

Voor de oprichting van 2 teams in Antwerpen die opereren binnen Functie 1 en 2:

- 1. een team VDI en FACT voor functie 2A (acute psychische problemen),**
- 2. een team FACT voor Functie 2B (chronische psychische problemen) en**
- 3. de creatie van een ontmoetingshuis voor patiënten met een EPA (ernstige psychiatrische aandoening) voor functie 3 van waaruit beide teams opereren.**

1. Toelichting van de visie van het project

Het is onze ambitie om voor alle mensen met problemen met geestelijke gezondheid in de regio Antwerpen een aanbod uit te bouwen dat gemakkelijk toegankelijk is en waarin discontinuïteit van zorg zo maximaal mogelijk vermeden wordt. Tegelijkertijd wordt ingezet op “ambulante en outreachende zorg” voor zowel acute als chronische ernstige psychiatrische problemen. Uitgangspunt is dat zorg die geboden wordt buiten het ziekenhuis te verkiezen is zolang dat haalbaar is (‘veilige zorg’) en te dragen voor patiënt en zijn omgeving.

De belangrijkste beoogde winst is dat mensen/patiënten op die basis meer hun eigenheid kunnen behouden, dat patiënten de sociale rol die ze hebben (in hun gezin, in de buurt, op het werk, ...) makkelijker kunnen behouden, dat hun zorgvraag specifieker kan beluisterd en beantwoord worden, dat relevante anderen spontaner en natuurlijker in de zorg betrokken kunnen worden.

Voor hulpverleners zou de kans ontstaan zich meer dan vandaag als “ambulant metgezel” op te stellen in het territorium van de zorgvrager. Dat de hulpverlener zich niet langer in zijn, voor de ander vaak vervreemdend, territorium moet redden binnen de rol van de klinische (tegen)speler.

Het is enerzijds onze ambitie om mensen met beginnende psychische problemen sneller te bereiken en hen zorg op maat te bieden.

Mensen die moeizamer de weg naar de ggz vinden of voor wie de drempel te hoog is, hopen we te bereiken met een “vroeg detectie en interventie team” (VDI) dat in een eerste fase de patiënt/cliënt thuis opzoekt om van daaruit begeleiding/behandeling te organiseren of de cliënt/patiënt op weg te helpen naar de gepaste zorg.

Zulk een team kan, omdat het snel en flexibel in te zetten is, opnamevoorkomend opereren, kan er voor zorgen dat opnames korter kunnen worden en kan patiënten helpen de aan hun zorgvraag aangepaste zorgsystemen (CGGZ’s, ambulante psychiaters, dagklinieken, etc.) te vinden (F1 – F2a). Een en ander wordt verder in het dossier gedocumenteerd.

Verder moet het onze ambitie zijn om mensen, met psychiatrische problemen die een langdurige zorg vragen in eigen leefomgeving te behandelen en zo volwaardig mogelijk deel te laten nemen aan het maatschappelijke leven in hun regio. FACT-teams kunnen patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen in relatief stabiele episodes ondersteunen op basis van case-management (functie 2b) maar kunnen, indien dat nodig is, overschakelen op intensieve thuiszorg bij dreigend herval of crisis (functie 2a). Verder in het dossier wordt een en ander meer specifiek toegelicht en geconcretiseerd voor de eigen regio.

Daarnaast voorziet ons project in een ontmoetingshuis dat het, voornamelijk voor de mensen die langdurig zorgafhankelijk zijn en straks een langer durende opname beëindigen, makkelijker moet maken de gepaste zorgsystemen te vinden. Vanuit dit ontmoetingshuis zal de verbinding gemaakt worden met de bestaande dagactiviteitencentra, dagklinieken en arbeidstraject-programma’s in de ruimere regio maar vooral met de reguliere

wijkcentra, ontmoetingshuizen, etc. Het ontmoetingshuis richt zich zo maximaal mogelijk op het faciliteren van volwaardige participatie aan het maatschappelijke leven in de regio (als onderdeel van F3). Het ontmoetingshuis werkt zeer intensief samen met het FACT-team – vandaar de keuze om dit ontmoetingshuis de thuisbasis van het FACT-team te laten zijn..

Beide teams trekken de kaart van de ambulante zorg en kiezen voor systemen die zich richten op herstel, sociale inclusie, continuïteit van zorg. In beide modellen wordt gekozen voor vraaggestuurde zorg met een maximale betrokkenheid van patiënt en zijn omgeving op de behandel- en zorgplannen. Beide zorgmodellen hebben ook een verbindend karakter ; zij steunen op de samenwerking met alle betrokken actoren en faciliteren de rol die al uitgebouwde steunsystemen kunnen spelen (i.s.m. bijvoorbeeld CAW's, free-clinic, OCMW,s, diensten voor sociale huisvesting, etc.)

Deze ambities ondersteunen onze missie om voor zoveel mogelijk mensen met ernstige psychiatrische problemen “community treatment” op te zetten. We kiezen daarbij zoveel mogelijk (vertaald naar de eigenheid van ons landschap geestelijke gezondheidszorg en onze hulpverleningscultuur) voor bestaande modellen die hun waarde bewezen hebben of het label “evidence based” verdienen.

Sluitstuk van de zorgvernieuwing is de verdere intensifiëring van de residentiële zorg. Beide ambulante teams moeten, zo nodig, kunnen beroep doen op opname als de situatie ambulant niet meer te bemeesteren is, als de steunsystemen kapseizen of als de veiligheid van de zorg in het gedrang komt.

Alle betrokken ziekenhuizen schrijven zich in als ‘onderdeel van de zorgketen’ door de teams geboden en zijn bereid ook tijdens het verblijf van een van de betrokken patiënten de betrokken begeleiders van één van de teams actief te betrekken bij het opmaken van behandelplannen (in het kader van de zorgcontinuïteit en van het beperken in tijd van de (her-)opname).

Drie van de vier betrokken psychiatrische ziekenhuizen hebben er ook voor gekozen, om een deel van de middelen die vrijkwamen ten gevolge de reallocatie, in te zetten ter versterking van hun behandelaanbod en dat voor beide doelgroepen (een en ander wordt verder uitgewerkt).

Tot slot : ons zorgvernieuwend project resulteert uit intensief overleg tussen alle GGZ partners van arrondissement Antwerpen , en beschrijft dan ook een samenwerkingsmodel van en met alle betrokkenen. Wij willen met dit model zorg bieden aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)... Ons project besteedt veel aandacht aan het oprichten van ambulante en out-reachende zorgteams en voorziet een goede samenwerking met de bestaande residentiële zorg.

Tegelijkertijd willen we blijven benadrukken dat ambulantisering van zorg voor de groep van mensen met een EPA inderdaad meer zorgcontinuïteit en individualisering van zorg mogelijk maakt , maar geenszins de nood aan residentiële zorg doet afnemen. Wij denken dat de vraag naar residentiële zorg zelfs acuter zal worden en een intensifiëring van de gevraagde zorg nodig zal zijn . Het wordt ons inziens, lastig voor de opnamediensten werkzaam in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten om met de huidige BFM middelen aangepaste zorg te voorzien. Het realiseren van kortere opnames, het intensifiëren van zorg voor de acuter ernstig zieke patiënt , de contacten met het netwerk rond patiënt, de te verwachten verandering voor wat betreft instroom, ... het zijn allemaal elementen die werkdruk en werkbelasting vergroten. Onze beperkte en voorzichtige poging om via het project 107 te investeren in zowel mobiele teams als in de versterking van de residentiële zorg, biedt hierop slechts een zeer beperkt en voorlopig antwoord. Het wordt een cruciale uitdaging voor de sector en de overheid om uit te zoeken op welke manier de betrokken teams verder versterkt zouden kunnen worden.

Ook is het voor de hand liggend dat het VDI ten dele een nieuwe doelgroep van mensen met een EPA zal bereiken en de huidige ondercapaciteit in de gespecialiseerde ambulante ggz verder onder druk zal zetten.

2. Doelgroep

Het project heeft de ambitie de bestaande zorg voor alle mensen met psychiatrische problemen die vandaag beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg beter toegankelijk te maken.

Dit wordt enerzijds bereikt op basis van het feit dat alle zorgverstrekkers in de regio elkaar, door het gezamenlijke engagement in het kader van het project psy107, beter leerden kennen. Algemeen gesteld kan men zeggen dat hierdoor bij alle actoren het aanbod van de andere actoren beter gekend is en de kansen op soepelere samenwerking en doorverwijzing verbeterd zijn.

Bovendien worden, in het op te richten netwerk, verbindingen gemaakt / bruggen gebouwd tussen de verschillende actoren die actief zijn in de geestelijke gezondheidszorg. In de te vormen teams (FACT en VDI) zal personeel van centra geestelijke gezondheidszorg, PAAZ-afdelingen en psychiatrische ziekenhuizen actief gaan samenwerken.

Bovendien hoopt het project, door met twee teams in bepaalde regio's ook out-reachend actief te zijn, mensen te bereiken die vandaag de weg naar de zorg niet vinden, zorg mijden of uit de zorg vallen.

Fact- en VDI-teams die de zorg 'tot thuis' brengen en zo mensen in hun huidige context en in de hun vertrouwde omgeving behandelen zullen wellicht gemakkelijker mensen kunnen bewegen zorg te aanvaarden dan vandaag. Nu betekent in zorg gaan immers vaak dat de cliënt zich dient te verplaatsen (drempelverhogend) en dat men, tijdelijk of niet, de eigen maatschappelijke rol moet los laten.

3. Doelstellingen

De **hoofddoelstellingen** van het beschreven project hebben betrekking op een kwalitatieve integratie van de verschillende functies, het uitbouwen en versterken van vroege detectie van ernstige psychische problemen, een verbeterde toeleiding van de patiënt naar het meest geschikte zorgaanbod, het aanbieden van gemeenschapsgerichte ggz aan patiëntenpopulatie met een langdurende problematiek, het versterken van de rehabilitatie en reactivatie van patiënten en het intensifiëren van het gespecialiseerde residentiële zorgaanbod.

De verwachte meerwaarde voor de patiënt situeert zich op volgende domeinen:

1. Een vroegtijdige detectie van psychisch lijden, snelle interventie en toeleiding tot de meest geschikte hulpverlening.
2. Een verbeterde zorgcontinuïteit,
3. Het voorkomen van opname waar mogelijk, wat betekent dat de patiënt in zijn vertrouwde leefomgeving kan blijven,
4. De mogelijkheid voor langdurig en blijvend psychiatrisch zieke patiënten om met de nodige ondersteuning binnen de maatschappij te kunnen functioneren,
5. Een intensievere gespecialiseerde residentiële behandeling,
6. Een betere toegang tot de meest geschikte vormen van resocialisatie en rehabilitatie.

Op **patiëntniveau** streeft het project na om te komen tot een kwalitatievere geïntegreerde en volledige hulpverlening, met een verbeterde zorgcontinuïteit en zorgmanagement. . Een belangrijk instrument om deze doelstellingen te bereiken wordt gevormd door het concretiseren van persoonlijke zorgplannen en zorgtrajecten waarbij de verbindingen en overgangen tussen de schakels van deze “ketenzorg” door de case-manager worden bewaakt en geoptimaliseerd.

Op **organisatieniveau** streeft het project na om een significant begin te maken met de opvulling van bestaande lacunes, de coördinatie van hulpverleningsvormen en –instanties binnen de regio, en het stroomlijnen van de zorgtrajecten.

De operationalisatie van deze doelstellingen kan gevat worden onder de volgende termen: vernieuwing, optimalisatie en communicatiemanagement.

a. Vernieuwing

Het project omvat een aantal vernieuwende initiatieven. VDI (Vroege Detectie en Interventie) betreft het beter en sneller toegankelijk maken van de GGZ voor patiënten met ernstige psychische gezondheidsproblemen of een ernstig risico op chroniciteit. FACT (Functie Assertive Community Treatment) betreft de ambulante “aan huis” behandeling van chronische patiënten die anders binnen een opnamesetting dienen te verblijven of terecht komen in een spiraal van weerkerende en korte opnames. Beide initiatieven vervullen tevens een functie als (aanvankelijke) zorgcoördinator voor de respectievelijke doelgroep. Tevens zullen beide ambulante teams worden gehuisvest op dezelfde locatie, waar ook een ontmoetingshuis voor de doelpopulatie van deze teams is gelokaliseerd. Deze beslissing geeft vorm aan de basisdoelstelling om de onderlinge samenwerking tussen netwerkonderdelen enerzijds en de toegankelijkheid voor de zorg anderzijds te verhogen, alsook zal het de toegang tot de zorgverlening voor personen die momenteel langdurig opgenomen zijn binnen de PZ, faciliteren.

b. Optimalisatie

Bestaande gespecialiseerde residentiële behandelafdelingen worden versterkt om de behandelingskwaliteit van de patiënt te verhogen en het verblijf bij opname waar mogelijk te verkorten.

Het brede welzijns- en gezondheidslandschap waarover we in de regio beschikken, met name wat betreft rehabilitatie en woonvormen, wordt geïnventariseerd en integraal beschreven, wat de doorstroming en indicatiestelling binnen het zorgtraject op maat verbetert.

Een op maat geschreven zorgplan verbetert de samenwerking tussen hulpverleners en garandeert de patiënt het meest geschikte zorgtraject.

C. Communicatiemanagement

Het project voorziet in de nodige functionele overlegstructuren. Op patiëntniveau wordt de patiënt zo veel mogelijk betrokken partij bij het uittekenen van zijn zorgtraject. Hierbij worden naast geïncludeerd. Op het niveau van de hulpverleners wordt patiëntoverleg voorzien wanneer nodig, vormt het zorgplan dat “meereist” met de patiënt voor een betere onderlinge afstemming ten behoeve van de patiënt en zijn omgeving, en wordt structureel overleg met verwijzers voorzien. Op organisatieniveau wordt een structurele overlegstructuur gecreëerd met belangrijke “externe” partners teneinde de revalidatie en rehabilitatie van de patiënt te optimaliseren.

Het bereiken van de doelstellingen zal op verschillende manieren worden nagegaan. Op patiëntniveau zal gebruik gemaakt worden van een geijkte vragenlijst die op geregelde tijdstippen tijdens het hulpverleningsproces door

de patiënt wordt gescoord, en die betrekking heeft op gevoel van welbevinden, sociale inschakeling, het bereiken van gestelde (deel)doelen en tevredenheid over de hulpverlening. Doelstellingen met betrekking tot de verbetering van de zorgcontinuïteit en vlotheid van doorstroming zullen geëvalueerd worden aan de hand van de registratie van wachttijden. Ook verwijzers zullen in dit kader op geregelde tijdstippen bevraagd worden. Intern zal een registratie gebeuren van het aantal crisisopnames en de opnameduur omdat gehoopt wordt dat deze door een vermaatschappelijk aanbod en vroegere detectie en interventie zullen dalen.

De bovenvermelde doelstellingen dienen zich te weerspiegelen in de houding en werkwijze van de betrokken hulpverleners, teneinde de mogelijke meerwaarde voor de patiënt ook reëel te maken. Dit betekent dat van de medewerkers een zeer communicatieve en coöperatieve houding wordt verwacht. Het betrekken van de onmiddellijke omgeving van de patiënt veronderstelt de mogelijkheid om “systemisch” te kijken en een brede betrokkenheid aan de dag te leggen. Tevens vraagt deze organisatievorm van zorg een erg teamgerichte instelling.

Op netwerkniveau bestaat de doelstelling uit een geïntegreerd, goed afgestemd, verbonden en vermaatschappelijk hulpverleningsaanbod dat tevens goed functionerende samenwerkingsverbanden onderhoudt met betrokken actoren buiten de onmiddellijk in het project betrokken ggz-voorzieningen.

De individuele partners binnen het project behouden hun eigenheid en autonomie maar verbinden zich tot nauwere en vlottere samenwerking rond de patiënt en zijn zorgplan. Daarnaast wensen zij hun specifieke aanbod te vermaatschappelijk en/of beter en sneller toegankelijk te maken.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

Hoewel de verschillende voorzieningen betrokken in het project psy107 samen een erg grote regio ‘bedienen’, werd er voor het op te richten netwerk voor gekozen de vernieuwing concreet gestalte te geven in de regio waar de nood aan zorg objectief het grootst is ; de stad Antwerpen. Als we alle opnames die in de betrokken psychiatrische ziekenhuizen in het jaar 2009 overschouwen, blijkt ongeveer de helft van de “zorgvragers” uit Antwerpen te komen.

Besloten werd daarom om het VDI-team in te zetten in de districten Antwerpen (inclusief Linkeroever, maar zonder Rozemaai, Berendrecht en Zandvliet), Berchem en Borgerhout, in totaal 250.000 inwoners Bij aanvang van het project zal het team zich echter concentreren op dezelfde regio als het FACT-team. Zo snel als mogelijk, rekening houdend met de zorgvraag en de draagkracht van het team, wordt geambieerd de regio stelselmatig uit te breiden.

Het FACT-team zal vanzelfsprekend in een kleinere regio actief zijn. Uit onderzoek blijkt dat een FACT-team een case-load aankan van 200 tot 250 patiënten. Een case-load die bereikt wordt als men een regio afbakt van ongeveer 50000 inwoners. Daarom werd er voor geopteerd de opnamegegevens van de ziekenhuizen uit te splitsen per district om zo na te gaan waar een FACT-team het best kon ingezet worden.

Op districtsniveau bekeken komen de meeste vragen naar opname uit het district Antwerpen.. Het leek dan ook logisch ons prioritair op dat district te richten. Om een regio af te bakenen binnen het district Antwerpen dat voldoende representatief is en geografisch goed te omschrijven, wordt gekozen voor de wijken, Zuid, Kiel en Markgravelei. De noordgrens ervan is de lijn Scheldestraat/Tropisch Instituut, de oostgrens de Mechelsesteenweg , de westgrens de Schelde; de zuidgrens Hoboken en Wilrijk. Deze regio maakt deel uit van de grotere regio waarin het VDI-team zal opereren.

In een groeipad wordt voorzien. Als uit de resultaten en de werking blijkt dat het introduceren van een FACT-werking vergelijkbare resultaten haalt dan in de huidige regio's in Nederland, kunnen in meerdere (eerst aansluitende)

regio's FACT-teams worden uitgebouwd. Tenminste als er ook dan manieren gevonden worden om één en ander verder te financieren.

5.1 Netwerksamenstelling :

Organisaties betrokken in het netwerk

kernpartners :

centra geestelijke gezondheidszorg :

CGG Andante vertegenwoordigd door Jan Mampuy (directeur), dr. Cambien (hoofdgeneesheer) en Leen Van Assche (directielid).

CGG Vagga vertegenwoordigd door Mario De Prijcker (directeur), Dirk Meeus, Wim Vanspringel (directieleden).

Algemeen ziekenhuis

A.Z. Sint Vincentius vertegenwoordigd door Ivo Vermeulen (directeur) en dr. Dewitte (hoofdgeneesheer)

Psychiatrisch ziekenhuis en bijhorend initiatief beschut wonen

P.Z. Sint-Amedeus en Beschut wonen De link vertegenwoordigd door Jan Bogaerts (algemeen directeur), dr. Leysen (hoofdpsychiater) en Joris Housen (adjunct directeur patiëntenzorg).

ZNA P.Z. Stuyvenberg en Beschut wonen Antwerpen vertegenwoordigd door Gui Goyvaerts (algemeen directeur), dr. Mathijssen (hoofdgeneesheer) en Koen Van Rompaey (hoofdverantwoordelijke EPSI).

P.Z. Broeders Alexianen en Beschut wonen De vliering vertegenwoordigd door Johan Deforche (algemeen directeur), dr. Coppens (hoofdgeneesheer) en Francis De Groot (adjunct directeur patiëntenzorg).

P.Z. Bethaniënhuis vertegenwoordigd door Gui Rusch (algemeen directeur), dr. Hermans (hoofdgeneesheer) en Maarten desimpel (sectorverantwoordelijke psychosezorg).

Relevante partners

Algemeen ziekenhuis :

A.Z. Klina vertegenwoordigd door Chris d' Espallier (adjunct directeur), dr. Baert (hoofdgeneesheer).

Riziv-conventies :

Tsedek vertegenwoordigd door Menno Fransen (coördinator) en dr. Van Asten (psychiater)

De evenaar vertegenwoordigd door Martie Mol (directeur) en dr. Michiels (psychiater).

Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen, vertegenwoordigd door Hugo Jacobs (coördinator) en Karolien Weemaes (stafmedewerker).

Organisaties betrokken bij de dagelijkse activiteiten van het netwerk

Alle kernpartners hebben zich geëngageerd middelen bij te dragen in het vernieuwingsproject psy107. Zij zullen dus effectief hulpverleners inzetten in de ambulante teams of het ontmoetingshuis.

Gezien allerlei wettelijke beperkingen is momenteel niet helemaal duidelijk hoe een en ander concreet kan worden uitgewerkt. We rekenen er op dat de overheid een experimenteer ruimte creëert zodat de projecten 107 effectief kunnen gerealiseerd worden.

Aangezien we plannen de organisatievernieuwing op te starten in november 2011 zal een en ander nog verder en concreet uitgewerkt kunnen worden.

5.2. Taakverdeling binnen het netwerk

5.2.1. Op netwerkniveau ; op welke manier zijn welke partners betrokken ?

- De kernpartners (gedefinieerd als alle partners binnen de projectgroep “zorgvernieuwing” die middelen inbrengen) vaardigen allen een directielid van de betreffende voorziening af in het netwerkcomité.
- De kernpartners vaardigen verantwoordelijken van de in het zorgnetwerk relevante diensten af naar de stuurgroep.
- Alle partners vaardigen directie- of stafleden af naar het partneroverleg.

5.2.2. Taakverdeling tussen de zorgverstrekkers

Functie 1 : activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling.

Bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg, die de belangrijkste netwerkpartner vormen voor deze functie, is er voor gekozen de huidige organisatie te behouden (dit behelst hun huidige taak voor wat betreft promotie en preventie).

Bijkomend wordt echter binnen de nieuwe netwerkstructuur een VDI-team (Vroege Detectie en Interventie) op deze functie ingezet. Het VDI-team heeft als algemene opdracht de vroegdetectie en –interventie bij personen met ernstige (acute) geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen in functie van de toeleiding naar het geschikte zorgaanbod. Hierbij wordt in de eerste plaats gedacht aan patiënten die momenteel hun weg niet of moeilijk vinden naar het geschikte zorgaanbod binnen de GGZ.

VDI beoogt een belangrijke schakel en verbindende factor te vormen tussen de verwijzers, 1^{ste} lijnsvoorzieningen en de GGZ-functies en voorzieningen voor de beoogde doelgroep. In deze hoedanigheid heeft VDI volgend takenpakket:

Naar de patiënt en zijn omgeving:

- vroegdetectie, oriëntatie en actieve toeleiding naar het geschikte GGZ-aanbod binnen de regio
- vroeginterventie ten aanzien van de patiënt en zijn omgeving
- verzekeren van zorgcontinuïteit

Naar de verwijzers:

- Ondersteuning bij indicatiestelling

Ondersteuning bij toeleiding

Naar de andere partners:

Versterken van samenhang en samenwerking op patiëntniveau

Alle kernpartners van het netwerk engageren zich om bij te dragen tot de invulling van deze functie.

Bij de taakverdeling van de individuele medewerkers binnen functie 1 dient een onderscheid gemaakt te worden tussen organisatorische en patiëntgerelateerde aangelegenheden.

Organisatorisch:

VDI wordt aangestuurd door de stuurgroep van het netwerk. Binnen VDI wordt het dagelijks bestuur geleid door de psychiater en de VDI-teamleider. Beiden zijn meewerkende teamleden maar hebben daarenboven een coördinerende functie. De teamleider is hoofverantwoordelijke voor de contacten met verwijzers, andere netwerkpartners en relevante partners buiten het netwerk. Hij is het eerste aanspreekpunt met betrekking tot de werking van het team. Bij eventuele problemen op dit gebied zal hij ondersteund worden door de netwerkcoördinator. De psychiater is medisch verantwoordelijke.

Het is de bedoeling om het project VDIP (Vroege Detectie en Interventie Psychose) en het project PIZS (Integrale Zorg voor Suïcidepogers) nauw te laten aansluiten bij de VDI-werking.

Met betrekking tot de beoogde doelpopulatie is het VDI-team een verbindende factor tussen de verwijzers en de andere partners binnen het netwerk. Dit houdt in dat het VDI-team bij monde van de teamleider intensief overleg pleegt en contact houdt met de andere partners die het VDI kunnen aanspreken of door het VDI binnen het kader van een patiëntdossier kunnen worden aangesproken. In concreto betekent dit dat de teamleider voortdurend in overleg treedt met de ambulante en residentiële netwerkpartners, het FACT-team, de spoeddiensten en PAAZ-diensten van de algemene ziekenhuizen binnen de regio, maar ook de organisaties die zich binnen functie 3 en functie 5 bewegen.

De andere partners binnen het netwerk verbinden zich ertoe een VDI-contactpersoon aan te duiden, die door de VDI-teamleider of in tweede instantie de netwerkcoördinator gecontacteerd kan worden wanneer er problemen in de samenwerking zouden opduiken.

Patiëntgerelateerd:

Patiënten die terecht worden aangemeld bij het VDI-team krijgen onmiddellijk een case-manager toegewezen die naar de geldende richtlijnen binnen het team en volgens de teambeslissingen met betrekking tot de patiënt, verantwoordelijk is voor de organisatie en mogelijks voor een deel van de interventies binnen dit specifieke dossier. In concreto betekent dit dat hij, na aanvankelijke informatieverzameling, het dossier bespreekt op het teamoverleg en de verdere interventies, zowel door andere disciplines binnen het team als door andere partners binnen het netwerk en daarbuiten, initieert, opvolgt en desnoods bijstuurt.

Wanneer andere partners binnen het netwerk beroep wensen te doen op het VDI-team, is het de persoonlijke begeleider van de patiënt die de contacten met het team legt en de aanmelding verzorgt. De aanmelder blijft gedurende de volledige interventieperiode van het VDI-team betrokken bij het patiëntdossier.

Functie 2a : ambulante intensieve behandelteams voor acute psychische problemen.

Deze functie wordt binnen de nieuwe netwerkstructuur opgenomen door het nieuwe VDI-team (Vroege Detectie en Interventie) en het nieuwe FACT-team (Functie Assertive Community Treatment), zij het dat de doelpopulaties, werkingsmethoden en interne organisatie van deze teams enigszins verschillen. De afgesproken taakverdeling maakt echter dat deze teams een verhoogde deskundigheid bezitten met betrekking tot de doelpopulatie en in goed onderling overleg complementair werken om zo de totale populatie te bereiken.

Functie 2a1: Vroege Detectie en Interventie (VDI)

Het VDI-team richt zich wat functie 2a betreft, op mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen die niet onder de doelgroep van het FACT-team vallen. Dit betekent dat het gaat om personen die nog niet gekend zijn als patiënten met een langdurige en ernstige psychiatrische problematiek.

Het VDI-team garandeert dat cliënten 24u op 24 en 7 dagen op 7 de zorg kunnen bereiken. Hiervoor wordt intensief samengewerkt met bepaalde opnamediensten in de regio. Het gaat meer concreet over de opnamedienst van het A.Z. Sint-Vincentius en over de dienst EPSI van het P.Z. Stuyvenberg. Beide diensten zijn bereid (in samenspraak met de leden van het VDI-team) bij te dragen in de in het zorgplan opgenomen crisisafspraken. Een korte opname (1 à 2 nachten) om een crisis te overbruggen – overwinnen hoort dan tot de mogelijkheden. De opnamedienst zal in zulke gevallen ook het bestaande zorgplan van de cliënt als uitgangspunt nemen voor het behandelingsplan tijdens de crisisopname. Zo snel als kan bezoekt de case-manager de cliënt op de 'opnamedienst' om, in samenspraak met het opnameteam en de patiënt te bekijken op welke manier en met welk zorgplan een terugkeer naar huis mogelijk is.

Een patiënt die aangemeld wordt bij het VDI-team krijgt 'onmiddellijk' een case-manager toegewezen. Die case-manager coördineert de zorg :

- Voor zover dat nodig is, en in samenspraak met het team, organiseert hij de nodige contacten met andere teamleden (die dus 'vraaggestuurd' worden ingeschakeld) : psycholoog, maatschappelijk werker, arts-psychiater, ...
- De case-manager houdt ook het zorgplan bij.
- In dat zorgplan worden crisisafspraken opgenomen (welke crisisafspraken zijn er afgesproken ? Tot welke opnamedienst moet patiënt zich richten in geval van crisis ?) Indien cliënt in begeleiding blijft bij andere diensten (CGG, psychiater, ...) zorgt de case-manager voor het nodige zorgoverleg.

De psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, ... binnen het team bieden zorg aan conform hun eigen specialisme. Indien nodig ook outreachend en "aan huis".

- De psychiater opereert binnen het spanningsveld tussen zorginhoud en organisatie. Enerzijds zal de teampsychiater optreden (indien geïndiceerd en er geen andere behandelaar is) als diagnosticus en behandelaar. Hij zal mee sturing geven aan het multidisciplinaire overleg. Anderzijds dient de psychiater ook te beschikken over vaardigheden op het gebied van beleid en organisatie om een bijdrage te kunnen leveren bij nieuw zorgontwikkelingen.
- De psycholoog neemt de rol van diagnosticus op, kan als behandelaar ingezet worden, ondersteunt de teamwerking, heeft een belangrijke bijdrage in visieontwikkeling, is wetenschapper en innovator.

- De maatschappelijk werker zal op basis van zijn kennis van de sociale omgeving en beïnvloeding hiervan op het functioneren van de patiënt de nodige hulpbronnen vanuit de directe en ruimere omgeving van de patiënt activeren binnen het hulpverleningsproces.
- De psychiatrische of sociaal verpleegkundige wordt ingezet als case-manager.

Alle teamleden vormen voor elkaar een klankbord ; het team zoekt samen – ieder vanuit de eigen discipline – antwoorden op de zorgvragen zodat een multidisciplinair zorgplan tot stand komt.

Indien vanuit VDI een terugleiding naar de CGG mogelijk gemaakt is en opportuun, contacteert de case-manager de hulpverlener die de cliënt oorspronkelijk had aangemeld (indien de begeleiding onderbroken werd). Het zorgplan kan dan doorgegeven en gecommuniceerd worden zodat de begeleiding binnen de werking van het CGG opnieuw kan aangevat worden.

Indien het VDI-team tot de vaststelling komt dat de eigen zorg overvraagd wordt en er tijdelijk op andere zorgvormen beroep moet gedaan worden (opname PAAZ, opname PZ, inschakeling FACT-team, ...) legt de case-manager de nodige contacten.

De case-manager contacteert de reguliere zorgdiensten (indien geïndiceerd) en spreekt samen met de cliënt, zijn omgeving en de betrokken diensten af op welke manier zij zorgend / ondersteunend ingezet kunnen worden. Het kan dan gaan over diensten poets hulp, familiehulp, thuisverpleging, ... maar even goed over diensten psychiatrische zorg in de thuissituatie of beschut wonen. De case-manager onderhoudt regelmatige contacten met iedereen die bij de zorg rond cliënt betrokken raakte om zo voor de nodige afstemming en zorgcontinuïteit te zorgen.

Functie 2a2: Functie Assertive Community Treatment (FACT) (gebaseerd op model FACT Van Veldhuizen- zie ref.)

Het FACT-team richt zich wat functie 2a betreft, voornamelijk op gekende patiënten met een langdurige en complexe problematiek. In concreto betreft het in belangrijke mate die populatie van patiënten die momenteel langdurig verblijven op de T-diensten van de psychiatrische ziekenhuizen en die in de nieuwe regio binnen functie 2b door datzelfde FACT-team ondersteunend begeleid worden buiten de residentiële ggz-omgeving. Daarnaast kan het FACT-team ondersteuning bieden aan het VDI-team wanneer dit geconfronteerd wordt met een zeer complexe problematiek die de draagkracht van dat team overschrijdt.

Bij crisis of dreigend herval biedt het FACT-team intensieve zorg aan huis door een gans team, in een poging een (her)opname te voorkomen of het al dan niet tijdelijk gemis aan voldoende steunsystemen op te vangen.

Een 24-uurs-permanentie wordt georganiseerd via telefonische bereikbaarheid (gegarandeerd door een verpleegkundige die vertrouwd is met het zorgplan van alle patiënten) en de mogelijkheid, bij ernstige ontregeling, de patiënt een “bed voor één nacht” aan te bieden in het ziekenhuis.

Voor het bed op recept engageren alle psychiatrische ziekenhuizen zich. Het ziekenhuis waar patiënt van het bed op recept geniet wordt bepaald op basis van de volgende criteria:

1^{ste} : voor gekende patiënten wordt gekozen voor het ziekenhuis waar patiënt het best gekend is.

2^{de} : nieuwe patiënten (nog niet echt vertrouwd met een bepaald ziekenhuis) mogen zelf een voorkeur opgeven.

3^{de} : indien patiënt niet gekend is en geen voorkeur heeft wordt hij opgenomen op basis van de afspraken die er bestaan betreffende de gedwongen opname. Het ziekenhuis waar hij dan zal opgenomen worden hangt dan samen met de plaats waar hij woont.

Patiënten die van een bed op recept genieten worden de eerstvolgende dag bezocht door één van de FACT-teamleden (bij voorkeur de eigen case-manager). Patiënt en begeleider bekijken dan samen het zorgplan en maken nieuwe afspraken die pogen de patiënt zo te helpen dat hij de volgende dagen doorkomt zonder opnieuw beroep te moeten doen op de wacht of het bed op recept.

Als patiënten die door het FACT-team begeleid worden hervallen op zo'n manier dat de zorgsituatie als "niet langer veilig" beoordeeld wordt of als de steunsystemen rond patiënt kapseizen, is het soms noodzakelijk beroep te doen op een psychiatrisch ziekenhuis voor intensieve behandeling.

FACT-teams werken juist daarom samen met psychiatrische ziekenhuizen en de intensieve behandelunits aldaar ; er wordt voor intensieve behandeling gekozen in een poging de opnameduur erg beperkt te houden en er wordt voor intensieve samenwerking tussen het behandelteam en het FACT-team gekozen om de continuïteit van zorg niet in het gedrang te brengen.

Het FACT-team heeft samen met patiënt een zorgplan opgesteld dat, tijdelijk, niet voldoende zorg biedt waardoor voor opname gekozen moest worden. De betrokkenen in de zorg (patiënt, case-manager en opnameteam) bouwen tijdens de opname dan ook samen een behandelplan uit dat tot doel heeft patiënt zo snel mogelijk klaar te maken voor een terugkeer naar huis met eventueel heronderhandelde zorgafspraken met de vertrouwde case-manager. De case-manager tracht, terwijl patiënt opgenomen is, te zorgen voor continuïteit in vrijetijdsaanbod, dagbesteding en ontmoeting van patiënt zodat er geen breuken ontstaan.

Een opname dient dus feitelijk beschouwd te worden als een intermezzo in een ambulante behandeling. De case-manager bezoekt de patiënt niet alleen tijdens de opname maar denkt ook mee over behandeling en ontslag. Van de klinische collegae wordt in feite een servicegerichte behandelhouding verwacht ; hun behandelaanbod staat ten dienste van het zo snel mogelijk hervatten van de ambulante zorg. De case-manager tracht, terwijl patiënt opgenomen is te zorgen voor continuïteit

Functie 2b : ambulante intensieve behandelteams voor chronische psychische problemen.

Deze functie wordt reeds deels opgenomen door PZT van de initiatieven Beschut Wonen, hoewel ruimer dan de voorziene regio. Daarnaast wordt de functie binnen de netwerkstructuur opgenomen door het nieuwe FACT-team specifiek voor de voorziene regio. Met het installeren van een FACT-team wordt de keuze gemaakt voor een verregaande inspanning om de zorg voor langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten te vermaatschappelijken. Dit gebeurt door intensieve, ambulante "zorg aan huis".

De keuze voor FACT is gebaseerd op volgende criteria:

- FACT is evidence based en goed gedocumenteerd
- FACT biedt de mogelijkheid om vlot te schakelen tussen functie 2a en 2b
- De werkingsprincipes van FACT maken dat het uiterst geschikt is om als verbindende en faciliterende factor te fungeren bij het tot stand brengen en coördineren van een geïntegreerd zorgplan voor de patiënt, en een vlotte samenwerking tussen de partners van het netwerk.

- Het doelpubliek van een FACT-team :
 - psychiatrische stoornis op as 1
 - beperking in sociaal functioneren
 - chronisch verloop / complexe problematiek
 - langdurig contact met CGG
 - complexe zorgvragen

sluit ook goed aan bij de beschrijving van de patiënten die vandaag de langblijvers zijn op de T-diensten in de psychiatrische ziekenhuizen

Bovendien worden 'zorgmijders' door FACT-teams actief opgezocht en worden zij 'verleid zorg te aanvaarden' zodat hun lijden begrensd kan worden en eventuele overlast beperkt.

Het doel van FACT-teams is het steunen van patiënten in hun herstelproces ; het succes van de zorg wordt bepaald door de mate waarin patiënten succesvol en naar tevredenheid kunnen functioneren en kunnen meedoen in de maatschappij op de wijze die hen aanspreekt en die veilig is. De zorg wordt gericht op het herstellen van een positief zelfbeeld, op actief zelfmanagement en op het herwinnen van sociale rollen buiten de ggz-omgeving.

In dat kader levert FACT de volgende 'hoofdproducten' :

- Cure (behandeling zoals dat in een ziekenhuis zou gebeuren, medicamenteus, psychotherapeutisch, etc.)
- Care (zorg, verpleging, rehabilitatie)
- Crisisinterventie (opnamen voorkomen en bekorten, zorg en behandeling opschalen tot intensieve zorg aan huis bij dreigend herval, 24u-bereikbaarheid garanderen, Bed op Recept, crisisfiches per patiënt, etc.).
- Community support (maatschappelijke steunsystemen beouwen en benutten, arbeid mogelijk maken, aansluiting helpen vinden bij reguliere activiteiten, participatie in buurt)
- Cliëntdeskundigheid ondersteunen (empowerment, lotgenotencontact, herstel denken, ...)
- Controle (bij low risk patiënten met juridische maatregel)
- Check (evalueren van zorg).

Een FACT-team biedt enerzijds 'case management' als vorm van ondersteunende begeleiding (F2b) bij min of meer gestabiliseerde patiënten die zich wel redden en schakelt anderzijds en zo nodig over naar intensieve zorg aan huis door een gans team hulpverleners bij crisis of dreigend herval (F2a) in een poging heropnames te verhinderen of het al of niet tijdelijk gemis aan steunsystemen te compenseren. Het schakelen tussen deze functies gebeurt op basis van goed beschreven procedures (zandloper-model – FACT-bord).

Behalve naar de cliënt en zijn omgeving, heeft FACT ook een outreachende taak naar netwerk- en andere relevante partners die betrokken dienen te zijn/worden binnen het zorgplan voor de patiënt. Er dient nauw contact onderhouden te worden met de voorzieningen die zich op de andere functies bewegen. Zoals reeds gesteld vervult FACT zelf een taak binnen functie 2a. Daarnaast is er nauwe samenwerking met functies 3, 4 en 5, alsook met externe zorgverleners. FACT coördineert het zorgplan voor elke geïncorporeerde patiënt en leidt de patiënt toe naar de andere functies waar nodig.

Een patiënt die aangemeld wordt bij het FACT-team krijgt 'onmiddellijk' een case-manager toegewezen. Die case-manager coördineert de zorg :

- Voor zover dat nodig is, en in samenspraak met het team, organiseert hij de nodige contacten met andere teamleden (die dus 'vraaggestuurd' worden ingeschakeld) : psycholoog, maatschappelijk werker, arts-psychiater, ...
- De case-manager houdt ook het zorgplan bij.
- In dat zorgplan worden crisisafspraken opgenomen (welke crisisafspraken zijn er afgesproken ? Tot welke opnamedienst moet patiënt zich richten in geval van crisis ?)
- Indien cliënt in begeleiding blijft bij andere diensten (CGG, psychiater, ...) zorgt de case-manager voor het nodige zorgoverleg.

De psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker, ... binnen het team bieden zorg aan conform hun eigen specialisme. Indien nodig ook outreachend en "aan huis". Voor verdere uitwerking : zie VDI-team.

Alle teamleden vormen voor elkaar een klankbord ; het team zoekt samen – ieder vanuit de eigen discipline – antwoorden op de zorgvragen zodat een multidisciplinair zorgplan tot stand komt.

Functie 3 : revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

Ons project voorziet in het oprichten van een ontmoetingshuis (al of niet aansluitend op een al bestaande werking). Er is voor gekozen dat ontmoetingshuis te huisvesten op dezelfde plaats als de beide mobiele teams. Dit moet de samenwerking tussen de verschillende functies die door de drie zorgcomponenten geboden worden faciliteren. Het ontmoetingshuis sluit ook aan op de FACT-werking.

Dat ontmoetingshuis zet in op de volgende functies :

- o *laagdrempelig aanloopadres* : dit lijkt ons een erg belangrijk aanbod - zeker voor de langdurig zorgafhankelijke patiënten die straks de psychiatrische ziekenhuizen zullen verlaten. Patiënten zullen duidelijk weten dat ze daar welkom zijn en hulp / zorg vinden.
- o *Lotgenotencontact*.
- o *vaardigheidstraining* : In het ontmoetingshuis worden ook een aantal vaardigheidstrainingen opgezet door o.m. mensen die ook in het FACT-team werkzaam zijn. Een en ander dient verder te worden uitgewerkt maar er wordt dan gedacht aan psychoeducatie, sociale vaardigheden, activiteiten rond ADL, arbeidsvaardigheden, werkhoudingen, ...etc.
- o *Service / zorg* : er wordt in een aantal services voorzien die aansluiten op vaak voorkomende zorgnoden bij chronisch zorgafhankelijke mensen ; een douche, de mogelijkheid om er te wassen, er wordt gekookt, ...
- o *Wegwijzer* :
 - o vanuit het aanloopadres worden erg actief bruggen gelegd naar de bestaande initiatieven rond ontmoeting, arbeidszorg, vrije tijd, vorming, etc. in de ruimere regio. (zie tabel 1).
 - o Vanuit het ontmoetingshuis wordt uitdrukkelijk ingezet op participatie aan betekenisvolle socio-culturele activiteiten in de buurt en wordt aangestuurd op betrokkenheid van de cliënten op de buurt en van de buurt op het ontmoetingshuis.

Tabel 1 Overzicht ambulant aanbod binnen F3

Overzicht van dagcentra, ontmoetingshuizen, arbeidsactiveringsprojecten, initiatieven rond vrije tijd en participatie in de regio "groot Antwerpen" :

	ontmoeting	Vrije tijd	vto	arbeidszorg
Den amandelboom	x			
De vlonder	x	x	x	
instuif	x	x		
Plezanten hoek	x	x		
't zaaltje	x	x	x	
Den honk	x			
De wilg	x			
De ridder	x			
alliado	x			
De kobbe		x		
facktorij		x		x
kameleon	x	x	x	
De ridder		x		
somebuddy		x		
De vincken			x	x
't nieuw klavier				x
't karwei				x
Re-actief				x
foyer				x
atb				x
Zowe-project				x
Tender activering zorg				x
't magazijn				x
Antwerps netwerk arbeid				x

Naast deze initiatieven zijn der dagcentra / dagziekenhuizen verbonden aan de volgende initiatieven betrokken bij het netwerk : PZ Sint-Amedeus, PZ Broeders Alexianen, PZ Stuyvenberg, PZ Bethaniënhuis, Tsedek, AZ Sint-Vincentius. Ze richten zich op participatie, rehabilitatie, arbeidszorg, activering, vrije tijd en ontmoeting.

Ook alle projecten Beschut Wonen en psychiatrische thuiszorg in de beschreven regio investeren in trajectbegeleiding rond ontmoeting, vrije tijd, opleiding en arbeid.

Arbeidszorg-diensten leiden cliënten, indien mogelijk en geïndiceerd, vanzelfsprekend ook toe naar de sociale en beschermde werkplaatsen in de regio

Het ontmoetingshuis heeft als belangrijkste doelgroep de langdurig zorgafhankelijke mensen die het psychiatrisch ziekenhuis zullen verlaten. Het staat echter open voor alle langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten die nood hebben aan sociaal contact of hulp bij het vinden van de gepaste voorziening rond activering, arbeidszorg, vrije tijd etc.

Partners in de zorg :

zijn dus alle diensten die ook mensen naar het FACT-team leiden ; huisartsen, CAW's, OCMW-diensten, psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ-diensten, CGG, etc. In principe verloopt aanmelding of doorverwijzing op dezelfde manier.

Daarnaast poogt de ontmoetingshuis - medewerker (in samenwerking met de betrokken case-manager als die er is) mensen toe te leiden naar bestaande initiatieven rond ontmoeting, activering, arbeidszorg en vrije tijd. Samenwerkingsafspraken met alle initiatieven in de ruime regio zullen gemaakt worden.

De ontmoetingshuis – medewerker werkt samen met de case-manager van het betrokken mobiele team. Hij kent het 'zorgplan' en werkt binnen de contouren van dat zorgplan. Regelmatig overleg tussen beide hulpverleners rond betrokken cliënt zorgt voor voldoende communicatie rond de geboden of te bieden zorg.

Functie 4 : intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.

In het zorgnetwerk dat gepresenteerd wordt zijn de volgende partners betrokken in de behandeling eens opname noodzakelijk is.

Algemene ziekenhuizen

A.Z. Sint-Vincentius : de PAAZ-dienst behoudt de eigen werking en wordt bovendien ingeschakeld als zorgpartner rond het "bed op recept" van het VDI-team.

A.Z. Klina : de PAAZ-dienst behoudt de eigen werking en kan op vraag een antwoord bieden wanneer een opname noodzakelijk is. Vooral gericht op cliënten van het VDI-team.

A.Z. Stuyvenberg : De PAAZ-dienst behoudt de eigen werking en kan op vraag een antwoord bieden wanneer een opname noodzakelijk is. Vooral gericht op cliënten van het VDI-team.

RIZIV-conventies Tsedek en T.G. de Evenaar

Tsedek is een kleinschalig psychosociaal revalidatiecentrum met een capaciteit van 17 bedden. Het centrum, gelegen in Ekeren, biedt de mogelijkheid voor een opname van zes maanden. Nadien kan er nog een dagbehandeling volgen met een maximumtermijn van twee jaar. Een opname kan vanaf zestien jaar. Een opname is bedoeld voor mensen, die als aanmeldingsklachten veelal stemming- en angststoornissen hebben, maar waarbij onderliggend de persoonlijkheidsstoornis doel van de behandeling is. Via een intensief psycho-, ergo- en sociotherapeutisch programma kunnen mensen hun persoonlijk functioneren beter begrijpen en in beweging brengen.

T.G. De Evenaar TG 'de evenaar' is een kleinschalig residentieel psychosociaal revalidatiecentrum. In twee huizen-in-de-rij in Antwerpen wordt in elk huis met maximaal 9 bewoners gedurende 13 maanden intensief sociotherapeutisch en psychotherapeutisch gewerkt. De opname is bedoeld voor (jong)volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis, psychotische of ernstig neurotische problematiek, waardoor zelfstandig functioneren onmogelijk is. Doelstelling is een problematische hechting, KOPP-problematiek, traumatisch verleden, verwaarlozing of een problematische separatie/individuatie door te werken.

Beide partners kunnen, indien geïndiceerd, een antwoord bieden op de vraag naar intensieve behandeling en dat voor VDI-clieënten.

Beide partners kunnen, indien dat geïndiceerd is, voor nazorg beroep doen het FACT-team.

Psychiatrische ziekenhuizen

P.Z. Bethaniënhuis heeft een residentieel opname- en behandel aanbod voor de volgende doelgroepen :

- verslaving (legale middelen),
- psychozorg,
- stemmings- en angststoornissen,
- verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische problematiek,
- NAH,
- psychogeriatric,
- jonge moeders met psychische problemen gebaat bij een gezamenlijke opname met de baby,
- persoonlijkheidsstoornissen.

Gelijktijdig met de opstart van het project 107 wordt het ziekenhuis gereorganiseerd. Concreet zal het ziekenhuis opgesplitst worden in een opnamecluster, een behandelcluster en een rehabilitatiecluster. Het ziekenhuis biedt een antwoord, in relatie met de mobiele teams, op verschillende manieren :

- cliënten begeleid door het VDI-team die nood hebben aan een psychiatrische opname kunnen, indien geïndiceerd, opgenomen worden op één van de opnamediensten binnen het opnamecluster. Het VDI-team neemt hiervoor contact op met de opnamecoördinator.
- Cliënten begeleid door het FACT-team, die beroep moeten doen op het “bed op recept” (zie ook 5.2. en 6.1.), kunnen hiervoor terecht in het ziekenhuis via de psychiatrische spoeddienst (volgens de afspraken beschreven in 5.2. Functie 2B). Contacten verlopen via de geneesheer van wacht.
- Cliënten begeleid door het FACT-team, die nood hebben aan een opname, kunnen terecht op één van de opname-afdelingen binnen het rehabilitatiecluster. Contacten verlopen via de opnamecoördinator.

P.Z. Broeders Alexianen, Boechout heeft een residentieel opname en behandelaanbod voor de volgende doelgroepen:

- verslavingscluster,
- psychosecluster,
- cluster persoonlijkheids- en stemmingsstoornissen.

Het ziekenhuis biedt een antwoord, in relatie met de mobiele teams, op verschillende manieren :

- cliënten begeleid door het VDI-team die nood hebben aan een psychiatrische opname kunnen terecht in dit ziekenhuis dat zijn opname-capaciteit, in functie van de zorgvernieuwing, wil versterken specifiek voor mensen met complexe, meervoudige problemen: verslaving in combinatie met psychose, persoonlijkheidsstoornissen en stemmingsstoornissen. Precies bij deze doelgroepen wordt een stijging van het aantal gedwongen opnames opgemerkt. Er lijkt een toenemende maatschappelijke nood te zijn op dat vlak. Het vermengen van deze doelgroepen, zoals dat nu gebeurt op de gesloten opnameafdeling, is geen goede zaak: de zwakkere patiënten worden het slachtoffer van de – vaak jongere – gebruikers met bijkomende problemen en gedragsstoornissen. Het lijkt dus aangewezen deze groepen te scheiden en daarbij te streven naar kleinere groepen met een sterkere personeelsbezetting. Het is de bedoeling dat mensen dan tijdelijk intensief, gestructureerd kunnen opgevangen worden om daarna terug aan te sluiten op de zorg geboden door bijvoorbeeld het FACT-team. Mogelijk kunnen zo ook gedwongen opnames van deze groep worden voorkomen.

- Cliënten begeleid door het FACT-team, die beroep moeten doen op het “bed op recept” (zie ook 5.2. en 6.1.), kunnen hiervoor terecht in het ziekenhuis via de opnamediensten (volgens de afspraken beschreven in 5.2. Functie 2B). Contacten verlopen via de psychiater van het FACT-team.

- Cliënten begeleid door het FACT-team, die nood hebben aan een opname, kunnen – indien geïndiceerd terecht in dit ziekenhuis op een van de opname- of behandel diensten. De contacten hiertoe worden gelegd door de psychiater van het FACT-team.

P.Z. Sint-Amedeus heeft een residentieel opname- en behandelaanbod voor zowel kortdurende als langdurende zorg voor volgende doelgroepen ;

- persoonlijkheidsstoornissen,
- angst- en stemmingsstoornissen

- psychotische stoornissen.

En enkel voor kortdurende zorg voor de volgende doelgroepen

- personen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek
- ouderen met een psychiatrische problematiek, geronto - psychiatrie

Het ziekenhuis biedt een antwoord, in relatie met de mobiele teams, op verschillende manieren :

- Cliënten met een psychosegerelateerde problematiek, begeleid door het VDI-team, die nood hebben aan een opname, kunnen opgenomen worden op de opname-zorgeenheid 'De baai'. Het ziekenhuis kiest er voor, in het kader van de zorgvernieuwing, de zorg die daar verstrekt wordt te intensifiëren. De normering A-dienst is opgemaakt voor een zorgeenheid van 30 bedden. Om een intensieve werking binnen een gesloten zorgeenheid mogelijk te maken, die meer aansluit bij zorgnoden van patiënten, wordt er voor gekozen kleinschaliger te werken. Om dit haalbaar te maken met 24u-zorg continuïteit is een hogere personeelsomkadering nodig dan de middelen die vandaag voorzien zijn binnen normering A-dienst.

- Cliënten begeleid door het FACT-team, die nood hebben aan een opname kunnen opgenomen worden op de opname- en behandleenheid "de Lagune" (T-dienst). Om een kortdurende en residentiële behandeling te kunnen bieden aan mensen met een complexe en langdurige problematiek wil men kunnen werken met een bestaffing die aansluit op de werking van een A-dienst. Een uitbreiding van het interdisciplinaire team is, in het kader van de zorgvernieuwing gepland.

- Cliënten begeleid door het FACT-team, die beroep moeten doen op het "bed op recept" (zie ook 5.2. en 6.1.), kunnen hiervoor terecht in het ziekenhuis op een van de opnamediensten (volgens de afspraken beschreven in 5.2. Functie 2B). Contacten verlopen via de geneesheer van wacht.

P.Z. Stuivenberg heeft een residentieel opname- en behandelaanbod georganiseerd in verschillende 'circuits' :

- circuit psychosezorg,
- angst en depressie,
- verslaving.

In het P.Z. Stuivenberg bevindt zich ook de crisisunit EPSI (eenheid voor psychiatrische spoedinterventie). Het is een unit voor crisisinterventie en kortdurende residentiële opvang, die jaarlijks 3500 aanmeldingen registreert.

Het ziekenhuis biedt een antwoord, in relatie met de mobiele teams, op verschillende manieren :

- Cliënten begeleid door het VDI of FACT-team, die beroep moeten doen op het "bed op recept" (zie ook 5.2. en 6.1.), kunnen hiervoor terecht in het ziekenhuis op de crisisunit EPSI (volgens de afspraken beschreven in 5.2. Functie 2B)..

Contacten verlopen rechtstreeks met EPSI.

- Cliënten van het FACT-team die nood hebben aan een opname kunnen hiervoor terecht in het ziekenhuis. Contacten worden gelegd door de FACT-psychiater.

- Cliënten begeleid door het VDI-team, kunnen indien geïndiceerd, terecht in dit ziekenhuis. Contacten worden gelegd door de psychiater van het VDI-team.

Voor alle cliënten van deze voorzieningen geldt dat zij voor nazorg beroep kunnen doen op een van de mobiele teams. Voor kortdurende begeleiding gericht op het aansluiten op de reguliere nazorgvoorzieningen kunnen cliënten terecht bij het VDI-team (tenzij het om mensen gaat met langdurige zorgafhankelijkheid). Voor nazorg in het kader van de zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische problematiek kan, indien mensen gevestigd zijn of zich vestigen in de bediende

regio, beroep gedaan worden op het FACT-team en/of op het ontmoetingshuis. Contacten worden rechtstreeks gelegd met de betrokken teams.

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

Binnen het netwerk zijn de volgende partners actief voor wat betreft het aanbieden van 'ondersteund wonen' :

Initiatieven Beschut Wonen

- Beschut wonen Antwerpen.
- Beschut wonen "de vliering", Boechout.
- Beschut wonen "de link", Mortsel.
- Beschut wonen "de sprong", Zoersel.

Psychiatrische verzorgingstehuizen

- PVT "de hoge beuken", Antwerpen.
- PVT Sint-Amedeus, Mortsel.
- PVT "de landhuizen", Zoersel

Alle zorgvragers binnen de zorgketen kunnen beroep doen, via de geijkte intake-procedures en indien geïndiceerd, op beide vormen van "ondersteund wonen". Tussen de verschillende voorzieningen bestaan er daaromtrent afspraken ; veelal worden patiënten, die gekend zijn in een bepaald zorgcircuit verbonden aan een van de ziekenhuizen, preferentieel doorverwezen naar een aan dat ziekenhuis verbonden initiatief (dit in het kader van de nood aan zorgcontinuïteit).

De case-managers van de mobiele teams kennen hun weg binnen de bestaande procedures en helpen hun cliënt op weg.

Case-managers, die werken binnen het FACT-team, blijven ook tijdens het verblijf van patiënten in beschut wonen of in een PVT contact houden met hun cliënt. De case-manager zet zorgoverleg op met de teams die tijdelijk of eventueel blijvend de zorg opnemen. Eventueel kan, in samenspraak met de cliënt en zijn omgeving, na enige tijd het contact erg afgebouwd worden of zelfs afgebroken worden indien dat als veilig beschouwd wordt.

5.3. Nieuwe rollen

5.3.1. Netwerkcoördinator

De netwerkcoördinator wordt aangesteld door het netwerkcomité. Hij is de verbindende schakel tussen netwerkcomité en stuurgroep. In deze hoedanigheid zetelt hij in beide organen.

De netwerkcoördinator is verantwoordelijk voor de uitwerking, de opvolging en het beheer van de netwerkovereenkomst die tussen de diverse partners wordt opgemaakt.

Hij faciliteert de samenwerking tussen de verschillende partners en begeleidt de verdere ontwikkeling van het netwerk volgens de vastgelegde timing. Hij kan zelf methodieken suggereren en overleg organiseren om tot resultaat te komen. Tevens beschikt hij over de "service level agreements" tussen de partners om de netwerkontwikkeling in goede banen te leiden.

De netwerkcoördinator zal het project voorstellen en toelichten bij alle actoren die rechtstreeks of indirect bij de activiteiten van het netwerk betrokken of aangesproken kunnen worden. Naast het interne overleg tussen de partners, binnen de stuurgroep, zal hij ook de contact- en overlegfunctie waarnemen naar externe organisaties toe.

5.3.2. Teamleiders

De teamleiders van VDI en FACT krijgen de leiding over een innoverend initiatief. Ze zijn beiden verantwoordelijk voor de werking van een team dat erg dynamisch en intensief moet opereren.

5.3.3. Case-managers

De case-managers treden op als de “referentiepersonen” van de patiënt ; zij coördineren de zorg en beheren het zorgplan. Case-managers worden ondersteund door een team maar krijgen veel verantwoordelijkheid bij de begeleiding van patiënten. Dit vereist een teamgeoriënteerde instelling, de nodige ervaring, flexibiliteit en gedrevenheid.

Verdere toelichting wordt geboden in de beschrijving van de verschillende functies.

5.4. Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

5.4.1. communicatie en kwaliteitsmonitoring rond cliënten van het FACT-team

5.4.1.a. het integraal zorgplan

Inzichten over behandeling, rehabilitatie en concrete zorg/hulp zullen, door patiënt in samenspraak met de case-manager, per cliënt vertaald worden in een “integraal zorgplan”. De zorgplannen helpen de zorg te structureren, prioriteiten te stellen en maken de zorg zodoende doelgericht.

Uitgangspunten en doelen van het werken met zorgplannen zijn :

- het streven naar een zo groot mogelijke inbreng van de cliënt
- het streven naar gelijkwaardigheid in het onderhandelen omtrent het zorgplan.
- Opeenvolgende zorgplannen (en de veranderingen en ontwikkelingen ervan) maken de evolutie van de begeleiding opvolgbaar.
- Het zorgplan faciliteert de communicatie omtrent de zorg en de zorgnood eens patiënt op bijvoorbeeld opname of “bed op recept” beroep moet doen.

In een zorgplan worden volgende gegevens minimaal opgenomen :

1. algemene informatie over cliënt
2. *behandelplan* : welke concrete behandelingen lopen (farmaceutisch / psychotherapeutisch / ...) en welke afspraken bestaan hier rond (frequentie / opvolging / ...) ?
3. *signaleringsplan* : welke signalen zijn gekend die aangeven dat de patiënt minder goed is, kwetsbaar is, ... ?
4. *rehabilitatieplan* : wat zijn de gegevens / plannen omtrent wonen, werken, leren, vrije tijd, sociale contacten ?
5. *crisisplan* : Wat is er afgesproken als patiënt zich niet goed voelt ? Welke stappen kan hij zetten, welke hulpbronnen invoeren ? In welk ziekenhuis kan hij terecht voor het “bed op recept” ?
6. *doelstellingen – voorziene evaluaties.*

Het zorgplan dient dus ook de communicatie te faciliteren met diensten betrokken bij de zorg rond patiënt. Het “reist” als het ware met patiënt mee.

5.4.1.b. routine outcome monitoring

ROM is een gekende methode die impliceert dat gegevens over de resultaten van de zorg systematisch verzameld worden. Het gebeurt aan de hand van eenvoudige vragenlijsten die samen met de patiënt/cliënt ingevuld worden (GVSG, Mecca, Mansa en CAn kunnen hiervoor gebruikt worden).

Op die manier krijgt de patiënt ook feed-back omtrent de effecten van de begeleiding en wat het zorgaanbod eigenlijk doet aan de klachten en aspiraties van de cliënt.

Gegevens over de patiëntenpopulatie heen zijn ook bruikbaar voor teams om het effect van hun werk meer algemeen te kunnen opvolgen.

5.4.2. communicatie en kwaliteitsmonitoring rond cliënten van het VDI-team

5.4.2.a. het integraal zorgplan

Inzichten over indicatiestelling, behandeling, rehabilitatie en concrete zorg/hulp zullen, door patiënt in samenspraak met de case-manager (en indien geïndiceerd met het systeem rond patiënt), per cliënt vertaald worden in een “integraal zorgplan”. De zorgplannen helpen de zorg te structureren, prioriteiten te stellen en maken de zorg zodoende doelgericht.

Uitgangspunten en doelen van het werken met zorgplannen zijn :

- het streven naar een zo groot mogelijke inbreng van de cliënt.
- het streven naar gelijkwaardigheid in het onderhandelen omtrent het zorgplan.
- Opeenvolgende zorgplannen (en de veranderingen en ontwikkelingen ervan) maken de evolutie van de begeleiding opvolgbaar.
- Het zorgplan faciliteert de communicatie omtrent de zorg en de zorgnood eens patiënt op bijvoorbeeld opname beroep moet doen.

In een zorgplan worden volgende gegevens minimaal opgenomen :

1. algemene informatie over cliënt
2. *behandelplan* : welke concrete behandelingen lopen (farmaceutisch / psychotherapeutisch / ...) en welke afspraken bestaan hier rond (frequentie / opvolging / ...) ?
3. *crisisplan* : Wat is er afgesproken als patiënt zich niet goed voelt ? Welke stappen kan hij zetten, welke hulpbronnen invoeren ? In welk centrum of ziekenhuis kan hij terecht voor opvang of opname ?
4. *doelstellingen – voorziene evaluaties*.

Het zorgplan dient dus ook de communicatie te faciliteren met diensten betrokken bij de zorg rond patiënt. Het “reist” als het ware met patiënt mee.

Concreet kan gesteld worden dat betrokken partijen bij het opmaken van het zorgplan zijn : de patiënt, de case-manager / begeleider en het systeem rond patiënt (indien geïndiceerd).

Toegang tot het dossier wordt verschaft aan alle betrokkenen in de zorg – alle actoren in het zorgnetwerk rond patiënt. Een en ander is vanzelfsprekend gelimiteerd ; patiënt blijft meester over het eigen zorgplan en kan toegang tot het dossier aan betrokkenen weigeren.

5.4.2.b. routine outcome monitoring

ROM is een gekende methode die impliceert dat gegevens over de resultaten van de zorg systematisch verzameld worden. Het gebeurt aan de hand van eenvoudige vragenlijsten die samen met de patiënt/cliënt ingevuld worden (GVSG, Mecca, Mansa en CAn) kunnen hiervoor gebruikt worden).

Op die manier krijgt de patiënt ook feed-back omtrent de effecten van de begeleiding en wat het zorgaanbod eigenlijk doet aan de klachten en aspiraties van de cliënt.

Gegevens over de cliëntenpopulatie heen zijn ook bruikbaar voor teams om het effect van hun werk meer algemeen te kunnen opvolgen.

5.4.3. Instrumenten voor opvolging van netwerkorganisatie

- Eenvoudige registratie van instroom - doorstroom en uitstroom van cliënten en patiënten bij de diverse actoren (gemeenschappelijke registratie) wordt uitgewerkt.
- Systematische registratie en opvolging van de SLA 's die opgenomen zijn in de netwerkoevereenkomst.

Enkele voorbeelden

1. Wachtijd bij opname na doorverwijzing van een case-manager
2. Tijdsduur tussen opname en eerste bezoek van case-manager
3. Gevolgde opleidings-intervisie uren
4. Actuele info in zorgplan
5. ...

5.5 Management- en bestuursmodel

Netwerkcomité – dagelijks bestuur

Stuurt het gehele netwerk aan : neemt de strategische en operationele beslissingen.

Komt maandelijks samen.

In het netwerkcomité zitten vertegenwoordigers van alle kernpartners (wat concreet wil zeggen : elke partner die middelen inbrengt).

De netwerkcoördinator neemt deel aan de bijeenkomsten van het netwerkcomité.

Stuurgroep

Werkt voornamelijk op inhoudelijk vlak - evalueert de samenwerking op het terrein – adviseert het netwerkcomité en signaleert mogelijke problemen die hun aandacht verdienen.

Komt maandelijks samen.

In de stuurgroep zetelen alle verantwoordelijken van de diensten die concreet en actief betrokken partner zijn in het netwerk.

Concreet gaat het dan over de verantwoordelijken van

- het VDI-team,
- het FACT-team,
- het ontmoetingshuis,
- de residentiële diensten,
- de CGG's,
- de diensten Beschut Wonen actief in de VDI-regio.

De netwerkcoördinator neemt deel aan de bijeenkomsten van de stuurgroep . Hij zorgt voor de verbinding tussen stuurgroep en netwerkcomité.

Partneroverleg

In het partneroverleg worden alle relevante andere partners samengebracht met leden van het dagelijks bestuur. verantwoordelijken van :

- OCMW
- CAW
- Huisartsenkring
- Politie
- CLB's
- Ambulante verslavingszorg
- ...

Concrete posities

De netwerkcoördinator neemt een louter faciliterende rol op : hij moet trachten het netwerk te doen draaien – de partners te doen samenwerken. Hij heeft geen hiërarchische positie.

Elke 'dienst' heeft een teamverantwoordelijke.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering

Vanuit het Arrondissementeel overleg van OGGPA waren alle betrokken partners van dit projectvoorstel twee jaar eerder gestart om een verdergaande samenwerking met elkaar te bewerkstelligen. Dit vanuit de aangevulde nood om voor alle mensen met psychische en psychiatrische problemen in de regio Antwerpen een aanbod uit te bouwen dat gemakkelijk toegankelijk is en waarin continuïteit van zorg zoveel mogelijk geoptimaliseerd wordt.

Bedoeling was enerzijds ervoor te zorgen dat mensen met beginnende psychische problemen, die we nu niet bereiken, sneller bereikt kunnen worden en hen zorg op maat geboden kan worden. Ook met de bedoeling om chroniciteit waar mogelijk te voorkomen.

Anderzijds was het de bedoeling van deze samenwerking te trachten om datgene wat we teveel hetzelfde aanbieden te verminderen en meer in te kunnen spelen daar waar de noden zich voordoen en daardoor de kwaliteit van zorg te kunnen verhogen.

Toen kwam de opportuniteit van Psy107. Dit biedt ons de kans om wat alle partners beoogden versneld te realiseren. Binnen de schoot van het arrondissementeel overleg (OGGPA) werd een 'stuurgroep' opgericht die de projectaanvraag zou voorbereiden hierin begeleid door twee projectontwikkelaars die in deze context werden aangesteld.

Intensief overleg tussen alle partners, besprekingen binnen de maandelijkse stuurgroep-bijeenkomsten, bijdragen van een in functie van het project opgezette projectgroep en de actieve rol van de projectontwikkelaars die via werkteksten de discussie dynamiseerden, resulteerde uiteindelijk in voorliggend projectvoorstel.

Het uiteindelijk doel van de stuurgroep is dat de zorgvernieuwing concreet van start gaat in november / december 2011, bij goedkeuring van het projectvoorstel.

Concreet impliceert dit dat in de periode tussen het indienen van het projectvoorstel en de opstartfase volgende dingen concreet uitgewerkt moeten worden :

6.1.1. F2 : Uitbouw mobiele teams

- De concrete en in praktijk gebruikte financiering en middelenallocatie moet uitgewerkt worden (1). Wat betekent dat per functie binnen het VDI-team, binnen het FACT-team en binnen het ontmoetingshuis moet bekeken worden op basis van welke middelen een en ander ingevuld kan worden. Verder moet duidelijkheid bekomen worden omtrent de referentiepersonen, de teamleiders, de netwerkcoördinator en de financiering van deze functies. Voorgestelde timing: *april 2011*.

- Op basis van dit uitgewerkte plan (1) moeten dan in een tweede fase de teams gevormd worden. Zeer concreet gaat dan om het uitwerken van functieprofielen, vacatures, selectiemethoden met als sluitstuk de eigenlijke selectie. Beslist dient in deze context te worden welke functies ingevuld kunnen worden op basis van interne vacatures (intern te begrijpen als vacatures te verspreiden binnen de organisaties die beschouwd worden als kernpartners) en welke functies open vacatures veronderstellen. Voorgestelde timing : duidelijkheid omtrent de samenstelling van de teams is er in *juni 2011*.

- Uitgewerkt moet worden op welke manier de teams voorbereid dienen te worden op het opstarten van de werking. Concreet :

* vorming/opleiding/super- of intervisie

* teams betrekken bij de zeer concrete uitwerking van de eigen werking

* teamvorming

Voorgestelde timing : *juni 2011*.

6.1.2. uitbouw F4 : intensifiëring van de behandeling.

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen

- De concrete werking van de afdelingen die via de reallocatie versterkt worden met de bedoeling patiënten sneller terug te kunnen leiden naar de ambulante hulpverlening dient uitgewerkt te worden.
- Extra aandacht voor de manier waarop de samenwerking met de ambulante teams vorm gegeven wordt krijgt daarbij prioriteit (de positie van de "case-managers", de zorgplannen die de zorgcontinuïteit moeten faciliteren, integratie zorgplannen in behandelplannen, het bed op recept, ...)
- Voorgestelde timing : *een en ander is duidelijk eind september 2011.*

Binnen de PAAZ-afdelingen van het A.Z.

- Samenwerking PAAZ-afdeling met VDI-team.
- aanmeldingsprocedure vanuit VDI-team naar PAAZ-afdeling
- Voorgestelde timing : *een en ander is duidelijk eind september 2011.*

Binnen de organisaties werkend volgens de RIZIV-conventies ?

- Samenwerking Tsedek en de Evenaar met VDI-team.
- aanmeldingsprocedure vanuit VDI-team naar Tsedek en de Evenaar
- Voorgestelde timing : *een en ander is duidelijk voor de eind september 2011.*

6.1.3. Functie F1 : CGG's en VDI/FACT

- aanmeldingsprocedure vanuit CGG's bij het VDI-team (FACT-team) : criteria.
- Terugleiding vanuit VDI-werking naar CGG's.
- Voorgestelde timing : *een en ander is duidelijk eind september 2011.*

6.1.4. Uitbouw F3 : rehabilitatie

- Integratie werking ontmoetingshuis in de FACT-werking.
- Aanmeldingsprocedure voor de projecten opgeijst in de tabel "ambulante zorgvormen binnen Functie 3" : afzonderlijke afspraken per initiatief.
- Voorgestelde timing : kan gebeuren gelijktijdig met het vormen van de teams – kan opgenomen door de teams eens ze gevormd zijn. *Vanaf november 2011.*

6.1.5. Uitbouw en aansluiting op F5 : woonvoorzieningen.

- concrete samenwerkingsafspraken met diensten rond wonen zoals de diensten Beschut Wonen, de sociaal verhuur kantoren, de maatschappijen voor sociale woningbouw, ...
- Voorgestelde timing : *vanaf september 2011.*

6.1.6. Uitbouw contacten met andere voorzieningen rond welzijn

- Contacten met het OCMW, met de free-clinic, met de daklozencentra, met de CAW's, met diensten thuiszorg, familiehelp, thuisverpleging... moeten gesmeed worden. Het gaat enerzijds vanzelfsprekend om bekendmaking van het project, anderzijds gaat het om het onderzoek of concretere samenwerking mogelijk is.
- Zulks speelt zich enerzijds af op beleidsniveau – vandaar de uitdrukkelijke keuze om andere welzijnsorganisaties uit te nodigen te zetelen in het partneroverleg.

- Anderzijds is het zoeken van contact en samenwerking vanzelfsprekend ook een deel van de begeleiding rond een concrete patiënt/cliënt.
- Voorgestelde timing samenwerkingscontacten op beleidsniveau : *afgerond in oktober 2011.*

6.1.7. Uitbouw samenwerking met familie- en patiëntenverenigingen.

- Het wordt door alle partners betrokken in het netwerk erg belangrijk geacht tot een goede samenwerking te komen met de familievereniging 'Similes' en de patiëntenvereniging 'Uilenspiegel'.
- De netwerkcoördinator zal, eens het dossier eventueel goedgekeurd wordt, het projectvoorstel doornemen met de betrokken verenigingen en hun eventuele opmerkingen of vragen om bijsturing voorleggen aan het netwerkcomité.
- Betracht zal worden tot een voor alle partijen aanvaardbaar project uit te werken.
- Voorgestelde timing : afgerond bij de concrete opstart.

6.1.8. Op het niveau van het netwerk.

- Eens het project ingediend is, dient onderzocht te worden waar de rol van de netwerkontwikkelaars uitgespeeld is en vanaf wanneer de functie van netwerkcoördinator ingevuld kan worden. Duidelijkheid hieromtrent wordt verwacht *eind 2010.*
- Eens de netwerkcoördinator in dienst is, maakt hij werk van boven voorgestelde timing.
- De netwerkcoördinator faciliteert de samenwerking tussen de partners, spoort de partners aan zich aan de voorgestelde timing te houden, formuleert voorstellen over de methodes om tot resultaat te komen, herinnert de partners aan de opgemaakte 'service level agreements', etc.
- De netwerkcoördinator brengt ook mensen samen om tot de concrete uitwerking te komen van de gemaakte planning.
- Hij maakt werk van de bekendmaking van het concrete project in samenwerking met de betrokken actoren en dat binnen de participerende organisaties, binnen de partnerorganisaties, binnen organisaties betrokken bij welzijn in de regio.
- Dit alles doet hij in nauw overleg met het netwerkcomité en de stuurgroep.
- Timing : vanaf de aanstelling van de netwerkcoördinator.

6.1.9. Andere middelen : huisvesting – ondersteuningsmiddelen

- Huisvesting : pand waarin de drie teams kunnen uitgebouwd worden.
- Mobiele telefonie.
- Aankoop auto.
- Duidelijkheid omtrent een en ander wordt verwacht *voor de zomervakantie van 2011.*

6.2. Risicomanagement

6.2.1. De hulpverleningsrelatie verandert

- Ambulantisering impliceert dat patiënten begeleid worden in hun herstel in een volwaardige maatschappelijke omgeving waar onder meer de familie van betrokkene een belangrijke factor is. Het betekent dat hulpverleners actief in de steeds ambulante zorg moeten leren, meer dan nu het geval is in bijvoorbeeld de residentiële zorg, ook in de familie of naasten te investeren. De keuze de familie te ondersteunen om zo ook patiënt te ondersteunen is voor veel medewerkers in de ggz nog geen vanzelfsprekendheid.

- Ook de samenwerking met de betrokken huisartsen verdient de nodige aandacht. Terwijl de ene huisarts graag de regie uit handen zal geven als het gaat over mensen die lijden aan een erg complexe problematiek zal de ander graag betrokken blijven als aanstuurder van de zorg. Teams bezig met ambulante zorg moeten hier flexibel in kunnen schakelen en voor maatwerk kiezen. Het is voor teams die overschakelen op meer ambulante zorg niet altijd vanzelfsprekend te merken dat anderen de regie houden en dat de zorg aan dat feit moet aangepast worden.
- Het gevaar bestaat dat vermaatschappelijking van de zorg slechts een sociaal wenselijke formulering wordt. Het belangrijkste is immers de vermaatschappelijking van de patiënt/cliënt zelf (en niet die van de hulpverleners die zich meer en meer in de wijk begeven). Over inclusie spreken betekent dat de maatschappij de patiënt laat meedoen – participatie betekent dat de cliënt daadwerkelijk meedoet. Die doelstellingen worden niet bereikt zonder de burens, de buurt. Een en ander betekent dat de hulpverlener ook de buurt zal moeten trachten te beïnvloeden. Weet de buurt hoe het team te alarmeren als het misloopt – weten de burens hoe het netwerk werkt en op welk hulpverleningspad hun buur loopt - kan een buur uitleg krijgen over zijn buur die elke dag bezoek lijkt te krijgen maar nauwelijks buiten komt? Voor hulpverleners, vertrouwd met wat het beroepsgeheim allemaal inhoudt, is dat voorwaar geen vanzelfsprekende vraagstelling. Het vraagt zorgvuldig communiceren met de betrokken cliënt, met het systeem rond cliënt en met de burens en buurt...
- Het zorgplan dat patiënt en case-manager hanteren als leidraad bij de behandeling mag niet “op een eiland” geschreven worden. De begeleider werkt in een multidisciplinair team en moet er over waken dat het zorgplan dat hij en patiënt bespreken, gekend is en eventueel bijgesteld kan worden op basis van opmerkingen van het multidisciplinaire team. Als de zorg moet opgeschaald worden (waardoor het eigen team moet investeren of er beroep moet gedaan worden op andere diensten) of als het zorgplan bevestigd wordt, moet het ganse team niet alleen op basis van het zorgplan willen werken maar moet ook duidelijk worden dat het ganse team het zorgplan onderschrijft.

6.2.2. Het uitvoerend niveau – het instellingsniveau

- Het management betrokken bij de keuze voor “verdere ambulantisering” moet daadwerkelijk bereid zijn de keuzes die te maken zijn rond verdere ambulantisering te ondersteunen en moet de voorwaarden creëren om die te ondersteunen. Bijvoorbeeld de keuze voor werkbare regio’s van een 50000 tal inwoners per FACT-team stuit vaak op weerstand. De keuze wordt vaak beoordeeld als te duur, te arbeidsintensief, etc. Toch blijkt uit onderzoek dat de keuze te rechtvaardigen is als men kiest voor “zorg die makkelijk op te schalen is als de zorgnood stijgt, waardoor de nood aan heropnames relatief beperkt is”.
- De assumptie “de patiënt staat centraal” wordt makkelijk onderschreven. Maar als teams een en ander ook daadwerkelijk in hun werking doortrekken, wordt het vaak allemaal minder vanzelfsprekend. De ruimere organisatie moet de professionals en andere medewerkers ook in staat stellen die keuze consequent te maken. Voor organisaties en de overheid, bij uitbreiding, zou dat moeten betekenen dat zij in hun visie en missie aansluiten bij de visie dat mensen met psychische problemen hun leven inrichten vanuit een herstellvisie. En dat zij dat aansluiten op die visie ook concreet onderlijnen op basis van voldoende financiële ondersteuning van dit soort projecten. In die zin denken wij dat het cruciaal is dat iedereen die verantwoordelijkheid draagt bij het opzetten of begeleiden van projecten die inzetten op verdere ambulantisering ook vaak genoeg feed-back aanvaarden op de grenzen van het model en de financieringsmodaliteiten ervan.

- Een consequente keuze voor ambulante zorg werkt alleen in omgevingen waar alle soorten zorg toegankelijk, flexibel en individueel toegesneden zijn. Het netwerk moet ook uit meerdere elementen bestaan – hoe eerlijk de keuze voor ambulantisering ook, er blijven altijd klinische componenten noodzakelijk in het uit te bouwen netwerk. Het is een continue uitdaging deze verschillende functies op elkaar af te stemmen – het vraagt om een goede uitwerking van de transmurale zorg. Bij alle betrokkenen in het netwerk moet een organisatiecultuur ontstaan waarbij continuïteit van zorg en flexibiliteit ten overstaan van de zorgvraag van cliënten en hun systeem centraal staan. Transmurale afspraken kunnen dan ook best duidelijk neergeschreven worden (al biedt zelfs dat niet altijd voldoende garanties als de beddedruk groot is). Investeren in de te maken cultuurverandering is dan ook belangrijk en dient door het management consequent ondersteund te worden.
- Het ganse project is ondermeer uitgebouwd om patiënten die nu langdurig opgenomen zijn (omdat er onvoldoende uitgebouwde nazorgsystemen bestaan) te kunnen resocialiseren zonder dat er ingeboet wordt op de kwaliteit van zorg. Organisatorisch is een en ander echter moeilijk te realiseren ; er is geen overgangsregeling voorzien via “double funding” waardoor de tijdelijke afbouw van bedden tegelijkertijd met de uitbouw van de mobiele nazorgteams dient te geschieden.

6.2.3. Risico-management

- Er dient voldoende geïnvesteerd te worden in opleiding van de medewerkers. Zij moeten plots aan de slag in een veel complexere omgeving dan ze gewoon zijn. Niet alleen de patiënt zelf, maar ook het systeem rond patiënt, de burens en bij uitbreiding de buurt worden relevante partners. Kennis van het systeemgericht werken is dan ook een belangrijk aandachtspunt voor alle medewerkers.
- Aandacht voor inter- en supervisie lijkt onontbeerlijk. Medewerkers werken vaak alleen – in een “een op een” – relatie met de cliënt terwijl zij toch voortdurend bereid moeten blijven afstemming te zoeken bij wat er gedacht wordt in het multidisciplinaire team. Het vraagt om grote bereidheid het eigen denken en werken in vraag te stellen.
- Om te voorkomen dat medewerkers van ambulante teams voortdurend op grenzen botsen eens zij ondersteuning behoeven van opnamediensten of dagklinieken bijvoorbeeld, moet fors geïnvesteerd worden in de samenwerkingsafspraken binnen het netwerk.
- Om er voor te zorgen dat op instellingsniveau of op beleidsniveau voldoende steun blijft bestaan voor de consequente keuze voor ambulante zorg, dient er over gewaakt te worden dat de afstand tussen het netwerkcomité en de concrete zorgteams niet te groot wordt. Regelmatige en liefst gestructureerde contacten tussen alle betrokken in het netwerk moeten er voor zorgen dat de cultuurverandering “bij de medewerkers zelf” door de beleidsmakers begrepen en ondersteund wordt.
- Er zal bijzonder fors geïnvesteerd moeten worden in zorgvuldige en goed getimede ontslagplanning om te voorkomen dat mensen, zij het tijdelijk, aan zorg inboeten. Onderzocht moet worden of en hoe met de bijkomende middelen die ter beschikking gesteld worden een geleidelijke overgang van residentiële naar ambulante zorg te realiseren is.
- De dynamiek die ontstaat door de keuze voor ambulantisering mag vanzelfsprekend niet ten koste gaan van de aandacht voor patiënten waarbij het herstel (het persoonlijk managen van hun psychiatrisch ziekte) erg moeizaam verloopt. Voor een aantal patiënten zal ambulante zorg geen afdoende antwoord kunnen bieden op hun zorgnood.. Het blijft een cruciale uitdaging voor de sector en de overheid om blijvend in goede zorg te voorzien voor de “achterblijvers”.

7. Financiering en middelenallocatie

7.1. Inleiding

Hieronder vindt men een algemene beschrijving van de financiële bronnen die noodzakelijk zijn om het voorgestelde project waar te maken.

Het is een combinatie van herallocatie, integratie en bijkomende middelen, vertrekkend vanuit een diversiteit aan GGZ – partners.

Er is echter nog geen enkele definitief goedgekeurd engagement genomen. Van zodra er duidelijkheid bestaat omtrent de goedkeuring van dit project, zullen de engagementen financieel gedetailleerd geanalyseerd worden, en voor advies voorgelegd worden aan de medische raden en ter goedkeuring voorgelegd worden aan de respectievelijk raden van bestuur.

Het spreekt voor zich dat de beschreven engagementen wel getoetst en onderhandeld zijn met de resp. directies

In onderstaande beschrijving wordt onderscheid gemaakt tussen drie bronnen:

- herallocatie via art 107 vanuit de betrokken PZ
- een integratie van diverse middelen
- bijkomende projectmiddelen (zoals voorgesteld op 06102010)

Afgesproken binnen de stuurgroep 107 (het huidig arrondissementeel overleg Antwerpen onder OGGPA) is dat er verwacht wordt dat alle betrokken kernpartners een evenwaardige inspanning leveren aangaande het project. Het is een voorwaarde om dit project op te starten.

In een netwerkovereenkomst zal dit verder geoperationaliseerd worden.

7.2. Inzet van financiële bronnen

7.2.1. Reallocatie van Middelen via art 107

Vanuit de 4 psychiatrische ziekenhuizen wordt een engagement genomen om dit project te ontwikkelen.

Hoewel de financiële analyse nog ten gronde dient te gebeuren, zetten we de engagementen op een rij.

Het spreekt voor zich dat dit in afzonderlijke B4-overeenkomsten dient uitgewerkt worden.

Ziekenhuisnetwerk ZNA / PZ Stuyvenberg

ZNA wil hiertoe 18 A-bedden afbouwen, die evenwel eerst dienen gecreëerd door een reconversie van acute ziekenhuisbedden. Een aanvraag tot reconversie is gesteld aan de Vlaamse overheid.

Stuyvenberg zet alle vrijgekomen middelen (minstens 5VTE) in op functie 2.

PZ Br. Alexianen Boechout

Boechout heralloceert op zo'n manier (het buiten gebruik stellen van 15 T-bedden) dat er 5 VTE 'vrijkomen' waarvan ze 2,5 FTE inzetten voor de teams VDI / FACT (functie 2a/b) en 2,5 voor de versterking van F4.

PZ St. Amedeus Mortsel

Mortsel zet 5FTE in op de VDI / FACT (functie 2a/b) en zet 1,66 FTE in ter versterking van F4.

Dit budget komt vrij doordat 20T bedden tijdelijk worden buiten gebruik gesteld.

PZ Mortsel zal ook de partner zijn die het project naar de overheden promoot en de netwerkoevereenkomst zal afsluiten voor de aanwerving van de netwerkcoördinator (en in een latere fase voor de bijkomende projectmiddelen)

PZ Bethaniënhuis Zoersel

Het ziekenhuis zet 5FTE in op VDI / FACT (functie 2a/b) werking en zet 0,5FTE in ter versterking van F4.

Het gaat om een buiten gebruikstelling van 14 Tn bedden, wat 3.35 FTE oplevert en 6 T bedden wat 2.2 FTE oplevert.

7.2.2. Integratie van bestaande middelen

De betrokken Centra Geestelijke Gezondheidszorg (Andante en Vagga) zijn bereid om personeel in te zetten in het VDI – team. Er wordt concreet gedacht aan de inzet van 2 VTE per centrum, doch dit is mede afhankelijk van de participatie door de Vlaamse overheid aan het project 107 en middelen die de Vlaamse overheid voorziet voor de verdere uitbouw van het VDIP-project naar 2011.

Het PAAZ van de GVA groep (AZ St. Vincentius) is bereid om uit de algemene middelen van het ziekenhuis een bijdrage te leveren in uitbouw van het VDI-team.

De initiatieven Psychiatrisch Zorg in de Thuisituatie die werkzaam zijn in de betrokken regio zullen minstens gedeeltelijk een engagement nemen in de uitbouw van VDI en FACT

Hierbij wordt gedacht aan de initiatieven PZT Antwerpen, PZT De Link en PZT De Vliering.

Een intense samenwerking met het EPSI-team van Stuyvenberg zal zeker georganiseerd worden, in het kader van de uitbouw van crisisinterventie onder functie 2a (focus op VDI).

7.2.3. Bijkomende projectmiddelen

De mogelijke bijkomende projectmiddelen van 500.000EUR zullen noodzakelijk zijn om zowel het VDI-team, het FACT team als functie 3 (ontmoeting, sociale participatie en arbeidszorg) concreet waar te maken. Een ruw overzicht :

Personeelsmiddelen

1. Aanwerving van een netwerkcoördinator 80.000EUR

2. Ontwikkelingskost voor opmaak dossier 10.000EUR

3. Met bovenstaande herallocaties en integraties bekomen we ongeveer 18 tot 22 VTE.

Om het FACT team (10FTE) en VDI (inclusief) VDIP team uit te bouwen hebben we eveneens nood aan 10VTE

Er zal evenwel een aanzienlijk bedrag nodig zijn om de kwalificatieverhoging te financieren. We rekenen per VTE één gemiddelde jaarlijkse méérkost van 1000EUR (ook rekening houdend met de toename aan extra – prestaties)

20 x 12500 EUR 200.000EUR

4. Bijkomende personeelsleden voor logistieke en administratieve ondersteuning 75.000EUR

Werkingsmiddelen

Er wordt een huis gehuurd in de regio met diverse functies

1. Ontmoetingscentrum
2. Toeleiding naar arbeidszorg
3. Bureel- en vergaderruimte voor FACT team
4. Bureel- en vergaderruimte voor VDI team

We denken dat een voldoende ruime woning (tweewoonst) huren in deze buurt minstens een kost van 3000EUR per maand zal kosten : 12 x 3000

36.000EUR

Allerlei recurrente werkingskosten

24.000EUR

- i. EGW
- ii. Telefonie en netwerk
- iii. Vervoersonkosten
- iv.

Project (opstart)middelen (gradueel opbouwen in eerste twee kalenderjaren)

50.000EUR

- v. Inrichting burelen en lokaal
- vi. Representatiekosten (o.a. kosten voor PR, folders, website)
- vii. Aankoop fietsen voor vervoer in de stad
- viii. Aankoop auto

Er zal zeker in de eerste twee jaren sterk geïnvesteerd worden in opleiding, vorming en intervisie. We voorzien een budget voor 10 volledige dagopleidingen (1200EUR/dag) en maandelijkse supervisie (24 x 300EUR)

18200EURO

Totaal ingeschat budget voor het 1ste jaar / 2^{de} jaar

493.200EURO

2. Honorarium artsen

De beschikbaren middelen voor de mobiele teams voor de geneesheren dienen verder besproken te worden met de diverse hoofdgeneesheren en voorzitters van de medische raden van de psychiatrische ziekenhuizen en centra voor geestelijke gezondheidszorg..

We streven ernaar om de verdeling te enten op een zorgorganisatie waar 4 psychiatrische ziekenhuizen (inclusief wachten) en twee centra voor geestelijke gezondheidszorg bij betrokken zijn.

Gebruikte literatuur

Jim van Os (red.), 2008. Handboek FACT. De Tijdstroom, Utrecht.

Smyth M. (ed.), 2008. Crisis resolution and home treatment. National institute for mental health, England, West-Midlands.

Van Veldhuizen J.R. en Snijdewind A. 2006. Almaar ambulanter. Mension, Badhoevedorp.

Wilken J.P. en den Hollander D. 2008. Psychosociale rehabilitatie : een integrale benadering. SWP, Amsterdam.

Bijlage bij projectaanvraag Arrondissement Antwerpen
Dd. 31.10.2010
Invoegen bij hoofdstuk 6.1. Fasering

De mate waarin het projectvoorstel met het personeel van elke betrokken partner is besproken

Over de diverse kernpartners heen is het personeel op diverse wijze geïnformeerd bij de globale veranderingsbeweging (van vermaatschappelijking van zorg) en het specifieke project te Antwerpen.

Een opsomming:

- Deelname van directie-en stafleden, en artsen aan diverse vormingsmomenten georganiseerd door Zorgnet Vlaanderen en FOD.
- Toelichting van het specifieke project op diverse interne overlegorganen:
 - Overleg directie – stafleden – coördinatoren (//hoofdverpleegkundigen) en psychologen (zogenaamde “beleidsvergaderingen”)
 - Medische staf

Uitgebreide toelichting is bij alle partners gepland na 31.10.2010

De tendens naar verandering naar vermaatschappelijking van zorg (inclusief “de gids”) is reeds ruimer besproken naar alle personeelsgroepen (op zéér diverse fora)

- Op de verschillende ondernemingsraden is gemeld dat er mee wordt gewerkt aan de projectontwikkeling binnen het arrondissement, en dat de vakbonden meteen op de hoogte worden gebracht van zodra er méér duidelijkheid is.

De personeelsleden van de resp. zorgeenheden waar T-Td-Tn bedden “on hold” worden gezet zijn niet rechtstreeks èn specifiek geïnformeerd over de mogelijke gevolgen van de herallocatie en de verdere aanpak. Dit is een bewuste keuze om géén onrust te veroorzaken voor een project dat mogelijk niet uitgevoerd wordt.

Namens de stuurgroep art. 107
Jan Bogaerts