



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



**Projectvoorstel Netwerk geestelijke gezondheid Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.**

## INHOUDSTABEL

1.	Toelichting van de visie van het project .....	1
2.	Doelgroep .....	3
3.	Doelstellingen .....	3
4.	Afbakening van het geografisch werkingsgebied .....	5
	4.1. Beschrijving van het werkingsgebied .....	5
	4.2. Beschrijving van de kenmerken van de populatie .....	8
5.	Beschrijving van de nieuwe structuur .....	9
	5.1. Netwerksamenstelling .....	9
	5.2. Taakverdeling in het netwerk .....	9
	5.2.1. Functie 1: Activiteiten inzake preventie, promotie van de GGZ, gespecialiseerde back-up d.m.v. adviescoaching-vorming, vroegdetectie, screening en diagnosestelling en ambulante therapie .....	10
	5.2.2. Functie 2: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen .....	12
	5.2.3. Functie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie .....	18
	5.2.4. Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als langdurige psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is. ....	21
	5.2.5. Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuis(vervangend)milieu hiertoe niet in staat is .....	23
	5.3 Nieuwe rollen.....	27
	5.3.1 Op netwerkniveau .....	27
	5.3.2 Op patiëtniveau .....	27
	5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring .....	27
	5.5 Management- en bestuursmodel .....	28
6.	Ontwikkelingsstrategie van het netwerk .....	33
	6.1 Fasering .....	33
	6.2 Risico management .....	33
7.	Financiering en middelenallocatie .....	35
	7.1 Buitengebruik stellen van bedden.....	35
	7.2 Timing buitengebruik stellen van bedden: .....	35
	7.3 Inzet FTE afkomstig van middelen van buitengebruik gestelde bedden in de mobiele teams .....	35
	7.4 Bijkomende middelen van de actoren 2016-2018 .....	36
	7.5 FTE vanuit RIZIV-Conventie (in te zetten in functie 3): .....	36
	7.6 Additionele middelen FOD* .....	36
8.	Goedkeuring projectvoorstel Netwerk GGZ Aalst-Dendermonde-St.Niklaas.....	37
9.	Referenties .....	40

## HET PROJECTVOORSTEL NETWERK GEESTELIJKE GEZONDHEID AALST – DENDERMONDE - SINT-NIKLAAS (GG ADS)

De strategische werkgroep van het Netwerk Geestelijke gezondheid Aalst-Dendermonde Sint-Niklaas (Netwerk GG ADS) heeft op 1 december 2015 het projectvoorstel besproken en goedgekeurd . Tevens werd beslist om dit voorstel in te dienen bij de diverse overheden.

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

Het Netwerk Geestelijke Gezondheid Aalst – Dendermonde – Sint-Niklaas (Netwerk GG ADS) is een samenwerkingsinitiatief tussen actoren in de nulde-, eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg uit de regio Aalst – Dendermonde – Sint-Niklaas.

Het Netwerk GG ADS streeft, door afstemming en samenwerking met alle maatschappelijke sectoren en voorzieningen, naar een betere regionale geestelijke gezondheidszorg.

Het Netwerk GG ADS voorziet voor elke cliënt/patiënt met psychische kwetsbaarheid een kwaliteitsvolle, toegankelijke en geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg, zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de cliënt/patiënt, zodat personen met psychiatrische problemen volwaardig kunnen participeren aan en deel uitmaken van de samenleving.

Het Netwerk GG ADS werkt in het kader van geestelijke gezondheidsbevordering nauw samen met organisaties actief rond preventie en (geestelijke) gezondheidsbevordering. Enerzijds kan het Netwerk zich via deze organisaties richten naar de algemene bevolking en anderzijds naar de hulpverleners.

Het Netwerk GG ADS bouwt de functies, zoals omschreven in de gids<sup>1</sup>– aanvullend en complementair met het bestaande aanbod – met alle betrokken zorgpartners uit.

Deze uitbouw van de functies wordt georganiseerd op een manier dat elke patiënt/cliënt , onafhankelijk van de woonplaats, beroep kan doen op elke functie. De afbakening van de subregio 's wordt per functie volgens de noden bepaald.

Deze ontwikkeling naar een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg, zoals bedoeld in artikel 11 en artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en verzorgingsinrichtingen en de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken' is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle deelnemende partners in de regio Aalst – Dendermonde – Sint-Niklaas.

Het Netwerk GG ADS vertrekt vanuit volgende waarden en principes:

Het Netwerk GG ADS streeft er naar dat elke patiënt/cliënt op maat van zijn/haar zorgnoden en mogelijkheden het juiste type van zorg krijgt en deze zorg ook ontvangt in de juiste mate en op het juiste moment: niet minder zorg, maar evenzeer ook niet meer gespecialiseerde zorg dan nodig: stepped Care.

Het Netwerk GG ADS vertrekt vanuit de hulpvraag van de patiënt/cliënt en benadert deze met een fundamenteel respect voor autonomie en keuzevrijheid van de patiënt/cliënt (cf. wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (BS 26/9/2002). Dit vanuit de overtuiging dat de patiënt/cliënt – ondanks de aanwezigheid van symptomen en/of beperkingen – in staat is om zelf beslissingen te nemen en keuzes te maken. De enige uitzonderingen hierop zijn de wettelijk geregelde dwangmaatregelen: gedwongen opname, internering,... De keuzevrijheid van de patiënt/cliënt geldt o.a. op het vlak van keuze van behandelaars en de manier waarop mensen met een psychische kwetsbaarheid na stabilisatie vormgeven aan hun leven in interactie met anderen.

---

<sup>1</sup> <http://www.psy107.be/SiteFiles/Vlaanderen.pdf%20def.pdf>

Het Netwerk GG ADS realiseert de **zorgcontinuïteit** van het individuele zorgtraject van de patiënt/cliënt door samenwerking met de cliënt/patiënt, de mantelzorgers, hun verenigingen en de betrokken diensten en voorzieningen doorheen de verschillende fasen.

Het Netwerk GG ADS stemt, om te kunnen voorzien in zorg die sterk aansluit bij de behoeften en noden van personen met psychische kwetsbaarheid, de zorg af op de verschillende zorgpartners (**coördinatie van de zorg**). Dit afstemming loopt over de lijnen heen enerzijds en tussen de GGZ-sector en andere sectoren anderzijds en is organisatie- en sector overschrijdend. Coördinatie betekent het regelen en afstemmen van zorg tussen zorgaanbieders met bundeling en onderling verbinden van informatie, verschillende deskundigheden en interventies. Zorgaanbieders moeten elkaar daarvoor vinden.

Het Netwerk GG ADS voorziet in **toegankelijke zorg** en streeft naar een **transparante en duidelijke structuur** van het zorgaanbod, zodat het duidelijk is waar de patiënt/cliënt, de mantelzorger of de hulpverlener met een hulpvraag terecht kan. Alle bestaande deuren naar gepaste zorg blijven open, nieuwe deuren i.h.k.v. de opbouw van de functies in de gids, zijn bedoeld als versterking, ondersteuning, coördinatie en afstemming van het huidige zorgaanbod. Daarnaast wil het Netwerk GG ADS het engagement aangaan om **gespreide zorg** aan te bieden met de bedoeling alle regio's met dezelfde zorg te bedekken en een antwoord te kunnen bieden op lokale noden binnen de regio GG ADS.

Het Netwerk GG ADS stimuleert iedere cliënt/patiënt om de regie van zijn/haar leven in eigen handen te nemen vanuit het principe van **herstelgerichte** zorg en in samenwerking met de omgeving van de cliënt/patiënt.

Het Netwerk GG ADS biedt een effectief zorgaanbod aan, gebaseerd op de principes van balanced care en via een **optimale en duurzame balans** tussen ambulante outreachende en residentiële zorg. Beiden sluiten elkaar niet uit, maar zijn complementair en aanvullend. In die zin wordt er gestreefd naar een **evenwichtige inzet en verdeling van middelen** met als doel de zorg zo dicht mogelijk bij de natuurlijke leefomgeving van de patiënt/cliënt te brengen. Door een verschuiving van middelen (personeels- en werkmiddelen) streeft men met het Netwerk GG ADS naar het operationaliseren van de functies, vooropgesteld door de overheid i.h.k.v. art 107. Het komt er op aan om een **optimale balans te vinden tussen residentiële en ambulante zorg**. Naast een evenwichtige verdeling van middelen over de ambulante en de residentiële zorg, wordt een **billijke en evenwichtige spreiding** van de ingezette middelen over de volledige regio van het Netwerk GG ADS belangrijk geacht. In de uitbouw van de functies vooropgesteld door de overheid worden de middelen vanuit regio's met veel capaciteit herverdeeld en ingezet in regio's met minder capaciteit zodat er een antwoord kan geboden worden op alle lokale noden in de zorg van personen met psychische kwetsbaarheid binnen de regio van het Netwerk GG ADS.

Het netwerk GG ADS wil dat mensen met psychiatrische problemen als volwaardige burgers kunnen participeren aan de samenleving. Om deze maatschappelijke participatie van de GGZ-doelgroep te waarborgen, moet het Netwerk GG ADS de nodige linken leggen (kwartiermaken) met diverse maatschappelijke sectoren die als hefboom dienen voor sociale inclusie: de arbeidssector, het onderwijs, het vormingswerk, de recreatieve sector, de culturele sector, ...

Het Netwerk GG ADS wil zowel de patiënt/cliënt als de omgeving van de patiënt/cliënt **actief betrekken** in het inhoud- en vormgeven van de zorg en ondersteuning.

Het Netwerk GG ADS wil aandacht schenken aan de **vorming, training en opleiding** van de medewerkers, omdat de medewerkers in de uitbouw en ontwikkeling van het gewenste zorgmodel zich bepaalde nieuwe attitudes, visies, methodieken en zorgprogramma's zullen moeten eigen maken en implementeren.

Het Netwerk GG ADS vertrekt vanuit **evidence informed practice**: om kwalitatieve zorg te bieden wordt er gebruik gemaakt van wetenschappelijke kennis in de overwegingen om goede zorg toe te passen. Het is echter belangrijk om zich er niet toe te laten beperken: wetenschappelijke kennis dient vertaald te worden naar de eigen context. Op die manier ontwikkelt er zich een, voor het werkgebied, uniek project, eigen aan de zorgnoden en behoeften van het werkgebied, de zorgcircuits en zorgnetwerken en de individuele zorgvrager. Inspiratie wordt gezocht bij de 'good practices' (rehabilitatie, vroegdetectie, flexible assertive community treatment (FACT), hersteltheorie,...) die werkzaam en effectief blijken.

Deze uitgangspunten worden gedragen en gehanteerd door alle zorgpartners in het Netwerk GG ADS om zich zo in te zetten voor een stevige organisatie en een optimale samenwerking in functie van goede zorg voor mensen met psychische kwetsbaarheid.

## 2. Doelgroep

Het project GG ADS richt zich op de GGZ-noden van jongvolwassenen & volwassenen (leeftijdsgroep van 16 tot 65 jaar).

## 3. Doelstellingen

Er worden op vier niveaus doelstellingen vooropgesteld:

### a) Op het niveau van de cliënt:

- preventie en vroegdetectie van psychische kwetsbaarheid;
- organiseren van toegankelijke, laagdrempelige, betaalbare, geïntegreerde en transparante GGZ;
- waarborgen van zorgcontinuïteit;
- uitgaan van de zorgnoden van de cliënt in het vormen van het zorgaanbod (zorg op maat);
- de zorg is gericht op de principes van getrapte zorg (zolang als nodig maar ook niet langer dan nodig);
- de zorg is herstelondersteunend: gericht op krachten en mogelijkheden van de cliënt, gericht op participatie (dialooggestuurd), gericht op herstel in de brede zin (sociale inclusie) en op het verhogen van de kwaliteit van leven;

### b) Op het niveau van de familie en mantelzorg:

- informeren van de mantelzorger;
- empowerment en ondersteuning van de mantelzorger;
- verlagen van de drempel naar professionele zorg: toegankelijker maken om vragen te stellen, ondersteuning te vragen;
- het stimuleren, activeren, behouden en verhogen van betrokkenheid bij de zorg en begeleiding;
- erkennen van de expertise van de mantelzorger;

### c) Op het niveau van de hulpverleners:

- optimaliseren van de communicatie (duidelijke taakafspraken, goede informatieoverdracht);
- verhogen van de toegankelijkheid tussen voorzieningen (over de lijnen heen);
- erkennen van elkaars expertise: gedeelde zorg;
- deskundigheidsbevordering: van elkaar leren (triade cliënt, mantelzorger en hulpverlener);

### d) Op het niveau van het netwerk:

- stigma en discriminatie rond GGZ verminderen;
- werken rond beeldvorming en taboedoorbreking;

- afstemming en samenwerking tussen de GGZ-partners onderling en tussen de GGZ-en niet GGZ-voorzieningen met als gemeenschappelijk doel goede zorg en ondersteuning voor de persoon met een psychische kwetsbaarheid;
- hanteren van de principes van stepped care;
- transparante, toegankelijke, betaalbare en efficiëntere manier van zorg en ondersteuning over de volledige regio GG ADS;
- verkleinen van de treatment gap<sup>2</sup>;
- bevorderen van de doorstroom in de voorzieningen;
- samenbrengen van competenties: complementariteit;
- omwenteling van “doorgeef-zorg” naar gedeelde zorg: gedeelde verantwoordelijkheid;

De operationalisering van deze doelstellingen wordt verduidelijkt onder 5.2.

---

<sup>2</sup> Slechts 1 op 3 personen met een psychiatrische problematiek komt terecht in professionele hulp: binnen welzijnszorg bespreekt slechts 9% zijn psychische problemen, 31% weet niet waar ze hulp kunnen vinden. 15% zoekt geen hulp omwille van het prijskaartje. 32% stelt het zoeken van hulp uit omwille van financiële redenen. (Itinera Institute analyse 2013).

## 4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

### 4.1. Beschrijving van het werkingsgebied

Op de strategische werkgroep van 1 december 2015 werd er besloten om 46,5 FTE in te zetten afkomstig van middelen via het buitengebruik stellen van bedden van de psychiatrische ziekenhuizen in de regio. De inzet van 46,5 FTE werd berekend op de regio afgebakend volgens de Vlaamse Zorggebieden. Conform het schrijven van het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid in de brief van 25 februari 2012 (zie bijlage 3).

Er is momenteel nog geen volledige consensus over het werkingsgebied.

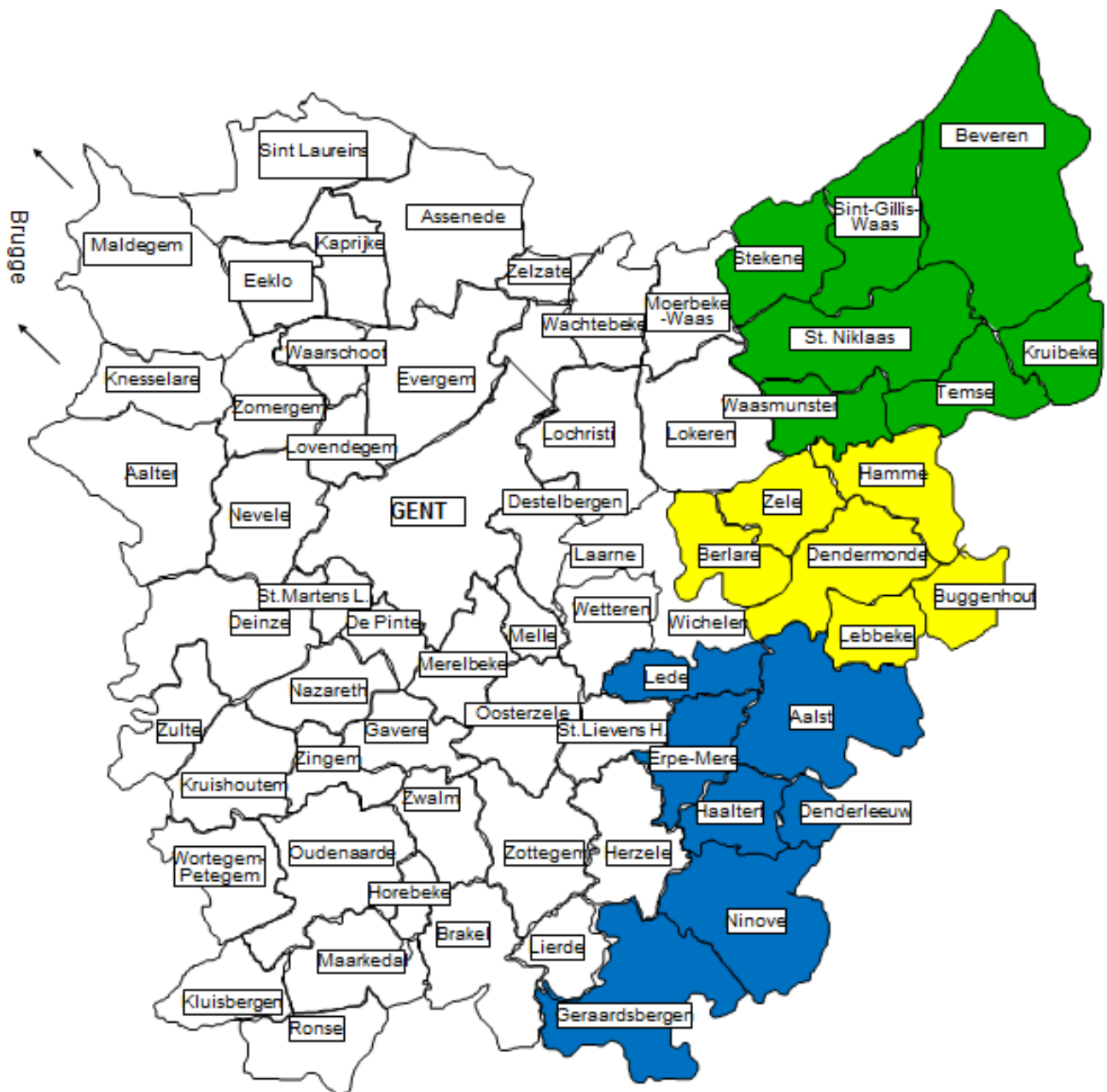
Er is verder overleg gepland met Het Pakt over de bediening van de aangrenzende gemeenten.

We streven naar een betere geografische spreiding van de middelen:

Netwerk Geestelijke gezondheid Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas		
Aantal inwoners	Werkingsgebied afgebakend volgens de Vlaamse Zorgregio's	Werkingsgebied afgebakend in 2011 (zie bijlage x)
	580.482	690.665
Beschikbare FTE	552,12	552,12
FTE/1000 inwoners	0,951140604	0,799403473
Gevraagde inzet: 8 inwoners	FTE/100.000 46,5 FTE	55,3 FTE

Het Pakt		
Aantal inwoners	Werkingsgebied afgebakend volgens de Vlaamse zorgregio's	Werkingsgebied afgebakend in 2011
	888.450	603.157
Beschikbare FTE (incl. Vlaamse Ardennen)	1619.92	1619.62
FTE/ 1000 inwoners	1,823310259	2,685735223
Gevraagde inzet: 8 inwoners	FTE/100.000 71.076	62,3 FTE

Het werkingsgebied van het Netwerk GG ADS wordt dan als volgt ingedeeld:





## Overzicht aantal inwoners bij afbakening van het werkingsgebied volgens de Vlaamse zorgregio's:

Aantal inwoners regio Netwerk GG ADS		
subregio	gemeenten	inwoners
Subregio Noord	Beveren-Waas	47.192
	Kruibeke	16.306
	Sint-Gillis-Waas	19.076
	Sint-Niklaas	73.716
	Stekene	17.635
	Temse	29.073
	Waasmunster	10.641
	<b>Totaal subregio Noord</b>	<b>213.639</b>
Subregio Midden	Hamme	24.673
	Zele	20.713
	Berlare	14.790
	Dendermonde	44.768
	Buggenhout	14.389
	Lebbeke	18.635
	<b>Totaal subregio Midden</b>	<b>137.968</b>
Subregio Zuid	Aalst	83.347
	Lede	18.093
	Erpe-Mere	19.563
	Haaltert	17.901
	Denderleeuw	19.318
	Ninove	37.658
	Geraardsbergen	32.995
	<b>Totaal subregio Zuid</b>	<b>228.875</b>
<b>Totaal inwoners Netwerk GG ADS</b>	<b>580.482</b>	

Aantal inwoners regio Het Pakt	
gemeenten	inwoners
Sint-Laureins	6.649
Maldegem	23.263
Eeklo	20.449
Kaprijke	6.298
Assenede	13.951
Zelzate	12.499
Evergem	34.170
Waarschoot	7.870
Wachtebeke	7.340
Knesselare	8.252
Zomergem	8.302
Lochristi	21.909
Aalter	19.987
Nevele	11.937
Lovendegem	9.632
Gent	251.133
Destelbergen	17.799
Laarne	12.336
St-Martens-Latem	8.439
Melle	11.142
De Pinte	10.306
Nazareth	11.447
Zulte	15.570
Kruishoutem	8.121
Zwalm	8.070
Gavere	12.601
Merelbeke	23.780
Oosterzele	13.489
Deinze	29.957
Wortegem-Petegem	6.323
Oudenaarde	30.641
Kluisbergen	6.395
Ronse	25.629
Maarkedaal	6.332
Hoorebeke	2.056
Lierde	6.579
Brakel	14.476
Zottegem	25.689
Zingem	7.459
Lokeren	40.332
Moerbeke -Waas	6.248
Wetteren	24.635
Wichelen	11.442
Sint-Lievenshoutem	10.083
Herzele	17.433
<b>Totaal regio het Pakt</b>	<b>880.450</b>

<b>Totaal inwoners Netwerk GG ADS</b>	<b>580.482</b>
---------------------------------------	----------------

Bron: [http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/regelgeving/Zorgregio-s/#aantal\\_inwoners](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/regelgeving/Zorgregio-s/#aantal_inwoners)

## 4.2. Beschrijving van de kenmerken van de populatie

Om een inschatting te kunnen maken van de prevalentie van psychische stoornissen in de regio baseren we ons op de resultaten van de ESEMed<sup>3</sup>-studie gebundeld in het boek van Bruffaerts et al.<sup>4</sup> (2011). In het boek spreekt men enerzijds van lifetime-prevalentie (prevalentie van stoornissen die ooit in het leven van de respondenten zijn voorgekomen) en anderzijds de 12 maanden-prevalentie (prevalentie van stoornissen die in een periode van 12 maanden voorkomen of jaarprevalentie). De resultaten van de ESEMed studie tonen aan dat 27.6% van de respondenten ooit in hun leven minstens één psychische aandoening hebben doorgemaakt. 10.7% van de respondenten gaf aan minstens één stoornis te hebben gehad in de 12 maanden die het interview voorafgingen (jaarprevalentie). Op jaarbasis waren angststoornissen de meest voorkomende stoornissen (6.0%), gevolgd door stemmingsstoornissen (5.0%) en alcoholgerelateerde stoornissen (1.8%). Voor wat betreft de doelgroep van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) vinden we in het KCE rapport van 2010<sup>5</sup> m.b.t. tot prevalentie het volgende terug: "Een voorzichtige schatting raamt de jaarlijkse prevalentie van EPM<sup>6</sup> op ongeveer 1% van de globale bevolking. (Heeft betrekking op volwassenen, exclusie van gerechtelijke psychiatrie evenals verslavingsproblematiek, tenzij indien gecombineerd met een andere mentale aandoening (de "dubbele diagnose")." In de veronderstelling dat deze cijfers significant zijn voor de volledige populatie kunnen we voor de regio GG ADS, op basis van het bovenstaande inwonersaantal, het volgende concluderen:

- Lifetime-prevalentie: op het bevolkingsaantal van **580.482 inwoners** betekent dit dat er **160.213** mensen binnen onze regio (Noord **59.279**, Midden **38451** en Zuid **62.438**) ooit in het leven door een psychische stoornis getroffen zullen worden.
- Jaarprevalentie: op het bevolkingsaantal van **580.482** betekent dit dat er **62.112** mensen binnen onze regio (Noord **22.981**, Midden **14.907** en Zuid **24.224**) de voorbije 12 maanden met minstens 1 psychische stoornis te maken hebben gehad.
- Als we willen nagaan hoeveel mensen er potentieel in aanmerking komen voor langdurige ondersteuning dan komen we tot de volgende cijfers: **5805** mensen per jaar (Noord **2.148**, Midden **1.393** en Zuid **2.264**).

---

<sup>3</sup> European study of the epidemiology of Mental disorders

<sup>4</sup> Bruffaerts R., Bonnewyn A., & Demyttenaere K. Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking. ACCO (2011).

<sup>5</sup> KCE reports 144A. Auteurs: MARIJKE EYSEN, MARK LEYS, ANJA DESOMER, ARNAUD SENN, CHRISTIAN LÉONARD. *Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg/Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2010. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis?*

<sup>6</sup> Het KCE rapport hanteert de term personen met ernstige en persisterende mentale aandoening (EPM) i.p.v. personen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Beide definities worden gestoeld op drie criteria: diagnose, duur van de aandoening, en ernst van de functionele beperkingen.

## 5. Beschrijving van de nieuwe structuur

Het netwerk GG ADS is met inbreng van eigen middelen in 2013 opgestart. Er is een samenwerkings-overeenkomst<sup>7</sup> gesloten en een huishoudelijk reglement<sup>8</sup> opgesteld. De leden van de strategische werkgroep brengen middelen in om een netwerkcoördinator, gestart in september 2013, te financieren.

### 5.1. Netwerksamenstelling

Strategische werkgroep
Netwerkcoördinator
Familievereniging (1)
Wergroep cliëntenparticipatie (2)
Verantwoordelijke van de actor zorgcircuit internering (1)
Verantwoordelijke van de actor zorgcircuit verslavingszorg (2)
Verantwoordelijke van de actor CAW (1)
Verantwoordelijke van de actor VAPH (1)
Verantwoordelijke van de actor RWO (1)
Verantwoordelijke van de actor SEL (7) (OCMW, gezinszorg, thuisverpleging, DMW mutualiteit, huisarts, lokaal dienstencentrum, woonzorgcentrum)
Verantwoordelijke van de actor CGG (3)
Verantwoordelijke van de actor PAAZ (4)
Verantwoordelijke van de actor PZ (3)
Verantwoordelijke van de actor BW (4)
Verantwoordelijke van de actor PVT (4)

### 5.2. Taakverdeling in het netwerk

Elke partner in het Netwerk GG ADS kan een taak opnemen in één of meerdere functies. Bij de uitbouw van de functies wordt er rekening gehouden met de huidige kernopdrachten van de partners. Het samenbrengen van de kernopdrachten van de verschillende partners (werken in een netwerk) heeft als doel een naadloos zorgtraject uit te bouwen.

<sup>7</sup> zie bijlage 4

<sup>8</sup> zie bijlage 5

## 5.2.1. Functie 1: Activiteiten inzake preventie, promotie van de GGZ, gespecialiseerde back-up d.m.v. adviescoaching-vorming, vroegdetectie, screening en diagnosestelling en ambulante therapie

### 1) Inventarisatie van het huidige zorgaanbod

De universele preventie<sup>9</sup> i.h.k.v. GGZ wordt momenteel uitgevoerd door het Logo<sup>10</sup>, de ziekenfondsen, huisartsen en de tabak- alcohol- en drugswerking vanuit de CGG<sup>11</sup>. Voor de selectieve preventie<sup>12</sup> en geïndiceerde preventie<sup>13</sup> kunnen we momenteel beroep doen op de CGG's (deelopdracht vroeginterventie tabak alcohol en drugs, suïcidepreventie<sup>14</sup> en KOPP), de mantelzorger, VDIP Waas en Dender<sup>15</sup>, de huisarts, eerstelijnspsychologische functie (ELP)<sup>16</sup>, wijkgezondheidscentra<sup>17</sup>, PZT-teams<sup>18</sup> die zich richten op advies en coaching, vorming en ondersteuning 1<sup>ste</sup> lijn, Similes (vormingsinitiatieven, advies en coaching aan familieleden met gerichte doorverwijzing en juridisch advies), vormingsprogramma's gericht naar huisartsen en eerstelijnsmedewerkers vanuit een psychiatrisch ziekenhuis<sup>19</sup>, preventiemedewerkers vanuit de gemeente- en stadsbesturen, CAW<sup>20</sup> (onthaalfunctie), diensten maatschappelijk werk (DMW) verbonden aan de mutualiteiten, OCMW, thuiszorgdiensten. De functie ambulante screening en diagnosestelling wordt opgenomen door de huisarts<sup>21</sup>, de ELP, het CAW, VDIP Waas en Dender, het CGG, de psychiatrische ziekenhuizen (PZ), PAAZ-diensten<sup>22</sup> en poliklinieken van de PZ en PAAZ-diensten.

Voor ambulante therapie vinden we een aanbod in CGG/privépraktijken (psychologen, psychiaters, poliklinieken PZ en PAAZ-diensten, ELP (kortdurende interventies), dagcentra verbonden aan de PZ en de MFE Klaverblad<sup>23</sup>

<sup>9</sup> Universele preventie of geestelijke gezondheidsbevordering, gericht op de algemene bevolking. Het betreft campagnes voor de gehele bevolking of schoolgerichte interventies, waarbij zoveel mogelijk mensen, ongeacht hun risico status, worden benaderd.

<sup>10</sup> In de regio GG ADS gaat dit meer bepaald om Logo Dender (met werkingsgebied Aalst, Berlare, Buggenhout, Denderleeuw, Dendermonde, Erpe-Mere, Geraardsbergen, Haaltert, Lebbeke, Lede, Ninove, Zele), Logo-Waasland (met werkingsgebied Beveren-Waas, Hamme, Kruikebeke, St-Gillis-Waas, Sint-Niklaas, Stekene, Temse) aangevuld met Logo gezond+ (voor de gemeenten Lokeren, Herzele, Wetteren, Wichelen, St-Lievenshouten, Moerbeke-Waas).

<sup>11</sup> Zie overzicht GGZ-actoren

<sup>12</sup> Selectieve preventie is gericht op individuen of subgroepen van de populatie waarbij het risico op het ontwikkelen van een psychisch probleem aanzienlijk groter is dan gemiddeld.

<sup>13</sup> Geïndiceerde preventie richt zich naar individuen die tekenen, risicofactoren, risicogedrag vertonen dat wijst op een reëel verhoogde kans op een psychisch probleem.

<sup>14</sup> Suïcidepreventie vertrekt vanuit CGG Eclips (Gent)

<sup>15</sup> Zie overzicht GGZ-actoren

<sup>16</sup> Momenteel enkel in regio Aalst (1.5 FTE, samenwerking Vlaanderen (pilotproject) CGG ZOV, WGC Daenshuis, SEL Aalst). Doelgroep: gericht op een brede populatie van mensen met licht tot matige psychische problemen en hierbij ingezet op het niveau van de huisartsen (huisartsen, huisartsenpraktijken, wijkgezondheidscentra, HAWP) Doelstelling: Geestelijke gezondheidszorg toegankelijker maken door inbedding in de bestaande gezondheidszorg en toepassen van het principe van getrapte zorg:

a. Detectie van psychische problemen en ondersteuning van de huisartsen

b. Vroege interventie oa als 'dispatcher' die de toegang tot de eerste, tweede en derde lijn faciliteert op basis van nauwe samenwerking met het netwerk en gerichte doorverwijzing.

c. Kortdurende interventies bij milde tot matig ernstige psychische problemen (max 5 gesprekken)

<sup>17</sup> In de regio GG ADS zijn drie WGC actief: De Vlier in Sint-Niklaas, Daenshuis in Aalst en Kapellenberg in Lokeren

<sup>18</sup> Zie overzicht GGZ-actoren

<sup>19</sup> Zie overzicht GGZ-actoren

<sup>20</sup> In de regio GG ADS heeft het CAW een algemeen onthaal in Beveren-Waas, Sint-Niklaas, Lokeren, Wetteren, Dendermonde, Aalst en Ninove (verwacht 2015)

<sup>21</sup> Mensen met een psychische kwetsbaarheid komen vaak eerst langs bij de huisarts (staat in voor de eerste screening en evaluatie)

<sup>22</sup> Zie overzicht GGZ-actoren

<sup>23</sup> Multifunctionele eenheid (samenwerking APZ Sint-Lucia en CGG Waas en Dender), vestiging in regio Waasland

## Overzicht GGZ-actoren met betrekking tot functie 1

<b>Regio Noord</b>
PZT Querido/Mozaïek
CGG Waas en Dender
APZ Sint Lucia
PC Sint-Hiëronymus
AZ Nicolaas, PAAZ
VDIP Waas
CGG De drie stromen
PZT PION
<b>Regio Midden</b>
PZT De Monding
CGG De Drie stromen
CGG Waas en Dender
AZ Sint-Blasius, PAAZ
VDIP Dender
PZT Pion
<b>Regio Zuid</b>
PZT Lotus
CGG Zuid-Oost-Vlaanderen (ZOV)
PC Zoete Nood Gods
ASZ Aalst, PAAZ
OLV Aalst, PAAZ
Netwerk PZT Het Akkoord, ZOV
Ambulant centrum Traject – De Sleutel

### 2) Lacunes in het huidige zorgaanbod

Er is weinig afstemming, samenwerking, coördinatie tussen de verschillende actoren en initiatieven. Er is een kloof tussen de 0<sup>de</sup> lijn, 1<sup>ste</sup> lijn en de gespecialiseerde GGZ omdat men elkaar onvoldoende kent. Er is nood aan een ankerpunt in de regio. Er is behoefte aan versterking, ondersteuning van de eerste lijn en de huisarts: advies/coaching naar de verwijzer of 1<sup>ste</sup> lijnsactor, die de begeleiding/behandeling verderzet, met tijdelijke tussenkomst van kortdurende interventies vanuit de gespecialiseerde GGZ. Informele zorg en zorgvrager worden onvoldoende betrokken. Er is onvoldoende kennis rond doorverwijzingsmogelijkheden: er is nood aan een gemakkelijk, transparant overzicht van initiatieven. Bestaande zorg, advies en coaching is onvoldoende gekend en bereikt niet alle doelgroepen, soms zijn de instapdrempels te hoog. Er is te weinig aandacht voor geestelijk gezondheidsbevorderende acties naar het brede publiek. Er zijn lange wachttijden om beroep te kunnen doen op het ambulante gespecialiseerde GGZ-aanbod. De GGZ-poliklinische functie is onvoldoende gekend. Opname wordt nog te vaak gelinkt met behandeling van mensen met een psychische kwetsbaarheid (gebrek aan getrapte zorg). Het ontbreekt aan afstemming tussen CGG, poliklinieken en privépraktijken wat betreft gezamenlijk zorgaanbod.

### 3) Toekomstig zorgaanbod

Met functie 1 willen we een laagdrempelige eerstelijns-GGZ uitbouwen door per subregio een competentienetwerk op te richten. Het competentienetwerk is gericht naar alle actoren (0<sup>o</sup>-, 1<sup>ste</sup>-, 2<sup>o</sup>- en 3<sup>o</sup> lijn). Het competentienetwerk bouwt bruggen tussen de verschillende zorglijnen en neemt volgende functies op:

1. geestelijk gezondheidsbevorderende (GGB) acties en destigmatiserende beeldvorming (via themagroep bestaande uit partners die als kernopdracht promotie en preventie hebben);
2. doorverwijzingshulp;

3. in kaart brengen van het vormingsaanbod, in kaart brengen van de vormingsvragen, het faciliteren van vormen en samenwerken met erkende vormingscentra;
4. stimuleren van ontmoeting en wederzijdse informatie-uitwisseling;
5. coördineren van (intersectorale) intervisie;
6. coördineren van een knelpuntoverleg;
7. stimuleren van multidisciplinair overleg (MDO) via bestaande kanalen;
8. deskundigheidsbevordering via advies en coaching, eventueel casusgebonden;
9. implementeren van de eerstelijnspsychologische functie;
10. screening, vroegdetectie zo nodig ten huize van de patiënt, suïcidepreventie;
11. toeleiden naar de juiste zorg op het juiste moment (getrapte zorg);
12. integratie van de ombudsfunctie in het netwerk (patiëntenrechten).

De oprichting van een competentienetwerk moet leiden tot een toegankelijke (hogere inclusie) en transparantere GGZ, het beperken van de impact van psychische problemen op het algemeen functioneren en het verhogen van de kans op optimaal herstel<sup>24</sup>, een hogere deskundigheid in de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, een betere samenwerking over de lijnen heen in functie van gedeelde zorg, een transparant vormingsaanbod, de toeleiding van mensen met een psychische kwetsbaarheid naar de juiste zorg en op het juiste moment (getrapte zorg), een betere continuïteit van de zorg en een kwaliteitsvollere begeleiding en ondersteuning.

**Middelen:** we vertrekken vanuit het bestaande aanbod in functie van de beoogde doelstellingen. (zie samenvattende tabel)

**Operationalisering en geplande acties:** het bespreken van de formele engagementen m.b.t personeelsinzet. Precieze afbakening per subregio. Bespreken van de uitvalsbasis van het competentienetwerk. Bepalen van profiel/selectie/vormingsnaden van de aan te stellen FTE. Het huidige vormingsaanbod in kaart brengen. In kaart brengen van specifieke expertise (over de regio's) i.f.v. vormen, coaching/advies/intervisie/knelpuntoverleg. Centraliseren van informatie door het in kaart brengen van het GGZ-aanbod per subregio (portalsite). Bepalen procedure advies/coaching. Onderzoeken op welke manier familiecoach/ervaringsdeskundigen in het competentienetwerk kunnen betrokken worden. Uitwerken project knelpuntoverleg. Onderzoeken/ontwikkelen van screeningsinstrumenten/checklists die gebruikt kunnen worden in de 1<sup>ste</sup> lijn, welzijnszorg, huisartsenpraktijk om GGZ-problematiek te screenen. Het ambulante zorglandschap per subregio (met inbegrip van privépraktijken) in kaart brengen. Bekijken en bespreken hoe en met welke middelen de eerstelijnspsycholoog en VDIP over de volledige werkregio kan geïmplementeerd worden. Samenstellen themagroep preventie/promotie en doelstellingen bepalen. Afspraken maken rond een bed-op-recept.

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

De tweede functie heeft betrekking op de behandelteams in de thuisomgeving. Dat zijn enerzijds de teams die zich richten naar personen in een subacute of acute toestand (Functie 2a). Anderzijds zijn het de teams die zich richten naar personen met langdurige psychiatrische problemen (Functie 2b).

<sup>24</sup> Herstel betekent hier niet alleen klinisch herstel, ook persoonlijk en maatschappelijk herstel.

### 5.2.2.1. Functie 2a: ambulante intensieve teams voor acute psychische problemen

#### 1) Inventarisatie van het huidige zorgaanbod

De facto bestaat er binnen de regio geen aanbod van ambulante teams voor acute psychische problemen. Om op dit vlak op een aantal noden een antwoord te kunnen geven, wordt de begeleiding en de behandeling van mensen met acute zorgnoden momenteel voornamelijk opgenomen door residentiële GGZ-diensten binnen de regio GG ADS. In ambulante vorm kan er beroep gedaan worden op poliklinieken en CGG en privépraktijken. Bij voorkeur wordt de persoon met acuut psychisch lijden via een verwijzer (= reeds in zorg) aangemeld.

#### 2) Lacunes in het huidige zorgaanbod

De mogelijkheid tot snelle outreachende interventie bij acute GGZ-noden ontbreekt vandaag de dag. Er is een hoge instapdrempel voor zorg: wachtlijsten, trage doorstroom. (Spoed)opname wordt als standaardantwoord op crisis gezien: er is momenteel een gebrek aan getrapte zorg. Ondersteuning van het netwerk rond de cliënt met acute zorgnoden is nog niet ingeburgerd. Geen kennis over targetpopulatie van een 2a-team: in te schatten aantal aanmeldingen en inclusies, instroom, waar te bereiken (bemoeilijkt de uitrol van de functie 2a).

#### 3) Toekomstige zorgaanbod

Het netwerk wil in het volledige werkingsgebied mobiele en outreachende teams oprichten voor mensen met acute zorgnoden. In eerste fase is het streefdoel om per subregio 1 mobiel team voor acute zorg te implementeren bestaande uit 4 FTE. Dit betekent dat we in eerste fase voor de uitbouw van een 2a-team in de volledige regio 12 FTE ter beschikking moeten kunnen stellen. Idealiter wordt een team van 12 FE voorzien voor een regio van 150000<sup>25</sup> inwoners. Dit ideale scenario kan alleen maar op lange termijn gefaseerd worden opgebouwd.

**Doelgroep:** volwassenen met ernstige psychiatrische symptomen, die een acute psychiatrische crisis doormaken. Deze crisis is dermate ernstig dat, zonder tussenkomst van het ambulant team, hospitalisatie noodzakelijk is.

**Aanmelding:** het mobiel team voor acute zorg interenieert na een telefonische oproep via een centraal telefoonnummer (per subregio: Noord, Midden, Zuid). De aanmelding gebeurt vanuit GGZ-actoren, de huisarts en via functie 1. Na evaluatie<sup>26</sup> en in verdere fase van de uitbouw van het 2a-team kan de groep van verwijzers naar het mobiele team voor acute zorg worden uitgebreid. In eerste instantie, bij gebrek aan inschatting van de vraag, willen we de verwijzers beperken tot een arts en GGZ-actoren. Mantelzorgers en cliënten kunnen, na screening, via functie 1 doorverwezen worden.

**Doelstelling:** de cliënt en zijn directe omgeving met acute zorgnood stabiliseren, ondersteunen en toeleiden naar de juiste zorg, netwerkvorming (informeel en professioneel), (gedwongen) opname in een residentiële setting reduceren/vermijden, residentiële opnameduur indien opname in residentiële setting noodzakelijk blijkt zo kort mogelijk houden, continuïteit van zorg bewerkstelligen.

**Middelen:** zie samenvattende tabel

**Opdracht mobiel team voor acute zorg:** de opdracht van een 2a-team is crisishantering en intensieve thuisbehandeling van mensen met een acute psychische nood via actieve outreachende zorg. Het mobiele

<sup>25</sup> Volgens model van West Midlands (Birmingham)

<sup>26</sup> Na het eerste werkingsjaar

team richt zich op stabilisatie van de crisissituatie door in eerste instantie gebruik te maken van de krachten van de patiënt en zijn omgeving.

**Begeleidingsduur:** 4 weken

**Caseload:** per mobiel team en per subregio streven we naar een permanente caseload van 30 cliënten per maand, dit komt neer op 360 cliënten op jaarbasis. Hierbij gaan we uit van 40 outreachende interventies per week<sup>27</sup>.

**Model:** we willen een nieuwe trede op de zorgtrap binnen de acute GGZ creëren via kortdurende intensieve zorg in de leefsituatie van de persoon. Telefonische screening: hulpvraag + bestaande netwerk in kaart brengen, permanente risicotaxatie, bepalen van inclusie in samenspraak met arts van het 2a-team en verwijzer, gerichte doorverwijzing naar andere functies of assessment (binnen de 24 uur) in de natuurlijke leefomgeving of op plaatsten waar de persoon in crisis zich bevindt.

### **Fase 1 - intensieve zorg**

- crisishantering
- opmaken van crisiszorgplan (bij voorkeur in overleg met het netwerk) + bespreken van residentieel verblijf wanneer zorg vanuit 2a-team tijdens de begeleiding ontoereikend blijkt
- bepalen van doelstelling in samenspraak met het netwerk
- bepalen van medicatie in acute fase (bij voorkeur in overleg met de behandelaar (huisarts of psychiater)
- bepalen van het aantal en de frequentie van huisbezoeken, (in overeenstemming met het netwerk)
- in functie van de noden van de patiënt/cliënt, uitbreiden van het netwerk van de patiënt/cliënt (bijstand bijzondere expertise)
- in kaart brengen van het netwerk (zowel formeel als informeel)
- aanwijzen van zorgcoördinator enerzijds en referentiepersoon anderzijds
- streven naar één contact (per mail, telefonisch, face-to-face,...) per week met de huisarts (briefing)

### **Fase 2 - stabiliserende zorg**

- evalueren van de doelstellingen bepaald in de eerste fase
- evalueren van de ingestelde medicatie
- verlagen van aantal en frequentie van huisbezoeken door 2a team
- overleg met het netwerk i.f.v. lange termijn
- evalueren van de veranderde noden/behoefte van de patiënt/cliënt

### **Fase 3 - opvolgfase en doorverwijzingsfase**

- minimale interventie door 2a-team: monitoren van reeds gemaakte afspraak met het netwerk
- interventie van 2a-team vnl. gericht op ondersteuning van het bestaand netwerk
- evalueren van de doelstellingen bepaald in de eerste en tweede fase
- evalueren van de ingestelde medicatie en behandeling
- eventuele doorverwijzing, opvolgen en afronden

**Beschikbaarheid van het 2a team:** we streven naar maximale bereikbaarheid in functie van beschikbare middelen.

---

<sup>27</sup> Op basis van caseload huidige PZT-teams



**Operationalisering en geplande acties:** verder overleg om voornoemde concepten te operationaliseren. Formele engagementen personeelsinzet (ook medische uren). Bespreken van de uitvalsbasis 2a-team per subregio. Precieze regioafbakening per subregio. Uitwerken van een standaardtool voor assessment. Opmaken van een beslissingsprotocol rond opname in samenspraak met Functie 4. Afspraken maken rond bed of recept. Bepalen van profiel-, selectie-, vormingsnoden van de aan te stellen FTE. Bepalen van de samenstelling van het team. Bespreken van een wachtsysteem: i.k.v. permanentie na sluitingsuren team + afstemming psychiatrische wachtposten (medische). Onderzoeken van het gebruik van een elektronisch patiëntendossier, over de functies en de lijnen heen.

#### **5.2.2.2. Functie 2b: ambulante intensieve teams voor langdurige psychische problemen**

##### **1) Inventarisatie van het huidige zorgaanbod**

Momenteel wordt de begeleiding en de behandeling van mensen met langdurige psychische zorgnoden voorzien in: psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-diensten, dagbehandeling, ambulant, poliklinische begeleiding; PZT-teams; IBW; privépraktijken psychologen/psychiaters; CGG's; CAW; 1stelijnsvoorzieningen: CAW, OCMW, thuiszorgdiensten (DMW verbonden aan ziekenfonds, gezinszorg, poetshulp, thuisverpleging, huisartsen,...) VDIP; Mobiele teams verbonden aan psychiatrische ziekenhuizen of IBW, remissiehuizen (prikkliniek).

## Overzicht van GGZ-actoren in de regio Aalst-Dendermonde-St.-Niklaas die reeds outreachend werken (2b-actoren)

Regio Aalst	Werkingsgebied
PZT Lotus (vanuit IBW Reymeers)	Aalst, Ninove, Lede, Erpe-Mere, Haaltert, Denderleeuw
Mobiel Team Lede (PC Lede en VZW Reymeers)	Zorgregio Aalst
PZT PION (CGG De drie stromen)	Berlare, Laarne, Lochristi, Lokeren, Moerbeke, Waasmunster, Wachtebeke, Wetteren, Wichelen, Zele
Netwerk psychiatrische thuiszorg Het Akkoord, Zuid-Oost-Vlaanderen (IBW De Vlaamse Ardennen)	In regio GGZ ADS: Geraardsbergen, Herzele, St-Lieven-Houtem (werkingsgebied ligt voor de rest in regio ZOV hoort bij regio van het PAKT (project art 107 Gent-Eeklo-ZOV))
Regio Dendermonde	
PZT De Monding (IBW pro Mente Dendermonde)	Dendermonde, Buggenhout, Lebbeke en Hamme
Regio Sint-Niklaas	
PZT Querido/Mozaïek (Beschut Wonen Waasland)	Sint-Niklaas, Temse, Kruibeke, Beveren, Zwijndrecht,
	Sint-Gillis-Waas, Stekene
FACT Team (PC Sint-Hieronymus en IBW Pro Mente SN)	Sint-Niklaas, Temse, Kruibeke, Beveren, Sint-Gillis-Waas, Stekene, Zwijndrecht.
PZT PION (CGG De drie stromen)	Berlare, Laarne, Lochristi, Lokeren, Moerbeke, Waasmunster, Wachtebeke, Wetteren, Wichelen, Zele

### 2) Lacunes in het huidige zorgaanbod

Er is een grote vraag naar outreachende zorg bij langdurige psychiatrische problemen. De huidige beschikbare middelen blijken onvoldoende om aan de vraag te kunnen voldoen (cfr. o.a. wachtlijsten PZT en mobiele teams). Het huidige aanbod is weinig uniform en zeer versnipperd. Hoge instapdrempel voor zorg: wachtlijsten, trage doorstroom. Cliënten worden vaak te lang in zorg gehouden: gebrek aan gedeelde zorg, elkaar onvoldoende kennen, gebrek aan vertrouwen, gebrek aan getrapte zorg. Aantal psychiateren is beperkt. Algemeen kan worden gesteld dat er nood is aan meer zorgcoördinatie en continuïteit.

### 3) Toekomstige zorgaanbod

**Doel:** oprichten van een mobiel team langdurige zorg per subregio voor de regio van het Netwerk GG ADS.

**Doelgroep:** volwassenen met ernstige psychiatrische symptomen

- die zorg/behandeling noodzakelijk maken;
- en die ernstige beperkingen in het sociaal en maatschappelijk functioneren geven;
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychopathologie;
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig);
- en voor wie outreachende zorg een expliciete meerwaarde is;
- en waarbij gecoördineerde zorg van zorgnetwerken of professionals geïndiceerd is en noodzakelijk om het zorgplan te realiseren (EPA<sup>28</sup>).

Ook met bijzondere aandacht voor de zorgwekkende zorgvermijders.

**Begeleidingsduur:** afhankelijk van de nood van de patiënt, langdurig engagement: zo kort als mogelijk, zo lang als nodig, zo intensief als nodig. (Op basis van routine outcome monitoring (ROM)).

**Model:** per subregio (Noord, Midden, Zuid) wordt een mobiel team voor langdurige zorg opgericht met een minimum streefdoel van 5 FTE (afh. van inw-aantal subregio en spreiding verstedelijkt/landelijk). De werking van het mobiele team voor langdurige zorg wordt gebaseerd op het Nederlandse FACT-model: een aantal

<sup>28</sup> Zie definitie EPA gehanteerd in Delespaul, P. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie, 55(6), 427-438.

elementen worden overgenomen, op een aantal punten wordt bewust afgeweken (aanpassen aan het Vlaamse zorglandschap dat op een aantal vlakken fundamenteel verschilt van het Nederlandse)

**De elementen die uit het Nederlandse FACT-model worden overgenomen zijn:**

- teamsamenstelling en teamstructuur: fasegewijs op te bouwen i.f.v. beschikbare middelen
- principe van wisseling van persoonlijke begeleiding naar shared-caseload voor cliënten die zich in een periode bevinden waarin nood is aan zorgintensivering (cfr. de 20% cliënten op het FACT-bord).
- opdracht van het 2b-team: rehabilitatiegerichte begeleiding én behandeling (zie ook rubriek opdracht)

**De voornaamste afwijkingen t.o.v. het Nederlandse FACT-model zijn:**

- De psychiaterfunctie in functie 2b is een coördinatiefunctie en geen behandel functie in ons model. De keuzevrijheid van de patiënt blijft gegarandeerd.
- Om noodzakelijke doorstroom te realiseren kiest het 2b-team ervoor om waar mogelijk en wenselijk op systematische wijze begeleidingen tijdig om te zetten in onrechtstreekse zorg d.m.v. cliëntgebonden advies, coaching en zorgcoördinatie van het rond de cliënt opgebouwde zorgnetwerk (eerstelijns, tweede lijn, mantelzorgers...). Deze zorgcoördinatie zal gebeuren via de bestaande aanbieders van zorgcoördinatie (MDO, MDO-psy, ...). Waar mogelijk wordt ook deze onrechtstreekse zorg afgebouwd zodat nieuwe instroom in het 2b-team mogelijk wordt.
- Caseload: 25 cliënten per VTE persoonlijke begeleider

**Opdracht:** aanbieden van gemeenschapsgerichte zorg, met aandacht voor zorgcontinuïteit volgens de principes van stepped care.

- t.o.v. cliënten: individuele (op maat, juiste zorg op het juiste moment), herstelgeoriënteerde, brede maatschappelijke begeleiding (cfr. meerdere begeleidingsdomeinen) in de eigen leefomgeving (outreaching), waar nodig in samenwerking met andere voorzieningen (welzijnswerk, arbeid, educatie, ...), behandeling (symptoom-management, medicatie, psychotherapeutische interventies, ...) in samenwerking met behandelaars en zorgverstrekkers uit de EL-gezondheidszorg, GGZ 2° en 3° lijn.
- t.o.v. de omgeving (familie – mantelzorgers): cliëntgebonden ondersteuning, advisering, coaching en zorgcoördinatie.
- t.o.v. voorzieningen EL-gezondheidszorg, welzijnssector, arbeid, educatie, enz.: cliëntgebonden advies, coaching en zorgcoördinatie.

**Aanmelding:** de aanmelding gebeurt via een centraal aanmeldingspunt per subregio.

**Beschikbaarheid van het 2b-team:** we streven naar maximale bereikbaarheid in functie van beschikbare middelen.

**Middelen:** zie samenvattende tabel

**Verwachte effecten:** reductie van (gedwongen) opname in een residentiële setting, minder lange opnameduur indien opname in residentiële setting noodzakelijk blijkt, betere continuïteit van zorg, performantere ondersteuning van de cliënt en zijn directe omgeving in de zorg, betere ondersteuning en toeleiding naar de juiste zorg op verschillende zorgdomeinen, grotere netwerkvorming (informeel en professioneel).

**Operationalisering en geplande acties:** formele engagementen personeelsinzet (ook medische uren).

Bespreken van de uitvalsbasis van het 2b-team. Precieze regioafbakening per subregio. Uitwerken van een standaard-tool voor assessment. Opmaken van een beslissingsprotocol in samenspraak met Functie 4, afspraken maken rond bed op recept (respite care). Bepalen van profiel/selectie/vormingsnaden van de aan te stellen FTE. Bepalen van de teamsamenstelling. Het onderzoeken van de nood aan en mogelijkheid naar

wachtsystemen, permanentiebegeleiders, medische continuïteit, enz. Onderzoeken van het gebruik van een elektronisch patiëntendossier, over de functies en de lijnen heen.

### 5.2.3. Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

#### 1) Inventarisatie van het huidige zorgaanbod

Binnen het Netwerk GG ADS zijn heel wat initiatieven actief die mensen met een psychische kwetsbaarheid ondersteunen bij herstel, het (opnieuw) opnemen van sociale rollen en bij het zoeken naar aangepaste arbeidsmatige en of vrijetijds- of ontmoetingsactiviteiten. Alle activiteiten rond herstel en sociale inclusie plaatsen we onder de noemer 'activering<sup>29</sup>', die we rangschikken onder drie pijlers nl. : de pijler arbeid, de pijler ontmoeting en de pijler vrije tijd) vorming. In het overzicht van de initiatieven die hierin een aanbod voorzien, maken we een onderscheid tussen:

- 1) categoriale initiatieven: eigen GGZ-initiatieven met een aanbod naar mensen met een psychische kwetsbaarheid (zie overzicht).
- 2) niet-categoriale initiatieven: initiatieven vanuit belendende actoren met een aanbod rond sociale inclusie naar mensen met MMPPS<sup>30</sup>-problematiek reguliere initiatieven.
- 3) reguliere initiatieven: initiatieven met een aanbod naar de maatschappij.

Daarnaast maken we binnen de categoriale initiatieven een onderscheid tussen: initiatieven die voornamelijk een ondersteuningsgericht (OS)<sup>31</sup> aanbod hebben en initiatieven die voornamelijk in een ontwikkelingsgericht (OW)<sup>32</sup> aanbod voorzien.

#### Overzicht GGZ actoren m.b.t. functie 3 (categoriale initiatieven per subregio)

Voor de pijler arbeid	
Regio	project
Noord	Witte Hoeve
	ECHO
	Werksaam
Midden	De Loft
Zuid	Activiteitencentrum Sava
Voor de pijler vorming	
Noord	Witte Hoeve
Midden	De Loft
Zuid	Activiteitencentrum Sava
Voor de pijler ontmoeting en vrije tijd	
Volledige regio	Buddywerking
Zuid	Ontmoetingscentrum 't Evenwicht
	Trefpunt
Noord	WerkSaam
	ZIGZAG
Midden	De Loft

<sup>29</sup> Het geheel van opdrachten ten aanzien van personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen met betrekking tot de domeinen arbeid, vorming, vrije tijd en ontmoeting die kunnen bijdragen tot het herstel en de maatschappelijke integratie van de cliënten en tot sociale inclusie van de doelgroep.

<sup>30</sup> MMPPS: medisch, mentaal, psychisch, psychiatrisch, sociaal probleem.

<sup>31</sup> Ondersteuningsgerichte activiteiten (OS): activiteiten en programma's gebaseerd op acceptatie

<sup>32</sup> Ontwikkelingsgerichte activiteiten (OW): programma's en activiteiten gericht op groei

## Overzicht van de bestaande netwerken met niet-categoriale partners (pijler arbeid):

1. PAOV<sup>33</sup> = provinciaal netwerk arbeidszorginitiatieven
2. RNA<sup>34</sup> = regionale netwerk arbeidszorginitiatieven
3. Samenwerkingsinitiatieven<sup>35</sup> vanuit sociale economie (SE) met welzijns- en zorgpartners
4. TAZ<sup>36</sup>-netwerk Provincie Oost-Vlaanderen: POPOV prov. penhouder van alle partners zorg en empowerment voor de Tender activerings- en zorgtrajecten.
5. DAZ<sup>37</sup>-netwerk (doorstroomtrajecten arbeidszorg): Beschutte Werkplaats Ryhove provinciaal penhouder

## 2) Lacunes in het huidige zorgaanbod

Het aanbod is zeer versnipperd en bestaat soms uit kleine, lokale initiatieven met instabiele financieringsnormen die elkaar onvoldoende kennen. Het activiteitenaanbod wenst meer differentiatie. Bepaalde capaciteit op de drie pijlers (zowel voor OS als voor OW). Qua spreiding van activiteitencentra en arbeidszorgcentra zien we een blinde vlek in het zuiden van het werkingsgebied. Categoriele arbeids- en trajectbegeleiding is enkel uitgebouwd in de regio Waasland (ECHO). De samenwerking met de niet-categoriale arbeids- en trajectbegeleiding via de tenders van de VDAB en SE in onze regio's is aanwezig, maar onvoldoende gekend en weinig efficiënt gecoördineerd. Er is nog een verdere samenwerking nodig tussen de afstemming tussen GGZ-actoren en niet-GGZ actoren: beschutte – sociale werkplaatsen, lokale dienstencentra, lokale economie, arbeidszorgaanbieders, werkwinkels, ontmoetingshuizen, ziekenfondsen,<sup>1<sup>ste</sup></sup> lijnsactoren,... Er is onvoldoende doorstroom. Er ontbreekt trajectbegeleiding op het vlak van vrijetijd/ontmoeting en vorming: deze pijler vraagt een inhaalbeweging. Er wordt nog onvoldoende gewerkt met cliëntenparticipatie/familieparticipatie: meedragen van de dagelijkse werking, actief betrekken bij beleid en sturen van het zorgaanbod. In de regio van het Netwerk GG ADS is er geen ambulante psychosociaal revalidatiecentrum voor volwassenen<sup>38</sup> (RIZIV-conventie). Financiële toegankelijkheid van het vrijetijds- en vormingsaanbod in het reguliere circuit.

## 3) Toekomstige zorgaanbod

We willen op termijn (gefaseerde opbouw) per subregio een activeringsteam rond arbeid, vrije tijd/ontmoeting en vorming ontwikkelen. Deze functie verbindt alle bestaande initiatieven m.b.t. de domeinen arbeid, vrije tijd en ontmoeting en vorming. In eerste fase starten we per subregio met minstens 1 FTE om de brugfunctie waar te maken.

**Doelgroep:** volwassenen met een psychische kwetsbaarheid die nood hebben aan ondersteuning bij het behouden (OS)/aanleren (OW) en terug opnemen van sociale rollen in de maatschappij op het domein van arbeid, ontmoeting en vrije tijd en vorming, gericht op sociale inclusie en integratie.

<sup>33</sup> Leden bestaan uit alle arbeidszorginitiatieven over de grenzen van sociale economie, welzijnssector, GGZ, RWO's, CAW's en GTB. Doel: belangenbehartiging van functie ' arbeidsmatige activiteiten of arbeidszorg (trede 3 in participatieladder)

<sup>34</sup> Sinds 2002 zijn er 3 Regionale netwerken arbeidszorg (onderdeel van PAOV) verdeeld over 3 regio's: Waas en Dender, zuid - Oost-Vlaanderen en Gent-Eeklo

<sup>35</sup> Sinds 2006, Concreet in onze regio:

- Beschutte werkplaats Temse heeft samenwerking met welzijnspartners uit Lokeren en Dendermonde. (Alderande, Sperwer, Loft,...)
- Sociale werkplaats MO-Clean: samenwerking met Sint-Lucia, BW Waasland, Sint-Hieronymus en BW Pro Mente: arbeidszorg op Werk.Saam en Witte Hoeve voor mensen vanuit het meerbanenplan. Momenteel 23 mensen tewerkgesteld door @work.

<sup>36</sup> Gericht op MMPPS problematiek, financiering via Vlaams departement werk. Betreft een intensieve samenwerking tussen VDAB-GTB-ZORG en Empowermentpartners. verdeeld over 3 regio's: Waas en dender, Zuid-Oost-Vlaanderen, Gent-Eeklo. Aantal begeleidingen (31/08/2014) op Vlaams niveau= 4000 pers Oost-Vlaams niveau= 976 pers

<sup>37</sup> Financiering via Vlaams departement SE, samenwerking tussen GTB en SE om zorg- en empowermentmodules aan te bieden aan mensen met profiel arbeidszorg richting betaald werk. Aantal begeleidingen per kalenderjaar= 100 voor Oost-VI, waarvan 47 personen voor regio Waas en Dender en Zuid-Oost-VI.

<sup>38</sup> Er is wel een RIZIV-conventie voor kinderen en jongeren: Het Veer - Revalidatiecentrum NOK en PSY in Sint-Niklaas en een Revalidatiecentrum Beveren: Centrum voor Ambulante Revalidatie 't Vlot vzw

- **op niveau van de zorgvrager:** advies/coaching in traject arbeid, vrije tijd/ontmoeting, educatie, ondersteunen van het herstelproces. De zorgvrager moet concrete modules (trajectbegeleiding en/of deelname aan zelfgeorganiseerde (vrije tijds-, ontmoetings- of arbeidsactiviteiten) kunnen volgen om zijn sociale inclusie /maatschappelijke integratie te kunnen realiseren.
- **op niveau van de organisatie:** aanspreekpunt zijn voor de andere functies van het netwerk met vragen voor hun cliënt m.b.t. arbeid, vrije tijd, ontmoeting en vorming (casusgebonden advies en coaching), deskundigheidsbevordering van alle actoren betrokken in de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, afstemmen van het aanbod op elkaar en voorzien in een voldoende gedifferentieerd aanbod voor de doelgroep.
- **op niveau van de maatschappij:** verbindend werken, samenbrengen van de GGZ-actoren en de reguliere actoren, normaal economisch circuit (NEC),... Vergroten van het aanbod van activering in de maatschappij en kwartiermaken. Destigmatisering van de GGZ

**Middelen:** zie samenvattende tabel. De professionele medewerkers worden bij voorkeur aangevuld met ervaringsdeskundigen om de dagelijkse werking mee te dragen, actief te betrekken bij beleid en het zorgaanbod te sturen volgens de noden van gebruikers.

**Operationalisering en geplande acties:** per pijler (via themagroepen in de werkgroep Functie 3) en subregionaal in kaart brengen van alle huidige partners met een aanbod op vlak van arbeid, vorming, vrije tijd en ontmoeting. Per pijler subregionaal de huidige samenwerkingsinitiatieven in kaart brengen. Per pijler en subregionaal in kaart brengen van alle potentiële partners waar er een intensievere samenwerking mee kan aangegaan worden op vlak van arbeid, vorming, vrije tijd en ontmoeting. Integreren van het decreet zorg en welzijn (W<sup>2</sup>), binnen dit decreet ligt er verantwoordelijkheid bij actor werk en zorg/welzijn, deze rolverdeling/taakverdeling tussen casemanagers werk en zorg in onze regio uitwerken. Exploiteren van good practices vb. werk werkt/supported employment. Exploiteren uitbouw ambulante psychosociaal rehabilitatiecentrum voor volwassenen (RIZIV-conventie). Exploiteren van samenwerking met en inbreng van middelen van dagcentra verbonden aan de psychiatrische ziekenhuizen (kleine t-bedden). Verder overleg met expertleden om voornoemde concepten te operationaliseren. Formele engagementen personeelsinzet. Bespreken van de uitvalsbasis van het activeringsteam per subregio. Uitwerken van gezamenlijke methodiek rond trajectbegeleiding (cfr W<sup>2</sup>-decreet). Bepalen van profiel/selectie/vormingsnoden van de aan te stellen FTE.

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

**1) Inventarisatie van het huidige zorgaanbod: overzicht GGZ-actoren Netwerk GG ADS m.b.t functie 4**

Psychiatrische ziekenhuizen	Aantal bedden/plaatsen											
	A			T			Sp	K			Totaal	
	Vol	Part		Vol	Part		Tg	Vol	Part			
	dag	n	dag	n	n		dag	n	n			
<b>Arrondissement Aalst</b>												
PC Zoete Nood Gods Lede	60	4	1	69	28	1		22				185
<b>Arrondissement Sint-Niklaas</b>												
PC Sint-Lucia Sint-Niklaas	60	30		98	60	5		35				288
PC Sint-Hiëronymus Sint-Niklaas	30	25	5	100	25	5	30					220
Totaal regio GGZ ADS	150	59	6	267	113	11	30	57	0	0	0	693
<b>Totaal voor Het Pakt</b>	<b>548</b>	<b>62</b>	<b>20</b>	<b>654</b>	<b>226</b>	<b>25</b>	<b>61</b>	<b>126</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>1765</b>

Paaz-diensten	Uitbatingsplaats	A-bedden	K-bedden
<b>Arrondissement Aalst</b>			
Algemeen Stedelijk Ziekenhuis	campus Aalst	30	
Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis	campus Aalst	30	
<b>Arrondissement Sint-Niklaas</b>			
AZ Nikolaas	campus Sint-Niklaas		17 + 3 k(d)
	campus Temse	30 + 15 a-dag	
<b>Arrondissement Dendermonde</b>			
AZ Sint-Blasius	campus Dendermonde	30	
Totaal regio GGZ ADS		120 + 15 a-dag	17 + 3 k(d)
<b>Totaal voor Het Pakt</b>		<b>256</b>	<b>15 + 5 k(d)</b>

Aanbod met betrekking tot de psychiatrische ziekenhuizen

APZ-Sint Lucia, PC Zoete Nood Gods, PC Sint-Hiëronymus hebben een poliklinisch en/of (semi)residentieel opname- en behandelaanbod voor de volgende doelgroepen: acute psychiatrische problematiek, afhankelijkheidsproblematiek (legale middelen), psychozorg, stemmings- en angststoornissen, psychogeriatric en gerontopsychiatrie, persoonlijkheidsproblematiek, psychiatrische problematiek die een langdurige zorgafhankelijkheid veroorzaken. Er is een overeenkomst tussen de drie psychiatrische ziekenhuizen voor gedwongen opnames in kader van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Differentiatie in het aanbod van de psychiatrische ziekenhuizen:

- forensische problematiek meer bepaald m.b.t. seksueel delinquentie (APZ Sint-Lucia)
- eetstoornissen, Huntington (RIZIV conventie sinds 1/11/2014) (PC Zoete Nood Gods)
- afdeling voor personen met Korsakov (PC Sint-Hiëronymus)

Aanbod m.b.t. PAAZ-diensten

Een PAAZ heeft een poliklinisch en residentieel opname- en behandelaanbod voor mensen met een acute psychiatrische problematiek. De belangrijkste functies voor de PAAZ-diensten zijn: 1) urgentiepsychiatrie via spoedafdelingen van het AZ, 2) kortdurende intensieve behandeling, 3) liaisonpsychiatrie (op de somatische

afdelingen van het Algemeen ziekenhuis), 4) begeleiding en behandeling van mensen met psychische noden in combinatie met somatische problemen.

## 2) Lacunes in het huidige zorgaanbod

- a) op het vlak van instroom (te hoge drempel), wachttijden (wachtlijsten, zowel intern als tussen de actoren), doorverwijzing (onvoldoende plaatsen voor specifieke doelgroepen) en doorstroom zowel intern of tussen de afdelingen, als extern of tussen de actoren (PZT, CGG, IBW, PVT, bestaande mobiele teams)
- b) samenwerkingsmodaliteiten: het belang van communicatie in beide richtingen; enerzijds in de samenwerking tussen de voorzieningen binnen het netwerk (inreach wenselijk, overleg behandelbeleid), en anderzijds in de samenwerking tussen behandelaar en cliënt.
- c) nood aan bijkomende acute opvang (ook voor specifieke groepen) met diagnostische insteek
- d) onvoldoende aanbod voor specifieke doelgroepen: Korsakov, combinatie psychopathologie met mentale of fysieke beperkingen, SGA-problematiek, behandeling (residentieel en ambulant voor drugsproblematiek (illegale), gedragsproblemen onder meer bij zwakbegaafde patiënt of patiënt met ontwikkelingsstoornis, adolescenten (18-25 jaar), NAH, ASS, vluchtelingen (PTSD)/ anderstaligen/doven/mentale handicap (ook ambulant tekort).
- e) overlapping en nood aan afstemming tussen de PZ onderling en de PZ en PAAZ-diensten
- f) ongelijke spreiding van het residentiële aanbod in de regio (Noord-Zuid)
- g) participatie: gebrek aan ervaringsdeskundigheid, cliëntenparticipatie en familieparticipatie
- h) normering: verouderde A- en T-normering voor wat betreft personeelsomkadering waardoor het intensifiëren van zorg omwille van onvoldoende en/of onder- gekwalificeerd personeel onmogelijk wordt
- i) nood aan medische-somatische expertise in GGZ: begeleiding en behandeling

## 3) Toekomstige zorgaanbod

Binnen het geheel van vermaatschappelijking van de zorg blijft de residentiële zorg een wezenlijk onderdeel uitmaken van een zorgtraject voor mensen in psychische nood.

**Doelgroep:** volwassenen met een psychische kwetsbaarheid die zich in een dermate ernstige fase van hun aandoening bevinden, dat hulpverlening in de natuurlijke leefomgeving niet haalbaar en/of aangewezen is.

We moeten hierbij gefaseerd evolueren naar alle mensen met psychiatrische problemen die:

- alleen gediagnosticeerd en behandeld kunnen worden na een observatieperiode op een afdeling;
- alleen geholpen kunnen worden op basis van gespecialiseerde en intensieve behandeling (veiligheidseisen, gevaar voor zichzelf of voor anderen);
- nood hebben aan een time-out om de mantelzorgers tijdelijk te ontlasten;
- nood aan verdere organisatie van maatschappelijke steun- en zorgsystemen;
- nood hebben aan 24u medisch toezicht.

## Operationalisering en geplande acties

We kunnen de acties opsplitsen in:

- 1) optimalisering en afstemming van de residentiële zorg in de regio (in het netwerk, **tussen** de bovenstaande voorzieningen): afstemmen tussen PZ wat betreft specialisme, afstemming tussen PZ en PAAZ rond opname-indicatie, afstemming rond medische wachtdiensten, afstemming rond opname urgentie o.a. i.h.k.v. gedwongen opname (bed-op-recept), evalueren van de liaisonopdracht in de algemene ziekenhuizen (i.h.k.v. preventie, vroegdetectie). In kaart brengen van de wachtlijsten i.f.v goede doorstroom (tussen de



functies en voorzieningen). Onderzoeken van de nood aan een gemeenschappelijk patiëntendossier. Bepalen van een gezamenlijke visie rond bedden langdurige zorg.

- 2) inhoudelijke afstemming/heroriëntatie van het residentiële behandel- en opnameaanbod op de reorganisatie van de GGZ in een zorgnetwerk en de functies (intern, in de bovenstaande voorzieningen). De residentiële GGZ-voorzieningen staan voor de uitdaging om zich te bekwamen in sterk gespecialiseerde zorg en begeleiding vanuit sociale en maatschappelijke overwegingen (vermaatschappelijking van de zorg). Essentieel is de residentiële zorgverlening te intensifiëren waarbij het accent meer ligt op crisisinterventie, verdergaande diagnostiek, en intensieve behandeling voor specifieke doelgroepen. Daarnaast is het aangewezen om de filosofie van vermaatschappelijking van zorg (art. 107) in de residentiële voorzieningen te verspreiden en te implementeren in de huidige zorgaanbod: nadruk op samenwerken, gedeelde zorg, getrapte zorg, vroegtijdige ontslagplanning, implementeren van hervulpreventieplannen en crisisplannen in samenspraak met een netwerk (formeel en informeel), inburgeren van ontslagmanagement via GDT-overleg, teamoverleg met participatie van de cliënt/familie, zorg op maat, implementeren van herstelondersteunende zorg: krachtgericht werken, participatie, lotgenotencontact, sociale inclusie.
- 3) uitklaren van de rol van de dagcentra en de ambulante therapie.

#### 5.2.5. Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuis(vervangend)milieu hiertoe niet in staat is

##### 1) Inventarisatie huidige zorgaanbod

Volgende GGZ-actoren zijn actief voor wat betreft het aanbieden van ondersteunende woonvormen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid<sup>39</sup>. in de regio GG ADS:

Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)	Aantal plaatsen	waarvan M.G.*
<b>Arrondissement Aalst</b>	<b>102</b>	<b>5</b>
PVT Zoete Nood Gods, Lede		
- Campus Nieuwemeers	60	5
- Campus Leilinde (Dendermonde)	42	0
<b>Arrondissement Sint-Niklaas</b>	<b>95</b>	<b>55</b>
PVT Sint-Hiëronymus, Sint-Niklaas		
- Campus 't Hooghuis	35	10
PVT Casa Neri, Sint-Niklaas	63	45
<b>Totaal regio GGZ ADS</b>	<b>200</b>	<b>60</b>
<b>Totaal regio Het PAKT</b>	<b>268</b>	<b>35</b>

<sup>39</sup> Binnen een aantal voorzieningen (vnl. Waasland) geldt dit ook voor personen met een verstandelijke handicap (zie tabel GGZ –Voorzieningen \*)

Initiatieven Beschut Wonen (IBW)	Aantal plaatsen	Waarvan individueel
<b>Arrondissement Aalst</b>	<b>70 (erkende)</b>	<b>14</b>
IBW Reymeers	62	12
De Vlaamse Ardennen (meer bepaald in Geraardsbergen)	8	2
De Kever (commercieel initiatief)	40	
Villa Christa te Aalgem (commercieel initiatief)	40	
<b>Arrondissement Dendermonde</b>	<b>28</b>	<b>6</b>
IBW Pro Mente Dendermonde	28	6
<b>Arrondissement Sint-Niklaas</b>	<b>172</b>	<b>29</b>
BW Waasland	85	12
IBW Pro Mente Sint-Niklaas	87	17
<b>Totaal regio GGZ ADS</b>	<b>270</b>	<b>49</b>
<b>Totaal regio Het PAKT</b>	<b>444</b>	<b>35</b>

## 2) Lacunes in het huidige zorgaanbod

- a) Ongelijke spreiding: zuiden van de regio minder aanbod (zowel IBW als PVT) in vergelijking met het midden en noorden van de regio GG ADS.
- b) Wachtlijstproblematiek: de vraag is groter dan het aanbod, nood aan meer plaatsen individueel beschut wonen (20%-regel)
- c) Nood aan differentiatie: gemis aan alternatieve organisaties naast beschut wonen en PVT (doorgangswoningen, BW-, PVT+, een semi-gesloten PVT, brugwonen)
- d) Doelgroep: financiële kwetsbaarheid bewoners (problemen met huurwaarborg op de privémarkt, beperkt aanbod betaalbare woningen op de privémarkt)
- e) Doorstroom: toenemende populatie met een langdurige problematiek met grote zorg- en begeleidingsnood. Binnen PVT: populatie van personen met een verstandelijke handicap met andere zorgnoden (WZC) die doorstroom belemmeren. Moeilijke doorstroom naar WZC omwille van onjuist profiel (WZC is gericht op hoge mate van fysieke zorgafhankelijkheid om in aanmerking te komen voor een plaats WZC). De beschikbare plaatsen PVT zijn in de meeste gevallen voorbehouden voor cliënten uit de moederorganisaties, er is een gebrek aan plaatsen voor cliënten niet afkomstig uit de moederorganisaties. Financiële verschil tussen wonen in PVT en wonen in een WZC is groot en vaak een grote barrière voor cliënt en familie om deze overgang te maken. Moeilijke doorstroom naar sociale woningen. IBW/PVT wordt vaak als einde van de zorgketen gezien.
- f) Samenwerking: nood aan samenwerking (sectoroverschrijdend) tussen GGZ en sociale woningen, tussen PVT en IBW, tussen WZC en PVT, tussen GGZ-actoren en VAPH, i.f.v. aanbod activering (gebrek aan mogelijkheden tot sociale inclusie voor de bewoners van een PVT).
- g) Afstemming: gebrek aan afstemming tussen IBW/PVT/VAPH-voorzieningen en woonvormen welzijnssector/WZC/CAW,...Ontbreken van een structureel overleg tussen GGZ-voorzieningen onderling en tussen de GGZ- en niet-GGZ-voorzieningen.
- h) Organisatie: koppeling wonen/begeleiding kan tot rolverwarring leiden.
- i) Nood aan noodopvang, crisisopvang: voor patiënten waarbij niet onmiddellijk opname nodig is, maar eerder als tijdelijke ontlasting en ter ondersteuning van de mantelzorg.

### 3) Toekomstig zorgaanbod

Met het Netwerk GG ADS willen we werken naar een continuüm van woonvormen (van woningen met veel ondersteuning en woningen met weinig ondersteuning: rekening houdend met de fluctuerende noden aan zorg van mensen met een psychische kwetsbaarheid).

**Doelgroep:** volwassenen met een langdurige psychiatrische kwetsbaarheid die ofwel blijvend ofwel in bepaalde periodes behandeling, begeleiding en ondersteuning nodig hebben op het gebied van wonen om zich te kunnen handhaven in de maatschappij.

#### Doelstelling

##### 1) Afstemming van de GGZ-woonvormen

- Bestaande GGZ-woonvormen verder in kaart brengen door ze op een continuüm te plaatsen (matrix) om de huidige zorgnoden m.b.t. zorgondersteuning in kaart te brengen en in de toekomst nieuwe woonzorgvormen te creëren.
- Bestaande GGZ woonvormen op elkaar afstemmen.
- Onderzoeken hoe we de doorstromen kunnen faciliteren.
- Onderzoeken van de nood aan gemeenschappelijke procedures/intakes per subregio.
- Bestaande woonvormen in kaart brengen en onderzoeken hoe we in de toekomst nieuwe woonzorgvormen kunnen creëren, gericht op meer differentiatie.
- Flexibele samenwerking BW en PVT onderzoeken.
- Onderzoeken hoe we de functies wonen en begeleiden kunnen loskoppelen.
- Gezamenlijk projecten ontwikkelen met OCMW, VAPH, WZC en huisvestingsmaatschappijen (vb. brugwonen, doorgangstehuizen,...).

##### 2) Afstemming van GGZ-woonactoren met andere woonactoren (Ouderenvoorziening, Centrum Algemeen Welzijnswerk, Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn, woonwinkels, Sociaal verhuurkantoor, Sociale huisvestingsmaatschappij, stad/gemeente, woonvormen Vlaams Agentschap voor personen met een verstandelijke handicap,..)

- Uitbouwen van een (subregionaal) platform met de diverse actoren, komen tot procedures en afspraken die het vinden van woonst en het behouden van woonst faciliteren.
- Onderzoeken hoe we het aanbod van betaalbare huisvesting kunnen verhogen.
- Overleg met de actoren huisvesting om ruimte te creëren voor de doelgroep (o.a. via de procedure voor versnelde doorstroom naar sociale huisvesting).

**Middelen:** het voorzien van een continuüm van woonvormen, vraagt in eerste instantie enerzijds veel onderzoek, anderzijds veel overleg tussen verschillende partners (over de lijnen en GGZ-sector heen). In eerste fase vraagt dit, buiten engagement van de partners om deel te nemen aan overleg, geen middelen. Er wordt gewerkt met themagroepen en platformen (subregionaal). In de uitbouw van functie 5 dienen we ook rekening te houden met de toekomstige beleidsmaatregelen vanuit de Vlaamse Overheid m.b.t. Beschut Wonen en Psychiatrische Verzorgingstehuizen. <sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> cfr. staatshervorming Groenboek, Vlaams regeerakkoord

**Operationalisering en geplande acties:** bestaande GGZ-woonvormen verder in kaart brengen door ze op een continuüm te plaatsen (matrix) om de huidige zorgnoden m.b.t. zorgondersteuning in kaart te brengen en in de toekomst nieuwe woonzorgvormen te creëren. Opmaken van een gemeenschappelijk assessmentinstrument. In kaart brengen van de niet-GGZ-woonactoren (subregionaal). In kaart brengen van de huidige, onderzoeken van toekomstige samenwerkingsverbanden tussen GGZ en niet-GGZ woonactoren. In kaart brengen van het aantal bewoners van niet GGZ-woonactoren (o.a. sociale huisvestingsmaatschappij) met (een vermoeden van) ernstig en psychiatrisch lijden. Onderzoeken van de begeleidingsnoden in de niet GGZ-woonactoren. In kaart brengen van het patrimonium van de actoren Vlaams Kaderbesluit sociale huur. Maken van pragmatische afspraken tussen de sectoren (GGZ-thuislozenzorg-bijzondere jeugdbijstand). Opstellen van een begeleidingsovereenkomst. Onderzoeken van loskoppelen ‘beheer van woningen’ en zorg. Oplijsten van steunmaatregelen rond wonen (subregionaal) met de bedoeling in de toekomst een referentiepunt te worden m.b.t. wonen en te werken naar wooncoaches (via consult of outreachend), in samenwerking met niet GGZ-actoren.

### **Proeftuin “Woonzorg in de GGZ”**

Op 30 juni 2015 lanceerde de Vlaamse Overheid de oproep voor het indienen van proeftuinen woonzorg in de geestelijke gezondheidszorg. Belangrijkste doelstelling van deze projectoproep is te komen tot een aangepaste woonomgeving en betere zorg op maat, met focus op herstelgericht werken, maximale empowerment van de bewoners, inzet van mantelzorg en integratie in de woonbuurt en de plaatselijke gemeente.

Per project wordt een maximumsubsidie van 250.000 euro per jaar voorzien. De projecten hebben een looptijd van 1 december 2015 t.e.m. 31 december 2017. Het projectvoorstel van de proeftuin “Woonzorg in de GGZ” werd ingediend door het Netwerk GG ADS omwille van de sterke link met Functie 5 en omdat dit beantwoordt aan de krachtlijnen van Functie 5 in dit projectvoorstel. Ons voorstel tot proeftuin werd op 24 november 2015 geselecteerd en goedgekeurd.

Op basis van de een analyse van de behoeften van het netwerk GG ADS, worden drie pijlers ontwikkeld:

- intensieve samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappij en partners uit de zorg
- kortverblijf in BW, PVT of WZC en dit om de mantelzorgers te ontlasten
- semi-residentiële woongelegenheden voor mensen met Korsakov.

Deze proeftuin wordt gezien als een experiment om na positieve evaluatie eventueel te implementeren over de volledige regio van het Netwerk GG ADS

## 5.3 Nieuwe rollen

### 5.3.1 Op netwerkniveau

- **Netwerkcoördinator:** cf. 5.5 en bijlage X functieprofiel.  
contactgegevens netwerkcoördinator: Vanessa De Roo, Ankerstraat 91 (PAV I), 9100 Sint-Niklaas of Kasteeldreef 29, 9340 Lede. Telefoon: 0495 29 56 35. Emailadres: [netwerkcoordinator@ggzads.be](mailto:netwerkcoordinator@ggzads.be).
- **Strategische werkgroep:** : cf. 5.5
- **regioknooppunttafel:** cf. 5.5
- **Subregionale knooppunttafel:** cf. 5.5
- **Werkgroep cliëntenparticipatie:** werkgroep bestaande uit mensen met (ervaring met) een psychische kwetsbaarheid. Deze werkgroep werd opgericht ter bevordering van de participatie van cliënten. Aan de leden van de werkgroep wordt advies gevraagd in het ontwerp van teksten met als doel het standpunt van de cliënt voldoende mee te nemen. In deze werkgroep worden de deelnemers ook geïnformeerd en gebriefd ter voorbereiding van participatie aan de strategische werkgroep en de werkgroepen per functie. De werkgroep komt maandelijks samen.

### 5.3.2 Op patiëtniveau

- **De overlegcoördinator:** organisator van een multidisciplinair overleg die zich via het sluiten van een officiële samenwerkingsovereenkomst kenbaar maakt aan het SEL.
- **De referentiepersoon:** aanspreekpersoon voor patiënt/cliënt en familie en hulpverleners betrokken in de zorg voor de patiënt/cliënt, aangeduid door de patiënt/cliënt via een multidisciplinair overleg, verantwoordelijk voor het opstellen en het opvolgen van het begeleidingsplan.
- **De ervaringsdeskundige:** een persoon met een psychische kwetsbaarheid die door ervaring in staat is om de kennis, die niet door studie of onderwijs maar door ervaring is opgedaan, te benutten (soortgelijke ervaringen van anderen verhelderen, helpen van lotgenoten, klankbord voor beleidswijzigingen).
- **De familiecoach:** participatie van familieleden van personen met een psychische kwetsbaarheid op het microniveau (ondersteuning bieden aan andere familieleden van personen met een psychische kwetsbaarheid (lotgenoten), participatie in het zorgoverleg) in functie van een optimale samenwerking in de triade 'hulpverlener, patiënt en familie'.

## 5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Een individueel begeleidingsplan dient te worden ontwikkeld in overleg met de verschillende functies als instrument voor opvolging van zorg doorheen het zorgtraject van de patiënt/cliënt in functie van kwaliteit en continuïteit van de aangeboden zorg.

Er is nood aan een gemeenschappelijk dossier, bij voorkeur elektronisch, te consulteren over de lijnen heen, waarbij met respect voor de privacy van de patiënt/cliënt, voor elke betrokkene, de relevante informatie geraadpleegd en aangevuld kan worden.

De te gebruiken meetinstrumenten in het kader van het behalen van de beoogde doelstellingen (onder punt 3) en evaluatie dienen gekozen te worden in overleg met de op te richten functies.

## 5.5 Management- en bestuursmodel

Het Netwerk GG Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas (Netwerk GG ADS) is een samenwerkingsinitiatief tussen verschillende actoren uit de nulde-, eerste-, tweede- en derdelijns gezondheidszorg uit de regio Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas. Het Netwerk GG ADS werd in 2013 opgericht in functie van de verdere vermaatschappelijking van de GGZ, zoals bedoeld in artikel 11 en artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en verzorgingsinrichtingen en volgens de principes zoals omschreven in de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken'. In 2013 werd een samenwerkingsovereenkomst afgesloten en een huishoudelijk reglement opgesteld voor een periode van twee jaar (sept 2013-september 2015). Gedurende deze twee jaar engageren de actoren zich om een projectvoorstel voor het Netwerk GG ADS bij de federale overheid in te dienen met het oog op erkenning en financiële ondersteuning. Het Netwerk GG ADS werd voor een periode van 2 jaar gefinancierd met eigen financiële middelen. In september 2015 leverden de actoren aangesloten in de strategische werkgroep opnieuw een financiële bijdrage om de periode van september 2015 tot december 2015 te overbruggen in functie van erkenning en subsidiëring van het Netwerk GG ADS vanaf 1 januari 2016. In de periode oktober 2015 – december 2015 werd op netwerkniveau nagedacht over een nieuwe werk- en overlegstructuur i.f.v. erkenning en subsidiëring van het Netwerk GG ADS:

### 1. Strategisch niveau

#### a. De strategische werkgroep

De strategische werkgroep is samengesteld uit de netwerkcoördinator en verantwoordelijken van de actoren aangevuld met :

- de werkgroep cliëntenparticipatie
- familievereniging
- overlegplatform PopovGGZ.

Strategische werkgroep
Netwerkcoördinator
Familievereniging (1) Werkgroep cliëntenparticipatie (2) Verantwoordelijke van de actor zorgcircuit internering (1) Verantwoordelijke van de actor zorgcircuit verslavingszorg (2) Verantwoordelijke van de actor CAW (1) Verantwoordelijke van de actor VAPH (1) Verantwoordelijke van de actor RWO (1) Verantwoordelijke van de actor SEL (7) (OCMW, gezinszorg, thuisverpleging, DMW mutualiteit, huisarts, lokaal dienstencentrum, woonzorgcentrum) Verantwoordelijke van de actor CGG (3) Verantwoordelijke van de actor PAAZ (4) Verantwoordelijke van de actor PZ (3) Verantwoordelijke van de actor BW (4) Verantwoordelijke van de actor PVT (4)

De opdrachten van de **verantwoordelijke van de actoren** van het netwerk

- De verantwoordelijke is het aanspreekpunt en de referentiepersoon van zijn structuur
- De verantwoordelijke staat mee in voor de organisatorische uitbouw van het netwerk
- De verantwoordelijke staat in voor de permanente ondersteuning en zorgt voor de functionele binding tussen de opbouw van het netwerk en de concretisering ervan op het terrein.

De opdrachten van de **netwerkcoördinator**

- Inventaris van het bestaand aanbod, mobiliseerbare middelen, projecten, enz.
- Facilitator voor het creëren van het netwerk
- Brengt het netwerk in kaart
- Functieomschrijving (zie addendum samenwerkingsovereenkomst, bijlage 3).

De netwerkcoördinator werd aangeduid in consensus tussen verantwoordelijken van de actoren (zie bijlage 5).

De opdrachten van de **strategische werkgroep**

werkt mee een gestructureerd werkplan (programmatieplan) uit met volgende elementen:

- het nagestreefde doel: operationele uitbouw van het netwerk
- de algemene doelstellingen om hiertoe te komen
- de uit te voeren acties
- de te implementeren middelen
- de kalender
- een feedback analyse (permanente evaluatie van de resultaten)
- het afsluiten van charters en samenwerkingsovereenkomsten
- oprichten en samenstelling van ad-hoc werkgroepen en commissies.

#### **b. Regioknooppunttafel**

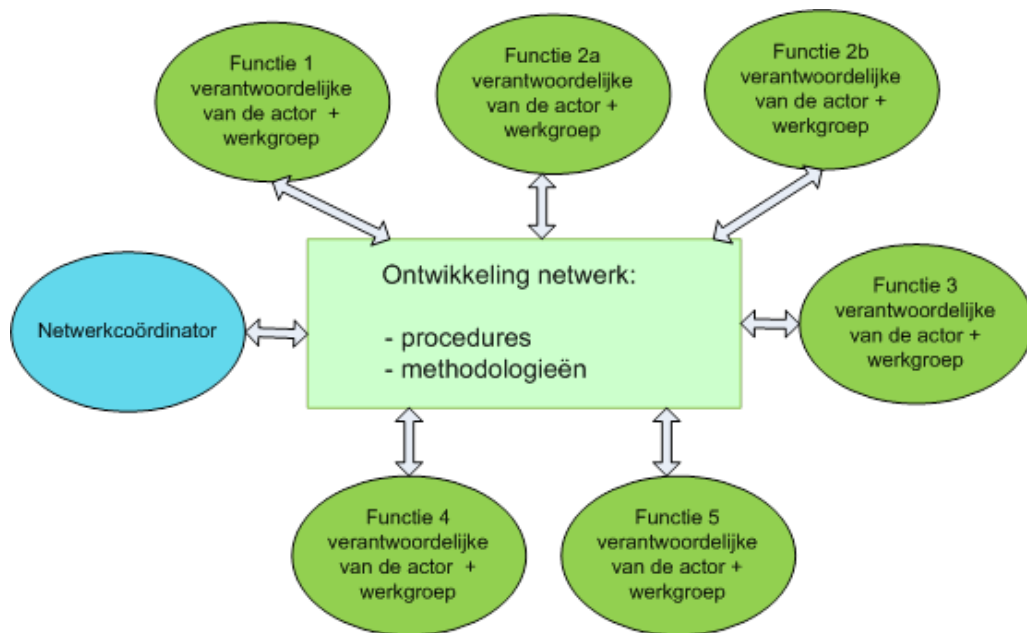
De regioknooppunttafel is een knooppunt op het niveau van de regio van het Netwerk GG ADS.

De regioknooppunttafel is samengesteld uit de netwerkcoördinator + minstens 1 verantwoordelijke van de actoren binnen elke functie (6).

Het Netwerk GG ADS zal ten minste volgende kernfuncties uitbouwen:

- activiteiten inzake preventie en promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (Functie 1);
- ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute (Functie 2a) als langdurige (Functie 2b) problemen inzake geestelijke gezondheid ;
- revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie (Functie 3);
- intensieve residentiële behandelunits (Functie 4) voor zowel de acute als de langdurige problemen inzake geestelijke gezondheid indien een opname noodzakelijk is;
- specifieke woonvormen (Functie 5) waarin zorg kan aangeboden worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu niet in staat is om de nodige zorg te organiseren.

Per functie wordt er op het niveau van het werkingsgebied GG ADS een werkgroep opgericht. (Bijlage 7: samenstelling van de werkgroepen per functie)



De opdracht van de regioknooppunttafel

- Organisatie, planning, uitwerking van de strategieën, complementariteit opsporen, overleg, coördinatie, ontwikkeling van nieuwe instrumenten, informatieverstrekking en partnerschap
- Samenbrengen van het aanbod: toegangsvoorwaarden, organisatie van het netwerk, de voorgestelde programma's en modules
- Consensusprocedures: charters en samenwerkingsprocedures op niveau van de regio van het netwerk

**c. Werkgroep Cliëntenparticipatie: cf. 5.3.1**



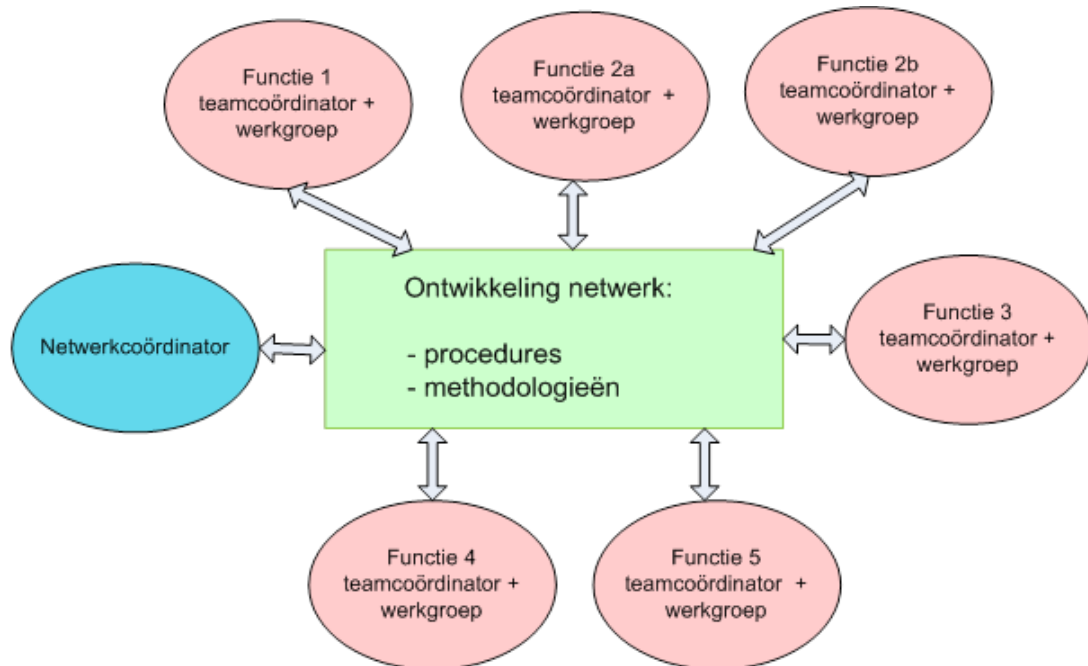
## 2. Operationeel niveau

### a. Subregionale knooppunttafel

Knooppunttafel op niveau van de subregio's van het Netwerk GG ADS.

Samengesteld uit de netwerkcoördinator en de teamcoördinatoren van de verschillende functies

- 1 per subregio
- Op elkaar afstemmen van de functies binnen een subregio



### b. Begeleiding rond de cliënt in de subregio's

Afhankelijk van de noden van de cliënt wordt er, bij voorkeur samen met de cliënt, een rond-de-tafelgesprek georganiseerd. Hierbij kan vanuit elke functie een (lokale) vertegenwoordiger worden aangeduid om het zorgtraject voor de individuele cliënt uit te stippelen (methodiek therapeutisch project, Psy-MDO,..). De focus van dit overleg is gericht op een goede samenwerking met alle betrokken partijen en streeft naar een goede afstemming van de zorg op de noden en verwachtingen van de cliënt. De behoeften van de patiënt en zijn omgeving staan centraal. Dit overlegt vormt de brug tussen de verschillende beschikbare middelen (functies) van het netwerk.

### Samenvattend:

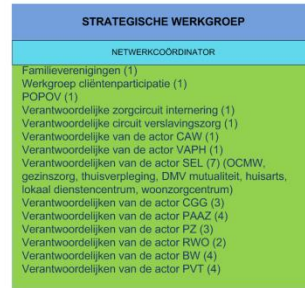
#### 1. Strategisch: regio GG ADS

- Strategische werkgroep (S.W)
- Regioknooppunttafel (R.K)
- Werkgroep cliëntenparticipatie

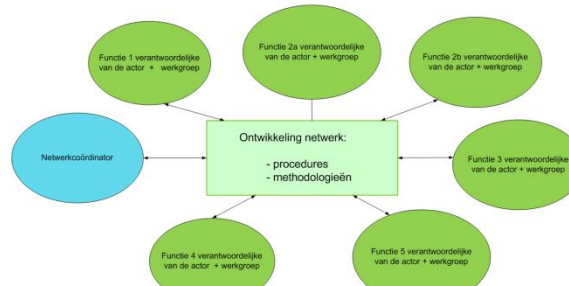
#### 2. Operationeel: subregio GG ADS

- Subregionale knooppunttafel (S.R.K)
- Begeleiding rond de cliënt in de subregio

REGIONAAL NETWERK GG ADS



REGIONALE KNOOPPUNTTAFEL GG ADS

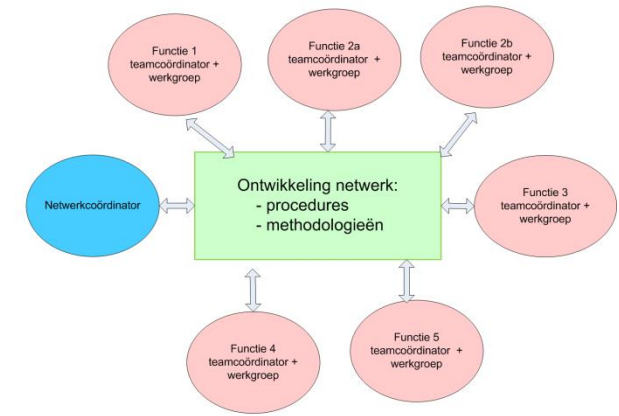
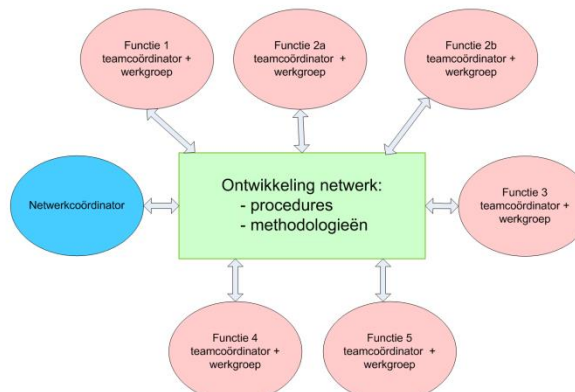
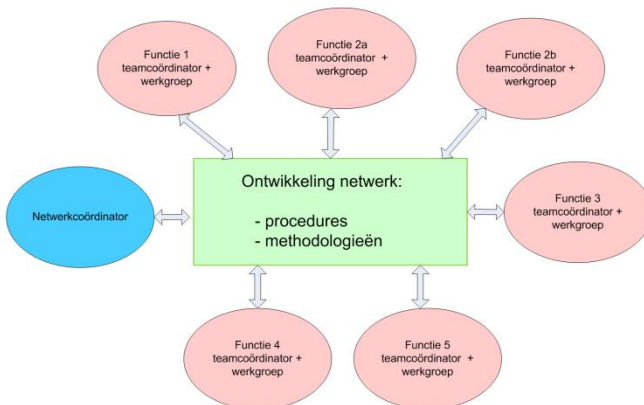


SUBREGIONALE KNOOPPUNTTAFEL GG ADS

AALST

DENDERMONDE

ST.-NIKLAAS



## 6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

### 6.1 Fasering

2016-2018											
2016											
Januari	Februari	Maart	April	Maart	Jun	Jul	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dec.
Erkenning Netwerk GG ADS formaliseren	Inhoud projectvoorstel zo breed mogelijk verspreiden										
Ontwerp strategisch plan Netwerk GG ADS	Uitvoeren en opvolgen strategisch plan										
Ontwerp communicatieplan over erkenning en opstart Netwerk GG ADS	Kenbaar maken van het Netwerk GG ADS										
Samenstelling Mobiele teams/afspraken werkgeverschap	heropstart (subregio)knoopp tafels mobiele teams	- Opstart mobiele teams - Samenstelling/afspraken functie 1 en 4	- Opvolgen dagelijkse werking mobiele teams -Heropstart (subregio)knooppunttafel functie 1 en 4					Evaluatie werking mobiele teams Opstart andere functie 1			
proeftuin Woonzorg in de GGZ: opstart stuurgroep , opvolgen inhoudelijke											
Opstart projectgroep RIZIV-conventie i.f.v Overeenkomst en projectdossier RIZIV Conventie						Start Riziv-conventie regio GG AZDS Opvolgen werking Riziv-Conventie					
2017											
Strategisch plan Netwerk GG ADS	Uitvoeren en opvolgen strategisch plan										
Evalueren communicatieplan	Informatie Netwerk GG ADS verspreiden	Activiteitenverslag Netwerk GG ADS									
Proeftuin Woonzorg in de GGZ evalueren en opvolgen											
Riziv-Conventie: evalueren en opvolgen											
Uitbreiding mobiele teams volgens omschakelplan											
2018											
Strategisch plan Netwerk GG ADS	Uitvoeren en opvolgen strategisch plan										
Evalueren communicatieplan	Informatie Netwerk GG ADS verspreiden										
		Activiteitenverslag Netwerk GG ADS									
Proeftuin Woonzorg in de GGZ evalueren en opvolgen											
Riziv-Conventie: evalueren en opvolgen											
Uitbreiding mobiele teams volgens omschakelplan											Einde omschakelplan: 8 FTE/100.000 inw. mobiele teams

### 6.2 Risico management

Uit literatuurstudie onthouden we dat er moet voldaan worden aan een aantal goede randvoorwaarden in de GGZ –organisatie bij het ontwikkelen van netwerken. Er dient sprake te zijn van een transmuraal circuit en de behandelvisie moet een focus hebben op de integratie van cure, care en rehabilitatie en herstel. Tevens helpt een lerende cultuur die flexibel en creatief is, die dichtbij de patiënt staat en goed is ingebed in subregionale netwerken. Verbeterpunten, belemmerende en bevorderende factoren moeten worden vastgelegd in kader van de implementering. Dit wordt vastgelegd in een implementatieplan. Feedback maakt deel uit van het implementatieplan zodat de gehele plan-do-study-actcyclus doorlopen kan worden tot de implementatie naar ieders tevredenheid is. Op basis van diverse implementatieprocessen in Nederland zijn belangrijke leerervaringen vastgesteld. Deze leerervaringen zijn samengevat in een overzicht van do's en don'ts. We formuleren hier de do's die we terugvinden in de 'Bevorderende factoren voor een effectief implementatietraject'<sup>41</sup>.

<sup>41</sup> Anja Reilman en Marijke Van Putten – Handboek FACT, Remmers van Veldhuizen, p. 224-225

**a) Interventies gericht op de hulpverleners**

Er wordt gezorgd voor een draagvlak binnen het team door de manager, de psycholoog, de psychiater. De verantwoordelijkheden worden duidelijk vastgesteld. Er wordt gezorgd voor multidisciplinaire expertise bij de medewerkers. Er wordt een enthousiaste en daadkrachtige projectleider aangesteld die instaat voor maatcoaching en intervisie van de medewerkers. Weerstand worden regelmatig besproken.

**b) Organisatorische maatregelen**

Er wordt nagestreefd om gebruik te maken van een gestructureerd implementatiemodel door gebruik van de plan-do-study-actcyclus. We willen betrokkenheid vanuit alle niveaus (management, directie en omringende organisatie, werkgroep cliëntenparticipatie). We meten resultaten op team- en patiënteniveau en maken deze resultaten zichtbaar.

**c) Patiëntgerichte interventies**

De familie en patiënten/cliënten worden betrokken bij de procedures. We streven naar goede voorlichting aan patiënten en familie.

**d) Financiële interventies**

Er wordt een draagvlak gecreëerd bij financiers en de resultaten worden getoond.

**e) Wettelijke maatregelen**

Er wordt gezorgd dat de nodige regelingen, vergunningen,overeenkomsten enz. gesloten worden m.b.t. financiering.

**f) Intern evalueren van het Netwerk**

Er wordt regelmatig gepeild naar de meerwaarde van de samenwerking in het Netwerk, de mate van betrokkenheid, enz.

Uit de voorstelling van het wetenschappelijk onderzoek m.b.t. de GGZ-hervorming op 4 februari 2015 en het geïntegreerd rapport: Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg<sup>42</sup>" vinden we heel wat items terug waar rekening mee moet gehouden worden i.h.k.v. risico management.

---

<sup>42</sup> [http://www.psy107.be/SiteFiles/Rapport%20Onderzoek%20107\\_LUCAS\\_UCL\\_VUB%2020141229.pdf](http://www.psy107.be/SiteFiles/Rapport%20Onderzoek%20107_LUCAS_UCL_VUB%2020141229.pdf)

## 7. Financiering en middelenallocatie

### 7.1 Buitengebruik stellen van bedden

PC Zoete Nood Gods		PC Sint-Hiëronymus		APZ Sint-Lucia	
Bedden	FTE	Bedden	FTE	Bedden	FTE
20 T (20/60)	6,7	25 T	8,4	25	11.82
Mobiele equipe +sociale maribel T (19.36/98 x 20)	4	Mobiele equipe + sociale maribel T (13,95/95 x 25)	3,7		2,973
T1-T2 (24/102 x20)	4.7	T1-T2 (13/95 x 25)	3,4		0,722
<b>Totaal FTE</b>	<b>15,4</b>	<b>Totaal FTE</b>	<b>15,5</b>	<b>Totaal FTE</b>	<b>15,5</b>

### 7.2 Timing buitengebruik stellen van bedden:

PC Zoete Nood Gods		PC Sint-Hiëronymus		APZ Sint-Lucia	
datum	Aantal bedden	datum	Aantal bedden	datum	Aantal bedden
01/01/2016	-5 T	01/01/2016	-5T		
		31/03/2016	-5T		
31/08/2016	-5 T				
01/01/2017	-5 T	01/01/2017	-5T	01/01/17	-15 SP
		30/06/2017	- 5T		
31/08/2017	-5 T				
		01/01/2018	- 5T	01/01/18	-10 T
<b>Totaal</b>	<b>-20 T</b>		<b>-25 T</b>		<b>-25</b>

### 7.3 Inzet FTE afkomstig van middelen van buitengebruik gestelde bedden in de mobiele teams

Subregio	Psychiatrisch Ziekenhuis	2016		2017		2018		Einddoel eind 2018
		2a-team	2b-team	2a-team	2b-team	2a-team	2b-team	
								46,5 FTE
Subregio Noord	APZ Sint-Lucia	x		x		x		15,5 FTE
	PC Sint-Hiëronymus		x		x		x	
Subregio Midden	APZ Sint-Lucia	x		x		x		15,5 FTE
	PC Sint-Hiëronymus		x		x		x	
Subregio Zuid	PC Zoete Nood Gods		7,5	8				15,5 FTE

P.S .De middelenallocatie (15,5 FTE) werd goedgekeurd door de Raad van Bestuur van de vzw St-Lucia. Het A.P.Z. St-Lucia zal vanaf 2016 stelselmatig de mobiele teams 2a uitbouwen in de subregio noord en in de subregio midden.

## 7.4 Bijkomende middelen van de actoren 2016-2018

(niet afkomstig van bevrozing van bedden)

subregio	voorziening	Bestemming FTE per functie				
		Functie 1	Functie 2a	Functie 2b	Functie 3	Totaal
Noord	PZT Querido-Mozaïek	3 FTE			3FTE	6 FTE
	CGG Waas en Dender (MFE Klaverblad)		0.9 FTE			0.9 FTE
	AZ Nikolaas Sint-Niklaas		0.5 FTE	0.5 FTE		1 FTE
	IBW Pro Mente				2.5 FTE	2.5 FTE
	IBW Beschut Wonen Waasland				2 FTE	2FTE
Midden	PZT De Monding	1.56 FTE				1.56 FTE
	CGG De Drie Stromen	0.5 FTE				0.5 FTE
	AZ Sint-Blasius		0.5 FTE	0.5 FTE		1 FTE
	IBW Pro Mente				0.5 FTE	0.5 FTE
Zuid	PZT Lotus	0.83 FTE		0.83 FTE		1.66 FTE
	OLV Aalst (ELP)	0.5 FTE				0.5 FTE
	CGG ZOV	0.5 FTE ELP +0.25 FTE SP			0.4 FTE + 0.25 FTEbuddy	1.4 FTE
	PC Zoete Nood Gods				1.3 FTE	1.3 FTE
	IBW Reymeers			0.75 FTE	2.5 FTE	3.25 FTE
Netwerk GG ADS	Proeftuin "Woonzorg in de GGZ"					4FTE
<b>Totaal</b>		<b>7.14 FTE</b>	<b>1.9 FTE</b>	<b>2.58 FTE</b>	<b>12.45 FTE</b>	<b>28.07 FTE</b>

## 7.5 FTE vanuit RIZIV-Conventie (in te zetten in functie 3):

7 FTE waaronder:

- Minimum 8 en maximum 12 uren per week geneesheer-specialist in psychiatrie;
- In totaal maximum 2,5 FTE personeelsleden met een therapeutische functie die over een master-diploma beschikken. Minimum 1,5 FTE van deze personeelsleden heeft een master-diploma in psychologie;
- 1 FTE bachelor die de functie van arbeidscoach invult;
- Minimum 0,5 FTE bachelor sociaal werk of sociaal verpleegkundige (die niet de functie van arbeidscoach invult);
- Maximum 1,20 FTE personeel met een niet-therapeutische functie (directie – administratie – informatica – onderhoud), waarvan maximum 0,5 FTE personeel met een directeursfunctie;
- De overige uren van het personeelskader worden ingevuld door personeel met een therapeutische functie.

## 7.6 Additionele middelen FOD\*

Projectmiddelen					400.000 €
Middelen voor coördinatie					100.000 €
Middelen voor medische functie					225.000€
Jaar	Werkingskosten Personeelskosten Ervaringswerkers/familieparticipatie	Netwerkcoördinator +coördinatie	Medische functie	Totaal	
2016	400.000 €	100.000 €	225.000 €	725.000€	
2017	400.000 €	100.000 €	225.000 €	725.000€	
2018	400.000 €	100.000 €	225.000 €	725.000€	
<b>Totaal</b>	<b>1.200.000 €</b>	<b>300.000 €</b>	<b>675.000 €</b>	<b>2.175.000€</b>	

\*gebaseerd op middelen die werden toegekend aan de reeds erkende projecten, niet-geïndexeerd.



## 8. Goedkeuring projectvoorstel Netwerk GGZ Aalst-Dendermonde-St.Niklaas

Dossier goedgekeurd door al de leden van de strategische werkgroep op 1 december 2015

<p>Werkgroep Cliëntenparticipatie</p> 	<p>VZW SIMILES</p> 
<p>SEL Waasland (vertegenwoordigd diensten gezinszorg, diensten thuisverpleging, lokale dienstencentra, huisartsen, OCMW, WZC, DMW mutualiteiten)</p> 	<p>SEL Gent (vertegenwoordigd diensten gezinszorg, diensten thuisverpleging, lokale dienstencentra, huisartsen, OCMW, WZC, DMW mutualiteiten)</p> 
<p>SEL Aalst (vertegenwoordigd diensten gezinszorg, diensten thuisverpleging, lokale dienstencentra, huisartsen, OCMW, WZC, DMW mutualiteiten)</p> 	<p>Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst-Geraardsbergen- Wetteren Mevr. Siau Sabine Wvd. Algemeen directeur</p>  <p>SABINE SIAU Algemeen directeur wvd.</p>
<p>Zorgcircuit Internering Dhr. Joris Dheedene Netwerkcoördinator internering Hof van Beroep Gent</p> 	<p>CAW Mevr. Rita De Vis</p>  <p>Rita De Vis Regiodirecteur Waas-Dender CAW O-VL vzw</p>
<p>VAPH Voorzitter werkgroep VAPH-GGZ</p> 	<p>Verslavingszorg Dhr. Damien Versele Algemeen directeur De Sleutel</p> 
<p>Verslavingszorg Dhr. Dirk Vandevelde Directeur De Kiem</p> 	<p>Vertegenwoordiger RWO</p> 
<p>Onze-Lieve-Vrouw Ziekenhuis Aalst-Asse-Ninove Dhr. Marc Van Uytven</p> 	<p>AZ Nikolaas Dhr. Koen Michiels Gedelegeerd bestuurder</p> 

Sub

<p>AZ Blasius Dendermonde Mevr. Karen Pieters Algemeen Directeur</p> 	<p>VZW Reymeers Dhr. Marc Vandergraesen Algemeen Directeur</p> 
<p>VZW Provinciaal der Broeders van Liefde Psychiatrisch Ziekenhuis Zoete Nood Gods Dhr. Koen Oosterlinck Gedelegeerd bestuurder</p> 	<p>VZW Provinciaal der Broeders van Liefde Psychiatrisch verzorgingstehuis Zoete Nood Gods, PVT Leilinde Dhr. Koen Oosterlinck Gedelegeerd bestuurder</p> 
<p>IBW Pro Mente Sint-Niklaas Dhr. Stefaan Baeten Voorzitter</p> 	<p>IBW Pro Mente Dendermonde Dhr. Stefaan Baeten Voorzitter</p> 
<p>POPOVGGZ Dhr. Wim D'Hanis Voorzitter</p> 	<p>PC Sint Hieronymus Dhr. Stefaan Baeten Algemeen Directeur</p> 
<p>APZ Sint-Lucia Dhr. A. Voeten Voorzitter RVB</p> 	<p>VZW Beschut Wonen Waasland Dhr. A. Voeten Voorzitter RVB</p> 
<p>PVT Hooghuis-Hieronymus vzw Dhr. Stefaan Baeten Algemeen Directeur</p> 	<p>CGG De Drie Stroom Dhr. Bjorn Bissada Algemeen Directeur</p> 
<p>CGG Waas en Dender Dhr. Ben Engelen Directeur</p> 	<p>CGG Zuid-Oost-Vlaanderen Dhr. Wim D'Hanis Algemeen Directeur</p> 
<p>PVT Casa Neri Dhr. A. Voeten Voorzitter RVB</p> 	<p>VZW Provinciaal der Broeders van Liefde Psychiatrisch verzorgingstehuis Zoete Nood Gods, PVT Nieuwameers Dhr. Koen Oosterlinck Gedelegeerd bestuurder</p> 



Vanessa De Roo  
Netwerkcoördinator Netwerk GG ADS



## 9. Referenties

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Bachrach, L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: A conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*, 138(11), 1449-1455.

Bruffaerts R., Bonnewyn A., & Demyttenaere K. Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking. ACCO (2011).

Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University.

Delespaul, P. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.

Kal, D. (2001). Kwartiermaken: werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Boom. KCE reports 144A. Auteurs: MARIJKE EYSEN, MARK LEYS, ANJA DESOMER, ARNAUD SENN, CHRISTIAN LÉONARD. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg/Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2010. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis?

Kroon, H. (1996). *Groeiende zorg: ontwikkeling van case management in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

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

Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Onderzoek, praktijk en beleid*. LannooCampus, Leuven.

Van Veldhuizen, J. R., Bähler, M., Polhuis, D., Van Os, J., & boek ligt bij Este, H. (2008). *Handboek FACT. De Tijdstroom*.

Wet van de patiënten rechten:

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet)  
Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg: [http://www.psy107.be/SiteFiles/Rapport%20Onderzoek%20107\\_LUCAS\\_UCL\\_VUB%2020141229.pdf](http://www.psy107.be/SiteFiles/Rapport%20Onderzoek%20107_LUCAS_UCL_VUB%2020141229.pdf)