexe zorgsituaties. Na ruim acht jaar projectwerking werd reeds heel wat expertise ontwikkeld in de zorg voor thuisverblijvende LZA-cliënten en de samenwerking tussen GGZ en thuiszorg.

#### **4.2.2.2 Netwerk Rehabilitatie** (zie addendum A)

In 2005 zijn de eerste stappen gezet om netwerk Rehabilitatie in het arrondissement Turnhout op te richten. Dit heeft geleid tot het ondertekenen van een samenwerkingsprotocol in 2007. Betrokken partners waren:

- o vanuit GGZ: CGG, OPZGeel, IBW Kempen, DAC 't Twijgje, PAAZ Turnhout, PVT De Liereman;
- o vanuit eerste lijn: Welzijnszorg Kempen, SIT arrondissement Turnhout en CAW Kempen.

#### **4.2.2.3 Therapeutisch Project: Netwerk Rehabilitatie (Nr 40)**

Vanuit het Netwerk Rehabilitatie werd een therapeutisch project geschreven en ingediend bij het RIZIV. De overeenkomst met het RIZIV ging in op 1 april 2007 en loopt tot 31 maart 2011. De algemene doelstelling en de verwachte outcome op termijn werden als volgt omschreven in het projectvoorstel: *“Het samenswerkingsverband tussen de verschillende partners verbetert niet alleen de **toegankelijkheid** en **beschikbaarheid** van de zorg maar zorgt ook dat de zorg gebaseerd is op één gemeenschappelijke visie omtrent rehabilitatie. De cliënt wordt over de grenzen van de betrokken organisaties op een **eenduidige manier** bejegend en krijgt te maken met een **eenvormige methodiek**, de methodiek van de integrale rehabilitatiebenadering. [...] **Zorgcommunicatie** verloopt **gestructureerd via een zorgcoördinatieplan** en verhoogt de kans op goede zorg door heldere en gecoördineerde afspraken [...]”*

#### **4.2.2.4 Gezamenlijk overleg SEL Kempen en GGZ**

De samenwerking inzake PZT Psoikos en de therapeutische projecten bracht de GGZ en de eerstelijns diensten in onze regio dicht bij mekaar. Toch werden en worden nog heel wat knelpunten en noden ervaren op vlak van samenwerking en onderlinge afstemming. Om dit structureel aan te pakken werd een nieuw overleg in het leven geroepen. Sinds begin 2009 vindt halfjaarlijks overleg plaats tussen SEL Turnhout (voorheen SIT Turnhout) en het arrondissementeel overlegplatform GGZ. Dit overleg heeft als doel om de werking van beide sectoren beter op mekaar af te stemmen. Onderwerpen die tot nog toe besproken werden, zijn onder meer: ontslagmanagement, zorgcommunicatie en netwerkvorming GGZ.

#### **4.2.2.5 Vormingsprogramma over psychosociale rehabilitatie door LUCAS (Leuven)**

Een belangrijk effect van het netwerk Rehabilitatie was het engagement van de partners om een gezamenlijke visie en methodiek uit te werken op vlak van psychosociale rehabilitatie (zie Addendum A) en om hierrond een uitgebreid vormingsprogramma uit te werken (2007 tot medio 2008). Dit vormingstraject was verplicht voor alle medewerkers rehabilitatie van OPZ Geel (120FTE). Het was

eveneens toegankelijk voor medewerkers Beschut Wonen Kempen en CGG. Er werd bewust gekozen om alle personeelsleden het volledige vormingstraject te laten volgen zodat het ontwikkelen van een gezamenlijke visie over alle eenheden en groepen heen mogelijk werd.

#### **4.2.2.6 *Rapport: De plaats van psychiatrische pleegzorg binnen het toekomstige GGZ beleid door onderzoeksinstituut LUCAS***

De gezinsverpleging, voortaan psychiatrische pleegzorg, is in het GGZ landschap de vreemde eend in de bijt. Het is federaal gefinancierd maar betreft werken met pleeggezinnen, in essentie Vlaamse materie. Wat de intrinsieke waarde is van deze zorgvorm en hoe psychiatrische pleegzorg er in de toekomst best uitziet, was voorwerp van een intensief onderzoeksproject, besteld door de Federale Overheid en uitgevoerd door LUCAS. De conclusies van dit onderzoek worden meegenomen in ons verder voorstel. We willen als regio de voorsprong die we hebben op vlak van vermaatschappelijking van de zorg door het beschikken over deze extra zorgvorm maximaal valoriseren maar hebben tegelijk de ambitie om de psychiatrische pleegzorg integraal in te passen binnen de verschillende functies in het netwerk.

#### **4.2.2.7 *Intersectorale samenwerking VAPH-GGZ***

In de regio wordt niet enkel samengewerkt tussen de GGZ partners en de eerste lijn. We proberen ook intersectoraal samen te werken. Ook deze vormen van samenwerking zullen hun plaats moeten krijgen in de uit te bouwen ambulante teams.

#### **Project aanknopingspunt en outreachteam**

In 2009 werd op initiatief van beide sectoren VAPH en GGZ een voorbereidend intersectoraal overleg opgestart binnen de provincie Antwerpen. Bedoeling is om twee zaken uit te bouwen: enerzijds een outreachteam, anderzijds een intersectoraal aanknopingspunt. De outreachteams gaan outreachend in de thuissituatie of de thuisvervangende situatie (VAPH voorziening) aan de slag met de hulpvraag van de cliënt of het netwerk. Het doel van het aanknopingspunt is om te komen tot samenwerking en afstemming tussen de partners wat betreft de instroom en het aanbod, met het oog op een meer efficiënt, transparant en kwalitatief doordacht aanbod met als focus geestelijke gezondheidszorg voor beoogde doelgroep.

#### **Psychiatrische Behandelpleegzorg voor kinderen/jongeren met dubbel diagnose**

Verderbouwend op de expertise van OPZ Geel inzake psychiatrische pleegzorg voor volwassenen wordt momenteel met financiële ondersteuning vanuit het VAPH een gelijkaardig aanbod gerealiseerd voor kinderen en jongeren met dubbele problematiek, een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. Kinderen/jongeren uit de beoogde doelgroep, die niet meer bij de ouders terecht kunnen, komen terecht in MPI's, OBC, K-dienst, .... Indien ontwikkelingsgerichte thema's nog actueel zijn, kan dit hulpaanbod worden verlengd **tot de leeftijd van 25 jaar**.

**Conclusie:** De diverse initiatieven hierboven vermeld, wijzen uit dat de tijd rijp is om stappen vooruit te zetten in het netwerkverhaal, dit zowel voor cliënten met een acute of subacute problematiek, als

voor LZA cliënten. Het scenario (cf. infra), dat alle bestaande zorgvormen schakelt en dat nieuwe zorgvormen ontwikkelt, ligt in het verlengde van de inspanningen die de afgelopen jaren al geleverd werden om de zorg vraaggestuurd te maken en te verbeteren via samenwerking.

## 5 Beschrijving van de nieuwe structuur

### 5.1 Netwerksamenstelling

Het GGZ netwerk Kempen bestaat uit volgende **primaire partners** die samen dit projectvoorstel uitgewerkt hebben: OPZ Geel, PVT Salto Geel, CGG Kempen, Initiatief Beschut Wonen Kempen vzw en PAAZ Turnhout. Er wordt een samenwerkingsprotocol opgesteld dat deze partners onderschrijven (cf. Addendum D). Verder is het aangewezen om in overleg te gaan of een samenwerking op te zetten met **secundaire partners**. Hierbij wordt gedacht aan de huisartsen in de regio, CAW De Kempen, Welzijnszorg Kempen, SEL arrondissement Turnhout, Vormingplus Kempen, VDAB, Huisvestingsmaatschappijen, beschutte werkplaatsen, ontmoetingscentra, buurtcentra, AZ's, lokale besturen, thuiszorgdiensten, ....

Zie addendum B: huidig zorgaanbod en Addendum C: schematische voorstelling van het netwerk GGZ Kempen, eens het project zorgvernieuwing is goedgekeurd. In 5.2 wordt het netwerk in detail beschreven.

### 5.2 Taakverdeling in het netwerk

#### 5.2.1 Functie 1

Binnen stepped care zijn de analyse van de zorgvragen en de daaraan gekoppelde indicatiestelling cruciaal. F1 heeft de opdracht om de zorgvraag te **screenen** en te komen tot indicatiestelling. Dit kan volgende uitkomsten hebben:

- Er is een advies naar de verwijzer / eerstelijns actor, die de begeleiding of behandeling verderzet;
- Er is sprake van een problematiek die begeleid kan worden door de eerste lijn met tussenkomst via een kortdurende interventie vanuit de GGZ;
- Er is nood aan gespecialiseerde GGZ zorg die beschikbaar is binnen het netwerk GGZ Kempen;
- Er is nood aan gespecialiseerde zorg die niet beschikbaar is binnen netwerk GGZ Kempen en dus een doorverwijzing naar andere partners buiten het netwerk vraagt.

F1 heeft een bijkomende opdracht wanneer er sprake is van **crisissituaties**. Het zal in crisissituaties instaan voor de eerste opvang ervan. Dit kan ambulant of via het crisis en kortdurend behandelteam (Functie 2). Bovendien biedt F1 **coaching en vorming** aan eerstelijns actoren.

#### 5.2.1.1 Screening en indicatiestelling

##### *Advisering eerste lijn*

Het netwerk GGZ Kempen wil via F1 voorzien in screening van cliënten en een adviesverlening aan de eerstelijns diensten. De uitbouw van F1 in het netwerk GGZ Kempen betekent dus de organisatie van een laagdrempelig contactpunt tot wie elke beroepsbeoefenaar zich kan richten om een GGZ

probleem te melden en advies te krijgen over de begeleiding ervan. Dus hoewel het GGZ model Kempen in haar zorgaanbod vooral gericht is naar cliënten met een ernstige psychische of psychiatrische problematiek, blijft screening en advies een belangrijke opdracht ook voor cliënten met mildere problematieken of problematieken die kortdurend behandeld kunnen worden (eerste lijn + ggz actor). Deze brede toegang tot screening is een essentieel kenmerk van F1 in het GGZ model Kempen. We houden ook een pleidooi om GGZ-diagnostiek en screening niet los te zien van de deskundigheid van welzijnsdiensten op het vlak van probleemverheldering. Dit zou kunnen betekenen dat welzijnsactoren (vb. CAW De Kempen) een actieve rol opnemen in F1. Omgekeerd zou dit ook kunnen betekenen dat teamleden vanuit F1 consultatiemomenten houden binnen andere organisaties (vb. CAW De Kempen, OCMW's, wijkgezondheidscentrum (in ontwikkeling) ...). Een laagdrempelig onthaalteam voor GGZ-vragen heeft ons inziens als voordeel dat er een centralisatie is van alle vragen op het vlak van GGZ-zorg. Ook voor doorverwijzers creëert dit een duidelijk aanspreekpunt voor vragen rond GGZ-problemen.

#### *Kortdurende interventie vanuit GGZ.*

Zoals hierboven al kort aangegeven zou F1 ook kunnen voorzien in een kortdurende behandeling bij relatief afgebakende problematieken (die slechts een matige invloed hebben op het functioneren van de cliënt) waar in hoofdzaak de eerstelijnsactoren betrokken zijn, maar een ondersteuning vanuit GGZ gewenst is of anders gesteld een psychologische interventie in de eerstelijnszorg gewenst is. Deze functie sluit ons inziens aan bij de ontwikkelingen rond de eerstelijns psychologische functie die vanuit een generalistische, kortdurende visie begeleiding of behandeling aanbiedt. Deze functie kan geïntegreerd worden in F1 met mogelijkheid om consultatiemomenten te organiseren in andere (eerstelijns) voorzieningen (zie eerder voor screeningsfunctie). We denken hierbij opnieuw aan CAW De Kempen, OCMW's, wijkgezondheidscentra, huisartsen, e.a.

#### *Verwijzing naar gespecialiseerde GGZ in netwerk*

F1 als onderdeel van het GGZ – netwerk Kempen kan zorgen voor een gerichte interne verwijzing, wanneer gespecialiseerde behandeling geïndiceerd is. Het onthaalteam moet met andere woorden in staat zijn om vanuit een **gemeenschappelijk concept van zorg een geïndividualiseerd zorgplan** op te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met de **individuele zorgvraag van de cliënt en de mogelijke gecombineerde inzet van de verschillende zorgfuncties**, afhankelijk van de geïndiceerde zorg. Op deze manier wordt het netwerk een geheel van zorgfuncties ten dienste van de gebruiker: afhankelijk van de individuele noden kan de gebruiker een beroep doen op het gehele netwerk of een deel ervan. De ontwikkeling van een individueel **zorgplan** is een belangrijk gegeven in het geheel van het zorgproces. F1 heeft bijgevolg een rol in de **coördinatie van zorg**. Coördinatie betekent immers het geïntegreerd aanwenden van de verschillende beschikbare zorgfuncties en zorgvormen uit het netwerk in eenzelfde programma<sup>16</sup>. Binnen elk van deze zorgfunctie, in elk van de desbetreffende diensten, kan en zal er voor elke cliënt een geïndividualiseerd begeleidingsplan/ behandelingsplan worden opgesteld, maar uiteindelijk moet dit plan aansluiten bij het gemeenschappelijke zorgplan. Concreet betekent dit dus dat vanuit F1 het **vervolgtraject binnen het GGZ-**

<sup>16</sup> Gebaseerd op tekst 'verslag introductie en discussieforum Netwerking', Congres Lucas 'Visie op zorg, zorg met visie', 17.9.09.

**netwerk Kempen** uitgetekend wordt. In een eerste fase willen we deze functie alvast voorzien voor verwijzingen naar de ambulante behandelteams (zie F2). In een latere fase is het de bedoeling dat dit het gehele aanbod van het netwerk omvat, dus ook de toegang tot de intensieve residentiële behandelunits. Een rechtstreekse toegang tot deze functie blijft echter mogelijk voor de actoren in het GGZ-netwerk: de diensten binnen het netwerk en de geneesherenpsychiaters actief in het netwerk.

### **5.2.1.2 Crisissituaties**

Er kan een onderscheid gemaakt worden<sup>17</sup>:

- **Algemene screeningen**: alle GGZ-verwijzingen worden gescreend door F1. Verdere vraagverheldering, diagnostiek is noodzakelijk om advies te geven naar andere diensten, een goede verwijzing te voorzien buiten het GGZ-netwerk of een zorgplan op te stellen voor gebruik van het GGZ netwerk. (zie verder). In principe worden deze screeningen voorzien **binnen de 14 dagen** na aanmelding en dit met een maximum van 4 weken.
- **Dringende screeningen** (subacuut): hier wordt er vanuit de verwijzer ingeschat dat de cliënt best **binnen enkele dagen** gezien wordt. Dit kan vb. gaan over cliënten met een problematiek waar er mogelijk een suïciderisico is. Screening in de thuissituatie door het mobiele crisis- en kortdurend behandelteam team kan hier een optie zijn (functie 2).
- **Crisissituaties** (acuut): screening **binnen de 24 uur** is noodzakelijk. De toestand van de cliënt is zorgwekkend (geworden). Deze screeningen kunnen tijdens kantooruren gebeuren op locatie van F1 of door het crisisinterventie en kortdurend behandelteam (functie 2).

In het geval van crisissituaties is een basispakket zorg noodzakelijk met het oog op de stabilisatie van de crisis (al dan niet in afwachting van het opstellen van een vervolgtraject / zorgplan voor de cliënt). De intensiteit is afhankelijk van de zorgnood, maar beperkt in tijd. De crisisbegeleiding kan zowel op dienst gebeuren als mobiel in de thuissituatie (zie F2 crisisinterventie en kortdurend behandelteam ).

### **5.2.1.3 Coaching en vorming eerstelijns actoren**

Een psychische stoornis gaat vaak gepaard met lichamelijke en sociale problemen en de eerstelijns gezondheidszorg wordt steeds meer geconfronteerd met klachten van psychische en psychosociale aard. Wanneer eerstelijns hulpverleners geconfronteerd worden met problemen inzake geestelijke gezondheidszorg, is identificatie van de problemen van belang. Hulpverleners in eerstelijns diensten moeten hiervoor voldoende gesensibiliseerd worden en gevormd worden om problemen van psychische en psychosociale aard (vroegtijdig ) te herkennen en er mee om te gaan. De actoren binnen het netwerk GGZ Kempen kunnen deze coaching en/of vorming mee ondersteunen. Het uitbouwen van deskundigheid in de eerstelijns diensten kan volstaan om mensen met een psychisch probleem te begeleiden. Het aanbieden van een consult of indien nodig coachingtraject kan hiernaast ondersteunend zijn. De mogelijkheid om F1 te consulteren kan voldoende zijn om de hulpverlening in de eigen setting verder te zetten.

---

<sup>17</sup> Burns, T. (2004). Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices. Oxford, University Press

#### 5.2.1.4 Kernpartners in de uitbouw van F1

We willen komen tot een centralisatie van de screenings-, oriëntatie- en verwijfsfunctie binnen F1. Anderzijds voorzien we een belangrijke taak naar de ondersteuning /adviesverlening van de eerstelijns actoren (en koppeling naar vroegdetectie). Ten slotte heeft F1 een opdracht naar het opnemen van crisissituaties en kortdurende begeleiding en behandeling. Het lijkt ons dan ook aangewezen dat de huidige **GGZ-partners** met activiteiten op dit vlak **samen deze functie organiseren** en personeel inzetten. We voorzien een benodigde capaciteit van **4,5 FTE**<sup>18</sup> wanneer dit team haar volledige opdracht opneemt, waarvan 2 FTE masters, 2 FTE bachelors en 0,5 FTE psychiater. De koppeling met de crisisfunctie geeft ook een rol aan het nog op te richten crisis en kortdurend behandelteam. Daarnaast zien we naar de toekomst ook nieuwe functies, vb. de eerstelijns psychologische functie, een plaats krijgen in F1. Ook de inbreng vanuit welzijnspartners lijkt ons erg relevant om een koppeling en samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijnszorg te behouden. De screening van de hulpvragen dient absoluut **multidisciplinair** te gebeuren. De teamsamenstelling bevat dus zeker volgende personeelsgroepen: psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, psychiatrisch verpleegkundigen.

De werking van dit team kan maar succesvol zijn indien er een **goede samenwerking is met de verschillende eerstelijns diensten**. Zij zijn immers niet enkel de diensten die cliënten verwijzen, maar hen ook terug opnemen na behandeling of deel uitmaken van het bredere zorgnetwerk rond de cliënt. Mogelijke samenwerkingspartners: *Welzijnsdiensten*: CAW De Kempen, OCMW's; *Gezondheidszorg*: huisartsen, privé-psychiaters, zelfstandige psychologen, GDT's; *Politie* : justitie; *Arbeid*: sociale tewerkstellingsplaatsen, vdab; *Huisvesting*: sociale verhuurkantoren.

### 5.2.2 Functie 2

#### 5.2.2.1 Ambulante behandeling via raadpleging

Wanneer een ambulante begeleiding / behandeling geïndiceerd is voor de doelgroep van cliënten met een ernstige psychische of psychiatrische problematiek kan er beroep gedaan worden op de raadplegingen van de behandelteams. Vertrekkende vanuit het huidige zorgaanbod zijn de kernpartners hier CGG Kempen en de polikliniek van OPZ Geel.

#### *Behandelteam CGG: algemene volwassenenwerking*

Algemene criteria: De cliënt heeft een psychiatrische diagnose of (vermoeden of voorgeschiedenis van) een ernstige *psychische problematiek* en er is sprake van tenminste één van volgende situaties:

- er is een patroon van disfunctioneren op meerdere levensterreinen (psychisch, sociaal, werk, ...)
- de cliënt leeft in een multi-problem-gezin (actuele psychische of lichamelijke mishandeling, gezinsleden met psychiatrische problematiek, ...)
- er is een neiging tot chroniciteit of herval (eerstelijns hulp blijkt niet toereikend, langdurige ziekte- of hulpverleningsgeschiedenis)

<sup>18</sup> We vinden in de literatuur geen aanbevelingen rond de benodigde capaciteit. We vertrekken vanuit de huidige personeelsinzet binnen CGG (1FTE) en houden rekening met de uitbreiding van de opdracht naar het volledig netwerk toe en de sleutelrol die aan dit team toebedeeld wordt.

- er is een verhoogd risico op een psychische problematiek (familiale belasting, KOPP)

*Een ambulant haalbare begeleiding/behandeling: wat verstaan we onder haalbaar?*

- de vraag van de cliënt houdt de *mogelijkheid* in deze te vertalen naar een werkbare hulpvraag – behandel aanbod. De vraag is werkbaar voor cliënt, hulpverlener en organisatie.
- problemen op andere primaire levensdomeinen staan niet op de voorgrond. Het screenen van deze basisdomeinen is wel onze opdracht.
- een behandeling met een frequentie van 1 afspraak per week haalbaar is. Tenzij per uitzondering in crisissituaties en/of het team op basis van de problematiek en de situatie dit nodig acht. In deze situaties wordt de frequentie voor een korte tijd verhoogd.

Binnen de CGG wordt er voor elke cliënt een individueel behandelplan opgesteld. Dit behandelplan is een document dat op een systematische manier de neerslag weergeeft van het proces van zorgtoewijzing, de opvolging en de bijsturing van het zorgproces, zoals het 'standaard' tot stand komt in wederzijds overleg tussen betrokken cliënt/cliëntensysteem en het behandelteam/de betrokken hulpverlener. Het behandelplan is de weerslag van een methodische en resultaatgerichte manier van werken waarin overleg met cliënt en een regelmatige evaluatie van het hulpverleningsgebeuren tussen cliënt en zorgverlener centraal staan. Het werken met een behandelplan voorziet ook dat de doelstellingen van de behandeling en de gehanteerde methodes geëxpliciteerd worden, opnieuw in het werkdocument, maar ook in het overleg met de cliënt.

*Behandelteam CGG: specifieke problematieken*

De F1 teams richten zich naar algemene problematieken. We omschreven deze functie als een brede poortfunctie die een rol van zorgcoördinatie opneemt voor de vervolgzorg binnen het netwerk GGZ dat hierbij aansluit. Zoals eerder aangegeven zijn er momenteel een beperkt aantal functies actief rond **verslavingsproblematieken en forensische problematieken**. We willen hier toch de behandel mogelijkheden en de bestaande specifieke samenwerkingsverbanden aangeven die er momenteel voor cliënten met een verslavingsproblematiek en forensische cliënten bestaan.

Binnen CGG Kempen is er een behandelteam dat zich specifiek richt naar de doelgroep van mensen met een **verslavingsproblematiek** (alcohol, drugs, medicatie en gokken). CGG Kempen participeert hierbij in het **netwerk Drughulp Kempen** dat het geheel is van het zorgaanbod op het vlak van verslavingszorg in de Kempen, ondersteund door de partners CGG Kempen en CAW De Kempen. Naast het CGG-behandelteam (algemeen en team alternatief gerechtelijke maatregelen) maken ook eerstelijns Drughulp, MSOC Kempen en de projecten online hulpverlening en CRA-cht deel uit van Drughulp Kempen. Momenteel wordt binnen Drughulp Kempen de opstart van een centraal aanmeldingspunt voorbereid. Doelstelling is dat alle vragen rond deze problematiek terecht kunnen op één centraal aanmeldingsnummer en er van daaruit een verdere verwijzing / screening kan gebeuren. De link en samenwerking met het F1-team zal bij opstart van het GGZ – netwerk Kempen verder uitgeklaard moeten worden.



Het **forensisch** team van het CGG biedt **begeleiding en behandeling aan daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag**. Dit team richt zich enerzijds naar volwassen daders en anderzijds naar jongeren die grensoverschrijdend gedrag hebben gesteld. Dit team werkt nauw samen met het team HSD (hulpverlening seksueel delinquenten) van CAW De Kempen en de leerprojecten voor daders seksueel geweld (LDSG). Er is **geen forensisch zorgcircuit in onze regio**.

### **Polikliniek OPZ Geel**

Het voorzien van poliklinische raadplegingen kan een meerwaarde betekenen in functie van het voorkomen van opname en het bieden van continuïteit van zorg<sup>19</sup>. Door OPZ Geel wordt voor volwassen psychiatrische cliënten de mogelijkheid tot het aanvragen van poliklinische raadplegingen bij psychiaters voorzien. In belangrijke mate gaat dit om begeleiding op vlak van psychopharmaca.

#### **5.2.2.2 CKB team (team voor crisisinterventie en kortdurende behandeling)<sup>20</sup>**

Het ambulant intensief behandelteam voor personen in (sub)acute toestand richt zich naar crisisinterventie en kortdurende behandeling. De **doelpopulatie** is: *volwassenen van 16 tot 65 jaar met een ernstige psychiatrische aandoening met een acute psychiatrische crisis of met een dergelijke ernsttoestand dat, zonder interventie van het ambulant team, hospitalisatie noodzakelijk is*. Standaard worden aanmeldingen van huisartsen, andere zorgverleners uit de eerste lijn en cliënten of hun familie via functie 1 opgenomen. Indien nodig, gebeurt na screening, de verwijzing naar het ambulant team vanuit functie 1. Psychiaters werkzaam in het netwerk geestelijke gezondheidszorg Kempen kunnen rechtstreeks aanmelden aan het crisis- en kortdurend behandelteam. Na screening wordt gekeken of de zorgvraag in overeenstemming is met het zorgaanbod. Indien nodig wordt doorverwezen naar een meer geschikte zorgvorm. De **duurtijd** van de interventie – assessment, crisisstabilisatie, kortdurende behandeling - gaat van drie à zes weken tot maximaal 3 à 6 maanden. Daarna wordt verwezen naar andere zorgvormen indien nodig. Qua zorgorganisatie worden maximaal de principes van case-management geïntegreerd, zoals het toewijzen van een clinical case manager en de 24/24u en 7/7 dagen beschikbaarheid van zorgverleners (waarbij steeds minimaal twee zorgverleners beschikbaar zijn), liaison met andere diensten, zoals de opname-eenheid van een ziekenhuis en aandacht voor ondersteuning van mantelzorgers.

De **zorgintensiteit** ligt echter anders. Een team heeft een caseload van 35 tot 40 cliënten en de contacten zijn, zeker in de beginfase van de begeleiding, intensiever (tot meerdere keren daags). Gedurende de ganse duur van begeleiding wordt er systematisch informatie teruggekoppeld naar de huisarts van cliënten. Tevens is er, in geval van residentiële opname, betrokkenheid vanuit het crisis- en kortdurende behandelteam in functie van ontslagplanning en korte opvolging van cliënten na ontslag uit het ziekenhuis. Indien de zorgvraag van de cliënt opgehelderd is, wordt de verwijzer op de hoogte gebracht (huisarts, langdurige zorg team). De teamsamenstelling omvat 14 FTE (voor arrondissement Turnhout): 1 FTE psychiater, 1 FTE teamleider, 8 FTE psychiatrisch

<sup>19</sup> Thornicroft, G. & Szmulker, G. (2001). *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press.

<sup>20</sup> Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices*. Oxford, University Press.

verpleegkundigen, 2 FTE maatschappelijk werkers en 2 FTE psychologen. De psychiaters werken tijdens de kantooruren. Na de kantooruren kan beroep gedaan worden op wachtdiensten binnen het netwerk. De andere teamleden voorzien directe zorgverlening van 8u tot 21u. De overige uren is er een permanentie voorzien door de leden van dit team, waarbij steeds min. 2 hulpverleners beschikbaar zijn. Een aantal teamleden zijn of worden expert in dubbeldiagnoseproblematiek (inclusief verslaving). Het lopende project inzake suïcidepreventie kan in de werking van het crisis- en kortdurende behandelteam worden geïntegreerd.

De begeleiding van het ambulant team gebeurt in de natuurlijke omgeving van de cliënt, of ter ondersteuning van de natuurlijke omgeving, in een pleeggezin. We spreken hier over behandelende psychiatrische pleegzorg waarbij de gezinnen partners in de zorg zijn: ze zijn gevormd in het omgaan met cliënten met een crisisvraag of kortdurende behandeling (semi-professionele zorggezinnen). De begeleiding is eveneens beperkt in de tijd (3 à 6 weken tot maximaal 3 à 6 maanden).

### 5.2.2.3 LZA team

Dit team werkt vanuit de F-ACT methodiek. "*Functie-ACT integreert de intensieve zorg van ACT met de basis ambulante zorg voor alle langdurig zorgafhankelijken*"<sup>21</sup>. De auteurs raden aan om teams samen te stellen van ongeveer **10 FTE** die verantwoordelijk zijn voor ongeveer 220 cliënten. Volgens hen kan een dergelijk team een regio van 55.000 inwoners bedienen. Als je onze berekening van de prevalentiecijfers bekijkt, en je wil volledige dekking voor alle potentiële LZA cliënten, dan heb je in het arrondissement **4 à 5 F-ACT** teams nodig.

De samenstelling van een dergelijk team ziet er als volgt uit: 0.8 FTE psychiater, 1 FTE meewerkende teamleider, 7 FTE casemanagers (hier adviseert men variatie tussen diverse bachelors, niet alle casemanagers moeten sociaal, psychiatrisch verpleegkundigen zijn, alhoewel die in voldoende aantal moeten aanwezig zijn, ook aan te raden is een expert op vlak van verslavingszorg), 0.8 FTE psycholoog, 0.6 FTE ervaringswerker<sup>22</sup>, 0.5 FTE trajectbegeleider. Daarnaast optioneel: sociaal, juridisch dienstverlener, ergotherapeut en ambulant woonbegeleider

De idee is om gezien de beperkte middelen te starten met **1 LZA team**. Komen in latere fases meer middelen vrij dan kan men overwegen meerdere teams in het veld te zetten. We beseffen dat we lang niet aan alle noden in de regio zullen kunnen beantwoorden maar laten het team toch liever in het volledige arrondissement werken eerder dan een subregio af te bakenen. Dit betekent dat de opdracht van dit team strikt afgebakend zal zijn. Dit team is een **doorstart** van twee equipes:

- Eén equipe is gespecialiseerd in een bijzondere vorm van gemeenschapsgerichte zorg voor LZA cliënten, i.e. **psychiatrische pleegzorg** (gezinsverpleging). Deze zorgvorm is heel erg apart omdat hij integratie in de maatschappij faciliteert op diverse domeinen en dit op een heel natuurlijke wijze. Vanuit het **team** wordt de **psychiatrische begeleiding en algemene zorgcoördinatie** opgenomen, de **begeleiding op vlak van wonen** (cf. functie 5) komt op conto van het **pleeggezin**.

<sup>21</sup> Mulder, N. & Kroon, H. (2009). *Assertive Community Treatment. Bemoezorg voor patiënten met complexe problemen*. Boom.

<sup>22</sup> nog niet echt bekend/gebruikelijk in Vlaanderen

- Een tweede equipe bestaat uit mensen die momenteel behoren tot de PZT werking (Psoikos, **Psychiatrische Thuiszorg**) en die zorg opnemen van LZA cliënten in de regio. We rekenen ook de huidige zorgcoördinator (Therapeutisch Project 40) tot dit team.

Wat de opdracht betreft, biedt het LZA- team in een eerste fase volgende vormen van zorg:

**Opvolgen van dossiers van LZA cliënten die in hun eigen woning verblijven:** het betreft cliënten die niet enkel zorgcoördinatie maar ook permanente begeleiding/ondersteuning en/of coaching nodig hebben:

- LZA cliënten die na een verblijf in PVT, pleeggezin, IBW, PZ of PAAZ (terug) zelfstandig willen gaan wonen. Dit kan kaderen in ontslagmanagement en heropname voorkomen;
- LZA cliënten waarbij mantelzorgers/eerstelijns diensten aangeven dat het hun alleen niet lukt om hun familielid/partner/buur/cliënt... te ondersteunen. In dit geval betreft de interventie van het F-ACT team coaching, en/of ondersteuning van de cliënt in kwestie.

**Opvolgen van dossiers van LZA cliënten die in VAPH residenties of beschermd wonen verblijven**

LZA cliënten die in residenties wonen van VAPH maar waarbij een duidelijke psychiatrische stoornis aanwezig is. In dit geval betreft het outreachend werken naar een andere sector, in de praktijk betekent dit coaching, ondersteuning en/of behandeling bieden zodat de teams de zorg binnen de bestaande woonomgeving in VAPH residenties kunnen handhaven en een opname vermeden wordt. Deze opdracht is het antwoord vanuit ons arrondissement op de vraag naar intersectorale samenwerking binnen de provincie.

**Opvolgen van dossiers van LZA cliënten die in een pleeggezin wonen<sup>23</sup>**

- **Perspectiefbiedende pleegzorg (PBP):** Deze cliënten zijn op zoek naar een permanente woonvorm (cf. functie 5), zij kunnen niet zelfstandig wonen en hebben continu ondersteuning nodig. Omwille van de zwaarte van hun problematiek wonen ze **onder begeleiding van een pleeggezin** en worden ze **opgevolgd door een ambulante psychiatrisch team**. Er is een bed-op-recept en 24 uren ondersteuning vanuit het team. Bij de hogergenoemde doelgroep kunnen de zorgvragen zich situeren op verschillende levensdomeinen. De zorgvragen presenteren zich niet bij elke cliënt in dezelfde mate en kunnen variëren in de tijd. Het betreffen vragen naar perfect gedoseerde, geïndividualiseerde psychosociale hulp en (emotionele) ondersteuning, mogelijks vervangende regie over enkele levensdomeinen met maximaal behoud van door de cliënt gewenste graad van autonomie en dit in evenwicht met de draagkracht van cliënt en diens sociale netwerk.
- **Ondersteunende pleegzorg (OPP):** Deze vorm van pleegzorg betreft een verregaande flexibilisering van de inzet van pleeggezinnen om diverse doelen te bereiken. De zorgvragen zijn divers: gaande van crisisopvang tot gedeelde zorg met een andere woonvorm zoals PVT, IBW of mantelzorger. De gedeelde zorg van OPP kan gaan van bijvoorbeeld opvang tijdens de weekends,

---

<sup>23</sup> OPZ Geel heeft momenteel 150 volwassen cliënten en één adolescent (16+) die in pleeggezinnen wonen. Volgens de huidige normen van gezinsverpleging, betekent dit een multidisciplinair team van 6 à 7 FTE. Deze mensen vormen dus in wezen de fond van het op te richten F-ACT team.

wekdagen of als dag-nachtstructuur en of op regelmatige tijdstippen. De opvang is steeds van korte duur, is altijd tijdelijk, hetzij éénmalig, hetzij op regelmatige basis en vertrekt steeds vanuit een hulpvraag van cliënt, team, pleeggezin of externe partner. Het pleeggezin zorgt voor en begeleidt het wonen in haar diverse aspecten, het mobiel psychiatrisch team treedt op als zorgcoördinator en bewaakt het psychisch welzijn.

De ideale teamgrootte die we nastreven is 10 à 11 FTE. Het zal een uitdaging zijn om binnen het LZA team die verschillende opdrachten tot een goed einde te brengen zonder dat de specificiteit van elk gehypothekeerd wordt. De opdrachten betreffen ruwweg dezelfde doelgroep, alhoewel de zorgafhankelijkheid van de cliënten in VAPH woonvormen en in psychiatrische pleegzorg uiteraard groter is dan bij cliënten die zichzelf redden binnen hun eigen context mits ondersteuning van diverse eerstelijns partners.

### 5.2.3 Functie 3

Binnen het netwerk zijn heel wat teams actief die cliënten ondersteunen bij herstel, het opnieuw opnemen van sociale rollen en bij het zoeken naar aangepaste beroepsmogelijkheden. De bij functie 2 vermelde ambulante teams kunnen op deze 'rehabilitatieteams' beroep doen. We maken hier een onderscheid tussen zorgverleners die **categoriaal werken** en een gespecialiseerd aanbod doen naar psychiatrische cliënten enerzijds en **reguliere diensten** die een algemeen aanbod doen naar kwetsbare doelgroepen anderzijds.

#### 5.2.3.1 *Categoriale initiatieven*

##### ***Arbeid en dagbesteding***

- *Arbeidszorg*: arbeidsrehabilitatie in een aangepast beschermend milieu. Deze dienst stelt cliënten te werk in arbeidsateliers of begeleidt cliënten individueel bij een job in of buiten het OPZ (begeleid werken). De dienst werkt waar mogelijk trajectmatig en wordt betrokken bij het opstellen van het behandelplan van de cliënt in kwestie. De dienst streeft naar maatschappelijke verankering en ingebedde projecten.
- *Dagactiviteitencentrum Hoekhuis*: Dit biedt ondersteuning in het zelfstandig leven aan ex-clieñten die thuis wonen of in een beschutte woonvorm.
- Het *dagcentrum De Statie* voorziet een zinvolle daginvulling voor cliënten die in een pleeggezin wonen. Gezien de ligging, vlakbij het station van Geel, leent het zich perfect om ook andere cliënten uit de regio op te vangen.
- *Dagkliniek voor psychotici* biedt een ondersteuning in het zelfstandig leven van ex-clieñten met schizofrenie, een manisch-depressieve psychose, een schizo-affectieve stoornis of een andere psychotische stoornis die thuis wonen of in een beschutte woonvorm.
- *Activering binnen beschut wonen* Activering is een belangrijke doelstelling binnen de werking van beschut wonen. Voor elke bewoner wordt een passende dagactiviteit gezocht in samenwerking met de verwijzer. Deze dagactiviteit heeft als doel om de dag en de week te structureren.
- *Activiteitencentrum 't Twijgje in Turnhout* 't Twijgje is een activiteitencentrum voor mensen met psychische moeilijkheden. Een zestigtal cliënten kan hier terecht voor ontmoeting, zinvolle

dagbesteding en arbeidszorg. De doelstelling kan verschillend zijn naargelang de noden van de cliënt. Het aanbod omvat enerzijds ateliers en anderzijds arbeidszorg.

### ***Sport, vrije tijd, vorming en vrijwilligerswerking***

- De dienst *sport, vrije tijd, vorming en vrijwilligerswerking* ondersteunt alle cliënten die op een of andere wijze verbonden zijn aan OPZ Geel.

Enerzijds ondersteunt de dienst individuele vrijetijdstrajecten. Hiervoor organiseert het vrijetijdswinkel infomomenten waar cliënten terecht kunnen met vragen over verenigingen, vrijetijdsactiviteiten, weekendactiviteiten, vakanties, vrijwilligersbegeleiding, enz. Anderzijds wordt een groepsaanbod uitgewerkt en worden vakanties op maat aangeboden of wordt er in samenwerking met vakantieparticipatie gekeken naar deelname aan extern georganiseerde vakanties/activiteiten. Deze dienst sluit zo dicht mogelijk aan bij reguliere sport- en cultuurinitiatieven en ontwikkelt samen met de cliënt een maatschappelijk steunsysteem geënt op een individueel uit te bouwen netwerk. Hierbij werkt de dienst nauw samen met plaatselijke partners en actoren (link met cultuur, organisaties van mensen in armoede, sport, vormingswerk,...). Er is een uitgebreide vrijwilligerswerking ter ondersteuning (cfr. Buddy-systeem). De dienst werkt ook rond vorming (vb. dichten van de digitale kloof, aanleren sociale vaardigheden, bespreken van maatschappelijke onderwerpen,...) en ondersteunt cliëntgestuurde projecten (Fietsenverhuur, petanquebaan, campuscafé). Vorming zal in de toekomst een meer centrale plaats krijgen. Vormingsgerichte activiteiten zullen in samenwerking met andere partners (o.a. Vormingplus Kempen) worden georganiseerd. De sportdienst ondersteunt sportactiviteiten individueel of in groep voor OPZ-clieñten. Ze begeleiden cliënten ook trajectmatig naar deelname aan sport in reguliere of G-clubs; en zetten waar mogelijk een samenwerking op met deze clubs.

- *Digidak* is een samenwerkingsproject met de Stad Geel, MPI Oosterlo, Dienstencentrum Luysterbos en DSO. In *digidak* kan iedereen terecht om gebruik te maken van de computers en het internet (vrije inloopmomenten). Er is een begeleider aanwezig om te helpen met alle computervragen. Er worden ook laagdrempelige initiatielessen gegeven zoals computerwegwijs, internet, chat, Word 2007, enz... Nadien volgt een mogelijke doorverwijzing naar verdere vorming (vb. basiseducatie, avondonderwijs,...). Het project wordt zoveel mogelijk met vrijwilligers opgezet en richt zich niet enkel tot GGZ-clieñten maar ook tot de buurt.
- *Kunsthuis* Het Kunsthuis Yellow Art richt zich tot mensen met complexe psychiatrische problemen en artistiek talent uit het arrondissement Turnhout, een die artistiek begaafd zijn en die deze kwaliteit verder willen ontwikkelen. De cliënt krijgt ondersteuning in de vorm van directere aansturing in hun artistiek bezigzijn en bij het leggen van sociale contacten. Yellow Art faciliteert de reïntegratie/ acceptatie in de maatschappij door met het artistieke werk naar buiten te komen; door het organiseren van samenwerking met kunstenaars; door de cliënten samen te brengen in een groep gelijkgestemden, door met hen samen tentoonstellingen te bezoeken, door samenwerking met andere organisaties e.d.
- *AT café* Dit is een cafetaria, gelegen in het dagcentrum De Statie, waar cliënten uit de gezinsverpleging aan democratische prijzen drank en andere producten kunnen kopen. Enkele cliënten worden hier tewerk gesteld. Het café biedt een mooie gelegenheid tot contact met

lotgenoten. In de toekomst zal het café evolueren naar een inloophuis waar ook andere cliënten uit het netwerk terecht kunnen. Er wordt bekeken of dit volledig cliëntgestuurd kan worden en er wordt een samenwerking opgezet met andere partners, bvb andere inloophuizen in de buurt, die zich eerder richten tot ouderen of kansarmen.

- *Buddyproject Op-Stap* Dit project is ontstaan door een structurele samenwerking van Ziekenzorg CM en het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Kempen. Het uitgangspunt van dit project is de overtuiging dat psychisch kwetsbare mensen, naast professionele zorg, ook nood hebben aan een vriendschappelijk en “gewoon” sociaal contact. Hulpverleners zijn vaak nog de enige gesprekspartners. Op-Stap wil mensen ondersteunen in het voorkomen dan wel doorbreken van sociaal isolement en zo bijdragen aan een hogere levenskwaliteit. Hiertoe worden vrijwilligers ingeschakeld.

### **5.2.3.2 Andere partners (niet categoriaal):**

#### **Arbeid en dagbesteding**

- VDAB Tendering Activeringsbegeleiding: In het kader van het meerbanenplan investeert de Vlaamse Regering extra middelen voor de begeleiding van langdurig werkzoekenden met een ernstige medische, mentale, psychische en of psychiatrische problematiek (MMPP problematiek). Doelstelling van dit project is: de drempels weg te werken die een traject naar tewerkstelling of arbeidszorg verhinderen. Vanaf 1 maart 2007 doet VDAB beroep op niet-commerciële en commerciële begeleidingsorganisaties om deze begeleiding te realiseren.
- Beschutte werkplaatsen zoals Amival Turnhout, Zuidkempische Werkplaatsen Herentals, Lidwina stichting Mol en Werminval
- Sociale werkplaats zoals VZW de Sprong

#### **Woonondersteuning**

- Initiatieven van OCMW's en steden en gemeenten
- Huisvestingsmaatschappijen

#### **Vrijtijdsinvulling**

- Toegankelijke cultuur: Dit project is ontstaan door een structurele samenwerking tussen OPZ Geel, Cultureel Centrum De Werft Geel, Dienst Samenlevingsopbouw, Geel, vzw Het Grote Plein, MPI Oosterlo, Steunpunt Vrije Tijd Gehandicapten Kempen en Vormingplus Kempen. Het project voorziet dat psychisch kwetsbare mensen aan goedkope tarieven en in gezelschap van een vrijwilliger bepaalde voorstellingen in het cultureel centrum kunnen gaan bekijken.
- Verder: G-werking van sportclubs; Vorming Plus Kempen; CAW Inloopcentrum De Lange Gaank Turnhout ; Ontmoetingscentrum Echo Geel; Buurtcentra, bvb den Alleman Geel; Dienstencentra, bvb Luysterbos, Geel

Voor zorgverleners werkzaam in F3 van het netwerk GGZ Kempen zal het in een eerste fase belangrijk zijn om mekaars werking goed te leren kennen en op mekaar af te stemmen. Vervolgens

ook om tot kennis van en afstemming met de reguliere initiatieven te komen. Het is belangrijk dat zorgverleners in F2 duidelijk weten bij wie van deze initiatieven ze kunnen aankloppen en waarvoor.

## 5.2.4 Functie 4

### 5.2.4.1 *Dagkliniek*

Partiële hospitalisatie omvat een ambulante behandelprogramma (medicamenteuze behandeling, professionele interventies) voor cliënten met een nood aan een dermate intensieve behandeling, die niet in de thuissituatie kan worden geboden. De mogelijkheid om via partiële hospitalisatie een behandeling te kunnen volgen, voorkomt residentiële opname waardoor de dagdagelijkse routine van de cliënt in mindere mate wordt doorbroken en het contact met de familie en de ruimere buitenwereld kan blijven doorlopen. Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om vaardigheden geleerd in een therapeutisch milieu, te oefenen in zijn eigen thuissituatie. Bovendien is de overgang van een residentiële opname naar de eigenlijke leefomgeving soms te bruusk<sup>24</sup>. Het arrondissement Turnhout beschikt via het OPZ Geel over volgende middelen om voor volwassenen in partiële hospitalisatie te voorzien 15 a-plaatsen, 5 t-plaatsen en 5 t-bedden (nacht). Een speerpunt geformuleerd in het beleidsplan van OPZ Geel (2009-2015) is het aanbieden van diagnostiek in dagkliniekverband. Dit zal gebeuren in een aparte entiteit van de dagkliniek. We beginnen met bestaande middelen, personeel en input van expertisecentrum en bouwen dit diagnostisch centrum uit afhankelijk van de vraag.

### 5.2.4.2 *Residentiële zorg*

Binnen het geheel van vermaatschappelijking van zorg, blijft de residentiële zorg een wezenlijk onderdeel uitmaken van een zorgtraject voor cliënten. Accenten hierbij liggen onder meer op crisisinterventie, diagnostiek en intensieve behandeling. Tevens worden een aantal cliënten voorzien die 'langverblijvers zijn', vaak gaat het om mensen met een co-morbiditeit drugs- en / of alcoholproblematiek, moeilijkheden om in relatie te gaan, justitieel verleden, geschiedenis met agressie<sup>25</sup>.

Het arrondissement Turnhout beschikt over volgende residentiële middelen (voor volwassenen):

- PAAZ: 30 acute bedden
- OPZ Geel: 60 acute bedden, 75 bedden voor langdurige opname

Deze genereren volgend huidig zorgaanbod voor OPZ Geel: Open Opname, Gesloten Opname, Angst en Depressie: Psychosezorg: Structurerende Zorg. Een belangrijk speerpunt in het strategisch beleidsplan van OPZ Geel (2009-2015) betreft het uitwerken van een klinisch pad voor psychotici. Het klinisch pad zal een zorgprogramma concretiseren met als doel kwalitatieve en efficiënte zorgverlening te verzekeren. Het doel is zorgprocessen te verbeteren i.f.v. inhoud én organisatie en te zorgen voor trans- en extramurale afstemming. Op vlak van psychosezorg is momenteel al veel expertise aanwezig. Deze kan verdiept worden en verder doorgetrokken worden naar ambulante

<sup>24</sup> Thornicroft, G. & Szukler, G. (2001). *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press.

<sup>25</sup> Thornicroft, G. & Szukler, G. (2001). *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press.  
Sharfstein, S.S. (2009). Goals of Inpatient Treatment for Psychiatric Disorders. *Annu. Rev. Med.*, 60, 393 - 403

zorgpartners die mee in het traject stappen. Samen garanderen we een zorgaanbod voor psychotici en hun omgeving dat werkt volgens één visie en opteert voor heldere communicatie en naadloze zorg.

### 5.2.5 Functie 5

Binnen het netwerk bestaat een ruim aanbod van specifieke woonplaatsen voor personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek. In tegenstelling tot andere regio's beschikt Netwerk GGZ Kempen over een uniek aanbod van psychiatrische pleegzorg met zeer grote capaciteit. Bovendien engageren de drie partners die woonzorg organiseren (IBW Kempen, PVT Salto en Psychiatrische Pleegzorg OPZGeel) zich om intensiever samen te werken en een continuüm te vormen zodat elke cliënt de juiste woonondersteuning kan krijgen<sup>26</sup>. Het is de bedoeling te komen tot een **gemeenschappelijk aanmeldingspunt**, vanwaar cliënten naar de gepaste woonvorm georiënteerd worden (cf. ook advies LUCAS rapport 2010<sup>27</sup>). Hierbij is het wenselijk om ook tot samenwerking met reguliere wooninitiatieven te komen, bijvoorbeeld de dienst begeleid wonen van t CAW De Kempen. De teams van functie 2 kunnen cliënten via dit aanmeldingspunt verwijzen.

#### 5.2.5.1 Beschut Wonen Kempen VZW

Beschut Wonen Kempen is een erkend initiatief voor beschut wonen. Het beschikt over 48 erkende plaatsen. Beschut wonen biedt huisvesting en begeleiding aan mensen die omwille van psychiatrische problemen woonbegeleiding nodig hebben maar die geen voltijdse ziekenhuisbehandeling nodig hebben. De begeleiding gebeurt door middel van huisbezoeken en ambulante contacten. Er is geen constante begeleiding aanwezig in de woning. Het verblijf in beschut wonen heeft een onbepaalde duur. De begeleiding wordt gepland en opgevolgd door middel van individuele begeleidingsplannen.

- Individueel beschut wonen: 9 erkende plaatsen verspreid over Geel en Turnhout. In deze zorgvorm wordt momenteel enkel begeleiding aangeboden. De cliënt is zelf eigenaar van zijn woning of huurt bij derden. Na de installatie van een LZA team overweegt IBW Kempen om ook individuele woongelegenheden aan te bieden, hetzij uit eigen patrimonium hetzij in samenwerking met sociale huisvesting. De flexibele begeleidingsvorm aan huis bij de cliënt wordt dan een opdracht voor het LZA team en behoort niet langer tot de taak van IBW.
- Beschut wonen in groep: 39 erkende plaatsen in 8 groepen verspreid over Geel, Turnhout en Herentals. De huisvesting wordt aangeboden door de vzw.

#### 5.2.5.2 Psychiatrische Pleegzorg in OPZGeel

Ruim 100 gezinnen in Geel en de omliggende gemeenten stellen een kamer in hun woning ter beschikking waar volwassen cliënten wonen. Naast opname in een pleeggezin wordt in de toekomst ook een studio/annexformule voorzien waarin de ondersteuning door het pleeggezin meer van op

<sup>26</sup> Volgens het LUCAS rapport (2010:183) kan het globale zorgaanbod voor personen met psychische problemen gezien worden "als een continuüm, gaande van het wonen in een eigen woning tot het verblijf in een instelling. De psychiatrische gezinsverpleging situeert zich, naast IBW en PVT, ergens in het midden op dat continuüm. Deze drie woonvormen passen binnen de veranderingen die zich momenteel voordoen in de geestelijke gezondheidszorg o het vlak van de afbouw van bedden aangezien ze aan personen die niet zelfstandig kunnen wonen de mogelijkheid bieden om toch in de samenleving te wonen en er deel van uit te maken." [...] "Het is evident dat de psychiatrische gezinsverpleging een cruciale rol kan vervullen in functie 5 van de vernieuwde GGZ".

<sup>27</sup> De Groof, M., DeSmet, A., Van Audenhove, C. (2010). De plaats van psychiatrische pleegzorg binnen het toekomstige GGZ beleid. Lucas Leuven.



“afstand” gebeurt. Voor cliënten die over voldoende zelfstandigheid beschikken is dit een mooie kans om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen. Wonen in een gezin ziet OPZGeel in de toekomst voltijds, deeltijds (bv ook enkel overdag), voor een korte of lange termijn. Behandelende pleegzorg is altijd beperkt in tijd. Bedoeling is om psychiatrische pleegzorg aan te bieden in het volledig arrondissement en indien mogelijk ook in andere provincies uit te breiden. Wonen in pleegzorg is best heel flexibel en op maat van de cliënt. Er zijn verschillende modules van pleegzorg die maximaal beantwoorden aan de verschillende zorgvragen (perspectiefzoekend, perspectiefbiedend, ondersteunend, behandelend). De pleeggezinnen zijn **de zorgpartner**. In behandelende pleegzorg worden pleeggezinnen ‘zorggezinnen’ genoemd omdat ze een bijzondere rol spelen in de behandeling van de cliënt. Ze nemen deel aan de cliëntenbespreking en krijgen vorming en extra ondersteuning aangeboden. De begeleiding van de cliënt en zijn steunsysteem gebeurt vanuit de mobiele teams. Het CKB team neemt de begeleiding op van cliënten in de module behandelpleegzorg (indien kortdurend), het LZA team neemt de begeleiding op van cliënten in de modules perspectiefbiedende en ondersteunende pleegzorg.

### **5.2.5.3 Psychiatrisch Verzorgingstehuis**

Het PVT Salto biedt een woonplaats aan 75 cliënten. Het zijn mensen van wie de toestand is gestabiliseerd. Ze hebben dus geen nood meer aan opname en verzorging in een (psychiatrisch) ziekenhuis. Een PVT biedt continue begeleiding aan de bewoners (24/7). PVT Salto 1 (30 bedden) bestaat uit 2 leefgroepen van 15 bewoners met een aangeboren verstandelijke handicap en een gestabiliseerde psychische stoornis. PVT Salto 2 (45 bedden) bestaat uit 3 leefgroepen van 15 bewoners met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis. De 3 groepen hebben een specifieke werking:

- In de *prikkelarme groep* verblijven bewoners die meestal op zichzelf zijn, die nood hebben aan rust, en die hun tijd grotendeels zelfstandig invullen (rondwandelen, winkelen, naar familie,...) en/of die een goed gevuld weekprogramma hebben met activiteiten buiten het PVT (kunsthuis, sport, arbeidszorg,...).
- In de *zelfstandige groep* komen mensen die een goed uitgewerkt weekprogramma hebben en die goed in groep kunnen functioneren.
- In november 2010 komt er een nieuwe leefgroep voor 15 bewoners bij: *de perspectiefzoekende groep*. Aanleiding hiervoor is de vaststelling dat er een voorbereidend traject nodig is voor cliënten voor ze de stap zetten naar PVT. Vaak is de stap van een sterk gestructureerd en beredeneerd aanbod in het psychiatrisch ziekenhuis naar het zelfstandig invullen van hun tijd te bruusk.

### **5.2.5.4 Randvoorwaarden voor psychiatrische pleegzorg**

Het rapport van LUCAS (2010)<sup>28</sup> maakt duidelijk dat de verruiming en flexibilisering van psychiatrische pleegzorg pas mogelijk wordt als het KB van 1991 wordt aangepast:

---

<sup>28</sup> De Groof, M., DeSmet, A., Van Audenhove, C. (2010). De plaats van psychiatrische pleegzorg binnen het toekomstige GGZ beleid. Lucas Leuven.

- *Tijdens de behandeling zijn de cliënten gehuisvest in een pleeggezin, nemen er deel aan het gezinsleven en brengen er de ganse dag of een gedeelte ervan door (Art 1,2)*
- *De kamers moeten deel uitmaken van de woning (art 6)*
- *Het pleeggezin dient huisvesting, gezamenlijke maaltijden, affectieve opvang en de non-professionele zorg te bieden zoals toezicht, resocialisering, stimulering van de therapietrouw en aandacht voor de lichamelijke hygiëne (Art 9)*

Bovendien dient

- de hospitalisatie van de cliënten psychiatrische pleegzorg (KB april 1991) te worden opgeheven. Dit betekent dat de cliënten die kiezen voor de woonvorm pleeggezin en die gevolgd worden door de mobiele teams (CKB en LZA), dezelfde mogelijkheden tot integratie in de maatschappij krijgen als de cliënten in bv IBW. Ze kunnen vrij hun huisarts kiezen, ze kunnen gebruik maken van eerstelijns diensten, ze komen in aanmerking voor een betaalde baan, ze kunnen vrije keuzes maken, bovendien krijgen ze niet langer het label 'gehospitaliseerd', 'patiënt' dat tot stigmatisatie leidt. Het onderzoeksrapport van Lucas (2010) bevestigt dat *het hospitalisatiestatuut haaks staat op de ontwikkeling van een gedecentraliseerde GGZ*. Een opname in een ziekenhuis veronderstelt een acute situatie.
- De bijdrage aan de pleeggezinnen aangepast te worden. Het LUCAS rapport (2010) maakt duidelijk dat voor deze zorgvorm een minimum van **€25** moet betaald worden aan de pleeggezinnen. In de teksten ter voorbereiding van het pleegzorgdecreet (verslag intersectorale werkgroep 24.09.10) wordt gepleit voor een forfaitair bedrag, berekend volgens drie componenten, i.e. wonen, leven, zorg.

### **5.3 Nieuwe rollen**

Netwerk GGZ Kempen sluit zich aan bij de publicatie van de FOD wat dit betreft (ppt juni 2010).

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

#### **5.4.1 Werken met begeleidings- en zorgplannen en ontslagmanagement**

Zowel binnen IBW Kempen (48 cliënten), VZW 't Twijgje als binnen Psychiatrische Pleegzorg (150 cliënten), PVT Salto (75 cliënten), DAC Hoekhuis (50-tal cliënten) als Arbeidszorg (100 cliënten) wordt met de methodiek van de **begeleidingsplannen** gewerkt (methodisch en systematisch begeleiden). In een begeleidingsplan worden schriftelijk begeleidingsafspraken vastgelegd, op de verschillende levensdomeinen. Deze zijn het resultaat van onderhandeling tussen cliënt en begeleider en eventuele andere betrokken zorginstanties en mantelzorgers. Het begeleidingsplan is opgebouwd volgens de methodische cyclus (inventariseren, doelen stellen, plannen, uitvoeren, evalueren, enz...). Door het werken met een begeleidingsplan worden bovenvernoemde waarden gewaarborgd: cliëntparticipatie, methodisch werken, gecoördineerde zorg, continue zorg. De GGZ actoren met een aanbod voor LZA cliënten hebben dus elk binnen hun eigen werking intussen ervaring opgedaan met begeleidingsplannen.

Bovendien werd – onder meer via het therapeutisch project TP40 – in de voorbije periode ook ervaring opgedaan met **zorgplannen** op het niveau van een zorgnetwerk. Een zorgcoördinator inventariseert het zorgaanbod van alle betrokken hulpverleners, stemt af en stuurt bij waar nodig. In het zorgplan (*terminologie TP: plan van tenlasteneming*) wordt het zorgaanbod van elke betrokken actor duidelijk omschreven. In een gedeeld zorgplan of zorgcoördinatieplan dienen de gegevens geregistreerd te worden die belangrijk zijn voor de afstemming van de zorg en begeleiding die de verschillende hulpverleners bieden. Volgende rubrieken kunnen hierin opgenomen worden: persoonlijke gegevens van de cliënt, overzicht van de hulpverleningsgeschiedenis, overzicht van de medicatie, overzicht van derden die ondersteund of bij de zorg moeten betrokken worden, beschrijving van de behandeling en begeleiding, beschrijving van het verloop van de behandeling en begeleiding en een formulier met de contactgegevens van alle betrokken hulpverleners en mantelzorgers.

Binnen de acute zorg gebeurt een stuk zorgcommunicatie door middel van ontslagmanagement na opname in een PZ. Het is wenselijk om ook voor de acute zorg te werken aan gedeelde zorgplannen waarbij de zorg niet enkel wordt gedeeld of overgedragen na afronding van een bepaalde zorgmodule (i.c. opname) maar ook tijdens de verschillende fases in behandeling onderling wordt afgestemd.

#### 5.4.2 Outcome

Met het zorgcoördinatieplan worden die gegevens geregistreerd die belangrijk zijn voor de coördinatie van de zorg aan een cliënt die de verschillende hulpverleners bieden.<sup>29</sup> In een zorgplan worden vanuit aandachtsgebieden, specifieke en concrete doelen beschreven en activiteiten vastgesteld en gepland. Na de uitvoering van activiteiten worden **proces en doelstellingen geëvalueerd** en besloten een nieuw aandachtsgebied aan te pakken of het zorgplan af te sluiten. Dit is een vorm van outcome onderzoek op **casusniveau**.

Om een **globaal beeld** te krijgen over de kenmerken van de cliënten die in zorg zijn, hoe hun problemen veranderen tijdens en na de geboden interventies, en hoe ze de zorg ervaren, kan men **meetinstrumenten** gebruiken waarbij de focus ligt op diverse domeinen, met name klinische meetinstrumenten (vb. Beck Depression Inventory, Brief Psychiatric Rating Scale), functionele meetinstrumenten (vb. Manchester Short Assessment of quality of life), functionele en klinische meetinstrumenten (vb. Health of the Nation Outcome Scales), en cliëntwaardering en/of waardering van betrokkenen (vb. Visie op zorg)<sup>30</sup>. Netwerk GGZ Kempen wacht op richtlijnen vanuit de wetenschappelijke cel die de vermaatschappelijking van de GGZ voor de overheid begeleid, vooraleer een definitieve keuze vast te leggen.

Door de **intensieve samenwerking** tussen OPZ Geel en de universiteit van Antwerpen, master Verpleegkunde en Vroedkunde, bestaat de mogelijkheid om gezamenlijk onderzoek op te zetten naar outcome van zorg binnen het vernieuwd model van vermaatschappelijking van zorg.

<sup>29</sup> Loosveldt, G. & Van Buggenhout, B. (2002). De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg en het zorgcoördinatieplan. Een ruime omkadering en toetsing aan de regelgeving inzake de persoonlijke levenssfeer. Deelrapport. Leuven (Lucas).

<sup>30</sup> [http://www.vvvgg.be/downloads/meetinstrumenten\\_302.aspx](http://www.vvvgg.be/downloads/meetinstrumenten_302.aspx)

Baert, S., Vanderplasschen, W., & Casselman, J. (2010). De toepassing van meetinstrumenten: stand van zaken 2007-2009. Deel 9. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

## 5.5 Management- en bestuursmodel

We opteren voor een netwerkstructuur. Dit is wat men in de managementliteratuur een derde generatie-managementmodel noemt. Kenmerken van een dergelijke organisatievorm, aldus Prof Buelens (Vlerick Management School) zijn coördinatie via waarden, horizontale integratie, kennis- en competentie management, coachend, partners empoweren zodat ze kort op de bal kunnen spelen en blijvend kunnen innoveren, investeren op raakpunten tussen de verschillende partners, onderhandelen van een zeer beperkt aantal niet-negotieerbare en afdwingbare principes/normen - in een steeds complexere wereld overleven de sterkste 'simpele regels', platte structuur (clusterorganisatie) en decentralisatie.

Het zal aan de netwerkcoördinator zijn om via diplomatie eerder dan hiërarchie het gemeenschappelijke draagvlak geleidelijk aan te verhogen en te komen tot een geïntegreerde zorgaanbod. Belangrijk hierbij zijn dat alle partners serieus genomen worden en zich voor het netwerk engageren, dat de **basisprincipes eenvoudig, helder en gedragen** zijn (visie, cliëntenstromen, indicatiestelling, methodiek cf. supra) en dat er per functie of zorgmodule (bv. screenings team, CKB team, LZA team) **eenheid van aansturing** is. Men kan in deze zorgmodules met personeel uit diverse organisaties werken, maar er moet één leidinggevende zijn die het geheel aanstuurt.

Er wordt dus niet gestreefd naar het opzetten van 1 VZW GGZ Kempen maar naar een **netwerk**, gestuurd door een coördinatievergadering. In een eerste fase wordt een samenwerkingsprotocol uitgewerkt waarin de basisvisie (cf.1), het samenwerkingsprotocol (cf addendum D en het aansturingsmodel helder worden uiteengezet. Gaandeweg worden lacunes in de regio weggewerkt door gezamenlijke beleidsinitiatieven. Samenwerking groeit naarmate men vanuit diverse organisaties personeel inzet voor gezamenlijke, nieuwe initiatieven.

## 6 Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

### 6.1 Fasering (zie Addendum E)

Van zodra het project wordt goedgekeurd (**nulmoment**), wordt de definitieve netwerkcoördinator aangesteld, de bestuursorganen worden geïnstalleerd, het protocol wordt ter ondertekening voorgelegd aan de verschillende partners en hun raden van bestuur. Vervolgens wordt ons concept vertaald in een operationeel plan, de verschillende functies worden in detail uitgeklaard en er wordt een communicatieplan opgesteld. In **semester 2** wordt het LZA team geoperationaliseerd en worden de relevante procedures uitgewerkt. In **semester 3** wordt Functie 1 beperkt geoperationaliseerd, we concentreren ons in deze fase tot de toeleiding naar de twee mobiele teams, LZW en CKB. Het CKB team wordt in **semester 4** opgericht en de nodige procedures worden uitgewerkt. In het derde werkjaar werken we Functie 1 verder uit zodat het haar functie als toegangspoort tot het netwerk GGZ Kempen kan waarmaken. **Doorheen de 3 projectjaren** werken we gestaag verder aan het harmoniseren van het aanbod in Functies 3, 4 en 5. We leggen de lacunes bloot en dienen indien de gelegenheid zich voordoet projecten in om deze lacunes te verhelpen. Einddoel is om in een periode van 3 jaar te komen tot een breed gedragen visie rond indicatiestelling in het arrondissement zodat de

toeleiding naar alle zorgmodules op een zo effectief mogelijk manier gebeurt en belangrijke stappen gezet worden in de richting van 'stepped care'. We blijven alles wat we doen kritisch bekijken en bijsturen, we betrekken zowel primaire als secundaire partners voortdurend in het proces en we leveren aanzienlijke inspanningen om alle actoren te sensibiliseren zodat onze manier van werken gedragen wordt in de regio.

## **6.2 Risicomanagement**

Zoals Addendum F aantoont, is onze regio relatief slecht bedeed op vlak van voorzieningen GGZ. Het is dan ook een bezorgdheid van de partners dat volgende zaken door intensieve samenwerking binnen het netwerk niet kunnen gegarandeerd worden:

### ***Continuïteit van zorg:***

- Om het screeningsteam te bemannen zullen alle partners teamleden moeten leveren, daar kan de reeds beperkte capaciteit een knelpunt vormen; functie 1 kan eigenlijk maar goed functioneren wanneer de vervolgfuncties voldoende aanwezig zijn en een aanbod hebben naar alle problematieken. Dit is niet de situatie binnen arrondissement Turnhout. Naast de capaciteit van bepaalde functies zijn de verwijsmogelijkheden beperkt voor verslavingsproblematieken en forensische problematieken. Binnen de behandelteams (zie F2) zijn er wel specifieke afdelingen voor deze problematieken, maar er is geen specifiek aanbod binnen het ruimere netwerk.
- De behandelcapaciteit van de behandelteams in F2 is beperkt. Om aansluitend bij F1 een behandeling op te kunnen nemen binnen een aanvaardbare termijn, is de huidige capaciteit qua raadplegingen ontoereikend. Om op Vlaams niveau te komen zou het aanbod volwassenen in het CGG met minimaal 3 VTE uitgebreid moeten worden. Wanneer ook het aanbod verslavingszorg mee in rekening gebracht wordt, is een uitbreiding met ongeveer 8 VTE noodzakelijk (basis: zorgstrategisch plan CGG Kempen).
- Ook de andere GGZ-actoren hebben een capaciteit die ver onder de programmatienorm ligt (IBW, PVT), dit kan voor stremming zorgen op vlak van woonvormen;
- Op vlak van arbeidszorg/dagactiviteitencentra voor GGZ zijn geen structurele middelen voorzien op 1.25 FTE binnen IBW na (tewerkgesteld in VZW 't Twiggje Turnhout). Hierdoor is de toegankelijkheid/capaciteit beperkt. Momenteel biedt OPZ Geel zowel arbeidszorg als dagactiviteitencentra aan, dit is historisch gebaseerd op norm/forfait Gezinsverpleging. Gezien de structurele onderfinanciering van GV en de gevraagde herziening van het KB staat dit aanbod onder druk.
- De mobiele teams die via beddenafbouw gerealiseerd kunnen worden, zijn heel beperkt. Er is slecht één PZ die bedden in portefeuille heeft, dit geeft beperkte mogelijkheden op vlak van uitbouw mobiele teams. Afbouw van bedden en de fasering hiervan dient weloverwogen te gebeuren in ons arrondissement gezien de beperkte residentiële middelen. Zoniet heeft dit mogelijks een belangrijke impact op de kwaliteit van zorgverlening. Bovendien moet ook nog rekening gehouden worden met de doelgroepen Ouderen en Jongeren die ook nog moeten aan bod komen op vlak van zorgvernieuwing.

- Beperkte aanwezigheid van psychiaters om doelstellingen F1 op een goede manier te realiseren. We kunnen hier trachten om een samenwerking te creëren met alle geneesherenpsychiaters in de regio.

***Uitgestrektheid en afbakening regio:*** de mobiele teams moeten een uitgestrekte regio bedienen. Dit vraagt heel wat organisatie om zorgaanbod op een efficiënte manier in te vullen. Bovendien zullen hulpverleners flink wat tijd spenderen in de wagen, dit betekent ook een extra kost. De afbakening van de projectregio's is arrondissementeel gebonden. Vaak echter liggen de antwoorden op zorginhoudelijke vragen arrondissementsoverschrijdend. Indien deze samenwerkingsverbanden niet terdege kunnen worden uitgebouwd, heeft dit een weerslag op de kwaliteit van de zorg.

***Kwetsbaarheid psychiatrische pleegzorg*** door structurele onderfinanciering en een achterhaald KB. OPZ Geel is al een aantal jaar actief op beide terreinen. In het projectplan werd op diverse plekken gewezen op de remmende werking die uitgaat van het KB 1991 die de werking van de psychiatrische pleegzorg regelt. Het KB schrijft integrale zorg zowel op psychiatrische, somatisch als sociaal vlak. Dit belemmert in grote mate de integratie van de cliënt en is bovendien onbetaalbaar binnen het forfait van €44 dat voorzien wordt. Deze zorgvorm kan enkel meegenomen worden binnen het netwerk als bepalingen uit het KB niet in acht moeten worden genomen en als er voor pleeg- en zorggezinnen een degelijke vergoeding kan afgesproken worden. Een aandachtspunt is ook dat de aanpak en knowhow van het werken met pleeggezinnen niet mag verwateren door integratie binnen het LZA team.

***Financiële draagkracht van de cliënt*** kan op bepaald moment een belangrijke factor worden (opname, thuis, specifieke woonvorm, ...) - elke situatie heeft een aparte financiële impact op de patiënt, en kan daardoor ook invloed hebben op het zorginhoudelijke.

***Operationele risico's:*** onvoldoende kennis van werking en systeem, zowel bij de zorgverstrekkers als bij de zorgbehoevenden; Persoonlijke hechting van zorgverleners bij langdurige behandelingen aan huis. Veiligheidsrisico bij nachtinterventies of acute situaties.

## **7 Financiering en middelenallocatie** (zie Addendum G)

OPZ Geel vormt de spil van het financiële luik van dit project, omdat via het Budget Financiële Middelen de financiële afhandeling zal gebeuren naar alle projectpartners toe. De middelen die voor het project ter beschikking worden gesteld, komen boekhoudkundig terecht in een aparte pot, van waaruit de inbreng van de verschillende partners op basis van de reële kosten gefinancierd wordt. Bij een positief verschil tussen opbrengsten en uitgaven, komt het saldo ten gunste van het project, bij een negatief verschil zal het saldo evenredig gedragen worden door alle partners volgens een op dat moment af te spreken verdeling.

De financiering van het project loopt in dit model voor de periode 2011-2012-2013 en is gebaseerd op vijf steunen: inbreng van eigen middelen, afbouw van bedden met behoud van Budget Financiële Middelen, bijkomende financiering psychiaters vanuit project, extra projectfinanciering en tenslotte de extra inbreng vanuit de partners.

Aan kostenzijde, nemen de personeelskosten de grootste hap uit het budget. Daarnaast zijn er nog direct toewijsbare kosten, algemene kosten en overgangskosten.

Ter informatie geven wij nog mee dat er bij de berekening rekening wordt gehouden met een indexering van 2% op jaarbasis (gemiddelde inflatie, norm ECB), en dit voor alle opbrengsten en kosten.

### **Opbrengsten**

OPZ Geel voorziet in een herallocatie van 100 tf-plaatsen en 15 Tf-bedden. Het hele concept van het project GGZ-Kempen is gericht op een meer patient- en thuisgerichte zorg, binnen de omgeving van het vertrouwde gezin. De afbouw van bedden volgt dezelfde filosofie. De herallocatie van bedden en plaatsen en de middelen die aan het BFM hiervoor vasthangen, worden heringezet voor verzorging – niet meer in een vreemd gezin – maar in het eigen gezin of de eigen omgeving. De herallocatie van de middelen, blijft bijgevolg in dezelfde sfeer, nl. opvang in een vertrouwde gezinssituatie. Voor de tf-plaatsen wordt het dagforfait van 44,26 euro (BFM 1/09/2010) in de berekeningsbasis meegenomen, voor de Tf-bedden worden op advies van de Federale inspecteurs van OPZ Geel de componenten B1, B2 en B5 in rekening gebracht, en dit evenredig verdeeld over de 320 bedden van het zorgcentrum. Op die manier worden respectievelijk 1,62 miljoen en 0,73 miljoen euro geheralloceerd naar het project.

Naast deze herallocatie, wordt de extra projectfinanciering – voor psychiaters, netwerkcoördinator en de overige functies – mee in de berekening opgenomen. Deze bijkomende financiering wordt geraamd op 225.000 euro, 100.000 euro en 400.000 euro, en dit eveneens voor de periode 2011-2012-2013.

Daarnaast doen de projectpartners – CGG, Psoikos Beschut Wonen en OPZ Geel – een eigen inbreng.

### **Uitgaven**

Aan uitgavenzijde zijn de personeelsuitgaven de belangrijkste component. In totaliteit voorziet het project in een inzet van 36,30 VTE's met verschillende profielen, om zo een coherent en volledig zorgteam op het terrein werkzaam te maken. Voor een detailberekening verwijzen wij naar de bijlage achteraan dit document.

Belangrijk om te vermelden is dat de functie 1 en functie 3 volledig ingebracht zullen worden door de partners. De middelen uit herallocatie worden enkel ingezet voor de uitbouw van de mobiele equipes binnen functie 2. De B4-overeenkomst omtrent de psychiaters (225.000 euro) wordt eveneens volledig ingezet op de 2 teams binnen functie 2, en meer bepaald het psychiater-luik binnen deze 2 functies.

Naast de transparante uitgaven voor personeel, zijn er eveneens direct toewijsbare kosten. Een belangrijke component van deze directe kosten, is het luik "opleiding" voor het bestaande personeel. Dit bestaande personeel zal deels extra competenties moeten ontwikkelen, wat door extra en gerichte opleiding mee ondersteund en gestimuleerd kan worden. De mobiele teams zullen permanent onderweg zijn. In dit verband is mobiliteit en communicatie uiteraard een belangrijke parameter. Vanaf projectjaar 2 wordt mede daarom ook voorzien in een decentrale uitvalsbasis, uitgebreid in

projectjaar 3 naar 2 locaties, en dit om de snelheid en eenvoud van interventie op een hoger peil te tillen.

Een niet-onbelangrijke component aan uitgavenzijde, vormen de algemene kosten. Deze kosten hebben betrekking op de kostenplaatsen 020-092 van het zorgcentrum, en zijn inherent aan de werking. De mobiele teams dienen hoe dan ook voor administratie en algemene ondersteuning terug te kunnen vallen op de normale werking van het zorgcentrum. Dit is een belangrijke kost die in het project mee opgenomen moet worden. Omwille van de niet-residentiële zorg en de aparte setting, wordt slechts 75% van de algemene kosten (vergeleken met normale situatie zorgcentrum) meegenomen.

Een laatste belangrijke component, betreft het luik “overgangskosten”. Een bestaand team omscholen en omvormen is een belangrijke uitdaging, waarbij realistisch gezien een tijdspad in rekening gebracht moet worden. De omscholing kan nooit bij de opstart van het project volledig afgerond zijn. Herscholing vraagt steeds een overgangperiode. In sommige gevallen zal evenwel vastgesteld worden dat omscholing naar het nieuwe team niet mogelijk is, of onverantwoord is. In dergelijke gevallen worden de projectpartners geconfronteerd met “dubbele” kosten, die evenwel uitdovend van aard zijn. Bij de berekening van deze “overgangskosten”, worden enkel de teams in rekening gebracht die door de partners rechtstreeks ingebracht worden.

### **Middelenallocatie**

De allocatie van de beschikbare middelen in het project, zal gebeuren op basis van een open boekhouding, waarbij OPZ Geel de administratieve verplichtingen voor zijn rekening neemt. OPZ Geel zal hieromtrent een systeem van maandelijkse voorschotten opzetten naar de partners toe, waarna jaarlijks op basis van de reële uitgaven, gestaafd met bewijzen, een afrekening gebeurt.

Wanneer de inkomsten de uitgaven overtreffen, wordt het positieve saldo in overleg met de projectpartners bij ingezet op het project. Een negatief saldo (meer uitgaven dan inkomsten) zal volgens een af te spreken verdeling, door alle projectpartners gedragen worden.

### **Teamsamenstelling**

Voor een detail van de teamsamenstellingen verwijzen wij naar de addenda, waar de profielen en aantallen VTE van elk team weergegeven staan.

## **8 Contactgegevens**

Mieke Mondelaers, verpleegkundig directeur OPZ Geel

Tel: (014)57.93.03, E-mail: [mieke.mondelaers@opzgeel.be](mailto:mieke.mondelaers@opzgeel.be)

Lieve Van de Walle, afdelingshoofd divisie jongeren / rehabilitatie OPZ Geel

Tel: (014)57.91.28, E-mail: [lieve.vandewalle@opzgeel.be](mailto:lieve.vandewalle@opzgeel.be)



## **ADDENDUM A: Psychosociale Rehabilitatie, uitgebreide visietekst zoals opgesteld door het Netwerk Rehabilitatie (2007)**

Het netwerk Rehabilitatie opteert voor een integrale rehabilitatiebenadering. *“Deze benadering combineert de probleemgerichte, milieugerichte en ontwikkelingsgerichte benadering en beschouwt die verschillende benaderingen als complementair aan elkaar. De uitdaging is om per cliënt tot een optimale mix te komen, afgestemd op de hier en nu situatie doch gericht op de toekomst. “ Psychiatische Rehabilitatie is alle hulp- en dienstverlening die er op gericht is om mensen met langdurige of dreigend langdurige zorgafhankelijkheid ten gevolge van psychiatrische aandoeningen in staat te stellen zo volwaardig mogelijk in de samenleving te functioneren. De hulp- en dienstverlening bestaat uit een programma van persoonlijk-professionele begeleiding, voorlichting, training, trajectbegeleiding, aanpassing en ondersteuning van de omgeving en acties om de sociaal-maatschappelijke positie te verbeteren. Rehabilitatie richt zich op de algemene levensdomeinen van wonen, werken, leren en recreëren en op de persoonlijke domeinen van gezondheid, zelfzorg, zingeving en sociale relaties. Rehabilitatie is gericht op de bevordering van empowerment en herstel van cliënten. (Wilken e.a. 2003)*

Rehabilitatie focust op de deelname van de cliënt aan de samenleving en de rollen die hij in die samenleving opneemt. Hulpverleners richten hun aandacht op de gevolgen van de ziekte, niet zozeer op de ziekte zelf. Rehabilitatie gaat over huisvesting, werk, dagbesteding, vrije tijd, opleiding, sociaal leven, gezondheid, zelfzorg van een bepaalde persoon in een bepaalde omgeving. Elk van deze levensdomeinen is belangrijk voor het uitbouwen van een volwaardig en rijk leven. De interventies richten zich naast het persoonlijke niveau (behandeling, begeleiding, steun of overname) vooral op het maatschappelijk en cultureel niveau zonder dat de individuele behandelopties uit het oog verloren worden. De focus is zeer breed, vandaar de term meervoudige hulpvragen. Pathologie is wel belangrijk maar staat niet langer op het voorplan. De zorgbehoefte wordt eerder bepaald door het algemeen functioneren van de cliënt. Dit is dan ook de doorslaggevende factor bij het samenstellen van een zorgprogramma gericht op het herstel van en door de cliënt. Bij het herstelproces zijn vele partijen betrokken. Het primaire systeem van waaruit de zorg plaatsvindt, blijft echter de klassieke triade met cliënt, hulpverleners en familie & naaste betrokkenen.

### **Visie op rehabilitatie: de cliënt**

***Het persoonlijk leven van de cliënt staat centraal.*** “Een belangrijk uitgangspunt van de rehabilitatievisie is dat het persoonlijk leven van de cliënt centraal staat. Het gaat om zijn geschiedenis, heden, tijd en ruimte en toekomst (Petry 1989; Petry en Nuy, 1997). Rehabilitatie is afgestemd op de wensen, de mogelijkheden, de beperkingen en de kwetsbaarheid van de cliënten. Daadwerkelijk de cliënt centraal stellen, betekent dat ook de waarden van de cliënt als uitgangspunt genomen worden. Het gaat niet om onze levenskwaliteit maar om de kwaliteit zoals de cliënt zelf die ervaart. “ (Wilken et al. 2003:31). De druk op de cliënt vanuit de maatschappij om te voldoen aan de norm, en om via therapie etc beter en anders te worden (‘genezen’) valt weg. Cliënten worden

aanvaard in hun anders zijn en hebben het recht om er gewoon te zijn. De focus verlegt zich van hun problemen naar hun mogelijkheden.

**De cliënt speelt een actieve rol en zoekt met begeleiders naar een optimale mix.** Het is aan de cliënt om zijn eigen herstelproces op gang te trekken en door te maken: "Herstellen doe je zelf". Uiteraard staat hij er niet alleen voor. Het is net de opdracht van de hulpverlener om stapsgewijs samen met de cliënt aan de hand van een welbepaalde methodologie in kaart te brengen wat zijn wensen/verwachtingen zijn op essentiële levensgebieden, wat hij daar zelf kan aan doen en welke concrete steun hij daarbij nodig heeft van anderen. In die optiek is rehabilitatie een vorm van hulpverlening die het 'herstel'<sup>31</sup> van cliënten ondersteunt door hen te helpen doelen te verhelderen, vaardigheden te leren en ondersteuning te organiseren. Cliënten worden gestimuleerd om de draad van hun levensverhaal terug op te nemen.

Maar, dit laatste ligt volgens een aantal onderzoekers (Roosenschoon 2000, 19) niet meteen voor de hand. Een heel grote groep mensen die aangemeld wordt binnen een zorgprogramma voor LMH heeft nog weinig hoop en ambitie en is niet doelvaardig. Binnen een zorgprogramma is het dan zaak om bij het uitwerken van een methodiek een gedifferentieerde aanpak te voorzien. Een eerste fase betreft dan het ontwikkelen van doelvaardigheid, het langzaam herontdekken van zichzelf en positieve aspecten én het herwinnen van zelfvertrouwen, hoop en perspectief. In een tweede fase gaat men over tot zeer concrete maar bescheiden doelen enz. Men gaat dan wat vooruit op de zogenaamde participatieladder van Nelissen (in Van der Kley, 1988). Deze onderscheidt vier vormen van participatie en medezeggenschap: meeweten, meedenken, meepraten en meebeslissen (Wilken et al; 2003:45). Meebeslissen kan vaak niet meteen maar na het afleggen van een bepaald traject.

Spreken over een actieve rol van cliënten kan niet zonder ook de term 'empowerment'<sup>32</sup> te vermelden. Aldus Dröes is "Rehabilitatie zowel als sociale beweging als in de toepassing van methodieken, gericht op de versterking van de autonomie en zeggenschap van de cliënt. Het gaat erom de cliënt te helpen zo sterk mogelijk te worden. Psychiatrische stoornissen en hun gevolgen hebben een desastreus effect op de autonomie en het gevoel van eigenwaarde van cliënten. Rehabilitatie bevordert empowerment door mensen weer stuur over hun eigen leven en leren te geven."

**De cliënt kent rechten én plichten.** Wanneer het doel van de rehabilitatie een maximale ontplooiing van de cliënt beoogt, dan volstaat het niet om de cliënt enkel 'zorg op maat' te bieden. Onderzoek heeft aangetoond dat het intensiveren van de zorg bij langdurig psychisch zieken niet noodzakelijk

---

<sup>31</sup> "Cliënten gebruiken, aldus Dröes, voor de beschrijving van hun eigen proces van vergroting van hun greep op het leven met een ziekte en het groeien naar een houding van 'de ziekte voorbij' het begrip 'herstel'. Hierbij gaat het zowel om persoonlijk herstel als om maatschappelijk herstel. Persoonlijk herstel is het proces van vallen en opstaan dat iemand meemaakt wanneer hij de gevolgen van een ernstige ziekte te boven komt, zich eraan ontworstelt. Maatschappelijk herstel gaat over het participeren als burger in de samenleving, met dezelfde rechten en plichten als anderen. " Dröes 2004 of 2005 (passage, site kenniscentrum rehab)

<sup>32</sup> Empowerment is een begrip dat in de VS binnen de cliëntenbeweging is ontstaan. Het is gerelateerd aan zelfhulp: initiatieven die cliënten zelf nemen om sterker te worden. Voor een uitgebreide bespreking hierover zie Judi Chamberlin 1998 en Wilken et al. 2003:43.

een verbetering van de toestand van de cliënt teweegbrengt (Kroon 2000). Langdurige hospitalisatie, gevoelens van hopeloosheid, tekort aan uitdagingen en de voordelen van een hulpeloze positie zorgen er soms voor dat de cliënt zich a.h.w. “verschanst in een cliëntenrol”. Zorgen dat de cliënt deze cliëntenrol kan blijven vervullen, geeft weinig perspectief op rehabilitatie. Wanneer mensen willen evolueren tot volwaardige burgers, moeten ze niet enkel krijgen, maar ook iets teruggeven. Bij rechten horen ook plichten. Cliënten worden bijgevolg verondersteld op hun eigen niveau verantwoordelijkheid op te nemen, en kunnen hier ook op aangesproken worden. Uit een onderzoek van Bracke (2002) bleek dat niet enkel het ontvangen, maar vooral het zelf geven van steun aan lotgenoten de belangrijkste reden was voor de verklaring van de toename aan zelfrespect bij bezoekers van een dagactiviteitencentrum.

***De cliënt bepaalt het tempo.*** Langdurige psychiatrische ziekteprocessen kennen geen vaststaand verloop. Herstel kan ook na een langere periode van schijnbare stagnatie optreden. Prognoses liggen niet voor de hand en individueel zijn er sterke verschillen, net omdat zoveel verschillende factoren inwerken op herstel. Tijd is daarom een essentiële dimensie. Helende processen vergen tijd en voltrekken zich soms erg langzaam. Binnen rehabilitatie en de gehanteerde methodologie moet ruimte blijven voor de ‘trage, vage vragen van het leven’.

#### **Visie op rehabilitatie: de hulpverlener**

***Een houding van presentie versus interventie.*** In de rehabilitatie heeft de cliënt het laatste woord. Van de hulpverlener wordt dan ook verwacht dat hij zoveel mogelijk meegaat met de eigen manier waarop de cliënt zijn leven vorm wil geven. De professionaliteit van de hulpverlener staat ten dienste van de cliënt. Dit betekent zeker niet dat de hulpverlener geen eigen mening heeft of zich voor gelijk welke (onmogelijke) onderneming van de cliënt laat gebruiken. De hulpverlener is diegene die de cliënt bemoedigt, die naast hem staat in zijn zoektocht door het leven. Tenzij het echt niet anders kan, zal de hulpverlener echter geen verantwoordelijkheden van de cliënt overnemen. Dröes spreekt in dit verband over een houding van presentie: ‘onbevooroordeelde aanwezigheid’.

Onder deze houding van steun en bemoediging, moet de hulpverlener echter waakzaam blijven. Door zijn psychische beperkingen kan het met een cliënt soms grondig fout lopen. Denken we maar aan een psychose of een manische opstoot. Op dat moment moet er snel en kort, maar actief ingegrepen worden. Presentie als het kan, interventie als het moet. Op een vlotte en natuurlijke manier deze twee houdingen afwisselen, vergt heel wat oefening. Overleg tussen hulpverleners onderling is aangewezen bij het bepalen wanneer men de cliënt kan loslaten en wanneer men moet overnemen.

#### **Visie op rehabilitatie: de natuurlijke familie**

De natuurlijke familie als bondgenoot. In de rehabilitatie werkt men in een triade. Naast de cliënt en de hulpverlener bestaat deze ook uit de natuurlijke familie. Familieleden kunnen verschillende rollen opnemen in het hulpverleningsproces. Ze kennen de levensgeschiedenis van de cliënt, kunnen een belangrijke steunfiguur zijn voor de cliënt, kunnen als ‘leraar’, ‘adviseur’ of mantelzorger optreden en

zijn vaak de belangenbehartiger van de cliënt. Ze kunnen dan ook als een waardevolle partner mee werken aan het rehabilitatieproces. Uiteraard dient hierbij rekening gehouden te worden met hun draagkracht. Ook andere mantelzorgers, bvb het pleeggezin van de cliënt, worden als bondgenoot bij rehabilitatie beschouwd.

**Visie op rehabilitatie: een dynamisch en continu proces**

Rehabilitatie is een proces dat doorheen het leven van de cliënt wordt opgebouwd en opgevolgd. Doelen kunnen worden bijgestuurd en de zorg kan worden aangepast. Cliënten moeten zich vlot kunnen bewegen binnen het aanbod alnaargelang hun specifieke behoeftes en wensen op een bepaald moment. Het is niet omdat een cliënt een bepaalde periode in een PVT of pleeggezin woont, dat dit voor die persoon ook meteen de eindbestemming is. Een logisch gevolg van een actieve begeleiding en een vraaggestuurde aanpak is dat de cliënt andere verlangens of mogelijkheden kan krijgen op vlak van wonen, werken, vrije tijd enz. Anderzijds bestaat ook de kans dat een cliënt op een bepaald ogenblik een evenwicht vindt en gelukkig en tevreden is met zijn huidige situatie. In dat geval moet die situatie gewoon zonder begrenzing verder gezet worden. Tijdsdruk noch de druk om te veranderen zijn niet aan de orde. Uitgangspunt blijft altijd de wens van de cliënt. Verandering moet ten allen tijde mogelijk zijn maar is geen 'must'.

**ADDENDUM B: partners en hun huidig aanbod**

Organisatie	F1: preventie, vroegdetectie, screening, diagnosestelling	F2: ambulante intensieve behandelteams	F3: rehabilitatie, herstel, sociale inclusie	F4: intensieve residentiële behandelunits	F5: woonvormen
<b>OPZ</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 plaatsen arbeidszorg basis GV</li> <li>- 120 plaatsen dagactiviteiten-centrum, GV, niet rechtstreeks toegankelijk</li> <li>- DAC Hoekhuis</li> <li>- Dagkliniek Psychotici,</li> <li>- dienst Vrije Tijd en Sport, basis GV, toegankelijk voor OPZ</li> <li>- Kunsthuis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 bedden Intramurale zorg ter ondersteuning GV</li> <li>- Divisie volwassenen met opname-eenheid open en gesloten, psychosezorg, A&amp;D, en structurerende zorg en dagkliniek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 538 plaatsen gezinsverpleging, effectieve bezetting 330</li> </ul>
<b>PVT</b>					PVT Salto: 60 bedden (vanaf 1/11/10: 75 bedden)
<b>CGG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suïcidepreventie</li> <li>- Alcohol- en drugpreventie</li> <li>- Diagnosestelling enkel in kader van begeleiding/ behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder- en jongerenteam:</li> <li>- Volwassenenteam en ouderenteam:</li> <li>Diagnostische categorieën: Stemmingsstoornissen, Angststoornissen, Schizofrenie en andere psychotische stoornissen, Dissociatieve stoornissen, Stoornissen met bijzondere somatische klachten en verschijnselen: somatoforme stoornissen, chronische pijn of chronische vermoeidheid, somatisatie-stoornis, conversie-stoornis,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In verschillende teams (volwassenenteam, alcohol- &amp; drugteam en ouderenteam) zijn er rehabilitatiecliënten aanwezig dewelke komen voor psychosociale begeleiding</li> </ul>		

hypochondrie, ...(indien onderliggende psychiatrische problematiek), Slaapstoornissen (indien onderliggende psychiatrische problematiek), Seksuele stoornissen en gender-identiteitsstoornissen, Eetstoornissen (follow up, medische opvolging extern), ADHD/autisme, Persoonlijkheidstoornissen, Aanpassingsstoornissen en verwante gebieden, Relatietherapie (met onderliggende psychiatrische problematiek bij 1 van de partners)

- Alcohol- & drugteam:
- Forensische werking:

**IBW**

- Groepswonen met begeleiding op afstand, infrastructuur GGZ
- Individueel wonen met begeleiding op afstand, eigen woning

**IBW – PZT** Screening, coaching

Mobiel team voor behandeling thuis, chronische groep

Ondersteuning gericht op maatschappelijke integratie

**IBW – DAC**

't Twijgje

Aangepaste dagbesteding, arbeidszorg

**ADDENDUM C: Organisatiemodel Netwerk GGZ Kempen****Functie 1**

Cliënten en zorgverleners uit de eerste lijn kunnen aan het team een vraag stellen ifv:

- screening en indicatiestelling
  - advisering
  - kordurende interventie vanuit GGZ
  - verwijzing nr gespecialiseerde GGZ in netwerk/buiten netwerk
- crisissituaties
  - algemene screening
  - dringende screening
  - crisissituaties
- coaching en vorming

Verwijzing kan vanuit functie 1 naar andere functies, vb. naar

**Functie 3***Categoriale initiatieven*

Arbeid en dagbesteding:

OPZ Geel: arbeidszorg, dagactiviteitencentrum Hoekhuis, dagcentrum De Statie, dagkliniek voor psychotici

Beschut Wonen Kempen vzw:

Activering binnen beschut wonen, activiteitencentrum 't Twijgje

Vrijtijdsinvulling:

OPZ Geel: dienst Vrije Tijd en Sport, Digidak, Kunsthuis Yellow Art, AT café

CGG Kempen: buddyproject

*Niet-categoriale initiatieven*

VDAB, vzw De Sprong, Beschutte werkplaatsen, Toegankelijke cultuur, G-werking sportclubs, Vorming Plus Kempen, CAW, Ontmoetingscentra, Buurtcentra,...

**Functie 2**

Behandelteam CGG: raadplegingen

Mobiele teams:

CKB team (Crisis of kortdurende behandeling)

LZA team (langdurig zorgafhankelijke cliënten)

Polikliniek OPZ Geel: raadplegingen (vooral psychopharmacologische ondersteuning)

**Functie 5**

Continuüm van woonvormen:

IBW

Perspectiefbiedende en ondersteunende

Psychiatrische Pleegzorg

PVT

**Functie 4**

Ziekenhuisfunctie

- residentieel: OPZ Geel en PAAZ
- dagkliniek

## **ADDENDUM D: voorstel tot samenwerkingsprotocol Netwerk GGZ Kempen**

### **Artikel 1: Voorwerp**

Bovengenoemde partners gaan akkoord om in het arrondissement Turnhout intens en gestructureerd samen te werken rond een Netwerk GGZ. Vanuit de idee van netwerkontwikkeling zullen de betrokken partners meewerken aan de verdere uitbouw van regionale zorgprogramma's en hiertoe de nodige projecten mee ondersteunen. Het netwerk heeft als doel de zorgvraag met betrekking tot de doelgroep zo optimaal mogelijk op elkaar af te stemmen. Binnen deze samenwerking wordt rekening gehouden met de eigenheid en deskundigheid van elke partner.

### **Artikel 2: Conceptnota Netwerk GGZ Kempen**

De partners verklaren kennis te hebben genomen van de conceptnota en gaan akkoord deze nota als basis te nemen voor de uitbouw van het zorgprogramma.

### **Artikel 3: Overlegniveaus**

Om de netwerken samen te brengen wordt overleg op verschillende niveaus voorzien:

#### 1. Coördinatiegroep

Hierin zetelen afgevaardigden van de betrokken partnerorganisaties en de voorzitter van de begeleidingscommissie. De coördinatiegroep creëert een kader waarbinnen de participerende organisaties tot netwerkontwikkeling komen. Deze coördinatiegroep legt de beleidslijnen van het netwerk vast en werkt concrete afspraken en procedures uit rond samenwerking. Vanuit het vooropgestelde kader houdt de coördinatiegroep toezicht op de organisatorische en inhoudelijke ontwikkelingen van het netwerk.

#### 2. Begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie vertrekt vanuit een permanent en intensief samenwerken op de werkvloer tussen de verschillende hulpverleningsdiensten. Vanuit de verschillende hulpverleningsdiensten wordt deze begeleidingscommissie samengesteld met als doelstelling de zorgprogramma' inhoudelijk vorm te geven en de aspecten ervan uit te werken. (bv. afbakening doelgroep, afstemming zorgmodules, aanmeldingsprocedure, afspraken inzake zorgcommunicatie, registratie en rapportering, e.d.m.). Andere taken van de begeleidingscommissie zijn oa:

- het bevorderen van de kennis van de sociale kaart en wederzijdse contacten tussen medewerkers van de verschillende partners;
- het organiseren van vorming, supervisie en/of intervisie voor de medewerkers;
- het bevorderen van de uitwisseling van kennis, goede behandelpraktijken;

Vanuit deze commissie kunnen nieuwe projecten voorgesteld en uitgewerkt worden met het doel om binnen de geestelijke gezondheidszorg van de Kempen, samen met partners uit het welzijnswerk, de thuiszorg en andere sectoren, een gevarieerd en zo volledig mogelijk zorgaanbod uit te werken.



**Artikel 4: Voorzitterschap**

Het voorzitterschap van de coördinatiegroep zal jaarlijks roteren en wordt opgenomen door een lid van de coördinatiegroep. De voorzitter van de begeleidingscommissie wordt gekozen door de coördinatiegroep. De voorzitter van de begeleidingscommissie zal eveneens deelnemen aan de vergaderingen van de stuurgroep.

**Artikel 5: Bijdrage**

Van de partnerorganisaties wordt inbreng in het netwerk GGZ Kempen gevraagd.

Organisatorische aspecten (inzet personeel, beheer) worden opgenomen door elke organisatie op zich. In die zin behouden de participerende organisaties hun autonomie.

**Artikel 6: Duur en opzeggingsmodaliteiten**

Partners gaan een engagement aan voor de duur van 3 jaar. Uitstap gebeurt in overleg en mits akkoord van de andere partners in het netwerk.

**Artikel 7: Toetredingsvoorwaarden**

Organisaties kunnen toetreden tot dit netwerk mits zij akkoord gaan met de bepalingen opgenomen in het samenwerkingsprotocol en na goedkeuring van de partners in het netwerk.



## **ADDENDUM F: Aanbod geestelijke gezondheidszorg in het arrondissement Turnhout (studie RESOC 2008), ondernormering in regio**

### **Structureel**

In België bestaan er zes door de overheid gesubsidieerde soorten voorzieningen.

- Psychiatrisch ziekenhuizen
- PAAZ
- CGG
- PVT
- BW
- RIZIV-conventies

Naast deze voorzieningen zijn er in onze regio nog volgende initiatieven

- project psychiatrische thuiszorg (Psoikos)
- Dagactiviteitencentra
- Privé-werkenden
- Belangengroepen (Similes, Uilenspiegel)

### Aanbod gesubsidieerde voorzieningen.

Vanuit Resoc Kempen werden in het voortgangsrapport Welzijn, Zorg en Life Sciences volgende cijfergegevens verzameld. Deze cijfers betreffen de gesubsidieerde voorzieningen.

Het **centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) Kempen** kampt met een personeelstekort. Dit uit zich in lange wachtlijsten. In 2008 werken slechts 34,45 voltijds equivalenten (VTE) in het CGG Kempen. In heel Vlaanderen zijn dit er bijna 864 VTE. Dit betekent dat de Kempen slechts 4% van de VTE in Vlaanderen tewerkstelt.

Evolutie aantal VTE in Centra Geestelijke Gezondheidszorg (alle financieringsbronnen)

	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Kempen	26,10	25,60	24,80	34,45
Vlaanderen	810,00	832,43	846,13	863,71
% tov Vlaanderen	3,2	3,1	2,9	4,0

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

In Vlaanderen wordt 81% van de VTE's in de CGG's betaald met middelen van de Vlaamse overheid. Dit is de zogenaamde "enveloppenfinanciering". Voor de Kempen bedraagt deze enveloppe 5,02 euro/inwoner, voor Vlaanderen bedraagt ze 8,25 euro/inwoner.

## CCG 2009

Werkingsgebied CGG	Basisenveloppe 2009	Aantal euro/bewoner 2009
Kempen	2.144.172	5,02
Provincie Antwerpen	13.884.733	8,09
Vlaanderen	53.726.623	8,25

Bron: Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorgen

Wat betreft de **psychiatrische ziekenhuizen** beschikt de Kempen met het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZ) Geel over 858 plaatsen. Het OPZ Geel is met voorsprong het grootste psychiatrisch ziekenhuis van Vlaanderen. De realisatiegraad bedraagt 92% in de Kempen, tegenover 75% gemiddeld in Vlaanderen.

## Psychiatrische ziekenhuizen erkende plaatsen en programmering (januari 2010)

	Kempen	Vlaanderen
Erkende plaatsen	858	10.164
Programma cijfer	930	13.432
Realisatiegraad	92,3%	75,7%
Ruimte	-72	-3268

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

De Kempen beschikt over 90 erkende plaatsen in een **psychiatrische verzorgingstehuis**. De Kempen kent een realisatiegraad van 35,1% (tegenover 58,3% gemiddeld in Vlaanderen). Er zijn 30 bijkomende plaatsen gepland bij OPZ Geel.

## Psychiatrische verzorgingstehuizen: erkende plaatsen en programmering (januari 2010)

	Kempen	Vlaanderen
Erkende plaatsen	90	2154
Programma cijfer	256	3697
Realisatiegraad	35,1%	58,3%
Geplande plaatsen	30	Niet gekend
Ruimte	-146	-1543

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Ook op de **Psychiatrische Afdeling van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ)** kunnen cliënten worden opgevangen en behandeld. De Kempen telt momenteel 30 plaatsen. Dit is een realisatiegraad van 20%. Dit cijfer ligt ruim onder de Vlaamse realisatiegraad (68%).

## PAAZ: erkende plaatsen en programmering (januari 2010)

	<b>Kempen</b>	<b>Vlaanderen</b>
Erkende plaatsen	30	1462
Programma cijfer	147	2126
Realisatiegraad	20,4%	68,8%
Ruimte	-117	-664

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

**Beschut Wonen** heeft als doel om een thuis te bieden aan mensen die omwille van psychische problemen niet of nog niet zelfstandig kunnen wonen. De vzw Beschut Wonen Kempen beschikt momenteel over 48 erkende plaatsen. Dit is een realisatiegraad van 24,2% tegenover 85,8% in Vlaanderen.

## Beschut Wonen: erkende plaatsen en programmering (juli 2008)

	<b>Kempen</b>	<b>Vlaanderen</b>
Erkende plaatsen	48	2643
Programma cijfer	198	3081
Realisatiegraad	24,2%	85,8%
Ruimte	-150	-438

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Voor een aantal specifieke aspecten in de geestelijke gezondheidszorg bestaat er momenteel geen of onvoldoende aanbod in de Kempen. Zo is er geen aanbod voor dringende psychiatrische hulpverlening (urgentiepsychiatrie) voor volwassenen en ouderen. Het aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in de thuisomgeving en het aanbod op het vlak van rehabilitatie in de ruime Herentalse regio blijft onvoldoende.

Vanuit de vaststelling dat het aantal drugverslaafden in de regio toeneemt bij wie een ambulante begeleiding ontoereikend is, wil Welzijnszorg Kempen samen met een aantal partners werk maken van de uitbouw van een residentieel opvang- en behandelcentrum voor drugsverslaafden. Voor de oprichting van een dergelijk centrum is er een RIZIV-erkenning nodig. De erkenningsaanvraag is onlangs ingediend bij het RIZIV.

(toegevoegde elementen aan gegevens Resoc)

De drughulpverlening in de Kempen is momenteel beperkt tot het ambulante aanbod vanuit Drughulp Kempen, waaraan CGG Kempen participeert (zie [www.drughulpkempen.be](http://www.drughulpkempen.be)). Dit aanbod blijft ontoereikend.

Daarnaast zijn er vanuit riziv-conventies de revalidatiecentra (CAR – Centra voor Ambulante Revalidatie) kinderen en jongeren in Turnhout en Veerle. Deze centra behandelen op jaarbasis elk ongeveer 60 kinderen en jongeren.

**ADDENDUM G: Financiering en middelenallocatie GGZ Kempen****Samenvattende tabel**

2011								<i>Saldo</i>
	<i>Uitgaven</i>	<i>Inkomsten</i>						
		<b>CGG</b>	<b>Psoikos</b>	<b>OPZ Geel</b>	<b>B4 - Herallocatie</b>	<b>B4 - Psychiaters</b>	<b>B4 - financiering</b>	
<b>Personeelskosten</b>	2.364.811 €	132.000 €	130.000 €	270.785 €	1.462.735 €	225.000 €	156.040 €	11.750 €
Netwerkcoördinator	88.250 €						100.000 €	11.750 €
Functie 1	262.910 €	132.000 €	130.000 €				910 €	- €
Functie 2 - CKB-team	968.830 €				856.330 €	112.500 €		- €
Functie 2 - LZA Team	718.905 €				606.405 €	112.500 €		- €
Functie 3 - uitbreiding aanbod	325.915 €			270.785 €			55.130 €	- €
<b>Directe kosten</b>	252.734 €				108.774 €		143.960 €	- €
<b>Algemene kosten</b>	623.558 €				511.808 €		100.000 €	- 11.750 €
<b>Overgangskosten</b>	359.370 €				259.370 €		100.000 €	- €
<b>TOTAAL</b>	<b>3.600.473 €</b>	<b>132.000 €</b>	<b>130.000 €</b>	<b>270.785 €</b>	<b>2.342.687 €</b>	<b>225.000 €</b>	<b>500.000 €</b>	<b>- €</b>



PSY 107	GGZ Kempen	46						
<i>Crisiswagens voor interventie</i> 2 wagens	12.000 €		12.000 €	12.000 €	12.000 €	12.000 €	12.240 €	12.485 €
<i>Huisvesting</i> 2 decentrale uitvalsbasisen	24.000 €		- €	12.000 €	24.000 €	- €	12.240 €	24.970 €
<i>Telefonie en data</i> 50 euro per VTE per maand Aantal VTE	600 € 36,3	per jaar	21.780 €	21.780 €	21.780 €	21.780 €	22.216 €	22.660 €
<i>Opleiding</i> Kostprijs per VTE			72.600 €	36.300 €	27.225 €	72.600 €	37.026 €	28.325 €
	2011	2.000 €						
	2012	1.000 €						
	2013	750 €						
<i>Communicatie</i> Op jaarbasis (netwerkvergaderingen, marketing, info-folders, ...)	50.000 €		50.000 €	50.000 €	50.000 €	50.000 €	51.000 €	52.020 €
<b>Algemene kosten</b>			<b>623.558 €</b>	<b>623.558 €</b>	<b>623.558 €</b>	<b>623.558 €</b>	<b>636.029 €</b>	<b>648.750 €</b>
Algemene kosten	11.380.000 €	(KPL 020-092)						
Aantal VTE 2009	522	(sociale balans 2009)						
Per VTE 75% weerhouden wegens niet-residentiële setting	21.801 €	16.351 €						
Projectie 2011	17.178 €	(indexering bedrag 2009)						
Totale raming project	623.558 €	(op basis geraamd aantal VTE)						
<b>Overgangskosten</b>			<b>359.370 €</b>	<b>239.580 €</b>	<b>179.685 €</b>	<b>359.370 €</b>	<b>244.372 €</b>	<b>186.944 €</b>
Helpt team = bestaande equipe nieuw inzetten 18,15		Gemiddelde loonkost 66.000 € (projectmedewerkers)						
Overgangperiode = gedeeltelijk dubbel lopen van medewerkers								
	2011	30%	359.370 €					
	2012	20%	239.580 €					
	2013	15%	179.685 €					



<b>Opbrensten</b>				<b>3.600.473 €</b>	<b>3.456.383 €</b>	<b>3.399.413 €</b>	<b>3.600.473 €</b>	<b>3.525.511 €</b>	<b>3.577.338 €</b>
<b>Inbreng partners bestaande middelen</b>				<b>532.785 €</b>	<b>388.695 €</b>	<b>331.725 €</b>	<b>532.785 €</b>	<b>396.469 €</b>	<b>376.535 €</b>
CGG	132.000 €	25%	532.785 €	132.000 €	96.301 €	82.186 €	132.000 €	98.227 €	93.288 €
Beschut wonen - Psoikos	130.000 €	24%		130.000 €	94.842 €	80.941 €	130.000 €	96.739 €	91.875 €
OPZ Geel	270.785 €	51%		270.785 €	197.552 €	168.597 €	270.785 €	201.503 €	191.372 €
PAAZ Turnhout	te onderhandelen								
<b>Afbouw bedden - projectfinanciering B4</b>				<b>2.342.688 €</b>	<b>2.342.688 €</b>	<b>2.342.688 €</b>	<b>2.342.688 €</b>	<b>2.389.542 €</b>	<b>2.437.333 €</b>
tf-plaatsen	100	44,26 €	1.615.490 €						
Tf-bedden	15		727.198 €						
			2.342.688 €						
tf-plaatsen Budget financiële middelen van 100 x 44,26 euro x 365 dagen									
1.615.490 €									
Tf-bedden BFM 1/7/2010									
B1	7.149.063,95 €								
B2	8.176.355,82 €								
B5	188.142,69 €								
	15.513.562,46 €								
Aantal bedden	320								
Per bed	48.480 €								
<b>Projectfinanciering psychiaters</b>				<b>225.000 €</b>	<b>225.000 €</b>	<b>225.000 €</b>	<b>225.000 €</b>	<b>229.500 €</b>	<b>238.772 €</b>
Projectfinanciering psychiaters	225.000 €								
<b>Extra projectfinanciering</b>				<b>500.000 €</b>	<b>500.000 €</b>	<b>500.000 €</b>	<b>500.000 €</b>	<b>510.000 €</b>	<b>524.698 €</b>
Netwerkcoördinator	500.000 €								
	100.000 €			100.000 €	100.000 €	100.000 €	100.000 €	102.000 €	106.121 €
Bijkomende financiering	400.000 €			400.000 €	400.000 €	400.000 €	400.000 €	408.000 €	418.578 €