



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



## Projectvoorstel in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen Regio Midden West-Vlaanderen

### 1. Toelichting van de visie van het project

In de regio Midden West-Vlaanderen is er sinds vele jaren een regionaal overlegcomité geestelijke gezondheidszorg actief waarin diverse samenwerkingsinitiatieven ontstonden. In januari 2010 leidde het bespreken van de thematiek “zorgcircuits en netwerken” er toe dat we – toen in afwachting van concrete initiatieven van de overheid - beslisten tot het overgaan van een SWOT-analyse van het huidige aanbod en het uitwerken van een **strategisch beleidsplan geestelijke gezondheidszorg in onze regio**. Het is de bedoeling ook niet-GGZ partners expliciet te betrekken om zeker ook de brede eerstelijnsgezondheidszorg en welzijns- en maatschappelijke dienstverlening te integreren. Er is daarvoor een externe begeleidster geëngageerd (Mevr. Moreels van M&L Management Services). Ook zijn er verkennende gesprekken geweest met de stad Roeselare en de Regionale Welzijnsraad Midden West-Vlaanderen waarbij de ambitie aanwezig is om tot een breed regionaal intersectoraal netwerk te kunnen komen waarin het netwerk geestelijke gezondheidszorg ingebed is. Naar aanleiding van de oproep hebben we uiteraard prioriteit gegeven aan het voorbereiden van de interesseverklaring en het **projectvoorstel**.

We willen graag meewerken aan de ontwikkeling “Naar een betere GGZ door de ontwikkeling van zorgcircuits en zorgnetwerken”, waarbij de vijf functies een duidelijk richtinggevend kader bieden.

*Kernwaarden die bij de regionale partners en in de samenwerking aanwezig zijn willen we kracht bij zetten.*

Sterke betrokkenheid op de personen met geestelijke gezondheidsproblemen en hun familiale en maatschappelijke context, continu streven om zowel qua zorgaanbod als qua zorgbenadering maximaal in te spelen op hun specifieke noden (met een zo groot mogelijke toegankelijkheid), behandelen en begeleiden op basis van verantwoorde zorg- en behandelvisies die borg staan voor hoge deskundigheid met aandacht voor effectiviteit, groeiende inzet voor diverse vormen van cliëntenparticipatie, beogen van pragmatisch en duurzaam partnerschap tussen verschillende hulpverleners en voorzieningen. Voor onze verdere ontwikkeling beogen we enerzijds een valorisatie van de eigenheid ( kerninspiratie, know how ) van de partners en anderzijds een consistente en coherente integratie ervan om de vijf functies uit te bouwen. Wij willen ons daarbij ook expliciet inspireren op de (inter)nationale ervaringen op het vlak van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, alsook op de waarden gebaseerde herstelvisie ( recovery ) en de evidence based inzichten en methoden die de wetenschappelijke geestelijke gezondheidszorg funderen en ondersteunen.

We engageren ons voor een zorg die een grondige benadering en duurzaam herstel bij de personen met psychiatrische en geestelijke gezondheidsproblemen tot doel heeft, waarbij een grotere zelfverantwoordelijkheid, sociale inclusie en een kwaliteitsvolle deelname aan het maatschappelijke leven essentieel zijn. We engageren ons voor een zorg met interventies die sneller, efficiënter en waar mogelijk pro-actief ( preventie en subsidiariteit ) is.

De participatie van de personen met geestelijke gezondheidsproblemen zelf en hun familie ( context ) en de inbreng van hun ervaringsdeskundigheid dient integraal deel uit te maken van een herstelgerichte benadering.

## **2. Doelgroep**

De ontwikkeling van het strategisch GGZ-plan voor onze regio zal betrekking hebben op de volledige doelgroep van de regio (kinderen en adolescenten, volwassenen en ouderen). Gezien de projectoproep zich richt op de doelgroep volwassenen plaatsen we in de eerste jaren de prioriteit op een beleidsplan voor volwassenen, vertrekkende vanuit de vijf functies.

Tijdens de projectfase zouden we ons beperken tot de subdoelgroep van jongvolwassenen (18 tot en met 25 jaar). Een eerste reden is dat we op een grondige manier die vijf functies (in het bijzonder de volledig nieuwe functie 2) willen realiseren. Een tweede reden heeft alles te maken met

- de beperkte dichtheid van of programmatie van psychiatrische ziekenhuisbedden en PAAZbedden in de regio
- het specifieke profiel van het psychiatrisch ziekenhuis (Kliniek St-Jozef Pittem ) dat veel A-bedden heeft, een K-erkenning en relatief weinig T-bedden en dat van oudsher een intensieve therapeutische residentiële functie opneemt voor specifieke doelgroepen: in realiteit zijn er geen afdelingen voor chronische problematiek (bv. slechts 3% personen met schizofrenie of een andere psychotische stoornis)
- met een beperktere aanwezigheid van plaatsen in Beschut Wonen (zie ook punt 4 )

We zien voor het ogenblik niet goed hoe we bijvoorbeeld volwaardige mobiele teams (a rato van 12, 16 of 20 FTE per team) kunnen uitbouwen door herallocatie zonder mensen in de kou te zetten. Overtuigd van en enthousiast over het nieuwe GGZ-concept willen we hierover graag in overleg gaan met de overheid om advies te krijgen m.b.t. onze specifieke situatie in de regio Roeselare - Izegem - Tielt.

### **Doelgroep opstartfase: jongvolwassenen (18 – 25 jaar)**

Motivatie

Op basis van de klinische ervaring van de diverse actoren/partners in onze regio blijkt de doelgroep jongvolwassenen nood te hebben aan een betere afstemming en een extra aanbod zoals in de Gids voorgesteld. We hebben ook de indruk dat de geestelijke gezondheidsproblemen bij de jongvolwassenen toenemen.

Ook de literatuur benadrukt dat er in die doelgroep veel psychische en psychiatrische problemen voorkomen ...

In Vlaanderen is het aantal suïcides bijzonder alarmerend. De laatste jaren wordt de hulpverlening aan jongeren en jongvolwassenen geconfronteerd met een sterke toename van problemen zoals ADHD, autisme spectrum stoornissen, verlengde en moeilijker individuatie en separatie, middelenmisbruik ....

Uit een Nederlandse studie blijkt dat slechts een beperkt deel (1/3) van de jongvolwassenen met psychiatrische en psychische problemen in de geestelijke gezondheidszorg komt (Vanheusden, K, Ende, van der, J, e.a. (2008) The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs?. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43, 808-815)

We kunnen er van uitgaan dat de jongvolwassenen in onze huidige maatschappij een kwetsbare groep vormen. De overgang naar de volwassenheid is complexer en moeilijker geworden, de identiteitsontwikkeling en het opnemen van de sociale rollen verloopt bij een significante groep moeizaam.

Daar de jongvolwassenheid een cruciale periode is waarin een belangrijke wissel getrokken wordt voor de toekomstige geestelijke gezondheid(sproblemen), is het inzetten op die doelgroep van kapitaal belang. Zeker als ook blijkt – bij ons en internationaal – dat er een kloof is tussen de jeugdpsychiatrie/jeugdhulpverlening en de diensten voor volwassenen: de jongvolwassen hebben nood aan een levensfasespecifieke behandeling, therapeutische benadering en begeleiding gepaard gaande een specifieke socialisatie eigen de jongvolwassenheid.

### **3. Doelstellingen**

#### **Doelstellingen opstartproject jongvolwassenen**

Gericht op jongvolwassenen met (potentiële) geestelijke gezondheidsproblemen

- Jongvolwassenen krijgen een zorg afgestemd op hun noden
  - o Jongvolwassenen worden zich beter bewust van psychische problemen waardoor de stap naar hulpverlening ook kleiner wordt
  - o Psychiatrische, psychische problemen worden vroeger en vlugger gedetecteerd via de context en worden adequaat gediagnosticeerd
  - o Jongvolwassenen kunnen thuis of in hun leefomgeving in en met de context behandeld en begeleid worden. Daardoor kunnen opnames vermeden worden of kan een residentiële sneller afgebouwd worden
  - o Jongvolwassenen met psychiatrische problemen krijgen een adequate opvang bij een psychiatrische urgentie en kunnen beroep doen op een levensfasespecifieke residentiële behandeling en intensieve therapie (kort, langerdurend); daarbij wordt de familie en context betrokken
  - o Jongvolwassenen en hun familie kunnen beter met de problematiek omgaan en ontwikkelen meer zelfverantwoordelijkheid tijdens het herstel
  - o De maatschappelijke participatie van de jongvolwassenen met geestelijke gezondheidsproblemen wordt beter gefaciliteerd en ondersteund (wonen, werken, vrijetijdsbesteding, cultuur ....)

- Jongvolwassenen krijgen een zorg die gekenmerkt is door grotere continuïteit met een begeleide overgang tussen zorgvormen

Deze doelstellingen proberen we te realiseren via de specifieke inzet van de partners binnen de 5 functies en via een betere afstemming en samenwerking.

Gericht op de diverse partners

- De GGZ partners en de zorg- en hulpverlenende instanties met wie intensief samen gewerkt wordt gaan meer en meer het concept van de vernieuwde GGZ (zie Gids) en de bovenstaande visie (punt 1) in hun organisatiecultuur en organisatiestructuur opnemen
  - o Via informeren, betrokkenheid bij de concrete ontwikkeling, vertegenwoordiging in het netwerkbeleid

Gericht op het GGZ-personeel

- Verwerven goed inzicht in de specificiteit van (de psychische en psychiatrische problemen in) de jongvolwassenheid en ontwikkelen verder specifieke hulpverleningsvaardigheden binnen de resp. functies
- Wordt beter vertrouwd met de herstelgerichte benadering, het integreren van methodieken van cliëntenparticipatie en inbreng van ervaringsdeskundigheid
  - o Via vorming en coaching

In het netwerkcomité wordt hiervoor een strategie- en actieplan uitgewerkt waarin vastgelegd wordt wat de “groep” (het netwerkmanagement) zal opnemen en wat de resp. “organisatorische eenheden” (partners) dienen te doen. Zoals vermeld in punt 1 wordt de aanzet gegeven in samenwerking met externe begeleiding.

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

##### **4.1 doelpopulatie in de regio Midden West-Vlaanderen**

De provincie West-Vlaanderen is op het gebied van geestelijke gezondheidszorg traditioneel onderverdeeld in 4 subregio's. Ieder van die subregio's heeft een eigen coördinatiecomité dat op geregelde tijdstippen samenkomt, zo ook de regio Midden West-Vlaanderen.

Voor het voorliggende project willen we, omwille van de gekendheid en bekendheid, initieel deze regio behouden. In een latere fase kan eventueel gedacht worden aan een uitbreiding van de regio naar de gebiedsomschrijving zoals bepaald in het decreet van 28 november 2008 tot wijziging van het decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnvoorzieningen.

Initieel worden volgende arrondissementen in het project opgenomen: Tielt en Roeselare.

ENTITEIT	1990	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Arrondissement Roeselare	137.448	139.289	140.465	141.306	141.542	142.060	142.776	143.616	144.206
Hooglede	9.210	9.393	9.750	9.820	9.838	9.831	9.867	9.928	10.012
Ingelmunster	10.338	10.632	10.651	10.609	10.618	10.617	10.646	10.620	10.631
Izegem	26.479	26.456	26.532	26.539	26.550	26.544	26.486	26.781	26.859
Ledegem	9.353	9.336	9.344	9.254	9.264	9.306	9.379	9.371	9.501
Lichtervelde	7.981	8.193	8.270	8.306	8.354	8.400	8.438	8.489	8.484
Moorslede	10.794	10.785	10.733	10.620	10.626	10.618	10.697	10.840	10.751
Roeselare	52.512	53.617	54.199	55.273	55.380	55.775	56.268	56.547	56.908
Staden	10.781	10.877	10.986	10.885	10.912	10.969	10.995	11.040	11.060
Arrondissement Tielt	85.687	87.162	88.061	88.330	88.527	88.787	89.178	89.584	90.080
Dentergem	7.467	7.671	7.868	8.029	8.128	8.188	8.191	8.223	8.247
Meulebeke	10.713	10.868	11.055	10.965	10.971	10.980	10.983	11.031	11.068
Oostrozebeke	6.892	7.168	7.317	7.423	7.445	7.449	7.458	7.502	7.612
Pittem	6.400	6.523	6.629	6.541	6.612	6.599	6.609	6.586	6.706
Ruiselede	4.902	5.055	5.048	5.095	5.097	5.113	5.139	5.128	5.137
Tielt	19.338	19.384	19.208	19.229	19.234	19.269	19.357	19.474	19.549
Wielsbeke	8.359	8.564	8.911	8.898	8.840	8.906	9.002	9.093	9.121
Wingene	12.016	12.197	12.517	12.896	13.032	13.136	13.328	13.461	13.554
Ardoie	9.600	9.732	9.508	9.254	9.168	9.147	9.111	9.086	9.086

De arrondissementen Tielt en Roeselare zijn volgens de OESO-concept grotendeels stedelijk.

Bij het hanteren van het concept van Eurostat zijn de gemeenten en steden die deel uitmaken van het vooropgestelde werkingsgebied gemengd (> 100 inwoners / km<sup>2</sup>) met als uitzondering Izegem en Roeselare die dichtbevolkt zijn (> 500 inwoners / km<sup>2</sup>).

In het werkingsgebied wonen 234.286 inwoners op 60.133,13 ha wat een bevolkingsdichtheid betekent voor arrondissement Roeselare 529 inwoners/ km<sup>2</sup> en arrondissement Tielt 272 inwoners / km<sup>2</sup>.

Als we inzoomen op de bevolkingssamenstelling en ons focussen op de leeftijdsgroep van het project, de 16 tot 25 jarigen, stellen we vast dat voor 2009: 11,98% van de totale bevolking van het project of 28.067 inwoners behoren tot de beoogde leeftijdscategorie. Uitgesplitst naar arrondissement betekent dit voor Roeselare 12,01% ( 17.249 ) en Tielt 12,05% ( 10.818 ). Het Federaal Planbureau van de FOD Economie heeft als prognose voor 2020 een daling; het totale vooropgestelde werkingsgebied zou dan 26.623 inwoners tellen in de leeftijdscategorie 15 tot en met 25 jaar of 11,08% van de bevolking. Naar arrondissementen geeft dit voor Roeselare 11,14% ( 16.359 ) en voor Tielt 11,13% (10.264 ).

Een duidelijke lokale beschrijving geven van de doelpopulatie is momenteel moeilijk. Er bestaan geen gegroepeerde cijfers betreffende de prevalentie van psychiatrische problemen binnen de beoogde groep omdat een netwerk ontbreekt. Naast de actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg worden de partners dagelijks geconfronteerd met het doelpubliek. En dit is dan nog maar de zichtbare massa. Wij zijn er van overtuigd dat een substantieel deel buiten de aandacht blijft tot op een moment dat het te laat is om er vroegtijdig iets aan te verhelpen.

Om een inschatting te maken moeten we ons baseren op richtcijfers uit de literatuur.

Volgens de gezondheidsenquête die uitgevoerd werd door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid in 2004 bij de Belgische bevolking van 15 jaar of ouder rapporteert 8% dat zij problemen hadden met hun alcoholgebruik. Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest en Demyttenaere onderzochten de prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking in hetzelfde jaar; 6.9% van de 18 tot 24 jarigen rapporteerden een mentale stoornis.

Bayingana et al. ( 2006 ) stelden vast dat ongeveer één Belg op vier ( 24% ) aangaf dat hij of zij zich in de laatste week emotioneel niet goed voelde, terwijl de helft ervan ( 13% ) een periode doormaakte van meer ernstige psychische problemen.

Rekening houdend met bovenstaande studies schatten we de groep potentiële hulpvragende jongvolwassenen op ongeveer 2360 personen die zich kunnen aanmelden bij gezondheidszorg en/of welzijnszorg.

Zoals al aangegeven is er in de regio op regelmatige tijdstippen gezamenlijk contact in het regionaal overlegcomité. Daarnaast zijn er vele bilaterale contacten tussen de actoren en de partners

#### 4.2 Het regionaal overlegplatform

Leden van het regionaal overlegcomité

Kliniek St Jozef Pittem ( SJP )

H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw ( HHRM )

Stedelijk Ziekenhuis Roeselare ( SZR )

St.-Andriesziekenhuis Tielt ( SAT )

CGG Largo

CGG Mandel & Leie

BW Roeselare-Tielt

BW regio Izegem

PVT Valckenburg

Huisartsen

CAW Midden West-Vlaanderen

#### 4.3 Het aanbod binnen de regio

De residentiële zorg binnen de regio is gericht op de acute zorg, waarbij de directies van de organisaties in het verleden bijzondere inspanningen gedaan hebben om de zorg te intensifiëren door het investeren van eigen middelen.

Toestand van het aantal bedden in APZ en PAAZ - 2010

	A	A1	A2	T	T1	T2	K	K1	K2	totaal
SJP	90	5	5	60	5	5	20	1	6	197
HHRM	30									30
SZR	30									30
SAT	30									30
totaal	180	5	5	60	5	5	20	1	6	287

In vergelijking met dichtheid aan psychiatrische bedden per 100.000 inwoners moeten we in de regio vaststellen dat wij ons ver onder het nationaal gemiddelde en het provinciaal gemiddelde situeren. Van de vier klassieke regio's binnen de provincie heeft de regio Midden West-Vlaanderen het minste aantal bedden.

Deze cijfers bevestigen zich opnieuw wanneer de K-bedden uit de tabellen gehaald worden. Omwille van de specificiteit wordt in het quotiënt 100.000 inwoners enkel de populatie vanaf 15 jaar genomen ( 82% van de totale bevolking van de regio )

Per 100.000 inwoners	West-Vlaanderen	Noord	Zuid	West	Midden
Totaal	211	276,07	161,48	179,28	120,02
Exclusief K	228.16	239.50	183.80	218,63	126,08

Rekening houdend met bovenstaande cijfers is het voor de regio een moeilijke oefening om de middelen verbonden aan de bedden te heralloceren zonder de potentiële cliëntenpopulatie in de kou te laten staan.

## 5. Beschrijving van de nieuwe structuur

### 5.1 Netwerksamenstelling

#### 5.1.1 Actoren

Momenteel bestaat het netwerk uit volgende actoren

Kliniek St.-Jozef Pittem ( psychiatrisch ziekenhuis ), St.-Andriesziekenhuis Tielt ( psychiatrische afdeling ), Stedelijk Ziekenhuis Roeselare (psychiatrische afdeling ), H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw ( psychiatrische afdeling ), Beschut Wonen Roeselare-Tielt, Beschut Wonen regio Izegem, CGG Largo ( centrum geestelijke gezondheidszorg ), CGG Mandel&Leie ( centrum geestelijke gezondheidszorg )

Om het netwerk meer impact te geven moeten in de toekomst volgende actoren bijkomend opgenomen worden Kompas ( drughulpverlening ), MSoc ( drughulpverlening ), PVT Valckenburg ( psychiatrisch verpleegtehuis )

#### 5.1.2 Partners

Huisartsenkring Roeselare, Huisartsenkring Tielt, CAW Midden West-Vlaanderen ( centrum algemeen welzijnswerk ), PZT Roeselare-Izegem-Tielt ( psychiatrische zorg in de thuissituatie ).

Om het netwerk meer impact te geven worden in de toekomst volgende partners bijkomend opgenomen en/of geconsulteerd: Huisartsenkring Izegem / Thuiszorgorganisaties / St.-Jozefsziekenhuis Izegem / sociale diensten van de OCMW / Onderwijs / CLP / Mutualiteiten / Cliënten- en familieverenigingen / Sociale huisvestingsmaatschappijen / VDAB / Lokale Sociale huizen / Centrum voor basiseducatie / .....

Wie de kernpartners worden zal afhankelijk worden van de inzet van middelen, in ruime zin, in het project.

Organisaties die niet overtuigd zijn van de meerwaarde van samenwerken in functie van de gestelde hulpvragen van het doelpubliek kunnen geen kernfunctie opnemen maar zullen wel gezien worden als relevante

partners die niet noodzakelijk zijn in de dagelijkse activiteiten voor het realiseren van de vooropgestelde doelstellingen.

## 5.2 Taakverdeling in het netwerk

Enkele opmerkingen vooraf:

De SWOT-analyse, waarnaar al verwezen, heeft als doel het huidige aanbod in kaart te brengen. Hieruit zal ook blijken welke zaken er dubbel gedaan worden en waar de noden zich situeren, om vervolgens acties te ondernemen en initiatieven te ontwikkelen. Hetgeen volgt is niet volledig maar geeft wel een beeld wat er gepresteerd wordt in de regio, al of niet in samenwerkingsverbanden.

Het is bekend dat de psychiatrie met slechts een kleine minderheid van de psychiatrische morbiditeit in contact komt en een kleine minderheid van de psychiatrische morbiditeit behandelt. Dit houdt verband met de voor de meeste westerse landen geldende filtergewijze selectie waarmee potentiële cliënten van de geestelijke gezondheidszorg te maken krijgen. Volgens het zogenaamde filtermodel van Goldberg en Huxley ( 1980 ) kan iemand in de populatie die een stoornis heeft al dan niet hulpzoekgedrag ontwikkelen en de beslissing nemen de huisarts te bezoeken ( filter 1 ). De huisarts kan vervolgens al dan niet erkennen dat iemand een stoornis heeft ( filter 2 ). In de meerderheid van de gevallen zal de huisarts, indien een stoornis is herkend, zelf tot behandeling overgaan. Soms zal hij verwijzen naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg ( filter 3 ), hetgeen eventueel kan leiden tot de beslissing iemand op te nemen in een residentiële psychiatrische setting

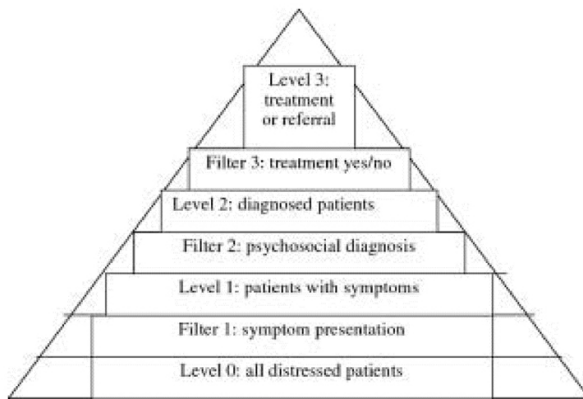


Figure 1. The pathway to mental health care: adapted from Goldberg and Huxley's Pyramid.

Het is belangrijk in het netwerk dat er gewerkt wordt op de verschillende niveaus en de filters beperkt worden op een gegronde en verantwoorde wijze.

Eveneens belangrijk voor het netwerk is het subsidiariteitsbeginsel. Een persoon met een psychisch probleem moet zorg / behandeling krijgen op dit niveau dat het best geschikt is voor zijn individu en in zijn context.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt in de toekomst gewerkt met de 5 functies. Het netwerk moet er over waken dat er geen schotten ontstaan tussen de functies zoals die historisch gegroeid zijn tussen de voorzieningen. Er moet in vertrouwen samen gewerkt worden in functie van de cliënt en zijn familie.



## **Functie 1: activiteiten betreffende preventie, promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling**

De actoren die in deze functie preferentieel gesitueerd worden zijn de centra voor geestelijke gezondheidszorg, maar ook de andere actoren en partners hebben binnen deze functie een blijvende en/of nieuwe opdracht

### Promotie van de geestelijke gezondheidszorg

#### **Algemeen**

Een belangrijk element in de preventie en uiteraard in de promotie van de geestelijke gezondheidszorg is de educatie van de bevolking en de inspanningen die geleverd worden in het kader van destigmatiseren en uit de taboesfeer halen van de geestelijke gezondheidszorg.

De partners die op het grondgebied van Roeselare actief zijn organiseren jaarlijks in het kader van de week van de geestelijke gezondheidszorg een culturele activiteit voor de vele secundaire scholen van de stad. Voor de vierde en vijfde jaar scholieren worden aansluitend op een of meerdere toneelmomenten gespreksmomenten georganiseerd onder leiding en begeleiding van medewerkers van de verschillende organisaties.

Er worden diverse lezingen georganiseerd met onderwerpen uit de geestelijke gezondheidszorg voor professionelen niet werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Eveneens wordt dit georganiseerd voor cliënten en hun familieleden. Meestal gebeuren die initiatieven in samenwerking en overleg.

Met de steun van het provinciaal overlegplatform wordt gedacht aan het uitbreiden van die educatieve initiatieven zowel naar aantal, als naar doelpubliek. We plannen de secundaire scholen de mogelijkheid te geven in te schrijven in educatieve programma's waarbij ook ervaringsdeskundigen zullen participeren.

#### **Enkele specifieke zaken van de individuele partners en actoren**

##### **Kliniek St-Jozef Pittem**

Het ziekenhuis staat voor een "open deur beleid". In die optiek wordt er resoluut gekozen om mee te werken aan bestaande initiatieven als "Hoe anders is anders? " .

Ook wordt dezelfde politiek gehanteerd om het ziekenhuis en zijn werking dichterbij de maatschappij te brengen door het intern organiseren van werkbezoeken door middelbare scholieren, verenigingen, CLB, leerlingenbegeleiders.... Een belangrijk element in het doorbreken van de taboesfeer zijn de open deur dagen waarbij de bevolking uitgenodigd wordt de visie en de werking van het ziekenhuis te ervaren. Wanneer gevraagd organiseert het ziekenhuis ook vormingsmomenten in de scholen.

Uiteraard wordt ook aandacht geschonken aan de professionelen van de eerste lijn door het organiseren van seminars, avondcycli en studiedagen

##### **PZT Midden West-Vlaanderen**

Als pilootproject, gesteund en gedragen door de actoren van de regio, kreeg PZT de opdracht van de federale overheid om de reguliere thuiszorg te sensibiliseren voor de doelgroep personen met een psychiatrische problematiek en coaching te voorzien van de reguliere thuiszorg m.b.t. deze doelgroep. Verder werd er van de pilootprojecten PZT verwacht dat zij de samenwerking tussen de reguliere thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg trachten te versterken. Samengevat betreft het hier de 'liaisonfunctie' van PZT.

Binnen PZT Midden West-Vlaanderen werd er de voorbije jaren zowel op beleidsniveau als op casusniveau werk gemaakt van het sensibiliseren van de eerste lijnsdiensten voor personen met psychiatrische problemen. Op beleidsniveau betreft dit vooral een goede samenwerking met en inbedding in de SEL (vroegere SIT's). Op casusniveau coachen de PZT-teamleden medewerkers van de reguliere thuiszorg waardoor er know-how én bereidheid is om personen met psychiatrische problemen te includeren. Hierdoor wordt er ook bijgedragen aan het principe van getrapte zorg (minimaal waar mogelijk, maximaal waar nodig).

### **Stedelijk Ziekenhuis Roeselare psychiatrische afdeling**

Het PAAZ neemt momenteel deel aan diverse gemeenschappelijke initiatieven enerzijds gericht op de beperkte regio van de stad Roeselare zoals het lokaal drugoverleg, het project laagdrempelige opvang voor personen met een psychiatrische voorgeschiedenis en/of druggebruik die geen hulpvraag hebben maar enkel nood aan een rustplaats, consultatie psychiater in het vluchthuis,... Anderzijds werkt het ziekenhuis intensief samen in diverse werkgroepen zoals werkgroep legale middelen en werkgroep illegale middelen.

### **H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw psychiatrische afdeling**

Het PAAZ neemt momenteel deel aan diverse gemeenschappelijke initiatieven enerzijds gericht op de beperkte regio van de stad Roeselare zoals het lokaal drugoverleg, het project laagdrempelige opvang voor personen met een psychiatrische voorgeschiedenis en/of druggebruik die geen hulpvraag hebben maar enkel nood aan een rustplaats, deelname psychiatrisch verpleegkundige aan het multidisciplinair overleg in het vluchthuis,... Anderzijds werkt het ziekenhuis intensief samen in diverse werkgroepen

### Activiteiten inzake preventie, vroegdetectie, screening en diagnosestelling

#### **Kliniek St Jozef Pittem**

- Project preventief werken rond middelenmisbruik met hoge risicogroepen: kinderen, jongeren, jongvolwassenen en hun ouders (Fonds ter bestrijding van verslavingen) in samenwerking met CGG Largo en met de VAD 2008 – 2009
- Project vroeginterventie door middel van groepswerking met jongeren die riskant of beginnend problematisch gebruiken: als West-Vlaamse VAD partner 2009-2010
- VDIP project: opstart in de regio Roeselare-leper i.s.m. CGG Largo en APZ H.-Hart, leper
- Deelname aan regionaal / provinciaal drugoverleg
- Deelname provinciaal Kopp-overleg
- Deelname aan provinciaal netwerk rookstopbegeleiders

#### **CGG Largo**

- Deelname aan het VDIP- project: het team helpt jonge mensen tussen 14 en 35 jaar én hun omgeving om een eerste of tweede psychose te voorkomen. Het project wil mensen met psychotisch-achtige ervaringen en mensen met een eerste psychose zo snel mogelijk bereiken om de situatie grondig te

evalueren en waar nodig gepaste behandeling te starten. Het project wil de alertheid voor psychose vergroten en streven naar een positieve beeldvorming. Een VDIP-team biedt

- bij urgentie een eerste contact binnen de 48 uur, anders binnen de week
  - de gelegenheid om uitgebreid stil te staan bij de klachten
  - behandeling en begeleiding op psychisch vlak rond : sombere gevoelens, angsten, vreemde waarnemingen, bizarre gedachten...
  - ondersteuning in de relatie met de omgeving en bij wonen, opleiding, werken, vrije tijd...
  - begeleiding en behandeling op de plek die de cliënt verkiest
  - opvolging in samenspraak met naast betrokkenen, huisarts en of andere hulpverleners
- het preventieteam suïcide: De werking is gericht op het intermediaire niveau: het inhoudelijk ondersteunen en bijscholen van hulpverleners/professionelen en het coachen van beleidsontwikkeling van organisaties zijn kenmerkend voor de werking.

De werking heeft volgende doelstellingen:

- ingebouwde preventie is vervat in de curatie. Het gaat om curatieve activiteiten die preventieve effecten hebben of die met een preventieve bekommernis worden uitgevoerd. In deze aanpak onderscheiden we drie luiken
    - het optimaliseren van de hulpverlening in het CGG bij risico op suïcidaal gedrag
    - het opvangen van de nabestaanden
    - het opvangen van suïcidepogers in zorgnetwerken ( Project Integrale Zorg Suïcidepogers )
  - deskundigheidsbevordering van intermediairs en netwerken
    - vorming en bijscholing intermediairs
    - suïcidepreventie en geestelijk gezondheidsbeleid op school
  - het afstemmen met andere actoren en het loco-regionaal implementeren van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie
- preventieteam alcohol en drugs: de werking is gericht naar intermediairen onder de vorm van het aanbieden van vormingspakketten . Het A&D preventieteam binnen CGG Largo is een regionaal steunpunt bij het kwaliteitsvol omgaan met alcohol- en andere drugproblemen. We werken hiervoor samen met de VAD.
- Het aanbod is gericht naar alle personen en organisaties die in rechtstreeks contact staan met (potentiële) gebruikers. Zij kunnen, vanuit hun specifiek werkterrein (onderwijs, arbeid, lokaal beleid, jeugdwerk, hulpverlening, etc.) op ons beroep doen voor objectieve informatie, vorming en ondersteuning bij het uitwerken en toepassen van een drugbeleid op maat.
- Samenwerking met CAW Midden West-Vlaanderen in het vluchthuis voor vrouwen. Er is een actieve deelname aan de oriëntatieteams en aanwezigheid van een psycholoog gespecialiseerd in het benaderen van kinderen
  - Deelname aan KOPP: binnen het centrum is er een aandachtspersoon.

## **CGG Mandel & Leie**

Binnen het CAW hebben we een verbindingspersoon, deze hulpverlener zal ook betrokken worden binnen dit project om hieraan verder uit te bouwen. Daarnaast zal ook een maatschappelijk werker, uit het team Izegem ons begeleiden in dit project om het realiseren van zorgcircuits binnen de vijf sleutelementen te realiseren en waar nodig de aansluiting voor functie 1 en ambulante therapeutische werking optimaal te laten aansluiten bij de ambulante werking GGZ binnen de regio.

Voor functie 1 werkt het CGG met 0,5 FTE suicidepreventiewerker. Deze zal mee in het project betrokken worden waar functie 1 opgenomen zal worden.

Vanuit onze ambulante CGG-werking besteden we veel aandacht aan de kinderen en partners van cliënten, zo hebben we een uitgesproken KOPP-werking die ook binnen dit project een toevoegde waarde kan betekenen.

## **CAW**

- samenwerking met Largo
  - o binnen VDIP : CAW als toe - leider, door - verwijzer
  - o maandelijkse uitwisseling op Multi Disciplinair Team van CAW waarop complexere casussen (met diverse disciplines) besproken worden i.f.v. snel en correct interveniëren
  - o Aanwezigheid gedurende 4u/week van een kinderpsycholoog van CGG Largo in het vluchthuis voor vrouwen: met als doel ondersteuning te geven aan het CAW-personeel in de aanpak van (jonge) getraumatiseerde moeders/vrouwen. Deze consultfunctie en on-the-job training biedt de medewerkers van CGG Largo een beter zicht op werking van het vluchthuis voor vrouwen.
  - o Intermediären overleg (*adjunct-directeurs CAW-Largo en instroom coördinatoren CAW*)
- samen met CGG Largo, Stedelijk Ziekenhuis Roeselare en H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen: onderhoud en actualiseren van een databank van therapeuten i.f.v. het wegwerken van wachtlijsten en realiseren van een kwalitatieve doorverwijzing. Deze realisatie werd mogelijk gemaakt via middelen ter beschikking gesteld van de stad Roeselare
- samen met PZT Midden West-Vlaanderen: organiseren van vorming op maat voor de regio, Aan het inhoudelijke overleg dienaangaande participeert een stafmedewerker.
- samenwerking (=doorverwijzing naar elkaar) met Teleonthaal dat 'buiten de kantooruren' present tekent voor mensen met vereenzaming, psychische problemen ...
- CAW deelnemer aan overlegplatform Dementie regio midwest
- CAW lid van stuurgroep PZT en deelnemer aan de adviesteams PZT Izegem, Roeselare en Tielt
- CAW lid van lokaal drugoverleg Roeselare
- CAW ontwikkelde een suicideprotocol (voor hulpverleners 1° lijn) i.f.v. sneller en correcter omgaan met suïcidale signalen. Dit protocol staat ter beschikking van de veldwerkers van de regio.
- CAW gaat vanaf 2011 concreter samenwerken met LOGO naar kansengroepen toe waarbij gebruik gemaakt zal worden van de bestaande hulpmiddelen zoals "fit in je hoofd"
- Er is een concreet samenwerkingsprotocol met CLB Izegem rond doorverwijzing van jongeren waarbij problemen vastgesteld worden

- CAW outreachend aanbod woonbegeleiding naar kwetsbare doelgroepen ( waaronder mensen met psychische problemen) i.s.m. andere ‘specialisten’
- JAC vormingsaanbod - vb. “cyberpesten” – vb. “zeker van jezelf” : nu gericht naar -18 jarigen vnl. in BUSO’s + ‘train-the-trainer’ aanbod naar die scholen
- JAC outreachend aanbod : via mail en chat

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

Deze nieuwe inspirerende vorm in de behandeling van de psychiatrische zorg moet in de regio nog grotendeels uitgewerkt worden en zal worden ingevuld door de ziekenhuizen. Enkele van onze partners hebben ervaring in het organiseren en praktisch uitvoeren van deze opdracht zoals het CAW Midden West-Vlaanderen en PZT. Zij zullen in de verdere ontwikkeling van het project een inspiratiebron zijn. Er is vanuit de revalidatieteams de overtuiging dat er naast de inzet van mobiele behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen een sterke brug kan gemaakt worden naar de revalidatiefunctie.

De regio richt zich in eerste instantie op de jong volwassenen met een psychiatrisch probleem en we onderscheiden twee teams elk met hun eigen gespecialiseerde invalshoek. Deze teams werken echter niet los van elkaar maar hebben een complementariteit in hun uiteindelijke opdracht.

### **- ambulant behandelteam voor jongvolwassenen met (sub)acute psychische problemen**

Wanneer zich in de regio een situatie aanmeldt bij een van de actoren of partners waarbij geoordeeld wordt dat een jongvolwassene een (sub)acuut psychisch probleem heeft kan een centraal aanmeldingsnummer gevormd worden. Dit nummer is 24u op 24u, iedere dag van het jaar bereikbaar.

Via een telefonische intake wordt een korte beschrijving van de situatie genoteerd en een afspraak gemaakt die gerealiseerd wordt binnen de eerstvolgende werkdag. Deze intake moet op een uniforme wijze gebeuren zodat het in principe niet uitmaakt wie de telefoon opneemt. Het is technisch mogelijk een centraal nummer te openen waarbij de operator in een wisselende omgeving vertoeft. Wie dit ideaal doet is momenteel nog niet duidelijk maar een mogelijkheid zijn de gespecialiseerde spoedopnamen van de algemene ziekenhuizen van de regio, een PAAZ of een lid van het team die wachtdienst heeft.

Vanaf het begin wordt heel duidelijk gesteld dat deze ambulante begeleiding tijdelijk is met een maximum van één maand. De aanpak en de frequentie zullen afhankelijk zijn van de ernst en het karakter van de situatie.

Wanneer deze ambulante aanpak onmogelijk is of na de afgesproken termijn niet kan beëindigd worden organiseert de medewerker van het team, die case-manager is voor die individuele jongvolwassene een vervolgtraject. Dit vervolgtraject is terug opgemaakt in samenspraak en in functie van het karakter van de situatie. Het principe dat aangehouden wordt is het subsidiariteitsprincipe.

Het team van psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psycholoog, gezinsbegeleider, ergotherapeut o.l.v. een psychiater werkt op basis van gelijke assessments van de problematiek en ( potentiële ) risico's en van een overlegd behandelplan waarbij de huisarts actief betrokken wordt. We willen instrumenten en methoden hanteren die bij de partners gekend zijn, die we uit evidence-based literatuur halen en die we aangereikt krijgen door de wetenschappelijke equipes. Het werken rond risico's zullen we doen op basis van

“early recognition”-methoden voor agressie, suïcidaliteit, zelfverwonding, ... waarbij samen met de jongvolwassene het zelfmanagement kan ontwikkeld worden. Tevens zal zo nodig een crisisplan ( ook met de context ) afgesproken worden. De begeleiding en behandeling zijn gebaseerd op een zorgplan waarin ook samen met de persoon de probleemgebieden en doelstellingen bepaald worden. Het creëren van basisvoorwaarden zijn uiteraard essentieel: het opbouwen van een vertrouwensrelatie waarin de teamleden een mandaat krijgen om hulp te bieden en waarin het engagement van de persoon bevorderd wordt, zorg voor veiligheid, structuur en ( sociale ) steun. In de behandeling kunnen verscheidene methoden gehanteerd worden: motiverende en inzichtbiedende gespreksvoering, probleemoplossende en cognitief therapeutische interventies, ( psycho ) educatie, training van psychosociale vaardigheden, terugvalpreventie, overleg met en begeleiding van familie en context, coaching rond fysieke zelfzorg / vrijetijdsbesteding / school / werk / huishouden / budgettering, .. Indien nodig wordt medicatie voorgeschreven en opgevolgd. De mogelijkheid tot samenwerking met diensten thuisverpleging kan onderzocht worden.

Als de jongvolwassene na een ziekenhuisopname verdere behandeling thuis nodig heeft ( zeker bij die jongvolwassenen die vervroegd ontslagen worden of in een afbouwtraject via bv. partiële hospitalisatie gevolgd worden ) wordt voor een goede overdracht gezorgd op het vlak van het behandelplan. Tevens zal waar nodig de verpleegkundige begeleider van het ziekenhuis mee met de verpleegkundige van het ambulante behandelteam de begeleiding thuis opstarten ( cfr. Forchuk C, e.a. , 2005, Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community, J. of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12, 556-564 en Forchuk C, e.a., 2007, Transitional discharge based on therapeutic relationships: state of the art, Archives Psychiatric Nursing, 21, 80-86 ).

De behandeling thuis kan voor heel wat jongvolwassenen gepaard gaan met ambulante of poliklinische therapie en met zorg in de functie 3 en 5. Indien begeleiding langer dan een maand nodig is neemt het subteam voor langdurige zorg over.

Het team kan ook ingezet worden om de jongvolwassene die zich aanbood op een van de gespecialiseerde spoedopnamen van de algemene ziekenhuizen van de regio of opgenomen werd in een residentiële opvang, vroeger te laten terug keren naar het thuis of thuisvervangende milieu. Met uitzondering van de intake blijft de werking identiek.

- **ambulant behandelteam voor jongvolwassenen met chronische psychische problemen**

De confrontatie van de jongvolwassenen met de chroniciteit van zijn/haar problematiek is geen reden om een opvolging in het thuismilieu of thuisvervangend milieu uit te sluiten. Zij het minder frequent dan in het ambulante team wordt op regelmatige tijdstippen de jongvolwassene in zijn/haar thuismilieu opgezocht. De ervaring vanuit de werking van de PZT leert ons dat ook in deze benadering de context en de mantelzorgers betrokken moeten worden.

De invulling van dit team staat nog ter discussie: moeten dit mensen zijn die al een vertrouwensband opgebouwd hebben met de jongvolwassene als we dit bekijken in het kader van de continuïteit van de zorg of maken we een apart team dat zich specialiseert in het begeleiden van jongvolwassenen met een chronisch psychisch probleem in de specificiteit van de thuisomgeving of vormt dit team een onderdeel van het totale ambulante team? De doelstelling moet blijven zorg op maat te geven aan de jongvolwassene.

De aanpak is vergelijkbaar met die van het ambulante behandelteam voor jongvolwassenen met (sub) acute psychische problemen, maar de nadruk zal, gegeven de focus op langduriger ondersteuning bij personen die een chronische problematiek ontwikkelen of al hebben, meer gaan liggen op het stabiel houden van de psychiatrische symptomen en problemen, het vermijden van terugval, het monitoren van risico's, het werken rond een optimale participatie in sociale rollen ( de socialisatie als een inherente ontwikkelingstaak van jongvolwassenen ). Het herstelgericht werken waarin de personen zelf en de context psychosociaal en praktisch "empowered" worden is een belangrijk uitgangspunt. Het onderhouden van duurzame vertrouwensrelaties is hierbij cruciaal.

We willen ook specifieke aandacht hebben voor de jongvolwassenen met een risico op weinig compliance, zelfverwaarlozing of zelfdestructieve neiging, marginalisatie ( zorgwekkende zorgvermijders ): hier is een pro-actief en assertief handelen aangewezen.

Vanuit dit behandelteam is er een heel sterke band nodig met de teams en het aanbod van functies 3 en 4.

Afhankelijk van de invulling van beide teams, de vooropgestelde werking en het potentiële aanbod van probleemsituaties bij jongvolwassenen schatten we in dat de personeelsbehoefte in het begin beperkt zal zijn tot een 6-tal VTE psychiatrisch verpleegkundigen of maatschappelijk werkers, 1 VTE psycholoog en 0.5 VTE psychiater.

Ook de partners zijn werkzaam in het thuismilieu

### **CAW Midden West-Vlaanderen**

- de woonbegeleiding CAW Midden West-Vlaanderen bij kansengroepen ten huize is erop gericht uithuiszetting te voorkomen, overlast te voorkomen, terug netwerken te installeren, structuur in het huishouden te brengen,... Het is eerder een intensief en langdurig proces waarbij men samenwerking zoekt met andere professionele aanbieders. Deze aanpak richt zich niet exclusief op mensen met psychische problemen. Er wordt onderzocht of woonbegeleiding wel degelijk een oplossing kan bieden (gezien tijdelijk), dus geen verder zetting aanbod indien in feite residentiële opname nodig is. De caseolad per voltijdse medewerker wordt gehouden op 12 à 15 begeleidingen, in functie van de draagwijdte van het voorliggende dossier
- het JAC vormt met het "chat aanbod" soms een overbruggende functie tussen aanmelden van een probleem en behandeling in een 1<sup>ste</sup> lijnsvoorziening

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

De geestelijke gezondheidszorg profileert zich meer dan ooit richting de samenleving.

Vanuit de verschillende partners en actoren worden vandaag vele initiatieven genomen.

De praktijkervaring leert dat de doelgroep veelal ondersteuning behoeft om de aansluiting in die lokale samenleving mogelijk te maken. Ook vanuit verschillende actoren uit de sector "wonen" horen wij een oproep naar ondersteunende begeleiding. Deze ondersteuning wordt via de verschillende werkingen voorzien. Om dit

echter op een duurzame manier te realiseren bevestigen wij wat wordt uitgestipuleerd in de nieuwe beleidslijn woonzorg door de provincie West-Vlaanderen in het bijzonder dat transsectorale samenwerking tussen de sectoren wonen, welzijn en zorg niet enkel een meerwaarde maar een must is. Met andere woorden, een integrale benadering dringt zich duidelijk op.

De praktijkervaring leert ons ook dat de functie 3 zeer nauw aansluit bij de werking van het ambulante behandelteam voor cliënten met chronische psychische problemen. De teams werkzaam in de rehabilitatie hebben een duidelijke expertise en een lange traditie van samenwerken met de eerste lijn en de samenlevingsgerichte diensten (begeleidingscommissie HRI/SVK, vroegere samenwerking met CAW op casusniveau, aansluiting bij diverse projecten o.a. TINAH ( Tielts Netwerk Aanvullende Hulp ) e.d. , detachering personeelslid Anders Gewoon, tender activering arbeidszorg, ...)

### **Kliniek St-Jozef Pittem**

In de residentiële programma's voor de respectievelijke doelgroepen van het ziekenhuis vormen de resocialisatie-activiteiten een centrale pijler. Sinds 1997 loopt in het ziekenhuis het unieke initiatief van het **Forum voor Persoonsvorming** dat ruim 100 verschillende activiteiten aanbiedt waarvan de cliënten van de verschillende afdelingen een 8 tal kunnen kiezen via open inschrijving. Het betreffen educatieve, agogische, therapeutische, trainingsgerichte activiteiten op de domeinen "arbeid en activatie", "hobby en vrije tijd", "familie en gezin", "kennis en informatie", "lichamelijk welzijn en expressie", "omgaan met anderen", "psychische gezondheid", "relaxatie", "sport en beweging", "voeding en wonen", "spiritualiteit en cultuur". De nadruk ligt op positieve mogelijkheden, persoonlijke groei, herstel en resocialisatie.

De openbare sportfaciliteiten zijn ter beschikking

Samen met de Katho wordt een programma van equithérapie.

Op verschillende afdelingen worden ambulante nazorg- en postkuurprogramma's aangeboden om het herstel, de terugvalpreventie en de rehabilitatie te bevorderen.

Regelmatig worden door de afdelingen en ook op ziekenhuisniveau informatieavonden georganiseerd voor familieleden.

In het activiteitencentrum De Bieweg te Roeselare worden twee activiteiten gegeven; relaxatie en creatief atelier

Met de activiteitencentra van Roeselare en Izegem wordt het project Jobcoaching (VDAB) opgenomen.

Het engagement werd genomen om voor de regio het Tenderproject (VDAB) te realiseren.

Binnen het voorliggende project zal aanvang genomen worden met het realiseren van een poliklinisch centrum met 3 pijlers, waarbij personeel en locaties kunnen uitgewisseld worden met de netwerkpartners:

- Een Open Forum voor Persoonsvorming (zie hoger) waarin de activiteiten aangeboden worden voor mensen met (potentiële) GGZ problemen en voor familieleden van cliënten (bv. educatie, multifamily groep) uit de regio, ter ondersteuning van de behandeling/begeleiding van de functies 1, 2, 4 en 5. Ook hier kunnen Indien nodig mobiele thuisinterventies gebeuren in samenspraak met en in aanvulling van het ambulant team.



Samen met de activiteitencentra van Roeselare en Izegem wordt een cel arbeidszorg opgericht. Het is de bedoeling naar een geïntegreerde samenwerking te gaan met de GGZ partners, de welzijnszorg, de 1<sup>ste</sup> lijnsgezondheidszorg, de VDAB, maatschappelijke diensten, ....

Tevens zal gezocht worden naar vormen van participatie van cliënten en familieleden en naar inbreng van hun ervaringsdeskundigheid.

- Ambulante psychotherapie (hoofdzakelijk groepstherapie) vooral ter ondersteuning van functie 4 (verder zetting bv. van de dialectische en cognitieve gedragstherapie, de psychoanalytische therapie, de contextuele therapie, de ontwenningstherapie of complementaire gezinstherapie) en ter ondersteuning van functie 2.
- Een kenniscentrum waar functies 1, 2, 4 en 5 kunnen beroep op doen: bv. adviesverlening, vorming

### **Beschut Wonen regio Izegem**

Het activerings- en ontmoetingscentrum Den Omgang heeft als hoofdpodracht activering en vrije tijd voor personen met een langdurige psychiatrische problematiek te organiseren.

Eenzijds gebeurt dit door een veilige thuishaven te scheppen en in Den Omgang een activiteitenaanbod te realiseren.

Anderzijds worden er linken met de samenleving gezocht door (samen met) bezoekers de stap naar het reguliere vrijetijdsaanbod (dienstencentrum, sportfaciliteiten gemeente, bibliotheek, ...) te zetten.

Deze manier van werken is gebaseerd op de rehabilitatie- en herstelvisie. Er wordt werk gemaakt van het zinvol invullen van vrije tijd waardoor personen een groei qua identiteit doormaken (nieuwe mogelijkheden bij zichzelf ontdekken, contacten leggen, ...) en integreren in de samenleving.

Het arbeidszorgcentrum Den Tatsevoet biedt werk en zorg op maat voor personen met een psychiatrische kwetsbaarheid die (nog) niet terecht kunnen in het reguliere werkcircuit, beschutte werkplaatsen, sociale werkplaatsen, ... De rehabilitatie- en herstelvisie wordt als achtergrond gehanteerd.

Den Tatsevoet beoogt hun doelgroep te laten deelnemen aan de samenleving door hen werk aan te bieden, op hun tempo, interessesfeer en mogelijkheden. Er wordt een groei in mogelijkheden nagestreefd om de persoonlijke identiteit te versterken (met de psychiatrische kwetsbaarheid een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan de samenleving via arbeid) en om waar mogelijk een doorstroming te realiseren. Den Tatsevoet zoekt in functie van de integratie van de arbeidszorg-medewerkers naar linken met de samenleving.

Beschut Wonen regio Izegem biedt (woonst en) begeleiding voor personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen. Rehabilitatie en herstelvisie vormen het achterliggende denkkader bij het opmaken van het begeleidingsplan van elke bewoner. In dit begeleidingsplan worden doelstellingen geformuleerd op vlak van werk, vrije tijd, sociale contacten, woonst, huishoudelijke vaardigheden, omgang met medicatie, ... De begeleider gaat als bondgenoot mee op stap met de bewoner en beoogt zelfstandigheid, tevredenheid en normalisatie op deze verschillende domeinen. De vaardigheden om een maximale deelname aan de samenleving te garanderen worden stapsgewijze ontwikkeld.

Sinds enige jaren verwezenlijken wij vanuit Beschut Wonen Izegem ook een aanbod 'individueel beschut wonen'. We bieden aan personen in een zelf gehuurde of gekochte woonst intensieve begeleiding aan huis. Met dit aanbod gaan we in op de vraag van onze doelgroep zelf om zoveel mogelijk in de samenleving te functioneren.

Met het initiatief Beschut Wonen Regio Izegem zetten zowel professionele en vrijwillige handen zich via de verschillende deelwerkingen (activering, woonbegeleiding, psychiatrische zorg in de thuissituatie) al verschillende jaren in voor de doelgroep personen met een psychische kwetsbaarheid/psychiatrische problematiek. Onze voornaamste doelstelling is om deze doelgroep te ondersteunen zoveel mogelijk aansluiting te vinden bij de samenleving. De belangrijkste theoretische kaders hierbij zijn 'vermaatschappelijking van de zorg, nastreven van rehabilitatie en herstel, bereiken van sociale inclusie'.

### **Beschut Wonen Roeselare - Tielt**

Vanuit het activiteitencentrum de Bieweg en de Rinkel worden met verschillende niveaus van beperkingen rekening gehouden bij het uitwerken van het aanbod. De methodieken hebben betrekking op verschillende levensdomeinen. Op termijn moeten deze activiteiten de cliënt helpen stabiliteit te verwerven in het leven, dit zowel op psychisch als sociaal vlak. Uit ervaring op het werkveld kunnen deze worden ondergebracht in vier groepen: arbeid, vorming, vrije tijd en ontmoeting. Daarbij worden volgende doelstellingen beoogd:

- Ontmoeting
  - o Nood aan contact met elkaar: toetsen en verkennen van de eigen situatie, op gang brengen van empowerment, isolement doorbreken
  - o Nood aan een opstap voor activiteiten in de samenleving (bv. Culturele activiteiten)
  - o Nood aan oefenruimte voor basisvaardigheden
  - o Nood om betere toegankelijkheid in de samenleving te verwerven (bv op vlak van sport)
  - o Nood aan een 'veilige thuishaven' voor vrijblijvende ontmoeting
  - o Nood aan structuur in het dagelijkse leven.
- vrije tijd
  - o Hierbij gaat het om de begeleiding van cliënten bij het kiezen, het vinden en het behouden van een gepaste vrijetijdsbesteding. De activiteiten vinden zowel in groep als individueel plaats. Deze begeleiding komt tegemoet aan de nood aan concrete ondersteuning bij het zetten van belangrijke stappen: het leggen van contacten, het vinden van een aangepast aanbod.
  - o Eigen aanbod: Buddycontact
  - o Partners: VOC Opstap, Steunpunt Vakantieparticipatie, Stad Roeselare,...
- Vorming
  - o Binnen het AC kunnen ook laagdrempelige vormingsactiviteiten georganiseerd worden die de cliënten kunnen helpen competenties te verwerven die noodzakelijk zijn om in de samenleving te participeren. Zij kunnen tevens een brug vormen naar vormingsinitiatieven buitenshuis. Hiertoe kan de begeleiding eveneens ondersteuning bieden.
  - o Partners: Ten Elsberghe, Centrum voor basiseducatie,...

- Arbeid
  - o Dit is een verzamelterm voor die activiteiten die gericht zijn op het beoordelen van arbeidsmogelijkheden, het behouden of verwerven van arbeidsvaardigheden. De nadruk ligt op individuele begeleiding. De toegepaste methodieken zijn: arbeidszorg, begeleid werk, jobcoaching, aanleren arbeidsattitudes,...
  - o Partners: GTB, VDAB,...
- Kwartiermaken
  - o Vanuit het activiteitencentrum moeten de problemen die de doelgroep ondervindt bij het integreren in de samenleving op de agenda geplaatst worden. Het is immers steeds de bedoeling dat de cliënt op een volwaardige manier kan deelnemen aan het maatschappelijke leven. Hiertoe dienen socio-, sport en andere verenigingen gesensibiliseerd te worden betreffende deze problematiek. Ook moet de nood op de politieke agenda geplaatst worden (signaalfunctie, cultuurparticipatie, ...)
  - o Lid van diverse adviesorganen binnen het lokaal sociaal beleid.

In samenwerking met Stad Roeselare en het CGG Largo een aantal personen begeleid. Dit omhelst niet behandelingsgerichte tussenkomsten zoals gezinsinterventies, zorg voor medicatie, psychosociale interventies, empowerment, aanspreken van hulpbronnen. Momenteel is dit beperkt tot mensen die nu al door onze dienst gekend zijn.

### **CAW Midden West-Vlaanderen**

- Het totale aanbod CAW is gericht op laagdrempelige hulp, gebaseerd op contextueel werken en empoweren van mensen, actief aan de slag gaan met het hier & nu. Er is ook een aanbod bemiddeling (in familie zaken)
- Elk openingsuur is er een professionele medewerker aanwezig om directe hulp te bieden, tips en advies, zo nodig interne/externe doorverwijzing = CAW permanentie aanbod
- Er zijn inloopcentra in Roeselare en Izegem met als aanbod
  - o ontmoeting in sociaal cafetaria (woensdag en vrijdag in namiddag)
  - o goedkoop aanbod 2° handtextiel (woensdag en vrijdag in namiddag) + gratis aanbod voor personen in crisis (of met doorverwijskaart OCMW)
  - o doorverwijzing naar onthaal CAW en naar extern regulier VrijeTijd aanbod
  - o presentie, (beperkt) activiteiten aanbod, oplossen kleine (praktische) vragen naar ondersteuning
  - o af en toe samenwerking met Vormingplus : vorming naar kansengroepen (Izegem)
- er is een aanbod klusjesdienst naar kansengroepen
- CAW in Roeselare en Izegem is uitreiken van VT pas (Vrije Tijdparticipatie kansengroepen)
- CAW : uitreiken van kaart voor recht op voedselhulp (De Stamper, De Graancirkel)
- Aanbod vluchthuis voor vrouwen (en hun kinderen) die vluchten voor gezinsgeweld : veiligheid en opvang op anoniem adres met aanbod groeps- en individuele ondersteuning naar vrouwen en hun kinderen

- Samenwerking VZW De Schakel (vrijwilligersorganisatie van CAW) in het kader van het aanbod “woonbuddy” (voorlopig enkel in gemeenten van de intergemeentelijke samenwerking regio Roeselare) : de vrijwilliger ‘woonbuddy’ helpt personen uit kansengroepen aan de hand van input vanuit de woondienst (lijst adressen en gegevens) op zoek gaan naar een passende woning

### **Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie Midden West-Vlaanderen**

Het pilootproject kreeg de opdracht om de zorg rond personen met psychiatrische problemen te coördineren. Door een goede zorgcoördinatie kunnen personen met psychiatrische problemen hun leven terug in handen nemen. PZT gaat samen met cliënten op stap en bekijkt welke ondersteuning, hulpmiddelen ze nodig hebben om een zinvol en kwalitatief leven uit te bouwen in hun thuisomgeving. Cliënten worden doorverwezen naar eerstelijns- en geestelijke gezondheidsdiensten. Regelmatig is er zorgoverleg met de cliënten en de verschillende zorgverleners (professioneel en mantelzorg) om de zorg af te stemmen op elkaar en wensen van de cliënt te horen.

Door de zorg in de thuisomgeving goed te organiseren en op elkaar af te stemmen werkt PZT opnamevermijdend of opnameverkortend waar mogelijk.

PZT Midden West-Vlaanderen biedt naast (en vaak samen met) zorgcoördinatie ook begeleiding aan.

Begeleiding impliceert het opvolgen en ondersteunen van cliënten op verschillende levensdomeinen.

Ervaring leert ons dat het zogeheten broker model niet werkt zonder een minimum aan begeleiding... Veel verwijzende partijen verwachten ook van PZT dat ze begeleiding aanbieden.

Naast de uitbouw van ambulante behandelteams (functie 2) werd reeds meerdere jaren geïnvesteerd door CGG Largo , in de vorm van personeelsinbreng, voor de realisatie van functie 3 rehabilitatie; telkens gebeurt dit in een netwerk met andere voorzieningen in de GGZ ( psychiatrisch netwerk). In de voortgangsrapporten in de voorbije jaren is hierover telkens gerapporteerd.

### **CGG Largo**

Vanuit het CGG Largo is er een inbreng in de activiteitencentra voor chronische psychiatrische cliënten. In het activiteitencentrum De Bieweg in Roeselare wordt vanuit CGG Largo personeel ingezet in diverse domeinen: psychosociale begeleiding, thuiszorg, arbeidstrajectbegeleiding, buddy project, begeleiding dagbesteding, hobbyclubs, educatieve sessies, arbeidszorg

Er is ook een inbreng in psychiatrische zorg aan huis.

### **CGG Mandel & Leie**

Voor het begeleiden van chronische patiënten met het oog op een betere handhaving in de samenleving, het voorkomen van terugval en heropname via nazorg, werken we samen met organisaties als De Rinkel en PZT met 2 maatschappelijk werkers (één van elk volwassenteam).

#### **Functie 4: intensieve residentiële behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is**

De residentiële organisaties binnen de regio werken al jaren op een intensieve wijze met de beschikbare middelen aangevuld met eigen middelen zoals boven beschreven.

Er zijn echter bijkomende uitdagingen. Hoewel het Psychiatrisch Aanbod in de Algemene Ziekenhuizen garant staat voor een laagdrempelige, kortdurende opname waarbij diagnosestelling, kortdurende behandeling en snelle terugkeer naar de thuissituatie kunnen diverse zaken beter aangepakt worden. Door het ( intenser ) omgaan met zorgpaden kunnen de diverse zorgtrajecten in overleg met de cliënt en de familie duidelijker doorlopen worden. Een plan maakt de reisweg en het doel zichtbaar.

De algemene ziekenhuizen worden geconfronteerd met een hoge co-morbiditeit aan psychiatrische problematiek bij de cliënten die opgenomen worden met een somatische aandoening. Naar analogie met het zorgprogramma geriatrie wordt gedacht aan een interne liaisonfunctie die zowel werkzaam kan zijn op de hospitalisatiediensten als de gespecialiseerde spoedgevallendiensten. Deze aanpak kan het IPEO-project in het kader van secundaire suïcidepreventie een boost geven.

Bij uitbreiding kan in een later stadium ook gedacht worden aan een externe liaison waarbij de link met de functie 2 heel subtiel wordt. Waar het ambulante team de cliënt / cliënt opzoekt in het thuis- of thuisvervangende milieu kan de externe liaison geconsulteerd en gevraagd worden in residentiële settings zoals algemene ziekenhuizen zonder psychiatrische afdeling, medisch pedagogische instituten, .....

De Kliniek St-Jozef – Centrum voor psychiatrie en psychotherapie – wil een open, gespecialiseerd en vernieuwend psychiatrisch ziekenhuis zijn. We bieden psychiatrische en psychotherapeutische zorg aan voor specifieke doelgroepen: Jeugdkliniek (eenheden kortverblijf en behandeling) – Volwassenenkliniek (eenheden ontwenning, gedragstherapie, psychoanalytische therapie, mentalisatiebevorderende therapie, psychosenzorg, psychosociale revalidatie) – Seniorenkliniek (eenheden depressie en ontwenning) en een eenheidoverstijgende Forum voor Persoonsvorming.

In onze opdrachtverklaring staat: “We doen dit via intensieve behandeling in een veilig en weldoordacht werkmilieu en door middel van therapeutische programma’s verzorgd door interdisciplinaire teams” en “ vanuit het geloof in de menselijke ontwikkeling streven we naar een optimale en duurzame levenskwaliteit ... we nodigen de cliënt uit om eigen verantwoordelijkheid te nemen en zijn hierbij steunend, luisterbereid en discreet”. Het ziekenhuis heeft het relatief kleiner aandeel van T-bedden steeds gebruikt om aan A-afdelingen gelijkwaardige intensief therapeutische behandeling en zorg te bieden (er is intern geen onderscheid tussen A- of T- afdelingen).Tevens is sinds vele jaren het werken met dagbehandeling (van 5 tot 1 dag per week) sterk geïntegreerd in de resp. eenheden (gemiddeld 260% bezetting van de ad, an, td, tn).

De psychiaters doen een poliklinisch aanbod.

Het PZ is gestart met een “interne zorgvernieuwing”:

- Oprichting van een “*Kortverblijf volwassenen*” waarin een intensief therapeutisch programma zal worden aangeboden (2 maanden). Het programma zal integratieve klachtgerichte en krachtgerichte modules (psychiatrisch-psychotherapeutisch-resocialiserend) bevatten en er zal ook beroep gedaan worden op het Forum voor Persoonsvorming (zie functie 3). Dit initiatief wil tegemoet komen aan de soms beperkte

toegankelijkheid door wachtlijsten, aan de klacht van Paaz' en, huisartsen en partners dat er een soms een te selectief opnamebeleid is (wegens het niet werken met een opname-afdeling; cliënten komen meteen in de voor hen geïndiceerd therapeutische afdeling). Voorziene start in voorjaar 2011.

- Op 1 oktober 2010 is een bijkomende *Eenheid jongvolwassenen* opgericht onder leiding van een jeugdpsychiater. Alle aanmeldingen voor jongvolwassenen komen bij die psychiater terecht. Indien opname nodig is kan de jongvolwassene terecht komen op de eenheid jongvolwassenen (levensfasespecifieke problematiek primeert) of op de eenheden psychosenzorg (psychose primeert), ontwenning (misbruik van alcohol, medicatie, cannabis primeert) of psychosociale revalidatie (psychotherapie is slechts secundair aangewezen). Het is uitdrukkelijk de bedoeling om op de eenheid jongvolwassenen naast de (psycho)therapeutische modules een realiteitsmodule te voorzien die de brug maakt naar functies 3 en 4. Ook zal gewerkt worden met partiële dagbehandeling, postkuur aangevuld met ambulante therapie om functies 2, 3 en 5 te ondersteunen.
- Vanaf 2012 is de oprichting van een aparte *Dagkliniek* voorzien door een herallocatie van middelen en programma's binnen de Volwassenenkliniek. Die dagprogramma's moeten vooral voor de mensen met een psychotische problematiek en met enkele borderline problemen een complementaire rol kunnen spelen ten aanzien van functies 2 en 3.

#### **Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is**

Binnen functie 5 situeren we het 'klassieke beschut wonen' waar er nog een koppeling is tussen woonst en begeleiding. Participeren aan een project nav de oproep experimentenprogramma Wonen-Welzijn is een optie. Meer bepaald nazorg bieden aan personen die vanuit beschut wonen doorstromen naar de sociale huurmarkt enerzijds en anderzijds ondersteuning bieden aan personen die binnen het sociaal huurstelsel wonen.

##### **Beschut Wonen Regio Izegem**

heeft een erkenning voor 45 plaatsen. Hiervan kunnen we momenteel 20% inzetten voor individueel beschut wonen. Als er een flexibilisering komt van het K.B. vervalt deze 20% regel en kan er meer ingezet worden op individueel beschut wonen.

##### **Beschut Wonen Roeselare-Tielt**

Heeft een erkenning voor 27 plaatsen waarvan momenteel 4 plaatsen voor individueel beschut wonen. Bovenop de erkenning wordt vanuit de expertise en in samenwerking met de Kliniek St.-Jozef Pittem, aan begeleiding gedaan in het "Huis in de dreef". Deze woonvorm voorziet een tussenstap tussen residentiële en zelfstandig / beschut wonen.

Uit bovenstaande is duidelijk dat verschillende initiatieven, al of niet in samenwerkingsverband met een of meerdere partners, aanwezig zijn in een duidelijke beweging naar een vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. In de zorg moet de persoon met zijn appèl naar zorg en/of ondersteuning centraal gesteld

worden. Vertrekkende vanuit deze vraag moet de geestelijke gezondheidszorg en haar partners een duidelijk antwoord geven waarbij het subsidiariteitsprincipe het motto is. Wanneer wij ons in het begin gaan focussen op jongvolwassenen omwille van de kleinschaligheid maar ook omwille van de kwetsbaarheid van deze groep is het de bedoeling gaandeweg de volledige groep van de volwassenen te integreren in het project. Afhankelijk van de kritische succesindicatoren, die in de loop van de opstart van het project bepaald zullen worden, kan gaandeweg een uitbreiding georganiseerd worden.

### **5.3 Nieuwe rollen**

De invulling van de nieuwe rollen binnen het netwerk, hun taken en de uitwerking van de onderlinge verhoudingen staat gedeeltelijk uitgeschreven onder punt 5.5. Een verdere uitwerking in detail zal gebeuren wanneer na de opleiding van de netwerkcoördinator meer duidelijkheid is.

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

In de regio is al enige ervaring met cliëntgericht overleg en met het delen van een gemeenschappelijk zorgplan tussen voorzieningen/hulpverleners: bv. het regionaal drugoverleg met het bijhouden van het zorgtraject, de PZT met lokale teamvergaderingen in Roeselare, Izegem en Tielt, participatie van een psycholoog van Kliniek SJ aan de teams van het CGG Largo, teamvergadering tussen BW Roeselare en SJ rond de cliënten die in het “Huis in de dreef” verblijven, ...

Deze ervaringen kunnen als basis dienen voor het ontwikkelen van een efficiënt systeem van briefing, rapportage, zorgplanning die doorheen de 5 functies de zorg kunnen optimaliseren. Hiertoe zal onderzocht worden of een minimale integratie van resp. elektronische cliëntendossiers kan gerealiseerd worden, uiteraard met de nodige beveiliging.

We engageren ons om actief mee te werken aan de kwaliteitsopvolging die door de overheid en de wetenschappelijke equipes voorgesteld wordt.

Tegelijk kan indien nodig en wenselijk naar aanvullende methodieken gezocht worden om de kwaliteit van de zorgverlening binnen het netwerk te ontwikkelen en te monitoren.

In de Kliniek St-Jozef is er sinds vele jaren ervaring met een grondige tevredenheids- en kwaliteitsbevraging van diverse aspecten van de zorgverlening (Jeugt van der, P. Het exitinterview. *Hospitalia*, 2001, 3, 1-12), die kan gebruikt worden om te vertalen naar een kwaliteitsbevraging in het netwerk. Er wordt ook regelmatig samengewerkt met universiteiten in het kader van wetenschappelijk onderzoek; deze contacten en ervaring kunnen aangewend worden om de mogelijkheid te exploreren van proces- en effectonderzoek.

Op bescheiden wijze wordt ook verpleegkundig onderzoek gedaan en wordt er een verpleegkundige evidence-informed praktijk ontwikkeld door een verpleegkundige wetenschappelijk medewerker (die ook als lector aan de Katho campus Roeselare verbonden is), alsook door de samenwerking met de vakgroep Verplegingswetenschap UGent. Er wordt actief medegewerkt aan de ontwikkeling van een module GGZ-verpleegkunde in de masteropleiding verpleegkunde (Ugent) en aan een vervolgtraject waarin o.a. de internationale literatuur rond “community mental health nursing” wordt bestudeerd: via deze studie, via papers

en masterproeven kan de ontwikkeling van de verpleegkundige zorgverlening in bv. functie 2 en de kwaliteitstoetsing er van ondersteund worden.

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

Wanneer de doelstelling van het netwerk is de samenwerking tussen de verschillende actoren op het domein van de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen en te optimaliseren dan moeten al deze actoren ook betrokken worden in het beleid. Het bestuurlijke krachtenveld is complex door de aanwezigheid van de overheid, de diverse organisaties met hun eigen bestuur en belangen, maar ook van de “klanten” .

Corporate Governance is voor onze regio de manier van managen. Binnen het netwerk moet er een goede verstandhouding gerealiseerd worden tussen de verschillende organisaties, de netwerkcoördinator en de strategische werkgroep. Vanuit die verstandhouding moet een raamwerk van afspraken vastgelegd worden om behoorlijk te kunnen besturen. Afspraken die een zekere eigenheid vertonen maar anderzijds de maatschappij en de overheid toelaten vast te stellen dat er bestuurlijke transparantie is.

Corporate Governance is een manier om een evenwicht manier te vinden en te bewaren tussen de verschillende belanghebbenden in en rond het netwerk.

Structureel zien we volgende elementen

- **de strategische stuurgroep**

de strategische werkgroep is een gesloten groep samengesteld uit één vertegenwoordiger van elke organisatie van de algemene vergadering.

De initiële stuurgroep wordt samengesteld uit de verantwoordelijken aangewezen door de organisaties van het netwerk die de samenwerkingsovereenkomst ondertekenen

- een verantwoordelijke van het APZ Kliniek St.-Jozef Pittem
- een verantwoordelijke van PAAZ H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw
- een verantwoordelijke van het Stedelijk Ziekenhuis Roeselare
- een verantwoordelijke van St.-Andriesziekenhuis Tielt
- een verantwoordelijke van Beschut Wonen regio Izegem
- een verantwoordelijke van Beschut Wonen Roeselare – Tielt
- een verantwoordelijke van CGG Largo
- een verantwoordelijke van CGG Mandel & Leie
- een vertegenwoordiger van een cliëntenvereniging
- een vertegenwoordiger van een familievereniging
- een verantwoordelijke van CAW Midden West-Vlaanderen.
- Twee vertegenwoordigers van de psychiaters verbonden aan een organisatie van het netwerk

In een uitbreiding kan de strategische stuurgroep uitgebreid worden tot maximum 15 leden waarbij een plaats gereserveerd wordt voor de eerste lijn.

De netwerkcoördinator en de voorzitter van het regionaal comité zijn toegevoegd lid.

De strategische stuurgroep werkt een gestructureerd werkplan uit zoals beschreven in de Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg. Optredend als een raad van toezicht waarbij voor de leden volgende



deskundigheden belangrijk zijn; financiële en juridische expertise, HRM expertise, inhoudelijke kennis betreffende de geestelijke gezondheidszorg en kennis over maatschappelijke trends. Daartoe moeten de leden aan volgende kwaliteiten voldoen; onafhankelijk oordeelsvermogen, kritisch vermogen, bereidheid om tijd te investeren, aanzien in een relevante omgeving en samen-werker zijn. De strategische werkgroep komt, wanneer de werking ontplooid is om de twee maanden bijeen

- **de netwerkraad**

De netwerkraad is een orgaan waar alle actoren en partners vertegenwoordigd worden. De netwerkraad komt drie maal per jaar samen en evalueert de werking van het netwerk. Om die opdracht te kunnen uitvoeren moet de netwerkraad op een voldoende en transparante wijze geïnformeerd worden door de strategische stuurgroep en de netwerkcoördinator.

Belangrijk is dat er in de netwerkraad een actieve plaats voorzien wordt voor vertegenwoordiging van de familie- en cliëntenverenigingen en de vertegenwoordigers van de eerste lijn.

- **de operationele stuurgroep**

De operationele stuurgroep is samengesteld uit de referentiepersonen. De operationele stuurgroep bepaalt de gezamenlijke therapeutische aanpak binnen de 5 functies. Via het opmaken van zorgpaden, het maken van procedures wordt de samenwerking verstevigd en transparant gemaakt. Deze referentiepersonen vergaderen volgens noodzaak met een minimum van een maal per maand.

- **de netwerkcoördinator**

De netwerkcoördinator coördineert het netwerk.

Hoe deze taakinfilling exact ingevuld wordt zal bepaald worden in de gezamenlijke opleiding van de coördinatoren. De netwerkcoördinator is toegevoegd lid van de stuurgroepen en de algemene vergadering.

De regio stelt volgende persoon voor als netwerkcoördinator

Lieven Lust,

- gegradueerd verpleegkundige ( 1982 ), licentiaat ziekenhuiswetenschappen ( 1985 ), kwaliteitscoördinator, gerechtelijk expert in de verpleegkunde, veiligheidsadviseur
- ondervoorzitter Provinciaal Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen, lid van raad van bestuur BW Roeselare-Tielt, lid van raad van bestuur CGG Largo, lid stuurgroep PTZ Roeselare-Izegem-Tielt, secretaris coördinatiecomité ggz midden, secretaris PAAZ Vlaanderen en nog diverse lokale verenigingen die betrokken zijn bij de ggz.

Het kan niet voldoende onderstreept worden dat in de organisatie van het netwerk twee groepen niet vergeten kunnen worden.

De psychiaters moeten van meet af aan betrokken worden in de werking van het netwerk. Vanuit de overheid kregen de psychiaters die participeren een aantal opdrachten maar alle psychiaters van de regio hebben in deze materie een opdracht.

De tweede groep die duidelijk niet vergeten mag worden in het concept zijn de cliënten en hun familie. Het hoe en wanneer van deze participatie moet verder uitgewerkt worden met alle partijen.

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

### **6.1 Fasering**

#### *Fase 1*

november 2010 – juni 2011

SWOT-analyse door externe firma

Intensifiëren van de huidige samenwerkingsverbanden

Uitwerken van de formele samenwerkingsovereenkomsten

#### *Fase 2*

Januari 2011 – augustus 2011

##### Functie 2

De eerste maanden worden de medewerkers opgeleid voor de specifieke benadering die er gevraagd wordt in de thuissituatie. De medewerkers krijgen hierbij ondersteuning van de medewerkers van PZT en CAW. Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de veiligheid van de teamleden.

September 2011 – december 2011

Opstarten functie 2 voor jongvolwassenen door een geleidelijke herallocatie van de middelen in functie van de alternatieve behandelingen en woonvormen die aan de huidige gebruikers van de bedden kunnen geboden worden.

Er is een simultane opstart van zowel het ambulante behandelteam voor (sub)acute psychische problemen en het ambulante behandelteam voor chronische psychische problemen.

Januari 2012 – december 2012

##### Functie

De functie 2 wordt verder uitgebouwd en geëvalueerd. Daar waar nodig geburen er bijsturingen.

#### *Fase 3*

Juli 2011 – juni 2012

Exploratie, aan de hand van de SWOT-analyse van de uitbreiding van het doelpubliek naar de volledige groep van volwassenen. Op een realistische wijze bedden heralloceren vanuit de gekende voorzieningen om op een verantwoorde wijze de functie 2.3 en 4 verder te ontwikkelen in functie van de mogelijkheden en de noden.

### **6.2 Risico management**

Wij zijn er ons bewust van dat het organiseren van een netwerk zonder juridische basis een risico op zich is.

Partners en actoren kunnen binnen het netwerk hun eigen koers blijven varen.

Een belangrijke taak wordt hierin gegeven aan de netwerkcoördinator en de strategische stuurgroep. Zij moeten waken over de roluidelijkheid, de aanspreekbaarheid en de evenwichtige besluitvorming.

Een integraal risicomanagement is nodig. Een cyclisch proces zal worden opgezet waarin meerdere malen gedurende het project de risicoanalyse zal worden geactualiseerd, de beheersmaatregelen zullen worden benoemd en opgevolgd en de effecten van de maatregelen aan een evaluatie worden onderworpen ( Deming-cirkel ). De risicoanalyse moet gebeuren in alle fasen van het project; ook in de ontwerpfase. Zo worden wij momenteel geconfronteerd met de afwachtende houding van een aantal partners ingegeven door de onduidelijkheid en de mogelijke financiële risico's die er zijn en blijvend kunnen zijn. Het onbekende van het project gekoppeld aan het ontbreken van duidelijkheid is voor een aantal organisaties een belemmerende factor.

Voor de regio is een bijkomende, maar sterk verzwarende factor, de beperkte middelen, die gegeven het ontbreken van een "overschot", in mindere mate aanwezig zijn. Wanneer bij de creatie van iets nieuws middelen moeten gehaald worden bij organisaties waar de middelen schaars zijn is het geen evidentie om dit te realiseren en te bestendigen. Een continue transparante feedback zal noodzakelijk zijn gekoppeld aan enthousiaste, motiverende houding van de netwerkcoördinator.

## **7. Financiering en middelenallocatie**

### **Kliniek St.-Jozef Pittem**

- herallocatie voor functie 2
  - o beginfase voor de doelgroep jongvolwassenen
    - herallocatie van de middelen van 4 an, 5tn en 11 T bedden
    - inbreng in de mobiele equipe
      - 4.5 VTE psychiatrisch verpleegkundigen
      - 0.5 VTE maatschappelijk werker
      - 0.5 VTE gezinsbegeleider en ergotherapeut
      - 0.5 VTE psycholoog - psychotherapeut
    - engagement tot aanwerven van 0.5 VTE psychiater als inzet in de beginfase ( jongvolwassenen )
    - verantwoordelijkheid om de bereikbaarheid te organiseren van de ambulante behandelteams
  - o in een verdere opbouwfase kunnen nog een aantal VTE ingezet worden en kan de psychiaterfunctie uitgebreid worden
- inzet ziekenhuispersoneel voor functie 1 en functie 3
  - o 0.5 VTE ( met uitbreiding in 2011 ) voor VDIP-project
  - o 0.5 VTE voor vroeginterventie middelenmisbruik
  - o 0.5 tot 1 VTE in beginfase, kan gaandeweg uitgebreid worden afhankelijk van de behoefte
  - o beschikbaarheid psychiatrische polikliniek

- inzet voor functie 4
  - o hierbij verwijzen we naar de oprichting van de nieuwe eenheid “jongvolwassenen”
  - o vanuit de eenheden waar jongvolwassenen opgenomen worden zullen ook teamleden ( met de nodige tijdsbesteding ) mee de brug slaan naar de functies 1.2 en 3
  - o in de latere oprichting van de eenheid “kortverblijf volwassenen” en een aparte dagkliniek
  - o er wordt een crisisbed ter beschikking gehouden voor cliënten in de functie 2 in afspraak met de PAAZ
- algemene inzet vanuit het ziekenhuis
  - o dienstverlening vanuit de directie ( algemene, cliëntenzorg, facilitair, administratief ), de stafmedewerker patiëntenzorg en kwaliteit, de stafmedewerker HR, de verpleegkundige onderzoeker en de klinisch verpleegkundig specialist
  - o vorming door verschillende medewerkers: psychiaters, psychologen, psychotherapeuten
- additioneel projectbudget
  - o ten dele aanwending voor het optrekken van de kwalificatie van bepaalde teamleden
  - o ten dele en gradueel bij opbouw: voor extra aanwerving voor de integrale uitbouw van de respectievelijke functies, afhankelijk van de strategische analyse die in het netwerkcomité voorzien is.
- infrastructuur en faciliteiten
  - o gebouwen en lokalen, sportinfrastructuur, diagnostisch en therapeutisch materiaal, ICT hardware en software, elektronisch patiëntendossier, facilitaire dienstverlening,.... kunnen ter beschikking gesteld worden naar behoeften
  - o “huis in de dreef”, een huis met 4 kamers en leefruimten, ter beschikking van cliënten tijdens dagbehandeling en na ontslag.

### **CGG Largo**

- functie 1
  - o 0.5 VTE psycholoog in VDIP-project
  - o 0.5 VTE psycholoog suïcidepreventie
  - o 2.5 VTE maatschappelijk assistent in preventie alcohol/drugs
  - o 0.25 VTE psycholoog ten behoeve van samenwerking met CAW
  - o 0.05 VTE psycholoog in KOPP-werking
- functie 3
  - o 0.8 VTE maatschappelijk assistent in psychiatrische thuiszorg
  - o 0.5 VTE maatschappelijk assistent in arbeidstrajectbegeleiding
  - o 1.5 VTE ergotherapeut in arbeidszorg
  - o 0.05 VTE psycholoog in psychiatrische thuiszorg

### **CGG Mandel & Leie**

- functie 1
  - o 0.64 VTE
  - o 0.5 VTE suïcidepreventiemedewerker
- functie 3
- 2 VTE maatschappelijk werker in PZT en de Rinkel

### **PAAZ**

De regio beschikt niet over een overcapaciteit en koos historisch steeds voor een efficiënte organisatie van de zorg, ondermeer door het weren van een overcapaciteit aan chronische bedden. De herallocatiemogelijkheden zijn dan ook beperkt.

Een PAAZ van 30 bedden beschikt over 16 VTE verdeeld over 6 verpleegkundigen, 0.6 psycholoog, 0.6 maatschappelijk assistent, 6 paramedici, opvoeders en 3 niet gekwalificeerde medewerkers. Rekening houdend met de hoofdverpleegkundige en de verplichting van 2 nachtdiensten betekent dit voor een PAAZ dat gedurende de dag er een beschikbaarheid is van 11 VTE.

Een herallocatie van 3 bedden van de PAAZ ( slechts een herallocatie van 10% ) maakt 0.6 VTE verpleegkundige; 0.06 VTE psycholoog, 0.06 VTE maatschappelijk assistent, 0.6 VTE paramedici en 0.3 VTE niet gekwalificeerd personeel vrij om in te zetten in zowel functie 2,3 als 4. Dit betekent voor de resterende 27 bedden 9.38 VTE te verdelen over de verschillende disciplines en iedere dag van het jaar

In functie van de concrete modaliteiten van de overheid bij de goedkeuring van het project, zijn volgende algemene ziekenhuizen bereid een inbreng te doen in het project:

#### **St. Andriesziekenhuis Tiel**

- functie 1
  - o 0.05 VTE educatie jongvolwassenen
- functie 2
  - o ter beschikking stellen van crisisbed
  - o deelname aan de permanentie
- functie 4
  - o medewerking bij het opmaken van zorgpaden en procedures

#### **Stedelijk Ziekenhuis Roeselare**

- functie 1
  - o 0.05 VTE educatie jongvolwassenen
- functie 2
  - o ter beschikking stellen van crisisbed
  - o deelname aan de permanentie
- functie 4
  - o medewerking bij het opmaken van zorgpaden en procedures

#### **H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw**

- functie 1
  - o 0.05 VTE educatie jongvolwassenen
- functie 2
  - o ter beschikking stellen van crisisbed
  - o deelname aan de permanentie
  - o 0.5 VTE psycholoog
- functie 4
  - o medewerking bij het opmaken van zorgpaden en procedures

De concrete invulling en financieringstechniek (bv. al dan niet via herallocatie van A bedden) zal na overleg tussen alle partners van het netwerk en de overheid gespecificeerd worden.

Bijlage 1: kaart West-Vlaanderen

De regio waarin het netwerk actief ( zal zijn ) is aangeduid met de groene kleur



SAMENWERKINGSOVEREENKOMST VOOR UITVOERING VAN HET PROJECT IN HET  
KADER VAN DE TOEPASSING VAN ARTIKEL 107 VAN DE WET OP DE ZIEKENHUIZEN  
EN ANDERE VERZORGINGSINRICHTINGEN.

Tussen de ondergetekenden:

1. Kliniek Sint-Jozef VZW, Centrum voor psychiatrie en psychotherapie, met zetel te 8740 Pittem, Boterstraat 6, geldig vertegenwoordigd door Filip Deboutte, algemeen directeur.
2. H. – Hartziekenhuis Roeselare-Menen VZW, met zetel te 8800 Roeselare, Wilgenstraat 2, geldig vertegenwoordigd door dr. Patrick Waterbley, algemeen directeur.
3. Stedelijk Ziekenhuis Roeselare, met zetel te 8800 Roeselare, Brugsesteenweg 90, geldig vertegenwoordigd door Peter Fontaine, algemeen directeur.
4. St.-Andriesziekenhuis VZW, met zetel te 8700 Tielt, Krommewalstraat 11, geldig vertegenwoordigd door Roger Van de Walle, algemeen directeur.
5. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Largo VZW, met zetel te 8800 Roeselare, Jules Lagaelaan 21, geldig vertegenwoordigd door José Debrouwere, directeur.
6. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Mandel en Leie VZW, met zetel te 8500 Kortrijk, President Rooseveltplein 12A, geldig vertegenwoordigd door Mieck Vos, directeur.
7. Beschut Wonen Roeselare-Tielt VZW, met zetel te 8800 Roeselare, Wallenstraat 46-48, geldig vertegenwoordigd door Jeroen Devos, coördinator.
8. Beschut Wonen Regio Izegem VZW, met zetel te 8870 Izegem, Ommegangstraat 19, geldig vertegenwoordigd door Johan Jacques, directeur.
9. Centrum Algemeen Welzijnswerk Midden West-Vlaanderen VZW, met zetel te 8800 Roeselare, Nijverheidsstraat 11, geldig vertegenwoordigd door Hilde Vens, directeur.

Wordt overeengekomen wat volgt:

1





1.

De ondergetekende partijen verbinden zich door deze overeenkomst om een samenwerkingsverband te sluiten om hiermee het ingediende projectvoorstel in het kader van de toepassing van artikel 107 van de Wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen "naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken" in te dienen en uit te voeren in de regio Roeselare-Izegem-Tielt.

Dit samenwerkingsverband wordt hierna verder "het netwerk" genoemd.

2.

Het netwerk heeft zelf geen rechtspersoonlijkheid. Elke rechtspersoon die deel uitmaakt van het netwerk behoudt zijn eigen rechtspersoonlijkheid.

3.

Het netwerk heeft de intentie om door de realisatie van een zorgcircuit een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg aan te bieden, gebaseerd op de noden van personen met psychische problemen en vertrekkend vanuit hun concrete leefomgeving.

4.

In het projectvoorstel, waarvan deze overeenkomst een formele bijlage uitmaakt, wordt de inhoud van de samenwerkingsovereenkomst uiteengezet, in de vorm en de volgorde zoals voorgeschreven door de overheid, en met name:

- De visie van het project.
- De doelgroep.
- De doelstellingen
- Het geografisch gebied.
- De nieuwe structuur.
- De ontwikkelingsstrategie van het netwerk.
- De financiering en middelenallocatie.

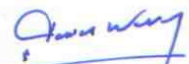
Aldus overeengekomen en ondertekend te Pittem op 29 oktober 2010,

2



Voor Kliniek Sint-Jozef,  
  
Filip Deboutte


Voor H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen

  
Dr. Patrick Waterbley

Voor Stedelijk Ziekenhuis Roeselare,

  
Peter Fontaine

Voor St.-Andriesziekenhuis,

  
Roger Van de Walle

Voor CGG Largo,

José Debrouwere 

Voor CGG Mandel-Leie,

Mieck Vos 

Voor Beschut Wonen Roeselare-Tielt,



Jeroen Devos

Voor Beschut Wonen Regio Izegem,



Johan Jacques

Voor CAW Midden West-Vlaanderen,



Hilde Vens