



Naar een betere geestelijke gezondheidszorg
door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken



PROJECTVOORSTEL ART.107 REGIO ZUID WEST-VLAANDEREN

voor de doelgroep VOLWASSENEN

versie 18 november 2011

INHOUD

VOORWOORD	5
1 Toelichting van de visie van het project.....	7
2 Doelgroep.....	8
3 Doelstellingen	
4 Afbakening van het geografisch werkingsgebied.....	9
4.1 Geografisch werkingsgebied	
4.2 Kenmerken van de doelgroep in werkingsgebied.....	11
5 Beschrijving van de nieuwe structuur	
5.1 Netwerksamenstelling	
5.2 Taakverdeling in het netwerk.....	12
5.2.1. HUIDIG ZORGAANBOD	
5.2.1.1 Volgens aard van bedden/plaatsen/dossiers (klassieke visie	
5.2.1.2 Volgens de vernieuwde visie, in 5 functies	13
Functie 1: vroegdetectie, preventie	
Functie 2: ambulante-mobiele intensieve behandelteams voor zowel acute als	
chronische psychische problemen	15
Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.....	16
Functie 4: intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als	
chronische psychische problemen als opname noodzaak is.....	17
Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan geboden worden indien het	
thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.....	19
5.2.1.3 Cijfers (2009) die de werking illustreren in de A- en T-bedden van de regio...	
5.2.2. TOEKOMSTIG ZORGAANBOD volgens de vernieuwde visie via functies.....	20
5.2.2.1 Functie 1: Beeldvorming, preventie, vroegdetectie, vroeginterventie.....	21
5.2.2.2 Functie 2: Ambulante intensieve behandel- en begeleidingsteams voor acute en	
meer chronische patiënten.....	25
<i>Functie 2A - Mobiel team voor acute en intensieve behandeling & begeleiding in</i>	
<i>de thuissituatie</i>	
1 Explicitering van de functie	
2 Doelgroep - aanmelding	26
3 Doelstellingen	27
4 Visie op de aangeboden zorg	28
5 Activiteiten en scharnier met andere functies	
6 Teamsamenstelling - caseload - modaliteiten - actoren & kernpartners -	
werkingsgebied.....	29
<i>Functie 2B - Mobiel team voor intensieve en/of langerdurende begeleiding in de</i>	
<i>thuissituatie aan zorgmijders en patiënten met een complexere, ernstige en</i>	
<i>langdurige problematiek.....</i>	33
1 Explicitering van de functie: FACT	
2 Doelgroep.....	34
3 Doelstellingen	
4 Visie op aangeboden zorg: een herstelgerichte visie.....	35
5 Werkingsgebied	
6 Zorgaanbod en complementariteit met andere diensten.....	36
6.1 Coaching, sensibilisering en adviesverlening ter ondersteuning van de	
eerste lijn	
6.2 Module gericht op de principes van het FACT-model	
6.3 Complementariteit met andere diensten.....	37
7 Modaliteiten	
8 Teamsamenstelling.....	39
5.2.2.3 Functie 3: Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.....	40
1 Explicitering van de functie	

2	Doelgroep	
3	Doelstellingen.....	41
4	Visie op de aangeboden zorg	
5	Activiteiten en scharnierfuncties.....	42
5.2.2.4	Functie 4: Intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychiatrische problemen.....	47
5.2.2.5	Functie 5: specifieke woonvormen.....	48
1	Explicitering van de functie	
2	Doelgroep	
3	Doelstellingen.....	49
4	Visie op de aangeboden zorg	
5	Activiteiten en scharnierfuncties	
6	Lacunes.....	51
5.3	Nieuwe rollen.....	53
5.4	Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring	
5.5	Management- en bestuursmodel.....	54
6	Ontwikkelingsstrategie van het netwerk.....	55
6.1	Fasering	
6.2	Risico management.....	56
7	Financiering en middelenallocatie (excl. Budgetten psychiaters).....	57
7.1	Inkomsten	
7.2	Uitgaven	

BIJLAGEN

Bijlage 1 - Netwerkovereenkomst van GGZ-voorzieningen in de regio Zuid West-Vlaanderen

Bijlage 2 - Bestuurlijke organisatie regio Zuid West-Vlaanderen

Bijlage 3 - Ondertekenende partners

Bijlage 4 - Activiteitenverslag Netwerkcoördinator 06-11/2011

Bijlage 5 – Conceptnota augustus 2011 (functies in deelregio Menen)

Bijlage 6 – Dossier eerstelijnspsycholoog, invulling van de opdracht

Bijlage 7 - Vraag aan Welzijnsconsortium mbt. respijtoningen

Bijlage 8 – Samenstelling van de projectteams per functie

Lijst van gebruikte afkortingen

ACT	Assertive community treatment
AC	Activiteitencentrum
AZ	Algemeen ziekenhuis
AZG	Arbeidszorgcentrum
BW/BeWo	Beschut wonen
CAW	Centrum voor algemeen welzijn
CGG	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	Centrum voor leerlingenbegeleiding
EPA	Ernstige psychiatrische aandoening
EPSI	Eenheid voor psychiatrische spoedinterventie
FTE	Full-time equivalent
GDT	Geïntegreerde diensten thuiszorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
LST	Lokale afdelingen van de SEL
MPG	Minimale psychiatrische gegevens
NAH	Niet aangeboren hersenaandoening
PAAZ	Psychiatrische afdeling in algemeen ziekenhuis
PCT	Psychiatrische crisisteams
PUG	Psychiatrische urgentiedienst
PVT	Psychiatrisch verzorgingstehuis
PZH/PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
PZT	Psychiatrische zorg in de thuissituatie
RCK	Regionaal crisisnetwerk Kortrijk
SEL	Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg
SGA	Sterke gedragsstoornis en agressie
TP	Therapeutisch project

VOORWOORD

Sedert de bespreking van de feedback (23/05/2011) en aldus de verbeterpunten mbt. het indienen van ons tweede projectvoorstel vanuit de overheden, werd er intensief gewerkt o.l.v. de netwerkcoördinator Serge Deboever.

Mevr. Soetkin Kesteloot werd in augustus benoemd als de nieuwe netwerkcoördinator (voltijds) maar gezien haar zwangerschap zal ze pas op 2/1/2012 in dienst treden.

Soetkin is 28, wonende te Tielt en doctor in de sociale en politieke wetenschappen. Haar werkervaring situeert zich vooral in de sociale economie.

Het dossier nam wel een serieuze wending gezien het feit dat wat betreft de functies 2A en 2B er te weinig kritische massa was om de vrijgemaakte effectieven te spreiden over de ganse regio Zuid West-Vlaanderen. Mede op aanraden van de jury zijn alle partners bereid gevonden dat de te herallocceren én de additionele middelen zullen aangewend worden om de mobiele teams voldoende groot te maken om het deelgebied Menen/Wervik/Wevelgem volledig te bedienen, plus zoveel als mogelijk gekende cliënten uit die regio (straal 15 km vanuit werklocatie) te begeleiden én dit op vraag vanuit de partners van de Ledenraad.

De netwerkcoördinator heeft in overleg met en op vraag van alle partners tijdens het zomerverlof een nieuwe conceptnota (zie bijlage 5) opgemaakt waarin werd voorgesteld welke projecten per functie prioritair zouden worden uitgewerkt en waarin de werking en de vorming van de mobiele equipes reeds vrij concreet werd beschreven.

Eind augustus verklaarden alle partners zich akkoord om op die basis deze nota verder te concretiseren. Daartoe werden projectteams opgericht en werd het project opgevolgd door de reflectiegroep van de subregio Menen en het Netwerkcomité ZW.VI.

De huidige samenwerking op cliënt- als op formeel niveau tussen GGZ onderling, alsook deze met vele niet-GGZ actoren, werd eerder in kaart gebracht per functie en per GGZ-partner (werd vorige keer opgenomen in bijlagen 11 en 12) om aan te tonen dat ook hier al veel gebeurt op de werkvloer en in beleidskamers.

Op vandaag werken vele voorzieningen zeer goed en zelfs intensief plus complementair samen. Op patiëntniveau is de samenwerking, vb. op vlak van verwijzingen, tussen (huis)artsen en teams vrij goed te noemen.

Toch is iedereen er zich terdege van bewust dat werken met dit nieuwe GGZ-model ook op dit vlak veel nieuwe kansen zal bieden, dat we elkaar nog beter zullen leren kennen en vooral dat afstemming en goede communicatie uiterst belangrijk zijn om te komen tot zorg op maat en continuïteit van zorg.

Specifieke aandacht zal besteed worden aan zorgtrajectmanagement van de cliënten op het niveau van de regio. Er dient minder instellingsbeleid en meer cliëntbeleid gevoerd te worden.

Goede zorgplannen, gegevensuitwisseling, protocollen en processen creëren, vormen hier een opdracht voor de toekomst zodat minder aan het toeval wordt overgelaten.

Speciale aandacht wordt gevraagd voor de diensten en werknemers die op heden actief zijn in de thuiszorg (huisartsen, gezinszorg, thuisverpleging). Bekommernissen van die sector werden vorige keer in bijlage 9 opgenomen.

Belangrijk om aan te geven is dat de herallocatie van de middelen van volgende bedden en plaatsen beslist werd:

- a) PC OLV van Vrede: 30 t-dag (betekent 5.70 FTE)
- b) PC OLV van Vrede: 10 T (betekent 3.40 FTE)
- c) AZ OLV van Lourdes ziekenhuis Waregem: 5 A (on-hold gezet) en creatie van 10 plaatsen Beschut Wonen via afbouw van een algemeen ziekenhuisbed

AZ Groeninge Kortrijk en PZ H.Familie Kortrijk hebben de intentie om met inbreng van 4 FTE een beperkte F2A - F2B werking in de regio Kortrijk op te starten die in lijn ligt met de basisprincipes van art 107.

Wetende dat er in de regio 195 A en 90 T-bedden voor de doelgroep Volwassenen erkend zijn, met daarnaast 75 t-dag en 26 a-dag plaatsen, zou een buitengebruikstelling van 15 bedden (10 te Menen, 5 te Waregem) en 30 plaatsen te Menen goed zijn voor 45/386sten of 11.70 %. Voor het ziekenhuis te Menen bedraagt dit 40/233sten of 17.20 %.

Vanuit dit gegeven zal de planning uitgaan van het installeren van de 5 functies in de subregio Menen (werkingsgebied van ongeveer 138 000 inwoners). In een volgende fase dient de werking respectievelijk naar de subregio's Waregem en Kortrijk uitgebreid worden.

De vrijgemaakte middelen zullen voluit ingezet worden om de functies 2A en 2B te realiseren met een grote kritische massa in subregio Menen/Wervik/Wevelgem en nabijgelegen randgebieden.

In Kortrijk worden de 4 FTE die vanuit de financiële reserves gecreëerd worden ook ingezet in de functie 2A/2B, weliswaar met andere modaliteiten gezien de geringe bestaffing.

Dit betekent evenwel niet dat de andere functies geen nieuwe input krijgen.

Dit plan kan er toe leiden dat tijdens en na die periode duidelijk wordt dat verdere herallocatie van extra bedden en/of plaatsen mogelijk, zelfs noodzakelijk is. Nu reeds is duidelijk dat de actoren binnen de functie 4 zeer intensief, kortdurend en specialistisch bezig zijn (Epsi, T-bedden), wat ertoe kan leiden dat ook hier initiatieven zullen moeten genomen worden op vlak van personeelsinzet, lees intensifiëren (minder bedden, toewijzing van personeel aan bijv. crisisunit en/of resterende T bedden die in feite als A-bedden functioneren).

De te verwachten druk op de eerste lijn zal toenemen, waar we met dit project ook ondersteunend wensen te werken, maar verdere beleidsantwoorden (incentives) zullen noodzakelijk zijn (zie jobcoach, eerstelijnspsycholoog).

1. Toelichting van de visie van het project (niet gewijzigd sedert vorige indiening, behalve geel aangeduid)

De GGZ-partners van de regio Zuid West-Vlaanderen (zijnde Psychiatrisch Centrum OLV van Vrede Menen, Psychiatrisch Ziekenhuis H.Familie Kortrijk, AZ Groeninge Kortrijk, OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem, vzw De Bolster Beschut Wonen Kortrijk, vzw Eigen Woonst Beschut Wonen Menen, vzw Kompas Kortrijk, CGG Mandel en Leie) onderschrijven de nieuwe visie op de geestelijke gezondheidszorg met volle overtuiging.

Sedert de indiening van het eerste projectvoorstel zijn veel niet-GGZ actoren toegetreden tot het project. Onder punt 5.1 Netwerksamenstelling wordt dit aangegeven, alsook in bijlage 2 “Bestuurlijke organisatie”. Ze participeren actief aan de Ledenraad (Similes, Uilenspiegel), het Netwerkcomité (huisarts, SEL-coördinator), projectteams (CAW, diensten voor thuiszorg, huisartsen, OCMW’s, ...).

Via de opstart van de projectteams per functie zijn nieuwe actoren toegetreden tot het project en zullen daardoor mede inspraak en actieve betrokkenheid hebben in het netwerk GGZ.

In de lijn van G.Thorncroft en M.Tansella wordt ons GGZ-model uitgebouwd met 3 componenten om te komen tot Balanced Care:

- a) Eerstelijnszorg met specialistische backup: de GGZ = onderdeel van de eerstelijns, klemtoon op coaching, vorming, advies, ondersteuning.
- b) Geestelijke gezondheidszorg: ambulante poliklinische activiteiten; lokale mobiele psychiatrische teams; casemanagementprincipe; intramurale acute zorg; langdurige gemeenschapsgerichte residentiële zorg; dagverzorgings- en activiteitencentra; en zorgcoördinatie.
- c) Gespecialiseerde en gedifferentieerde GGZ-voorzieningen voor specifieke doelgroepen

Op deze manier zal in de toekomst een patiënt toetreden tot een netwerk, een zorgcircuit en zich als het ware niet meer richten tot een voorziening.

De uitgangspunten voor alle functies of over alle functies heen, zijn:

Zorg op maat bieden vanuit het stepped-care principe, dus zo nodig specialistisch maar ondersteunend of herstelgericht waar wenselijk, zo nodig intensief of eerder van-op-afstand, zo nodig intramuraal of anders ambulant, ...

Zorg op maat gaat uit van de wensen en de doelen van de cliënten en hanteert de principes van *empowerment en rehabilitatie*.

Continuïteit van zorg gezien als creëren van diverse mogelijkheden van vervolgzorg, snelle en naadloze overgang tussen zorgmodules, goede informatie-uitwisseling tussen zorgactoren, opmaak en opvolging van zorgplan met betrokken zorgactoren en cliënt, ...

Continuïteit van zorg binnen een dergelijke complexe realiteit van verscheidene actoren en modules vereist *zorgcoördinatie* enerzijds maar vooral ook een *vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener* anderzijds. Het principe van therapeutisch coördinator én referentiepersoon voor een individuele cliënt geniet onze voorkeur om deze objectieven te realiseren.

Integratie gezien als “Echt (blijven) leven in de maatschappij / in een thuis, behoud of herstel van het burgerschap (wonen, werken, leren, relaties, vrije tijd), mét inspraak van de cliënt bij zijn behandeling en gezien binnen een systeem, een leefcontext. Dit vereist *partnerships en samenwerkingsovereenkomsten met velerlei instanties buiten de GGZ-sector.*

Evidence-based of best-practice toepassingen hanteren die reeds hun effectiviteit bewezen hebben, genieten de voorkeur.

2. Doelgroep (ongewijzigd)

Het model voor de GGZ dat verder wordt beschreven in dit dossier heeft alle volwassenen voor ogen die wonen binnen het beschreven werkingsgebied. Het betreft dus de leeftijdsgroep 18 (16+) – 65 jarigen. Alle psychiatrische ziektebeelden dienen bediend te worden.

Verderop in dit dossier onder hoofdstuk 5, zult u specifieke kenmerken van de beoogde doelgroep lezen per functie.

Er dient opgemerkt dat de regio voor bepaalde subdoelgroepen weinig of geen specifiek zorgaanbod voorziet en hiervoor beroep kan doen op andere GGZ-partners (meestal uit de provincie West-Vlaanderen).

Zo kan doorverwezen worden voor de specialisatie NAH, SGA, high en medium – risk forensische GGZ, mentaal gehandicapten e.a. De meest aangeboden zorgmodules hebben evenwel geen exclusiecriteria: zo worden mensen met NAH, SGA of mentaal gehandicapten ook behandeld en begeleid in onze voorzieningen, maar er bestaan weinig of geen specifieke settings.

3. Doelstellingen (ongewijzigd)

De kwaliteitsvolle en deskundige zorg die op heden geboden wordt, wordt niet in vraag gesteld. Wel is er de vaststelling dat:

- er wachtlijsten blijven bestaan in diverse voorzieningen
- er weinig alternatieven bestaan op een intramurale behandeling of begeleiding
- er na ontslag uit een intramurale setting nog te weinig opvolging is binnen het thuismilieu
- de reguliere diensten voor thuisverpleging en gezinszorg, huisartsen, OCMW's, ... melding maken van ernstige en veelvoorkomende psychische en psychiatrische problematieken bij hun cliënten
- er weinig aan preventie en vroegdetectie wordt gedaan binnen de GGZ
- ...

Het zijn bovenstaande knelpunten en criteria die geëvalueerd dienen te worden en waarop resultaten dienen geboekt te worden, mét behoud van de huidige sterktes.

Wanneer men de zorgvernieuwing in de GGZ voor ogen heeft, dan staan begrippen als meer zorg op maat, meer continuïteit van zorg en meer vraaggestuurd werken centraal. Het principe van stepped-care, getrapte zorg, waarbij de lichtst mogelijke vorm van zorg wordt aangeboden, is een belangrijk principe hierbij.

Het medisch model dat zijn waarde heeft, wordt niet in vraag gesteld, maar er wordt van de zorgactoren verwacht dat de integratie versterkt wordt. De noden van de persoon met een psychische of psychiatrische problematiek worden gekaderd binnen zijn concrete leef-, leer- en werkomgeving. Intramuraal behandeling en begeleiding worden verwacht korter, intensiever, specifiek te zijn. Laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg vormt dé uitdaging. De sector die er altijd van uit ging dat de cliënt naar hem toe komt, zal de knop moeten kunnen omdraaien en bereid zijn om ook naar de cliënt toe te gaan binnen zijn vertrouwde leefmilieu.

Verder mag er verwacht worden dat er méér cliënten kunnen behandeld en begeleid worden via dit nieuwe werkmodel mét dezelfde middelen.

Binnen een werkingsgebied moet een totaalzorgpakket geboden worden (de 5 functies).

Het gaat om een basispakket van algemene psychiatrie (lees: aanbieden van zorgactiviteiten binnen de 8 zorgfuncties beschreven in Spiller, zijnde aanmelding, indicatiestelling, behandeling, begeleiding, psycho-educatie, activering, dienstverlening en verzorging) voor de globale bevolking van dat werkingsgebied, al of niet aangevuld met specialisaties. Voor doelgroepen waarvoor de regio geen zorgaanbod voorziet, zullen grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten dienen afgesloten te worden, zo dit op heden nog niet geval mocht zijn.

De gespecialiseerde GGZ-actoren zullen hun deskundigheid aanwenden op 2 manieren:

1. Als specialisten bieden zij binnen de functies 2A en 4 zeer specialistische en intensieve behandeling en zorg aan in crisissituaties, bij zware psychiatrische problematieken (vb. eetstoornis, toxicomanie, eerste psychose...) en bij andere indicaties (vb. veiligheid). Binnen functie 1 horen hier de urgentieconsultaties thuis, alsook de gespecialiseerde poliklinische activiteiten
2. De GGZ-actoren zullen in de andere functies veel vaker optreden als actor die beroep doet op een andere welzijns- of zorgvoorziening. Zo zal de GGZ-hulpverlener meermaals niet-GGZ-actoren aanspreken om de zorg over te nemen of ondersteuning te bieden. Omgekeerd, in de thuiszorg merken we dat de GGZ er vaak 'bijgeroepen' wordt om de thuissituatie haalbaar te houden of te maken. Zijn expertise wordt aangewend door anderen. De GGZ-actor treedt hier dan eerder op als coach, consultant of indien wenselijk, als zorgcoördinator.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1 Geografisch werkingsgebied

Het werkingsgebied dat we voor ogen hebben is de zorgregio zoals beschreven in het woonzorgdecreet van Vlaanderen. Dit bevat de volgende gemeenten/steden: Anzegem, Avelgem, Deerlijk, Dentergem, Harelbeke, Kortrijk, Kuurne, Mene, Spiere-Helkijn, Waregem, Wervik, Wevelgem, Wielsbeke en Zwevegem.

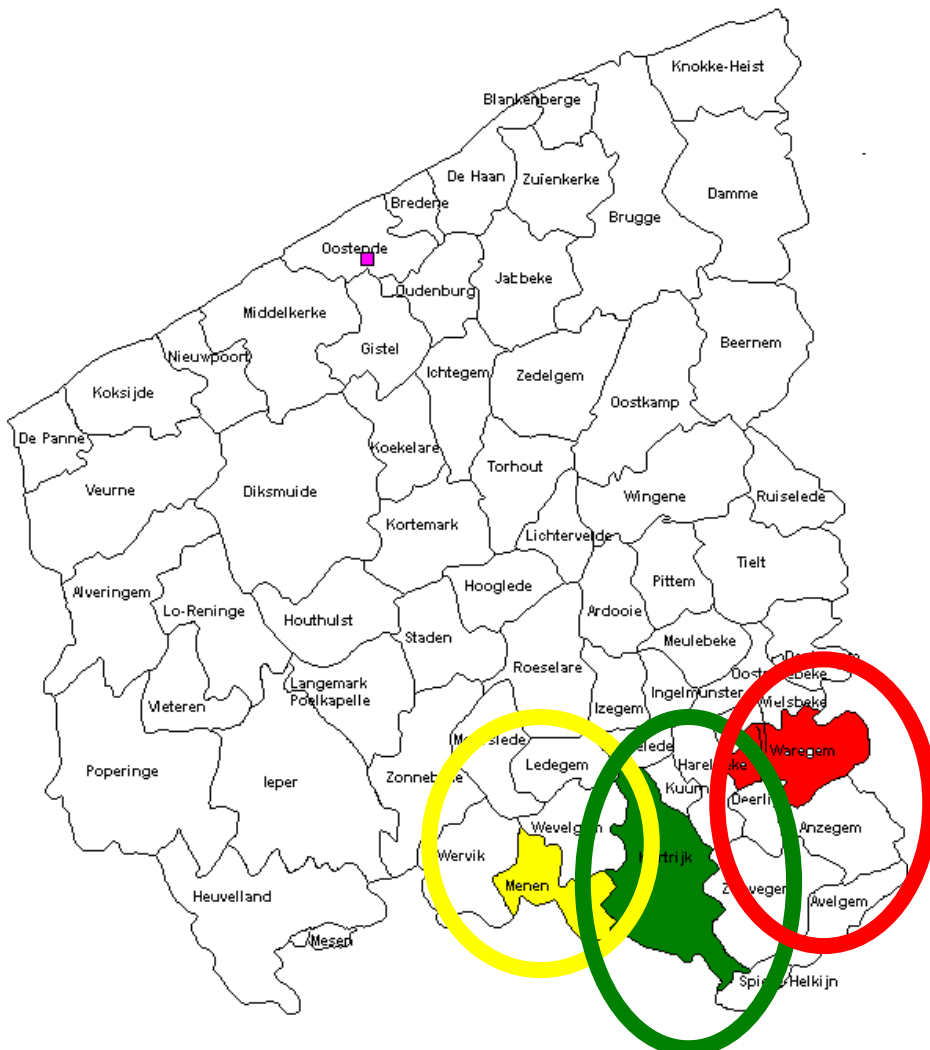
Het aantal inwoners bedraagt 306 351 (cijfers 2005).

Het werkingsgebied valt samen met de SEL-regio en wordt gevolgd bij o.a. het pilootproject Psychiatrische Thuiszorg Vesta, het Tender-project en de therapeutische projecten die er lopende zijn.

Het heeft als grote voordeel dat de samenwerking met de thuiszorgdiensten via het SEL reeds goed is uitgebouwd en er een goede verstandhouding bestaat.

Zie de kaart hierna, om rekeninghoudende met de af te leggen afstanden en opererend in een straal van 10 à 15 km van de 3 werklocaties te Mene/Kortrijk/Waregem, het werkterrein te zien **voor de mobiele teams** binnen Functie 2.

Merk op dat het CGG, vzw Kompas en de bestaande PZT-werking reeds op dergelijke manier ingepland zijn en functioneren!



Belangrijk:

Wat de functies 1, 3, 4 en 5 betreft wordt er gewerkt op niveau van de regio Zuid West-Vlaanderen via de projectteams, weliswaar met grote focus op de subregio Menen/Wervik/Wevelgem (en omliggende).

Wat betreft de mobiele equipes binnen F2A en F2B wordt gezorgd voor equipes met een grote personeelsbestaffing voor Menen/Wervik/Wevelgem.

In Kortrijk denkt men eraan om met een beperkt F2A/F2B-experiment te starten dat bestaat uit 4 FTE. In Waregem plant men eveneens beperkte activiteiten op te starten omtrent mobiele equipes in het kader van Nazorg (0.50 à 1 FTE).

Voor verdere info hieromtrent verwijst ik naar de beschrijving van de functies 2A en 2B verderop in dit dossier.

4.2 Kenmerken van de doelgroep in werkingsgebied

We verwijzen naar bijlage 8 in vorig dossier (nu niet toegevoegd).

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1 Netwerksamenstelling (wijzigingen in geel aangeduid)

Hier verwijzen we, behalve onderstaande toelichting, graag naar de bijlage 1, zijnde de netwerkovereenkomst van regio ZW-Vlaanderen op heden.

In de regio ZW-Vlaanderen is er een lange traditie van overleg en ad hoc samenwerking tussen de GGZ-actoren. We vernoemen hier de werking van het regionaal overlegplatform dat bijvoorbeeld uitwisselingsprojecten organiseerde, de softwaretool Spiller als eerste in W-Vlaanderen hanteerde om het zorgaanbod in kaart te brengen aan de hand van de zorgfuncties, transferdocumenten opstelde, bijscholingen organiseerde, scholenprojecten en andere beeldvormings- en preventieprojecten opzette.

Wanneer de overheden van ons land de kans boden of bieden om in te stappen in pilootprojecten, werden de krachten gebundeld. Zo kon het pilootproject Psychiatrische zorg in de thuissituatie Vesta opgericht worden en verloopt de werking ervan zeer goed onder supervisie van een stuurgroep die bestaat uit enerzijds GGZ-actoren en anderzijds de SEL-coördinator, huisartsen, Similes en diensten voor thuisverpleging en gezinszorg. Ook de 3 therapeutische projecten verlopen gelijkaardig waarbij we mogen zeggen dat de samenwerking tussen GGZ-actoren alsook met de niet GGZ-actoren hierdoor verstevigd is.

De PVT Valckeberg is ook een prima voorbeeld van hoe de samenwerking tussen GGZ-actoren kan resulteren in een mooi initiatief.

Uiteraard, verder in de tijd, waren projecten als Beschut Wonen ook voorbeelden van samenwerking tussen bijvoorbeeld CGG en psychiatrische ziekenhuizen.

In het kader van de zorgvernieuwing binnen de GGZ werd de zogenaamde Ledenraad of Netwerk van GGZ-voorzieningen van de regio ZW-Vlaanderen opgericht. Dit resulteerde in een overeenkomst die op 6/10/2009 ondertekend werd door alle leden.

Op heden is de structuur van beleids- en adviesorganen beknopt als volgt (uitvoerig overzicht met samenstelling, functies en bevoegdheden per orgaan is toegevoegd **in bijlage 2**):

- a) de **Ledenraad** met als hoofddoel het uitwerken, uitvoeren en superviseren van een strategisch plan ter uitbouw van een toegankelijk, voorzieningsoverschrijdend en samenhangend GGZ-zorgaanbod in deze regio volgens de principes van het GGZ-model zoals in de Gids en dit dossier vermeld. Belangrijk is dat dit orgaan zowel de doelgroep Volwassenen, Kinderen als Bejaarden omvat, alsook thema's die ruimer gaan dan het GGZ-organisatiemodel (vb. beeldvorming, opleiding). Vanuit dit perspectief werden de patiëntvereniging Uilenspiegel en de familievereniging Similes bereid gevonden te zetelen in dit bestuursorgaan.
- b) Een **Netwerkcomité per doelgroep** (op heden enkel bestaand voor Volwassenen) met als hoofddoel de vooropgestelde functies 1 tot en met 5 te vervullen en samenhang te bewerkstelligen op regionaal niveau. Coaching van de netwerkcoördinator(en) is een andere belangrijke opdracht. Hier zetelt de eerstelijnssector via de huisartsen en het SEL.
- c) De **Projectteams per functie** (zie bijlage 8 voor de Samenstelling) adviseren het betrokken netwerkcomité betreffende inhoudelijke en organisatorische aspecten van de functie. Het projectteam zorgt voor uitwerking en opvolging van dit project. Deelprojecten binnen de functie worden gestuurd. Registraties worden opgezet ifv. evaluaties.
- d) Op subregio-niveau zal een **reflectiegroep** de samenhang tussen de 5 functies opvolgen, alsook hiaten en overlappingsen detecteren. Ook samenwerking met andere zorgregio's is hier een aandachtspunt, net als de dagelijkse werking van de regionale zorgteams binnen alle functies. Hier merkt u dat de thuiszorg sterk vertegenwoordigd is gezien het feit dat voor deze diensten de beweging naar extramuralisering een zeer ingrijpende gebeurtenis wordt. Hun verwachtingen, bekommernissen, positieve en negatieve ervaringen zullen van groot belang zijn bij de evaluatie van dit experiment. **De reflectiegroep te Menen is reeds actief.**
- e) Op **casusniveau** worden de principes die gelden binnen de therapeutische projecten en de zorgcoördinatie binnen de Psychiatrische Thuiszorg als uitgangspunt genomen. De relevante actoren rond een individuele cliënt zullen regelmatig samenkomen om een behandel- of zorgplan uit te werken, te implementeren en op te volgen, samen met de cliënt en eventueel met zijn nabije omgeving. **Er kan maw. gewerkt worden zoals de nieuwe principes van het overleg rond psychiatrische patiënten (GDT-RIZIV) voorschrijven.**
- f) **Jaarlijks wordt een informatievergadering gehouden in het voorjaar waarop alle welzijns- en zorgactoren, alsook lokale besturen worden op uitgenodigd. De netwerkcoördinator zal de stand van zaken weergeven van het art107 project en de aanwezigen zullen vragen kunnen stellen.**

5.2 Taakverdeling in het netwerk (nauwelijks gewijzigd, zie geel aangeduide)

5.2.1 HUIDIG ZORGAANBOD (doelgroep: Volwassenen)

5.2.1.1 Volgens aard van de bedden / plaatsen / dossiers (klassieke visie)

PAAZ OLV van Lourdes ZH Waregem	30 A
PAAZ / EPSI AZ Groeninge Kortrijk	50+10 A
A te PZ H.Familie Kortrijk	75 A
A te PC OLV v/ Vrede Menen	30 A (TOTAAL: 195 A)
T te PC OLV v/ Vrede Menen	90 T
Residentiële (crisis)behandeling in Kompas Kortrijk	16 (A)
a-partieel te PC OLV v/ Vrede Menen	4+1 a
a-partieel te PZ H.Familie Kortrijk	15 a
a-partieel te AZ Groeninge Kortrijk	7 a
t-partieel te PC OLV v/ Vrede Menen	78 t
Beschut Wonen De Bolster Kortrijk	5 FTE (40 plaatsen)
Beschut Wonen Eigen Woonst Menen	10.50 FTE (84 plaatsen)
PZT-begeleiding te Menen	1.55 FTE (60 lopende dossiers)
PZT-begeleiding te Kortrijk	1 FTE (40 lopende dossiers)
PZT-zorgcoördinatie Vesta te Kortrijk	2 FTE (90 lopende dossiers)
Nazorg geboden door intramurale teams Menen	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door intramurale teams Kortrijk	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door Beschut Wonen Menen	25 lopende dossiers
Nazorg geboden door Beschut Wonen Kortrijk	5 lopende dossiers
CGG Mandel-Leie Volw. Kortrijk (2009)	529 lopende dossiers, 327 opgestart
CGG Mandel-Leie Volw. Menen (2009)	204 lopende dossiers, 155 opgestart
Dagactiviteitencentra en Arbeidszorgcentra	(zie functie 3 hieronder)

- *Wat betreft CGG zijn dit cijfers exclusief de forensische dossiers.*

- *Er dient opgemerkt dat de doelgroep Ouderen (65+) ook beroep doet op (delen van) bovenstaande capaciteit.*

- *Volledigheidshalve voegen we hieraan toe dat er in PC Menen 30 Tg bedden bestaan, dat er PZ HF Kortrijk 24 K-bedden, 1 k-dag en 5 k-nacht bestaan en dat er in AZG Kortrijk 30 bedden voor gerontopsychiatrie bestaan.*

5.2.1.2 **HUIDIG AANBOD BESCHREVEN** volgens de vernieuwde visie, dus in 5 functies (doelgroep: Volwassenen)

Functie 1: vroegdetectie, preventie

Activiteiten binnen het **CGG** die behoren tot deze functie zijn:

- Suïcidepreventie i.s.m. huisartsen, politie, overlegplatform GGZ, AZ Groeninge.
- Poliklinische activiteiten door multidisciplinair team. Doorverwijzingen, los van eigen initiatief van de cliënt, vanuit huisartsen, ziekenhuizen, projecten van begeleid en zelfstandig wonen, Kompas, CAW's, arbeidszorg, beschutte werkplaatsen...

- Casusoverleg met CAW, psychiatrische ziekenhuizen, beschut wonen, Kompas, de Regenboog...
- Voordeurteam i.s.m. het CAW te Waregem.
- Projecten toegankelijke woonzorg, innovatieve zorgvormen, coaching i.s.m. OCMW's Kortrijk en Wervik.
- Projecten mbt. beeldvorming, vb. ten aanzien van scholen (samen met andere GGZ-actoren van de regio).

In het psychiatrisch ziekenhuis H.Familie te Kortrijk en in het PC OLV van Vrede te Menen neemt men deel aan het **Tender-project** van de VDAB, goed voor samen plusminus 50 dossiers. Dit zijn ambulante poliklinische activiteiten bij een psycholoog die men moet situeren onder de functie 1 waarbij men een onderzoek doet bij de werkloze of hij al of niet arbeidsgeschikt is of kan georiënteerd worden naar arbeidzorg, vanwege een ernstige medische, mentale, psychische of psychiatrische (MMPP) problematiek. Bijkomend doel is dat de persoon indien wenselijk de nodige behandeling en/of begeleiding krijgt om toegeleid te worden naar een werkmidden. TRAVO (Menen) en DOMINO (Kortrijk) bieden stages aan binnen het tender-project (wat valt onder functie 3), dit alles in samenwerking met vzw Mentor (empowerment) en de GTB-trajectbegeleidster van de VDAB.

Functie 1 omvat ook alle **ambulante poliklinische activiteiten** van de psychiaters en psychologen tewerkgesteld in de verschillende centra en ziekenhuizen.

Hier dienen de consultaties die AZ Groeninge doet voor de Branding, een instelling voor mentaal gehandicapten, vermeld te worden. PZ H.Familie doet hetzelfde voor de doelgroep van mentaal gehandicapten in Den Achtkanter.

De urgentieconsultaties binnen AZ Groeninge, hoofdzakelijk binnen de dienst EPSI met een 400-tal en de dienst Spoed met een 600-tal (cijfers 2010) ambulante dringende consultaties, hebben een belangrijke regionale rol te spelen binnen deze vroeginterventie-functie.

Het CGG en het PC Menen hebben een samenwerkingsakkoord afgesloten met als doel de wachtlijsten in te korten. De polikliniek van het ziekenhuis zal als overbrugging gehanteerd worden in afwachting van begeleiding in het CGG. Ook kan het CGG gebruik maken van specifieke therapieën aangeboden in het ziekenhuis, weliswaar binnen de poli- of dagkliniek.

De PZT-medewerkers hebben een aantal casussen waar we kunnen spreken over voorzorg. Welzijnswerkers of privé-psychiaters doen hier af en toe beroep op en hoort daardoor wellicht eerder thuis onder functie 1.

PZT Vesta heeft belangrijke activiteiten op vlak van coaching, vorming en geven van adviezen op vlak van geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van de reguliere sector (vb. huisartsen, CAW's, woon- en zorgcentra).

De liaisonfunctie vanuit AZ Groeninge (EPSI, PAAZ, psychiaters) kan omschreven worden als het aanbieden van psychiatrische consult en begeleiding van patiënten met psychosomatische / psychiatrische problematiek die opgenomen zijn in het algemeen ziekenhuis.

Tot slot is de ambulante drugzorg vanuit Kompas sterk ontwikkeld in de regio:

- ambulante drugzorg Waregem: 175 lopende dossiers, 87 opgestart in 2010
- ambulante drugzorg Kortrijk: 370 lopende dossiers, 145 opgestart in 2010
- ambulante drugzorg Menen: 80 lopende dossiers, 34 opgestart in 2010
-

Huisartsen, thuiszorg- en thuisverplegingdiensten zijn hulpverleners die bij uitstek **aan preventie en vroegdetectie** doen. De GGZ moet hen daarbij instrumenten aanbieden en vooral ook advies, coaching, vorming.

De OCMW's, denk maar aan hun sociale huizen, zullen hierbij ook, net als de CAW's een centrale rol blijven spelen.

De lokale besturen zijn een andere gesprekspartner. De vzw Welzijnsconsortium ZW.Vlaanderen is voor ons hierbij een ondersteunende partner.

Functie 2: ambulante-mobiele intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen

1. **FUNCTIE 2A** Submodule acute en intensieve psychiatrische thuiszorg

Enkel bij de tijdelijk door het Verslavingsfonds gesubsidieerde projecten is er sprake van intensieve begeleiding aan huis. Zo biedt Kompas binnen dergelijk project crisishulp aan huis waarbij men binnen de 24 uur aanwezig is en waar er intensieve begeleiding geboden wordt gedurende maximaal 6 weken.

Kompas gaat sporadisch wel aan huis bij problemen of crisis bij gekende cliënten binnen de context van de ambulante werking.

2. **FUNCTIE 2B** Submodule langdurige psychiatrische thuiszorg voor chronische patiënten (**FACT** – teams genoemd in dit dossier, wat staat voor Functie/Herstelgericht en Aanklampend/Assertieve)

Huidige activiteiten:

PZT-begeleiding te Menen	1.60 FTE (60 lopende dossiers)
PZT-begeleiding te Kortrijk	1 FTE (40 lopende dossiers)
PZT-zorgcoördinatie Vesta te Kortrijk	2.50 FTE (100 lopende dossiers)
Nazorg geboden door intramurale teams Menen	25 lopende dossiers
Nazorg aangeboden door intramurale teams Kortrijk	25 lopende dossiers
Nazorg aangeboden door Beschut Wonen Menen	25 lopende dossiers
Zorg en Nazorg aangeboden door Beschut Wonen De Bolster	6+ 5 lopende dossiers

In samenwerking met het pilootproject psychiatrische thuiszorg Vesta (**2.50 FTE sedert de recente uitbreiding met halftijds effectief**) zorgen psychiatrische thuiszorgbegeleiders in Kortrijk (1 FTE) en in Menen (1,60 FTE) voor psychiatrische thuiszorg.

Het grootste gedeelte van het cliëntenbestand (excl. Vesta) betreft personen met een langdurige psychiatrische problematiek die gekend zijn binnen de (intramurale) sector. Vesta richt zich meer op mensen aangemeld vanuit de reguliere thuiszorg.

De taakafspraken zijn als volgt: Vesta zorgt hoofdzakelijk voor de dossiers waar de zorgcoördinatie centraal staat (in gans de regio) en de thuiszorgbegeleiders van PZT Menen en PZT Kortrijk bieden hoofdzakelijk psychosociale begeleiding aan (= **F-functie**).

De teams Beschut Wonen Menen en Kortrijk zetten respectievelijk een voltijds en een halftijds effectief in om in het bijzonder bepaalde ex-bewoners langdurig te begeleiden nadat ze zelfstandig zijn gaan wonen (**F-functie**).

Verder biedt Kompas vanuit afdeling de Kier, in het kader van nazorg, rehabilitatiezorg aan die soms heel aanklampend kan zijn (**ACT**-functie).

Volledigheidshalve dienen we hier ook de 3 therapeutische projecten te vermelden die voor de regio actief zijn. Eén project richt zich op mensen met een persoonlijkheidsstoornis en een ander op bejaarde depressieve personen die thuis wonen **en een derde op jongeren op het scharnier Jeugdpsychiatrie en Bijzondere Jeugdzorg**. Het gaat in hoofdzaak over zorgcoördinatie.

Via het project Puente wordt vanuit de PZHn te Menen en te Kortrijk opvolgzorg geboden aan personen met psychotische stoornissen. Dit is een vorm van aanklampende zorg waarbij het doel is dat de onderhoudsbehandeling op vlak van medicamenteuze therapie (depot-inspuitingen) blijft lopen opdat herval kan voorkomen worden.

Het SEL (samenwerkinginitiatief eerstelijnsgezondheidszorg) ZW-Vlaanderen heeft reeds heel veel zaken gerealiseerd ter bevordering van de samenwerking tussen de intra- en extramuraal sector (zowel professionelen als mantelzorg- en vrijwilligersorganisaties), waar ook het psychiatrische luik aan bod komt:

- via het opmaken van een thuiszorgzakboekje of wegwijs in de thuiszorg genoemd
- via het aanbieden van het communicatieschrift / zorgplan dat bij de patiënt ter beschikking is, waar alle betrokkenen gebruik kunnen van maken
- de SEL-coördinator is voorzitter van de stuurgroep Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie Vesta
- SEL doet de administratieve coördinatie van de therapeutische projecten (TP)
- via de inhoudelijke en administratieve ondersteuning van de organisatoren en hulpverleners bij multidisciplinair overleg (MDO)

Tot slot wordt vanuit de thuiszorg een grote inspanning geleverd om in een doelgroepenwerking te voorzien, die de hulpverlening aan cliënten met een GGZ problematiek optimaliseert en professionaliseert. Er is een grote concentratie aan thuiszorgpatiënten met een psychische belasting in de regio Menen.

Functie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

Deze functie is sterk uitgewerkt in de regio Kortrijk en Menen. In de regio Waregem is er minder zorgaanbod beschikbaar mbt. functie 3.

De activiteiten gericht op herstel en inclusie variëren van vrij economisch gericht (werk) over zinvolle dagbesteding tot vorming en ontmoeting.

De toegankelijkheid is eerder laagdrempelig gezien de aard van de doelgroep.

Huidig zorgaanbod in de regio:

- Beschutte Werkplaats WAAK en 't VEER, beschikken ook over aantal arbeidszorgplaatsen en Travo + 't Veer hebben een project 'Enclavewerking' waarbij personen met een psychische problematiek vanuit Travo begeleid worden ter plaatse in de beschutte werkplaats gedurende aantal weken
- Activiteiten-centrum Ac-Oord (vanuit Beschut Wonen Menen)
- Activiteitencentrum CONTACT te Menen (vanuit PC Menen): 65 cliënten
- Activiteitencentrum De Bolster te Kortrijk (vanuit Beschut Wonen), 65-70 cliënten
- Arbeidszorgcentrum TRAVO te Menen (vanuit Beschut Wonen i.s.m. PC Menen): 55 plaatsen
- Arbeidszorgcentrum Toemaatje (vanuit OCMW) te Menen

- Arbeidszorgcentrum Domino (vanuit Beschut Wonen) te Kortrijk, 65-70 cliënten
- Arbeidszorgcentrum De Hond in het kegelspel te Kortrijk (Beschut Wonen en den Achtkanter, gehandicaptenzorg), 10 cliënten
- Arbeidszorgcentrum VZW HISE te Harelbeke (vanuit OCMW),
- Kringloopwinkel Zuid West-Vlaanderen
- Groep Ubuntu te Kuurne, Harelbeke en Avelgem (gehandicaptensector), 5 plaatsen arbeidszorg en 85 plaatsen begeleid werken.
- VZW Tandem te Waregem, bestaat uit Veloods, Strijk-ijzer en Klus-ter, is een sociaal economie bedrijf met een aantal plaatsen voor arbeidszorg.
- Allerlei reïntegratieprojecten: MADRE, GUIDA (Beschut Wonen Menen), FIGURANTEN, ANTIGONE (theatergezelschappen)
- Initiatieven m.m.v. culturele centra, sportcentra, ontmoetingcentra

Functie 4: intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen als opname noodzaak is

TOTAAL AANTAL BEDDEN VOOR DE HELE ZORGREGIO

= 195 A + 90 T
 = 285 Bedden / 300.000 inwoners of
 = 95 bedden / 100.000 inwoners.

Hiermee scoort de regio laag ivm. het landsgemiddelde dat 150 bedden bedraagt per 100.000 inwoners .

De beide Kortrijkse ziekenhuizen realiseren samen 2.400 rechtstreekse opnames.

Naast 1600 opnames via spoed, EPSI of rechtstreeks op de opname-afdelingen , zijn er te AZ Groeninge nog eens 800 aanmeldingen op spoed of EPSI die ambulante (Functie 1) afgehandeld worden.

Waregem en Menen realiseren samen ca. 1.600 opnames.

Uit bovenstaande cijfers durven we stellen dat de functie 4 zeer intensief, specialistisch en kortdurend opereert in deze regio. De werking van de EPSI te AZ Groeninge werd vorige keer in bijlage 7 opgenomen als voorbeeld op intensifiëring van de functie 4 in de regio.

De Epsi-eenheid (ism. met de spoedafdeling ifv. 24-uursregeling) binnen de PAAZ te AZ Groeninge Kortrijk zorgt voor de spoed- of urgentiefunctie binnen de regio. In samenwerking met het psychiatrisch ziekenhuis H.Familie te Kortrijk wordt indien nodig ambulante of residentiële vervolgbehandeling gerealiseerd, gezien het feit dat de EPSI als modaliteit hanteert dat een opname maximaal 72 uur kan duren.

Door de fusie van de Kortrijkse algemene ziekenhuizen tot één ziekenhuis AZG ontstond in 2001 één centrale dienst spoedopname met een magneetfunctie op psychiatrische urgenties in de ganse regio Zuid-West. Het was een kerntaak van de stafleden psychiatrie en de directie AZG om hun dienst dermate te organiseren dat ze een antwoord gaven op de grote instroom van patiënten.

Dit gebeurde in overleg met de directie AZG via **een interne 'herallocatie' van personeel** op de A-dienst – zie volgend schema:

Aantal FTE in	EPSI 10 bedden	de DAM 25 b.	de PAS 25 b.	BRES 7 pl.
---------------	-----------------------	--------------	--------------	------------

VPK	10,33	11,33	11,33	0
THERAPEUT	0	1,5	1,5	1,5
PSYCHOLOOG	ad hoc consult	0,75	0,75	0,8
MAATSCH. WERKER	ad hoc consult	0,75	0,75	ad hoc consult

Ook in het H.Hartziekenhuis Roeselare campus Menen komen op de spoedafdeling veelvuldig personen terecht met een psychische problematiek. Veelvuldig worden ze (meteen) doorverwezen naar de opnameafdeling van het PC Menen die zich zodanig organiseert dat een onmiddellijke opname meestal mogelijk is.

In de PZHn te Menen en Kortrijk heeft men een crisisinterventie-unit van resp. 10 en 17 bedden. Dit is een gesloten unit voor opvang van patiënten in een crisistoestand: vb. voor patiënten die onder gedwongen opnamestatuut worden opgenomen, personen waarbij reëel suïcidegevaar optreedt, bij totale ontreddering, bij acute psychose of i.f.v. ontwenning...

De overige A-bedden (incl. a-dag) te Waregem, Menen en Kortrijk mag men beschouwen als crisis- en acute behandelbedden en -plaatsen.

De voorhanden zijnde T-units (3 keer 30 bedden) te Menen mag men definiëren als afdelingen voor intensieve voortgezette behandeling. Het PC Menen heeft ondanks het feit dat ze slechts beschikt over 30 A-bedden gemiddeld 70 tot 75 patiënten in A-statuut **en zo'n 800 medische opnames op jaarbasis**, wat toch wel wijst op intensifiëring van de zorg.

De reden is dat de **Nazorgpakketten** door dit ziekenhuis zeer ruim zijn opgebouwd **en situeren zich zowel in de functie 1, 2B, 3 als 5**. Men begeleidt zo'n 140 mensen via postkuur. Door de diversiteit van het aanbod kan men echt Nazorg op maat bieden om zo herval te voorkomen en sociale inclusie te betrachten.

Wat betreft de A en T-bedden van de verschillende ziekenhuizen, is er sprake van **doelgroepenwerking** of **zorgprogramma's** voor welbepaalde doelgroepen.

Binnen de 60 A-bedden van **AZ Groeninge** zijn er naast de EPSI-eenheid van 10 bedden twee zorgunits van telkens 25 bedden voor resp. middelenmisbruik (de Dam) en angst- en depressie (de Pas).

Binnen de 90 T-bedden van het **PC OLV v Vrede** zijn er zorgprogramma's voor middelenmisbruik en dubbeldiagnose (15 + 8 bedden), psychose (22 bedden), stemmingsstoornissen (25 bedden), cognitieve stoornissen (5 bedden) en persoonlijkheidsstoornissen (15 bedden).

Binnen het **PZ H.Familie** zijn er in de A-bedden intensieve zorgprogramma's voor diverse doelgroepen: psychosenzorg (15 bedden), middelenmisbruik (14 bedden), persoonlijkheidsstoornissen (15 bedden) en stemmingsstoornissen (14 bedden). Deze zorgprogramma's zijn noodzakelijk voor personen die niet adequaat kunnen geholpen worden via ambulante hulpverlening of kortdurende residentiële opvang. Verblijf 24u/24u in een psychiatrische setting van mensen die verkeren in een psychische uitputtingstoestand vereist een

residentieel multidisciplinair behandelaanbod gedurende meerdere weken, soms maanden om daarna zo spoedig als mogelijk de ambulante vervolgbehandeling te kunnen hernemen.

De dagkliniek te Menen wordt opgedeeld in 2 subunits, zijnde één voor kortere opnames en één voor middellange of langere opnames. Indien de behandeling niet langer centraal staat, maar verdere opvolging wenselijk lijkt, wordt uitgekeken naar diverse vervolgmodes van de functies 2 en 3.

In het PZ te Kortrijk kiest men er voor om de 15 a-dag (50 dossiers) te integreren in de behandelafdelingen, aansluitend dus op de zorgprogramma's van de volledige hospitalisatie. De duur van de behandeling varieert tussen 6 tot 18 maand.

Dagkliniek in combinatie met Beschut Wonen komt ook voor.

In het AZ te Kortrijk bestaat er een kleinere dagafdeling (7 a-dag), de Bres, bestemd voor minder complexe en langdurige problematiek. Men kan er maximaal 3 maand verblijven.

Er is duidelijk sprake van een aanbod van algemene psychiatrie in de regio waarbij we merken dat de 3 grote diagnosegroepen, zijnde stoornis middelen, angst- en stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen het grote gros uitmaken van de opgenomen patiënten (80 tot 85 %).

De groep persoonlijkheidsstoornissen is een goede vierde. De andere DSM IV-groepen zijn minder frequent aanwezig.

Kompas tenslotte, verzorgt de crisisopvang en de behandeling van personen met een illegale drugsafhankelijkheid, al of niet in combinatie met psychische problemen.

Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan geboden worden indien het thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is

In de regio zijn 2 initiatieven **Beschut Wonen** reeds geruime tijd operationeel, met respectievelijk 84 (Menen) en 40 (Kortrijk) erkende plaatsen. Ook wordt er in de nabije toekomst werk gemaakt om een initiatief Beschut Wonen op te richten voor de regio Waregem (10 erkende plaatsen). Het P.C. Menen stelt sedert vele jaren appartementen / studio's ("rehabstudio's") te huur voor ex-patiënten tegen lage huurprijs, met de nabijheid van psychiater en andere hulpverleners.

Het **PVT Valkeburg** (60 bedden, mede opgericht door de 2 psychiatrische ziekenhuizen van de regio), weliswaar gevestigd te Rumbeke (in de regio Midden-West-Vlaanderen), dient hier ook vermeld te worden omdat in dit PVT hoofdzakelijk personen verblijven die vanuit de T-bedden komen van onze regio en dus hun domicilie hadden in onze zorgregio. Deze PVT zal ook in de toekomst een belangrijke verwijzingsinstantie voor chronische patiënten vormen voor onze regio.

5.2.1.3 Cijfers (2009) die de werking illustreren in de A- en T-bedden van de regio

	PCM	AZG	HFK	OLVvL
Aantal aanmeldingen	860	2406	NB	NB

Aantal medische opnames	710	1600	696	700
Aantal eerste opnames	39 %	65 %	33 %	45 %
Aantal Gedwongen Opnames	85	NVT	112	NVT
Verblijfsduur A-dienst	37 d.	12 d.	59 d.	16 d.
Verblijfsduur T/Tg-dienst	193 d.	NVT	NVT	NVT
Aantal cliënten in Nazorg	144	NVT	40	NVT
Wachtlijst (gemiddeld)	7	0	7	0
Herkomst (uit SEL-regio)	73 %	86 %	74 %	96 %

Er is geen sprake van leegstand in zowel de T- als de A-bedden.

Een niet onaardig deel (35 tot 45) van de T-bedden behandelt patiënten op korte termijn (lees: minder dan 6 maand verblijf). Uit de MPG-cijfers van het eerste semester van 2010 leren we dat er 107 rechtstreekse opnames waren in de 90 T-bedden en 101 in de (grotendeels) t-dagkliniek van het PC Menen.

Wachtlijsten bestaan, maar zijn eerder beperkt qua aantal.

Verder blijkt uit opgevraagde MPG-cijfers dat het aantal patiënten uit het arrondissement Kortrijk dat behandeld wordt in andere regio's ongeveer even groot is als het aantal patiënten vanuit andere regio's die in onze behandelsettings behandeld wordt.

We menen hieruit te mogen besluiten dat de huidige beddenscapaciteit weliswaar voldoende groot is, maar ook zeer intensief gebruikt wordt.

R.Van Veldhuizen haalt aan dat kleine psychiatrische ziekenhuizen, zoals PZ H.Familie en PC OLV van Vrede zijn, niet dat asilaire karakter hebben omdat er veel minder long-stay patiënten verblijven. De regio, die historisch over een beperkte beddenscapaciteit beschikte, is inderdaad al vlug genoodzaakt geweest om antwoord te bieden aan de steeds stijgende hulpvraag via innoverende projecten.

Het is de bezorgdheid van alle partners dat er in eerste instantie voldoende bedden overblijven opdat de regio kan blijven instaan voor zowel acute als eerder chronische zorgbehoeften van de bevolking. In een latere fase kan geëvalueerd worden of verdere afbouw mogelijk is en alternatieve zorgvormen en wellicht intensifiëring van de intramurale resterende bedden kunnen aangeboden worden vanuit vrijgekomen middelen.

5.2.2 ZORGAANBOD IN HET WERKINGSGBIED beschreven volgens de vernieuwde visie, zijnde via functies (doelgroep: volwassenen) (serieuze herwerking van dit deel)

Werkwijze:

Per functie werd (minstens) één projectteam opgericht. Voor de samenstelling verwijzen we naar bijlage 8, alsook hieronder vermeld bij de bespreking per functie.

De samenstelling is ontstaan door gericht organisaties aan te spreken. Deze konden aangeven tot welk functieteam men wou participeren. Zo gaf Uilenspiegel aan dat ze zich vooral actief-betrokken partij zien in de

functies 1 en 3 (vooral in het kader van vormingstrajecten en participatie in deze functies voor en door ervaringsdeskundigen).

Elk projectteam werkt onder supervisie van het Netwerkcomité waaraan de netwerkcoördinator rapporteert.

Elk projectteam heeft als opdracht om de doelstellingen binnen die functie te verwezenlijken. Dit betekent onder meer het inventariseren van projecten en acties die deze doelen voor ogen hebben, nieuwe initiatieven voor te stellen, kennisname van good-practice verhalen (ook vanuit andere zorgregio's), opvolging en evaluatie van projecten/acties, creëren van samenwerkingsprotocols, links met andere functies bewerkstelligen, ...

Deze teams zullen gecontinueerd worden waarbij we uitgaan van minstens 2 overlegmomenten op jaarbasis. In het najaar dient een actieplan voor het volgend werkjaar te worden opgemaakt naar aanleiding van de evaluatie.

We merken nu reeds het positieve neveneffect van deze bijeenkomsten, namelijk dat we onvoldoende zicht hebben op elkaars activiteiten en dat er veel kansen klaarliggen om op ingegaan te worden.

De samenwerking op heden is voornamelijk historisch en informeel gegroeid op cliënt- en hulpverlenersniveau, wat zeker een sterkte is, maar dient meer verankerd te worden door meer formele samenwerkingsprotocols.

5.2.2.1 FUNCTIE 1

Beeldvorming, preventie, vroegdetectie, vroeginterventie
--

Wat functie 1 betreft, werken we met **2 projectteams**. Er werd geopteerd om dit op te splitsen ivf. werkbaarheid en omwille van de differentiatie qua beoogde doelgroepen.

Het eerste team heeft als onderwerpen: beeldvorming, preventie, deskundigheidsbevordering eerstelijns en vroegdetectie (incl. eerstelijnspsycholoog).

Het tweede team heeft als onderwerp: psychoeducatieve programma's voor cliënten en familie.

We stippen nog even aan dat de onder punt 5.2.1.2 beschreven activiteiten vanzelfsprekend verder lopen of zelfs geïntensifieerd zullen worden, maar ook beter kenbaar dienen gemaakt, alsook gebundeld waar kan en wenselijk is.

Projectteam Beeldvorming, preventie, deskundigheidsbevordering eerstelijns, wegwijs in de GGZ en vroegdetectie (incl. eerstelijnspsycholoog)

Leden: familiehulp (I.Bouvry), Similes (F.Decroq), Uilenspiegel (I.Vandevoorde), CGG (V.Feys of Dr.M.Lefever), CAW (F.Acke), Eigen Woonst (C.Raes), Logo Leieland (N.De Smedt), PZ HFK (J.Deloo), PCM (A.Bruneel), PZT Vesta / Bolster (R.Wietendaele), F2A (xxx), Netwerkcoördinator (S.Kesteloot), voorzitter (Ph.De Smet)

Het projectteam inventariseerde welke instanties er op heden activiteiten uitvoeren omtrent bovenstaande materie.

Op vlak van GGZ-competenties merken we dat vooral de ziekenhuizen, het CGG Mandel-Leie en PZT Vesta de te contacteren instanties zijn als men met vragen zit hieromtrent.

Naar de toekomst toe mogen we van de F2A- en F2B-teams verwachten dat ook zij hier een bijdrage leveren, zowel op vlak van casuïstieke als algemene GGZ-vorming.

Op vlak van deskundigheidsbevordering zien we dat elke organisatie die in direct contact treedt met zorgvragers, probeert de deskundigheid van zijn medewerkers te verhogen. Men doet daarvoor beroep op organisaties van de GGZ die men kent vanuit casuïstiek.

Het valt op dat er weinig of geen actief algemeen vormingsaanbod is, dus gebeurt algemene deskundigheidsbevordering steeds op vraag.

Het projectteam stelde voor of het mogelijk is dat alle info gecentraliseerd wordt. Op die manier is slechts één telefoontje nodig om gericht antwoord te krijgen op dergelijke vragen naar competenties en vorming.

Dit zal gerealiseerd worden door PZT Vesta. Vesta zal ook actief informeren via de LST's en LOGO Leieland zodat op die manier de meeste eerstelijnsactoren worden bereikt.

Werkpunt is om deze materie niet aan het toeval over te laten, maar systematisch te beheren (registreren, informeren, updaten, lacunes invullen).

Op vlak van beeldvorming is het engagement genomen om minstens 1 project per jaar te organiseren. De PR-functionaris van het PCMenen zal hierbij een trekkersrol vervullen, samen met het projectteam.

In 2012 staat er een heel mooi project op stapel naar lagere scholen toe onder de naam "Uit de bol!". Dit is een initiatief waarbij het PCMenen, 2 CLB's, het LOGO Leieland en alle directies van de lagere scholen in Groot-Menen de handen in elkaar slaan om het gesprek over GGZ mogelijk te maken met deze kinderen en hun leerkrachten.

Qua primaire preventie is de huidige werking binnen het LOGO toonaangevend ("fit in je hoofd" – de 'goed-gevoel stoel' – preventiecoach secundair onderwijs) om verder de promotie GGZ op te nemen. Aandacht voor meer flexibiliteit in het promotie-aanbod kan het effect versterken. Het valt ook op dat de LOGO-werking onder de leden van het projectteam amper bekend is! Belangrijk om weten is dat het LOGO werkt met intermediairen, dwz. gericht op bepaalde doelgroepen (vb. na suïcide) waarbij andere organisaties (vb. huisartsen, spoeddiensten) optreden als tussenpersoon.

Deskundigheidsbevordering en outreachende werking als ondersteuning voor niet-GGZ actoren:

- de functie van de **eerstelijnspsycholoog**. De oproep van Minister Vandeurzen werd in de regio Zuid West-Vlaanderen vlot beantwoord met het indienen van een dossier waarbij 6 partners de handen in elkaar sloegen: Huisartsenkring ZW.VI, CAW Stimulans, CGG Mandel en Leie, regio-overleg OCMW's ZW.VI, Netwerk GGZ ZW.VI. en SEL ZW.VI. In bijlage 6 vindt u een deel uit ingediende dossier, meerbepaald de invulling van de opdracht.

Het doel van het project wordt omschreven als: het uitbouwen van de eerstelijnspsychologische functie om een brede doelgroep die aangemeld wordt in de eerstelijns, met niet-complexe psychische klachten te bereiken en te behandelen via kortdurende interventies. Het model van getrapte zorg wordt gehanteerd en indien nodig wordt

verwezen naar meer gespecialiseerde zorg . De focus ligt op de toegankelijkheid van het bestaande aanbod binnen CAW en het meer gespecialiseerde aanbod binnen de CGG.

De eerstelijnspsycholoog (voltijds) zal op 2 locaties werkzaam zijn: CAW Waregem (0.50) en Welzijnshuis CAW Menen (0.50). De keuze voor Menen heeft rechtstreeks te maken met het zo maximaal als mogelijk uitwerken van de functies binnen de deelregio waar de mobiele teams F2A/F2B op volle kracht zullen worden ingezet.

Ander belangrijk thema is de vroegdetectie/-interventie die zo generalistisch mogelijk kan toegepast worden (we moeten weg van het “expert-gedrag” van onze mensen want dat bemoeilijkt de samenwerking).

Mogelijkheid om huisartsen naar een teamoverleg uit te nodigen om hun vragen te (laten) stellen en expertise uit te wisselen wordt als voorbeeld aangehaald (CGG Menen deed dit vroeger maar het is geleidelijk aan weggedeemsterd in de werking). De formule en de werkwijze is voorwerp van verder overleg.

De plaats van de huisarts en thuiszorgdiensten is van groot belang en ook de ervaring ondertussen opgebouwd binnen SEL (case-manager en makkelijke toegangspoort) geldt hier als best practice.

Naar specifieke doelgroepen bestaat nu al een doorgedreven samenwerking tussen de teams van CGG en CAW vanuit de liason-functie (ondertussen ook ruimer: bijvoorbeeld tussen team CAW - CGG Menen werkt men met een intensieve vorm van teamsamenwerking vanuit afstemming en begeleiding van cliënten. Ook voor het opvangcentrum vluchtelingen van het Rode Kruis te Menen neemt CAW de eerste selectie op en werkt CGG hierop verder, indien nodig). Ook een uitgesproken voorbeeld van de methodiek van outreachend werken tussen CGG en CAW is het project thuislozenwerking Kortrijk. Hier heeft het CGG een groepstherapie-initiatief uitgewerkt in samenspraak met de CAW - hulpverleners om in de thuislozen-werking binnen CAW Stimulans Kortrijk een geslaagd resultaat te bewerkstelligen. Dit initiatief toont geleidelijk aan zijn meerwaarde.

Een verdere uitwerking van deze samenwerking is het ontwikkelen van een “voordeurteam” in de regio Waregem. De intentie kan verder uitgroeien en de realisatie van een virtueel team tussen alle diverse actoren ter plaatse (Kompas, CAW, CGG en CLB) lijkt haalbaar te zijn binnen de contouren van dit projectvoorstel.

De samenwerking met privé-therapeuten vanuit CGG en CAW en met poliklinische teams is essentieel binnen dit onderdeel. Dit biedt vele mogelijkheden om te werken aan een breder en integraler aanbod dat onderling verbonden wordt waardoor het ook voor cliënten toegankelijker en overzichtelijker is. Een mogelijke best practice is hierbij de werking rond suicidepreventie tussen alle betrokken actoren (vb. het IPEO-project met de ZHn). Het protocol prioritaire hulpverlening dat bestaat rond suicidepreventie (CGG) zorgt voor een permanente mogelijkheid tot crisispermanentie waarbij elke voorziening mensen kan doorverwijzen die binnen de twee dagen een gesprek aangeboden krijgen. Indien nodig kan doorverwijzing naar EPSI een verdere stap zijn in de toepassing van stepped care (korte opvang binnen EPSI is gangbare praktijk), eventueel aangevuld met korte residentiële opvang (ZH H Familie of andere actoren). Hier wordt gepast gewerkt rond zeer kwetsbare cliënten maar is binnen de voorzieningen soms nog onvoldoende gekend. Verdere promotie en voortgezette samenwerking met de ZH en PZH is hierbij doeltreffend gebleken maar nog verder te exploreren.

Het F2A-team zal in het HHRcM mee helpen om het suicidepreventieplan te implementeren.

De SEL Zuid West-Vlaanderen zal in 2012 een uitbreiding realiseren van het huidige thuiszorgzakboekje (gedrukt en op website) in het kader van ‘Wegwijs in de GGZ’. Dit is gericht op zowel de burger als de professionele hulpverlener.

Projectteam Psychoeducatieve programma's voor cliënten en familie

Leden: Similes (E.De Groote), Uilenspiegel (S.De Geest), PCM (E.Vandamme), PZT Vesta (I.Lernout), M. Desmet (CAW), F2B (S.Pringels) Netwerkcoördinator/voorzitter (S.Kesteloot).

Dit team vertrekt van een werkbare definitie van psychoeducatie voor familie (mantelzorgers) en cliënten.

De weerhouden definitie luidt:

“Een methodiek in de hulpverlening aan mensen met een beperking of handicap, en hun nabije betrokken omgeving, en verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om mensen te leren omgaan met hun beperkingen, maar ook om zijn competenties te leren kennen (om te empoweren).

Dit gebeurt door erover kennis en vaardigheden in de omgang ermee te verwerven, alsook aandacht voor het verwerkingsproces (aanvaarding en behoud van een positief zelfbeeld). Dit alles vertrekkende vanuit een participatieve inbreng van de ervaringsdeskundigen om te vermijden dat het opzet te medisch / verpleegkundig is, wat het bevestigen van het stigma (pathologiserend) kan inhouden. De ervaring wordt aldus een rijkdom in plaats van een zwakte voor de betrokkene.”

Voor mantelzorgers is het ook belangrijk dat kennis verruimd wordt tot ‘wegwijs in de hulpverlening’ en dat aanvaarding ook gericht is naar de mantelzorger. Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen het verhaal van de mantelzorg en dat van de cliënt op vlak van vaardigheden en acceptatie.

Psychoeducatie kan zowel op individueel niveau gebeuren als via een groep.

Psychoeducatie dient zo snel als mogelijk te worden opgestart, dus niet enkel bij langdurige problematiek.

Op heden is de indruk dat het psycho-educatieve aanbod in de regio nog zeer sterk verweven is met het therapeutische, én vaak gekoppeld is aan een opname of poliklinische psychotherapeutische activiteiten (PCMenen, AZGroeninge, CGG).

We gaan op zoek naar good practices:

- binnen het Activiteitencentrum de Bolster te Kortrijk bestaan er voor de gebruikers van dit centrum groepseducatieve reeksen mbt. o.a. slaaphygiëne, voeding, bewegingshygiëne, budgettering, medicatie. Dit programma is dus thema- en cliëntgericht.

- in het AZ Groeninge is er een ruim aanbod voor mensen die gehospitaliseerd zijn. Het gaat om sessies die geïntegreerd zijn in het therapeutisch programma, waarbij ook plaats is voor sessies gericht op vaardigheden (vb. vrijetijdsinvulling, budgetvriendelijk leven, slaaphygiëne).

Een lid van het projectteam haalde ook 2 good practices naar voor waaraan kan gedacht worden om uit te werken binnen onze regio:

- “Info p” te Brugge: kenniseducatie gegeven door hulpverleners aan psychotische personen alsook aan familieleden (zelfs als ze geen opgenomen familielid hebben)

- Praatcafé De Stem te Brugge, ook voor de doelgroep psychotici. Dit project bevat 13 partners waarbij om de 2 maand lotgenotencontact geregeld wordt voor patiënten, familieleden en hulpverleners. Er is telkens een informatief luik en een ontmoetingsmoment. Dit gaat door in een cultureel centrum te Oostkamp.

Dit laatste project zal verder geëxploreerd worden in onze regio, vanuit dit projectteam.

Binnen het luik psycho-educatie worden activiteiten ook door voorzieningen samen opgenomen, bijvoorbeeld de samenwerking die bestaat op vlak van KOPP-werking (psychiater van PZH Familie die uitleg geeft omtrent specifieke vragen van KOPP-jongvolwassenen) in de groepstraining binnen het CGG, alsook de inbreng van het CGG binnen de groepswerking voor thuislozen van het CAW-Stimulans.

To do:

- gegevensbestand maken van alle bestaande sessies die de noemer van psychoeducatief programma verdienen

- nagaan welke noden er niet ingevuld zijn, of er voorzieningen zijn die plannen daartoe hebben

- werken met ervaringsdeskundigen in kaart brengen en samen met Uilenspiegel en Similes concrete initiatieven nemen

- specifieke aandacht voor de familie en de mantelzorgers

- exploratie of een praatcafé in onze regio kan worden opgestart

- CGG (Dr.M.Lefever) en Uilenspiegel plegen overleg omtrent vorming van ervaringsdeskundigen teneinde de lokale dynamiek van ervaringsdeskundigen / ervaringsdeskundigheid gestalte te geven.

Met name samen met huidige ervaringsdeskundigen een lokale nieuwe groep patiënten te verzamelen, te empoweren, te vormen en te coachen. Dit om de participatiegraad van patiënten te laten groeien op de verschillende niveau 's (micro, meso en macro), en wel degelijk op hun maat en ritme.

5.2.2.2 FUNCTIE 2

Ambulante (lees: mobiele) intensieve behandel- en begeleidingsteams voor zowel acute als meer chronische patiënten
--

Onder de functie 2 zijn er 2 subfuncties, zijnde 2A die wij omschrijven als Acute en Intensieve mobiele behandelteams en 2B die wij als FACT-teams wensen te benoemen.

Belangrijke voorafgaande opmerking:

Wat volgt is geschreven voor de mobiele teams F2A en F2B die zullen opereren in de deelregio Menen.

Voor de volledigheid is het belangrijk om aan te halen dat ook in de regio Kortrijk gekeken zal worden om patiënten in Nazorg thuis te behandelen en te begeleiden na ontslag uit de EPSI en de A-diensten van AZ Groeninge en PZ HFKortrijk. Deze activiteiten zullen zich situeren zowel op vlak van F2A en F2B. Men zal zoveel als mogelijk de visie binnen het nieuwe GGZ-model hanteren met de bedoeling om in de toekomst te werken met volwaardige mobiele teams. AZ Groeninge en H.Familie hebben de intentie om hiervoor gezamenlijk 4 FTE in te zetten.

Het algemeen ziekenhuis te Waregem zal 0.50 FTE vrijmaken om Nazorg te bieden aan ontslagen patiënten uit de PAAZ. Dit aanbod mag omschreven worden als intensieve en ondersteunende psychiatrische begeleiding aan huis.

Functie 2A: Mobiel team voor acute en intensieve behandeling en begeleiding in de thuissituatie

Leden: Kompas (J.Theuwen), F2B (V.Vanoosthuyse), F2A (xxx), PCM (Ph.de Smet, T.Verhelst), huisartsen (Dr.J.Leenknecht), HHRcM (D.Valcke en M.Couckuyt), PZ HFK (O.Peene of M.Demeester), psychiater Dr.L.Renier, voorzitter (S.Deboever) en netwerkcoördinator (S.Kesteloot)

1. Explicitering van de Functie 2A

We halen inspiratie uit het concept "PCT" of Psychiatrische Crisisteam, zoals die in het UK in het leven zijn geroepen. Het primaire is om patiënten uit het (psychiatrisch) ziekenhuis te houden. Het team functioneert er samen met de huisarts als poortwachter voor een opname.

PCT staat voor snel en laagdrempelig multidisciplinair hulp bieden via "actieve outreach" aan personen met acute psychiatrische problemen. Een team engageert zich om binnen de 24 uur aanwezig te zijn na de aanmelding.

Een F2A-team is een multidisciplinair team, vooral bestaande uit verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, een psycholoog, een verslavingsdeskundige, aangevuld met een psychiater.

Patiënten die in crisis zijn worden bij het crisisteam vooral aangemeld door huisartsen, door leden van het netwerk en andere instanties die na bespreking met het F2A-team worden toegevoegd (bvb. Rode Kruisopvang). De huisarts speelt een centrale rol in de aanmelding naast en in noodzakelijk overleg met de al aanwezige zorgpartners.

Het is geen psychiatrische MUG-dienst, wel een dienst die vrij snel (binnen de 24 uur) en vrij intensief deskundige psychiatrische, zij het vrij generalistisch, zorg aan huis biedt.

Afgrenzen van het F2A-team tov het FACT team kan door te stellen dat een aanmelding bij dit FACT-team vanuit de ambulante situatie (functie 1 en 3) via het F2A-team dient te verlopen indien er naast een EPA (ernstige psychiatrische aandoening) ook sprake is van een crisis.

De patiënten worden voor de periode van de crisisinterventie tijdelijk overgedragen aan het crisisteam. Daarna gaat de patiënt weer terug naar de oorspronkelijke verwijzer / behandelende psychiater.

2. Doelgroep van de functie 2A - Aanmelding voor F2A

Snelle en intensieve hulp bieden aan elke volwassene (16-65) in een psychische crisis, is het doel. De doelgroep zal zich weliswaar in hoofdzaak bevinden binnen de leeftijdsklasse van 18 tot 65 jaar. De leeftijdsgrenzen worden op individueel-klinisch niveau als richtinggevend beschouwd. Zowel voor de jongeren

(16-18 jaar) als de ouderen (vanaf 60/65 jaar) ligt de focus op die zorgvragen die vanuit het zorgaanbod voor de doelgroep volwassenen kunnen worden beantwoord.

Functie 2A kent 3 subdoelen en aldus ermee gepaard gaande doelgroepen:

- a) de gekende cliënt binnen andere functies (1, 3, 5) heeft een acute opflakking. Men kan beroep doen op F2A op basis van bepaalde te hanteren en af te spreken criteria.
- b) een cliënt op de spoedafdeling van een algemeen ziekenhuis of op de crisisunit (PAAZ, A) gaat na de eerste zorgen of na korte opname op ontslag. Men kan beroep doen op F2A op basis van bepaalde te hanteren en af te spreken criteria.
- c) niet-gekende cliënt wordt aangemeld bij F2A (gatekeeper-rol) vanuit een huisarts/psychiater of een lid van de Ledenraad. Doel is opnamevoorkomend te werken.

Indicaties voor het F2A-team zijn alle psychiatrische diagnoses volgens DSM, bovendien gekenmerkt door een crisisfase: (merk op: steeds toestemming van cliënt nodig om F2A op te starten).

- a. personen met een acute psychische crisis, die voor het eerst hiermee geconfronteerd worden en geen ervaring hebben met hulpverlening,
- b. personen met een acute psychiatrische crisis in het kader van een al langer bestaande problematiek die op dat moment niet in zorg zijn,
- c. personen met een acute psychiatrische crisis in het kader van een al langer bestaande problematiek, die op dat moment wel in zorg zijn, maar bij wie het bestaande zorgcircuit niet snel genoeg of afdoende kan interveniëren,
- d. personen na een korte opname en waar ontslag mogelijk is, of ontslag namen, en bij wie de opname onvoldoende de crisis tot oplossing bracht – deze interventie richt zich tot het voorkomen van heropname.

Er wordt een exclusie gemaakt voor cliënten met als gekende hoofddiagnose:

- dementie
- andere cognitieve stoornissen van medische, vasculaire of traumatische oorsprong
- epilepsie
- mentale retardatie
- neurologische stoornis

De problematiek kan divers zijn, maar het F2A- team richt zich niet op psychiatrische problemen zonder acuut karakter (vb. mildere angststoornissen, depressie zonder acute suïcidedreiging, dementie zonder acute verwardheid... of op psychiatrische problemen met een chronisch karakter).

Een acute psychose met gevaar voor derden of de patiënt zelf, een ernstige suïcidale episode, een fysiek escalerend familiaal conflict, een ernstige middelenintoxicatie blijven indicaties tot spoedopname in het (psychiatrisch) ziekenhuis.

Er wordt een risicotaxatievragenlijst gehanteerd die de ontvanger van de oproep moet toelaten in te schatten of opname in F2A mogelijk is, of een andere beslissing zich opdringt. De invuller van deze checklist is steeds een F2A-teamlid of de nachtverpleegkundige van de Waag.

Als er een oproep komt dan:

- wordt de identiteit en hoedanigheid van de aanvrager genoteerd, de identiteit en het adres van de cliënt, alsook telefoonnummers van beiden;
- wordt er een schets genoteerd van de crisissituatie zoals deze wordt aangebracht;
- wordt een checklist overlopen met de aanvrager:
 - is er sprake van acute intoxicatietoestand van alcohol/medicatie/drugs?: betekent geen inclusie op heden. Indien onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk is, zal dit via de huisarts gebeuren via spoed; als het ingrijpen kan worden uitgesteld naar het oordeel van de aanvrager of van het F2A-team incl. psychiater, dan kan een eerste huisbezoek de volgende dag gepland worden)
 - is er sprake van een levensbedreigende toestand? (Vb. ernstige somatische ziekte, acute suïcide handelingen): betekent geen inclusie op heden en dus best opname via huisarts indien dringende crisissituatie.
 - Is er sprake van acute agressie?: geen inclusie op heden en dus zelfde overwegingen als in vorige punten.
 - In alle ander gevallen wordt een huisbezoek afgesproken dat gebeurt door 2 personen, zo snel als mogelijk en zeker ten laatste de volgende dag.

Als de aanvrager van mening is dat er sneller moet worden ingegrepen, dan zal het F2A-team in overleg gaan met de coördinerende psychiater.

Overdag dient men de coördinerende arts van het F2A-team te contacteren. Op andere momenten en tijdens weekend/verlof, neemt men contact met de PCM-psychiater die van wacht is.

3. Doelstellingen van de functie 2A

Interveniëren en oriënteren naar opvolgzorg indien noodzakelijk, bij crissisen van psychisch-psychiatrische aard, met als doel hospitalisatie op spoedgevallendienst of op een psychiatrische ziekenhuisdienst te vermijden en/of de hospitalisatie kortdurend / intensief / specialistisch te houden.

Er wordt een gepaste behandeling opgestart met in acht name van aspecten van samenspraak, medische kunde en veiligheid van het personeel.

Het F2A- team heeft ook een zorgcoördinerende rol. Het is een buffer tussen de thuissituatie en een keuze voor een rechtstreekse opname. De rol van een casemanager die het traject van de patiënt doorheen de 5 functies volgt, lijkt eerder weggelegd voor vertegenwoordigers van het FACT-team dan voor het F2A-team, dat een tijdelijke ondersteuning bij crisis biedt voor de behandelaar(s) en, zo nodig, in samenspraak met de huisarts, een start van een zorgtraject coördineert (indien dit traject nog niet aanwezig zou zijn), en een begeleidingsplan opmaakt.

Uitgangspunt hierbij is om het zorgaanbod zoveel mogelijk te situeren in of in de onmiddellijke nabijheid van de leefomgeving van de cliënt, aangepast aan de noden én de mogelijkheden van de patiënt en de familie, alsook de brede omgeving.

Verder is een doel het bereiken van hogere tevredenheid bij cliënten, familie en verwijzers.

4. Visie op de aangeboden zorg in de functie 2A

Specifiek voor functie 2A-team weerhouden we het stepped-care principe, de emancipatorische functie, de systemische visie, de zorg als continuüm en het veiligheidsprincipe.

Hier kan zich de problematiek stellen van de cliënt "in crisis" die niet expliciet zijn toestemming geeft. Rekening houdende met de wet op de bescherming van de geesteszieke (1990) en de wet op de patiëntenrechten (2002) dient hiermee op een correcte manier te worden mee omgegaan.

5 Activiteiten en scharnierfunctie met andere functies bij 2A

Activiteiten

De interventies bestaan uit crisisinterventie, risicotaxatie, diagnosestelling, behandeling, voorzorg, praktische ondersteuning, medicatie, familie-interventies, problemsolving, counseling, voorschrijven en toedienen van psychofarmaca, informeren en mee betrekken van eerstelijns hulpverleners, oriëntering, overleg.

Het F2A-team voert minimaal 1 huisbezoek uit per week per patiënt gedurende de volgende 6 weken.

Het allereerste gesprek op verplaatsing gebeurt steeds in aanwezigheid van 2 personen. Hierbij noteert men het verhaal en de probleemstelling.

Bijzondere aandachtspunten zijn:

- diagnose: voor zover gekend door cliënt of omgeving. Zoniet: tentatief door begeleiders.
- gekende cliënt in het zorgcircuit GGZ? Zo ja, wie is betrokken partner en zicht krijgen op laatste contactmomenten
- wie is de behandelende huisarts en eventueel behandelende psychiater (in het verleden of heden?), plus zicht krijgen op laatste contactmoment
- huidige medicatie, ook somatische. Door wie voorgeschreven?
- hulpvraag van de cliënt, onmiddellijke omgeving, huisarts, andere betrokken actoren
- navraag statuut (GO, probatie).

Indien de begeleiders bij dit eerste gesprek de indruk hebben dat onmiddellijke actie wenselijk is, nemen ze telefonisch contact op met de psychiater van het F2A-team.

Indien dit niet het geval is, zal de cliënt op de eerste briefing van het team komen.

Wat kan er gebeuren na dit overleg?

- toch opname in psychiatrische dienst of daghospitalisatie. (noot: als een gedwongen opname zich lijkt aan te dienen, dan contacteert de coördinerend psychiater de substituut-procureur)

- gedurende korte tijd (gemiddeld 4 weken, maximaal 8 weken) opvolging door F2A-team waarbij de cliënt minstens wekelijks wordt besproken op het teamoverleg
- verwijzing voor poliklinische opvolging, door psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker (kan tegelertijd lopen als de F2A-begeleiding aan huis)
- beroep doen op andere, bijvoorbeeld meer gespecialiseerde instanties (vb. drughulpverlening, instanties VAPH mbt. NAH, autismespectrumstoornis) (kan tegelertijd lopen als de F2A-begeleiding aan huis)
- beroep doen op andere diensten vb. uit de welzijnszorg, uit de F3/F5 functies
- bevindingen, eerste indrukken, zorgplan wordt door F2A-team gecommuniceerd aan huisarts en eventueel andere betrokkenen (zoveel als mogelijk door de teamleider).

Scharnierfunctie met andere zorgfuncties :

- De projectteams zullen een bijdrage leveren om zorgtrajecten verder te ontwikkelen en te evalueren.
 - Betrokkenheid van verscheidene partners in de mobiele teams, door o.a. aanwezigheid van personeelsleden in het effectievenbestand en het actief bijwonen van teambesprekingen van F2A/F2B. Zo zal het CGG personeel detacheren om iedere week te participeren aan een briefing van de mobiele teams. Ook de F2A-teamleider zal met een zekere regelmaat participeren aan het F2B-team, en vice versa.
- Er zal ook systematisch overleg worden gepland tussen de teamleiders van de crisisunit en het F2A-team.

Doel is de samenwerking tussen de actoren te verbeteren en de zorgtrajecten af te stemmen, en het overleg haalbaar te houden voor de verschillende actoren en individuele hulpverleners.

Op deze manier intensifiëren we de contacten tussen de medespelers van de verschillende functies, creëren we een zorgtraject per cliënt en dit zowel casuïstisch als conceptueel waarbij knelpunten via deze lokale groepen worden besproken en doorgegeven aan de "beleidsmakers".

Uit bovenstaande moge ook blijken dat de teams uit functie 2a en 2b het scharnier zijn binnen het zorgtraject van de patiënt.

6. Team samenstelling F2A - caseload - modaliteiten - actoren en kernpartners - werkingsgebied

Opstart

Bij goedkeuring en budget voor het project zal de selectie van de teamleider meteen na Nieuwjaar prioriteit nummer één zijn. Daarna zal de selectie van het personeel van het F2A-team plaatsvinden tegen eind februari 2012 opdat dit personeel het vormingsprogramma kan volgen en kan helpen bij de uitwerking van de operationalisering van de werking (o.a. informatie naar zorg- en welzijnsactoren o.a. via folders en langsgaan; vooral aandacht voor duidelijke info aan huisartsen omtrent de doelen en de aanmelding o.a. via uitwerken van enkele typecasussen; sensibilisering van de spoedartsen en spoedverpleging in HHRcM).

In juli 2012 zal het team volwaardig operationeel zijn.

De psychiater (16 u / week)

Vaste psychiater die op indicatie/bij noodzaak van het team op huisbezoek gaat, mits informeren/ruggespraak van de huisarts.

Vanuit het medisch korps van het PCMenen wordt er nominatief een psychiater aangeduid (i.c. Dr.Luc Renier) die onderstaande rollen opneemt. De medische permanentie wordt verzekerd door de andere psychiaters van het PCMenen.

Indien de cliënt reeds een behandelend psychiater heeft, blijft deze uiteraard de behandelaar van zodra de crisis bedwongen is.

Rol van de verbonden F2A-psychiater:

- a) criteria voor opname binnen F2A hanteren en bewaken, samen met teamleider, en toezien op het hanteren van (samenwerkings)protocols
- b) behandelend arts van patiënten tijdens de crisisfase en langer als de patiënt voordien geen behandelend psychiater had
- c) intensieve samenwerking met huisartsen o.a. mbt. de fysische zorgbehoeftes die in vele crisissituaties belangrijk zijn, alsook ifv. zorgcontinuïteit
- d) consulent voor patiënten die doorbehandeld worden door hun persoonlijke psychiater
- e) coach van het team samen met de teamleider.

Het multidisciplinair team

De teamsamenstelling gaat ervan uit dat men op elk moment van de dag **tussen 8 en 20u30** met 2 personen aan huis kan gaan. Elke shift bevat daarom minstens 3 teamleden.

- 8 FTE psychiatrische thuiszorgbegeleiders (hoofdzakelijk verpleging ifv. medicatiebeheer) waarvan minstens 1 verslavingsdeskundige: met 8 FTE PZT-begeleiders die aan huis gaan, is het mogelijk om ongeveer 16 huisbezoeken af te leggen per dag; permanente caseload van 30 cliënten (360 op jaarbasis) betekent ongeveer 90 huisbezoeken per week als men ervan uitgaat dat elke cliënt gemiddeld 3 huisbezoeken per week heeft.

- 0.50 FTE psychologische functie met als doel om op huisbezoek te gaan bij indicatie en om teamondersteuning te bieden bij de teambriefing (elke dag);

- 1 FTE multidisciplines ifv. poliklinische behandelactiviteiten (vb. systeemtherapeut, cognitieve gedragstherapeut, maatsch. werker) en huisbezoek op indicatie;

- 0.13 FTE drugsverslavingsdeskundige vanuit de vzw Kompas: deelname aan briefings of casusbespreking, op indicatie ook huisbezoek mogelijk;

- en 1 FTE meewerkende teamleider.

- Ter herinnering: het CGG Mandel-Leie zal een deskundige betreffende traumata detacheren om één maal per week deel te nemen aan de briefing. Op indicatie kan die persoon ook de cliënt aan huis bezoeken.

Herkomst van personeelseffectieven

PC OLV van Vrede	4.50
Additionele middelen	6.00
Kompas (verslavingsdeskundige)	0.13
Psychiater (16 u)	0.67
Totaal	11.30 FTE

(noot: Thornicroft (2008) stelt in zijn boek 'Crisis resolution and Home Treatment in Mental Health' op p. 25-26 dat er minimaal 14 FTE nodig zijn als men rond de klok wenst te werken, en minimaal 10 indien de nachtpermanentie door een crisisunit wordt waargenomen, wat hier het geval zal zijn).

Hiervan werken 8.50 FTE als referentiepersonen die instaan voor de huisbezoeken bij de 30 cliënten. De andere effectieven kunnen huisbezoeken doen maar zijn geen referentiepersonen.

Permanentieregeling

- de F2A-functie zal 24 uren, 7 dagen op 7 bereikbaar zijn via 1 centraal oproepnummer
- bed-op-recept door PCM voor gekende cliënten binnen F2A
- respijtbed in stad voor gekende cliënten binnen F2A

Praktische regeling van de permanentieregeling:

overdag (8.00 – 20.30u): F2A-team

's nachts: PC Menen crisisunit (nachtverpleegkundige van afdeling de Waag)

De opnameprocedure binnen het PCM loopt op heden over de hoofdverpleegkundige van de crisisunit i.s.m. de psychiater van wacht. Dit betekent dat de teamverantwoordelijke van F2A en deze beide personen intens zullen moeten samenwerken. Het F2A-team zal in de praktijk gedeeltelijk de rol van de hoofdverpleegkundige overnemen overdag en dus ook zicht hebben op de beschikbare bedden in het ziekenhuis. Op zijn beurt zal de hoofdverpleegkundige van de Waag ook moeten kunnen evalueren of de aanmelding voor hospitalisatie niet beter opgenomen wordt door het F2A-team.

- organisatie van de zorg wat betreft **gekende** cliënten van het F2A-team (momenteel in begeleiding bij F2A):
De verpleegkundige organisatie van F2A lijkt op die van de kliniek. 24-uurszorg impliceert het werken met dag-, late- en weekenddiensten (overdrachten!) én een kantoor dienst (meewerkend teamverantwoordelijke). Voor een 24-uursdienst is een grote regio nodig aangezien het duur is om veel mensen (op afroep) in dienst te hebben zonder dat er op hen beroep wordt gedaan. Vandaar dat de nachtdienst wordt waargenomen door de crisisunit van het PC Menen. De verpleegkundige van die unit moet inzage hebben in alle dossiers van het F2A-team waarin crisisafspraken met cliënt/omgeving terug te vinden zijn. De verpleegkundige heeft dan de mogelijkheid om aan de cliënt een gesprek aan te bieden op de crisisunit, telefonisch advies te geven, een Bed-op-Recept aan te bieden of beroep te doen op de F2A-wachtdienst op afroep (beurtrol GSM-permanentie). Dit laatste is belangrijk om de eerstelijns en de F2A-clieënten die zekerheid te bieden dat ze te allen tijde in contact kunnen komen met een F2A-teamlid.
- organisatie van de zorg wat betreft **niet-gekende** cliënten in crisis die zich aanmelden voor F2A:
Op heden verloopt elke aanmelding over de hoofdverpleegkundige van de crisisunit en de psychiater van wacht. Meerdere aanmeldingen komen vanuit de spoed van het HHRcM.
Het F2A-team zal overdag deze taak op zich nemen (rol van gatekeeper).
's Nachts zal de cliënt op de spoed terechtkomen, of opgenomen worden op PAAZ of A-dienst als de risicotaxatie dit indiceert. Veel zal afhangen van de informatie waarover men op dat moment beschikt en of het risico al of niet correct ingeschat kan worden door bijvoorbeeld een huisarts die verwijst.

Het F2A-team kan, in overleg met het behandelende team, de cliënt en zijn omgeving, de vervolgzorg opnemen indien de cliënt terug naar huis kan of absoluut terug naar huis wil (denk bvb. aan suïcidepreventieplan).

- medicatie: samenwerking met lokale apotheker(s) zal nodig zijn binnen deze module.

- patiëntdossier:

- nachtverpleegkundigen van de opnamedienst van het PCMenen hebben inzage in alle dossiers, waarin o.a. de (crisis)afspraken met cliënt/omgeving terug te vinden zijn.

- i.f.v. de informatie-uitwisseling met het netwerk gaat men voorlopig werken met het elektronische zorgplan van de Vlaamse provincies (www.e-zorgplan.be) dat binnen de thuiszorg gebruikt wordt.

Werkingsgebied

Het werkingsgebied strekt zich uit over een straal van 10 km tot maximaal 15 km van de werklocatie in Menen (uitgedrukt in verplaatsingstijd gaan we uit van maximaal 15 minuten met de wagen).

Het gaat om volgende gemeenten:

- Menen (100%)	33 000 inwoners
- Wevelgem (100%)	32 000 inwoners
- Wervik (100 %)	18 000 inwoners
- Ledegem (70 %)	9 000 inwoners
- Moorslede (50%)	5 000 inwoners
- rest Midden W.VI.	10 000 inwoners
- Kortrijk (40%)	31 000 inwoners
Totaal:	138 000 inwoners.

Met andere woorden:

- volledige dekkingsgraad voor Menen, Wevelgem, Wervik (voordeel: duidelijke boodschap mogelijk naar huisartsen toe!)

- gedeeltelijke dekkingsgraad voor de ander vermelde gemeenten/steden

Daarnaast kunnen gekende cliënten, en op vraag van de partners, cliënten opgevolgd worden.

Functie 2B: Mobiel team voor intensieve en/of langerdurende begeleiding in de thuissituatie aan zorgmijders (aanklappende zorg) en patiënten met een complexere, ernstige en langdurende psychiatrische problematiek

Leden: F2B (H.Soubry), voorzitter (C.Hubaux, teamleider F2B), psychiater Dr.L.Rebier, netwerkcoördinator (S.Kesteloot), huisartsen (Dr.P.De Meulder), Eigen Woonst (C.Lauwers), Familiehulp (I.Bouvry), PCM (H.Syx) en OCMW Menen (A.De Bosscher)

Belangrijke voorafgaande opmerking:

Wat volgt is geschreven voor het team dat zal werken in de deelregio Menen.

Beschut Wonen de Bolster zet in regio Kortrijk een extra 0.50 effectief in om Nazorg uit te oefenen aan ex-bewoners.

PZT-Vesta, weliswaar instaannd voor de zorgcoördinerende functie, zorgt toch ook voor enkele begeleidingen in de regio's Kortrijk en Waregem, goed voor ongeveer 0.50 FTE.

Ook dit kan als F2B gezien worden.

1. Explicitering van de Functie 2B: FACT

Functie 2 staat voor ambulante intensieve behandel- en begeleidingsteams voor meer chronische patiënten.

Het team zal in de mate van het mogelijke werken volgens de principes van FACT (Functie - Assertive Community Treatment).

Assertive Community Treatment (ACT) is een model dat uitgewerkt is in de VS. Dit model richt zich naar ernstige en langdurige psychiatrische patiënten die in de thuissituatie verblijven. Het is een evidence-based practice dat veelvuldig onderzocht en geëvalueerd is. De belangrijkste kenmerken zijn: multidisciplinair team, zoveel mogelijk hulp zelf aanbieden, ieder teamlid kent elke patiënt, shared caseload, lage caseload, zo intensief als nodig (kan meerdere keren per dag zijn), geen tijdslimiet, steeds bereikbaar.

De Functie ACT is een afgeleide van ACT. Het werd ontwikkeld in Nederland waar men het ACT-model aanpaste aan de noden die men daar ondervond. Hierbij gaat men ervan uit dat niet altijd iedere patiënt nood heeft aan een intensieve begeleiding zoals ACT deze biedt.

In het FACT-model werkt men volgens twee methoden. Enerzijds biedt men individuele begeleiding aan voor stabiele patiënten. Dit gebeurt via een individuele referentiepersoon. Wanneer de patiënt nood heeft aan intensievere zorg, heeft men de mogelijkheid om extra zorg te bieden door beroep te doen op collega's die mee aan huis gaan of overnemen bij afwezigheid van de referentiepersoon (shared caseload). Zo kunnen hulpverleners de zorg delen en kan er een multidisciplinair aanbod geboden worden. Deze patiënten worden van dichtbij opgevolgd en meerdere malen per week in het team besproken tijdens de dagelijkse briefingmomenten.

Bij ACT richt men zich op patiënten met EPA (ernstige psychiatrische aandoening) en biedt men intensieve ambulante zorg aan op een assertieve en outreachende manier (aanklampende zorg).

Bij Functie-ACT gaat het om zorg voor de gehele groep met EPA en deze combineert de principes van casemanagement (individuele referentiepersoon) met ACT (bij noodwendigheid).

2. Doelgroep

Alle psychiatrische cliënten die een minder intensief-specialistische zorg nodig hebben met

- een primaire langdurige en ernstige psychiatrische aandoening (EPA)
- een min of meer complexe problematiek
- met deficits op meerdere levensdomeinen

Merk op dat toestemming van de cliënt steeds nodig is om F2B op te starten.

Er wordt een exclusie gemaakt voor cliënten met als hoofddiagnose:

- dementie
- andere cognitieve stoornissen van medische, vasculaire of traumatische oorsprong
- epilepsie
- mentale retardatie
- neurologische stoornis

We richten ons zowel op de meer gestabiliseerde mensen als op de meer onstabiele mensen die (vaak/permanent) dreigen in crisis te geraken.

Het gaat hier om de zorg voor de gehele groep met EPA:

- patiënten komende uit Functie 2A
- patiënten komende uit Functie 3, 4 en 5
- patiënten komende uit Functie 1, waarbij de functie 2B (tijdelijk en waar mogelijk) enkele opdrachten kan uitvoeren ten dienste van Functie 1 en waarbij gestreefd wordt naar oriëntatie.
- de huidige populatie gevolgd binnen PZT-teams van PCMenen en Eigen Woonst Menen
- zorgwekkende zorgvermijders of –shoppers
- patiënten die nog niet gekend zijn binnen de GGZ (vb. via dienst voor gezinszorg).

Ondanks de grote diversiteit hebben de meesten uit de doelgroep met elkaar gemeen dat zij in hun dagelijks functioneren aanzienlijke beperkingen ondervinden. Deze functionele beperkingen vloeien enerzijds voort uit de psychiatrische aandoening en hangen anderzijds samen met premorbide persoonskenmerken. Doorgaans zijn de beperkingen in het dagelijks functioneren permanenter van aard dan de psychiatrische stoornissen in engere zin. Dit wordt mede in de hand gewerkt door ongunstige levensomstandigheden (zoals een laag inkomen, het ontbreken van sociale steun en langdurig verblijf in een GGZ-instelling) en maatschappelijke barrières (zoals stigmatisering, onbereikbare burgerrollen), waarmee vele betrokkenen te kampen hebben.

Deze combinatie van ongunstige factoren leidt veelal tot een forse achterstand op vele levensgebieden. (J.R. van Veldhuyzen, A. Snijdewind, uit Almaar Ambulanter)

3. Doelstellingen

- Voorkomen dat een cliënt met een ernstige psychiatrische aandoening zonder (generalistische en/of specialistische) hulpverlening in de samenleving verblijft.
- Het zorgaanbod dient meer aangepast en vraaggestuurd te zijn.
- De begeleiding/behandeling moet zoveel mogelijk gesitueerd zijn in of in de onmiddellijke nabijheid van de leefomgeving van de cliënt, aangepast aan de noden én de mogelijkheden van de patiënt en de familie, alsook de brede omgeving.

- De hulpverlening dient een aanspreekpunt te zijn, zowel voor de cliënt als voor zijn volledig netwerk waarbij de hulpverlener als referentiepersoon en/of als zorgcoördinator optreedt.
- Het actief ondersteunen en adviseren van hulpverleners in de eerste lijn bij de uitvoering van hun taak.
- Naast het medische model wordt extra aandacht gegeven aan herstel, integratie en participatie. De concrete leef-, leer- en werkomgeving worden ingebracht in de behandeling/begeleiding.
- Met het invoeren van een dergelijk model dat afgestemd is op de individuele noden, willen we er uiteindelijk toe komen dat mensen in hun thuisomgeving kunnen blijven, dat (her)opnames worden vermeden, en dat cliënten zo hun eigen sociale weefsel/contacten kunnen behouden.
- Hulpverleners dienen de gespreksmotiverende technieken en het gedragstherapeutisch werken goed onder de knie te hebben.

4. Visie op aangeboden zorg: een herstelgerichte visie

Herstel is een begrip dat ontstaan is vanuit de cliëntenbeweging binnen de geestelijke gezondheidszorg in de jaren '90 in de Verenigde Staten.

Momenteel is het wereldwijd een begrip dat gebruikt wordt om een persoonlijk en uniek proces van verandering aan te duiden, waarbij mensen met een psychiatrische beperking in toenemende mate kwaliteit van leven ervaren. Het kan hierbij gaan om iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen.

Herstel draait om het leiden van een bevredigend, hoopvol en nuttig leven met de beperkingen.

Naast persoonlijk herstel wordt ook wel maatschappelijk herstel onderscheiden. Bij persoonlijk herstel ligt het accent op het leren omgaan met de beperkingen. Bij maatschappelijk herstel gaat het om sociale participatie, om het oppakken van sociale rollen, bijvoorbeeld op het gebied van werk, school, vrije tijd of relaties.

Om deze herstelgerichte visie toe te passen willen we ons baseren op twee benaderingen die elkaar ondersteunen, aanvullen en deels overlappen, nl. de rehabilitatiebenadering en het Strengths Model.

De opleiding SRH (Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen) werd reeds door een PZT-medewerker gevolgd en zou in de toekomst voor een bredere groep aangeboden worden. In vorig dossier werd de rehabilitatiebenadering en het empoweren via het Strengths-model uitvoerig toegelicht. Dit is hier nu niet meer in opgenomen.

5. Werkingsgebied

Het werkingsgebied strekt zich uit over een straal van 10 km tot maximaal 15 km van de werklocatie in Menen (uitgedrukt in verplaatsingstijd gaan we uit van maximaal 15 minuten met de wagen).

Het gaat om volgende gemeenten:

- Menen (100%)	33 000 inwoners
- Wevelgem (100%)	32 000 inwoners
- Wervik (100 %)	18 000 inwoners
- Ledegem (70 %)	9 000 inwoners
- Moorslede (50%)	5 000 inwoners

- rest Midden W.VI.	10 000 inwoners
- Kortijk (40%)	31 000 inwoners
Totaal:	138 000 inwoners.

Met andere woorden:

- volledige dekkingsgraad voor Menen, Wevelgem, Wervik
- gedeeltelijke dekkingsgraad voor de ander vermelde gemeenten/steden

Daarnaast kunnen gekende cliënten, en op vraag van de partners, cliënten opgevolgd worden.

6. Zorgaanbod en complementariteit met andere diensten

6.1. Coaching, sensibilisering en adviesverlening ter ondersteuning van de eerste lijn

De eerste lijn ziet veel personen met psychiatrische problemen, maar mist soms ondersteuning en expertise. De mobiele teams moeten hun activiteiten richten, waarbij de hulpverlening van de eerste lijn een interventie vraagt aan de gespecialiseerde GGZ, op de functies coaching, sensibilisering adviesverlening en coördinatie, zoals ook beschreven in de contracten van de huidige projecten psychiatrische thuiszorg.

Vanuit dit model zal de psychiatrische thuiszorg Vesta deel uitmaken van het Fact-team, meerbepaald wat betreft het aanmeldingspunt, advies en zorgcoördinatie. Dit in functie van een goede samenwerking met de eerstelijnszorg (is in feite een opdracht die overlappend is met de functie 1).

6.2 Module gericht op de principes van het FACT-model

Het mobiele team moet psycho-sociale begeleiding/behandeling aanbieden aan de patiënt volgens de principes van het FACT-model.

- F staat voor functie, dus herstelgerichtheid, zeg maar psychosociale rehabilitatie. De begeleiding gaat uit van de context en de zorg, minder van de behandeling. Alle levensdomeinen (wonen, werken, vrije tijd, onderwijs, relaties...) verdienen de aandacht opdat de persoon optimaal in zijn leefcontext kan verblijven, zo veel als mogelijk geïntegreerd in de maatschappij.

Aandacht voor samenwerking en overleg met de mantelzorger(s), huisartsen en andere actoren uit de eerstelijnszorg, maatschappelijke diensten, diensten- en activiteitencentra, dag-hospitalisatie en residentiële zorg uit het PZ is van groot belang.

Indien nodig dienen bepaalde vaardigheidsprogramma's aangeboden te worden. Ook is psycho-educatie, zowel naar cliënt als naar de nabije omgeving, een voorname zorgactiviteit.

Het spreekt vanzelf dat de spelers in functies 1, 3 en 5 hier belangrijke partners zijn waarop beroep zal moeten worden gedaan om dergelijke zaken te realiseren.

Vandaar ook dat met een zekere regelmaat ook georganiseerd zal worden dat deze actoren deelnemen aan een teambespreking van alle cliënten van het FACT-team waar dergelijke noden zich aandienen.

- ACT staat voor Assertive Community Treatment waarbij bedoeld wordt op aanklampende, zeg maar bemoeizorg. Het gaat in dit geval vooral om zorgvermijders of –shoppers die toch op de één of andere manier in de tijd worden opgevolgd, zij het soms van op afstand (vb. telefonisch, sporadisch contact).

Wij wensen de betekenis van ACT uit te breiden naar cliënten die gevolgd worden vanuit de 'F'-module maar die tijdelijk een terugval kennen om de één of andere reden, en waarbij het team denkt een opname te kunnen vermijden door tijdelijk intensiever, frequenter begeleiden ten huize van aan te bieden.

Het team zal enerzijds langdurige zorg aanbieden gericht op herstel en rehabilitatie (80%), en anderzijds (20%) zorg voor de meest ernstig ontregelde chronische cliënten, bij wie heropname dreigt. De beide functies worden aangeboden door het vertrouwde team, bij voorkeur zelfs door de vertrouwde referentiepersoon of via een gedeelde caseload, eventueel in combinatie met multidisciplinaire consulten.

Door de twee werkwijzen te integreren binnen hetzelfde team zal de continuïteit tussen stabiele en onstabiele fasen gegarandeerd worden.

Wanneer het niet goed gaat met de cliënt kan een teamlid een patiënt indiceren voor ACT-zorg. De naam van de cliënt wordt genoteerd op het 'fact-bord'.

6.3 Complementariteit met andere diensten:

- Zoals hierboven vermeld zal de expertise van PZT Vesta (ondersteunen op vlak van coaching, sensibilisering en coördinatie en adviesverlening ter ondersteuning van de eerste lijn) toegevoegd worden aan het F2B team (0.25-time).

- Het F2B team maakt afspraken met het F2A-team en de crisisunit van het psychiatrisch centrum om de continuïteit van zorg te waarborgen i.g.v. crisis buiten de werkuren van het F2B team. Er wordt systematisch zorgoverleg georganiseerd waarop de teamleider van F2A op het overleg van het F2B-team aanwezig is.

- Het mobiele team werkt samen met en maakt afspraken met het psychiatrische ziekenhuis om het Bed-Op-Recept-principe en, wanneer nodig, korte opnames te realiseren.

- Het F2B team zal aangevuld worden met de expertise van een verslavingsdeskundige vanuit de ambulante drugzorg Kompas. Kompas reikt hiervoor 0.12 FTE aan.

- Per gemeente (Wervik, Wevelgem, Menen) is het de opdracht om een respijtbed te vinden (zie onder functie 5), een plaats waarop ook het cliëntèle van F2B zou beroep op kunnen doen indien dit wenselijk is.

7. Modaliteiten

Het F2B team functioneert met 7,3 FTE voor de vooropgestelde regio met de volgende modaliteiten:

Beschikbaarheid - bereikbaarheid:

- 5 op 7 dagen actief (niet op zater-, zon- en feestdagen)

- beschikbaarheid: het Fact-team werkt van 8u-18u, na 18u kan het F2A-team indien nodig nog langsgaan bij een Fact-cliënt in crisis of noodsituatie tot 20u30. Nadien kan de cliënt zich richten tot de opnamedienst van het PCM. De cliënt kan telefonisch contact opnemen voor een gesprek met de verpleegkundige, hij kan op de afdeling een gesprek krijgen en kan indien nodig opgenomen

worden via het principe van Bed-op-Recept.. Het Fact-team wordt de volgende morgen geïnformeerd. Afspraken hierrond kunnen via het op voorhand besproken crisisplan gemaakt worden.

- 24-uurse bereikbaarheid: het F2B team is bereikbaar van 8u tot 20u30 via het direct nummer, dit a.d.h.v. een permanentiesysteem (een beurtrol op weekbasis), vanaf 20u30 wordt de cliënt doorgeschakeld naar de opnamedienst van het PCM.
- Iedere thuiszorgwerker heeft een GSM.

Caseload:

- De caseload van het team: 125 cliënten (waaronder 20% voor de ACT-zorg); dit komt ongeveer overeen met 25 cliënten per FTE.

Multidisciplinair team werkzaam in regio Menen/Wervik/Wevelgem:

- De zorg wordt aangeboden vanuit een multidisciplinair team (zie 8. Teamsamenstelling). Bepaalde teamleden functioneren als individuele referentiepersoon (PZT-begeleider). Andere teamleden hebben een consulterende en teamondersteunende functie en kunnen op vraag van het team kerntaken uitoefenen aan huis vanuit hun discipline (psycholoog, maatschappelijk werker, ergotherapeut).
- De teamleider werkt deeltijds mee.
- Het team wordt gemanaged door de teamleider en de psychiater.
- De psychiater heeft een coördinerende en superviserende rol. De functie van de arts is analoog als deze die we op heden kennen binnen beschut wonen. Vanuit het medische korps van het PCMenen wordt er nominatief een psychiater voor het team aangeduid.
Indien de cliënt al een behandelende psychiater heeft, wat vaak het geval zal zijn (maar even vaak wordt het medische toezicht wellicht waargenomen door een huisarts), blijft deze de behandelaar. Indien er nog geen is, dan zal indien dit noodzakelijk blijkt te zijn (afweging met rol van de huisarts) er uitgekeken worden om een psychiater in te schakelen.

Rol van de verbonden psychiater:

- a) behandelend arts van patiënten, als de patiënt voordien geen psychiater had, al dan niet tijdelijk
 - b) intensieve samenwerking met huisartsen o.a mbt. de fysische noden alsook ivf. zorgcontinuïteit;
 - c) consulent voor patiënten die doorbehandeld worden door hun persoonlijke psychiater
 - d) coach van het team
 - e) toezien dat de inclusiecriteria en andere (samenwerkings)protocols gehanteerd worden
- De medische permanentie wordt verzekerd door de andere psychiaters van het PCMenen.
 - Vorming (via een vormingsprogramma) van het team zal noodzakelijk zijn op vlak van: cognitieve gedragstherapie, rehabilitatie/herstel/empowerment, familie interventies, IPS (Individual Placement and Support), bemoeizorg, de Presentietheorie van Dr. Baert, kennis van de sociale kaart, werking met de eerstelijnsdiensten.

Methodiek:

- Aanmelding: het centrale aanmeldingspunt via F2A, van daaruit de doorstroming naar het F2B-team.
Daarnaast kan F2B rechtstreeks aanmeldingen krijgen van F1, F3, F4, F5, psychiaters ambulante, huisartsen, Vesta, OCMW, Kompas, gezinszorgdiensten (m.n. de partners).
De aanmelding gebeurt bij de teamleider. De aanmeldingsgegevens worden wekelijks op de teamvergadering besproken. Indien nodig kan een intake gepland worden. De begeleiding kan na de teamvergadering van start gaan.
- Het principe van individuele referentiepersoon wordt gehanteerd binnen de F-functie, het principe van shared caseload tijdens de ACT-fase.
- Voor het organiseren van een zorgoverleg zou het concept van het overleg rond psychiatrische patiënten (GDT-RIZIV) voorschrijven. F2B kan een start van zorgtraject coördineren (indien dit niet aanwezig is) en een begeleidingsplan opmaken.
- Frequentie van huisbezoek: gemiddeld één huisbezoek om de 2 weken voor de F-functie, voor de ACT-cliënten kunnen meerdere huisbezoeken per week gepland worden
- De begeleidingsduur: onbepaald, er wordt steeds gestreefd naar afbouw en stopzetting van de huisbezoeken (begeleiding van op afstand d.m.v. coördinatie is mogelijk door Vesta, vorming en coaching steeds mogelijk, huisbezoeken kunnen steeds heropgestart worden op vraag).
- Werken met een fact-bord
- Dagelijkse briefing, wekelijks teamvergadering, intervisie
- Opmaken van een geïndividualiseerd crisisplan aan de hand van een crisiskaart

Patiëntendossier:

- Nachtverpleegkundigen van de opnamedienst van het PCMenen hebben inzage in alle dossiers, waarin o.a. de (crisis)afspraken met cliënt/omgeving terug te vinden zijn.
- I.f.v. de informatie-uitwisseling met het netwerk gaat men voorlopig werken met het elektronische zorgplan van de Vlaamse provincies (www.e-zorgplan.be) dat binnen de thuiszorg gebruikt wordt.

8. Teamsamenstelling

Op heden bestaat het F2B-team te Menen uit 4.60 FTE.

Het uiteindelijke team zal bestaan uit 7,30 FTE:

- 0,80 FTE teamverantwoordelijke (= Caroline Hubaux)
- 0,33 FTE psychiater (8u/w)
- 4,3 FTE psychiatrische thuiszorgbegeleiders (vanuit PCM V.Vanoosthuysse 0,80 en S.Pringels 1,00; vanuit PZT Vesta H. Soubry 0,75; vanuit PCM xxx 0,75 en vanuit Eigen Woonst yyy 1,00)
- vanuit PCM: 0.50 FTE psycholoog
- vanuit PCM: 1 FTE vaktherapeuten ifv. sociale inclusie (werk, wonen, vrije tijd), het gaat hier om een maatschappelijk werker en een ergotherapeut
- 0,25 FTE zorgcoördinatie, vorming en advies vanuit PZT Vesta
- 0,12 FTE (1 uur per dag) ervaringsdeskundige vanuit de vzw Kompas

Herkomst van personeelseffectieven

PC OLV van Vrede	4,85 (op heden al 2.60 FTE in dienst)
BeWo Eigen Woonst	1,00 (op heden reeds bestaande)
PZT Vesta	1,00 (op heden reeds actief in regio Mene)
Kompas	0,12
Psychiater	0.33
Totaal	7,30 FTE

Er zullen 5,2 FTE referentiepersonen instaan om huisbezoeken af te leggen bij 125 cliënten. De andere effectieven kunnen huisbezoeken afleggen maar zijn geen referentiepersonen.

5.2.2.3 FUNCTIE 3 (is gewijzigd vanaf punt 5 Activiteiten)

Rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

Leden: voorzitter/Eigen Woonst (C.Raes), AC Travo (R.Verfaillie), Bolster (R.Wietendaele), BeWe 't Veer (H.Wenes), BeWe De Waak (G.Opsomer), GTB (N.Pareit), Uilenspiegel (xxx), Welzijnsconsortium (L.Mullie), Ubuntu (V.Duyck), F2B (S.Pringels), PCM (E.Vandamme en N.De Zaeytijd), Contact (L.Stragier), CAW (F.Acke), OCMW Mene (A.De Bosscher), netwerkcoördinator (S.Kesteloot)

1. Explicitering van de functie

F3 staat voor rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie waarbij van belang is dat het om een dynamisch en langdurig proces gaat dat cliënten in staat stelt zich in de maatschappij en het beroepsleven te integreren en waarbij zorg op maat, naadloze zorg en continuïteit van zorg de uitgangspunten zijn, via het aanleren van vaardigheden, het ontwikkelen en bevorderen van autonomie en tewerkstelling. Een zeer nauwe betrokkenheid met diverse partners uit de verschillende levensdomeinen zoals tewerkstellingsorganisaties, huisvesting, welzijnsorganisaties, lokale besturen, thuiszorg...is hierbij onontbeerlijk

2. Doelgroep

Iedereen (18 – 65-jarigen) met een psychische en psychosociale kwetsbaarheid, ongeacht hun diagnose die nood hebben aan zorg voor een langere periode op meerdere levensdomeinen.

Er wordt speciale aandacht gevraagd voor volgende groepen:

- de toenemende groep jongvolwassenen (18 – 25 jarigen) die op werkvlak ontsporen
- de groep 30 – 40 jarigen die op een scharniermoment ontsporen.

- de groep allochtonen: ze komen moeilijk in hulpverlening omwille van gesloten gezin, probleem van de taal, culturele verschillen

We richten ons zowel op de meer gestabiliseerde mensen als op de meer onstabiele mensen die (vaak/permanent) dreigen in crisis te geraken.

Het gaat hier om de zorg voor de gehele groep met EPA:

- een deel van de populatie van BW (functie 5) en PZT (F2B)
- patiënten van functie 4: vanuit opname komen ze al naar het activiteitencentrum of naar het arbeidszorgcentrum
- zorgwekkende zorgmijders of –shoppers
- personen komende uit functie 1
- personen komende uit functie 2A: na een periode van psychiatrische crisiszorg om herval te voorkomen
- patiënten die tegelijkertijd door functie 2B opgevolgd worden

3. Doelstellingen

Het ondersteunen en coachen van personen met een psychiatrische problematiek in hun functioneren op de verschillende levensdomeinen zodat zij op een op autonoom mogelijke manier hun sociale rollen in de maatschappij kunnen opnemen en zo tot volwaardig burgerschap kunnen evolueren. Beeldvorming van de maatschappij zal daar een belangrijke schakel in zijn.

Veranderen van een aanbodgerichte in een vraaggestuurde organisatie zodat cliënt zich niet moet aanpassen aan de bestaande organisatie: mensen begeleiden en middelen aanbieden om hen sterker te maken om tot een hulpvraag te komen, hen te participeren en ruimte te bieden om op eigen tempo te evolueren.

Mensen met een psychische kwetsbaarheid aansluiting laten vinden met reguliere initiatieven in de maatschappij, waarbij ze gelijke rechten hebben.

4. Visie op de aangeboden zorg

Subsidiariteitsprincipe

De aangeboden zorg dient te gebeuren op de minst ingrijpende, meest laagdrempelige manier met voldoende expertise, zo dicht mogelijk bij de cliënt en op het gepaste moment.

Deze zorg op maat gezien vanuit het stepped-care principe houdt een gedoseerde zorg en een stapsgewijze aanpak in, nl. eerst zelfzorg en mantelzorg, dan generalistische zorg en als laatste hulpverlening de specialistische zorg. Dus zo nodig ondersteunend of specialistisch, van-op-afstand of intensief, ambulant of intramuraal. Team bestaande uit hulpverleners vanuit verschillende settings waarbij vraag bekeken wordt (generalisten om analyse te maken) en dan wordt er doorverwezen naar gespecialiseerde zorg.

Continuïteit van zorg

Samenwerking met het oog op de realisatie van continuïteit in de zorg is essentieel. Via diverse mogelijkheden van vervolgzorg, snelle en naadloze overgang tussen zorgmodules, goede informatie-uitwisseling tussen zorgactoren, opmaak en opvolging van zorgplan met betrokken zorgactoren en cliënt,... wil men komen tot een gemeenschappelijk draagvlak waarbij de domeinen preventie, diagnose, behandeling en herstel een duidelijke plaats krijgen.

Centraal aanspreekpunt op dienstniveau, niet enkel op casusniveau. Via centraal oproepnummer wordt doorverwezen naar de juiste functie en wordt de aanmelding pas als afgerond beschouwd op het moment dat de juiste zorg aangeboden werd.

Het aanstellen van een peter of meter waar de cliënten altijd bij terecht kunnen. Iemand die hen volgt gedurende hun traject (casemanager).

Een herstelgericht visie

Dezelfde principes die uitvoerig beschreven werden bij de FACT-module worden gehanteerd.

5. Activiteiten binnen F3

De rode draad is de constante zoektocht om met de doelgroep naar buiten te treden en de maatschappij dichterbij hen te krijgen.

Hieronder de verschillende good practice activiteiten, maar ook de tekorten waar de komende periode de focus zal komen op te liggen en waar de uitdaging zal zijn om met de geboden middelen van art. 107 deze hiaten weg te werken.

Alle initiatieven dienen in kader van artikel 107 meer op elkaar afgestemd te worden, gezien de vele betrokkenen elkaar en elkaars aanbod en werking nog onvoldoende kennen. Het vormt een uitdaging om de gepaste zorg aan te bieden voor elke cliënt.

Het is de bedoeling om het PZT-project VESTA als aanmeldpunt voor niet-ggz actoren te laten fungeren. VESTA dient dan de situatie te beoordelen en door te verwijzen naar de verschillende bestaande structuren / instellingen voor de verdere opvolging van het gesignaleerde "probleem".

Ook hier dient nog heel wat rond afgesproken en uitgewerkt te worden: hoe nummer kenbaar maken, hoe zorgen voor snelle opvolging bij aanmelding, hoe zorgen voor overleg over de verschillende sectoren, hoe blinde vlekken detecteren en welke procedure volgen voor het oplossen van deze blinde vlekken...

Ook is het de ambitie om verschillende huisartsen te betrekken, omdat zij degene zijn die het vaakst geconfronteerd worden met de problemen op vlak van werk, wonen en vrije tijd.

Bovenstaande dient te worden gerealiseerd onder supervisie van het opgerichte projectteam Functie 3.

(Daarnaast staan nog een aantal scharniermomenten tussen Functie 3 en Functie 5 beschreven onder 5.2.2.5 Functie 5)

Op domein van werk:

Binnen ons netwerk wordt aandacht geschonken aan de conceptnota "Van arbeidszorg naar een nieuw geïntegreerd beleidskader : W² (Werk- en Welzijnstrajecten op maat)". Het concept dat in deze nota wordt

voorgesteld, leunt perfect aan bij de doelstellingen van ons eigen project. Meer nog, vanuit dit initiatief wordt zelf gepoogd de link te versterken met de evoluties in de geestelijke gezondheidszorg naar zorgcircuits en zorgnetwerken (art 107).

De verdere ontwikkelingen mbt deze nota wordt dan ook op de voet gevolgd vanuit ons netwerk.

- Stages in beschutte werkplaats en opvolging naar tewerkstelling toe vanuit arbeidszorgcentrum TRAVO

AC Travo heeft een goede samenwerking met de Beschutte Werkplaats 't Veer (Menen). Naast het afwerken van werkopdrachten voor hen is er ook een samenwerking betreffende toeleiding van doelgroepmedewerkers naar de werkvloer van de beschutte werkplaats. Uiteraard wordt ook de nodige aandacht besteed aan het verder opvolgen en evalueren van de al gebeurde toeleidingen.

Om de aanvangsfase bij toeleidingen te vergemakkelijken werd in samenspraak met de beschutte werkplaats een constructie opgezet. Zo werd geopteerd om bij potentiële kandidaten een stage- en oriënteringsweek in de locaties van de beschutte werkplaats te laten doorgaan.

De doelstellingen die de twee instanties (TRAVO & Beschutte Werkplaats) voor ogen hebben zijn:

- de slaagkans bij kandidaat werknemers te verhogen door een intensievere begeleiding en ondersteuning tijdens de aanvangsfase. Bij indiensttreding biedt de trajectcoach verder ondersteuning (zie verder).
- De motivatie bij potentiële kandidaat werknemers te verhogen en hen een realistisch inzicht bij te brengen van hun eigen mogelijkheden en werkpunten.

Momenteel wordt gemiddeld om de drie maanden door het Travo in samenspraak met de beschutte werkplaats 't Veer een dergelijke onbezoldigde ervaringsstage georganiseerd binnen de muren van de beschutte werkplaats.

Een groep van 3 tot 5 doelgroepmedewerkers vanuit het Travo doorlopen gedurende één week (halve dagen) deze ervaringsstage en nemen deel aan het arbeidsproces. De opdrachten worden gegeven door de aanwezige monitoren van de beschutte werkplaats 't Veer. De doelgroepmedewerkers worden echter wel gedurende die week intensief begeleid en gecoacht door hun vertrouwde begeleider van het Travo. M.a.w. de trajectcoach van het Travo begeleidt hen naar en tijdens het werk.

Aan de ervaringsstage kunnen twee types kandidaten deelnemen, nl.

- ⇒ Invoegkandidaten: deze personen zijn in orde met alle nodige formaliteiten om in dienst te treden na de ervaringsstage. Indien de beschutte werkplaats een positief advies uitbrengt, kan een arbeidscontract opgemaakt worden en kunnen de kandidaten 'ingevoegd' worden als werknemers onder contractueel verband in de beschutte werkplaats 't Veer.
- ⇒ Kennismakingskandidaten : deze personen kunnen om uiteenlopende redenen nog niet tewerkgesteld worden in de beschutte werkplaats, doch kunnen door die ervaring gemotiveerd geraken of een realistisch zicht krijgen op hun eigen mogelijkheden en werkpunten.

Eénmaal een kandidaat-werknemer van het TRAVO er tewerkgesteld wordt, wordt hij door de trajectcoach van dit arbeidszorgcentrum verder opgevolgd en ondersteund.

Werknemers die vanuit 't Veer naar het reguliere arbeidscircuit stappen kunnen d.m.v. terugnameverbintenis terug instappen op aanbod van de Beschutte Werkplaats. Er kunnen eveneens individuele dossiers worden opgestart bij reguliere werkgevers voor het aannemen van werknemers onder specifieke statuten, dit vnl. vanuit de werkloosheidssector.

Daarnaast worden er ook heel wat individuele stages in de Beschutte Werkplaats de Waak (Kurne, ook binnen Zuid-West-Vlaanderen) georganiseerd. Ook daar blijft de trajectcoach / casemanager van Travo heel centraal in de opvolging van de toeleiding en tewerkstelling. Langdurige en continue opvolging blijkt de doorslaggevende factor te zijn in het welslagen van een tewerkstelling.

De doelgroep die we hier voor ogen hebben betreft cliënten waarvan de trajectcoach van AC Travo overtuigd is dat ze klaar zijn voor een tewerkstelling binnen de WAAK. Wanneer een stage positief verloopt, volgt een aanwerving binnen die beschutte werkplaats.

Het aanbod van het AC wordt ook gebruikt door de Beschutte Werkplaats wanneer een tewerkstelling moet worden stopgezet. Er wordt uitgekeken voor alternatieven.

Dit is heel vaak arbeidszorg waar ze kunnen werken aan een aantal problematieken of zich verder kunnen klaarstomen voor het (reguliere) arbeidsmilieu. Op deze manier worden de slaagkansen serieus

verhoogd. Mensen blijven zo binnen het vangnet. De maatschappelijke bekommernis binnen BeWepplaatsen is zeer belangrijk.

Dit is op zich geen makkelijke beslissing. De werknemer wordt zijn loon/tewerkstelling afgenomen en valt terug op vervangingsinkomen. Niettemin gaat het om mensen die op dat ogenblik niet arbeidsgeschikt zijn. Daarom spreekt men van tewerkstelling in gesloten kring

De vraag stelt zich of een analoog systeem (gesloten kring) kan worden opgezet met andere bedrijven (reguliere sector)? Voorlopig gebeurt dit niet.

- Competentietraining en empowerment:

In 2009 werd een project opgestart door arbeidszorgcentrum Domino Kortrijk, AC Travo en de Bieweg uit Roeselare enerzijds en de VDAB anderzijds, waarbij arbeidszorg zich engageert om jaarlijks 20 cliënten binnen het jaar te laten doorstromen naar eender welke vorm van tewerkstelling via het aanbieden van een opleiding.

De bedoeling van deze opleiding is om ingeschreven werkzoekenden met een gestabiliseerde onderkende psychiatrische problematiek te laten werken aan hun sociale en persoonsgebonden competenties op de werkvloer van het arbeidszorgcentrum en om via op maat aangepaste stages in beschutte werkplaatsen of het NEC (normaal economisch circuit) door te stromen naar een betaalde tewerkstelling in het NEC of Beschutte Werkplaats. Na deze opleiding wordt ook nog gedurende een beperkte termijn nazorg verricht.

De cliënten worden steeds aangemeld door GTB. GTB verzorgt de toeleiding, opvolging en het verdere traject van de klant. Concreet: na een proefperiode van zes weken wordt beslist of de cliënt wordt opgenomen in het project. Tijdens de daaropvolgende fase zal aandacht zijn voor het observeren en het inschatten van de mogelijkheden. Het begeleidingsplan met de nodige werkpunten wordt opgemaakt waarna de nodige acties worden ondernomen om het proces naar tewerkstelling te bewerkstelligen. Op basis van mogelijkheden en interesses kunnen de stages op verschillende werkvloeren plaatsvinden. Na positieve evaluatie worden stappen gezet richting betaalde tewerkstelling.

Uiteraard wordt de cliënt bij een tewerkstelling nog een ruime periode opgevolgd door de trajectcoach.

- Tender activeringsbegeleiding, project GTB:

Voor de begeleiding van werkzoekenden met een ernstige medische, mentale, psychische of psychiatrische (MMPP) problematiek is er in elke provincie een partnerschap met partners uit de zorg, welzijn en empowerment (o.a. Arbeidszorgcentra).

Tijdens deze zorgbegeleidingen (of activeringsbegeleidingen) ligt de focus op de aanpak van de medische, mentale, psychische of psychiatrische problematiek en de sociaal-economische, sociale en/of psychologische drempels op weg naar werk, in functie van het wegwerken van de voornaamste drempels en knelpunten die het vervoltraject kunnen verhinderen.

Dit wordt in de regio opgenomen door Travo.

Het PZ HF.Kortrijk en PC OLV v Vrede Menen zijn trouwens de zorgpartners in dit project.

- Naast deze samenwerking in het kader van de Tender, is er ook door de jaren heen een goede samenwerking ontstaan met GTB, waardoor de toeleidingen van personen met een arbeidshandicap vanuit GTB en omgekeerd vlot verlopen. Deze groep is trouwens groter dan die vanuit de eerder vernoemde projecten. Toeleiding naar NEC gebeurt vaak in nauwe samenwerking met het Jobcentrum; toeleiding naar Beschut Werk / Sociaal Werk en toeleiding naar Arbeidszorg doet GTB zelfstandig.

GTB onderzoekt verder nog de piste rond de functie jobcoaching m.b.v. riziv-middelen. Dit wordt in de verdere uitwerking van F3 meegenomen.

- Ook blijven we de methodiek Supported Employment (SEM) als good practice naar voor schuiven. SEM streeft ernaar om kansengroepen via een intensief begeleidingsproces duurzaam tewerk te stellen in het normaal economisch circuit (NEC).

- Maatwerkdecreet:

Het maatwerkdecreet wil de subsidiëring van sociale bedrijven en beschutte werkplaatsen objectiveren, zodat commerciële bedrijven die werknemers aanwerven die 'ver staan van de arbeidsmarkt' identieke subsidies krijgen. Dit maatwerkdecreet werkte een subsidiemechanisme uit waarbij werkzoekenden die 'ver staan van de arbeidsmarkt' een rugzakje met subsidierechten op maat krijgen. De VDAB bepaalt de grootte van de 'afstand tot de arbeidsmarkt' en leidt hieruit af welke loonsubsidie, welke behoefte aan opleiding en begeleiding op de werkvloer en welke kosten voor eventuele aanpassing van de arbeidsplaats er nodig zijn om de werknemer in te schakelen in het bedrijf.

De evolutie en uitwerking wordt op de voet gevolgd. Het gaat de kant uit dat Beschutte Werkplaatsen meer de begeleiding op de werkvloer van reguliere bedrijven op zich zal moeten nemen. Er moet ook meer energie geïnvesteerd worden in doorstroom van beschutte werkplaats naar het NEC. Dit zal tot gevolg hebben dat er meer contact zal (moeten) zijn tussen de beschutte werkplaats en het NEC. Dit houdt zeker opportuniteiten in voor het GGZ-cliënteel.

Er wordt opgemerkt dat het verschil in subsidiëring tussen GGZ (federaal) en 'arbeid' (Vlaams) een optimale samenwerking zeker kan bemoeilijken. Wanneer zowel op 'zorg' als op 'arbeid' moet worden ingezet wordt het een moeilijke denkoefening om de juiste subsidiërende overheid in te roepen.

- Madre-project vanuit Beschut Wonen Menen:

Het Madre-project is geïntegreerd in de werking van het Inloop-team van Kind en Preventie, wat als missie heeft "zoveel mogelijk kansen creëren voor gezinnen met kinderen tot 3 jaar op vlak van preventieve gezondheidszorg en opvoeding". De INLOOP-teams streven naar integrale en laagdrempelige preventieve opvoedingsondersteuning in kansarme gezinnen met kinderen tussen 0 en 3 jaar en kansarme zwangere gezinnen.

Het Madre-project bestaat uit twee deelprojecten, m.n. het "Ruilhoekje" en de "Moedergroep".

In het "Ruilhoekje" van het Inloopteam van Kind en Preventie staan enkele bewoners in om (kansarme) moeders en kinderen te ontvangen en hen te helpen kinderkledij uit te zoeken in de winkel van het "Inloop-team". In het ruilhoekje kan enkel kledij geruild worden voor andere kledij of kan een tegenprestatie gedaan worden door moeders in ruil voor de verkregen kledij (vb. poetsen van lokalen, ...). Onze bewoners houden ook de stock bij, sorteren de kledij, selecteren de nog te verruilen kledij, eventueel herstellingswerken aan kledij, geven ook uitleg aan "nieuwe" moeders, etalageren kledij, ...

De "Moedergroep" van het Inloopteam van Kind en Preventie is een procesgerichte groepswerking voor kansarme moeders, waar ze op verhaal kunnen komen. Er worden activiteiten georganiseerd voor de moeders zonder dat hun kinderen hierbij aanwezig zijn. Tijdens die activiteiten wordt er opvang georganiseerd voor de kinderen. Hier worden enkele bewoners ingeschakeld. Zo worden (klassieke) activiteiten georganiseerd voor de kinderen: spelletjes, verhalen voorlezen, eten geven, verversen van de luiers, ... Na de activiteiten georganiseerd voor de moeder is ook interactie tussen de moeders en onze bewoners.

Op domein van vrije tijd:

Op het domein van vrijetijd wordt de nood aan een case-manager (analoog als bij toeleidingen naar werk) sterk gevoeld.

- de Figuranten te Menen:

is een erkende sociaal-artistieke werking, structureel gesubsidieerd door het Ministerie van Cultuur. Al tien jaar zetten ze artistieke processen op met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen in combinatie met reguliere groepen in de ruime regio van Menen. Ze creëren kansen om samen met een team van artistieke en sociale medewerkers een sterk groepsgebonden proces uit te werken vanuit ieders individuele kwaliteiten dat leidt tot straffe en universele artistieke creaties. De basis van deze werking is laagdrempeligheid, procesmatig denken en werken aan een zo straf mogelijk eindresultaat.

Al jaren worden mensen met psychiatrische problematiek vanuit onze verschillende diensten toegeleid.

- Vrijtijdspas:

In 2012 worden in stad Menen de vrijetijdspas en de vrijetijdcheque ingevoerd, na o.a. overleg met de verschillende GGZ-actoren. Iedere inwoner van Menen en iedere bezitter van het omnio-statuut of rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming heeft recht op de vrijetijdspas

Met deze pas krijgt de bezitter een korting van 50% op inkomgelden (voor activiteiten in Menen). Daarnaast krijgt men 80 euro vrijetijdscheques, te gebruiken voor inschrijvingsgelden.

Daarnaast kunnen sociale organisaties een groepspas aanvragen die zorgt voor een vermindering via de 20/80 regel voor de personen die tot deze doelgroep behoren alsook gratis toegang voor de begeleiding (vanaf 5 betalende personen).

Dit systeem opent heel wat perspectieven voor onze doelgroep.

- Steunpunt Vakantieparticipatie

Is een dienst van Toerisme Vlaanderen die iedereen de mogelijkheid wil geven om op vakantie of op daguitstap te gaan in Vlaanderen en Brussel. Alleen op vakantie, met het hele gezin of met vrienden. Samen met de toeristische sector zet Steunpunt Vakantieparticipatie zich in om het reguliere aanbod toegankelijk te maken voor mensen in kansarmoede. De toeristische partners geven een fikse korting aan vakantiegangers die via Steunpunt Vakantieparticipatie bij hen boeken. Ieder jaar verschijnen er twee vakantieguides met hun aanbod.

Verscheidene van de partners in de regio zijn lid van steunpunt Vakantieparticipatie, wat ervoor zorgt dat onze doelgroep ook kan aansluiten bij het reguliere vakantieaanbod.

- Het Fonds Vrijtijdsparticipatie

Is een initiatief van de Vlaamse minister van Leefmilieu, Natuur en Cultuur met als doel mensen die in armoede leven meer en volwaardig te laten participeren aan culturele activiteiten, sportactiviteiten en het jeugdwerk, door bestaande drempels te verlagen en mensen te stimuleren tot deelname en ontwikkeling van de eigen creativiteit.

Ook hier zijn verschillende partners lid van.

- Psylos

Heeft als doel twee beleidsdomeinen – de geestelijke gezondheidszorg en de sportsector – met elkaar in contact te brengen. Psylos verhoogt de sportparticipatie van personen met een psychische beperking en gaat en staat voor een kwalitatief sportaanbod met als doel voor elk van deze sporters een zo hoog mogelijke graad van integratie in het sportlandschap te bekomen.

Beschut Wonen Eigen Woonst (Menen) en PCMenen is lid van Psylos en werken actief samen aan de uitbouw van Psylos-activiteiten in (Zuid)West-Vlaanderen

- Buddyproject Vlaanderen:

Buddyproject Vlaanderen overkoepelt alle Vlaamse buddyprojecten. Met de buddyprojecten willen we mensen met een psychische kwetsbaarheid uit hun sociaal isolement halen, destigmatiseren en hun integratiekansen verhogen.

Het vriendschappelijke contact met de buddy kan dit isolement helpen doorbreken. Het contact verloopt zo gelijkwaardig mogelijk en is niet hulpverleningsgericht – op die manier symboliseert de buddy een beetje de wereld buiten de hulpverlening.

In Zuid West-Vlaanderen worden tegen februari 2012 de mogelijkheden bekeken in hoeverre er een regionale werking kan opgestart te worden. Er wordt geïnformeerd in andere regio's wat de bevorderende aspecten zijn binnen hun werking.

Op domein van **woonvaardigheden** :

- samenwerking met Sociale Huisvestingsmaatschappij Ons Dorp & andere sociale verhuurkantoren:

Momenteel zijn er in Menen onderhandelingen lopende om begeleiding aan te bieden aan huurders (met psychische / psychiatrische problemen) van het Sociaal Huisvestingsmaatschappij Ons Dorp om

op zijn minst expertise, ondersteuning en advies aan te bieden om hun huurders beter te begrijpen en te ondersteunen.

De onderhandelingen situeren zich in het verlengde van wat in het Lokaal Sociaal Beleidsplan Menen 2008 – 2013 afgesproken werd. Hierin wordt ruimte gemaakt voor gesprek en communicatie tussen diensten onderling en met de beleidsorganen. Door met een sociale bril naar het beleid te kijken worden nieuwe initiatieven mogelijk. De focus van het lokaal sociaal beleid ligt op de kwetsbare inwoner van Menen.

De samenwerking zou moeten resulteren in een investering in de woonbegeleiding van sociaal kwetsbare mensen met psychische / psychiatrische problemen binnen woningen van de verschillende sociale huisvestingsactoren te Menen & in de netwerkontwikkeling van de verschillende huisvestings- & welzijnsactoren binnen de stad Menen, naast de woonbegeleiding die al loopt vanuit de bouwmaatschappij zelf en de gedetacheerde woonbegeleidster van het OCMW.

Concreet wordt gedacht om met behulp van één of meerdere centrale woonbegeleiders (die fungeren als buurtwerkers, die know-how bezitten over de verschillende psychopathologie, over aanpak van mensen met beperkingen in de wooncultuur (verwaarlozing, e.d.) en over de te bewandelen paden om te komen tot netwerkontwikkeling tussen huisvestings- & welzijnsactoren) mensen met psychische / psychiatrische problemen die verblijven in een woning van één van de sociale huisvestingsactoren te begeleiden in hun woonsituatie.

Die woonbegeleiding zou variëren van basale woonondersteuning, over effectieve woonbegeleiding, tot een vorm van aanklappende woonzorg. De individuele begeleidingen zullen dus ook een bepaald moment afgerond moeten kunnen worden, doch ze kunnen te allen tijde gereactiveerd worden. De buurtwerker blijft in de marge aanwezig en is alert en standby voor heropflakkingen.

Deze samenwerking staat ook vermeld onder de scharnierpunten bij Functie 5.

- Begeleid Wonen, CAW Stimulans

In de uitwerking van F3 worden ook nog de mogelijkheden bekeken om samen te werken met begeleid wonen vanuit CAW Stimulans en hun expertise / werking mee te integreren

- Woonbegeleiding OCMW Menen

In de uitwerking van F3 worden ook nog de mogelijkheden bekeken om samen te werken met de woonbegeleiding vanuit het OCMW en hun expertise / werking mee te integreren

- Woontraining door thuiszorgdiensten.

Vanuit verschillende thuiszorgdiensten wordt in één of andere vorm van woontraining voorzien. Er wordt nagegaan waaruit deze woontraining bestaat en welke noden bestaan binnen de thuiszorgdiensten. Er wordt nagegaan of er vanuit het LST (Lokaal Samenwerkingsinitiatief Thuiszorg) hieromtrent al iets werd georganiseerd.

5.2.2.4 FUNCTIE 4 (wijziging in geel aangeduid)

Intensieve (semi-)residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychiatrische problemen

Leden: AZ Groeninge Kortrijk, PZ H.Familie Kortrijk, PC.OLV van Vrede Menen, OLV van Lourdes ziekenhuis Waregem, netwerkcoördinator / voorzitter (S.Kesteloot)

Onder “5.2.1.2 HUIDIG AANBOD BESCHREVEN volgens de vernieuwde visie, dus in 5 functies (doelgroep: Volwassenen)” wordt functie 4 uitvoerig beschreven, zodat we hiernaar verwijzen.

Intensifiëring via heralloceren van personeel via afbouwen / transformeren van bedden is volgens ons heel waarschijnlijk in de (nabije) toekomst. Afhankelijk van de resultaten van de beter georganiseerde werking in het nieuwe GGZ-model zullen de nodige initiatieven genomen worden op dit vlak.

In deze pilootfase wordt evenwel geopteerd om de vrijgekomen middelen te PCMenen tenvolle te benutten voor de opbouw van een voldoende kritische massa binnen de functie 2.

Door reorganisatie van de interne werking (naar aanleiding van afbouw van 10 T-bedden) in het PCMenen beogen we intensifiëring te creëren, door in plaats van uit te gaan van 4 T-afdelingen voor 30 patiënten, over te gaan naar 1 maal 30 patiënten en 4 leefgroepen van 20 patiënten (weliswaar in een organisatorische eenheid van 40). Door dit laatste gegeven wordt er verpleegtijd vrijgemaakt vanuit de belastende permantieregeling (weekends, avondwerk). De vrijgekomen middelen zullen gericht worden ingezet op de afdeling van 30 T-bedden en praktisch functioneren als een tweede opname-afdeling (complementair met de A-dienst de Waag). Een interne werkgroep is op heden bezig om de doelgroepwerking van de leefgroepen uit te schrijven, wetende dat het ziekenhuis zijn maatschappelijke opdracht om in te staan voor basis (lees: algemene) psychiatrie voor de regio Zuid West-Vlaanderen (als enig ziekenhuis met T-bedden) wenst te continueren.

Specifieke doelgroepen als er zijn: mentaal gehandicapten, SGA, forensische. Hiervoor heeft deze regio geen specifieke settings maar iedereen neemt ze wel op! Er wordt ook veel samengewerkt met andere regio's en instellingen die zich wel specialiseren voor deze doelgroepen (vb. Beernem). Via het provinciaal overlegplatform worden initiatieven opgezet (vb. Ampel) om aangepaste zorg te bieden aan mentaal gehandicapten. Andere historische partnerships zorgen op casusniveau voor doorverwijzingen naar gespecialiseerde settings. Via provinciaal overleg van de netwerkcoördinatoren hopen we ook samenwerking tussen zorgregio's verder te optimaliseren.

Bedenking over daghospitalisatie: we vinden het jammer dat de ligdag gebonden blijft, en dus geen flexibiliteit biedt, aan 7,5 uren aanwezigheid op de afdeling. Meer en meer patiënten vinden dit te veel en haken af. Ruim aanbod van poliklinische activiteiten in functie van behandeling op maat zou kunnen geëxploreerd worden, mocht de financiering dit toelaten.

Doel F4: sowieso de kwaliteit behouden die we op heden halen!

5.2.2.5 FUNCTIE 5 (wijzigingen in geel aangeduid)

Leden: voorzitter/Eigen Woonst (C.Raes), AC Travo (R.Verfaillie), Bolster (R.Wietendaele), BeWe 't Veer (H.Wenes), BeWe De Waak (G.Opsomer), GTB (N.Pareit), Uilenspiegel (xxx), Welzijnsconsortium (L.Mullie), Ubuntu (V.Duyck), F2B (S.Pringels), PCM (E.Vandamme en N.De Zaeytijd), Contact (L.Stragier), CAW (F.Acke), OCMW Menen (A.De Bosscher), netwerkcoördinator (S.Kesteloot)

Voorafgaande opmerking:

In Waregem wordt 1 algemeen ziekenhuisbed gereconverteerd naar 10 beschutte woonplaatsen. Er is al een woning aangekocht door OLV v Lourdes ziekenhuis Waregem en men richt een nieuwe vzw op met hulp van de Bolster, PZ H.Familie en CGG Mandel-Leie.

1. Explicitering van de functie

Specifieke woonvormen waar zorg kan geboden worden indien het thuis- of thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is en waar functie 4 niet langer noodzakelijk lijkt
--

2. Doelgroep

De doelgroep is voor beide projecten **Beschut Wonen** dezelfde: personen die om psychiatrische redenen geholpen / begeleid moeten worden in hun woonmilieu, maar beide projecten zijn verschillend - doch complementair- qua aanpak. De vereiste zelfstandigheidsgraad ligt in B.W. Menen beduidend lager dan in B.W. Kortrijk. Ook kan het verblijf in B.W. Menen voor onbepaalde duur, terwijl in B.W. Kortrijk één van de hoofddoelstellingen is dat de bewoners na verloop van tijd geacht worden door te stromen naar zelfstandig wonen. Deze verschillen maken dat de verwijzers de keuze kunnen maken en zo meer zorg (of wonen) op maat kunnen installeren. Dus de patiënten uit een bepaald ziekenhuis worden niet per definitie doorverwezen naar het initiatief verbonden aan dat ziekenhuis, maar wel naar het initiatief Beschut Wonen dat het beste aansluit bij hun mogelijkheden.

Binnen het initiatief te Menen worden een aantal plaatsen gereserveerd voor specifieke doelgroepen die een specialistische aanpak vergen (verhoogde controle en toezicht), zijnde dubbel-diagnose bewoners en bewoonsters met cluster B-persoonlijkheidsstoornis (vnl. borderline en theatrale persoonlijkheidsstoornis). Hier zien we overlapping met ACT.

De doelgroep van het **PVT** betreft personen met een blijvende psychiatrische zorgbehoefte die nood hebben aan een 24-uurs permanentie en een beschermende woonomgeving.

3. Doelstellingen

Het streefdoel van BW is (re)integratie, resocialisatie & normalisatie. Binnen dit continue proces ligt de klemtoon op een realistisch evenwicht waarbij er een kwaliteitsvol leven voor elke individu nagestreefd wordt.

4. Visie op de aangeboden zorg

De **begeleiding** gebeurt d.m.v. huisbezoeken en ambulante contacten, en wordt gepland en opgevolgd m.b.v. een individueel begeleidingsplan, dat aansluit bij de noden van de bewoners. De begeleiding gebeurt door een multidisciplinair team waarbij de bereikbaarheid in beide diensten Beschut wonen 24u op 24u is. De begeleiding aan huis kan bij BW Menen worden aangeboden tussen 8u en 20u op weekdays, en tussen 8u en 12u tijdens het weekend. In BW Kortrijk is dit van maandag tot en met donderdag tussen 8u en 20u30, op vrijdag van 8 u tot 15u30 en op zaterdag van 9u tot 12u. Binnen deze uren kan de begeleiding binnen het halfuur bij de bewoner aanwezig zijn. Buiten deze uren wordt gewerkt met een telefoonpermanentie (eigen gsm-permanentie in BW

Menen en permanentie via crisnummer van PC Kortrijk voor BW Kortrijk) waarbij begeleiding bij noodzaak binnen het uur bij de bewoner kan zijn.

De **visie** op de aangeboden zorg is gebaseerd op de Stepped-Care- en de subsidiariteitsprincipes. Zo worden i.f.v. de GGZ-hervorming binnen het project Menen een aantal inhoudelijk aspecten gewijzigd, waarbij er zal afgestapt worden van de klassieke zorg en meer op een flexibele manier zal begeleid worden. In theorie kan er sprake zijn van een beperkte coaching tot meer aanklampende ondersteuning door middel van meerdere bezoeken op weekbasis. In BW De Bolster wordt al op deze manier gewerkt: een bewoner kan een aantal gesprekken per week hebben in crisissituaties maar het kan ook dat een bewoner maar om de 14 dagen een gesprek heeft. Er wordt afgestapt van het wekelijkse huisbezoek. Ook dient er meer en meer gebruik gemaakt te worden van het netwerk (reguliere thuisverpleegkundigen, poetshulp, gezinszorg, ...), met gradaties in de omkadering. Hierbij speelt ook de vergrijzing van de bevolking (inclusief bewoners in B.W.) een bepalende rol. De samenwerking met deze netwerken resulteert in verschillende overlappings met de andere functies.

Het **verwachte resultaat** is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de bewoner en integratie in de maatschappij.

5. Activiteiten en scharnierfuncties

Binnen Functie 5 zijn er reeds heel wat **linken** met andere Functies.

- Zo zien we in Menen een duidelijk scharniermoment tussen F5 en F3, waar een personeelslid uit B.W. deelneemt aan verschillende overlegmomenten van het arbeidszorgscentrum Travo (zowel op inhoudelijk als op beleidsmatig vlak) en evenzo deelneemt aan de overlegmomenten van het activiteitencentrum 't Ac-oord. In Kortrijk worden hiernaast ook de individuele begeleiders van het Activiteiten- en Arbeidszorgcentrum uitgenodigd naar Beschut Wonen om stil te staan rond een bewoner / doelgroepmedewerker.

- Ook zien we binnen de trajecten die bewoners volgen binnen het IBW dat er een samenwerking op casusniveau ontstaat met F2b. In concreto: een bewoner verlaat het initiatief en krijgt een tijdelijk (maar minder intense / frequente) nazorg door het team van het IBW, doch in de resterende periode wordt PZT reeds geïnstalleerd en wordt de zorg op een bepaald moment gezamenlijk gedaan, waarna de zorg door IBW wegvalt. Zowel B.W. Kortrijk als Menen zetten een voltijds effectief in om deze ex-bewoners verder te begeleiden. Niettemin zal de doelgroep die gevolgd wordt binnen Functie 5 en deze die gevolgd wordt binnen PCT en FACT nog gedifferentieerd moeten worden.

- Een andere link tussen de verschillende functies is deze tussen F4 & F5, waarbij er na een residentiele opname vanuit het ziekenhuis te Kortrijk op huisbezoek wordt gegaan bij de ontslagen patiënt (outreaching) en er een aantal woonproblemen in vivo worden aangepakt of toch op zijn minst gepoogd wordt een aantal prothesen ter ondersteuning te installeren. Dit kan naar de toekomst beter opgevolgd worden door het FACT-team.

- Woontraining binnen het PCMenen is een lacune. Het ziekenhuis heeft de intentie om personeel in te zetten om een aantal patiënten intens voor te bereiden op zelfstandig of begeleid wonen. Hier zien we F3 in contact komen met F5 als de patiënt doorstroomt naar B.W. (zeker omdat de woonbegeleider uit B.W. in de laatste fase van de training actief zal betrokken worden en dat de woontrainer uit het PC na de overgang naar B.W. nog tijdelijk aan

huis zal komen om de transfer van aangeleerde vaardigheden te vergroten) of met F2B als de patiënt zelfstandig gaat wonen met PZT-begeleiding. De patiënten die na deze training op hun maximum blijken te functioneren, kunnen daar dus niet blijven wonen.

Dit projectidee ontstond bij de vaststelling van de lacune dat bepaalde patiënten uit het ziekenhuis moeilijk konden doorstromen naar BW of zelfstandig wonen, en zo langdurig opgenomen blijven. Ook cliënten die reeds verschillende malen een traject doorliepen in BW met telkens een heropname, waarbij de te beperkte woonvaardigheden de doorslaggevende factor waren voor de opname, kunnen met behulp van dit project getraind worden.

Het projectteam zal woontraining als onderzoeksitem opnemen om na te gaan of er niet GGZ-instanties zijn die hun woontrainingsprojecten kunnen opzetten voor onze doelgroep. O.a. CAW biedt iets aan.

- Er bestaat een samenwerking tussen verschillende functies binnen de werking van het RCK (Regionaal Crisisnetwerk Kortrijk). Het cisisoverleg van het RCK komt bij noodzaak binnen de 24 uur bijeen ifv het zoeken naar oplossingen voor personen die zich in een multicomplexe en aanslepende situatie van thuisloosheid bevinden, en verblijven of terechtkomen in Zuid-West-Vlaanderen. Dit multidisciplinaire overleg brengt professionelen samen uit OCMW's, Welzijn (CAW's), gehandicaptensector, drugverslaving en GGZ. De aanwezigheid van collega's met psychiatrische expertise wordt als noodzakelijk ervaren, gezien psychisch disfunctioneren vaak prominent of in de rand aanwezig is.

- Menen diende een gezamenlijk project Wonen & Welzijn in op de projectoproep van Min.Vandeurzen om begeleiding aan te bieden aan huurders (met psychische / psychiatrische problemen) van het Sociaal Verhuurkantoor en de Bouwmaatschappij te Menen of op zijn minst expertise / ondersteuning / advies aan te bieden aan het Sociaal Verhuurkantoor en de Bouwmaatschappij om hun huurders beter te begrijpen (en te ondersteunen).

In Kortrijk werd in het kader van dezelfde projectoproep eveneens een dossier Wonen en Welzijn ingediend waarbij de klemtoon wordt gelegd op de samenwerking vanuit GGZ met de sociale huisvestingsactoren op vlak van het creëren van toegang tot het (nood)woonpatrimonium. Er wordt een concept uitgewerkt van tijdelijk wonen met begeleiding voor specifieke kwetsbare doelgroepen met acute woonnood. Bij sociale huurders bij wie een uithuiszetting dreigt, wordt een integrale en sterk preventieve aanpak ontwikkeld. Het project richt zich eveneens naar mensen die bij ontslag uit een instelling geen geschikte huisvesting hebben.

Nu we weten dat deze projecten niet weerhouden werden, gaan we ervan uit dat het F2B-team dit kan opnemen in het takenpakket.

- Vanuit een nood naar meer specialistische woonbegeleiding op maat voor kwetsbare doelgroepen, is in de regio een OCMW-project lopende ("Wonen en zorg op een kruispunt"). Hierbij worden niet enkel aangepaste woningen aangeboden aan cliënten binnen de medioren- en seniorenleeftijdsklasse met een multicomplexe (GGZ) problematiek, maar wordt eveneens ambulante begeleiding op maat nagestreefd. Momenteel wordt de expertise ingeroepen van PZT Vesta, maar in de toekomst zou dit opgenomen kunnen worden door F2B.

Dit project draagt ook bij tot de vraag vanuit Beschut Wonen naar betaalbare huisvesting op maat.

- Daarnaast is er een project vanuit OCMW Kortrijk dat goedgekeurd is door de provincie (waarbij alle sectoren vertegenwoordigd zijn) waarbij het OCMW woningen ter beschikking zal stellen voor het GGZ-doelpubliek. Het project heeft als belangrijkste doelstellingen modaliteiten uit te werken (en in praktijk te brengen) om de

slaagkansen van het wonen te maximaliseren, en om een gedegen netwerk van partners op de been te brengen.

6. Lacunes

Een historisch gegroeid nadeel is dat zowel in Menen als in Kortrijk de meerderheid van de erkende plaatsen zich in het centrum van stad bevinden. In concreto personen die altijd in een deelgemeente hebben gewoond en die nood hebben aan begeleiding van een initiatief Beschut Wonen, zijn genoodzaakt om te verhuizen naar het centrum van Menen of Kortrijk. Dit is een lacune die in de nabije toekomst meer ondervangen zal (moeten) worden.

Een andere lacune is de opvang binnen de maatschappij van patiënten met het syndroom van Korsakov, omdat het quasi onmogelijk is om deze mensen te trainen op vlak van woonvaardigheden omwille van hun geheugendefecten en ook omdat er een groot risico is op onveilig gedrag.

Een andere regelmatig gehoorde bedenking (lacune) bij contacten tussen GGZ en niet GGZ-instellingen / actoren is dat er een tekort is aan een (centrale) contactpersoon / casemanager. Dit wordt meer en meer gevoeld omdat er een grotere instroom van GGZ-cliënten is binnen deze diensten en er bijgevolg meer contact is met GGZ-cliënten die soms voor overlast zorgen. Hierbij wordt gedacht om de methodiek van de Therapeutische projecten te gebruiken waarbij 1 dienst de zorgcoördinatie op zich neemt.

Een andere (voorlopig) onbeantwoorde behoefte in de regio is één (of meerdere) respijtwoning(en) (idealiter: 1 bed per gemeente/stad).

Het concept biedt mensen met een ernstige psychische aandoening (verblijvend in een beschermende woonvorm of ambulante begeleidde patiënten) en psychosociaal kwetsbare mensen die een acute psychiatrische crisis zien aankomen een tijdelijk, huiselijk ingericht onderkomen.

Belangrijk is dat de verwijzer stelt dat er geen medische redenen zijn om voor een ziekenhuisopname te kiezen.

Er zal voorzien worden in begeleiding vanuit de mobiele equipes of Beschut Wonen voor mensen die tijdelijk in een respijtwoning verblijven.

De opvang binnen dit initiatief richt zich op het beperken van een aandienende crisis. Tegelijkertijd wordt de omgeving van de cliënt ontlast, door de cliënt tijdelijk andere huisvesting te bieden. Met behulp van de steun en ervaring van de begeleiding wordt de cliënt dusdanig gecoacht dat de crisis afgewend wordt. De belangrijkste doelstelling is het doorbreken van de cyclus waarin de cliënten vaak terecht dreigen te komen. Deze vicieuze cirkel; ziekenhuis- thuis- ziekenhuis zal doorbroken moeten worden. Belangrijk is dat de cliënt op vrijwillige basis in dit huis verblijft en dat hij/zij gemotiveerd is om op een actieve manier aan zichzelf te werken.

In die context werd contact gelegd met het Welzijnsconsortium met de vraag of ze kunnen helpen in de zoektocht naar dergelijke woningen (zie bijlage 7). Ook binnen beschut Wonen wordt gezocht naar dergelijke locatie(s).

Enkele lacunes voor de PVT-doelgroep in deze zorgregio zijn:

- Voor volwassenen met ernstige psychiatrische problemen, die fysiek zorgbehoevender worden, is het

niet zo evident om hen naar een gepaste setting door te verwijzen. Hier worden de senioren van het PVT vlugger naar de OCMW-zorgcentra's (wegens financiële beperking) van regio Zuid, doorverwezen, omdat dit hun regio van herkomst is. Maar ook daar is er de gekende problematiek van de lange wachtlijsten.

- Voor personen met een mentale en psychiatrische stoornis is er een tekort aan aangepaste settings.
- Een PVT is er niet voor mensen die in de eigen regio die nood hebben. Als we verwachten dat familie of kennissen regelmatig op bezoek komen, dan speelt de afstand een grote rol. Tevens hebben deze mensen reeds vaak in de eigen regio een hulpverleningstraject doorlopen bij de lokale actoren zodat GGZ hulpverlening, welzijn en vrije tijd invullen best continuïteit kan krijgen in de lokale context. Daarop genieten kleinere wooneenheden de voorkeur opdat diverse doelgroepen met verschillende noden kunnen wonen en vrij intensief begeleid worden.

Op vlak van PVT is er aldus de behoefte aan een 30-tal PVT of PVT+ bedden extra in het Kortrijkse, mede omdat het PVT Valckeburg instaat voor het doelpubliek uit de 2 zorgregio's.

Binnen het woonzorgcentrum Ter Walle te Menen zien ze vooral een doorverwijzing vanuit het PC Menen en PVT Rumbeke. Er is binnen het woonzorgcentrum een leefgroep voor 15 senioren (65+, dus niet behorende tot de doelgroep) met een (gestabiliseerde) psychiatrische zorgnood naast een fysieke zorgbehoevendheid.

Er werd gestart met een zorginnovierend project (m.b.v. de opgedane kennis uit bovenbesproken leefgroep) waarbij plaatsen werden gecreëerd in het Dagverzorgingscentrum voor cliënten met psychogeriatrische problematiek. Dit project werd door de overheid uitgeschreven om een opname in een woonzorgcentrum voor deze cliënten uit te stellen en zo te bezuinigen op dure ligdagvergoedingen. De benedengrens van 65 jaar die geldt in de woonzorgcentra, werd voor dit zorginnovierend project verlaagd naar 60 jaar.

Dus wordt er een serieuze lacune weerhouden, in concreto stelt zich de nood tot opvang van medioren met een zorgvraag naar opvang in een woonzorgcentrum.

5.3 Nieuwe rollen

De voorziene rollen uit de Gids worden ingevuld (zie 5.2) en de competenties zoals beschreven op www.psy107.be worden onderschreven door de indieners van dit projectvoorstel.

5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring

Elke voorziening heeft nu reeds ofwel een patiëntdossier (psychiatrische en algemene ziekenhuizen), een cliëntdossier (CGG, PZT, Kompas), een bewonersdossier (PVT, BeWo) of hanteert een individueel zorgplan (Vesta, SEL/GDT).

De regio denkt er aan om naast het dossier dat elke voorziening hanteert, het zgn. globaal medisch/verpleegkundig patiënt-, cliënt- of bewonersdossier, een gemeenschappelijk maar beperkt individueel cliëntdossier te installeren in functie van informatie en communicatie tussen betrokken referentiepersonen van een individuele cliënt.

Dit zou kunnen omvatten: identificatiegegevens, zorgplan, verslagen van therapeutisch overleg en communicatieplan (vb. cliënt is vandaag niet langs gekomen op de afspraak).

Dit is gebaseerd op het nu frequent gehanteerde communicatieschriftje vanuit de eerstelijnssector waar de cliënt ook kan inkijken én inschrijven.

Er is afgesproken dat de 2 op heden ontwikkelde dossiers binnen het SEL/GDT enerzijds en de CGG's anderzijds door een lokale werkgroep zullen bekeken worden. We hopen te kunnen opteren voor één van beide. Ondertussen wordt er verder gewerkt met de bestaande tools die gehanteerd worden binnen de huidige PZT-werking van de regio.

Zeker binnen functie 2 is het noodzakelijk dat er een individueel zorg- of behandelplan uitgewerkt wordt, in samenspraak met de cliënt en zijn omgeving.

Therapeutisch overleg, zoals dit gebeurt binnen de therapeutische projecten en de PZT-teams, is een goede praktijk om te komen tot betere afstemming van zorg tussen alle betrokken zorgactoren.

De PZT-teams binnen de functie 2 kunnen hier een gangmakersrol opnemen.

Er zal voldoende aandacht moeten zijn op uitwisseling van cliëntgegevens. De privacy van de cliënt dient uiteraard gerespecteerd maar in dergelijk GGZ-model wordt overleg en gegevensuitwisseling een belangrijke tool i.f.v. continuïteit van zorg.

Toestemming van de cliënt zal uitdrukkelijk gevraagd worden en bekrachtigd worden met een gehandtekt formulier op het niveau van elke functie.

In dit dossier werden reeds een aantal op te volgen parameters gesuggereerd. We zetten alvast enkele parameters op een rijtje die we zeker wensen te registreren. Het gaat vaak om zaken waarvan we nu al over een nulmeting beschikken opdat we kunnen vergelijken vóór en ná art.107.

- aantal medische opnames
- verblijfsduur binnen de A-diensten en T-diensten
- aantal personen op wachtlijsten
- opvolging caseload binnen Fact en PCT
- aantal gerealiseerde huisbezoeken en duur van de huisbezoeken
- aantal cliënten die hervallen tijdens begeleiding binnen functies F2B, F3 en F5
- aantal cliënten die tijdens of na F2A toch opgenomen dienen te worden
- parameters mbt. in kaart brengen van de kenmerken van de populatie die begeleid worden binnen alle functies: leeftijd, diagnose, huisvesting
- aantal meldingen en wie meldt aan
- aantal vragen vanuit de eerste lijn naar advies, coaching, e.a.

Daarnaast zullen we actief participeren aan de onderzoeken van de wetenschappelijke equipen.

5.5 Management- en bestuursmodel

In bijlage 2 vindt u de ganse bestuurlijke organisatie met zijn bevoegdheden en de (nominatieve) samenstelling van de overlegorganen, zijnde de Ledenraad, het Netwerkcomité, de projectteams en de subregionale reflectiegroepen.

Zeker te vermelden is dat er 2 maal per jaar een overleg zal zijn voor alle psychiaters van de regio, op uitnodiging van de netwerkcoördinator. Doel is het nieuwe GGZ-model te evalueren in al zijn facetten, meer specifiek ook deze die een impact hebben op het medische luik.

Eerder werd ook al aangehaald dat er een jaarlijkse informatie- en discussievergadering zal worden georganiseerd door de netwerkcoördinator om alle zorg- en welzijnsactoren van de regio te informeren en inspraak te verlenen over het GGZ-netwerk.

Serge Deboever neemt op heden tenvolle de rol van netwerkcoördinator doelgroep Volwassenen op zich. Vanaf 2/1/2012 neemt Soetkin Kesteloot voltijds de functie over. De huidige netwerkcoördinator zal zorgen voor een uitgebreide overlappingsperiode gezien de nieuwe netwerkcoördinator de regio niet kent en niet vertrouwd is met de GGZ.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1 Fasering

- Op heden werken de projectteams aan de concretisering van enkele projecten opdat de operationalisering kan aanvatten mits goedkeuring van het dossier. De projectteams zullen los van art107 blijven samenkomen, minimaal 2 keer op jaarbasis, gezien de nu al ervaren meerwaarde op vlak van samenwerking.

- Het F2B-team te Menen kan uitgebreid worden tot het beoogde effectief vanaf begin 2012. De teamleider is reeds benoemd, zijnde Caroline Hubaux.

- Binnen het PCMenen, waar de herallocatie gebeurt, werd reeds bevraagd wie zich kandidaat stelt voor F2A/F2B, en er zijn voldoende geïnteresseerden. Ook werden tijdens de zomer 2011 in het PCMenen meer verpleegkundigen aangetrokken dan nodig waren voor de intramurale werking van het ziekenhuis, om te anticiperen op de opstart van de mobiele equipes (via de additionele middelen zouden immers 6 FTE aangetrokken worden voor F2A).

- De coördinerende geneesheer dient nog te worden gekozen voor dit team.

- We wensen van zodra we goedkeuring krijgen de teamleider van het F2A-team te selecteren. Dit is zeer wenselijk om de werking van dit op te richten team voor te bereiden, samen met de coördinerende geneesheer van dit team, zijnde Dr.Luc Renier.

- De medische staf van het PCMenen zal ook een extra psychiater aanwerven (mits budgetgarantie) zodat de coördinatie van F2A en F2B optimaal kan gebeuren.

Andere activiteiten die dienen ingepland en uitgevoerd te worden:

- aanwerving van een voltijdse netwerkcoördinator (uitgevoerd)
- werken met projectteams per functie (+ deelprojectteams hierbinnen) (lopende)
- evaluatie-indicatoren bepalen ifv. evaluatie en werkmethodes mbt. registratie vastleggen (via projectteams of via aparte projectgroep)
- concept van de mobiele teams verfijnen: regio-afbakening, aantal FTE, aard van de zorg, psychiaters, kenmerken van aan te werven personeel, functieprofielen/competenties, verantwoordelijke van een team/functie (zo ver als mogelijk uitgevoerd, mede afhankelijk van de goedkeuring en budgettering van het dossier)
- samenwerkingsovereenkomst(en) opmaken mbt. allerlei materie: vb. logistiek (IT, personeelsdienst, maaltijden personeel, outsourcing diensten...) (zo ver als mogelijk uitgevoerd, mede afh. van de goedkeuring en budgettering van het dossier)
- bepalen arbeidsvoorwaarden en arbeidsreglement: zal meegaan met deze van het PCMenen als men op de loonlijst van dit ziekenhuis terechtkomt, anders blijven lopende voorwaarden lopen
- verzekeringen en aansprakelijkheid: medewerkers, instellingen, artsen
- informeren van alle medewerkers van de betrokken voorzieningen, in het bijzonder van deze die de intentie hebben om bedden op non-actief te zetten, opdat ze zich eventueel kandidaat kunnen stellen voor in te vullen mandaten (uitgevoerd)
- overleg met ondernemingsraden en medische raden (lopende)
- verder informeren van de niet-GGZ zorgactoren, in het bijzonder deze waarbij een intense samenwerking vereist is (vb. via LST's (= lokale afdelingen van de SEL), huisartsen, beschutte werkplaatsen, huisvestingsmaatschappijen ...) (lopende)
- informeren van andere actoren waarbij samenwerking vooropgesteld wordt: in het bijzonder denken we aan de politie en justitie, onderwijsinstellingen, CLB's,
- exploratie van het werken met ervaringsdeskundigen via Uilenspiegel (lopende)
- aanmeldings- en doorverwijzingsprocedures bepalen (uitgewerkt)
- veiligheidsprocedures en crisisprotocols opmaken zowel naar medewerkers als naar patiënten
- aankoop van benodigdheden mbt. de werking, alsook bepalen van de locatie van nieuwe teams (locatie is vastgelegd, aankopen uitgesteld tot duidelijkheid mbt. dossier)
- allerlei documenten opmaken: vb. informed consent, alsook de uitwerking van het mini-cliëntdossier
- gefaseerde transformatie van personeel dat intramuraal tewerkgesteld is; idem wat de gehospitaliseerde patiënt betreft (in voorbereiding)
- afspraken maken met de overheid mbt. de B4-overeenkomst o.a. over rechtspersoonlijkheid, registraties, boekhouding, opleiding...
- afspraken maken mbt de financiële bijdrage van de cliënten in de diverse zorgmodules

6.2 Risico management

Continue risicoanalyse uitvoeren en de risico's procesmatig beveiligen, o.a. met betrekking tot:

- verschillende remuneraties voor personeel verbonden aan verschillende voorzieningen werkend in 1 team
- aansprakelijkheid van de coachende arts vs. verantwoordelijkheid van de behandelende arts
- juridische, fiscale en sociaalrechtelijke aandachtspunten
- de verantwoordelijkheid van de psychiatrische thuiszorgmedewerker zal aanzienlijk groter worden dan bij een intramurale teamwerking, gezien de meer autonome werking
- communicatie tussen medewerkers kan minder rechtstreeks gebeuren; bijsturen, delegeren kan moeilijker zijn dan bij een intramurale teamwerking
- schaarste aan hoog opgeleide verpleegkundigen nodig zowel in de intramurale als in de mobiele teams
- beperkte bedden capaciteit in de regio houdt risico in voor de verdere mogelijkheden tot ontwikkelingen voor de doelgroepen Volwassenen, Kinderen alsook Bejaarden
- afbouw van intramurale zorg mag ook niet leiden tot daklozen, meer armoede...
- veel bijkomend overleg voor steeds weer dezelfde (beleids)mensen alsook voor behandelaars (psychiaters)
- veel partners, complexe overlegstructuren, veel verschillende culturen
- minder duidelijke rolverdeling: vb. huisarts vs. psychiater
- attent blijven voor de draagkracht van de mantelzorgers en de buurt (is de maatschappij er wel klaar voor?)
- de thuisverpleging, huisartsen en vooral de gezinszorgdiensten zijn zeer bekommerd dat zij meer werkdruk en aanmeldingen zullen krijgen door het feit dat de psychiatrische patiënt minder terecht zal kunnen in een ziekenhuisbed of er in ieder geval nog sneller zal ontslagen worden. Extra middelen zullen wellicht noodzakelijk zijn
- politionele diensten uiten de bekommernis dat ook zij wellicht meer zullen moeten interveniëren aan huis of met problematische situaties minder snel terecht zullen kunnen in de ziekenhuizen

7. Financiering en middelenallocatie (excl. budgetten psychiaters)

7.1 Inkomsten

2012

- 500 000 € additionele middelen beschikbaar voor netwerkcoördinator, 6 FTE voor de F2A-equipe en werkingskosten.
- indien nodig, inbreng van eigen liquide middelen in de periode 2011-13 vanuit het PC OLV van Vrede te Menen (juli 2011 werden extra vpkn aangeworven, bovenop de normering, ifv snelle opstart van F2B en vervolgens F2A zonder de intramurale werking te sterk te belasten op korte termijn)
- bestaande PZT-begeleiders subregio Menen (3.35 FTE) gefinancierd met financiële middelen vanuit PC OLV v Vrede (1.60 FTE), Bolster (0.75 FTE), Beschut Wonen Eigen Woonst (1.00 FTE))
- integratie pilootproject Vesta (op heden 2.50 FTE voor de ganse regio, 0.50 FTE ingezet voor F1/F2B in subregio Menen)
- 5.70 FTE vanuit de herallocatie van 30 t-plaatsen PC OLV v Vrede Menen
- 3.40 FTE vanuit de herallocatie van 10 T-bedden PC OLV v Vrede Menen
- 2.70 FTE vanuit de herallocatie van 5 bedden in OLV v Lourdes Ziekenhuis Waregem wordt op on-hold gezet: dit betekent dat het ziekenhuis bij zijn besluit blijft dat het 5 A-bedden wenst in te brengen via art107,

maar dat de middelen die vrijkomen en op heden beschikbaar zouden worden, te gering zijn om in de subregio Waregem volwaardige mobiele teams uit te werken. Wel zal dit ziekenhuis 1 C of D-bed inzetten om 10 plaatsen Beschut Wonen te creëren en 0.50 FTE inzetten vanuit eigen financiële middelen om Nazorg te creëren voor ontslagen patiënten (soort F2A/F2B-opdracht, zijnde intensieve en ondersteunende psychiatrische zorg aan huis op korte of langdurige basis).

- AZ Groeninge en PZ H.Familie gaan na om ook in de regio Kortrijk (niet via art107) een beperkte F2A/F2B werking op te starten, bestemd om cliënten van de EPSI en de A-diensten te behandelen en te begeleiden. AZ Groeninge en H.Familie hebben de intentie om hiervoor gezamenlijk 4 FTE in te zetten.
- Inbreng Kompas en CGG Mandel-Leie in mobiele teams te Menen (liaisonopdracht via actieve participatie in de mobiele teams)

7.2 Uitgaven (op basis van project op volle toerental te Menen wat betreft F2A - F2B)

- reservatie van 75 000 € voor de netwerkcoördinatie (loon + werkingskosten)
- 6 FTE personeel betaald vanuit de additionele middelen met een gemiddelde loonkost van 60 000 € = 360 000 €
- verplaatsingskost mobiele equipes per werkjaar (op basis van 14 FTE): 28 000 €
- bijscholingen (uitgaande van 150 € per werknemer en 25 werknemers): 3750 €
- GSM per werknemer die op huisbezoek gaat (600 € op jaarbasis): 12 000 €
- PC/laptop/printers: per werknemer, dwz. 12 stuks à rato van 1000 € = 12 000 €
- verzekering verhoogde tarieven?
- onderhoud, verwarming, afschrijvingen, ...: Indien bijkomende locaties, wat het geval zal zijn gezien de F2A en F2B teams buiten het ziekenhuis zullen gehuisvest worden, zal dit ten laste genomen worden van de additionele middelen. Raming: 25 000 €.

Totaalkost geraamd: 515 000 €.