



Netwerk geestelijke gezondheidszorg – Regio Ieper, Diksmuide

Projectvoorstel in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

1. Toelichting van de visie van het project

Ook in de Ieperse regio is de geestelijke gezondheidszorg de voorbije decennia onderhevig geweest aan een dynamische evolutie. Dit uit zich onder meer in de realisatie van een ruim aanbod aan plaatsen voor Beschut Wonen en PVT, de sterke uitbouw van daghospitalisatie, de specialisatie en intensifiëring van de behandeling binnen het PZ. Dit leidde tot een drastische verkorting van de gemiddelde verblijfsduur en een sterke vermindering van het aantal patiënten met langdurig verblijf in het PZ.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg werd geprofessionaliseerd door de samensmelting van de twee lokale diensten GGZ en de fusie met Roeselare en Veurne. Diverse preventieprojecten werden in de steigers gezet (suïcide, middelenmisbruik). Een kinderteam en een ouderenteam werden opgestart.

Voor de gebruikers resulteerden deze ontwikkelingen in een ruimer pallet aan mogelijkheden om zorg op hun maat te krijgen. Tevens kwam een betere samenwerking tussen de hulpverleners en de verschillende voorzieningen in de regio tot stand. Dit partnership leidde tot het op poten zetten van een aantal gezamenlijke nieuwe initiatieven.

In de toekomst willen we binnen onze regio de nieuwe mogelijkheden actief aanwenden om de geestelijke gezondheidszorg beter uit te rusten. Een aantal waarden liggen hieraan ten grondslag:

- Gelijkwaardigheid: we willen elke cliënt zien als een gelijkwaardige persoon, met een eigen levensgeschiedenis, met mogelijkheden en beperkingen eigen aan zijn persoon.
- Autonomie: we streven ernaar cliënten zo autonoom als mogelijk te laten functioneren. Dit betekent dat de cliënt aangemoedigd wordt om de regie over zijn behandeling mee op te nemen, in overeenstemming met zijn mogelijkheden.
- Kwaliteitsvolle zorg: elke cliënt heeft recht op deskundige behandeling. Dit vereist de inzet van deskundige medewerkers binnen een professioneel uitgebouwd samenwerkingsverband en het aanwenden van evidence based methodes om tot het best mogelijke resultaat te komen.

Dit leidt tot een aantal uitgangspunten die ten grondslag liggen van alle initiatieven die we in het samenwerkingsverband ontplooien :

Op cliëntniveau:

- De cliënt kan rekenen op deskundige behandeling die bijdraagt tot genezing waar mogelijk en tot herstel van nog aanwezige mogelijkheden. De zorg is gericht op een zo hoog mogelijke levenskwaliteit van de

cliënt thuis of in een aangepaste thuisomgeving, zo sterk als mogelijk geïntegreerd in het maatschappelijk gebeuren. Dit impliceert dat we met de cliënt streven naar het opheffen van sociale beperkingen en het functioneren in zoveel mogelijk sociale rollen.

- De cliënt wordt zo sterk als mogelijk betrokken in zijn begeleiding en behandeling.

Op niveau van de medewerkers (zorgactoren):

- Er wordt gewerkt volgens de principes van “stepped care”: zoveel zorg als nodig, zo weinig als mogelijk. Indien een hulpvraag kan beantwoord worden binnen de minder gespecialiseerde eerste lijnszorg, verdient dit de eerste voorkeur. Indien nodig kan hiervoor advies en ondersteuning geboden worden vanuit de meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Bij complexere problemen echter is het van belang dat de patiënt zo snel mogelijk toegang krijgt tot de meest adequate en professionele behandeling in zijn situatie.
- Het samenbrengen van expertise, afstemmen van het zorgaanbod op de noden van de bevolking, wederzijds respect voor elkaars inzet en bijdrage tot een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg.
- De medewerkers bieden continuïteit van zorg: de geboden zorg, gedurende de verschillende fasen die de cliënt doorloopt sluit naadloos op elkaar aan.

Op niveau van de partners, organisaties en voorzieningen binnen het samenwerkingsverband:

- De voorzieningen engageren zich om een toegankelijk, voorzieningoverschrijdend en samenhangend zorgaanbod voor de regio uit te bouwen voor de psychiatrische patiënt uit de leeftijdsgroep volwassenen.
- De betrokken actoren erkennen dat het zinvol en opportuun is om stappen en initiatieven te ondernemen in het kader van de verdere ontwikkeling en zorgvernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg, zoals vastgelegd in de “gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken” en beschreven in dit aanvraagdossier.
- De voorzieningen uit het werkingsgebied stemmen de zorgprogramma's en initiatieven op elkaar af. Hierbij willen de partners uit de geestelijke gezondheidszorg binnen de regio samenwerken om een globaal en samenhangend concept op de geestelijke gezondheidszorg in het werkingsgebied uit te werken, zoals beschreven in de vijf functies van de bovenstaande gids.

Belangrijke elementen van deze vijf functies zijn in ontwikkeling onder de vorm van prefases. Wat ogenschijnlijk los van elkaar staande initiatieven lijken, blijken samenhangende puzzelstukken te zijn die passen in het globale en vernieuwde model voor de geestelijke gezondheidszorg. Hierin blijven de huidige vormen van behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg, zoals ambulante psychotherapie vanuit Centra Geestelijke Gezondheid of residentiële behandeling in ziekenhuizen eveneens hun belang en hun plaats kennen.

De partners engageren zich om de doelstellingen beschreven in dit projectvoorstel uit te bouwen binnen een regionaal samenwerkingsmodel en hiervoor de beschikbare middelen in te zetten.

2. Doelgroep

Het project richt zich op de doelgroep volwassenen binnen het werkingsgebied, met een psychische problematiek. De leeftijdsgroep van jongvolwassenen wordt meebetrokken om het aspect preventie, vroegdetectie en vroegtijdige interventie (bijv. bij psychose, bij verslaving, ...) volwaardige kansen te bieden binnen een totaal benadering van de regio.

Wat de bovengrens van de leeftijdsgroep betreft wenst het project de doelgroep volwassenen flexibel te interpreteren. Gedurende de voorbije 4 jaar werden via het therapeutisch project 'Integrale begeleiding voor ouderen met ernstige psychiatrische problemen' (TP OO3) belangrijke resultaten geboekt op het vlak van hervulpreventie en een betere begeleiding van ouderen die thuis wonen of in een WZC. De positieve ervaringen rond coördinatie en integratie van de zorg bij deze patiënten, o.a. door middel van casusbesprekingen, wensen we, na het beëindigen van de therapeutische projecten verder te integreren in de werking van het project.

Binnen de vooropgestelde leeftijdsgroep richt het samenwerkingsverband / netwerk zich op noden van cliënten ongeacht hun psychische problematiek of diagnose. Het kan zowel gaan om mensen die reeds behandeling genoten hebben in ambulante of residentiële verband, als om mensen die de weg naar hulpverlening nog niet gevonden hebben.

3. Doelstellingen

Vooraf: Het netwerkcomité heeft, rekening houdende met het tijdsbestek van het ontwikkelen van het ggz-concept, de "te verwachten resultaten" opgenomen in de beschrijving van de doelstellingen. In de mate van het mogelijke zijn de beschreven doelstellingen SMART-geformuleerd.

ALGEMENE DOELSTELLINGEN

- Op basis van een samenwerkingsverband tussen verschillende relevante partners, een concept geestelijke gezondheidszorg (ggz-concept) ontwikkelen binnen een afgebakende regio, gebaseerd op intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen, intensifiëring van zorg binnen residentiële setting, inclusie binnen en met diverse maatschappelijke sectoren,....
- Het ontwikkelen en uitbouwen van een model dat, voor de bevolking binnen het werkingsgebied, oplossingen biedt voor de geestelijke gezondheidszorgnoden en dat gebaseerd is op de vijf functies beschreven in "de gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken".
- Elke patiënt binnen het werkingsgebied moet toegang krijgen tot de geestelijke gezondheidszorg die voor hem het meest aangewezen is, ongeacht de plaats waar hij woont (stedelijk of ruraal gebied), ongeacht zijn inkomen of zijn mogelijkheden op vlak van mobiliteit.
- De zorg, opgezet binnen het werkingsgebied, moet vraaggestuurd zijn, inspelend op noden van individuen of doelgroepen, flexibel zijn, variërend inzake intensiteit en aanbod, en tenslotte moet de zorgprogramma's en -trajecten naadloos op elkaar aansluiten.

STRATEGISCHE EN OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

STRATEGISCHE DOELSTELLING 1

Het **tijdelijk buiten gebruik stellen van een aantal bedden in het Psychiatrisch Ziekenhuis H.Hart Ieper**, teneinde personeelsmiddelen te heralloceren naar de nieuwe functies binnen de GGZ, om zodoende patiënten beter te kunnen begeleiden en behandelen in hun thuissituatie.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

- 1.1. In het P.Z. H.Hart te Leper worden binnen een termijn van twee jaar na de opstart van het project 20 T-bedden en 8 t- nacht bedden buiten gebruik gesteld.
- 1.2. Vanaf de goedkeuring van het project worden de betrokken bedden die zullen buitengebruik gesteld worden en die door het normale verloop van de behandeling vrijkomen, niet opnieuw ingevuld. Prognose: ongeveer 10 bedden op jaarbasis.
- 1.3. Vanaf de goedkeuring van het project worden de patiënten opgesteld van wie de bedden buiten gebruik gesteld zullen worden en worden per patiënt mogelijke kwaliteitsvolle alternatieven onderzocht, die aansluiten bij de onderstaande uitgeschreven doelstellingen. Hierbij kan het zowel gaan om een vorm van maatschappelijke integratie met begeleiding vanuit een van de 5 functies. Een inschakeling in een aangepaste woonvorm als PVT, Beschut Wonen of een Woon-en Zorgcentrum dat voldoet aan alle kwaliteitsvereisten behoort eveneens tot de mogelijkheden. Indien dit niet kan gerealiseerd worden wordt een overplaatsing naar een andere passende afdeling binnen het ziekenhuis onderzocht.

STRATEGISCHE DOELSTELLING 2

Het continueren, verder uitbouwen en op elkaar afstemmen van activiteiten inzake **preventie, vroegdetectie, screening, diagnosestelling en promotie van de geestelijke gezondheidszorg**, met de bedoeling het realiseren van de eerste functie binnen het ggz-concept.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

- 2.1. De initiatieven in kader van **preventie** worden gecontinueerd en geïntegreerd in het ggz-concept
 - Opzetten van suïcidepreventie voor intermediairen door het preventieteam C.G.G.Z.
 - Opzetten van preventie in kader van alcohol en drugs voor intermediairen
 - Trainingsprogramma “bouwstenen voor een evenwichtig leven”: training in aandacht, denken en assertiviteit
 - Initiatieven in kader van de KOPP-thematiek continueren:
 - Psycholoog, resp. aandachtspersoon vanuit CGGZ-Largo
 - Trimestrieel overleg met medewerkers uit verschillende diensten, aangestuurd vanuit PZT
 - De samenwerkingsverbanden met de huisartsenkringen continueren en integreren in het netwerk
- 2.2. De initiatieven ivm **vroegdetectie en interventie** worden gecontinueerd en geïntegreerd in het ggz-concept
 - Continueren van “partnerschap zorg” binnen de tender activeringsbegeleiding, Vlaams meerbanenplan i.f.v. voldoende remediëren en/of neutraliseren zorgproblematiek bij langdurig werkzoekenden met MMPP-problematiek (medische, mentale, psychische en psychiatrische problemen, al dan niet in combinatie met sociale problemen)
 - Het verder uitbouwen van “VDIP-project: vroege detectie en interventie psychose”, gericht op jonge mensen met een hoog risico op psychose of met een eerste psychose
- 2.3. De initiatieven in kader van **sensibilisering** worden gecontinueerd, op elkaar afgestemd en geïntegreerd in het netwerk/model
 - Activiteiten opzetten in kader van beeldvorming geestelijke gezondheidszorg gericht op een breder publiek uit het werkingsgebied

- Opzetten van vormingsprojecten, informatiemomenten en contactdagen i.f.v. deskundigheidsbevordering bij specifieke doelgroepen, zoals politie, CAW, justitiehuis, organisaties en actoren die deel uitmaken van de SEL.

2.4. Continueren, consolideren van en afspraken met de lopende **zorgvernieuwingsprojecten**

- De werking van het project Psychiatrische Zorg Thuis (P.Z.T.) wordt geïmplementeerd in de realisatie van de eerste functie binnen het ggz-concept
 - Het werkingsgebied van P.Z.T. moet de volledig zorgregio bestrijken en dit betekent een uitbreiding van de huidige regio Ieper
 - Zoals door de federale overheid bepaald liggen de kernopdrachten op coördinatie van zorg, coaching en sensibiliseren i.f.v. het versterken van de actoren en diensten uit de eerstelijns in het omgaan met mensen met een langdurige psychiatrische problematiek.
 - P.Z.T. krijgt een opdracht in het op elkaar afstemmen van de verschillende operationele doelstellingen i.f.v. het realiseren van de eerste functie.

2.5. De lacunes binnen het werkingsgebied inzake het realiseren van de eerste functie in kaart gebracht en opgenomen binnen het netwerk.

STRATEGISCHE DOELSTELLING 3

In kader van het realiseren van de tweede functie binnen het vernieuwde ggz-concept, wordt er, door een buitengebruikstelling van psychiatrische ziekenhuisbedden door het P.Z.Hart, een zorgvernieuwingsproject opgericht en uitgebouwd: ***een behandelteam in de thuissituatie voor personen met een psychiatrische problematiek in een subacute of acute toestand.***

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

3.1. Er wordt - in overleg met de huisartsen, eerstelijnsdiensten en het Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman - een aanzet gegeven tot de oprichting van een mobiel team, onder supervisie van een psychiater.

3.2. Het mobiele team is in staat om in crisissituaties bij mensen met een psychiatrische problematiek in de thuissituatie onmiddellijk en intensief op te treden.

3.3. Het mobiele team legt de focus op:

- het outreachend optreden naar mensen die in een spoedsituatie aangemeld zijn met een ernstig psychiatrisch probleem.
- de overgang vanuit spoed naar de thuissituatie, waarbij de acute psychiatrische problematiek bijzondere aandacht verdient, naast de puur somatische opvang van de problemen. Hierin zijn vervat: detectie van mogelijke risico's, inzetten van mogelijke steunfiguren en noodscenario's voor de patiënt, interventies in het kader van korte oplossingsgerichte therapie.
- het opzetten van een aangepaste begeleiding aan huis, gedurende maximum 1 maand.
- het garanderen van zorgcontinuïteit op basis van een zorgtraject met andere ambulante behandelteams

3.4. Het mobiele team onderhoudt en legt contacten tussen de patiënt en zijn context, zowel in de spoedafdeling als thuis.

- 3.5. De interventies worden uitgevoerd in nauw overleg met de betrokken spoedarts, de huisarts en/of de behandelende psychiater.
- 3.6. Het mobiele team is multidisciplinair samengesteld: psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundige.
- 3.7. Gezien de beperktheid van het mobiele team (2 FTE) zoekt het netwerk middelen om dit team in de toekomst verder uit te bouwen.

STRATEGISCHE DOELSTELLING 4

In kader van het realiseren van de tweede functie binnen het vernieuwde ggz-concept, wordt er, door een buitengebruikstelling van psychiatrische ziekenhuisbedden door het P.Z.Hart, een zorgvernieuwingsproject opgericht en uitgebouwd: **een ambulant, intensief en multidisciplinair behandelteam voor mensen met een langdurige problematiek**, volgens de principes van het in Nederland uitgewerkte FACT-model ('Functie Assertive Community Threatment').

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

4.1. Het FACT-team is in staat om:

- aan het doelpubliek, behandeling, begeleiding en praktische ondersteuning te bieden bij het zo zelfstandig mogelijk leven 'binnen de maatschappij' en 'buiten het psychiatrisch ziekenhuis'.
- nauw samen te werken met de betrokkenen uit de directe omgeving van de patiënt: de mantelzorger(s); huisartsen en andere actoren uit de eerstelijnszorg; maatschappelijke diensten, diensten- en activiteitencentra; (dag-)hospitalisatie van het P.Z.;
- deskundig in te spelen op de complexe problemen van patiënten. Het aanpakken van problemen op diverse leefgebieden, zoals wonen, dagbesteding, vrije tijd, ouderrol,... Daarbij hoort ook de integrale aanpak van verslavingsproblemen en actieve aandacht voor de lichamelijke klachten van patiënten, samen met de huisarts en reguliere thuiszorgdiensten.
- Flexibele begeleiding aan te bieden, aangepast aan de zorgvraag:
 - individuele begeleiding door een casemanager voor stabiele patiënten.
 - intensieve begeleiding door het hele team voor patiënten die onstabiel zijn of in een crisis dreigen te raken. De contactfrequentie kan opgetrokken worden naar meerdere keer per dag.

4.2. Het FACT-team wil een heel lage 'dropout' (uitval) realiseren, gebaseerd op een goede band met de cliënt en een zorg die attractief is (het moet de patiënt aanspreken en ondersteunen bij zijn herstel)

4.3. Het FACT-team kan, bij moeilijke en crisissituaties, continuïteit van zorg garanderen aan de patiënt, gebaseerd op afspraken en overleg tussen huisarts en behandelaars, resp. behandelteams van het P.Z..

4.4. Er worden werkafspraken en duidelijke samenwerkingsverbanden afgesloten met de relevante betrokken actoren, zoals huisartsen en thuisbegeleidingsdiensten.

4.5. Consolideren van en afspraken met de lopende zorgprogramma's inzake begeleiding aan huis van mensen met een langdurige psychische problematiek, Hierbij dient de zorgvraag van de patiënt als uitgangspunt.

- Het begeleiden van mensen met een langdurige psychische problematiek in de thuissituatie, die nu als opdracht worden opgenomen door PZT, worden geïntegreerd in de werking van het FACT-team

- Er worden werkafspraken en samenwerkingsprocedures gemaakt met het initiatief beschut wonen in kader van erkenning en begeleiding individueel wonen.
- De werking van het therapeutisch project “integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychiatrische problemen” wordt geïmplementeerd in de realisatie van de tweede functie.

STRATEGISCHE DOELSTELLING 5

Het opzetten van specifieke zorgprogramma's die gericht zijn op **rehabilitatie en sociale inclusie** van mensen met psychiatrische problemen, met de bedoeling het realiseren van de derde functie binnen het ggz-concept.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

5.1. Het FACT-team, beschreven in doelstelling 4, functioneert op basis van de principes van psychosociale rehabilitatie enerzijds en neemt hierbij de functie op facilitator en stimulator ten aanzien van andere rehabilitatiegerichte zorgactoren:

- maximale participatie van de patiënt aan zijn behandeling staat voorop. Wensen en doelen van patiënt worden duidelijk gemaakt en in overleg in een doelgericht werkplan vormgegeven. Centraal in dit proces staan de nog aanwezige mogelijkheden bij de patiënt en het verhogen van zelfcontrole.
- Rehabilitatie start vanuit het geloof in de patiënt dat hij kan gereïntegreerd worden in de maatschappij (sociale inclusie) en zoveel mogelijk sociale rollen kan opnemen. Dit impliceert dat zowel de patiënt, zijn omgeving en de behandelaars creatief stilstaan om de bestaande faciliteiten en hulpverlening op een zodanige manier aan te wenden, dat deze reïntegratie maximale slaagkansen krijgt.
- Er wordt systematisch en procesmatig gewerkt, waarbij de patiënt zich bewust wordt van en leert omgaan met zijn blijvende kwetsbaarheid, om zo te komen tot reïntegratie in de maatschappij.
- Werken aan herstel en maximale integratie van de eigen kwetsbaarheden. In het zich stellen van toekomstdoelen speelt het aspect hoop een belangrijke rol.
- Uitwisselen en op elkaar afstemmen van expertise met de andere rehabilitatiegerichte zorgactoren

5.2. De zorgfunctie activering wordt gecontinueerd, versterkt en verder uitgebouwd binnen de ontwikkelingsgerichte functie van het arbeidszorgcentrum Stuurkracht 2 enerzijds en binnen de ondersteuningsgerichte functie van het activiteiten- en ontmoetingscentrum Trefpunt 4 anderzijds

- De zorgfunctie activering wordt aangestuurd vanuit een samenwerkingsverband bestaande uit:
 - partners uit de GGZ: beschut wonen, psychiatrische thuiszorg, CGGZ en P.Z.
 - partners vanuit relevante maatschappelijke voorzieningen: OCMW, sociale werkplaatsen, ontmoetingscentrum voor mensen met beperkingen,...
- De uitwerking van de functie activering moet gedifferentieerd zijn en blijven:
 - Er worden afspraken gemaakt met andere centra in de regio voor het aanbieden van een gevarieerd aanbod, zoals semi-industriële activiteiten die doorgaan in andere arbeidszorgcentra
 - Binnen het arbeidszorgcentrum (de ontwikkelingsgerichte functie) worden activiteiten opgezet in kader van arbeidsrehabilitatie en arbeidstrajectbegeleiding in samenwerking met andere partners.
 - Binnen het ontmoetingscentrum: het bieden van laagdrempelige ontmoetingskansen, het bieden van vorming, het opzetten van creatieve activiteiten

- Cliënten binnen de zorgfunctie activering worden begeleid om, op basis van hun mogelijkheden en interesses aan te sluiten bij het reguliere aanbod op vlak van werk, opleiding en dagbesteding
- Het inclusief werken wordt versterkt door de initiatieven in kader van activering open te stellen voor een ruime doelgroep en zich niet enkel te richten tot mensen met een psychiatrische problematiek.

5.3. De (sociale) inclusie van mensen met psychiatrische kwetsbaarheid wordt versterkt door de lopende initiatieven en samenwerkingsverbanden met diverse sectoren te continueren en uit te breiden naar het volledige werkingsgebied.

- De twee leperse lokale dienstencentra worden ondersteund en versterkt in hun aanbod en openheid voor mensen met psychische kwetsbaarheid.
- Er worden contacten en afspraken gemaakt met de andere dienstencentra uit de regio (Poperinge – Diksmuide) voor ondersteuning in het opzetten van een aanbod en openheid voor mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid.
- De constructieve samenwerking met sociale huisvestingsmaatschappij Ons Onderdak wordt gecontinueerd
- Door het leperse lokale toewijzingsreglement (1/12/2008) worden mensen met een langdurige psychiatrische problematiek geïntegreerd binnen het woonbeleid van de sociale huisvestingsmaatschappij Ons Onderdak enerzijds en binnen het ruimere woonbeleid van de stad Leper anderzijds. In kader hiervan maakt de geestelijke gezondheidszorg deel uit van lokale toewijzingscommissie en kan de huisvestingsmaatschappij beroep doen op expertise en ondersteuning in het bieden van huisvesting aan mensen met een psychiatrische problematiek.
- De Welzijnsraad Leper is bereid om de werking m.b.t. de KOPP-thematiek binnen het werkingsgebied te implementeren in hun reguliere werking en professioneel op te volgen.

5.4. De sociale inclusie van ouderen met een psychiatrische problematiek binnen de woon- en zorgcentra stimuleren en ondersteunen, met concrete uitwerking in functie 5.

5.5. Er wordt door het P.Z. H.Hart en Beschut Wonen Leper “een lotgenotengroep psychosen” opgestart gericht op het voorkomen van hervall en het bevorderen van herstel.

STRATEGISCHE DOELSTELLING 6

In kader van het realiseren van de vierde functie binnen het vernieuwde ggz-concept, wordt de huidige Criseseenheid van het P.Z. H.Hart te Leper versterkt en uitgebouwd tot een **intensieve residentiële behandelunit voor acute problematiek**.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

6.1. Het huidige team voor de residentiële behandeling in de criseseenheid wordt versterkt met bijkomende personeel, enerzijds met eigen personeelsmiddelen en anderzijds met middelen vanuit de herlokatie.

6.2. Het intensifiëren van het behandelteam moet resulteren in

- het kunnen aanbieden van een sterk individuele begeleiding van de patiënt gaande van schouder aan schouder tot zich vrij op de afdeling kunnen begeven.
- bij crisisinterventies aan de patiënt een veilige omgeving bieden waarbij er kan gewerkt worden van een gedesorganiseerde naar een georganiseerde toestand.

- het beschermen van de patiënt voor zichzelf, bij zeer ernstig suïciderisico

6.3. Er moet tijd en ruimte vrijkomen om:

- bij kortdurende crisis, waar mogelijk, opname in een (langdurende) behandelafdeling te voorkomen
- te werken naar een terugkeer in de thuissituatie, in wisselwerking met relevante begeleiding, resp. behandelings-team, in te thuisomgeving

STRATEGISCHE DOELSTELLING 7

Het voorzien en ontwikkelen van **specifieke woonvormen** waarin zorg kan aangeboden worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

7.1. Het initiatief Beschut Wonen Ieper en het PVT Ieper flexibiliseren hun aanbod, afgestemd op de zorgvraag van de bewoner

- De patiënt krijgt de garantie dat de overgang van een verblijf in een psychiatrische setting naar een verblijf in beschut wonen efficiënt en vlot verloopt.
- Er wordt voor de patiënt een zorgtraject opgesteld voor de overgang van een psychiatrische setting naar een verblijf in beschut wonen en PVT, en omgekeerd.
- Het initiatief beschut wonen voorziet een passend aanbod, aansluitend bij de vraag naar individuele woongelegenheden.

7.2. De samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappij en andere relevante partners inzake huisvesting wordt gecontinueerd en versterkt.

- De Ieperse huisvestingsmaatschappij Ons Onderdak gaat in op de mogelijkheid om 1 % van het patrimonium te verhuren buiten het sociaal huurstelstel (volgens Besluit Vlaamse Gemeenschap 19/12/2008). In kader van deze reglementering biedt de huisvestingsmaatschappij woongelegenheden aan bewoners van Beschut Wonen.
- Er zijn werkafspraken tussen het initiatief Beschut Wonen Ieper en de huisvestingsmaatschappij Ons Onderdak om bijkomende woongelegenheden te voorzien en ter beschikking te stellen voor bewoners begeleid in kader van beschut wonen.
- Er wordt, in overleg met de OCMW's, de mogelijkheden nagegaan om woongelegenheden te laten inpassen in een woonzorgzone waar voor het geheel van zorgbehoeftigen, waaronder met psychiatrische problematiek, een passend aanbod is (cfr. een wijk- en zorgcentrum).

7.3. Er wordt door de partners uit de geestelijke gezondheidszorg gewerkt aan alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen

- Beschut Wonen Ieper en P.Z. H.Hart zijn partner in het project opgezet door het dagverzorgingscentrum Zonnegloed in kader van overeenkomst afgesloten door het Ieperse woon- en zorgcentrum Zonnegloed met het RIZIV, conform artikel 11 van het koninklijk besluit van 2 juli 2009 m.b.t. alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen. Dit initiatief beoogt een specialistische zorg binnen het dagverzorgingscentrum:
 - de psychiatrische ouderen met een gestabiliseerd ziektebeeld die binnen een semiresidentiële setting verblijven (zorgflats) bijstaan bij het reïntegreren in de maatschappij.

- de ouderen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek die reeds zelfstandig of beschut wonen maar dreigen sociaal geïsoleerd te raken, uit hun isolement halen.
- In kader van het bouwen van sociale flats door het leperse woon- en zorgcentrum Wieltjesgracht wordt een samenwerkingsverband aangegaan met de bedoeling ouderen met psychiatrische problematiek te huisvesten en te begeleiden binnen de sociale flats.

STRATEGISCHE DOELSTELLING 8

Het personeel van de verschillende organisaties en diensten participatief betrekken bij de uitwerking van het ggz-concept via **informatiemomenten en specifieke vormingsprojecten**.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

- 8.1. De verdere ontwikkeling van het ggz-concept van de regio uitwerken in een nieuwsbrief bruikbaar om het personeel en de netwerkpartners te informeren.
- 8.2. Personeel die ingezet wordt voor de zorgvernieuwingsprojecten binnen de functie van het ggz-concept ondersteunen en begeleiden in het veranderingsgericht werken.
- 8.3. Op basis van de vastgelegde competenties voor de realisatie van de zorgvernieuwingsprojecten wordt een VTO-beleid ontwikkeld en uitgevoerd.

STRATEGISCHE DOELSTELLING 9

Er is een **functioneel netwerk operationeel** met relevante partners uit de geestelijke gezondheidszorg met als opdracht een toegankelijk, voorzieningoverstijgend en samenhangend zorgaanbod voor de regio uit te bouwen.

OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

- 9.1. Er wordt een netwerkcomité opgericht met duidelijke doelstellingen, een werkbaar/functioneel model, samengesteld met relevante partners en op basis van functionele samenwerkingsovereenkomsten.
- 9.2. Er wordt een netwerkcoördinator aangesteld op basis van een duidelijk functieprofiel.
- 9.3. De netwerkcoördinator stelt in overleg met het netwerk een werkingsmodel op met de bedoeling procedures uit te werken voor de formalisering, de planning en de coördinatie
 - van de interventies in de zorg
 - van de rehabilitatie
 - van de sociale inclusie
- 9.4. Er worden referentiepersonen aangesteld per functie en deze zijn in staat om de procedures en werkmethodes uit het werkingsmodel te implementeren binnen de diverse werkingen.
- 9.5. Consolideren van de werking van pilootprojecten en zorgvernieuwingsprojecten enerzijds en de aansturing van de projecten anderzijds in het ggz-concept
 - Pilootproject Psychiatrische Zorg Thuis, met bijhorende stuurgroep
 - Therapeutisch project, met bijhorende stuurgroep
 - VDIP-project, met bijhorende aansturing
 - Partnerschap "zorg" binnen de tender activeringsbegeleiding, Vlaams meerbanenplan

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1 Afbakening van het werkingsgebied:

Het werkingsgebied dat afgebakend wordt voor de uitbouw van de zorgcircuits en –netwerken inzake GGZ omvat de volgende gemeenten: Ieper, Poperinge, Heuvelland, Vleteren, Lo-Reninge, Diksmuide, Kortemark, Houthulst, Langemark-Poelkapelle, Zonnebeke. Deze regio strekt zich uit over de arrondissementen Ieper en Diksmuide. **(Zie bijlage 1)**

Motivering voor deze keuze.

In de eerste plaats betreft het een regio die, weliswaar vrij dun bevolkt (zie verder), toch een ruime oppervlakte bestrijkt. De beperkte mogelijkheden op vlak van mobiliteit (zie verder) bemoeilijken binnen deze grote oppervlakte de inschakeling in een sociaal netwerk, vergroten de kans op vereenzaming en bemoeilijken het bereiken van de noodzakelijke zorg door cliënten. Ook vanuit het perspectief van de zorgverleners is het organiseren van naadloze zorg op een vraaggestuurde manier binnen een dergelijk uitgestrekt gebied, een bijzondere uitdaging om samenhangend in te spelen op de specifieke noden van dit dunbevolkt gebied.

Daarnaast is binnen deze regio een natuurlijke netwerkvorming tot stand gekomen is. Dit blijkt ondermeer uit de intense samenwerking tussen de GGZ-actoren onderling en met intermediären, inzake psychiatrische zorg thuis, therapeutisch project rond integrale begeleiding van ouderen, activering (Stuurkracht, Trefpunt), samenwerking met huisartsen en thuiszorgdiensten, samenwerking met welzijnsorganisaties... Meer dan 60% van de opnames in het Psychiatrisch ziekenhuis komen uit dit werkingsgebied.

Ten slotte is voor dit werkingsgebied gekozen op basis van het bevolkingsaantal binnen dit ruraal gebied. Een populatie van om en bij de 130.000 inwoners maakt het nog haalbaar bediend te worden door een samenhangend team dat instaat voor de thuisbehandeling en rehabilitatie. Binnen dit gebied is het nog net mogelijk voldoende te integreren in het maatschappelijk weefsel om sociale inclusie te kunnen bewerkstelligen (nauwe samenwerking lokale politie, lokale dienstencentra, mantelzorg, regionaal georganiseerde thuiszorg en huisartsenverenigingen, ...). Voor sommige deeldomeinen binnen het globale concept van de GGZ zal vanzelfsprekend op ruimere schaal moeten samengewerkt worden. Andere elementen uit het zorgaanbod zullen daarentegen in nog kleinere subregio's moeten aangeboden worden.

4.2 Verdere beschrijving van het werkingsgebied:

Aantal inwoners: 127.042; waarvan 49,66% mannen en 50,33% vrouwen. Van dit aantal inwoners zijn slechts 2.287 buitenlanders (of 1,8%).

Leeftijd: 18,97% of 24.112 inwoners in dit werkingsgebied zijn 65 jaar of ouder.

Oppervlakte en bevolkingsdichtheid:

Dit gebied omvat 82.566 ha of 825,66 km². Het betreft een uitgestrekt gebied, met afstanden van meer dan 50 km (bijv. N-Z-as: Leke - Nieuwkerke). De bevolkingsdichtheid in het gebied bedraagt 153 inwoners per km². (Ter vergelijking: Vlaams Gewest: 456 inwoners/km²; West-Vlaanderen: 366 inwoners/km²). Het betreft met

andere woorden een vrij uitgestrekt en dunbevolkt landelijk gebied.

Mobiliteit:

Het stedelijk en provinciaal beleid erkent mobiliteit als een te ontwikkelen domein voor de Westhoek. Door de regio loopt 1 treinverbinding, met name Poperinge-leper. Voor vele kansarmen binnen dit ruraal gebied zijn de spoorstations moeilijk toegankelijk. Qua busverkeer vergen sommige verbindingen vanuit de periferie naar zorgvoorzieningen of openbare diensten in centrumsteden als leper, Poperinge of Diksmuide een verplaatsingstijd van meer dan een uur en vergen verschillende overstappen. Voor veel mensen met een psychische beperking is dit een grote drempel om zich toegang te verschaffen tot zorg, zoals consultaties bij een psychiater of psycholoog. Registraties van het C.G.G geven aan dat de landelijke dorpen en gemeenten ondervertegenwoordigd zijn in hun cliëntenbestand, in vergelijking met de stedelijke gebieden.

Gezinsinkomen: Het beschikbaar inkomen per persoon ligt in de regio beduidend lager dan in West-Vlaanderen en het Vlaams Gewest: (gegevens 2006).

Arrondissement leper: 15.757 € per inwoner

West-Vlaanderen: 16.798 € per inwoner

Vlaams Gewest: 17.658 € per inwoner

Deze relatieve armoede maakt dat een kwetsbare groep mensen de beperkingen op vlak van mobiliteit moeilijker zelf kunnen compenseren (bijv. het bekostigen van een eigen wagen, taxivervoer, ...) Een provinciaal onderzoek legt tevens een link tussen armoede en kansen op tewerkstelling. Ook op vlak van betaalbaarheid van de zorg en mogelijkheden op vlak van vrije tijdsbesteding heeft deze groep beperkingen. Hetzelfde provinciaal onderzoek geeft immers aan dat sommige dorpscentra binnen de regio als stagnerende gebieden in hun ontwikkeling moeten beschouwd worden.

Activiteitsgraad:

Binnen de regio is de werkloosheid op het peil van West-Vlaanderen: arrondissement leper: 5,8 % (= idem West-Vlaanderen). De regio kent een groot aantal landbouwgezinnen. Deze kenmerken zich door een beperkt sociaal netwerk, waarbij zowel wonen, werken als vrije tijd in belangrijke mate doorgebracht wordt met de eigen gezinsleden.

Samenvattend kan gesteld worden dat de regio zich kenmerkt door een lage bevolkingsdichtheid, grote afstanden, veel kleine dorpen, waaronder een aantal die stagneren in hun ontwikkeling. De regio kent beperkte mogelijkheden op vlak van mobiliteit, een relatief armere bevolking.

Gevolgen voor de geestelijke gezondheid:

De kenmerken van de regio brengen met zich mee dat er een beperkt sociaal vangnet is rond veel mensen met een psychische kwetsbaarheid. Dit verhoogt het risico op vereenzaming. Dit probleem stelt zich specifiek bij de grote groep landbouwgezinnen, die uit hoofde van hun beroepsactiviteiten in sterke mate geïsoleerd wonen, werken en leven, wat een belangrijke impact kan hebben op hun psychisch welzijn.

Eenzijds zijn er hoge drempels om hulp in te roepen ("Ik praat best niet over mijn problemen"; beperkte mobiliteit). Anderzijds is de hulpverlening in de landelijke gebieden minder beschikbaar.

De vernieuwde sterfteatlas voor Vlaanderen (bron Zorg en gezondheid) geeft aan dat de regio Ieper, Poperinge, Diksmuide een hoog aantal suïcides kent (Voor bepaalde groepen behoort deze regio tot de categorie met het hoogste aantal suïcides). Momenteel is een onderzoek lopende met als doel de verschillen in suïcidecijfers tussen Vlaanderen en Nederland te verklaren (Lucas). In het geval van West-Vlaanderen is de hypothese dat men hier meer stigma ervaart, minder effectief omgaat met, minder hulp zoekt voor en minder positieve attitudes heeft t.a.v. psychische/emotionele problemen en suïciditeit.

De hoge cijfers rond prevalentie van suïcide binnen de regio bevestigen het vermoeden dat er heel wat GGZ-problemen in de bevolking aanwezig zijn. Het groot aantal vragen voor psychiatrische hospitalisatie (111% bezetting in opname-afdelingen – kenletter A), de grote bevraging van Psychiatrische Zorg Thuis, van activerings- en ontmoetingscentra voor ex-psychiatrische patiënten (Stuurkracht, Trefpunt), de nood aan ambulante psychologische begeleiding of psychotherapie illustreren de grote noden die er bij de bevolking aanwezig zijn op vlak van geestelijke gezondheid. Dit wordt tevens bevestigd door huisartsen, gezinszorgdiensten, thuisverpleegkundigen en dienstencentra die bij hun cliënten veel matig tot ernstig psychisch disfunctioneren vaststellen.

4.3 Beschrijving van het zorgaanbod binnen de regio:

In de regio zijn een aantal voorzieningen GGZ gesitueerd: Psychiatrisch Ziekenhuis H.Hart te Ieper; Psychiatrisch Verzorgingstehuis Het Tempelhof te Ieper; Beschut Wonen – Regio Ieper; Centrum Geestelijke Gezondheid Largo (vestiging in Diksmuide en Ieper).

De samenwerking tussen deze voorzieningen leidde tot de uitbouw van een aantal zorgvernieuwend initiatieven, die gezamenlijk aangestuurd worden: Psychiatrische Zorg in de thuissituatie – Regio Ieper; Activeringscentrum Stuurkracht en Trefpunt; Therapeutisch project: 'Integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychische problematiek'; Vroegdetectie en interventie bij Psychose (project in samenwerking met CGG Largo – Roeselare en PTC Sint-Jozef te Pittem).

Naam voorziening	Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart – Ieper
Herkomst van opgenomen patiënten:	
Regio Ieper, Poperinge, Diksmuide: 62 %	
Regio Roeselare: 10%; Regio Kortrijk: 12 %; Regio Veurne: 7 %; Andere 8 %	
Doelgroep: 1.) Volwassenen vanaf 18 jaar (met uitzonderingen naar 16 jaar, onder specifieke voorwaarden) 2) Ouderen	
Capaciteit: 90 A-bedden; 127 T-bedden; 40 Tg-bedden; 10 t-nacht bedden; 80 plaatsen daghosp.	

Zorgaanbod:

Residentiële en semi-residentiële behandeling van mensen met psychiatrische problematiek.

- Crisiseenheid: 10 plaatsen
24 / 24 uur opname mogelijk, laagdrempelig. Verblijfsduur – 1 dag tot enkele dagen
Crisisinterventie, intensieve psychiatrische zorg, oriëntering.
- Sectoren: de afdelingen zijn georganiseerd binnen vier sectoren met telkens een opname-afdeling (0 tot 3 maanden), een afdeling voor vervolgbehandeling (tot 1 jaar) en een voortgezette behandelingsafdeling (meer dan 1 jaar). Per sector wordt in elke afdeling gespecialiseerde behandeling aangeboden aan een subdoelgroep: Sector 1: verslavingsproblemen; Sector 2: depressie, angst en persoonlijkheidsstoornissen; Sector 3: psychose; Sector 4: ouderenpsychiatrie

Daghospitalisatie: In alle sectoren zijn aparte eenheden voorzien voor gespecialiseerde daghospitalisatie. In de opnameafdeling voor daghospitalisatie kunnen patiënten terecht zonder voorafgaandelijke volledige hospitalisatie.

Reeds ontwikkelde relatie tot de vernieuwde visie op GGZ (5 functies):

- Functie 1: Centrum Psychologisch Advies en Psychotherapie: 0.25 FTE psycholoog: bijdrage aan screening en diagnostiek en ten behoeve van de bevolking
VDIP: inzet van halftijdse psychiatrisch verpleegkundige
Cursusaanbod voor de bevolking: diverse trainingen (denken, aandacht, assertiviteit)
- Functie 2: Financiële ondersteuning PZT, in functie van begeleiding aan huis + deelname aan ondersteunend team.
- Functie 3: Ervaring met opzetten van rehabilitatieproces: (cfr psychosociale rehabilitatie – Wilkin: van wens tot hulpvraag tot behandeldoelen)
Sociale inclusie via samenwerking rond activeringscentrum, samenwerking sociale werkplaats, samenwerking GTB, arbeidstrajectbegeleiding.
Trainingen in de thuissituatie: huishoudelijke en maatschappelijke vaardigheden
- Functie 4: Intensieve residentiële zorg in de crisiseenheid
- Functie 5: Samenwerking met Beschut Wonen, PVT, WZC in functie van zorgflats

Naam voorziening	Psychiatrisch Verzorgingstehuis – Het Tempelhof
Doelgroep / Capaciteit: (Ex-)psychiatrische patiënten die geen ziekenhuisbehandeling meer nodig hebben, maar nood aan permanent toezicht en begeleiding . Psychiatrische patiënten: 30 plaatsen en Mensen met psychiatrische problematiek en verstandelijke handicap: 30 plaatsen	
Zorgaanbod: Woonbegeleiding binnen 3 woningen van 6 bewoners en 3 woningen van 14 bewoners Activiteitenbegeleiding Sociale inclusie: inburgering in de lokale leefgemeenschap	
Reeds ontwikkelde relatie tot de vernieuwde visie op GGZ (5 functies):	
- Functie 3: - Psychosociale rehabilitatie, participatie van de bewoner in zijn begeleiding, - Sociale Inclusie van bewoners: integratie in activiteiten van buurt en parochie, laagdrempelige omgeving door actieve inschakeling van buurtbewoners en	

verenigingen die bewoner een genormaliseerde leefomgeving bieden - Functie 5: Aangepaste woonvormen: voorbereiding naar flexibilisering van woonvormen binnen PVT: studioformule. Samenwerking met WZC in functie van zorgflats, aanleunwoningen
--

Naam voorziening	Beschut Wonen De Overweg – Regio Ieper	
Werkingsgebied: Regio Ieper		
Doelgroep: volwassenen met een psychiatrische problematiek en/of psychosociale kwetsbaarheid, die begeleiding en ondersteuning nodig hebben in woon- en leefomgeving		Capaciteit: 77 plaatsen
Zorgaanbod : • Het bieden van een woonruimte: groepswoning, studio of individuele woonvorm • Het bieden van een begeleidingskader, waarin elke bewoner functioneert volgens de, voor hem/haar, hoogst haalbare levenskwaliteit		
Reeds ontwikkelde relatie tot de vernieuwde visie op GGZ (5 functies)		
- Functie 3: Psychosociale rehabilitatie en participatie van de bewoner in zijn begeleiding en bij de organisatie van activiteiten. Sociale inclusie van bewoners via integratie in activiteiten Actieve en constructieve betrokkenheid bij de activeringsprojecten - Functie 5: Diversiteit in woonvormen met aangepaste begeleiding Samenwerking met woon- en zorgcentra en thuisbegeleidingsdiensten		

Naam voorziening	Centrum Geestelijke Gezondheid Largo	
Werkingsgebied: Vestiging in Ieper en Diksmuide		
Doelgroep: CGG Largo biedt een aangepaste hulp voor verschillende leeftijdsgroepen: kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen en dit in 3 vestigingen (Roeselare, Ieper, Veurne)+ 1 antennepunt (Diksmuide). Daarnaast heeft CGG Largo een aanbod voor gans de provincie betreffende middelen- en suïcidepreventie. Het forensisch aanbod wordt gerealiseerd in de 3 vestigingen.		Capaciteit: Gemiddeld aantal zorgdossiers Volwassenen regio Roeselare, Ieper, Veurne, Diksmuide: 1700 dossiers op jaarbasis
Zorgaanbod: CGG Largo staat in voor de ambulante begeleiding van personen met psychische of psychiatrische problemen. We situeren ons daarbij op de tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg. Dit heeft een aantal consequenties : - mensen kunnen zich op eigen initiatief aanmelden, maar bij voorkeur gebeurt dit op verwijzing - problemen moeten in die mate ernstig zijn dat ze verder gaan dan levensfaseproblemen van voorbijgaande aard - begeleiding bij diensten of zorgverleners, niet gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg, geeft onvoldoende resultaat - of - wordt als onvoldoende ingeschat - indien een opname voorafgaat is er een inschatting gemaakt waarbij verdere psychotherapeutische of psychiatrische opvolging noodzakelijk is.		

De begeleiding wordt toevertrouwd aan een team van hulpverleners uit verschillende disciplines (psychiatrisch, psychologisch en maatschappelijk). In de verschillende vestigingen kan ook een beroep gedaan worden op een psychiater, verbonden aan CGG Largo. Voor kinderpsychiatrisch advies wordt een beroep gedaan op de verschillende privé-psychiaters en poliklinieken in de regio. Daarnaast bestaan er in een Largo een specifiek forensisch team, dat instaat voor behandelingen opgelegd door een gerechtelijke instantie. CGG Largo heeft een uitgewerkt preventief aanbod rond twee topics : (1) middelenmisbruik, (2) zelfmoord.
Reeds ontwikkelde relatie tot de vernieuwde visie op GGZ (5 functies)
- Functie 1 VDIP- project: inbreng van ½ VTE psycholoog Preventieteam suïcide: inbreng van ½ VTE psycholoog: de werking is gericht naar intermediairen onder de vorm van het aanbieden van vormingspakketten. Preventieteam alcohol/drugs: inbreng van 2,5 VTE maatschappelijk assistent: de werking is gericht naar intermediairen onder de vorm van het aanbieden van vormingspakketten. Samenwerking CAW De Papaver (jaarlijkse contactdagen) KOPP aandachtspersoon: inbreng van 1 à 2 h/week psycholoog - Functie3 Naast de uitbouw van ambulante behandelteams werd reeds meerdere jaren geïnvesteerd door CGG Largo, in de vorm van personeelsinbreng, voor de realisatie van functie 3: 1) activiteitencentrum Stuurkracht2 /Trefpunt 4 vanuit CGG Largo: 4/5 VTE 2) PZT: deelname van psycholoog aan het ondersteunend multidisciplinair PZT team:1h/week

Naam voorziening	Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie – Regio Ieper - Diksmuide
Werkingsgebied: Gemeenten en deelgemeenten in arrondissement Ieper en Diksmuide.	
Doelgroep: Wie moeilijkheden ervaart in het omgaan met psychische en/of psychiatrische problemen in de thuisituatie: - Volwassen cliënten met ernstige en langdurige psychische en/of psychiatrische problemen, hun mantelzorgers en zorgverleners die advies en/of ondersteuning wensen in het omgaan met psychische beperkingen in de thuisituatie.	
Zorgaanbod • Advies en ondersteuning aan hulpverleners in het omgaan met psychische en of psychiatrische problemen • Vorming op maat • Zorgbemiddeling: inschakelen van diensten naargelang de noden van de cliënt en zijn onmiddellijke omgeving • Zorgcoördinatie:ondersteuning en overleg met de verschillende hulpverleners van het netwerk • Exploratie in de thuisituatie bij vermoeden van een psychiatrische problematiek • Begeleiding en ondersteuning op maat van de cliënt en zijn onmiddellijke omgeving	

Reeds ontwikkelde relatie tot de vernieuwde visie op GGZ (5 functies)	
-Functie 1:	▪ ondersteuning van de eerstelijnszorg d.m.v. het bieden van advies, coaching en vorming ▪ Er wordt nagegaan bij iedere aanmelding waar er een vermoeden van of een effectieve psychische/psychiatrische problematiek aanwezig is in de thuissituatie. Tijdens de intakefase wordt zowel de cliënt en de betrokken actoren gehoord in casu de huisarts. Na deze fase wordt de aanmelding besproken binnen een adviserend -en ondersteunend team (samengesteld met partners uit GGZ en Eerstelijnszorg) en wordt een zorgaanbod voorgesteld.
-Functie 2:	▪ Sedert de opstart van PZT Ieper in 2000 werd er veel geïnvesteerd in samenwerking met diverse partners uit zowel de eerstelijnszorg als de GGZ. Deze samenwerking gebeurt op een gestructureerde wijze door o.a. expertise toe te voegen d.m.v. cliëntgericht overleg. (telefonisch, bilateraal contact, organiseren van netwerkoeverleg) ▪ Begeleiding aan huis van een aantal cliënten op met een complexe en langdurige psychiatrische problematiek, op verschillende levensdomeinen. Gezien de beperkte beschikbaarheid van tijd gebeurt deze begeleiding doelgericht en beperkt in de tijd.
-Functie 3:	Om op deze levensdomeinen in te spelen maken we gebruik van specifieke zorgprogramma's die gericht zijn op rehabilitatie (bv . ontmoetingscentrum – arbeidzorgcentrum,...) en sociale inclusie.

Naam voorziening	Activeringscentrum Stuurkracht en Trefpunt
Werkingsgebied: Arrondissement Ieper	
Doelgroep: Volwassenen:	
• die niet (meer) kunnen functioneren in het reguliere en/of beschermde arbeidscircuit • met een langdurige psychische kwetsbaarheid en voor wie een aanbod aan dagstructuur en vrijetijdsinvulling wezenlijk is om zich te handhaven in de maatschappij. • mensen die voor korte of langere tijd ondersteuning nodig hebben bij het uitbouwen van een dagstructuur, het vinden van zinvolle bezigheden, het doorbreken van de eenzaamheid, het leggen van sociale contacten en het aansluiten bij het gewone vrije tijd- en ontspanningsleven. Capaciteit: 80 cliënten op jaarbasis	
Zorgaanbod	
• Een ontwikkelingsgericht aanbod binnen het arbeidzorgcentrum Stuurkracht: arbeidsmatige activiteiten, ontmoeting, sociale begeleiding en trajectbegeleiding • Een ondersteuningsgericht aanbod binnen het ontmoeting- en activiteitencentrum Trefpunt 4: ○ Een vast activiteitenprogramma, gericht op het bieden van structuur ○ Een open trefpunt, met de ontmoetingsfunctie en in combinatie met ontspanningsactiviteiten	
Reeds ontwikkelde relatie tot de vernieuwde visie op GGZ (5 functies)	
Functie 3, met onder meer:	
• het werken aan herstel van mogelijkheden	

- ontwikkelen van (sociale) vaardigheden en attitudes gericht op sociale inclusie, maatschappelijke participatie en integratie op de (sociale) arbeidsmarkt

Naam voorziening	Therapeutisch project: 'Integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychiatrische problemen'
Werkingsgebied: Arrondissement Ieper - Poperinge, occasionele uitbreiding naar Diksmuide.	
Doelgroep: Ouderen met langdurige en complexe psychiatrische problemen, ongeacht of zij thuis wonen of in een thuisvervangende omgeving (WZC). Zowel mensen die een residentiële of ambulante behandeling achter de rug hebben als mensen die langdurig door de thuiszorg opgevangen worden.	
Zorgaanbod: Via overleg en coördinatie willen we de integratie thuis of in een thuisvervangende omgeving bevorderen, herval en hospitalisatie voorkomen en expertise delen in functie van de best mogelijke zorg op maat van de patiënt. Tussen 1/3/07 en 31/03/10 werden 99 aanmeldingen geïnccludeerd. Verwijzingen komen onder andere van WZC, huisartsen, de familie, het Psychiatrisch Ziekenhuis H.Hart of van PZT. Op 31/03/2010 waren 45 inclusies nog lopende. Centraal in het therapeutisch project staat de werkmethode van de casusbesprekingen, waarin expertise werd samengelegd om de problemen te omschrijven, de aanpak en doelstellingen voor de komende tijd uit te stippelen en de nodige hulpbronnen in te schakelen. Op die manier werden gedurende drie jaar 395 casusbesprekingen georganiseerd. ER was een ruime deelname van huisartsen (77% van de casusbesprekingen). In 73 % was de patiënt zelf en/of een familielid bij de bespreking aanwezig. Gemiddeld was er een deelname van 3,58 partners per casusbespreking.	
Reeds ontwikkelde relatie tot de vernieuwde visie op GGZ (5 functies)	
- Functie 2 De methodiek van casusbespreking met alle relevante actoren is een interessante methode om iedereen die in de thuisbehandeling betrokken is op een lijn te krijgen. - Functie 5 De ondersteuning vanuit GGZ draagt bij tot het creëren van een aangepaste woonomgeving in een WZC of serviceflat, waardoor levenskwaliteit bevordert en herval kon voorkomen worden.	

Naam voorziening	Vroegdetectie en Interventie Psychose	
Werkingsgebied: De regio Roeselare-Ieper: Tielt, Pittem, Izegem, Roeselare, Ieper en Poperinge.		
Doelgroep: Het VDIP Project richt zich op (jong)volwassenen van 14 tot 35 jaar oud, met een ultra hoog risico op psychose of een initiële psychose. (maximum 1 opname gehad, meerdere jaren onbehandeld of bevinden zich in de kritische fase na psychotische episode).		Capaciteit (gemiddeld 15 à 20 cases per voltijds equivalent)
Zorgaanbod: Door het vroegtijdig detecteren en interveniëren bij personen met een ultra hoog risico op psychose of bij personen die reeds psychotische klachten ervaren, kan een psychose waar mogelijk voorkomen worden of kan de intensiteit of impact van een psychose aanzienlijk afnemen. Ook een (gedwongen) opname in een residentiële setting kan hiermee vermeden of beperkt worden. VDIP poogt de gemiddelde duur van de onbehandelde periode terug te dringen naar een drietal		

maanden, i.p.v. drie jaar.

Het project streeft bovendien naar het uitbouwen van een zorgpad voor de persoon door een samenwerking met andere belangrijke voorzieningen uit 1ste, 2de en 3de lijn .

De aangeboden interventies zijn Evidence Based: diagnostiek (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS), Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers (PECC)), psycho-educatie op maat, psychotherapie, gezinsinterventies, begeleiding en ondersteuning op gebied van werk, school,... . Het aanbod van VDIP bestaat eveneens uit een snelle beschikbaarheid en vlotte bereikbaarheid, en streeft naar het verhogen en stabiel maken van het globale niveau van functioneren, van zowel de cliënt als zijn directe omgeving.

Reeds ontwikkelde relatie tot de vernieuwde visie op GGZ (5 functies)

Functie 1: Vroegdetectie, interventie, preventie

Functie 2: behandelteams voor acute problemen; gespiegeld aan FACT-werking

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1 Netwerksamenstelling

De samenwerkingsverbanden binnen de gezondheids - en welzijnssector in onze regio zijn niet eenvoudig in vaste clusters/sectoren op te delen. Enerzijds zijn er een aantal vaste, formele samenwerkingsverbanden binnen en tussen bepaalde sectoren, doch anderzijds worden in functie van de doelstellingen van het resp. project flexibele samenwerkingsverbanden opgericht die niet gekoppeld kunnen worden aan bestaande sectoriële of intersectoriële samenwerkingsverbanden. Dit laat toe om flexibel met minimale redundantie nieuwe projecten op te starten. Hierna maken we een opsomming van partners die op vandaag effectief betrokken zijn in duurzame samenwerkingsverbanden met de geestelijke gezondheidszorg. We maken abstractie van de vele andere organisaties waarmee samengewerkt wordt, doch die niet ingebed zijn in een formeel samenwerkingsverband.

Sector Geestelijke gezondheidszorg:

Psychiatrisch ziekenhuis H. Hart; VZW Beschut wonen De overweg / psychiatrische zorg thuis (zelfde vzw)
Centrum geestelijke gezondheidszorg Largo; Psychiatrisch verzorgingstehuis Tempelhof

Medisch

Vzw. Huisartsenvereniging Jan Yperman, Jan Yperman ziekenhuis , VZW Kompas behandelcentrum voor druggebruikers, Ambulante drugzorg

Welzijnssector

Dienstencentrum de Kersecorff , Dienstencentrum 't Hofland , VZW WVA die zich voor diverse doelgroepen richt op ontmoeting en activering, Woonzorgcentra: Huize Zonnellied en Huize Wieltjesgracht, Centrum voor algemeen welzijnswerk de Papaver, Sociale huisvestingsmaatschappij Ons Onderdak , OCMW Ieper

Sociale economie

VZW. Sowepo: sociale werkplaats en arbeidszorgcentrum, VZW. De groene kans: sociale werkplaats en arbeidszorgcentrum, VZW. Stuurkracht trefpunt: activiteitencentrum en arbeidszorg, Sociale werkplaats kringloopwinkel West, Beschutte werkplaats Westlandia , GTB: gespecialiseerde dienst voor trajectbepaling en –begeleiding.

Thuiszorg

Thuiszorgdiensten Familiehulp, Familiezorg, Solidariteit voor het Gezin, Bond Moyson

Thuisverplegingsdiensten Wit-Gele Kruis Ieper, thuisverplegingsdienst Bond Moyson, zelfstandig thuisverpleegkundigen, ...

Samenwerkinginitiatief eerstelijnsgezondheidszorg

In het nieuwe samenwerkingsmodel willen we voor het bestuur vertrekken vanuit een beperkte groep kernpartners om de slagkracht van het nieuwe zorgnetwerk te behouden. Het gaat hier om een kerngroep van GGZ-actoren die het beleid van het zorgcircuit moet sturen in het netwerkcomité. De werking met reflectiegroepen – zoals in punt 5.5.beschreven – waarborgt dan weer dat ook een effectieve samenwerking met de bredere groep partners gestimuleerd wordt.

In de kerngroep zien we primair de 4 basisactoren van de geestelijke gezondheidszorg in de regio. De betrokkenheid met de eerste lijn en de thuiszorg zien we als een essentiële schakel binnen ons project. Daarom willen we van bij de start de huisartsenvereniging vzw Jan Yperman en het Samenwerkinginitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg opnemen in de kerngroep.

De organisaties die deel uitmaken van de kerngroep zijn allen intens betrokken in de zorgverlening. Met hun aanwezigheid in de kerngroep willen we de beleidsverantwoordelijken van deze organisaties engageren voor ons zorgcircuit. De betrokkenheid van de andere organisaties situeert zich in de eerste plaats op het niveau van de zorg (hulpverleners), doch via de reflectiegroepen willen we deze organisaties mede een beleidsbepalende rol geven.

5.2 Taakverdeling in het netwerk

5.2.1. Taakverdeling op beleidsniveau

In het voorbije decennium werd binnen de regio een resolute keuze gemaakt om zorgvernieuwingsprojecten te laten dragen door minimaal de drie kernpartners o.v.v. geestelijke gezondheidszorg in de regio. Dit waren VZW. beschut wonen de Overweg, P.Z. H. Hart en CGG Largo. De samenwerking tussen deze drie partners moest een fundament zijn, doch geen exclusiviteit. Vanuit deze kerngroep werd dan actief gezocht naar partners die mede het project wensten te dragen. Op deze wijze verbreedden we het draagvlak en verhoogden we effectiviteit van de nieuwe projecten. Hierrond werden diverse samenwerkingsovereenkomsten gesloten waarvan we de belangrijkste hierna opsommen.

<u>Project</u>	<u>Andere parnters naast de drie kernparnters</u>
Project psychiatrische zorg thuis	Huisartsenvereniging; SEL
Therapeutisch project 'Integrale begeleiding van ouderen met ernstige psychiatrische problemen'	Huisarsenvereniging; SEL Woon en Zorgcentra Regio Ieper-Poperinge
Arbeidszorgcentrum Stuurkracht 2	VZW Sowepo, OCMW Ieper, WVA, VZW De Groene Kans
Tender activeringszorg - VDAB	Sociale werkplaats de Groene kans, Centrum voor Psychologisch Advies en Psychodiagnostiek (HHI)

Vdip: vroegdetectie en interventie psychosen	Psychiatrisch ziekenhuis Pittem
Activiteiten- en ontmoetingscentrum Trefpunt 4:	OCMW Ieper, WVA, Sociale werkplaatsen Poperinge, Psychiatrische zorg thuis, dienstencentrum de Kersecorff.
Puente zorgtraject ter preventie van remissie bij schizofrenie	Psychiatrische zorg thuis

Bij de uitbouw van het zorgtraject ten aanzien van de 5 functies willen we verder werken vanuit dit model, doch gedragen vanuit de bredere kerngroep (netwercomité) zoals in 5.1. en 5.5. beschreven. In de taakverdeling kan voor geen enkele functie een exclusieve rol toegewezen worden aan één van de dragende partners. Het aanduiden van een referentiepartner die verantwoordelijk is voor een functie betekent dat deze partner binnen de kerngroep een primaire verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van deze functie. De referentiepartner bewaakt de resultaten van het traject, onderzoekt welke bijkomende partners dienen betrokken te worden, en zal een inspirerende en stimulerende rol hebben ten aanzien van het te voeren beleid inzake deze functie. Het spreekt voor zich dat deze primaire verantwoordelijkheid de betrokkenheid en het engagement van de andere partners ten aanzien van deze functie niet mag reduceren, maar dat het juist de taak is van de referentiepartner om het engagement van de andere partners te stimuleren en op te volgen. We denken aan volgende referentiepartners voor de verschillende functies:

Functie 1: preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie en diagnosestelling: Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg Largo

Functie 2: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen: P.Z. H. Hart Ieper

Functie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie: VZW. Beschut wonen de overweg

Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is: hier zien we de medische dienst van het P.Z. H. Hart Ieper als primaire partner.

Functie 5 :Specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu hiertoe niet in staat is: VZW. Beschut wonen de overweg.

5.2.2. Taakverdeling op niveau van het zorgproces

Voor elke cliënt wordt van bij de aanmelding een primair team samengesteld dat bestaat uit:

- Verpleegkundige
- Maatschappelijk werker
- Psychiater
- Psycholoog

Afhankelijk van de gedetecteerde noden wordt dit team uitgebreid met bijkomende teamleden of consultants. Steeds wordt er een casemanager aangeduid als pleitbezorger van de patiënt die het zorgproces doorheen de verschillende fasen coördineert en opvolgt. Na de fase van actieve behandeling gaat dit team een latent leven leiden en is het de casemanager die het contact met de patiënt onderhoudt. Bij elke nood aan intensifiëring van de behandeling treedt het multidisciplinaire team onmiddellijk op de voorgrond.

5.3 Nieuwe rollen

Zorgnetwerken brengen een wezenlijke verschuiving in de kijk op zorgontwikkeling. Het verlaten van het pad van het aanbodgestuurd werken naar een vraaggestuurde zorg creëert nieuw functies en heroriënteert de rollen van de bestaande functies en organismen. Zoals de casemanager op het niveau van de zorg de taak heeft om de zorg rond de patiënt te coördineren in functie van de patiënt, zo heeft netwerkcoördinator de taak het zorgaanbod te oriënteren op de noden van de verschillende doelgroepen. Dit betekent geenszins dat de rol van de verschillende voorzieningen een secundair belang krijgt, doch enkel dat de voorziening an sich niet langer het richtpunt is voor de zorgontwikkeling. De rolinvulling van de beschreven functies moeten we vanuit deze ooghoek bekijken.

5.3.1. De netwerkcoördinator:

- Algemene taakomschrijving: de netwerkcoördinator is verantwoordelijk voor, stimuleert en coördineert het overleg tussen de partners binnen de geestelijke gezondheidszorg regio Ieper met als doel enerzijds initiatieven te ontwikkelen ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg van de bevolking in de regio en anderzijds het aanbod binnen de regio op elkaar af te stemmen. We zien hieronder volgende deeltaken:
 - Inspirator van nieuwe initiatieven
 - Coördineert en organiseert de initiatieven binnen het netwerk
 - Aanspreekpunt van het netwerk voor de diverse partners en actoren
 - Vertegenwoordigt het netwerk in diverse overlegorganen
- Competenties:
 - De NC heeft een goede kennis van en ervaring in de geestelijke gezondheidszorg
 - De NC heeft een masterdiploma in de menswetenschappen
 - De NC is in staat vanuit een innovatieve houding visies te ontwikkelen en in operationele strategieën te vertalen
 - De NC heeft excellente communicatieve vaardigheden en is in staat vanuit een integere houding het vertrouwen van partners te verwerven
 - De NC heeft een daadkrachtige, maar participatieve leiderschapsstijl.

5.3.2 De referentiepersoon - referentiepartner

- Zoals in 5.2.1. beschreven willen we voor elke functie een referentiepartner aanduiden. Het is de organisatie zelf die een beleidsverantwoordelijke voorstelt om hen in deze te vertegenwoordigen. Dit voorstel wordt bekrachtigd door netwerkcomité. We zien deze rol niet weggelegd voor een directe hulpverlener, doch een intense voeling met het werkveld is essentieel. Hij heeft gelijkaardige competenties als de NC en is evenzeer een excellente communicator. Naast zijn communicatieve vaardigheden zien we de competentie visieontwikkeling ten aanzien van de hem toevertrouwde functie als een kerncompetentie.

5.3.3 De verantwoordelijke van een dienst

- De verantwoordelijke van een dienst staat in voor de dagelijkse leiding van zijn dienst binnen het zorgtraject. De concrete werkorganisatie op de werkvloer is zijn verantwoordelijkheid. Hij volgt zijn teamleden op en bewaakt de resultaten van het zorgproces. De coördinatie van de zorg tussen de verschillende teamleden is een essentiële opdracht van de dienstverantwoordelijke. Naast zijn

communicatieve competenties en zijn participatieve leiderschapsstijl zijn bij de dienstverantwoordelijke de concrete organisatie en planningsvaardigheden essentieel.

5.3.4. Het mobiele team (zie 5.2.2. en 5.4.)

- Voor de samenstelling van het mobiele team verwijzen we naar 5.2.2. Hier willen we de centrale rol van de casemanager in het licht stellen. Hij is de pleitbezorger van de cliënt en bewaakt het ganse zorgproces op het micro-niveau. Hij communiceert namens de patiënt met de diverse teamleden om aldus de resultaten ten aanzien van de doelstellingen op te volgen. Naast zijn therapeutische basishouding en basisvaardigheden is hij tevens een goede (zorg) organisator maar evenzeer zullen op dit niveau de communicatievaardigheden (ten aanzien van de andere teamleden) deel uitmaken van de kerncompetenties van de casemanager. Elk lid van het multidisciplinair team kan ten aanzien van een bepaalde patiënt aangeduid worden als casemanager.

5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Het proces van kwaliteitsmonitoring is een proces dat top-down in de ganse netwerkstructuur geïntegreerd wordt met als fundament het evaluatieve proces op niveau van de zorgverlening zelf. De casemanager is in deze de spilfiguur. De cliënt met zijn specifieke doelstellingen is de primaire focus van de casemanager. Het is zijn taak om van bij de intake de doelstellingen van het zorgproces samen met de patiënt te bewaken en te sturen.

Na de intake worden in team enerzijds de primaire zorggebieden vastgelegd alsook de actoren bepaald die hiervoor worden ingezet. Op deze wijze vormt zich een geïndividualiseerd begeleidingsteam rond de cliënt.

Hiermede is het zorgproces opgestart en is het zaak om snel met dit team en de cliënt de primaire zorggebieden te vertalen in concrete doelstellingen en een navenant zorgplan. Essentieel hierbij is de tussentijdse checkpoints die op dat moment bepaald worden. Per doelstelling worden concreet geplande acties vooropgesteld, maar tevens zullen momenten ingepland worden om terug met het ganse team het zorgproces te evalueren en bij te sturen (teamoverleg). Als pleitbezorger van de cliënt is het een essentiële taak van de casemanager om dit proces continu op te volgen en bij te sturen. Hij zal waar nodig tussentijds contact leggen met de resp. behandelaars om de continue actualisatie van het zorgproces te realiseren.

De rol van de casemanager is wezenlijk, doch mag op geen enkel wijze de centrale en sturende rol van de cliënt in het zorgproces in het gedrang brengen. De aanwezigheid van de cliënt op het teamoverleg zal deze houding versterken en wordt dan ook zoveel als mogelijk ingebouwd. Tevens voorkomt deze werkwijze dat het een zorgplan van het team wordt eerder dan het zorgplan van de cliënt. Er wordt geen voorafgaandelijke frequentie vastgelegd voor het teamoverleg, maar inhoudelijk is dit de plaats waar het zorgplan onder leiding van de casemanager /cliënt geëvalueerd en bijgestuurd wordt.

Het begeleidingsteam dat na de intake wordt samengesteld heeft volledige inzage in de noodzakelijke gegevens van het zorgproces. Tijdens de briefings worden zij geïnformeerd over de verdere evolutie en ondersteunen zij het zorgproces. Vaak worden bij een zorgproces bepaalde actoren consultatief betrokken. Ook zij hebben nood aan informatie in het licht van hun opdracht. Deze actoren beschouwen wij niet als teamleden die een totaal zicht nodig hebben op het globale zorgproces. Selectief en vooral functioneel wordt de voor hun opdracht noodzakelijke informatie aangeleverd. Indien wenselijk kunnen zij in een bepaalde fase uitgenodigd worden op het teamoverleg.

5.5 Management- en bestuursmodel

5.5.1. Netwerkcomité

De cockpit van het zorgtraject ligt bij het netwerkcomité dat verantwoordelijk is voor het management van het zorgtraject. Het spreekt voor zich dat ook het management van de reeds bestaande netwerkprojecten hierin geïntegreerd zal worden i.f.v. een coherente samenwerking. Het netwerkcomité bestaat uit maximaal 10 personen om aldus voldoende slagkracht te kunnen geven aan dit managementorgaan. De leden van het netwerkcomité zijn allen beleidsdragers binnen 1 van de 6 kernpartners van het zorgnetwerk met name VZW. Beschut wonen – Psychiatrische Zorg thuis, P.Z. H. Hart leper, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Largo, en het Psychiatrische verzorgingstehuis Tempelhof, de vzw huisartsenvereniging Jan Yperman en samenwerkinginitiatief eerstelijnsgezondheidszorg.

5.5.2. Reflectiegroep per functie

Voor elke functie wordt een referentiepartner aangeduid. Deze heeft binnen het netwerkcomité een primaire verantwoordelijkheid ten aanzien van deze functie (zie 5.2.1.). Om een nauwe voeling aan te houden met de noden op het werkveld zal de referentiepersoon (referentiepartner) een reflectiegroep leiden die enkele malen per jaar samenkomt. Hierin zetelen alle relevante zorgpartners m.b.t. de respectievelijke functie. Tevens wordt op dit niveau bijzondere aandacht besteedt aan de participatie van patiënten- en familieverenigingen. Deze reflectiegroep heeft als doel vanuit de praktijk de resultaten te bewaken, de noden te detecteren en acties voor te stellen aan het netwerkcomité. Elke partner van het netwerk (zie 5.1.) zal deel uitmaken van één of meerder reflectiegroepen. Op deze wijze responsabiliseren we de partners en creëren we een nauwe betrokkenheid op het project. Waar het netwerkcomité een sturende en beslissende rol heeft, hebben de reflectiegroepen een adviserende en inspirerende functie.

5.5.3. Vertegenwoordiger per partner

Aan elke partner zal gevraagd worden om formeel een vertegenwoordiger aan te duiden, die namens de organisatie mag spreken. In het netwerkcomité zetelen enkel beleidsverantwoordelijken die over dit mandaat beschikken. Ook ten aanzien van de andere partners is een dergelijk formeel aanspreekpunt essentieel om een daadkrachtig beleid te kunnen voeren. Hier verwachten we een schriftelijke mandatering. Vrijblijvendheid zou de slagkracht van het netwerk hypothekeren.

5.5.4. Beslissingsbevoegdheden

Het netwerkcomité is het beleidsorgaan van het netwerk, doch krijgt zijn mandaat aan de deelnemende organisaties. Het is onmogelijk om elke intermediaire beslissing af te checken bij de kernpartners. Daarom willen we werken met een strategisch plan dat schriftelijk goedgekeurd is door de kernpartners en elk jaar door het netwerkcomité vertaald wordt in een jaarbeleidsplan. Ook dit plan dient schriftelijk goedgekeurd te worden door de kernpartners en moet op die wijze toelaten dat het netwerkcomité de nodige intermediaire beleidsbeslissingen kan nemen. De projectfiches die het resultaat zijn van de uitwerking van het beleidsplan worden omgezet in samenwerkingsovereenkomsten die door de betrokken partners ondertekend worden en aldus de operationalisatie ervan formeel maken en garanderen.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1 Fasering

In de uitwerking van dit project onderscheiden we een aantal fases:

- Voorbereidende fase
- Fase van de vertaling van het concept in concrete organisatie en werking
- Fase van de opstart van het project: prioritair op te starten functies
- Fase van de verdere uitbouw van het project: opstart 5 functies
- Evaluatie en permanente evaluatie

Deze fases worden doorlopen op het niveau van het samenwerkingsverband en op het niveau van elk van de 5 functies.

6.1.1 Ontwikkeling netwerk en samenwerkingsverband

- Voorbereidende fase:

De beginsituatie kenmerkt zich door een beperkte aantal partners die elkaar behoorlijk kennen en in gelijkwaardigheid samenwerken. In de voorbije jaren werd reeds een zekere afstemming gerealiseerd door de ontwikkeling van diverse gemeenschappelijke initiatieven. In de voorbereidende fase (tot oktober) vormden de partners GGZ het netwerkcomité, dat van mei tot oktober een 8-tal bijeenkomsten organiseerde. Dit werd aangevuld door voorbereidende werkgroepen en voorbereidend bilateraal overleg tussen verschillende partners.

In het netwerkcomité werd het concept van de vernieuwde geestelijke gezondheidszorg in een nota uitgewerkt, ter voorbereiding van het aanvraagdossier. Dit omvat tevens een engagementsverklaring inzake het realiseren van de vooropgestelde visie en het inzetten van de beschikbare middelen om dit te realiseren.

Bijkomende partners werden betrokken: de vereniging van huisartsen treedt toe tot het netwerkcomité. Het overleg met het SEL binnen onze regio leidde tot de ondertekening van een gemeenschappelijke intentieverklaring.

- Concretisering van het concept: oktober – december 2010.

De visie wordt geconcretiseerd in een gedetailleerde samenwerkingsovereenkomst. De opdrachten en werking van het netwerkcomité worden hierin gedetailleerder uitgewerkt.

De functieomschrijving van de netwerkcoördinator wordt verder verfijnd. De vacature voor de netwerkcoördinator wordt uitgeschreven en de selectie gaat door van zodra het project goedkeuring van de overheid.

- Het netwerkcomité begeleidt de voorbereiding, opstart en uitbouw van de 5 verschillende functies. Hiertoe wordt minstens op maandbasis een formele vergadering van het netwerkcomité georganiseerd.
- Het netwerkcomité heeft de bedoeling de aansturing van de verschillende samenwerkingsinitiatieven op vlak van GGZ te bundelen. Gedurende het eerste werkjaar willen we als eerste stap de stuurgroep Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie integreren in het netwerkcomité.

- Communicatie: de medewerkers van de kernpartners hebben binnen hun respectievelijke voorzieningen een toelichting gekregen omtrent de inhoud en de doelstellingen van de vernieuwingen binnen de GGZ en de toepassing van artikel 107.

In de loop van het eerste werkjaar zal geregeld opnieuw gecommuniceerd worden naar de medewerkers over de evolutie van het project.

Tevens zal via een nieuwsbrief informatie verspreid worden naar de instanties waar het project in netwerking mee samenwerkt (welzijnsdiensten, eerstelijnsdiensten, lokale overheid, ...)

6.1.2 Functie 1: Preventie, promotie GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling

- Voorbereidende fase:
Een aantal initiatieven werden reeds opgestart: VDIP, project suïcidepreventie, project beeldvorming GGZ, Centrum voor Psychologisch Advies en Psychodiagnostiek, ...
- Uitwerking: de lopende initiatieven worden gecontinueerd en ingepast in het beleidsplan van het netwerkcomité. Dit moet de integratie in een samenhangende visie op de vernieuwde GGZ binnen onze regio waarborgen

6.1.3 Functie 2: Ambulant intensief behandelteam voor acute psychische problemen

Vorbereidende fase:

Deze functie werd in het concept opgenomen om een aanvulling mogelijk te maken op de preventieve activiteiten uit de eerste functie. Een aantal mensen hebben subacute of acute psychiatrische problemen en hebben weinig of geen toegang tot aangepaste zorg. Het opnemen van deze functie voorziet in een aanzet om het gehele pallet van de vernieuwde visie op een geïntegreerde manier uit te bouwen. Tevens laat dit toe bestaande expertise in het omgaan met acute problematiek in te zetten op een mobiele manier en binnen het concept van zorgcircuits en netwerking.

Concrete vertaling:

Het project wil een eerste stap zetten in de uitbouw van een mobiel team voor acute psychische problemen.

Hiertoe worden twee voltijds equivalenten ingezet, die verschillende disciplines vertegenwoordigen: psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundige.

Zij vormen een afzonderlijk team, onder supervisie van de psychiater, dat functioneert in nauwe samenwerking met de crisiseenheid van het psychiatrisch ziekenhuis. Medewerkers kunnen deeltijds op de crisiseenheid en deeltijds in het mobiele team ingezet worden.

Aanvulling op de ingezette projectgebonden personeelstijd: Buiten de werktijden van de ingezette teamleden wordt 24 uur op 24 telefonische permanentie verzekerd door de crisiseenheid van het Psychiatrisch Ziekenhuis. Daarnaast blijft CGG Largo zijn inzet behouden voor het project suïcidepreventie onder meer in samenwerking met Jan Yperman.

Opstart

Toewijzing van medewerkers aan het mobiele behandelteam voor het einde van het eerste werkjaar van het project. Twee deeltijdse medewerkers gaan effectief van start tegen het einde van het eerste werkjaar. De rest van de toegewezen equivalenten worden effectief ingezet in het tweede werkjaar van het project.

Toekomst:

Het netwerkcomité onderzoekt de mogelijkheden om middelen te verwerven waardoor deze functie verder kan uitgebouwd worden tot een ruimer team.

6.1.4 Functie 2 b: Ambulant intensief behandelteam voor chronische psychische problemen.

- Voorbereidende fase

Een aantal ervaringen bereiden het pad naar een ambulant, mobiel thuisbehandelingsteam voor: de casusbesprekingen in het kader van PZT en Therapeutisch Project; de begeleiding van mensen met nood aan langdurige zorg door PZT; de nabegeleiding van ex-bewoners uit Beschut Wonen.

In de voorbereidingsfase werden de werking en de mogelijkheden van een FACT-team door het netwerkcomité bestudeerd. ER werd beslist om in het kader van functie 2 een FACT-team op te richten om de mobiele intensieve behandeling te realiseren voor mensen met een langdurige psychische problematiek.

- Concrete vertaling

Binnen het eerste jaar van de werking van het project wensen we een multidisciplinaire equipe van 5 FTE van start te laten gaan binnen het FACT-team. In een tweede fase zal het team vervolledigd worden tot 9,06 FTE. Hiervan komen 5,31 FTE uit de herallocatie n.a.v. artikel 107, aangevuld met 2 FTE uit de bijkomende middelen voor art 107. Daarnaast investeert het PZ HHI 1,00 FTE bijkomend, Beschut Wonen zet 0,25 FTE in voor de langdurige begeleiding aan huis en PZT 0,5 FTE.

6.1.5 Functie 3:

De rehabilitatiefunctie wordt tegelijk met de mobiele thuisbehandeling ontwikkeld en wordt door hetzelfde FACT-team opgenomen.

6.1.6 Functie 4:

Voor de intensifiëring van de residentiële behandeling in de crisiseenheid wordt van bij de aanvang van het project het team uitgebreid uit de eigen middelen van het ziekenhuis. Dit betekent dat voor de 10 voorziene bedden de personeelsequipe die in de norm voorzien is (5,3 FTE) aangevuld met 3 FTE uit het ziekenhuis. Hieraan worden 2 FTE toegevoegd uit de herallocatie (art 107) tegen het einde van het eerste werkjaar van het project.

6.1.7 Functie 5

Bijkomende mogelijkheden voor de flexibilisering van woonvormen worden door het netwerkcomité in het komende jaar onderzocht en uitgewerkt. (cfr. 3.7)

6.1.8 Samenvattende kalender:

Oktober 2010	Toetreding huisartsenvereniging tot Netwerkcomité 28 /10: Ondertekening van het dossier door de partners en indienen van het aanvraagdossier. Intentieverklaring met SEL
Nov – dec 2010	Verdere op puntstelling werking van het Netwerkcomité

	Toetreding SEL – Regio Midden tot Netwerkcomité (cfr intentieverklaring) Afbouw Bedden: oplistten namen patiënten + onderzoek kwalitatieve mogelijkheden Vorming ifv netwerkcoördinatie
Jan – maart 2011	Bij goedkeuring dossier: publicatie vacature netwerkcoördinator + selectie. Planning en opvolging afbouw van bedden: eind 2011: 18 bedden; eind 2012: + 10 bedden Opstarten reflectiegroepen, olv referentiepartners Op basis van de goedkeuring van het dossier: bepalen van de doelstellingen op vlak van caseload in de verschillende teams. Opmaak beleidsplan door Netwerkcomité en bekrachtiging door de verschillende netwerkpartners
April – juli 2011	Samenstelling teams 2a en FACT (2b en 3) Selecties medewerkers Tussenevaluatie van de reeds ondernomen acties in functie van de strategische en operationele doelstellingen.
Aug – december 2011	Opstart functie 2a met 2 deeltijdse medewerkers tegen eind 2011 Opstart functie 2b en 3 met 5 FTE tegen eind 2011 Permanente evaluatie van strategische en operationele doelen
2012	Vervolledigen team 2a tot 2 FTE Vervolledigen team 2b en 3 tot 9.06 FTE

6.2 Risico management

Volgende risico's kunnen de effectiviteit van het netwerk en de realisatie van de doelstellingen beïnvloeden:

- De uitbouw van de verschillende functies kan het zorgaanbod voor cliënten en verwijzers onoverzichtelijk maken.
- Bij medewerkers uit verschillende voorzieningen kan weerstand ontstaan tegenover de nieuwe initiatieven
- De opdracht kan te ruim geïnterpreteerd worden, zodat functies die niet door GGZ moeten opgenomen worden het uitvoeren van de kernopdrachten nadelig beïnvloedt.
- De planning rond de afbouw van bedden kan vertraging oplopen door het zoeken naar geschikte alternatieven.
- De personeelsleden die voor de nieuwe teams ingezet worden krijgen een nieuwe taak en komen binnen een nieuwe context terecht. Op individueel niveau moet nagegaan worden of zij over voldoende en over de juiste competenties beschikken. Op teamniveau moet een samenhangend team opgebouwd worden, zowel op vlak van oppervlaktestructuur (formele overleg- en samenwerkingsvormen binnen het team) als op vlak van dieptestructuur (onderlinge werkrelaties en samenhang.)

Oplossingsstrategieën:

- Bewaken van de samenhang tussen de verschillende modules. Bevorderen van afstemming tussen de initiatieven van het netwerkcomité en het beleid van de verschillende voorzieningen. Communicatie over de vorderingen van de werkzaamheden. Definiëren en bewaken van de rol van de casemanager die op individueel patiëntniveau het globaal overzicht op de situatie bewaakt. Deze neemt stelselmatig contact met de huisarts en de andere belangrijke actoren bij belangrijke ontwikkelingen.
- Informatie over de aard van de veranderingen en de reeds doorlopen evoluties. Beroep doen op intrinsieke motivatie van medewerkers om kwaliteitsvolle zorg te bieden en duiden op wetenschappelijke evidentie van de vernieuwde visie.
- Kwaliteitsopvolging en toetsen van de gevoerde praktijk aan de vooropgestelde visie.
- Opmaken van een gedetailleerde timing voor de afbouw van bedden en maandelijkse opvolging van de vordering hiervan, door de ziekenhuisverantwoordelijken en het netwerkcomité.
- Uitwerken van HRM voor de zorgvernieuwingsinitiatieven: competenties, selectie van de juiste medewerkers, teambuilding, functioneringsgesprekken, vorming, zorg voor zorgenden,...

7. Financiering en middelenallocatie

Voor de realisatie moeten investering gebeuren in personeelsmiddelen, in werkingsmiddelen en in infrastructuur.

7. 1. Personeelsmiddelen:

Beschikbare FTE:

- De afbouw van bedden maakt een personeelsvolume vrij van **8,31 FTE**, die in het kader van de uitvoering van art 107 kunnen heringezet worden in het nieuwe concept: 20 T-bedden: 6,66 FTE en 8 t-nacht-bedden: 1,65 FTE
- Uit het budget bijkomende middelen (art 107) worden **3 FTE** bijkomende kwalificaties voorzien (budget 180.000 €). Hiervoor richten we ons vooral op psychologen en maatschappelijk werkers. Deze worden toegevoegd aan de mobiele teams. De netwerkcoördinator (**1FTE**) wordt tevens gefinancierd uit het budget bijkomende middelen (budget 100.000 €).
- Andere middelen: De afbouw en de reorganisatie van het ziekenhuis laat toe **1 FTE** bijkomend in de ambulante thuisbehandelingsteams te investeren, aanvullend bij de **3 FTE** die supplementair in de crisiseenheid geïnvesteerd worden.

Daarnaast investeren Beschut Wonen en PZT respectievelijk **0.25 en 0.5 FTE** in de thuisbegeleiding van langdurige psychische problemen (functie 2b).

Tevens worden de personeelsmiddelen die nu reeds door de netwerkpartners in functie 1 (**6,14 FTE**) en functie 3 (in het kader van activering) (**3,69 FTE**) ter beschikking gesteld werden, gecontinueerd en ingepast in het globale beleid GGZ binnen de regio.

- **Totaal: 27,71 FTE**

Aanwending van de beschikbare FTE: (Zie tabel in bijlage 2)

- Functie 1: continuering van de reeds ingezette middelen en inbedding in het globale concept GGZ.
- Functie 2 a: Inzet van 2 FTE (1 uit herallocatie; 1 uit bijkomende middelen)

- Functie 2b en 3: opzetten van een FACT-team: 5, 31 FTE uit herallocatie, 2 FTE uit bijkomende middelen, 1,75 FTE door bijkomende investeringen van de partners.
Daarenboven zullen aan functie 3 de reeds ingezette personeelsequivalenten voor rehabilitatiefuncties toegevoegd worden.
- Functie 4: Voor de 10 intensieve acute bedden in de crisiseenheid is naast de norm van 5.33 FTE een inbreng voorzien van het ziekenhuis a rato van 3 FTE. Dit zal aangevuld worden met 2 FTE die gealloceerd worden uit de beddenafbouw (art 107).

7.2 Infrastructuur

- Gebouwen: het ziekenhuis stelt binnen de vrijgekomen ruimte door afbouw van bedden ruimte ter beschikking voor burelen, vergaderingen, personeelspauzes, berging van dossiers, e.d.m....
- Informatica: De medewerkers van het FACT-team en van het mobiele team voor acute problematiek kunnen gebruik maken van het ziekenhuisinformatiesysteem voor het bijhouden van bestanden, emailverkeer, elektronisch patiëntendossier,...

7.3 Werking

Uit het budget bijkomende middelen in het kader van de toepassing van art 107 is, na aftrek van de budgetten voor netwerkcoördinator en bijkomende kwalificaties nog een budget voor werkingskosten voorzien van 220.000 €.

Hierin worden onderscheiden:

- administratieve ondersteuning: 0,75 FTE
- Werkingskosten netwerkcomité en referentiepartners
- werkmateriaal
- telefonie
- verplaatsingskosten
- vorming
- diversen

(Zie bijlage 2)

8. Addendum: Gegevens netwerkcoördinator

De netwerkcoördinator wordt geselecteerd van zodra het aanvraagdossier goedgekeurd is. Dit zal een open vacature zijn, op basis van het profiel dat door het netwerkcomité opgesteld werd.

In afwachting van een beslissing hierrond zal een netwerkcoördinator – ad interim aangeduid worden, die de voorbereiding van het project kan faciliteren: Start december 2010.

In de huidige fase kan indien nodig gecommuniceerd worden met

Noyez Ignace , Lid van het netwerkcomité, namens het Pvt Het Tempelhof

Poperingseweg, 16

8900 Ieper

057/23 91 11

ignace.noyez@hhi.gzbi.be

BIJLAGE 1: 4.1 Afbakening van het werkingsgebied:



BIJLAGE 2: 7. Financiering en middelenallocatie > 7.1 Personeelsmiddelen

Functies	Doelstellingen	Herlocatie Art. 107	Bijkomende middelen Art. 107	Andere				Totaal
				Zkh.	BeWo	PZT	Largo	
1	Preventie, screening, vroegdetectie			1,02	0,10	1,5	3,52	6,14
	Suïcidepreventie						0,5	
	Preventie van alc en drugs						2,5	
	VDIP			0,50			0,50	
	Centrum voor psychodiagnostiek			0,25				
	PZT			0,02	0,10	1,50	0,02	
	Tender Zorgactivering			0,25				
2a	Mobiel acuut	1,00	1,00					2,00
2b	Mobiel langdurig: FACT	5,31	2,00	1,00	0,25	0,50		9,06
3	Rehabilitatie: FACT	Zie 2b						
	Rehabilitatie:Activering			1,52	1,37 (*)		0,8	3,69
	Lotgenotengroep psychose			0,05	0,02			0,07
4	Intensief residentieel Acuut	2,00		3,00 (*)				5,00
5								
	Netwerkcoördinator		1,00					1,00
	Administratieve ondersteuning		0,75					0,75
Totaal		8,31	4,75	6,59	1,74	2	4,32	27,71

(*) = Exclusief personeelsleden voorzien in de norm

Bijlage 3

leper, 28 oktober 2010

**Samenwerkingsakkoord tussen de partners van het netwerk
geestelijke gezondheidszorg regio leper/Poperinge/Diksmuide**

Indieners van het Projectvoorstel in het kader van de toepassing van artikel 107
van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

Psychiatrisch Ziekenhuis H. Hart
Poperingseweg 16,
8900 leper

Johan Depoortere



PVT Het Tempelhof
Tulpenlaan 19
8900 leper

Ignace Noyez



Beschut Wonen 'De Overweg'
Poperingseweg 71A
8900 leper

Koen Demuynck



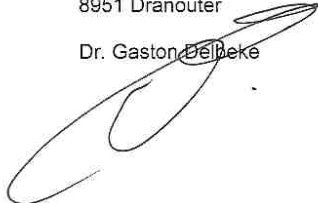
Centrum Geestelijke Gezondheid
'Largo'
Diksmuidsestraat 68
8900 leper
José De Brouwere



Vzw Huisartsen Jan Yperman

Dikkebusseweg 228
8951 Dranouter

Dr. Gaston Delbeke



Samenwerkingsinitiatief Eerste Lijn

Lange Torhoutstraat 29
8900 leper

Dr. Gaston Delbeke, voorzitter

(zie afzonderlijke intentieverklaring
in bijlage)

Bijlage 4

INTENTIEVERKLARING
in kader van vernieuwd concept m.b.t. de geestelijke gezondheidszorg
door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, binnen de regio Ieper - Diksmuide

Gelet op de gemeenschappelijke verklaring van 2002 en het amendement op die intentieverklaring van 2004 van de ministers bevoegd voor Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstige beleid voor de geestelijke gezondheidszorg waarin bekrachtigd werd om zorgprogramma's te realiseren voor leeftijdsgelinkte doelgroepen in zorgcircuits en zorgnetwerken waarbij GGZ-actoren gemeenschappelijk verantwoordelijkheid opnemen voor het totaalpakket aan zorg voor patiënten van de doelgroep binnen een werkingsgebied;

Gelet op de vergadering van de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 28 september 2009 inzake het aanwenden van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen als een opstap naar de hiervoor vermelde basisprincipes;

Gelet op de "Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken",

hebben de voorzieningen uit geestelijke gezondheidszorg uit de regio Ieper – Diksmuide een projectvoorstel uitgewerkt in en ingediend in het kader van de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen

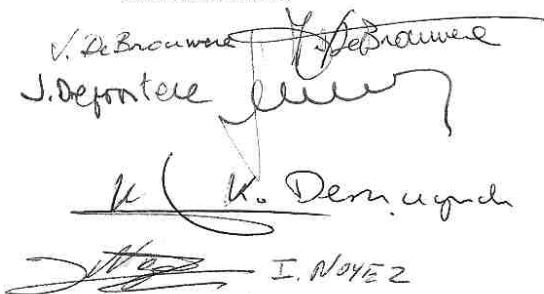
De voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg, resp. de initiatiefnemers van het projectvoorstel, verder "het netwerk" genoemd, engageren zich om het Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Midden West-Vlaanderen, verder "SEL Midden West-Vlaanderen" genoemd, actief te betrekken bij de uitwerking van het projectvoorstel en dit door, onder meer, het SEL Midden West-Vlaanderen te betrekken in het netwerk.

Het SEL Midden West-Vlaanderen verklaart zich hierbij akkoord om, binnen hun mogelijkheden, mee te werken aan de realisatie en verdere uitwerking van het projectvoorstel.

Het netwerk en het SEL Midden West-Vlaanderen erkennen hierbij dat het zinvol en opportuun is om stappen en initiatieven te ondernemen in het kader van de verdere ontwikkeling en zorgvernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg, zoals beschreven en vastgelegd in de "gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken". Hierbij is het de bedoeling om een toegankelijk, voorzieningoverschrijdend en samenhangend zorgaanbod voor de regio uit te bouwen voor de psychiatrische patiënt uit de leeftijdsgroep volwassenen en jongvolwassenen vanaf 16 jaar.

Opgemaakt te Ieper op 28 oktober 2010

Voor het netwerk


V. De Brauwere
J. Defontene
K. Demuyndt
I. Noyez

Voor het SEL Midden West-Vlaanderen
Dr. G. Delbeke,
Voorzitter

