

**Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg
in afstemming en verbinding binnen een zorgnetwerk**

- het project 107 in de zorgregio's Antwerpen en Mortsel-



18 november 2011

Inhoudstafel:

1. Toelichting van de visie van het project	1
2. Doelgroep	2
3. Doelstellingen	
4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied	3
4.1 Afbakening werkingsgebied	
4.2 Enkele gegevens van de residentiële zorggebruikers	
5. Beschrijving van de nieuwe structuur	4
5.1 Netwerksamenstelling	
5.2 Taakverdeling in het netwerk	
5.2.1 Indeling van de 5 functies	
5.2.2 Naar een 'nieuwe' geestelijke gezondheidszorg in de zorgregio's Antwerpen en Mortsel	5
5.2.3 De 5 functies afgestemd en verbonden	24
5.3 Nieuwe rollen	26
5.3.1 Patiëntniveau	
5.3.2 Netwerkniveau	27
5.3.3 Cliënten- en familie-organisaties	28
5.4 Instrumenten voor communicatie en kwaliteitsmonitoring	
5.4.1 Patiëntniveau	
5.4.2 Netwerkniveau	29
5.5 Management- en bestuursmodel	
6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk	32
6.1 Fasering	
6.2 Risicomanagement	
7. Financiering en middelenallocatie	33
8. Toetsing van de mate dat het projectvoorstel gedragen is	35
9. Literatuur	

Bijlage 1: Kaart werkingsgebied

Bijlage 2: Tabel populatiegegevens 2009 en 2010

Bijlage 3: Beslissingsboom voor 2a- en 2b-team

Bijlage 4: Overzicht partners SEL Amberes

Bijlage 5: Aanvraag eerstelijnspsychologische functie

Bijlage 6: Samenwerkingsverband Het Trajectiel

Bijlage 7: Samenwerkingsverband SSEGA-project

Bijlage 8: Deelnemerslijst groot partneroverleg 11/05/2011

Bijlage 9: Deelnemerslijst groot partneroverleg 21/10/2011

1. Toelichting van de visie van het project

Voorliggend projectvoorstel, dat beschrijft hoe in de zorgregio's Antwerpen en Mortsel (vanaf nu projectregio genoemd) de vijf functies, beschreven in de 'gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg', uitgebouwd zullen worden, is opgebouwd rond de volgende principes:

1. **De cliënt stuurt mee het eigen zorgtraject:** Belangrijk hierin is dat de zorg zo wordt opgezet, dat de cliënten de eigen zorgnood (leren) erkennen om zo zelf de stap naar de hulpverlening te (leren) zetten. Op basis van die emancipatie wordt de patiënt mee de regisseur van de zorg. Het zorgaanbod is empowerend, stelt de cliënt centraal en is herstelgericht. De zorg is vraaggestuurd en geïndividualiseerd.
2. **De cliënt is deel van een systeem:** Cliënten zijn verbonden met anderen en daardoor opgenomen in sociale systemen. Het zorgaanbod brengt de context van cliënt in rekening en beschouwt relevante anderen (familie, mantelzorgers) als partners in de zorg.
3. **Partners in een zorgtraject:** Het zorgtraject wordt uitgetekend en gedragen door verschillende partners: de cliënt en zijn familie beschikken over ervaringskennis, de (gespecialiseerde) hulpverleners denken mee vanuit hun expertise in zorg en behandeling en de casemanager/begeleider tot slot draagt bij op basis van zijn kennis omtrent het bestaande zorgaanbod en de zorgvraag van cliënt.
4. **De zorg is toegankelijk, laagdrempelig en biedt zorg op het gepaste niveau:** Er wordt naar gestreefd, in samenspraak met cliënt en familie, te kiezen voor de minst ingrijpende en meest toegankelijke hulp dicht bij de cliënt (stepped care). Het 'do not harm' – principe stuurt hier mee de keuze.
5. **Ketenzorg :** op basis van samenwerking en afstemming wordt gestreefd naar continuïteit van zorg zodat cliënten geen breuken ervaren in het eigen zorgtraject en eventuele overgangen naadloos kunnen verlopen. Daarnaast zijn verschillende partners tegelijk zorgend voor een cliënt(systeem) en wordt dit ondersteund door een zorgnetwerk.
6. **Evidence based practice:** Waar het mogelijk is wordt gekozen voor goed onderbouwde modellen en wetenschappelijk gefundeerde interventies.
7. **Sociale inclusie:** Waar mogelijk worden cliënten zo snel als kan toegeleid naar een regulier aanbod: dit kan gaan over vrije tijdsbesteding, vorming en/of onderwijs, zorg (eerstelijnsdiensten), arbeid en/of ontmoeten.
8. **Interdisciplinaire en multiprofessionele samenwerking:** Verschillende professionele hulp- en zorgverleners werken samen, op basis van gelijkwaardigheid en vanuit de eigen denkkaders, competenties en expertises op basis van de zorgnood en zorgvraag van de cliënt en zijn familie. De samenwerking tussen de eerste lijn en de GGZ-hulpverleners is in deze context de toetssteen.
9. **Participatie van cliënten en hun familieleden:** Het betrekken van ervaringsdeskundigen in het beleid, in de projectgroepen en waar mogelijk in de zorg, biedt kansen om enerzijds meer herstelgericht te werken en anderzijds de expertise van ervaringsdeskundigen te gebruiken bij het uittekenen van de zorgpaden. Het ondersteunen van initiatieven om het statuut van ervaringsdeskundigen te professionaliseren en te valoriseren is in deze context betekenisvol.
10. **De vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg:** Een betere samenwerking met en een grotere inbedding en verankering in de werking van de eerstelijnsdiensten en de informele zorgverstrekkers, beoogt enerzijds het neerhalen van de schotten tussen de verschillende hulpverleners en anderzijds een beter bereikbare psychiatrische zorg.

Deze uitgangspunten worden onderschreven door alle partners in het netwerk. Het netwerk bouwt op deze basis aan

een zorgaanbod waarin preventie, detectie, behandeling en herstel een duidelijke plaats krijgen. Het engagement van de partners om verder samen te werken aan de vermaatschappelijking van zorg is gestoeld op deze gemeenschappelijke visie.

2. Doelgroep

Het project richt zich tot alle jongvolwassenen en volwassenen (van 16 tot 65 jaar) die in de projectregio wonen en die een psychiatrische stoornis ontwikkelen of hebben. Het gaat in dit project kortom over alle inwoners (ook zij die niet officieel ingeschreven zijn in de registers) van de projectregio met een psychiatrische problematiek.

Dit betekent dat het project ook een aanbod uitwerkt voor:

- mensen die vandaag de weg naar de GGZ niet vinden, maar wel zorg nodig hebben,
- zorgwekkende zorgmijders,
- mensen die om één of andere reden uit het GGZ-net vallen,

Voor specifieke doelgroepen zoals psychiatrische patiënten met een afhankelijkheidsproblematiek, verstandelijke beperking en/of forensische problematiek wordt er samengewerkt met zorgcircuits die zich op deze doelgroepen toeleggen.

Het zorgaanbod dat in voorliggend projectdossier wordt uitgewerkt als vernieuwend is hoofdzakelijk gericht naar mensen met een ernstige en complexe psychiatrische problematiek omdat voor hen outreachende, aanklampende en/of ketenzorg het meest aangewezen is. Tot op heden was deze te weinig geïntegreerd bereikbaar voor hen.

3. Doelstellingen

Doelstelling van voornoemd projectvoorstel is een vraaggestuurd, toegankelijk en geïntegreerd zorgaanbod te creëren voor alle volwassenen met psychiatrische problemen binnen de projectregio.

Op drie niveau's worden doelstellingen voorop gesteld, samengevat als volgt:

- Op het niveau van de cliënt en het cliëntsysteem:
 - Er wordt toegankelijke laagdrempelige geestelijke gezondheidzorg georganiseerd in de projectregio;
 - De zorg verloopt als een continu proces met zo weinig mogelijk breuklijn-ervaringen;
 - De zorgnoden en -vragen van de cliënt en het cliëntsysteem vormen de basis voor het georganiseerde zorgaanbod (niet langer dan nodig en lang genoeg indien nodig);
 - Zowel de cliënt als zijn omgeving worden betrokken bij de behandeling als partner in de zorg;
 - De zorg is herstelgericht waarbij de mogelijkheden van de cliënt worden erkend en ondersteund;
 - Er wordt werk gemaakt van een betere sociale inclusie op diverse levensterreinen;
 - Er is opvolging van de cliënt in zijn ganse zorgtraject.
- Op het niveau van de hulpverleners:
 - Er is vlotte toegang tot de zorgverleners en –voorzieningen binnen de 5 functies in het zorgnetwerk;
 - De positie van casemanager (zorgregisseur én begeleider) wordt erkend door alle zorgverleners en –voorzieningen werkzaam binnen de 5 functies;
 - Hulpverleners werken interdisciplinair en/of multiprofessioneel vanuit een gedeeld integraal zorgplan;
 - Hulpverleners binnen alle lijnen en sectoren zijn betrokken bij het zorgvernieuwingproces;
 - Het veranderingsproces (werkwijze, methodieken,...) wordt via vorming ondersteund;
 - Arbeidstevredenheid wordt bevraagd.
- Op het niveau van het netwerk:
 - De verschillende expertises en competenties van de betrokken partners krijgen een plaats in het zorgnetwerk;

- Er is afstemming en samenwerking tussen de GGZ-partners onderling en tussen de GGZ- en niet-GGZ-partners, m.a.w. over lijnen en sectoren heen;
- Er is een kanteling van 'doorgeef-zorg' naar 'ketenzorg' in een zorgnetwerk. Het zorgaanbod wordt getoetst aan de zorgnoden en –vragen van de cliëntenpopulatie in de projectregio;
- Er bestaat interprofessionele uitwisseling van ervaring, deskundigheid en expertise;
- Er is een verhoogde toegankelijkheid van de gespecialiseerde GGZ;
- De tevredenheid over de werking van de GGZ wordt nagegaan bij partners uit andere sectoren (huisartsen, thuiszorgdiensten, CAW's, OCMW's, politie, huisvestingsmaatschappijen, voorzieningen verslavingszorg,...) en bij familieorganisatie Similes en cliëntenorganisatie Uilenspiegel.

De manier waarop deze doelstellingen worden geoperationaliseerd (en op welke manier ze worden geëvalueerd), wordt verduidelijkt in de manier waarop de verschillende functies uitgebouwd worden.

Deze doelstellingen zijn uitgangspunt bij de verdere uitwerking van de verschillende functies.

4. Afbakening van het geografisch werkingsgebied

4.1 Afbakening werkingsgebied

De totale **projectregio** beslaat de zorgregio's Antwerpen en Mortsel, binnen het arrondissement Antwerpen. We volgen hierbij de indeling van de Vlaamse overheid met zorgregio's. De ziekenhuizen die middelen realloceren bevinden zich allemaal binnen de projectregio en de zorgvernieuwing binnen functie 2 is ook gericht naar deze projectregio. Het is wel zo dat heel wat patiënten, die binnen de projectregio wonen, ook beroep doen op voorzieningen GGZ van buiten de projectregio, meer bepaald op het PZ Bethaniënhuis te Zoersel (de helft van hun patiënten is afkomstig uit de projectregio) en de PAAZ Klinica te Brasschaat. Daarom kiezen we er voor om PZ Bethaniënhuis, IBW De Sprong, PVT Landhuizen en PAAZ Klinica mee te betrekken wanneer we de zorg afstemmen binnen voornamelijk functies 4 en 5. Op de kaart van de provincie Antwerpen in bijlage 1 is de projectregio duidelijk zichtbaar.

De stedelijke zorgregio Antwerpen, meer bepaald grootstad Antwerpen met de 9 districten en Zwijndrecht, telt +/- 515.000 inwoners.

De kleinstedelijke zorgregio Mortsel, meer bepaald Kontich, Lint, Hove, Edegem, Mortsel en Boechout, telt +/- 96.000 inwoners.

In totaal spreken we dus van een projectregio van **+/- 610.000 inwoners**.

Binnen deze projectregio zullen we voor elk mobiel team binnen functie 2 de regio afbakenen:

- Voor het 2a-team hanteren we een regio bestaande uit de districten Antwerpen, Deurne en Borgerhout (+/- 300.000 inwoners);
- Voor de twee 2b-teams hanteren we de ganse projectregio voor beide teams, met een afgebakende caseload van ongeveer 150 cliënten per team.

4.2 Enkele gegevens van de (semi-)residentiële zorggebruikers

In bijlage 2 zijn de klinische diagnose bij opname en de verblijfsduur in een (semi-)residentiële setting in tabellen weergegeven. Hiervoor hebben we de cijfers van het PZ Bethaniënhuis ook mee opgenomen, omdat de helft van hun patiënten uit de projectregio afkomstig is.

Het totaal aantal opnames in PZ'en en RIZIV-conventies (tussen 16-65 jaar) is 3858 patiënten in 2009 en 3831 patiënten in 2010. Binnen de leeftijdsdoelgroep merken we dat de voornaamste hoofddiagnosen bij opname 'stoornissen' (34%), 'psychotische stoornissen' (21%) en 'stemmingsstoornissen' (17%) zijn.

Het totaal aantal ontslagen in PZ'en en RIZIV-conventies (tussen 16-65 jaar) is 3902 patiënten in 2009 en 3950 patiënten in 2010. Daarvan was 70% minder dan 3 maanden opgenomen, 91% minder dan 1 jaar opgenomen en 97,5% minder dan 3 jaar opgenomen.

5. Beschrijving van de nieuwe structuur

5.1 Netwerksamenstelling

Hierbij geven we het overzicht van alle partners betrokken in het netwerk. De kernpartners (de partners die middelen leveren voor de zorgvernieuwing) zijn aangeduid met een sterretje.

- Cliënten en familie:
 - Familievereniging Similes
 - Cliëntenorganisatie Uilenspiegel
- Eerstelijnszorg:
 - SEL Amberes: Het Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) is een overkoepeling van verscheidene partnerorganisaties die zich situeren in de 1^e lijn (voor volledig overzicht zie bijlage 4).
 - OCMW Antwerpen *
 - CAW Metropool
 - CAW De Terp
 - CAW De Mare
- GGZ:
 - CGG VAGGA * en CGG Andante *
 - PZ Sint-Amedeus * (promotor), PZ Stuivenberg (ZNA) * en PZ Broeders Alexianen Boechout *
 - PAAZ Sint-Vincentius (GZA) * en PAAZ Stuivenberg (ZNA) *
 - IBW , PZT en activering De Link *, IBW, PZT en activering De Vliering *, IBW en activering Antwerpen *, IBW Min, PZT Adapt *
 - PVT Sint-Amedeus, PVT Hoge Beuken, PVT Min
 - RIZIV-conventie Tsedek *, RIZIV-conventie TG 'de evenaar' *
 - OGGPA (Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen)
 - Voor functies 4 en 5 betrekken we ook PZ Bethaniënhuis, PAAZ Klina, IBW en PZT De Sprong en PVT Landhuizen
- Anderen:
 - Partners uit de verslavingszorg verenigd in overleggroep hulpverlening van SODA (Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen) en hier sommen we enkel op wie nog niet bovenstaand vernoemd is: MSOC Free Clinic, psychosociaal revalidatiecentrum ADIC, dagcentrum De Sleutel, sociale werkplaats De Sleutel.
 - Partners gericht op tewerkstelling zoals GTB, VDAB, De Ploeg, ANA, beschutte werkplaats De Brug.
 - Huisvestingsmaatschappijen cvba De Ideale Woning, cvba ABC, cvba Woonhaven Antwerpen.

5.2 Taakverdeling in het netwerk

De taakverdeling tussen de partners en de werk- en overlegstructuur wordt in rubrieken 5.3 en 5.5 toegelicht.

5.2.1 Indeling van de 5 functies

In dit hoofdstuk werken we de verdeling van de 5 functies uit, als volgt ingedeeld:

- Een 'wegwijzer GGZ zorgregio's Antwerpen en Mortsel' over de 5 functies heen.
- F1:
 - F1a: preventie, promotie en destigmatisering van de GGZ;
 - F1b: GGZ-advies aan 1e lijn, vroegdetectie, vroeginterventie, screening (**CGG, polikliniek, 1^e-lijnspsychologen**)
 - F1c: intensieve gespecialiseerde 'ambulante' diagnostiek en behandeling (**CGG, polikliniek, privé-praktijken**)
- F2:
 - F2a: mobiel outreachend team gericht op acute psychiatrische problemen.
 - F2b: mobiel outreachend team gericht op de begeleiding van mensen die langdurig zorgafhankelijk zijn op basis van hun complexe en langdurende psychiatrische problematiek.
- F3: psychosociale rehabilitatie, activering (ontmoeting, vrije tijd, VTO en arbeidszorg) en toeleiding tot het reguliere circuit (zowel op het vlak van arbeid, vorming als vrije tijd) (**Het Trajectiel en trajectbegeleidingsinitiatieven**)
- F4: intensieve gespecialiseerde '(semi-)residentiële' diagnostiek en behandeling (**opname in een ziekenhuis (zowel speed, PAAZ als PZ) of voorziening RIZIV-conventie**)
- F5: specifieke woonvormen (**beschut wonen en PVT**)

Deze functie-indeling wordt uitgebreid toegelicht aan de hand van de paragrafen 'huidig aanbod', 'lacunes en zorgnoden', 'op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107' en 'verbindingen met andere functies'.

5.2.2 Naar een 'nieuwe' geestelijke gezondheidszorg in het 'Arrondissement Antwerpen'

Functie 1 tot 5: 'Wegwijzer GGZ zorgregio Antwerpen en Mortsel'

→ Huidig zorgaanbod:

Vandaag de dag heeft elke voorziening of zorgpartner een website en brochures om hun werking en contactmogelijkheden kenbaar te maken. Daarnaast zijn er websites waar deze informatie verzameld wordt voor een bepaald segment (bijv. de website van de SEL Amberes en deze van OGGPA). Er zijn ook instrumenten zoals de sociale kaart die mensen wegwijs maken in het brede landschap aan zorgvoorzieningen.

→ Lacunes en zorgnoden:

- Wanneer je als leek een psychische of psychiatrische problematiek hebt is het moeilijk om wegwijs te geraken in het landschap van hulpverleners, organisaties en voorzieningen;
- Ook voor partners uit de 1^e lijn is het niet eenvoudig om te weten welke zorgvoorzieningen er allemaal zijn en met welke zorgvraag en problematiek je bij wie op welke manier terecht kan;
- Wanneer je weet welke voorziening er is, weet je nog niet op welke manier je contact kan opnemen of met welke vraag je daar terecht kan. Dat een ziekenhuis ook een polikliniek heeft en dat een IBW ook psychiatrische zorg in de thuissituatie aanbiedt en wie daarvoor in aanmerking komt, weten veel mensen niet;
- Er is een ruime expertise die verspreid zit bij alle zorgpartners. Vorming, coaching, ondersteuning, supervisie,...kan geboden worden door veel specialisten. Enkel is het vandaag de dag niet gemakkelijk om de geschikte expert te vinden.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

De hervorming van de GGZ met artikel 107 heeft als bedoeling dat er afstemming in het zorgaanbod komt tussen alle hulpverleners en zorgpartners en dat het zorgaanbod tegemoet komt aan de zorgvraag en –noden van de inwoners van een omschreven regio. Daarnaast komen er zorgfuncties (zoals mobiele teams) bij en wordt het GGZ-landschap voor hulpverleners (zowel binnen als buiten de GGZ), cliënten en hun familieleden alsmaar complexer. Een allesomvattend antwoord om iedereen de juiste en snelste weg te wijzen is er niet. Een ‘wegwijzer GGZ zorgregio Antwerpen en Mortsel’ kan hier echter wel toe bijdragen.

Het is de bedoeling naast de netwerkcoördinator een persoon (‘wegwijzer GGZ’) aan te werven die zo goed als mogelijk het overzicht behoudt van alle hulpverleners en zorgpartners die een aanbod hebben binnen één of meerdere van de 5 functies. Dit houdt in dat hij een overzicht heeft van telefoonnummers en contactpersonen binnen elke zorgvoorziening.

Het is dus de bedoeling dat de ‘wegwijzer GGZ’ weet welke (zorg)voorzieningen er zijn binnen de projectregio en tevens wanneer, hoe en bij wie een verwijzer terecht kan wanneer deze een cliënt heeft met een GGZ-vraag.

De ‘wegwijzer GGZ’ respecteert uiteraard de wet op de patiëntenrechten en neemt een neutrale positie in. De ‘wegwijzer GGZ’ is er om verwijzende zorgverleners de weg te wijzen. Patiënten en/of familieleden die contact opnemen zal hij eerst verwijzen naar de huisarts en wanneer de patiënt geen huisarts heeft zal hij verwijzen naar mogelijke huisartsen in de buurt. Dit past best binnen het principe van stepped care.

De ‘wegwijzer GGZ zorgregio Antwerpen en Mortsel’ is te bereiken op een centraal nummer tijdens weekdays van 9-17u.

Indien haalbaar is het de bedoeling dat de ‘wegwijzer GGZ’ de informatie waarover hij beschikt ook op de OGGPA website zet zodat de informatie ook buiten de kantooruren toegankelijk is.

→ Verbindingen met andere functies:

Het is nodig dat alle partners die betrokken zijn binnen één of meerdere van de 5 functies de ‘wegwijzer GGZ’ op de hoogte brengen wanneer er wijzigingen (telefoonnummer, contactpersonen, werkwijze,...) zijn.

Daarnaast gaat de ‘wegwijzer GGZ’ alle veranderingen binnen de 5 functies opnemen in een databestand.

De ‘wegwijzer GGZ’ start met het GGZ-landschap binnen de zorgregio’s Antwerpen en Mortsel in kaart te brengen, maar breidt dit dan uit naar belendende sectoren die aansluiting hebben met één of meerdere van de 5 functies.

Functie 1a: Preventie, promotie en destigmatisering van de GGZ

→ Huidig zorgaanbod:

Verschillende actoren en initiatieven zijn actief op deze terreinen: Preventiecoach GGZ op school, OSPA (overlegplatform suïcidepreventie provincie Antwerpen), Publiekscampagnes (fit in je hoofd, ‘te gek’, ...), Het LOGO Antwerpen, ASPHA (advies suïcidepreventie voor huisartsen), VDIP (vroegdetectie en – interventie psychose), overlegplatforms over de sectoren heen (zoals Stuurgroep Alternatieve Maatregelen (SAM), een overleg GGZ/justitie, en een overleg GGZ/VAPH), PZT-teams die zich richten op vorming, coaching en ondersteuning 1^e lijn, werkgroep verder, project ‘spuitenruil vlaanderen’ als Harm Reduction van Free Clinic, preventiecampagnes van VAD, preventiecampagnes GGZ van de ziekenfondsen, preventiecampagnes van JAC’s binnen CAW’s, preventie- en

promotie binnen CLB's, preventie en promotiecampagnes binnen de CGG's, team verslavingspreventie VAGGA, preventie De Sleutel, KOPP-werking binnen alle GGZ-voorzieningen en KOPP werkgroep van OGGPA, inleefdagen voor scholen (alle PZ'en), werkgroep cliëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid OGGPA, advies- en vormingsinitiatieven van Similes, PISZ-project,...

→ Lacunes en zorgnoden:

Hierbij een niet exhaustieve opsomming: globaal genomen is er weinig vertrouwdheid met cliëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid; Het statuut van familiecoach (Similes) is nog niet ingeburgerd; Preventie-initiatieven lijken weinig alloctonen en anderstaligen te bereiken; Er is weinig afstemming, samenwerking, coördinatie tussen de verschillende actoren en initiatieven; Er is een te beperkte aanwezigheid van expertise geestelijke gezondheidszorg in de 1^e lijn; Er is nog weinig e-hulp beschikbaar; Vele campagnes/projecten bereiken door beperkte middelen slechts een deel van de bevolking (bijv. VDIP);...

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

- Het interventiespectrum van Mrazek & Haggerty (1994) zal als uitgangspunt genomen worden om bestaande preventie-initiatieven verder te zetten en op te volgen. Hier worden 3 typen interventies onderscheiden, meerbepaald universele-, selectieve- en geïndiceerde preventie.
- Het is nodig om verbindingen te leggen tussen de verschillende preventie- en promotie-initiatieven voor de GGZ binnen de algemene bevolking en voor specifieke doelgroepen. Zinvol is hier zeker ook om nationaal verbindingen te leggen en aan te sluiten bij nationaal georganiseerde campagnes ter preventie van GGZ-problematieken.
- Binnen de projectregio kan, vertrekkend vanuit het bestaande overlegplatform LOGO, afstemming en coördinatie opgezet worden. Concreet kan deze vorm krijgen door in de projectperiode een projectgroep op te richten waaraan elke partner/organisatie, die in preventie en promotie van GGZ voorziet, participeert. Op deze manier kan alles gebundeld worden, worden lacunes beter zichtbaar en kunnen er nieuwe initiatieven genomen worden die aansluiten bij de maatschappelijke noden.
- Daarnaast kadert binnen project 107 de gelegenheid om vormingsprogramma's verder uit te werken zodat mensen de kans krijgen een opleiding te volgen die leidt tot het statuut van professionele ervaringsdeskundige (voor patiënten) en familiecoach (voor familieleden).
- Ook het informeren, vormen, coachen en ondersteunen van hulpverleners van de 0^e en 1^e lijn, draagt bij opdat zij de nodige kennis van zaken ontwikkelen omtrent preventie, behandeling en gerichte doorverwijzing van cliënten met een GGZ-problematiek (gezondheidspromotie).
- Tevens blijft het zoeken naar bijkomende project- en/of structurele middelen om bestaande preventie-initiatieven te bestendigen en waar mogelijk uit te breiden naar meer regio's (o.a. VDIP).

→ Verbindingen met andere functies

- F1b kan vanuit de adviesfunctie aan GGZ en niet-GGZ-partners een rol spelen in vorming voor wat betreft preventie, promotie en destigmatisering;
- Binnen F3 zijn de trajectbegeleidingsinitiatieven (werk, ontmoeting, vrije tijd) sterk gericht op destigmatisering;
- Alle GGZ-partners spelen hun specifieke rol en blijven betrokken bij de in hun regio actieve actoren of acties rond

preventie, promotie en destigmatisering (bv. de inleefdagen in de PZ'en (F4)).

Functie 1b: GGZ-advies aan 1^e lijn, vroegdetectie, vroeginterventie, screening

→ Huidig zorgaanbod:

- aanbod CGG voor specifieke thema's:
 - Vagga: project vroeginterventie bij verslaving (vroegtijdig ingrijpen om afglijden naar problematisch middelengebruik te voorkomen. Gericht op jonge gebruikers in een beginnend stadium van gebruik).
 - Andante: oa suïcidepreventie
- VDIP-project;
- Mobiel psychiatrisch-verpleegkundig team De Wilg (OCMW Antwerpen);
- Poliklinisch aanbod zonder wachttijd voor verwijzers van de 1^e lijn zoals huisartsen en CAW (Sint-Vincentius heeft crisisraadpleging en polikliniek Stuivenberg heeft iedere werkdag mogelijkheid tot vrije raadpleging);
- Psychologen en psychotherapeuten in samenwerking met een huisartsenpraktijk;
- Samenwerking CGG en wijkgezondheidscentra;
- Epsi;
- Coaching en vorming 1^e lijnswerkers vanuit PZT;
- Project Onada: intersectoraal zorgprogramma VAPH en GGZ voor de provincie Antwerpen. Een consulentenwerking voor mensen met gedrags- en/of psychiatrische problemen en een verstandelijke handicap, autismespectrumstoornis of niet-aangeboren hersenletsel.

→ Lacunes en zorgnoden:

- Het is voor zorgverleners in de 1^e lijn niet voldoende duidelijk waar en wanneer een snelle psychiatrische consultatie mogelijk is;
- Het deels ontbreken van vroeginterventie door de GGZ verhoogt het risico tot suïcide, agressief gedrag, vereenzaming, langdurende problematiek, ...
- Vroeginterventie is niet evident bij vele lagen in de bevolking (o.a. allochtone doelgroepen, daklozen,...) omdat zij vandaag de dag de weg naar de gespecialiseerde GGZ niet of te weinig vinden;
- Huisartsen doen aan vroegdetectie, maar hebben een middel nodig om snel contact te kunnen opnemen met specialist GGZ om advies te bekomen. De huisarts kan dan een interventie doen op basis van dat advies of kan beslissen het advies niet te volgen;
- Er komen veel mensen met een ernstige psychiatrische stoornis terecht bij de wijkgezondheidscentra;
- Er is nood aan snelle doorverwijsmogelijkheid naar een psychiater of een andere GGZ-specialist voor een consultatie vanuit vele 1^e lijnpartners (OCMW, huisarts, CAW, reguliere thuiszorg, reguliere spoed);
- Er is nood aan vorming voor teamleden reguliere thuiszorg. Er wordt hier verwezen naar een 'referent-teamlid GGZ' binnen de teams van de reguliere thuiszorgdiensten;
- Nood om Multi-Disciplinair Overleg (MDO) te kunnen organiseren met een GGZ-specialist bij;
- Nood aan supervisie vanuit GGZ naar teamleden reguliere thuiszorg;
- Voor sommige patiënten (bijv. kansarmen) is het moeilijk om zich ver te verplaatsen voor een consultatie binnen een CGG. Betaalbare GGZ-hulpverlening zo dicht mogelijk bij huis is wenselijk.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

o **GGZ-advies aan 1^e lijn:**

Het gaat erom dat een huisarts of andere medewerker van de 1^e lijn een gericht advies kan krijgen wanneer zij te maken hebben met een cliënt met een mogelijke GGZ-problematiek.

Dit kan gaan over een psychiatrisch advies, dan wel een advies met betrekking tot omgaan met de cliënt.

Alle zorgverleners die op bepaalde momenten van de week beschikbaar zijn om een advies te geven aan een hulpverlener van de 1^e lijn worden samengebracht door de 'wegwijzer GGZ' in een gegevensbank. Zo kunnen 1^e lijns hulpverleners tijdens kantooruren (via telefoon bij de 'wegwijzer GGZ') nagaan wanneer ze bij wie met een vraag tot GGZ-advies terecht kunnen. Wanneer het project 'organisatie eerstelijnspsychologische functie (ELPF) voor stad Antwerpen' wordt goedgekeurd, is hier ook ruimte voorzien (1u per dagdeel) om advies te geven aan verwijzers en/of hulpverleners 1^e lijn.

o **Coaching en vorming 1^e lijn:**

Er wordt afgesproken in de projectregio welke deskundigen/zorgpartners het meest geschikt zijn om een vorming aan medewerkers 1^e lijn te geven. Deze vormingsdeskundigen worden door de 'wegwijzer GGZ' samengebracht in een gegevensbank zodat het gemakkelijker wordt de juiste experts te benaderen bij specifieke vormingsnoden.

Daarnaast kan vanuit de CGG op regelmatige basis, en afgestemd op de noden, supervisie worden georganiseerd voor medewerkers 1^e lijn. Deze supervisie gebeurt aan de hand van casuïstiek. Dit is ook inbegrepen in de eerstelijnspsychologische functie indien de projectaanvraag wordt goedgekeurd.

Medewerkers 1^e lijnspartners kunnen stage volgen bij GGZ-teams zodat zij als 'referent-teamlid GGZ' een aanspreekpersoon zijn voor collega's binnen het eigen 1^e lijnteam.

o **Vroegdetectie, vroeginterventie, screening:**

▪ Snelle (psychiatrische) consultatiemogelijkheid

De 'wegwijzer GGZ' is op de hoogte van alle GGZ-partners die snelle consultatiemogelijkheden bieden tijdens daguren. Dit gaat zowel over psychiatrische consultatie als andere disciplines (zoals psychologen, psychotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychiatrisch verpleegkundigen,...). Een huisarts kan naar de 'wegwijzer GGZ' bellen en wordt doorverwezen naar de dienst die vrije consultatie houdt of naar de diensten waar men op korte termijn voor een consultatie terecht kan. Dit kan zijn in een polikliniek, een CGG of op een EPSI.

▪ Eerstelijnspsychologische functie

Er zijn OCMW's die investeren in een 1^e lijnspsycholoog voor cliënten met weinig financiële mogelijkheden. Dit is in de eerste plaats bedoeld om tav sommige OCMW-steuntrekkers prétherapeutisch te werken, kortdurend te behandelen en/of gericht door te verwijzen. Anderzijds is het bedoeld om medewerkers van het OCMW te adviseren in het omgaan met cliënten met een GGZ-problematiek.

Voor de stad Antwerpen is er een projectaanvraag 'organisatie eerstelijnspsychologische functie (ELPF) ingediend bij het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid (zie bijlage 5). Het gaat over een samenwerkingsverband tussen SEL Amberes, OCMW Antwerpen, de wijkgezondheidscentra 't Spoor, de Regent en Zuidrand, CAW Metropool, vzw Dokters van de wereld en de CGG's Andante en Vagga.

De 1^e lijnspsychologen zullen worden ingezet op zes 1^e lijnslocaties (de 3 WGC, JAC+ van CAW Metropool, groepspraktijk Dhondt-Tambour en vzw Dokters van de Wereld). Op die manier komen veel cliënten, gespreid over de zorgregio in aanmerking, want het is belangrijk dat een 1^e lijnspsycholoog lokaal operationeel is.

Deze 1^e lijnspsychologen verschaffen op de 1^e lijnslocatie kortdurende generalistische zorg en verzorgen, indien nodig, de toeleiding naar gespecialiseerde ambulante of residentiële GGZ-voorzieningen. Algemeen wordt er van uitgegaan dat 1 VTE leidt tot ongeveer 600 begeleidingscontacten op jaarbasis.

→ Verbindingen met andere functies:

- Er is een sterke samenwerking tussen reguliere thuiszorg, CAW, huisartsen, OCMW, reguliere spoed en de medewerkers binnen functie 1b;
- Vanuit functie 1b zal er verwezen worden naar hulpverleners binnen de andere 4 functies.
- De 'wegwijzer GGZ' dient goed op de hoogte te zijn van de actuele mogelijkheden binnen functie 1b betreffende de crisis- en spoedconsultaties, de vormingsmogelijkheden, de aanwezigheid van de 1^e lijnspsycholoog,...

Functie 1c: (Intensieve) gespecialiseerde 'ambulante' diagnostiek en behandeling

→ Huidig zorgaanbod:

- CGG VAGGA (39,5 VTE hulpverleners voor volwassenen-, forensische en verslavingszorg) en CGG Andante (26,2 VTE hulpverleners voor volwassenen);
- Poliklinieken van PZ Stuivenberg, AZ Sint-Vincentius en PC Sint-Amedeus;
- privé-praktijken (psychiaters, psychotherapeuten, psychologen,...) al dan niet gekoppeld aan een huisartsenpraktijk;
- VDIP-project;
- Ambulante hulpverlening binnen de verslavingszorg (o.a. dagcentrum De Sleutel, CGG Vagga);
- Ambulante hulpverlening voor forensische zorg (CGG Vagga).

→ Lacunes en zorgnoden:

- Er zijn lange wachttijden bij de CGG doordat de zorgvraag groter is dan de capaciteit, zowel wat betreft diagnostiek als behandeling;
- De GGZ-poliklinische functie van ziekenhuizen is onvoldoende gekend en kampt vaak met dezelfde capaciteitsproblemen;
- Dikwijls worden patiënten (semi-)residentieel opgenomen terwijl ambulante behandeling nog niet heeft plaats gehad, m.a.w. de sprong van 1^e naar 3^e lijn zonder beroep te doen op de 2^e lijn;
- Het ambulante GGZ-aanbod (in hoofdzaak privé-praktijk) is voor veel kwetsbare doelgroepen niet betaalbaar;
- Het ontbreekt aan afstemming tussen CGG's, poliklinieken en privé-praktijken wat betreft het zorgaanbod voor alle cliënten behorend tot de doelgroep;
- Familie als partner in zorg kan meer betrokken worden bij en aanvullend zijn aan het ambulante behandelaanbod;

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

We vinden het belangrijk dat de ambulante zorg een duidelijke plaats krijgt in een doelgroepgericht zorgcircuit. Hiertoe is het noodzakelijk dat de huidige ambulante zorgcapaciteit substantieel wordt uitgebreid. Verder dient het gespecialiseerde aanbod op het vlak van diagnostiek en behandeling te worden geïnventariseerd, afgestemd en bekendgemaakt aan 1^e en 3^e lijnpartners.

Er wordt een projectgroep opgestart om gedurende de projectperiode aan volgende onderwerpen te werken:

- Onderzoeken welke capaciteit nodig is in de projectregio om een voor iedereen toegankelijk ambulant aanbod voor diagnostiek en behandeling te voorzien;
- Het ambulante zorglandschap (met inbegrip van privé-praktijken) duidelijk in kaart brengen;
- Zorgen voor voldoende afstemming en complementariteit in het zorgaanbod zodat aan de zorgvraag kan worden voldaan binnen de projectregio;
- De rol van de huisarts in samenwerking en doorverwijzing met de ambulante GGZ verder uitwerken;
- Onderzoeken hoe familie/mantelzorg in het diagnostisch en behandelproces een belangrijke plaats kan krijgen;

→ Verbindingen met andere functies:

- De partners binnen F1c stemmen af met de 1^e lijnsdiensten en voorzieningen en diensten van de andere functies, voornamelijk F1, F2 en F4 zodat de zorgcontinuïteit verzekerd is;
- Onderzoeken hoe een 'stepped-care' model, waar het zinvol en nuttig is voor het zorgtraject van de patiënt, kan uitgewerkt worden in samenwerking tussen de 1^e, 2^e en 3^e lijnpartners.

Functie 2a: mobiel outreachend team gericht op acute psychiatrische problemen
--

→ Huidig zorgaanbod:

- binnen de GGZ-sector zijn er al initiatieven die binnen deze functie passen en ook een aspect van outreachend werken in zich dragen:
 - VDIP-project (Vroegdetectie en –interventie bij initiële psychose): intussen uitgegroeid tot outreachende diagnose, indicatie, vroeginterventie en behandeling voor zorgregio's Antwerpen en Mortsel. Het is een samenwerkingsverband tussen PZ Stuivenberg, PZ Sint-Amedeus, PZ Broeders Alexianen Boechout, UKJA, JAC (CAW Metropool), CGG VAGGA en CGG Andante;
 - PZT
 - Liaisonfunctie die opgenomen wordt vanuit de PAAZ'en;
 - EPSI: consult en/of opname zonder wachttijd in geval van ernstige acute psychiatrische problemen
- Vanuit het OCMW Antwerpen is er een mobiel team opgezet dat opereert vanuit het sociaal centrum De Wilg: dit Psychiatrisch Verpleegkundig Team bestaat uit 4 FTE en werkt outreachend voor alle diensten van het OCMW (en ruimer naar 1^e lijnsdiensten) die met cliënten te maken hebben waar een ernstige psychiatrische problematiek aanwezig is en daaromtrent ondersteuning, advies of een interventie vragen.
- Vanuit het Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA) zijn er verschillende partners die projecten opzetten of initiatieven nemen die aansluiten bij deze functie:
 - Zorgcircuit verslavingszorg;
 - CAW Metropool: Project opvang dakloze problematische druggebruikers (mobiele hulpverlening);

- Free Clinic met projecten als 'Basiszorg straatprostituees' en een aanbod als 'Territoriaal straathoekwerk en extra murale zorg';
- Outreach-project dagcentrum De Sleutel
- CAW's vangen veel mensen met een ernstige psychiatrische problematiek op: o.a. JAC+, inloopcentra, straathoekwerk, daklozencentra,...
- Daarnaast zijn er een aantal organisaties met projecten (zoals 't Vlot van vzw De Loodsen en Kamiano van de Sint-Egidiusgemeenschap) om mensen die in marginale omstandigheden leven te ontmoeten, te begeleiden en waar nodig en mogelijk toe te leiden naar gepaste zorg. Ze beschouwen zichzelf als een vangnet onder het vangnet van de hulpverlening.

→ Lacunes en zorgnoden:

- Veel mensen met een ernstige en complexe psychiatrische problematiek komen terecht bij hulpverleners en voorzieningen van de 1^e lijn (voornamelijk huisartsen, thuiszorgdiensten, CAW's, OCMW's,...) zonder dat er ondersteuning en/of behandeling is vanuit de gespecialiseerde GGZ;
- Er zijn lange wachttijden (6 maanden en langer is geen uitzondering) om beroep te kunnen doen op het ambulante gespecialiseerde GGZ-aanbod. Hierdoor haken mensen met zorgnoden vroegtijdig af;
- Specifieke GGZ-expertise is slechts beperkt aanwezig op de 1^e lijn en er is dikwijls een kloof tussen de 1^e lijn en de gespecialiseerde GGZ op de 2^e en 3^e lijn omdat men elkaar onvoldoende kent en vertrouwt. Hierdoor is het moeilijk een zorgtraject voor de patiënt, laat staan ketenzorg, te organiseren;
- Financiële drempels maken dat mensen met hoge GGZ-zorgnood de stap naar GGZ-hulp niet zetten;
- Doordat een actieve outreach-functie vanuit de GGZ-diensten slechts beperkt aanwezig is, worden veel patiënten (onnodig) opgenomen op (al dan niet psychiatrische) spoeddiensten, PAAZ'en en PZ'en;
- Er is een opsplitsing tussen GGZ en verslavingszorg en tussen GGZ en forensische zorg (aparte zorgcircuits tussen reguliere en categorale GGZ) en tussen GGZ en VAPH (aparte zorgcircuits binnen aparte sectoren) waardoor sommige cliënten tussen de mazen van het zorgnet vallen;
- Familieleden van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen die nog niet in GGZ zijn, dragen veel in de zorg en ondersteuning van hun familielid en zij weten niet altijd waar terecht met hun vragen om ondersteuning bij bijvoorbeeld zich aankondigend herval.
- Zorgmijders worden veelal te beperkt bereikt door de reguliere GGZ. In crisis komen ze vaak in contact met spoed- en opnamediensten maar door het gebrek aan outreachende zorg verdwijnen ze vaak van de zorgradar eens de crisis of de meest storende symptomen geluwd zijn.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

Om aan bovenstaande zorgnoden (vooral aanklampende en outreachende zorg) tegemoet te komen is het voor ons opportuun een 2a-team op te zetten als schakel binnen het zorgnetwerk voor het zorgcircuit 'jongvolwassenen en volwassenen'.

Dit mobiel en outreachend team zal door het aanbieden van intensieve behandeling in de maatschappij, hospitalisatie bij mensen met een ernstige psychiatrische stoornis trachten te voorkomen. Het team biedt concreet acute thuisinterventie bij crisissen in het kader van ernstige psychiatrische aandoeningen.

Het is een echte verschuiving van het zorgparadigma: van zorg op een ziekenhuisafdeling naar zorg door een gelijkaardig team in de thuissituatie van de cliënt. Wanneer een verwijzing naar een andere zorgpartner en/of een

andere zorgvorm meer aangewezen is, dan kan dit op een zo vlot mogelijke manier gebeuren.

Het 2a-team zoals opgezet in ons projectdossier zal actief zijn in de zorgregio Antwerpen. Er wordt gestart met de districten Deurne en Borgerhout. Uitbreiding van de regio zal geleidelijk verlopen en beoogt het includeren van het district Antwerpen. Dit maakt dat het 2a-team werkt voor een regio van ongeveer 300.000 inwoners. Naar schatting is er voor de ganse projectregio nood aan twee 2a-teams. Na de projectperiode kan bekeken worden op welke manier hier middelen voor gevonden kunnen worden.

Het 2a-team werkt met een mogelijke caseload van 30 geïncludeerde cliënten en met een opvolgperiode van maximum 6 weken. Op jaarbasis kunnen naar schatting ongeveer 300 cliënten een beroep doen op het 2a-team.

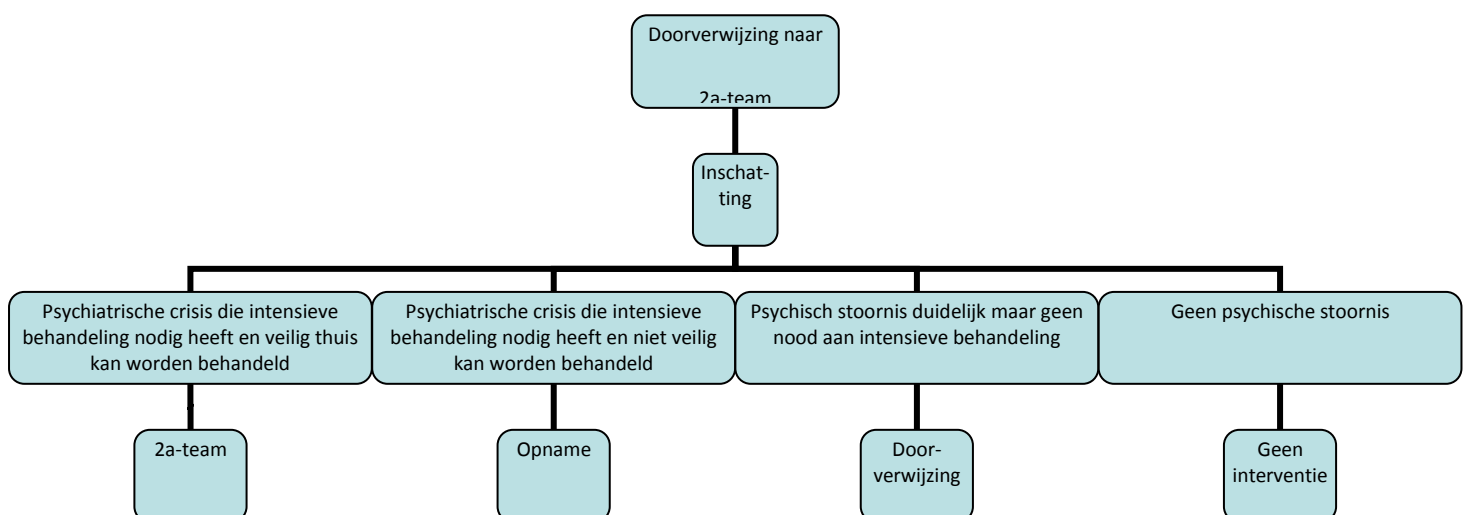
De aanmelding wordt gecoördineerd door een arts (huisarts of arts verbonden aan spoeddiensten, EPSI of opnamediensten PZ). Hierbij worden tussen verwijzer en 2a-team telkens de doelgroepcriteria afgetoetst. Het 2a-team is er niet om bestaande wachtlijsten te ondervangen, wel omdat psychiatrische behandeling door een outreachend team aangewezen is.

Om te vermijden dat het team enerzijds betrokken raakt bij problemen die ook op een niet outreachende manier zouden kunnen beantwoord worden (via bijvoorbeeld het bestaande ambulante aanbod) en om te vermijden dat het team betrokken raakt bij bijvoorbeeld niet ggz-gerelateerde problemen is naast het formuleren van duidelijke 'inclusiecriteria' ook de 'triage' cruciaal.

De inclusiecriteria die vooropgesteld worden zijn:

- Problemen van (jong)volwassenenpsychiatrie;
- In crisis omwille van een ernstig psychiatrisch probleem;
- Intensieve thuisbehandeling lijkt nodig om opname te voorkomen;
- Het gaat niet om niet-ggz gerelateerde problemen (zoals geweld of relationele problemen zonder psychiatrische achtergrond).

Hierop aansluitend is een triage-systeem voor het 2a-teamuitgewerkt dat in onderstaande grafiek wordt verduidelijkt:



De keuze voor inclusie in het 2a-aanbod gebeurt dus op basis van de ingeschatte zinvolheid en mogelijkheid van outreachend behandelen. Volgende vragen bepalen mee het al of niet includeren van patiënten:

- is er nog voldoende netwerk om behandeling in de thuissituatie mogelijk te maken?
- Is er voldoende veiligheid voor de cliënt en omgeving om behandeling in de thuissituatie mogelijk te maken?

Hoewel er geen exclusie is op basis van diagnostische categorieën zal voor bepaalde doelgroepen nauw samengewerkt worden met andere diensten (bijv. zorgcircuit verslavingszorg – VDIP – mobiel Psychiatrisch Verpleegkundig team De Wilg, ...).

Het 2a-team zal 7/7d en 24/24u bereikbaar zijn. Outreachend werk is mogelijk tussen 9 en 22u. 's Nachts is er een telefoonpermanentie die zal werken op basis van een beslissingsboom. In bijlage 3 werd een eerste aanzet tot beslissingsboom opgenomen. Bij de operationalisatiefase wordt deze verder uitgewerkt.

Het team zal interdisciplinair samengesteld zijn en uit 16VTE bestaan (met inbegrip van een meewerkende teamleider). Het team wordt medisch-psychiatrisch aangestuurd door een 24-uurs psychiaterfunctie. De precieze teamsamenstelling wordt bij de operationalisatiefase verder uitgewerkt.

Er zal gewerkt worden met een elektronisch opvolgbord waar alle patiënten op staan met naam van begeleider, juridisch statuut, wie er die dag langs gaat, medicamenteuze opvolging,... dit is gebaseerd op de principes van het FACT-bord. De verdere operationalisatie wordt in de projectgroep onder leiding van dr. Jan Van Hecke verder uitgewerkt wanneer het projectdossier wordt goedgekeurd.

De betrokkenheid van de huisarts en 1^e lijnswerkers is belangrijk. Het elektronische patiëntendossier, waar ook de SEL Amberes nu al gebruik van maakt, is ontworpen om in een netwerk rond een cliënt samen te werken en maakt vlotte communicatie tussen alle betrokkenen in de zorg mogelijk. Er wordt dan ook gekozen om het E-zorgplan zorgplan dat SEL Amberes hanteert, model Vlaams-Brabant, te gebruiken als dossier.

→ Verbindingen met andere functies:

- Er is een zeer nauwe samenwerking met de 1^e lijn (voornamelijk de huisartsen) omdat zij veelal de verwijzers zullen zijn;
- Er is een nauwe samenwerking met de 2b-teams. Voornamelijk wanneer het 2a-team cliënten detecteert met een (mogelijk) langdurende psychiatrische problematiek die in de thuissituatie behandeld kunnen worden;
- Er is nauwe samenwerking met de ziekenhuizen (F4) voor cliënten die een kortdurende opname nodig hebben of voor cliënten die na een erg korte opname in het ziekenhuis met ontslag kunnen mits enkele weken opvolging en behandeling door het 2a-team.

Functie 2b: Mobiel outreachend team gericht op de begeleiding van mensen die langdurig zorgafhankelijk zijn op basis van hun complexe en langdurende psychiatrische problematiek

→ Huidig zorgaanbod:

- Momenteel wordt de begeleiding, na residentiële opname, van patiënten met een complexe en langdurende psychiatrische problematiek opgenomen door:
 - De psychiatrische ziekenhuizen op basis van dagbehandeling, nazorgcontracten, poliklinische begeleiding;
 - De PZT-teams al of niet in samenwerking met 1^e lijnsdiensten;
 - De IBW-teams;

- Privépraktijken van psychiaters en/of psychologen;
 - De dienst nazorg van De Wilg (sociaal centrum van OCMW Antwerpen met specifieke opdracht voor mensen met psychiatrische problemen);
 - De CGG's Andante en VAGGA;
 - 1^e lijnszorgverleners en -diensten (thuiszorg, thuisverpleging, diensten gezinszorg, apothekers, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, kinesitherapeuten, huisartsen, CAW's,...) en andere sectoren (verslavingszorg) worden geconfronteerd met vragen van mensen met complexe en langdurende psychiatrische problemen. Vaak gaat het ook om zorgmijders.
- Een meer specifiek GGZ-gerelateerd outreachend en dus ondersteunend aanbod in het thuismilieu bestaat in onze regio beperkt en wordt opgenomen door de PZT-teams en het VDIP-team (initiële psychose, maar mogelijk 5 jaar begeleiding en opvolging).
 - Recent is het SSeGA (Samenwerking sociale huisvesting en GGZ Antwerpen) gestart. Deze werking wordt opgenomen door PZT De Vliering (zie bijlage 7).

→ Lacunes en zorgnoden:

- Er is nood aan meer outreachende en indien nodig aanklampende zorg;
- De PZT-teams zijn klein en kunnen niet op alle zorgvragen ingaan;
- De PZT-teams lukken er niet in zorg 'op te schalen' in periodes dat de zorgnood van de patiënten stijgt of de mantelzorgers om bepaalde redenen (bijv. vakantie) de zorg tijdelijk niet kunnen opnemen. Daardoor wordt dikwijls (te) snel voor een opname gekozen;
- De 1^e lijnszorgverleners en –voorzieningen ervaren een manifest gebrek aan steun vanuit de GGZ-actoren eens hun zorgaanbod (zonder specifieke psychiatrische expertise) overvraagd wordt door patiënten die ernstig verstoord zijn, niet coöperatief zijn of duidelijk niet langer in staat zijn zich te handhaven. Een ziekenhuisopname is dan dikwijls het enige antwoord;
- Er is een te beperkte samenwerking tussen de residentiële voorzieningen en de 1^e lijnszorg. Afdoende informatieoverdracht ontbreekt soms.
- GGZ-expertise met betrekking tot het omgaan met langdurende en complexe problematieken is voor de hulpverleners van de 1^e lijnsvoorzieningen te moeilijk te bereiken – er is nauwelijks een vlot bereikbare adviesfunctie.
- Door het gebrek aan outreachende en aanklampende zorg worden heel wat zorgmijdende patiënten niet of slechts periodisch bereikt.
- De manier waarop heel wat ambulante diensten (zowel in privépraktijken als in CGG's) georganiseerd zijn verhoogt vaak de drempel voor patiënten met complexe en langdurende psychiatrische problemen.
- Globaal genomen kan gesteld worden dat er nood is aan geëigende benaderingen en methodieken die de nood aan continuïteit van zorg voor deze doelgroep beantwoorden.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

○ **Algemeen:**

Om bovenstaande lacunes te beantwoorden worden mobiele en outreachende 2b-teams opgezet.

- Het gaat meer bepaald om volgende doelgroep:
 - psychiatrische stoornis;

- beperking in sociaal functioneren;
 - chronisch verloop / complexe problematiek;
 - complexe zorgvragen.
- De kernopdracht van deze teams is om gemeenschapsgerichte zorg (begeleiding én behandeling) mogelijk te maken, met daarbij veel aandacht voor continuïteit van zorg. Het gaat dan zowel om die patiënten die vandaag langdurend op T-diensten in psychiatrische ziekenhuizen verblijven als om de zorgmijdende 'patiënten' die nu geen of niet-aangepaste zorg krijgen.
 - Het doel van deze teams is het steunen van patiënten in hun herstelproces. Het succes van de zorg wordt bepaald door de mate waarin patiënten succesvol en naar tevredenheid kunnen functioneren en kunnen meedoen in de maatschappij, op een wijze die hen aanspreekt en die voor iedereen veilig is. De zorg wordt gericht op het herstellen van een positief zelfbeeld, op actief zelfmanagement en op het herwinnen van sociale rollen buiten de GGZ-omgeving.
 - Wat betreft werking bieden deze teams enerzijds 'casemanagement' als vorm van ondersteunende begeleiding (F2b) bij min of meer gestabiliseerde patiënten die zich wel redden. Anderzijds wordt zo nodig overgeschakeld naar intensieve zorg aan huis door een gans team hulpverleners bij crisis of dreigend herval in een poging heropnames te verhinderen of het al of niet tijdelijk gemis aan steunsystemen (bijv. mantelzorgers) te compenseren.
 - Voor patiënten, hun familie en anderen betrokken in de zorg (huisarts, thuiszorg, ...) is het 2b-team permanent bereikbaar. Dit wordt georganiseerd via telefonische bereikbaarheid en de mogelijkheid, bij ernstige ontregeling, de patiënt een bed-op-recept aan te bieden in het ziekenhuis (volgens afspraak in het integraal zorgplan). Patiënten die van een bed op recept genieten worden de eerstvolgende dag bezocht door de eigen casemanager. Patiënt en casemanager bekijken dan samen het integraal zorgplan en maken nieuwe afspraken.

o Operationalisatie

In de projectregio worden in de projectperiode twee 2b-teams opgezet: een team opereert vanuit het IBW De Link (geënt op de bestaande PZT-werking), het andere team werkt vanuit het IBW De Vliering (geënt op de bestaande PZT-werking). In het 2b-team van De Vliering is het SSeGA-project (zie bijlage 7) mee geïntegreerd.

In aanvang zullen beide 2b-teams voor de ganse projectregio werken, maar beiden met een caseload van ongeveer 150 cliënten. Op termijn zou het kunnen dat er best een regio-afbakening komt voor de teams. Daarnaast zou het kunnen dat beide teams wachtlijsten krijgen. Op basis daarvan kan in de verdere toekomst (na de projectperiode) een volgende 2b-team bij worden gecreëerd indien daar de nodige middelen voor gevonden worden.

De aanmelding voor beide 2b-teams zal gecentraliseerd worden; er komt één aanmeldingspunt en één aanmeldingsprocedure. Iedereen kan aanmelden, maar de aanmelding dient gecoördineerd te worden door een professionele hulpverlener.

De 2b-teams leveren de volgende 'hoofdproducten':

- Cure (behandeling zoals dat in een ziekenhuis zou gebeuren, medicamenteus, psychotherapeutisch, etc.)
- Care (zorg, verpleging, rehabilitatie)
- Crisisinterventie (opnamen voorkomen en bekorten, zorg en behandeling opschalen tot intensieve zorg aan huis bij dreigend herval, 24u-bereikbaarheid garanderen, Bed op Recept, crisisfiches per patiënt, etc.).
- Community support (maatschappelijke steunsystemen bouwen en benutten, arbeid mogelijk maken, aansluiting helpen vinden bij reguliere activiteiten, participatie in buurt)

- Cliëntdeskundigheid ondersteunen (empowerment, lotgenotencontact, herstel denken, ...)
- Controle (bij low risk patiënten met juridische maatregel)
- Check (evalueren van zorg).

Het interdisciplinair team bestaat uit: psychiater (ongeveer 8u per 2b-team), 1 VTE (mee in de zorg werkend) teamleider, 8 casemanagers (verpleegkundigen, sociaal en/of psychiatrisch geschoold, begeleiders), 1 VTE psycholoog, 0,5 VTE arbeidstrajectbegeleider, 0,5 VTE woontrajectbegeleider, 0,5 VTE professionele ervaringsdeskundige. Verslavingszorgdeskundigheid is aanwezig in het team.

Op basis van welomschreven procedures (zie ook zandlopermodel beschreven door Van Veldhuizen) wordt geschakeld tussen de verschillende zorgmodi (van casemanagement over behandeling naar opgeschaalde zorg en terug). Zorgoverleg gebeurt in team zodat het integraal (en transmuraal) zorgplan interdisciplinair en multiprofessioneel gedragen is. Concreet verloopt dit op basis van de FACT-bordmethodiek.

Om opgeschaalde zorg te kunnen leveren in een regio die groter is en meer inwoners telt dan de klassieke FACT-regio's, zal het soms noodzakelijk zijn de periode waarin het team zelf instaat voor de opgeschaalde zorg te beperken in tijd. Vanuit een intensieve samenwerking met reguliere 1^e lijnsdiensten (CAW's, huisartsen, sociale centra, thuiszorgdiensten,...) zal de opgeschaalde zorg doorgegeven worden vanuit het 2b-team aan de 1^e lijnspartners (terwijl de begeleiding op basis van case-management verder opgenomen wordt door het 2b-team zelf). Dit gebeurt in samenspraak met patiënt, zijn omgeving en de zorgverleners van de 1^e lijn.

→ Verbindingen met andere functies:

- Zoals aangegeven bij de 'hoofdprodukten' die FACT levert worden rehabilitatie (met inbegrip van de arbeidsrehabilitatie) en het ondersteunen van cliëntdeskundigheid beschouwd als 'terreinen' die mee opgenomen moeten worden door de teams. In die context zijn de teamleden net als de actoren verzameld in het Trajectiel erg betrokken op het rehabiliterende luik van het integraal zorgplan. Vanzelfsprekend zullen niet alle patiënten begeleid door de hier beschreven teams nood hebben aan het aanbod zoals voorgesteld in F3. Heel wat mensen zullen door hun casemanager rechtstreeks toegeleid kunnen worden naar niet-GGZ-gebonden vrijetijdsactiviteiten, vorming, arbeidszorg of arbeid.
- Als patiënten die door het een 2b-team begeleid worden, hervallen, op zo'n manier dat de zorgsituatie als 'niet langer veilig' beoordeeld wordt of als de steunsystemen rond patiënt kapseizen, is het soms noodzakelijk beroep te doen op opname –en crisisdiensten voor EPA (F4). De teams werken onder meer daarom samen met opname-eenheden van de psychiatrische ziekenhuizen in hun regio. Er wordt voor intensieve behandeling gekozen in een poging de opnameduur erg beperkt te houden. Er is een intensieve samenwerking tussen het behandelteam van het ziekenhuis en het mobiele en outreachende team om de continuïteit van zorg te verzekeren. De betrokkenen in de zorg (patiënt, familie/mantelzorger, casemanager en ziekenhuisteam) maken tijdens de opname dan ook samen nieuwe afspraken in het integraal zorgplan, welke tot doel hebben de patiënt zo snel mogelijk voor te bereiden op een terugkeer naar huis. Een opname dient dus feitelijk beschouwd te worden als een intermezzo in een ambulante behandeling. De casemanager bezoekt de patiënt niet alleen tijdens de opname maar denkt ook mee over behandeling en ontslag. Van de teamleden in het ziekenhuis wordt in feite een servicegerichte behandelhouding verwacht; hun behandelaanbod staat ten dienste van het zo snel mogelijk hervatten van de ambulante zorg.
- Verder zijn er verbindingen tussen deze teams en de functie F4 om het inzetten van de bed-op-recept formule mogelijk te maken.

- De verbinding met het 2a-team is manifest. De teams verwijzen door aan elkaar als de zorgvraag van de patiënt beter aansluit op het zorgaanbod van het andere team.
- De teams werken samen met de voorzieningen binnen F5. Enerzijds indien patiënten die door het outreach-team worden begeleid tijdelijk of permanent nood hebben aan ondersteund wonen en anderzijds als patiënten vanuit de F5-voorzieningen hun verlangens naar vermaatschappelijking willen concretiseren via de begeleiding van een van deze 2b-teams.

Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

→ Huidig aanbod:

- Het samenwerkingsverband 'Het Trajectiel' (zie bijlage 6) bundelt een aantal partners actief in het werken rond herstel en sociale inclusie in de projectregio. Het is een samenwerkingsverband tussen de volgende partnerorganisaties: CGG Andante, PC Sint-Amedeus, PC Broeders Alexianen, PZ Stuivenberg, IBW De Link, IBW De Vliering en beschutte werkplaats De Brug.
- In het kader van het Vlaamse meerbanenplan is er een samenwerkingsverband tussen beschutte werkplaats De Brug, het activiteitencentrum De Link en het activiteitencentrum 't Karwei. Zij staan in voor activering van werkzoekenden met een MMPP (medisch, mentaal, psychologisch, psychiatrisch)-problematiek. Het samenwerkingsverband biedt arbeidszorg in de vorm van observatiestages en reguliere arbeidszorg.
- Er is ook het project Tender Activeringszorg (TAZ) voor langdurig werklozen met een MMPP-problematiek. Dit is een samenwerkingsverband tussen PZ Stuivenberg, CGG VAGGA, CGG Andante, Levanto en GTB.
- In de stad Antwerpen zijn daarnaast de volgende initiatieven actief in het werken rond herstel en sociale inclusie: De Ridder en De Vinken (van het OCMW Antwerpen), het Antwerps Netwerk Arbeidszorg (ANA), het somebuddy-project (vanuit ZNA), het Zowe-project, het Lokaal (verbonden aan IBW Min), IBW Min, IBW Antwerpen en PZT Adapt.
- Op dezelfde terreinen zijn heel wat niet-GGZ-actoren actief. Enkele voorbeelden: werkhaven, VDAB, andere OCMW's, GTB, De Ploeg, de verschillende CAW's, sociale werkplaats De Sleutel.

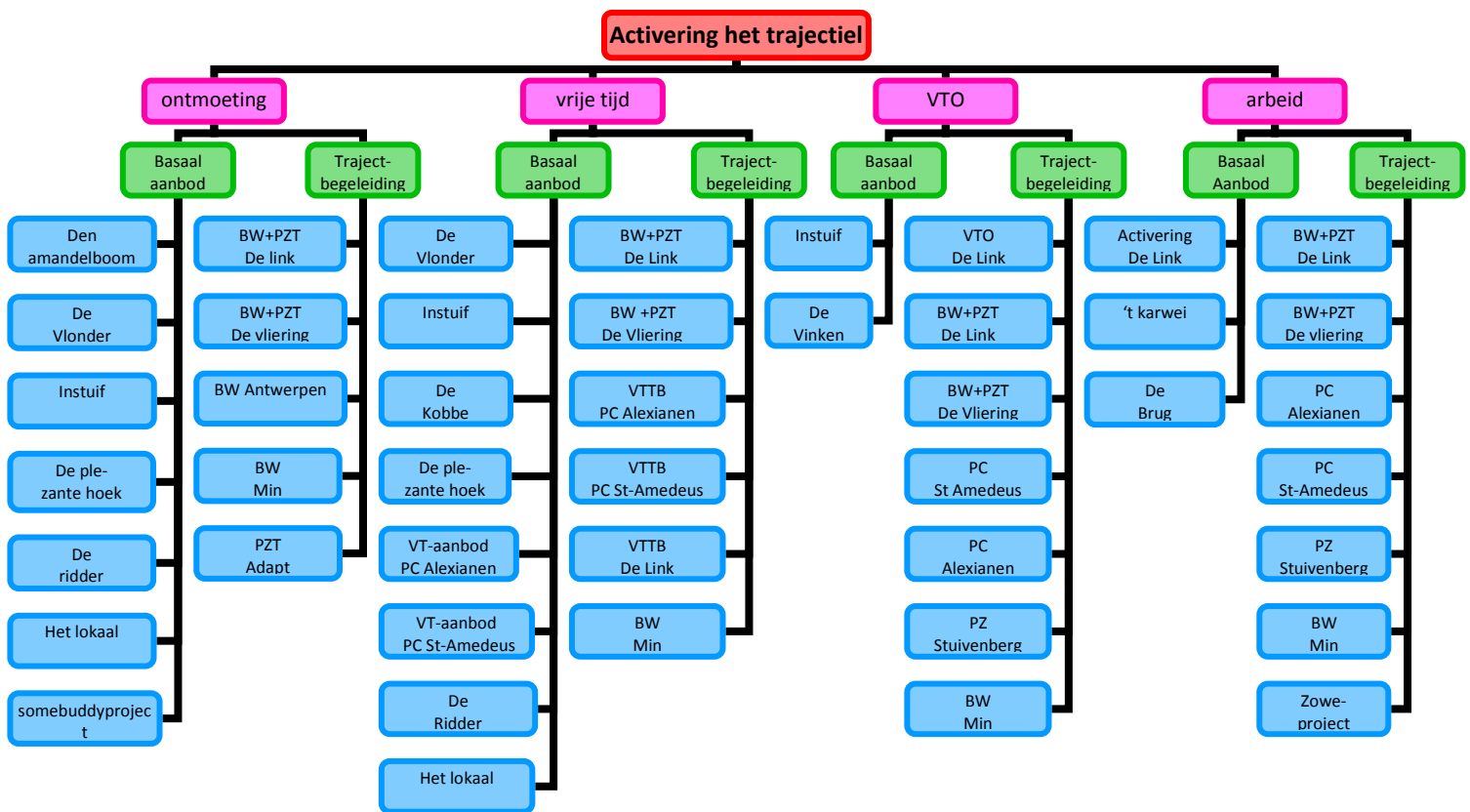
→ Lacunes in het aanbod rond herstel en sociale inclusie :

- In de projectregio zou er rond ontmoeting, vrije tijd, VTO en arbeid een bereikbaar aanbod moeten zijn op de twee sporen: een basaal aanbod en een aanbod rond trajectbegeleiding. Dit kan meer en beter worden uitgewerkt.
- In Antwerpen is er mogelijks nood een tweede ontmoetingshuis (naast Instuif) dat een basaal aanbod verzorgt rond herstel en sociale inclusie (momenteel wordt deze nood onderzocht).
- Momenteel zijn niet alle initiatieven actief in herstel en sociale inclusie betrokken binnen samenwerkingsverbanden en is er te beperkte samenwerking met gelijkaardige niet-GGZ-gerelateerde initiatieven.
- De meeste initiatieven zoals opgelijst in de schema's hieronder werken op basis van verregaande cliëntenparticipatie. Cliënten dragen mee de dagelijkse werking, worden actief betrokken bij het beleid en sturen op die manier mee het zorgaanbod. Dit is een manier om op ervaringsdeskundigheid beroep te doen die, hoewel ze verschilt van bijvoorbeeld de manier waarop professionele ervaringsdeskundigen ingezet worden, een belangrijke stap kan zijn in een herstelproces. Nog niet alle initiatieven in de projectregio zijn echter op die manier georganiseerd. Participatie van familieleden bij de werking en bij het bestuur is minder ingeburgerd.

- o Voor veel gebruikers van de initiatieven (die niet begeleid worden via PVT, IBW, PZT of PZ) ontbreekt een integraal zorgplan.
- o Sommige, voornamelijk op arbeid gerichte, initiatieven (bijvoorbeeld het Zowe-project) zijn niet voor alle mensen van de projectregio beschikbaar.
- o Er is een (beperkt en uit te breiden) aanbod aan “arbeidszorg”. De doorstroming van mensen die van deze arbeidszorg genieten naar reguliere arbeid is erg beperkt. Er is nood aan breed toegankelijke en goed uitgebouwde place-than-train-methodes om de arbeidsmarkt voor psychiatrisch kwetsbare mensen te ontsluiten.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

De samenwerking en afstemming wordt verder verbeterd. De activerings-initiatieven vanuit GGZ, die nog niet aansloten bij het Trajectiel, sluiten aan zodat ook zij betrokken raken in het overleg rond samenwerking en afstemming. Het schema hieronder geeft aan hoe het samenwerkingsverband verder uitgebouwd zal worden tijdens de projectperiode:



- o In Antwerpen wordt op basis van een inventaris van de zorgnood onderzocht of en waar een nieuw ontmoetingshuis, naast Instuif, best gelokaliseerd zou zijn, en op welke domeinen binnen herstel en sociale inclusie best actief wordt ingezet. Voor dit onderzoek, opgezet door CGG Andante en PZ Stuivenberg, wordt iemand van april tot december 2011 deeltijds vrijgesteld vanuit Instuif/Andante.
- o Vanuit het samenwerkingsverbanden Het Trajectiel wordt actief overleg opgezocht met niet-GGZ-actoren (OCMW, VDAB, CAW, GTB, De Ploeg, ANA, sociale economie, ...). Bijkomende initiatieven om aan te sluiten en

samen te werken worden opgezet om bestaande lacunes weg te werken. Zo wordt onder meer ingezet op het zoeken naar middelen en methodes, ook via overleg met de overheid, om een degelijk uitgebouwd place-than-train-project op te zetten. Een en ander wordt uitgewerkt in samenwerking met 't Magazijn (arbeidszorgcentrum op basis van een samenwerking tussen CGG Andante, CGG Vagga en het OCMW Antwerpen en is opgenomen in het Antwerps Netwerk Arbeidszorg).

- Het ZOWE-project is een 'weerwerk-project' voor mensen met psychiatrische problemen. Partners binnen het project zijn VDAB, ANA, De Ploeg, GTB Vlaanderen, Werkhaven vzw, PZ Bethaniënhuis, PZ Stuivenberg. Momenteel is het voorbehouden voor patiënten die behandeld of begeleid worden door PZ Bethaniënhuis en/of PZ Stuivenberg. Het ZOWE-project wordt momenteel gefinaliseerd en hierbij moet verbreding van het doelpubliek en verankering nagestreefd worden. Het ZOWE-project zal, door aansluiting te zoeken bij de samenwerkingsverbanden rond herstel en sociale inclusie in het kader van het project 107, haar doelpubliek verruimen tot alle patiënten in de projectregio.
- Voor alle medewerkers van initiatieven actief in herstel en sociale inclusie in de projectregio worden op regelmatige basis 'intervisiemomenten' georganiseerd zodat ze ervaringen, ideeën en inspiratie kunnen delen.
- Alle initiatieven in de project-regio zetten in, waar dat mogelijk is, op maximale cliëntenparticipatie en participatie van familieleden. Cliënten en familieleden krijgen de kans actief bij te dragen in de werking, het zorgaanbod te sturen en initiatieven mee te 'besturen'.

→ Verbindingen met andere functies

- Alle initiatieven werken samen met in de in hun regio actieve 2b-teams zodat, indien het geïndiceerd en mogelijk is, ook zorg geboden kan worden via outreachende en mobiele teams. Op basis van die samenwerking zal voor meer gebruikers een integraal zorgplan uitgewerkt kunnen worden.
- De 2b-teams werken expliciet aan herstel, activering en sociale inclusie en worden betrokken in het regionale overleg Het Trajectiel.
- Er is een duidelijke wederzijdse doorstroming tussen semi-residentiële zorg (daghospitaal binnen F4) en activeringsinitiatieven op basis van de zorgnoden van de patiënt;
- De samenwerkingsverbanden werken waar mogelijk ook voor mensen die beroep doen op de F5-voorzieningen.
- Indien de vraag geëigend is (en aansluiten op reguliere niet GGZ-gelieerde voorzieningen (nog) niet mogelijk is), kunnen ook cliënten van het 2a-team beroep doen op de activiteiten van het samenwerkingsverband Het Trajectiel.

→ Plaats van de RIZIV-conventies in functie 3

De psychosociale revalidatiecentra TG 'De Evenaar' en Tsedek ressorteren qua doelstelling "herstel en sociale inclusie" binnen functie drie. Naast het toeleiden naar eigen woonst, opleiding en vrije tijd wensen beide centra in verregaande samenwerking zich te engageren om een actieve rol op zich te nemen in arbeidstoeleiding. Als kleinschalige centra met een RIZIV-conventie hebben zij ervaring met zorg op maat en wensen zij naast hun residentiële behandelvorm een traject uit te stippelen rond de rehabilitatie functie activering. Zij zullen dan ook een voorstel specifiek aangaande arbeidstoeleiding schrijven waarin de vraag tot extra middelen hiervoor zullen staan.

→ Huidig zorgaanbod:

Binnen de projectregio zijn de volgende GGZ-partners betrokken in de behandeling eens opname noodzakelijk is.

Algemene ziekenhuizen

- AZ Sint-Vincentius: PAAZ-dienst (45 bedden, plannen voor reconversie zijn er om te komen tot 60 bedden)
- AZ Stuivenberg: PAAZ-dienst (60 bedden)

De drie belangrijkste functies voor PAAZ'en zijn de urgentiepsychiatrie, de kortdurende intensieve behandeling en de liaison-psychiatrie.

- RIZIV-conventies Tsedek en TG 'de evenaar'
 - Tsedek is een kleinschalig (17 erkende plaatsen) psychosociaal revalidatiecentrum en biedt de mogelijkheid tot een residentiële behandeling van zes maanden. Nadien kan er nog een dagbehandeling volgen met een maximumtermijn van twee jaar. Het richt zich voornamelijk naar mensen met angst- en stemmings- en persoonlijkheidsstoornissen.
 - Therapeutische gemeenschap 'de evenaar' is een kleinschalig (16 erkende plaatsen) residentieel psychosociaal revalidatiecentrum. In twee huizen-in-de-rij in Antwerpen wordt gedurende maximum 13 maanden intensief sociotherapeutisch en psychotherapeutisch gewerkt. De opname is bedoeld voor (jong)volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis, psychotische of ernstig neurotische problematiek.
- Psychiatrische ziekenhuizen
 - PZ Broeders Alexianen Boechout (239 bedden en plaatsen: 63 A, 124 T, 20 ad, 5 an, 22 td, 5 tn) heeft een (semi-)residentieel opname- en behandelaanbod voor de volgende doelgroepen: afhankelijkheidsproblematiek, psychotische stoornissen, persoonlijkheids- en stemmingsstoornissen.
 - PZ Sint-Amedeus (352 bedden en plaatsen: 90 A, 157 T, 32 Tg, 21 Sp, 10 ad, 5 an, 27 td, 10 tn) heeft een (semi-)residentieel opname- en behandelaanbod voor volgende doelgroepen: persoonlijkheidsstoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische stoornissen, gerontopsychiatrie.
 - PZ Stuivenberg (219 bedden en plaatsen: 150 A, 69 ad/an) heeft een (semi-)residentieel opname- en behandelaanbod voor volgende doelgroepen: psychotisch stoornissen, angst- en stemmingsstoornissen, afhankelijkheidsproblematiek.
 - In het PZ Stuivenberg bevindt zich ook de crisisunit EPSI (eenheid voor psychiatrische spoedinterventie). Het is een kleine unit voor crisisinterventie en kortdurende residentiële opvang.
- Daarnaast is er nog een (semi-)residentieel zorgaanbod vanuit de sector verslavingszorg:
 - Dagcentrum De Sleutel heeft 2 dagwerkingen en een nazorgprogramma.
 - ADIC heeft een time-out zorgprogramma, een ontwenningprogramma en een behandelingsprogramma.

Voor functie 4 wordt er ook samengewerkt met de GGZ-voorzieningen in het arrondissement Antwerpen (dus ruimer dan de projectregio) zoals AZ Klina en PZ Bethaniënhuis.

→ Lacunes en zorgnoden:

- De afstemming tussen de verschillende voorzieningen voor residentiële behandeling is beperkt;
- De afstemming tussen residentiële en ambulante zorg is beperkt;
- De overgangen tussen verschillende voorzieningen verlopen moeizaam. De zorg is soms moeilijk bereikbaar;

- De inschakeling in zorgcircuits of netwerken ontbreekt vaak in de (semi-)residentiële zorg;
- De samenwerking met de 1^e lijnszorgverleners en -voorzieningen is onvoldoende en te weinig gestructureerd;
- Het principe van het werken vanuit een 'stepped care' -model is nog niet gerealiseerd;
- Gedwongen opnames doorkruisen een doelgroepgericht opname-beleid;
- Er is een gebrek aan aangepaste nazorgprogramma's. Deze lacune is nauw verbonden met de opnameduur. Meer en beter uitgebouwde nazorgprogramma's (indien nodig outreachend en aanklampend) zouden bijdragen tot kortere (semi-)residentiële opnames;
- Het integreren van 'ervaringsdeskundigen' in de werking is niet (voldoende) uitgebouwd;
- Hier en daar is er een familiewerking, maar niet systematisch en onvoldoende uitgewerkt in een zorgcircuit. In dezelfde context kan gesteld worden dat de functie 'familiecoach' nog niet geïntegreerd is in de zorgprogramma's.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

- De hierboven samengebrachte voorzieningen engageren zich om gedurende de projectperiode de aanwezige lacunes te ondervangen door binnen het arrondissement het gespecialiseerde (semi)residentiële zorgaanbod af te stemmen tussen de voorzieningen. Op die manier kan zowat elke zorgvraag, waarvoor een (semi)residentiële opname noodzakelijk is, beantwoord worden. Binnen de tendens naar meer vermaatschappelijking van zorg blijft (semi-)residentiële zorg belangrijk voor alle mensen met psychiatrische problemen die:
 - Alleen gediagnostiseerd kunnen worden op basis van uitgebreide observatieperiodes;
 - Alleen geholpen kunnen worden op basis van gespecialiseerde en intensieve behandeling;
 - Nood hebben aan een time-out om de mantelzorgers tijdelijk te ontlasten;
 - Geen beroep kunnen doen op sociale steunsystemen;
 - Nood hebben aan 24u (medisch) toezicht.
- Er zal ook worden nagegaan, in samenspraak met Uilenspiegel, Similes en de overheden, op welke manier professionele ervaringsdeskundigheid kan geïntegreerd worden in de huidige werking. Dit behelst o.m. een statuut voor professionele ervaringsdeskundigen, een gedegen opleiding tot professionele ervaringsdeskundige en tot slot het integreren van professionele ervaringsdeskundigen en familiecoaches in de zorg, de zorgorganisatie en het beleid binnen voorzieningen.

→ Verbindingen met de andere functies:

- Sommige voorzieningen gericht op intensieve gespecialiseerde behandeling richten zich tot de doelgroep waar het 2a-team actief is en zullen binnen dat zorgpad hun rol opnemen. Dit gaat enerzijds over de bed-op-recept-formule anderzijds over de intensieve gespecialiseerde behandeling indien geïndiceerd.
- Het 2a-team is ook gelieerd aan F4 als het gaat over de spoeddiensten. Als spoedartsen oordelen dat opname niet noodzakelijk is kan het 2A-team cliënten op een andere manier ondersteunen.
- Sommige voorzieningen richten zich eerder op behandeling van langdurig zorgafhankelijke patiënten en schakelen zich dus in in het zorgnetwerk waarin ook de 2b-teams actief zijn. Dit wordt in het deel over functie 2b uitgewerkt. De rol van 2b-teams binnen het ontslagmanagement is cruciaal in het streven naar kortere opnames.

Functie 5 : specifieke woonvormen waarin *al of niet tijdelijk* zorg kan aangeboden worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

→ Huidig zorgaanbod :

- Binnen GGZ-voorzieningen:

Voor de ruime doelgroep van personen met een min of meer gestabiliseerde complexe en langdurende problematiek wordt binnen de beschermde woonvormen (PVT en beschut wonen) langdurige ondersteuning geboden in het dagelijkse leven. Dit met het oog op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en met aandacht voor een zinvolle dagstructurering. Het reïntegreren van de cliënt in een maatschappelijke omgeving blijft steeds een streven.

Er zijn twee soorten zorgvragers in beide woonvoorzieningen: enerzijds mensen die langdurig en misschien blijvend op PVT of beschut wonen beroep doen en anderzijds mensen die tijdelijk in PVT of beschut wonen verblijven, maar voor wie het streven ooit weer zelfstandig te kunnen wonen de begeleidingsinhoud kleurt.

Binnen de projectregio zijn de volgende partners actief voor wat betreft het aanbieden van 'ondersteunde woonvormen':

- Initiatieven Beschut Wonen (IBW):
IBW Antwerpen (79 plaatsen); IBW De Vliering, Boechout (55 plaatsen); IBW De Link, Mortsel (90 plaatsen); IBW Min, Antwerpen (50 plaatsen).
- Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT):
PVT De hoge beuken, Antwerpen (30 bedden); PVT Sint-Amedeus, Mortsel (210 bedden); PVT Min, Antwerpen (24 bedden).

Voor functie 5 wordt er ook samengewerkt met de GGZ-woonvoorzieningen in het arrondissement Antwerpen (dus ruimer dan de projectregio) zoals IBW De Sprong en PVT Landhuizen.

Alle zorgvragers binnen de zorgketen kunnen beroep doen, via de geijkte intake-procedures en indien geïndiceerd, op beide vormen van 'ondersteund wonen'. Tussen de verschillende voorzieningen bestaan er daaromtrent afspraken. Veelal worden patiënten, die gekend zijn in een bepaald zorgcircuit verbonden aan een van de ziekenhuizen, preferentieel doorverwezen naar een aan dat ziekenhuis verbonden initiatief (dit in het kader van de nood aan zorgcontinuïteit).

- Binnen niet GGZ-voorzieningen :
- De huisvestingsmaatschappijen investeren in woon-ondersteunende initiatieven.
- Binnen de CAW's zijn volgende partners actief in woonzorg (voor vnl. daklozen): CAW Metropool (Lab-project, het Alternatief, nachtopvang de Biekorf, opvangcentrum De Linde, pension Van Schoonhoven), CAW De Terp (Opvangcentrum de Passant, Opvangcentrum werk der daklozen), CAW De Mare (opvangcentrum Sint-Andries). De CAW's hebben ook programma's voor reguliere woonbegeleiding.

→ Lacunes en zorgnoden met betrekking tot het zorgaanbod binnen functie 5:

- Ontbreken van gestructureerd arrondissementeel overleg met betrekking tot wonen tussen de partners onderling en tussen de partners en de huisvestingsmaatschappijen enerzijds en de CAW's anderzijds;
- Ontbreken van woningen binnen IBW waarin dagelijkse gepaste ondersteuning en zorg kan geboden worden terwijl die zorgvraag vooral bij jonge bewoners (die nog stabiliteit zoeken) en wat oudere bewoners met stijgende zorgnood erg actueel is;
- Te beperkte samenwerking tussen de PVT en IBW binnen de projectregio;

- Pogingen bewoners te vermaatschappelijken worden bemoeilijkt door het te beperkte aanbod van mobiele teams en door de wachtlijsten in de sector van de sociale woningen;
- Betaalbaarheid van verblijf in PVT en woningen op de reguliere woonmarkt is een knelpunt voor veel patiënten;
- Te beperkte samenwerking tussen PVT en de WZC betreffende de zwaar zorgbehoevende PVT bewoners;
- Ontbreken van beschermde woonvormen voor specifieke doelgroepen zoals patiënten met persisterend storend gedrag;
- Te beperkt aanbod aan individuele woningen binnen het woningaanbod van de IBW.

→ Op weg naar afgestemde en vraaggestuurde zorg met project 107:

- Betere communicatie tussen de betrokken initiatieven: projectgroep 'woonvormen' is opgericht zodat voor het eerst regionaal overleg rond 'wonen' opgezet en verder gezet kan worden. In deze werkgroep worden ook vertegenwoordigers opgenomen van de huisvestingsmaatschappijen actief in onze regio.
- Betere afstemming van het aanbod tussen de verschillende voorzieningen (met inbegrip van het streven naar een betere regionale spreiding).
- Initiatieven zullen uitgewerkt worden om betaalbare woningen toegankelijk te maken voor GGZ-cliënten.
- Door de initiatieven beschut wonen en de PVT-voorzieningen wordt nagedacht over en gewerkt aan :
 - Samenwerking zodat ze samen kunnen zorgen voor een gedifferentieerd aanbod aan woonvormen. Er wordt naar gestreefd om een continuüm te creëren van veel zorg en ondersteuning (dagelijks) naar minimale begeleiding en ondersteuning (keep in touch).
 - Experimenten met gezamenlijke intake-procedures en wachtlijsten worden opgezet zodat de woonvoorzieningen samen een aan de zorgnood van de zorgvrager aangepaste woonvorm kunnen aanbieden.

→ Verwachtingen:

- De initiatieven beschut wonen worden geconfronteerd met een stijgende vraag naar individueel wonen. In die context hopen zij dat de 20%-regel omtrent individueel beschut wonen opgeheven wordt;
- De initiatieven beschut wonen hopen op een ontwikkeling waarin het 'beheer van woningen' losgekoppeld wordt van het begeleidend werk;
- Het PVT hoopt op regelgeving die het mogelijk maakt om meer gedifferentieerd en gespreid woonvormen /begeleidingsvormen aan te kunnen bieden.

→ Verbindingen met andere functies :

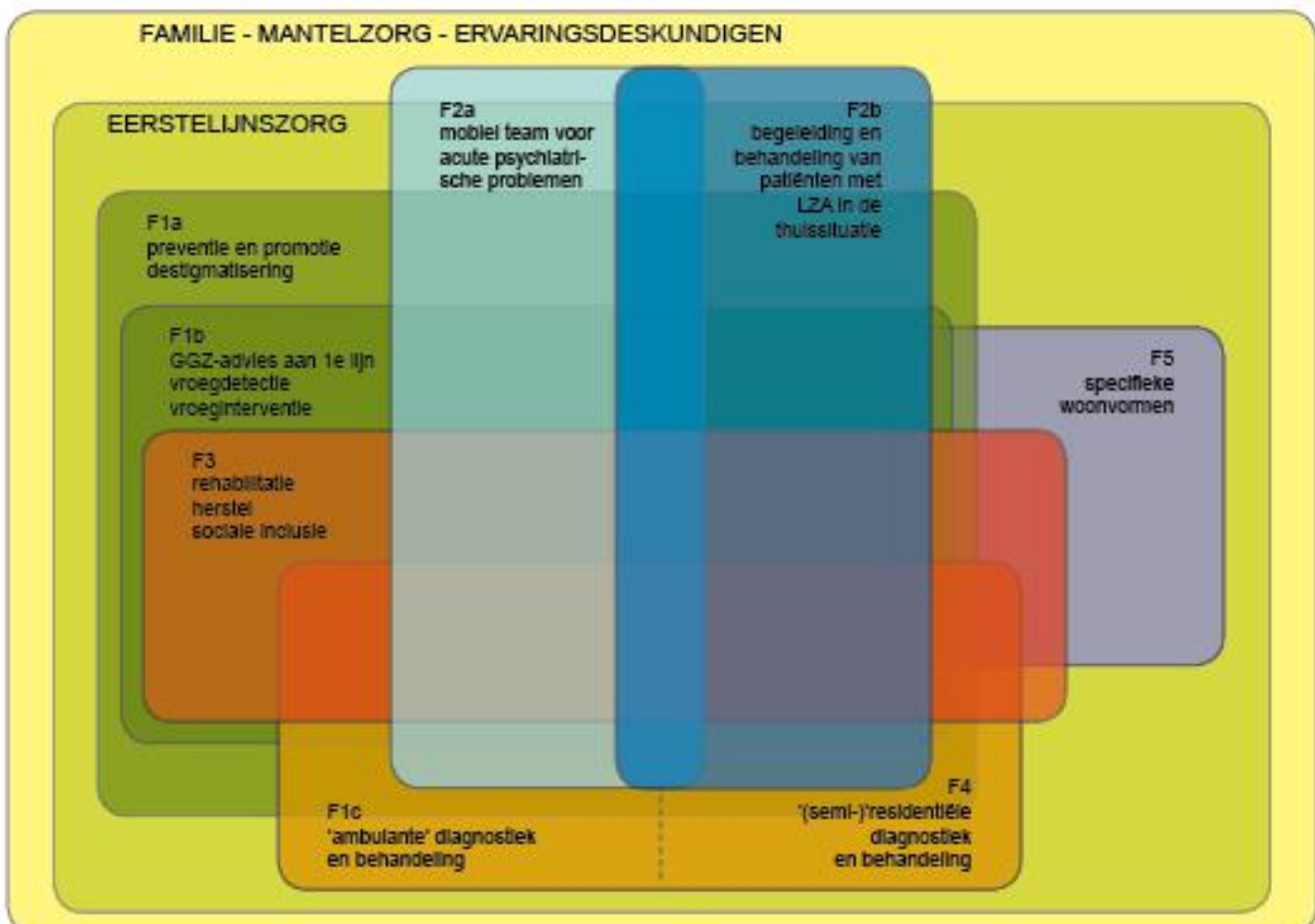
- Zowel voor het PVT als voor de IBW zou samenwerking met op te richten 2b-teams perspectieven bieden als het gaat om het ondersteunen van hun bewoners die alleen (willen) gaan wonen.
- Voor beide groepen bewoners blijft ook 'activering' elementair. In die zin sluiten zij ook aan, wanneer dat aan hun zorgvraag tegemoetkomt, op de in F3 opgelijste initiatieven.
- De F5 'woonvormen' situeert zich in een circulaire van zorg. Dit wil zeggen dat het verblijven in een woonvorm niet het einde van de zorgketen betekent. Er zijn verbindingen in wederzijdse richting tussen F5 en F2, 3 en 4.
- Betere onderlinge samenwerking en samenwerking met Woon- en Zorgcentra, 1^e lijnsvoorzieningen, huisvestingsmaatschappijen, kan mensen perspectieven blijven bieden op vermaatschappelijking.

5.2.3 De 5 functies circulair verbonden

Zorg, en dus ook geestelijke gezondheidszorg, is meer en meer een werk van en voor veel verschillende partners en voorzieningen. De voorgaande opdeling in functies is goed om onderscheiden te maken en om er voor te zorgen dat aan het ganse spectrum van zorg en zorgmogelijkheden wordt gedacht: van zelf-zorg en zorg door familie over 1^e lijnszorg, preventie, herstelgerichte zorg en gespecialiseerde behandeling tot woonvormen. De zorgvormen zijn onderscheiden maar tegelijk kunnen ze complementair en/of geïntegreerd zijn en heel sterk verbonden in een samen gedragen ketenzorg.

In onderstaand schema wordt de samenhang tussen de functies op 2 niveaus weergegeven:

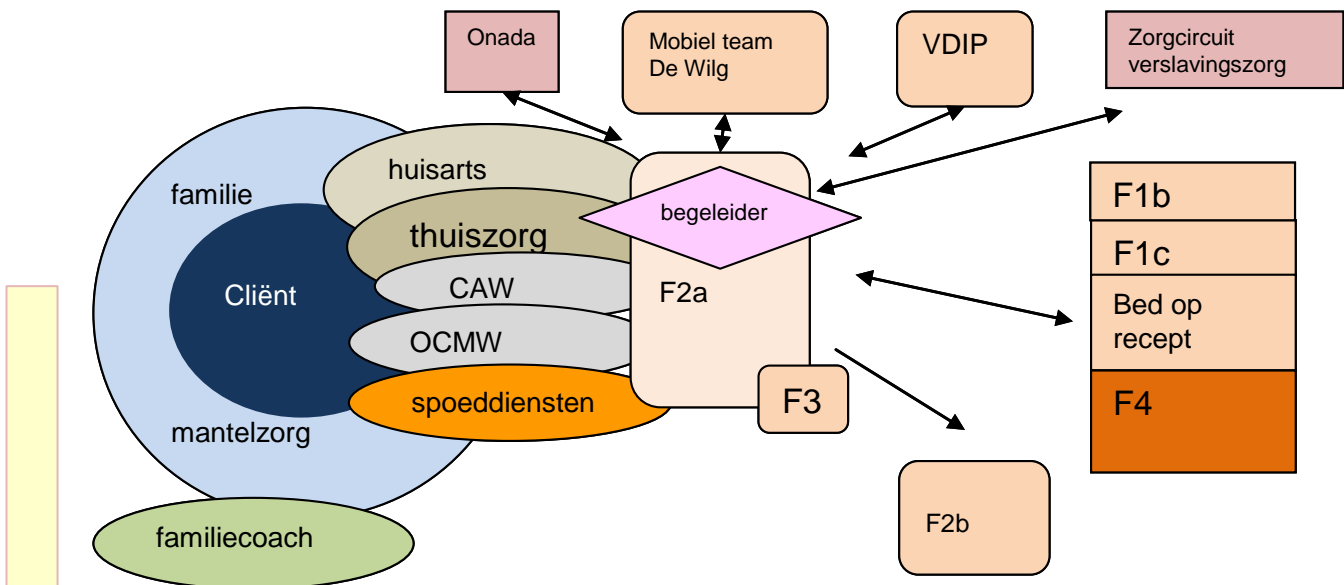
- o op het niveau van de patiënt: De basis van zorg is de zelf-zorg en de zorg van familie en mantelzorgers voor hun zieke familielid, vriend of buur. Daarnaast bestaat er geen gespecialiseerde zorg zonder 1^e lijnszorg (principe van stepped-care en subsidiariteit). Beiden zijn altijd betrokken partij. Wanneer een integraal zorgplan wordt opgesteld zijn op verschillende momenten in het zorgtraject alle blokken waar kleuren zich mengen mee betrokken bij dat integraal zorgplan (zowel patiënt, familie, mantelzorgers, 1^e lijnszorgverleners, als deskundigen binnen de 5 functies). De intensiteit van samenwerking tussen en met de zorgpartners van de verschillende functies wordt weergegeven door de vele kleuroverlap;
- o Op het niveau van de functies: er zijn slechts weinig functies die los staan van elkaar of op een bepaald moment enkel het accent op hun eigen doelstelling hebben. Meestal zijn er verbanden tussen de functies. Voorbeelden maken dat duidelijk.
 - Een team dat binnen F2b werkt, zal ook altijd werken rond preventie en destigmatisering (F1a), psychosociale rehabilitatie en sociale inclusie (F3) en doet ook aan diagnostiek en behandeling (F1c en 4);
 - Woonbegeleiders (F5) zullen ook steeds werken rond destigmatisering (F1a), rehabilitatie en herstel (F3) en indien nodig behandelen zij ook (F1c of 4), zij het minder intensief dan gespecialiseerde behandelaars.



5.3 Nieuwe rollen

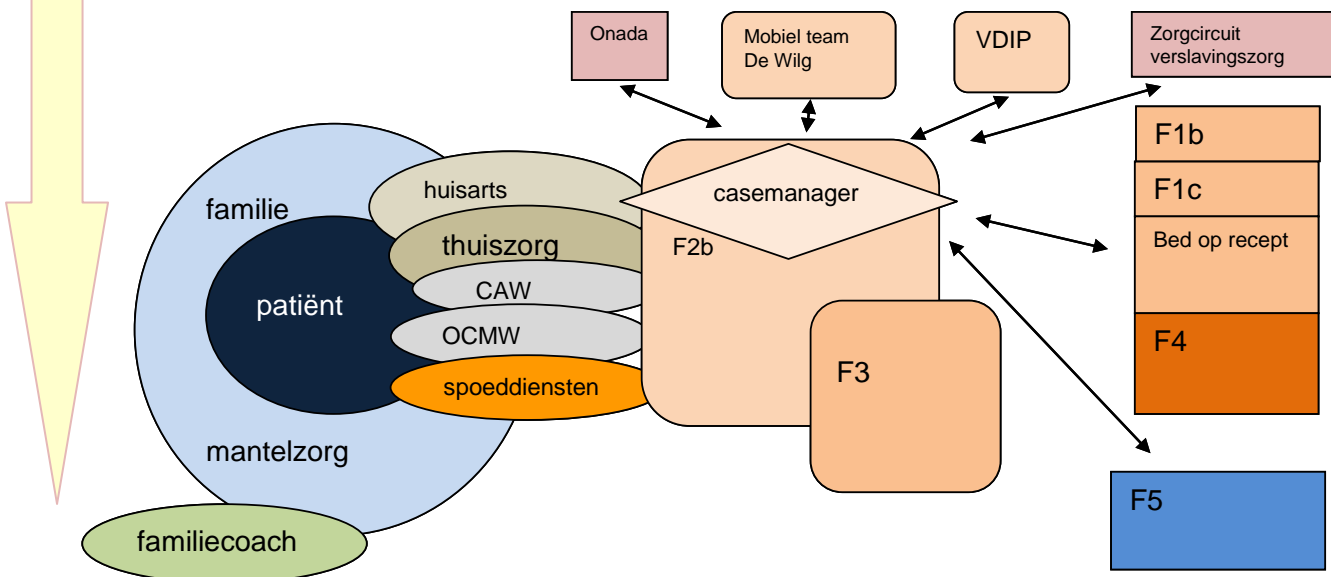
5.3.1 Patiëntniveau

Zorgnetwerk 1 : het zorgcircuit voor mensen met acute ernstige psychiatrische aandoeningen.



In dit schema wordt verduidelijkt dat de zorgvraag van de cliënt en/of zijn familie/omgeving in eerste instantie door de 1^e lijn (huisarts, thuiszorg, CAW, OCMW) wordt opgepikt. Het **2a-team** is de minst invasieve GGZ-zorg. **De begeleider (kortdurende opvolging cliënt)** voegt in, ondersteunt de 1^e lijn (hierin eventueel ondersteund door de **bed-op-recept**-formule) en leidt (indien dat noodzakelijk is) de patiënt toe naar de gepaste GGZ-zorg. Dat kan dan gaan over ambulante (F1c) dan wel residentiële behandeling F4. De pijlen in het schema vertolken de 'ketenzorg' op basis van het integraal en gedeeld zorgplan.

Zorgnetwerk 2 : het zorgcircuit voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die langdurend zorgafhankelijk zijn.



In dit schema wordt verduidelijkt dat ook de zorgvraag van patiënten met LZA op de grootst mogelijke vermaatschappelijking gericht is. **De casemanager (langdurende opvolging patiënt)**, in dialoog met patiënt, familie, mantelzorg en 1^e lijn en geruggesteund door het **team**, zet een integraal zorgplan op waarin ook **psychosociale rehabilitatie** een belangrijke rol krijgt. Op basis van **ketenzorg** en het gedeelde zorgplan kan het bed-op-recept, ambulante dan wel residentiële behandeling of tijdelijk ondersteund wonen ingezet worden, als de zorgnood dit aangeeft.

Bij deze schema's, die aantonen op welke manier en via welke wegen mensen in de zorgketen opgenomen kunnen raken wordt het belang van de eerder beschreven functie 'wegwijzer GGZ' (als gids voor verwijzers binnen de zorgketen) duidelijk.

Het is niet noodzakelijk de begeleider (2a-team) of casemanager (2b-team) die de aansturing en coördinatie van het zorgoverleg opneemt. De zorgcoördinatie (te begrijpen als het feitelijk organiseren van een zorgoverleg) zal, indien dat kan, opgenomen worden door de zorgcoördinatoren van de SEL Amberes. De inhoudelijke zorgbemiddeling wordt opgenomen door de hulpverlener die het dichtst bij patiënt staat en is dus afhankelijk van het zorgtraject.

Wanneer in de context van ketenzorg, zorgverleners van verschillende voorzieningen samen betrokken zijn met en rond de patiënt, wordt er in elke voorziening afgesproken wie de referentiepersoon van de patiënt is. Het is de zorgcoördinator die bij een zorgoverleg deze referentiepersonen bij elkaar brengt en het is de zorgbemiddelaar die dit overleg inhoudelijk leidt.

5.3.2 Netwerkniveau

In rubriek 5.5 wordt de werkstructuur uitgelegd en schematisch weergegeven.

In deze structuur worden een aantal nieuwe rollen op het netwerkniveau duidelijk:

- o De netwerkcoördinator:

Tijdens de ontwikkelingsfase van het project is de netwerkcoördinator in de eerste plaats een verbindingsfiguur tussen de beleidsstructuur (stuurgroep, netwerkcomité, artsenoverleg,...) enerzijds en de projectleiders voor de verschillende functies anderzijds;

Tijdens de operationele fase van het project wordt de netwerkcoördinator vooral een verbindingsfiguur tussen de werkgevers en leden van de stuurgroep enerzijds en de projectleiders en functionele teamleiders anderzijds.

In beide fasen van het project is de netwerkcoördinator de contactpersoon voor alle betrokken partners/voorzieningen/overheden/...

Voor het profiel en de competenties van de netwerkcoördinator verwijzen we naar het contract tussen promotor en netwerkcoördinator.

Tijdens de ontwikkelingsfase wordt de rol van netwerkcoördinator opgenomen door 2 halftijdsen: Stef Joos en Joris Housen. De stuurgroep staat achter de beslissing om met 2 halftijdsen de functie van netwerkcoördinator op te nemen.

- o De projectleider voor functies met nieuwe diensten tijdens de projectperiode:

Tijdens de ontwikkelingsfase is het nodig dat er nieuwe diensten ontwikkeld worden, vooral voor de functie 2. Voor elke nieuwe dienst (ook al is het een gelijkaardige dienst in een andere regio) werken we met een projectleider. Deze persoon wordt verwacht met het projectteam tegen een welbepaalde datum (het tijdsschema is geïntegreerd in de middelentabel in hoofdstuk 7) een dienst operationeel te maken. Het is ook belangrijk dat de nieuwe diensten op elkaar afgestemd worden en zich afstemmen op reeds bestaande zorgverleners, zorgvoorzieningen en diensten. Deze afstemming wordt gecoördineerd in een overleg tussen netwerkcoördinatoren en projectleiders. Wanneer de nieuwe dienst operationeel wordt, blijft de projectleider deze wel opvolgen gedurende de projectperiode.

De projectleiders voor de functies waarvoor nieuwe diensten worden gecreëerd tijdens de projectperiode zijn:

Project 4 (F2a-team): dr. Jan Vanhecke (ZNA)

Project 6 (F2b-team De Vliering): Jo Verstraeten (De Vliering)

Project 7 (F2b-team De Link): Nicole Van Houtven (De Link)

- De projectleider voor functies met bestaande zorgvoorzieningen en diensten:

Er zijn ook heel wat bestaande zorgverleners, zorgvoorzieningen en diensten die een plaats krijgen binnen de functie-indeling binnen de projectregio. Voor elke functie is er ook een projectleider. Deze wordt verwacht de doelstellingen die beschreven zijn bij de welbepaalde functie te realiseren met een projectteam. Daarnaast participeren deze projectleiders ook aan het afstemmingsoverleg met de netwerkcoördinatoren.

De projectleiders voor de functies met bestaande zorgvoorzieningen en diensten zijn:

Project 1 (F1a): Wim Vanspringel (VAGGA)

Project 2 (F1b): Mario De Prijcker (VAGGA)

Project 3 (F1c): Jan Mampuys (Andante)

Project 9 (F3): Jo Verstraeten (De Vliering)

Project 10 (F4): Francis de Groot (Broeders Alexianen Boechout)

Project 11 (F5): Antoon Vandekerckhove (Sint-Amedeus) en Bart Meyers (De Landhuizen)

- De functionele teamleiders:

Tijdens de operationele fase zijn er voor de nieuwe diensten teamleiders. Zij sturen de nieuwe samengestelde teams functioneel aan. Het kan zijn dat een team is samengesteld uit leden met verschillende werkgevers. Het vergt communicatie- en bemiddelingsvaardigheden van deze functionele teamleiders om daar op een heldere en teamconstructieve manier mee om te gaan. De functionele teamleider overlegt ook intensief met zijn respectievelijke projectleider en participeert ook aan het afstemmingsoverleg met de netwerkcoördinatoren.

Wanneer het projectdossier wordt goedgekeurd wensen we 3 maanden voor een dienst operationeel wordt de functionele teamleider te hebben aangeworven.

5.3.3 Cliënten- en familie-organisaties

Er zijn 2 nieuwe rollen die in het project 107 een plaats krijgen.

- Professionele ervaringsdeskundige voor patiënten

Het is de bedoeling een professionele ervaringsdeskundige als teamlid in het 2b-team op te nemen. Om deze functie gestalte te geven is het nodig een degelijke en volwaardige opleiding te hebben voor 'ervaringsdeskundige voor patiënten'. Iemand met zulke opleiding kan in aanmerking komen voor een betaalde functie als 'professionele ervaringsdeskundige'.

- Familiecoach:

Samen met Similes kan de rol van een familiecoach als brugfunctie in het realiseren van een optimale samenwerking in de triade 'hulpverlener, patiënt en familie' verder worden uitgewerkt. Zowel hulpverleners als familieleden kunnen op een familiecoach beroep doen wanneer spontane participatie moeilijk lukt.

5.4 Instrumenten voor communicatie en monitoring

5.4.1 Op patiëntniveau

- Het integraal zorgplan

Er wordt gekozen voor een integraal (interdisciplinair en multiprofessioneel) en transmuraal (wordt gebruikt door alle partners in het netwerk) zorgplan. Hiervoor wordt aangesloten op het e-zorgplan dat reeds door de SEL Amberes gehanteerd wordt en momenteel reeds beperkt gebruikt wordt in de diensten IBW en PZT.

Er zal worden nagegaan hoe dit kan worden afgestemd op de (interdisciplinaire) behandel- of zorgplannen die andere partners momenteel gebruiken, zodat de invloed op de administratieve werkdruk beperkt gehouden kan worden.

- FACT-bord methodiek

Zowel in de 2a- als 2b-teams wordt er gewerkt met het FACT-bord om dagelijks de meest pertinente informatie te communiceren en bij te houden voor het interdisciplinaire team. Het opvolgbord van VDIP-team (ontwikkeld vanuit CGG) kan hier als uitgangspunt dienen.

- Routine Outcome Monitoring

ROM is een gekende methode die impliceert dat gegevens over de resultaten van de zorg systematisch verzameld worden. Het gebeurt aan de hand van eenvoudige vragenlijsten die samen met de patiënt/cliënt ingevuld worden (GVSG, Mecca, Mansa en Can kunnen hiervoor gebruikt worden). Op die manier krijgt de patiënt ook feedback omtrent de effecten van de begeleiding en wat het zorgaanbod eigenlijk doet aan de klachten en aspiraties van de cliënt.

Gegevens over de cliëntenpopulatie heen zijn ook bruikbaar voor teams om het effect van hun werk meer algemeen te kunnen opvolgen.

5.4.2. Op netwerkniveau

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

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

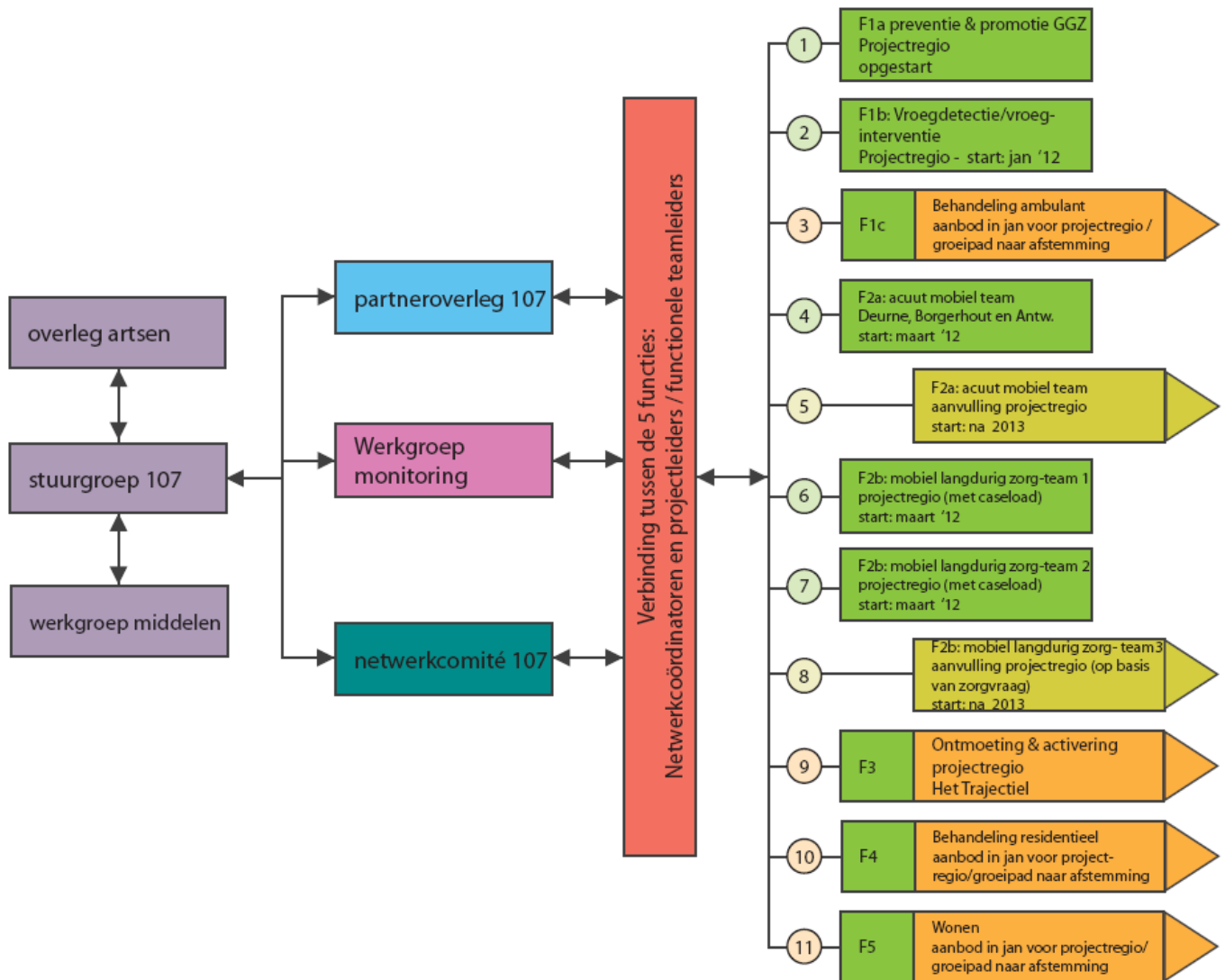
Contacten met CAPRI of UA zijn vooralsnog niet gelegd, omdat er wetenschappelijke opvolging voorzien is, maar blijft een mogelijkheid.

5.5 Management- en bestuursmodel

Het samenwerkingsverband project 107 bestaat uit meer dan 30 organisaties. In de voorbereidingsfase van de projectdossier hebben we met een werk- en overlegstructuur gewerkt waardoor elke organisatie betrokken is.

Volgend schema geeft de opbouw van de werkstructuur weer:

Werk- en overlegstructuur project 107 Zorgregio's Antwerpen en Mortsel



o Stuurgroep 107:

- doelstelling: opvolging stand van zaken projectdossier, opvolging beschikbare middelen, aangeven kader waarbinnen gewerkt kan worden
- samenstelling: algemeen directeurs en hoofdgeneesheren partners GGZ, vertegenwoordiger Similes, vertegenwoordiger Uilenspiegel, voorzitter OCMW Antwerpen, vertegenwoordiger CAW's, voorzitter SEL Amberes
- voorzitter: promotor
- vergaderagenda: maandelijks

o Netwerkcomité 107:

- doelstelling: project operationeel uitwerken
- samenstelling: volgens afspraak in stuurgroep 107
- voorzitter: promotor
- vergaderagenda: 2-wekelijks

o Partneroverleg 107:

- doelstelling: gezamenlijk overleg GGZ en niet-GGZ partners om afstemming en samenwerking te bekomen aangaande project 107. in dit forum wordt iedereen breed geïnformeerd en kan iedereen reflecties geven over stand van zaken uitwerking 5 functies en linken daartussen.
- samenstelling:
 - Voor het groot partneroverleg zijn het alle GGZ en niet-GGZ partners uit de projectregio
 - Voor reflectiegroep ad hoc wordt samenstelling gekozen afhankelijk van de betrokken zorgregio
- voorzitter: netwerkcoördinator
- vergaderagenda:
 - Twee maal per jaar groot partneroverleg;
 - Reflectiegroep ad hoc voor een bepaalde functie in een bepaalde zorgregio.
- Overleg netwerkcoördinatoren en projectleiders en functionele teamleiders:
 - doelstelling: De functionele linken en afstemming tussen de 5 functies verzorgen en bewaken
 - samenstelling: netwerkcoördinatoren en projectleiders
 - voorzitter: netwerkcoördinator
 - vergaderagenda: maandelijks
- Overleg artsen:
 - doelstelling: uitwerken regeling artsen betreffende functies 1 en 2 en zorgen voor draagvlak in medische raden voor dit project
 - samenstelling: in eerste instantie de hoofdgeneesheren van de 3 PZ'en die middelen realloceren en uitbreiding naar medische raden 3 PZ'en. In tweede instantie ook artsen van PAAZ, CGG en Riziv-conventies betrekken.
 - voorzitter: hoofdgeneesheer psychiatrie ZNA
 - vergaderagenda: naargelang noodzaak
- Werkgroep middelen:
 - doelstelling: zo gedetailleerd mogelijk de middelentabel invullen zodat we expliciet weten tegen wanneer we over welke (personele en infrastructurele) middelen kunnen beschikken.
 - samenstelling: enkele algemeen directeurs PZ, PAAZ, CGG
 - voorzitter: algemeen directeur PZ Broeders Alexianen Boechout
 - vergaderagenda: naargelang noodzaak
- Projectgroepen:

In het schema werken we met 3 kleuren voor de projectgroepen.

- **Groene projectgroepen:** Deze dienen te leiden tot een werkbaar resultaat in het projectdossier van 18 november 2011, hebben daarna nog enkele maanden om dat concreter uit te werken en voorzien opstart vanaf maart 2012 (resulteert in een samenwerkingsakkoord voor de betreffende functie in een welbepaalde regio):
- **Oranje projectgroepen:** Deze beschrijven de werking die er vandaag bestaat in de projectregio en werken aan een groeiplan voor de komende 2 jaar naar afstemming en samenwerking (resulteert in een engagementsverbintenis voor de betreffende functie in een welbepaalde regio en tegen ten laatste 31 december 2013 in een samenwerkingsakkoord).
- **Gele projectgroepen:** Vooralsnog zijn er voor de gele projectgroepen geen afspraken gemaakt. De netwerkcoördinatoren zullen deze opvolgen op basis van de resultaten van de op te starten 2a- en 2b-teams. Meerbepaald is het zo dat er momenteel slechts één 2a-team start voor de helft van de projectregio. Op basis van de resultaten tijdens de projectperiode wordt bekeken hoeveel 2a-teams er nodig zullen zijn om de ganse

projectregio van een 2a-team te voorzien. Daarnaast starten er twee 2b-teams binnen de ganse projectregio, maar met een beperkte caseload per team. Op basis van de resultaten tijdens de projectperiode wordt bekeken hoeveel 2b-teams er nodig zijn in de projectregio om alle LZA-cliënten outreachend te behandelen en begeleiden.

Deze werk- en overlegstructuur, zoals hij in de voorbije periode vorm kreeg, zal wellicht tijdens de operationele fase aanpassingen behoeven. Dit wordt onder meer in de stuurgroep regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd.

6. Ontwikkelingsstrategie van het netwerk

6.1. Fasering

De fasering (tijdschema) is opgenomen in het schema van rubriek 5.5 en de middelentabel van hoofdstuk 7. Het opstarten van de nieuw op te zetten diensten binnen de op outreach gerichte functies worden als volgt gepland:

- 2a-team voor districten Antwerpen, Deurne en Borgerhout: opstart maart 2012
- 2a-team voor de rest van de projectregio: tijdens projectperiode wordt nagegaan hoe functie 2a kan ingebed worden in de ganse projectregio op langere termijn en met welke middelen.
- 2b-team De Vliering: opstart maart 2012
- 2b-team De Link: opstart maart 2012
- 2b-team voor alle LZA-cliënten in de projectregio: tijdens projectperiode wordt nagegaan hoe functie 2b kan ingebed worden in de ganse projectregio voor alle LZA-cliënten op langere termijn en met welke middelen.

De manier waarop, in functie van deze uitbouw, de reallocatie van middelen georganiseerd wordt, is terug te vinden in de middelentabel van hoofdstuk 7.

6.2. Risicomanagement

6.2.1. Risico's

Het experimenteel karakter van het project biedt ruimte maar is ook lastig: er zal tijdig duidelijkheid moeten kunnen geboden worden omtrent de langere termijn.

- Zorginhoudelijk wordt bij medewerkers binnen de nieuw op te zetten teams op nog niet aangeleerde competenties beroep gedaan.
- Wanneer verschillende zorgverleners en voorzieningen in ketenzorg betrokken zijn bij een patiënt, is het de vraag hoe de medisch/psychiatrische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid geregeld geraakt.
- Door de veelheid van partners binnen het netwerk is het een complexe transitie die nagestreefd wordt.
- Binnen de nieuwe (samen)werking (zeker meer specifiek binnen de nieuw op te zetten teams) zal voortdurend, op zoek naar de juiste methoden en werkafspraken, toetsing en bijsturing noodzakelijk zijn.

6.2.2. Risicomanagement

- In alle overlegstructuren wordt een brede vertegenwoordiging van de partners structureel ingebed.
- Er zullen regelmatig 'procesevaluaties' ingepland worden.
- De netwerkcoördinatoren zullen bij problemen of spanningen tussen de partners, in overleg met het netwerkcomité, de nodige initiatieven nemen.
- De netwerkcoördinatoren zorgen voor transparante beslissingslijnen en duidelijke communicatie.
- Er wordt geïnvesteerd in vorming, opleiding en supervisie voor de teamleden.

7. Financiering en middelenallocatie

In de middelentabel op volgende pagina worden de VTE aangegeven die ingezet kunnen worden in de zorgvernieuwing van de projectregio. Er staat telkens bij van welke partner ze komen, voor welke functie ze bestemd zijn, en met een tijdsbalk.

In totaal gaat het over 43,40 VTE die worden ingezet in zorgvernieuwing binnen project 107 (26,6 VTE vanuit reallocatie van bedden, 13,15 VTE vanuit beschikbare middelen en 3,65 VTE vanuit projectmiddelen) met een geleidelijke opbouw vanaf januari 2012.

De verdeling is daarbij als volgt:

- 16 VTE 2a-team in zorgregio Antwerpen (regio 1);
- 11,5 VTE 2b-team De Link in zorgregio's Antwerpen en Mortsel (regio 1 en 2);
- 11,5 VTE 2b-team De Vliering in regio 1 en 2;
- 1 VTE ontmoeting en arbeidstoeleiding in regio 1 en 2;
- 2,4 VTE voor GGZ-advies , supervisie, coaching en vorming 1^e lijn, snelle consultatiemogelijkheid, 1^e lijnspsychologische functie
- 1 VTE voor 'wegwijzer GGZ'

Daarnaast zijn er nog bestaande teams binnen functies 1 en 2 die blijven bestaan (zoals VDIP-team, mobiel psychiatrisch/verpleegkundig team OCMW Antwerpen, PZT Adapt, Onada).

Het is wel belangrijk op te merken dat de 30 A-bedden van het PZ Stuivenberg eerst een reconversie inhouden van verantwoorde C- en D-bedden van het AZ Stuivenberg (beiden deel van ZNA).

De 0,5 VTE voor arbeidstoeleiding voor de RIZIV-conventies dient nog te worden aangevraagd.

De € 725.000 projectmiddelen op jaarbasis wordt als volgt besteed:

- € 100.000 bestemd voor netwerkcoördinatie;
- € 225.000 voor de psychiatrische functie in de 2a- en 2b- teams;
- € 400.000 voor personeels- en werkingsmiddelen waarvan:
 - +/- € 189.575.15 voor aanwerving van 3,65 VTE (berekend op basis van 10j. anciënniteit) zoals in de middelentabel;
 - +/- € 65.000 voor allerlei aankoopkosten als informatica (laptops, software,...), GSM's, bureaumateriaal, (elektrische) fietsen, medisch materiaal...
 - +/- € 65.000 voor allerlei recurrente werkingskosten als verplaatsingskosten, telefonie, elektriciteit/gas/water, netwerkonderhoud, drukken brochures en folders, ...
 - +/- € 70.000 voor kwalificatieverhoging. De reallocatie leidt niet tot ontslag van medewerkers met lagere kwalificaties in de PZ'en. Er zijn echter openstaande vacatures voor zorgkundigen en deze kunnen omgevormd worden naar een vacature voor een bachelor of master indien nodig voor de outreach-teams.
 - +/- € 10.000 voor vorming en bijscholing medewerkers van de nieuwe diensten.

PROJECT 107 ZORGREGIO'S ANTWERPEN EN MORTSEL

		GEHERALLOCEERDE MIDDELEN ART. 107								BESTEMMING				TIJDSLIJN
Regio	Naam voorziening	Bedden		vpk	psycholoog	mw	paramed	n-gekw	Totaal VTE	F1	F2	F3	F1→F5	jaar
		type	aantal											jaar
1	PZ Stuyvenberg	A	30	6	0,5	0,5	6	3	18		16 2a-team			mrt/12
2	PZ Sint-Amedeus	T + T1/T2	20	2,22	0,185	0,185	3,7	1,11	7,4		7,4 2b-team De link			mrt/12
2	PZ broeders Alexianen	T + T1/T2	8	1,34	0,088	0,088	1,33	0,4	3,2		3,2 2b-team De Vliering			mrt/12
									26,6					

PROJECT 107 ZORGREGIO'S ANTWERPEN EN MORTSEL

		BESCHIKBARE MIDDELEN						BESTEMMING				TIJDSLIJN	
Regio	Naam voorziening	PZT	activering	ind BW	psy vpk-team	andere	thuisvpk	Totaal VTE	F1	F2	F3	F1→F5	jaar
													jaar
1	IBW De Link	2,5						2,5		2,5 2b-team De Link			jan/12
2	IBW De Vliering	7,75						7,75		7,75 2b-team De Vliering			jan/12
1	Tsedek en De Evenaar**					0,5		0,5			0,5 arbeidstoelid		mrt/12
1	PZT Adapt	2						2*		2* PZT Adapt			jan/12
1 en 2	CGG Vagga					1,2		1,2	1,2 F1a en F1b				mrt/12
1 en 2	CGG Andante					1,2		1,2	1,2 F1a en F1b				mrt/12
1	OCMW Antwerpen					4		4*		4* mobiel psychiat vpk team De Wilg			jan/12
									6*/13,15	2,4	6*/10,25	0,5	

PROJECT 107 ZORGREGIO'S ANTWERPEN EN MORTSEL

		EXTRA MIDDELEN VANUIT OVERHEID VOOR PROJECT 107						BESTEMMING				TIJDSLIJN
	BUDGET	vpk	administratie	therap	profervaningsdeskun	Totaal VTE	F1	F2	F3	F1→F5	jaar	
											jaar	
	51.938,40		1			1				1 weg wijzen	jan/12	
	59.729,15	1,15				1,15		0,05 2b-team Vliering/1,1 2b-team Link			jan/12	
	51.938,40				1	1		0,5 2b-team Vliering/0,5 2b-team Link			jan/12	
	25.969,20			0,5		0,5			0,5 ontmoeting		jan/12	
						0						
						0						
	189.575,15					3,85		2,15	0,5	1		

* De middelen van PZT Adapt en OCMW Antwerpen blijven in bezet in mobiel werk zoals vandaag

** de RIZIV-conventies dienen deze middelen nog aan te vragen aan het RIZIV

8. Toetsing van de mate dat het projectvoorstel gedragen is

Door de brede opkomst van alle partners op de stuurgroep 107 en in de diverse projectgroepen kunnen we stellen dat er door veel partners een ruime interesse en betrokkenheid getoond is voor het project.

Het volledige projectdossier is gelezen en goedgekeurd door de partners (vermits ons gemeld werd op stuurgroep 107 van 28/4/2011 door de vertegenwoordigers van de overheden dat er geen handtekeningen nodig waren op het dossier, hebben we deze niet verzameld).

Er was een ruime opkomst op het groot partneroverleg van 11 mei 2011 (zie deelnemerslijst in bijlage 8) en van 21 oktober 2011 (zie deelnemerslijst in bijlage 9), wat aangeeft dat er vanuit diverse hoek interesse is voor dit project 107 binnen de zorgregio's Antwerpen en Mortsel. De vragen, bedenkingen en bezorgdheden die op het groot partneroverleg zijn geuit, sluiten aan bij de lacunes en zorgnoden die in rubriek 5.2.2 zijn weergegeven bij de diverse functies. De deelnemers zijn vooral hoopvol en kijken vol verwachting uit naar de mogelijkheden die de zorgvernieuwing kan bieden voor de patiënten.

Het project is door de respectievelijke directies aangebracht op de ondernemingsraden van de 3 betrokken PZ'en.

Het project is voorgesteld door de hoofdgeneesheren en de voorzitters van de medische raad op de medische raden van de 3 betrokken PZ'en.

9. Literatuur

- Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams: A Guide to Current Practices*. Oxford, University Press
- Cantillon B. Over (geestelijke) gezondheid, armoede en sociale zekerheid. <http://anet.ua.ac.be/acadbib/uae/05950>
- LUCAS. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven.
- Mrazek, P. & Haggerty, R. (eds.) (1994) *Reducing risks for mental disorders*. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press.
- Mulder, N. & Kroon, H. (2009). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Boom.
- Smyth M. (ed.), 2008. *Crisis resolution and home treatment*. National institute for mental health, England, West-Midlands.
- Tielens, J. & Verster, M., (2010). *Bemoeizorg: Eenvoudige tips voor moeilijke zorg*. Utrecht: De Tijdstroom
- Thornicroft, G. & Szukler, G. (2001). *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press.
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G. & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen*. Lannoo Campus.
- Van Veldhuizen, J. R., Bahler, M., Polhuis, D. & Os, J. van. (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Veldhuizen, J.R. en Snijdewind A. 2006. *Almaar ambulanter*. Mension, Badhoevedorp.
- Van der Ploeg, G. & Griffioen, J. (2011). *Herstelondersteuning: van kans naar realiteit!* Utrecht: Initiatiefgroep Herstelondersteuning www.herstelondersteuning.nl
- Weeghel, J. van, & J. Dröes (1999). *Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 54, p. 150-165.
- Wenninck, J. & Goudriaan, G. (1991). *Case management in de thuiszorg*. De Graaff, H. (red.) *Case Management, een zorg minder?* Utrecht: SWP.
- Wilken J.P. en den Hollander D. 2008. *Psychosociale rehabilitatie: een integrale benadering*. SWP, Amsterdam.

Bijlage 1 kaart werkingsgebied (zorgregio's Antwerpen en Morsel (gele kleur))



Tabel met DSM-IV gegevens bij opname:

2009		PZ St- Am	PZ Br. Alex	PZ ZNA	PZ Beth.	Evenaar	Tsedek	Totaal
16 - 17 j	stemmingstoornissen	0	0	3	0	0	1	4
	stoorn. Middelen	0	0	0	1	0	0	1
	Schiz & Psychot	1	0	7	2	0	0	10
	Aanpassing st.	0	0	1	0	0	2	3
	Persoonlijkheid	0	0	2	0	0	0	2
	Angststoornissen	0	0	0	5	0	1	6
	andere	2	1	17	3	1	2	26
18 - 59 j	stemmingstoornissen	60	76	168	288	0	11	603
	stoorn. Middelen	85	386	437	323	0	4	1235
	Schiz & Psychot	102	61	354	217	0	0	734
	Aanpassing st.	34	6	155	124	3	5	327
	Persoonlijkheid	61	25	42	171	23	0	322
	Angststoornissen	5	14	23	32	0	8	82
	andere	101	22	91	85	0	5	304
60 - 65 j	stemmingstoornissen	11	6	16	18	0	0	51
	stoorn. Middelen	8	20	29	18	0	0	75
	Schiz & Psychot	4	3	18	11	0	0	36
	Aanpassing st.	1	1	4	2	0	0	8
	Persoonlijkheid	0	0	3	5	0	0	8
	Angststoornissen	0	0	0	0	0	0	0
	andere	5	0	11	5	0	0	21
Totaal	480	621	1381	1310	27	39	3858	

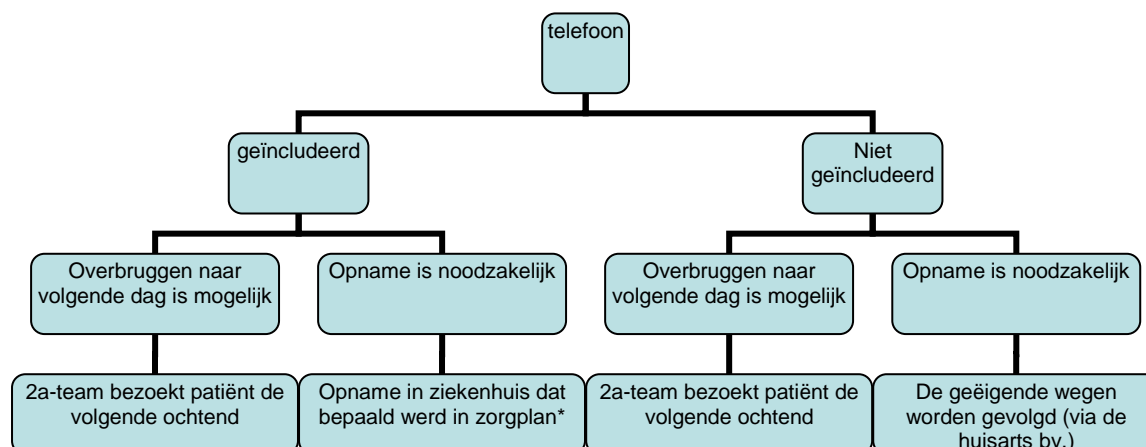
2010		PZ St- Am	PZ Br. Alex	PZ ZNA	PZ Beth.	Evenaar	Tsedek	Totaal
16 - 17 j	stemmingstoornissen	0	0	1	1	0	0	2
	stoorn. Middelen	1	0	1	2	0	0	4
	Schiz & Psychot	0	0	2	1	0	0	3
	Aanpassing st.	0	0	1	1	0	0	2
	Persoonlijkheid	0	0	1	1	0	0	2
	Angststoornissen	0	0	0	1	0	0	1
	andere	3	0	13	3	0	0	19
18 - 59 j	stemmingstoornissen	92	75	141	307	2	5	622
	stoorn. Middelen	105	402	404	315	0	1	1227
	Schiz & Psychot	125	73	351	209	1	0	759
	Aanpassing st.	33	11	137	148	1	5	335
	Persoonlijkheid	55	4	41	160	23	0	283
	Angststoornissen	4	17	17	35	0	11	84
	andere	101	27	80	66	0	11	285
60 - 65 j	stemmingstoornissen	7	7	9	21	0	0	44
	stoorn. Middelen	9	22	28	20	0	0	79
	Schiz & Psychot	9	4	24	8	0	0	45
	Aanpassing st.	1	0	9	4	0	0	14
	Persoonlijkheid	0	0	1	4	0	0	5
	Angststoornissen	1	1	1	0	0	0	3
	andere	2	0	4	7	0	0	13
Totaal	548	643	1266	1314	27	33	3831	

Tabel met verblijfsduur na ontslag:

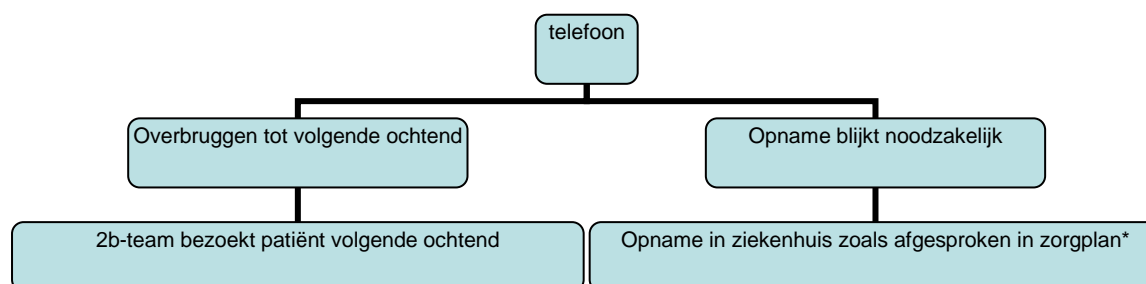
2009		PZ St- Am	PZ Br. Alex	PZ ZNA	PZ Beth.	Evenaar	Tsedek	Totaal
16 - 17 j	0 - 7 d			8	6	0	0	14
	8 - 30 d			4	4	0	1	9
	1 - 3 m			3	1	0	3	7
	3 - 12 m			9	1	1	2	13
	1 - 3 j			1	0	0	0	1
	3 - 5 j			0	0	0	0	0
	+5 j			0	0	0	0	0
18 - 59 j	0 - 7 d	43	65	627	245	0	2	982
	8 - 30 d	87	129	251	278	1	5	751
	1 - 3 m	99	201	200	362	9	9	880
	3 - 12 m	136	133	144	331	11	17	772
	1 - 3 j	64	32	16	65	5	0	182
	3 - 5 j	14	6	1	15	0	0	36
	+5 j	10	10	9	12	0	0	41
60 - 65 j	0 - 7 d	1	2	26	3	0	0	32
	8 - 30 d	6	6	22	14	0	0	48
	1 - 3 m	5	13	15	21	0	0	54
	3 - 12 m	6	5	14	17	0	0	42
	1 - 3 j	5	7	1	6	0	0	19
	3 - 5 j	3	0	0	2	0	0	5
	+5 j	7	1	2	4	0	0	14
Totaal		486	610	1353	1387	27	39	3902

2010		PZ St- Am	PZ Br. Alex	PZ ZNA	PZ Beth.	Evenaar	Tsedek	Totaal
16 - 17 j	0 - 7 d	1	0	4	4	0	0	9
	8 - 30 d	1	0	3	3	0	0	7
	1 - 3 m	0	0	2	3	0	0	5
	3 - 12 m	1	1	9	0	0	0	11
	1 - 3 j	0	0	2	0	0	0	2
	3 - 5 j	0	0	0	0	0	0	0
	+5 j	0	0	0	0	0	0	0
18 - 59 j	0 - 7 d	46	71	606	242	2	3	970
	8 - 30 d	115	136	220	235	5	1	712
	1 - 3 m	130	198	221	356	2	4	911
	3 - 12 m	137	145	149	350	11	25	817
	1 - 3 j	70	35	23	72	8	0	208
	3 - 5 j	10	10	7	9	0	0	36
	+5 j	14	14	7	9	0	0	44
60 - 65 j	0 - 7 d	2	0	24	11	0	0	37
	8 - 30 d	8	7	12	11	0	0	38
	1 - 3 m	9	14	27	23	0	0	73
	3 - 12 m	3	12	9	18	0	0	42
	1 - 3 j	6	4	2	8	0	0	20
	3 - 5 j	0	3	0	1	0	0	4
	+5 j	3	1	0	0	0	0	4
Totaal		556	651	1327	1355	28	33	3950

Beslissingsboom bij telefonische oproep tussen 22u en 9u in kader van 2a-werking



Beslissingsboom bij telefonische oproep tussen 19u en 8u in kader van 2b-werking



* Bij opname zoals hier bedoeld is er strikt genomen geen tussenkomst van een psychiater nodig. In het zorgplan zijn er, op voorhand, afspraken gemaakt over de te zetten stappen bij een evt. crisis-opname (met inbegrip van bv. crisis-medicatie).