



Naar een betere geestelijke gezondheidszorg

door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken



**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.)

**Projectvoorstel Netwerk GGZ Regio Noord West-
Vlaanderen**

Ontvankelijkheidscriteria van het projectvoorstel

Een geldig projectvoorstel is op tijd ingediend en bevat ondermeer:

- Een beschrijving van het werkingsgebied
- Een beschrijving van de leeftijdsdoelgroep: jongvolwassenen vanaf 16 jaar en/of volwassenen
- Een beschrijving van de doelstelling van het zorgaanbod en van de te verwachten resultaten
- Een beschrijving van alle partners en hun specifieke opdrachten binnen het te creëren zorgcircuit
- De contactgegevens van de netwerkcoördinator
- Een financiële analyse
- Een kalender en een planning van de stappen die worden ondernomen om de 5 functies in te vullen
- De mate waarin het projectvoorstel met het personeel van elke betrokken partner is besproken
- De mate waarin het projectvoorstel is besproken met het/de overlegplatform(s) voor geestelijke gezondheidszorg wiens werkingsgebied samenvalt of overlapt met het werkingsgebied van het projectvoorstel.

Het projectvoorstel beantwoordt bovendien aan volgende vormvereisten:

- Het bestaat uit 1 tekstbestand opgeslagen in het *.doc of het *.docx formaat
- Het omvat maximaal 30 pagina's opgemaakt in het lettertype Arial, tekstgrootte 10, interlinie 1,5
- Bijlagen omvatten enkel formele stukken en geografische weergaven
- Formele stukken, zoals bijvoorbeeld samenwerkingsovereenkomsten, worden gehandtekend en gedateerd ingescand als *.doc of *.docx-bestand, of als afdrukbaar pdf-bestand
- Het mailbericht met het projectvoorstel bestaande uit het tekstbestand, samen met eventuele bijlagen, is niet groter dan 3MB.

Het projectvoorstel

Het gebruik van deze template is verplicht, alsook het respecteren van de structuur en de volgorde van de hoofdstukken.

1. Toelichting van de visie van het project

Met het hervormingsprogramma “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken” (artikel 107) wordt een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg beoogd. Dit nieuwe zorgaanbod is gebaseerd op de noden van personen met psychische problemen en vertrekt vanuit hun concrete leefomgeving.

Licht hieronder de waarden, visie of missie toe van het project zoals het door de partners wordt onderschreven. Deze visie heeft betrekking op de uitgangspunten van het project, waarop alle activiteiten geïnspireerd zijn en die ook steeds als toetssteen worden gebruikt bij het uitbouwen van nieuwe initiatieven. Dit kunnen bijv. patiëntenrechten zijn, wat men als essentiële elementen beschouwt om een goede zorg aan te bieden, een theoretisch kader, ‘evidence- based’ praktijken,...

De GGZ-partners uit de Regio Noord West-Vlaanderen wensen zich in te schrijven in de experimentele ruimte die geboden wordt middels het artikel 107 zoals omschreven in de “Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg”.

Een doorwerkte visie uitwerken met meerdere partners, inzake de geestelijke gezondheidszorg voor een leeftijdsdoelgroep in een regio, is geen opdracht die snel kan worden afgewerkt. Dit proces inzetten en tot een gedeeld resultaat komen vereist de nodige tijd en procesbegeleiding. Het spreekt voor zich dat ook de diverse stake-holders daarbij een rol te vervullen hebben. We rekenen het dan ook tot één van de eerste opdrachten van het netwerkcomité om deze visie en opdrachtsverklaring uit te werken.

Volgende kernelementen evenwel, die vertrekken vanuit een analyse van de geboden zorg op vandaag, worden door de deelnemende partners onderschreven en zullen elementen zijn die onze missie en visie stofferen.

- Een betere ondersteuning en samenwerking van de gespecialiseerde GGZ-partners naar de eerste-lijnsactoren in de regio kan bijdragen aan een kwalitatieve basiszorg waarbij vroege detectie en snelle interventie een verdere uitdieping – ergo – chronifiëring van de ziekte-toestand kan voorkomen. Dit is op vandaag nog steeds een pijnpunt.
- Transmurale zorgvormen zijn niet of eerder zwak uitgebouwd. De modaliteiten van ‘ten laste neming’ moeten verder gedynamiseerd worden. Multidisciplinaire crisiszorg, behandeling of psychosociale rehabilitatie aanbieden op een assertieve manier in de thuiscontext is zeker één van de prominente doelstellingen. In het tweede deeladvies van de NRZV klonk het reeds in 1997 zo: “De behandeling, verpleging, rehabilitatie moet zoveel als mogelijk en wenselijk gebeuren in de natuurlijke context en moet deze ‘ecologie’ van de patiënt viseren als steunpunt”.

- We kennen een nog te gefragmenteerd aanbod van behandeling en zorg met weinig verknopingspunten tussen de diverse modules. De overgang van de ene zorgvorm naar de andere vraagt een sterkere zorg voor continuïteit. Eén van de basisdoelstellingen moet zijn om gedeelde mechanismen te ontwikkelen die de patiënt bij overgangen in zijn zorgtraject ondersteunen. Zorgcontinuïteit veronderstelt ook een continuïteit in behandelvisie en aanpak.
- Naast behandeling en zorg moet meer aandacht gaan naar het proces van herstel waarbij de focus gericht wordt op de positieve mogelijkheden van elke patiënt en diens omgeving. Deze moeten aangeboord en ondersteund worden. Het ziek zijn en de te bieden zorg heeft naast een biomedische dimensie, een psycho-sociale en existentiële dimensie waarbij ook het netwerk van de patiënt steun krijgt en omgekeerd ook bron van steun kan zijn. Het patiënt-perspectief en het familieperspectief verdienen, naast de kernactoren, beleidsmatig een rol op te nemen in het netwerkcomité.
- Zich als voorzieningen gezamenlijk verantwoordelijk weten voor een leeftijdsdoelgroep in een regio vertrekt vanuit een andere visie dan die we vandaag kennen. Dit impliceert dat we als 'netwerk' denken, en niet als individuele voorziening. Immers, patiënten spreken hulpverleners en voorzieningen niet steeds aan op hun gepaste opdracht, cfr. vermeld advies dat een onderscheid maakt tussen aanspeelpunten van zorg en kristallisatieplaatsen van zorg. Zeker voor de meest kwetsbare patiënten die zich in een complexe probleemsituatie bevinden is de zoektocht naar een correcte plek van zorg en behandeling niet steeds eenvoudig. Vormen van cliëntgericht overleg waarbij diverse betrokken partijen samen zitten met als doelstelling een zorgaanbod op maat van de patiënt te realiseren zijn daarbij te weerhouden methodieken en uit te werken procedures (cfr. therapeutisch overleg).
- Naast de reeds vermelde samenwerking met de eerste lijn zal er (nog meer) aandacht moeten worden geschonken aan GGZ-problematiek die zich afspeelt in tal van belendende sectoren. Nog hechtere samenwerkingsvormen dienen ontwikkeld in relatie tot de sectoren huisvesting, werk, algemeen welzijnswerk, cultuur, gehandicaptenzorg, justitie, ouderenzorg,...
- Naast de verdere vermaatschappelijking van de zorg dienen we blijvend oog te hebben voor de behandeling van ernstige, ingrijpende, moeilijke, acute en/of langdurige chronische, al dan niet meervoudige psychische stoornissen. De intensifiëring van de residentiële behandeling moet het mogelijk maken om kwaliteitsvolle behandeling aan te bieden aan deze doelgroep, naast al dan niet geïntensifieerde vervolgzorg indien de noodzaak aan blijvende ondersteuning zich opdringt.
- Alle betrokken partners benadrukken de noodzaak om samen te werken daar waar deze samenwerking een meerwaarde creëert voor de betrokken patiënt en zijn context. Het samenwerken kent ook een meerwaarde voor de regio en haar inwoners in de zoektocht naar complementariteit en de focus op (niet-vervulde) noden. Samenwerking heeft echter ook haar grenzen en de 'klassieke' voorzieningen blijven naar de toekomst toe een belangrijke rol binnen het zorgcircuit vervullen.

Naast deze meer structurele elementen is het ook noodzakelijk om het beleid inzake de organisatie van een zorgcircuit en netwerk te toetsen aan waarden die in het geding zijn om "goede zorg" te

leveren. Volgens Thornicroft en Tansella (1999) moet het beleid zich laten leiden door volgende negen kernprincipes van goede zorg

1. **bevordert autonomie**
2. **is continu**
3. **is effectief**
4. **is toegankelijk**
5. **is omvattend**
6. **is rechtvaardig**
7. **geeft verantwoording**
8. **werkt gecoördineerd**
9. **werkt efficiënt**

Bron: Chantal Van Audenhove, Greet Van Humbeek, Anne Van Meerbeek. De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare personen: onderzoek, praktijk en beleid. Lucas & Uitgeverij Lannoo nv, 2005, p. 22-23.

2. Doelgroep

De projecten moeten strategieën uitwerken om een oplossing te bieden voor alle geestelijke gezondheidsnoden die bij de bevolking in het werkingsgebied leven; dit in eerste instantie voor de doelgroepen van jongvolwassenen vanaf 16 jaar en volwassenen.

Zoals voorzien in vermelde "Gids" zullen we ons in deze fase richten naar de leeftijdsdoelgroep volwassenen en jongvolwassenen vanaf 16 jaar. Het aantal inwoners in de regio Noord West-Vlaanderen dat behoort tot deze leeftijdsdoelgroep mag op om en bij de 63 % van het totaal aantal inwoners geraamd worden of 267.000 personen. Specifiek epidemiologisch onderzoek inzake GGZ-problematiek in deze regio is ons niet bekend.

Prevalentie en incidentie van psychische/psychiatrische problemen in België vinden we terug in het European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Dit project beschrijft het voorkomen van psychische aandoeningen in de 12 maand voorafgaand aan het onderzoek én het ooit in het leven voorkomen van deze stoornissen. Uit het onderzoek blijkt dat minstens één op vier bevraagde personen één psychiatrische stoornis rapporteert in zijn leven. Eén op negen personen geeft aan geconfronteerd te zijn met een psychiatrische stoornis in de laatste 12 maand. Het onderzoek maakt ook melding van een hoge graad van comorbiditeit (37,5 % rapporteert minstens twee stoornissen).

Nederland heeft met Nemesis (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) een traditie uitgebouwd op vlak van epidemiologisch onderzoek inzake GGZ-problemen. Nemesis 2 rapporteert dat het ooit in het leven voorkomen van DSM-IV aandoeningen 20,1 % bedroeg voor stemmingsstoornissen, 19,6 % voor angststoornissen, 19,1 % voor middelenstoornissen en 9,2% voor aandachtstekort- en gedragsstoornissen. Het voorkomen van deze aandoeningen in de 12 maand voorafgaand aan het onderzoek zijn respectievelijk 6,1 % (stemmingsstoornissen) 10,1 % (angststoornissen) 5,6 % (middelenstoornissen) en 2,1 % (aandachtstekort- en gedragsstoornissen).

Enigerlei As-1 psychische aandoening ooit in het leven komt voor bij 42,7 % van de bevolking. In de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek is dat percentage 18%.

In de Gezondheidsenquête door middel van interview in België 2008 vinden we volgende percentages: één op vier personen (26%) zit op de een of andere manier 'slecht in zijn vel'. Hiervan geeft meer dan de helft (hetzij 14% van de bevolking) blijk van een ernstig psychologisch probleem.”

Ook voor België zijn angst- en stemmingsstoornissen samen met middelenverslaving de drie voornaamste hoofdgroepen van psychologische problemen. Het is in deze psychopathologische hoofdgroepen dat zich de voorbije decennia een toename heeft voorgedaan. De meer ernstige psychiatrische problematiek waar een biologische of genetische kwetsbaarheid vaak sterker op de voorgrond treedt zijn eerder stabiel in hun voorkomen. De ontwikkeling van de urgentiegeneeskunde maakt dat we wél een toename kennen van niet aangeboren hersenletsel met een blijvende functionele en psychische invalidering. Ook in onze regio is de voorbije jaren een groeiende aandacht waar te nemen inzake de nood aan geestelijke gezondheidszorg voor geïnterneerde en gedetineerde cliënten en personen met een (verstandelijke) beperking en bijkomende psychiatrische problemen. Deze categorale doelgroepen zullen ook hun plaats moeten krijgen in de zorgcircuits met het adagium inclusief indien mogelijk, gespecialiseerd als het moet.

Het Nemesis-onderzoek leert dat het risico op GGZ-problemen onevenredig is gespreid over de bevolking. Iedereen kan een psychische stoornis ontwikkelen maar de kans is groter bij bepaalde demografische kenmerken (jongvolwassenen, grootstedelingen, alleenstaanden en alleenstaande ouders), bepaalde sociaal economische kenmerken (lager opgeleiden, volwassenen met een laag inkomen, huis- vrouwen of mannen, werklozen en arbeidsongeschikten) of met een problematische voorgeschiedenis (kinderen van ouders met een psychische stoornis, verwaarlozing of mishandeling tijdens de jeugdijaren)

Incidentie- en prevalentiecijfers zeggen niets over de mate waarop een beroep wordt gedaan op hulpverlening. Het filtermodel van Goldberg en Huxley, ook gehanteerd binnen het Nemesis-onderzoek geeft aan dat van de 235 personen die een psychische stoornis rapporteerden in de afgelopen 12 maanden, 64 mensen de hulp inriepen van een hulpverlener uit de eerstelijnsgezondheidszorg. 36 personen daarvan stroomden door naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg en 6 stroomden door naar de semimurale en intramurale geestelijke gezondheidszorg. De eerder geciteerde ESEMeD-studie toonde aan dat één op drie personen met een psychische stoornis een professionele hulpverlener consulteerde. Het meest frequent wordt de huisarts geconsulteerd

Eén van de actiepunten op te nemen binnen het netwerkcomité zal zijn om de actueel beschikbare gegevens omtrent zorggebruik in de regio in eerste instantie te bundelen (MKG, MPG, registratiegegevens CGG,...). Op middellange termijn is de beschikking krijgen over regio-omspannende data, eerder dan de voorzieningsgerichte registraties van geboden zorg, stellig één van de noodzakelijke sturingsinstrumenten in de uitbouw van een regionaal GGZ-zorgcircuit. Een werkgroep data is dan ook een conditio sine qua non.

3. Doelstellingen

Wat zijn de doelstellingen en ambities in termen van de te verwachte meerwaarde voor de patiënt en de resultaten die het project nastreeft? Hoe worden deze doelstellingen geoperationaliseerd, hoe wenst men deze te bereiken en hoe gaat men na of deze doelstellingen worden behaald?

Welke doelstellingen en ambities stelt men voorop in de werking van het personeel, om de meerwaarde voor de patiënt mogelijk te maken?

Geef ook aan welke doelstellingen het project wil realiseren op het niveau van het netwerk en op het niveau van de individuele partners die deel uitmaken van het netwerk.

We verwijzen hiervoor naar de onder punt 2 geformuleerde uitgangspunten en doelstellingen die we beogen met de uitbouw van dit zorgcircuit en netwerk. Ook onder het luik 5.2. Taakverdeling in het netwerk vinden we te realiseren doelstellingen/opdrachten op een meer operationeel niveau.

Voor de uitbouw van het netwerk/zorgcircuit weerhouden we volgende doelstellingen:

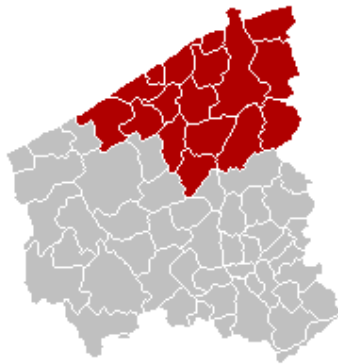
- Op niveau van de patiënt:
 - verhogen van de kwaliteit van leven;
 - optimaler beantwoorden van de individuele behoeften (zorg op maat);
 - waarborgen van betere zorgcontinuïteit;
 - behouden of herstellen van de banden met belangrijke steunfiguren (bv. familie, huisarts, vrienden/buren/kennissen);
 - stimuleren/activeren van persoonlijke en actieve betrokkenheid in het eigen traject.
- Op niveau van de familie en mantelzorgers:
 - beter ondersteunen van familie en mantelzorgers;
 - stimuleren/activeren/behouden van hun betrokkenheid bij het hulpverleningsproces;
 - verlagen van de drempel naar professionele hulp- en zorgverleners om hun vragen naar informatie, advies en steun beter te kunnen beantwoorden met het oog op verhoging van hun draagkracht.
- Op niveau van de hulp- en zorgverleners:
 - verbetering van de communicatie (o.a. bekomen van duidelijke taakafspraken, op eenzelfde lijn brengen van alle betrokken disciplines, garanderen van goede informatieoverdracht);
 - bevorderen van de doorstroming van patiënten op basis van actuele behoeften naar het meest passende hulp- of zorgaanbod;
 - samenbrengen van verschillende, complementaire bekwaamheden/competenties in samenwerking tussen ggz, reguliere thuiszorg en andere belendende sectoren;
 - transparantie bewerken op vlak van ieders bijdrage en komen tot betere afstemming o.m. kritisch onderzoek van overlappingsen en hiaten in het hulp- en zorgaanbod;
 - beter leren kennen en optimaler inzetten van steunbronnen uit de onmiddellijke thuisomgeving van de patiënt.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

Geef aan wat het geografische werkingsgebied is waarop het project zich oriënteert. Beschrijf daarbinnen hoe groot de groep is en wat de kenmerken zijn van de populatie van (jong)volwassenen (vanaf 16 jaar) met een psychiatrische stoornis in de door jullie vooropgestelde regio? Beschrijf ook op welke manier het project inspeelt op het aanwezige aanbod van dienstverlening dat kan ingezet worden om de vijf functies te vervullen? Maak duidelijk hoe het project tegemoet denkt te komen aan de behoeften van de doelgroep in die vooropgestelde regio met het aanwezige aanbod.

Sinds de start van de Samenwerkingsverbanden Geestelijke Gezondheidszorg als Overlegplatform (1990) is er in West-Vlaanderen een regionale werking verankerd. Het regionaal comité NOORD, omvattende de bestuurlijke arrondissementen Brugge en Oostende is één van de sub-regio's. In het licht van de uitwerking van dit projectvoorstel opteren we dan ook om van deze regio-indeling te vertrekken.

Het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Regio Noord West-Vlaanderen wil, in het spoor van deze regionale opdeling, een samenhangend GGZ-aanbod uitwerken voor de arrondissementen Brugge en Oostende.



Uit Wikipedia West-Vlaanderen

Het arrondissement Brugge telt 10 gemeenten: Beernem, Blankenberge, Brugge, Damme, Jabbeke, Knokke-Heist, Oostkamp, Torhout, Zedelgem en Zuienkerke. Het arrondissement Brugge heeft een oppervlakte van 661,29 km². Op 01/01/2008 bedroeg het inwoneraantal 275.599 (Bron NIS).

Het arrondissement Oostende telt 7 gemeenten: Bredene, De Haan, Gistel, Ichtegem, Middelkerke, Oostende en Oudenburg. Het arrondissement Oostende heeft een oppervlakte van 291,60 km². Op 01/01/2008 bedroeg het aantal inwoners 149.287 (Bron NIS).

Regio Noord West-Vlaanderen heeft globaal een inwoneraantal van 424.886 en beslaat een oppervlakte van 952,89 km². In oppervlakte maakt de regio 30 % uit van de provincie West-Vlaanderen, qua inwoneraantal is dat 37%.

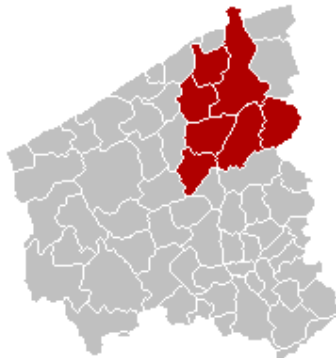
In de "Intentieverklaring van de GGZ-voorzieningen van de regio Noord West-Vlaanderen" (bijlage 1) kan u lezen dat de ondertekenende partners opteren om de huidige regio indeling GGZ van de provincie West-Vlaanderen te laten samenvallen met de gebiedsomschrijving van de nieuw opgestarte Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) van Brugge en Oostende. Deze

discussie is hangende en conform de statuten van het Overlegplatform is het de algemene vergadering die zich hierover in een later stadium zal uitspreken. In de uitwerking van dit projectvoorstel en de beschrijving van kengegevens houden we het dan ook bij de indeling zoals die bestaat op vandaag: de bestuurlijke arrondissementen Brugge en Oostende.

Met verwijzing naar de "Intentieverklaring" (bijlage 1) willen we in een eerste fase van de experimentele uitbouw via artikel 107 de regio Noord West-Vlaanderen inperken tot een beperktere regio die volgende 7 gemeenten omvat: Brugge, Jabbeke, Zedelgem, Zuienkerke, Beernem, Oostkamp en Torhout. Samen vertegenwoordigen ze 212.687 inwoners (= 50% van de globale regio) en 497,92 km² (= 52 % van de globale regio). Voor de motivering van deze keuze verwijzen we naar het artikel 3 van de "Intentieverklaring" en de verdere toelichting in dit projectvoorstel. Indien we in het verder verloop van deze projectaanvraag spreken over de 'pilotregio' dan bedoelen we hiermee bovenstaande 7 gemeenten.

De keuze voor een beperktere pilotregio is gestoeld op een gefaseerde aanpak en een keuze voor een experimentele opstelling die volgende vragen moet helpen beantwoorden: Zijn er voor de gehele regio 2 of 3 crisis- en thuisbehandelteams nodig? Op welke sub-regionaal niveau organiseren we best de ondersteuning naar de eerstelijnsactoren? Hoeveel FACT-teams dienen we te ontwikkelen? Welke zijn de noodzakelijke interrelaties tussen elk van de functies en hoe kunnen we die optimaliseren? ***Het is vanuit deze op te bouwen ervaring, als een toetssteen, dat we een uitgebalanceerd masterplan om de vijf functies ter beschikking te stellen in de gehele regio willen uitwerken.***

We wensen met een beperktere groep te starten, waar alle voorzieningensoorten in vertegenwoordigd zijn (zie 5.1.). Het doel is om, één maal er een start is genomen in de pilotregio, ook de andere gemeenten en de partners werkzaam in deze gemeenten, te engageren in de uitbouw van de 5 functies. We zijn ons bewust van de mogelijke pijnpunten die aan deze keuze zijn verbonden: risico op meerdere snelheden in de ontwikkeling van functies in de regio, het gevoel minder betrokken te worden in de ontwikkeling van de functies in de regio. Intensieve communicatie en betrokkenheid moeten hier soelaas brengen.



Uit Wikipedia West-Vlaanderen

In relatie tot het voorgaande en op uitdrukkelijk verzoek van de PAAZ-diensten van Knokke-Heist en Oostende werd volgende clause toegevoegd aan de intentieverklaring: "Hierbij onderschrijven ondergetekenden de intentie om – zo in een tweede fase bijkomende middelen ingezet worden in het

kader van de zorgvernieuwing zoals deze omschreven werd in de Intentieverklaring van de GGZ-voorzieningen van de regio Noord West-Vlaanderen – deze bijkomende middelen zullen worden ingezet om ook in de regio's van Oostende en Knokke-Heist de functies 2 en 3 te helpen realiseren.”

(Bijlage 2)

Voor aanvullende relevante data inzake de globale regio (bevolkingsdichtheid, geslacht, leeftijd en nationaliteit, aantal huishoudens en aandeel alleenwonenden, belastbaar inkomen, werkloosheidsdruk en enkele welvaartsindicatoren) verwijzen we naar bijlage 3.

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

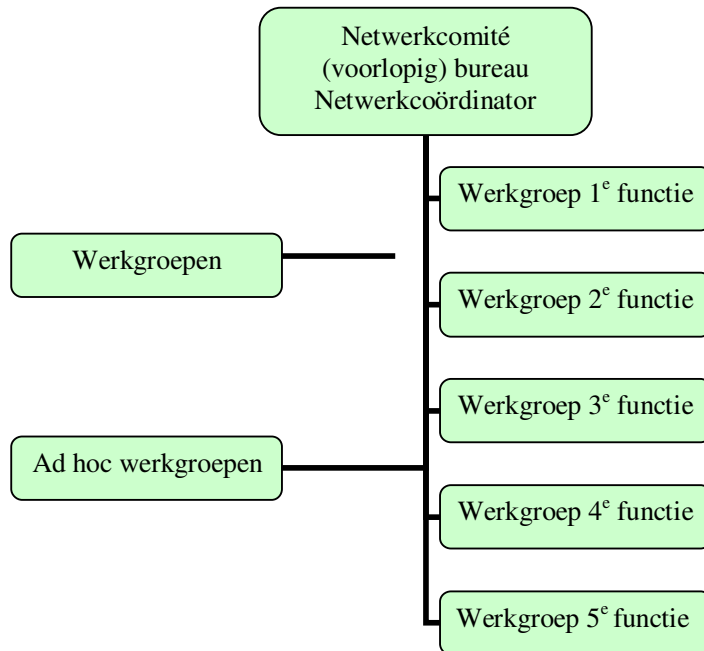
5.1 Netwerksamenstelling

Beschrijf het samenwerkingsverband- het netwerk. Beschrijf het aantal organisaties die in het netwerk betrokken worden en de mix van sectoren (gezondheidszorg, (eerste lijn, ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen, CGGZ, thuiszorg,...) welzijnszorg, arbeid, huisvesting, etc...) die deze organisaties vertegenwoordigen. Beschrijf hoeveel organisaties vertegenwoordigd zijn van elke sector en hoeveel en welk type hulpverleners uit de partnerorganisaties in de aanpak betrokken worden? Beschrijf welke partners gezien worden als kernpartners, en welke gezien worden als relevante partners maar niet noodzakelijk zijn in de dagelijkse activiteiten voor het realiseren van de vooropgestelde doelstellingen?

Het netwerk wordt samengesteld uit alle GGZ-specifieke voorzieningen die een werking hebben binnen de regio Noord West-Vlaanderen. Elk van hen is vertegenwoordigd met één afgevaardigde in het netwerkcomité. De optie werd genomen om het netwerkcomité onmiddellijk te installeren voor het geheel van de regio Noord West-Vlaanderen en dus niet enkel voor de beperktere regio waarin we de piloot wensen van start te laten gaan.

In het netwerkcomité worden 2 mandaten voorzien voor vertegenwoordigers van gebruikers en familie. Similes heeft zich principieel geëngageerd het mandaat voor de familie op te nemen. Vermits er 18 erkende GGZ-specifieke voorzieningen zijn brengt ons dit op een netwerkcomité met 20 kernpartners. Gezien dit hoge aantal wordt geopteerd om de betrokkenheid van de relevante andere partners in de beleidsaansturing van het zorgcircuit en het netwerk te situeren op het niveau van de werkgroepen die het netwerkcomité onder zijn hoede zal installeren. Deze partners uit belendende sectoren kunnen dan ook gerichter gelinkt worden aan de voor hen relevante functies.

Samen met de 2 mandaten voor de gebruikers- en familievertegenwoordigers neemt elk van de hierboven opgesomde voorzieningen een mandaat op in het netwerkcomité. Om de vijf functies verder uit te werken in de regio, én daarbij ook de beleidsmatige inbreng van de diverse stake holders of verwante sectoren mogelijk te maken wordt volgende netwerkstructuur opgezet:



In dit voorbereidende stadium van de hervorming is nog niet bepaald welke belendende sectoren of voorzieningen zullen vertegenwoordigd zijn in deze vijf werkgroepen voor de leeftijdsdoelgroep volwassenen. Wél zijn er tot zover informatieve contacten met de beide SEL-structuren van Brugge en Oostende waar alle eerstelijnsactoren vertegenwoordigd zijn. Beide structuren werden ook uitgenodigd bij de ondertekening van de intentieverklaring en werden zo uit eerste hand geïnformeerd omtrent onze intenties. Binnen deze grote groep van (eerstelijns)hulpverleners zijn het voornamelijk volgende partners en diensten die *op het beleidsmatige vlak* zullen betrokken worden en dus een zinvolle bijdrage en vertegenwoordiging kunnen opnemen in één of meerdere werkgroepen.

Het verder uitklaren van de rol en verknoping van de huisarts, maar ook de overige eerstelijnsactoren, in relatie tot de diverse functies is een kritische succesfactor in het kader van dit project van zorgvernieuwing. Het is dan ook absoluut noodzakelijk om in de volgende fase van voorbereiding dichterbij deze actoren te komen, om zo ook hun rol, oriëntatie en bijdrage binnen de projectstructuur en de vijf functies te verhelderen.

Diensten die wellicht een relevante bijdrage kunnen leveren op het niveau van de individuele gebruiker, doch niet beleidsmatig zullen betrokken worden, vermelden we hier niet. De nu reeds bestaande GGZ-functies die in een samenwerking tussen diverse actoren en binnen de regio Noord West-Vlaanderen reeds werden uitgewerkt vermelden we hier evenmin (zie 5.2.). Volgende eerstelijnsactoren, goed vertegenwoordigd in Noord West-Vlaanderen kunnen een relevante bijdrage leveren in relatie tot één of meer van de vijf functies: Centra Algemeen Welzijnswerk, autonome en ingebouwde centra, Huisartsenkringen, Thuisverpleging, Gezinshulp, gezinszorg en poetsdiensten, Lokale dienstencentra en ontmoetingscentra, Sociale diensten van OCMW's, Sociale Huisvestingsdiensten, Sociale Economie Bedrijven, VDAB en GTB; ...

Het zal één van de eerste opdrachten zijn van de netwerkcoördinator, om samen met de kernactoren betrokken in elk van de vijf functies, de vertegenwoordiging van de relevante niet-GGZ-partners in elke werkgroep te exploreren en daartoe met de diverse stakeholders in overleg te gaan.

5.2 Taakverdeling in het netwerk

Beschrijf de rol en taakafspraken van de partners die deel uitmaken van het netwerk. Dit zowel voor de invulling van de vijf functies als de bijdrage van de partners in andere activiteiten om het netwerk te doen functioneren. Hoe is de taakverdeling tussen individuele zorgverstrekkers voor het invullen van de functies en zorgprogramma's op patiënteniveau? Zijn de verantwoordelijkheden duidelijk afgebakend?

Wie staat binnen de zorgverstrekkers van het netwerk in voor zorggerichte en patiëntenondersteuning, administratieve en logistieke taken (op het niveau van de patiënt en op het niveau van het netwerk)? Is die taakverdeling tussen zorgverstrekkers helder voor de verschillende fasen of bij specifieke gebeurtenissen in het traject van een patiënt (intake, reguliere opvolging, ontslag, crisissen of urgenties, ...)?

We starten dit hoofdstuk met een globaal overzicht van de huidige capaciteit en het hulpverleningsaanbod van de kernactoren in de pilootregio. Gezien de beperkingen gesteld aan dit aanvraagdossier is het onmogelijk om een fijnmazig overzicht te bieden van de diverse hulpverleningsmogelijkheden die op vandaag op vlak van geestelijke gezondheidszorg in onze regio beschikbaar zijn. We beperken het dan ook tot een synthetisch en grofmazig overzicht. Elk van deze bestaande hulpverleningsvormen zullen, waar zinvol en nuttig, worden ingebracht in één van de vijf functies, dan wel bijdragen aan de realisatie van het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Regio Noord West-Vlaanderen.

We merken hier wél op dat het nu volgende overzicht een globaal zicht biedt op de activiteiten van elk van de kernpartners werkzaam in de pilootregio maar dat voor heel wat actoren de capaciteit en het hulpverleningsaanbod ingezet worden voor een veel ruimere regio dan Noord West-Vlaanderen. Specialistische functies, meer specifiek in de residentiële hulpverlening hebben een werkingsgebied dat veel ruimer is dan de regio Noord West-Vlaanderen en soms reikt tot de hele provincie West-Vlaanderen, de provincies Oost- en West-Vlaanderen of zelfs geheel Vlaanderen. De zorgvernieuwing zal een goed evenwicht moeten vinden tussen generalistische versus specialistische vormen van behandeling en zorg, regionaal versus supra-regionaal gerichte behandeling en zorg

Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Beide Centra Geestelijke Gezondheidszorg hebben vestigingsplaatsen in de pilootregio: in Brugge, in Torhout en in Beernem. In beide diensten is een laagdrempelige aanmelding, al dan niet op verwijzing, naar een multidisciplinair ambulantly hulpverleningsaanbod beschikbaar. Naast de reguliere werking gericht naar volwassenen is ook een meer gespecialiseerd ambulantly aanbod beschikbaar (forensische GGZ, personen met beperkingen, verslavingszorg,...).

De RIZIV-conventies

In de pilootregio zijn er twee voorzieningen met een RIZIV-conventie.

Het Centrum voor Psychische Revalidatie Ingelburch biedt revalidanten intensieve dagbehandeling aan, gericht op het (opnieuw) opnemen van rollen in de samenleving. Er worden 65 à 70 revalidanten behandeld op dagbasis. De recruiteringsregio is West-Vlaanderen en het noorden van Oost-Vlaanderen.

Het Dagcentrum De Sleutel biedt ambulante programma's aan aan personen met een verslaving aan illegale middelen. Rond volgende functies hebben ze een aanbod: gezins- en familiewerking, outreaching, vroeginterventie, aanmelding en oriëntatie, motivatie, individuele behandeling, substitutiebehandeling, dagopvang en gezondheidsvoorlichting.

Ziekenhuisaanbod

De pilootregio heeft 5 ziekenhuizen die psychiatrische hulpverlening aanbieden, drie algemeen psychiatrische ziekenhuizen, twee algemene ziekenhuizen met een PAAZ-dienst. Samen beschikken zij over volgende capaciteit:

	P.T.C. Rustenburg	P.C. Sint-Amandus Beernem	P.Z. O.L.Vrouw Brugge	PAAZ Sint-Jan	PAAZ Sint-Lucas	Totaal
A	72	90	135	80	30	407
A-nacht		1	6			7
A-dag		20	24	18	8	70
T		280	107			387
T-nacht		1	10			11
T-dag		24	50			74
Sp		54	20			74
Vp			60			60
I.B.		16				16
K					25	25

Bovenstaande capaciteit wordt – benaderend – ingezet voor volgend hulpverleningsaanbod. We gebruiken hier een grof sjabloon dat mogelijk doet veronderstellen dat in de vijf ziekenhuizen veel functies en/of doelgroepspecifieke hulpverlening overlappend worden ingezet. Dit is niet zo, we stellen vast dat binnen dit aanbod een sterke differentiatie bestaat. Hier geldt stellig de opmerking dat verscheidene behandelprogramma's zich richten naar patiënten uit een ruimer werkingsgebied. Voor specialistische programma's is een voldoende grote caseload, en dus een voldoende ruim werkingsgebied, noodzakelijk. Merk ook op dat de ziekenhuizen niet enkel beschikken over bedgebonden capaciteit maar ook dagprogramma's en poliklinische activiteiten ontwikkelen.

	P.T.C. Rustenburg	P.C. Sint-Amandus Beernem	P.Z. O.L. Vrouw Brugge	PAAZ Sint-Jan	PAAZ Sint-Lucas
Algemene psychiatrie			x	x	x
Crisisinterventie – algemeen		x	x	x	x
Crisisinterventie – drugs		x	x	x	x
Illegale drugs		x			
Gedwongen opname		x	x		
Alcohol en medicatie		x	x	x	x
Dubbeldiagnose		x	x		
Psychotische stoornissen		x	x		
Angst- en stemmingsstoornissen	x		x	x	x
Persoonlijkheidsstoornissen	x		x		
Psychiatrische stoornis en mentale beperking		x			
Eetstoornissen					
Autisme					
Niet-aangeboren hersenaandoeningen		x			
Psychiatrische stoornis en auditieve stoornis					
Moeder en kind					
Rehabilitatie		x	x		
Dagbehandeling		x	x	x	x
Forensische psychiatrie		x			
Kinderen- en jongerenpsychiatrie				x	x
Ouderenpsychiatrie		x	x	x	

Beschut Wonen

De pilootregio heeft 2 Initiatieven: B.W Beernem met 114 plaatsen en het Beschut Wonen Brugge met 155 plaatsen. Beide initiatieven organiseren ook begeleidingen in de zogenaamde 20 % regel. Naast woonbegeleiding organiseren ze elk een activiteitencentrum, in samenwerking met lokale partners. Het activiteitencentrum De Gempersteeg in Brugge biedt activiteiten aan in het kader van dagactivering: ontmoeting, vrijetijd en vorming, arbeidsmatige activiteiten. Het doel is het aanbieden van een dagstructuur waardoor een kwalitatief leven in de samenleving mogelijk is. Naast een basisaanbod wordt op de diverse domeinen trajectmatig gewerkt. Met 6 FTE hebben ze een cliëntenbereik van een 120-tal gebruikers op weekbasis. De Klus in Beernem heeft een vergelijkbaar aanbod met een cliëntenbereik van 80 personen en een personeelsinzet van 4,4 FTE. De Klus (Beernem) biedt eveneens arbeidszorg aan. De Gempersteeg werkt inzake arbeidszorg intensief samen met W.O.K. (een initiatief van O.C.M.W. Brugge en het sociaal tewerkstellingsbedrijf S.O.B.O. (Sociaal Ondernemen Brugge en Omgeving). In de Beernemse regio is er op vlak van arbeidszorg ook samenwerking met Loca Labora, een sociaal economie-bedrijf.

Psychiatrische Verzorgingstehuizen

In de pilootregio vinden we twee PVT's terug, gespreid over drie campussen.

PVT-Sint-Amandus met campus in Beernem herbergt 60 personen, waarvan 30 psychiatrische patiënten met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek. De overige 30 plaatsen richten zich naar personen met een overwegend licht tot matig verstandelijke beperking met bijkomende psychiatrische problemen.

PVT De Ent in Torhout, juridisch ressorterend onder voornoemde PVT, heeft 60 plaatsen gespreid over diverse kleinschalige woonéenheden. Beide vernoemde PVT-initiatieven zijn op vandaag exclusief bewoond door mannen.

PVT Sint-Augustinus te Brugge biedt plaats aan 60 personen. Gezien de historische band met het OLV-ziekenhuis van Brugge treffen we hier overwegend vrouwen aan.

In het volgende deel richten we de focus op de intenties van realisatie van (onderdelen) van de vijf functies in de regio. Omvattende planning is er op vandaag nog niet maar we maken ons sterk dat we in een gefaseerde aanpak voor elk van de vijf functies voldoende aanknopingspunten hebben en concrete stappen zullen kunnen zetten in 2011. De door de overheid geschetste gefaseerde benadering tijdens het communicatiemoment van woensdag 6 oktober, ook inzake de financiering, sluit hier perfect bij aan. Voor elk van de nieuw op te starten teams, deels te financieren via artikel 107, zal een sluitende planning en voorbereiding inzake de diverse beleidsaspecten (HRM, visie, methodiek, zorgenplan, evaluatie, financiering, logistieke aspecten,...) worden voorgelegd in functie van het verder vrij maken van de aditionele middelen.

De eerste functie: activiteiten inzake preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling.

De beide Centra Geestelijke Gezondheidszorg in de regio zijn hier de kernpartners met de meest 'logische' binding met deze functie. In de pilootregio zijn er vestigingen in Brugge (CGG Noord West-Vlaanderen), Torhout en Beernem (CGG Prisma). Op vandaag hebben zij inzake deze opdracht reeds meerdere kernelementen vervuld. Ze hebben een traditie van verwijzing en samenwerking met diverse eerstelijnsdiensten (o.m. C.A.W. en huisartsen) en hebben een laagdrempelige aanmeldingsfunctie naar GGZ.-hulpverlening.

Preventieve activiteiten, inzonderheid inzake middelengebruik en suïcide, Indicatiestelling, psychodiagnostiek, vroeginterventie, een kortdurend therapeutisch behandelaanbod, en zo nodig, een geïndiceerde doorverwijzing naar één van de partners in het netwerk zijn vlot beschikbare functies. Inzake meer gespecialiseerde opdrachten is er een duidelijke taakverdeling uitgewerkt tussen de beide centra met het oog op een goede complementariteit.

Het is evident dat naast de centra GGZ nog andere actoren betrokken zijn in de realisatie van deze functie. Zo is er inzake eerste screening, diagnosestelling en behandeling een belangrijke input via de poliklinische activiteiten van de beide PAAZ-diensten, al dan niet op verwijzing van huisartsen of andere eerstelijnsdiensten.

Als input voor deze eerste functie wensen we 2 concrete initiatieven die in de pilootregio aanwezig zijn in te brengen. Beide initiatieven illustreren de groeiende cultuur van samenwerken in de regio.

Psychiatrische Zorg in de Thuissituatie (PZT).

Sinds 1 december 2001 wordt het pilootproject gefinancierd door de federale overheid. Het PZT-project is een samenwerkingsverband tussen volgende partners: SIT (voortaan SEL) regio Brugge, BW Brugge, BW Beernem, P.C. Sint-Amandus, P.Z. Onze Lieve Vrouw Brugge, P.T.C. Rustenburg, CGG Noord West-Vlaanderen, CGG Prisma, A.Z. Sint-Lucas, A.Z. Sint-Jan, revalidatie Ingelburch, Similes West-Vlaanderen. Naast vermelde pilootfinanciering brengen de partners bijkomende middelen in (cfr. 7 financiering en middelenallocatie).

De voorbije jaren is er een sterke evolutie inzake de opstelling van het project. De 2 modules, ondersteuning van de eerstelijnsactoren, netwerkbouw en zorgcoördinatie enerzijds en begeleiding in het kader van langdurige zorg anderzijds, zijn zich duidelijker als 2 te onderscheiden modules gaan onderscheiden. Dit als gevolg van kritische reflectie op de werking, in overleg met de eerstelijnsactoren. Het PZT-werk wordt nu duidelijk geformuleerd als advies en coaching van de eerstelijnsactoren inzake het omgaan met GGZ-problematiek. De focus richt zich niet direct op de patiënt, maar wel op verwijzers en netwerken. Begeleidingen waarbij de patiënt toch in beeld komt van de PZT-werker zijn geëvolueerd naar dynamische, tijdelijke en netwerkgerichte tussenkomsten. Deze drie methodieken (advies, coaching en begeleidingen) zijn steeds sterker methodisch uitgebouwd.

Met de komst van het FACT-team in de regio krijgt de tweede module, gericht op langdurige zorg een plaats, en biedt dit nog meer perspectief om de PZT-functie ter ondersteuning van de eerstelijns zuiver te houden. Er is een stevige expertise opgebouwd inzake de methodiek van netwerkoverleg en dit wordt als een duidelijke meerwaarde ervaren en kan ook inspireren voor al de andere functies. De begeleidingen in het kader van langdurige zorg zullen dan ook gekoppeld worden aan de functie 3.

Vroegtijdige Detectie en Interventie Psychose (VDIP)

Sinds 2009 werd het VDIP-project Brugge opgestart met volgende partners: P.Z. Onze Lieve Vrouw, P.Z. Sint-Amandus, revalidatie Ingelburch, PZT-Brugge – Beernem, A.Z. Sint-Jan, CGG Prisma en CGG Noord West-Vlaanderen. VDIP-projecten houden zich bezig met detectie en vroegtijdige interventie bij mensen met een ultra hoog risico op een psychose en mensen met een vroege psychose. Ook dit is een samenwerking, binnen functie 1, waar de expertise gebundeld en gedragen wordt door een veelheid van partners. Niettegenstaande het project aanvankelijk niet weerhouden werd voor een pilootfinanciering via de Vlaamse Gemeenschap, gingen de partners toch in zee met eigen middelen (cfr. 7 financiering en middelenallocatie).

Met VDIP willen we zo snel mogelijk een fasespecifieke behandeling aanbieden en hinder van klachten en symptomen op het verdere leven verkleinen om een normale ontwikkeling en integratie te maximaliseren. Het VDIP-team is nog volop aan het ontwikkelen en een plaats aan het verwerven binnen de regio.

De tweede functie: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute (a) als chronische (b) psychische problemen.

Deze nieuw te ontwikkelen functie beoogt een multidisciplinair team dat, bij een crisis ingevolge een acute of subacute toestand in de thuiscontext van de patiënt zélf kan interveniëren en zo opnamevoorkomend kan werken. Binnen de regio Noord West-Vlaanderen wordt geopteerd om binnen deze tweede functie ons enkel te richten op patiënten met een acute of sub-acute problematiek. De functie 2 b, crisisinterventie en kortdurende behandeling voor patiënten met chronische problematiek wordt

geïntegreerd samen met functie 3 in een FACT-team dat zal worden ingezet in de pilootregio. Het FACT-team kan voor de bij haar aangemelde patiënten de rol van crisis- en behandelteam integreren door deze patiënten op het FACT-bord te plaatsen en te voorzien in een multidisciplinaire ten laste neming van de patiënt op momenten van crisis. Het crisis- en behandelteam (functie 2 a) kan wél ingezet worden in geval van een crisis bij een door het FACT-team begeleidde patiënt buiten de reguliere inzet van het FACT-team.

Volgende kernpartners met een grote psychiatrische expertise inzake crisiszorg en behandeling, weliswaar op vandaag in een intramuraal setting, willen via herallocatie (= art. 107) middelen genereren voor de realisatie van een piloot voor de functie 2 a: Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Amandus, Psychiatrisch Ziekenhuis Onze Lieve Vrouw, PAAZ-dienst Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan, De PAAZ-dienst Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas.

Uiteraard kunnen ook andere (kern)partners betrokken worden inzake deze functie en zich mogelijk engageren via reguliere middelen.

Vertrekpunt en inspiratie in de ontwikkeling van dit multidisciplinair team kan gevonden worden in de Crisis Resolution Home Treatment teams (CRHT) zoals deze ontwikkeld zijn in Birmingham, maar evenzeer in de crisisteams zoals ze zich in Nederland hebben ontwikkeld. Evident zal een vertaling naar onze eigen context dienen te gebeuren.

Gezien het team uiteindelijk een 24uurs-beschikbaarheid, zeven dagen op zeven, beoogt te realiseren voor een gewenste gemiddelde caseload, op elk ogenblik, van om en bij de 30 patiënten (afhankelijk van de zorgzwaarte) is een multidisciplinair team van 12 FTE een startvereiste in deze pilootopstelling. De pilootregio heeft 212.000 inwoners. Op basis van de 'Guidance Statement of Fidelity and Best Practice for Crisis Services' is een team van 14 FTE in staat om een regio te bedienen van 150.000 inwoners. De piloot zal ons een indicatie moeten geven inzake de gewenste teamgrootte en het aantal crisis- en behandelteams die nodig zullen zijn om deze functie voor de gehele Noord West-Vlaamse regio te realiseren.

Deze module zal kunnen beroep doen op de EPSI-dienst voor het geval het (sub)acute snel evolueert naar een urgent karakter. De opgebouwde ervaring rond al dan niet inclusie na een eerste triage en aanmelding door de huisarts zal ook gehanteerd moeten worden in het 2a-team. Tevens zal functie 2 a kunnen worden ingeschakeld nadat de urgentie evolueert naar een meer (sub)acuut karakter. Indien een residentiële crisisinterventie binnen een sterk beveiligde omgeving nodig is, zo nodig met een perspectief op verdergezette specialistische behandeling, zal samenwerking en verwijzing naar PICU in het O.L.V.-ziekenhuis van Brugge of de crisisinterventie in Sint-Amandus Beernem tot de mogelijkheden behoren (zie hoger). Een verdere differentiatie tussen beide zal vowerp zijn van overleg.

De derde functie: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.

Als hiervoor reeds werd vermeld willen we in de pilootregio de functie 2 b en deze derde functie geïntegreerd realiseren in de opstart van een FACT-team. Een aantal modules van de functie 5 kennen hier ook een duidelijke link.

Het betreft patiënten met een psychiatrische stoornis op As 1 of As 2 van DSM-IV met ernstige beperkingen in het sociaal functioneren en een langdurig verloop van de stoornis. Als gevolg daarvan komen ze vaak en langdurig in contact met de GGZ, zowel op ambulante, semi-ambulante als residentiële wijze. Het gaat om een min of meer complexe problematiek met zorgvragen op vlak van meerdere levensgebieden. Het is een kwetsbare doelgroep waarbij zowel supportieve als ontwikkelingsgerichte interventies kunnen worden ingezet. De FACT-begeleiders moeten kunnen schakelen in verschillende rollen. De kracht van een FACT-team is dat net deze verschillende posities niet geïsoleerd van elkaar vervuld worden: bij ontregeling probleemgericht werken, naast behandelings- en herstelgericht werken. Deze posities wisselen elkaar af in relatie tot de in tijd wisselende noden van de patiënt.

Sterk punt bij FACT is de inherente mogelijkheid om voor cliënten die dreigen te decompenseren over te schakelen van individueel casemanagement naar een shared caseload met alle leden van het multidisciplinaire team. Hierdoor ontstaat een grote mate van continuïteit en kan ook intensief en aanklampend gewerkt worden. Inzake crisisinterventie op het niveau van een individuele patiënt zullen zo nodig afspraken moeten worden gemaakt met het team dat de functie 2a opneemt.

Er wordt gemikt op een caseload van 240 patiënten/jaar voor een multidisciplinaire equipe van 12 FTE. Het team is 7 dagen op 7 beschikbaar, tijdens de weekdays 12 uur, tijdens het weekend 8 uur per dag. Een goede mix van competenties en expertise inzake diverse doelgroepen binnen het team is noodzakelijk, net als een goede kennis van alle niet GGZ-hulpbronnen in de regio (kwartiermaken inzake activering, vrijwilligerswerk, vrije tijd en buddywerking, sociale huisvesting, enz...).

Belangrijke partners voor het FACT-team, met een noodzakelijke vertegenwoordiging in deze werkgroep, zijn zeer zeker het centrum voor psychische revalidatie, de initiatieven beschut wonen in de regio en de activiteitencentra met een aanbod op vlak van dagstructurering, arbeidszorg, vorming en ontmoeting. Deze organisaties hebben een breed palet aan expertise ontwikkeld inzake psychosociale rehabilitatie en revalidatie. De activiteitencentra hebben een divers aanbod van dagactivering met als doel de patiënten/gebruikers een voldoende goede dagstructuur en ontmoetingskansen aan te bieden waardoor een goede leefkwaliteit in de samenleving kan worden gegarandeerd. De beide activiteitencentra hebben ook linken met de culturele sector, sociale economie,... om deze toegankelijk te maken voor mensen met een psychiatrische problematiek.

Het Centrum voor psychische revalidatie Inghelburch biedt intensieve dagbehandelingstrajecten aan, gericht op ontwikkeling, met als doel om mensen met psychische problemen zo zelfstandig mogelijk de diverse rollen in de samenleving te laten opnemen. Inghelburch is complementair aan de dagactiviteitencentra aangezien ze werken met een doelgroep bij wie de ontwikkelingsmogelijkheden nog meer mobiliseerbaar zijn, er kan gefocust worden op verandering binnen een redelijk tijdsperspectief. In het kader van artikel 107 kan overwogen worden om vanuit Inghelburch het interne vormingstraject 'Arcus' (voorbereiding op reïntegratie in betaalde arbeid) en het arbeidscoaching- en loopbaanbegeleidingproject voor ex-revalidanten uit te breiden voor de doelgroep in de regio. Dit moet nog worden onderhandeld met het RIZIV.

Inzake voorbereiding op arbeid zijn er nog 2 samenwerkingsverbanden waarbij de psychiatrische hulpverlening zijn deskundigheid inzake zorg en arbeid inzet. 'De Werkmaat': toeleiden en trajectmatig

begeleiden naar een vorm van arbeid voor mensen met een ernstige en gechronificeerde problematiek, en het samenwerkingsverband inzake de Tender Zorgactivering in opdracht van de VDAB.

Volgende kernpartners willen via artikel 107 de benodigde extra middelen inbrengen om dit FACT-team voor de pilootregio te realiseren:

- Het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze Lieve Vrouw te Brugge
- Het Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus te Beernem

De vierde functie: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.

In het kader van deze mogelijkheid om residentiële behandelunits te intensifiëren zijn er twee pilootvoorstellen in de regio.

Binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis O.L.Vrouw bestaat sinds een 5-tal jaar een afdeling voor psychiatrische intensieve zorg (PICU). De psychiatrische intensieve zorgafdeling, met 24 bedden, levert intensieve zorg aan de patiënten in crisis en dit tot stabilisatie van het klinisch beeld is bereikt en de patiënt doorverwezen wordt naar een ambulante of een residentiële vervolgbehandeling. Dit duurt gemiddeld vier weken.

De doelgroep betreft volwassen patiënten die omwille van een acuut verlies van zelfcontrole nood hebben aan een veilige en beveiligde omgeving voor de behandeling van hun ernstig verstoring en ontwrichtend gedrag in het kader van een psychiatrische stoornis. Een stijgend aantal gedwongen opgenomen patiënten (rechtspleging inzake de bescherming van de persoon van de geesteszieke) vallen hier onder. Tussen 2000 en 2008 verdrievoudigde het aantal gedwongen opgenomen patiënten in dit ziekenhuis.

Er is nood aan een rustgevende omgeving met verhoogde veiligheidsuitrusting die toezicht, begrenzing en snelle passende interventies garandeert. Een gesloten afdeling waarborgt een veilig therapeutisch management bij het verhoogd risico op fugue, agressie en suïcide.

Het intensieve karakter van de geleverde professionele zorg resulteert uit zowel kwantitatieve als kwalitatieve verschillen met de algemene psychiatrische zorg. Kwantitatief vertaalt dit zich in een snelle respons en opname, bescherming van de directe leefomgeving van de patiënt, een beveiligde en geïndividualiseerde behandeling en grotere turn-over. Het kwalitatieve verschil schuilt in de symptomen van de acute decompensatie, in het behandelen volgens guidelines, het gebruik maken van de risico taxatie methodologie, het werken met herstelgerichte principes en de gezamenlijke regie van het verloop van de opname met de extramuraal hulpverleners, de patiënt en zijn familie waarbij ondermeer het uitschrijven van een crisisplan aan de orde is. Het is deze combinatie van beide componenten die de nood aan een hogere bestaffing verduidelijken.

PICU situeert zich daarmee in het regionaal netwerk als een vervolg op EPSI en PAAZ en voor de toeleiding naar gespecialiseerde behandeling of naar directe re-integratie in het thuismilieu. Er is een samenwerking met de huisartsen en met alle GGZ-actoren. Ook vanuit elk van de overige 4 functies kunnen patiënten in PICU worden toegeleid. PICU is daarmee de tweelingafdeling met de crisisinterventie-éénheid (15 bedden) in Sint-Amandus die reeds meerdere jaren een vergelijkbare

functie opneemt. Een intensifiëring van het personeelskader werd daar eerder reeds gerealiseerd. Tussen beide éénheden is er een nauwe samenwerking.

Binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Amandus wenst men de opname-éénheid De Pallisant te intensifiëren. De Pallisant is een opname-en behandelsetting voor personen met een licht tot bovengrens matige verstandelijke beperking met psychiatrische en/of gedragsproblemen. De afdeling biedt op vandaag plaats aan 32 patiënten maar wil een afbouw realiseren naar 20 plaatsen om intensiever te kunnen werken aan het geïndividualiseerde behandel- en begeleidingstraject van de patiënt. Het is een afdeling die vertrekt vanuit een cliënt-centered basisattitude die naast het individueel traject op maat, flink wat aandacht besteedt aan de context van de persoon. Binnen het sociotherapeutische kader is een verweving van ortho-agogisch handelen met een psychiatrische/psychodynamische invalshoek noodzakelijk. Vanuit een integratieve diagnose (= brede beeldvorming inzake diverse diagnostische aspecten) wordt een hulpvraag en de daarbij horende noodzakelijke ondersteuning geformuleerd in termen van noden en behoeften. Deze intensifiëring die moet leiden naar kortere opname-cycli moet evenwel ondersteund worden door een outreachende functie die zowel voor- als nazorg verstrekt. De middelen die staan tegenover de buiten gebruik te stellen bedden worden dus ingezet ter intensifiëring intramuraal, maar deels ook om de ambulante outreachende module in het netwerk voor deze doelgroep mede te helpen realiseren. Voor het zorgcircuit en netwerk voor deze doelgroep werd de voorbije maanden een 'Vlaams Intersectoraal Masterplan' uitgewerkt waarin de diverse modules geïntegreerd uitgewerkt worden. Vermelde opnamedienst vervult daarin een cruciale rol maar kan niet los worden gezien van alle andere modules zoals aanmelding, consulenterwerking, mobiele interventiecel,... Ook inzake deze drie 'intermediaire modules' binnen het netwerk wil Sint-Amandus een concrete bijdrage leveren via artikel 107.

Gezien deze doelgroep een geheel ander netwerk veronderstelt, met essentieel andere partners, daarenboven ook niet samen valt met de regio Noord West-Vlaanderen, maar met de provincie West-Vlaanderen, werd, naast dit projectvoorstel, een tweede project uitgewerkt dat simultaan wordt ingediend. Voor het psychiatrisch centrum Sint-Amandus maakt dit evenwel een geïntegreerd deel uit van het globale experiment van zorgvernieuwing via artikel 107 waarvoor het zich wenst te engageren.

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

De pilootregio beschikt met de beide IBW-projecten en met de beide PVT's over een variatie aan woonvormen, gaande van groepswonen tot individueel wonen in studio-formules. Deze functie is dus ruim beschikbaar en kent binnen de pilootregio ook een goede spreiding. De partners in functie 5 (essentieel de IBW) dienen nauw aan te sluiten bij de functie 2 b en 3 (het FACT-team) en leveren daar ook een substantiële bijdrage (cfr. middelenallocatie). Een eerste opdracht voor de werkgroep zal zijn om het huidige aanbod voor de gehele regio, niet enkel kwantitatief, maar ook kwalitatief, in kaart te brengen. Op vandaag hebben deze initiatieven ook wachtlijsten die op het niveau van de pilootregio samengebracht kunnen worden. Voor de PVT-initiatieven geldt hier zeker ook de eerder geformuleerde opmerking omtrent de regio-grootte. Voor sommige doelgroepen zal deze functie een

regionale of sub-regionale inkleuring krijgen, voor andere dan weer een supra-regionale De stuurgroep kan voor deze vijfde functie best onmiddellijk zijn werking en acties opnemen op het niveau van de globale regio Noord West-Vlaanderen. Waar zijn er nog leemtes en welke partners tonen zich bereid om bijkomende capaciteit te ontwikkelen?

Daarenboven zijn de kernpartners vragende partij om verder werk te maken van een verdere flexibilisering van de regelgeving inzake BW en PVT om op die manier een nog betere differentiatie te kunnen aanbieden die zo nauw mogelijk aansluit bij de noden van de bewoners. Zowel inzake P.V.T. georganiseerd rond een zorgcentrum met satelietwoningen er rond, als inzake intensifiëring van P.V.T. is er interesse om projecten op te zetten. De terechte bekommernis te voorkomen dat personen met ernstige psychiatrische problemen geen adequate opvang zouden krijgen ingevolge de afbouw van bedcapaciteit in de algemeen psychiatrische ziekenhuizen kan met deze flexibilisering van de regelgeving concreet een antwoord krijgen. M.b.t. sommige groepen met ernstige en complexe psychiatrische problemen en persistent storend gedrag (PSG) is er een concrete vraag binnen het Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus om een bestaande PVT voor een deel te intensifiëren naar dit doelpubliek als een onderdeel van het netwerk voor personen met een verstandelijke beperking.

Inzake (bijkomende) PVT-initiatieven wijzen we hier op de noodzaak van een betaalbaar B1- forfait voor de bewoners enerzijds, en op een voor de exploitant toereikende B1-financiering. Deze tegenstelling oplossen veronderstelt een (verhoogde) staatstussenkomst in de bijdrage die de bewoner moet betalen.

5.3 Nieuwe rollen

De implementatie van het hervormingsprogramma “Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken” vraagt de ontwikkeling van een nieuwe structuur. Als gevolg hiervan ontstaan er een aantal nieuwe rollen, namelijk de netwerkcoördinator, de verantwoordelijke van een dienst, de referentiepersoon en het werken in een mobiel team. Licht toe hoe de uitwerking zal gebeuren voor elk van deze rollen, alsook de bijhorende competenties en het concrete takenpakket.

In de voorbereiding op dit pilootproject kwam het netwerkcomité een tweede maal voltallig samen in vergadering op 28 juni 2010 om de Intentieverklaring van de GGZ-voorzieningen van de regio Noord West-Vlaanderen te ondertekenen.

Conform deze intentieverklaring (artikel 5) werd ook een Voorlopig Bureau samengesteld dat enkele welomlijnde opdrachten kreeg. Eén daarvan is “het omschrijven van het profiel van netwerkcoördinator, het voorbereiden van de vacature, de te volgen selectieprocedure en aanwerving”. Het Voorlopig Bureau werd samengesteld begin september laatstleden en nam in z'n eerste bijeenkomst deze opdracht op.

In het weekend van 16 - 17 oktober verscheen volgend vacaturebericht in diverse media. Hieraan voorafgaand werden de kernpartners verwittigd en gevraagd om ook via de eigen kanalen deze vacature bekend te maken. Intekenen op de vacature kan tot 15 november 2010.

Op vandaag kan dan ook nog geen naam worden opgegeven van de netwerkcoördinator. In afwachting fungeren de beide algemeen directeurs van de 2 psychiatrische ziekenhuizen

(Vera.Lambert@olv.gzgj.be en Rik.Ouvry@fracarita.org) als contactpersonen voor de overheid. Ingeval vormings- en/of overlegmomenten georganiseerd worden waarbij de aanwezigheid van de netwerkcoördinator vereist is zullen beiden of stafleden van de beide ziekenhuizen deze opdrachten in afwachting waarnemen.

**Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg
Regio Noord West-Vlaanderen**

Met het oog op de verdere uitbouw van zorgcircuits en zorgnetwerken is het **Netwerk GGZ Regio Noord West-Vlaanderen** op zoek naar een:

Netwerkcoördinator (M/W)

De netwerkcoördinator intensificeert het netwerkoverleg door op projectmatige basis initiatieven te ontwikkelen ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg van de bevolking in de regio.
Deze initiatieven kaderen in de uitvoering van art. 107 van de ziekenhuiswet.

Jouw profiel

- Je bent in het bezit van een masterdiploma of bachelordiploma in de menswetenschappen, volgde bij voorkeur een aanvullende opleiding zorgmanagement;
- Je beschikt over enkele jaren ervaring in of hebt affiniteit met de (geestelijke) gezondheids- en/of de welzijnszorg;
- Je hebt kennis van project-, proces-, verander- en kwaliteitsmanagement en van verhoudingen binnen een netwerkorganisatie;
- Je beschikt over goede contactuele en communicatieve vaardigheden en vertegenwoordigt het netwerk in diverse overlegorganen en naar bevoegde overheden;
- Je bent een diplomatische onderhandelaar en gericht op samenwerken in een omgeving met verschillende belangengroepen;
- Je denkt en handelt integraal en je beschikt over een sterk analytisch vermogen;
- Je beschikt over doorzettingsvermogen, organisatietalent, kortom je bent een echte innovator;
- In bezit van rijbewijs en auto.

Ons Aanbod

- Een afwisselende functie met ruimte voor initiatief en (visie)ontwikkeling;
- Voltijdse betrekking met standplaats in Brugge en aanvang vanaf 1/01/2011 binnen een contract van 3 jaar met mogelijkheid tot verlenging;
- Een ontwikkelingsgerichte werkomgeving met ruimte voor feedback en coaching;
- Verloning conform de ziekenhuisbarema's (in verhouding tot relevante ervaring).

Meer Informatie

- www.psy107.be
- Vraag naar het volledige vacaturebericht
- Bereidheid om deel te nemen aan een assessment in kader van de selectieprocedure
- Telefonisch bij Rik Ouvry 050-79.95.00 of Vera Lambert 050-30.18.04

Solliciteren

Sollicitatiebrief en cv kunt u tot 15 november 2010, per mail, richten aan het **Netwerk GGZ Regio Noord West-Vlaanderen** via Info@netwerkggzregionw-vl.be

Het vacaturebericht verwijst voor meer volledige informatie aangaande deze nieuwe functie naar de functiefiche.

1.1. Functie	Netwerkcoördinator
Organisatie: <i>Regio Noord West-Vlaanderen</i>	<i>Netwerk GGZ</i> <i>art. 107</i>
Direct hiërarchisch verantwoordelijke : <i>Netwerk GGZ Regio Noord West-Vlaanderen</i>	Voorlopig bureau
Aard van de prestatie:	voltijdse functie

1.2. Algemene situering en doel van de functie

1.3. Situering

De netwerkcoördinator intensifieert het netwerkoeverleg door op projectmatige basis initiatieven te ontwikkelen ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg van de bevolking in de regio. Deze initiatieven kaderen in de uitvoering van **art. 107 van de ziekenhuiswet** dat tot doel heeft de verdere uitbouw van zorgcircuits en netwerken te realiseren.

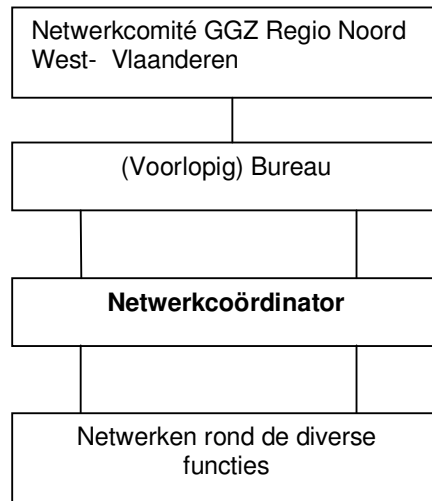
Doel

Alle GGZ-actoren in het werkingsgebied Noord West-Vlaanderen hebben de formele intentie uitgedrukt om projectmatig en gefaseerd in de tijd tot een nieuw model van afgestemde samenwerking te komen. De globale doelstelling is het maximaal beantwoorden van de geestelijke gezondheidszorgnoden van de bevolking in de regio. Daartoe moeten een aantal minimale functies ontwikkeld worden waarbij het accent ligt op flexibele, multidisciplinaire interventiemogelijkheden in de thuisomgeving.

Vanuit dit gemeenschappelijk initiatief zal het netwerk, mede aangestuurd door de netwerkcoördinator, samen met alle bevoegde overheden instaan om de Geestelijke Gezondheidszorg te verbeteren door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken.

De coördinator opereert binnen de diverse bestaande en verder uit te bouwen samenwerkingsverbanden. Hij/zij heeft directe contacten met de verschillende belanghebbenden op vergaderingen en werkgroepen. Vanuit je netwerkopdracht ben je vaak op verplaatsing. Als aanspreekpunt en eindverantwoordelijke overschrijdt de bereikbaarheid van deze coördinator de klassieke kantooruren.

1.4. Organogram



1.5. Verantwoordelijkheidsgebieden

- mensen op verschillende niveaus tot samenwerking bewegen;
- meehelpen aan de ontwikkeling en het uitdragen van de visie rond behandeling en herstel in gemeenschapsgerichte zorg en het inspireren van de organisaties in deze visie;
- in kaart brengen van het netwerk en kennis nemen van de bestaande, mobiliseerbare middelen in het werkingsgebied;
- coördineren van leiderschapstaken tijdens de verschillende fasen in het proces van beleidsverandering;
- in werking stellen van gedeelde middelen, tools, procedures en methodologieën i.s.m. de werkgroepen en de wetenschappelijke equipe;
- vertegenwoordigen van de strategische belangen van het netwerk in de sector, in belendende sectoren en naar het beleid;
- bewaken van kostenefficiëntie, proces- en kwaliteitsmanagement met het oog op het bereiken van vooropgestelde doelen;
- in praktijk brengen van beslissingen op legislatief, uitvoerend en administratief vlak;
- op ethisch en persoonlijk vlak de waarden uitdragen die men in het hele netwerk nastreeft.

1.6. Algemeen competentieprofiel

Algemene competenties

<p>1.6.1.1. Kennis</p> <p>1.6.1.2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Je bent in het bezit van een masterdiploma of bachelordiploma in de menswetenschappen, volgde bij voorkeur een aanvullende opleiding zorgmanagement; - Je beschikt over enkele jaren ervaring in of hebt affiniteit met de (geestelijke) gezondheids- en/of de welzijnszorg ; - Je hebt kennis van project-, proces-, verander- en kwaliteitsmanagement en van verhoudingen binnen een netwerkorganisatie
<p>1.6.1.3. Leiding geven</p> <p>1.6.1.4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BESCHIKT OVER DE NODIGE SOCIALE VAARDIGHEDEN OM NETWERKEN EN VERGADERINGEN TE COÖRDINEREN - BESCHIKKEN OVER DE VAARDIGHEDEN OM DE STRATEGISCHE VOORTGANG VAN PROCESSEN OP TE VOLGEN ALSOOK IN TE STAAN VOOR DE PLANNING EN ORGANISATIE DAARVAN - JE KAN LEIDERSCHAPSTAKEN COÖRDINEREN TIJDENS DE VERSCHILLENDE FASEN IN PROCESSEN VAN BELEIDSVERANDERING - JE BENT EEN INSPIREREND LEIDER
<p>1.6.1.5. Competenties</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Je beschikt over goede contactuele en communicatieve vaardigheden en vertegenwoordigt het netwerk in

	<div data-bbox="846 220 1438 569"> <p>diverse overlegorganen en naar bevoegde overheden;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je bent een diplomatische onderhandelaar en gericht op samenwerken in een omgeving met verschillende belangengroepen; - Je denkt en handelt integraal en je beschikt over een sterk analytisch en synthetisch vermogen; - Je beschikt over doorzettingsvermogen, organisatievermogen, kortom een echte innovator; - In bezit van rijbewijs en auto </div>
<i>1.6.1.6. Omgevingsfactoren</i>	- AF EN TOE DEELNAME AAN HET VERKEER;

De overige nieuwe rollen, ondermeer de aansturing van de diverse functies (= verantwoordelijken van de diverse diensten) in elke werkgroep, de referentiepersonen of trajectbegeleiders, de diverse leden van de verschillende mobiele teams zullen in de verdere aanloop van het proces uitgewerkt en gedefinieerd worden.

5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Het individueel zorgplan kan gezien worden als een instrument voor communicatie en kwaliteitsmonitoring. Licht toe hoe het zorgplan als een actief werkinstrument gebruikt wordt, gehanteerd door elke partner die betrokken is in de zorg van de cliënt, wie betrokken is bij het opstellen en evalueren, wat hierin zal worden bijgehouden, wie hier toegang toe heeft.

Inzake het individuele zorgplan en de zorgcommunicatie op het niveau van de patiënt kunnen volgende lijnen worden uitgezet:

- Per patiënt wordt een individuele zorgbemiddelaar aangesteld die o.m. verantwoordelijk is voor de opmaak, de actualisering en de opvolging van het zorgplan. Het zorgplan komt tot stand tijdens het overleg rond de patiënt en dit zoveel mogelijk in direct overleg met de patiënt, zijn omgeving en de behandelende arts.
- Het zorgplan bevat minstens volgende rubrieken:
 - de naam van de patiënt;
 - het uniek patiëntnummer;
 - de verantwoordelijke zorgbemiddelaar;
 - de zorgvragen en –noden van de patiënt en zijn/haar omgeving;
 - alle betrokken hulp- en zorgverleners;
 - vaste afspraken en modaliteiten omtrent de hulp- en zorgverlening;
 - verslag van elk patiëntenoverleg.
- Via het zorgplan:
 - zal het zorgtraject en het hulpverleningsproces opgevolgd worden;
 - zal de behandeling geëvalueerd worden en kunnen evt. nieuwe noden gedetecteerd worden;
 - wordt de continuïteit van de hulpverlening gewaarborgd;

- wordt de overdracht van informatie gefaciliteerd;
- beschikken alle hulp- en zorgverleners onmiddellijk over dezelfde relevante informatie

De verschillende partners gebruiken momenteel meerdere elektronische cliëntendossiers, gebaseerd op de eigen werkcontext. Het zal verder overleg vragen in het netwerk om een gepast communicatie en monitoring-instrument te weerhouden voor de nieuw te ontwikkelen functies.

De gegevensuitwisseling en toegangsrechten binnen het ruimere netwerk gebeuren momenteel erg gedoseerd. Ook wanneer voor een geïntegreerd dossier wordt gekozen, zullen we er moeten over waken dat dit volgens de correcte relevantie- en zorgvuldigheidsprincipes verloopt.

Inzake kwaliteitsmonitoring zullen we oog hebben voor volgende drie aspecten:

Structuur van de zorg:

Alle bronnen en middelen die gebruikt worden bij het leveren van zorg (o.a. aantal/opleidingsniveau/ervaring medewerkers, permanente vorming, hoeveelheid bedden/plaatsen/woningen, kwaliteit van de accommodatie, caseload, contactfrequentie, bereikbaarheid buiten kantooruren, aanbod somatische zorg...).

Zorgproces:

Het primaire proces van zorg, de opeenvolging van activiteiten tussen inclusie en ontslag (het opstellen van protocollen en evidence-based richtlijnen hoort hierbij) (o.a. intake, wachttijden, type en duur van de behandeling, aantal gesprekken, inspraak, kwaliteit van de behandel-/zorgrelatie, individueel crisisplan, drop-out, samenwerking met het steunsysteem ...).

Uitkomsten van zorg:

De veranderingen in de gezondheidstoestand en het welbevinden van de patiënten (o.a. afname klachten, verbetering van de kwaliteit van leven, verbetering van het sociaal functioneren ...).

Hier kan gedacht worden aan het gebruik van generieke meetinstrumenten (bv. de SCL-90, de HoNOS) of specifieke instrumenten (bv. BPRS, PANSS).

5.5 Management- en bestuursmodel

Governance verwijst naar het bestuurlijke model van het netwerk: Het verwijst naar de coördinatie- en beheersmethoden (o. a. management taken, overlegstructuren, beslissingsproces, rapportage van beslissingen). Bij de bespreking van de netwerkconfiguratie is het niet voldoende om louter een "organogram" van het netwerk in het voorstel op te nemen. Beschrijf de wijze waarop het netwerk en de deelnemende partners gemanaged en beheerd zullen worden met het oog op het realiseren van vooropgestelde doelstellingen: zijn de leidende partners geïdentificeerd? Zijn taken, verantwoordelijkheden en besluitvormingsprocedures van partners wat betreft strategische beslissingen en operationele beslissingen? Beschrijf de wijze waarop partners geactiveerd zullen worden om in de bestuurlijke en managementaanpak continu en actief te participeren

In het kader van deze zorgvernieuwing zal de samenwerkingsovereenkomst het management- en bestuursmodel dat zal gehanteerd worden in kaart moeten brengen. Dit is één van de eerste opdrachten (cfr. punt 6.1. Fasering) en aanknopingspunten hiervoor zijn summier geschetst in de Intentieverklaring (bijlage 1)

Toch kunnen, in deze fase, volgende elementen voor een model worden aangereikt: de kernpartners vertrekken vanuit een filosofie van functionele samenwerking tussen autonome partners, geformaliseerd in een samenwerkingsovereenkomst, waarbij voor de realisatie van specifiek omschreven functies, wel omschreven middelen, op basis van autonome keuzes van elk van de individuele partners, worden samen gebracht op het

niveau van het netwerk. De intentieverklaring roept de partners daarbij op tot 'actief partnerschap'. Het netwerkcomité en de werkgroepen voor elk van de vijf functies nemen binnen dit kader de strategische keuzes. Het operationele management wordt – binnen dat strategische kader – toegewezen en opgenomen door één, of twee van de meest gereede kernpartners in relatie tot de functie enerzijds, de inbreng van middelen anderzijds. We verwijzen voor deze werkwijze naar de eerder beschreven samenwerking rond PZT en VDIP. Middelen vanuit meerdere organisaties werden daar samen gebracht binnen een gezamenlijk strategisch kader uitgetekend in een stuurgroep met betrokkenheid van alle partners, terwijl het operationeel management respectievelijk toevertrouwd werd aan de beide initiatieven B.W. voor PZT, het Centrum GGZ Noord West-Vlaanderen voor VDIP. Dit sluit geenszins de optie uit om in een latere fase voor specifieke functies door te groeien naar meer autonome bestuursvormen met eigen rechtspersoon waarin middelen van de samenwerkende partners worden samen gebracht. In het huidige stadium van deze zorgcircuit- en netwerkvorming is dit evenwel (nog) niet aan de orde.

Het interorganisatieel samenwerken moet worden gezien als 'multi-partijen collaboratie', een tevoorschijn komend werksysteem van meerdere onafhankelijke organisaties dat gevormd wordt om een opportuniteit te bewerkstelligen, in casu, een geestelijke gezondheidszorg ontwikkelen die de patiënt in staat stelt een inclusief en zo zinnig mogelijk leven te leiden. Dergelijke vorm van samenwerken krijgt gaandeweg vorm in het samenwerken zélf. De verschillende partijen zijn interafhankelijk, elk heeft een specifiek aanbod, maar de partijen hebben elkaar nodig om nieuwe opportuniteiten en werkvormen te realiseren. Deze vorm van samenwerking impliceert niet in eerste instantie het ontwikkelen van nieuwe juridische entiteiten ten koste van de bestaande, maar nieuwe entiteiten, vaak intermediaire functies, die toegevoegd worden en overkoepelend of verbindend kunnen zijn aan de huidige. Dit proces evlueert van een ondergeorganiseerde samenwerking – die in de regio Noord West-Vlaanderen al verder gevorderd is gezien de reeds bestaande samenwerkingsverbanden – met organisaties die hoofdzakelijk los van elkaar functioneren naar een nauwer samenwerkend systeem waar een verbonden wijze van beslissingen nemen sterker op de voorgrond treedt.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1 Fasering

Beschrijf de wijze waarop en het stappenplan waarop het netwerk/samenwerkingsverband in de praktijk vorm zal krijgen? Werk de fasering uit op het niveau van het netwerk en op het niveau van het vormgeven van de vijf functies

Het perspectief van zorgvernieuwing met een experimentele opstap naar artikel 11 van de ziekenhuiswet door gebruik te maken van het artikel 107 is binnen de direct betrokken voorzieningen (lees de beide psychiatrische ziekenhuizen) reeds lang aanwezig en voorwerp van informatie en overleg. Deze eerste fase waarin de "geesten langzaam konden rijpen" was essentieel. We geven hier kort enkele activiteiten weer die kaderen binnen deze fase.

1° Mate waarin het projectvoorstel met het personeel van PZ O.-L.-Vrouw is besproken:

Via diverse initiatieven en kanalen werden de transformatieplannen besproken/toegelicht en onderzocht:

- vormingsprogramma voor leidinggevend en van het departement patiëntenzorg en voor alle staf- en directieleden;
- interne ad hoc studiegroep “langverblijvende patiënten en bewoners”;
- informatiedoorstroming via diverse vergaderingen leidinggevend en patiëntenzorg a.h.v. powerpointpresentaties (leidinggevend en zorgden voor doorstroming naar alle patiëntenzorgmedewerkers via thematische vergaderingen op afdelings- of dienstniveau);
- informatie- en besprekingsmoment met de voltallige vakgroep maatschappelijk werkers;
- inhoudelijke en structureel/organisatorische besprekingen met:
 - alle artsen (in hun vakgroep, de medische raad en de algemene staf);
 - alle kliniekbesturen (in de 5-wekelijkse contacten met therapeutisch zh-bestuur);
 - alle leden van het therapeutisch ziekenhuisbestuur;
 - de ad hoc werkgroep art. 107;
 - alle leden van het directiecomité;
 - alle leden van de vzw-directiegroep.
- toelichting voor en bespreking met alle leden van de raad van bestuur;
- informering van en overleg met alle leden van de ondernemingsraad;
- publicatie artikel “vermaatschappelijking van zorg: alleen maar samen !” in de driemaandelijks personeelskrant (jg 7, nr. 3 sept-okt-nov 2010).

2° Mate waarin het projectvoorstel met het personeel van P.C. Sint-Amandus is besproken:

Vergelijkbare initiatieven zijn ook doorgegaan in het P.C. Sint-Amandus:

- Deelname van directie- en stafleden aan diverse vormingsmomenten georganiseerd door Zorgnet Vlaanderen/FOD Volksgezondheid waarbij het proces van vermaatschappelijking van zorg in de buurlanden toegelicht werd.
- Reflectie rond de resultaten van de studie van het Kenniscentrum rond langverblijf in T-diensten. Benchmark met de overige BvL voorzieningen GGZ.
- Forum gericht naar alle kernteamleden inzake de evolutie naar zorgcircuits en netwerken. Forum inzake de concrete perspectieven geschetst in de ‘Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg’.
- Proeftuin in de context van de cluster sociale psychiatrie in het thuisbegeleiden van ontslagen patiënten.
- Bespreking van de concrete perspectieven op zorgvernieuwing met de kernteamleden van de opname-éénheid voor personen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen. Toelichting in de stuurgroep van de consulenterwerking Ampel.
- Bespreken en voorstellen van een concreet voorstel rond zorgvernieuwing en herallocatie van middelen in diverse geledingen (Beleidsgroep, Permanent OverlegComité directie – artsen, Raad van Bestuur).
- Regelmatige briefing aan de leden van de ondernemingsraad omtrent de concrete perspectieven en specifiek inzake de strategie inzake HRM in relatie tot deze ontwikkelingen.

Op 28 oktober 2010 kwamen alle kernpartners, leden van het netwerkcomité, bijeen om kennis te maken met het ontwerpdocument dat door het voorlopige bureau werd samengesteld. Het netwerkcomité keurde het ontwerpdocument goed en gaf groen licht deze aanvraag over te maken.

Samen met de verzending naar info@psy107.be wordt dit ontwerpdocument ook overgemaakt aan het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen voor kennisname en bespreking.

Op 28 januari 2011 is een communicatiemoment voorzien voor alle eerstelijnsactoren waar achtergrondinfo zal verstrekt worden bij het gehele zorgvernieuwingsproces (Yves Wuyts) en in een tweede deel ingezoomd wordt op de concrete voorstellen in onze regio.

Volgende stappen worden tentatief voorzien in voorbereiding op en voor het eerste werkjaar.

- Stap 1 Uitbreiding van het netwerkcomité met een vertegenwoordiger van gebruikers en een vertegenwoordiger van familie: november-december 2010.
- Stap 2 Selectie van een netwerkcoördinator: november-december 2010.
- Stap 3 Uitschrijven van een gedeelde visie/missie en een samenwerkingsovereenkomst, november 2010-maart 2011.
- Stap 4 Inventariseren van het beschikbare regionale aanbod met aandacht voor aspecten als differentiatie, complementariteit, overlapping en hiaten: januari-december 2011.
- Stap 5 Oprichten van heterogeen samengestelde werkgroepen (1 per nieuw te ontwikkelen functie) en uitschrijven van deze functies (inhoudelijk, organisatorisch, inzet van personele en financiële middelen, samenwerkingsprocedures): opstart van de 5 werkgroepen vanaf januari 2011.
- Stap 6 Selectie van teamleden om de functies 2, 3 en 4 te bemannen: 2^{de} kwartaal 2011.
- Stap 7 Vormingstraject voor de geselecteerde teams: juni-september 2011.
- Stap 8 Operationalisering van de functies die niet via artikel 107 kunnen gerealiseerd worden:
 - 8.1 Verder uitbouwen van activiteiten inzake preventie, promotie ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling (functie 1): januari-december 2011.
 - 8.2 Ontwikkelen van specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is (functie 5): timing afhankelijk van de beschikbaarheid van nieuwe overheidsbesluiten m.b.t. flexibilisering beschut wonen en pvt.
- Stap 9 Buiten gebruik stellen van de bedden en operationalisering op het terrein van de nieuwe functie die via artikel 107 kunnen gerealiseerd worden:
 - 9.1 Concrete implementatie outreachend rehabilitatieteam (functie 3): oktober 2011
 - 9.2 Opstarten van een ambulante intensief behandelteam (functie 2): november 2011.
 - 9.3 Intensifiëren van residentiële behandelunits (functie 4): december 2011.
- Stap 10 Proces en outcome evaluatie van het werken in netwerken op functioneel (zorgprogramma) en organisatorisch (zorgnetwerk) niveau: planning en timing in afstemming met FOD en de wetenschappelijke equipe.

6.2 Risico management

Beschrijf in welke mate een inschatting wordt gemaakt van de potentiële risico's die zowel intern aan het netwerk als op het externe niveau kunnen optreden. In welke mate wordt er in het voorstel een inschatting gemaakt van factoren die de effectiviteit van een netwerk (zowel op het vlak van duurzaam overleven, alsook op het vlak van het realiseren van de netwerkdoelstellingen) mee beïnvloeden? Welke oplossingsstrategieën zullen gebruikt worden bij eventuele problemen.

Hieronder geven we, niet in volgorde van belangrijkheid en niet exhaustief, een overzicht van geformuleerde risicofactoren of bedreigingen.

Bedreigingen	Remediëring	Commentaar
Onderparticipatie van huisartsen	Missie en visie procesmatig, samen met hen, uitwerken.	communicatiestrategie naar actoren die belangrijk zijn in het kader van vermaatschappelijking
Onvoldoende verloning artsen psychiaters	Moet op federaal en riziv niveau worden aangepakt Lokaal, goede en heldere afspraken maken	Niet enkel verloning is een knelpunt, ook de schaarste aan psychiaters
Onbetaalbaarheid van de woonfunctie	Inspelen op de projectoproep Van Deurzen/Vandenbossche in overleg met Sociaal Verhuur Kantoor Overleg opstarten met sociale huisvestingsmaatschappijen. Specifiek beleid binnen IBW: doorschuiven individueel wonen naar Fact team.	Hiertoe zijn reeds afspraken gemaakt met de provinciale dienst welzijn die hierin een bemiddelende rol wil spelen
Gebrek aan competenties bij bestaande medewerkers	Gefaseerd vormingstraject op maat binnen betrokken voorzieningen	Organiseren van uitwisselingstrajecten tussen verschillende voorzieningen
Gefaseerd werken met “binnen-“ en “buitencirkel”	Garanties inbouwen van participatie.	Cfr. communicatiestrategie
Bestaande cultuurverschillen tussen organisaties	Overleg en communicatie voortdurend meenemen	Historiek van werken creëren
Nog steeds bestaand taboe op ggz problemen vs vermaatschappelijking	Brede communicatiestrategie op Vlaams niveau, rol van VVGG	Verderzetten – intensifiëren van de lokale beeldvormingsinitiatieven.
Zeer grote diversiteit voor wat betreft aanwezigheid zorgactoren op eerstelijns	Snel betrekken van de verschillende actoren binnen de diverse werkgroepen	

Naast deze ‘bedreigingen’ willen we ook en vooral de ‘kansen’ en het potentieel vervat in dit project beklemtonen..

- De inzet van personele en bijkomende financiële middelen via herallocatie en additionele financiering.
- de bereidheid van verschillende partners om zich concreet te engageren.
- de groeiende cultuur en ervaring met intensieve vormen van samenwerking in onze regio: VDIP-werking, Samenwerkingsverbanden inzake Activering en Dagactiviteiten, PZT.

7. Financiering en middelenallocatie

Beschrijf het financierings en middelen- allocatiemodel binnen het netwerk (tussen de partners) om de vooropgestelde functies en activiteiten te realiseren. Maak een helder onderscheid tussen projectgebonden middelen en eventuele andere middelen. Mogelijke middelen kunnen zijn: aantal personeelsleden, technische ondersteuningsmiddelen (vb: informatie systeem), dienstverlening per functie, competenties per functie, logistiek en architectuur. Er dient voor ieder van de vijf functies een duiding gemaakt te worden van de ondersteunende hulpmiddelen of resources die zullen ingezet worden.

Eén van de voorname voorwaarden is nog dat er geen patiënt op straat terecht komt wanneer een aantal bedden tijdelijk buiten gebruik worden genomen. Men dient tevens een beschrijving te geven van hoe men de transitie ziet, hoe men de desaffectatie van bedden zal organiseren en over de patiëntenstroom.

In de volgende overzichten zijn we vertrokken van volgende uitgangspunten:

- Het betreft een macro-budgettaire benadering, m.a.w. dit is geen operationele begroting.
- We zijn vertrokken van de parameters zoals de FOD Volksgezondheid die heeft gecommuniceerd op Het communicatiemoment van 6 oktober (normering en theoretisch financieringskader, kwalificatiegraad, baremas van toepassing in 2010).

Per functie brengen we de in te zetten voltijdse equivalenten samen. We onderscheiden daarbij 3 financieringsbronnen:

- Reguliere inzet van middelen vanuit de voorzieningen
- Pilotfinanciering (reeds eerder toegekend of nog toe te kennen)
- Middelen van de herallocatie via artikel 107

Voor de 1^{ste} functie brengen we in het netwerk alvast 2 lopende initiatieven in die deels gefinancierd worden met pilotmiddelen verstrekt door de FOD Volksgezondheid (PZT-project) en middelen verstrekt door de Vlaamse Gemeenschap (VDIP). De samenwerkende partners in elk van deze projecten leveren, naast deze pilotfinanciering, ook een bijkomende bijdrage vanuit hun reguliere middelen dan wel via co-financiering van lokale overheden (OCMW's).

Voor de functies 2, 3 en 4 wordt in het kader van dit ontwerpdossier een beroep gedaan op de financieringstechniek van artikel 107 waarbij bedden en/of plaatsen voor de duur van het pilotproject "on hold" of "buiten gebruik" worden gesteld om de middelen die staan tegenover de reguliere exploitatie van deze bedden op een alternatieve wijze in te zetten. Ook hier is er een deel inbreng vanuit reguliere financieringsbronnen.

Naast de 107-financiering rekenen de partners op een additionele financiering van de FOD Volksgezondheid à rato van 500.000 Euro. Dit budget zal als volgt ingezet worden.

Een budget van 100.000 Euro geldt als een voorafname voor de financiering van de netwerkcoördinator inclusief werkingskosten (verplaatsing, bureelaccomodatie, I.T., eventuele studiekosten, kosten voor procesbegeleiding,...).

Conform de communicatie gebracht op 6 oktober zullen “de overige bijkomende middelen (400.000 Euro) toegewezen worden aan de ziekenhuizen die middelen heralloceren via artikel 107 om deze middelen te besteden in de vooropgestelde samenwerking met de andere GGZ-actoren”. Dit impliceert dat deze bijkomende middelen enkel kunnen worden ingezet als een bijkomende financiering voor de functies 2 en 3 en dus niet voor de residentiële intensifiëring.

Er is een overeenkomst tussen de herallocerende ziekenhuizen om uit het budget van 400.000 Euro een voorafname te doen ten belope van 5 FTE ter realisatie van de functie 2 a. Dit correspondeert met een budget van 300.000 Euro (1 master, 4 bachelors).

De verdeelsleutel op basis waarvan dit budget, net als de resterende 100.000 Euro zal worden verdeeld onder de deelnemende ziekenhuizen is het voltijds equivalent dat ingevolge de herallocatie door elk participerend ziekenhuizen in deze beide functies zullen worden ingezet.

Dit resterende budget zal voornamelijk ingezet worden als bijkomende financiering om de hogere kwalificatiemix in deze teams te dekken.

De in de schema's ingebrachte herallocatie van de beide PAAZ-diensten (inbreng van elk voor 2 A-bedden of 1 FTE) is alsnog onder voorbehoud. In tegenstelling tot de beide psychiatrische ziekenhuizen die reeds geruime tijd een proces op gang brachten van reflectie omtrent de mogelijkheden van zorgcircuit en netwerkvorming, dit ook onderling met elkaar hadden geëxploreerd, kwamen de PAAZ-diensten pas in het vizier sinds april/mei 2010 wat ondermeer geresulteerd heeft in hun deelname aan de intentieverklaring. Omtrent inzet van middelen in het zorgcircuit dient de adviesgang doorheen een aantal organen, op basis van dit aanvraagdossier, mede door hen onderschreven, nog te worden ingezet: regionaal PAAZ-overleg, de dienst psychiatrie in beide ziekenhuizen, directiecomité, POC, medische raad, raad van bestuur. Het resultaat van dit overleg kan mogelijk substantiëler zijn dan wat nu in het dossier is vooropgesteld.

S a m e n v a t t i n g

1. Output

Voorziening	Voltijdse equivalenten					Financieel				
	Reguliere financiering	Piloot-project	Intensifiëring	Herallocatie	Totaal vte	Reguliere financiering	Piloot-project	Intensifiëring	Herallocatie	Totaal financieel
VDIP-project	2,553 vte	-	-	-	2,553 vte	€ 156.415,70	-	-	-	€ 156.415,70
PZT	1,570 vte	2,00 vte	-	-	3,570 vte	€ 92.888,69	€ 119.863,27	-	-	€ 212.751,96
Subtot. Functie 1	4,123 vte	2,00 vte	-	-	6,123 vte	€ 249.304,39	€ 119.863,27	-	-	€ 369.167,66
Crisis- en thuisbehandelteams	-	5,00 vte	-	7,00 vte	12,000 vte	-	€ 288.875,38	-	€ 407.204,92	€ 696.080,30
Subtot. Functie 2a	-	5,00 vte	-	7,00 vte	12,000 vte	-	€ 288.875,38	-	€ 407.204,92	€ 696.080,30
FACT-teams	2,260 vte	-	-	12,00 vte	14,260 vte	€ 133.712,38	-	-	€ 699.690,14	€ 833.402,52
AC Gempersteeg	8,000 vte	-	-	-	8,000 vte	€ 463.809,96	-	-	-	€ 463.809,97
AC De Klus	4,540 vte	-	-	-	4,540 vte	€ 251.968,71	-	-	-	€ 251.968,71
Subtot. Functie 2b + 3 + 5	14,800 vte	-	-	12,00 vte	26,80 vte	€ 849.491,05	-	-	€ 699.690,14	€ 1.549.181,20
PICU	-	-	3,60 vte	-	3,600 vte	-	-	€ 216.060,62	-	€ 216.060,62
De Palissant	-	2,00 vte	6,00 vte	3,50 vte	11,500 vte	-	€ 121.396,99	€ 344.701,51	€ 210.144,15	€ 676.242,65
Consulententeam	1,350 vte	-	-	-	1,350 vte	€ 84.013,50	-	-	-	€ 84.013,50
Subtot. Functie 4	1,350 vte	2,00 vte	9,60 vte	3,50 vte	16,45 vte	€ 84.013,50	€ 121.396,99	€ 560.762,13	€ 210.144,15	€ 976.316,77
Totaal	20,273 vte	9,00 vte	9,60 vte	22,50 vte	64,373 vte	€ 1.182.808,94	€ 530.135,64	€ 560.762,13	€ 1.317.039,21	€ 3.590.745,93

2. Input art. 107

	Buiten gebruik stellen van bedden en plaatsen					Impact op de voltijdse equivalenten				
	Sint-Amandus	P.Z. Onze-Lieve-Vrouw	AZ Sint-Jan	AZ Sint-Lucas	Totaal	Sint-Amandus	P.Z. Onze-Lieve-Vrouw	AZ Sint-Jan	AZ Sint-Lucas	Totaal
Functie 2a	6 T	6 T	2 A	2 A	12 T en 4 A	2,40 vte	2,40 vte	1,00 vte	1,00 vte	6,80 vte
Functie 2b + 3 + 5	15 T	15 T	-	-	30 T	6,00 vte	6,00 vte	-	-	12,00 vte
Functie 4	21 T	9 T	-	-	30 T	8,40 vte	3,60 vte	-	-	12,00 vte
	4 ad	-	-	-	4 ad	1,32 vte	-	-	-	1,32 vte
Totaal	42 T en 4 ad	30 T	2 A	2 A		18,12 vte	12,00 vte	1,00 vte	1,00 vte	32,12 vte