



## 1. Toelichting van de visie van het project

### VOORWOORD

De GGZ-partners van de regio Zuid West-Vlaanderen (zijnde Psychiatrisch Centrum OLV van Vrede Menen, Psychiatrisch Ziekenhuis H.Familie Kortrijk, AZ Groeninge Kortrijk, OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem, vzw De Bolster Beschut Wonen Kortrijk, vzw Eigen Woonst Beschut Wonen Menen, vzw Kompas Kortrijk, CGG Mandel en Leie) onderschrijven de nieuwe visie op de geestelijke gezondheidszorg met volle overtuiging. Meer zelfs, deze regio is, ondanks de beperkte aanwezige capaciteit, gedreven om zo snel als mogelijk met dit GGZ-model te experimenteren.

Er werden trouwens al heel wat initiatieven genomen, weliswaar op een bescheiden wijze vanwege bescheiden middelen, om alternatieve en aanvullende zorgfaciliteiten aan te bieden die inspelen op zorg op maat, zorgcontinuïteit en integratie.

*Zorg op maat* gezien vanuit het stepped-care principe, dus zo nodig specialistisch maar ondersteunend of herstelgericht waar wenselijk, zo nodig intensief of eerder van-op-afstand, zo nodig intramuraal of anders ambulantly, ...

*Continuïteit van zorg* gezien als creëren van diverse mogelijkheden van vervolgzorg, snelle en naadloze overgang tussen zorgmodules, goede informatie-uitwisseling tussen zorgactoren, opmaak en opvolging van zorgplan met betrokken zorgactoren en cliënt,...

*Integratie* gezien als "Echt (blijven) leven in de maatschappij / in een thuis, behoud of herstel van het burgerschap (wonen, werken, leren, relaties, vrije tijd), mét inspraak van de cliënt bij zijn behandeling.

Twee jaar geleden reeds richtte de regio een netwerkcomité op met als doel het zorgaanbod beter op elkaar af te stemmen en de samenwerking te verbeteren.

Diverse niet-GGZ actoren werden en worden steeds betrokken bij allerlei initiatieven en zijn soms zelfs de motor bij een project (vb. therapeutisch project voor bejaarden met depressieve stoornis in de thuissituatie en die niet gekend zijn door de GGZ-actoren).

GGZ is nu al te veel (moeten) kiezen voor een 'bed', niet alleen omwille van de financieringsregels zoals zo dikwijls geopperd wordt, maar ook en vooral omwille van de historiek, de gewoonte.

Artikel 107 kan de nodige flexibiliteit geven om werk te maken van alternatieven hierop. We wensen dan ook creatief om te gaan met de geboden kansen die dit met zich meebrengt.

## **2. Doelgroep**

Het model voor de GGZ dat verder wordt beschreven in dit dossier heeft alle volwassenen voor ogen die wonen binnen het beschreven werkingsgebied. Het betreft dus de leeftijdsgroep 18 (16+) – 65 jarigen.

Er dient evenwel opgemerkt dat de regio voor bepaalde subdoelgroepen weinig of geen specifiek zorgaanbod voorziet en hiervoor beroep doet op andere GGZ-partners (meestal uit de provincie West-Vlaanderen).

Zo kan doorverwezen worden voor de specialisatie NAH, SGA, high en medium – risk forensische GGZ, mentaal gehandicapten e.a.

De regio en vooral de zorgcapaciteit zijn te klein om voor bepaalde doelgroepen gespecialiseerde zorgmodules aan te bieden. We menen dat er (inter)provinciaal afspraken moeten gemaakt worden in welke regio welbepaalde doelgroepen zullen bediend worden.

Anderzijds is er toch de omgekeerde piste, zijnde dat onze regio patiënten / cliënten behandelt vanuit andere regio's. Denk aan de FOR-K te Kortrijk, weliswaar zich richtend op kinderen, alsook de residentiële behandeling van illegale drugsverslaafden in Kompas waar 60% van de patiënten niet vanuit onze regio afkomstig zijn.

Voorafgaand ook de opmerking dat niet voor elke zorgmodule eenzelfde afgebakend werkingsgebied geldt. Zo zal een mobiel team in een ander (kleiner) werkingsgebied werkzaam zijn dan pakweg een T-afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis.

Bovendien kan het zijn dat bepaalde doelgroepen (problematieken) beter ambulante behandeld worden, of net niet. Het is algemeen aanvaard dat iemand met een borderlinerstoornis zoveel als mogelijk ambulant moet begeleid worden. Veel hulpverleners zijn bijvoorbeeld ook de mening toegedaan dat iemand met een zware verslavingsproblematiek best eerst intramuraal behandeld wordt.

## **3. Doelstellingen**

Wanneer men de zorgvernieuwing in de GGZ voor ogen had, en nog steeds heeft, dan staan begrippen als meer zorg op maat, meer continuïteit van zorg en meer vraaggestuurd werken centraal. Het principe van stepped-care, getrapte zorg, waarbij de lichtst mogelijke vorm van zorg wordt aangeboden, is een ander belangrijk doel.

Het medisch model dat zijn waarde heeft, wordt niet in vraag gesteld, maar er wordt van de zorgactoren verwacht dat de integratie versterkt wordt. De noden van de persoon met een psychische of psychiatrische problematiek worden gekaderd binnen zijn concrete leef-, leer- en werkomgeving. Intramurale behandeling en begeleiding worden verwacht korter, intensiever, specifiek te zijn. Laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg vormt dé uitdaging. De sector die er altijd van uit ging dat de cliënt naar hem toe komt, zal de knop moeten kunnen omdraaien en bereid zijn om ook naar de cliënt toe te gaan binnen zijn vertrouwde leefmilieu.

Verder mag er verwacht worden dat er méér cliënten kunnen behandeld en begeleid worden via dit nieuwe werkmodel mét dezelfde middelen.

Binnen een werkingsgebied moet een totaalzorgpakket geboden worden (de 5 functies).

Het gaat om een basispakket van algemene psychiatrie (lees: aanbieden van zorgactiviteiten binnen de 8 zorgfuncties beschreven in Spiller, zijnde aanmelding, indicatiestelling, behandeling, begeleiding, psycho-educatie, activering, dienstverlening en verzorging) voor de globale bevolking van dat werkingsgebied, al of niet aangevuld met specialisaties. Voor doelgroepen waarvoor de regio geen zorgaanbod voorziet, zullen grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten dienen afgesloten te worden.

De kwaliteitsvolle en deskundige zorg die op heden geboden wordt, wordt niet in vraag gesteld. Wel is er de vaststelling dat:

- er wachtlijsten blijven bestaan in diverse voorzieningen
- er weinig alternatieven bestaan op een intramurale behandeling of begeleiding
- er na ontslag uit een intramurale setting nog te weinig opvolging is binnen het thuismilieu
- de reguliere diensten voor thuisverpleging en gezinszorg, huisartsen, OCMW's, ... melding maken van ernstige en veelvoorkomende psychische en psychiatrische problematieken bij hun cliënten
- er weinig aan preventie en vroegdetectie wordt gedaan binnen de GGZ
- ...

Het zijn bovenstaande knelpunten en criteria die geëvalueerd dienen te worden en waarop resultaten dienen geboekt te worden, mét behoud van de huidige sterktes.

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

##### 4.1 Geografisch werkingsgebied

Het werkingsgebied dat we voor ogen hebben is de zorgregio zoals beschreven in het woonzorgdecreet van Vlaanderen. Dit bevat de volgende gemeenten/steden: Anzegem, Avelgem, Deerlijk, Dentergem, Harelbeke, Kortrijk, Kuurne, Menen, Oostrozebeke, Spiere-Helkijn, Waregem, Wervik, Wevelgem, Wielsbeke en Zwevegem.

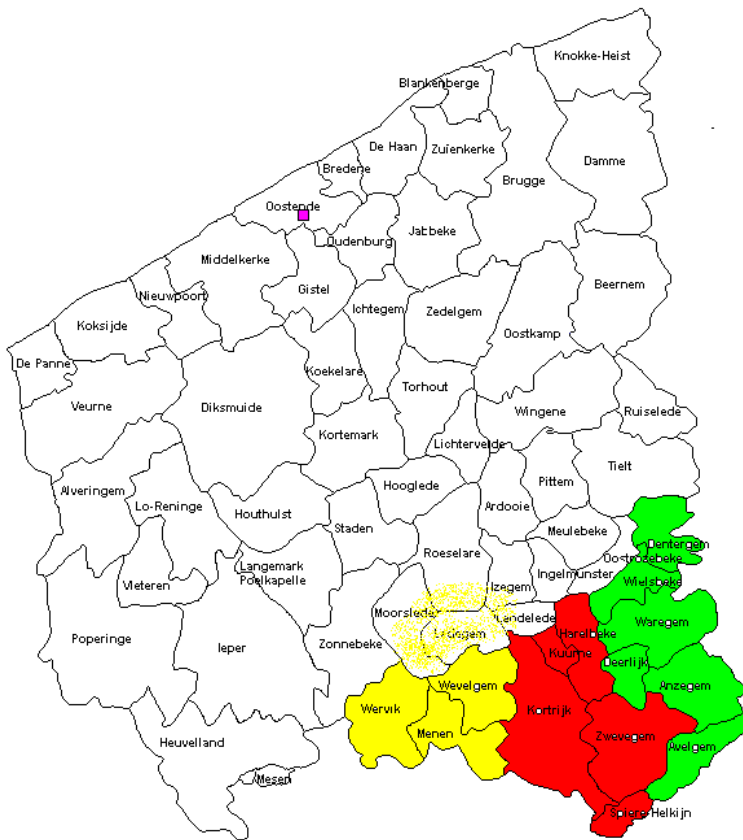
Het aantal inwoners bedraagt 306 351 (cijfers 2005).

Rekeninghoudende met de bevolkingscijfers per gemeente of stad zouden de 3 subregio's die we wensen uit te tekenen (zie onderstaande kaart) voor de mobiele teams volgend aantal inwoners bedienen:

- |   |                 |
|---|-----------------|
| - subregio Menen (geel, excl. gearceerde deel): | 80 993 inwoners |
| - subregio Kortrijk (rood):                     | 137 892         |
| - subregio Waregem (groen):                     | 87 466          |

Dit werkingsgebied valt samen met de SEL-regio en wordt gevolgd bij o.a. het pilootproject Psychiatrische Thuiszorg Vesta, het Tender-project en 2 therapeutische projecten die er lopende zijn.

Het heeft als grote voordeel dat de samenwerking met de thuiszorgdiensten via het SEL reeds goed is uitgebouwd en er een goede verstandhouding bestaat.



Opmerking: ongeveer 20 % van de patiëntenpopulatie binnen het PC Menen is afkomstig vanuit het geel-gearceerde gedeelte (Moorslede, Roeselare, Izegem, Ledegem).

#### 4.2 Kenmerken van de doelgroep in werkingsgebied

##### 4.2.1 Enkele algemene cijfers over de bevolking (bron: NIS)

	Prov. W-Vlaanderen	Stad Kortrijk	Stad Waregem	Stad Menen
Inwoners	1.150.487 (1/1/08)	74.208 (31/12/08)	36 274 (31/12/08)	32 585 (31/12/2008)
- Mannen	49,27 %	48,76 %	49,39 %	48,90 %
- Vrouwen	50,73 %	51,24 %	50,61 %	51,10 %
Leeftijdsopbouw				

(1/1/08)				
- 0-17 jaar	19,05 %	19,16 %	19,93 %	20,24 %
- 18-64 jaar	60,95 %	60,44 %	62,69 %	60,32 %
- 65 jaar en ouder	20,00 %	20,40 %	17,38 %	19,41 %
Buitenlanders	2,48 % (1/1/08)	4,65 % (1/1/08)	2,02 % (1/1/08)	6,95 % (1/1/08)
Gemiddeld inkomen	14.243 €/inw. (2006)	14.534 €/inw. (2006)	14.469 €/inw. (2006)	13.000 €/inw. (2006)
Inwoners per km <sup>2</sup>	366 inwoners/km <sup>2</sup> (2008)	924 inwoners/km <sup>2</sup> (2008)	811 inw/km <sup>2</sup> (2008)	981 inw/km <sup>2</sup> (2008)
Werkloosheidsgraad	5,53 % (jan. 2009)	7,37 % (jan. 2009)	4,55 % (jan. 2009)	7,91 % (jan. 2009)

#### 4.2.2 Aantal private huishoudens (HH) op 1 januari (bron: www.lokalestatistieken.be)

	W.VI.	W.VI.	Kortrijk	Kortrijk	War.	War.	Menen	Menen
	1997	2007	1997	2007	1997	2007	1997	2007
<b>HH 1 p.</b>	112 316	143 492	9 548	10 948	2 577	3 561	3 381	4 145
<b>HH 2 p.</b>	147 149	171 250	9 683	10 589	4 176	5 107	4 527	4 880
<b>HH 3 p.</b>	79 394	74 838	4 943	4 447	2 585	2 408	2 402	2 129
<b>HH 4 p.</b>	70 779	65 617	4 462	3 856	2 612	2 330	1 825	1 744
<b>HH 5 p.</b>	24 995	21 922	1 693	1 479	869	720	650	592
<b>HH 6 p.</b>	6 298	5 299	442	404	214	167	151	164
<b>HH 7 p.</b>	1 393	1 244	94	118	40	39	36	44
<b>HH 8 p.</b>	426	396	34	40	22	23	13	16
<b>HH 9 p.</b>	148	146	16	18	9	7	7	5
<b>HH 10+</b>	107	110	14	16	7	5	2	4
<b>Totaal</b>	<b>443 005</b>	<b>484 314</b>	<b>30 929</b>	<b>31 915</b>	<b>13 111</b>	<b>14 367</b>	<b>12 994</b>	<b>13 723</b>

#### 4.2.3 Werkloosheid (18 – 64 jaar; jaar 2008) (bron: www.lokalestatistieken.be)

	West-Vlaanderen	Kortrijk	Waregem	Menen
<b>Niet-werkende werkzoekenden</b>	25 611	2 137	748	1 007
<b>Werkenden</b>	502 232	31 247	16 498	13 651
<b>Beroepsbevolking</b>	527 843	33 384	17 246	14 658
<b>Bevolking op beroepsact. lft.</b>	701 289	44 686	22 550	19 579
<b>Activiteitsgraad</b>	75,27 %	74,71 %	76,48 %	74,87 %

<b>Werkzaamheidsgraad</b>	71,62 %	69,93 %	73,16 %	69,72 %
<b>Werkloosheidsgraad</b>	4,85 %	6,40 %	4,34 %	6,87 %

#### 4.2.4 Welzijn, kansarmoede

Tabel 1: Aantal personen die recht hebben op maatschappelijke integratie volgens geslacht (bron: [www.lokalestatistieken.be](http://www.lokalestatistieken.be))

	<b>W.VI.</b>	<b>W.VI.</b>	<b>Kortrijk</b>	<b>Kortrijk</b>	<b>War.</b>	<b>War.</b>	<b>Menen</b>	<b>Menen</b>
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009
<b>Mannen</b>	1 604	2 002	223	334	10	17	74	79
<b>Vrouwen</b>	2 328	2 486	292	339	40	26	126	130
<b>Totaal</b>	<b>3 932</b>	<b>4 488</b>	<b>515</b>	<b>673</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>200</b>	<b>209</b>
		<b>(0.4%)</b>		<b>(0.9%)</b>		<b>(0.1%)</b>		<b>(0.6%)</b>

Tabel 2: Aantal leefloners naar geslacht geslacht (bron: [www.lokalestatistieken.be](http://www.lokalestatistieken.be))

	<b>W.VI.</b>	<b>W.VI.</b>	<b>Kortrijk</b>	<b>Kortrijk</b>	<b>War.</b>	<b>War.</b>	<b>Menen</b>	<b>Menen</b>
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009
<b>Mannen</b>	1 343	1 709	185	287	7	13	56	58
<b>Vrouwen</b>	1 978	2 175	258	296	25	17	98	105
<b>Totaal</b>	<b>3 321</b>	<b>3 884</b>	<b>443</b>	<b>583</b>	<b>32</b>	<b>30</b>	<b>154</b>	<b>163</b>
		<b>(0.3%)</b>		<b>(0.7%)</b>		<b>(0.08%)</b>		<b>(0.5%)</b>

Tabel 3: Aantal kansarme geboorten (bron: [www.lokalestatistieken.be](http://www.lokalestatistieken.be))

	<b>W.VI.</b>	<b>Kortrijk</b>	<b>War.</b>	<b>Menen</b>
<b>Jaar</b>	2007	2007	2007	2007
<b>%</b>	4.9 %	6.3 %	3.2 %	22.5 %

#### 4.3 Beschouwingen m.b.t. het werkingsgebied

De regio mag dichtbevolkt genoemd worden met ongeveer 900 inwoners per vierkante kilometer.

Er is een as van 3 stadskernen (Menen-Kortrijk-Waregem) alsook een landelijk gebied (Anzegem-Avelgem-Spiere).

Dit heeft als gevolg dat de regio ZW-Vlaanderen met zijn 300 000 inwoners kan opgedeeld worden in 3 keer 100 000 inwoners. Concreet wordt voorgesteld een straal van 10 kilometer te trekken rond elk van deze 3 steden om een werkingsgebied te bepalen voor mobiele thuiszorgteams (functie 2 en 3).

Ook de functie 1 zal zeer lokaal dienen te worden aangeboden en aldus laagdrempelig toegankelijk te zijn. Op deze manier wordt heel de regio omvat!

Overall merken we een vrij relevante toename van de kansarmoede en van kleine huishoudens.

Er bestaan verder wezenlijke verschillen tussen de 3 subregio's Kortrijk-Waregem-Menen.

Zo merken we dat het jaarinkomen in Menen merkkelijk lager ligt dan in de andere regio's. Ook zijn er in Menen meer buitenlanders, meer alleenstaanden en is de werkloosheidsgraad hoger dan gemiddeld.

## **5. Beschrijving van de nieuwe structuur**

### **5.1 Netwerksamenstelling**

Hier verwijzen we, behalve onderstaande toelichting, graag naar de bijlage 1, zijnde de netwerkovereenkomst van regio ZW-Vlaanderen op heden.

In de regio ZW-Vlaanderen is er een lange traditie van overleg en samenwerking tussen de GGZ-actoren. We vernoemen hier de werking van het regionaal overlegplatform dat bijvoorbeeld uitwisselingsprojecten organiseerde, de softwaretool Spiller als eerste in W-Vlaanderen hanteerde om het zorgaanbod in kaart te brengen aan de hand van de zorgfuncties, transferdocumenten opstelde, bijscholingen organiseerde, scholenprojecten en andere beeldvormings- en preventieprojecten opzette.

Wanneer de overheden van ons land de kans boden of bieden om in te stappen in pilootprojecten, werden de krachten vaak gebundeld. Zo kon het pilootproject Psychiatrische zorg in de thuissituatie Vesta opgericht worden en verloopt de werking ervan zeer goed onder supervisie van een stuurgroep die bestaat uit enerzijds GGZ-actoren en anderzijds de SEL, Similes en diensten voor thuisverpleging en gezinszorg. Ook de 2 therapeutische projecten verlopen gelijkaardig waarbij we mogen zeggen dat de samenwerking tussen GGZ-actoren alsook met de niet GGZ-actoren verstevigd is hierdoor.

De PVT Valckeberg is ook een prima voorbeeld van hoe de samenwerking tussen GGZ-actoren kan resulteren in een mooi initiatief.

Uiteraard, verder in de tijd, waren projecten als Beschut Wonen ook voorbeelden van samenwerking tussen bijvoorbeeld CGG en psychiatrische ziekenhuizen.

In het kader van de zorgvernieuwing binnen de GGZ werd de zogenaamde Ledenraad of Netwerk van GGZ-voorzieningen van de regio ZW-Vlaanderen opgericht. Dit resulteerde in een overeenkomst die op 6/10/2009 ondertekend werd door alle leden. In feite wordt dit mits aanpassingen het Netwerkcomité zoals voorgesteld in de Gids.

## 5.2 Taakverdeling in het netwerk

### 5.2.1 HUIDIG ZORGAANBOD IN HET WERKINGSGBIED (doelgroep: volwassenen)

#### 5.2.1.1 Volgens aard van de bedden / plaatsen / dossiers (klassieke visie)

PAAZ OLV van Lourdes ZH Waregem	30 A
PAAZ / EPSI AZ Groeninge Kortrijk	50+10 A
A te PZ H.Familie Kortrijk	75 A
A te PC OLV v/ Vrede Menen	30 A (TOTAAL: <b>195 A</b> )
T te PC OLV v/ Vrede Menen	<b>90 T</b>
Residentiële (crisis)behandeling in Kompas Kortrijk	16 (A)
a-partieel te PC OLV v/ Vrede Menen	4+1 a
a-partieel te PZ H.Familie Kortrijk	15 a
a-partieel te AZ Groeninge Kortrijk	7 a
t-partieel te PC OLV v/ Vrede Menen	78 t
Beschut Wonen De Bolster Kortrijk	5 FTE (40 plaatsen)
Beschut Wonen Eigen Woonst Menen	10.50 FTE (84 plaatsen)
PZT-begeleiding te Menen	1.55 FTE (60 lopende dossiers)
PZT-begeleiding te Kortrijk	1 FTE ( 40 lopende dossiers)
PZT-zorgcoördinatie Vesta te Kortrijk	2 FTE ( 65 lopende dossiers)
Nazorg geboden door intramurale teams Menen	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door intramurale teams Kortrijk	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door Beschut Wonen Menen	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door Beschut Wonen Kortrijk	5 lopende dossiers
CGG Mandel-Leie Volw. Kortrijk (2009)	529 lopende dossiers, 327 opgestart
CGG Mandel-Leie Volw. Menen (2009)	204 lopende dossiers, 155 opgestart
Dagactiviteitencentra en Arbeidszorgcentra	(zie functie 3 hieronder)

- Wat betreft CGG zijn dit cijfers exclusief de forensische dossiers.

- Er dient opgemerkt dat de doelgroep Ouderen (65+) ook beroep doet op (delen van) bovenstaande capaciteit.

- Volledigheidshalve voegen we hieraan toe dat er in PC Menen 30 Tg bedden bestaan, dat er PZ HF Kortrijk 24 K-bedden, 1 k-dag en 5 k-nacht bestaan en dat er in AZG Kortrijk 30 bedden voor gerontopsychiatrie bestaan.



### 5.2.1.2 Volgens de 5 functies (vernieuwde visie)

#### *Functie 1: vroegdetectie, preventie, screening*

Gebeurt op heden zeker te weinig en niet systematisch, tenzij m.b.t. suïcidepreventie.

In het CGG gaat het bij kinderen / jongeren wel vaak om een eerste contact met de GGZ, en PZT Vesta biedt advies, coaching en zorgcoördinatie aan ten behoeve van de eerste lijn.

Als het gebeurt naar volwassenen toe, vooral in het CGG, betreft het eerder secundaire preventie. Dit omwille van het feit dat het de doelgroep Volwassenen betreft.

In de ziekenhuizen is er hoofdzakelijk sprake van tertiaire preventie, gericht op voorkomen van herval en heropname.

In Kompas worden binnen het centrum voor ambulante drugverlening op vraag van ouders, scholen of instellingen voor bijzondere jeugdzorg 1 à 2 gesprekken gevoerd met als doel een situatie in te schatten en aldus de ernst van het gebruik te peilen. Dít zonder ervan uit te gaan dat er automatisch een verdere begeleiding volgt.

Ook kan er op aanvraag dossiergebonden coaching geboden worden aan welzijnswerkers en teams. Dit gebeurt bijvoorbeeld voor de OCMW-equipe te Wevelgem en voor het team De Wijzer te Wervik, waar iemand van Kompas aanwezig is op de teamvergadering.

In het psychiatrisch ziekenhuis H.Familie te Kortrijk en in het PC OLV van Vrede te Menen neemt men deel aan het Tender-project van de VDAB. Dit kan men ook situeren onder de functie 1 waarbij men een onderzoek doet bij de werkloze of hij al of niet arbeidsgeschikt is of kan geöriënteerd worden naar arbeidszorg, vanwege een ernstige medische, mentale, psychische of psychiatrische (MMPP) problematiek. Bijkomend doel is dat de persoon indien wenselijk de nodige behandeling en/of begeleiding krijgt om toegeleid te worden naar een werkmiddel. TRAVO (Menen) en DOMINO (Kortrijk) bieden stages aan binnen het tender-project (wat valt onder functie 3).

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

We wensen te verduidelijken dat wij onder '*ambulant*' mobiel verstaan.

##### 1. Submodule acute en intensieve psychiatrische thuiszorg

Enkel bij de tijdelijk door het Verslavingsfonds gesubsidieerde projecten is er sprake van intensieve begeleiding aan huis. Zo kan Kompas binnen dergelijk project crisishulp aan huis bieden waarbij men binnen de 24 uur aanwezig is en waar er intensieve begeleiding geboden wordt gedurende maximaal 6 weken.

Kompas gaat sporadisch wel aan huis bij problemen of crisis bij gekende cliënten binnen de context van de ambulante werking.

En de PZT-medewerkers hebben een aantal casussen waar we kunnen spreken over verzorg. Welzijnswerkers of privé-psychiaters doen hier af en toe beroep op.

We wensen hier op te merken dat wanneer men spreekt over 'behandelen', wij dit wensen te benaderen als eerder "eng therapeutisch". Wil dit zeggen dat 'begeleiden' betekent dat men niet behandelt? Zeker niet, maar bijvoorbeeld individuele of groepspsychotherapie of relaxatietherapie of gezinstherapie, om maar enkele therapeutische activiteiten te noemen, wensen we eerder in een poliklinische setting en niet in de thuissituatie aan te bieden. Ondersteunende gesprekken dan weer wel. M.a.w. is begeleiden eerder te verstaan als aanbieden van herstelgerichte en ondersteunende zorgactiviteiten.

Tijdens crisisinterventies bij acute problemen is het natuurlijk moeilijk om te stellen of het nu om zorgactiviteiten gaat die onder de noemer behandelen of begeleiden vallen, maar met een multidisciplinaire aanpak onder leiding van de psychiater is deze aanpak o.i. wel degelijk behandelen.

Vanuit bovenstaande bedenkingen zouden we opteren om de benaming van functie 2 te wijzigen in 'mobiele intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische en psychiatrische problemen'.

## 2. Submodule langdurige psychiatrische thuiszorg voor chronische patiënten (FACT)

In samenwerking met het pilootproject psychiatrische thuiszorg Vesta (2 FTE) zorgen psychiatrische thuiszorgbegeleiders in Kortrijk (1 FTE) en in Menen (1,55 FTE) voor psychiatrische ondersteunende thuiszorg. Het grootste gedeelte van het cliëntenbestand (excl. Vesta) m.b.t. de begeleidende activiteiten betreft personen met een langdurige psychiatrische problematiek die gekend zijn binnen de (intramurale) sector. Vesta richt zich meer op mensen aangemeld vanuit de reguliere thuiszorg.

De taakafspraken zijn als volgt: Vesta zorgt hoofdzakelijk voor de dossiers waar de zorgcoördinatie centraal staat (in gans de regio) en de thuiszorgbegeleiders van de subregio Menen en de subregio Kortrijk volgen de dossiers in hun regio op waar de begeleiding de hoofdmoot van de zorgactiviteiten uitmaakt.

Ook de teams van Beschut Wonen te Menen en te Kortrijk zetten respectievelijk een voltijds en een halftijds effectief in om in het bijzonder bepaalde ex-bewoners langdurig te begeleiden nadat ze zelfstandig zijn gaan wonen. In Kortrijk zal men zelfs tijdelijk toekomstige bewoners al gaan opvolgen na hun ontslag uit het ziekenhuis.

Verder biedt Kompas vanuit afdeling de Kier, in het kader van nazorg, rehabilitatiezorg aan die soms heel aanklappend kan zijn.

Volledigheidshalve dienen we hier ook de 2 therapeutische projecten te vermelden die voor de regio actief zijn. Eén project richt zich op mensen met een persoonlijkheidsstoornis en een ander op bejaarde depressieve personen die thuis wonen. Het gaat in hoofdzaak over zorgcoördinatie maar het gebeurt dat een psychiatrisch deskundige vanuit een ziekenhuis aan huis gaat opdat hij gericht advies kan geven aan bijvoorbeeld een dienst voor gezinszorg m.b.t. het omgaan met bepaalde situaties die zich voordoen.

Tot slot kan ook Puente hier zijn plaats krijgen. Zowel vanuit het psychiatrisch ziekenhuis te Menen als te Kortrijk wordt binnen dit project opvolgzorg geboden aan personen met hoofdzakelijk psychotische stoornissen. De opvolgzorg is een vorm van aanklampende zorg waarbij het doel is dat de onderhoudsbehandeling op vlak van medicamenteuze therapie (depot-inspuitingen) blijft lopen opdat herval kan voorkomen worden.

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

Deze functie is sterk uitgewerkt in de regio Kortrijk en Menen. In de regio Waregem is er minder zorgaanbod beschikbaar mbt. functie 3.

De activiteiten gericht op herstel en inclusie variëren van vrij economisch gericht (werk) over zinvolle dagbesteding tot vorming en ontmoeting.

De toegankelijkheid is eerder laagdrempelig gezien de aard van de doelgroep.

In cijfers betekent dit het volgende:

- Activiteitencentrum TRAVO te Menen (vanuit Beschut Wonen i.s.m. PC Menen): 55 plaatsen, 100 dossiers op jaarbasis
- Activiteitencentrum CONTACT te Menen (vanuit PC Menen): 65 cliënten, 80 dossiers op jaarbasis
- Arbeidszorgcentrum Domino te Kortrijk, 65-70 cliënten
- Arbeidszorgcentrum De Hond in het kegelspel, 10 cliënten
- Activiteitencentrum De Bolster te Kortrijk, 65-70 cliënten
- De VZW Tandem te Waregem, bestaat uit Veloods, Strijk-ijzer en Klus-ter, is een sociaal economie bedrijf met een aantal plaatsen voor arbeidszorg.

### *Functie 4: intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen als opname noodzaak is*

De Epsi-eenheid binnen de PAAZ te AZ Groeninge Kortrijk zorgt voor de spoed- of urgentiefunctie binnen de regio (24-uurs). In samenwerking met het psychiatrisch ziekenhuis H.Familie te Kortrijk wordt zoveel als mogelijk onmiddellijke vervolgovang gerealiseerd, gezien het feit dat de EPSI als modaliteit hanteert dat een opname maximaal 72 uur kan duren.

Ook in het H.Hartziekenhuis Roeselare campus Menen komen op de spoedafdeling veelvuldig personen terecht met een psychische problematiek. Veelvuldig worden ze (meteen) doorverwezen naar de opnameafdeling van het PC Menen die zich zodanig organiseert dat een onmiddellijke opname meestal mogelijk is.

In de PZHn te Menen en Kortrijk heeft men een crisisinterventieunit van resp. 10 en 20 bedden. Dit is een gesloten unit voor opvang van patiënten in een crisistoestand: vb. voor patiënten die onder gedwongen opnamestatuut worden opgenomen, personen waarbij reëel suïcidegevaar optreedt, bij totale ontreddeing, bij acute psychose of i.f.v. ontwenning... Opvallend is dat deze laatste categorie het meest aangetroffen wordt in de PAAZ-afdelingen.

De overige A-bedden te Waregem, Menen en Kortrijk (incl. a-dag) mag men beschouwen als crisis- en acute behandelbedden en -plaatsen.

De voorhanden zijnde T-units (3 keer 30 bedden) te Menen mag men definiëren als afdelingen voor intensieve voortgezette behandeling. Het PC Menen heeft ondanks het feit dat ze slechts beschikt over 30 A-bedden gemiddeld 70 tot 75 patiënten in A-statuut, wat toch wel wijst op intensifiëring van de zorg in de T-bedden.

In Menen beschikt men ook over 30 Tg-bedden, een afdeling die men mag zien als rehabilitatieafdeling, bedoeld voor zwaar chronische (in)stabile problematieken. Tg doet verkeerdelijk veronderstellen dat het hier gaat om uitsluitend bestemd voor de doelgroep bejaarden. We merken evenwel op dat ook heel wat niet bejaarde patiënten hier geruime tijd verblijven. Een deel van deze patiënten zou wellicht geïoriënteerd kunnen worden naar een zogenaamde PVT+.

De dagkliniek te Menen wordt opgedeeld in 2 subunits, zijnde één voor kortere opnames en één voor middellange of langere opnames. Indien de behandeling niet langer centraal staat, maar verdere opvolging wenselijk lijkt, wordt uitgekeken naar diverse vervolmodules van de functies 2 en 3.

In het PZ te Kortrijk kiest men er voor om de 15 a-dag (50 dossiers) te integreren in de behandelafdelingen. De duur van de behandeling varieert tussen 6 tot 18 maand.

Dagkliniek in combinatie met Beschut Wonen komt ook voor.

In het AZ te Kortrijk bestaat er een kleine dagafdeling (7 a-dag), de Bres, bestemd voor minder complexe en langdurige problematiek. Men kan er maximaal 3 maand verblijven.

Er is duidelijk sprake van een aanbod van algemene psychiatrie in de regio waarbij we merken dat de 3 grote diagnosegroepen, zijnde stoornis middelen, angst- en stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen het grote gros uitmaken van de opgenomen patiënten (80 tot 85 %).

De groep persoonlijkheidsstoornissen is een goede vierde. De andere DSM IV-groepen zijn minder frequent aanwezig.

Kompas tenslotte, verzorgt de crisisopvang en de behandeling van personen met een illegale drugsafhankelijkheid, al of niet in combinatie met psychische problemen.

*Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan geboden worden indien het thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is*

Beschut Wonen De Bolster en Eigen Woonst begeleiden respectievelijk 40 bewoners te Kortrijk en 84 bewoners te Menen.

De PVT Valckeburg (60 bedden, mede opgericht door de 2 psychiatrische ziekenhuizen van de regio), weliswaar gevestigd te Rumbek, dient hier vermeld te worden omdat in deze PVT hoofdzakelijk personen verblijven die vanuit de T-bedden komen van onze regio en dus hun domicilie hadden in onze zorgregio. Deze PVT zal ook in de toekomst een belangrijke verwijsinstantie van chronische patiënten vormen voor onze regio.

### 5.2.1.3 Ander zorgaanbod

H.Hartziekenhuis Roeselare campus Menen: spoedfunctie in samenwerking met (de psychiaters van) het PC OLV v/ Vrede Menen

Beschutte Werkplaatsen 't Veer te Menen (met expliciete aandacht voor GGZ gezien opgericht vanuit PC Menen) en De Waak te Kuurne (ook arbeidszorg is aanwezig)

Poliklinische activiteiten van psychiaters, psychologen (zowel privé als in ziekenhuizen)

PZT Dubbele diagnose (Verslavingsfonds, dus tijdelijk) te Menen: 1 FTE, 10 dossiers

PZT Illegale Drugs (Verslavingsfonds, dus tijdelijk) door Kompas te Kortrijk, 8 dossiers

### 5.2.1.4 Cijfers (2009) die de werking illustreren in de A- en T-bedden van de regio

	PCM	AZG	HFK	OLVvL
Aantal aanmeldingen	860	837 (*)	NB	NB
Aantal medische opnames	710	1290	696	700
Aantal eerste opnames	39 %	65 %	33 %	45 %
Aantal Gedwongen Opnames	85	NVT	112	NVT
Verblijfsduur A-dienst	37 d.	12 d.	59 d.	16 d.
Verblijfsduur T/Tg-dienst	193 d.	NVT	NVT	NVT
Aantal cliënten in Nazorg	144	NVT	40	NVT
Wachttijst (gemiddeld)	7	0	7	0
Herkomst (uit SEL-regio)	73 %	86 %	74 %	96 %

(\*) dit zijn opnames via de grote poort

Er is geen sprake van leegstand in zowel de T- als de A-bedden.

Een niet onaardig deel (35 tot 45) van de T-bedden behandelt patiënten op korte termijn (lees: minder dan 6 maand verblijf). Uit de MPG-cijfers van het eerste semester van 2010 leren we dat er 107 rechtstreekse opnames waren in de 90 T-bedden en 101 in de (grotendeels) t-dagkliniek van het PC Menen.

Wachttijsten bestaan, maar zijn eerder beperkt qua aantal.

Verder blijkt uit opgevraagde MPG-cijfers dat het aantal patiënten uit het arrondissement Kortrijk dat behandeld wordt in andere regio's ongeveer even groot is als het aantal patiënten vanuit andere regio's die in onze behandelsettings behandeld wordt.

We menen hieruit te mogen besluiten dat de huidige bedden capaciteit weliswaar voldoende groot is, maar ook zeer intensief gebruikt wordt.

De regio, die historisch over een beperkte bedden capaciteit beschikte, is al vlug genoodzaakt geweest om antwoord te bieden aan de steeds stijgende hulpvraag via innoverende projecten.

Het is de bezorgdheid van alle partners dat er in eerste instantie voldoende bedden overblijven opdat de regio kan blijven instaan voor zowel acute als eerder chronische zorgbehoeften van de bevolking. In een latere fase kan geëvalueerd worden of verdere afbouw mogelijk is en alternatieve zorgvormen kunnen aangeboden worden vanuit vrijgekomen middelen.

## 5.2.2 TOEKOMSTIG ZORGAANBOD IN HET WERKINGSGEBIED (doelgroep: volwassenen)

### 5.2.2.1 FUNCTIE 1

Preventie, vroegdetectie, probleemdefiniëring, behandeldiagnostiek
--

In deze regio is de functie 1 te weinig (zie vorig hoofdstuk) aanwezig.

Deze regio wenst dan ook de consultfunctie in de eerstelijns verder uit te bouwen, zij het met beperkte middelen vanuit het CGG Mandel en Leie.

Meerbepaald zullen de huisartsenpraktijken belangrijke partners worden waar we de GGZ-deskundigheid kunnen inbrengen.

Het CGG Mandel en Leie wenst hier een vooraanstaande trekkersrol op zich te nemen en is uitstekend geplaatst en gelokaliseerd met zijn 3 huidige werklocaties binnen de regio.

Om bovenstaande doelstellingen te realiseren zal het CGG Mandel-Leie 10% van zijn werkingsmiddelen heroriënteren.

Wat vroegdetectie betreft, menen we te mogen stellen dat op huidig moment deze opdracht niet kan gerealiseerd worden binnen de voorhanden zijnde personeelsbestaffing / afbouw van bedden. Met de vrijgekomen middelen zal in de eerste fase de functie 2 grondig worden uitgewerkt.

### 5.2.2.2 FUNCTIE 2

Ambulante (lees: mobiele) intensieve behandel- en begeleidingsteams voor zowel acute als meer chronische patiënten
--

Voor deze regio lijkt het ons *ideaal* om 3 teams per submodule te installeren op een welbepaalde locatie (Menen, Kortrijk, Waregem) voor telkens 100 000 inwoners. Deze teams zouden dan kunnen werken in een straal van 10 tot 15 kilometer, dit om enerzijds snel ter plaatse te kunnen zijn bij een dringende hulpvraag maar anderzijds ook om de verplaatsingstijd te beperken. Bovendien moet het team herkenbaar worden voor zowel de lokale bevolking als voor de zorgactoren. Als de regio te groot wordt of een team teveel leden zou tellen, zal dit moeilijker te bewerkstelligen worden.

Merk op dat mobiele teams in landen als Engeland, Ierland, Nederland werken voor een regio van 50000 tot 60000 inwoners.

Voor de 3 teams wensen we één coördinerende / leidinggevende functie om de globale visie te implementeren en te bewaken.

#### Submodule A: Mobiel intensief behandel- en begeleidingsteam voor acute problematiek

Binnen deze submodule kan men onderscheid maken tussen de acute fase en de intensieve opvolgfase.

Fase 1: Psychiatrische acute thuiszorg (dringende psychiatrische hulpverlening aan huis), kortweg PAT.

Binnen deze module kan de dringende hulpvraag betrekking hebben op een gekende of een niet-gekende cliënt binnen de GGZ. Met 'gekend' wordt bedoeld een patiënt waarvan geweten is dat hij/zij momenteel een actuele behandeling of begeleiding doorloopt of doorlopen heeft in één of andere GGZ-module, of waarvan de hulpvrager (vb. huisarts, hulpverlener van functie 1) kan mededelen wat de problematiek omhelst en de risicotaxatie kan beoordelen.

Dit team zal bestaaf worden opdat men bij een eerste huisbezoek steeds per twee kan langsgaan. Na aanmelding wordt gegarandeerd dat men binnen de 24 uur langsgaat.

Bij een ongekende cliënt in crisis zal beroep gedaan worden op een spoeddienst (vb. MUG, EPSI) omwille van het te grote veiligheidsrisico. Bij een gekende cliënt kan via GSM-permanentie tussengekomen worden en zal zo snel als mogelijk worden langsgegaan. We wensen dus uitdrukkelijk een onderscheid te maken tussen de 24-uurs-spoed- of urgentiefunctie en de crisisinterventie (dringende hulp) waarbij spoed gezien wordt als leidend tot een opname.

Het PAT-team moet in de mogelijkheid zijn om dagelijks aan huis te gaan en dit voor een maximale duur van 2 weken. De duur van de interventie per dag per cliënt kan maximaal 2 uur bedragen.

We voorzien permanentie tussen 8 en 20 uur, incl. weekend en feestdagen.

Résumé modaliteiten:

- duur: maximaal 2 weken
- frequentie: dagelijks, maximaal 2 uur per dag
- beschikbaarheid: tussen 8 en 20 uur (incl. weekend en feestdagen)
- bereikbaarheid voor gekende cliënten: 24-uurs GSM-permanentie
- discipline: psychiatrische thuiszorgbegeleider aangevuld met MDT (psychiater, psycholoog)

Fase 2: Psychiatrische intensieve thuiszorg, kortweg PIT.

Psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT) zal vaak een vervolgmodule zijn op de vorige fase (PAT), maar ook als vervolg op een korte intramurale opname na een crisissituatie.

Gezien het vaak een vervolgmodule kan zijn op PAT is het aangewezen dat het PIT/PAT-team één groep uitmaakt.

De modaliteiten voor PIT wensen we als volgt vast te leggen:

- duur: maximaal 6 weken begeleiding aan huis
- frequentie: maximaal 3 keer per week
- beschikbaarheid: tussen 9 en 18 uur (excl. weekend en feestdagen)
- bereikbaarheid: 24 uur op 24, 7 dagen per week (o.a. via GSM-permanentie)
- discipline: psychiatrische thuiszorgbegeleider aangevuld met MultiDisciplinairTeam (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker)
- caseload: 1 FTE voor 8 cliënten

Het is steeds de bedoeling om samen met andere relevante betrokkenen (mantelzorg, eerstelijns, derdelijns...) te komen tot de meest geschikte vorm van vervolgzorg.

Gezien dit team vooral instaat voor opvang van de crisis, probleemdefiniëring (in de ruime zin van het woord, zijnde contextdefiniëring) en oriëntering dient de therapeutische context, indien nodig, vooral gevonden te worden in consultatievorm (poliklinisch).

Dit team zal uiteraard intensief dienen samen te werken met de actoren binnen functies 1 en 4, de huisartsen en belendende sectoren zoals justitie, onderwijs, beschutte werkplaatsen, ...

Naast de gebruikelijke behandeling- en begeleidingsactiviteiten zal in vele situaties therapeutisch overleg (zorgcoördinatie) dienen te worden opgezet opdat alle relevante actoren gericht acties kunnen ondernemen. Het kan bij verschillende cliënten de opdracht vormen van dit team om dit therapeutisch overleg te installeren.

Uit bovenstaande mag duidelijk blijken dat dit team een rol zal hebben als gatekeeper naar functie 4 toe, met als doel minder opnames en indien toch noodzakelijk, zo kort als mogelijk.

#### Bepaling van de bestaffing van dit PIT/PAT-team

Wat leert het buitenland ons hieromtrent?

In Birmingham zijn er 10 teams, dus telkens voor 120 000 inwoners. Deze Acute Home Treatment Teams werken 24 uur per dag, 7 dagen op 7 en de huisbezoeken worden steeds per 2 afgelegd. Men garandeert ter plaatse te zijn maximaal 1 uur na oproep (vaak i.s.m. met de politie). Het gaat dus om spoedinterventies. Deze teams leunen dicht aan bij de crisisbehandelunits van de psychiatrische ziekenhuizen, of misschien zelfs bij de EPSI in algemene ziekenhuizen.



De thuiszorgbegeleiders zijn hoofdzakelijk psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. De caseload is er 1 op 2 (15 FTE per 30 casussen).

Wat wij vooropstellen, zijnde een PIT/PAT-team, kent uiteraard andere modaliteiten (zie hoger).

Wij wensen in PAT te voorzien dat men ook per 2 op eerste huisbezoek gaat. We beperken de permanentie echter van 8 tot 20 uur.

Om bovenstaande PAT-permanentie te realiseren is er 5,40 FTE nodig.

Het aantal PIT-dossiers inschatten is een complex gegeven. Bevraging binnen de opnameafdeling te Mene gaf aan dat er ongeveer 7 patiënten per maand opgenomen worden die na een kortstondige opname nood kunnen hebben aan de PIT-module.

We dienen hieraan toe te voegen dat er naar schatting een 5-tal patiënten per maand dezelfde behoefte zullen hebben die komen vanuit andere afdelingen of modules.

Ook onze niet-GGZ collegae zullen wellicht een 5 tal cliënten doorsturen per maand.

Op jaarbasis tellen we op deze wijze maximaal 200 dossiers die gemiddeld 4 weken opgevolgd zullen worden. We voorzien gemiddeld 2 huisbezoeken per week en rekenen voor dergelijk huisbezoek op gemiddeld 2 uur (incl. verplaatsing).

Veronderstel verder een half uur per week overleg, telefonie, administratie per casus en 10 % overhead-tijd (pauze, briefing, bijscholing...).

De caseload zal 1 op 8 zijn en wetende dat een voltijdse kracht 1720 werkuren telt op jaarbasis, dan dient men ongeveer 4 FTE te voorzien aan thuiszorgbegeleiders in de PIT-functie per subregio.

Door te opteren voor één team dat beide fases voor zijn rekening neemt, kan de permanentie beter gegarandeerd worden (voordeel schaalgrootte) en zal de deskundigheid onderling bevorderd worden.

Voor 1 PIT/PAT-team menen we aan 12 uur psychiatertijd voldoende te hebben met daarnaast 0.20 FTE psycholoog en 0.20 FTE maatschappelijk-administratief medewerker.

Tot slot zal de coördinatie en leiding van de regionale PIT/PAT-teams opgevolgd worden door 1 voltijds verantwoordelijke.

**Theoretisch gaat het samengevat om  $5.40+4+0.40+0.33 = 10.13$  FTE (excl. psychiatertijd) per regio van 100 000 inwoners rekening houdende met 200 dossiers op jaarbasis.**

**Op heden zal evenwel geopteerd worden om slechts 2 PIT/PAT-teams op te zetten, dus telkens voor een regio van 150 000 inwoners en met een bestaafing van 2 keer 8 FTE en 180 dossiers op jaarbasis. Belangrijk bij de evaluatie zal zijn dat nagegaan wordt of de verplaatsingsafstand niet te groot uitvalt en dat de hele regio voldoende bediend wordt.**

## Submodule B: Mobiel intensief behandel- en begeleidingsteam voor chronische problematiek

Voor de regio wensen we 3 kleinere teams te installeren op een welbepaalde locatie voor telkens 100 000 inwoners. Deze teams kunnen dan opereren in een straal van 10 tot 15 kilometer, dit om enerzijds snel ter plaatse te kunnen zijn voor een onvoorziene tussenkomst maar anderzijds ook om de verplaatsingstijd te beperken.

Ook hier menen we dat er 2 submodules te onderscheiden zijn maar wensen we te opteren voor 1 team. Op deze manier proberen we de organisatie enigszins eenvoudig te houden en de permanentieproblematiek te optimaliseren, alsook zijn we er beducht voor dat de cliënt teveel zou moeten switchen van thuiszorgbegeleider / team.

Voor de 3 teams wensen we één coördinerende / leidinggevende functie om de globale visie te implementeren en te bewaken.

We zouden dit de (F)ACT – teams noemen waarbij:

- F staat voor functie, dus herstelgerichtheid, zeg maar psychosociale rehabilitatie. De begeleiding gaat uit van de context en de zorg, minder van de behandeling. Alle levensdomeinen (wonen, werk, vrije tijd, onderwijs, relaties...) verdienen de aandacht opdat de persoon optimaal in zijn leefcontext kan verblijven, zo veel als mogelijk geïntegreerd in de maatschappij.

Aandacht voor samenwerking en overleg met welzijns- en andere zorgactoren is van groot belang hiervoor. Indien nodig dienen bepaalde vaardigheidsprogramma's aangeboden te worden. Ook is psycho-educatie, zowel naar cliënt als naar de nabije omgeving, een voorname zorgactiviteit.

- ACT staat voor Assertive Community Treatment waarbij bedoeld wordt op aanklappende, zeg maar bemoeizorg. Het gaat in dit geval vooral om zorgvermijders of –shoppers die toch op de één of andere manier in de tijd worden opgevolgd, zij het soms van op afstand (vb. telefonisch, sporadisch contact).

Wij wensen de betekenis van ACT evenwel uit te breiden voor cliënten die gevolgd worden vanuit de 'F'-module maar die tijdelijk een terugval kennen om de één of andere reden, en waarbij het team denkt een opname te kunnen vermijden door tijdelijk intensiever, frequenter begeleiden ten huize van aan te bieden. In feite betekent dit dat de PIT-functie wordt aangeboden door het vertrouwde team, bij voorkeur zelfs door de vertrouwde psychiatrische thuiszorgbegeleider, eventueel in combinatie met multidisciplinaire consulten.

Het FACT-principe van shared caseload zou wel gevolgd worden om de continuïteit en de intervisie te garanderen.

(F)ACT zal ons inziens steeds een vervolgmodule zijn op een andere module binnen één of andere functie. Wellicht zal na een periode van psychiatrische intensieve thuiszorg of na een relatief langerdurende intramurale opname een deel van de cliënten een beroep dienen te doen op de (F)ACT.

De modaliteiten voor FACT wensen we als volgt vast te leggen:

- duur: onbepaalde duur begeleiding aan huis
- frequentie: maximaal 1 keer per week (F), in de meeste gevallen volstaat een huisbezoek om de 14 dagen; voor ACT zal de frequentie hoger liggen.
- beschikbaarheid: tussen 9 en 18 uur (excl. weekend en feestdagen)
- bereikbaarheid: 24 uur op 24, 7 dagen per week (via GSM-permanentie)
- discipline: psychiatrische thuiszorgbegeleider aangevuld met MultiDisciplinairTeam (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker)
- caseload:
  - voor de F-module: 1 FTE voor 25 cliënten
  - voor de ACT-module: 1 FTE voor 8 cliënten

#### Bepaling van de bestaffing van dit (F)ACT-team voor 100 000 inwoners

Inspiratie kunnen we wederom opdoen in het buitenland.

In Nederland is er 1 FACT-team per 50 000 inwoners. Voor zo'n 160-200 cliënten voorziet men 10.70 FTE all-in (vb. 0.80 psychiater, fulltime meewerkende coördinator).

In Birmingham zagen we een FACT-team (Recovery/ACT) per 150 000 inwoners dat voorzag in een caseload van 1 op 15.

Deze teams werken van 8 tot 17 uur en enkel op weekdays, maar er is wel een vorm van permanentie voorzien vb. via GSM of mailing.

Uit eigen ervaring te Menen en Kortrijk weten we dat een caseload van 1 op 25 voor de F-functie kan vooropgezet worden. Voor de ACT-functie voorzien we 1 op 8. Deze cijfers zijn medebepaald door het feit dat we ervaren dat 16 tot 18 huisbezoeken per week per FTE mogelijk zijn. We weten dat een huisbezoek, incl. verplaatsing ongeveer 60 à 70 minuten duurt.

Onze registraties leren ons ook dat ongeveer 25 à 30 % van de cliënten dreigen te hervallen. Nu leidt dit al te vaak tot een opname wegens gebrek aan alternatieven (lees: gebrek aan tijdelijk hogere frequentie van huisbezoek).

In Menen tellen we op heden 70 lopende dossiers (excl. nazorg Beschut wonen) en is er blijvende vraag vanuit verschillende hoeken. Vandaar dat we mikken op 100 dossiers in de toekomst.

Vanuit bovenstaande gegevens berekenen we dat een thuiszorgequipe FACT voor een subregio van 100 000 inwoners minimaal dient te bestaan uit 4,50 FTE. Voor de psychiatrische supervisie en coaching volstaat 4 uur psychiatertijd per week.

Voor de multidisciplinaire ondersteuning (psycholoog) voorzien we 4 uur per week en voor ondersteunend maatschappelijk-administratief werk 8 uur per week. Voor de coördinerende functie rekenen we op 0.20 FTE per team.

**Alles samen leidt dit tot een team van 5.00 FTE (excl. psychiatertijd, excl. nazorg Beschut Wonen) of 15 FTE voor de hele regio.**

#### 5.2.2.3 FUNCTIE 3

Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

Onder punt 3.3 in het hoofdstuk over het huidig zorgaanbod in het werkingsgebied stelden we dat deze functie 3 in onze regio reeds vrij goed ingevuld is.

In deze eerste fase van art.107 zouden we geen extra middelen stoppen in deze functie. In een later stadium is het wellicht wel zo dat uitbreiding van dit bestaande zorgaanbod vereist wordt, denk maar aan regio's waar het aanbod nu nog gering is.

#### 5.2.2.4 FUNCTIE 4

Intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychiatrische problemen

We menen te mogen zeggen dat de huidige bedden en stoelen binnen de PAAZ'n en psychiatrische ziekenhuizen nu reeds als intensieve behandelbedden mogen benoemd worden.

Inderdaad, onze regio heeft reeds heel wat inspanningen gedaan opdat de turnover in de ziekenhuisbedden zou verhogen en hierdoor meer cliënten zouden kunnen behandeld worden. We denken aan de EPSI-functie, het ontslagmanagement, het beschikbaar houden van crisisbedden zowel voor acute als voor chronische problemen, het opstarten van PZT (1999) en activiteitencentra (2001), het oprichten van de nieuwe PVT te Rumbeke (2005)... Én heel wat verder in de tijd werd de beschutte werkplaats 't Veer te Menen opgericht vanuit het PCMenen (1984). Deze beschutte werkplaats stelde zijn werkplaatsen frequent én gericht open voor psychiatrische patiënten. Tot slot dient opgemerkt dat in 1976 reeds de eerste woningen binnen Beschut Wonen Menen een feit waren.

We durven te stellen dat de zorgketen voor een groot deel goed is uitgewerkt opdat onze patiënten en cliënten kunnen genieten van vrij veel mogelijkheden op het vlak van behandeling, resocialisatie en nazorg.

Reïntegratie echter, dient zeker nog meer uitgewerkt te worden (functie 2), net zoals preventie en vroegdetectie.

Specifiek vanuit Menen mogen we stellen dat door het oprichten van de PVT, de activiteitencentra en de PZT-werking de intensifiëring van het intramurale werk zeer uitgesproken geworden is.

Dit laat ons vermoeden dat wanneer de functie 2 voldoende zal aanwezig zijn, dit ook enige repercussies zal hebben op de intramurale werking. Dit zal in de evaluatie van dit project een belangrijk item worden om te onderzoeken.

Voor de cliënten van de functie 2 en de bewoners binnen functie 5 zal voorzien worden in beschikbare crisisbedden indien opname noodzakelijk is. Momenteel bestaat deze mogelijkheid reeds binnen de T-werking van Menen. Hier worden continu 3 bedden beschikbaar gehouden voor mensen die in het daghospitaal behandeld worden en/of in Beschut Wonen Eigen Woonst verblijven.

Het PIT/PAT-team zal ook over een zekere beddencapaciteit moeten beschikken om bij onveilige situaties en zware crisissituaties onmiddellijk een opname te kunnen realiseren.

Toch nog deze opmerking: het is niet ondenkbaar dat er enerzijds wel veel kortere opnames kunnen gerealiseerd worden door het beschikbaar hebben van betere en meer vervolgmodes, maar anderzijds zullen meerdere medische opnames zo'n complexe en risicovolle problematiek hebben dat de opnameduur ook langer noodzakelijk zal blijken. M.a.w. zo maar stellen dat we een kortere gemiddelde verblijfsduur zullen zien, is kort door de bocht gaan.

#### 5.2.2.5 FUNCTIE 5

Specifieke woonvormen waar zorg kan geboden worden indien het thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is en waar functie 4 niet langer noodzakelijk lijkt

\* In de regio zijn er 2 vzw's die beschutte woonvormen en een activiteitencentrum aanbieden, zijnde Eigen Woonst Menen met 84 plaatsen en De Bolster Kortrijk met 40 plaatsen.

In het Activiteitencentrum Travo Menen worden 55 mensen begeleid (100 op jaarbasis) en binnen het Activiteitencentrum De Bolster te Kortrijk gaat het om 65-70 cliënten.

De zelfstandigheidsgraad binnen Eigen Woonst ligt lager dan in de Bolster. Ook is het verblijf binnen Eigen Woonst voor langere duur dan in de Bolster.

Het is namelijk zo dat de Bolster enkel mensen aanvaardt als ze geacht worden om na verloop van tijd zelfstandig te kunnen wonen.

Er is een goede samenwerking tussen beide vzw's opdat mensen met een bepaalde zorgbehoefte terecht kunnen in de ene of de andere woonvorm.

Nadeel is wellicht dat de woningen vrij geconcentreerd liggen in Menen en in Kortrijk.

M.a.w. iemand die woont in Zwevegem en nood heeft aan een beschutte woonvorm, kan op heden enkel terecht kunnen in een woonst gelegen te Kortrijk of Menen.

Met de mogelijke flexibilisering van de norm binnen beschut wonen probeert De Bolster aan deze nood tegemoet te komen. Er wordt de mogelijkheid geboden om begeleid te worden door de Bolster aan 6 cliënten die in hun eigen huisvesting wonen.

Momenteel (oktober 2010) is er overleg tussen OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem en beide beschutte woonvormen om 10 plaatsen voor beschut wonen op te richten in Waregem. Dit zou gebeuren door 1 algemeen ziekenhuisbed te reconverteren.

\* Het ziekenhuis te Menen stelt sedert vele jaren appartementen te huur voor ex-patiënten tegen lage huurprijs. Bovendien kunnen ze genieten van de nabijheid van psychiater en andere hulpverleners en doen ze daar dan ook beroep op.

\* Het ware wenselijk dat de regio zou kunnen beschikken over enkele respitwoningen (voorstel: 1 woning voor 2 personen per zorgregio, wetende dat bijvoorbeeld Alkmaar beschikt over 6 plaatsen voor een regio van 250 000 inwoners). Doelgroep zijn mensen die in de functies 2-3-5 begeleid worden en waarbij door een crisissituatie de toestand tijdelijk onhoudbaar is in de woonsituatie, maar waarbij een behandeling en dus een ziekenhuisopname onnodig is. De begeleiding zou verder verzorgd worden door het team dat de begeleiding op zich had.

\* Tot slot vermelden we hier ook de vwz Valkeburg die te Rumbek 60 PVT-bedden beheert. Stichtende leden zijn de kliniek St.Jozef Pittem, de kliniek H.Familie te Kortrijk en het Psychiatrisch Centrum OLV van Vrede te Menen. Dit samenwerkingsverband kan met succes terugblikken op een geslaagd project waar 3 ziekenhuizen hun deskundigheid delen.

Op vlak van aantal plaatsen Beschut Wonen (te lezen als "plaatsen waar we de huisvesting opnemen") denken we dat het aanbod groot genoeg is in de subregio's Kortrijk en Menen. In Waregem bestaat er op heden niks op dit vlak, maar daar zal wellicht in korte tijd verandering in komen. Spreiding van huizen vormt een toekomstig aandachtspunt.

Op vlak van PVT is er de behoefte aan een 30-tal PVT of PVT+ bedden extra in het Kortrijkse.

Dit vanuit de bezorgdheid dat langdurige zorg bij voorkeur wordt aangeboden in de natuurlijke habitat van onze cliënten.

Als we verwachten dat familieleden of kennissen regelmatig op bezoek komen, dan speelt de afstand een grote rol.

Tevens hebben deze mensen reeds vaak in de eigen regio een hulpverleningstraject doorlopen bij de lokale actoren zodat GGZ hulpverlening, welzijn en vrije tijd invullen best continuïteit kan krijgen in de lokale context.

Daarom genieten kleinere wooneenheden de voorkeur opdat diverse doelgroepen met verschillende noden kunnen wonen én vrij intensief begeleid worden.

Zo zouden we een oplossing kunnen voorzien voor mensen met een fysieke zorgbehoefte, aanleunend bij een woonzorgcentrum, of kunnen we de bewoners die new chronic zijn apart opvangen en begeleiden naar een maximale zelfstandigheid zodat chroniciteit kan vermeden worden.

### 5.3 Nieuwe rollen

De voorziene rollen uit de Gids worden ingevuld (zie 5.2) en de competenties zoals beschreven op [www.psyart107.be](http://www.psyart107.be) worden onderschreven door de indieners van dit projectvoorstel.

### 5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Elke voorziening heeft nu reeds ofwel een patiëntdossier (psychiatrische en algemene ziekenhuizen), een cliëntdossier (CGG, PZT, Kompas), een bewonersdossier (PVT, BeWo) of hanteert een individueel zorgplan (Vesta, GDT).

Zeker binnen functie 2 is het noodzakelijk dat er een individueel zorg- of behandelplan uitgewerkt wordt, in samenspraak met de cliënt en zijn omgeving.

Therapeutisch overleg zoals dit gebeurt binnen de therapeutische projecten en de PZT-teams is een goede praktijk om te komen tot betere afstemming van zorg tussen alle betrokken zorgactoren.

De PZT-teams binnen de functie 2 kunnen hier een gangmakersrol opnemen.

Er zal voldoende aandacht moeten zijn op uitwisseling van cliëntgegevens. De privacy van de cliënt dient uiteraard gerespecteerd maar in dergelijk GGZ-model wordt overleg en gegevensuitwisseling een belangrijke tool i.f.v. continuïteit van zorg.

Toestemming van de cliënt zal uitdrukkelijk gevraagd worden en bekrachtigd worden met een gehandtekend formulier op het niveau van elke functie.

Ook zal meer betracht worden om de PZT-begeleiding actief te betrekken bij intramurale teambesprekingen.

In dit dossier werden reeds een aantal op te volgen parameters gesuggereerd. We zetten alvast enkele parameters op een rijtje die we zeker wensen te registreren. Het gaat vaak om zaken waarvan we nu al over een nulmeting beschikken opdat we kunnen vergelijken vóór en ná art.107.

- aantal medische opnames
- verblijfsduur binnen de A-diensten en T-diensten
- aantal personen op wachtlijsten
- opvolging caseload binnen Fact en Pit/Pat
- aantal gerealiseerde huisbezoeken en duur van de huisbezoeken
- aantal cliënten die hervallen tijdens begeleiding binnen functie PIT en Fact
- aantal cliënten die tijdens of na PAT toch opgenomen dienen te worden
- parameters mbt. in kaart brengen van de kenmerken van de populatie die begeleid worden binnen alle functies: leeftijd, diagnose, huisvesting
- aantal aanmeldingen en wie meldt aan
- aantal individuele zorgplannen

## 5.5 Management- en bestuursmodel

In bijlage 2 nemen we het voorstel van bestuurlijke organisatie op zoals wij daar op heden over denken.

*(Merk op dat 1. deze bestuurlijke organisatie het project Art.107 overstijgt en in feite het GGZ-model dient te beheren voor de regio ZW-Vlaanderen en 2. dit model nog in ontwikkeling is).*

Het Netwerkcomité kan gezien worden als de Algemene Vergadering waarbij een stuurgroep (te vergelijken met een Raad van Bestuur) toezicht houdt op de uitwerking van de strategie, de missie en de lange- en kortetermijndoelstellingen.

Elke subregio kent zijn Dagelijks Bestuur (model zoals voorgesteld in de Gids op p.5 fig.3). Het is hier dat de niet-GGZ zorgpartners, de familie- en patiëntvereniging, naast de verantwoordelijken van de diensten, een belangrijke plaats zullen krijgen waarmee niet gezegd wordt dat zij geen lid kunnen zijn van de stuurgroep op het niveau van de ganse zorgregio.

We menen te mogen zeggen dat het eerder kleinschalig werken binnen onze (sub)regio het grote voordeel heeft dat het project makkelijker uitvoerbaar zal maken. Een teveel aan partijen kan leiden tot minder dynamiek, meer overleg, tegenstellende visies/belangen...

Netwerkcoördinatorschap betekent in de eerste plaats het faciliteren en het onderhouden van het netwerk opdat voor de doelgroep Volwassenen een volledig zorgaanbod kan aangeboden worden in deze zorgregio. Het organiseren en het evalueren van een zorgcircuit waar zorg op maat en continuïteit van zorg centraal staan is een tweede belangrijk aandachtsgebied. Dit zal gebeuren met de verantwoordelijken van de voorzieningen binnen het netwerk. Ook zullen heel wat processen en afspraken dienen te worden uitgeschreven en geïmplementeerd.

Het profiel van de netwerkcoördinator bij de opstart dat het huidig netwerkcomité vooropstelt luidt:

- hij/zij moet de sector kennen
- hij/zij moet de regio kennen
- hij/zij moet (ruime) ervaring hebben
- hij/zij moet beleidsmatig en tegelijk praktisch / functioneel denken
- hij/zij is communicatief vaardig
- hij/zij is aanvaardbaar voor de partners van de regio en niet-GGZ partners
- hij/zij komt uit ons netwerk
- hij/zij is diplomatisch
- hij/zij weet de visie van de verschillende partners af te stemmen en te integreren
- functie is op te splitsen in een conceptueel en een organisatorisch luik: duobaan geniet onze voorkeur

S.Deboever zal het netwerkcoördinatorschap op zich nemen, zoals dit tot op heden gebeurd is bij de voorbereiding van dit dossier, tot de effectieve start van de uitwerking van art107. Op dat moment zal het



Netwerkcomité overgaan tot aanwerving van een verantwoordelijke voor de uitwerking van het organisatorische deel (halftijds). S.Deboever behoudt dan halftijds de rol van netwerkcoördinator wat het netwerken zelf betreft. Na verloop van tijd dient dit uiteraard geëvalueerd te worden om na te gaan of er overgegaan kan worden tot een voltijdse functie (1 persoon) of dat het een duo-baan blijft.

Het zal verder belangrijk zijn om mensen met verantwoordelijkheden binnen dezelfde of diverse functies samen te brengen om de zorg optimaal af te stemmen. Zo kan gedacht worden om de verantwoordelijken van de PIT/PAT/FACT-teams binnen elk van de subregio's regelmatig in overleg te laten gaan of bijvoorbeeld teamleden uit te wisselen.

Op het niveau van een cliënt menen we dat de therapeutische projecten aangetoond hebben dat het waardevol is om de relevante zorgactoren (referentiepersonen) rond de tafel te brengen, liefst in het bijzijn van desbetreffende cliënt en eventueel de betrokken mantelzorger. Het model geïllustreerd in Figuur 4 op pagina 16 van de Gids geeft dit goed weer.

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

### **6.1 Fasering**

Zie bijlage 3: Indicatieve fasering van inzet van middelen en installeren van de 5 functies (onder punt 7 wordt dit ook verder becommentarieerd)

Vanaf de bevestiging van de opstart van het project art107 dient werk gemaakt van volgende punten ivv. uitbreiden van de functies 2A en 2B. We gaan uit van operationalisering van mobiele teams, functies 2A en 2B zoals voorgesteld in de tabel in bijlage 3, vanaf 1/7/2011 (ivv. aanwerven van 6 extra effectief is 1 juli een realistische datum).

- vrijstelling van 2 maal een halftijdse netwerkcoördinator in afwachting van verdere ontwikkelingen
- verder uitwerken met alle partners van de bestuurlijke organisatie (o.a. mbt. overlegorganen bepalen wie er zetelt, wat de bevoegdheden zijn, wat de frequentie wordt van overleg; bevoegdheden van het netwerkcoördinatorschap)
- bepalen van de mobiele teams: regio-afbakening, aantal FTE, aard van de zorg, psychiaters, kenmerken van aan te werven personeel, functieprofielen, verantwoordelijke van een team/functie
- samenwerkingsovereenkomst(en) opmaken mbt. allerlei materie: vb. logistiek (IT, personeelsdienst, maaltijden personeel, outsourcing diensten...)
- bepalen arbeidsvoorwaarden en arbeidsreglement
- verzekeringen en aansprakelijkheid: medewerkers, instellingen, artsen

- informeren van alle medewerkers van de betrokken voorzieningen, in het bijzonder van deze die de intentie hebben om bedden op non-actief te zetten, opdat ze zich eventueel kandidaat kunnen stellen voor in te vullen mandaten (merk op: dit is grotendeels reeds overal gebeurd in grote lijnen maar de verdere uitwerking zal ervoor zorgen dat de medewerkers meer details verkrijgen over dit project)
- overleg met ondernemingsraden en medische raden
- informeren van de niet-GGZ zorgactoren, in het bijzonder deze waarbij een intense samenwerking vereist is (vb. huisartsen, gezinszorgdiensten, thuisverpleging, beschutte werkplaatsen ...)
- informeren van andere actoren waarbij samenwerking vooropgesteld wordt: in het bijzonder denken we aan de politie en justitie, onderwijsinstellingen, CLB's, OCMW's, CAW's, ...
- samenwerkingsmogelijkheden polsen, o.a. op vlak van bestuurlijke deelname en ervaringsdeskundigen, bij Similes en Uilenspiegel
- exclusie- en inclusiecriteria bepalen voor de verschillende functie maar i.c. voor de functie 2A; aanmeldings- en doorverwijzingsprocedures bepalen
- veiligheidsprocedures opmaken zowel naar medewerkers als naar patiënten
- aankoop van benodigdheden mbt. de werking, alsook bepalen van de locatie van nieuwe teams
- allerlei documenten opmaken: vb. informed consent, alsook de uitwerking van het cliëntdossier
- evaluatie-indicatoren bepalen ifv. evaluatie en werkmethodes mbt. registratie vastleggen
- opleiding van het personeel
- gefaseerde transformatie van personeel dat intramuraal tewerkgesteld is; idem wat de gehospitaliseerde patiënt betreft
- toetsing bij ethische commissie indien noodzakelijk (zie vorig punt)
- afspraken maken met de overheid mbt. de B4-overeenkomst o.a. over rechtspersoonlijkheid, registraties, boekhouding, opleiding... en verder uitwerken ifv. vooruitgang van het project

## 6.2 Risico management

Continue risicoanalyse uitvoeren en de risico's procesmatig beveiligen, o.a. met betrekking tot:

- verschillende remuneraties voor personeel verbonden aan verschillende voorzieningen werkend in 1 team
- aansprakelijkheid van de coachende arts vs. verantwoordelijkheid van de behandelende arts
- juridische, fiscale en sociaalrechtelijke aandachtspunten
- de verantwoordelijkheid van de psychiatrische thuiszorgmedewerker zal aanzienlijk groter worden dan bij een intramurale teamwerking, gezien de meer autonome werking
- communicatie tussen medewerkers kan minder rechtstreeks gebeuren; bijsturen, delegeren kan moeilijker zijn dan bij een intramurale teamwerking
- schaarste aan hoog opgeleide verpleegkundigen nodig zowel in de intramurale als in de mobiele teams
- beperkte bedden capaciteit in de regio houdt risico in voor de verdere mogelijkheden tot ontwikkelingen voor de doelgroepen Volwassenen, Kinderen alsook Bejaarden
- veel bijkomend overleg voor steeds weer dezelfde (beleids)mensen alsook voor behandelaars (psychiaters)

- veel partners, complexe overlegstructuren, veel verschillende culturen
- minder duidelijke rolverdeling: vb. huisarts vs. Psychiater
- zorg voor zorgenden
- afbouw van intramurale zorg mag niet leiden tot daklozen, meer armoede...
- attent blijven voor de draagkracht van de mantelzorgers en de buurt (is de maatschappij er wel klaar voor?)

## **7. Financiering en middelenallocatie (excl. budgetten psychiaters)**

### 7.1 Inkomsten

#### Opstart: 2011

- 500 000 € additionele middelen
- 15 000 € werkingskosten die vrijkomen vanuit de B1 van het ziekenhuis dat een B4-overeenkomst tekent voor de afbouw van 30 t – plaatsen (6024 minder ligdagen in daghospitaal)
- 100 000 € inbreng van liquide middelen per werkingsjaar in de periode 2011-13 vanuit het PC OLV van Vrede te Menen
- bestaande PZT-begeleiders (4.6 FTE in onze regio, gefinancierd met eigen middelen uit PC OLV v Vrede, PZ H.Familie, Beschut Wonen De Bolster, Beschut Wonen Eigen Woonst en Kompas)
- integratie pilootproject Vesta (op heden 2 FTE, maar 0.50 FTE uitbreiding wordt verwacht)
- 5.70 FTE vanuit de herallocatie van 30 t-plaatsen PC OLV v Vrede Menen
- remgeld van de cliënt bij een huisbezoek door een mobiel team (?)

#### Vanaf 1/1/2012

- 2.70 FTE vanuit de herallocatie van 5 bedden in OLV v Lourdes Ziekenhuis Waregem
- inzet van bijkomende middelen toegekend aan Beschutte Woonvormen die deelnemen aan art.107

#### Na de evaluatie op 31/12/2012, voor werkjaar 2013

- intentie om vanuit PC OLV v Vrede, AZ Groeninge en PZ H.Familie respectievelijk te zorgen voor bijkomende effectieven (vanuit herallocatie van middelen), zijnde 3.40, 2.70 en 2.70 FTE mits terugname van eigen middelen die tot dat moment werden ingezet door PC OLV v Vrede (2.90 FTE) en PZ H.Familie (1 FTE).

### 7.2 Uitgaven (op basis van volledig uitgewerkt project einde 2013)

- reservatie van maximaal 100 000 € voor de netwerkcoördinatie
- 6 FTE personeel betaald vanuit de additionele middelen met een gemiddelde loonkost van 55 000 € = 330 000 €
- verplaatsingskost mobiele equipes per werkjaar (op volle toeren van 30 FTE): 60 000 €
- bijscholingen (uitgaande van 150 € per werknemer en 40 werknemers): 6 000 €

- GSM per werknemer (600 € op jaarbasis): 24 000 €
- PC/laptop/printers: 1 op 2 werknemers, dwz. 20 stuks à rato van 1000 € = 20 000 € (afschrijvingscyclus 3 jaar)
- verzekering: voorlopig geen verhoogde tarieven
- onderhoud, verwarming, afschrijvingen, ...: via de ligdagprijs van het ziekenhuis dat een B4-overeenkomst tekent. Indien bijkomende locaties noodzakelijk zal dit ten laste genomen worden van de additionele middelen.

## NAWOORD

Dit dossier wordt ingediend in het besef dat dit een projectvoorstel betreft dat in de huidige context zo goed als mogelijk is uitgewerkt. In het punt 6.1 wordt blijk gegeven van het feit dat dit dossier verre van afgewerkt is. Vele punten zijn vandaag niet uitgewerkt maar we voelen dat de partners bereid zijn om de sprong te wagen en verder werk te maken van openstaande zaken, onder leiding van een dynamische stuurgroep op regionaal en subregionaal niveau.

We menen te mogen besluiten dat we hebben aangetoond dat onze regio al bij al reeds een hele weg heeft afgelegd, nog vooraleer er sprake was van artikel 107.

We hopen dat we dankzij dit artikel, zij het misschien met kleinere stapjes dan andere regio's die beschikken over een grotere beddenscapaciteit op heden, verder deze weg mogen en kunnen bewandelen.

**VOLGENDE BIJLAGEN WORDEN TOEGEVOEGD IN DEZE MAIL:**

**Bijlage 1**

**OVEREENKOMST NETWERK VAN GGZ-VOORZIENINGEN IN REGIO ZUID WEST-VLAANDEREN**

**Bijlage 2**

**VOORSTEL TOT BESTUURLIJKE ORGANISATIE REGIO ZW-VLAANDEREN**

**Bijlage 3**

**INDICATIEVE FASERING**

**Bijlage 4**

**ONDERTEKENENDE PARTNERS**