

1. Toelichting van de visie van het project 107 van GGALIMERO*

(*Geestelijke Gezondheid As Lier Mechelen Regionaal Overleg; voorgelegd aan netwerkcomité op 9/10/15, opmerkingen besproken en goedgekeurd op stuurgroep van 29 oktober 2015):

“Gezondheid is het vermogen van mensen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.” (Huber et al., 2011).

Wij willen bijdragen tot de geestelijke gezondheid van mensen in ons werkingsgebied door in overleg met henzelf, met hun omgeving en met partners zorg te bieden die door allen als **herstelgericht, participatief, krachtgericht, vraaggestuurd, nabij, toegankelijk, verbindend, continu en kwaliteitsvol wordt ervaren.**

Zorg is herstelgericht

We richten ons op de krachten en mogelijkheden van de cliënt om te komen tot een optimaal functioneren in de maatschappij.

Zorg is participatief

Elke stap in het eigen herstelproces wordt bepaald in overleg met de cliënt. Ook is er participatie van ervarings- en hersteldeskundigen in het overleg over de kwaliteit van de zorg.

Zorg is krachtgericht

Zorg maakt veerkrachtig. Cliënten worden respectvol en op basis van gelijkwaardigheid behandeld in de zorg en in hun functioneren in de maatschappij. Zij worden gestimuleerd open te praten over hun kwetsbaarheid en begeleid om hun talenten te ontwikkelen.

Zorg is vraaggestuurd

Zorg sluit zoveel mogelijk aan bij de vraag/nood van de cliënt.

Zorg is nabij

De leefwereld van de cliënt met zijn belangrijke derden en mantelzorgers vormt het uitgangspunt. Bij voorkeur wordt geopteerd voor de minst ingrijpende of maatschappelijk vervreemdende zorgvorm.

Zorg is toegankelijk

Het zorgaanbod is helder en laagdrempelig georganiseerd en is toegankelijk voor iedereen. Er is toeleiding wanneer de zorg elders wordt opgenomen. Wachttijden worden zoveel mogelijk beperkt.

Zorg is verbindend

Zorgpartners nemen de verantwoordelijkheid om zelf de best mogelijke zorg aan te bieden of desgevallend mee te zoeken naar goede alternatieven. In onze acties kiezen we er resoluut voor om bruggen te bouwen tussen de zorgpartners.

Zorg is continu

De samenwerking tussen de zorgpartners waarborgt goede communicatie en naadloze overgang tussen verschillende voorzieningen en diensten.

Zorg is kwaliteitsvol

We investeren in een zo hoog mogelijke kwaliteit van op evidentie gebaseerde zorg, in goed onderbouwde modellen van samenwerking en willen deze via onderzoek en participatie permanent verbeteren.

2. Doelgroep

Het project richt zich tot alle jongvolwassenen en volwassenen (van 16 tot 65 jaar) die in het werkingsgebied van GGALIMERO wonen (ook zij die niet officieel ingeschreven zijn in de registers) en die een psychiatrische stoornis ontwikkelen of hebben.

Voor specifieke doelgroepen zoals psychiatrische patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek, verstandelijke beperking en/of forensische problematiek werken wij samen in/met zorgcircuits (binnen of buiten ons werkingsgebied) die zich op deze doelgroepen toelagen.

Het nieuwe zorgaanbod van dit projectdossier is hoofdzakelijk gericht naar mensen met een ernstige en complexe psychiatrische problematiek omdat voor hen outreachende, aanklampende en/of ketenzorg het meest aangewezen is.

3. Doelstellingen

1. Op het niveau van de cliënt en het cliëntstelsel:

- De zorgnaden en -vragen van de cliënt en het cliëntstelsel vormen de basis voor de organisatie van ons zorgaanbod;
- Wij zetten toegankelijke en laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg op in ons werkingsgebied;
- Wij verbinden onze zorg tot een continu proces met zo weinig mogelijk breuklijn-ervaringen;
- Cliënt en omgeving worden betrokken bij en zijn partner in de zorg. De cliënt wordt aangemoedigd zelf regie te herwinnen.
- Wij kiezen voor herstelgerichte zorg waarbij de mogelijkheden van de cliënt worden erkend en ondersteund;
- Wij ijveren voor een betere sociale inclusie op diverse levensterreinen.

2. Op het niveau van de hulpverleners:

- Wij waarborgen een vlotte toegang tot de zorgverleners en –voorzieningen onderling binnen de vijf functies in het zorgnetwerk;
- Hulpverleners werken interdisciplinair en/of multiprofessioneel vanuit een gedeeld integraal zorgplan;
- De betrokkenheid van alle hulpverleners binnen alle lijnen en sectoren wordt via vorming en methodieken ondersteund om op die wijze te groeien naar gedeelde werkwijzen;
- Elke netwerkpartner - werkgever blijft verantwoordelijk voor de arbeidsvoorwaarden voor de eigen medewerkers die samenwerken in de context van het netwerk.

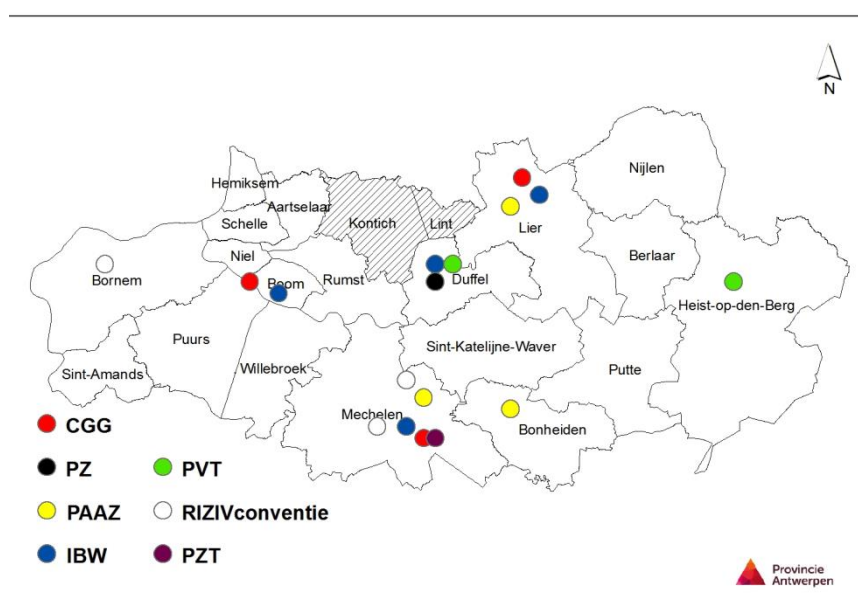
3. Op het niveau van het netwerk:

- De expertises en competenties van de betrokken partners krijgen een plaats in het zorgnetwerk;
- Er is afstemming en samenwerking tussen de GGZ-partners onderling en tussen de GGZ- en niet-GGZ- partners over lijnen en sectoren heen;

- We opteren voor 'ketenzorg' waarbij het zorgaanbod aansluit op de zorgnoden en – vragen van de cliëntenpopulatie in het werkingsgebied;
- Het netwerk is kwaliteitsgedreven via interprofessionele uitwisseling van ervaring, deskundigheid en expertise;
- Er is een geïndiceerde toegankelijkheid van de gespecialiseerde GGZ;
- De tevredenheid over de werking wordt bevraagd bij partners uit andere sectoren (huisartsen, thuiszorgdiensten, CAW's, OCMW's, politie, huisvestingsmaatschappijen,...), bij familieorganisatie Similes en cliëntenorganisaties (o.a. Uilenspiegel).

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1. Afbakening werkingsgebied



Het werkingsgebied beslaat het arrondissement Mechelen en de Rupelstreek zoals het ook geldt voor het CGG De Pont.

De gemeenten Kontich en Lint horen bij ons netwerk wat betreft de invulling van Functie 1. Voor de andere functies zijn zij aangewezen op het netwerk Sara van Antwerpen zoals in overleg afgesproken.

4.2. Prevalentie geestelijke gezondheidsproblematiek

4.2.1. Gegevens uit de literatuur

In ons land heeft 27,6% van de mensen ooit in zijn of haar leven een psychische stoornis gehad en kende 10,7% minstens één stoornis in het voorbije jaar (Bruffaerts, R., Bonnewyn, A. & Demyttenaere, K. (2011). *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. ACCO, Leuven). Ons werkingsgebied heeft 437.430 inwoners (FOD, 1/1/2014). Dat betekent dat actueel minstens 10% of 43.743 inwoners in onze regio met een psychische problematiek te kampen hebben.

Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G. & Van Meerbeeck, A. (2005), *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen*. vermelden als prevalentiecijfer voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen 3.5 per 1000 inwoners en waarschuwen hierbij dat “*deze mensen geen homogene groep vormen en dat ze sterk van elkaar verschillen met betrekking tot hun capaciteiten om zich te kunnen handhaven in de samenleving*”. Dat betekent dat in onze regio zo'n 1531 mensen met ernstige en langdurige psychische problemen te kampen hebben.

4.2.2. Cijfers uit de praktijk

Beknopt overzicht van het huidige aanbod:

Het Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel heeft 541 bedden en 60 stoelen en is gekenmerkt door drie type opdrachten:

- voor de eigen regio, met verwijzingen door lokale partners
- specialistisch aanbod met supra-regionale verwijzingen
- academisch.

Deze zijn elk op eigen wijze van invloed op de capaciteit, de inhoud en de profilering van het ziekenhuis en hebben eigen ondersteunings- en communicatienoden. In 2014 werden 2046 opnames gerealiseerd (700 meer dan in 2010), waarvan bijna de helft eerste opnames. Het aandeel van de arrondissementen Antwerpen, Mechelen en Turnhout is resp. 49, 38 en 7 %. De verblijfsduur neemt gestaag af.

PAAZ Sint Maarten in Mechelen, **H. Hart** in Lier en **Imelda** in Bonheiden kennen een gemiddelde opnameduur van 3 à 4 weken. Voor de residentiële intensievere zorg zijn er twee grote zorglijnen: naar PZ Duffel en naar PZ Boechout. De PAAZ'en rekruteren ver buiten het bovenbeschreven werkingsgebied, zowel richting Kempen als Vlaams Brabant en Antwerpen. Vaak verblijven patiënten langer dan het gemiddelde aangezien men ze niet gemakkelijk verwezen krijgt. Er is een structureel capaciteitstekort bij CGG De Pont.

Beschut Wonen Este is erkend voor 115 plaatsen, verspreid over Mechelen, Duffel, Lier, Boom, Willebroek en met 10 bijkomende plaatsen in Koningshooikt worden dat er 125 vanaf maart 2016.

PVT Schorshaegen biedt plaats en begeleiding aan 90 bewoners (60 campus Duffel en 30 campus Heist-op-den-berg). Momenteel is er een wachtlijst van 50 kandidaten. Er is een erkenning voor 60 plaatsen dubbeldiagnose psychiatrische problematiek/ mentale handicap. Er is er weinig doorstroming (10 mensen in 2014). Samenwerkingsverbanden om deze mensen ook een dag invulling te geven buiten het PVT bestaan en zijn nog groeiende. De beperkte doorstroom naar bejaardentehuizen voor de oudere populatie kan wellicht groeien als er daar coaching voorzien kan worden.

Op jaarbasis worden ruim 2000 cliënten in zorg genomen in het **CGG De Pont**, waarvan ruim de helft volwassenen, een derde kinderen en jongeren, tien procent ouderen en tien procent forensische cliënten. Door het historisch opgebouwde structurele tekort aan subsidies zijn er 15 VTE hulpverleners minder dan in een gemiddeld CGG. Hierdoor ontstaan er veel te lange wachttijden. In het voorbije jaar

werd dit gedeeltelijk gecompenseerd door de uitbouw van een groepstherapeutisch aanbod. Verder kan men alleen instromen na verwijzing door een professionele hulpverlener. De belangrijkste verwijzer voor de volwassenen zijn de huisarts en de psychiater. Voor forensische cliënten zijn justitiehuis en gevangenis de grootste verwijzers. In samenwerking met de VDAB is er een aanbod voor arbeidstrajectbegeleiding.

In 2014 werden 214 personen begeleid door Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie **PZT**. De begeleidingen gebeuren in de ganse regio. Bijna de helft van de cliënten is in begeleiding gekomen na een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, ruim 1 op 10 na doorverwijzing uit de PAAZ en minder dan 1 op 10 via doorverwijzing door een ambulante psychiater. Ruim 70% van de verwijzingen gebeurt vanuit de geestelijke gezondheidszorg maar toch gebeurt 27% van de doorverwijzingen via de huisarts, mantelzorger of een andere verwijzer uit de niet-GGZ. Een goede uitbouw van functie 3 kan heel wat mogelijkheden inhouden voor de doelgroep van functie 2b. De wachtermijn bedraagt momenteel minimum zes maanden. Naast de individuele begeleidingen zorgt PZT ook voor vorming en coaching van zorgprofessionals.

4.3. Historiek van samenwerking tussen partners GGZ , eerste lijn en anderen

Het netwerkoverleg in Mechelen is gestart in 2002 en kreeg later de naam GGALIMERO wat staat voor Geestelijke Gezondheidszorg As Lier Mechelen Regionaal Overleg. Alle GGZ actoren (1 PZ, 3 PAAZ, 1 PVT, 1 BW, 2 CAR en 1 CGG) maken hier deel van uit als kern die in principe maandelijks bijeenkomt. Agenda en verslagen worden centraal bijgehouden op de website <http://ggalimero.oggpa.be> die een onderdeel vormt van de OGGPA-website. Naargelang het thema worden andere partners uitgenodigd op de vergaderingen. Binnen GGALIMERO worden ad hoc werkgroepen opgericht indien noodzakelijk bv. rond verslavingszorg, gehandicaptenzorg, KOPP, ... Sinds de oprichting van de 107 netwerken werden in onze regio 'Club 107'-vergaderingen gehouden ter voorbereiding van de hervorming van de zorgorganisatie voor volwassenen.

4.4. Actuele samenwerkingsverbanden binnen GGALIMERO-netwerk

4.4.1. op vlak van geestelijke gezondheidspromotie en preventie:

In het werkingsgebied is er een goede samenwerking tussen verschillende promotie- en preventiepartners. De LOGO's ondersteunen samen met de dienst welzijn van de provincie Antwerpen mee de activiteiten van drugpreventie en suïcidepreventie van het CGG. Sedert 2013 is dit in een provinciaal samenwerkingsverband onder de naam PREVIA (Preventie in Antwerpen). Jaarlijks is er een PREVIA-forum waar gefocust wordt op een doelgroep of een thema. Ook in de regio Mechelen maken vele eerstelijnspartners gebruik van dit initiatief.

4.4.2. op vlak van hulpverlening:

- **Netwerk voor opvolging van suïcidepogers**

Er werd binnen ons werkingsgebied vanuit suïcidepreventie een gemeenschappelijke strategie ontwikkeld voor suïcidepogers. Het instrument IPEO is geïmplementeerd in de werking van de spoeddiensten in een Algemeen Ziekenhuis, met vaak een doorverwijzing naar de PAAZ en

(desgevallend na de PAAZ) naar het CGG of een privé-psycholoog of een andere zorgpartner uit het netwerk naargelang de aard van de problematiek. Dit instrument moet een goede opvolging waarborgen en zorgen voor een betere zorgcontinuïteit. Ook de eerste lijn (huisarts) wordt daarbij telkens betrokken.

- **DGT-voor mensen met borderline-problematiek**

In het verlengde van de therapeutische projecten werd een samenwerkingsverband verdergezet tussen PZ Duffel, CGG De Pont en privaat werkende psychotherapeuten. Daardoor kunnen permanent ambulante groepstrainingen aangeboden worden zowel in het ziekenhuis als in het CGG De Pont, gecombineerd met individuele therapie. Tevens loopt er in samenwerking met Similes een groepstraining voor familieleden van mensen met borderline-problematiek.

- **Samenwerkingsverband Beschut Wonen Este** is een samenwerkingsverband tussen het Psychiatrisch ziekenhuis Duffel, het Algemeen ziekenhuis Sint Maarten (PAAZ) en het CGG De Pont. Binnen Este willen we voor psychisch kwetsbare personen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek:

- via Beschut Wonen een (t)huis bieden en via begeleiding laten groeien naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan;
- via PZT door begeleiding aan huis en vertrekkende van de mogelijkheden van de cliënt maatschappelijke integratie bevorderen en ondersteunen een persoonlijk netwerk uit te bouwen;
- via activering ondersteuning bieden in het uitbouwen van een zinvolle dagbesteding en het ontwikkelen van een sociaal relationeel ondersteunend netwerk.

- **Het Klaverblad** is een ontmoetings- en activiteitscentrum, verbonden aan het psychiatrisch centrum in Duffel. Het is een samenwerkingsverband tussen PZ Duffel, PVT Schorshaegen en Este. Het biedt laagdrempelige en vlot toegankelijke activiteiten gericht op zorg, ontmoeten en ondernemen. Dit ondernemen wordt gestimuleerd op vlak van persoonlijke zorg, vrije tijd en op vlak van arbeidsgerichte activiteit. Het Klaverblad richt zich tot volwassenen met langdurige psychiatrische problemen na een opname in het psychiatrisch ziekenhuis en meer algemeen tot mensen met een psychische kwetsbaarheid die moeilijk aansluiting vinden in de maatschappij.

- **Cliëntoverleg Problematisch Middelengebruik :**

Het casusoverleg 'Cliëntoverleg Problematisch Middelengebruik' dat doorgaat in Mechelen en Lier is opgestart om de zorgcontinuïteit voor mensen met middelenmisbruik in de regio te verbeteren. Naast GGZ actoren is er deelname vanuit OCMW's, CAW, straathoekwerkers,...

- **Dubbeldiagnose: verslaving en psychiatrische stoornissen**

Er is in het werkingsgebied Mechelen geen specifiek netwerk voor deze doelgroep. Op het 'Cliëntoverleg Problematisch Middelengebruik' kunnen evenwel casussen ter sprake komen. Gezien het veel voorkomen van deze problematiek behoort de zorg voor deze doelgroep tot de

reguliere praktijk in het hele netwerk. Residentieel kan deze doelgroep terecht bij afdeling Twee-Link van het PZ Duffel.

- **Dubbeldiagnose: mentale beperkingen en psychiatrische stoornissen**

Jaarlijks wordt dit thema geagendeerd op GGALIMERO. Binnen ons werkingsgebied hebben we geen gespecialiseerd residentieel aanbod. Op provinciaal niveau bestaat er het 'OGGPA-ROG-CAW'-overleg om de zorg voor de mensen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek in de provincie te verbeteren. Voor deze doelgroep bestaan de afdelingen als 'Gauss' en 'De Knoop' waar mensen uit de hele provincie zich kunnen aanmelden met de vraag voor een tijdelijke residentiële behandeling. De niet-residentiële zorg voor deze doelgroep wordt verder geoptimaliseerd binnen ons netwerk. In de voorbereiding van dit dossier is er apart een ad hoc werkgroep samengekomen rond hulpverlening aan personen met een beperking. Betrokken partners waren Este, Oikonde, PAAZ AZ Sint Maarten, CGG De Pont en de netwerkcoördinator. Intensievere samenwerking ter ondersteuning bij bepaalde cliënten werd afgestemd. Expertise van Oikonde kan ingeroepen worden bij Este en omgekeerd. Daarnaast kan het transparant maken van vormingen waarbij beide sectoren elkaar en elkaars werkwijze beter leren kennen bijdragen tot een betere zorg voor deze doelgroep.

- **Samenwerkingsverband Eerste Lijn- Thuiszorg Overleg Mechelen (SEL-TOM)**

SEL-TOM richt 3 keer per jaar streekplatformen voor vorming van hulpverleners in. Dit streekplatform kan ook gebruikt worden voor inhoudelijke toetsing van wat er leeft bij de eerste lijn. Op 26 november 2015 was er een overleg met de huisartsenkringen waarin het project 107 werd toegelicht en samenwerkingsafspraken werden gemaakt (halfjaarlijks overleg, verspreiding van een nieuwsbrief, regelmatige rechtstreekse afstemming via aan te werven netwerk-huisarts).

- **Forensische doelgroep**

Voor deze doelgroep bestaan er tal van samenwerkingen tussen relevante partners (CGG De Pont, het CAW, justitie, justitiehuis en gemeentebesturen). Zo is er binnen het globaal plan een detachering vanuit de stad Mechelen en de stad Lier naar CGG De Pont wat resulteert in een groeps- en individueel aanbod rond agressie.

Voor geïnterneerden is er op het CGG De Pont een aanbod voor omgaan met intra familiaal geweld, agressie en seksuele delicten. Voor time-out bij partnergeweld loopt er met provinciale steun een driejarig project op het CGG De Pont.

Binnen de gevangenis is er een psychosociaal hulpverleningsaanbod dat vanuit het CGG De Pont en het CAW wordt verzekerd.

Binnen CGG De Pont gaan er groepen door rond seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit is een sector overschrijdende samenwerking tussen 1ste en 2delijn. De beperkte middelen die er zijn binnen het CAW worden gekoppeld aan de beperkte middelen van het CGG (o.a. in het kader van een samenwerkingsakkoord tussen justitie en de Vlaamse Gemeenschap). Het PZ Duffel heeft, door zijn associatieovereenkomst met het UZA, een belangrijke link met het Universitair Forensisch Centrum.

- **Vluchtelingen**

Het programma mindspring (www.mindspring.be) werd door medewerkers van CGG De Pont uitgevoerd in het asielcentrum van het Rode Kruis te Lier en in het wijkgezondheidscentrum De zilveren knoop te Lier. Mindspring is een groepsaanbod voor vluchtelingen en asielzoekers. Het is een psycho-educatief groepsprogramma dat bestaat uit zes sessies van telkens 2,5 uur. Voor residentiële psychiatrische zorg kan beroep gedaan worden op PZ Duffel.

- **Tendersamenwerking** tussen CGG De Pont en VDAB/GTB (Gespecialiseerde Traject Begeleiding). Doelgroep zijn langdurig werklozen met een fysieke, psychische of mentale beperking van min of meer ernstige aard die door de VDAB naar GTB zijn verwezen. Ook OCMW en ziekenfonds kunnen verwijzen. Empowermentpartner Vokans organiseert stages en zorgpartner CGG De Pont biedt psychologische ondersteuning..

- **Systematisch overleg tussen eerste, tweede en derde lijn** voor een betere afstemming en ondersteuning van tweede lijn voor de eerste lijn:

- Trimestrieel casusbesprekingen CAW-CGG
- Vier OCMW's kopen psychologenuren in bij het CGG De Pont
- Detachering van psychologen uit CGG De Pont naar de twee wijkgezondheidscentra uit de regio (in Mechelen en Lier; binnenkort ook in Willebroek).

- **Herstel Ondersteunende Zorg**

De regionale contactgroep Herstel bestaat uit een vaste vertegenwoordiging van hulpverleners, beleidsmensen en ervaringswerkers van het PZ, BW Este en PVT Schorshaegen. Bedoeling is verbindend te werken over de voorzieningen heen en krachten te bundelen. Relevante thema's rond HOZ, ideeën rond implementatie van herstel worden besproken en gezamenlijke acties worden georganiseerd o.a. inrichten seminaries, afname ROPI.

- **Universitaire samenwerking UZA/UA en Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel**

Door de ondertekening op 25 januari 2011 van de Samenwerkingsovereenkomst tussen UZA/UA en de vzw Emmaüs met betrekking tot de realisatie van een Universitair Psychiatrisch Centrum verbond het Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel er zich toe voor het Universitair Psychiatrisch Centrum de academische opdrachten te vervullen zoals die ook voor universitaire ziekenhuizen van toepassing zijn: hoogstaande patiëntenzorg, onderwijs en specialistische opleiding en wetenschappelijk onderzoek. Met het UZA werd tevens een Associatieovereenkomst 'Universitaire Opleidingsdienst Psychiatrie' ondertekend.

In het BS van 10 oktober 2012 verscheen het KB tot aanwijzing van de associatie 'PZ Duffel – UZA' als universitaire ziekenhuisdienst met drie hospitalisatiediensten van korte verblijfsduur, de dienst ambulante consultatie psychiatrie, het universitair forensisch centrum, de crisis- en liaisonpsychiatrie en de psychiatrische wachtdienst.

De oprichting van het UPC legde de basis voor uitbouw van de Antwerpse universitaire psychiatrie. Daarbij combineert het de academisering binnen het psychiatrisch ziekenhuis met de diensten psychiatrie van het UZA. Dit biedt de structuur voor een hoogkwalitatieve zorg met

evidence-based diagnostiek, die de nieuwste ontwikkelingen in de biologische psychiatrie (genetica, beeldvorming, cognitieve en affectieve neurowetenschappen) en de psychotherapie integreert. Dit laat ook toe om aan de ASO's psychiatrie excellente opleidingsmogelijkheden te bieden, zowel klinisch als inzake wetenschappelijk onderzoek, met optie voor een doctoraatsproject. Voor studenten geneeskunde worden de stages zowel kwalitatief als kwantitatief uitgebreid. De scope van het wetenschappelijk onderzoek in de volwassenenpsychiatrie, dat aangestuurd wordt vanuit CAPRI (Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute) wordt hierdoor ook verbreed en verdiept. Voorbeelden hiervan zijn genetica bij schizofrenie en bipolaire stoornis, cognitief en motorisch onderzoek bij psychotische en stemmingsstoornissen, behandel-effectstudies - ook inzake psychotherapie -, en psychofarmacologische trials.

4.5. Aanbod en SWOT per functie

In 2012 hebben we ons in de regio tijdens een forum voorbereid op een nieuw instapmoment '107'. In functiewerkgroepen werden partners geïdentificeerd en werd een functie-SWOT opgesteld. Naar aanleiding van deze projectaanvraag werd met alle partners de SWOT geactualiseerd:

FUNCTIE 1 a. Promotie en preventie

Doel

Gedifferentieerd aanbod dat mensen toelaat zichzelf (of hun doelgroep) te versterken in het bevorderen van hun geestelijke gezondheid (of die van hun doelgroep).

Sterkte:

1. De tijdsgeest is mee: huidige beweging naar integratie van geestelijke gezondheidszorg in de samenleving, geestelijke gezondheid geraakt ingeburgerd, belang van preventie wordt erkend,...
2. Veel lokale expertise in de regio door weinig personeelsverloop, veel ervaring en goede tradities
3. Divers aanbod van verschillende actoren en goede samenwerking zowel ad hoc als structureel.
4. Preventiewerk is vaak ingebed in een grotere organisatie en er is voeling met curatie.
5. De dienst welzijn en gezondheid van de provincie ondersteunt de samenwerkingsdynamiek.
6. We doen een beroep op Vlaamse organisaties en expertisecentra voor wetenschappelijke onderbouw en methodiekontwikkeling.

Zwakte:

1. Psychische problematiek is nog steeds taboe en leidt tot stigmatisering.
2. Geen eenheid in overheidsbeleid leidt tot fragmentatie: te veel verschillende preventie-actoren met verschillende aansturingen voor verschillende thema's.
3. Nood aan veel overleg en afstemming.
4. Nood aan betere methodieken voor kansengroepen en zorgweigeraars.
5. Besparingen (bv. veel bedrijven zullen eerst op preventie gaan besparen).
6. Te veel tijdelijke projecten: bv. de coach geestelijke gezondheid op school!
7. Binnen bestaande preventie wordt een beperkt deel van GGZ belicht vnl. drugs- en suïcide).

FUNCTIE 1 b. Vroegdetectie, screening, diagnosestelling, ambulante behandeling en outreachende zorg

Doel:

1. Mensen met psychische moeilijkheden tijdig opsporen zodat de onbehandelde periode verkort en erger wordt voorkomen.
2. Ondersteunen van de eerste lijn bij het begeleiden van mensen met lichtere psychische problemen en het adequaat verwijzen van mensen met matige en ernstige stoornissen naar aangepaste professionele hulp.
3. Ambulante of outreachende behandeling van psychische en psychiatrische problemen.

Sterkte:

1. Grote openheid van eerste lijn om mee te denken over en samen te werken met de GGZ.
2. Relatief weinig actoren in de regio biedt het voordeel van overzichtelijkheid.
3. Heterogeen en gedifferentieerd aanbod.
4. Veel lokale expertise in de regio door weinig personeelsverloop, veel ervaring en goede tradities.
5. We doen een beroep op Vlaamse organisaties en expertisecentra voor wetenschappelijke onderbouw en methodiekontwikkeling.

Zwakte:

1. Negatief imago van de GGZ

- weinig bekend maakt weinig bemind
- burger staat sceptisch t.o.v. vroeginterventie
- onoverzichtelijk aanbod voor potentiële cliënten en 1ste lijn: bij wie, waar en wanneer is een snelle psychiatrische of psychologische consultatie mogelijk?
- weinig vertrouwdheid met ervaringsdeskundigheid, cliënten- en familieparticipatie in de zorg en het teamoverleg.

2. Vroegdetectie

- Eerstelijns werkers voelen zich onvoldoende opgeleid
- Geen VDIP-werking
- Na vroegdetectie is er geen mogelijkheid van instroom
- Het deels ontbreken van vroegdetectie en -interventie verhoogt het risico op suïcide, vereenzaming, ...

3. Instroom

- Er zijn lange wachttijden bij het CGG doordat de zorgvraag groter is dan de capaciteit.
- Socio-culturele en geografische afstand naar GGZ instellingen (te) groot voor kansengroepen.
- Veel mensen met een ernstige en complexe psychiatrische problematiek komen terecht bij hulpverleners en voorzieningen van de 1e lijn (huisartsen, thuiszorgdiensten, ...) zonder ondersteuning en/of behandeling vanuit de gespecialiseerde GGZ.
- Het ambulante GGZ-aanbod (in hoofdzaak privépraktijk) is voor veel kwetsbare doelgroepen niet betaalbaar.

- Het ontbreekt aan afstemming tussen het CGG, poliklinieken en privépraktijken wat betreft het zorgaanbod voor alle cliënten.
- Ontbreken van centraal meldingspunt, iedereen doet eigen screening/ intakes.
- Poliklinisch aanbod van PAAZ/ PZ is onvoldoende gekend.

4. Ondersteuning van eerstelijns

- **Handvatten voor eerstelijnsverleners: hoe omgaan met complexe vragen?**

Op de eerste lijn komen veel mensen aankloppen met problemen die de eerste lijn niet kan opvangen en die een intensieve begeleiding vereisen, maar die niet terecht kunnen in de gespecialiseerde hulpverlening, bv o.w.v wachtlijsten of omdat de begeleiding wordt stopgezet bij gebrek aan motivatie/medewerking, ... Eerstelijnsverleners moeten hen verder helpen, maar weten vaak niet hoe hieraan te beginnen, ze zitten vaak met de vraag 'En nu? Waar nu naartoe?'. Deze eerstelijnsverleners zouden ergens terecht moeten kunnen met hun vragen over de aanpak van de situatie.

Er is een groot aanbod aan vormingen voor eerstelijnsverleners, maar daar leer je de theorie. Er is nood aan ondersteuning bij het toepassen van die theorie in de praktijk, wanneer de hulpverlener vast zit in een specifieke hulpverleningssituatie.

Er moet dus iets structureel komen waar eerstelijnsverleners terecht kunnen met hun vragen en voor coaching.

- **Handvatten voor mantelzorgers en basiswerker**

Mantelzorgers die niet meer weten wat te doen contacteren vaak de eerstelijnsdiensten met hun vragen. Maar ook eerstelijnsdiensten kunnen hen vaak niet verder helpen. Basiswerkers die regelmatig bij mensen aan huis komen (vb. gezinszorg, poetshulp, thuisverpleging) hebben vaak vragen over hoe ze iets praktisch moeten aanpakken. Zowel mantelzorgers als basiswerkers hebben nood aan handvatten waarmee ze direct aan de slag kunnen gaan.

- **Samenwerking en continuïteit**

Er is nood aan meer samenwerking en communicatie, niet alleen tussen verschillende organisaties binnen dezelfde functie, maar ook tussen de verschillende functies.

- **Benutten van het maatschappelijk potentieel**

Alleen het professionele potentieel benutten is onvoldoende. Er is nood aan meer inzet van maatschappelijk potentieel. Dat kan door de inzet van goed omkaderde vrijwilligers, vb. als buddy's. Als we dat doen, zal de taak van de professionelen zich ook deels moeten richten op het coachen van die vrijwilligers. Werken met vrijwilligers kan een grote meerwaarde betekenen, omdat de band tussen een cliënt/patiënt en een vrijwilliger helemaal anders is dan de band tussen een cliënt/patiënt en een hulpverlener. Werken met ervaringsdeskundigen kan een belangrijke bijdrage leveren, aangezien zij een coachende rol kunnen spelen voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen.

- **Nood aan informatieoverdracht** en overleg tussen GGZ en de 1e lijn, vb. thuisverpleging biedt zorg maar weet te weinig over de achtergrond, de diagnostiek, behandelplan, andere hulpverleners, ... Deze informatie vergaren vergt veel tijd en energie.

5. Structureel

- Beperkte gegevensuitwisseling op cliënt- en netwerkniveau: er wordt te weinig gewerkt met e-zorgplannen.
- Omwille van het beroepsgeheim geraken de eerstelijns hulpverleners vaak niet aan achtergrondinformatie om de cliënt goed te kunnen helpen. De hulpverleners moeten het doen met de informatie die de cliënt hen geeft en deze is vaak onvoldoende.
- Discontinuïteit in zorgaanbod.
- Tekort aan afstemming tussen de verschillende GGZ-aanbieders.
- Iedereen lijkt alles te doen en iedereen heeft wachtlijst.

FUNCTIE 2a

Sterkte:

1. Snelle en laagdrempelige crisisopnames via opname PZ Duffel.
2. Residentieel en ambulant aanbod van zowel algemene acute psychiatrische zorg als gespecialiseerde zorg voor specifieke subgroepen, met een uitgebreide expertise binnen de diverse domeinen.
3. Tendens naar intensifiëring van de acute residentiële zorg met toename van de zorgzwaarte enerzijds en verkorting van de opnameduur anderzijds. Zo kennen beide acute opnamediensten van het PZ Duffel reeds een duidelijke daling van aantal opnamedagen over de afgelopen 6 jaar, gaande van gemiddeld 39 opnamedagen per jaar in 2009, over 38 (2010), 31 (2011), 21 (2012), 17 (2013), tot gemiddeld 13 opnamedagen in 2014. Een gelijkaardige evolutie is merkbaar voor het hele PZ met een duidelijke daling van de opnameduur op alle afdelingen: gemiddelde opnameduur van 369 dagen in 1999, dalend tot gemiddeld 101 opnamedagen in 2014.
4. Een –hoewel niet gesystematiseerd- aanbod van snelle ambulante crisisconsultaties. Aan de psychofoon (015/29.63.50) van PAAZ Sint Maarten geeft de psychiater van wacht advies, regelt eventueel een opname of een crisisgesprek. Zo wordt voorkomen dat mensen met psychische nood zich tot de algemene spoeddienst wenden.
5. Liaison aanbod in de algemene ziekenhuizen
6. Universitaire psychiatrische dienst binnen het PZ Duffel met uitgebreid fundamenteel en klinisch wetenschappelijk onderzoek, in samenwerking met de Universiteit Antwerpen, met zowel implicaties voor de patiëntenzorg als voor de opleiding van zorgverleners (stagairs geneeskunde, psychiaters in opleiding, stagairs psychologie, stagairs verpleegkunde, ...)

Zwakte:

1. Bepaalde patiëntenprofielen komen te snel in opname.
2. Andere patiëntenprofielen hebben dan weer onvoldoende toegang tot het huidige psychiatrische zorgaanbod('zorgmijders' zouden via een 2A-team mogelijks gemakkelijker toegang krijgen tot het zorgnetwerk).
3. Voor acute ambulante psychiatrische crisisopvang zijn er momenteel vaak wachtlijsten of na eerste gesprek wachttijden voor de volgende gesprekken; de ambulante opvang van patiënten in

crisis, waarbij meerdere contacten per maand noodzakelijk zijn, loopt moeilijk.

4. Het overleg rond patiëntenzorg tussen de 1^e, 2^e, en 3^e lijn blijkt onvoldoende gestructureerd, waardoor de continuïteit van zorg niet steeds efficiënt verloopt.
5. Het huidige aanbod van acute psychiatrische zorg (ambulant en residentieel) blijkt onvoldoende gekend bij hulpverleners die niet rechtstreeks betrokken zijn bij de geestelijke gezondheidszorgsector zoals oa. OCMW, thuishulp, ..; één centraal verwijs/informatiepunt ontbreekt momenteel.
6. De patiëntenparticipatie in de organisatie en uitvoering van acute psychiatrische zorg is beperkt.
7. Een globaal overkoepelend, door elke betrokken hulpverlener (van elke zorglijn) te raadplegen patiëntendossier inclusief medicatieschema ontbreekt momenteel.
8. Het betrekken van familie en/of belangrijke naasten bij de acute psychiatrische zorg van een familielid loopt niet steeds even gestroomlijnd.

FUNCTIE 2b

Huidig zorgaanbod

De begeleiding van cliënten met een complexe en langdurende psychiatrische problematiek die thuis zijn gebeurt momenteel voornamelijk door:

- Het psychiatrisch ziekenhuis (dagbehandeling, nazorg, polikliniek)
- Het team Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie Mechelen
- De teams beschut wonen (bij cliënten die woonachtig zijn in beschut wonen)
- Privé-praktijken van psychiaters en/of psychologen
- Het CGG De Pont
- Het Klaverblad (samenwerking PZ, BW, PVT)

Er is een goede samenwerking met het psychiatrisch ziekenhuis (bv bed op recept). De volledige zorgregio wordt beoogd doch met de huidige middelen wordt niet elke zorgvrager binnen een redelijke termijn bereikt (er zijn lange wachtlijsten).

De eerstelijns zorgverleners uit de niet-GGZ zijn eveneens belangrijke partners (huisartsen, en wijkgezondheidscentra, thuiszorgdiensten (thuisverpleging, familiehelp), sociale dienst van mutualiteiten en OCMW 's, maatschappelijk werkers van de gemeenten in de zorgregio, CAW,...). De samenwerking met deze partners wordt momenteel als te beperkt ervaren. Ook met de andere sectoren (bv De Sleutel, straathoekwerk, De Keeting, De Lage Drempel) kan de samenwerking verbeterd worden. Door een versterkt vormingsaanbod en een groter aanbod tot coaching kunnen deze eerstelijnspartners beter ondersteund worden.

Sterkte

1. Expertise (begeleiding, vorming)
2. Volledige zorgregio
3. Herstelgerichte visie
4. Gebruik van zorgplannen
5. Samenwerking met PZ

6. Psy MDO
7. Gids/sociale kaart op zorgregionaal vlak

Zwakte

1. Wachlijsten
2. Onvoldoende continuïteit in vormingsaanbod
3. Te beperkte samenwerking met 1e lijn en familiaal netwerk
4. Te weinig middelen
5. Communicatie: zorgplannen, elektronisch dossier, sociale kaart
6. Beperkt aanbod voor specifieke doelgroepen

Opportunities

1. Toegankelijkheid sociale kaart
2. Samenwerking met andere zorgpartners
3. Flexibel inspelen op zorgvragen
4. Professioneel vorming - en coaching aanbod
5. Samenwerking en afstemming met andere functiewerkgroepen
6. Netwerk rond cliënt
7. Registreren van zorgactiviteiten en contact name

Bedreigingen

1. Onvoldoende uitstroom - dichtslippen van het systeem
2. Onvoldoende samenwerking met eerstelijns
3. Niet compatibele (elektronische) dossiers
4. Moeilijke verhouding bemoeizorg versus herstelgericht werken
5. Te zware belasting voor eerstelijnspartners
6. Onaangepast aanbod voor zorgmijders

FUNCTIE 3. Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

Sterktes:

VTO & arbeid

1. Een kwalitatief aanbod: arbeidszorg via dagactiviteitencentrum Klimop, sociale werkplaats MIVAS en dienst arbeidszorgbegeleiding van OCMW Mechelen.
2. Samenwerkingsverband tussen Het Psychiatrisch Centrum en de sociale kruidenier, de kringwinkel Zuiderkempen en de kringwinkel Opnieuw & Co.
3. Tenderovereenkomst VDAB vanuit CGG De Pont (kortdurende zorgtrajecten voor langdurig werklozen met een psychische problematiek).
4. Andere actoren actief op dit domein: GTB, GOB De ploeg, steunpunt vrijwilligerswerk, andere OCMW 's, kringwinkel WRAK.

VTO & vrije tijd en ontmoeting

1. Omni-sportclub Het Klaverblad in samenwerking met Psylos bevordert sportparticipatie in de samenleving.

2. De dienst Activering, actief in Duffel (De Passant) en in Mechelen ('t Vlot), heeft contacten met het reguliere verenigingsleven.
3. Het Kunstencentrum De loods is een sociaal artistiek atelier in Duffel voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.
4. De Buddywerking is structureel verankerd binnen het CGG en er is een samenwerking met Ziekenzorg CM.
5. Lokale dienstencentra en verenigingen binnen Welzijnsschakels zijn actief. In de steden zijn er sociale restaurants.

Herstel/Ervaringsdeskundigheid

1. Er zijn ervaringswerkers aan de slag in de voorzieningen van het psychiatrisch centrum van Duffel en in CGG De Pont op basis van een vrijwilligerscontract.
2. Er is een samenwerking tussen PZ Duffel en Uilenspiegel rond organiseren van cursussen voor cliënten.
3. Er zijn opleidingen SRH gestart in het PC.

Zwaktes

VTO & arbeid / VTO & vrije tijd en ontmoeting

1. Zorgcontinuïteit is onvoldoende: de zorg loopt nog te weinig door na opname, organisaties werken nog te veel als eilandjes, geen gemeenschappelijk dossier.
2. Mensen blijven vaak lang hangen in het beschermde, veilige, beschutte milieu van de GGZ (hospitalisme) = drempelverhogend om de stap naar de maatschappij te zetten.
3. Initiatieven zijn niet allemaal even toegankelijk en beschikbaar. Vaak moet er een opname hebben plaats gevonden vooraleer mensen kunnen instromen. Zorgaanbod is onvoldoende bekend en mensen kennen niet altijd de weg.
4. De regio is uitgestrekt in de breedte. Cultuur en mentaliteit in stedelijke gebieden (Mechelen, Lier) en dorpen op het platteland is anders. Bereikbaarheid van dorpen o.a. in regio Heist-Op-den-Berg is moeilijk.
5. Doorstroming vanuit arbeidszorg naar reguliere circuit is beperkt. Meer begeleiding op maat en meer uitgebouwde samenwerking met partners 'werk' is nodig.
6. Samenwerking met lokale, kleinschalige niet-GGZ initiatieven in de regio is te beperkt.

Herstel/Ervaringsdeskundigheid

1. Herstel Ondersteunende Zorg is niet de basishouding van alle medewerkers in alle GGZ-voorzieningen. Het ziektemodel overheerst nog. Er wordt onvoldoende gewerkt vanuit de krachten van mensen.
2. Participatie van cliënten en familieleden bij de werking van de voorzieningen is nog geen vanzelfsprekendheid.

FUNCTIE 4: intensifiëren van de residentiële en gespecialiseerde zorg

Doel

Functie 4 biedt intensieve (semi)residentiële behandeling wanneer een psychiatrische problematiek zo

ernstig is dat een specifieke zorg in de thuisomgeving niet meer volstaat en residentiële opname zich opdringt.

Naast het aanbieden van gespecialiseerde programma's zullen het PZ en de PAAZ-en in een crisisfunctie voorzien en trachten telkens het meest passende antwoord te bieden op de hulpvraag. Een uitbouw van het aanbod aan crisisbedden of bed-op-recept hoort daarbij. De afstemming met alle andere functies is hierbij essentieel om een goede zorgcontinuïteit te verzekeren, de kans op herval te beperken en het netwerk van de patiënt maximaal te ondersteunen.

De behandeling kenmerkt zich door:

- een verblijfsduur die niet langer is dan nodig;
- het leveren van maatwerk waarbij de zelfregie van de patiënt gestimuleerd wordt en de naaste omgeving van de patiënt gevaloriseerd wordt als een belangrijke partner (krachtbronnen aanboren);
- personeel met specifieke expertise;
- bijzondere aandacht voor zorgcoördinatie, opname- en ontslagmanagement;
- een vlotte communicatie met de andere netwerkfuncties.

Sterkte

- sterk uitgebouwde crisisopname 24u/24u – 7d/7d;
- omkadering van een multidisciplinair, gespecialiseerd team;
- ervaring in bed-op-recept;
- gespecialiseerde, goed onderbouwde zorgprogramma's;
- wetenschappelijk onderzoek en streven naar topreferente zorg door het PZ waarbij er ook supra regionale opdrachten opgenomen worden.

Zwakte

- afstemming intra- en extramurale zorg;
- differentiatie PAAZ en PZ
- afstemming basisdiagnostiek PAAZ – PZ
- het vraag gestuurd werken verder ontwikkelen en de cliënt als uiteindelijke regisseur van eigen behandeltraject beschouwen;
- niet voor alle doelgroepen is er aanbod binnen de regio;
- maximaal betrekken van familieleden, mantelzorgers;
- ervaringsdeskundigheid

FUNCTIE 5

De actoren voor deze functie zijn Beschut Wonen Este, PVT Schorshaegen, WZC, PZ, OCMW's (nog aanvullen welke uiteindelijk erin zitten) , CAW, straathoekwerk, SVK's (Duffel-Bonheiden-St. Kat. Waver-Mechelen) en sociale huisvestingsmaatschappijen.

Sterkte

- Ruim aanbod beschut wonen en PVT.

- Psychiatrische Thuiszorg in de ruime regio.
- Continuüm van begeleidingsintensiteit van 24-uursbegeleiding in PVT over high-care huis, groep of studio -wonen in BW tot zelfstandig wonen met ondersteuning van PZT.
- Samenwerking met OCMW Mechelen.
- In Duffel en in Heist-op-den-Berg is er samenwerking met de gemeente, de welzijnsraad.
- De expertise die PTZ de laatste jaren heeft opgebouwd om bijscholing te geven aan derden (thuiszorgdiensten) over omgang met (ex) psychiatrische patiënten.

Zwaktes

- Nog te weinig samenwerking met OCMW 's, besturen en huisvestingsmaatschappijen uit het werkingsgebied.
- Weinig doorverwijzing mogelijk in onze regio vanuit gevangenen naar PVT en BW.
- Te weinig samenwerking met thuiszorgdiensten.
- Weinig doorstroming in BW omdat bewoners financieel 'gestraft' worden als ze gaan samenwonen met minder inkomen tot gevolg.
- Heel wat bewoners hebben een zwak tot geen persoonlijk netwerk
- Bij herval wordt de cliënt opnieuw geconfronteerd met wachtlijsten. Dit risico zal een aantal kandidaten ervan weerhouden om zelfstandig te gaan wonen.

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1. Netwerksamenstelling

Het netwerk GGalimero-107 volwassenen (hiervoor zoeken we nog een creatieve naam) bestaat uit volgende partners die samen dit projectvoorstel hebben uitgewerkt en/of bijgestuurd via opvolging in het netwerkcomité:

- Psychiatrisch Ziekenhuis Duffel
- Este (beschut wonen, activering, psychiatrische thuiszorg)
- PVT Schorshaegen (Duffel en Heist-op-den-Berg)
- CGG De Pont
- PAAZ Sint Maarten
- SEL-TOM
- CAW Boom Mechelen Lier
- Hersteldeskundigen (OP WEGG)
- Similes
- OGGPA
- Schakelteam internering
- Riziv-conventie De Sleutel

Uit de verschillende partnerorganisaties zijn personeelsleden betrokken van functies en rollen, gaande van directies en coördinerende functies (voornamelijk stuurgroep) tot hulpverleners (in de werkgroepen en netwerkcomité) en ervaringsdeskundigen (in stuurgroep en werkgroepen).

Verder worden een aantal andere partners via de verschillende functiewerkgroepen en /of deelname aan het netwerkforum betrokken. Dit zijn onder meer PAAZ Imelda, Bonheiden; PAAZ H. Hart, Lier; huisartsen; mutualiteiten; thuiszorgdiensten; OCMW's; LOGO's; huisvestingsmaatschappijen; VDAB; arbeidszorg-organisaties; kringloopwinkels; sportclubs;

5.2. Taakverdeling in het netwerk

Bij de uitbouw van het netwerk willen we in de vijf verschillende functies bijzondere aandacht schenken aan de volgende doelgroepen:

- mensen met verstandelijke beperkingen
- geïnterneerden en veroordeelden
- mensen met complexe verslavingsproblemen

Hierbij wordt er rekening gehouden met de noden van de cliënt om zo te komen tot goede zorg: regulier waar mogelijk, specifiek waar nodig.

We streven verknoping na tussen de verschillende functies door, enerzijds, afstemming op zowel het netwerkcomité als het netwerkforum; anderzijds gebeurt dit op de werkgroepen zelf door ook mensen uit andere functies in de werkgroep te hebben. De netwerkcoördinator heeft daarbij een ondersteunende rol voor de functievoorzitters ofwel door de aanwezigheid op de werkgroep ofwel door de mogelijkheid van coaching voor en na een functiewerkgroep.

We overlopen de te realiseren functies en focussen op de concrete acties.

FUNCTIE 1

A. Opmaken en uitvoeren van regionaal promotie en preventieplan

Inhoudelijk:

- **We inventariseren** de contactgegevens van alle promotie- en preventie-actoren. We inventariseren lacunes en zetten campagnes op o.a. voor destigmatisering en ondersteunen van acties in samenwerking met andere sectoren (gemeenten, bedrijven, scholen,...). De Keeting en het LOGO inventariseerden reeds de contact-gegevens van alle promotie- en preventie-actoren in de Mechelse Doorverwijsgids: "Veel aan je hoofd: blijf er niet mee zitten". We nemen initiatief tot uitbreiding voor heel de regio en verkennen het ontwikkelen van een online-versie.
- **We maken een regionaal promotie- en preventieplan (PPP) op** met afstemming tussen diverse initiatieven van al de actoren. We realiseren verbindingen met preventiewerkers, initiatieven, acties in de andere sectoren (wonen, werken ..), gemeentelijke overheden,.... en nodigen hen uit om de krachten te bundelen. De knowhow en expertise die nu al bestaat (bij hulpverleners en preventiewerkers) wordt beter op mekaar afgestemd en gedeeld. Dit werkt ondersteunend voor welzijns- en zorgactoren.
- **Het PPP omvat o.a. de oprichting van een preventie- en zorgacademie** (een uitbreiding dus van de bestaande preventieacademie). Deze zorgacademie neemt volgende functies op:
 - a. Inventariseren van het aanbod aan vorming, coaching, intervisie, training voor hulpverleners

- b. Het verbinden van het vormingsaanbod met de vormingsvragen.
- c. Aanbieden van vorming en coaching aan eerstelijnsmedewerkers.
- d. Coördineren van intersectorale intervisie en supervisie.
- e. Stimuleren van ontmoeting & wederzijdse informatie-uitwisseling.

Structureel:

Om het bovenstaande te realiseren werven we een halftijdse functie aan met de FOD-werkingsmiddelen. Jaarlijks evalueren we de zinvolheid en noodzaak om deze functie verder te zetten. Na drie jaar wordt deze functie in ieder geval beëindigd. Van meet af aan is het dus de bedoeling dat wat deze persoon opstart (plan, website, vormings- en campagnemateriaal...) uiteindelijk op zichzelf staat en door anderen kan worden gebruikt of overgenomen. Train de trainer -principes staan centraal met het oog op continuering nadat werkingsmiddelen 107 wegvallen.

B. Netwerkknooppunt: één centraal telefoonnummer.

Het netwerkknooppunt staat in voor:

- 1) het verstrekken van **telefonisch advies** aan eerstelijnsactoren zodat zij vlugger ernstige psychische problemen kunnen detecteren. Dit gebeurt door snelle telefonische coaching waarbij advies gegeven wordt aan de hulpverlener die een persoon met een psychische kwetsbaarheid begeleidt. Indien telefonische coaching niet volstaat, kan advies tot doorverwijzing volgen of crisisinterventie. Met de werkingsmiddelen wordt een gebruiksvriendelijke website opgebouwd waar alle bestaande initiatieven en/hulpverlening binnen de GGZ worden samengebracht.
- 2) het verbeteren van de communicatie tussen zorgverleners om de samenwerking en toegankelijkheid naar GGZ te verbeteren door o.a. het organiseren van cliënt - of **netwerkoverleg voor complexe casussen**. Ervaringsdeskundigen en/of vrijwilligers kunnen ingeschakeld worden bij effectieve doorverwijzing (we denken hierbij aan zorgmijders).

C. Het voorbereiden van een VDIP-werking

In afwachting van structurele middelen van de Vlaamse overheid bereiden we ons voor op een VDIP werking. Na analogie met andere VDIP-teams opteren wij voor het samen brengen van de expertises van eerste, tweede en de derde lijn. Aangezien er op dit ogenblik in onze regio geen VDIP team bestaat willen we hier prioriteit aan geven en ons inspireren op de expertise ontwikkeld in andere regio's (vb. Antwerpen). We werven hiervoor een halftijdse medewerker aan vanuit de werkingsmiddelen 107 die later vervangen worden door structurele Vlaamse financiering.

FUNCTIE 2: een gefaseerde uitbouw van mobiele equipes.

2a:

Het te organiseren 2a-team zal:

- een actieve schakel worden binnen de gehele geestelijke gezondheids-ketenzorg, met efficiënte communicatie tussen alle andere schakels en een vlotte doorstroming naar andere zorgpartners of zorgvormen.

- intensieve psychiatrische behandeling aanbieden in de maatschappij op een kwaliteitsvolle en veilige manier, om zo hospitalisatie te vermijden en (crisis)opnameduur te verkorten.
- strikte triage criteria hanteren om optimale en kortdurende zorg te kunnen bieden aan een voldoende grote groep patiënten.
- expertise en kennis binnen de acute psychiatrische zorg delen met de andere betrokkenen.

Inclusiecriteria:

- volwassenen van 16 tot 65 jaar
- wonen of verblijven binnen het werkingsgebied
- acute psychische nood, onafhankelijk van de onderliggende psychiatrische pathologie
- patiënten die na aanmelding en/of crisisopname op de opnamediensten van het PZ Duffel of de spoeddienst van AZ St Maarten, H Hart Lier, of AZ Imelda Bonheiden nood hebben aan verdere kortdurende en intensieve thuisbehandeling
- zowel patiënten met eerdere contacten met een GGZ partner, als patiënten met een blanco voorgeschiedenis

Exclusiecriteria:

- Dementie, intoxicatie door middelen, onvoldoende uitgeklaarde forensische problematiek en cognitief disfunctioneren
- Patiënten in een urgente situatie (levensbedreigend karakter) waarbij onmiddellijke beschermingsmaatregelen binnen een aangepaste setting aangewezen zijn.
- Patiënten die een bedreiging vormen voor de fysieke integriteit van hun omgeving of de medewerkers van het mobiele team omwille van dreigende fysieke agressie.

2 b:

Om aan de lacunes (geformuleerd onder 4.5.) te beantwoorden zal een mobiel en outreachend 2b team worden opgestart dat vanuit een herstelgerichte visie advies verleent, begeleidt en de zorg thuis coördineert (met inbegrip van ondersteuning van het netwerk). Alle interventies zijn gericht op contact stimuleren met zijn/haar netwerk, de levenskwaliteit te verhogen en de psychische stabiliteit te behouden. Dit team richt zich tot de doelgroep met volgende kenmerken:

- Aanwezigheid van een (chronisch) psychiatrisch ziektebeeld
- Wonen in de werkingsregio
- Beperking in sociaal functioneren
- Chronisch verloop
- Complexe zorgvraag
- Bereidheid om toe te werken naar het uitbouwen van ondersteuning door een professioneel netwerk (huisarts en psychiater) en een niet-professioneel netwerk.

Het team heeft als taak:

- Begeleiding en opvolging van zorg, rehabilitatie, opvolging van behandelaspecten (o.a. medicatie).

- Bij dreigende crisis opschaling van zorg op basis van een uitgewerkt crisisplan bij elke cliënt
- Het zorgnetwerk opbouwen en mee in stand houden (installeren van het zorgnetwerk, opvolgen, back up zijn indien het zorgnetwerk gehypothekeerd geraakt)
- Cliëntdeskundigheid ondersteunen (empowerment, werken vanuit de herstelgerichte visie).

Zorgoverleg gebeurt op basis van de FACT-bordmethodiek

Doelstellingen

1. Bewaken van in-, door- en uitstroomprocessen

Een goede afbakening van de doelgroep door het bepalen van inclusie – en exclusiecriteria is essentieel. De 2b functie speelt flexibel in op zorgvragen en hanteert een vlotte intakeprocedure. De zorgprocessen worden nauwgezet opgevolgd en regelmatig (o.a. door SRH besprekingen) geëvalueerd. Cliënten hebben recht op begeleiding zolang deze nodig is maar ook niet langer dan dat. Zo wordt ook gezorgd voor uitstroom.

2. Versterken van samenwerking met zorgpartners/functiewerkgroepen

Samenwerking met de andere functiewerkgroepen maakt deel uit van een geïntegreerd zorgproces. Een goede afstemming van het mobiel team dat instaat voor de acute zorg (2a) lijkt wenselijk. Goede afspraken met het PZ (functie 4) voor de doelgroep van 2b zullen worden gemaakt zodat de cliënten kunnen gebruik maken van de mogelijkheid tot 'bed op recept' (BOR) en ook crisisopnames mogelijk zijn. Voor het voorzien van een zinvolle dagbesteding en/of voorbereiding op een werksituatie beogen we samenwerking met het Klaverblad (functie 3). Ook afstemming met functie 5 (beschut wonen en PVT) is wenselijk zodat cliënten die vanuit functie 5 doorstromen naar een zelfstandige woonsituatie zo nodig beroep kunnen doen op het 2b team.

We beogen een goede samenwerking met andere zorgpartners onder andere huisartsen, thuiszorgdiensten, mutualiteiten, straathoekwerk, CAW's, drughulpverlening, forensische hulpverlening...

3. Verbeterd professionaliseringsbeleid voor de reguliere zorgverstrekkers

Naast het inzetten op vorming willen we nog meer investeren in het coachen van reguliere thuiszorgdiensten. Via bijscholingen, coaching, rechtstreekse telefonische adviesverstrekking en casusbesprekingen voor de professionele hulpverleners beogen we de doeltreffendheid van de zorg te verbeteren.

4. Ondersteunen van het netwerk van de cliënt

Wanneer doorstroom wordt nagestreefd is het essentieel dat cliënten nadien kunnen terugvallen op een gepast zorgnetwerk en familiaal netwerk. Het opvolgen en verder uitbouwen van het bestaand zorgnetwerk behoort tot de taken van het 2b team. Het professioneel netwerk kan beroep doen op het aanbod inzake coaching (zie doelstelling 3). Een goede samenwerking met eerstelijns partners wordt voorzien, afspraken bv inzake medicatie-bedeling worden gemaakt. Ook de mantelzorgers worden ondersteund. Bij het

versterken van het netwerk van de cliënt wordt ook gedacht aan samenwerking met het meldpunt vereenzaming, buddywerking, LUS vzw,....

5. Uitgewerkt kwaliteitsbeleid

Het 2b team beoogt de zorgactiviteiten en contacten te registreren. De registratie geeft op termijn een goed zicht op welke doelgroepen worden bereikt, wat de termijn is van de begeleidingen,..... Ook tendensen worden zo in kaart gebracht.

FUNCTIE 3: Verbreding participatie en samenwerking, oprichting herstelacademie en revalidatiecentrum

- **VTO & arbeid / VTO & vrije tijd en ontmoeting**
 - Een duidelijk, overzichtelijk, laagdrempelig en vlot toegankelijk aanbod realiseren met oog voor de individuele zorgnoden.
 - Wij willen in de regio zoveel mogelijk kwartiermakers identificeren en mobiliseren.
 - Investeren in netwerken (via LUS vzw).
 - Vanuit arbeidszorgcentrum Klimop samenwerkingsverbanden opzetten voor doorstroming naar het reguliere (arbeids)circuit o.a. gemeentes, dienstencentra, ontmoetingscentra rond vrijwilligerswerk.
 - Actieve samenwerkingsverbanden uitbreiden en opzetten met VDAB/GTB en maatwerkbedrijven.
 - Vooroordelen wegwerken door mensen te informeren en via inschakeling van ervaringswerkers en het aanbieden van vorming aan professionele krachten, de toeleiding van mensen met psychische problemen naar het reguliere aanbod versoepelen. Investeren in het contacten leggen in de samenleving ipv zelf nieuwe initiatieven te ontwikkelen.
 - Methodieken uitwerken zodat de drempel kan verlaagd worden voor deelname aan regulier verenigingsleven.
 - Lokaal inzetten op kleinschalige initiatieven die vlot bereikbaar zijn met openbaar vervoer. Uitbouwen van antenneposten in afgelegen gebieden.
 - Inzetten op zorg op maat op vlak van vrije tijd en werk via groeibegeleiders. Investeren in individuele arbeids- en vrije tijd begeleiding.
 - Bijdragen tot positieve beeldvorming (destigmatisering).

- **Herstel/Ervaringsdeskundigheid**
 - Met de steun van Op Wegg (provinciaal overleg) de werking met ervaringswerkers meer verankeren in GGZ.
 - Cliënten, patiënten ondersteunen in hun herstelproces door inschakelen van ervaringsdeskundigen.
 - Oprichten van een herstelacademie geïnspireerd op www.herstelacademie.be in samenwerking met hersteldeskundigen, patiënten- en familieorganisaties. Dit impliceert een cursusaanbod rond diverse thema's die te maken hebben met psychisch herstel voor

mensen met een psychische kwetsbaarheid en hun omgeving. Deze worden gegeven in duo: gelijkwaardige samenwerking tussen professionele kennis en ervaringskennis. De herstel academie werkt als hefboom in de organisatie ontwikkeling van de GGZ. Het wordt beschouwd als de kernmethodiek voor de implementatie van Herstel (IMROC 2013).

- Opleiden van medewerkers in GGZ voorzieningen in Herstel Ondersteunende Zorg via Systematisch Rehabilerend Handelen.

Plaats van de RIZIV-conventie in functie 3:

Het ontbreekt aan een psychosociaal dag revalidatiecentrum waar een traject op maat wordt uitgestippeld, gericht op re-integratie in de maatschappij. Er is daarbij ondersteuning bij het zoeken naar een gepaste job rekening houdende met kwetsbaarheden en groeimogelijkheden. Begeleiding ook na de start van een nieuwe job. Herstel ondersteunende en krachtgerichte zorg met aandacht voor dialoog en samenwerking met de omgeving staan centraal.

Er wordt een aanvraagdossier opgemaakt.

FUNCTIE 4: korte gespecialiseerde opnames binnen een goed afgestemde zorgketen

- structureel overleg tussen de partners: samenwerking en afstemming over zorgprogramma's en expertisedomeinen;
- intensievere werking van functie 4: evolutie naar een meer rationele inzet van personeelsmiddelen / aanpassing van de personeelsomkadering om te komen tot een ideale deskundigheidsmix in de teams;
- scholing, informeren en schetsen van ontwikkelingen aan personeel om het denken vanuit mogelijkheden van de patiënt en zijn naasten als cultuur te installeren;
- personeel verder bekwamen in het omgaan met crisissituaties waarbij de cliënt telkens herstelgericht benaderd wordt; crisiskaart, signaleringsplan en WRAP;
- uitrol van het zorgstrategisch plan van het PZ Duffel, waarbij regionale en supra- regionale opdrachten afgestemd worden met de drie PAAZ'en
- de academische en wetenschappelijke opdracht van het PZ Duffel ontsluiten binnen het netwerk.

FUNCTIE 5: doelgroepenwerking, crisisplannen en samenwerking met sociale huisvesting

Uitbouw van een continuüm van wonen dat gedifferentieerd is, zonder breuklijnen, dat afgestemd is op de noden van de cliënt en dat vlotte doorstroming mogelijk maakt.

- Wij inventariseren het huidig aanbod wonen/begeleiding binnen en buiten de GGZ en brengen hiaten en breuklijnen in kaart.
- Wij flexibiliseren en differentiëren de woonvormen met begeleiding vanuit GGZ
- Wij voeren een doelgroepenbeleid dat versnelde doorstroming mogelijk maakt
- Wij signaleren aan de overheid waar we botsen op regelgeving (bv. samenwonen botst op financiële beperkingen)

- Wij realiseren optimale communicatie en continuïteit binnen functie 5 met een crisisplan
- Wij leggen verder contacten tot samenwerking met sociale huisvestingsmaatschappijen, OCMW's en lokale besturen uit het werkingsgebied.
- Wij zorgen voor goede afstemming tussen functie 2B en functie 5
- Wij zorgen voor vorming en supervisie voor medewerkers van SHM en thuiszorgdiensten. Buren krijgen bijzondere aandacht.
- LUS vzw heeft een methodiek ontwikkeld waarmee bewoners een sterk persoonlijk netwerk kunnen uitbouwen. Wij willen deze in samenwerking in onze regio toepassen.
- BW wil zich meer toeleggen op familiewerking en het opzetten van netwerken.
- PVT Schorshaegen heeft zich principieel geëngageerd naar de FOD om eventueel een aantal plaatsen open te stellen voor geïnterneerden.

5.3. Nieuwe rollen

Ggalimero-107 sluit zich aan bij de visie van de FOD (ppt juni 2010) wat betreft de beschrijving van de nieuwe functies, inclusief de beschrijving van het takenpakket als de competentieprofielen. Wat betreft de rol van de psychiater volgen we het recente 'ADVIES INZAKE DE MEDISCHE ACTIVITEITEN IN DE MOBIELE TEAMS VAN DE PROJECTEN ARTIKEL 107' van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Aanstelling netwerkcoördinator: In het netwerkcomité werd unaniem beslist dat de huidige projectmedewerker (Vicky Van Dooren) die reeds eerder werd aangesteld door het GGALIMERO-netwerk de functie van netwerkcoördinator zal vervullen. Tot op heden werd zij met middelen van OGGPA betaald om het 107 dossier voor te bereiden. Tevens besliste het netwerkcomité dat er bijkomend geïnvesteerd wordt in de aanwerving van een huisarts (12u) om de eerste lijn beter te betrekken, te vertegenwoordigen en te ondersteunen bij de implementatie van het 107 project.

5.4. Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

5.4.1 Op patiëntniveau

- Het integraal zorgplan

Alle partijen binnen ons netwerk zijn het er over eens dat er met een integraal (interdisciplinair en multi professioneel) en transmuraal (wordt gebruikt door alle partners in het netwerk) zorgplan moet worden gewerkt. Het is voorlopig echter onduidelijk voor welk communicatiedrager kan worden gekozen.

Aangezien de mobiele teams vanuit PZ worden georganiseerd zou het best ook goed aansluiten bij hun systeem. Anderzijds is EPD ook een goede piste. Dit gebeurt ook in verschillende andere art.107 experimenten. De discussie hierover is nog lopende.

- FACT-bord methodiek zal worden gebruikt in de mobiele equipes
- Routine Outcome Monitoring zal worden gebruikt in alle functies

5.4.2. Op netwerkniveau

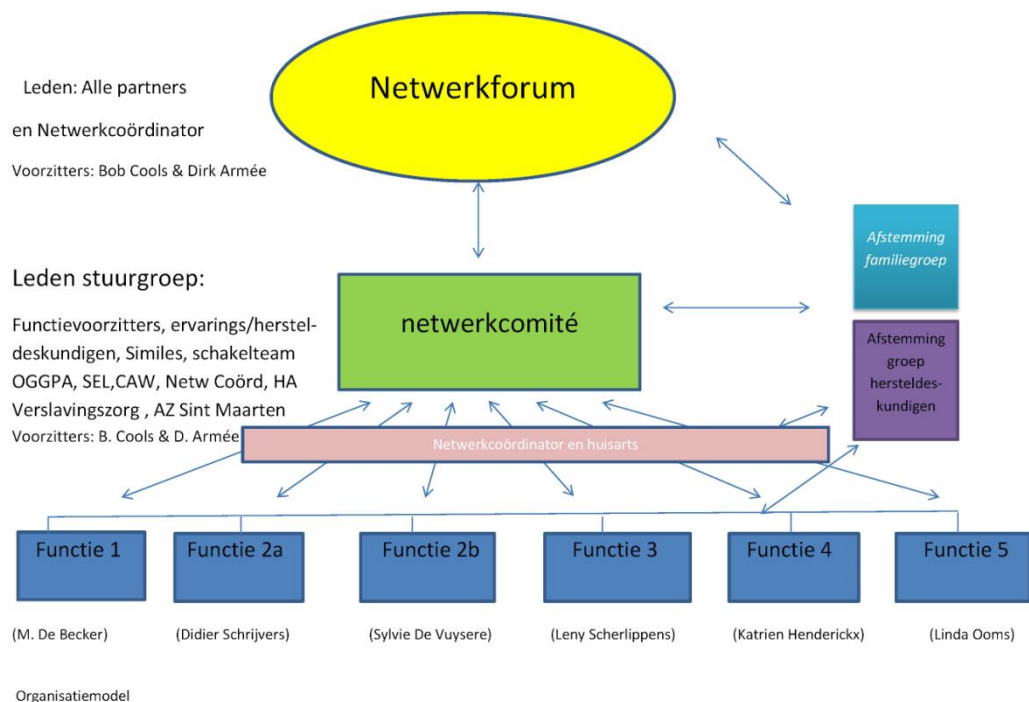
De wetenschappelijke opvolging van het project zal uitgebouwd worden in dialoog met de overheid. Afhankelijk van wat door de wetenschappelijke équipe zelf zal worden gemonitord en gemeten, zullen binnen ons project eventueel bijkomende indicatoren afgelijnd worden.

Belangrijke targets zijn kwaliteit van leven, tevredenheid van patiënten, familie en zorgverstrekkers, indicatoren rond sociale inclusie, het effect op de opnameduur en -frequentie, het effect op armoede en marginalisering, opname-,verwijs- en ontslagmodus, wachttijden, zorg-operationalisatie, ernst van symptomatologie en mogelijke case-load per team.

De partners die gehouden zijn MPG te registreren namen zich voor regelmatig gezamenlijk deze gegevens te analyseren en bij te sturen met het oog op het realiseren van de missie.

Samenwerking met CAPRI (Antwerp Collaborative Psychiatric Research Institute) en/of UA is een mogelijkheid met het oog op scripties en doctoraten over de talrijke thema's die eigen zijn aan de hervorming van de zorg in onze regio.

5.5. Management- en bestuursmodel



De verschillende partners zijn opgesomd onder 5.1.

De centrale aansturing gebeurt in het netwerkcomité. Deze wordt gevoed met input vanuit de functiewerkgroepen en nog bijkomende (eventueel ad hoc) inhoudelijke werkgroepen. In de functiewerkgroepen zitten verschillende partners die mee invulling geven aan de betreffende functies. Voorstellen worden meegenomen naar het netwerkcomité.

De respectievelijke organisaties blijven ten volle hun werkgeversverantwoordelijkheid dragen. De inhoudelijke en functionele aansturing valt onder de verantwoordelijkheid van het netwerkcomité. ,

Ook de aanstelling van de netwerkcoördinator en eventuele ondersteunende functies hierbij worden beslist in het netwerkcomité. Zo is de versterking van de stem van de eerste lijn een belangrijk punt dat leeft binnen het netwerkcomité. Er zal met de aanvullende middelen vanuit het overlegplatform alvast gezocht worden naar een huisarts voor 12u.

Voor de hersteldeskundigen, alsook voor de familieleden is er participatie voorzien in de functiewerkgroepen alsook in het netwerkcomité. Er is een apart forum voor ervaringsdeskundigen waar ideeën worden afgetoetst. Dit forum wordt ook provinciaal ondersteund in OP WEGG (Ontmoeting Participatie Werkgroep Ervaringsdeskundigheid Geestelijke Gezondheid). Op die manier worden ook goede praktijken vanuit andere regio's meegenomen naar de eigen regio. OP WEGG is een project van en door ervaringsdeskundigen van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen (OGGPA). Ervaringen worden uitgewisseld en er wordt getimmerd aan de weg naar meer herstel ondersteunende zorg via deelname aan overlegmomenten binnen de GGZ, brengen van herstelverhalen op congressen en in scholen, ...Zij willen hun ervaringskennis en inzichten delen ten behoeve van de GGZ.

Wat betreft familieparticipatie is er nog geen apart forum. Het netwerk staat hiervoor open en zal elke participatie verwelkomen.

In principe is er twee keer per jaar een netwerkforum. Alle partners samen kunnen zich dan buigen over een concreet thema waarop dieper wordt ingegaan. Ook kan ervoor gekozen worden om een globaal overzicht te geven van de stand van zaken over de verschillende functies heen. Uiteraard kan het ook een combinatie van beide zijn.

Er is een grote betrokkenheid van de verschillende partners, getuige ervan het grote aantal deelnemers op het vorige netwerkforum (120). Ontbrekende partners in het netwerk worden actief benaderd door de leden van het netwerkcomité. De communicatie met het grotere netwerk gebeurt in principe maandelijks onder de vorm van een nieuwsbrief. Op te nemen punten kunnen bezorgd worden aan de netwerkcoördinator. Ideeën kunnen ook afgetoetst worden op het netwerkcomité.

Vanuit het netwerkcomité is er deelname aan de Stuurgroep Zorg aan Geïnterneerden binnen het Hof Van Beroep Antwerpen.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering

Wij wensen met deze hervorming te kunnen starten op 1/1/2016.

Uit ons dossier moge blijken dat het samenwerkingsverband bestaat. Het moet niet meer opgezet worden. Het zal alleen nog uitgroeien en verstevigd worden, soms via een ad hoc werkgroep, soms met meer permanente groepen of met keuzen die een structureel karakter krijgen.

Structureel zal er in de eerstkomende maanden een aparte stuurgroep opgericht worden ter voorbereiding van de 'RIZIV-conventie' (het psycho-sociaal rehabilitatiecentrum).

De netwerkcomités gaan in principe maandelijks door, tenzij bij hoogdringendheid - dan worden er extra vergaderingen ingelast. Het netwerkforum zal in principe minstens twee keer per jaar bijeengeroepen worden in een langere of kortere versie, met een breed of een specifiek thema, afhankelijk van de nood van het ogenblik.

De functiewerkgroepen hebben elk een eigen tempo, afhankelijk van de noden.

FUNCTIE 1

A: Regionaal promotie- en preventieplan met o.a. een preventie en zorgacademie

- Januari 2016: lanceren vacature voor halftijdse functie
- Maart 2016: aanwerving en opmaak inventaris
- Mei 2016: eerste ontwerp van promotie- en preventieplan (PPP)
- Juni 2016: afwerken van een regionaal promotie- en preventieplan
- September 2016: uitvoeren van het PPP met o.a. preventie- en zorgacademie
- December 2016: evaluatie en bijsturing van het PPP

B: Installatie van een netwerkknooppunt

- Januari 2016: lanceren vacature voor voltijdse functie
- Maart 2016: aanwerving en concrete voorbereiding
- Mei 2016: start van centraal telefoonnummer en overlegtafels
- December 2016: evaluatie en bijsturing

C: Voorbereiding VDIP-werking

- Januari 2016: lanceren vacature voor halftijdse functie
- Maart 2016: aanwerving, inventariseren van relevante info en opmaak werkplanning

FUNCTIE 2a en b: een gefaseerde uitbouw van mobiele equipes.

Functie 2 dient eind 2018 te beschikken over 8 VTE per 100.000 inwoners in de bediende regio. Voor ons werkingsgebied zou dit bij benadering over 32 VTE gaan vanuit bevrozing van ziekenhuisbedden (30 A-bedden = 16 VTE, 60 T-bedden = 20 VTE). Gezien in ons werkingsgebied bedden alleen van het PZ komen zal van daaruit de concrete omzetting naar mobiele teams gebeuren. Directie en medische raad zijn bereid 30 bedden van het PZ Duffel te bevrozen om het opstarten van functie 2

mogelijk te maken en bijkomende stappen te koppelen aan de evaluatie van de effecten van deze eerste fase. Het bestuur van vzw Emmaüs heeft in die zin beslist in vergadering van 8 december 2015.

- Vanaf 1 januari 2016 worden alvast 30 T-bedden on hold gezet. De eerste mobiele equipe wordt gerekruteerd uit geïnteresseerde medewerkers uit het PZ Duffel. Er wordt hun de mogelijkheid gegeven om mee om mee te lopen met collega's van PZT te beginnen met bestaande begeleidingen aan huis en vervolgens met nieuwe aanvragen, zodat hun expertise wordt gedeeld. Op die wijze willen we reeds in het eerste kwartaal van 2016 de equipes operationeel maken.
- 2017: vermoedelijke start tweede 2b team
- 2018: vermoedelijke start 2a team

Met welk tempo en hoeveel bedden in totaliteit worden afgebouwd is functie van verder overleg tussen alle betrokkenen. De projectvoorwaarden laat deze fasering toe. Bovendien wil het projectplan nogmaals uitdrukkelijk aandacht vragen voor de historische en schrijnenden ondercapaciteit aan ambulante zorg in de regio.

FUNCTIE 3 Verbreding participatie en samenwerking, oprichting herstelacademie en revalidatiecentrum

Met het Klaverblad (zie hoger) worden nu reeds heel wat doelen van de rehabilitatiegedachte gerealiseerd. Samenwerking met verder te inventariseren kwartiermakers, maatwerkbedrijven en reguliere trajectbegeleiding zijn verder groeiende. De uitdaging is het aanbod regionaal te verbreden zodat participatie gemaximaliseerd kan worden. Het prille inschakelen van ervaringswerkers mag volop toenemen.

- Januari 2016: lanceren vacatures voor voltijdse functie
- Maart 2016: aanwerving en opmaak van werkplan
- Tegen midden 2016 wordt:
 - een herstelacademie opgericht
 - een dossier voorbereid voor een psychosociaal revalidatiecentrum voor arbeidsrehabilitatie (RIZIV-conventie). De werkmiddelen 107 worden tijdelijk aangewend om de voorbereiding hiervan te stimuleren.

FUNCTIE 4: korte gespecialiseerde opnames binnen een goed afgestemde zorgketen

In de geest van 107 werd reeds heel wat dynamiek tot stand gebracht binnen de voorzieningen op niveau van functie 4. Noodzakelijkheid van opname wordt steeds geëvalueerd. Opnames worden steeds korter, zijn steeds meer specifiek doelgroepgericht, kennen steeds beter ontslagmanagement en afstemming met nazorgtrajecten (NTR, poliklinisch, BOR).

- Op 29 januari 2016 komen de participanten aan de functiewerkgroep samen om een werkplan op te stellen gericht op betere taakverdeling en onderlinge afstemming.

Bedoeling is dat ieders speerpunten en specialisaties daarbij worden gevaloriseerd in afstemming met reële noden en vragen in de regio.

FUNCTIE 5: doelgroepenwerking, crisisplannen en samenwerking met sociale huisvesting

Een meer expliciete doelgroepenwerking vormt de aanzet voor de realisatie van een breed gedifferentieerd woonaanbod. Het groeipad start met een inventaris van de noden op dit vlak. Er wordt een goed evenwicht betracht tussen wonen en gespecialiseerde begeleiding.

- Tegen midden 2016 wordt beoogd:
 - om met crisisplannen te werken waarbij alle partijen hun specifieke rol kennen.
 - intenser samen te werken met huisvestingsmaatschappijen zodat de GGZ anticiperend en ondersteunend werkt naar hun bewoners en omgekeerd zij als partner mee instaan voor een meer genormaliseerd verblijf voor wie vanuit PZ, BW of PVT uitstroomt.

6.2. Risico management

De historisch gegroeide onderfinanciering van CGG De Pont (met een tekort van 15 FTE's in vergelijking met andere CGG) wordt als grootste bedreiging gezien door het netwerk. We zien daartoe niet direct een structurele oplossing. Bovendien zal, door het nog beter bekend maken van het aanbod en van de rol die het CGG dient op te nemen voor vervolgzorg, het CGG nog meer vragen krijgen die niet efficiënt beantwoord zullen kunnen worden.

De bedreiging voor het PZ schuilt erin dat de huidige financiering nog steeds afgestemd is op bedbezetting terwijl de realiteit is dat er steeds meer opnames van zeer korte duur plaatsvinden waardoor eenzelfde bed al snel wordt ingenomen door een volgende patiënt. Deze turnover vraagt een steeds grotere inzet van zorg- én logistiek personeel. Deze inzet grenst regelmatig aan het quasi onhaalbare terwijl de ziekenhuisactiviteit, uitgedrukt als quotum, hierover geen informatie geeft en zelfs dreigt tot penalisatie te leiden.

Een aantal bedreigingen, geformuleerd bij de SWOT onder 4.5 en 5.2 werden reeds omgezet in remediërende doelstellingen in diverse functies.

7. Financiering en middelenallocatie

Personeelsmiddelen:

- Voor overleg wordt vanuit de verschillende partners eigen personeel ingezet en gefinancierd.
- Coördinatie: gefinancierd door 106.000€ FOD + 50.000€ OGGPA
 - A. Voltijdse master (Vicky Van Dooren) kan met ingang van 1 januari 2016 worden aangeworven
 - B. Vacature voor een huisarts-coördinator voor 12u werd reeds verspreid (sollicitaties worden verwacht tegen 5 januari 2016), aanwerving volgt kort daarna.

- Functie 2:
 - A. Op 1 januari 2016 worden voor personeel in het eerste 2b team 30 T-bedden in PZ Duffel bevroren.
 - B. Na evaluatie van de eerste resultaten zullen voor personeel in bijkomende 2b of 2a teams nog extra bedden in PZ Duffel worden bevroren.
- Psychiater mobiel 2b vanaf 1 januari 2016 en mobiel 2a vanaf 1 januari 2017 te financieren vanuit de 231.000€ FOD.

Opstartkosten te financieren vanuit de werkingskost 424.000€/jaar (gedurende 3 jaar)

- Functie 1:
 - A. voor opmaak en implementatie van het promotie- en preventieplan 0,5 VTE of +/- 35.000 €
 - B. Voor de uitbouw van het netwerkknooppunt: 1 VTE master +/- 70.000 €
 - C. Ter voorbereiding van een VDIP team: +/- 0,5 VTE of 35.000 €
- Functie 3:
 - A. ter ondersteuning van de subwerkgroepen en ter voorbereiding van de RIZIV conventie voor arbeidsrehabilitatie: 1 VTE of 70.000 €
 - B. Voor oprichting van de herstelacademie aanwerving van 1 VTE hersteldeskundige 70.000 €
- +/- 65.000 € voor allerlei aankoopkosten als informatica (laptops, software,...) GSM, bureaumateriaal, (elektrische) fietsen, medisch materiaal,...
- +/- 69.000 € voor allerlei recurrente werkingskosten zoals verplaatsing, telefonie, elektriciteit gas/water, netwerkonderhoud, drukken van brochures en folders, uitbouw en onderhoud website,...
- +/- 10.000 € voor vorming en bijscholing van medewerkers

Logistiek en infrastructuur

- De verschillende netwerkpartners stellen **locaties en infrastructuur** ter beschikking voor overleg, zowel op netwerkniveau als op cliëntenniveau.
- De **financiële en administratieve verwerking** van de activiteiten die binnen het netwerk ten laste van de projectmiddelen worden gelegd, vindt plaats bij de dienst boekhouding van het PZ Duffel. Er wordt een afzonderlijke kostenplaats gecreëerd waar transparant inkomsten en uitgaven worden bijgehouden en van waaruit desgewenst gerapporteerd kan worden.
- Het gedachtegoed wordt verspreid aan alle belanghebbenden via een elektronische **nieuwsbrief** en is te volgen via een **website**.