

preventie, promotie ggz,  
vroegdetectie, screening en  
diagnosestelling

(Functie 1)

### Kernboodschap:

- Samen nieuwe wegen bouwen zodat hulpvragers hun eigen weg kunnen kiezen naar geestelijke gezondheid. Bijgestaan door GPS, kaarten en gidsen... in co-productie gemaakt door deskundige hulpverleners en gebruikers.
- Gebruikers en hulpverleners faciliteren zodat die wegen maximaal gebruikt worden.

## Doelen:

- Universele preventie
- Deskundigheidbevordering eerstelijnsmedewerkers via vorming en consult
- Ondersteuning 1e lijn bij vroegdetectie gelinkt aan o.a. VDIP, ELP, Coneo
- Screening en indicatiestelling via overleg
  - Frontoffice: screening en consult
  - Back office: aanleveren van kennis en expertise

## Doelen:

- 1e lijn (meer) betrekken
- blijven doen wat we zeggen dat we doen → doorsijpelen in de organisaties
- link met overige functies versterken
- (betere) bekendmaking aan huisartsen en andere stakeholders

## Resultaten:

- Vlotte samenwerking wordt ervaren door hulpverleners en patiënten
  - Tevredenheid over geboden expertise en ondersteuning
  - Tevredenheid over preventieactiviteiten
  - Tevredenheid over VTO-beleid
  - Laagdrempelige toegang tot de GGZ
  - GGZ kent een terugvalbasis
    - Vlot bereikbaar
    - Met aandacht voor sociale integratie

Stellingen:

1. Patiënten weten zelf wat goed voor hun is, hulpverlening wordt enkel vraag-gestuurd georganiseerd.
2. Eerstelijnsverleners hebben ook beroepsgeheim dus kunnen alle hulpverleners vrijuit met elkaar over de patiënt praten.
3. Een psychologische interventie kan door elke hulpverlener worden gedaan.

# ambulante intensieve behandelteams

(Functie 2)

### Kernboodschap:

- Mobiele hulpverlening positioneert zich als de missing link in het zorgcircuit tussen residentiële en ambulante hulpverlening.
- Mobiele teams zoeken naar creatieve en efficiënte good practices en methodieken in de thuissituatie, dicht bij de persoon en dienst naaste context, en dit in optimale samenwerking met alle lijnen binnen de zorg, alsook welzijn en belendende actoren.



Doelen mobiele A TEAMS (crisis teams):

- Interventie binnen de 2 uur
- Via adequate behandeling de crisis doorbreken
- Doelgericht doorverwijzen
- Adequaat benutten van het persoonlijke netwerk van de patiënt
- Assessment volgens principe van de stepped care
- Aandacht voor risicotaxatie met specifieke instrumenten
- Uitbouw van hulpverlenersrelatie met patiënt en omgeving
- Principe van chared caseload
- Centraal aanmeldpunt 24/7 bereikbaar

## Doelen mobiele B TEAMS (langdurige zorg):

- Centraal aanmeldingspunt (best in een welzijnshuis)
- Octopus-team:
  - Outreachend / Herstel ondersteunend / Integraal / Shared caseload / Schakelend tussen interventies / In vivo
- Opname vermijdend of verkortend:
  - Betrokkenheid steunfiguren / Management van symptomen als middel / Generalistisch / Integraal / Flexibel aangeboden (Crisisinterventie & Bemoeizorg) / Bevorderen sociale inclusie / Houvastbegeleider (Contact houden bij opname – Patiëntopvolgbord - Afstemming psychiatrische en regulier thuiszorg)

### Resultaten:

- Daling aantal residentiële (her)opnames
  - in aantal?
  - in duur?
- Tevredenheidsstijging bij patiënt en omgeving door thuiszorg?
- Tevredenheid over samenwerking tussen patiënt, omgeving en hulpverleners?
- Stijging levenskwaliteit patiënten?
- Daling aantal drop outs?
- Stijging kans om zorgwekkende zorgvermijders te bereiken?

### Stellingen:

1. Mobiele teams zijn gratis en komen aan huis. Dit werkt het installeren van afhankelijke comfortzorg in de hand.
2. Mobiele A teams moeten 24/7 bereikbaar en inzetbaar zijn.
3. Mobiele B teams streven altijd naar afronding van hun begeleiding.

# rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

(Functie 3)

### Kernboodschap:

- Iedereen heeft recht op een volwaardige plaats in onze maatschappij; ongeacht ras, overtuiging, achtergrond, problematiek, e.a.
- Personen met een psychiatrische aandoening kunnen hierbij hindernissen ervaren waardoor het bereiken van maatschappelijke inclusie bemoeilijkt wordt.

### Doelen:

- Focus op levensdomeinen wonen / werken / ontmoeten / vrije tijd
  - Met hulp, ondersteuning en samenwerking van andere functies
  - A.d.h.v. een begeleidingsplan met individueel rehabilitatieproces
  - Sub regionale teamleider + referentiepersoon bouwen dit uit
- Subregionale rehabilitatiecircuits
  - Door intense samenwerking met 1e lijn en niet-GGZ
  - Integraal, door maximale integratie... Familiewerking / Patiëntenvereniging / Mantelzorg / Vrijwilligerswerking
  - Realisatie van een familiecoach
  - Realisatie van buddywerking
- Afstemming met psychiatrische en reguliere thuiszorg
- Laagdrempelig aanmeldingspunt, gekoppeld aan welzijnszorg

## Aanpak:

- Koepelwerkgroep
  - Werktafel 1: groepsaanbod
  - Werktafel 2: Ind. trajectbegeleiding werk en vrije tijd
  - Werktafel 3: Training in vivo



### Resultaten:

- Opmaak missie en visietekst rond rehabilitatie; Afstemming missie en visie met functie 2b en 5; Vorming Rehabilitatie; Opmaak modulering; Individuele trajectbegeleiding: werk.
- Nog niet actief op alle levensdomeinen; Voldoende en verspreid aanbod; Grondige analyse en afstemming van het huidig aanbod; zowel ind.trajecten, groep als training in vivo; Invulling van 'teamleider' functie drie in elke subregio; Implementeren van rehabilitatiemethodiek en globaal zorgplan; Uitbouw sub regionaal circuit.
- Afstemming met niet GGZ aanbod; Laagdrempeling aanmeldingspunt; Implementeren familiecoach en buddywerking.
- Er zijn te weinig financiële en personele middelen om goed aan de slag te gaan met de verdere uitbouw van functie drie.

### Stellingen:

1. Leren 'omgaan' met je kwetsbaarheid en beperktheden , (heroriëntatie en re-integratie) behoren niet tot de behandeling en gebeurt derhalve buiten de diverse residentiële en ambulante behandelsettings.
2. Een centraal aanmeldingspunt (gekoppeld aan welzijn) is onontbeerlijk in een subregionaal rehabilitatie - zorgcircuit. Rehabiliteren is immers hoofdzakelijk een opdracht van welzijn en niet van gezondheidszorg.
3. Cliënten hebben nood aan één "levenscoach" i.p.v. een coach per levensdomein (wonen, werken, VT, ...)

# intensieve residentiële behandelunits

(Functie 4)

### Kernboodschap:

- De keuze voor een intensieve behandeling via opname wordt behouden voor psychiatrische patiënten, die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leefomgeving niet haalbaar en/of aangewezen is.

### Doelen:

- Assessment wordt uitgevoerd voor opname
  - Ambulant
  - Via 2A, 2B waar nodig
- Kleine, acute, intensieve behandelunits worden uitgebouwd
  - Voor gespecialiseerde indicatie- en diagnosestelling met observatie
  - Voor psychiatrische noodsituaties met specifieke residentiële opvangnoden
- BOR (bed op recept) voor langdurig zorgafhankelijke patiënten
  - Onder regie van de referentiepersoon (in 2B de houwvastbegeleider)
- Gespecialiseerde behandelmodules, zo kort mogelijk en zoveel mogelijk ambulant
  - In daghospitaal wanneer partiële opname geïndiceerd is
  - CGG indien opname niet (meer) geïndiceerd is
- Intensifiëring van residentiële behandelmodules door herallocatie van middelen

### Resultaten:

- Vermindering aantal opnames?
- Verkorten van de opnames in duur?
- Patiënt keert terug naar regulier maatschappelijk leven na een intensieve residentiële behandeling
  - Zonder ondersteuning, begeleiding en/of behandeling wanneer mogelijk?
  - Met ondersteuning, begeleiding en/of behandeling door ambulante zorg in zijn leefomgeving ?
- De samenwerking met andere functies en 1e lijn is sterker uitgebouwd zodat o.a. meer zorgmijders worden bereikt?

### Stellingen:

1. Het inschatten van niet urgente zorgnoden gebeurt enkel “in vivo” met betrokkenheid van patiënt en omgeving.
2. De duur van een residentiële behandeling wordt mede bepaald door de cliënt, zijn omgeving en zijn aanmelder ofwel enkel bepaald door de ernst van de problematiek.
3. Ambulante actoren voeren de regie over een residentiële behandeling.

# specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden

(Functie 5)



### Kernboodschap:

- IDEM Functie 3 + 2b, nl. (gemeenschappelijke visietekst)
- Iedereen heeft recht op een volwaardige plaats in onze maatschappij; ongeacht ras, overtuiging, achtergrond, problematiek, e.a.
- Personen met een psychiatrische aandoening kunnen hierbij hindernissen ervaren waardoor het bereiken van maatschappelijke inclusie bemoeilijkt wordt.

### Doelen:

- Samenwerkingen intensifiëren
  - Met andere zorg- en woonvoorzieningen
  - Met het leefmilieu van de patiënt
- Subregionale rehabilitatiecircuits uitbouwen
  - Individueel rehabilitatieproces wordt onderdeel van het begeleidingsplan (rol van referentiepersoon)
  - Methodisch rehabilitatiegericht handelen volgens principes van stepped care
- Inhoudelijke afstemming van aanbod en methodiek tussen IBW en PVT en andere woonvormen
- Expertiseverhoging van begeleiding

### Resultaten:

- Sterk gespecialiseerde woonvormen worden regionaal aangeboden (PVT en IBW in elke subregio)?
- Wachtlijsten verminderen
  - Door spreiding van het aanbod?
  - Door een vraaggestuurd aanbod ?
  - Door doorstroming naar minder intensieve woonvormen ?
- Zorg wordt georganiseerd en gecoördineerd a.d.h.v. een begeleidingsplan?
- Noodopvang dmv respijtwoningen ?
- (sub)Regionale samenwerking is verbeterd (1e lijn en niet-GGZ)?
- Door scholing stijgt de professionalisering van de begeleiders?

### Stellingen:

1. De huisarts is de spil van ieders gezondheidszorg, dus ook van de bewoners van specifieke, gespecialiseerde woonvormen.
2. Een alternatief wooncircuit dringt zich op omdat regulier wonen voor bepaalde groepen onhaalbaar is.
3. Sterk gespecialiseerde zorgwoonvormen met intensieve begeleiding kunnen niet in iedere subregio, zelfs niet in ieder netwerk gerealiseerd worden.

# Uw bijdrage aan het debat...



Het “worldcafé” als methodiek om te delen...