

1. Doelgroep:

Leeftijd:

Duidelijke omschrijving van de doelgroep:

Scherpe formulering van inclusie- en exclusiecriteria

Doelgroep volgens pathologie, volgens ernst van crisis, (acute) behoefte aan interventie,...?

We richten ons naar volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige, complexe gestabiliseerde psychiatrisch problematiek (DSM- code) Hierin ontlede we volgende kenmerken:

Ernstig: de mensen ervaren beperkingen op diverse levensdomeinen: wonen, dagbesteding, vrije tijd, psychisch en lichamelijk functioneren met aandacht voor de daarbij horende medicatie, huishoudelijke vaardigheden, zelfzorg, sociaal administratieve competentie en relationele aspecten. Ze ervaren ernstige beperkingen in hun (sociaal) functioneren waardoor ook het participeren aan het maatschappelijk leven erg moeilijk verloopt.

Psychiatrisch:

In principe komen alle psychiatrische diagnosegroepen in aanmerking voor begeleiding in een project beschut wonen. Wij excluseren geen enkele diagnosegroep.

De meest voorkomende problematieken kunnen we herleiden naar enkele diagnoses:

- personen met een afhankelijkheidsproblematiek.
- personen met een psychotische problematiek, vooral schizofrenie.
- personen met depressieve stoornis.
- personen met dubbeldiagnose: schizofrenie en afhankelijkheidsstoornis.

langdurig

In wezen zijn dit allemaal stoornissen die een langdurige behandeling en begeleiding vergen omwille van de blijvende beperkingen die deze stoornissen met zich meebrengen.

Men doet beroep op functie 5 indien een langdurige rehabilitatie (vaak meer dan twee jaar) noodzakelijk is, aansluitend of tegelijkertijd lopend met een langdurige behandeling.

Gestabiliseerd

Hiermee wordt bedoeld dat de stoornis zich redelijk gestabiliseerd heeft waardoor het wonen in de maatschappij mogelijk is, waarbij via de aangeboden begeleiding snel kan ingegrepen worden bij crisismomenten: stabiel in zijn disfunctioneren. Er is een afwezigheid van storend gedrag waarbij hij/zij zichzelf en de anderen in gevaar brengt.

Het PVT doelpubliek onderscheidt zich verder met dien verstande dat zij:

- dagelijkse nood hebben aan ondersteuning op vlak van ADL (zelfzorg) wegens verminderd functioneren om psychiatrische redenen zonder dat hiertoe een 24-uurs beschikbaarheid van medische zorg noodzakelijk is,

- en waarbij geen blijvende lichamelijke zorg blijft primieren boven de psychiatrische zorg.
- niet over de vereiste vaardigheden beschikken om volledig zelfstandig te kunnen leven en deze vaardigheden niet binnen een redelijke termijn kunnen worden bijgebracht.
- nood hebben aan dagelijkse structurering van de dag zonder dat hiertoe ononderbroken toezicht noodzakelijk is
- nood hebben aan een aanwezige of oproepbare permanentie (om veiligheidsredenen) die binnen een korte tijd ook effectief beschikbaar is

Bovendien kan de PVT cliënten opvangen met een persisterend storend gedrag al dan niet met een forensisch statuut met dien verstande dat:

- zij vanuit hun psychiatrische stoornis veelvuldig storend gedrag vertonen, dat zich uit in de vorm van agressie, agitatie, impulsief gedrag, decorumverlies en/of suïcidaal gedrag
- het storend gedrag therapieresistent is aan de huidige bekende biologische en psychologische behandelingsmethodes, zoals blijkt uit een psychiatrische behandeling van ten minstens 2 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis en uit de afwezigheid van een gunstige te verwachten evolutie
- het storend gedrag een integratie en samenleven in de maatschappij in de weg staat
- het storend gedrag noopt tot een dagelijkse intensieve begeleiding ter bijsturing van het ongewenst gedrag.

Exclusiecriteria.

mbt psychiatrische pathologie:

In principe worden er geen exclusiecriteria gehanteerd met betrekking tot bepaalde diagnostische doelgroepen. Er zijn evenwel subregionaal kleine verschillen waardoor onderlinge *afstemming in de functie en in het netwerk noodzakelijk* blijven (zie 9.).

mbt functioneringsniveau:

- beschut wonen: nood aan permanent toezicht.
- afwezigheid van een minimaal niveau van functioneren;
opdracht voor de nabije toekomst: vereiste basisvaardigheden omschrijven (zie 9)
- indien geen nood aan huisvesting/woonondersteuning in goep en/of individueel gecombineerd met de nood aan zorg op diverse andere levensdomeinen (werk, vrije tijd,)
- indien er geen nood is aan duidelijke aanwezigheid van persoonlijke begeleider die de totaalzorg aanbiedt en/of coördineert.
- de afwezigheid van een minimale leervaardigheid, mentale ondergrens: IQ70

2. Doel van de functie:

*Functie-inhoud: behandeling / begeleiding / verzorging?
(zie Conceptueel raamkader SPILLER)*

Algemene doelstelling:

Ontwikkeling van **specifieke woonvormen**, waarin zorg kan geboden worden indien dit niet (meer) of nog niet mogelijk is in het thuismilieu of het thuisvervangend milieu, aan personen met een **ernstig, langdurig en gestabiliseerde psychiatrische problematiek**.

Met zorg wordt bedoeld:

observeren, motiveren, ondersteunen, behandelen/begeleiden, trainen, zorg coördineren op

de diverse levensdomeinen wonen, dagbesteding, vrije tijd, psychisch en lichamelijk functioneren en de daaraan verbonden aandacht voor medicatie, huishouden en zelfzorg, relationele en sociaal administratieve aspecten en zingeving.

In PVT ligt het accent op behoud van functioneren bij middel van ondersteunende zorg en op stimuleren van sociale contacten (oa met familie).

Operationele doelstellingen:

- De bewoners begeleiden naar het bereiken van een zo groot mogelijke graad van herstel, zelfstandigheid en integratie (inclusie) in de maatschappij ; Afstappen van het idee 'levenslang wonen'.
- balancerend tussen cure en care (functie 5 wil niet zelf gaan behandelen, maar speelt wel een belangrijke rol in het maken van afspraken met behandelaars, in het mee uitvoeren van een behandelplan en is dus maw behandelingsondersteunend)
- In een geïndividualiseerd zorgprogramma op maat en met een grote betrokkenheid van de cliënt en zijn omgeving volgens de principes van de stepped care en het subsidiariteitsprincipe.
- zorg wordt geboden in samenwerking met andere zorgpartners als:
de reguliere thuiszorg en welzijnsvoorzieningen: gezinszorg, thuisverpleging en huisarts het regulier welzijnswerk: sociale dienst OCMW, Mutualiteiten, CAW's...;
(apotheken: verslavingszorg)
de andere GGZ actoren en functies
betrokken derden: familie, partners...
- de sociale woningbouw en de sociale verhuurkantoren**
- liefst in een gezamenlijk project/goede afstemming met de actoren in functie 2b, 3
- in een divers aanbod van woonvormen zoals beschreven in de teksten met betrekking tot de differentiatie beschut wonen en differentiatie in PVT (PVTmin; PVTplus vr PSG).
- in een evenwichtige regionale spreiding in de vier operationele subregio's

Zorgfunctie:

- aanmelding:liefst een gezamenlijk instroombeleid uittekenen met de teams van 2b en 3.
- indicatiestelling: hiermee wordt vooral bedoeld het observeren en in kaart brengen van het functioneringsniveau op alle domeinen van de zorg.; evaluatie van het verblijf en het functioneren met eventuele oriëntering naar andere zorg(vormen) ;
- verzorging : aanbod van gedifferentieerde zorg in specifieke woonvormen.
- begeleiding/behandeling: balans tussen cure en care: uitvoeren van behandelplan.
- activering: opzetten van woon-, arbeid- en vrije tijdstraject ism specifiek aanwezige trajectteams.

3.Beleidingsduur:

Beschut wonen:

frequentie wordt bepaald naargelang de zorgvragen van de bewoner en het stadium/fase waarin die zich bevindt. Zorgvragen komen vanuit een interactief en steeds evoluerend

begeleidingsplan dat regelmatig geëvalueerd wordt. In regel gaat het over 1 tot 3 begeleidingsmomenten per week.

In specifieke woonvormen (vb trainingshuis) onderkennen we een tijdelijke verhoogde frequentie van aanwezigheid van een begeleider beschut wonen tot 5x per week zijn.

In andere specifieke woonvormen (vb zorgwonen) wordt mogelijks in samenwerking met andere zorgpartners dagelijks hulp geboden.

Intensiteit: is de duur van het contact tussen bewoner en hulpverlener.

Is afhankelijk van de persoonlijke zorgvragen van de bewoner en van de specifieke woonvorm waarin hij verblijft: trainingshuizen, zorgwonen, doorgangshuizen, ...
Ze kan variëren van 1 uur tot een halve dag (4uur).

Duur: niet zozeer de duur, wel de frequentie en intensiteit is bepalend in het zorgaanbod.

Eenzijds pleiten we voor een **minimale duur**: cliënten moeten de ruimte krijgen om 'thuis' te komen, om zich thuis te kunnen voelen, om ruimte te krijgen om specifieke doelen, verwachtingen... te formuleren.

We denken aan een periode van minimum een drietal maanden.

Regelmatig wordt er gewerkt met een **proefperiode : één maand**, om cliënt en groep de gelegenheid te geven tot reflectie.

Specifieke woonvormen als oriënteringshuizen (6 weken tot 3 maanden), doorgangshuizen, trainingshuizen (6 maanden tot 1 jaar) hebben duidelijk wel een einddatum.

In de meeste gevallen is geen duurtijd bepaald, doorstroming is echter een betrachting. Periodieke evaluatiemomenten, ingebouwd in het begeleidingsplan, zijn nodig om de noodzaak van een verder verblijf te toetsen, begeleidingsdoelstellingen te bespreken en zonodig bij te stellen.

Levenslang functie 5 zou meer en meer een uitzondering moeten worden.

Woonzekerheid kan ook gegarandeerd worden via het afronden van begeleiding en het herschikken van een erkende plaats, waarbij de vzw verder de rol van eigenaar waarneemt. In de toekomst mogelijks door te schuiven naar SVK en/of sociale woningbouw.

Lokatie:

Met het oog op een goede integratie zijn de woongelegenheden **verspreid in de regio**, maar in een **bepaalde straal** (15km) van het aanloopadres. (Norminterpretatie KB beschut wonen)

Er moeten voldoende mogelijkheden aanwezig zijn tot gebruik **van openbaar vervoer** en een optimale bereikbaarheid van **diensten en winkels**.

Elk IBW organiseert een **aanloopadres** in kader van deze richtlijnen.

Op een optimale spreiding te realiseren zal in de toekomst moeten gezocht worden naar meerdere contactpunten ism andere zorgaanbieders: welzijnsvoorzieningen.

De meeste contacten hebben plaats **ten huize** van de bewoner en in zijn concrete leefomgeving: familie, bank, werkgever....

Regelmatig zijn afspraken mogelijk op het aanloopadres.

Bereikbaarheid:

Verschilt momenteel van IBW tot IBW.

We streven naar een maximale bereikbaarheid via het **aanloopadres**, open op werkdagen tussen 9uur en 17 u , via de dagactiviteitencentra, via gebruik van GSM's, via de **Permanentie-GSM (24u/24u 7d/7d)** met mogelijkheid tot tussenkomst ten huize indien nodig.

PVT:

Frequentie: er is 7/7dagen 24/24u professionele en/of mantelzorg aanwezig

Intensiteit wordt bepaald door de individuele zorgnood: bijvoorbeeld beperkte woonondersteuning bij de meer zelfstandige bewoners; intensieve begeleiding bij mensen met persisterend storend gedrag.

duur: onbeperkt, maar afstappen van het idee dat iedereen levenslang 'moet' blijven., Zo lang de bewoner omwille van psychiatrische problemen nood heeft aan permanente en/of dagelijkse begeleiding.

Meestal wordt gewerkt met een proefperiode van 3 maanden, waarbij verwacht wordt dat de bewoner terug kan opgevangen worden door de verwijzer indien voor één van de partijen niet voldaan wordt aan de verwachtingen.

Lokatie: De zorg wordt momenteel geboden in de voorziening zelf.

In de toekomst ten huize en in een zorgcentrum waar de cliënten dagelijks naartoe komen.

Bereikbaarheid: 24u/24u 7d/7d

'Niet minder dan noodzakelijk, niet meer dan nodig'

4.Werkwijze/methodiek:**Methodisch kader:**

* **Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) : milieu- en ontwikkelingsgericht**

Ontwikkelingsgericht met een aantal opeenvolgende fasen:

- Kennismaking: opbouwen van een hulpverleningsrelatie; opbouwen van vertrouwen,
- Observatie: verzamelen van informatie over de beperkingen, de mogelijkheden, de wensen en behoeften, de ondersteuningsvragen en de gewenste hulpmiddelen.
- Stellen van doelen
- Maken van een plan en bepaling van de hulpmiddelen
- Uitvoering van het plan, consolideren en generaliseren
- Evaluatie en terugkoppeling

Milieugericht:

De milieugerichte psychosociale rehabilitatie is er vooral op gericht om de context, leefomgeving van de bewoner, in de mate van het mogelijke af te stemmen op de aanwezige capaciteiten van de bewoner bij middel van het aanbieden van een aantal prothesen.

In beschut wonen hanteren we beide methodieken.

In PVT ligt de klemtoon vooral op de milieugerichte rehabilitatie, zonder echter te berusten in de beperkingen van de bewoner en zijn situatie. Ze proberen een leefklimaat te creëren waarin de bewoner zo goed mogelijk kan functioneren en ruimte krijgt om signalen uit te sturen naar zijn buddy's (professionele medewerkers van de voorziening) waarmee eventueel aan de slag kan gegaan worden om wonen en het algemeen welbevinden te optimaliseren.

* **aansluitend op/aanvullend** bij een intra/extramurale **psychiatrische, psychosociale behandeling en begeleiding**

* met geloof voor de evenwaardigheid, de kracht, de mogelijkheden van de cliënt:
empowerment

* **rekening houden met zijn beperkingen**

* gelijktijdig op **diverse levensdomeinen**

* in een formule met een **vaste begeleid(st)er (referentiepersoon)** ondersteund door zijn team, gebruik makend van elementen uit de F-ACTmethodiek: **shared caseload, intensifiëring van zorg.**

* ism andere actoren /functies.

* diverse rollen van de begeleider (BW) /de buddy (PVT): (Beroepsprofiel begeleider beschut wonen; Rik Huys Hiva, Leuven/Gent)

- opvolgen/observeren
- bevragen, verduidelijken, benoemen
- motiveren: stimuleren, ondersteunen
- trainen: aanleren, bijbrengen van vaardigheden
- (tijdelijk)overnemen
- coördineren
- kwartier maken
- van beperkte coaching tot aanklampende hulpverlening

5.Doorstroombeleid:

- Welke zijn de (potentiële) verwijzende instanties?

Een breed spectrum van hulpverleners op voorwaarde dat er een GGZ actor betrokken is en er sprake is van een psychiatrische diagnose, behandeling en indicatiestelling tot een specifieke woonvorm.

Ook familie en de kandidaat zelf kunnen rechtstreeks aankloppen.

In de toekomst zien we een poortfunctie mogelijks via functie 1,

Respijthuizen: via functie 2b na sociale crisis en geen nood aan psychiatrische opname

- Aanmelding: bij wie? Procedure?

Voorstel: Opstarten van een overleg met de functies 2b/3/5 om enerzijds de aanvragen te kanaliseren en anderzijds een platform te creëren om zorg op elkaar af te stemmen. Een gezamenlijk intakedossier kan hierbij een hulp zijn.

In een latere fase kan dit leiden tot het oprichten van een centraal aanmeldingspunt per subregio.

Afstemming met de andere subregio's is nodig omdat kandidaten zich op diverse plaatsen melden.

- Opnamebeleid / Intakeprocedure?

Beschut wonenPVT

Grotendeels loopt het opnamebeleid in beide deelwerkingen gelijk:

in de kennismakings- en intakefase onderkennen we diverse stappen.

* Kennismaking met aanbod en intakeprocedure.

* Intakeperiode: kennismaking met kandidaat en zijn verwachtingen aan de hand van intakebundel, gesprekken bij projectverantwoordelijken en/of teamleden, raadpleging en terugkoppeling met toezichthoudende psychiater,..., informatieverzameling bij verwijzer, directe omgeving..

* Bespreking van de aanvraag en beslissing: (opnameteam, PVT-comité).

* Wachtlijst

* Indien moment van opname zich aandient zal men de intake vernieuwen: voldoet de kandidaat nog aan de criteria?; toewijzing aan bepaalde woonvorm en/of begeleider; opstart van het begeleidingsplan; de instap.

* Indien de kandidaat niet wenst of kan instappen op het moment dat zich een plaats aandient, krijgt hij vaak een herkansing: ofwel blijft hij op de wachtlijst staan, ofwel dient hij een nieuwe aanvraag te formuleren (vzw BASIS, PVT)
(Verder af te stemmen in toekomstig overleg)

- Doorstroombeleid:

* We onderkennen hier opnieuw een onderscheid tussen PVT en Beschut wonen.

In tegenstelling met beschut wonen waar via permanente bijsturing van het begeleidingsplan gewerkt wordt aan het verzelfstandigen van de bewoners met het oog op doorstroming, is dit niet de primaire doelstelling van de PVT; maw doorstroming is geen must.

* Regelmatig wordt terug verwezen naar de behandelsettings al of niet met behoud van zijn kamer in het initiatief.

Vaak realiseren we doorstroming in eigen initiatief of bij collega's door het aanbieden van een aangepastere woonvormen.

Doorverwijzing gebeurt ook naar andere woonondersteunende projecten zoals woon- en zorgcentra, VAPH-voorzieningen.

Heel veel bewoners gaan zelfstandig wonen al dan niet met ondersteuning van ambulante begeleiding door GGZ en/of welzijnsactoren.

* Om de overgang naadloos te laten verlopen wordt heel vaak een nazorgbegeleiding aangeboden beperkt in tijd (3 tot 6 maanden) of in beperkt in zorgaanbod.

6. Relaties:

- Afstemming en samenwerking met andere functies en voorzieningen

Op korte termijn

- * overleg met functie 2b en 3 met betrekking tot het formuleren van een opnamebeleid over de subregio's en het bespreken van de aanvragen, subregionaal.
- * afstemming van het aanbod tussen 2b 3 en 5.
- * vermits de woonteam's weinig of geen expertise hebben omtrent crisisbehandeling vragen we of het haalbaar is om ondersteuning van functie 2b te krijgen voor behandeling en ondersteuning van de woonbegeleiders.

- Overlegstructuren

- * subregionaal niet cliënt gebonden overleg met functie 2b en 3
- * overleg met de functies uit de andere subregio's
- * subregionaal overleg met andere zorgverstrekkers: OCMW, VAPHvoorzieningen, CAW's, huisvestingsdiensten, eerste lijns zorg: huisarts, verpleegkundigen, thuiszorgdiensten; ouderenzorg...

7. Interne organisatie van de functies:

- Teamsamenstelling van een multidisciplinair team:

Beschut wonen

- * Het KB beschut wonen voorziet personeel op basis van het aantal erkende plaatsen met een sleutel van 1 op 8 bewoners voor 2/3^{de} van het aantal erkende plaatsen en 1 op 6 bewoners voor 1/3^{de} van het aantal erkende plaatsen.

Woonrehabilitatieteam's bestaan uit 6 tot 7 VTE's die instaan voor een groep bewoners variërend van 50 tot 90 bewoners, afhankelijk van de subregio en de organisatie van de zorg in deze subregio: aanwezigheid van dagactiviteitencentra, daghospitaal,..

- * Samenstelling:

Ook al is de functieomschrijving voor elk teamlid identiek pleiten we voor een multidisciplinaire en evenwichtige teamsamenstelling met leden met een diverse vooropleiding: maatschappelijk werk, (psychiatrisch) verpleegkunde, ergotherapie, orthopedagogie.

Er is een (beperkte)ondersteuning door toezichthoudende psychiater, soms ook via een psycholoog: nood aan meer!!!.

- * Er is nood aan verdere professionalisering van de equipe vooral rond psychiatrische diagnoses en de gevolgen op gebied van functioneren; vooral rond methodisch werken.

PVT

- * Een buddyteam van een PVT eenheid bestaat uit een equipe van 13 VTE per 30 bewoners.

- * samenstelling:

7 gekwalificeerden: Verpleegkunde, Maatschappelijk werk, Ergo, Orthopedagogie

6 zorgkundigen.

Er is ondersteuning door de aanwezigheid van de psychiatrische functie 24u voor 120bewoners

en één full time psychologische functie.

(Opm. PVT vr mensen met mentale beperking: 1/2^{de} master orthopedagogie op 15 bewoners)

Er is logistieke ondersteuning vanuit het psychiatrisch ziekenhuis mbt onderhoud, administratie, personeelsdienst.

- **Welke competenties** dienen de teamleden te bezitten?

* Gezien we momenteel geen nieuwe invulling dienen te geven aan de equipes van functie 5 hebben we het gesprek omtrent de competenties beperkt gehouden en verwijzen we hiervoor terug naar het boekje 'Beroepsprofiel begeleider beschut wonen; Rik Huys, Hiva, Leuven/Gent

In het PVT is de buddy de specialist van het dagelijks leven

* Het lijkt ons zinvol de komende tijd hierover verder van gedachten te wisselen indien er meer duidelijkheid is over de mogelijkheden die de nieuwe KB's met zich mee zal brengen; indien er meer differentiatie in de woonvormen uitgewerkt zullen worden.

- **Werkregeling: werkuren, shiften?**

Werkuren

Beschut wonen:

De uurroosters liggen tussen 7u30 en 21 uur. Het is gebruikelijk dat begeleiders ook 's avonds afspraken met bewoners(groepen) maken, afhankelijk van de noodwendigheden. Er wordt dus van het personeel verwacht dat er flexibel met de werktijden kan omgesprongen worden. De stamtijden liggen vaak tussen 8u30 en 17u met 's morgens een afwijking van één uur en 's avonds een afwijking van 4uur.

In PVT wordt er gewerkt in een drie ploegensysteem

Permanentie: wachtrekking, nachtpermanentie?

In de IBW's is er een telefonische wacht, 24u/24u ook op zon- en feestdagen met mogelijkheid tot interventie.

In PVT is een 24uurs permanentie voorzien.

- Psychiatrische functie en wachtrekking / permanentieregeling

Beschut wonen:

De psychiater in beschut wonen heeft geen behandelopdracht. Hij/zij is verantwoordelijk voor het opnamebeleid, het uitschrijven van crisisprotocols, de contacten met de behandelende artsen/psychiaters en de vorming van het personeel. Hiervoor zijn een beperkt aantal uren financiering voorzien, afhankelijk van de grootte van het project: tot maximaal 9u per week. Hiermee wordt ook een zekere (permanente)bereikbaarheid voor overleg in crisissituaties gedeeltelijk ingevuld.

PVT: heeft 24u psychiater in de financiering.

Permanentie wordt georganiseerd vanuit het ziekenhuis.

- **Aanbod van woonvormen:**

Er is reeds een gedifferentieerd aanbod gerealiseerd. We willen echter in het netwerk verder werken aan een verdere differentiatie in woonvorm en zorginhoud en aan een betere spreiding, ook voor de PVT.

8.Huisvesting en logistiek:

- *Infrastructuur, teamlokalen, vervoer, telefoon,...?(de meest wenselijke situatie)*

We pleiten opnieuw voor een clustervorming rond 'herstel': De oprichting van een rehabilitatiecentrum met de functies 2b-3-5.

(cfr nieuw KB op Beschut wonen en PVT)

- *Patiëntendossier – bewaring van dossiers*

De Limburgse IBW's hebben reeds lang aan een eenvormig dossier gewerkt met de bedoeling hiervan een elektronische versie te maken. De beperkte budgettaire middelen en de grote verwachtingen mbt de output/listings... hebben de concrete realisatie momenteel niet mogelijk gemaakt .

Ook de inspectie dringt aan op een elektronisch dossier.

PVT gebruikt elektronisch dossier REGAS, ontwikkeld voor de voorzieningen van Broeders van Liefde, aangepast aan hun eigen behoeften.

We pleiten voor een uniform patiëntendossier over de functies heen met de mogelijkheid tot een selectieve raadpleging en/of overdracht binnen de diverse zorgactoren met voldoende waarborgen voor de privacy.

- *Logistieke functies.*

Binnen het KB **beschut wonen** en de personeelsnormering is er geen ruimte voor coördinatie en logistieke functies. Ze worden georganiseerd met alternatieve financieringen of ingeboet op de begeleidingsequipe.

Samenwerking, schaalvergroting dringt zich op voor aspecten als boekhouding, loonverwerking, ICT, preventie...

PVT kan beroep doen op de diensten van het psychiatrisch ziekenhuis.

9.Aandachtspunten voor netwerk en de stuurgroep 107:

Welke vragen heeft de focusgroep voor Stuurgroep 107?

- Opstart overleg tussen functies 2b - 3 en vijf. Uitwerking van een gezamenlijk instroombeleid. Eventueel clusteren van deze functies en oprichten van een rehabilitatiehuis.

- afstemming rond inclusie/exclusie van bepaalde diagnostische doelgroepen over de functies heen. Eventueel benoemen: ontwikkelingsstoornis, NAH, korsakov, mentaal en psychische problematiek,...

- werken aan een spreidingsplan, zeker ook voor de PVT.
- faciliteren van overleg met woningbouw, sociale woningbouw, SVK en het lokaal, vlaams en het federaal beleid omtrent aanbod éénpersoonswoningen, de betaalbaarheid en het opmaken van een lokaal doelgroepen- en toewijzingsbeleid.
Oprichten van een woonplatform (cfr WIN: Wonen in Noord Limburg.)
- faciliteren overleg functie 5 mbt uitschrijven/afstemmen van de vereiste basisvaardigheden nodig voor de instap in beschut wonen.
- Afstemming individueel beschut wonen versus bewoners in functie 2b.
- afstemming over de functies heen van de 24u bereikbaarheid, de wachtvergoedingen en de diverse voordelen in natura.
- uitwerken van een goed vormingspakket ism koepels, overheid,... Oa over rehabilitatie.
- uitwerking van een electronisch dossier.
- Aandacht voor andere leeftijdsgroepen: oa: Waar kunnen 'functie2b' vragen voor +65tigers terecht.

Werkten mee aan deze focustekst.

Voor Asster Stad: Lode Gelade
 Voor Asster Melveren: Lieve Snellinx
 Voor Asster PVT: André Claes en Mieke Francis
 Voor Beschut wonen Noord Limburg: Fons Plas
 Voor Beschut wonen West Limburg: Joris Smets
 Voor Beschut wonen Basis: Eric Knoops
 Voor Beschut wonen BEWUST: Niek Geuens, (voorzitter)
 Voor CAW: Johan Neyens
 Voor Landelijke Thuiszorg: Ilse Debroux
 De netwerkcoördinator: Eddy Daems

Waarvoor mijn dank.