

1. Doelgroep

Langdurig zorgafhankelijke patiënten van 18 tot 65 jaar, met een ernstige psychiatrische problematiek die een versturende impact heeft op verschillende levensdomeinen (multidimensioneel karakter) waardoor een intensieve, flexibel inzetbare multidisciplinaire, gespecialiseerde ambulante behandeling in de thuissituatie geïndiceerd is.

Inclusiecriteria:

Chronisch psychiatrische patiënten die :

- een psychiatrische stoornis hebben
 - die een grote impact heeft op verschillende levensdomeinen (multidimensioneel karakter) en dus met complexe zorgvragen op meerdere levensgebieden;
 - met ernstige beperking in sociaal functioneren;
 - met een chronisch verloop EN
- als gevolg daarvan vaak (langdurig) contact hebben met GGZ, zowel ambulante als klinisch (uitzondering: de zorgwekkende zorgmijders) EN
- nood hebben aan langdurige behandeling/zorg, met opeenvolgende fasen van wisselende zorgvragen en waarvoor zorg op maat en continuïteit van zorg een vereiste is (behandelen–begeleiden–bemoedigen–loslaten–doorverwijzen) EN
- nood hebben aan zorg/behandeling verstrekt door een multidisciplinair continuïteitsteam : nood aan schakelen tussen verschillende disciplines en schakelen in frequentie EN
- nood hebben aan (integratie tussen) cure en care : via care aan cure doen (bv door met hygiëne bezig te zijn, patiënt leren afgrenzen, bv. door met budget bezig te zijn patiënt leren cognitief herstructureren,...) : naadloos schakelen tussen cure en care EN
- waarbij ambulante zorg op de eerste lijn of de tweede lijn ontoereikend is en/of waarbij de patiënt onvoldoende vaardig is om de hulp die voorhanden is aan te wenden

Team 2B richt zich ook tot de zorgwekkende zorgmijders. Zij willen geen contact met de GGZ. De zorgwekkendheid wordt bepaald door de mate waarin deze mensen een gevaar vormen voor zichzelf en/of hun omgeving en de mate waarin dat ontstaat vanuit hun psychiatrische ziekte.

Exclusiecriteria :

- minderjarigen (-18) en ouderen (65+)
- ontwikkelingsstoornissen en mentaal gehandicapten waarbij de klemtoon ligt op gedrags- en emotionele moeilijkheden die inherent zijn aan hun ontwikkelingsstoornis en/of mentaal zwak zijn ; zonder psychiatrische comorbiditeit
- persoonlijkheidsstoornissen (As II diagnose): belang van psychotherapeutisch kader

- patiënten die met hun chronische psychiatrische problematiek nog voldoende kunnen functioneren en/of voldoende netwerk hebben om op terug te vallen zodat andere (minder intrusieve) ambulante hulpverlening toereikend is (CAW, OCMW, CGG, beschut wonen, ...); patiënten die de tijd tussen afspraken kunnen overbruggen door terug te vallen op eigen vaardigheden of op ondersteuning van anderen (verwijzen naar CGG, polikliniek, zelfstandig gevestigde psychiaters/psychologen, ...)
- eenmalige psychotische episode, stemmingsstoornissen, verslavingsproblematiek... zonder multi-dimensioneel karakter (verwijzen naar CGG, polikliniek, zelfstandig gevestigde psychiaters/psychologen, ...)
- patiënten met sociale multiprobleem situaties zonder psychiatrische problematiek : (verwijzen naar OCMW, CAW, ...)
- gestabiliseerde psychiatrische patiënten (waar we geen wisselende zorgvragen meer verwachten : verwijzen naar andere HV) : laten uitstromen

2.Doel van de functie:

Het ondersteunen van patiënten in hun herstelproces, door deze doelgroep te behandelen, ondersteunen en te begeleiden via integrale mobiele hulpverlening met geëigende benaderingen en methodieken (zie punt 4) zodat zij optimaal kunnen functioneren en kunnen participeren aan het maatschappelijk leven.

- bij herstel gaat het om de patiënt te helpen zijn sociale relaties en zijn sociaal functioneren zo optimaal mogelijk te krijgen en te houden
 - om het herwinnen van positief zelfbeeld ondanks de psychiatrische problematiek (evolutie naar realistisch optimisme, zin en doel, persoon waar de ziekte niet op de voorgrond staat)
 - actief zelfmanagement van het eigen leven en de psychiatrische problematiek
 - leven herwinnen buiten de GGZ, participatie in betekenisvolle activiteiten, betrokkenheid in de maatschappij
- voorkomen van opnames. Tijdens een opname is het risico groot dat het maatschappelijk functioneren en de maatschappelijke contacten weer verminderen. Bedoeling is dat de patiënt in de maatschappij kan blijven functioneren of disfunctioneren (ondersteuning)
- faciliteren van kortdurende opnames: patiënt 'begeleid en kort' in opname laten gaan en deze opvolgen en adequaat afsluiten: (continuïteit van het gemeenschappelijk behandelplan).
- Naast de doelen van de individuele patiënt, richt 2B-team zich ook op de patiënt en zijn omgeving
 - De familieleden en de patiënt zijn omgeving zijn zeer belangrijk; zij kennen de patiënt veel langer (heteroanamnese!). Het 2B-team zal hen ondersteunen in

het bieden van steun en zorg en hen pogen terug te betrekken als contact is verbroken

- 2B wil voor de buurt en voor instanties een betrouwbare en toegankelijke partner zijn. Tussen die instanties en 2B bestaat overlapping, waarin men elkaar als partners moet vinden. Waar 2B stopt en maatschappelijke hulp begint zal voor elke patiënt verschillend zijn en dient geëxpliciteerd in het gemeenschappelijk begeleidingsplan (soms werkt 2B als schoenlepel, soms als prothese)
- Al deze doelen hangen veelal met elkaar samen en komen concreet bij elkaar samen in het gedeeld (ook met de eerste lijn) begeleidingsplan.

Functie-inhoud:

- Cure en Care (integratieve, doelgerichte aanpak)
 - evidence based, richtlijn conform behandelen
 - multidisciplinaire aanpak naar de verschillende levensdomeinen (complexe vragen): zorg gericht op het management van de ziekte en de symptomen en de praktische hulp bij het dagelijkse leven: verpleging, rehabilitatie, begeleiding, ondersteuning, ...
- Crisisinterventie, hervalpreventie en bemoeizorg
- Aandacht voor middelengebruik (medicatie, alcohol, cannabis,...) : plan!
- Maatschappelijk steunsysteem : Netwerkopbouw en ondersteuning v/h netwerk (professioneel en niet-professioneel).
- Bij voldoende en lange(re) stabiliteit van de patiënt en van het 'netwerk' rondom de patiënt deze laten uitstromen en eerstelijnszorg- en hulpverleners zo snel mogelijk betrekken en /of doorverwijzen naar andere diensten (bv. 1ste lijn met i.n. waakvlamfunctie)
- Signaalfunctie goed uitbouwen (binnen 2B en waar mogelijk extern hieraan)
- Zorgcontinuïteit middels de houvastbegeleider ingebed in het 2B-team,
 - Intern : snel kunnen schakelen qua frequentie en inhoud (cure, care, bemoeizorg,...
- Extern : gemeenschappelijk behandelplan met alle betrokkenen op de verschillende niveau's, met crisisplan en indicatoren voor opname (bed op recept). Houvastbegeleider betreft alle hulp- en zorgverleners op een actieve wijze.
- Patiënten betrokken houden op de zorg én het netwerk betrokken houden op de patiënt

3.Behandelingsduur:

Gelet op de doelgroep en de doelstellingen van F2B, zal de behandelduur veelal langdurig zijn (de te verwachten duur is minimum 1 jaar). Desalniettemin betreft het een doelgericht aanbod van bepaalde duur (permanente evaluatie). De behandelprognose en de uitstroomindicatoren zullen individueel in het behandelplan worden geëxpliciteerd. Jaarlijks is er een uitstroom-evaluatie (Hooft deze patiënt nog in F2B thuis? Expliciteer! F2B moet meer zijn dan (op een bepaald moment) enkel nog een signaalfunctie). Het principe dat we hanteren is inclusie in 2B-team zo kort als kan maar zo lang als nodig! De teamcoördinator bewaakt de behandelduur in samenspraak met de overige leden van het team die het behandelingsplan hebben opgesteld. Meerdere zorgperiodes zijn mogelijk.

Behandelintensiteit afhankelijk van zorgnoden van het moment (zie verder).

4. Werkwijze/methodiek:

Om herstel te bevorderen wil het 2B-team:

- allereerst de patiënten een goede evidence based en richtlijn conforme behandeling bieden (bijvoorbeeld: multidisciplinaire richtlijn van schizofrenie : medicatie, psychologische interventies, psycho-educatie en gezinsbenadering)
- zorgantwoorden bieden op de complexe zorgvragen op meerdere levensgebieden en hiervoor naadloos schakelen tussen
 - behandelen, begeleiden, verzorgen, ondersteunen, bemoeien, loslaten, doorverwijzen...
 - regie overnemen versus regie bij patiënt laten

Het 2B-team doet dit door:

- Op patiëntniveau:
 1. te zorgen voor multidisciplinaire diagnostiek (met risicotaxatie): psychiatrische diagnostiek (olv psychiater), psycho-diagnostiek (olv klinisch psycholoog en gericht op alle domeinen van functioneren), en sociaal onderzoek (olv sociaal assistent)
 2. aansluitend hierop het formuleren van adequate doelstellingen en indicatoren voor evaluatie samen met patiënt
 3. opstellen van en onderhandelen met patiënt (informed consent, empowerment) van begeleidingsplan in aansluiting op zorgplan en met explicitering van wie wat gaat doen
 4. Uitvoeren van begeleidingsplan door de verschillende disciplines olv houvastbegeleider (referentiepersoon?)
 5. permanente evaluatie en bijsturen van behandelplan en jaarlijkse uitstroomevaluatie
- Op zorgnetwerkniveau:

1. hulp- en zorgverleners van de 1^{ste} lijn de nodige ondersteuning, kennis, know how van aanpak ... aanbieden – leren .. om bepaalde situaties zo juist mogelijk in te schatten en aan te pakken omtrent concrete patiëntsituaties (coaching). 2B-team kan dit zelf doen of doet beroep op partners (specialisten) in het netwerk (bv. voor supervisie, intervisie wordt beroep gedaan op F4, F1 of C.G.G.)...
2. Goede taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners onderling opdat er eenduidig naar de patiënt kan gecommuniceerd worden.

Therapeutisch kader en principes :

- Gedragstherapeutisch kader:
 - Empowerment : doe niet wat de patiënt/omgeving zelf kan
 - Evidence based werken = doen wat werkt (wetenschappelijk en klinisch)
 - Vraaggestuurd werken : wat wil jij dat er in jouw leven verandert + wat is mogelijk (adequate doelen) en wat is daar dan voor nodig (wat zijn middelen die we samen kunnen inzetten om deze doelen te bereiken)
 - werken met concrete doelen samen met patiënt in een begrijpelijke taal met permanente evaluatie (empirische cyclus)
 - evaluatie gebeurt in gesprek met patiënt (bespreken van doelstellingen) maar ook via het invullen van vragenlijsten (vb SCL-90 + vragenlijst Rick Schacht betreffende verschillende levensdomeinen)
 - ACT (acceptatie van wat je niet kan veranderen maar actief engagement naar wat je wel kan doen: doelstellingen)
 - Hervalpreventie en crisisinterventie: concretiseren van functionele analyses (SORC) met een duidelijk herhalpreventieplan en crisisinterventieplan voor patiënt en omgeving
 - (proces)directieve aanpak, actieve, betrokken hulpverleners, bemoeizorg indien nodig (wij vinden u wel belangrijk en zien wat er mogelijk is)
 - Outcome-onderzoek : behandelresultaten systematisch in kaart brengen (van de gehele patiëntengroep) voor wetenschappelijk onderzoek en prestatie-indicatoren over de werkwijze en resultaten van dit type zorgverlening (advies vragen aan wetenschappelijk team van art 107)

Om continuïteit van de naadloze zorg te kunnen verzekeren en in te kunnen spelen op wisselende zorgvragen van cliënten is er nood aan :

1^e een houvastbegeleider die de patiënt begeleidt waar hij ook is, continuïteit bewaakt, de belangen van patiënt behartigd, contactpersoon is voor familie/omgeving/andere instanties, actief patiënt toe leidt naar, eindverantwoordelijke is –samen met de patiënt – voor het begeleidingsplan. Het is aangewezen dat deze houvastbegeleider ook de referentiepersoon van de patiënt is zolang het 2b-team betrokken is in de zorg.

2^e een goed uitgebouwd (voldoende VTE) en opgeleid multidisciplinair team:

- dat snel kan schakelen (regie overnemen versus regie bij cliënt) tussen interventies (multidisciplinariteit) en in de intensiteit van behandeling/zorg (shared caseload : zie FACT-bord procedure);
- dat casemanagement, zorg/begeleiding en behandeling combineert;
- dat naast individuele behandeling/begeleiding werkt met gedeelde caseload;
- dat doet aan crisisinterventies en bemoeizorg;
- dit alles implementeert daar waar de cliënt de zorg nodig heeft en
- familie en mantelzorgers ondersteunt.

3^e Gedeeld begeleidingsplan, opgesteld samen met zorg- en hulpverleners uit de 1^{ste} lijn (over verschillende lijnen heen)

- multidisciplinaire diagnostiek,
- concrete doelen betreffende verschillende levensdomeinen;
- acties en betrokken hulp/zorgverleners GGZ en eerste lijn, familie, mantelzorgers, met concrete, duidelijke afspraken
- crisisplan,
- criteria voor schakelen en eventuele uitstroom,...
- evaluatiemomenten : verslaggeving en regelmatige systematische evaluaties van het gedeeld begeleidingsplan + overleg met alle betrokken zorg- en hulpverleners en de patiënt, indien aangewezen.

De PLANbord-procedure

Het 2B-team begeleidt patiënten via individuele begeleiding en via teambegeleiding (shared caseload).

De meeste patiënten worden **individueel begeleid** door hun eigen houvastbegeleider, die oog heeft voor behandeling en rehabilitatie en ondersteuning bij herstel. Hij is de eerste aanspreekpersoon voor de patiënt en zijn steunsysteem. Hij stelt samen met de patiënt het behandelplan op en is degene die de patiënt met regelmaat bezoekt. Hij kan op indicatie andere hulpverleners betrekken. Ook de psycholoog of de psychiater kunnen fungeren als houvastbegeleider als de klemtoon van de zorg daar ligt. Bij het opstellen van het behandelplan en de evaluaties wordt het hele multidisciplinaire 2B-team betrokken (multidisciplinair consult of multidisciplinaire teamvergadering). Dit behandelplan wordt uiteraard gedeeld met de hulp- en zorgverleners van de eerste lijn.

Voor 10-20% van de patiënten is deze individuele begeleiding niet voldoende intensief. Zij hebben meer hulp nodig en worden door hun houvastbegeleider op het PLANbord gezet en krijgen **teambegeleiding** (shared caseload). Bij verandering in zorgintensiteit worden de hulp- en zorgverleners van de eerste lijn hierrond ingelicht. Om de activiteiten van de verschillende hulpverleners van het team goed af te stemmen is er een dagelijks overleg bij het PLANbord: een lijst met de namen van de patiënten die intensieve zorg nodig hebben met daarachter vermelding van:

- Houvastbegeleider
- Welke huisbezoekafspraken er zijn per dag
- Welke (medicatie)afspraken er zijn

- Huisarts en andere 1^e lijnzorgverstrekkers
- Contactpersoon vanuit sociale netwerk
- Andere bijzonderheden die aandacht vragen :Juridische status, afspraak huisvesting, afspraak advocaat, taakafspraken, andere ...

Indeling PLAN-bord :

- Crisisvoorkomend
- Intensief kort
- Intensief lang
- Zorgmijder en zorgwekkende zorgmijder
- Opname
- Nieuw
- Justitieel kader

Functie PLANbord : dagelijkse taken in het team duidelijk verdelen, delen van informatie, geheugensteun, ...

De eigen houvastbegeleider of een ander teamlid kan op ieder moment een patiënt **aanmelden voor PLANbord**. Dan is er een stappenplan. De houvastbegeleider behoudt de regie en het persoonlijk begeleiderschap. Hij moet nakijken of het crisisplan moet worden geactualiseerd, maakt afspraken met crisisdienst en/of bed op recept, voor overbrugging van weekend... De psychiater van het 2B-team beoordeelt binnen 24 u. of het nodig is de patiënt zelf op korte termijn te onderzoeken om de medicatie te optimaliseren en veiligheidsaspecten af te wegen. Houvastbegeleider informeert patiënt/familie. Het PLANbord wordt dagelijks besproken.

Verschillende werkwijzen binnen een 2B-team : het Zandlopermodel

2Bteam biedt verschillende soorten zorg, die een antwoord zijn op verschillende fasen in het herstelproces waar de patiënt in zit. De drie fasen : ontregeling, behandeling en herstel; volgen elkaar niet altijd chronologisch op ze kunnen binnen het dagelijks werk van deze hulpverlener vaak gelijktijdig spelen. Ze vragen wel per proces andere activiteiten en een andere attitude van de hulpverlener.

Ontregeling:

- intensivering van zorg, veiligheid,
- probleemgerichte, directieve en actiegerichte benadering,
- teamzorg, regie via PLANbord,

Behandeling :

- de verschillende disciplines werken samen op een andere manier aan aanvullende behandeling,
- informeren, adviseren en motiveren
- evidence based behandelen
- extra diagnostiek, advies, evaluatie van effecten van behandeling e.d.
- regie bij houvastbegeleider/behandelaars
- gericht op symptoomvermindering of coping

Herstel :

- rehabilitatiemethodiek
- individueel contact
- regie bij cliënt
- gericht op relatie en herstel

Zandlopermodel : werkwijze en focus van het team verschuift wanneer de patiënt in een andere fase terechtkomt (zorgnaden, zorgvraag, de wijze van zorgverlening en de regie per fase wisselen). De houvastbegeleider blijft ook tijdens ontregeling en behandeling het herstelproces ondersteunen en de rehabilitatiedoelen van de patiënt in het oog houden.

5.Doorstroombeleid:

Instroom:

- Principe van stepped care: Er dient contact met de GGZ geweest te zijn
- Nieuwe cliënten kunnen worden verwezen door de huisarts, door eerstelijns werkers in overleg met de huisarts en door de GGZ-partners.
- Heropnames (gekende 2B-patiënten) kunnen rechtstreeks naar 2B-team worden verwezen door de huisarts, het eerstelijnsgezondheidszorgteam in overleg met de huisarts, de GGZ-partners en de 'waakvlam-persoon', diegene die de patiënt nog in-touch had.

Uitstroom van patiënten kan (en moet) wanneer :

- doelen zijn bereikt
- netwerkstabiliteit (professioneel en niet-prof.) aanwezig is, toetsing in overleg met de 1^{ste} lijn
- patiënt weet het netwerk goed te benutten
er bij patiënt voldoende stabiliteit (kan ook in zijn disfunctioneren) aanwezig is

6. Relaties:

Afstemming met andere functies

- i. Functie 1 : Diagnostisch luik door F1b: Goede multidisciplinaire diagnostiek, behandelplan en prognose
 - ii. Functie 2a : doet geen crisissen van patiënten van 2b; 2a team zal wel doorverwijzen naar 2b
 - iii. Functie 2b - 3 - 5 clusteren? Gezamenlijke loketfunctie? Huis van de GGZ/Rehab én eerstelijns dmv vertegenwoordiging/zitdagen?
 1. Indicatiestelling via hulpverleningsoverleg
 2. Op casusniveau via overlegcoördinatie Thuisgezondheidszorg of LCO (lokaalcliëntoverleg)
 3. Gezamenlijk intake-overleg met F2b, 3 en 5: intake-traject uitwerken waardoor we een en/en-verhaal krijgen ifv de noden van de cliënt
 - iv. Functie 4:
 1. Bed-op-recept garantie
 2. Overname van het gemeenschappelijk behandelplan (opgemaakt door 2B-team en 1^{ste} lijn) wanneer patiënt wordt opgenomen
 3. Inbreng van expertise (bv. instellen medicatieplan)
 4. Dwang- en dranginterventie
 5. Aanbod van programma's (bv. psycho-educatie) extra-muros aangeboden door specialisten
- Gelijkvormige aanvraagformulieren voor alle functies? Functie overschrijdende informatie? 1 dossier eens je in één van de functies belandt?
 - Overlegstructuren? → vanuit netwerk niveau?
 - i. Communicatie in een subregio tss de verschillende functies
 - ii. Communicatie over subregio's heen voor eenzelfde functie
 - iii. Meta → vanuit bestuurlijk niveau, netwerkcoördinator en stuurgroep 107

7. Interne organisatie van de functies:

Teamsamenstelling van het kernteam: 7,5 FTE voor 150 patiënten (dat mee kan schakelen in shared caseload : 20% shared caseload – 80% individuele begeleiding)

| | |
|------------|---|
| FTE | |
| 0,5 | Psychiater |
| 1 | meewerkende teamcoördinator |
| 5 | Houvastbegeleiders <ul style="list-style-type: none">• professionele bachelors of gelijkgesteld door ervaring (psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werker, ergotherapeut, psychologisch assistent,...) met kennis van-/ ervaring met psychopathologie!• minstens 1FTE (2 personen?) met deskundigheid + ervaring verslavingszorg |
| 1 | Klinisch psycholoog (liefst) gedragstherapeutisch kader |

Competenties

- Disciplinegerelateerde kennis en ervaring
 - Teamcoördinator : organisatie van de zorg

- Psychiater : recente ontwikkelingen in medicatie, diagnostiek en psychiatrische behandelmodellen, ...team inhoudelijk aansturen, op sleutelmomenten aanwezig zijn in het team, planbordsbespreking, psychiatrische inschatting/- diagnose bij intakes, medische eindverantwoordelijkheid, kan op huisbezoek gaan voor diagnostiek, crisismedicatie en bijzondere interventies
 - Psycholoog : psychodiagnostiek, psychoeducatie, gedragstherapeutisch kader, integratieve benadering (therapiecoördinatie); ontwikkelingspsychologie en psychopathologie en ondersteunen van psychologische processen (rouw, verwerking, gezinsrelaties, ...)
 - Professionele bachelors of gelijkgestelden door ervaring: mensen kunnen begeleiden in gedragsverandering en hiertoe verschillende ingangswegen kunnen hanteren; herstelgericht werken, rehabilitatie, goede relationele vaardigheden (therapeutisch handelen); zelfstandig denken/handelen
- kennis/ervaring met psychopathologie: psychose en verslaving
 - flexibiliteit in aanpak maar ook in beschikbaarheid
 - zelfstandig kunnen werken en zin voor verantwoordelijkheid
 - rehabilitatieprocessen kunnen ondersteunen
 - voldoende frustratietolerantie : kunnen verdragen dat het niet goed gaat,
 - buiten je comfortzone kunnen werken
 - beroep kunnen doen op een gezonde persoonlijke draagkracht
 - goed kunnen samenwerken; communicatief vaardig
 - flexibiliteit : schakelen met andere zorgverleners (disciplines) + schakelen in intensiteit en in methodiek; naar de patiënt toegaan
 - inventief en creatief
 - werkt graag samen met anderen en in team maar is voldoende assertief om teamleden en andere betrokken actoren te overtuigen in het belang van de cliënt
 - niet oordelend zijn, mensen kunnen motiveren en inspireren,
 - zin voor methodisch doelgericht handelen: een begeleidingsplan kunnen vertalen in een actieplan
 - kritisch kunnen reflecteren over handelen van patiënt, eigen handelen en team
 - patiënten (ook met een verslavingsprobleem) graag zien
 - kunnen omgaan met zeer verschillende personen en culturen

- betrekken van experts zoals ervaringsdeskundige, familievereniging,...
- Kennis van de sociale kaart van de eerstelijns en de geestelijke gezondheidszorg

Caseload

1FTE :20 patiënten in zijn caseload, voor de houvastbegeleiders kan de caseload groter zijn wanneer daartoe ook patiënten behoren die een heel weinig frequent contact hebben.

Werkregeling / permanentie en wacht psychiater

- Op weekdays:
 - o Stamuren en geleide uren van 8:30u. tot 21:00u.
 - o Geleide uren ifv. de noden van de patiënt (vroeger dan 8:30 en later dan 17:00)
 - o Elke weekdag is er één teamlid dat werkt tot 21:00u.
- Telefonische bereikbaarheid:
 - o Elke weekdag van 8:30 tot 21:00u. op een centraal nummer
- W.E., feestdagen en s' nachts: geen telefonische bereikbaarheid

Deze werkregeling zal na enkele maanden worden geëvalueerd en indien nodig worden aangepast.

Overlegstructuur

- Interdisciplinaire patiëntenbesprekingen (ook voor long-stay-patiënten)
- Dagelijkse briefings
- Planbordsbesprekingen
- Intervisiemomenten

Voorbereidingen voor opstart functie

- Teamleden moeten tijd krijgen om elkaar te leren kennen
- Veel info, duidelijke verwachtingen en rollen, duidelijke leider
- Werkbezoek aan Reling-partners en aan projecten Nederland/België
- Opleiding

8.Huisvesting en logistiek:

Infrastructuur :

Buiten de kliniek, in de maatschappij, huis in de stad, bereikbaarheid met openbaar vervoer (bijv organisatie groepspsycho-educatie in de dienst); geïntegreerd samen met andere GGZ en zorgpartners : doorverwijzing + aanbod supervisie en intervisie.
(Opletten voor stigmatisering indien één gemeenschappelijk huis GGZ)

Teamlokaal, gesprekslokaal, burelen met PC en keukentje

Gebruik van eigen vervoer

Telefoon en GSM van 2B

Gedeeld patiëntendossier : elektronisch, bewaring conform wetgeving/deontologie

9. Aandachtspunten voor Stuurgroep 107:

De doelgroep volwassenen (18 - 65j.) houdt in dat we vragen hebben rond:

- wat met de jongeren 16 tot 18 jaar? Deze groep vergt specifieke expertise.
- wat met de 65-plussers die binnen 2B-team in begeleiding zijn/waren/blijven? Het aanbod voor deze leeftijdsgroep is subregio-gebonden. Toch is het belangrijk om de doelgroep zuiver te houden.

Idee van 'huis van de GGZ' of beter 'huis van zorg' waar verschillende diensten / functies zo kort mogelijk bij mekaar zitten, mekaar goed kennen en mekaar vlot en zonder drempels kunnen aanspreken (bv. bij al dan niet de juiste indicatie, bij vragen rond verwijzing, doorstroom,....)

Worden nieuwe aanmeldingen effectief gezien door F1B?

Gebeurt de indicatiestelling altijd door F1B en gebeurt deze indicatiestelling aan huis?

Gaat Functie 1B outreachend werken voor cliënten?

Referentiepersoon binnen F1B?

Functie 2B vraagt de garantie dat ze kunnen rekenen op de andere functies indien dit nodig is.

Zeker voor F4: wanneer een intramurale opname nodig is, moet er een BOR voorhanden zijn.

Ook het zorginhoudelijk mandaat van 2B-team (behandelplan van 2B-team verder zetten in de intramurale setting) verdient aandacht.

Middelen die vrijkomen door bevrozing van bedden leveren (mogelijks) ook x-aantal uren psychiater op. Die uren kunnen mee ingezet worden om voldoende uren psychiaterfunctie te kunnen waarborgen binnen de mobiele teams?

Gedeeld patiëntendossier; inzage door wie ? en informed consent

10. Interne en externe communicatie vóór start:

- Folder
- Spreekmomenten!!! Zo breed als mogelijk! Ook patiënten, familie?!
- LOK
- Welzijnsraden