

Denktank GGZ regio Halle-Vilvoorde

NAAR EEN NIEUWE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG DOOR DE REALISATIE VAN ZORGCIRCUITS EN ZORGNETWERKEN

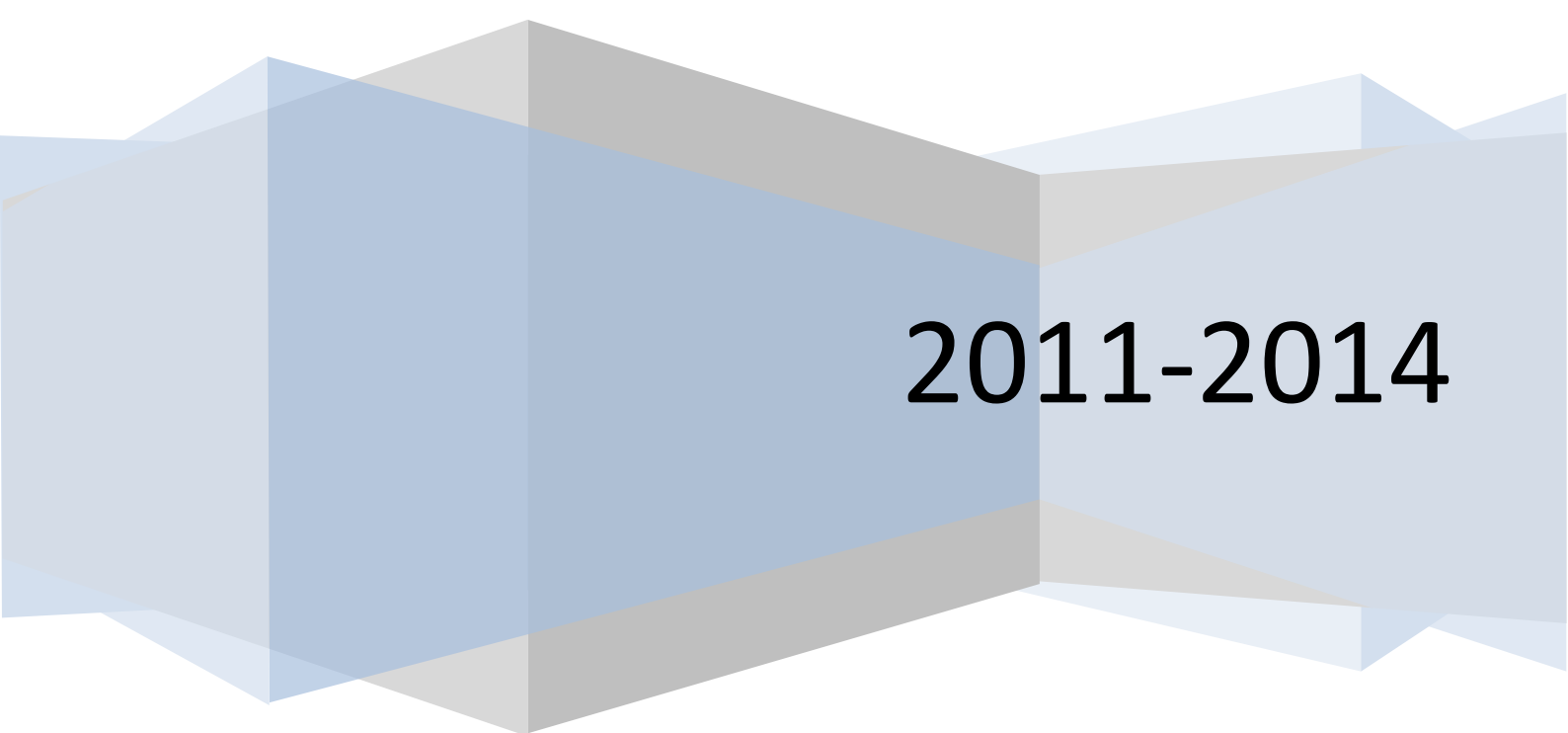
TOEPASSING VAN ARTIKELEN 11 EN 107 VAN HET KB
HOUDENDE DE COÖRDINATIE VAN DE WET OP DE
ZIEKENHUIZEN

EXPLORATIEPROJECT

Kandidatuurstelling 31/10/2010

Aangepaste versie 18/11/2011

Regio Halle-Vilvoorde-Brussel



2011-2014

INHOUDSOPGAVE

1	Toelichting van de visie van het project.....	3
1.1	Visie op hulpverlening	3
1.2	Centrale waarden	3
1.3	Vooropgestelde Waarden	4
2	Doelgroep	4
3	Doelstellingen	4
3.1	Verwachte meerwaarde voor de client	4
3.2	Operationalisatie	5
3.3	Doelstelling naar het personeel	5
3.4	Doelstelling naar het netwerk en de partners	6
4	Afbakening van het geografisch werkingsgebied	6
5	Beschrijving van de structuur	7
5.1	Netwerksamenstelling	7
5.2	Taakverdeling in het Netwerk	9
5.3	Nieuwe rollen	26
5.4	Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring	28
5.5	Management- en bestuursmodel	29
6	Ontwikkelingsstrategie van het netwerk	30
6.1	Fasering	30
6.2	Risico management	33
7	Financiering en middelenallocatie	34
8	BIJLAGEN	36
8.1	BIJLAGE 1 - SAMENSTELLING VAN HET FORUM	37
8.2	BIJLAGE 2 – FUNCTIES: GEDETAILLEERD HUIDIG AANBOD	39
8.3	BIJLAGE 3 - FIGUREN & TABELLEN	48
8.4	BIJLAGE 4 – BIJKOMENDE INFORMATIE - RISICOMANAGEMENT - WERKNEMERS	49
8.5	BIJLAGE 5 – SCHEMATISCHE VOORSTELLING VAN DE VIJF FUNCTIES	51
8.6	BIJLAGE 6 – FAMILIEPARTICIPATIE IN EEN ZORGNETWERK	52
8.7	BIJLAGE 7 – model van SAMENWERKINGSOVEREENKOMST	55
8.8	BIJLAGE 8 - BEHEERSOVEREENKOMST	58
8.9	BIJLAGE 9 – BEHEERS- EN OPERATIONEEL NIVEAU	61

1 TOELICHTING VAN DE VISIE VAN HET PROJECT

Het arrondissement Halle-Vilvoorde kampt van oudsher met een beperkt aanbod aan ambulante en residentiële voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Dit heeft er de partners van dit projectvoorstel al eerder toe aangezet om, uit noodzaak, voluit te investeren in netwerkvorming. Via het bundelen van de beperkte middelen en een zeer nauwe samenwerking van de ambulante en residentiële voorzieningen GGZ met de eerstelijns diensten, inclusief de zorgvragers en hun omgeving, kreeg zorgvernieuwing er het voorbije decennium zeker al een kan. Wij beschouwen deze regio dan ook als een valabel exploratieterrein bij uitstek om door de verdere uitbouw en optimalisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken de geestelijke gezondheidszorg naar een nieuw en beter zorgmodel te gidsen, met als uitgangspunten:

1.1 VISIE OP HULPVERLENING

- hulpverlening is geïnspireerd door eerbied voor mensen, hun ideologie en hun lijden
- hulpverlening gaat uit van een zorgvraag waarbij de cliënt maximaal het heft in eigen hand houdt
- hulpverlening doet maximaal beroep op het gezonde deel van de cliënt; zoeken naar de krachten van de cliënt, respect voor zijn zelfstandigheid en het maximaliseren van de eigen sturing (d.i. empowerment)
- hulpverlening is erop gericht de cliënt te helpen opdat hij optimaal kan functioneren in een sociaal netwerk. Er is aandacht voor 'ziekmakende' omgevingsfactoren
- hulpverlening hoort voor iedereen betaalbaar zijn
- hulpverlening is regionaal ingebed en wordt gedragen door verschillende diensten die op elkaar afgestemd zijn
- het hulpverleningsaanbod evolueert mee met de noden en houdt ook rekening met de andere actoren in het veld
- regionale inbedding van hulpverlening: hulpverlening richt zich in principe tot alle inwoners van een regio die daar nood aan hebben. Dit impliceert dat het exploratieproject er - via de weloverwogen aanwending van haar beperkte middelen - naar streeft dat:
 - alle belanghebbenden (inwoners, verwijzers, etc. uit de betrokken gemeenten) geïnformeerd zijn over het beschikbare zorgaanbod
 - de bij de bevolking aanwezige noden worden gedetecteerd (o.m. ook via bevraging van de eerste en de derde lijn), zodat het zorgaanbod hieraan kan aangepast worden

1.2 CENTRALE WAARDEN (IN DE ONGANG MET CLIËNTEN BINNEN HET HULP- EN DIENSTVERLENINGSAANBOD)

- een gepersonaliseerde en respectvolle houding t.a.v. de cliënt (ongeacht afkomst, levensbeschouwelijke of politieke overtuiging, ...)
- het maximale zelfbeschikkingsrecht van de cliënt
- het recht op informatie en inspraak van de cliënt

- de garantie voor de bescherming van persoonlijke levenssfeer

1.3. VOOROPGESTELDE WAARDEN (IN DE ZORGORGANISATIE DIE WENSEN BEWAARD TE WORDEN)

- evidence - based wijze van werken
- monitoring van de begeleiding
- hulp wordt spaarzaam aangeboden: niet meer specialistische zorg dan nodig
- er is maximale aandacht voor empowerment
- Het model is slechts realiseerbaar binnen een regionaal werkmodel waarbij verschillende schakels van zorg in een continu pad beschikbaar zijn. De begeleiding is in die zin naadloos.

2 DOELGROEP

Het project richt zich op de doelgroepen van **jongvolwassenen & volwassenen**, dus in hoofdzaak behorend tot de **leeftijdsgroep van 16 tot 65 jaar** (grensinclusies zijn mogelijk).

Rekening houdend met ieders draagkracht, engageren de partners van het project zich om maximaal bij te dragen in de uitwerking van de verschillende functies in het werkingsgebied. Dit zal de instroom garanderen:

- voor een brede doelgroep van GGZ-indicaties
- in de verschillende graden van ernst (licht - matig - ernstig)
- en ontwikkeling (acuut – chronisch, eenmalig - recidiverend)

De partners engageren zich voor een aanmelding en een instroom vanuit de verschillende hulpverleningslijnen.

Een GGZ indicatie betekent dat, na een professionele inschatting, de cliënt (en omgeving) een beginnend of bestaand ernstige psychisch lijden ondervindt waarbij zorg verantwoord is. Na deze inschatting zal de zorg een specifiek behandelpad op maat volgen. Dit behandelpad streeft een naadloos hulpaanbod na, volgens de principes beschreven in de visie (cfr. 1. Visie / pag. 2)

3 DOELSTELLINGEN

3.1 VERWACHTE MEERWAARDE VOOR DE CLIENT

Het exploratieproject heeft tot doel om voor een zo groot mogelijk deel van de doelgroep een aangepast zorgaanbod beschikbaar te stellen zodat:

- de ontwikkeling tot psychisch lijden/ziekte - waar mogelijk - voorkomen kan worden
- de intensiteit en impact van psychisch lijden/ziekte verminderd kan worden
- het herval zo sterk mogelijk teruggedrongen kan worden.

Het exploratieproject ondersteunt maximaal een inclusie in de samenleving, zodat het verwerven en behouden van werk, partner en vrienden, en het vinden van een geschikte woonomgeving gerealiseerd kan worden. De behandeling heeft tevens tot doel een verlichting van de symptomen te realiseren zodat persoonlijke wensen en doelen beter gerealiseerd kunnen worden.

Samengevat betekent dit:

- Inclusie gefocust
- Destigmatiserend in aanpak en benadering en gericht op normaliseren
- het natuurlijke netwerk maximaal betrekken en ondersteunen: familie, vrienden, ...
- empowerment: de cliënt wordt maximaal betrokken vanuit een vraaggestuurde benadering en methodische aanpak
- de begeleiding verschuift sterk naar constructie; reflectie is onderdeel van de begeleiding
- de begeleiding is gericht op het bieden van hoop en keuzemogelijkheden.

3.2 OPERATIONALISATIE

De doelgroep is zeer verscheiden in ernst van ziekte. Het verloop van ziekteperiodes kan de aanpak doen evolueren van een therapiegerichte naar een meer aanklappende relatie of soms zelfs beschermende opstelling (bij gevaar voor de cliënt of voor de omgeving). Hoopgerichtheid, empowerment en spaarzaamheid in bemoeienis dienen echter steeds als oriënterende principes aanwezig te zijn.

In de therapeutische basishouding van de hulpverlener wordt zo sterk mogelijk een vraaggestuurde aanpak aangehouden.

Het aanbod moet in die zin vlug, vlot en laagdrempelig aangeboden kunnen worden. Een gedeelte van de interventies zullen aan huis of op gekozen locatie doorgaan. Activiteiten en diagnostiek zijn voor ieder toegankelijk en een financiële vergoeding mag geenszins het laagdrempelig aanbod beperken.

3.3 DOELSTELLING NAAR HET PERSONEEL

3.3.1. Het personeel dat de bestaande kernactiviteiten in de participerende organisaties verzorgt

Deze personeelsleden leren progressief het netwerk en de opdrachten van de partners kennen zodat zij enerzijds hun eigen bijdrage en deze van de partners duidelijk leren situeren, en anderzijds hun eigen hulpaanbod in het kader van een breder zorgaanbod effectief kunnen inschakelen. De motor hiervoor is zorgoverleg waarbij de patiënt/cliënt manager is van zijn eigen zorgplan en de inbreng van de betrokken hulpverleners optimaal op elkaar afstemt.

3.3.2. De personeelsleden in de nieuwe teams voor het realiseren van de naadloze ambulante zorg

Het nieuw op te richten team voor de ambulante behandeling in de thuisomgeving van acute en langdurige psychiatrische problemen, organiseren binnen een werkingsgebied de zorg vanuit een multimethodische aanpak. Deze teams zijn bij voorkeur multidisciplinair samengesteld uit medewerkers van de verschillende participerende organisaties en/of sectoren en zullen functioneren als één team:

- in de opvolging van de cliënten doorheen verschillende zorgmodules/funcities
- in het aanbieden van activiteiten: spaarzaam, evidence-based en gemonitored
- met één registratie en zorgbewaking
- waarbij de medische verantwoordelijkheid onder leiding staat van een psychiater
- dat zich kenmerkt door zijn hechte teamvorm en niet als de samenstelling van losse individuen uit verschillende organisaties, wat door de wijze van samenstelling een reëel risico kan zijn
- dat in belangrijke mate gebruik maakt van ieders expertise, en onderdelen van begeleiding

kan aanvullen of overnemen

- door de cliënt ervaren wordt als een team dat een naadloos en gedragen zorgaanbod biedt, waar hij/zij een zeer laagdrempelige toegang toe heeft
- waar in de functieprofielen het aspect 'teamspeler' een hoge score heeft, naast een open geest en respect voor de verschillende settings betrokken in het regioteam

3.4 DOELSTELLING NAAR HET NETWERK EN DE PARTNERS

- De partners onderschrijven een samenwerking in de geest van de visie en een loyaal engagement in het aansturen van de eigen werknemers om te participeren aan het project
- De partners evalueren minstens jaarlijks hun inzet, inbreng, resultaat en knelpunten in de samenwerking en de realisering van visie en doelstelling. Zij voegen hierbij een plan van verbeterpunten die de werking verder kan optimaliseren.
- De partners creëren een passend opleidingsaanbod, stimuleren de groepsvorming in de teams en hanteren een methodiekopvolging die de samenwerking van teams in het werkingsgebied onderbouwt conform de visie.
- De kernpartners van het project motiveren ontbrekende belangrijke partners om te participeren aan de uitbouw en uitbreiding van het exploratieproject

4 AFBAKENING VAN HET GEOGRAFISCH WERKINGSGBIED

De ' Denktank Geestelijke Gezondheidszorg Halle-Vilvoorde ' - opgericht in de schoot van het overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant (VLABO) - buigt zich sinds een zestal jaren op permanente basis over de ontwikkeling van geestelijke gezondheidszorg in het arrondissement Halle-Vilvoorde en de verbetering van de samenwerking tussen de verschillende voorzieningen.

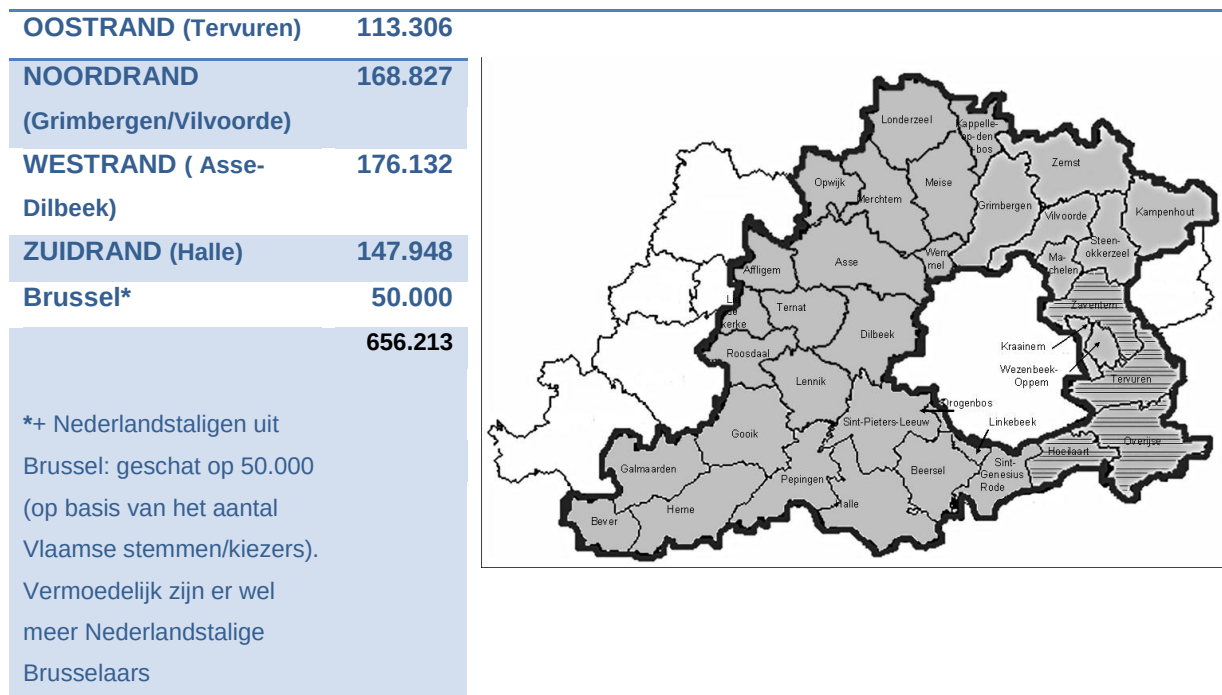
Werkingsgebied

- Het arrondissement Halle-Vilvoorde ligt als een ring om het Brussels hoofdstedelijk gewest. Om de werking te operationaliseren, onderscheidt de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde een indeling in een noordrand, een westrand, een zuidrand en een ooststrand als subregio's.
- **Brussel** wordt betrokken in de uitwerking voor de functie 2. Voor de functie 2a is het UZ Brussel bereid (samen met het PZ St-Alexius en de PAAZ-en uit Halle-Vilvoorde) om als een belangrijke ondersteuning in de organisatie van acute zorg voor de regio Halle-Vilvoorde-Brussel te fungeren. Voor de functies 2B willen actoren zoals het PSC-Elsene, met zijn TrACTor-werking, de initiatieven voor beschut wonen Primavera, Festina Lente, Mandragora en het PVT Thuis hun ambulante zorgaanbod voor de nederlandstaligen in Brussel versterken via afstemming en samenwerking met het exploratieproject van Halle-Vilvoorde
- De **OOSTRAND** (subregioTervuren) wordt deels bediend door zorgvoorzieningen vanuit het zorggebied Leuven en deels door diensten vanuit het zorggebied Halle-Vilvoorde (CAW, CGG PassAnt, SEL/GDT, PZT en PZ Sint-Alexius). Dit verklaart de aanwezigheid in de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde van een aantal voorzieningen met zetel in de regio Leuven, maar actief

in deze gemeenten (CGG VBO vestigingsplaats Sterrebeek, het UPC Kortenberg, het IBW De Hulster). Zij engageren zich er toe de uitwerking van de functie 2 in het hulpaanbod van de subregio Tervuren mee te verzekeren. De beide netwerken zullen deze verdere afstemming op zich nemen.

- o De afbakening van de **WESTRAND** (subregio Asse) volgt voorlopig de provinciegrens met Oost-Vlaanderen. Voor partners zoals de PAAZ van het OLV Aalst – campus Asse - overschrijdt het werkingsgebied evenwel deze provinciegrens.

Figuur 1: Visualisatie van het geografische werkingsgebied Halle - Vilvoorde



5 BESCHRIJVING VAN DE STRUCTUUR

5.1 NETWERKSAMENSTELLING

5.1.1 Inleiding samenstelling

Partners die participeren aan de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde en de uitwerking van het exploratieproject regio Halle-Vilvoorde-Brussel, onderschrijven het samenwerkingsprotocol (cfr. bijlage) dat de voorbije jaren binnen de Denktank GGZ Halle-Vilvoorde werd ontwikkeld en door de raden van bestuur van de betrokken voorzieningen werd goedgekeurd.

Bij de voorbereiding van het project onderscheiden wij voor het werkingsgebied volgende partners:

- o Partners die zich inschrijven in het exploratieproject door effectief middelen te (her)alloceren om de eerste fase van het project mee te realiseren en onder meer de oprichting van nieuwe ambulante teams binnen functie 2 te realiseren en de versterking van functie 3 te bewerkstelligen.
- o Partners die effectief participeren en een belangrijke rol spelen in het ontwikkelen van het project en effectief participeren aan de werking ervan, maar zich in een eerste fase nog niet

kunnen engageren tot het (her)alloceren van middelen voor de realisatie van functie 2 en de versterking van functie 3.

- Partners ad hoc

5.1.2. Partners die vandaag bij het project betrokken zijn

A) Coördinatie van het project

- Psychiatrisch Ziekenhuis Sint- Alexius

B) Partners die zich inschrijven in het exploratieproject en op korte termijn middelen heralloceren om de eerste fase van het project mee opstarten.

- Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus , inclusief zijn VDIP-project
- SPPiT (Samenwerkingsinitiatief voor Patiënten met Psychiatrische problemen in de Thuisituatie) – Project psychiatrische thuiszorg
- Initiatief voor Beschut Wonen De Raster vzw
- Centrum voor geestelijke gezondheidszorg PassAnt
- UZ Brussel - PAAZ
- SEL Zorgnetwerk Zenneland (tevens Geïntegreerde dienst voor thuiszorg - GDT)
- Psychiatrisch Verzorgingstehuis Sint-Alexius

C) Partners die participeren aan de ontwikkeling en werking van het project maar in een eerste fase nog geen middelen heralloceren voor de realisatie van functie 2 en de versterking van functie 3.

- Psychiatrisch Verzorgingstehuis Sint-Alexius
- Psychiatrisch Verzorgingstehuis Thuis
- Home Select
- Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg VBO
- Initiatief voor Beschut Wonen De Hulster vzw
- PAAZ AZ Jan Portaels Vilvoorde
- PAAZ AZ Sint-Maria Halle
- PAAZ O.L.V.- Aalst - Campus Asse
- Psychiatrisch Ziekenhuis UPC - K.U.Leuven campus Kortenberg
- Psycho-Sociaal Centrum St.-Alexius Elsene (inclusief TrACTor en de IBW's Festina Lente en Mandragora)
- Beschut Wonen Primavera vzw
- CAW Delta te Lennik
en het CAW Regio Vilvoorde
- Centrum voor geestelijke gezondheidszorg Brussel
- Patiëntenvertegenwoordiging 'DENK' (Door Ervaring Naar Kennis)
- Familievereniging Similes
- MEDIRAND vzw (vertegenwoordiging huisartsenvereniging van de Vlaamse rand)

D) Andere partners die ad hoc te betrekken zijn bij de uitwerking van het project.

- LOGO's in de regio (ter ondersteuning van F1)

- OCMW's in de regio (ter ondersteuning van F1)
- Arbeid en Arbeidsrehabilitatie / Arbeidszorg / Activering: VDAB werkwinkels, TAT 2, JobLink, sociale werkplaatsen (Diepen Boomgaard, Televil) , Lokale Dienstencentra van de gemeenten, (ter ondersteuning F2 en F3)
- Gespecialiseerde drughulpverlening: Ambulante drughulp De Spiegel (ADA) te Asse, MSOC te Vilvoorde, PISAD te Liedekerke
- Huisvestingsmaatschappijen, Woonwinkels, projecten Wonen & Welzijn (Ondersteuning F5)

5.2 TAAKVERDELING IN HET NETWERK

5.2.1 Inleiding taakverdeling van de vijf functies in het netwerk

Een goed werkplan verbindt de 5 functies en programmeert de ontwikkelde methodiek met de kwantitatieve zorgnood van het betrokken gebied. In dit werkmodel betekent een functie geen team of organisatie. Iedere organisatie of team kan betrokken worden in de uitwerking van meerdere functies. Met de al bestaande kernfuncties van de organisaties (vb. begeleiden van een woonvorm door Beschut Wonen, psychotherapie/diagnostiek door een CGG, residentiële opname door PAAZ en PZ...) wordt een naadloos zorgtraject uitgebouwd. Zij vullen in het schema deelfuncties in.

In kader van het realiseren van functie 2 is het ten volle tot ontwikkeling komen van ambulante behandelteams aan huis zeer belangrijk. Met als basis het integreren van de verschillende bestaande outreachende werkingen en versterkt door de vrijgekomen capaciteit die het resultaat is van de afbouw van ziekenhuisbedden willen we komen tot de ontwikkeling van:

- Een team voor intensieve behandeling in de thuisomgeving bij acute of subacute psychische problemen (24 u en 7dag) - Deze functie 2a wordt mee ondersteund door het tweede type van ambulant team (functie 2b), maar ook de zorgeenheden voor acute residentiële opvang (functie4)
- Een team voor behandeling in de thuisomgeving van chronische psychische problemen (functie 2b), gekenmerkt door zijn nauwe samenwerking met zowel een residentiele dienst, als de eerste en tweede lijn hulpverleners, de patiënt zelf en zijn familie.

Bovendien zullen in het kader van functie 3 en 5 in belangrijke mate zowel de rehabilitatie- en activeringsfunctie als de woonfunctie ingeschakeld en ontwikkeld moeten worden. In wat volgt worden de vijf functies toegelicht aan de hand van een aantal thema's (basisfilosofie en uitgangspunten, partners, huidig aanbod, toekomstvisie, geplande acties).

5.2.2 Functie1: Aanmelding, diagnosestelling en indicatiestelling

A) BASISFILOSOFIE

Door aan preventie en promotie te doen en een goede screening, diagnostiek en vroeginterventie aan te bieden, kan de impact van psychologische/psychiatrische problemen op het algemeen functioneren ingeperkt worden en is de kans op herstel het grootst. Door een snelle detectie van psychische moeilijkheden trachten we de cliënt zo snel mogelijk bij de juiste zorg te brengen, in functie van zijn noden op dat moment, en dit volgens de principes van getrapte zorg.

Het is onze opdracht om cliënten snel verder te helpen, hen wegwijs te maken in het complexe GGZ-labyrint en toe te leiden naar de zorg die het beste bij hun noden van de cliënt past. Functie 1 situeert

zich op verschillende niveau's namelijk zowel op de eerste als de tweede lijn. Een bijzonder belangrijke taak is er weggelegd voor de huisarts die als spilfiguur vaak als eerste psychische/psychiatrische problemen bij de cliënt opmerkt.

Als uitgangspunt onderscheiden we binnen functie 1 twee deelfuncties, namelijk F1a en F1b. Onder F1a vallen de diensten die aan preventie doen. De nadruk van de acties binnen deze deelfunctie ligt op het geven van informatie en voorlichting aan de bevolking. Er wordt hierbij gedacht aan universele preventie, promotie en selectieve preventie. Met F1b worden alle ambulante behandelingsgerichte interventies bedoeld, met uitzondering van deze die in F2a en F2b beschreven worden. Hieronder vallen de vroeginterventieteams, de ambulante diagnostiek en de ambulante behandeling. De belangrijkste taken van dit team zijn: screening en diagnosestelling, geïndiceerde preventie en detectie, zorggerichte preventie, voeginterventie en ambulante begeleiding op dienst.

B) PARTNERS

Huisartsen /eerstelijnspsycholoog/privé psychologen en andere privé aanbieders/ CGG Ahasverus/ CGG PassAnt/ SEL Zorgnetwerk Zenneland / Centra algemeen welzijn/ Logo's/ Preventio/ PZT/ apothekers/ Similes/ DENK/ patiëntenverenigingen/ wijkgezondheidscentra/ voorzieningen met Riziv-conventie/mutualiteiten/Alianza/Werkgroep Verder/PAAZ'en...

C) HUIDIG AANBOD

Er wordt in het huidige aanbod een onderscheid gemaakt tussen het aanbod binnen functie 1a en 1b. Wat volgt is een kort overzicht van het huidige aanbod. Een uitgebreidere beschrijving zit in Bijlage 2.

F1a - PREVENTIE

→ Universele preventie en promotie van de GGZ

- Logo Zenneland
- Apothekers
- Mutualiteiten
- VLASP-Preventio

→ Selectieve preventie

- Piekurtjes
- CAW Delta, CAW regio Vilvoorde vzw
- SPPiT, CGG Vlaams-Brabant Oost/Ahasverus/PassAnt
- VLASP-Preventio
- Familievereniging
- Patiëntenparticipatie
- Alianza
- Werkgroep Verder

F1b – BEHANDELINGSGERICHTE AMBULANTE ZORG

→ Ambulante screening en diagnosestelling

- Huisartsen
- Eerstelijnspsycholoog
- CAW

- Privépsychologen en andere privé aanbieders
- CGG Ahasverus, CGG PassAnt en CGG Vlaams-Brabant Oost
- Poliklinische functie van PAAZ Vilvoorde, PAAZ Asse, PAAZ Halle, UZ Brussel en PZ St. Alexius

→ *Geïndiceerde preventie en/of vroegdetectie*

- Huisarts, groepspraktijk en wijkgezondheidscentra
- Eerstelijnspsycholoog
- CAW
- CGG Ahasverus, CGG PassAnt en CGG Vlaams-Brabant Oost

→ *Zorggerichte preventie en/of vroeginterventie*

- Huisartsen
- Psychiatrische Thuiszorg (SPPiT)
- CAW
- Voorzieningen met een RIZIV-conventie
- CGG Ahasverus, CGG PassAnt, CGG Vlaam-Brabant Oost
 - Vroeginterventie bij eerste psychose (VDIP).
 - Suïcidepreventie van de CGG
 - Groepswork, psycho-educatie:

→ *Ambulante begeleiding op de dienst*

- CGG Ahasverus, CGG PassAnt en CGG Vlaams-Brabant Oost
- Zorgpaden
- CAW
- Poliklinische functie van PAAZ Vilvoorde, PAAZ Asse, PAAZ Halle, UZ Brussel en PZ St. Alexius

D) TOEKOMSTVISIE

In het GGZ landschap is functie 1 de eerste toegangspoort naar de geestelijke gezondheidszorg. Voor een regio met 656.213 inwoners wordt het doelpubliek epidemiologisch ingeschat op 78.000 mensen gespreid over drie doelgroepen (jongeren, volwassenen en ouderen). De rol van de huisarts binnen functie 1 staat centraal. Daarnaast kan ook een belangrijke rol weggelegd zijn voor de eerstelijnspsycholoog door nauw samen te werken met de huisartsen en de diensten die behoren tot functie 1 en 2. In de projectaanvraag die momenteel loopt bij de Vlaamse gemeenschap worden voor de eerstelijnspsycholoog als belangrijkste taken beschreven: screening, diagnostiek en indicatiestelling op vraag van de huisarts, alsook het aanbieden van kortdurende behandelingen voor niet-complexe problemen.

Wat de aanmelding bij functie 1 betreft, willen wij grondig onderzoeken of dit in de toekomst via één aanmeldingspunt kan verlopen. Daarom werd bij de provincie Vlaams-Brabant een projectaanvraag ingediend om de haalbaarheid hiervan na te gaan. Het gebruik van één aanmeldingspunt zou als groot voordeel kunnen inhouden dat de hulpvrager zich slechts tot één punt moet wenden wat de subsidiariteit en kortelijnswerking ten goede moet komen. In dat kader wordt ook onderzocht of via dit

aanmeldingspunt een link van functie 1 naar functie 2 kan worden gelegd. De ontwikkeling van een portaalwebsite wordt overwogen en ook hiervoor is, in samenwerking met de regio Leuven, een project ingediend bij het provinciebestuur van Vlaams-Brabant. De portaalwebsite wil een overzicht bieden van het zorgaanbod binnen de vijf functies, maar de gebruiker ook effectief begeleiden en toeleiden naar dit zorgaanbod.

Opgemerkt wordt dat de bescheiden programmering voor de regio ten aanzien van Vlaanderen inzake functie 1, niet verhindert maar wel aanzet om met beperkte middelen creatief een verscheidenheid aan opdrachten te beantwoorden.

E) GEPLANDE ACTIES

- IN KAART BRENGEN (VOOR DE REGIO)

In kaart brengen en betrekken van de niet-georganiseerde zorg van privé- therapeuten en psychiaters. Dit kan eventueel een taak zijn van de 1stelijnspsycholoog.

- SAMENWERKING FUNCTIE 2

Een goede samenwerking met en afstemming op het zorgaanbod van ambulante behandelteams in de thuisomgeving (F2) bewerkstelligen, en vise versa.

- SAMENWERKING FUNCTIE 4

Voor wat betreft indicatie- en diagnosestelling: de samenwerking met functie 4 optimaliseren, en dan meer specifiek met het poliklinisch aanbod hierin, optimaliseren. Maar ook werk maken van de uitbouw van de specifieke functie 'eerstelijnspsycholoog' in het netwerk.

- AANMELDINGSPUNT

Na onderzoeken, een eenvoudig en efficiënt aanmeldingspunt-systeem creëren met de verschillende organisaties dat: snel kan reageren, de verschillende organisaties hun plaats geeft en in samenwerking met de andere functies/organisaties een kwalitatieve screening en diagnostiek verzorgt met gepaste doorverwijzing

- STRUCTUREEL OVERLEG

Structureel overleg tussen de samenwerkende partners realiseren met als doel een betere afstemming van het aanbod, de doorverwijzing en de noden, en dit via het operationaliseren van het Functie Overleg Comité FOC 1 (overlegplatform voor functie 1).

- POOLING MIDDELEN

Pooling van middelen om de functie te realiseren

- PROGRAMMERING (VOOR DE OVERHEID)

De projectoproep eerstelijnspsycholoog draagt bij tot het invullen van de nodige randvoorwaarden. Programmering is essentieel om een goede getrapte zorg te realiseren. Indien wachtlijsten een belemmering worden, dan ontstaat een onbedoelde instroom in andere functies/organisaties. Het optrekken van de capaciteiten van de bestaande diensten tot een Vlaams gemiddelde zou voor de komende 5 jaar een doelstelling mogen zijn.

5.2.3 Functie 2: Ambulante intensieve behandelingsteams in de thuisomgeving voor (sub)acute en chronische psychiatrische problemen

A) BASISFILOSOFIE

De uitbouw van deze functie steunt op de werking van bestaande projecten Psychiatrische Thuiszorg (PZT), Vroeg Detectie Psychosen (VDIP) en andere outreachende projecten. Deze projecten zijn in de regio al goed geïntegreerd in de eerste lijn (SEL - GDT). Bovendien beschikken Beschut Wonen De Raster en de Open Cirkel vanuit hun aanbod beschut zelfstandig wonen ook over expertise met betrekking tot ambulante zorg aan huis. Hun ervaring in de mobiele en ambulante werking alsook samenwerken met eerstelijns diensten, is zeer waardevol voor de toekomstige werking en een belangrijke hulp voor de nieuwe medewerkers die vertrouwd dienen te geraken met het soms intensief outreachend werken en het opereren binnen mobiele behandelteams.

Binnen functie 2, bestaande uit ambulante intensieve behandelteams naar de thuisomgeving, onderscheiden we de behandeling van acute en subacute psychiatrische problematiek (F2a) en anderzijds de behandeling van chronische psychiatrische problemen (F2b). De teams binnen functie 2a moeten snel interveniëren aan huis waarbij het sociale netwerk en de naaste betrokkenen nauw betrokken worden. Dit interveniëren gebeurt intensief, eventueel meerdere keren per week of per dag met een maximum termijn van 1 maand. De doelstelling hierbij is een opname in een PAAZ of PZ waar kan te vermijden en indien wel nodig, zo kort mogelijk te houden. Het 2a-team heeft een gedeelde caseload en is 24u/24u en 7d/7d bereikbaar. Het 2b-team zal mensen behandelen met een gekende chronische psychiatrische problematiek en nood aan een langdurige begeleiding aan huis. Ook hier zijn de betrokkenheid van het ambulante hulpverleningsnetwerk en de naaste betrokkenen cruciaal. Het team coördineert het netwerk rond de cliënten en elke cliënt heeft zijn eigen casemanager. Er zal een bereikbaarheid zijn van 12u/dag (8u/dag in het weekend) en dit 7d/7d.

B) ALGEMENE PRINCIPES VOOR DE AMBULANTE BEHANDELINGSTEAMS

- AMBULANT AAN HUIS/MOBIEL

De zorg gebeurt het best in de thuisomgeving van de cliënt, tenzij de cliënt anders verkiest of tenzij er tegenindicaties zijn dat de zorg best *niet* thuis gegeven wordt.

- MULTIDISCIPLINAIR

Verschillende disciplines zijn aanwezig, zoals psychiater, psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog en maatschappelijk werker. Een ervaringsdeskundige is wenselijk. Belangrijk is het uitwerken en vormen van een breed omvattende expertise bij de teamleden: symptoombehandeling, aandacht voor de familie en omgeving, het wonen, het werken, de vrije tijd, farmacotherapie en verslavingsdeskundigheid.

- CASEMANAGEMENT

Individuele begeleiding door een casemanager aangevuld met expertise gebundeld in het multidisciplinaire behandelingssteam is een geschikte en een spaarzame begeleidingsvorm voor stabiele cliënten en cliënten die zich in een (sub)acute toestand bevinden.

- SAMENWERKING MET HUISARTS

Het uitgangspunt is dat elke cliënt een huisarts kiest waarmee kan worden samengewerkt.

- CONTINUÏTEIT

Elke wijziging in het traject wordt door de casemanager aan de betrokken huisarts gecommuniceerd zodat het overzicht behouden blijft en aldus de continuïteit én kwaliteit ten goede komt. Ook bij

opname in een PAAZ of PZ blijft de casemanager contact houden met de cliënt, het behandelende team en de huisarts. Het ambulante team werkt intensief samen met andere sociaal maatschappelijke diensten. Deze expertise is reeds aanwezig bij de medewerkers van de Psychiatrische Thuiszorg en de coördinatoren van de Therapeutische Projecten.

- SYSTEEMGERICHT

Familie en omgeving worden zoveel als mogelijk en op voorwaarde dat de cliënt zijn toestemming hiervoor geeft (met uitzondering van minderjarige cliënten: hiervoor is geen expliciete toestemming vereist), betrokken bij de behandeling van een cliënt. Bovendien is de draagkracht en zorg door mantelzorgers en familie een aandachtspunt van de casemanager. De familieorganisaties en patiëntenverenigingen worden betrokken in de verdere uitwerking (ondermeer psycho-educatie, belangenverdediging en project familiecoach Similes).

- NAUW AANSLUITEND OP F1 MAAR OOK IN SAMENWERKING MET FUNCTIES F3, F4 EN F5

C) PARTNERS

Psychiatrische Zorg in de Thuisomgeving/ VDIP/ Initiatieven Beschut Wonen De Raster & De Open Cirkel/ CGG Ahasverus & PassAnt/ PZ St. Alexius/ UZ Brussel/Therapeutische Projecten TP20 en TP28

D) TOEKOMSTVISIE

In een eerste fase van het exploratieproject willen we zowel een team functie 2a als functie 2b uitbouwen. In de volgende fases en afhankelijk van de bijkomende te heralloceren middelen beogen wij de uitbouw van meerdere 2a- en 2b-teams gespreid over de ganse regio (zie Figuur 5 p. 35). In wat volgt, wordt eerst de toekomstvisie met betrekking tot een 2a-team besproken en nadien de visie met betrekking tot een 2b-team.

2A-TEAM – AMBULANT BEHANDELEN IN DE THUISOMGEVING VAN (SUB)ACUTE PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

De algemene principes voor het ambulante behandelteam staan hierboven beschreven. Bijzondere kenmerken voor wat de werking van het F2a-team betreft, zijn:

→ Medische functie

De psychiater neemt de medische functie op zich binnen het ambulante behandelteam. Hij/zij neemt dagelijks deel aan de briefing en wekelijks aan de teamvergadering en aan het zorgoverleg. Daarnaast wordt de functie voorzien voor consultaties, contacten, enzovoort. In uren uitgedrukt wordt voor deze opdracht alvast minimum 12 uren psychiater voorgesteld.

Bovendien zal de psychiatrische wacht van de deelnemende ziekenhuizen (PZ St. Alexius en UZ Brussel – fase1) bereikbaar en beschikbaar zijn voor ondersteuning. De hoofdgeneesheer heeft hierbij een coördinerende functie. Wat de cliënten betreft, gaat het zowel om *gekende* als om *nieuwe* cliënten, op voorwaarde dat de psychiatrische/psychosociale problematiek gediagnosticeerd is door een huisarts of hulpverlener GGZ en bekrachtigd door de psychiater van het ambulante behandelteam.

→ Teamsamenstelling

De teamsamenstelling voor het eerst op te richten 2a-team – voor een beperkte regio (+/- 125 000 inwoners) en een beperkte caseload (permanente 20 dossiers) – zal ongeveer 12 à 14 VTE's bedragen. In dit multidisciplinaire team vinden wij naast de psychiater en een teamcoördinator ook een psycholoog, een maatschappelijk assistent/ontslagmanager, een voldoende aantal thuisbegeleiders (verpleegkundige/zorgkundige) en therapeuten (ergo, psycho-motorisch e.a.).

→ **Aanmelding en permanentieregeling 2a**

Er is 1 aanmeldingspunt voor het 2a-team waar huisartsen en/of andere zorgverstrekkers permanent terecht kunnen. Dit aanmeldingspunt wordt bemand door een lid van het 2a-team. De permanentieregeling is opgesplitst in twee blokken:

- Van 8u tot 20u:
 - o Medewerker mobiel team
 - o Advies kan gevraagd worden aan
 - Arts van het mobiele 2a-team
 - Psychiater van wacht van het Psychiatrisch Ziekenhuis
- Van 20u tot 8u:
 - o Medewerker mobiel team
 - o Advies en ondersteuning kan gevraagd worden aan de psychiater van wacht van de Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis

→ **Regio**

De beschikbare middelen in de eerste fase van het project noodzaken ons voor het 2a-team een beperkte regio af te bakenen om ook de verwachte intensieve behandeling en frequente begeleiding aan huis te kunnen bieden en waarborgen. Gezien de middelen en medewerking die van daaruit kunnen geboden worden, lijkt de beste keuze hiervoor een regio (+/- 125.000 inwoners) die binnen de directe invloedssfeer van het PZ St. Alexius te Grimbergen, het UZ Brussel te Jette en het AZ Jan Portaels te Vilvoorde liggen. Er dient, en zal, ook rekening gehouden worden met afbakening van de (homogene) wachtdiensten van de huisartsenkringen in deze regio.

Een gefaseerde uitbouw van functie 2a in de rest van het arrondissement zal er komen naarmate de overige PAAZ'en kunnen meestappen in het verhaal en voldoende bijkomende middelen beschikbaar komen.

→ **Caseload**

Binnen de afgebakende regio voor functie 2a stellen we een permanente caseload van 20 cliënten voorop. Hiervoor houden wij rekening met de samenstelling van het eerste 2a-team, de grootte en aard van de afgebakende regio, alsook onze ervaringen in onder meer de projecten Psychiatrische Thuiszorg en VDIP en de zorgeenheden voor crisisinterventie van de betrokken ziekenhuizen.

→ **Duur van de begeleiding**

De intensieve begeleiding mag maximaal een maand duren. We kunnen ervan uitgaan dat indien een intensieve begeleiding op deze termijn geen soelaas biedt, een behandeling in een meer gespecialiseerde en (semi-)residentiële setting zich opdringt.

2B-TEAM – AMBULANT BEHANDELTEAM IN DE THUISOMGEVING VAN CHRONISCH PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN

De algemene principes van het 2b-team staan hierboven beschreven. Deze functie bouwt verder op de expertise en kennis van de medewerkers uit de projecten Psychiatrische Thuiszorg, Individueel Beschut Zelfstandig Wonen, de Therapeutische projecten en VDIP die vandaag de dag reeds begeleidingen doen van chronische met complexe psychiatrische en psychosociale problemen in de thuissituatie.

Andere bijzondere kenmerken voor wat de werking van het 2b-team betreft, zijn:

→ Medische functie

De psychiater neemt in het ambulante 2b-team ongeveer dezelfde functie op zich als in het 2a-team. Hij/zij neemt dagelijks deel aan de briefing en wekelijks aan de teamvergadering en aan het zorgoverleg. Daarnaast wordt de functie voorzien voor consultaties, contacten, enzovoort. In uren uitgedrukt wordt hier aan een opdracht van minimum 15u psychiater gedacht voor het eerst op te richten 2b-team. Ook hier wordt gerekend op de ondersteuning van de wachtdienst van het PZ Sint-Alexius, maar ook van de psychiaters van de PAAZ'en in de betrokken subregio's.

→ Teamsamenstelling

Deze samenstelling geldt voor een 2b-team voor het volledige arrondissement Halle – Vilvoorde met een caseload van 250 à 300 dossiers. Hiervoor voorzien we 15 VTE's. Het multidisciplinaire team zal naast een psychiater en teamcoördinator minstens bestaan uit een psycholoog, een maatschappelijk assistent, een voldoende aantal begeleiders (verpleegkundigen/zorgkundigen), alsook therapeuten (ergo, psycho-motorische en andere).

→ Aanmelding en permanentieregeling

Er is één aanmeldingsnummer voor de regio dat als een soort 'balie' fungeert. De bemanning van deze 'balie' verloopt in de eerste fase van het project vanuit functie 2 in samenwerking met functie 4. Dit wordt verder uitgewerkt met het UZ Brussel en het PZ St. Alexius Grimbergen. Iedereen kan overdag een aanmelding doen op het centrale nummer, gaande van cliënten tot doorverwijzers.

Het 2b-team is bereikbaar van 8u 's morgens tot 20u 's avonds op werkdagen en van 8u 's morgens tot 16u 's namiddags in het weekend.

→ Regio Halle-Vilvoorde

Het ambulante behandelteam in de thuisomgeving voor langdurig psychiatrische zorg richt zich op de inwoners van het arrondissement Halle-Vilvoorde en Brusselse Vlamingen in de rand die gebruik maken van het GGZ-netwerk uit deze regio. Er wordt in feite voortgebouwd op de regio die vandaag reeds door de bestaande outreachende en transmurale projecten (PZT, TPen VDIP) wordt bediend. De toewijzing van medewerkers aan cliënten gebeurt op basis van de woonplaats van de cliënt, zoals dit vandaag gebeurt binnen het project Psychiatrische Thuiszorg.

→ Caseload

Indien het project wordt goedgekeurd, vertrekken we het eerste werkjaar vanuit de bestaande caseload van Psychiatrische Thuiszorg, Therapeutische Projecten, Beschut Zelfstandig Wonen en VDIP, en willen we op termijn een 300-tal dossiers bedienen.

→ Duur van de begeleiding

De begeleiding door het behandelteam voor mensen met een gekende chronische psychiatrische problematiek is onbepaald in tijd en zo lang als nodig. Naar analogie met de Psychiatrische Thuiszorg beoogt men de psychiatrische expertise bij medewerkers uit de reguliere eerste lijnszorg zodanig te verhogen dat een opvolging door het ambulante behandelteam niet langer nodig is.

→ Taken van 2b

Elk teamlid is casemanager van een aantal aan hem/haar toegewezen cliënten. De taken van de casemanager zijn zeer uiteenlopend en zijn zoveel mogelijk vraaggestuurd vanuit de cliënt en zijn omgeving:

- Aanbieden van psychosociale steun volgens een assertieve benadering
- Aanbieden van psycho-educatie
- Het coachen van de eerstelijnsmedewerkers om de psychiatrische reflex te vergroten
- Activeren, structureren van arbeid en vrije tijd in samenwerking met initiatieven/diensten uit F3
- Medicatieopvolging in overleg met huisdokter, behandelend psychiater en/of psychiater 2b
- Opvolgen van de psychische toestand van de cliënt en signaalfunctie
- Socio-administratieve ondersteuning
- Ondersteuning bij huishoudelijke taken
- Stimuleren van de zorg omtrent algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).
- Oriëntatie binnen het aanbod geestelijke gezondheidszorg
 - specifieke handelingen afhankelijk van de zorgbehoefte van de cliënt en zijn zorgplan
 - met extra aandacht voor zorgmijdende cliënten
 - enz...

De casemanager moet van alle markten thuis zijn en oog hebben voor de verschillende levensdomeinen van de cliënt. Waar nodig werkt hij voor de concrete uitvoer van specifieke taken samen met medewerkers uit de andere functies. Hij bouwt een zorgteam op maat uit rond de cliënt en zijn familie en betreft hierbij prioritair de huisarts. Inzake zorgcoördinatie en –overleg kan hij beroep doen op de specialisten binnen het eigen 2b-team. Het betreft hier de coördinatoren van TP20 en TP28 (d.i. Therapeutische Projecten), welke de afgelopen vier jaar een specifieke expertise hierrond hebben opgebouwd. Omdat regelmatig zorgoverleg met de hulp- en zorgverleners rond de cliënt de kwaliteit van de zorg verbetert, willen wij deze methodiek in de werking van de ambulante teams integreren, conform de nakende nieuwe regelgeving van het Riziv.

E) GEPLANDE ACTIES

SAMENWERKING MET ANDERE FUNCTIES

Het ambulante behandelteam bezit specifieke expertise in de begeleiding aan huis en werkt nauw samen met de referentiepersonen uit andere functies en diensten. Dit maakt dat zij oog hebben voor belangrijke aspecten uit de functies 3 en 5. Mogelijks maakt dit het ambulante behandelteam tot de 'spin in het GGZ-web'. De casemanager blijft zijn cliënt volgen doorheen alle stadia binnen het zorgtraject en slaat bruggen tussen de verschillende lijnen en diensten. Hij heeft een belangrijke opdracht te vervullen in het samenbrengen van de verschillende hulpverleners rond de cliënt om tot gemeenschappelijke doelstellingen te komen (vb in een zorgplan via zorgcoördinatie) en houdt de communicatie tussen de verschillende betrokkenen in stand.

SAMENWERKING MET PAAZ

Met PAAZ Halle, PAAZ Asse en PAAZ Vilvoorde is het overleg lopende. Allen geven zij aan de huidige samenwerking binnen het GGZ-netwerk te willen intensifiëren. Met PAAZ Asse en PAAZ Vilvoorde is dit engagement al meer geconcretiseerd. Het overleg met de PAAZ van Halle ter zake is gepland voor december 2011.

o Aanbod Paaz Asse en Vilvoorde

- ❖ Ten eerste wordt er in het kader van de poliklinische functie een ambulante psychiatrische consultatie voorzien. Er zouden meer bepaald dagelijkse 'slots' worden voorzien in kader van diagnosestelling, evaluatie, crisisopname en nazorg van patiënten.
- ❖ Ten tweede wordt er een deelname voorzien van de medewerkers mobiel team aan multidisciplinair overleg binnen de PAAZ op vlak van evolutie, behandeling en ontslagplanning.
- ❖ Ten derde voorzien de PAAZ'en een snelle doorverwijzing naar Functie 2 met de mogelijkheid tot ambulante nazorg binnen een poliklinische functie door de PAAZ.
- ❖ Ten vierde zal er een maatschappelijk assistent van de PAAZ deelnemen aan het overleg van het ambulante team met het oog op een snelle informatieoverdracht en continuïteit in de zorgketen.
- ❖ Tot slot voorzien de PAAZ'en een gemakkelijke en snelle doorverwijzing vanuit mobiel team F2 naar PAAZ bij crisisinterventie.
- ❖ Samenwerking met functie 4:
 - Met andere PAAZ'en bij doorverwijzing voor dringende opname indien de eigen PAAZ is volzet, en uitwisseling m.b.t. inhoudelijke aspecten van de werking.
 - Met PZ bij doorverwijzing van patiënten die nood hebben aan een langduriger en specifieke intensievere residentiële behandeling.
- ❖ Aanbod PAAZ Vilvoorde: van hieruit is ons meegedeeld dat er bereidheid is om 2 'spoedbedden' te voorzien voor zeer korte opname van cliënten uit of bestemd voor 2a.

SAMENWERKING MET POLITIE

In het licht van de hervormingen en vermaatschappelijking van de zorg, zal aandacht moeten besteed worden aan overleg en samenwerking met de politie.

SAMENWERKING MET ERVARINGSDESKUNDIGE EN FAMILIEDESKUNDIGE

In samenwerking met Similes en de patiëntenvertegenwoordigers kan er in de nabije toekomst gedacht worden aan het concretiseren van een functie ‘familiecoach’; dit is een professionele en betaalde kracht die de ‘trialoog’ tussen cliënt, familie en hulpverlener bewerkstelligt. Vandaag nemen zij reeds deel aan de stuur- en denkgroepen. Bovendien bestaat er het vaste voornemen om de familiecoach en ervaringsdeskundige een plaats te geven binnen functie 2. Daarnaast zien wij een taak weggelegd voor de ervarings- en familiedeskundige in het ambulante behandelteam (cfr Bijlage 6).

STRUCTUREEL OVERLEG TUSSEN DE SAMENWERKENDE PARTNERS

Structureel overleg tussen de samenwerkende partners realiseren met als doel afstemming van het aanbod, afstemming van de doorverwijzing en afstemming van de noden. Hiervoor gebruik maken van een overlegplatform functie 2 (Functie Overleg Comité – FOC).

POOLING VAN MIDDELEN EN UITBEREIDING VAN PARTNERSCHAP OM DE FUNCTIE TE REALISEREN

Een overzicht vindt u onder §7 – Financiering en middelenallocatie.

5.2.4 Functie 3: Psychosociale rehabilitatie en herstel

A) BASISFILOSOFIE

Functie 3 spitst zich toe op psychosociale rehabilitatie en herstel. Droës & Van Weeghel (1994)¹ beschrijven rehabilitatie als een kunde waarin hoop, techniek en persoonlijke betrokkenheid worden aangewend om de cliënt te helpen bij het creëren, herkennen en benutten van kansen op gunstige veranderingen. Rehabilitatie is gericht op persoonlijke ontwikkeling en het verwezenlijken van eigen doelen. De revalidatieteams in onze regio volgen deze filosofie en geven de cliënt de ruimte om zijn weg naar herstel zelf te bepalen. Er wordt een programma of begeleidingsplan op maat van de cliënt aangeboden. Dit laat cliënt toe zijn vaardigheden (sociale, praktische, huishoudelijke, motorische en arbeidsvaardigheden, ADL vaardigheden, ...) te behouden of te maximaliseren met het oog op een integratie in de samenleving en een leven *buiten* GGZ-voorzieningen. De integratie kan verschillende aspecten inhouden, zoals het zoeken naar een zinvolle daginvulling of het terug opnemen van sociale rollen. De integratie richt zich op verschillende levensdomeinen van de cliënt, zowel op werk, vrije tijd, ontmoeting als op het vlak van relaties en cultuur. De inbreng van ervaringsdeskundigen in psychosociale rehabilitatie is hier geen taboe, integendeel.

B) PARTNERS

IBW De Raster/ PZT/ CGG Ahasverus & PassAnt/ Project Koning Boudewijnstichting ‘cliëntenparticipatie’/ PZ St. Alexius/ gezinshulp/ DAC’s/ Centra algemeen welzijn/ OCMW’s/ GTB-VDAB/Buddywerking/ PVT Kraaienberg/...

C) HUIDIG AANBOD

¹ *Perspectieven van psychiatrische rehabilitatie*; Droës, J.T.P.M. en J. van Weeghel (1994), Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 49, 8, 795-810

Er wordt in het huidige aanbod onderscheid gemaakt tussen enerzijds ambulant en individueel en anderzijds ambulant en in groep. In wat volgt wordt een kort overzicht gegeven van het huidige aanbod. Een uitgebreidere beschrijving is toegevoegd in bijlage 2.

AMBULANT EN INDIVIDUEEL: SPECIFIEK EN DOELGERICHT

- IBW De Raster
- PZT – SPPiT:
- CGG Ahasverus / CGG Passant
 - Psycho-educatie in werkgroep Verder (Suïcide)
 - VDIP
 - Buddyproject
 - Kunstatelier (Vilvoorde) - ArtEco
 - Training van Ervaringsdeskundigen
- Project Koning Boudewijnstichting
- IBW De Raster – PZ Sint Alexius: Springplank +
- gezinshulp, familiehulp
- postkuur

AMBULANT, LAAGDREMPELIGE SETTING IN GROEP – MAATSCHAPPELIJK GEORIËNTEERD

- Atelier – CGG Ahasverus
- Dagactiviteitencentrum IBW De Raster
- Springplank PZ Sint Alexius / IBW De Raster

BELANGRIJKE REGULIERE PARTNERS

- Centra Algemeen Welzijn
 - CAW Delta (VDIP Londerzeel – Dilbeek – Ninove – Halle – Overijse)
 - CAW regio Vilvoorde
- OCMW – locale dienstencentra
- GTB - VDAB

D) TOEKOMSTVISIE

Eén van onze prioriteiten bij de uitwerking van het exploratieproject is niet alleen een goede afstemming maar ook evenwicht te brengen in het aanbod in het kader van F3.

Vandaag is dit aanbod ongelijk verdeeld, en sterk in het voordeel van de regio Grimbergen-Vilvoorde en in het minst van Asse.

Figuur 2 hieronder geeft een schematische voorstelling weer van de partners betrokken in de verschillende initiatieven (Welzijn en Gezondheid). Deze initiatieven zijn samenwerkingsverbanden tussen organisaties.

Figuur 2: Schematische voorstelling van de partners betrokken in de verschillende initiatieven

initiatieven	samenwerkingspartners													Vilvoorde	asse	halle	totaal VTE's uit GGZ
	CGG Passant	CGG Ahasverus	IBW De Raster	IBW De Open Cirkel	PZ St. Alexius	PVT Kraaienberg	Ervaringsdeskundigen	UC Kortenbergh	Groep Intro	Stilles	CAW	Tele-onthaal	GTB	VDag			
Verkgroep Verder	X	X				X			X	X	X				X		1,7
Kunstatelier ArtEco		X				X									X		0,55
training ervaringsdeskundigen		X													X		1
inzetten ervaringsdeskundigen in groepsaanbod						X									X	X	1,5
ontmoeting, ontspanning, empowerment		X	X	X		X					X				X		8,3
Verkgereleerde activiteiten (vb Springplank)			X	X	X										X		1
woonrehabilitatie			X	X	X										X		5
doorgangshuizen			X	X											X		1
Arbeidszorg			X	X			X	X				X	X		X	X	1,5
Buddyproject		X				X									X		1,5
																	23,05

Figuur 3 geeft een schematisch overzicht van de middelen, uitgedrukt in Voltijdse Equivalenten (VTE) die door de partners GGZ uit de regio in deze initiatieven worden ingezet.

Figuur 3: Schematische voorstelling van middelen, uitgedrukt in VTE's, die door de partners uit de GGZ ingezet worden

initiatieven	samenwerkingspartners										Totaal
	Verkgroep Verder	Kunstatelier ArtEco	Training ervaringsdeskundigen	Inzetten ervaringsdeskundigen in groepen	ontmoeting, ontspanning, empowerment	werkgereleerde activiteiten	woonrehabilitatie	doorgangshuizen	arbeidszorg	Buddyproject	
CGG PassAnt	1,2										1,2 VTE
CGG Ahasverus		0,05	1		3,5					0,5	5,05 VTE
IBW De Raster					1	0,5	2,5	0,5	0,5		5 VTE
IBW De Open Cirkel					0,3		2,5				2,8 VTE
PZ St. Alexius						0,5		0,5	0,5		1,5 VTE
PVT Kraaienberg					1,5						1,5 VTE
Ervaringsdeskundigen	0,5	0,5		1,5						1	3,5 VTE
Groep Intro									0,5		0,5 VTE
CAW					2						2 VTE
											23,05

Het poolen van middelen laat toe lacunes in te vullen. Zo stellen wij dat de cliënt maximaal 30 minuten verplaatsingstijd moet besteden om zich naar inloop-, ontmoetings- en dagactiviteitencentra te begeven. Dit zou de ontwikkeling van minimaal 4 centra (+ 1 in Brussel) noodzaken.

Om onze doelstelling te bereiken, willen we een regionaal rehabilitatieteam voor het arrondissement Halle-Vilvoorde creëren, waar vertegenwoordigers van de verschillende initiatieven het aanbod en de

werking van F3 zodanig stroomlijnen dat er ook vanuit de andere functies, maximaal en vraaggericht een beroep kan op gedaan worden, ook als de vraag een meer (sub)acuut karakter heeft. Wij willen dit rehabilitatieteam ook de opdracht geven of een regionaal team van job- en activeringscoaches – al of niet met middelen uit een Riziv-conventie- kan ontwikkeld worden. Naast dit alles mogen wij niet vergeten dat sociale inclusie en het oriënteren van cliënten naar de reguliere diensten voor vrije tijd, werk en activering behoren tot de basisopdrachten van het team Psychosociale rehabilitatie en herstel.

De samenwerking met de initiatieven Beschut Wonen en het Psychiatrisch Verzorgingstehuis Kraaienberg zal in het kader van ontmoeting een gezamenlijk activiteitenaanbod (ook op avonden en in weekends) uitgewerkt worden voor zowel bewoners als niet-bewoners. De faciliteiten en locatie van de PVT lenen zich ertoe om als ontmoetingsruimte te fungeren.

E) GEPLANDE ACTIES

STRUCTUREEL OVERLEG

Dit structureel overleg tussen de samenwerkende partners en betrokken actoren (ook uit andere functies F2 en F5) is nodig met het oog op afstemming van het aanbod op de noden en optimalisering van de doorverwijzing. Het concretiseert zich in het Functie Overleg Comité (FOC3) en in het verlengde hiervan het op te richten regionaal rehabilitatieteam.

POOLING VAN MIDDELEN EN UITBEREIDING VAN PARTNERSCHAP

Op deze manier trachten om een evenwichtige spreiding van het aanbod in de regio te realiseren.

BETROKKENHEID VAN CLIENTEN EN ERVARINGSDESKUNDIGEN

De betrokkenheid moet verhoogd worden bij het overleg (FOC's) en bij het uitwerken van het concrete aanbod. In de regio Halle – Vilvoorde zal een werkgroep DENK worden opgericht binnen het kader van t'Atelier (CGG Ahasverus). Ook zal het beroep op ervaringsdeskundige binnen groepsactiviteiten vergroot worden.

ONDERSCHEID TUSSEN REHABILITATIE EN WOONFUNCTIE

Onderscheid tussen F3 en F5 moet afgelijnd worden met het oog op een duidelijke rolverdeling.

ONDERSCHEID TUSSEN REHABILITATIE EN AMBULANTE BEHANDELING AAN HUIS

Niettegenstaande de medewerkers van F2 oog dienen te hebben voor aspecten behorende tot rehabilitatie en herstel, onderscheidt het rehabilitatieteam zich toch duidelijk van het ambulante behandelteam voor (sub)acute en chronische psychiatrische problemen (F2). De taken van F2 en F3 dienen dan ook goed en helder afgebakend te worden.

5.2.5 Functie 4: Intensieve residentiële behandeling

A) BASISFILOSOFIE

Deze functie biedt een intensieve (semi)residentiële behandeling wanneer een psychiatrische problematiek zo ernstig is dat een specifieke zorg in de thuisomgeving niet meer volstaat. Deze functie splitst zich op in Functie 4a en Functie 4b. Functie 4a omvat intensieve crisisinterventie, diagnostiek, observatie en oriëntatie. Functie 4b omvat intensieve (semi)residentiële behandeling in de vorm van specifieke zorgprogramma's. Bij beide deelfuncties bepalen de cliënt en zijn familie de

keuze van voorziening, behalve bij gedwongen opname, en kunnen zich hierbij voor advies laten bijstaan door een arts, hulpverlener of derde die de specifieke programma's kent (informed consent). Doelstelling is de cliënt op weg te helpen naar de best mogelijke zorg voor zijn/haar probleem. De (semi)residentiële behandeling kenmerkt zich door:

- Een verblijfsduur die niet langer is dan nodig
- Hoge intensiteit en frequentie van zorg
- Personeel met een specifieke expertise
- Een bijzondere aandacht voor zorgcoördinatie, ontslag-management en zorgoverleg waarbij de cliënt zelf, zijn familie en de externe hulp- en zorgverleners actief betrokken worden
- Een constante communicatie met het netwerk

B) PARTNERS

PAAZ Vilvoorde/ PAAZ Asse/ PAAZ Halle/ UZ Brussel/ PZ St. Alexius/ PSC Elsene/ Crisisopvangcentrum Haven 21

C) HUIDIG AANBOD

Er wordt in het huidige aanbod onderscheid gemaakt tussen functie 4a en functie 4b. In wat volgt wordt een kort overzicht gegeven van het huidige aanbod. Een uitgebreidere beschrijving is toegevoegd in bijlage 2.

SPECIFIEKE (SEMI)RESIDENTIËLE SPECIFIEKE VOORZIENINGEN DIE TAKEN VERVULLEN ALS INTENSIEVE CRISISOPVANG, OBSERVATIE, DIAGNOSESTELLING EN ORIËNTATIE AANBIEDEN (4a)

- Psychiatrische Afdelingen (PAAZ-en) in de algemene ziekenhuizen te Vilvoorde, Asse, Halle, en Jette (UZ Brussel)
- Psychiatrisch Ziekenhuis
- Crisisopvangcentrum Haven 21

SPECIFIEKE (SEMI)RESIDENTIËLE VOORZIENINGEN DIE INTENSIEVE BEHANDELING AANBIEDEN IN DE VORM VAN GESPECIALISEERDE ZORGPROGRAMMA'S (4b)

- Psychiatrische Afdelingen (PAAZ-en) in de algemene ziekenhuizen te Vilvoorde, Asse, Halle, en Jette (UZ Brussel)
- Psychiatrisch Ziekenhuis
- Psychosociaal Centrum te Elsene
- Supraregionale ziekenhuizen

D) TOEKOMSTVISIE

Niettemin staande dat het **Psychiatrisch Ziekenhuis en de PAAZ'en** vandaag reeds heel wat inspanningen leveren om patiënten niet langer dan nodig te laten verblijven in het ziekenhuis, de principes van ontslagmanagement ter harte nemen en familie zo veel als mogelijk betrekken in de behandeling en zorg van patiënten, staan zij voor de uitdaging om deze principes in de toekomst te intensifiëren en te consolideren. Bovendien hebben zij in het kader van ontslagmanagement de opdracht om de behandeling aan huis voor te bereiden, mee te organiseren en de continuïteit ervan te verzekeren en dit in nauwe samenwerking met het ambulante behandelteam F2 en/of andere

extramurale partners. Bijzondere aandacht gaat uit naar de samenwerking met de **huisartsen** die uitdrukkelijk vragen om niet alleen op de hoogte te worden gehouden van de evolutie en behandeling tijdens de opname maar ook betrokken te worden bij de voorbereiding van het ontslag, al of niet via een zorgoverleg. Samenwerking tussen ziekenhuizen en de **ambulante behandelteams** (F2) is nodig om de overgang van een ziekenhuisopname naar de thuisomgeving zo vlot mogelijk te laten verlopen, de kans op herval te beperken en een goede ondersteuning aan de cliënt en zijn familie te bieden. Deze behandeling aan huis kan aanvankelijk intensief zijn (F2a) om nadien over te gaan in regelmatige contacten (F2b) wanneer de psychische toestand van de cliënt stabiel is. Op te merken valt, dat de **dagkliniek** van het PZ St. Alexius vandaag vaker dan vroeger als 'voordeur' van het ziekenhuis fungeert. De dagkliniek biedt naast psychosociale rehabilitatie steeds meer een intensief en gespecialiseerd zorgprogramma, vaak kortdurend en een voltijdse opname voorkomend. Een belangrijk aandachtspunt van de **patiëntenvertegenwoordigers** is de vrije keuze van arts bij opname. Wij vinden de autonomie van de cliënt een belangrijke waarde en zullen samen met hen de mogelijkheden ter zake verder onderzoeken.

E) GEPLANDE ACTIES

STRUCTUREEL OVERLEG

Structureel overleg tussen de samenwerkende partners realiseren met als doel afstemming van het aanbod, afstemming van de doorverwijzing en afstemming van de noden. Hiervoor gebruik maken van een Functie Overleg Comité (FOC4).

POOLING MIDDELEN

In het kader van F4 gaat het om een intern poolen van middelen en samenwerken om met dezelfde middelen meer te kunnen doen.

HERTEKENEN EN HERPOSITIONEREN VAN DE RESIDENTIËLE VOORZIENINGEN

Hertekenen en herpositioneren in functie van het nieuwe concept GGZ met het oog op een effectief en efficiënt samenwerken met externe partners. In dat kader de methodiek van zorgcoördinatie en ontslagmanagement een duidelijker plaats geven en daadkrachtig toepassen.

5.2.6 Functie 5: Huisvesting en woonvormen

A) BASISFILOSOFIE

Het huidige aanbod met betrekking tot huisvesting en woonvormen bestaat uit zowel individuele als gemeenschapswoningen en verzorgingstehuizen. De begeleiding in deze woonvormen dient zich te focussen op de specifieke woonfunctie, evenwel met oog voor alle domeinen van het dagelijks leven en de problematiek van de cliënt. Zij houdt zich prioritair bezig met het organiseren van de woonvorm en het bieden van zowel structuur als wooncoördinatie. F5 doet vanaf het moment dat het gaat over behandeling, individuele begeleiding en specifieke psychosociale rehabilitatie een beroep op F3 en F2. De verschillende voorzieningen binnen F5 worden dusdanig georganiseerd dat zij een samenhangend en complementair geheel vormen, afgestemd op de vragen en noden van de cliënten.

Indien een cliënt met de omkadering en zorg, geboden in de thuissituatie, niet optimaal kan wonen met een voldoende kwaliteit van leven, dan kan hij ervoor opteren zich kandidaat te stellen voor een specifieke woonvorm. De keuze van woonvorm wordt in de eerste plaats bepaald door de cliënt en zijn omgeving, in dialoog met de aanbieders van de woonvorm.

De specifieke woonvormen binnen F5 werken nauw samen met revalidatieteams (F3) voor het revalidatietraject van hun bewoners met het oog op een maximale integratie in de samenleving, voor zover de bewoner dit zelf verkiest.

F5 zien wij opgesplitst in twee deelfuncties: de eerste deelfunctie (F5a) bevat de maatschappelijke geïntegreerde woonvormen met tijdelijke zorg. Hier wordt nauw samengewerkt met functie 2 en 3. De tweede deelfunctie (F5b) betreft residentiële woonvormen voor langdurige zorg, zoals PVT's. Doelstelling is hier ook om een samen- en medewerking met initiatieven in kader van F3 uit te bouwen.

B) PARTNERS

IBW De Raster/ IBW De Hulster/ PZ St. Alexius/ Sociale Huisvestingsmaatschappij/ IBW Primavera/ IBW Festina Lente/ IBW Mandragora/ PVT St. Alexius/ PVT Thuis/ erkende woon- en zorgcentra/ Home Select/ VAPH-voorzieningen/ intergemeentelijke diensten/ OCMW's/ Provinciale diensten Vlaams-Brabant/ Sociale verhuurkantoren/woonwinkels...

C) HUIDIG AANBOD

Er wordt in het huidige aanbod onderscheid gemaakt tussen functie 5a en functie 5b. In wat volgt wordt een kort overzicht gegeven van het huidige aanbod. Een uitgebreidere beschrijving is toegevoegd in bijlage 2.

F5A - MAATSCHAPPELIJK GEÏNTEGREERDE WOONVORMEN MET TIJDELIJKE ZORG

→ *Specifieke woonvoorzieningen waar een omschreven samenwerking bestaat / vertegenwoordigd in het Forum*

- IBW De Raster vzw (F5a): gemeenschappelijke woonvormen voor specifieke doelgroep
- IBW De Hulster / IBW De Raster (F5a): gemeenschappelijke woonvormen voor specifieke doelgroep
- IBW De Raster vzw / PZ Sint Alexius (F5a): doorgangshuizen
- IBW De Raster vzw (F5a): Individuele woonvormen / echtparen – koppels
- Sociale huisvestingsmaatschappij Zennevallei – project welzijn/doelgroepenbeleid (F5a)
- IBW Primavera (BRUSSEL- Jette/Laken) (F5a): gemeenschapswoning en individuele begeleiding
- IBW Festina Lente (BRUSSEL – Elsene / Etterbeek) (F5a): gemeenschapswoning en individuele begeleiding
- IBW Mandragora (BRUSSEL –Elsene / Etterbeek / Ukkel / Sint Gilles: gemeenschapswoning en individuele begeleiding 47 pl. (F5a)

→ *Woonvormen waar (nog) geen formele samenwerking bestaat*

- Sociale Huisvestingsmaatschappijen: InterVilvoordse, Zennevallei, Providentia (F5a)
- Logementshuizen (F5a)

F5B – RESIDENTIELE WOONVORMEN

→ *Specifieke woonvoorzieningen waar een omschreven samenwerking bestaat / vertegenwoordigd in het Forum*

- Psychiatrisch verzorgingstehuis Kraaienberg – PZ Sint Alexius (F5b): 29 pl, lang verblijf
- PVT Thuis (BRUSSEL - Ganshoren) (F5b): tijdelijk en lang verblijf

→ *Woonvormen waar (nog) geen formele samenwerking bestaat*

- Erkende woon en zorgcentra – Soprimat (F5b): Iris vzw, Rozendal vzw
- Home select Meise: langdurig verblijf/sterk zorgafhankelijk/permanente opvolging (18pl) (F5b)
- VAPH-voorzieningen (F5b): worden geconfronteerd met bewoners die naast een mentale handicap ook een psychiatrische problematiek hebben

D) TOEKOMSTVISIE

Tot op vandaag nemen de medewerkers binnen de IBW's en PVT's een breed palet van taken op zich, gaande van woonbegeleiding, psychosociale ondersteuning, medicamenteuze opvolging en rehabilitatietaken. Met de ontwikkeling van ambulante behandelteams kan een duidelijke afbakening gerealiseerd worden van de woonfunctie die voorbehouden blijft voor F5 terwijl de psychosociale rehabilitatie en de ambulante behandeling aan huis respectievelijk aan F2 en F3 kan toegewezen worden. We sluiten niet uit dat er nieuwe specifieke woonvormen ontstaan, in samenwerking met andere partners.

Op termijn zullen we de samenwerking met sociale huisvestingsmaatschappijen, OCMW's, e.a. nog intensifiëren. In de regio bestaan al initiatieven die een welbepaalde woonfunctie op zich nemen (vb. kortverblijf, doorgangshuizen voor mensen met psychotische of gerontopsychiatrische problemen). Momenteel is dit beperkt tot één bepaalde regio en is het onze doelstelling om op termijn in de volledige regio een goed afgestemd aanbod te voorzien.

E) GEPLANDE ACTIES

STRUCTUREEL OVERLEG

Structureel overleg tussen de samenwerkende partners realiseren met als doel afstemming van het aanbod, afstemming van de doorverwijzing en afstemming op de noden. Het Functie Overleg Comité (FOC5) wordt hiervoor het geschikte platform, ook met het oog op het uitbreiden van partnerschappen.

POOLING VAN MIDDELEN

Pooling van middelen kan om nieuwe woonfuncties te realiseren, gericht op de bestaande noden.

UITTEKENEN VAN REGIONAAL BELEID INZAKE WONEN EN WELZIJN

5.3 NIEUWE ROLLEN

5.3.1. Netwerkcoördinator

De stuurgroep (cfr. 5.5.1) bepaalt de inhoud en uitbouw van het zorgconcept voor de regio Halle-Vilvoorde, terwijl de netwerkcoördinator instaat voor het operationaliseren van afspraken en beslissingen die door de stuurgroep zijn gemaakt. Hij werkt dan ook zeer nauw samen met de

stuurgroep, ondersteunt de verschillende werk- en overleggroepen, en heeft oog voor de evenwichtige uitbouw van de verschillende zorgsectoren die betrokken zijn in het project. Voor het profiel en de competenties van de netwerkcoördinator verwijzen wij verder naar de informatie en vorming die terzake door de overheid wordt aangereikt.

De netwerkcoördinatie van het project is toevertrouwd aan een duo, zijnde Geert Bronselaer, directeur patiëntenzorg van het PZ Sint-Alexius, welke een specifieke ervaring en achtergrond heeft op strategisch en beleidsniveau, en Cindy Baillieu, psychologe en coördinator van het team voor psychiatrische thuiszorg - SPPiT. Beide netwerkcoördinatoren verzekeren samen de invulling van de netwerkcoördinatie voor al zijn aspecten en zijn hiervoor gemandateerd door stuurgroep en Denktank/Forum. De invulling van de functie op termijn door één persoon is niet uitgesloten indien dit een meerwaarde zou betekenen voor het project. In het verder verloop van het project zal de functie en de inzet van de netwerkcoördinatoren regelmatig worden geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. Sinds 3 november 2011 krijgen de netwerkcoördinatoren ondersteuning vanuit de vzw logistiek Vlabo in de persoon van Klara Smout, project- en netwerkmedewerker), en dit alvast voor één jaar.

5.3.2. Verantwoordelijken van een dienst

Dit zijn alle vertegenwoordigers van de verschillende structuren en organisaties die dit projectvoorstel mee hebben ondertekend en gemandateerd worden om via het Forum (Denktank) GGZ Halle - Vilvoorde en de Stuurgroep van het project bij te dragen tot de uitbouw van het netwerk en de bijhorende functies van exploratieproject.

5.3.2. Referentiepersonen

Elke functie moet zijn referentiepersonen kennen, elementair in de zorg rond de patiënt. Vanuit de opzet van de therapeutische projecten herkennen wij binnen functie 1 in de eerste plaats de huisarts als referentiepersoon, mogelijk gevolgd door een persoon van het CGG of andere eerstelijns dienst. Binnen de functie 2 zien wij een lid van het ambulante behandelteam als referentiepersoon, binnen functie 3 een medewerker uit het beschut wonen, DAC, CAW enz. Binnen functie 4 kan dit de individueel toegewezen begeleider en/of de ontslagmanager van de zorgseenheid zijn. Binnen functie 5 zijn er de zorg- of woonbegeleiders van beschut wonen, PVT en andere woonvormen.

5.3.3. Werk in een ambulant behandelteam aan huis

De uitbouw van functie 2 zal steunen op de bestaande transmurale initiatieven in zake zorgvernieuwing zoals het project psychiatrische thuiszorg, de therapeutische projecten (zorgoverleg en –coördinatie) en VDIP (vroegdetectie- en interventie), zoals eerder al vermeld. Zij zijn actief in de ganse regio Halle-Vilvoorde en nu al goed geïntegreerd in de eerste lijn (SEL-GDT). Hun ervaring en expertise in mobiele en ambulante werking zijn van grote waarde bij de toekomstige uitbouw en zal in het voordeel spelen van de nieuwe medewerkers die vertrouwd moeten raken met transmuraal werken. Aangezien het exploratieproject zich op de volledige regio Halle-Vilvoorde wil richten, zal efficiënte mobiliteit een belangrijk aandachtspunt zijn (zie ook knelpunten).

5.3.4. Competenties

Een zeker niveau van relevante ervaring, zelfstandigheid en zelfstandig willen werken is voor de medewerker van het ambulante team onontbeerlijk. De gewijzigde positie van deze hupverlener – die

zich nu meer in de leefsituatie van de patiënt begeeft – zal een specifiek competentieprofiel vereisen. Een grote vorm van empathie en zelfzekerheid zullen hier alvast op hun plaats zijn.

Voor een meer gedetailleerde beschrijving: zie Figuur 1 in Bijlage 3

5.4 INSTRUMENTEN VOOR COMMUNICATIE EN KWALITEITSMONITORING

De huidige beschikbare instrumenten voor dossierbeheer bij de partners worden geëvalueerd naar bruikbaarheid in de nieuwe teams. Er wordt gestart met het Elektronische Zorgplan, een individueel dossier en Monitoring van Kwaliteit van Leven.

5.4.1. Het elektronische Zorgplan

Het E-zorgplan, dat vandaag al gebruikt wordt door de reguliere thuiszorg, inclusief PZT en coördinatoren Therapeutische Projecten, werd ontwikkeld in de schoot van de Provincie Vlaams-Brabant. Dit elektronisch zorgplan is geenszins op te vatten als een transmuraal patiëntendossier, maar als een beveiligd en snel communicatiemiddel tussen de hulp- en zorgverleners van de cliënt, de mantelzorgers en de cliënt zelf. Naast een brievenbus en contactgegevens van alle betrokken hulp- en zorgverleners, mantelzorgers en de cliënt, bevat dit zorgplan o.a. de verslagen van zorgoverleg, de gemaakte afspraken tussen de betrokken hulpverleners en het medicatieschema. Een voordeel is dat nieuwe hulpverleners –al dan niet tijdelijk- gemakkelijk toegang kan verleend worden, mits toestemming van de cliënt. Wanneer een cliënt wordt opgenomen in een PZ, PAAZ of andere dienst dan kunnen deze diensten via het zorgplan snel en gemakkelijk communiceren met de huisarts en andere hulpverleners in de thuisomgeving. Dit bevordert de continuïteit in zorg en communicatie. Op dit moment overleggen de netwerkcoördinatoren art. 107 uit de Vlaamse provincies met de coördinator van het E-zorgplan van de Provincie Vlaams-Brabant om dit instrument verder uit te bouwen in functie van de mobiele teams (2a en 2b), vb door het toevoegen van een crisisplan. Het E-zorgplan zal ook aangepast worden aan de nieuwe regelgeving met betrekking tot zorgoverleg en zorgbemiddeling, welke door het Riziv vanaf april 2012 wordt ingevoerd.

Dit instrument heeft zeker zijn meerwaarde al bewezen in de reguliere thuiszorg en ook haar samenwerking met PZT, TP's en Vdip. Dit staft ons in onze intentie, weliswaar aangepast, E-zorgplan te integreren in de werking art. 107 als belangrijk instrument m.b.t. zorgcommunicatie.

5.4.2. Individueel Dossier

Verschillende instrumenten zullen hier op hun bruikbaarheid geëvalueerd worden.

1	a	Elektronisch Patiëntdossier van de CGG	MPG registraties en dossiergegevens
	b	F ACT opvolgbord voor het Team	systematische opvolging van de patiëntengroep
			met vermelding van de afspraken
			met permanente <u>Monitoring</u> (outcome monitoring) van ernst van symptoomniveau, suicide risk, netwerk, rehabilitatie
2		Elektronisch Patiëntdossier PZ	Interdisciplinair instrument voor kwaliteitsvolle zorgcommunicatie, instrumentarium voor ontslagmanagement

5.4.3. Monitoring van Kwaliteit van Leven

Gebruik van Mansa en/of verwante instrumenten die op een eenvoudige wijze feedback geven over het ervaren door de cliënt van zijn kwaliteit van leven (werk, tevredenheid, wonen, e.d.). Binnen dit domein houden we rekening met de geldende wetgeving patiëntenrechten en wordt de inbreng van een **ombudsfunctie** in de verdere uitwerking van het project zeker bekeken.

Wetenschappelijk onderzoek moet in dit kader zeker zijn plaats krijgen. Er zal dan ook in eerste instantie onderzocht worden in welke mate via participerende partner UZ Brussel een samenwerking met onder meer de VUB kan opgezet worden. Er zal samengewerkt worden met het consortium dat op federaal niveau de projecten zal monitoren. In de mate van het mogelijke wil Ahasverus hieraan bijdragen.

5.5 MANAGEMENT- EN BESTUURSMODEL

De basis voor het organisatiemodel wordt gevormd door een overeenkomst ter oprichting van een samenwerkingsverband zonder rechtspersoonlijkheid met onderstaande structuren. Bij de opstart van het project zullen wij het model van samenwerkingsovereenkomst (cfr. bijlage 7) en beheersovereenkomst (cfr. bijlage 8) optimaliseren, alsook een huishoudelijk reglement opstellen. Het is de bedoeling partners te motiveren via:

- Vertegenwoordiging in de sturing en het beleid
- Opdrachten in de samenwerkingsovereenkomst
- Delen van het gemeenschappelijk zorgterrein en detachering in de uitwerking
- Werkgroepen (FOC's) per functie

De ervaringsdeskundige maakt deel uit van de verschillende overlegorganen. Hij levert hierbij een actieve bijdrage. Een schematische voorstelling van de verschillende overlegorganen vindt u terug in bijlage 9.

5.5.1. Forum GGZ Halle - Vilvoorde

Het Forum /Denktank GGZ zal zich bezig houden met de doelstellingen en de uitvoering van deze overeenkomst (cfr. Bijlage 7). Het is samengesteld uit vertegenwoordigers van zorg-, welzijns- en 1^e lijnsactoren actief in de regio Halle-Vilvoorde, Brussel, en aangrenzende regio's. Deze vertegenwoordigers worden hiervoor gemandateerd door hun inrichtende macht. Naast de vertegenwoordiging van de voorziening in het forum, worden deze gemandateerden ook het aanspreekpunt voor de interne opvolging van de samenwerkingsovereenkomst (toetsfunctie vergelijkbaar aan deze van een Algemene Vergadering). Taken van het Forum vinden we in Artikel 9 van de samenwerkingsovereenkomst (Bijlage 7). In het kader van deze overeenkomst heeft het forum beslissingsbevoegdheid.

5.5.2. Stuurgroep - Beheerscomité

In se gaat het hier om 2 verschillende organen, met een grotendeels samenvallende samenstelling:

A) BEHEERSNIVEAU = BEHEERSCOMITE

OPDRACHT

Beheer van de financiële middelen (begroting, budget, contracten).

SAMENSTELLING (cfr. art.3 van de beheersovereenkomst in bijlage)

De organisaties die actief investeren in het netwerk voor de realisatie van de ambulante behandelteams en de vijf functies. Deze samenstelling van het beheerscomité moet bovendien een afspiegeling zijn van die actoren in de GGZ die in de vijf verschillende functies een centrale rol invullen.

B) OPERATIONEEL NIVEAU = STUURGROEP

OPDRACHT

Zij heeft de dagelijkse leiding van het netwerk en is verantwoordelijk voor de inhoudelijke en operationele aansturing van het project

SAMENSTELLING (cfr. art.3 van de beheersovereenkomst in bijlage)

- organisaties die actief investeren in het netwerk
- organisaties met een belangrijke brugfunctie naar de 1^e lijn en belendende sectoren toe, vb. het SEL Zorgnetwerk Zenneland (SEL/GDT), MediRand (Huisartsen Brusselse rand)
- vertegenwoordigers van de cliënten- en familieorganisaties, zoals de werkgroep 'Door Ervaring Naar Kennis' (DENK) van het Overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant, Similes Vlaams-Brabant, enz.
- ad-hoc deelnemers (naargelang de besproken thematiek/functie)

5.5.3. Netwerkcoördinatoren

Dhr. Geert Bronselaer (1/2 VTE) en mevr. Cindy Baillieu (1/2 VTE)

Zij vormen het bindmiddel tussen het operationele en het beheersniveau (cfr. 5.3)

5.5.4. Functionele Overlegcomité's (FOC) - Werkgroepen

Per functie worden overlegplatforms (subgroep of werkgroep) opgericht met het oog op het optimaal implementeren en verder uitwerken van de zorgvernieuwingsprojecten.

OPDRACHT

De ontwikkeling van en de afstemming tussen de respectievelijk functies binnen het concept opvolgen en in dat kader adviezen en voorstellen aan Forum en/of Stuurgroep formuleren.

SAMENSTELLING

De gemandateerden in het Forum doen het nodige om vanuit de eigen voorziening de geschikte mensen naar een werkgroep af te vaardigen en hen de nodige ruimte geven om actief te participeren, zowel wat het overleg betreft als de voorbereiding en opvolging ervan.

6. ONTWIKKELINGSSTRATEGIE VAN HET NETWERK

6.1 FASERING

6.1.1. Naar behandelingssteams in de thuisomgeving voor mensen met psychiatrische problemen (functie 2)

Mits op termijn voldoende bestaande en bijkomende middelen vrijkomen, willen wij voor elk van de subregio's in het arrondissement Halle-Vilvoorde naast één basisteam 'ambulante behandeling in de thuisomgeving voor acute en/of subacute psychiatrische problemen' (functie 2a), ook één of meerdere

basisteam 'ambulante behandeling in de thuisomgeving voor langdurige en psychiatrische problemen' (functie 2b) realiseren. We zien deze aangevuld met een specifiek en volledig aanbod inzake psychosociale rehabilitatie (functie 3) - evenwichtig gespreid over de regio en prima afgestemd met de functies 1, 4 en 5.

In een eerste fase zal het exploratieproject met de nu beschikbare middelen via art. 107 & art.33 alvast een eerste aanzet geven tot het ontwikkelen van de functie 2 door het realiseren van 1 ambulant 2a-team en 1 ambulant 2b-team, alsook het optimaliseren en versterken van de functie 3.

A) PLANNING FASE 1: PERIODE 2012 - 2013

UITWERKEN VAN FUNCTIES 2 en 3

- Functie 2a: door één ambulant intensief behandelteam in de thuisomgeving voor acute en subacute psychiatrische problemen uit te bouwen in een beperkt deel van het totale werkingsgebied 2b (Noordrand / As Wemmel -Grimbergen – Vilvoorde). Dit team kan operationeel zijn na een intensieve voorbereidings- en vormingsperiode van ongeveer 6 à 8 maanden. Bij erkenning van het project eind 2011 betekent dit in loop van de zomer 2012.
- Functie 2b: door de realisatie van één intensief ambulant behandelteam in de thuisomgeving voor langdurig psychiatrische problemen in het volledige werkingsgebied van het huidige project psychiatrische thuiszorg (SPPiT), zijnde het arrondissement Halle-Vilvoorde. Dit team kan operationeel zijn na een intensieve voorbereidings- en vormingsperiode van ongeveer 6 à 8 maanden. Bij erkenning van het project eind 2011 betekent dit in loop van de zomer 2012 of zelfs iets eerder, gezien de aanwezige expertise vanuit onder meer psychiatrische thuiszorg, individueel beschut zelfstandig wonen en Vdip.
- Versterken van functie 3 door het optimaliseren en afstemmen van het huidige aanbod via het oprichten van een regionaal rehabilitatieteam GGZ (vanuit FOC3), alsook het ontwikkelen van een project inzake job- en activeringscoaches en andere specifieke functie 3-projecten.

UITWERKEN VAN DE PLANNING VAN DE EERSTE FASE KAN MITS HET OP KORTE TERMIJN:

→ ***Heralloceren van middelen 17 T-bedden van het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Alexius via artikel 107*** voor de uitvoering van de eerste fase van het project (capaciteit van het ziekenhuis =171 bedden) en met de optie ten gronde te onderzoeken hoe in een volgende fase nog extra herallocatie van middelen kan plaatsvinden.

→ ***Vrijmaken van de middelen via andere investerende partners:*** de CGG's Ahasverus en PassAnt, het IBW De Raster, de Therapeutische Projecten nr. 20 & 28 (SEL), de projecten Activering & Arbeidszorg (CGG & IBW), het ontslagmanagement (ziekenhuis), het psychiatrisch verzorgingstehuis Kraaienberg (Sint-Alexius), het UZ Brussel en andere PAAZ-en

→ ***Voortbouwen op de huidige middelen en werking van de transmurale équipe psychiatrische thuiszorg.*** Samenwerkingsinitiatief dat nu al patiënten begeleidt uit de doelgroep van functie 2 b (gemiddelde caseload = 150)

→ **Ontwikkelen van** enerzijds een toegenomen ‘transmurale werkwijze’ van de verschillende teams van de zorgeenheden in het ziekenhuis, maar ook de teams CGGZ (Vdip), Beschut Wonen en andere; anderzijds een doelgerichter en naadloze instroom vanuit de ambulante behandeling in de thuisomgeving naar deze specifieke intensieve programma’s waar nodig ... en terug!

→ **Optimaliseren van het aanbod en de (samen)werking tussen de bestaande initiatieven psychosociale rehabilitatie in de regio, alsook het gezamenlijk ontwikkelen van een nieuw aanbod** mits pooling van bestaande of het verwerven van bijkomende middelen.

B) PLANNING FASE 2: PERIODE 2014 - 2017

Uiteraard blijft vandaag het vinden van voldoende middelen via herallocatie van middelen uit het buiten gebruik stellen van ziekenhuisbedden en andere voor de regio Halle-Vilvoorde nog een grote onbekende, gezien het toch wel beperkte startkapitaal (cfr. Bijlage 3 – Programmering GGZ).

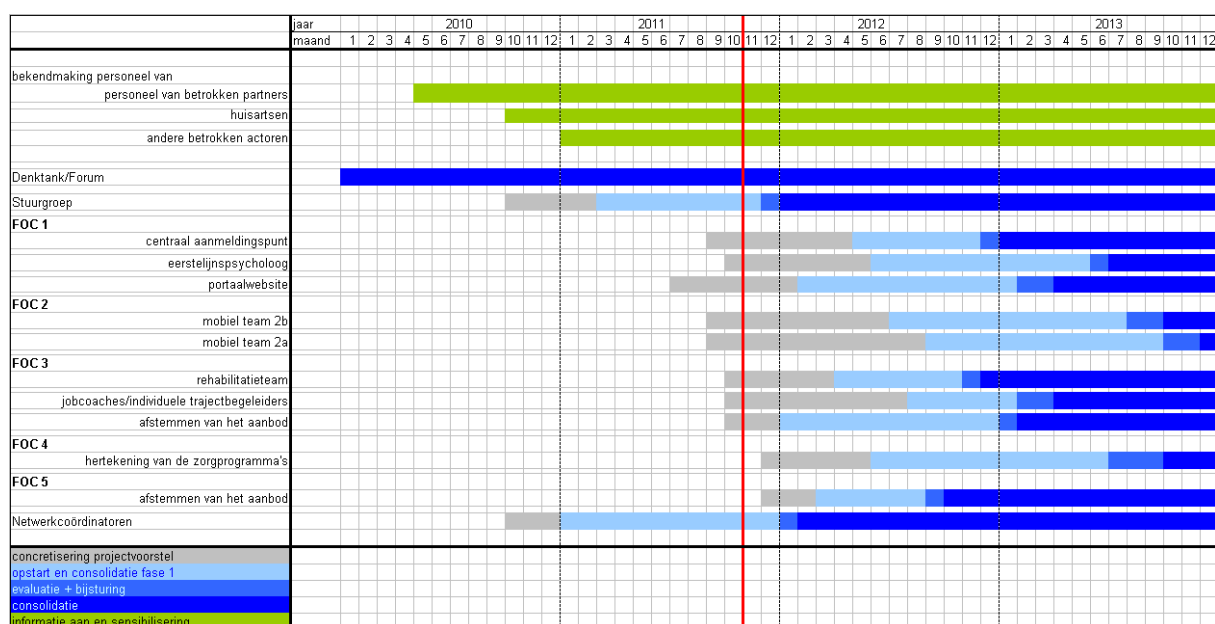
Wij zullen tijdens de periode 2012-2013 dan ook onderzoeken en acties ondernemen om bijkomende middelen voor herallocatie te vinden, hetzij geput uit de eigen regio, hetzij aangetrokken uit andere regio’s. Bovendien hopen wij dat door in fase 1 de rendabiliteit van het nieuwe concept aan te tonen, het vinden van de nodige middelen voor een regiodekkende toepassing zal bevorderd worden.

Indien men vanuit een evidence-based methodiek voldoende ambulante behandelteams in de thuisomgeving wil inrichten voor de ganse groep van patiënten met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische problemen, dan kan er voor gekozen worden om op termijn aansluiting te zoeken met het werkmodel van een F-act team organisatie en dit voor alle subregio’s in het arrondissement Halle-Vilvoorde. Uiteraard dienen deze versterkt en ondersteund te worden met teams voor intensieve behandeling in de thuisomgeving van patiënten met acute en subacute psychiatrische problemen.

Doelstelling blijft om in de periode 2014 tot 2017 te groeien naar een maximale invulling van de 5 functies. Het meer specifiek waarborgen van de functies 2a, 2b & 3 (FACT-werking) door voldoende ambulante intensieve behandelteams in de thuisomgeving voor de ganse regio (rand) zal pas mogelijk zijn indien:

- art 107 verder ontwikkeld wordt door de overheid met aandacht voor programmering
- de samenwerking positief verloopt
- de methodiek slaagt in haar opzet,
- met een grote tevredenheid van gebruikers en familie

Figuur 4: Schema stappenplan eerste fase van het exploratieproject



6.2 RISICO MANAGEMENT

Het voorgestelde model is sterk geïnspireerd door de zorgorganisatie in Engeland en Nederland. De centrale peiler is het 'F-Act teamtype'. Voor deze werkwijze bestaat heel wat evidentie en praktijkervaring. Anderzijds kan ze niet los gezien worden van de andere modulering: activering, wonen en crisisopvang. De laatste buffer blijft de residentiële opvang.

6.2.1. De grens van de netwerkinvestering

Halle-Vilvoorde behoort (naast de Kempen, Genk en Zuid-Oost Vlaanderen) tot de laagst geprogrammeerde zorgregio's van Vlaanderen. Anderzijds moet ze meer dan 10,6% van de Vlaamse bevolking bedienen met een performante hulp. Brussel is ambulant sterker uitgebouwd, maar heeft residentieel voor de nederlandstalige bevolking slechts beperkte opvang. De draagkracht van de huidige partners is echter ontoereikend om veel verder te gaan. Voor meer details zie Tabel 1: *Programmering GGZ naar bevolking* in Bijlage 3. Na 2015 zitten wellicht alle organisaties in de regio op de grens van de netwerkinvestering.

6.2.2. Een daadkrachtige correctie door de overheid

Het moet de doelstelling zijn om alle burgers een vergelijkbare zorg aan te bieden (rekening houdend met specificiteit van een regio). Residentiële zorg kan men geconcentreerd ontwikkelen. In de ambulante zorg is dit onrechtvaardig. De overheid zal de belangrijke gevolgen van deze programmeringsgeschiedenis moeten opvangen. Tijdens de experimentele fase worden organisaties opgeroepen voor een vrijwillig engagement. We kunnen uiteraard steeds hopen dat er een vrijwillige correctie zal komen in de programmering via herallocatie van middelen uit de andere regio's. Indien men hier echter tegen 2015 niet in slaagt, dan is de vraag hoe het verder moet. Daarnaast dienen in de regio Halle-Vilvoorde de kernfuncties van de verschillende organisaties (CAW, CGG, BW...) minimaal versterkt te worden tot de gemiddelde vergelijkbare sterkte van de andere zorgregio's in Vlaanderen.

6.2.3. Grenzen van netwerkvorming

De nieuwe teams met gedetacheerd personeel brengen arbeidsrechtelijk en naar samenwerking binnen het team heel wat vragen met zich mee. Budgetten voor opleiding, verloning, verschillende CAO's en regelgeving, vakantie, recuperatie, enz... kunnen behoorlijk verschillen van organisatie tot organisatie. In welke mate hier een harmonisatie mogelijk wordt, is vandaag nog onbekend.

6.2.4. Werknemers

De implementatie van het project zal veel sociaal overleg vragen met de verschillende belangengroepen. Deze extra investering is geen bijkomstigheid en de partners beseffen dan ook dat dit best vooraf begroot wordt in tijd en middelen.

De partners van het exploratieproject hebben er dan ook voor gezorgd dat de inhoud van deze gids alsook de daaropvolgende projectoproep een vast thema zijn geworden van bespreking en overleg op de verschillende staf- en teamvergaderingen, de ondernemingsraden en comités, de medische raden, directiecomités, de raden van bestuur en andere (zie Bijlage 4).

6.2.5. Wet experimenten met mensen

De nieuwe wetgeving (2004) is wellicht van toepassing op deze nieuwe klinische werkwijze. Dit zal de nodige begeleiding vragen naar info voor cliënten, verzekering en ethische commissies.

6.2.6. Ouderen (65+) / toekomstperspectief

Vanuit de huisartsen en de SEL wordt in de Stuurgroep art. 107 sterk de nood beklemtoond om tevens voor 65+'ers een aanbod te voorzien binnen het nieuwe concept van de GGZ. Momenteel is het potentieel van de GGZ onvoldoende om alle zorgvragen voor deze groep te beantwoorden.

7. FINANCIERING EN MIDDELENALLOCATIE

Zoals al beschreven onder '6.1. Fasering' moeten de multidisciplinaire équipes voor functie 2a en 2b in het werkingsgebied nog volledig uitgebouwd worden. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de middelen die effectief door de partners worden ingezet:

- via herallocatie van middelen op basis van art. 107 en art. 33
- maar ook door detachering vanuit en/ of pooling met de bestaande projecten van zorgvernieuwing (PZT, TP, VDIP,...)
- en afstemming van de werking met de équipes van de verschillende zorgprogramma's binnen functie 4, de begeleidingséquipes binnen functie 5 (BeWo, PVT) en functie 3 (psychosociale rehabilitatie).

Figuur 5: overzicht van het heralloceren van bestaande middelen en aanwending van de additionele projectmiddelen voor de realisatie van team 2a en team 2b

Exploratieproject artikel 107 - regio Halle-Vilvoorde-				
FASE 1 - periode 2012 - 2013				
Realisatie van 1 team functie 2a en 1 team 2b				
Overzicht van het heralloceren van bestaande middelen en aanwending van de additionele projectmiddelen				
Investerende voorziening / herkomst middelen	Aard van de geheralloceerde middelen	VTE	VTE	opmerking
1. Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Alexius – Grimbergen	1.1. Art.107- Herallocatie van middelen van 17 T-bedden			
	uit bestaafing 13 T en 4 t	5,08		
	T1 & T2	1,79		
	Mob Colla & uurroosters	1,14		
	Subtotaal 1.1	8,01		
	1.2. Middelen uit bestaande projecten 'zorgvernieuwing & transmurale zorg'			
	Ontslagmanagement	0,5		
	Psychiatrische zorg aan huis (SppiT)	1,5		
	Therapeutisch project 28	0,5		
	Arbeidszorg (springplank/springplank +/TAZ)	1,5		
	VDIP (outreach)	1		
	Subtotaal 1.2	5		
	Totaal 1	13,01		
2. Initiatief voor Beschut Wonen De Raster vzw – Grimbergen				
	team individueel beschut wonen	1,5		
	zorgvernieuwing PTZ	2,5		
	Totaal 2	4		
3. SEL Zorgnetwerk Zenneland				
	zorgvernieuwing TP 28	0,5		
	Totaal 3	0,5		
4. CGG Ahasverus				
	Volwasserteam (outreach)	2		
	VDIP (outreach)	2		
	Totaal 4	4		
5. CGG PassAnt (regio Halle-Vilvoorde)				
	volwasserteam	0,5		
	Totaal 5	0,5		
6. UZ Brussel (Psychiatrische afdeling)				
	team PAAZ (outreach)	0,5		
	Totaal 6	0,5		
	Totaal	22,51		
Additionele projectmiddelen art. 107 (500.000 euro bij kwalificatie 1a) opmerking				
7. Herkomst additionele projectmiddelen	Aard van de additionele middelen	VTE	VTE	
Art.107 – Projectmiddelen bij kwalificatie 2 (netwerk/€100.000)	Netwerkcoördinatie		1	raming: 100.000 euro
Art. 107- Bijkomende projectmiddelen bij kwalificatie 1a	aanwerving bijkomende personeel		5	raming: 300.000 EURO
(400.000 euro)	P.M. Specifieke werkingskosten transmurale équipes			raming: 100.000 euro
	Totaal 7		6	
	Algemeen totaal	28,51		

De verdeling en toewijzing van de additionele projectmiddelen zullen, conform het model van beheersovereenkomst, transparant en objectiveerbaar ingezet worden ten behoeve van het project. Dit betekent dat naast de kosten voor de netwerkcoördinatie, de algemene en specifieke werkingskosten, een belangrijk deel zal aangewend worden om de functie 2a voor een deel van de regio van bij de opstart te realiseren.

De 28,51 VTE's samengebracht op basis van de eigen middelen en de additionele projectmiddelen kan volstaan om enerzijds een ambulante behandelingsteam in de thuisomgeving voor chronisch psychiatrische problemen F2b voor het volledige werkingsgebied Halle-Vilvoorde en anderzijds een ambulante behandelingsteam voor (sub)acute problemen F2a in een subregio hiervan uit te bouwen. Wat de medische functie voor de uitbouw van de ambulante behandelingsteams betreft, is er vandaag reeds het engagement van de hoofdgeneesheer en de medische staf van het participerende ziekenhuis om mee deze medische functie in het exploratieproject te verzekeren, zowel naar inhoud als organisatie en financiering. Bovendien is ook de ondersteuning vanuit de medische functie in het Beschut Wonen, de CGG's, het UZ Brussel en ander PAAZ'en door de inbreng van deze organisaties verzekerd. Wat de verantwoording voor de vergoeding van de medische functie betreft, deze zal op basis van objectieve gegevens van de concrete invulling ervan verantwoord worden.

8. BIJLAGEN

8.1 BIJLAGE 1 - SAMENSTELLING VAN HET FORUM

- **Psychiatrisch Ziekenhuis Sint- Alexius**
Grimbergsesteenweg 40 - 1850 Grimbergen
vertegenwoordigd door:
Promotor: Dhr. Godfried Van Beuren, algemeen directeur - godfried.van.beuren@fracarita.org
Netwerkcoördinatoren: Dhr. Geert Bronselaer, directeur patiëntenzorg en projectcoördinator voor het PZ - geert.bronselaer@fracarita.org & Mevr. Cindy Baillieu – cindy.baillieu@fracarita.org
- **Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus , inclusief zijn VDIP-project**
Muurveld 38 - 1730 te Asse, vertegenwoordigd door: Dhr. Eric Stijnen, directeur – eric.stijnen@ahasverus.be
- **SPPiT (Samenwerkingsinitiatief voor Patiënten met Psychiatrische problemen in de huissituatie) – Project psychiatrische thuiszorg**
Molenstraat 7 - 1852 Beigem – Grimbergen (vzw de Raster) – tel. 02/272 49 27
Vertegenwoordigd door: Cindy Baillieu, coördinator SPPiT - cindy.baillieu@fracarita.org
- **Initiatief voor Beschut Wonen De Raster vzw**
Molenstraat 7 -1852 Beigem (Grimbergen) - tel. 02/270 15 89-
Vertegenwoordigd door: Dhr. Philip Pittevels, algemeen coördinator - philip.pittevels@telenet.be
+ het samenwerkingsinitiatief voor beschut wonen De Open Cirkel (partners: vzw De Raster & vzw De Hulster)
Nerinxstraat 15 – 1500 Halle - tel. 02/ 361 50 41
- **Centrum voor geestelijke gezondheidszorg PassAnt**
Beertestraat 21 – 1500 Halle - tel. 02/ 361 21 28
Vertegenwoordigd door: Mevr. Mimi Deboiserie, directeur - mimi.deboiserie@passant.be
- **UZ Brussel - PAAZ**
Laarbeeklaan 101 – 1090 Brussel - tel. 02/ 477 77 24
vertegenwoordigd door: Manu Meers, hoofdverpleegkundige PAAZ
- **SEL Zorgnetwerk Zenneland (tevens Geïntegreerde dienst voor thuiszorg - GDT)**
Medisch Huis - Alsebergsesteenweg 89 - 1501 Buizingen – tel. 02/ 3068044
Hela Huis - Kattestraat 5 - 1730 Asse – tel. 02/ 5696663
Vertegenwoordigd door: Dhr Stijn Van Buggenhout, algemeen coördinator
- **Psychiatrisch Verzorgingstehuis Sint-Alexius**
Grimbergsesteenweg 40 – 1850 Grimbergen - tel. 02/ 272 45 68
Vertegenwoordigd door: Godfried Van Beuren, algemeen directeur – godfried.van.beuren@fracarita.org
- **Psychiatrisch Verzorgingstehuis Thuis**
Zeypstraat 35, 1083 Brussel – 02/421 81 20
Contactpersoon: Mevr. Patricia Vandeveld – p.vandeveld@pvtthuis.be
- **Home Select**
Nieuwelaan 1, 1860 Meise – 02 269 80 31
Contactpersoon: Dhr. Erik Brems – home.select@skynet.be
- **Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg VBO**
Kapucijnenvoer 35 – 3000 Leuven - tel. +32 16 33 71 10 & tel. +32 16 33 71 12
Vertegenwoordigd door:
Mevr Hilde Dierckx, directie - hilde.dierckx@uzleuven.be
Mevr An Vranckx, stafmedewerker - ann.1.vranckx@cgg-vbo.be
- **Initiatief voor Beschut Wonen De Hulster vzw**
Minderbroedersstraat 23 - 3000 Leuven - tel. +32 16 29 87 60 -
Vertegenwoordigd door:
Dhr. Pol Mentens – algemeen coördinator - pol.mentens@dehulster.be
Dhr. Pieter Vaes – stafmedewerker – tel. 0476/ 96 18 02 - pieter.vaes@dehulster.be
- **PAAZ AZ Jan Portael**
Gendarmeriestraat 65 -1800 Vilvoorde – tel: 02/ 254 64 00

- Vertegenwoordigd door: Pascal Moine – pascal.moine@azjanportaels.be
- **PAAZ AZ Sint-Maria** - Ziekenhuislaan 100 - 1500 Halle - tel: 02/ 363 12 11
Vertegenwoordigd door:
Dhr. Georges Timmermans - g.timmermans@regzhsintmaria.be
Dr Aad Bosmans – a.bosmans@regzhsintmaria.be
 - **PAAZ O.L.V.- Aalst - Campus Asse**
Bloklaan 5 - 1730 Asse - tel: 02/ 300 61 11
Vertegenwoordigd door: Dhr IgnaceMichiels – Ignace_Michiels@olvz-aalst.be
 - **Psychiatrisch Ziekenhuis UPC - K.U.Leuven campus Kortenberg**
Leuvensesteenweg 517 - 3070 Kortenberg - tel. 02/ 7580546 (secretariaat)
Vertegenwoordigd door: Prof. Dr. J. Peuskens, hoofdgeneesheer/directeur – jozef.peuskens@uc-kortenberg.be - hilde.dierckx@uzleuven.be
 - **Psycho-Sociaal Centrum St.-Alexius Elsene (inclusief TrACTor en de IBW's Festina Lente en Mandragora)**
Gewijde Boomstraat te 1050 Brussel – tel. 02/ 5129033
Vertegenwoordigd door: Mevr. Veronique Vercruyssen,coördinator
 - **Beschut Wonen Primavera vzw**
Kunstenaarsstraat 20 – 1020 Brussel - 02/ 479 89 19
Vertegenwoordigd door: Kristien De Vos, coördinator
 - **CAW Delta te Lennik – 02/ 532 53 14**
en het CAW Regio Vilvoorde – 02/ 252 09 39
Vertegenwoordigd door:
Els Moriau – algemeen coördinator CAW Delta – els.moriau@cawdelta.be
Audrey Bertens – algemeen coördinator CAW Vilvoorde - audrey_bertens@cawvilvoorde.be
 - **MEDIRAND vzw (vertegenwoordiging huisartsenvereniging van de Vlaamse rand)**
Vertegenwoordigd door: Isabel Ghijselings, coördinator – isabel@medirand.be - tel. 0471/ 64 81 71
 - **Centrum voor geestelijke gezondheidszorg Brussel**
Vaartstraat 651 te 1000 Brussel - 0479/ 99 03 63
Contactpersoon: Mevr Julienne Wyns, directeur - juliennewyns@cggz-brussel.be
 - **Patiëntenvertegenwoordiging 'DENK' (Door Ervaring Naar Kennis)**
Contactpersoon: Dhr. Guido Hemeleers – guido.hemeleers1@telenet.be
 - **Familievereniging Similes**
Groeneweg 151, 3001 Heverlee – 016/24 42 04
Contactpersoon: Mevr. Hilde Vanderlinden, projectmedewerker participatie – hilde.vanderlinden@similes.be
 - **LOGO's** in de regio (ter ondersteuning van functie 1)
 - **OCMW's** in de regio (ter ondersteuning van functie 1)
 - **Arbeid en Arbeidsrehabilitatie / Arbeidszorg / Activering:**
VDAB werkwinkels, TAT 2, JobLink, sociale werkplaatsen (Diepen Boomgaard, Televil) , Lokale Dienstencentra van de gemeenten, (ter ondersteuning functie 1 en 3)
 - **Gespecialiseerde drughulpverlening:**
Ambulante drughulp De Spiegel (ADA) te Asse, MSOC te Vilvoorde, PISAD te Liedekerke
 - **Huisvestingsmaatschappijen, Woonwinkels, ...**(projecten Wonen & Welzijn – Ondersteuning functie 5)

8.2 BIJLAGE 2 – FUNCTIES: GEDETAILLEERD HUIDIG AANBOD

Functie1: Aanmelding en diagnosestelling en indicatiestelling

F1a - Preventie

Het concept 'preventie' kan beschreven worden in vier vormen, namelijk universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie (Spruit B. & Blekman J., 2005). Binnen F1a beperken we ons tot de eerste twee vormen. De acties richten zich vooral op voorlichting en bewustmaking.

Universele preventie en promotie van de GGZ

Universele preventie is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Dit zijn bijvoorbeeld campagnes voor de gehele bevolking of schoolgerichte interventies, waarbij zoveel mogelijk mensen, ongeacht hun risico status, benaderd worden (Spruit B. & Blekman J., 2005).

- **Logo Zenneland**

Logo Zenneland werkt samen met lokale partners zoals huisartsen, ocmw's, scholen, thuiszorgorganisaties, gemeentebesturen... ter preventie van ernstige aandoeningen. Naast informatie over lichamelijke aandoeningen zoals o.a. borstkankeropsporing hebben zij ook een pijler 'Geestelijke Gezondheidszorg' in hun werking opgenomen en ondersteunen zij campagnes zoals 'Fit in je hoofd' en andere projecten.

- **Apothekers**

Apothekers binnen onze regio stellen informatie ter beschikking door middel van campagnes, o.a. rond depressie en medicatie.

- **Mutualiteiten**

De mutualiteiten organiseren campagnes in de regio in verband met GGZ-voorlichting.

- **VLASP-Preventio**

Preventio is een provinciaal samenwerkingsverband tussen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG PassAnt, CGG Ahasverus en CGG VBO) het Vlaams-Brabants Overlegplatform Geestelijke Gezondheid (VLABO), het Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO Zenneland) en de Provincie Vlaams-Brabant om het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie te implementeren in de regio.

Selectieve preventie

Selectieve preventie is gericht op individuen of subgroepen van de populatie waarbij het risico op het ontwikkelen van een psychisch probleem aanzienlijk groter is dan gemiddeld is. Hier gaat het bijvoorbeeld om mensen die recentelijk een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt. Of blootstaan aan een chronische stressor zoals echtscheiding, rouw, zorg voor ziek familielid of werkloosheid.

- **Piekuurtjes**

Dit zijn lokale overlegmomenten georganiseerd door SEL Zorgnetwerk Zenneland met ondersteuning van de ocmw's, bedoeld voor hulpverleners (o.a. huisartsen, kinesisten, thuisverpleging, CGG, PAAZ, ocmw's, apothekers...) waar positieve en negatieve ervaringen uitgewisseld kunnen worden, specifieke problemen kunnen besproken worden en zorgplannen aangepast en bijgestuurd kunnen worden. Naast een informatief gedeelte (vb vorming rond relevant onderwerp zoals bijvoorbeeld depressie of een dienst die zich voorstelt) kan er ook een casus aan bod komen. Zowel **Psychiatrische Thuiszorg (SPPiT)**, als **CGG Ahasverus** en **CGG PassAnt** brengen binnen deze overlegmomenten informatie aan over psychiatrische ziektebeelden en aanverwante onderwerpen en proberen zij de kennis bij de andere hulpverleners te vergroten.

- **CAW Delta, CAW regio Vilvoorde vzw**

Het Centrum Algemeen Welzijnswerk biedt laagdrempelige hulp aan volwassenen, jongeren en jongvolwassenen. Als eerstelijnsdiensten beschikken zij over een uitgebreid sociaal netwerk en werken zij nauw samen met de ocmw's van hun regio. Preventie behoort dan ook tot een van hun kerntaken.

- **SPPiT, CGG Vlaams-Brabant Oost/Ahasverus/PassAnt**

Zowel de **CGG's** als **SPPiT** verzorgen vormingen voor verschillende diensten die meer willen weten over psychiatrische aandoeningen.

- Informatie en voorlichting aan mensen die om sociale of erfelijke redenen extra kwetsbaar zijn voor psychiatrische problemen. (CGG VBO)
- Suïcidepreventie: CGG PassAnt-Ahasverus: Dit project tracht...
 - de hulpverlening in de CGG te optimaliseren door een suïcidepreventieprotocol te implementeren en haar medewerkers blijvend te vormen in recente wetenschappelijke inzichten m.b.t. suïcidepreventie.
 - netwerkontwikkeling en realisatie van zorgpaden zodat er goede afspraken bestaan tussen de verschillende diensten in de opvolging van suïcidepogers en mensen met een hoog risico op suïcide (o.a. Project Integrale Zorg Suïcidepogers)
 - deskundigheidsbevordering bij belangrijke derden/intermediairen (politie,, ... huisartsen, ziekenhuispersoneel, jongerenhulpverleners)
 - IPEO: samenwerking met de spoeddiensten van de algemene ziekenhuizen en huisartsen teneinde de nazorg van suïcidepogers beter op te volgen.
 - opvang van nabestaanden: postventie
- Drug- en alcohol preventiewerk (CGG Ahasverus)
- SPPIt biedt jaarlijks stagiaires huisartsengeneeskunde en stagiaires psychiatrisch verpleegkundigen de kans om ervaringen op te doen in het ambulant outreachende werk en kennis te laten maken met zorgvernieuwingsprojecten.
- Vroegdetectie psychose (VDIP Halle-Vilvoorde, en VdipLeuven) : vorming wordt ge- geven aan OCMW's, CLB's, JAC's, huisartsen, mutualiteiten, privétherapeuten... Door de kennis over psychose bij de partners te verhogen, beoogt men een snellere herkenning van de problematiek en zoekt men naar strategieën om een naadloze en laagdrempelige hulpverlening op te starten

● VLASP-Preventio

Zie hoger

● Familievereniging

Similes informeert via folders en brochures, infobijeenkomsten, studiedagen, website en vormingsmomenten over alles wat te maken heeft met psychische aandoeningen en zorg. Zij bieden eveneens telefonisch onthaal en psychosociaal advies met gerichte doorverwijzing en juridisch advies.

● Patiëntenparticipatie

Patiëntenverenigingen organiseren informatieve bijeenkomsten (vb UilenSpiegel,Ups & Downs...).

De werkgroep **'DENK'** (d.i. Door Ervaring Naar Kennis – een werkgroep bestaande uit ervaringsdeskundigen en ontstaan als pilootproject van het Vlabo/Overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant) heeft een project lopende in scholen waarbij cliënten zelf hun verhaal brengen aan leerlingen; via hun getuigenissen willen ze meer informatie geven over geestelijke gezondheidszorg en het taboe die er vandaag de dag nog steeds bestaat rond psychische problemen trachten te doorbreken.

● Alianza

Alianza geeft voorlichting en informatie aan mensen die in een echtscheidingssituatie verkeren en die een risico lopen in het ontwikkelen van een aantal psychische problemen, zoals depressie en/of suïcide en dit in de vorm van vormingssessies (Archeduc).

● Werkgroep Verder

Werkgroep Verder behartigt de belangen van nabestaanden na zelfdoding door het coördineren, organiseren en ondersteunen van activiteiten voor en door nabestaanden. Werkgroep Verder heeft een functioneel samenwerkingsverband inzake postventie met de Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (Diensten Slachtofferhulp, Tele-Onthaal en de Centra voor Morele Dienstverlening.

F1b - Behandelingsgericht ambulante zorg

Ambulante screening en diagnosesstelling

● Huisartsen

Cliënten gaan met hun klachten vaak als eerst bij de huisarts langs, die op zijn beurt de eerste symptomen screent en evalueert en een eerste diagnose stelt.

● Eerstelijnspsycholoog

Dit is een functie die nog in volle ontplooiing is en kan samengevat worden als

- In opdracht van de huisarts (rechtstreekse lijn huisarts-hulpverlener). Bij voorkeur in de groepspraktijk, of het wijkgezondheidscentrum
- Laagdrempelig: korte instroomtijd, en voor ieder betaalbaar
- Beperkt aantal consulten voor ernstige niet complexe, en minder ernstige problematieken (6-8 consulten); indien dit niet volstaat kan deze vervolgens een gerichte doorverwijzing doen naar een voortgezette ambulante therapie bij, bijvoorbeeld, een privétherapeut of in het CGG volgens de principes van getrapte zorg.
- Monodisciplinair behandeling van GGZ (werken met bekende richtlijnen)

Het zou nuttig zijn om deze functie in het netwerk Huisarts-CAW-CGG een belangrijke plaats te geven en de regio is vragende partij. De overheid heeft echter nog onvoldoende randvoorwaarden gecreëerd om deze functie een volwaardige plaats te kunnen geven. Verschillende initiatieven werden in de regio reeds genomen om samen met de SEL enkele functies in te vullen.

• **CAW**

Het laagdrempelig contact en de beschikbaarheid van multidisciplinaire teams maken de CAW's naast de huisarts, tot een eerste screeningspoort in de regio. Zij hebben een goed gespreide inplanting in de regio, maar kennen een ernstige onderprogrammering ten opzichte van het Vlaams gemiddelde.

• **Privépsychologen en andere privé aanbieders**

Ook psychologen (privépsychologen en andere ambulante aanbieders van diagnostiek en indicatiestelling...) doen aan diagnostiek en hebben hiervoor een specifieke opleiding genoten. Zij zijn echter slecht georganiseerd om als groep een aanspreekpunt te bieden, en de kwaliteit van de basishulpverlening is moeilijk in kaart te brengen. In een toekomstige zorg voor de regio nemen zij evenwel een belangrijke plaats in. Een provinciale investering om deze bron in kaart te brengen zou nuttig zijn.

• **CGG Ahasverus, CGG PassAnt en CGG Vlaams-Brabant Oost**

Deze centra bestaan uit multidisciplinair samengestelde teams, waaronder psychiaters, psychologen, maatschappelijk assistenten... en doen binnen hun vestigingen aan ambulante diagnostiek en indicatiestelling voor mensen met ernstige psychische/psychiatrische problemen. Zij hebben een goed gespreide inplanting in de regio, maar kennen een ernstige onderprogrammering ten opzichte van het Vlaams gemiddelde.

• **Poliklinische functie van PAAZ Vilvoorde, PAAZ Asse, PAAZ Halle, UZ Brussel en PZ St. Alexius**

De PAAZ'en en de dagkliniek van St. Alexius voorzien binnen een poliklinische functie consultaties door psychiater, psycholoog, maatschappelijk assistent... Aangezien dit ambulant verloopt, maakt deze opdracht in principe deel uit van F1.

Geïndiceerde preventie en/of vroegdetectie

Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die niet voldoen aan diagnostische criteria voor een psychische stoornis of die biologische kenmerken hebben die duiden op een predispositie voor een psychiatrische aandoening. Waar voor selectieve preventie nog geen probleem aanwezig hoeft te zijn, is dit voor geïndiceerde preventie wel het geval.

• **Huisarts, groepspraktijk en wijkgezondheidscentra**

De huisarts is de 'poortwachter' die vaak als eerste psychische problemen bij de patiënt opmerkt. De huisartsen in de regio zijn verenigd in huisartsenkringen (vzw Medirand, dit is de overkoepelende organisatie van de lokale huisartsenkringen in de Rand rond Brussel en deze omvat HAK Pajottenland, HAK Halle & Omgeving, HAK Harno, HAK Hoeilaert, HAK Tervuren, HAK ZHORG, HAK Mediwoek, HAK Overijse) die nauw samenwerken met SEL Zorgnetwerk Zenneland. Bovendien is er in onze regio het Wijkgezondheidscentrum De Vaart in Vilvoorde waar iedereen uit Vilvoorde terecht kan voor eerstelijnszorg. In dit centrum zitten een huisarts, een kinesist en een verpleegkundige die samen laagdrempelige geneeskundige zorg bieden.

• **Eerstelijnspsycholoog**

In de toekomst hopen wij dat de eerstelijnspsycholoog (zie B.2.1) zijn plaats krijgt in de huisartsenpraktijk. Vandaag de dag houden enkele psychologen consultaties in de Huizen Eerste Lijn (i.c. Medisch Huis in Buizingen, Hela in Asse).

• **CAW**

Door het laagdrempelige contact en de beschikbaarheid van multidisciplinaire teams vervult het CAW een belangrijke behoefte in de detectie van GGZ problematiek in de regio.

• **CGG Ahasverus, CGG PassAnt en CGG Vlaams-Brabant Oost**

VDIP Halle-Vilvoorde en vroegdetectie programma's ivm alcohol en druggebruik hebben begeleidingsprogramma's voor 'risicogroepen'. De Ultra Hoog Risico groep voor Psychose kan laagdrempelig en indien nodig outreachend benaderd worden.

CGG PassAnt heeft een evidence based stepped care handelingsplan inzake vroegdetectie en vroeginterventie depressie, gebaseerd op de Nederlandse GGZ-richtlijnen.

Zorggerichte preventie en/of vroeginterventie

Zorggerichte preventie is gericht op mensen die een aandoening hebben volgens DSM-IV criteria. De preventieve interventies voor deze groepen bestaan uit terugvalpreventie, het voorkomen van comorbiditeit en het verminderen van de consequenties van de psychische aandoening voor mensen in de directe omgeving (Bohlmeijer en Cuijpers 2001).

• Huisartsen

Naast detectie doen huisartsen ook aan vroeginterventies. Zij bieden na de detectie de eerste zorgen aan aan mensen met psychische problemen. Zo reikt Prof. Dr. Ch. Van Audehove (Lucas) in een handboek de huisartsen praktische handvaten aan voor de aanpak van depressies in huisartsenpraktijken.

• Psychiatrische Thuiszorg (SPPiT)

Deze dienst krijgt frequent aanmeldingen vanuit de eerste lijn (o.a. huisartsen, CAW's, OCMW's) en probeert hier zo snel en efficiënt mogelijk op te reageren.

• CAW

Door het laagdrempelig contact en de beschikbaarheid van multidisciplinaire teams vervult het CAW een belangrijke behoefte in de vroege interventie van GGZ problematiek in de regio.

• Voorzieningen met een RIZIV-conventie

MSOC Vilvoorde en de Spiegel vzw Asse, aan vroeginterventie bij jongeren en volwassenen die moeilijkheden ondervinden met druggebruik.

• CGG Ahasverus, CGG PassAnt, CGG Vlaam-Brabant Oost

De CGG's doen aan vroeginterventie met het oog op het voorkomen van specifieke problemen op vlak van geestelijke gezondheid, of door snel in te spelen wanneer problemen zich aandienen zodat de impact ervan beperkt kan worden.

- Vroeginterventie bij eerste psychose (VDIP).
- Suïcidepreventie van de CGG

IPEO: samenwerking met de spoeddiensten van de algemene ziekenhuizen (PAAZ Vilvoorde, PAAZ Asse, PAAZ Halle en UZ Brussel) en huisartsen teneinde de nazorg van suïcidepogers beter op te volgen

Nabestaanden na zelfdoding: CGG PassAnt en CGG Ahasverus, Gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfdoding, gecoördineerd door: **Werkgroep Verder, Nabestaanden na Zelfdoding (CGG PassAnt)**. Werkgroep Verder is ontstaan uit de Suïcidepreventiewerking van de CGG en behartigt al meer dan 10 jaar de belangen van nabestaanden na zelfdoding in Vlaanderen door het coördineren, organiseren en ondersteunen van activiteiten voor en door nabestaanden. In hun stuurgroep zetelen tevens ervaringsdeskundigen die een belangrijke bijdrage leveren aan de Werkgroep. Het stimuleren van lotgenotencontact (Dag van de nabestaanden, gespreksgroepen voor nabestaanden, 1 mei wandeling, online Forum, online gespreksgroep...), implementeren van een postventie beleid in de bedrijfswereld (rouwen na zelfdoding op de werkvloer), deskundigheidsbevordering en het opvolgen van de media-richtlijnen inzake verantwoorde berichtgeving over zelfdoding (en de jaarlijkse uitreiking van de Media Onderscheiding) zijn enkele van de belangrijkste realisaties. Werkgroep Verder is één van de belangrijkste actoren in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en momenteel ook één van de organiserende partners van het de Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie 2011.

- Groepswork, psycho-educatie:

CGG en SPPiT trachten cliënten via psycho-educatie gerichte informatie te geven over specifieke geestelijke aandoeningen en op welke manier zij hiermee het best omgaan opdat de outcome van de aandoening zo positief mogelijk zou zijn.

- Mindfulness, faalangst,
- Vroeginterventie bij Druggebruik bij jonge gebruikers, Groep Minder Drinken
- Groepswork in het Atelier

Ambulante begeleiding op de dienst

• CGG Ahasverus, CGG PassAnt en CGG Vlaams-Brabant Oost

Deze centra CGG bieden psychotherapeutische hulp aan mensen met complexe en ernstige psychische problemen die mogelijks een langdurige behandeling vergen. Haar medewerkers hebben allen een langdurige opleiding genoten tot psychotherapeut. Hun werking is bovendien opgedeeld in een jongeren-, volwassenen- en ouderenteam.

- **Zorgpaden**

Een zorgpad of klinisch zorgpad, wordt gebruikt om multidisciplinaire teams, ook ambulant, op elkaar af te stemmen en daardoor de resultaten en de kwaliteit van zorg te optimaliseren. Deze zorgpaden vertrekken vanuit de zorgbehoefte en voorkeuren van de cliënt en beschrijven opeenvolgende stappen in het zorgproces. De methodiek wordt in de regio als belangrijk ervaren en wordt ondermeer aangeboden en uitgewerkt door de Therapeutische Projecten. Een stuurgroep met de meeste GGZ partners en de huisarts als centrale poortwachter geeft in de regio vorm aan deze uitwerking.

- **CAW**

Het Centrum Algemeen Welzijnswerk biedt laagdrempelige hulp aan volwassenen, jongeren en jongvolwassenen. Zij bestaan uit multidisciplinaire teams die een kortdurende behandeling kunnen aanbieden. Indien de behandeling van langerdurende aard is, doen zij een gerichte doorverwijzing. Als eerstelijnsdiensten beschikken zij over een uitgebreid sociaal netwerk en werken zij nauw samen met de ocmw's van hun regio.

- **Poliklinische functie van PAAZ Vilvoorde, PAAZ Asse, PAAZ Halle, UZ Brussel en PZ St. Alexius**

De PAAZ'en en de dagkliniek van St. Alexius voorzien binnen een poliklinische functie consultaties door psychiater, psycholoog, maatschappelijk assistent... Aangezien dit ambulant verloopt, maakt deze opdracht in principe ook deel uit van F1.

Functie 2: Ambulante behandelingsteams in de thuisomgeving

Het huidige aanbod bestaat uit de reeds bestaande outreachende projecten Psychiatrische Zorg in de Thuisomgeving, VDIP, Initiatieven Beschut Wonen De Raster & De Open Cirkel, CGG Ahasverus & PassAnt. Voor wat betreft de zorgcoördinatie doen we een beroep op de Therapeutische Projecten TP20 en TP28.

Functie 3: Psychosociale rehabilitatie en herstel

Ambulant en individueel: specifiek en doelgericht

- **IBW De Raster** : begeleiding in rehabilitatie en herstel voor cliënten in beschutte woonvormen / individueel begeleid wonen / zelfstandig wonen

- Begeleiding naar gestructureerd daginvulling/DAC/vrijwilligerswerk/opleiding i.s.m. o.a. GTB
- Begeleiding bij medische opvolging / zelfzorg / medicatietrouw ...
- Begeleiding naar meer autonomie: sociaal administratieve vaardigheden, gebruik van openbaar vervoer, inkopen, ADL, huishoudelijke taken...
- enz...

Inzet van personeelsmiddelen voor de rehabilitatiefunctie (gesubsidieerd) = 5 VTE

- **PZT – SPPIt**: begeleiding in rehabilitatie en herstel voor cliënten die zelfstandig wonen

- Begeleiding naar gestructureerde daginvulling (deelname DAC / Hobby / vrije tijd)
- Begeleiding naar werk / vrijwilligerswerk / opleiding i.s.m. ... o.a. GTB
- Begeleiding naar meer autonomie: openbaar vervoer, inkopen, ADL, huishoudelijke taken, administratieve zaken, ontmoeting...

- **CGG Ahasverus / CGG Passant**

- Psycho-educatie in werkgroep Verder (Suicide)
Werkgroep Verder is een samenwerkingsverband tussen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Tele-Onthaal, Similes, CAW – slachtofferhulp, Centrum ter Preventie van Zelfmoord, Centra voor morele dienstverlening en tal van nabestaanden – ervaringsdeskundigen. Organiseert gespreksgroepen voor nabestaanden na zelfdoding.
- VDIP
Het pilootproject Vroege Detectie en Interventie Psychose biedt een ondersteuning en begeleiding aan de cliënt op verschillende levensdomeinen vanuit een rehabilitatiedenkader.
- Buddyproject

Het Atelier – CGG Ahasverus startte een buddyproject waarbij vrijwilligers 'gekoppeld' worden aan een persoon met psychische problemen om samen allerlei activiteiten te doen (vb bibliotheekbezoek, concert, wandelen, ijsje eten...) zodoende het sociaal isolement waarin veel psychisch kwetsbare mensen zich bevinden te doorbreken. Vaak zijn de sociale contacten van deze mensen beperkt tot enkele hulpverleners en/of lotgenoten waardoor het moeilijk is om terug aan te sluiten bij de samenleving; door het inschakelen van vrijwilligers/buddy's trachten zij het sociaal netwerk te versterken.

Inzet van personeelsmiddelen voor de rehabilitatiefunctie (gesubsidieerd) = 0.30 VTE

- Kunstatelier (Vilvoorde) - ArtEco

ArtEco is een kunstproject voor jongeren die dreigen af te haken en biedt een plaats waar jonge, kunstzinnige zielen elkaar kunnen ontmoeten en de eigen talenten ontdekt kunnen worden.

- Training van Ervaringsdeskundigen

Het CGG Ahasverus zet ervaringsdeskundigen in in de begeleiding van het groepsaanbod binnen de activiteitencentra. Zij worden door het CGG gecoached, krijgen vorming en er wordt een overleg voorzien waarin de ervaringsdeskundigen kunnen reflecteren samen met hulpverleners. Daarenboven krijgen zij een vrijwilligersvergoeding. Zij kunnen kiezen om een groep zelfstandig te begeleiden of als co samen met een professionele hulpverlener. Op deze manier brengt het CGG het cliëntenperspectief binnen in de werking van het dagactiviteitencentrum.

Inzet van personeelsmiddelen voor de rehabilitatiefunctie (gesubsidieerd) = 1.0 VTE

- **Project Koning Boudewijnstichting**

Dit jaar wordt er samengewerkt met de Koning Boudewijnstichting en wordt het gedachtengoed van participatie en inspraak, en het samen ontwikkelen van nieuwe werkvormen:

Clïëntparticipatie wordt zo veel als kan doorgevoerd op macro en meso niveau.

Naast het klassieke aanbod van de ggz, ontwikkelt en implementeert het cgg nieuwe werkvormen. Die zijn gebaseerd op het gedachtengoed van herstel en empowerment. Clienten en ervaringsdeskundigen zijn partners rond inbrengen van vernieuwende deskundigheid in de zorg.

Patiëntenparticipatie sluit aan bij een algemeen pleidooi om patiënten als actor te betrekken bij de zorg, de ontwikkeling en evaluatie van het zorgaanbod en het beleid. Het patiëntenstandpunt wint aan belang, er leven nog veel vragen: wat werkt wel en wat werkt niet? De tegenstelling tussen de expertgedreven cultuur van de zorgverlening vs. de waarde van de ervaringsdeskundigheid van de patiënten blijft een moeilijk punt. Hoe kunnen we het patiëntenperspectief versterken, welke ideeën verdienen uitwerking, welke praktijken zijn haalbaar, welke methodes zijn met succes inzetbaar?

Bij de ontwikkeling van nieuwe werkvormen zullen we van bij de start met cliënten en ervaringsdeskundigen rond tafel zitten: welke werkvormen dienen ontwikkeld te worden, wat is er nodig/werkzaam, gebruik van taal, visie.

1. Ontwikkelen van modules psycho- educatie: korte, gerichte modules, gegeven door ervaringsdeskundigen, rond zelfzorg, vb bij bipolaire problematiek.

Hulpverleners, cliënten en ervaringsdeskundigen ontwikkelen zo een module. Deze wordt dan vb 6 x per jaar gegeven, telkens aan een groepje cliënten.

2. Ontwikkelen, voor het item dagactivering, van een overzichtelijke folder/website, met het aanbod, breed, van heel de regio, van de verschillende partners: idem als voorgaande: ontwikkelen, ontwerpen, feedback naar gebruiksvriendelijkheid, taal, niet stigmatiserend en gericht op herstel en hoop.

3. screenen en feedback geven over nieuwe website Ahasverus: klant en gebruiksvriendelijkheid, taalgebruik (stigmatiserend?) etc.

4. Ontwikkelen van een overzichtelijke folders, website rond het aanbod in de regio van groepsmodules.

- **IBW De Raster – PZ Sint Alexius: Springplank +**

Arbeidszorginitiatief : reïntegratie op de (on-)betaalde arbeidsmarkt

Rehabiliteren en revalideren van taakgerichte opdrachten

Persoonlijke- en arbeidsvaardigheden van de cliënt kunnen inschatten (door middel van screeningresults, en assesment) , deze verhogen (formuleren van aandachts- en werkpunten; proces- en activiteitenplanning) en te evalueren tijdens en aan het einde van het traject. (Dit aan de hand van zelfevaluatie door de cliënt , van evaluatie door de begeleiding en van de evaluatie samen met de cliënt) . In en Uitstroom van cliënt verloopt via gespecialiseerde arbeidstrajectbegeleiding.

Inzet van personeelsmiddelen voor de rehabilitatiefunctie = 0.4 VTE

- **gezinshulp, familiehelp**

Ook verzorgenden en zorgkundigen kunnen een rehabiliterende functie vervullen doordat zij de cliënt mee betrekken in de huishoudelijke taken en hen vaardigheden trachten aan te leren (vb koken, poetsen); door deze taken niet zomaar uit handen te nemen, maar de cliënt actief te betrekken, proberen zij hen zelfstandiger te worden en te activeren.

- **postkuur**

Het programma postkuur (officieel 'nabehandeling revalidatie') houdt in dat mensen na het beëindigen van een opname in een centrum terecht kunnen voor 'nazorg op maat'. Zonder een effectieve opname kunnen patiënten gebruik maken van bepaalde diensten.

Ambulant, laagdrempelige setting in groep – maatschappelijk georiënteerd

- **Atelier – CGG Ahasverus**

Het Dagactiviteitencentrum werkt zoveel als kan samen met vrijwilligers en ervaringsdeskundigen, dit om het team extra mankracht te geven, maar ook om op deze manier het cliëntperspectief in te brengen. Worden gecoacht, er wordt vorming en overleg voorzien door het team voor hen.

Inzet personeelsmiddelen voor de rehabilitatiefunctie (gesubsidieerd/niet-gesubsidieerd) = 4,83VTE

- **Dagactiviteitencentrum IBW De Raster**

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Ontmoeting | iedere werkdag vanaf 8u30 |
| 2. Sport | woensdagvoormiddag en dinsdag |
| 3. Kookvaardigheden - bakkerij | maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag |
| 4. Creatieve activiteit | dinsdag namiddag |
| 5. Ontspanning / cultuur | donderdagnamiddag |
| 6. Tuin | iedere werkdag (seizoensgebonden - weersafhankelijk) |

Inzet van personeelsmiddelen voor de rehabilitatiefunctie (gesubsidieerd) = 1.25 VTE

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 7. Semi-industrieel werk: | maandag / dinsdag / donderdag |
| a. Stage | |
| b. Structureren / activering | |

- **Springplank PZ Sint Alexius / IBW De Raster**

- | |
|-------------------------|
| c. Screening / training |
| d. Stage |

Inzet van personeelsmiddelen voor de rehabilitatiefunctie (gesubsidieerd) = 0,70 VTE

Belangrijke reguliere partners

- ⇒ Centra Algemeen Welzijn
 - CAW Delta (Londerzeel – Dilbeek – Ninove – Halle – Overijse)
 - CAW regio Vilvoorde
- ⇒ OCMW – locale dienstencentra
- ⇒ GTB – VDAB

Functie 4: Intensieve residentiële behandeling

Specifieke (semi)residentiële voorzieningen die taken vervullen als intensieve crisisopvang, observatie, diagnosestelling en oriëntatie aanbieden (F4a)

- **Psychiatrische Afdelingen (PAAZ-en) in de algemene ziekenhuizen te Vilvoorde, Asse, Halle, en Jette (UZ Brussel)**

De PAAZ'en zijn Psychiatrische Afdelingen in een Algemeen Ziekenhuis zijn bedoeld voor mensen met een acute psychiatrische problematiek of mensen die in een acute crisissituatie verkeren (urgentiepsychiatrie). Zij kunnen voor een korte periode worden opgenomen en kunnen hierna doorverwezen worden naar huis (al of niet met ambulante omkadering) of naar

een psychiatrisch ziekenhuis voor een meer gespecialiseerde behandeling. Tijdens deze opname wordt een diagnose gesteld en een advies voor verdere behandeling. Veel PAAZ'en vervullen naast urgentiepsychiatrie ook een poliklinische functie waar diagnostiek en oriëntatie een essentieel onderdeel van uitmaken.

- **Psychiatrisch Ziekenhuis**

Binnen onze regio is er slechts één Nederlandstalig Psychiatrisch Ziekenhuis gevestigd, gelegen te Grimbergen. Dit ziekenhuis beschikt o.a. een acute opnameafdeling die gespecialiseerd is in acute crisisopvang, observatie, diagnosestelling en oriëntatie.

- **Crisisopvangcentrum Haven 21**

Haven 21 biedt kortdurende opvang aan volwassenen die in crisis zijn, onafhankelijk van wat aan de basis ligt van de crisis; hoewel ze zich richten tot een breed publiek kunnen ook mensen met een psychiatrisch probleem in crisis bij hen terecht, voor een termijn van maximum twee weken tot zij een andere oplossing gevonden hebben.

Specifieke (semi)residentiële voorzieningen die intensieve behandeling aanbieden in de vorm van gespecialiseerde zorgprogramma's (F4b)

- **Psychiatrische Afdelingen (PAAZ-en) in de algemene ziekenhuizen te Vilvoorde, Asse, Halle, en Jette (UZ Brussel)**

Naast de urgentieopvang realiseert de PAAZ eveneens kortdurende behandeling van patiënten met psychiatrische problemen, of zelfs een poliklinische functie met eventueel deeltijdbehandeling.

- **Psychiatrisch Ziekenhuis**

Het Psychiatrisch Ziekenhuis te Grimbergen beschikt over verschillende zorgeenheden die elk een gespecialiseerd en intensief zorgprogramma aanbieden. Zonder exhaustief te zijn, noemen we de voornaamste: psychosezorg, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen, verslavingszorg, psychogeriatric en intensieve dagbehandeling. De dagkliniek vervult niet alleen een functie als nabehandeling na een voltijdse opname, maar kan ook een alternatief betekenen voor een voltijdse residentiële behandeling. In dit laatste geval kan de cliënt vijf dagen per week een intensieve, ambulante behandeling volgen en toch in zijn vertrouwde omgeving blijven wonen.

- **Psychosociaal Centrum te Elsene**

Gedurende de dag kunnen mensen met een psychotische problematiek er terecht voor een gestructureerde daginvulling en behandeling in het daghospitaal. Het programma dat geboden wordt, is op maat van de cliënt gemaakt en zij kunnen op consultatie komen bij een psychiater, psycholoog en sociale dienst. Rond de cliënt wordt een miniteam gevormd met medewerkers betrokken bij de zorg, waar ook de cliënt zelf actief deel van uitmaakt en zijn behandeling mee uitstippelt. Naast het daghospitaal biedt het PSC Elsene voor mensen met een psychotische problematiek ook de mogelijkheid van nachthospitalisatie, waar elke dag van de week en 24u op 24u begeleiding aanwezig is.

- **Supraregionale ziekenhuizen**

Voor specifieke zorgprogramma's waarvan het aanbod niet bestaat binnen Halle-Vilvoorde, wordt er samengewerkt met supraregionale ziekenhuizen.

Functie 5: Huisvesting, woonvormen

Specifieke woonvoorzieningen waar een omschreven samenwerking bestaat / vertegenwoordigd in het Forum

- **IBW De Raster (F5a): gemeenschappelijke woonvormen** voor specifieke doelgroep waarvan de organisatie van de uitbating en coördinatie, groepsbegeleiding bij De Raster vzw wordt gelegd.

▪ Grimbergen	5 pl.	Variabel / sterk zorgafhankelijk / stabiliteit beperkt
▪ Strombeek	5 pl.	Variabel
▪ Beigem	7 pl.	Beschut Service Wonen
▪ Beigem	3 pl.	Intensief / doelgericht / eerder kort
▪ Beigem	6 pl.	Intensief/nabijheid van hulpverlening prioritair
▪ Vilvoorde	6 pl.	Variabel / vrij zelfstandig
▪ Evere	6 pl.	Variabel / sterk zelfstandig / hoge stabiliteit

- **IBW De Hulster / IBW De Raster (F5a):** gemeenschappelijke woonvormen voor specifieke doelgroep waarvan de organisatie van de uitbating en coördinatie, groepsbegeleiding bij het **samenwerkingsverband De Open Cirkel** wordt gelegd. Er zijn 19 plaatsen voorzien verspreid over 4 huizen gelegen te Halle en Lembeek.

- **IBW De Raster vzw / PZ Sint Alexius (F5a):** doorgangshuizen met training en voortgezette behandeling

- Beigem 3 pl. Geronto-psychiatrie: testing en doorverwijzing
- Strombeek-Bever 5 pl. Psychozenzorg: training en doorstroming

- **IBW De Raster vzw (F5a): Individuele woonvormen / echtparen – koppels**

Er zijn drie appartementen voor telkens twee personen, gelegen te Strombeek-Bever en te Beigem

- **Sociale huisvestingsmaatschappij Zennevallei – project welzijn/doelgroepenbeleid (F5a)**
- **IBW Primavera (BRUSSEL- Jette/Laken) (F5a)**

Dit initiatief biedt naast gemeenschapswoningen ook twee- en eenpersoonsappartementen aan, naast individuele begeleidingen aan huis. Alles bij elkaar omvat dit zo'n 20 plaatsen.

- **IBW Festina Lente (BRUSSEL – Elsene / Etterbeek) (F5a)**

IBW Festina Lente heeft drie huizen verspreid in Elsene en Etterbeek en biedt plaats aan 16 mensen, naast drie individuele begeleidingen aan huis.

- **IBW Mandragora (BRUSSEL –Elsene / Etterbeek / Ukkel / Sint Gilles 47 pl. (F5a)**

Dit initiatief voorziet 5 gemeenschapshuizen die ruimte bieden aan 25 mensen, 2 pensions voor 14 mensen en 26 mensen worden individueel aan huis begeleid.

- **Psychiatrisch verzorgingstehuis Kraaienberg – PZ Sint Alexius (F5b): 29 pl, lang verblijf**
- **PVT Thuis (BRUSSEL - Ganshoren) (F5b)**
 - 10 pl. Autonome groep, tijdelijk verblijf (max 2j)
 - 47 pl. Niet-autonome groep, lang verblijf

Specifieke woonvormen waar (nog) geen formele samenwerking bestaat

- **Sociale Huisvestingsmaatschappijen:** InterVilvoordse, Zennevallei, Providentia (F5a)
- **Logementshuizen (F5a)**
- **Erkende woon en zorgcentra – Soprimat (F5b)**
 - **Iris vzw** – 1853 Strombeek 30 pl. Verpleging en verzorgingspermanentie
 - **Rozendal vzw** – 1853 Strombeek 15 pl. Verpleging en verzorgingspermanentie.
- **Home select Meise:** langdurig verblijf/sterk zorgafhankelijk/permanente opvolging (18pl) (F5b)
- **VAPH-voorzieningen (F5b)**

Deze voorzieningen zijn bedoeld voor mensen met een licht mentale handicap, maar ook binnen deze voorzieningen zijn er bewoners die naast hun mentale handicap ook een ernstig psychiatrisch probleem hebben.

BELANGRIJKE PARTNERS voor ons aanbod waar (nog) geen formele samenwerking bestaat

- **Intergemeentelijke diensten - woonbeleid - woonwinkels**
- **OCMW**
- **Provinciale diensten Vlaams Brabant : wonen-welzijn**
- **Sociale verhuurkantoren**

8.3 BIJLAGE 3 - FIGUREN & TABELLEN

Figuur 1

Op evidentie gebaseerde methodieken dienen maximaal beschikbaar gesteld binnen de F-act werking. Activiteiten die het team - naargelang fase en aard van de begeleiding – ontwikkelt, aanbiedt en opvolgt, zijn:

Diagnostiek, monitoring	<i>klinisch en testing in samenwerking met de andere diensten</i>
Therapeutisch aanbod	<i>Verskillende therapieën worden aangeboden in samenwerking met de andere diensten (CGG, PZ, CAW...)</i>
Functie ACT	<i>Methodiek van opvolging wordt eigen gemaakt</i>
Psycho-educatie	<i>In samenwerking met diensten uit functie 3, de familiegroep en met integratie van ervaringsdeskundigen</i>
Psychiatrische Crisiszorg Thuis	<i>In samenwerking met de functie 2A voor subacute zorg (ACT benadering)</i>
Therapeutisch Overleg	<i>De zorgcoördinatoren organiseren de naadloze trajectbegeleiding ; zij ontwikkelen of volgen het overleg op waar nodig</i>
Gezinsinterventies	<i>De familie wordt maximaal betrokken waar nodig.</i>
Individual Placement reSupport (IPS)	<i>Begeleiding of ondersteuning op werkvloer en op de school</i>
Farmacotherapie	<i>In samenspraak met huisarts</i>
Empowerment	<i>Ondersteunen en betrekken van Ervaringsdeskundigheid en zelfondersteunende acties</i>

Tabel 1: Programmering GGZ naar bevolking

Regio	Bevolking	PZ	PAAZ	CGG	BW	PTZ	CAW
Halle-Vilvoorde	594295	170	90	52	9	4	61
Leuven	465.937	1470	75	64	330	13	117
Antwerpen	969.269	1490	290	145	76	8	318
Brugge-Oost	486. 967	887	160	70	44	2	162
Kortr/Roeselare	651.536	722	165	80	34	6	97

(er zijn onnauwkeurigheden in deze cijfers: zoals referentie werkjaar voor sectoren) Rood=bedden en zwart = VTE

8.4 BIJLAGE 4 – BIJKOMENDE INFORMATIE M.B.T. TOT - 6.2 RISICOMANAGEMENT - 6.2.4 WERKNEMERS

De implementatie van het project zal veel sociaal overleg vragen met de verschillende belangengroepen. Deze extra investering is geen bijkomstigheid en de partners beseffen dan ook dat dit best vooraf begroot wordt in tijd en middelen.

Sinds het nationaal informatiemoment op 21 mei 2010 waar de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' werd voorgesteld, hebben de partners van het exploratieproject er dan ook voor gezorgd dat de inhoud van deze gids alsook de daaropvolgende projectoproep een vast thema zijn geworden van bespreking en overleg op de verschillende staf- en teamvergaderingen, de ondernemingsraden en comité's, de medische raden, directiecomité's, de raden van bestuur en andere.

Acties ondernomen naar bekendmaking aan en bespreking met het personeel binnen het Psychiatrisch Centrum Sint-Alexius - Grimbergen (PZ & PVT)

- Ondernemingsraad van resp. 15 juni, 21 september, 19 oktober en 16 november 2010: toelichting bij de draagwijdte van artikel 107 en de ontwikkeling van het exploratieproject Halle-Vilvoorde. Bespreking van de impact voor het personeel en het vastleggen van afspraken over hoe dit in de ondernemingsraad zal worden opgevolgd, aan- en bijgestuurd
- Ontwikkeling van de toekomstvisie voor het ziekenhuis in het kader van de reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg – Actualisatie van het zorgstrategisch plan: bespreking op 7 mei 2010 met vertegenwoordiger van de raad van bestuur
- Juni/oktober 2010: Voorstelling van de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg' en toelichting bij de draagwijdte van artikel 107 aan elk (voltallig) multidisciplinair team van de verschillende zorgeenheden in het ziekenhuis
- Het POC (permanent overleg comité tussen medische staf en directiecomité) bespreekt op 2 juni / 23 juni / 8 september 2010 resp. de inhoud van de 'Gids voor een betere geestelijke gezondheidszorg', de draagwijdte van artikel 107 en de mogelijkheden m.b.t. het uitwerken van een exploratieproject voor Halle-Vilvoorde-Brussel. Op 6 oktober 2010 worden in het bijzijn van de coördinator verzorgingsinstellingen (vertegenwoordiger van de raad van bestuur) van de vzw Provinciaal der Broeders van Liefde meer concreet de mogelijkheden m.b.t. het buiten gebruik stellen van bedden in het kader van art. 107 besproken
- 1 november 2010: De tekst van het ingediende exploratieproject art. 107 voor de regio Halle-Vilvoorde-Brussel staat ter beschikking van de medewerkers.

Acties ondernomen naar bekendmaking aan en bespreking met het personeel binnen het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Ahasverus vzw - Asse.

- Ontwikkeling van visietekst en standpunt voor het netwerk en het CGG (periode mei-juni 2010)
- Juli 2010: Bespreking met de voorzitter
- 27 augustus 2010: Bespreking teksten met de lokale coördinatoren van de vestigingen in het Dagelijks bestuur
- 30 september 2010: Toelichting en eerste bespreking met de vertegenwoordigers van het personeel in het 'Sociaal Overleg' van de organisatie. Voor het inlichten van alle werknemers werd voorgesteld om de goedkeuring van het project verder af te wachten
- 25 oktober 2010: Bespreking Raad van Bestuur

Acties ondernomen naar bekendmaking aan en bespreking met het personeel binnen het Initiatief voor Beschut Wonen De Raster vzw - Grimbergen - inclusief het team van de psychiatrische thuiszorg regio Halle-Vilvoorde (*SPPiT: Samenwerkingsinitiatief voor Patiënten met Psychiatrische problemen in de Thuisituatie*) en het team van het Samenwerkingsinitiatief voor beschut wonen De Open Cirkel – Halle.

- juni /september 2010: Besprekingen binnen het Dagelijks bestuur van De Raster vzw (tweewekelijks) met betrekking tot de opzet van en deelname aan het project
- 2 juni/ 7 juli/1 september/ 12 oktober 2010: Bespreking binnen de stuurgroep Psychiatrische Thuiszorg met betrekking tot opzet van en deelname aan het project
- 30 september 2010 - Trimestriële stafvergadering en sociaal adviescomité van De Raster vzw: Toelichting m.b.t. de draagwijdte van artikel 107 en de ontwikkeling van het exploratieproject Halle-Vilvoorde in aanwezigheid van alle personeelsleden
- 13 oktober 2010: Voorstelling en bespreking binnen de Raad van Bestuur van de Raster vzw
- 19 oktober 2010: Verdere duiding aan en bespreking met het personeel van het team 'Activering' m.b.t. functie 3
- 22 juni/ 15 september/27 oktober 2010: Verdere duiding en bespreking met betrekking tot de ontwikkeling van functies 2a, 2b en 3 in de 'vakgroep psychiatrische thuiszorg' (team met alle medewerkers PZT en activering)

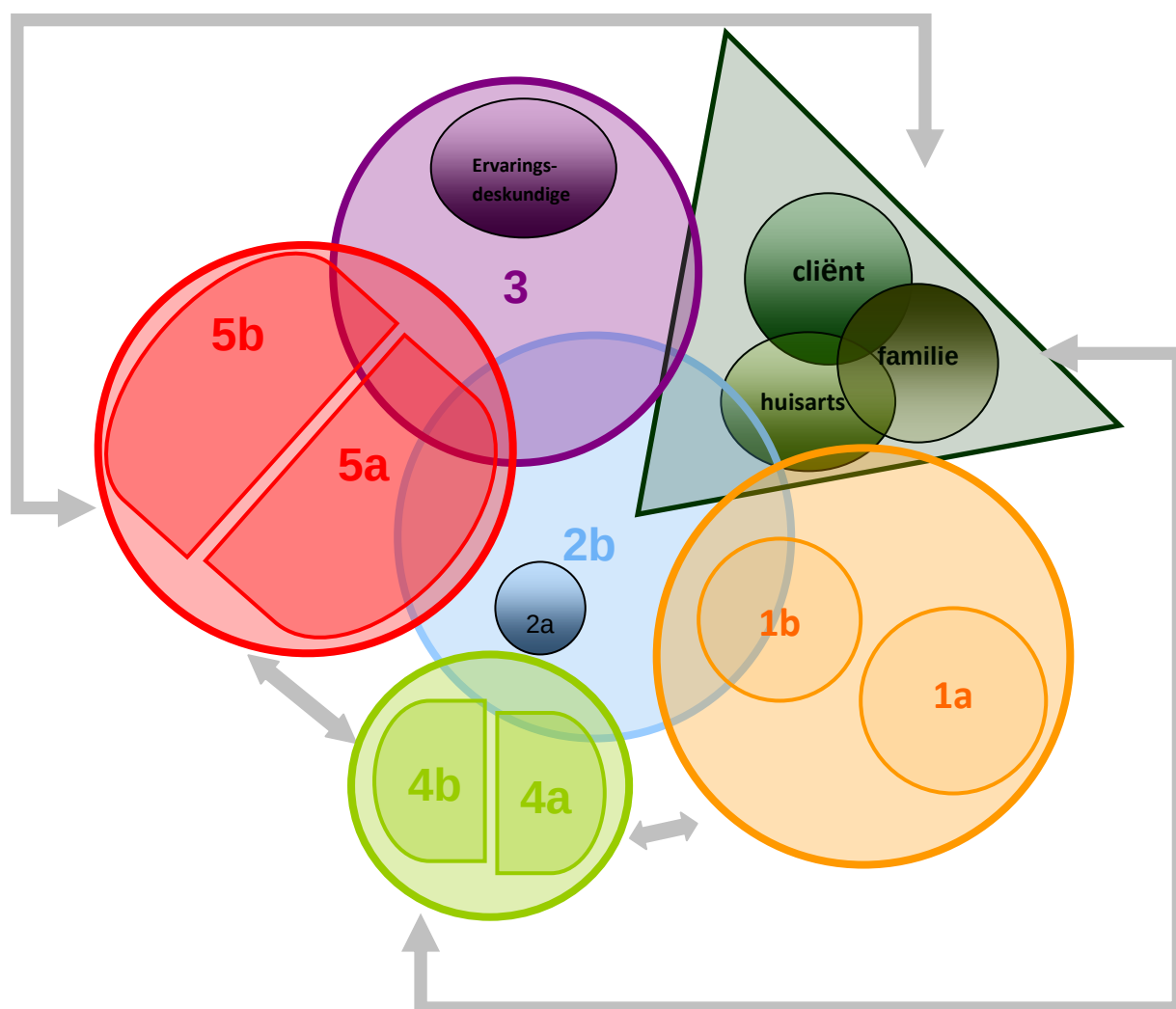
Acties ondernomen naar bekendmaking aan en bespreking met het personeel binnen het centrum Geestelijke Gezondheidszorg PassAnt - Halle

De reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg is herhaaldelijk thema van bespreking geweest op de wekelijkse teamvergaderingen van het CGG PassAnt vzw.

De draagwijdte van artikel 107 en de ontwikkeling van een exploratieproject voor Halle-Vilvoorde werd meer expliciet voorgesteld en besproken op:

- De teamdag CGG PassAnt van 7 oktober 2010 met alle medewerkers
- Het Medisch-Therapeutisch adviesteam (overleg van de psychiaters met de beleidsgroep) 5 oktober 2010
- De Raad van bestuur van resp. 19 mei 2010 en 06 oktober 2010 en de algemene vergadering van 19 mei 2010

8.5 BIJLAGE 5 – SCHEMATISCHE VOORSTELLING VAN DE VIJF FUNCTIES



8.6 BIJLAGE 6 – FAMILIEPARTICIPATIE IN EEN ZORGNETWERK

Op microniveau participeren nog steeds te weinig familieleden actief in het zorgoverleg. Dit is voornamelijk het geval bij de doelgroep Volwassenen. Dit blijkt trouwens ook uit de resultaten van het onderzoek van LUCAS en bevestigt de ervaring van Similes dat er nog veel weerstand bestaat t.a.v. familieparticipatie in de GGZ. Maar dit is niet de enige reden voor het 'niet – participeren' van familieleden. Er zijn meerdere redenen, al zijn deze niet altijd duidelijk gekend. Verdere verkenning hiervan is zeker aangewezen.

Familieparticipatie is zonder twijfel meerwaarde in de zorg. Wetenschappelijk onderzoek bevestigt dit. Participatie op meso- en macroniveau kan echter niet goed werken zonder participatie op microniveau. Zolang er geen structurele inbedding is in de zorg, maakt familieparticipatie in GGZ geen kans op slagen. Familieleden moeten erkend worden als partners in de zorg maar ze hebben ook nood aan ondersteuning, zowel wat betreft de zorg als op emotioneel vlak.

“Familieparticipatie heeft alleen kans van slagen als het op alle niveaus in de organisatie wordt ingevoerd”, aldus Wendy van Lier, medewerker van het Expertisecentrum Mantelzorg NL.

Er is dus nood aan een module “familie/context” in een zorgnetwerk die

- familieparticipatie organiseert
- familie ondersteuning biedt

Module FAMILIE op micro niveau

Familie = de naastbetrokkenen van de patiënt (de mantelzorger, ouders, partners, broers en zussen, kinderen van patiënt); andere verwanten of burens die in de praktijk fungeren als mantelzorger beschouwen wij eveneens als familie.

1. Familie als partner in zorg

Dit gaat over het deelnemen aan het zorgoverleg rond de eigen patiënt. Familieleden zijn mantelzorgers en zijn daarom een belangrijke actor in het herstelproces van de patiënt. Hier gaan we uit van het idee “wie zorgt, praat mee”.

- Participatie in het zorgoverleg en in het zorgtraject

2. Zorg voor familie

Aangezien families de rol van mantelzorger opnemen en aangezien zij te maken hebben met stressvolle situaties is het belangrijk is dat zij gesteund worden in hun eigen herstelproces. Daartoe dienen een aantal activiteiten georganiseerd te worden op het niveau van het zorgnetwerk.

- Psycho-educatie en copingcursussen, lotgenotencontact
- Ondersteuning van de mantelzorger in de thuissituatie (vb. herstelwerk na crisis)

3. Functie ‘Familiecoach

Deze functie zien wij als een *professionele, betaalde* functie. Wij zijn ervan overtuigd dat een familiecoach een noodzakelijke opstap en een ideale brugfunctie is in het realiseren van een optimale samenwerking in de triade ‘hulpverlener, patiënt en familie’. Wij willen aantonen dat een dergelijke functie een duidelijke meerwaarde heeft en dus structureel moet en kan ingebouwd worden in de organisatie van de GGZ. Deze overtuiging wordt gesterkt door kennismaking met verschillende ‘goede praktijk’ voorbeelden uit het buitenland. In Nederland werkt men reeds 30 jaar met familieraden in de GGZ en reeds meer dan 10 jaar met Familievertrouwenspersonen in GGZ-voorzieningen. Ook in Duitsland en Engeland zien wij gelijkaardige initiatieven. Similes heeft zelf ook reeds expertise opgebouwd betreffende de meerwaarde van familiecoaching (vanaf 2007 tot heden) in provinciale projecten ‘Trialoog’ i.s.m. de overlegplatforms GGZ van Vlaams Brabant en Oost Vlaanderen.

- Een Brugfunctie naar een optimale participatie in de triade
- Interventie van een familiecoach kan zowel door hulpverlener als door familie gevraagd worden wanneer spontane participatie niet lukt

Taakomschrijving van de familiecoach

- Informeren over geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang.
- Verwijzen naar instanties, lotgenotengroepen, cursussen of bijeenkomsten = toeleiden naar zorg.
- Een luisterend oor bieden voor het verhaal van de familie.
- Ondersteunende gesprekken daar waar ondersteuning door de zorgverleners tijdelijk of langdurig niet mogelijk is omwille van bv. Beroepsgeheim of conflictueuze relatie met patiënt en/of hulpverleners.
- Hun belangen behartigen door ondersteuning in gesprekken met hulpverleners of hun leidinggevenden.
- Bemiddeling tussen familie en hulpverlener(s).
- Signaleren van problematiek van familie en betrokkenen en deze onder de aandacht brengen van de zorginstellingen.
- Signaleren van regels en werkwijzen van de zorg die problemen of knelpunten bij de familie en direct betrokkenen veroorzaken.
- Privacy is daarbij gewaarborgd, zonder toestemming geeft de Familiecoach geen informatie door aan de cliënt of de hulpverleners.

Profiel van Familiecoach

Minimum een diploma A1 maatschappelijk werk of een gelijkwaardig en aanverwant diploma.

De familiecoach moet onafhankelijk van de hulpverleners kunnen handelen maar werkt bij voorkeur in nauw overleg met hulpverleners.

Kennis van de organisatie van de G.G.Z.

Kennis van noden en behoeften van familieleden in de G.G.Z.

Module FAMILIE op meso en macro niveau

Vertegenwoordiging door opgeleide ervaringsdeskundigen met mandaat van erkende familieorganisatie.

- Bij ontwikkeling en werking van een zorgnetwerk: in de verschillende geledingen van de organisatie van het netwerk

Rol van de familieorganisatie Similes in zake participatie

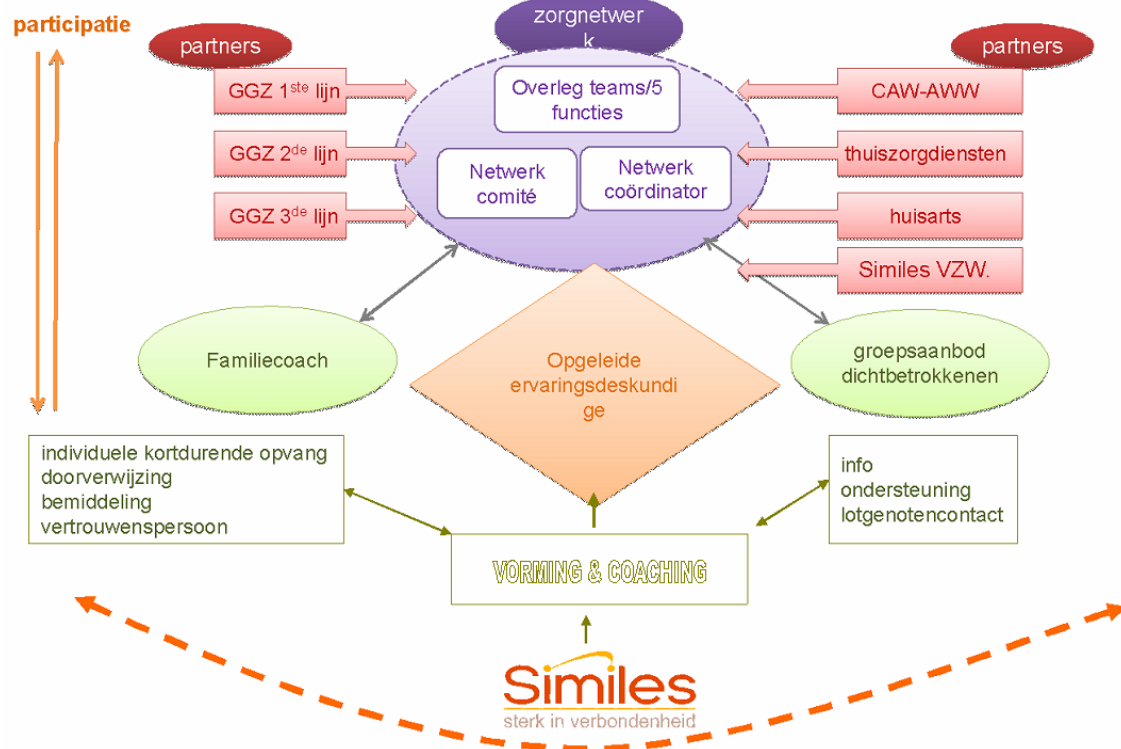
- Opleiding en coaching van ervaringsdeskundigen voor vertegenwoordiging op meso- en macroniveau
- Coaching van familiecoach
- Expertise inzetten in participatie op macro-niveau (overheid)
- Samen met GGZ hulpverleners vorm geven aan de voorgestelde familie modules

Similes kan een aantal bestaande werkingen inbrengen in de projecten.

Daarnaast heeft Similes een nationaal aanbod dat ook openstaat voor alle familiebetrokkenen bv. Psycho-sociaal en juridisch advies, studiedagen, familieweekenden, vakantiewoning.

- Bij de invulling van **functie 1** creëert deze samenwerkingsvorm enerzijds kansen om de toegankelijkheid van informatie en ondersteuning voor familieleden te optimaliseren. Dit kan o.m. door gezamenlijke en concrete afspraken rond bekendmaking van en doorverwijzing naar deze Similes activiteiten. Anderzijds kunnen we de continuïteit en de kwaliteit van informatie en ondersteuning voor families bevorderen door het gericht inzetten van de specifieke deskundigheid van de netwerkpartners. We beschikken hier trouwens over goede praktijkvoorbeelden als basis.
- Daarnaast kunnen wij ook de know how van Similes ter beschikking stellen voor vorming van eerste lijnhulpverleners in het netwerk over de noden en behoeften van familieleden.
- Tijdige en gerichte informatie en ondersteuning van alle betrokkenen in de zorg zullen bovendien bevorderend zijn voor een actieve en adequate participatie van familie in de functies twee, drie, vier en vijf.
- Met de teams van **functies twee, drie, vier en vijf** kunnen we vervolgens een gelijkaardige samenwerking uitbouwen zodat families ook daar vlotter en op maat kunnen beroep doen op het ondersteunend aanbod van Similes. Tegelijkertijd kan deze samenwerking Similes ook helpen om ons aanbod beter af te stemmen op de noden van de families die geconfronteerd worden met ernstige en langdurige problemen van hun familielid.

Zorgorganisatiemodel met participatie van dichtbetrokkenen



8.7 BIJLAGE 7 – MODEL VAN SAMENWERKINGSOVEREENKOMST

SAMENWERKINGSOVEREENKOMST NETWERK GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG HALLE-VILVOORDE

Tussen de ondergetekenden, vertegenwoordigers van de rechtspersonen zoals vermeld in bijlage van deze overeenkomst, hiernavolgend de partijen genoemd, wordt het volgende overeengekomen:

Preambule

De partijen streven naar een geïntegreerd zorgaanbod voor volwassenen met psychiatrische stoornissen en ernstige psychosociale problemen in Halle-Vilvoorde, aangeboden door een netwerk. Met netwerk wordt een geheel van juridisch onafhankelijke zorgaanbieders bedoeld die in de context van de hervorming GGZ samen een functioneel samenwerkingsverband vormen.

Artikel 1: doelstellingen van de samenwerkingsovereenkomst

Deze overeenkomst richt een samenwerkingsverband zonder rechtspersoonlijkheid op, verder samenwerkingsverband ggz Halle-Vilvoorde genoemd, dat zich tot doel stelt te streven naar een geïntegreerd zorgaanbod volwassenen met psychiatrische stoornissen en ernstige psychosociale problemen in Halle-Vilvoorde rekening houdend met de realisatie van de vijf functies zoals beschreven in het model dat door de overheid wordt aangeboden en nagestreefd.

Artikel 2: onderwerp van het samenwerkingsakkoord

Dit samenwerkingsakkoord wordt gesloten in het raam van de hervorming GGZ. Dit akkoord bepaalt de samenwerkingsvoorwaarden tussen de partners en zorgactoren die zich engageren. De stuurgroep verklaart zich akkoord om tijdig en correct, de verplichtingen die voortvloeien uit erkenning van dit project na te komen en de netwerkcoördinator in staat te stellen om de nodige aansturing en rapportages te doen.

Artikel 3: samenstelling van de stuurgroep

De stuurgroep is verantwoordelijk voor de inhoudelijke en operationele aansturing van het project. De stuurgroep is samengesteld uit de partners en zorgactoren die een investering van middelen hebben gedaan in de realisatie van de ambulante behandelteams. Tevens dient de samenstelling van de stuurgroep een afspiegeling en vertegenwoordiging te zijn van die actoren in de GGZ die in de vijf verschillende functies een centrale rol invullen. De voorzieningen die deelnemers bepalen welke medewerker een mandaat krijgt om te participeren in de besluitvorming van de stuurgroep. De stuurgroep komt minimaal éénmaal per maand samen. De agenda wordt opgemaakt door de netwerkcoördinator die de stuurgroep voorziet. De leden van de stuurgroep geven hun agendapunten door aan de netwerkcoördinator.

Artikel 4: voorzitterschap van de stuurgroep en de netwerkcoördinator

Het voorzitterschap van de stuurgroep wordt waargenomen door dhr G. Bronselaer voor een periode van drie jaar. In zijn functie als netwerkcoördinator (1/2 fte) wordt hij hierin bijgestaan door mevr. C.Bailleu (1/2 fte). De netwerkcoördinatoren werken in nauwe samenwerking en in opdracht van (besluitvorming, verantwoording voor de uitvoering) de stuurgroep. In de verdere uitwerking en realisatie van het project hervorming GGZ wordt de functie van de netwerkcoördinatoren geëvalueerd en waar nodig bijgesteld door de stuurgroep..

Artikel 5: Aansturende werkprincipes van de stuurgroep

- een gemeenschappelijke visie ontwikkelen over de wijze waarop een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg in Halle-Vilvoorde verzekerd kan worden;
- faciliteren van het proces naar samenwerking en netwerkvorming met aandacht voor betere coördinatie en complementariteit;
- in kaart brengen en bediscussiëren van vraag en aanbod met het oog op optimalisering;
- het concretiseren, implementeren, evalueren en bijsturen van het zorgvernieuwingproject, concreet de realisatie van de 5 functies zoals in het model beschreven door de overheid die moeten voorzien worden in de regio HV;
- ontwikkelen en implementeren van nieuwe initiatieven in het kader van beleidsplanning;
- nagaan waar het huidige aanbod versterkt moet worden en zoeken naar mogelijkheden om dit te realiseren;
- aandacht besteden aan onderwijs, vorming en het delen van kennis met het oog op het optimaliseren van de kwaliteit;
- de communicatie onderling en met externen verbeteren;
- zich openstellen naar niet-professionele stakeholders, zoals verenigingen die de belangen van gebruikers, familie of dichtbetrokkenen van geestelijke gezondheidszorg vertegenwoordigen en zoeken naar werkbare modellen van participatie.

Artikel 6: doelgroep en werkingsgebied

Het samenwerkingsverband GGZ Halle-Vilvoorde richt zich tot alle volwassenen, met uitzondering van kinderen en ouderen, van het arrondissement Halle-Vilvoorde, het hoofdstedelijk gewest Brussel (nederlandstalige inwoners), met psychiatrische stoornissen en ernstige psycho-sociale problemen, ongeacht de aard van de stoornissen. Het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant wenst aan dit samenwerkingsverband een bijzondere aandacht te besteden, rekening houdend met de karakteristieken van het GGZ-aanbod in het arrondissement Halle-Vilvoorde en actuele knelpunten.

Artikel 7: lidmaatschap van het samenwerkingsverband

Elke rechtspersoon die de doelstellingen van de samenwerkingsovereenkomst wil onderschrijven kan toetreden. Naast de gesubsidieerde voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg uit Halle-Vilvoorde en Brussel, kunnen ook voorzieningen en hulpverleners uit andere sectoren toetreden tot het samenwerkingsverband. Tevens is er de mogelijkheid voor toetreding van voorzieningen uit zorgregio's en arrondissementen die niet behoren tot de regio Halle-Vilvoorde en Brussel (bv. Leuven, Oost-Vlaanderen) waar er een overlapping is in het aanbod GGZ zodanig dat de nodige afspraken over samenwerking kunnen uitgewerkt worden.

Artikel 8: engagement van de deelnemende zorgactoren en voorzieningen

Toetreding tot dit samenwerkingsverband ggz Halle-Vilvoorde impliceert:

- een expliciet onderschrijven, ondersteunen en promoten van de doelstellingen van het samenwerkingsverband door de voorziening;
- een regelmatige deelname aan de vergaderingen van het samenwerkingsverband, met een vooropgesteld minimum van minstens de helft van alle vergaderingen;
- actieve deelname aan de realisatie van zowel de inhoudelijke als de organisatorische doelstelling;
- het nemen van de nodige stappen teneinde ook binnen de eigen voorziening de evolutie naar een geïntegreerd zorgaanbod in netwerkverband te stimuleren;
- het terugkoppelen van conclusies en reflecties aan de eigen zorgvoorziening, met de opdracht deze na interne bespreking weer in te brengen in de reflecties van het verband;
- akkoord zijn met het principe dat de oriëntering van bestaande of de uitbouw van nieuwe modules transparant en faciliterend overleg vereist met de andere partijen van het samenwerkingsverband;
- een resultaatgericht werken dat zichtbaar is in concrete samenwerkingsafspraken tussen voorzieningen en een evaluatie van de meerwaarde van het concrete zorgvernieuwingproject.

Artikel 9: forum H/V (denktank)

Een functionele vergaderingsstructuur (Forum denktank) zal zich bezig houden met de doelstellingen en de uitvoering van deze overeenkomst. Deze vergaderingsstructuur is samengesteld uit vertegenwoordigers van (zorg)actoren die actief zijn in de regio Halle-Vilvoorde, Brussel, en aangrenzende regio's (bv. Leuven, Oost-Vlaanderen). Deze vertegenwoordigers worden hiervoor gemandateerd door hun inrichtende macht. Wijzigingen in deze vertegenwoordiging worden doorgegeven aan de andere leden van het forum. Naast de vertegenwoordiging van de voorziening in het forum, worden deze gemandateerden ook het aanspreekpunt voor de interne opvolging van de samenwerkingsovereenkomst.

Het forum H/V heeft als taak:

- toe te zien op de naleving van de overeenkomst en de doelstellingen ervan;
- de evolutie naar een geïntegreerd zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg en netwerkvorming te evalueren en de ontwikkeling ervan te bevorderen;
- het netwerkdenken tussen de zorgactoren te stimuleren;
- actief deel te nemen aan provinciale afstemming van de geestelijke gezondheidszorg via informatie en terugkoppeling in de stuurgroep en de eventuele werkgroepen;
- de communicatie met externen rond de samenwerkingsovereenkomst en de ontwikkelingen terzake te verzekeren;
- ervoor te zorgen dat andere partijen dan de gesubsidieerde geestelijke gezondheidszorg, vrij en ongedwongen hun mening kunnen uiten en hiervoor, indien nodig, specifieke strategieën ontwikkelen;
- eventuele conflicten tussen de partijen trachten te verzoenen.

In het kader van deze samenwerkingsovereenkomst heeft het forum beslissingsbevoegdheid.

De coördinator van het VLABO (Dhr D. Hellemans) zal optreden als procesbegeleider van het forum.

Het forum vergadert zoveel keer als nodig, met een minimum van vier vergaderingen per jaar. Het forum beslist bij voorkeur met consensus. Indien geen consensus kan bereikt worden wordt er beslist met een tweederde meerderheid van de aanwezige leden.

Artikel 10: werkgroepen

Ten einde concrete zorgvernieuwingprojecten te implementeren en uit te werken kan zowel de stuurgroep als het forum werkgroepen oprichten. Aan de werkgroepen zullen concrete opdrachten toebedeeld worden. Deze opdrachten zullen schriftelijk omschreven worden, met aandacht voor de taakomschrijving en de doelstellingen, het engagement van de partijen, het mandaat die de deelnemers toebedeeld krijgen, de verwachte tijdsinvestering en de termijn waarbinnen het forum en de stuurgroep resultaten beoogt. De gemandateerden van het forum en de stuurgroep zullen het nodige doen om binnen de eigen

voorziening de geschikte mensen naar een werkgroep af te vaardigen en hen de nodige ruimte te geven om actief te participeren, zowel wat betreft het overleg, als de voorbereiding en opvolging ervan.

Artikel 11: toewijzing van de financiële middelen

De zorgvoorzieningen en partners die deelnemen aan het pilootproject brengen middelen in die gebruikt zullen worden om het project te operationaliseren en te realiseren. Hierbij wordt door de stuurgroep in samenwerking met de netwerkcoördinatoren een implementatie plan voor de realisaties van de vijf functies voorgelegd met een duidelijk overzicht van het te besteden budget en een gedetailleerde en concrete beschrijving van toewijzing en gebruik van het beschikbare budget. Dit moet gebeuren via een transparante boekhouding. De toewijzing van middelen en de bijhorende boekhouding worden tevens ter bespreking voorgelegd aan de leden het forum (denktank HV).

Artikel 12: conflicten

Meningsverschillen tussen de partijen betreffende de uitvoering van deze overeenkomst kunnen schriftelijk aan de voorzitter van het forum worden meegedeeld met informatie van de aard van het geschil en indien mogelijk een voorstel van oplossing.

De voorzitter doet het nodige om het forum binnen de maand na kennisname van het meningsverschil terug bijeen te roepen, waarbij getracht wordt om de partijen te verzoenen. Hiervoor kan beroep worden gedaan op één of meerdere externe deskundigen.

Artikel 13: beëindigingsmodaliteiten

Partijen kunnen per aangetekende brief, gericht aan de voorzitter, hun deelname aan deze overeenkomst beëindigen. Het forum kan ook beslissen om een partij uit te sluiten, wanneer deze de doelstellingen ondanks verzoeningspogingen niet respecteert. Het forum maakt zijn beslissing per aangetekende brief kenbaar aan de inrichtende macht van de desbetreffende partij. Voor de beëindiging loopt een opzeggingstermijn van drie maanden, die begint te lopen vanaf de eerste dag van de maand volgend op de verzending.

Artikel 14: duur van de overeenkomst

Deze overeenkomst treedt in werking vanaf ondertekening en wordt afgesloten voor onbepaalde duur. De overeenkomst kan bij consensus door het forum aangepast of beëindigd worden.

Deze overeenkomst werd opgemaakt teop

OVEREENKOMST TOT TOETREDING

Ondergetekenden verklaren,

in uitvoering van de beslissing van de Raad van Bestuur dd. dat het

beheerd door

(naam en adres van de inrichtende macht)

toetreedt tot de samenwerkingsovereenkomst met het oog op de realisatie van het project hervorming geestelijke gezondheidszorg in de regio Halle-Vilvoorde.

en vaardigt:

(naam en functie)

af als gemandateerde in het forum.

Opgemaakt te..... op..... in twee originele exemplaren.

(Handtekening)

(Functie)

8.8 BIJLAGE 8 - BEHEERSOVEREENKOMST

BEHEERSOVEREENKOMST GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG HALLE-VILVOORDE

Tussen de ondergetekenden, vertegenwoordigers van de rechtspersonen zoals vermeld in bijlage van deze overeenkomst, hiernavolgend de partijen genoemd, wordt het volgende overeengekomen:

Preambule

De partijen streven naar een geïntegreerd zorgaanbod voor volwassenen met psychiatrische stoornissen en ernstige psycho-sociale problemen in de regio Halle-Vilvoorde, aangeboden door een netwerk. Met netwerk wordt een geheel van juridisch onafhankelijke zorgaanbieders bedoeld die in de context van de hervorming GGZ financiële middelen ter beschikking stellen.

Artikel 1: doelstellingen van de beheersovereenkomst

Deze overeenkomst richt een comite, zonder rechtspersoonlijkheid op, verder beheerscomite ggz Halle-Vilvoorde genoemd, dat zich tot doel stelt te streven naar een geïntegreerd zorgaanbod volwassenen met psychiatrische stoornissen en ernstige psycho-sociale problemen in Halle-Vilvoorde rekening houden met de realisatie van de vijf functies zoals beschreven in het model dat door de overheid wordt aangeboden en nagestreefd.

Artikel 2: onderwerp van de beheersovereenkomst

Deze beheersovereenkomst wordt gesloten in het raam van de hervorming GGZ. Dit akkoord bepaalt de voorwaarden tussen de partners en ggz-actoren die zich engageren.

Artikel 3: samenstelling van het beheerscomite

Het beheerscomite is verantwoordelijk en bevoegd, en beheert de financiële middelen die ter beschikking worden gesteld door de verschillende partners en ggz-actoren voor de realisatie van hervorming GGZ in de regio Halle-Vilvoorde. Het comite is samengesteld uit de partners en ggz-actoren die een investering van middelen hebben gedaan in de realisatie van de ambulante behandelteams en de vijf functies. Tevens zal de samenstelling van het beheerscomite een afspiegeling en vertegenwoordiging zijn van die ggz-actoren in de GGZ die in de vijf verschillende functies een centrale rol invullen. De voorzieningen die deelnemen bepalen welke medewerker een mandaat krijgt om te participeren in de besluitvorming van het beheerscomite. Het beheerscomite komt minimaal éénmaal per maand samen. Deze vergaderingen zullen samenvallen met de vergaderingen van de stuurgroep (zie samenwerkingsovereenkomst). De agenda wordt opgemaakt door de netwerkcoördinator die de stuurgroep voorziet. De leden van de stuurgroep geven hun agendapunten door aan de netwerkcoördinator. De coördinerend geneesheer voor de medische functie, Dr Mommaerts, maakt deel uit van het beheerscomite.

Artikel 4: voorzitterschap van het beheerscomite

Het voorzitterschap van het beheerscomite wordt waargenomen door dhr G. Bronselaer voor een periode van drie jaar. In zijn functie als netwerkcoördinator (1/2 fte) wordt hij hierin bijgestaan door mevr. C.Bailleu (1/2 fte).

Artikel 5: aansturende financiële werkingsprincipes van het beheerscomite

- in kaart brengen en bediscussiëren van vraag en aanbod met het oog op optimalisering en ontwikkeling van de hervorming van GGZ in de regio HV met aandacht voor de besluitvorming ivm de besteding van de financiële middelen
- het streven naar een consensus in de besluitvorming omtrent de toewijzing van de financiële middelen, zowel de eigen inbreng als de additionele middelen via de B4 overeenkomst, als middelen vanuit andere financieringsbronnen (bv de provincie), als ook de middelen voor de werkingskosten.
- het uitwerken van procedures ivm. de selectie en aanwerving van medewerkers die tewerkgesteld zijn in één van de vijf functies
- medewerk(st)ers die door de actoren ingeschakeld worden in het kader van de uitvoering van het project artikel 107 (in één van de vijf functies), blijven ressorteren onder het gezag en toezicht van deze actor als werkgever; in functie van de concrete uitvoering van dit project kunnen zij echter instructies ontvangen van de coördinator van het netwerk of diens afgevaardigde.
- de organisatie waarmee een medewerk(st)er een arbeidscontract heeft zal zijn goedkeuring dienen te geven aan de inschakeling, (inhoud, functie, lokalisatie e.d.).
- Nieuwe medewerk(st)ers (vooraf niet werkzaam voor één van de actoren en medecontractanten) en waarvan de financiering gebeurt uit het bijkomende budget (via B4-overeenkomst) zullen een arbeidscontract met het PZ St.Alexius afsluiten.
- Nieuwe medewerk(st)ers (vooraf niet werkzaam voor één van de actoren of medecontractanten), waarvan de financiering gebeurt uit bijkomende middelen die verstrekt worden door een bepaalde organisatie zullen een arbeidscontract met diezelfde organisatie afsluiten.
- Medewerk(st)ers welke een arbeidscontract hebben van één van de actoren en gefinancierd worden door de additionele middelen van de B4-overeenkomst houden hun oorspronkelijke arbeidsovereenkomst. De financiering gebeurt op basis van een vooraf vastgesteld percentage van het voordat jaar toegekende budget door de overheid.
- Het beheerscomite bespreekt en evalueert de financiële informatie die verstrekt wordt vanuit de boekhouding van het PZ St.Alexius die de B4-overeenkomst heeft afgesloten.

- Het beheerscomité bespreekt het financiële beleid met aandacht voor de parameters van rentabiliteit, solvabiliteit en liquiditeit.
- Het beheer van de financiële middelen door het beheerscomité vertrekt vanuit het principe van het zorgvuldig en voorzichtig huisvaderprincipe.
- De boekhouding en de nodige financiële informatie zal verstrekt en toegelicht worden door de administratief directeur en/of de hoofdboekhoudster van het ziekenhuis.
- De werkmiddelen zullen beperkt gehouden worden zodanig dat de beschikbare middelen zoveel mogelijk kunnen ingezet worden voor aanwerving van personeelsleden. Deze werkmiddelen zullen getoetst worden op hun relevantie en noodzaak door de leden van het beheerscomité.

Artikel 6: doelgroep en werkingsgebied

Het netwerk GGZ Halle-Vilvoorde richt zich tot alle volwassenen, met uitzondering van kinderen en ouderen, van het arrondissement Halle-Vilvoorde en het hoofdstedelijk gewest Brussel (nederlandstalige inwoners), met psychiatrische stoornissen en ernstige psycho-sociale problemen, ongeacht de aard van de stoornissen.

Artikel 7: lidmaatschap van het beheerscomité

Elke rechtspersoon die financiële middelen ter beschikking stelt voor de hervorming GGZ van HV die beheerd worden door het beheerscomité is lid van het beheerscomité. Naast de gesubsidieerde voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg uit Halle-Vilvoorde kunnen ook voorzieningen en hulpverleners uit andere sectoren toetreden tot het beheerscomité mits een investering van financiële middelen. Tevens is er de mogelijkheid voor toetreding van voorzieningen uit zorgregio's en arrondissementen die niet behoren tot de regio Halle-Vilvoorde (bv. Brussel) en die financiële middelen ter beschikking stellen aan het beheerscomité. Al deze middelen dienen gebruikt te worden voor de hervorming GGZ in de regio HV.

Artikel 8: engagement van de deelnemende zorgactoren en voorzieningen

Procedure van toetreding: Ter beschikking stellen van financiële middelen aan het beheerscomité die gebruikt worden in de uitvoering van het project artikel 107 (in één van de vijf functies). Schriftelijke kandidaat stelling gericht aan de voorzitter van het beheerscomité. Bespreking van de kandidatuurstelling door de leden van het beheerscomité en in consensus de aanvaarding van toetreding.

Toetreding tot het beheerscomité ggz Halle-Vilvoorde impliceert:

- een expliciet onderschrijven, ondersteunen en promoten van de doelstellingen van het samenwerkingsverband door de voorziening;
- een regelmatige deelname aan de vergaderingen van het beheerscomité en de stuurgroep, met een vooropgesteld minimum van minstens de helft van alle vergaderingen
- het terugkoppelen van conclusies en reflecties aan de eigen voorziening en raad van bestuur, met de opdracht deze na interne bespreking weer in te brengen in de vergadering van het beheerscomité en de stuurgroep;
- akkoord zijn met het principe dat de oriëntering van bestaande of de uitbouw van nieuwe modules transparant en faciliterend overleg vereist met de andere partijen van het samenwerkingsverband;
- een resultaatgericht werken dat zichtbaar is in concrete realisatie van de vijf functies in de regio Halle-Vilvoorde

Artikel 12: conflicten

Meningsverschillen tussen de partijen betreffende de uitvoering van deze overeenkomst kunnen schriftelijk aan de voorzitter van het forum (denktank) worden meegedeeld met informatie van de aard van het geschil en indien mogelijk een voorstel van oplossing.

De voorzitter doet het nodige om binnen de maand na kennisname van het meningsverschil de stuurgroep bijeen te roepen, waarbij getracht wordt om de partijen te verzoenen. Hiervoor kan beroep worden gedaan op één of meerdere externe deskundigen.

Artikel 13: beëindigingsmodaliteiten

Partijen kunnen per aangetekende brief, gericht aan de voorzitter van de stuurgroep (de netwerkcoördinator), hun deelname aan deze overeenkomst beëindigen. De stuurgroep kan op advies van het beheerscomité ook beslissen om een partij uit te sluiten, wanneer deze de doelstellingen van het samenwerkingsakkoord ondanks verzoeningspogingen niet respecteert. De netwerkcoördinator maakt de beslissing van de stuurgroep per aangetekende brief kenbaar aan de inrichtende macht van de desbetreffende partij. Voor de beëindiging loopt een opzeggingstermijn van drie maanden, die begint te lopen vanaf de eerste dag van de maand volgend op de verzending.

Artikel 14: duur van de overeenkomst

Deze overeenkomst treedt in werking vanaf ondertekening en wordt afgesloten voor onbepaalde duur. De beheersovereenkomst kan bij consensus door de leden van het beheerscomité aangepast of beëindigd worden.

Deze overeenkomst werd opgemaakt teop

OVEREENKOMST TOT TOETREDING

Ondergetekenden verklaren,

in uitvoering van de beslissing van de Raad van Bestuur dd. dat het

beheerd door

(naam en adres van de inrichtende macht)

toetreedt tot de samenwerkingsovereenkomst met het oog op de realisatie van het project hervorming geestelijke gezondheidszorg in de regio Halle-Vilvoorde.

en vaardigt:

(naam en functie)

af als gemandateerde in het forum.

Opgemaakt te..... op..... in twee originele exemplaren.

(Handtekening)

(Functie)

