



Sjabloon voor de projectvoorstellen in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

Een elektronische versie (word-document) wordt ten laatste op 31 oktober 2010 via mail bezorgd aan :
info@psy107.be

Meer informatie over de indieningsmodaliteiten van het 107-project is terug te vinden via volgende link :
www.psy107.be > projecten > algemene info (2.2.)

Inhoudstafel

1. Toelichting van de visie van het project.....	3
2. Doelgroep.....	6
3. Doelstellingen.....	6
4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied.....	9
4.1 Situering werkingsgebied.....	9
4.2 Kenmerken van de populatie op basis van gegevens zorggebruik.....	9
4.3 Samenwerkingsverbanden vanuit de behoeften van de populatie en het zorgaanbod.....	11
5. Beschrijving van de nieuwe structuur.....	12
5.1 Netwerksamenstelling.....	12
5.2 Taakverdeling in het netwerk.....	13
5.2.1 Functie 1.....	13
5.2.2 Functie 2.....	14
5.2.3 Functie 3.....	17
5.2.4 Functie 4.....	18
5.2.5 Functie 5.....	19
5.3 Beschrijving nieuwe rollen.....	21
5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring.....	23
5.5 Management- en bestuursmodel.....	24
6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk.....	27
6.1 Fasering.....	27
6.2 Risico-management.....	28
7. Financiering en middelenallocatie.....	29
Referenties, andere info en Raadpleging van volgende websites.....	31
Bijlagen.....	32

Het projectvoorstel “Reling”

1. Toelichting van de visie van het project

Visie Regionaal Limburgs Initiatief GGZ (Reling) netwerk West-Limburg

Voor de hervorming van de GGZ kiest de overheid voor vraaggestuurde, gediversifieerde en gemeenschapsgerichte zorg: van gespecialiseerde korter durende behandelingen in psychiatrische ziekenhuizen met minder bedden, tot meer dan voordien ook goed afgestemde zorgvormen in de natuurlijke leefomgeving van de cliënt. De netwerkpartners van het GGZ-netwerk West-Limburg (“Reling”, **Regionaal Limburgs Initiatief GGZ**) onderschrijven deze nieuwe visie ten volle. Vanuit hun formele intentieverklaring tot samenwerking willen zij het zorgaanbod in de regio afstemmen en uitbouwen, steeds met de zorgvragen voor ogen en georiënteerd op een haalbaar kwaliteitsvol leven in de samenleving. Daarbij vinden wij houvast in de volgende waarden en principes:

A. We bejegenen de hulpvrager als een persoon binnen zijn omgeving

- We respecteren hem in **zijn eigenheid en waardigheid**.
We zien de cliënt als een gelijkwaardige persoon, beluisteren specifiek zijn eigen levensverhaal, respecteren zijn afkomst en overtuigingen, en hebben begrip voor zijn lijden. Dit laat ons toe een antwoord te geven dat goed op zijn noden is afgestemd, waarbij hij optimaal zijn zelfbeschikkingsrecht behoudt.
- We zien naast zijn noden vooral ook **zijn capaciteiten** tot herstel van een gewoon leven.
We focussen dus niet eng op zijn probleem of psychopathologie, maar kijken breed naar zijn biologisch, psychisch, sociaal en existentieel functioneren en gaan daarin met hem op zoek naar de gezonde mentale en sociale krachten die hem toelaten het heft van zijn leven in eigen hand te houden (autonomie, emancipatie). We geloven in zijn kunnen en spreken hem ook aan op het verantwoordelijkheidsniveau dat hij kan dragen (empowerment).
- We zien hem als persoon die leeft **in een familie en sociaal netwerk**.
We willen dat de hulpvrager zijn sociale rollen kan aanhouden binnen gezin, buurt, werk, ... Daartoe hebben we oog voor de kansen en de beperkingen binnen zijn leefcontext. Als vanzelfsprekend betrekken we hier andere sociale voorzieningen (ook buiten de GGZ), informeren en ondersteunen de mantelzorgers, en bekommeren ons ook om de kwetsbare personen in zijn leefomgeving (Kopp).
- We gaan een **volgehouden vertrouwensrelatie** met hem aan.
Wie onze hulp nodig heeft verdient bescherming en discretie, we wekken vertrouwen en geven dat ook, zolang als nodig. Hij heeft niet enkel recht op informatie en inspraak, maar is best de actieve partner in het overleg over zijn leven. Praten met hem gaat voor op praten over hem. Hij krijgt de kans om in vertrouwen een hechte band aan te gaan met een toegewezen teamlid.

B. We streven een kwalitatieve zorg na vanuit volgende principes

- De zorg is **samenlevingsgericht**. Maatschappelijke integratie van de hulpvrager is een essentiële waarde. De kwaliteitsvolle deelname aan het maatschappelijk leven met behoud of herstel van burgerschap in al zijn vormen toont zich in het wonen in een thuis, relaties kunnen aangaan, leren of werken in de nabije vertrouwde omgeving en er ook zijn vrije tijd besteden. Daar moet ook de zorg postvatten: dichtbij om de sociale inclusie te bevorderen, vroeg signalen op te merken en er snel aangepast op in te spelen, met gedoseerde bemoeienis terugval tijdig voorkomen, en waar toch nodig verwijzen voor specialistische behandeling. De zorg gebeurt er in direct samenspel met de hulpvrager en zijn omgeving, waarbij de hulpverlener een “ambulant metgezel” is, en de mantelzorgers “partners in zorg”. Zo dichtbij kan het draagvermogen van de natuurlijke context beter opgevolgd worden en zo nodig tijdelijk snel bijgestaan.
- De zorg is **herstelgericht**. Genezing is vaak niet volledig haalbaar, maar herstel naar een leven in een geschikte sociale omgeving is dat wel. Hulpverleners zoeken samen met elke cliënt naar zijn optimaal evenwicht op een aantal persoonlijke domeinen (zoals zelfzorg, lichamelijke en geestelijke gezondheid, zingeving, sociale relaties en geldbeheer) én op sociale levensdomeinen (zoals wonen, dagbesteding, leren en recreëren).
- De zorg is **op maat van de cliënt**. De te bieden zorg wordt bepaald door de actuele zorgnoden van de cliënt. Door de bemoeienis beperkt te houden (subsidiariteit) en de zorg in stapjes te doseren (stepped care) moedigen we cliënt aan om zoveel als mogelijk zelf de touwtjes in handen te houden (empowerment), terwijl we meteen ook spaarzaam omgaan met middelen. De juiste zorg: snel, zoveel als nodig, zo weinig ingrijpend als mogelijk.
- De zorg is **evidence-based**. Waar beschikbaar worden wetenschappelijk bewezen effectieve methodes bij voorkeur toegepast door ze op een wijze manier in te brengen in het zorgproces. Daarnaast zoeken we ook inspiratie bij de zgn. ‘good practices’ waarvan de werkzaamheid en efficiëntie door ervaring gebleken is.
- De zorg is soms ook **intensief specialistisch**. De cliënt wordt zo lang mogelijk ambulant begeleid of behandeld. Die samenlevingsgerichte zorg kan opnames voorkomen of beperken in de tijd. Wanneer de begeleiding ambulant voor patiënt en omgeving niet meer efficiënt of niet meer veilig kan verlopen, moet er wel snel beroep kunnen gedaan worden op residentiële zorg, die specialistisch werkt. Therapeutische modellen en interventies dienen er op een doorgedreven manier gepreciseerd te worden voor elke specifieke doelgroep.
- De individuele zorg is **goed gecoördineerd** en kent een vlot verloop. In cliëntgericht overleg hebben diverse zorg- en hulpverleners als solidaire doelstelling het zorgaanbod te plannen op maat van deze patiënt, die samen met zijn omgeving ook betrokken wordt bij de planning en de opvolging. De zorg wordt gekenmerkt door continuïteit: volgehouden zo lang nodig, en waar overgang noodzakelijk is dan kan die naadloos verlopen, mede door een warme overdracht.

C. We werken loyaal samen als netwerk om de zorgvrager te bereiken en effectief te helpen

Goede zorg vergt naast het hanteren van kwaliteitsprincipes binnen het directe zorgcontact ook de inzet voor een stevige organisatie en eendrachtige samenwerking.

- Waardenkader en samenlevingsgerichte visie zijn gemeengoed van het netwerk. De netwerkpartners engageren zich om een **samenhangend zorgaanbod voor de regio** uit te bouwen, maar kunnen dit maar als de waarden en de visie gedeeld worden. Ieder brengt zijn expertise in en men stemt die op elkaar af, respecteert en waardeert elkaars inzet, en men weet zich gezamenlijk verantwoordelijk voor een doelgroep binnen de regio. De maatschappijgerichte visie vereist naast samenwerking tussen GGZ-partners en zorg- en hulpverleners uit de eerste lijn ook die met andere maatschappelijke voorzieningen. De GGZ-problematiek daar aanwezig willen we bereiken, terwijl wij voor de sociale inclusie van gekende hulpvragers beroep doen op die andere maatschappelijke sectoren met hun regulier aanbod en initiatieven.
- Het zorgaanbod is **integraal**. In het netwerk is er een GGZ-antwoord voor alle burgers. Niemand mag uit de boot vallen. Dit vereist het wegwerken van lacunes naast het vermijden van overlappingen door binnen een continu pad (circuit) complementair te werken (basiszorg naast specialisme, diagnostiek dan wel therapie, afgestemd naar soort zorgvraag of probleemfase, ...). Overgangen worden door de hulpvrager vlot gemaakt. Niemand belandt tussen schip en wal. Het zorgaanbod is regionaal goed verankerd, gekend bij verwijzers en publiek, en vlot toegankelijk. Daartoe is o.a. een centraal laagdrempelig aanmeldpunt nodig zodat de burger dichtbij en snel zijn weg vindt met zijn zorgvraag.
- Het netwerk draagt **zorg voor zijn medewerkers**. Competenties zijn bij de zorg- en hulpverleners in de regio reeds in ruime mate aanwezig, maar niet weinigen onder hen zullen straks overgaan naar een andere of vernieuwde functie of naar een ander team omwille van de uitwerking van Art. 107. We bezorgen hen daartoe heldere informatie, voeren open dialoog en ondersteunen het hele overgangsproces. Het is een uitdaging voor het netwerk om de 'Right (wo)man on the right place' te krijgen en door een gerichte vorming te zorgen voor aanvullende functie- of doelgroepgebonden kennis en kunde.
- Het netwerk beschikt over een **heldere en vlotte communicatie**. Vanuit de gemeenschappelijke visie zorgen we voor communicatievormen die voor alle actoren in de zorg verstaanbaar en bruikbaar zijn. Zo streven we naar een uniform begeleidingsplan en goede afstemming tussen de functies. Dit impliceert dat alle actoren en teams in het netwerk zich zien als onderdeel van de zorgketen en bereid zijn om de begeleiders van een ander team actief te betrekken bij het opmaken of de opvolging van het begeleidingsplan. Samen met de eerstelijns worden instrumenten voor zorgcommunicatie ontwikkeld (dossier, behandelplan, ...) en e-middelen voorzien.
- De organisatie werkt op **een verantwoorde wijze**. De vorm van de zorgorganisatie is geïnspireerd op de werkzame principes uit 'good practices' (NI, Birmingham, F-ACT) en het netwerk ontwerpt behandeltrajecten die wetenschappelijk onderbouwd zijn maar tevens ook afgestemd op de nieuwe zorgvormen die nu gecreëerd worden. Monitoring van de zorgactiviteiten moeten de basis vormen voor bijsturing van aanbod en samenwerking. De gezamenlijk beschikbare middelen worden in het netwerk efficiënt beheerd zodat ze maximaal ten goede komen aan de zorg.

2. Doelgroep

Het werkingsgebied van Reling omvat 477.069 Limburgers wat neerkomt op 60% van de Limburgse bevolking. Het project richt zich tot de 16-65 jarigen. Binnen het afgesproken werkingsgebied betreft dit meer dan 300.000 inwoners. Voor min 16-jarigen en 65-plussers worden via de provinciale zorgcircuits ook zorgmodules aangeboden aangepast aan de specifieke zorgnood.

De Gezondheidsenquête (2004, 2008) leert dat meer dan een kwart (26%) van de bevolking een psychisch minder gunstige periode doormaakt, terwijl 14 % geconfronteerd wordt met ernstige mentale problemen. Steekproefsgewijs blijkt op een bepaald moment 15 % van de bevolking psychotrope geneesmiddelen te gebruiken, al dan niet voorgeschreven. Dit gebruik stijgt met de leeftijd en is dubbel zo hoog bij vrouwen als bij mannen. Tenslotte heeft 12% van de bevolking van 15 jaar en ouder ooit serieus zelfmoord overwogen. Bijna 5 % heeft zelfs ooit een poging daartoe ondernomen.

In België is het gebruik van zorgvoorzieningen bij personen met een mentale stoornis ondermaats. Slechts één op drie raadpleegt een professionele hulpverlener (meestal de huisarts). Bovendien krijgt een aanzienlijke proportie van diegenen die hulp zochten geen doeltreffende behandeling (Bruffaerts et al., 2004).

Reling wenst te komen tot laagdrempelige, categorale en/of specialistische zorg, gedifferentieerd en vraaggestuurd voor de doelgroep volwassenen van 16 tot 65 jaar. Er worden initiatieven genomen voor de doelgroep volwassenen waarbij de 16-18 jarigen mee worden opgenomen. Het doel is zorg aan te bieden aan ieder(e context) met een zorgnood, zonder psychiatrische exclusieven. Deze brede groep dient een meer proactieve zorg aangeboden te krijgen, zoveel als mogelijk gericht op herstel en remissie, met een maximaal functioneringsniveau binnen de samenleving.

3. Doelstellingen

Uitgaande van de visie en missie van het netwerk Reling wensen we verschillende belangrijke doelstellingen te weerhouden op netwerk- zorg- patiënt- en personeelsniveau.

Op **niveau van het netwerk** is het van zeer groot belang dat wij er in slagen om, in het kader van de maatschappijgerichte zorg, zoveel mogelijk **partners binnen maar vooral buiten de GGZ-sector** te betrekken. Wij zijn van mening dat het absoluut noodzakelijk is ook die geledingen te includeren die volledig buiten de zorg staan, maatschappelijk relevante groepen zoals daar zijn: werkgevers, consumentenorganisaties, lokale beleidsfiguren, Het heeft toch weinig nut om maatschappijgerichte zorg te willen bieden wanneer tegelijkertijd bij het organiseren en het aanbieden van die zorg diezelfde maatschappij uit de structuren van de organisatie worden geweerd. In welke mate de samenleving zal of wenst betrokken te worden, zal in de loop van de implementatie in samenspraak uitgewerkt moeten worden.

Van groot belang is dat de visie over maatschappijgericht handelen door ieder van ons gedragen wordt, dat we er voor zorgen overlappingen te vermijden en dat er een gemeenschappelijk plan met uittekening van al de functies en modules wordt opgemaakt waaraan iedereen zich loyaal toe verbindt.

Een ander zeer belangrijk aandachtspunt op niveau van het netwerk is de creatie van **elektronische communicatiekanalen** op het niveau van de organisatie, de zorg en de patiënt (hierover later meer).

Een dergelijk groot netwerk, dat mobiel, flexibel, en op termijn heel wat personeel in verscheidene werksituaties zal beheren moet goed bereikbaar zijn en moet over snelle mogelijkheden beschikken om opdrachten te geven of personeelszaken te kunnen behandelen en om financiële aspecten te kunnen beheren. Het netwerk dient ook te beschikken over communicatiekanalen naar buiten via e-health box, e-zorgplan, mail, ... waardoor snelle en gerichte toegankelijkheid, ook elektronisch, mogelijk wordt.

Op **niveau van de zorg** wensen we natuurlijk ook doelstellingen te formuleren. Maatschappijgericht handelen heeft consequenties voor de functie die aan de poort staat van het netwerk, namelijk deze met betrekking tot de **preventie** en in het bijzonder de universele preventie.¹ Wij gaan er van uit dat bij een grotere betrokkenheid van maatschappelijke actoren en de eerste lijn in de structuur van de organisatie van de geestelijke gezondheidzorg er ook een grotere bereidheid tot samenwerking bij de sleutelfiguren en actoren zal zijn.

Vervolgens focussen we ons in onze zorg op het principe van de **stepped care**. Samen met het toepassen van het **subsidiariteitsbeginsel** draagt dit bij tot het vermijden van het psychiatiseren van de problematiek. Iedere overgang naar een volgende zorgfase zal goed voorbereid en gemotiveerd moeten zijn. Oneigenlijk gebruik van functies of modules moet aldus vermeden kunnen worden.

Het principe van het subsidiariteitsbeginsel en het hanteren van stepped care, zal een prioriteit zijn bij de uitbouw van al de functies en modules. Inspraak van patiënten en of vertegenwoordigers zal gegarandeerd worden. Hierdoor zal ook het omgekeerde proces kunnen vermeden worden, namelijk dat patiënten geen hulp zouden krijgen waarop ze in feite wel recht hebben.

Op het **niveau van de organisatie van de zorg** vinden wij **continuïteit in hulpverlening en hulpaanbod** een belangrijk gegeven. De voorwaarden hiervoor dienen in al de facetten van het netwerk, zowel op het niveau van de patiënt als op het niveau van de zorg door het beheer te worden voorzien.

Op niveau van de zorg is voor het garanderen van continuïteit een goede dossiervorming van groot belang. Het netwerk heeft er alle belang bij om zo snel mogelijk werk te maken van elektronische hulpmiddelen. We denken aan een elektronisch dossierprogramma en een programma voor de registratie van gegevens om de effectiviteit van de hulpverlening, de in- en output te kunnen meten. Uit deze gegevens moeten ook conclusies over evidence base en gegevens in verband met de kwaliteit en de kwantiteit van de hulpverlening kunnen getrokken worden. Het dossierprogramma moet zeker ook eventuele uitval bij ziekte en afwezigheid en vervanging van personeel kunnen overbruggen. Het moet ook integreerbaar zijn in andere programma's die gebruikt worden in andere sectoren van de hulpverlening zoals: het begeleidingsplan bij de thuiszorg, of het programma medicare en softwarepakketten in de huisartsenpraktijk en de eerstelijnskluis. Als spilfiguur dient de huisarts immers over de nodige elementen te kunnen beschikken bij het overleg met zijn patiënt.

¹ Richt zich vooral op de algemene bevolking, nog niet gekenmerkt door het bestaan van verhoogde risicofactoren

Op **niveau van de patiënt** is continuïteit van hulpverlening ook van belang bij de **chronische** patiënt. Bij de bespreking van de organisatie van het project in de verschillende functies hebben we aan deze doelstelling veel aandacht besteed. Continuïteit van zorg heeft betrekking op het aanbieden van zorg in een continuüm van geleidelijke overgangen op een geëigend moment, rekening houdend met het tempo van de patiënt en zijn ziekteproces en met de garantie van de aanwezigheid van een geëigend hulpverleningsaanbod in een volgende module. **Zorg op maat** staat dus centraal. Het aanduiden van een referentiepersoon en een toegewezen hulpverlener moet, *laat ons dit continuüm van overgangen de 'warme overdracht' noemen*, face to face waar nodig, deze zorg kunnen garanderen. Ook hier wordt het principe van de subsidiariteit toegepast. Bij iedere overgang wordt voorzien in een mogelijke terugkoppeling naar de eerste functie. Het is immers deze eerste functie die het overzicht heeft van mogelijkheden die andere actoren binnen de ruimere samenleving te bieden hebben. Wat moet, moet binnen de GGZ-sector aangeboden worden. Wat kan, moet zoveel mogelijk door de samenleving opgenomen worden. Het gaat hier over het vrijwaren van de hulpverleningscapaciteit. We zorgen ten allen prijze voor een goede door- en uitstroom zodat de geboden capaciteit beschikbaar blijft voor de noodzakelijke hulpverlening. Hier komen economische en ethische aspecten om de hoek kijken.

Bij het aspect continuïteit van zorg dient de samenleving geresponsabiliseerd te worden. Het voorziene ambulant werken, in de **context van de patiënt**, mits grote mobiliteit, zal een ondersteunende factor zijn die hulpverlening en samenleving aan elkaar bindt, de **sociale psychiatrie** kan hier haar rol zeker vervullen. Betreffende het begrip context: dit beschouwen we zeer breed. Het gaat niet enkel over de familie, buurt of vrienden. Het gaat hier over werkgevers, politie, VDAB, mutualiteiten, adviserend geneesheren, de winkel, het buurthuis, de opbouwwerker, de gemeente, het OCMW... alles wat enigszins deel uitmaakt van de leefomstandigheid van de patiënt en kan bijdragen tot genezing of integratie.

'Continuïteit, warme overdracht en context' spelen naast het feit van 'zorg op maat' een belangrijke rol bij de **preventie op hervaal**. De optimale organisatie van dit samenspel tussen actoren, functies en modules heeft het grote voordeel dat alle betrokkenen in een bepaalde fase van de hulpverlening betrokken partij zijn. Zij beschikken dan ook over de kennis om de signalen te herkennen en die op een mogelijke terugval duiden. **Herstelgerichte benadering en empowerment**. Dit vormt een aandachtspunt in het behandelings- en of begeleidingsplan. Bij veel patiënten (en we bedoelen hier niet enkel de "zwaar" chronische patiënten), is volledige genezing niet mogelijk. Hier kan enkel inzicht in de problematiek en empowerment soelaas bieden. We dragen er daarom ook zorg voor dat patiënten met beperkingen zoveel mogelijk inzicht hebben in die beperking en er leren mee om te gaan. Dit moet hem of haar in de mogelijkheid stellen om, ondanks die beperkingen, zich te kunnen handhaven in de maatschappij. Het is immers de wens van iedereen, ook van de psychiatrische patiënt, om zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen leven, wonen en werken.

De **zorg voor kwaliteit** is van wezenlijk belang. Van in het begin zal er binnen het netwerk werk gemaakt worden van het aanleggen van een kwaliteitssysteem voor de verschillende functies, van beheer over zorg tot op het niveau van de patiënt. De beschikbaarheid van bestaande expertise bij de deelnemende partners, waar kwaliteit de laatste jaren een verplicht aandachtspunt is staat hier garant voor.

Bij al deze besommeringen zullen wij de nodige **aandacht voor het personeel** niet vergeten. Wij zullen moeten waken over de goede zorg voor het personeel van ons netwerk. Velen veranderen van plaats en van

jobinhoud. Deze cultuurverandering zal niet steeds rimpelloos verlopen. Bestaande teams worden na jaren uit elkaar getrokken, mensen worden geconfronteerd met nieuwe werksituaties, nieuwe omgevingen, nieuwe patiënten en andere actoren. Hier zal de nodige ondersteuning moeten worden voorzien. We zullen waken over aangepaste mogelijkheden tot bijscholing, vorming en opleiding, (**VTO**). Er zal een zeer diffuus VTO beleid worden uitgeschreven aangepast aan de uitgewerkte functies en de modules.

Wij zullen er zorg voor dragen dat de implementatie van het nieuwe zorgaanbod geleidelijk aan en **procesmatig** gebeurt. Een goede voorbereiding **en** voor de patiënten **en** voor het personeel binnen een overzichtelijke overgang zijn een absolute voorwaarde voor het welslagen van deze transformatie.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1. Situering werkingsgebied

De provincie Limburg heeft 838 505 inwoners en strekt zich uit over een oppervlakte van 242 214 ha. De provincie wordt met de projecten van artikel 107 opgedeeld in de projectregio's Reling en Noolim. De regio-afbakening is tot stand gekomen via informeel en formeel overleg op netwerk- en SPIL-niveau.

Reling omvat een werkingsgebied met een oppervlakte van 138 796 ha en 477.069 inwoners. De steden met het grootste aantal inwoners (\pm 30 000 inwoners) zijn Hasselt, St.-Truiden, Beringen, Lommel, Heusden-Zolder en Houthalen-Helchteren.

Een kaart van Reling met overzicht van gemeenten en steden is terug te vinden in bijlage 1.

4.2. Kenmerken van de populatie op basis van gegevens zorggebruik

Het zorgaanbod binnen Reling wordt voorgesteld in hoofdstuk 5 aan de hand van een tabel. Bijlage 4 bevat een kaart die de spreiding van het GGZ-zorgaanbod toont.

De volgende MPG-gegevens hebben betrekking op het **intramurale en semi-residentiële zorgaanbod** binnen Reling. Voor een aantal voorzieningen betreffen het gegevens van 2008, voor andere van 2009. Het samenvoegen van deze gegevens geeft een globaal zicht op jaarbasis.

Binnen Reling gebeuren 3814 opnames op jaarbasis. De spreiding van deze opnames volgens leeftijdscategorieën en voorzieningen wordt in onderstaande tabel getoond.

	16-18j	18-59j	60-65j	Totaal
PZ	48	1511	100	1658
PAAZ	46	1832	129	2007
PVT		5	1	6
Beschut Wonen		131	12	143

Binnen de patiëntengroep gaat het bij 41% om een eerste medische opname en bij 59% om een medische heropname. 75% van deze opnames betreft een vrijwillig statuut. Bij 41% gaat het om een geplande opname van 24 uur of meer. 56% van de opgenomen patiënten wonen voor opname bij het eigen gezin, ouderlijk gezin of zijn samenwonend. 25% woont alleen voor opname. 53% van de opgenomen patiënten komen uit het arrondissement Hasselt, 24% uit het arrondissement Maaseik en 10% uit het arrondissement Tongeren.

Op jaarbasis werden 3434 patiënten ontslagen. Onderstaande tabel geeft de medische verblijfsduur bij ontslag.

	PZ	PAAZ	PVT	Beschut Wonen
0 t/m 1 dag	171	55		
2 t/m 7 dgn	281	162		1
8-30 dgn	363	332		1
1-3 mnd	383	119	2	36
3-12 mnd	366	35	1	94
+ 1 jaar	99	4		201

62% van de ontslagen patiënten heeft een verblijfsduur van minder dan een maand, 20% een verblijfsduur tussen 1 en 3 maanden, 16% een verblijfsduur van meer dan 3 maanden waarvan 6% een verblijfsduur kent van meer dan 1 jaar. Middelenstoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen vertegenwoordigen samen 75% van de patiëntenpopulatie bij ontslag. Bij 12% van de ontslagen patiënten is de diagnose niet gekend.

Op 31/12/2009 verbleven nog 1044 patiënten binnen het intramuraal en semi-residentiële zorgaanbod waarvan 30% minder dan 3 maanden, 25% tussen 3 maanden en 1 jaar. 46% heeft een verblijf van meer dan 1 jaar.

We hebben dankzij het Elektronisch Patiëntendossier ook zicht op de **ambulante zorg**. Binnen de CGG van Reling (DAGG, VGGZ, LITP, CAD en MOB) is in 2008 een onderzoek gevoerd naar de eigen werking. Er is een instroom van 2922 cliënten geregistreerd. Doorverwijzing vanuit de eerstelijnszorg gebeurt bij 40% van de cliënten. 22% komt op eigen initiatief in behandeling en 12% op initiatief van de eigen omgeving. 17% is alleenwonend en 74% woont bij het eigen gezin of bij het ouderlijk gezin. 49% van de cliënten komt terecht in de volwassenenzorg en 43% in de verslavingszorg van de CGG. In 2008 stroomden 2454 cliënten uit. 48% heeft meer dan 3 contacten gehad. Dit cijfer is lager indien enkel de verslavingszorg (37%) gekeken wordt. De CGG hebben te kampen met wachttijden, maar ook met patiënten die hun behandeling afbreken (24%). Dit is dikwijls niet zorgwekkend omdat vele cliënten niet meer komen op de (laatste afspraak) omdat het goed gaat. Afgebroken begeleidingen komen procentueel meer voor in de opstartfase (31%), na het 2^{de} of 3^{de} gesprek, in de praktijk vaak op het ogenblik dat cliënten na het intakegesprek bij de definitieve behandelaar komen waarop ze meerdere weken hebben moeten wachten. Middelenstoornissen en stemmingsstoornissen vormen 53% van de vastgestelde diagnoses bij uitstroom. Persoonlijkheidsstoornissen komen voor bij 22% van de cliënten.

Binnen de revalidatiecentra Reval en Validag zijn 227 patiënten behandeld in 2009. 119 patiënten zijn ontslagen in 2009. Stemmingsstoornissen, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen vormen de meest voorkomende diagnoses.

4.3. Samenwerkingsverbanden vanuit de behoeften populatie en zorgaanbod

Deze samenwerkingsverbanden worden geordend volgens de vier subregio's (zie bijlage 2). Hiernaar wordt verder verwezen als Noord, West, Midden en Zuid.

In **Noord**-Limburg bestaat een jarenlange traditie van overleg en samenwerking tussen de GGZ-partners (PAAZ, CGG, Reval, IBW). Van hieruit zijn initiatieven genomen naar Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie, Therapeutisch Projecten en Activering.

In subregio **West** bestaat reeds een goede samenwerking tussen de PAAZ (St. Franciskus, Heusden), CGG (CGG/LITP, Beringen), IBW (IBW West-Limburg, Beringen), Activering (De Schans, Heusden en De Link, Beringen), Reval (Reval, Beringen) en ondermeer OCMW Heusden en Dienst Welzijn Stad Beringen. De VZW Psychiatrische Centra van St-Truiden en IBW Bewust participeren aan overleg en bestuur in West-Limburg. De samenwerking met al deze partners ontwikkelt zich richting een formeel zorgcircuit.

Er worden vanuit de VZW Psychiatrische Centra St.-Truiden 60 bedden (30 bedden voor volwassenen en 30 bedden voor ouderen) gedelocaliseerd naar de campus van het St.- Franciskusziekenhuis te Heusden-Zolder in West-Limburg om te komen tot een betere spreiding en een betere geïntegreerde zorg in de samenwerking AZ-PZ. Met de delocalisatie worden hiaten in de regio ingevuld.

Voor de uitbreiding van Psychiatrische Thuiszorg is een akkoord gesloten tussen de GGZ-partners van Zuidwest-Limburg en de partners van West-Limburg.

In de subregio **Midden** is er een nauwe samenwerking tussen CAD en Jessa-Ziekenhuis. Het Jessa Ziekenhuis en de VZW Psychiatrische Centra St.-Truiden plannen om de integratie te verbeteren voor de doelgroep volwassenen en ouderen.

In de subregio **Zuid** vormen PC Ziekeren en PZ Sancta Maria Sint-Truiden sinds kort 1 VZW Psychiatrische Centra St.-Truiden. Het integratieproces is in de opstartfase.

Er is Limes, het samenwerkingsverband met OC Sint-Ferdinand (Lummen) en PC Ziekeren (St.-Truiden).

Er bestaat een geformaliseerd overleg tussen de zorgpartners Psychiatrisch Ziekenhuis (VZW Psychiatrische Centra Sint-Truiden), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG/LITP en DAGG), IBW (IBW Bewust) en CAD in deze regio. Samen zijn reeds initiatieven genomen zoals PTZ (STIPT) en Activering/ontmoeting (Trefpunt, De Kade, ARTB). Bewust heeft ook een intensieve samenwerking opgezet met thuisverpleging en gezinszorg. Het RZ St.-Trudo en de VZW Psychiatrische Centra St.-Truiden plannen om de integratie van zorg te verbeteren.

Er zijn twee therapeutische projecten in de subregio Zuid.

De regio telt acht Plaatselijke Overlegplatforms (POP's) van SEL/GDT Hasselt waar zorg- en hulpverleners van de eerstelijns informatie verspreiden en afspraken maken omtrent de doelgroep. SEL/GDT Hasselt en Genk overkoepelt de POP's waar provinciale afstemming aan bod komt.

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1. Netwerksamenstelling

OVERZICHT LEDEN NETWERK PROJECTREGIO WEST LIMBURG - COMITE 107 RELING				
sector	naam	aard van de voorziening	aantal /grootte	
Eerstelij				
	vzw LISTEL SEL/GDT Hasselt	Initiatief 1ste lijnsgezondheidszorg	koepelorganisatie	
	HAK West-Limburg en omstreken	huisartsenkring	1 H.A. kring	
	vzw Limburgs Huisartsenplatform	huisartsenkring	7 H.A. kringen	
GGZ				
	vzw CGG/litp	centrum geestel. gezondheidszorg	4 vestigingen	
	vzw DAGG	centrum geestel. gezondheidszorg	2 vestigingen	
	vzw VGGZ / MOB	centrum geestel. gezondheidszorg	1 vestiging	
	vzw CAD-Limburg	centrum alcohol en drugs	5 vestigingen	
	JESSA ZH, Hasselt	PAAZ algemeen ziekenhuis	30 bed/6 stoel	
	St. Franciskus ZH, Heusden-Zolder	PAAZ algemeen ziekenhuis	37 bed/8 stoel	
	Maria ZH, Overpelt	PAAZ algemeen ziekenhuis	30 bed/8 stoel	
	P.C. Ziekeren, St. Truiden	psychiatrisch ziekenhuis	180 bed/42 stoel	
	P.Z. Sancta Maria, St. Truiden	psychiatrisch ziekenhuis	180 bed/22 stoel	
	PVT Ziekeren, St. Truiden	psychiatrisch verzorgingstehuis	95 bed/(30)	
	vzw Beschut Wonen N-Limburg	beschut wonen	49 plaatsen	
	vzw Beschut Wonen W-Limburg	beschut wonen	48 plaatsen	
	vzw Basis, Hasselt	beschut wonen	39 plaatsen	
	vzw Bewust, St. Truiden	beschut wonen	200 plaatsen	
	vzw De Overstap, Bilzen	beschut wonen	12 plaatsen	
RIZIV-GGZ				
	vzw LITP / REVAL	revalidatiecentrum	3 vestigingen	
	vzw Validag	revalidatiecentrum	1 vestiging	
Andere				
	Similes	familievereniging		
Relevante en betrokken partners (ondertekenden engagementsverklaring*)				
A.Z. spoedafdeling		RZ St. Trudo		
Patiëntenvereniging		Uilenspiegel*		
Diensten Gezinszorg		Familiehulp Limburg*		
		Landelijke Thuiszorg*		
		Solidariteit vr het Gezin*		
		Thuishulp De Voorzorg*		
		Thuisverzorging Eerste Lijn*		
Diensten Thuisverpleging		Thuisverpleging De Voorzorg*		
		Wit Gele Kruis Limburg*		
Arbeid		PSAZ (Prov. Steunpunt Arbeidszorg*)		
		GTB(Gespecialiseerde Traject Begeleiding)*		
LOGO		LOGO (Limburgs Gezondheidsoverleg)*		
OCMW		LSO (Limburgs Steunpunt OCMW's)*		
Centrum Algemeen Welzijn		CAW 't Verschil*		
		CAW Sonar		
Mutualiteiten		DMW Liberale Mutualiteit/RDC Horizon*		
		DMW Christelijke Mutualiteit		
Apotheek		KLAV (Limburgse Apothekers Vereniging)*		

Contacten met OCMW's, sociale huisvestingsmaatschappijen, sociale verhuurkantoren zijn aan de gang.

In onderstaande tabel zijn de netwerkpartners van het Reling 107 project weergegeven. Twintig netwerkpartners uit de GGZ, de revalidatiecentra (RIZIV-conventie), de eerste lijn (LISTEL, Limburgs Huisartsenplatform en Huisartsenkring West-Limburg en omstreken) alsook de familievereniging Similes ondertekenden een samenwerkingsovereenkomst (zie bijlage5). Andere relevante partners zijn eveneens opgenomen in de tabel en tekenden een engagementsverklaring (zie bijlage 6).

5.2. Taakverdeling in het netwerk

5.2.1. FUNCTIE 1: Preventie, promotie ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling

Lacunes in het bestaande zorgaanbod

In de zorgregio Reling is een uitgebreid zorgaanbod in eerste, tweede en derde lijn (5.1.). Naast de bestaande initiatieven voor preventie, LOGO, zijn er enkele erkende projecten voor bijzondere doelgroepen actief. Doordat een centraal aanmeldpunt ontbreekt, doen al de voornoemde organisaties zelf hun intakes en screenings. Overleg hieromtrent ontbreekt vooralsnog. Ook op vlak van preventie is er een tekort aan afstemming tussen de verschillende aanbieders. Er is een tekort aan GGZ-expertise van de eerstelijnszorg. Vroegdetectie en -interventie is momenteel nog niet structureel ingebouwd.

Toekomstig zorgaanbod

- **Doelgroep**

Binnen de algemeen omschreven doelgroep richt deze functie zich breed tot potentiële hulpvragers voor screening, preventie en vroegdetectie. Om dit te kunnen realiseren, is het nodig om ook de eerstelijnsmedewerkers te ondersteunen o.a. met bevordering van GGZ-kennis.

- **Doelstellingen en acties**

FUNCTIE 1A: In het kader van functie 1A worden universeel preventie acties opgezet in overleg met de andere actoren. Dit omvat de deskundigheidsbevordering van eerstelijnsmedewerkers.

FUNCTIE 1B: Functie 1B ondersteunt **de eerste lijn** bij vroegdetectie, screening en indicatiestelling. Dit gebeurt in een front-office voor screening en consult en vanuit een backoffice functie voor het aanleveren van kennis en expertise. In de backoffice wordt een databank met contactgegevens aangelegd zodat men snel de nodige expertise kan bereiken. De lopende projecten van suïcidepreventie en middelenpreventie worden geïntegreerd. Er wordt aansluiting gezocht bij lokaal actieve zelfhulpgroepen, bij de initiatieven bij KOPP en KOAPP. Patiëntenvereniging Uilenspiegel kan instaan voor de vorming van ervaringsdeskundigen. In het kader van de geïndiceerde preventie wordt een samenwerking met de SEL's uitgebouwd.

- **Verwachte resultaten**

Patiënt en hulpverleners ervaren een vlotte samenwerking met functie 1A en zijn tevreden over de geboden expertise en ondersteuning, de preventieactiviteiten en VTO-beleid. Functie 1 waakt efficiënt over de laagdrempelige toegang tot de GGZ en wordt door de andere functies ervaren als een vlot bereikbare terugvalbasis met aandacht voor de sociale integratie.

- **Stappenplan ivf operationalisering**

Samenstelling team functie 1A en functie 1B: zie financiering en middelenallocatie (7)

Fasering: zie algemeen stappenplan (6.1) met specifieke aandacht voor

Functie 1A: Overzicht van de preventieactiviteiten, samenstelling van preventieteam en uitwerken van een preventieplan; overleg LOGO en overleg andere zorgregio.

Functie 1B: Oplijsting van aanwezige expertise, afstemming met huisartsen en andere eerstelijnsmedewerkers.

5.2.2. FUNCTIE 2: Ambulante intensieve behandelteams

A. Functie 2A

Lacunes in het bestaande zorgaanbod

De mogelijkheid tot snelle ambulante interventie bij crisis ontbreekt vandaag de dag. In combinatie met gebrek aan continuïteit in de ambulante GGZ leidt dit vaak tot voorbarige verwijzingen naar spoedgevallendiensten of te snelle residentiële opname zonder duidelijkheid over doelstelling of duur. Zorg aan huis op een aanklappende wijze voor de zorgwekkende zorgmijders wordt slechts minimaal georganiseerd. Door gebrek aan alternatieven wordt er dus beroep gedaan op de residentiële opname-diensten voor oneigenlijke indicaties zoals huisvestingsproblemen, problemen van overbelasting in de directe leefomgeving en ruimere sociale problemen. Wanneer cliënten geen bed meer nodig hebben, maar wel nog een gespecialiseerde behandeling en ondersteuning, leidt dit momenteel tot een verlengde ziekenhuisopname of dagbehandeling bij gebrek aan snelle en naadloze doorverwijzing naar de ambulante diensten voor verdere gespecialiseerde zorg.

Toekomstig zorgaanbod

- **Doelgroep**

Binnen de algemeen omschreven doelgroep richt deze functie zich op patiënten die een acute psychiatrische crisis doormaken waarvoor een interventie of behandeling noodzakelijk is.

- **Doelstellingen en acties**

Het team biedt een interventie aan binnen de twee uur om een crisis te doorbreken via adequate behandeling of doelgerichte doorverwijzing naast het adequaat benutten van de krachten in het persoonlijke netwerk. Het hanteren van de crisis wordt gecoördineerd, doorlopend geëvalueerd en bijgestuurd. Gericht doorverwijzen en snel ontslag uit de residentiële setting mogelijk maken via interventies in de eigen leefomgeving van de patiënt. Hierdoor wordt opnamefrequentie en -duur verminderd, een stigma vermeden en sociale inclusie bevorderd. Er wordt bij interventie een assessment gedaan volgens de principes van stepped care met bijzondere aandacht voor risicotaxatie met specifieke instrumenten (zie literatuurlijst) en uitbouw van een hulpverlenersrelatie met patiënt en leefomgeving. Er wordt gewerkt volgens de principes van shared caseload. De toegankelijkheid voor hulpverleners wordt gewaarborgd door een centraal aanmeldingspunt en een 24u bereikbaarheid, 7 dagen op 7.

- **Verwachte resultaten**

Via een snelle interventie met zorg op (thuis)maat en enkel opname indien noodzakelijk zal enerzijds het aantal residentiële (her)opnames afnemen in aantal en duur, en anderzijds de tevredenheid doen toenemen bij patiënt en zijn leefomgeving dat hij zijn zorg thuis kan krijgen: dichtbij en minder ingrijpend.

Patiënt en zorg- en hulpverleners zijn tevreden over de samenwerking met en de interventies van het F2A-team.

- **Stappenplan ifv operationalisering**

Samenstelling en werkingsgebied team F2A: zie subregio's F2A (zie bijlage 2) en financiering en middelenallocatie (7).

Fasering: zie algemeen stappenplan (6.1)

B. Functie 2B

Lacunes in het bestaande zorgaanbod

Het bestaande aanbod vertoont tekorten voor de doelgroep (zie verder). In de nu versnipperde organisatie is de zorg onvoldoende continu. De zorg is weinig intensief en niet integraal: crisisinterventie, therapie en bemoeizorg verdienen meer aandacht. Lange wachttijden verhinderen dat flexibel en snel kan ingespeeld worden op veranderende vragen die de zorg zouden moeten sturen. Onvoldoende uitgebouwd zijn ook de participatie van de patiënt aan zijn begeleidingsplan, de ondersteuning van de familie, de multidisciplinariteit van het team en het gebruik van interventies ter plaatse.

Toekomstig zorgaanbod

- **Doelgroep**

Binnen de algemeen omschreven doelgroep richt deze functie zich op langdurig zorgafhankelijke cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis die maar niet wijkt en dus een langdurig verloop² kent, waarbij sociale beperkingen en een multidimensionele³ problematiek kenmerkend zijn. Zij hebben nood aan langdurige behandeling, met opeenvolgende fasen van wisselende zorgvragen. Daartoe behoren ook de zorgwekkende zorgmijders met ernstige psychiatrische aandoening.

- **Doelstellingen en acties**

Deze zorgfunctie vereist de uitbouw van een nieuwe vorm van integrale mobiele hulpverlening met geëigende benaderingen en methodieken, in nauwe samenwerking met en aanvullend op reeds bestaand aanbod van GGZ en eerste lijn. Een centraal aanmeldingspunt waarborgt de toegankelijkheid voor hulpverleners. Dit aanmeldingspunt kan best georganiseerd worden in één welzijnshuis waar ook andere aanleunende zorgvormen gehuisvest zijn.

² Waarbij psychiatrische of psychologische begeleiding of psychotherapie of psychosociale begeleiding in de context van een CAW, OCMW, huisartsenpraktijk, CGG, Revalidatiecentrum, centrum voor beschut wonen, privépraktijk ... ontoereikend is.

³ De psychiatrische stoornis heeft een grote impact op verschillende levensdomeinen, er zijn (wisselende) zorgvragen op meerdere levensgebieden.

Dit goed uitgebouwd en opgeleid multidisciplinair mobiel 'octopus'-team⁴ met expertise in psychopathologie, gaat een langdurig engagement aan met de patiënt, werkt outreachend, ondersteunt de patiënt in zijn herstel, en verzekert hiertoe een integraal hulpaanbod. Om flexibel in te spelen op wisselende zorgnoden, combineert dit team persoonlijke begeleiding met shared caseload en kan dit team schakelen tussen interventies (multidisciplinariteit) en in intensiteit van zorg. Dit alles gebeurt 'in vivo', in het dagelijkse leven van patiënt.

Uitgangspunt is de vraag aan de patiënt: wat maakt uw leven beter? Het mobiele team zorgt dat hij hulp krijgt om zijn doelstellingen waar te maken, zijn relaties en sociaal functioneren te optimaliseren zodat hij beter kan deelnemen aan de samenleving. Doel is opnames te vermijden en dat - indien er een indicatie is voor residentiële behandeling - een opname niet langer dan nodig onder coördinatie van het mobiel team aangeboden wordt.

Interventies worden gedaan daar waar patiënt is, in zijn dagelijks leven. Samen met patiënt en belangrijke betrokken steunfiguren wordt het begeleidingsplan ontwikkeld, geëvalueerd en bijgestuurd in functie van zijn doelstellingen. Ondersteuning, begeleiding en behandeling (management van symptomen als middel) wordt generalistisch en integraal aangeboden, flexibel aansluitend op zorgnoden van het moment met inbegrip van crisisinterventie en bemoeizorg. Sociale inclusie wordt bevorderd door de uitbouw van een maatschappelijk steunsysteem, het toeleiden naar arbeid en andere (sociale) activiteiten. We werken opnamevoorkomend en zorgen voor continuïteit in het zorgbeleid voor de patiënt over de verschillende functies heen en helpen bij opname het residentiële team om snel terug te schakelen naar de ambulante zorg. De referentiepersoon is een belangrijk ankerpunt als houvast in de zorg voor de cliënt, vandaar de naam houvastbegeleider. Belangrijke werkmethodeken zijn het patiëntenopvolgbord en het gemeenschappelijk dossier met het begeleidingsplan. Er wordt samengewerkt en overlegd op casusniveau, zowel met de andere functies als met het reguliere maatschappelijke aanbod. Goede lokale en regionale afstemming maakt dit alles mogelijk. Bijzondere aandacht gaat naar de afstemming tussen psychiatrische en reguliere thuiszorg voor de chronische patiënten die een langduriger rehabilitatietraject hebben maar niet de vasthoudende zorg van functie 2B nodig hebben.

- **Verwachte resultaten**

Via de vasthoudende zorg beogen wij een daling van het aantal crisisopnames alsook een daling van de gemiddelde verblijfsduur in een psychiatrische behandel eenheid . We verwachten dat de kwaliteit van leven en de tevredenheid van patiënt en zijn omgeving toeneemt.

Patiënt en hulpverleners zijn tevreden over de samenwerking met en de interventies van het F2B-team.

De vasthoudende zorg vermindert het aantal drop-outs en vergroot de kans dat we zorgwekkende zorgmijders toch bereiken.

- **Stappenplan ifv operationalisering**

Samenstelling en werkingsgebied team F2B: zie subregio's F2B (zie bijlage 3) en financiering en middelenallocatie (7).

Fasering: zie algemeen stappenplan (6.1)

⁴ Langs vele armen outreachend en bereikbaar

5.2.3. FUNCTIE 3: Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

Lacunes in het zorgaanbod

Er is globaal een breed aanbod met weliswaar vaak kleine of lokale initiatieven met instabiele erkenningsstructuren, zoals buddywerking, ontmoetingshuis, wandelclub, De dagactiviteitencentra zijn goed gespreid, maar hebben onvoldoende capaciteit. Voor hun werkingsmiddelen zijn ze afhankelijk van de Initiatieven Beschut Wonen (IBW). Revalidatiecentra werken intensief, maar het aanbod is beperkt in duur. Arbeids- en Trajectbegeleiding (ARTB) als lokaal initiatief tot samenwerking over voorzieningen heen is enkel uitgebouwd in regio Zuid.

Binnen ons netwerk Reling zijn er slechts in twee subregio's duidelijk uitgebouwde rehabilitatiecircuits. In deze circuits is er nog onvoldoende afstemming met niet GGZ-actoren uit de eerste lijn en andere betrokken actoren zoals daar zijn: huisvestingsmaatschappijen en sociaal verhuurkantoren, beschutte - en sociale werkplaatsen, lokale diensteneconomie, arbeidszorgaanbieders, werkwinkels, GTB en VDAB, ontmoetingshuizen, mutualiteiten, Open School – Basiseducatie, vakantieparticipatie, In de twee andere subregio's ontbreken goed uitgebouwde rehabilitatiecircuits.

Het aanbod is onvoldoende laagdrempelig. Er is een onvoldoende doorstroming naar het reguliere aanbod.

Toekomstig zorgaanbod

- **Doelgroep**

Binnen de algemeen omschreven doelgroep richt deze functie zich op mensen die zorg nodig hebben bij het herstel van hun psychiatrische stoornis om psychosociale rehabilitatie te bereiken. Het is een dynamisch en langdurig proces met als doel sociale inclusie m.n. herstel en behoud van de verschillende sociale rollen zoals het opnemen van het beroepsleven in de maatschappij.

- **Doelstellingen en acties**

Functie 3 legt de focus op de levensdomeinen werken-leren-ontmoeten-vrije tijd. Maar kan nooit maximaal zijn doel bereiken zonder de hulp, ondersteuning en samenwerking met de andere functies. Daartoe coördineert de functiecoördinator voor functie 3 het betreffende zorgbeleid. Subregionaal is de teamleider met zijn rehabilitatieteam verantwoordelijk voor de lokale uitbouw hiervan. Op niveau van de patiënt geeft dit team samen met de referentiepersoon vorm aan het individuele rehabilitatieproces als onderdeel van het begeleidingsplan.

We hebben bijzondere aandacht voor het uitbouwen van een rehabilitatiecircuit in elke subregio mede door een intense samenwerking met de eerstelijnsdiensten en niet GGZ-actoren (zie 1). Bij de uitbouw hoort ook een maximale integratie van de bestaande familiewerking, de werking binnen patiëntenvereniging, mantelzorg en vrijwilligerswerking en de realisatie van een familiecoach en buddywerking in elke subregio. Bijzondere aandacht dient te gaan naar de afstemming ten aanzien van psychiatrische en reguliere thuiszorg voor de

chronische patiënten die een langduriger rehabilitatietraject hebben maar niet de vasthoudende zorg van functie 2B behoeven.

Een laagdrempelig aanmeldingspunt, zo mogelijk aanleunend bij andere welzijnzorg, wordt gerealiseerd.

- **Verwachte resultaten**

Een goed uitgebouwd laagdrempelig en gecoördineerd aanbod wordt gerealiseerd, met oog voor alle zorgnoden van de individuele patiënt. Hierdoor raken de wachtlijsten weggewerkt.

De subregionale en regionale samenwerking met de andere functies en met de eerstelijns en de niet GGZ-actoren is verbeterd.

Een centraal aanmeldpunt met loketfunctie is gerealiseerd.

- **Stappenplan ivf operationalisering**

Samenstelling team F3: zie financiering en middelenallocatie (7).

Fasering: zie algemeen stappenplan (6.1)

5.2.4. Functie 4: Intensieve residentiële behandelunits

Lacunes in het bestaande zorgaanbod

Er is een tekort aan ambulante gespecialiseerde diagnostiek en assessment voorafgaand aan gespecialiseerde behandeling, dit zowel in de leefomgeving van de hulpvrager als in het algemeen ziekenhuis en psychiatrisch ziekenhuis, waar patiënt zich aanbiedt voor opname, al dan niet na verwijzing. Dit dient binnen functie 2A en 2B en 4 voldoende en in samenwerking uitgebouwd.

Er is een gebrek aan toeleiding van zorgmijders naar de zorg of naar meer gespecialiseerde zorg.

Er is nood aan een betere afstemming tussen residentiële en ambulante zorg, alsook aan begeleiding van het traject dat de patiënt aflegt in het zorgcircuit om de continuïteit van zorg te garanderen.

Momenteel zijn er reeds gespecialiseerde zorgprogramma's⁵ voor specifieke pathologie-doelgroepen en problematieken maar deze zijn onvoldoende omschreven qua doelstelling, toegepaste methodiek en tijdsduur.

Deze programma's kunnen niet altijd zowel ambulant als residentieel gevolgd worden.

Mogelijkheid tot korte crisisopname (3 tot 5 dagen) en bed-op-recept (3 tot 5 dagen) ontbreekt als standaardaanbod in de samenwerking met functie 2A en 2B, 3 en 5.

Toekomstig zorgaanbod

- **Doelgroep**

Binnen de algemeen omschreven doelgroep richt deze functie zich tot psychiatrische patiënten, die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leefomgeving niet haalbaar en/of aangewezen is.

⁵ Gespecialiseerde zorgprogramma's voor : afhankelijkheidsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen (met inbegrip eerste psychose), stemmingsstoornissen, somatoforme stoornissen, psychiatrische zorg bij mentaal gehandicapten en psychiatrische zorg bij seksueel delinquenten;

- **Doelstellingen en acties**

In functie 4 ligt de focus op medische en paramedische interventies en psychotherapeutische interventies. Dit zorgaanbod beoogt genezing en herstel waar mogelijk, stabilisering van het ziekteverloop zo volledige remissie niet mogelijk is.

Uitgaande van stepped care dient een degelijk assessment uitgevoerd te worden voorafgaand aan de opname. Dit gespecialiseerd assessment gebeurt best ambulant in de leefomgeving, waar nodig via functie 2A en 2B en in een poliklinische poortfunctie aan de spoeddienst van een algemeen ziekenhuis, aan de PAAZ en aan een PZ in samenwerking met F2A en F2B.

Uitbouwen van kleine crisis-units voor acute intensieve zorg: voor gespecialiseerde indicatie- en diagnosestelling met observatie; voor psychiatrische noodsituaties met specifieke residentiële opvangmodaliteiten. Bed-op- recept voor de langdurig zorgafhankelijke patiënten die in functie 2B, 3 en 5 gevolgd worden, moet voorzien worden. De referentiepersoon (in functie 2B de houvastbegeleider) zorgt hierbij in de individuele casus voor de coördinatie van de zorg doorheen de verschillende modules.

Gespecialiseerde behandelmodules dienen zoveel mogelijk ambulant aangeboden te worden :in daghospitaal indien partiële opname nodig is, in samenwerking met de CGG indien opname niet (meer) geïndiceerd is. Waar intensifiëring van de residentiële behandelmodules nodig is, gebeurt dit door herallocatie van middelen. Gedurende het ganse opnametraject wordt de opnameduur bewaakt en de mogelijkheid van ambulant verderzetten van de behandeling afgewogen en waar mogelijk ingeschakeld (toepassing van ontslagmanagement).

- **Verwachte resultaten**

We verwachten dat het aantal opnames vermindert. De poortfunctie en de samenwerking met de functie 2A en 2B beperken het aantal opnames. Ontslagmanagement en samenwerking met de ambulante zorg, het gebruiken van kortdurende crisisopnames en het bed-op-recept verminderen de opnameduur.

Na intensieve residentiële behandeling kan de patiënt terugkeren naar het regulier maatschappelijk leven, waar mogelijk zonder extra ondersteuning en/of begeleiding en behandeling, of indien nog nodig met ambulante zorg in zijn leefomgeving.

De samenwerking met de andere functies en de eerstelijnsdiensten is sterker uitgebouwd. Hierdoor bereikt de residentiële zorg toch ook de zorgmijders, waar nodig.

- **Stappenplan i.f.v. operationalisering**

Samenstelling team F4: zie financiering en middelenallocatie (7).

Fasering: zie algemeen stappenplan (6.1).

Het bed-op-recept en de crisisfunctie dient gelijktijdig op te starten met functie 2A en 2B.

5.2.5. Functie 5: Specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden

Lacunes in het zorgaanbod

Er is een ruim zorgaanbod IBW in de verschillende subregio's, maar er is enkel een Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) aanwezig in subregio Zuid.

Er is onvoldoende afstemming en samenwerking tussen PVT, IBW, VAPH-voorzieningen, woonvormen in de welzijnssector en woon-en zorgcentra voor bejaarden.

Differentiatie binnen IBW en PVT ontbreekt, evenals specifiek aanbod en expertise per pathologiedoelgroep.

Er is nog onvoldoende samenwerking met andere hulpverleners, met sociale woningbouw en sociale verhuurkantoren. Er ontbreekt GGZ-expertise rond specifieke doelgroepen in PVT en IBW. Betaalbaarheid en prijszetting vormen een probleem voor de toegankelijkheid. Subsidiëring voor omkaderende functies voor coördinatie, logistiek, onthaal, personeelsadministratie en boekhouding ontbreekt.

In enkele subregio's zijn de zorgcircuits onvoldoende uitgebouwd m.n. de ontmoetings- en vrijetijds mogelijkheden, de dagactiviteiten, de mogelijkheid tot crisisopvang, de psychiatrische begeleiding aan huis en tewerkstellingsmogelijkheden in een inclusiegerichte benadering. Crisisopvang voor patiënten uit het zorgcircuit waarvoor er geen indicatie voor psychiatrische opname is, met als doel het herstel van het netwerk (kan benoemd worden als noodopvang), ontbreekt.

De toegankelijkheid voor patiënten uit ambulante GGZ-voorzieningen, andere welzijnsvoorzieningen en specifieke doelgroepen als allochtonen en anderstaligen is ontoereikend.

Toekomstig zorgaanbod

- **Doelgroep**

Binnen de algemeen omschreven doelgroep richt deze functie zich tot personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek voor wie o.a. woonondersteuning noodzakelijk. Zij ervaren ernstige moeilijkheden ervaren in de dagelijkse organisatie van hun leven. Het uiteindelijke doel is de integratie in de maatschappij.

- **Doelstellingen en acties**

In functie 5 ligt de focus op het aanbieden van gedifferentieerd wonen met zorg indien dit niet of nog niet mogelijk is in het thuis(vervangend)milieu voor personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek en beperkte mogelijkheden tot integratie in de maatschappij.

Samenwerking met de andere zorgpartners en met het eigen leefmilieu van de patiënt, wordt geïntensifieerd. Binnen deze samenwerkingen worden vraaggestuurde zorgvernieuwende projecten opgezet o.a. differentiatie van woonvormen.

Subregionale uitbouw van functie 5 ingebed in een rehabilitatiecircuit en in nauwe samenwerking met de andere functies, krijgt bijzondere aandacht. Op niveau van de patiënt geeft dit team samen met de referentiepersoon mee vorm aan het individuele rehabilitatieproces als onderdeel van het begeleidingsplan.

Het methodisch rehabilitatie gericht handelen is geïntegreerd in de zorg, volgens de principes van stepped care.

Er is een goede afstemming in het inhoudelijk aanbod en de gebruikte methodiek tussen de IBW's en PVT en de andere woonvormen. De expertise in begeleiding wordt verder geprofessionaliseerd.

- **Verwachte resultaten**

In elke subregio is er een basisaanbod PVT en IBW. Sterk gespecialiseerde vormen worden regionaal aangeboden. Wachtlijsten zijn verminderd door spreiding en vraaggestuurd aanbod met aandacht voor doorstroming naar andere minder intensieve woonvormen al dan niet ondersteund door functie 2 en 3.

De geleverde zorg verloopt gecoördineerd, met behulp van een begeleidingsplan toegepast door alle hulpverleners van het zorgcircuit, gedragen door de patiënt en zijn omgeving en bewaakt door zijn referentiepersoon. Noodopvang is ter beschikking in respijtoningen. Dit kan onrechtstreeks het aantal opnames in ziekenhuizen beïnvloeden.

De subregionale en regionale samenwerking met de andere functies en met de eerstelijns en de niet GGZ-actoren is verbeterd.

Via scholing en professionalisering is de begeleider mee geëvolueerd als antwoord op de noden die de differentiatie van de zorg met zich meebrengt.

- **Stappenplan ifv operationalisering**

Samenstelling team F5 : zie financiering en middelenallocatie (7).

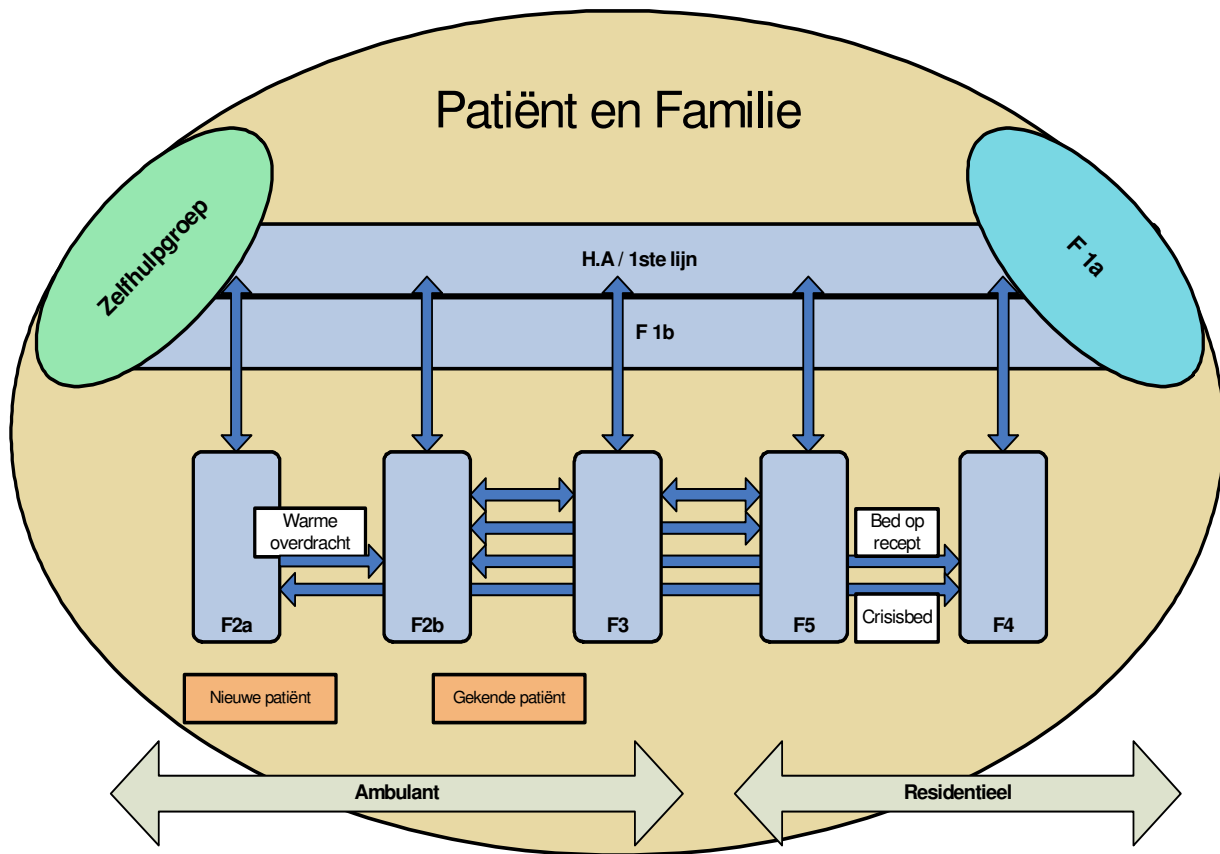
Fasering: zie algemeen stappenplan (6.1).

Bij het opstarten van functie 2B, dient functie 5 nauw betrokken te worden.

Het respijthuis dient gelijktijdig op te starten met functie 2B en 3.

5.3. Beschrijving nieuwe rollen

5.3.1 Instroom-, doorstroom-, en uitstroombeleid in de nieuwe zorgvormen



Stroomdiagram: instroom - doorstroom - uitstroom

Om de zorg te optimaliseren beschrijven we verschillende stromen tussen de verschillende functies. De zorgvraag vertrekt steeds vanuit patiënt en/of familie. In bijgevoegd schema worden de belangrijkste stromen tussen de verschillende functies beschreven (zie bijgevoegd stroomdiagram).

A. Patiëntniveau

Een zorgvraag bereikt de eerste partners in het netwerk, namelijk F1B, als toegangspoort met betrokkenheid van de huisarts. Functie 1 wordt onderverdeeld in F1A en F1B. F1A richt zich op universele preventie waar F1B zich specialiseert in het gericht screenen en doorverwijzen van aangemelde cliënten, al dan niet door beroep te doen op de expertise van een 'back office'. Functie 1 kan naar alle andere functies doorverwijzen.

Een referentiepersoon, eens aangeduid, neemt volgende functies waar: hij is binnen één functie aanspreekpersoon voor patiënt en familie, hij is verantwoordelijk voor het opstellen van het begeleidingsplan en hij neemt initiatieven om de zorg op basis van het overeengekomen begeleidingsplan te coördineren. Het accent in de door hem geboden zorg ligt in nabijheid en continuïteit van zorg. Overleg met alle betrokken zorg- en hulpverleners, de patiënt en zijn huisarts is daarbij van wezenlijk belang.

Bij nieuwe patiënten wordt bij crisis door functie 1 actief doorverwezen naar functie 2A. Dit multidisciplinair team zal maximaal vier weken directe zorg aanbieden in de thuis(vervangende) situatie. Indien nodig kan de zorg overgedragen worden aan F2B. Vanuit F2A kan zo nodig contact genomen worden genomen met functie 4 voor

opname in een crisisbed. Indien de zorg complex en langdurig is kan via warme overdracht patiënt naar F2B georiënteerd worden.

Indien het een gekende patiënt betreft met complexe en langdurige zorgnood wordt deze doorverwezen naar F2B. De betrokkenheid van F3 en/of F5 is dan evident. Deze zorg dient, zo lang zij functioneel en haalbaar is, ambulant aangeboden te worden. Er worden binnen dit onderdeel van het netwerk afspraken gemaakt voor zorg op maat over de verschillende functies heen. Zo kan bij F2B bij een crisis beroep doen op F4 voor een bed-op-recept. Een houvastbegeleider neemt het initiatief tot aanklappende zorg binnen het zorgtraject op zich. Deze hulpverlener is verantwoordelijk voor de continuïteit van de aangeboden zorg, hanteert warme overdracht, informeert vanuit het perspectief van de patiënt en bewaakt mee de opnameduur met het oog op snel ontslag. Hij blijft dus betrokken over de verschillende functies en het te doorlopen zorgtraject heen. De houvastbegeleider kan tijdelijk de taak van referentiepersoon op zich nemen. Deze houvastbegeleider wordt toegewezen door het netwerk in samenspraak met de patiënt.

B. Netwerkniveau

De netwerkcoördinator en de verschillende functiecoördinatoren zijn verantwoordelijk voor de organisatie en de continuïteit van zorg. Zij komen op regelmatige basis bijeen om de nodige structurele en functionele afstemming te voorzien binnen het netwerk.

Binnen het netwerk wordt voldoende aandacht besteed aan de noden van patiënt en familie. Dit gebeurt door middel van doorverwijzing en actieve betrokkenheid in zelfhulpgroepen door universele preventieprojecten en – acties te ondersteunen.

5.3.2. Definitie nieuwe rollen

Netwerkcoördinator: heeft de dagelijkse leiding van het netwerkteam. De netwerkcoördinator heeft een organisatorische en een inhoudelijke opdracht. Hij zorgt voor een goede implementatie van al de functies in de diverse subregio's, ondersteunt en coacht de functiecoördinatoren en werkt een transmurale en gemeenschapsgerichte zorgvisie verder uit.

Functiecoördinator: verantwoordelijke per functie voor het netwerk, betrokken in het zorgbeleid.

Teamleider per team : verantwoordelijke voor een subregio-team voor één functie

Referentiepersoon: aanspreekpersoon voor patiënt en familie. Hij is verantwoordelijk voor het opstellen van het begeleidingsplan en hij neemt initiatieven om de zorg op basis van het overeengekomen begeleidingsplan te coördineren.

Overlegcoördinator TGZ: medewerker OCMW, RDC of een zorgaanbieder, die zich kenbaar maakt aan het SEL, die het overleg organiseert met alle betrokken zorg- en hulpverleners rond een zwaar zorgbehoevende patiënt in de thuissituatie met het oog op zorgafstemming.

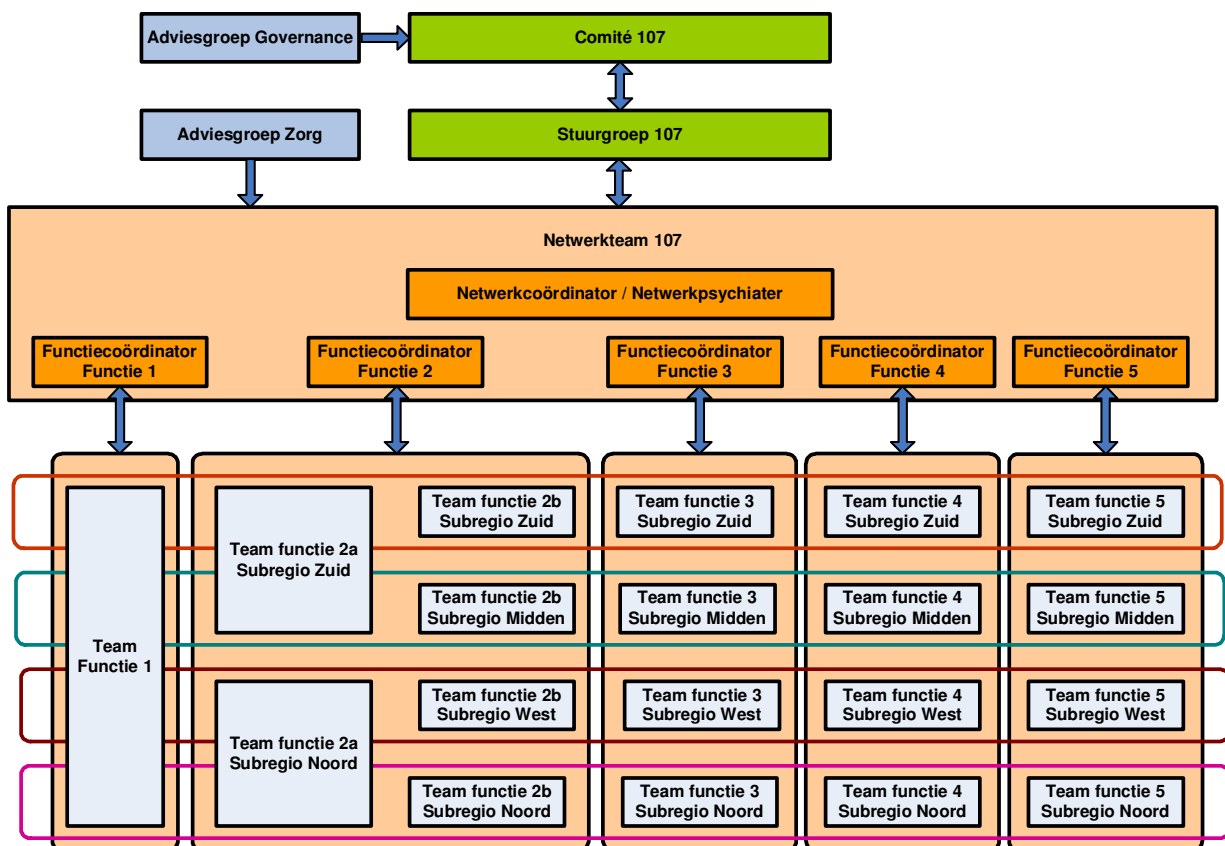
5.4. Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Een **individueel begeleidingsplan** dient ontwikkeld in overleg met de verschillende functies om, zeker voor lz., doorheen zijn zorgtraject door alle functies gehanteerd te worden als instrument voor opvolging van zorg en zorgkwaliteit en om een vlotte overdracht van informatie over zorgafspraken mogelijk te maken.

Een **gemeenschappelijk dossier** - waarvan verschillende onderdelen naargelang de zorgfunctie, kunnen geraadpleegd en aangevuld worden - om relevante informatie voor het individueel zorgtraject van lz. voor de verschillende hulpverleners in de verschillende functies vlot toegankelijk te maken. Hierbij dienen de mogelijkheden van EPD en e-health benut te worden, meet aandacht voor de privacy van elke zorgvrager.

De te gebruiken **meetinstrumenten** om de resultaten van de verschillende interventies op te volgen en te evalueren dienen gekozen te worden, na bespreking met en in overleg met de op te richten teams en met de wetenschappelijke begeleiding van psy 107.

5.5. Management- en bestuursmodel



5.5.1. Adviesfuncties: Adviesgroepen Governance en zorg

De adviesgroepen zijn samengesteld uit vertegenwoordigers van alle belangstellenden binnen het werkingsgebied van Reling. Dit zijn uiteraard de leden van het Netwerk GGZ Reling zelf, en verder alle GGZ-actoren en van de daarbij nauw aansluitende sectoren.

Het zijn reflectiegroepen die feedback geven op de wijze waarop binnen Reling vorm gegeven wordt aan het 107-project. De Adviesgroep Governance richt zich vooral op het organisatorische luik van het project, terwijl binnen de Adviesgroep Zorg het inhoudelijke luik centraal staat.

De adviesgroepen komen minimaal tweemaal per jaar samen.

De voorzitter van Comité 107 zit de Adviesgroep Governance voor, terwijl de Netwerkcoördinator de Adviesgroep Zorg voorziet.

5.5.2. Governancefuncties

Comité 107

Het Comité 107 is samengesteld uit gemandateerden van de deelnemende organisaties, samen met de netwerkcoördinator. Elk initiatief vaardigt één vertegenwoordiger af. Samen vormen zij het bestuur van de feitelijke vereniging, verder genoemd Comité 107.

Het Comité 107 houdt dus toezicht op het naleven van de netwerkoevereenkomst, keurt de rekeningen en de begroting goed, stelt een huishoudelijk reglement op, volgt de projecten op en richt een Stuurgroep 107 op. Vanuit haar schoot richt het Comité 107 een stuurgroep 107 op die het dagelijks bestuur op zich zal nemen.

Het Comité 107 komt minimaal driemaal per jaar samen.

Er wordt onder de leden een voorzitter aangeduid.

Stuurgroep 107

De Stuurgroep 107 voert het dagelijks bestuur.

De Stuurgroep 107 bestaat uit 12 personen. Naast de voorzitter, de ondervoorzitter, de secretaris en de netwerkcoördinator zullen nog 8 personen door Comité 107 afgevaardigd worden. Er wordt gestreefd naar een evenwichtige vertegenwoordiging van de verschillende subregio's en van de verschillende sectoren m.n. één PZ, één AZ, één IBW of DAC of PVT, één CGG of Revalidatiecentrum, één OCMW of CAW, één GDT, één patiëntenorganisatie en één familieorganisatie. Van de leden van de Stuurgroep wordt verwacht dat zij de belangen van de subregio's én de regio in zijn geheel behartigen vanuit een vraaggestuurd denken.

De Stuurgroep wordt na 18 maanden geëvalueerd.

De Stuurgroep staat in voor het beleidsmatig uitvoeren van de opdrachten van het samenwerkingsverband. Ze zorgt ervoor dat de operationalisering van de functies mogelijk wordt.

In het beleid zit ook het kwaliteit- en vormingsbeleid vervat.

5.5.3. Zorgbeleidfuncties

Netwerkteam 107

Het netwerkteam voert het zorgbeleid onder leiding van de netwerkcoördinator bijgestaan door de netwerkpsychiater. Dit team is verantwoordelijk voor de operationalisering van de functies. Op vlak van de zorginhoud volgt dit team de uitbouw en de werking van de functies op, evalueert deze en toetst ze af aan de vooropgestelde doelstellingen. Het netwerkteam adviseert de Stuurgroep en coördineert de werking van de subregio-teams. Netwerkpsychiater en functiecoördinatoren (van de verschillende functies en van de verschillende subregio's) komen hiertoe regelmatig samen, onder leiding van de netwerkcoördinator.

Netwerkcoördinator en Netwerkpsychiater

De dagelijkse leiding van het Netwerkteam 107 is in handen van de netwerkcoördinator, hierin bijgestaan door een netwerkpsychiater. De netwerkcoördinator heeft een organisatorische en een inhoudelijke opdracht. M.b.t. het inhoudelijke en vooral m.b.t. het medische beleid heeft de netwerkpsychiater een belangrijke opdracht. Samen zorgen zij voor een goede implementatie van al de functies in de diverse subregio's, het ondersteunen en coachen van de functievoordinatoren, het concreet verder uitwerken van een transmurale en gemeenschapsgerichte zorgvisie, De functievoordinatoren worden in het inhoudelijk zorgbeleid betrokken.

Functievoordinator

De zorg gebeurt door multidisciplinaire teams (MDT). Waar nodig is er per subregio een team. Coördinatie per functie voor de verschillende subregionale teams gebeurt door de functievoordinatoren. Samen met de netwerkcoördinator en de netwerkpsychiater staan zij in voor het inhoudelijk zorgbeleid: afstemmen, coördineren en opvolgen van de verschillende MDT per functie. Bij het beleid worden de teamleden intensief betrokken. Wij opteren niet voor een functievoordinator per subregio, maar eerder voor een subregio-overstijgende coördinator per functie zodat functievoordinatoren kunnen uitgroeien tot specialisten binnen hun functie. Zij krijgen voldoende tijd om zich met het management bezig te houden. De functievoordinatoren ontmoeten elkaar op regelmatige basis o.l.v. netwerkcoördinator en netwerkpsychiater binnen het Netwerkteam.

Multidisciplinair team (MDT) o.l.v. teamleider

In de subregio's worden MDT per functie opgericht. Teamleider neemt dagelijkse coördinatie van MDT op zich. Er is regelmatig overleg met teamleiders van de verschillende functies van 1 subregio omwille van afstemming van geboden zorg in deze subregio. Hij overlegt met de functievoordinator voor afstemming van het inhoudelijk zorgbeleid voor zijn functie in de regio.

5.5.4. Provinciale samenwerking met Noolim op SPIL-niveau

Spil (Limburgs Overlegplatform GGZ) wenst te anticiperen op de recente uitbouw van de regionale GGZ-netwerken Reling en Noolim. De raad van bestuur van Spil zal daarom voorstellen aan de algemene vergadering om de raad van bestuur van Spil op korte termijn paritair samen te stellen vanuit de twee netwerken, met uitbreiding van vertegenwoordiging vanuit de provinciale Spil-overlegstructuren rond bijzondere doelgroepen. Beide netwerken krijgen hierdoor een provinciaal overlegforum om informatie uit te wisselen, ontwikkelingen op elkaar af te stemmen (o.a. inzake projecten 107), nieuwe beleidsopties te nemen en afspraken te maken m.b.t. grensgemeenten.

Dankzij de provinciale dekking van de werkingsgebieden van Noolim en Reling kan Spil een provinciale faciliterende en ondersteunende rol opnemen bij de ontwikkeling van de projecten 107.

De concretisering van Functie 1A wordt voor Noolim en Reling provinciaal opgenomen vanuit een samenwerking tussen Reling, Noolim, SEL/GDT Genk & Hasselt, Spil en de Logo's, steeds in afstemming met het Vlaamse beleid. Vanuit deze provinciale samenwerking worden de initiatieven rond vorming, training en deskundigheidsbevordering van de eerstelijns opgezet en gecoördineerd.

Daarnaast wordt het structurele, overkoepelende overleg met de belendende sectoren met het oog op procedures, protocollen, praktische afspraken, ... steeds door Spil in samenwerking met GDT/SEL Genk & Hasselt en logischerwijs Noolim en Reling opgenomen. Hiertoe worden de nodige werkgroepen opgestart. Een provinciale aanpak voorkomt dubbel en parallel overleg en verhoogt de efficiëntie van overleg. Daarnaast verhogen provinciale afspraken de duidelijkheid en transparantie, zeker voor actoren wiens werkingsgebied tot beide netwerken behoort.

Rond de grensgemeenten en afstemming over de functies heen zal vanuit Spil ook overleg tussen de netwerken georganiseerd worden.

Tenslotte kunnen Reling en Noolim terugvallen op de expertise binnen Research Project Limburg en de samenwerking Spil - U Hasselt. Ook onderzoek en registratie zullen Noolim en Reling provinciaal afstemmen.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering

Functie 1A:

Van goedkeuring *tot 1 maart 2012*:

- Opmaak overzicht van de preventieactiviteiten
- samenstelling van preventieteam en uitwerken van een preventieplan
- opstart overleg LOGO, Spil, SEL/GDT Hasselt en Genk en Noolim

Functie 1B:

Van goedkeuring tot *1 maart 2012* :

- samenstelling en opstart van het Front- en Back Office team met voorstelling van de werking aan de partners, huisartsen en andere eerstelijnsmedewerkers
- uitzetten van de communicatielijnen en overlegstructuren in samenspraak met huisartsen, eerstelijnsmedewerkers en GGZ-medewerkers

Functie 2A, 2B en 3:

Van goedkeuring *tot 1 maart 2012*:

- samenstelling van de verschillende teams F2A en F2B
- bepaling van de te hanteren methodieken en meetinstrumenten
- opleiding en training van de teamleden
- afstemming en procedures doorstroombeleid

Van *1 maart 2012 tot 1 september 2012*:

- geleidelijke opstart van F2A en F2B in regio Zuid
- Locaties in regio Zuid voor F2A zijn burelen Familiehulp Hasselt of burelen CGG/Litp in Hasselt, voor F2B voorziet CGG/Litp burelen in St. Truiden
- toekomstige medewerkers voor F2A en F2B regio Noord krijgen in-service training in het team van regio Zuid

Vanaf **1 september 2012 tot 1 maart 2013**:

- F2A en F2B zijn operationeel in regio Zuid
- geleidelijke opstart van F2A en F2B in regio Noord
- Locatie in regio Noord voor F2A en F2B: Zorgpark De Bekelaar in Lommel

Op **1 maart 2013**:

- F2A en F2B zijn operationeel in regio Noord
- eerste evaluatie en bijsturing van het project

6.2. Risico-management

6.2.1. Inzet van medewerkers in een grotere regio

De regio Reling is een langgerekte regio met 477.069 inwoners met een ongelijke spreiding van het GGZ-aanbod. Gezien de middeleninbreng in het project onvoldoende is om in alle subregio's iedere functie maximaal uit te bouwen, dringt een keuze zich op, nl. of spreiding over de subregio's waardoor de in te zetten middelen "verkrummelen", of het slagkrachtig concentreren in een beperkt aantal subregio's. De uiteindelijke keuze hebben ook gevolgen voor de inzet van het medewerkers in project 107 in de regio. Grotere spreiding van zorg, betekent ook grotere spreiding voor de inzet van medewerkers. Werken vanuit een nieuw ontwikkelde visie in een nieuw ontwikkeld netwerk, betekent voor velen ook een verschuiving van standplaats. Hieraan zal door het management voldoende aandacht geschonken worden.

6.2.2. Aangepaste zorg door bestaande medewerkers in nieuwe zorgvormen

Via artikel 107 worden nieuwe zorgvormen geïntroduceerd en oude, vertrouwde zorgvormen afgebouwd. Zulke veranderingen brengen stress en onzekerheid mee. Een gedragen visie, een stapsgewijze invoering van de veranderingen en een goede begeleiding van het veranderingsproces zelf, helpen problemen voorkomen. Een goed uitgebouwd VTO-beleid, het organiseren van geregeld onderling overleg en het bewaken van de kwaliteit van de geboden zorg zijn hierbij belangrijke aandachtspunten.

6.2.3. Verzekeren van continuïteit van zorg in verschillende subregio's

Om continuïteit van zorg te garanderen zijn er voldoende personele middelen voor de verschillende functies nodig. Gezien de beperktheid in middelen (in hoofdzaak inzet van afbouw van bedden), zullen deze geconcentreerd projectmatig moeten ingezet worden in subregionale projectteams, als we continuïteit van zorg willen verzekeren.

Mits een goede programmering door de overheid en/of verdere reconversie en herallocatie van het bestaand aanbod, dienen deze projecten in de tijd over de regio gespreid te worden.

Overleg en samenwerking met privé gevestigde therapeuten kan dit verder ondersteunen, op voorwaarde dat deze zich inschrijven in de visie over GGZ-hulpverlening van het netwerk..

Er is een beperkt aanbod aan psychiaters op de arbeidsmarkt (de CGG worden nu al geconfronteerd met een tekort aan beschikbare psychiatertijd) wat een beperkte inzetbaarheid voor screening aan de ingangspoort van

het GGZ-netwerk meebrengt. Dit vormt een risico bij de uitbouw van de nieuwe zorgvormen in de subregio's. Ook hier moet over de mogelijkheden om samen te werken met zelfstandig gevestigde psychiaters in de regio overlegd worden.

Voor arbeidszorg en dagactiviteiten zijn er momenteel geen structurele middelen voorzien vanuit de overheid en zijn er tekorten in de verschillende subregio's. Voor deze op rehabilitatie gerichte zorg zullen we voorlopig beroep moeten doen op middelen die door de lokale overheden ter beschikking kunnen gesteld worden om de reïntegratie in de plaatselijke samenleving te bevorderen.

6.2.4. Knelpunten voor het beheer

Verschillen in cultuur in het netwerk vormen een belangrijke uitdaging voor het beheren en besturen van het netwerk. Verschillende paritaire comités, verschillende regelingen naargelang de voorziening, verschillen in autonomie en bejegening van personeel, zijn van toepassing bij de gezamenlijke inzet van personele middelen in het netwerk. Er zal hierbij bijzondere aandacht moeten gegeven worden aan het stroomlijnen van het personeelsbeleid en de wijze van aanwenden van personele en andere middelen in een netwerk van verschillende samenwerkende partners.

7. Financiering en middelenallocatie

Hieronder is de tabel met de geheralloceerde middelen in het kader van project 107 Reling opgenomen. In het totaal worden er 41,35 VTE ingebracht in het netwerk die aangestuurd worden door het Comité 107. Om te kunnen operationaliseren, houden we rekening met deze beschikbare middelen.

Geheralloceerde middelen art. 107															
Subregio	Voorziening	Bedden		vpk	psychol	mw/verz	paramedisch	Totaal VTE	Bestemming					Tijdslijn	
		type	aantal						1A	1B	2A	2B	3		4
Noord	Mariaziekenhuis			0,5				0,5			0,5				
West	St-Franciskusziekenhuis							0,5			0,5				
Midden	Jessa Ziekenhuis			1	1			2			2				2012
Zuid	St-Trudo Ziekenhuis			3				3			3				
	Psychiatrische Centra St-Truiden	T	60	9	1		3	13			13				2012
	mw zonder upgrade			8	0,5	3	1,5	13				11,5			
	CGG/LITP					0,5		1,75	0,25			1,5			
	CGG/DAGG				0,75	0,45	0,15 psychiater	1,35	0,75	0,2		0,4			
	CAD Limburg / VGGZ				0,25	0,5		0,75	0,25			0,5			
Subtotaal								35,85	1,25	0,20	19,00	13,90			34,35
Geheralloceerde middelen															
Subregio	Voorziening	PZT	ACTIV	vpk	psychol	mw/verz	paramedisch	Totaal VTE	Bestemming					Tijdslijn	
									1A	1B	2A	2B	3		4
Zuid	IBW Bewust	2	1,5					3,5				2,75	0,25	0,5	
West	IBW West Limburg	1?													29/35
Midden	IBW Basis		0,5					0,5					0,5		
Noord	IBW Noord Limburg	1,75	1,25					3				1,75	1,25		

Financiering en middelenallocatie - Ideaalmodel									
Totaal ingezette middelen - inwoners									
subregio's		inw	Bestemming						
			1A	1B	2A	2B	3	4	5
1	Noord	116.457			12	8	2		
2	West	144.993				8	2		
3	Midden	105.856			12	8	2		
4	Zuid	109.763				8	2		
projectregio		477.069							
Totaal VTE		64			24	32	8		
Financiering en middelenallocatie - Realiteit Reling									
Totaal ingezette middelen - inwoners									
subregio's		inw	Bestemming						
			1A	1B	2A	2B	3	4	5
1	Noord	116.457			9	7,5	1		
2	West	144.993				1,7			
3	Midden	105.856			10	1,7			
4	Zuid	109.763				7,5	1		
projectregio		477.069							
Totaal VTE		41,35	1,25	0,2	19	18,4	2	0	0,5

De bovenste tabel geeft het ideaalmodel weer. Idealiter zouden we moeten beschikken over 64VTE om functies 2A, 2B en 3 uit te bouwen. De tweede tabel beschrijft de keuzes die we gemaakt hebben in functie van de beschikbare middelen.

Referenties:

- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 1, 55-59.
- Bruffaerts, R.; Bonnewyn, A; Demarest, S; Van Oyen, H & Demyttenaere, K. (2004). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 11.
- Dolan, Y. & Kim Berg, I. (2002). *De praktijk van oplossingen*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Fiske, H. (2008). *Hope in action. Solution- focused conversations about suicide*. Routledge, New York.
- Henden, J. (2008). *Preventing suicide. The solution focused approach*. Wiley, Chester.
- Kendrick, T., Simons, L. & Mynors-Wallis, L. (2006). Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders: RCT, *BJPsych*, 189, 50-59.
- Insoo, K.B. & Doolan, Y. (2002). *De praktijk van oplossingen. Gevalsbeschrijvingen uit de oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Harcourt Assessment, Amsterdam.
- Singh, S., Arya, D. & Peters, T. (2007). Accuracy of telepsychiatric assessment of new routine outpatient referrals. *BMC Psychiatry*, 7, 55.
- Van Audenhove, C. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Onderzoek, praktijk en beleid*. Lannoo campus.
- Veldhuizen, J.R. van, Bahler, M., Polhuis, D. & Os, J. (2008). *Handboek FACT*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Veldhuizen, J.R. (2005). *FACT: de Functie ACT, een Nederlandse variant*. In: C.L. Mulder & H. Kroon (red.) *Assertive Community Treatment*, p. 175-187. Nijmegen: Uitgeverij Cure and care Publishers.

Andere info:

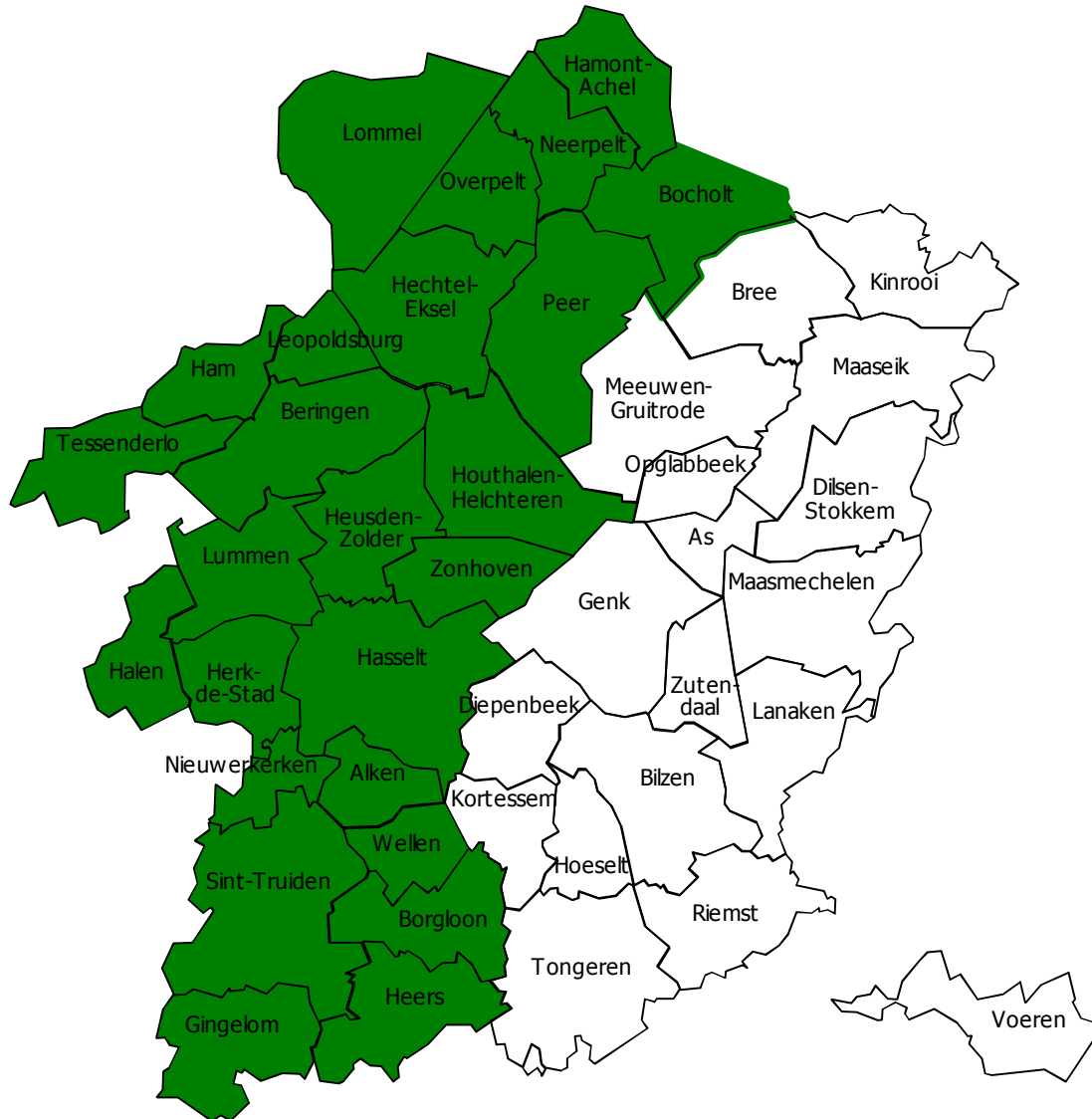
- International seminar : strengthening social inclusion by transforming residential care to community mental health care, Brussels, 3-4 may 2011.
- Plaats van psychiatrische pleegzorg binnen het toekomstig GGZ beleid; De Groof Marian, De Smet An, Prof.Dr.Van Audenhove Chantal; LUCAS, aug 2010
- Teksten differentiatie IBW en PVT, Zorgnet Vlaanderen

Raadpleging van volgende websites:

- www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Crisis_resolution_and_home_treatment_guide.pdf
- www.doh.gov.uk/mentalhealth/implementationguide.htm
- www.nao.org.uk/publications/0708/helping_people_through_mental.aspx
- <http://www.ccaf.nl/>
- <http://www.f-act.be/>
- <http://www.mondriaan.eu>
- <http://www.listel.be/nl/>

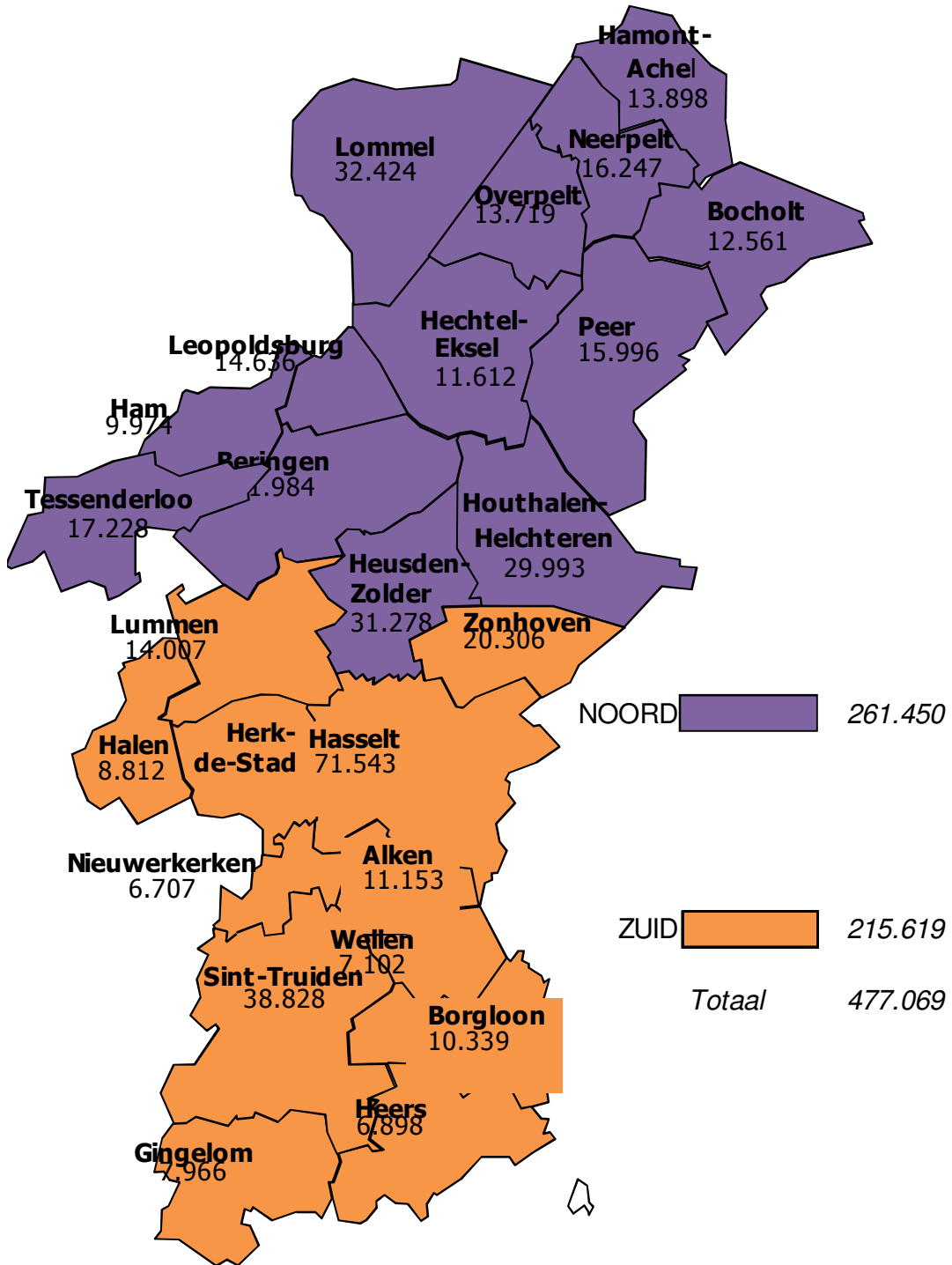
Bijlage 1: Overzicht steden en gemeenten Reling

Werkingsgebied Reling

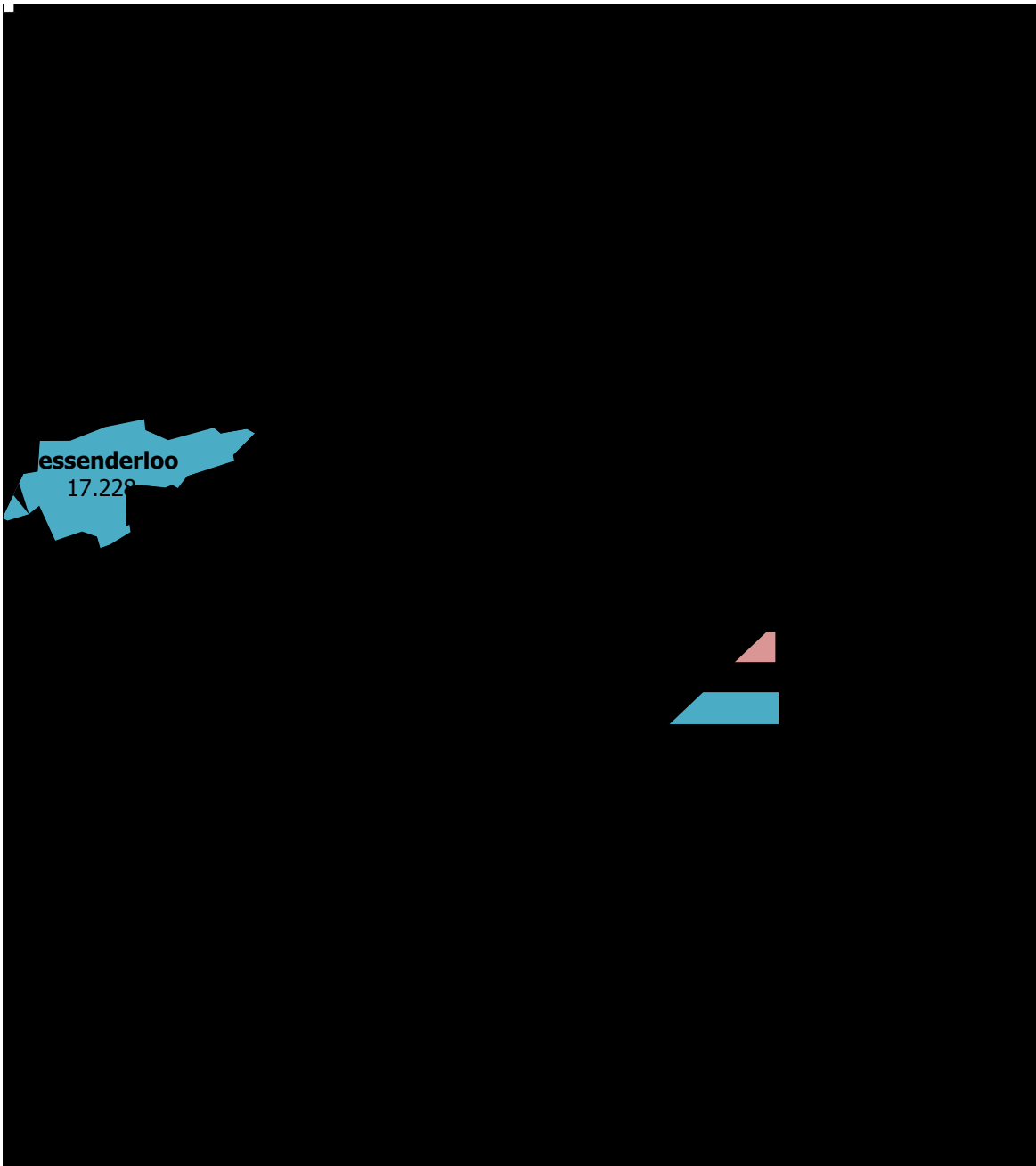


Bijlage 2: Subregio's F2A

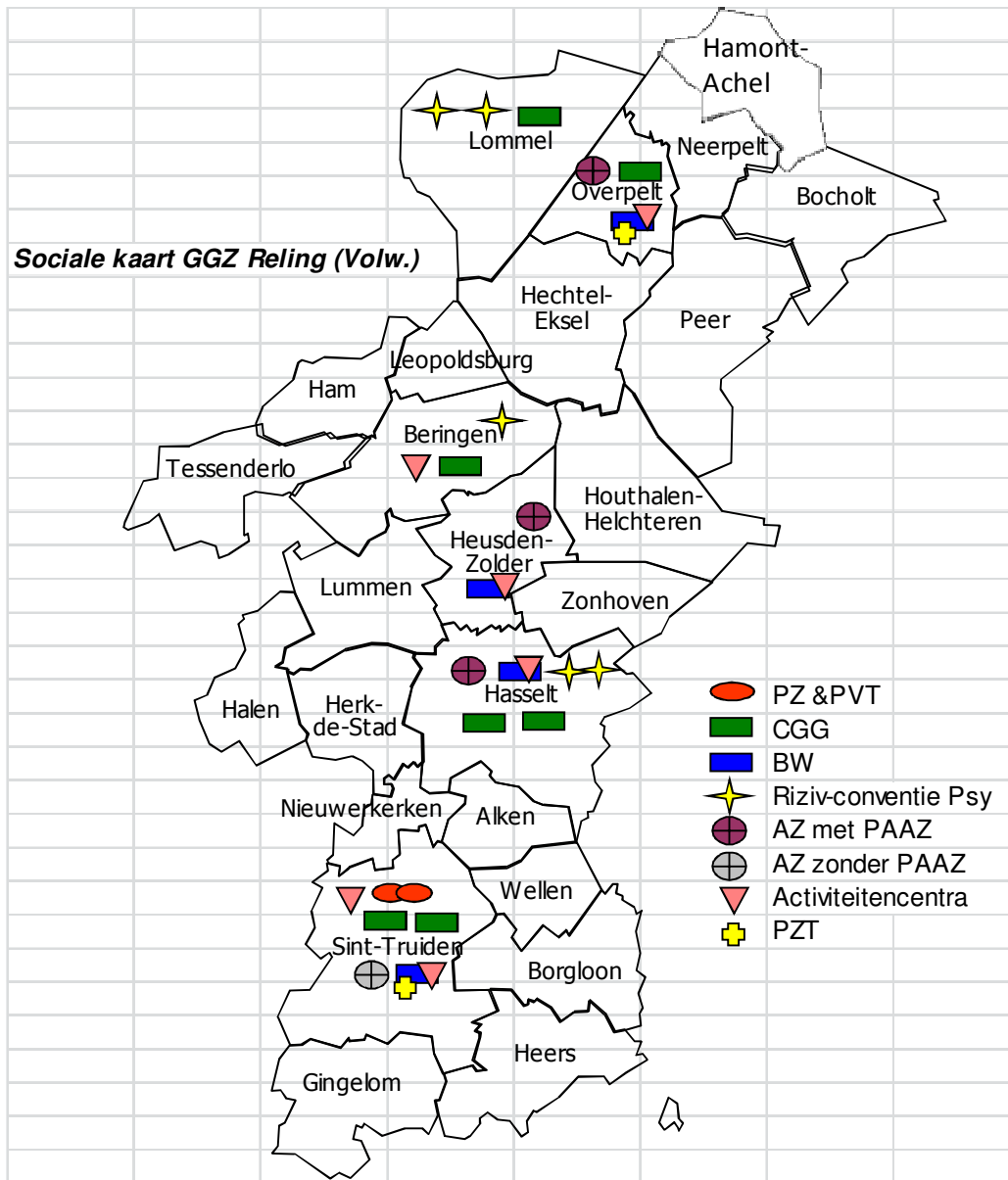
□



Bijlage 3: Subregio's F2B, F3 en F5



Bijlage 4: GGZ-aanbod Reling



Bijlage 5: Samenwerkingsovereenkomst Netwerk GGZ Reling
(meegestuurd als bijlage bij mail)

Bijlage 6: Engagementsverklaring Project 107 Reling
(meegestuurd als bijlage bij mail)