

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Brussel, 09/09/2010

**DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD
VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling Programmatie en Erkenning

O/Ref. : NRZV/D/PSY/318-1

**Advies inzake de overlegfunctie van de overlegplatforms geestelijke
gezondheidszorg voor o.a. personen met een middelenmisbruik**

**Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt**

**De Secretaris
C. Decoster**

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 9 september 2010

In een schrijven d.d. 29.03.10 vraagt minister Onkelinx aan de voorzitter van de NRZV een advies uit te brengen over het voorstel om het pilootproject “implementatie van de functie van zorgcoördinator in de schoot van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg voor personen met een probleem inzake middelenmisbruik”.

Op basis van een hoorzitting met een aantal ad hoc uitgenodigde experts (Mevr. Sophie Henry, Dhr. Dirk Hellemans, Dhr. Didier De Vleeschouwer en Dhr. Jacques Van Russelt), de bespreking van een aantal ter beschikking gestelde documenten (rapport 2010 en motivatienota op voorstel van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg) en een toelichting m.b.t. de evaluatie van het project door de FOD Volksgezondheid door Mevr. Caroline Theisen, maakt de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV een reeks vaststellingen en formuleert het volgende advies.

Overwegingen

Uit het rapport 2010 van de FOD Volksgezondheid, blijkt dat het project door de overlegplatforms op diverse en uiteenlopende manieren wordt ingevuld. Gemeenschappelijke doelstellingen inzake de overleg- en coördinatiefunctie die door de overlegplatforms moet opgenomen worden dringen zich dan ook op. Overigens wordt vastgesteld dat ***overleg en coördinatie in de geestelijke gezondheid op drie verschillende en te onderscheiden niveaus*** moet ontwikkeld worden.

Vooreerst is er voor specifieke patiënten al dan niet in specifieke zorgsituaties nood aan een ***individueel cliëntgebonden overleg***, vaak casusoverleg genoemd en die bv. vorm en inhoud krijgt via een of andere vorm van cliëntgebonden case management.

Vervolgens zal in het kader van het uitbouwen van voorzieningsoverschrijdende netwerken en zorgprogramma's voor leeftijdsdoelgroepen (of zorgtrajecten als onderdeel ervan) een sturing en coördinatie van de zorginhoud en de zorgorganisatie moeten gerealiseerd worden. Het gaat daarbij om ***overleg op netwerkniveau*** tussen GGZ-actoren. Het doel hierbij is o.a. afstemming te garanderen van de mensen en middelen die worden ingezet door elk van de voorzieningen en diensten die deelnemen aan het netwerk en de inhoud en het opzet van elk onderdeel van het aangeboden zorgprogramma in operationele termen uit te schrijven.

Tenslotte is er op niveau van de overlegplatforms nood aan een ***doelgroep gebonden overlegfunctie*** met betrekking tot het feitelijk zorgaanbod binnen het betrokken werkingsgebied van het overlegplatform. Dit overleg moet zich niet alleen richten op de drie grote leeftijdsdoelgroepen maar ook op de doelpopulaties hierbinnen. Dit overleg kan voor bepaalde subdoelgroepen bv. forensische zorg, ook gezamenlijk door aan elkaar grenzende overlegplatformen opgenomen worden.

Bovendien is dit overleg niet alleen gericht op GGZ-actoren onderling, maar ook op de afstemming met initiatieven van voorzieningen en diensten uit andere beleidsdomeinen, zoals huisvesting, welzijn, onderwijs, arbeid, cultuur, sport en vrije tijd, ... Deze doelgroep gebonden overlegfunctie heeft als primair doel om, door het verhelderen van de rol en de opdrachten van elkeen, een zo groot mogelijke synergie en complementariteit te realiseren tussen al deze beleidsdomeinen. Via dit overleg draagt het overlegplatform bij tot het in kaart

brengen en opvolgen van lacunes en doublures in het zorgaanbod en wordt de samenwerking gefaciliteerd tussen GGZ-actoren onderling en andere partners.

Advies

Rekening houdend met de positieve evaluatie door de FOD Volksgezondheid mag het pilootproject opgestart in november 2002 een structurele basis krijgen op voorwaarde dat wordt rekening gehouden met hierna volgende aanbevelingen en aanpassingen:

- De term “zorgcoördinatie” moet aangepast worden in: **doelgroep gebonden overlegfunctie**. De nu gebruikte term zorgcoördinatie is verwarrend en strookt niet met de eigenlijke opdracht. Het gaat immers over een ondersteunende, faciliterende overlegopdracht vanuit de overlegplatforms.
- Naast het faciliteren van het overleg tussen de voorzieningen van de sector geestelijke gezondheidszorg, dienen in het overleg ook nog tal van andere actoren en partners betrokken te worden zoals de actoren uit de eerste lijn, de verzekeringsinstellingen, justitie, de provinciebesturen, de welzijnsstructuren, ...
- In plaats van een nieuw federaal overkoepelend begeleidingscomité te installeren, kan door de opdracht te beschouwen als een verbijzondering van de huidige opdracht van de overlegplatforms een integratie worden gerealiseerd in het reeds voorziene federaal overlegplatform dat vermeld wordt in art. 10 bis van het K.B. van 10 juli 1990. De tekst kan als volgt luiden:
“Een jaarlijks activiteitenverslag van de doelgroep gebonden overlegfunctie wordt geïntegreerd in het jaarverslag van het overlegplatform. De activiteiten van de doelgroep gebonden overlegfuncties dienen ten minste jaarlijks besproken en geëvalueerd te worden in het federale overlegplatform vermeld in art. 10 bis.”
- De doelgroep van het overleg in de pilootprojecten nu gericht op personen met een probleem inzake middelenmisbruik moet op termijn uitgebreid worden naar andere bijzondere subdoelgroepen. Concreet wordt hierbij onder meer gedacht aan de subdoelgroep personen met een mentale handicap en psychiatrische stoornis en de subdoelgroep geïnterneerden. Aan de overlegplatforms moet een stappenplan gevraagd worden waarin vermeld wordt wanneer en voor welke subdoelgroep de betrokken functie wordt uitgebouwd.
- Het voorstel tot invoeging van een art. 8ter in het K.B. van 10 juli 1990 zoals geformuleerd in de voornoemde motivatienota wordt als volgt gewijzigd:
“Art 8 bis §1 De overlegactiviteiten van een samenwerkingsverband hebben betrekking op de zorg voor drie doelgroepen die overeenstemmen met de hierna volgende leeftijdsdoelgroepen:
 - a) Kinderen en jongeren
 - b) Volwassenen
 - c) Ouderen

In het kader van deze overlegactiviteiten wordt tevens overleg georganiseerd voor een aantal specifieke subdoelgroepen, onder meer voor personen met middelenafhankelijkheid,

personen met een handicap en een psychiatrische stoornis, personen met een forensisch statuut en een psychiatrische stoornis, ...

In de subdoelgroep gebonden overlegactiviteiten worden tevens de relevante actoren en partners van de betreffende sectoren (verslavingszorg, gehandicaptenzorg, justitie, welzijn, arbeid, ...) actief betrokken.”

- Voor elk overlegplatform wordt in aanvulling op de financiering van hun huidige opdracht met name voor de doelgroep toxicomanen een basisbedrag voorgesteld van € 15.000. Dit basisbedrag moet ook aan het Duitstalig overlegplatform worden toegekend. Voor de uitbreiding van de overlegfunctie naar de andere doelgroepen is het voorstel om aan alle overlegplatforms een bijkomend budget te verdelen pro rata de huidige budgetten voor het pilootproject na correctie van de basisfinanciering van in totaal € 180.000. Voor de aanpassing aan de indexstijging en de kosten inzake anciënniteit sedert de opstart van het pilootproject, wordt verwezen naar het advies van de NRZV om voor alle pilootprojecten deze aanpassing door te voeren. De financiering zou eigenlijk afhankelijk gemaakt worden van de mate waarin ze aantonen dat ze deze taken effectief opnemen.

Dit geeft het volgende resultaat op jaarbasis, exclusief de index- en anciënniteitsaanpassingen:

	Actuele bedragen voor de doelgroep verslavingszorg (1)	(2) = (1) met een minimum bedrag van € 15.000	(3) = (2) + verdeling van € 180.000 pro rata de bedragen in kolom (2)	(4)=(2)+(3)
Oost-Vlaanderen	49.495	49.495	22.443	71.938
West-Vlaanderen	40.863	40.863	18.529	59.392
Antwerpen	60.162	60.162	27.280	87.442
Limburg	29.040	29.040	13.168	42.208
Vlaams-Brabant	37.185	37.185	16.861	54.046
Brabant wallon	12.997	15.000	6.802	21.802
Liège	37.084	37.084	16.816	53.900
Hainaut *	46.177	46.117	20.912	67.029
Luxembourg	9.161	15.000	6.802	21.802
Namur	16.322	16.322	7.401	23.723
Bruxelles	35.691	35.691	16.184	51.875
Duitstalige regio		15.000	6.802	21.802
	374.177	396.959	180.000	576.959

* Uit te splitsen over 2 overlegplatforms

Met dit advies zijn de vragen 1, 2, 6 en 7 zoals geformuleerd op het einde van het rapport 2010 beantwoord. Op de vragen 3, 4 en 5 is het antwoord neen.

De vragen worden hieronder in volledige vorm weergegeven.

1. Voorstel tot wijziging van het KB

We hebben alle zorgcoördinatoren gevraagd om overleg te plegen en ons een voorstel tot wijziging van het KB van 10 juli 1990 (article 8ter) te verzenden.

Hieronder vindt u het voorstel dat ons werd bezorgd :

« Par ailleurs, chaque association développera les activités de concertation relative aux problèmes liés aux substances et aux assuétudes. Afin de les réaliser, l'association veillera à la collaboration et à la concertation maximale entre les institutions de soins de santé mentale et les institutions de soins pertinentes pour les personnes présentant un problème lié aux substances et/ou lié aux assuétudes. Les secteurs apparentés pourront également être impliqués dans les activités de concertation.»

“Elk samenwerkingsverband ontwikkelt overlegactiviteiten betreffende ‘middelengerelateerde stoornissen en verslavingsproblemen’. Om dit te realiseren, zal het samenwerkingsverband waken over de samenwerking en het maximaal overleg tussen de zorgvoorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg en de relevante zorgvoorzieningen voor personen met een middelengerelateerde stoornis en/of verslavingsproblematiek. Ook de sectoren met gemeenschappelijke raakvlakken worden in deze samenwerking en overleg betrokken.”

Het advies van de NRZV wordt gevraagd.

2. Moet er een minimale arbeidstijd zijn?

Het forfaitaire budget dat wordt toegekend aan de overlegplatformen wordt berekend op basis van de bevolkingsdichtheid in elke provincie. Het budget dat aan bepaalde provincies wordt toegekend (onder meer Waals-Brabant en Luxemburg) maakt slechts de indienstneming van een coördinator met verminderde arbeidstijd mogelijk (minder dan een halftijdse coördinator). Binnen deze provincies is het aantal betrokken actoren evenwel nogal beperkt. Zou er moeten worden overwogen om een minimaal budget toe te kennen zodat er een halftijdse coördinator zou kunnen worden aangeworven of is deze oorspronkelijke verdeling van het budget volgens u adequaat?

3. Moet er een onderscheid worden gemaakt tussen alcohol/illegale drugs?

Bepaalde provincies hebben er vrijwillig voor geopteerd om een onderscheid te maken tussen alcoholproblemen en illegale drugsproblemen. Bijgevolg organiseren deze platforms twee afzonderlijke overlegmomenten. Zou dit volgens u voor alle provincies met een gediversifieerd zorgaanbod moeten worden vooropgesteld? Of moet daarentegen de keuze aan de platforms zelf worden overgelaten?

4. Moet men blijven een formele ondertekening van de samenwerkingsakkoorden vragen?

Het proefproject loopt sinds eind 2002. Bijgevolg moesten de coördinatoren volgens de door het proefproject vermelde doelstellingen de ondertekening van formele samenwerkingsakkoorden maximaal trachten te bevorderen. Na 8 jaar project zijn de voornaamste samenwerkingsakkoorden gesloten die in de provincies kunnen worden ondertekend. Moet men de ondertekening van dit soort akkoord blijven vragen of zou het zinvoller zijn om de keuze aan de platforms te laten en dat ze op die manier zelf de relevantie hiervan op basis van hun eigen kenmerken evalueren? In bepaalde provincies bestaat er evenwel terughoudendheid om formele akkoorden te ondertekenen, terwijl andere meer informele samenwerkingsvormen vaak veel efficiënter zijn.

5. Aan te bevelen methodologie?

Zodra het project structureel is gemaakt, zouden de overlegplatforms bijkomende subsidies krijgen voor zover ze een bijzondere aandacht aan de doelgroep van de personen met een

middelengerelateerde problematiek besteden. Er wordt dus een grote speelruimte voor de platforms worden gelaten voor de organisatie van dit overleg. Moet er een bijzondere methodologie worden vooropgesteld?

6. Link met de basisopdrachten van de geestelijke gezondheid

Voor 2010 hebben we de overlegplatforms gevraagd dat ze meer en meer de specifieke functie « verslaving » in de basisopdrachten van het overleg inzake geestelijke gezondheid van de platforms zou opnemen. Bijgevolg zullen de basisopdrachten dezelfde zijn als deze van de geestelijke gezondheid. Hoe zou deze link moeten worden gecreëerd, onder meer op het vlak van overlegvergaderingen (of andere vormen) die moeten worden georganiseerd?

7. Uitbreiding naar andere soorten verslavingen (die geen verband houden met middelengebruik)

Momenteel wordt het proefproject beperkt tot alles wat betrekking heeft op middelengerelateerde verslavingen. Met gokverslavingen (of cyberverslavingen) wordt geen rekening gehouden. Zou er moeten worden overwogen om het project uit te breiden en dus ook gokverslavingen te integreren?

Bijlage: “Verslag 2010”

Verslag 2010

Proefproject:

**« IMPLEMENTATIE VAN DE FUNCTIE VAN
ZORGCOORDINATOR IN DE OVERLEGPLATFORMS VOOR
GEESTELIJKE GEZONDHEID BETREFFENDE DE
BEHANDELING VAN PERSONEN MET EEN
MIDDELENGERELATEERDE PROBLEMATIEK »**

Theisen Caroline & Karel Borrenbergen

DG-1, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Dienst Psychosociale gezondheidszorg

Cel drugs

1. Beschrijving van het project:

Dit proefproject heeft als doel de functie van zorgcoördinator in de overlegplatforms voor geestelijke gezondheid betreffende de behandeling van personen met een middelengerelateerde problematiek te implementeren.

De provinciale overlegplatforms moeten de regionale behoeften op het vlak van gezondheid analyseren en een inventaris hiervan opmaken en de zorgprogramma's en –circuits beschrijven, dit vanuit het oogpunt van de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien moeten deze platforms de functies opsporen die ontbreken in het zorgaanbod en deze via lokaal overleg creëren. De overlappingsen in het zorgaanbod moeten ook worden gezocht en opgelost.

De taak van de zorgcoördinator van elk van de platforms bestaat erin om het overleg betreffende een zorgcircuit voor personen met een middelengerelateerde problematiek te vergemakkelijken en te evolueren naar een maximale deelname van de actoren zodat dit overleg leidt tot samenwerkingsakkoorden tussen minstens drie verschillende soorten relevante actoren.

Kort samengevat zal de verantwoordelijke van het project « Implementatie van de functie van zorgcoördinator voor de behandeling van personen met een middelengerelateerde problematiek » informatie (een inventaris opmaken) betreffende de volgende vragen moeten inzamelen:

- Wat is het zorgaanbod en de zorgvraag (wachtlIJst, bijkomende bedden die vereist zijn voor een specifieke subdoelgroep, ...) voor de doelgroep in de provincie?
- De soorten behandelingen beschrijven die in de verschillende instellingen moeten worden geïmplementeerd.
- Wat zijn de zorgbehoeften in de provincies, met het oog op een zorgcircuit?
- Wat zijn de voornaamste hindernissen vandaag de dag?
- Vertonen de provincies bepaalde lacunes in het zorgaanbod?
- Is er een maximale deelname van de actoren die betrokken zijn bij de verschillende overlegniveaus?
- Hoeveel informele en/of onlangs gecreëerde samenwerkingsvormen zijn er geformaliseerd?
- Bestaat er op het terrein een consensus over de definitie van de essentiële begrippen « zorgcircuits » en « zorgnetwerk » voor deze doelgroep? Indien ja, welke?

2. Budget

Het forfaitaire budget dat wordt toegekend aan de overlegplatforms wordt berekend op basis van de bevolkingsdichtheid in elke provincie (zoals gespecificeerd in artikel 9 van de wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1987 en in het KB van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen). Het budget dat jaarlijks aan dit project wordt toegekend, bedraagt 374.177 € voor alle betrokken provincies of gewesten.

Hieronder vindt u de verdeling van het budget provincie per provincie:

Provincies	Budget 2010 voor 12 maanden
Oost-Vlaanderen	49.495 €
West-Vlaanderen	40.863 €
Antwerpen	60.162 €
Limburg	29.040 €
Vlaams-Brabant	37.185 €
Brabant wallon	12.997 €
Liège	37.084 €
Hainaut	46.177 €
Luxembourg	9.161 €
Namur	16.322 €
Bruxelles	35.691 €

Totaal	374.177 €
---------------	------------------

3. Historiek

Dit project is in november 2002 in alle Belgische provincies ingevoerd, met uitzondering van de provincie Namen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die slechts tot het project toegetreden zijn respectievelijk in november 2005 en december 2007.

Sinds het begin van dit proefproject wordt er een evolutie vastgesteld op het vlak van de concrete doelstellingen die de voorgaande jaren zijn gedefinieerd: het zorgaanbod voor de volledige doelgroep is bij het overleg betrokken, het aantal formele samenwerkingsakkoorden neemt toe, de ontwikkeling van een duidelijke visie en het vaststellen van doelstellingen zijn belangrijke en veelgebruikte werkinstrumenten geworden, het aantal relevante actoren dat deelneemt aan het overleg stijgt en de consensus tussen de actoren over de basisconcepten « zorgcircuits » en « -netwerken » neemt toe.

Uit de evaluatie van het jaar 2007 bleek de noodzaak om de werking van dit project te herzien, onder meer om zich beter aan te passen aan de specifieke situaties in elke provincie en zich beter af te stemmen op de andere terzake bestaande initiatieven. Er is beslist om over te gaan tot een verlenging van 6 maanden teneinde het gevolg dat hieraan moet worden gegeven grondiger te kunnen evalueren (overeenkomst van 1 augustus 2008 tot 31 januari 2009).

Uit de evaluatie van het jaar 2008 bleek dat het moeilijk is om een heroriëntering van het identieke project in alle provincies voorop te stellen. De situatie en de evolutie binnen de verschillende provincies variëren immers sterk. We hebben dus beslist om dit project voor een duur van 11 maanden te verlengen. Er zijn evenwel enkele aanpassingen en wijzigingen aangebracht. De basisdoelstellingen waren immers steeds dezelfde als de voorgaande jaren, maar elk platform heeft zich er bovendien toe verbonden om **een individueel plan (timing en doelstellingen)** te volgen. De individuele evaluatie en opvolging van elk provinciaal plan werd door de FOD, naast de gebruikelijke begeleidingscomités, verzekerd.

In de loop van 2009 zijn we ons, dankzij de individuele en grondige opvolging van de werkzaamheden van elke coördinator, meer bewust kunnen worden van de verrichte werkzaamheden en hebben we kunnen evalueren of de doelstellingen die eigen zijn aan elke provincie al dan niet werden bereikt. De implementatie van deze individuele plannen en dus de inaanmerkingneming van de realiteit op het terrein in de verschillende provincies hebben een zeer gunstig effect gehad. Men stelt een grotere betrokkenheid vast van de relevante actoren, wat kan worden verklaard door een betere inaanmerkingneming van hun specifieke kenmerken, hun behoeften en hun verwachtingen. Bovendien werden in een groot aantal provincies werkgroepen opgericht die specifiek zijn voor een doelgroep (jongeren en ouders, dubbele diagnoses, ...), dit naast het bestaan van het algemene basisoverleg. Deze groepen hebben het onder meer mogelijk gemaakt om discussies en debatten op te starten betreffende werkgroepen waarvoor het zorgaanbod niet altijd aangepast en toereikend is.

In de toekomst zouden we willen dat dit project structureel wordt gemaakt door middel van de toekenning van een subsidie bovenop deze die wordt toegekend voor de basissubsidiëring van de overlegplatforms geestelijke gezondheid (via subsidies van de ziekenhuizen). Een bijkomend jaar op basis van ditzelfde model (individueel plan) blijkt nog noodzakelijk te zijn om de vastgestelde doelstellingen optimaal te kunnen bereiken en de nodige stappen te kunnen ondernemen (wijzigingen KB en aanvraag tot subsidie) om dit project structureel te maken.

Bijgevolg werden de basisdoelstellingen die in de overeenkomsten opgenomen zijn, aangepast en het gaat dus om de doelstellingen die bepaald zijn in artikel 7 van het koninklijk besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen maar voor alles wat specifiek betrekking heeft op de doelgroep van de personen met een middelengerelateerde stoornis (legaal of illegaal).

Voor 2010 hebben we bovendien aan de overlegplatforms gevraagd dat ze de specifieke functie “verslavingen” in de basisopdrachten van het overleg inzake geestelijke gezondheid van de platforms zouden integreren. Het is immers van primordiaal belang om synergieën te ontwikkelen en werkzaamheden op te starten waarbij er een perfecte synergie is tussen de basisopdrachten van de platforms en de opdrachten die specifiek zijn voor de functie van “coördinator inzake verslavingszorg”.

4. Opmerkingen

- **Verschillende situaties van provincie tot provincie**

Het is moeilijk om een algemene evaluatie (alle provincies samen) van dit project uit te voeren, aangezien de situatie van provincie tot provincie zeer verschillend is.

In de eerste plaats is het (op basis van de bevolkingsdichtheid) toegekende budget en dus de arbeidstijd van de zorgcoördinator van provincie tot provincie verschillend.

Ten tweede varieert het aantal relevante actoren van provincie tot provincie. In bepaalde provincies is het aantal specifieke actoren voor « drugs » bovendien beperkt, aangezien het voornamelijk gaat om veralgemeende structuren (Luxemburg, Waals-Brabant, ...). Aangezien de veralgemeende structuren niet rechtstreeks betrokken zijn bij de verslavingsproblematiek, hebben ze niet dezelfde motivatie of vertonen ze niet dezelfde betrokkenheid als andere instellingen die zich meer specifiek op “drugs” toeleggen.

Ten derde bestaat er in bepaalde provincies sinds verschillende jaren reeds een overlegtraditie, terwijl in andere provincies het proefproject het enkel mogelijk gemaakt heeft om dit proces in gang te zetten.

- **Waals decreet**

Sinds 27 november 2003 beschikt het Waals Gewest over een decreet betreffende de verslavingsnetwerken. In 2004 gaf een besluit van de Waalse Regering uitvoering aan dit decreet. De omzendbrief die in november 2005 is verschenen, zorgt voor de beginnende implementatie en kandidaten voor de erkenning. In 2009 wordt een nieuwe versie van dit decreet uitgewerkt en gepubliceerd.

Dit decreet van het Waals Gewest vertoont bepaalde redundanties en overlappingsen met de opdrachten van het federale proefproject. Het decreet wil daarentegen meer intersectoraal zijn. In tegenstelling tot het decreet, heeft het federale proefproject immers enkel betrekking op het zorgdomein.

Momenteel wordt het Waalse decreet niet op dezelfde manier geïmplementeerd in alle provincies. Er dient te worden vermeden dat er twee personen in dezelfde soort functie worden betrokken, want dat zorgt voor tijdsverlies en hierdoor gaat ook veel geld verloren. De federale coördinatoren van het Waals Gewest werken dus in overleg en in samenwerking met de coördinatoren van het Waalse decreet teneinde zo veel mogelijk overlappingsen te voorkomen en ervoor te zorgen dat de sector niet verward raakt.

5. Samenvattingen situaties van de verschillende provincies

Aangezien de situatie zeer verschillend is van provincie tot provincie, blijkt het nuttig te zijn om een kort overzicht te geven van de bijzondere kenmerken en de stand van zaken van de werkzaamheden die in elke provincie of in elk gewest worden verricht.

Het is van belang om op te merken dat dit jaar aan elke provincie is gevraagd om de functie van zorgcoördinator te integreren in de basisopdrachten inzake geestelijke gezondheid van de overlegplatforms.

Door te werken aan de integratie van de functie in de overlegplatforms, moet de specifieke bijdrage van de inaanmerkingneming van de verslavingsproblematiek immers nieuwe perspectieven openen op het vlak van de behandeling met een betere coherentie tussen de geestelijke gezondheidszorginstellingen en de gespecialiseerde instellingen. Bijgevolg zal de coördinator inzake verslavingszorg moeten toezien op de samenwerking en het maximale overleg tussen de “algemene” instellingen op het vlak van geestelijke gezondheid en de “specifieke” zorginstellingen voor personen met een middelengerelateerde stoornis (legaal en illegaal), waarbij wordt rekening gehouden met de specifieke kenmerken van iedereen.

LUIK:

De coördinator werkt drie vierde en er zijn momenteel 3 ondertekende samenwerkingsakkoorden en een ondertekend partnerschapshandvest.

De coördinator van deze provincie heeft 3 werkgroepen opgericht (alcoholisme, drugverslaving, jongeren en gebruik).

Volgens hen leek het belangrijk in deze provincie met een nogal gediversifieerd aanbod om een onderscheid te maken tussen de actoren die betrokken zijn bij de alcoholproblemen en de actoren die de middelengerelateerde problemen behandelen. Bovendien bestaan er lacunes in het zorgaanbod dat specifiek bestemd is voor de jongeren. Het was dus belangrijk om hiervoor een oplossing te zoeken en specifieke aanbevelingen voor deze doelgroep in overleg met de sector uit te werken.

In de loop van 2010 zullen de leden in de werkgroep « alcoholisme » onder meer proberen om een project te bevorderen voor de oprichting van een module voor specifieke mobiele zorg. Bovendien zullen ze een studiedag organiseren die specifiek gewijd is aan alcohol en zullen ze deelnemen aan de evaluatie van het specifieke therapeutische project inzake alcohol in de provincie.

In de werkgroep « drugsverslaving » zullen ze in de loop van dit jaar proberen om de coherentie met het Waals decreet meer te bevorderen en zullen ze dus de mogelijkheid overwegen om de netwerken van het Waalse Gewest te integreren. Bovendien zullen ze erover waken om de zichtbaarheid van het aanbod te verbeteren door het creëren van een website waarop het beschikbare zorgaanbod geïntegreerd wordt. Bovendien zouden ze een gratis oproepnummer voor het publiek ter beschikking willen stellen waarbij hulp wordt aangeboden voor de oriëntatie van de gebruikers. Ze zullen dus proberen om financieringsbronnen te vinden om dit project te realiseren.

De werkgroep jongeren en gebruik heeft het reeds mogelijk gemaakt om te wijzen op de lacunes van dit specifieke aanbod en om aanbevelingen terzake op te stellen. Bovendien is een informatiebrochure uitgewerkt waardoor de zichtbaarheid van het aanbod dat specifiek op jongeren is gericht, is toegenomen. Binnenkort zal alle beschikbare informatie over het aanbod dat specifiek op jongeren is gericht op een website worden samengebracht.

NAMEN

De coördinator werkt één vierde van de tijd en momenteel zijn er 3 ondertekende samenwerkingsakkoorden. Er bestaat een zeer actieve samenwerking met het Waalse decreet. De ondertekende akkoorden hebben immers een link met het Waalse decreet. Ze overwegen zelfs een samenwerkingsakkoord, waardoor het mogelijk wordt om de 3 zones van het Waalse decreet samen te brengen (overleg in 2010).

Naast de basisdoelstellingen van het project wordt er buitengewoon veel aandacht besteed aan de doelgroep van de jongeren. Via de implementatie in 2009 van 4 rondetafels (pedopsychiatrie, gespecialiseerde diensten, jeugdzorg, justitie + onderwijs) hebben ze aanbevelingen uitgewerkt betreffende de behandeling van verslavingen bij jongeren. In 2010 zullen ze een rondetafel bij wijze van synthese organiseren met de vertegenwoordigers van de verschillende geconsulteerde sectoren teneinde de aanbevelingen meer algemeen goed te keuren. Via de overleggroepen zullen ze pistes onderzoeken die op het grondgebied zouden kunnen worden geoperationaliseerd.

Met het oog op een (eventuele) uitbreiding van de therapeutische projecten in april 2011 zullen ze in de loop van 2010 de partners ontmoeten om het vervolg te bekijken. Bijgevolg zullen ze door middel van verschillende vergaderingen met de op klinisch niveau betrokken partners en met het stuurcomité proberen om de perspectieven te onderzoeken inzake de voortzetting van het overleg rond de patiënten dat door het therapeutische project is opgestart alsook inzake de ondersteuning die de functie van coördinator inzake verslavingszorg hieraan zou kunnen bieden, zodat dit soort samenwerkingsvorm zou kunnen worden behouden zodra het proefproject zal worden stopgezet.

LUXEMBURG

De coördinator werkt 3 tiende tijd. Deze provincie heeft als bijzonder kenmerk dat ze zeer uitgestrekt is, een slechte verdeling van het zorgaanbod binnen de provincie heeft, maar vooral over een beperkt aantal gespecialiseerde actoren beschikt. De meeste actoren zijn veralgemeende structuren. Bovendien omvat deze provincie, in tegenstelling tot de andere provincies, slechts één enkele zone van het Waalse decreet. Bijgevolg hebben ze de toelating gekregen om in ondersteuning en synergie met de coördinator van het Waalse decreet te werken teneinde redundanties te voorkomen.

Er zijn momenteel 2 ondertekende samenwerkingsakkoorden.

Er is een werkgroep opgericht die als ontmoetingsplaats voor de partners fungeert. Deze werkgroep maakt het mogelijk om informatie te verspreiden en te verzamelen. Deze vergaderingen worden gemiddeld twee keer per jaar georganiseerd. De coördinator probeert bij alle actoren de instrumenten en de informatie van elke partner te valoriseren en te verspreiden.

In deze optiek zullen ze bv. in de loop van 2010 een gegevensbank via een website implementeren die zal dienst doen als online repertorium. Bovendien zal de informatie die wordt ingezameld tijdens het overleg worden gebruikt voor de ontwikkeling van een instrument van informatieve fiches op het netwerk. Hierdoor zal de zichtbaarheid van het aanbod aanzienlijk kunnen worden verbeterd.

Eén van de andere doelstellingen die in 2010 zal worden nagestreefd, zal erin bestaan om nieuwe partners voor het project te vinden. Gezien het beperkte aantal specifieke actoren in deze provincie, lijkt het immers van belang om bepaalde leemtes op te vullen door middel van het zoeken naar nieuwe partners (vooral uit de "grensstreek").

Er is een studie over alcoholisme in de provincie Luxemburg door de ULG uitgevoerd. Het overleg zou het bijgevolg in de loop van 2010 mogelijk moeten maken om de resultaten maximaal te valoriseren.

BRUSSEL

Ze zijn slechts sinds december 2007 tot het project toegetreden, wat verklaart waarom ze totnogtoe geen samenwerkingsakkoord hebben ondertekend.

Eén van de bijzondere kenmerken van dit gewest is dat er andere overlegorganen bestaan en dat ze bijgevolg moeten proberen om zo goed mogelijk met deze verschillende instanties samen te werken waarbij redundanties moeten worden vermeden. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet het overlegplatform immers samenwerken met het OTB, Fedito, de VAD, LBFSM en het GGF-netwerk. Bijgevolg worden er verschillende vergaderingen tussen de bureaus georganiseerd teneinde zo goed mogelijk samen te werken.

De coördinator werkt halftijds.

Eén van de voornaamste vaststellingen is dat er een gebrek is aan wederzijdse kennis over de respectieve werkwijzen van de verschillende sectoren.

Via ontmoetingen tussen de werknemers van de sectoren drugsverslaving en geestelijke gezondheid zullen ze proberen om het aanbod af te bakenen en de stigmatisering van de geestelijke gezondheid ten aanzien van de verslavingssector te doen afnemen.

Er werden 2 werkgroepen opgericht, waaronder een werkgroep specifiek gericht op jongeren. Deze werkgroep « jongeren, gebruik en delinquentie » maakt ontmoetingen mogelijk tussen de werknemers van de sectoren voor jeugdbescherming, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg en drugsverslavingen. Op deze manier proberen ze een antwoord te geven op de vraag « welke behandeling voor jongeren met verscheidene problemen (waaronder het gebruik van producten en problemen met justitie)? ».

HENEGOUWEN

De coördinator werkt halftijds.

Er zijn een groot aantal betrokken actoren (+ de 120) in deze zeer uitgestrekte provincie. In het begin stonden de actoren er in meerderheid terughoudend over om samen te werken met het federale project, aangezien ze vreesden voor een te grote striktheid van de zorgcircuits en een beknotting van de therapeutische vrijheid. Bovendien waren ze van mening dat er talrijke redundanties bestonden met het Waalse decreet en zagen ze dus niet altijd de relevantie van dit project in. Sinds 2009 is er een nieuwe coördinator aangeworven die probeert om de terughoudendheid om te keren door het invoeren van een nieuwe werkmethode.

Er is zo een overleggroep opgericht over het thema alcohol, er worden thematische interviews georganiseerd over verslavingen en er vindt overleg plaats dat specifiek handelt over de verschillende lokale realiteiten. Hij probeert ook om zo veel mogelijk de betrokkenheid van de huisartsen bij het project te bevorderen.

De invoering van dit soort groep heeft het stilaan mogelijk gemaakt om het aantal deelnemers uit te breiden en de terughoudendheid te verminderen. In 2010 zullen de mogelijkheden tot nieuwe samenwerkingsakkoorden voor het vervolg moeten worden bestudeerd. Deze werkgroep over alcohol, die ongeveer iedere anderhalve maand wordt georganiseerd, zou in de toekomst concrete samenwerkingsverbanden tussen de structuren moeten opstarten. Bovendien hebben de interviews ervoor gezorgd dat de werkmethode met elkaar konden worden vergeleken, er nieuwe leden (IBW, RIZIV-overeenkomst) konden worden verwelkomd en dat er een betere kennis over de structuren en de projecten in de instellingen kon worden ontwikkeld. Bovendien heeft het overleg dat specifiek handelt over de verschillende lokale realiteiten het mogelijk gemaakt om verschillende kwesties/problemen/behoefte op het vlak van de zorgcircuits die specifiek gericht zijn op de verslavingsproblematiek af te bakenen.

De coördinator zal in 2010 toezien op een betere coördinatie en coherentie met de acties die via het Waalse decreet worden ondernomen. Bovendien zal hij eraan werken om de zichtbaarheid van de functie van coördinator inzake verslavingszorg te ontwikkelen.

WAALS-BRABANT

De arbeidstijd van de coördinator is nogal beperkt (ongeveer 8u/week).

Het zorgaanbod is niet erg gediversifieerd (weinig specifieke actoren en vooral veralgemeende diensten) en er zijn dus talrijke lacunes. De behandeling van de drugsverslavingsproblemen (heroïne, cocaïne, ...) is zeer beperkt, aangezien er praktisch geen of geen specifiek zorgaanbod inzake drugs bestaat en de opnamevoorwaarden verminderen de mogelijkheden nog eens.

Er zijn twee samenwerkingsakkoorden ondertekend, maar niet op initiatief van het proefproject. Er bestond voor de invoering van het project reeds een samenwerkingsakkoord en bepaalde actoren hebben zich verenigd in een VZW in het kader van de toepassing van het decreet van het Waalse Gewest.

Voor 2009 had de coördinator wegens onder meer de uitgestrektheid van de provincie ervoor gekozen om geen algemeen overleg te organiseren, maar via bilaterale vergaderingen elke dienst te ontmoeten en daarna maximaal de ingezamelde informatie aan alle betrokken actoren te verspreiden.

Sinds maart 2009 is er een nieuwe coördinator aangeworven. Hij heeft een nieuwe werkmethode en dus een nieuwe dynamiek tussen de actoren geïmplementeerd. De coördinator heeft het klinische overleg, de interviews en supervisies meer en meer bevorderd. De oprichting van de werkgroep heeft het mogelijk gemaakt om de doelstellingen opnieuw te definiëren en het betrokkenheidspercentage van het project te verhogen.

Een portaal, die momenteel wordt afgewerkt, zal het nog mogelijk maken om de wederzijdse kennis tussen de intervenanten te doen toenemen en zal dienst doen als oriënteringsinstrument. De coördinator zal er, gelet op het beperkte aantal specifieke actoren, op toezien dat de geïsoleerde

actoren zoals de huisartsen en de psychiaters nog meer bij het project worden betrokken. Bijgevolg zal hij hun behoeften en verwachtingen op het vlak van verslaving beter trachten te analyseren.

LIMBURG

Kenmerken

Sinds 1983 bestaat er in de provincie Limburg een traditie van overleg. Dit resulteerde tot op heden in 4 ondertekende samenwerkingsakkoorden. In 2004 ondertekenden de 16 LIZOM- partners de “*Overeenkomst tot oprichting van een samenwerkingsverband met als doel de organisatie van een zorgcircuit voor personen met een middelengerelateerde stoornis* “. Ook het “*Stappenplan voor de uitbouw van zorgcircuits en netwerken*” werd goedgekeurd. Hiermee werd één van de belangrijkste doelstellingen van het pilootproject zorgcoördinatie middelen bereikt.

Het samenwerkingsverband bestaat uit de volgende structuur:

- ✓ LIZOM - stuurgroep is samengesteld uit de directies, bestuursleden of gemandateerden
- ✓ LIZOM- zorgtraject bestaat uit veldwerkers
- ✓ Het Team Patiëntenzorg is het multidisciplinair regionaal en lokaal cliëntoverleg.
- ✓ Hulpverleners die een overleg willen omtrent een casus kunnen terecht op het Provinciaal Meldpunt Signaaldossiers.

De zorgcoördinator middelen faciliteert het overleg en heeft via het overlegplatform een signaalfunctie naar de overheid. Het opvolgen, evalueren en optimaliseren van de nieuwe netwerkstructuur vormt dan ook een belangrijk werkpunt binnen deze provincie.

Kenmerkend voor de provincie Limburg is verder dat:

- Er slechts één ambulante voorziening bestaat: namelijk de CAD Limburg;
- Er veel weerstand is tegen spijler vanuit het werkveld. De werking ervan werd dan ook tijdelijk geblokkeerd.

Jaarplan

Het jaarplan van de provincie Limburg bestaat uit 6 werkpunten:

1. Opvolgen, evalueren en optimaliseren van de netwerkstructuur

In 2009 evalueerde de stuurgroep de werking en de implementatie van de nieuwe netwerkstructuur. Een aantal doelstellingen werden gehaald, anderen moeten een concretere invulling krijgen. Vooral initiatieven gedragen door alle leden zijn prioritair.

2. Opvolgen van de hiaten en overleg hieromtrent opzetten

Hierbij gaat het over gebrek aan naadloze doorverwijzing tussen de voorzieningen, de doorstroming in de voorzieningen, omgaan met crisissituaties vanuit de eerste lijn, de opvang van dak- en thuisloze druggebruikers en de doorstroming van jongeren naar de volwassenzorg.

3. Faciliteren en actieve deelname bestaand overleg

Dit overleg betreft de LIZOM stuurgroep, het LIZOM zorgtraject, Het centraal aanmeldingspunt in de gevangenis, de LIZOM artsen en de Regionale en lokale werkgroepen

4. Opvolging TP / TO

Dankzij het TP komen nieuwe casussen aan het licht waarvoor het zorgcircuit verantwoordelijkheid dient te nemen. Deze casussen geven voeding aan het overleg rond dakloosheid, “ de moeilijke patiënt” en de ambulante crisishulpverlening.

5. Integratie van de functie zorgcoördinator middelen

Dit is de structurele inbedding van de functie van zorgcoördinator binnen het overlegplatform GGZ.

6. Overige taken

Overleg met kabinet gedeputeerde, deelnemen aan studiedagen, deelname aan de Lokale Stuurgroep Drugs Gevangenis Hasselt en Overleg Limburgs Platform Verslaving.

OOST-VLAANDEREN

Kenmerken

De functie van zorgcoördinator wordt in de provincie Oost-Vlaanderen verdeeld over drie personen: het gaat hierbij om een inhoudelijke, een administratieve en een coördinerende functie. Eén van de opmerkelijkste kenmerken van de Oost-Vlaamse drughulpverlening is de sterke concentratie van het (vooral residentiële) zorgaanbod in de buurt van Gent. Dit leidt onder meer tot een aanzuigefect in het Gentse, maar zorgt er ook voor dat cliënten lokaal weinig toegang tot de hulpverlening hebben. Daarom wordt er naar gestreefd om zoveel mogelijk te voorzien in lokale vroeginterventie en crisisopvang, zodat cliënten niet "gedwongen" worden naar het Gentse te trekken, en in lokale nazorg, zodat ze na een residentiële behandeling terug kunnen naar de eigen regio.

Verder hebben een aantal eerstelijnsvoorzieningen de alarmbel geluid gedurende het eerste semester van 2009 over de grootte van de groep gebruikers die buiten het bestaande aanbod van de hulpverlening valt. Dit omdat men vreesde voor overlast.

Er is geen intensieve samenwerking met de verschillende therapeutische projecten maar binnen de vergaderingen van het netwerkcomité middelenmisbruik worden de evoluties wel opgevolgd.

Jaarplan

Het jaarplan van de provincie Oost-Vlaanderen bestaat uit 10 werkpunten:

1. Algemene organisatie en ondersteuning van de vergaderingen van het Netwerkcomité

De zorgcoördinator zorgt voor de voorbereiding, verslaggeving en opvolging van de tweemaandelijks vergaderingen.

2. Algemene organisatie en ondersteuning van de bijeenkomsten van het Vast Bureau van het Netwerkcomité

Opvolgen en voorbereiden van de vergaderingen van het Netwerkcomité en die zo efficiënter maken.

3. Drugbehandelingskamer (DBK)

Afstemming tussen justitie en hulpverlening voor mensen die feiten hebben gepleegd waaraan een verslavingsproblematiek ten grondslag ligt, met het oog op het aanbieden van alternatieven voor strafrechtelijke sancties en met het oog op vlotte oriëntatie naar de hulpverlening.

4. Verkennen mogelijkheden stroomlijning aanmeldingen vanuit justitie

Samen met een nieuw samengestelde werkgroep binnen het Netwerkcomité zoeken naar mogelijkheden om de vele aanmeldingen vanuit gevangenissen naar partners van het Netwerk efficiënter te laten verlopen.

5. Opstart nieuw project "optimalisatie van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en een verslavingsproblematiek"

Betere hulpverlening voor jongeren en volwassenen met een verstandelijke beperking en een alcohol- of drugprobleem, inclusief hun ouders, familie en professionele ondersteuners.

6. Coördinatie verhogen van de verschillende case management projecten + afronden project case management binnen PopovGGZ

Hierbij zal men de stuurgroep "case management" reactiveren, met als belangrijkste doelstelling het beter afstemmen van de verschillende projecten case management die de voorbije jaren zijn opgestart binnen het Netwerk, zodat de term "case management" in die verschillende projecten zoveel mogelijk dezelfde lading dekt en de verschillende projecten zo complementair mogelijk werken. Verder zal men de nog lopende begeleidingen in het aflopende project ofwel afronden ofwel overdragen naar andere organisaties.

7. Deelname Provinciale Adviesraad Drugs Oost-Vlaanderen (PARDOV)

Dit heeft afstemming van het provinciaal drugbeleid met de activiteiten van het Netwerk tot doel.

8. Opvolgen en evalueren personeelsuitwisselingsprogramma

Het doel is hierbij samenwerking niet alleen op niveau van directies, stafmedewerkers en bestuurders, maar ook op niveau van de veldwerkers en het leren kennen van de werking van voorzieningen en zorgeenheden van collega's.

9. Cliëntenoverleg

Hierbij zorgt men voor een betere coördinatie van de hulpverlening, de continuïteit van zorg en zorg op maat voor cliënten die een beroep doen op verschillende leden van het Netwerk. Men wil ook problemen detecteren in de samenwerking en daar in andere samenwerkings- en overlegfora oplossingen voor zoeken.

10. Analyse zorgaanbod

Zoeken naar een referentiekader op basis waarvan het huidige zorgaanbod kan geëvalueerd worden, in samenwerking met de Universiteit Gent.

ANTWERPEN

Kenmerken

Op provinciaal niveau bestaat er de Provinciale Overleggroep Problematisch Middelengebruik (OG PMG). Deze bestaat uit 21 actoren, hoofdzakelijk binnen de geestelijke gezondheidszorg, die een zorgaanbod m.b.t. problematisch middelengebruik organiseren. Per arrondissement is er een maandelijks cliëntenoverleg middelengebruik. In Antwerpen loopt dit al verschillende jaren, in Mechelen is dit recenter gestart. Turnhout onderzoekt hoe het cliëntenoverleg in hun regio kan uitgebreid worden.

De functie van zorgcoördinator is opgedeeld in een projectmedewerker voor Antwerpen, Mechelen en Turnhout. Hierbij verzorgt Antwerpen de coördinatie en de link met de overheid.

Op provinciaal niveau is er 1 ondertekende samenwerkingsovereenkomst, in Antwerpen zijn er 2, in Mechelen en Turnhout 1.

Er is een sterk verschil tussen Antwerpen, Mechelen en Turnhout inzake traditie van overleg en qua verdeling van instellingen. De meeste instellingen zijn geconcentreerd in de regio Antwerpen. Ook de regio Mechelen is voorzien van verschillende sectoren, zij het in mindere mate. Het zorgaanbod inzake middelengebruik in het arrondissement Turnhout is zeer gering. Er is enkel een ambulante aanbod.

Het residentiële aanbod is in de provincie Antwerpen duidelijk beperkter dan in de provincie Oost-Vlaanderen. Uit registratieonderzoek in Oost-Vlaanderen blijkt dat 6% van de geregistreerde cliënten (vnl. vragen naar behandeling in residentiële setting) uit de provincie Antwerpen afkomstig is. Verder is er ook de afwezigheid van een Therapeutische Gemeenschap met een aanbod voor afhankelijkheidsproblematiek

Tot slot worden diensten die niet gespecialiseerd zijn in middelen en/of psychiatrische problematiek toch vaak met cliënten met dubbele diagnose problemen geconfronteerd (straathoekwerk, thuiszorg, OCMW, CAW...; althans bij diensten waar dit geen exclusiecriteria is).

Jaarplan

Het jaarplan van de provincie Antwerpen bestaat uit de volgende werkpunten:

A: Provinciaal

1. Bestendigen & bekrachtigen werking provinciaal overleg

Praktische en logistieke ondersteuning alsook het inhoudelijk 'vasthouden', terugkoppelen en verbinden van de diverse thema's die aan de orde zijn blijkt essentieel om vanuit de OG PMG verschillende initiatieven en acties op gang te brengen en/ of kracht bij te zetten.

2. Vormingsinitiatieven opzetten, met de OG PMG als initiatiefnemer

De vormingsinitiatieven vanuit de OG PMG worden aangegrepen om op een meer verdiepende manier bepaalde inhoud te verkennen door met deskundige sprekers een bepaald thema uit te diepen.

Het gaat hier om deskundigheidsbevordering voor hulpverleners die zorg verlenen aan problematische middelengebruikers.

3. Provinciale verbinding

Dit gebeurt doormiddel van werkbezoeken en meeloopstages. De doelstellingen van de werkbezoeken en de meeloopstages zijn kennismaking, afstemming en het leggen van verbindingen tussen sectoren (verslavingszorg, GGZ en algemeen welzijnswerk). Uit de evaluaties en opkomst blijkt ontegensprekelijk het belang van deze bezoeken als verbindende element en faciliterende factor voor betere samenwerking en onderlinge afstemming.

B: Regionaal

4. Cliëntenoverleg

Centrale doelstelling van dit maandelijks overleg is om aan cliënten met een complexe DD problematiek die al meermaals in zowat alle GGZ voorzieningen werden opgenomen en/of behandeld en waarvoor geen adequaat aanbod voorhanden is, toch een aangepast zorgaanbod te doen. Zodoende wordt de zorg voor deze moeilijke populatie een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken zorgverleners in de regio.

5. Uitbouw regionale zorgtrajecten

Het overleg dat hier gepleegd wordt gebeurt via de Stuurgroep Spoed- & Crisisconvenant 'Groot Antwerpen', de Werkgroep Regionaal Zorgtraject Mechelen, het Project 'Gedeelde zorg voor mensen met (DD) dubbeldiagnose' Turnhout en het overleg drughulp Kempen

C: Ander overleg

6. Deelname 'SODA Overlegplatform Hulpverlening'

De onderwerpen die tijdens dit overleg aan bod komen betekenen een waardevolle input van voor het stedelijk drugbeleid. Door deelname aan dit overleg blijft de zorgcoördinator goed op de hoogte van het drugbeleid van de stad Antwerpen en volgt zij de initiatieven en de beslissingen die binnen dit orgaan worden genomen van dichtbij op.

7. Deelname 'Thematische Werkgroep Onderzoek & Registratie'

De zorgcoördinator neemt hieraan deel om op de hoogte te blijven van het lopend wetenschappelijk onderzoek over het drugthema.

8. Bestendigen interne werkgroep drugs binnen het CGG De Pont

Faciliteren interne afstemming tussen de hulpverleners, preventiewerker en projectmedewerkers van de diverse vestigingen CGG De Pont.

9. Andere initiatieven: Studiedag rond GHB en Organisatie van een ontmoetingsdag alcohol- en drughulpverlening regio Mechelen

VLAAMS-BRABANT

Kenmerken

In de provincie is er geen traditie van overleg en samenwerking. Dit vertaalde zich in het zeer moeizaam afsluiten van een eerste ondertekend samenwerkingsakkoord, dat eind 2009 tot stand kwam.

Verder wordt de provincie gekenmerkt door een beperkt aantal instellingen die bestaan uit meerdere antennes. Tijdens overlegmomenten georganiseerd door de zorgcoördinator is niet elke antenne vertegenwoordigd, maar is er slechts één afgevaardigde per instelling. Het gevolg is dat het overleg eerder abstract verloopt en minder handelt over specifieke dossiers. Ook is er de vaststelling dat elke zorgeenheid haar segment van de doelgroep claimt en daarvoor zelf een volledig zorgcircuit tracht te bieden.

Voorts wordt er opgemerkt dat de doorverwijzing van de cliënten binnen de regio Halle-Vilvoorde bemoeilijkt wordt door mobiliteitsproblemen. De Brusselse ring en het ontbreken van een degelijk openbaarvervoersaanbod worden als stoorzender in dit verband vernoemd. Dit zorgt voor een

ongelijke verspreiding van het hulpverleningsaanbod en veroorzaakt een blinde vlek in de regio Halle-Vilvoorde.

Tot slot is er geen gespecialiseerd aanbod voor DD-patiënten, is er te weinig crisisopvang voor problematische gebruikers van illegale drugs en is er te weinig gediversifieerd aanbod voor jongeren met problematisch druggebruik.

Jaarplan

Het jaarplan van de provincie Vlaams-Brabant bestaat uit de volgende werkpunten:

1. Uitbreiding van de samenwerkingsovereenkomsten en opvolging van de bestaande samenwerkingsovereenkomst.

In 2009 werd 1 bilaterale samenwerkingsovereenkomst gesloten. Ze bevat concrete richtlijnen die zowel voor het beleid als de werkvloer de afspraken expliciteren m.b.t. doorverwijzing en informatieverstopping. De doelstelling 2010 is om deze overeenkomst als model te gebruiken voor nieuwe samenwerkingsovereenkomsten tussen 2 of meer voorzieningen.

2. Integratie van de zorgcoördinatie in de algemene geestelijke gezondheidszorg.

Het bestaande overleg wordt voortgezet. In 2010 zal evenwel een actieve stap gezet worden om de algemene instellingen van geestelijke gezondheidszorg nauwer bij het overleg te betrekken. Speciale aandacht zal hierbij uitgaan naar de PAAZ en de CGG.

3. Opvolging en verfijning van de Spiller-registratie

Het specifieke aanbod voor personen met een middelengerelateerde problematiek is reeds sinds 2008 geïnventariseerd in de Spiller-registratie (die online beschikbaar is). In 2010 zal een verdere follow-up (om de 6 maanden) hiervan gebeuren.

De zorgcoördinator zal ook betrokken worden bij de Vlaamse stuurgroep Spiller met het oog op het verfijnen van deze registratie (toegankelijker maken, analyse-rapporten aanmaken, gegevens m.b.t. opnamecapaciteit van de zorgeenheden toevoegen). Hiervoor moet overlegd en onderhandeld worden met de firma die de website beheert. De concrete planning hiervan is in handen van de Vlaamse stuurgroep Spiller.

4. Samenwerking met de zorgcoördinator van een therapeutisch project

Sinds de start van het therapeutisch project "Zorgoverleg Drughulpverlening in de regio Halle-Vilvoorde" wordt de zorgcoördinator van het project betrokken bij het regionale overleg van de drughulpverlening. Dit zal in 2010 verder gezet worden.

5. Uitwerken van lange termijn samenwerking tussen het werkveld en academici van de K.U.Leuven m.b.t. wetenschappelijke ondersteuning voor uitbouw van zorgcircuits

Bij de uitvoering van de verschillende taken kan de zorgcoördinator terugvallen op de ondersteuning en aansturing van enerzijds de voorzieningen die lid zijn van het overlegplatform en een relevant aanbod hebben voor de doelgroep, en anderzijds van de Cel Drugs binnen de federale overheidsdienst Volksgezondheid. Onderzoekers vormen echter de ontbrekende partner hierin. Vooral op langere termijn zal het belangrijk worden gefundeerde input te krijgen en de bereikte resultaten volgens objectieve standaards te evalueren. In voorbereiding hierop zal gezocht worden naar samenwerking met academici die deze taak op zich willen nemen. Uitgangspunt is dat het een win-win situatie is zowel voor het werkveld ('good practices') als voor de onderzoekers (onderzoek dat relevant is voor de praktijk).

6. Vertegenwoordigen van de drughulpverlening in andere sectoren

Dit houdt in om deel te nemen aan de Locale Stuurgroep Drugs van de gevangenis en aan de provinciale Drug Coördinatie Cel.

WEST-VLAANDEREN

Kenmerken

In de provincie Oost-Vlaanderen zijn er 14 ondertekende samenwerkingsakkoorden.

Voor de doelgroep illegale middelen bevestigt de dataset spiller vanuit functioneel perspectief de grote noden en hiaten die al jaren op het werkveld worden verzameld. Het aanbod van volgende

typemodules ontbreekt of is zo goed als onbestaande: vroegdetectie en –interventie; schadebeperking; laagdrempelige opvang; outreaching; diagnostiek, casemanagement; dagactivering en arbeidszorg.

Op residentieel vlak zien we dat er een duidelijk tekort is aan provinciale capaciteit.

Daarnaast zien we dat draaideurcliënten van bepaalde subdoelgroepen (crisis, dubbeldiagnose) worden verwezen naar Oost-Vlaanderen ten gevolge van een tekort aan bedden voor behandeling.

Ook zien we dat de druk op de bestaande ambulante en mobiele modules toeneemt. Bijna overal is er sprake van lange wachtlijsten en/of vervroegde stopzetting/verwijzing. Bovendien worden voorzieningen, ondanks de toename van zorgvragen, de laatste maanden geconfronteerd met het wegvallen van financiële middelen.

Tot slot beschikt de provincie slechts over 1 casemanager.

Jaarplan

1. In kaart brengen van het zorgaanbod en zorgvraag in de provincie: met focus op de grootste zorgbehoeften, knelpunten en hiaten

Hierbij wil men de inventarisatie van het zorgaanbod actueel houden via de dataset Spiller Middelennisbruik W-VI. en relevante informatie verzamelen i.v.m. het zorgaanbod bij non GGZ actoren. Ook wil men streven naar een maximaal gebruik van de dataset en een kritische evaluatie doorvoeren.

Een ander werkpunt betreft het toetsen, verspreiden en zo nodig aanpassen van de analyses vanuit Spiller en het stimuleren van een oplossingsgerichte bespreking. Hierbij is er een bijzondere aandacht voor knelpunten, hiaten en overlap in het kader van zorgcontinuering.

2. Operationaliseren van de concepten en te bereiken doelstellingen met betrekking tot zorgcircuits en netwerken, en dit binnen het kader van de bestaande federale wetgeving terzake

De door de voorbije jaren geconstrueerde en geoperationaliseerde structuur stimuleert actieve participatie op **beleidsniveau** van alle relevante GGZ actoren bij de optimalisering van het netwerk en de zorgcircuits voor de doelgroep middelenmisbruik in overeenstemming met de ontwikkelingen op vlak van doelgroepenoverleg binnen het OpGGZ W.-VI. Deze structuur laat toe om te blijven streven naar maximale participatie aan de bestaande **werkinstrumenten op de werkvloer** en waar nodig evalueren, optimaliseren, organiseren en coördineren. De structuur voorziet de mogelijkheid om nieuwe werkinstrumenten ter bevordering van de **samenwerking op cliëntniveau** tussen voorzieningen te stimuleren en waar nodig te creëren. Tot slot kunnen we via deze overlegstructuur ook analyses uit spiller verspreiden en oplossingsgericht overleg stimuleren.

3. Verder stimuleren van het aangaan van formele samenwerkingsovereenkomsten

Samenwerkingsovereenkomsten die geformaliseerd kunnen worden creëren meer duidelijkheid. Niet enkel ten aanzien van de overheid, maar ook tussen diensten onderling. Het onderschrijven betekent namelijk een formele akkoordverklaring ten aanzien van de visie en bereidheid tot engagement ten aanzien van de vooropgestelde doelstellingen. Daarnaast kunnen dergelijk akkoorden ook een meerwaarde bieden op vlak van continuïteit en duurzaamheid en op vlak van het minder vrijblijvende karakter van de samenwerking.

4. Voorbereiden van de integratie van de functie van zorgcoördinator in de overlegplatforms GGZ

Er wordt een evaluatie voorzien van de huidige integratie van de functie zorgcoördinator binnen het overlegplatform GGZ W-VI. Indien nodig zullen er aanpassingen worden doorgevoerd.

Hiernaast wordt er in samenwerking met de andere overlegplatforms een advies geformuleerd i.v.m. de aanpassing van artikel 7 van het koninklijke besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

6. Conclusies en kwesties die open blijven

De minister geeft zijn akkoord gegeven om de procedure op te starten om dit project structureel te maken.

Bijgevolg moeten er verschillende stappen worden ondernomen:

- Adviesaanvraag aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen
- Wijziging van artikel 7 van het KB van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen
- Wijziging van het financieringsbesluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen en meer bepaald artikel 52

Een groot aantal kwesties blijft nog open. Men stelt voor dat de NRZV zich in zijn advies ook onder meer over deze punten zou buigen.

8. Voorstel tot wijziging van het KB

We hebben aan de zorgcoördinatoren gevraagd om overleg te plegen en ons een voorstel tot wijziging van het KB van 10 juli 1990 (artikel 8ter) te bezorgen.

Hieronder vindt u het voorstel dat ons werd bezorgd:

« Par ailleurs, chaque association développera les activités de concertation relative aux problèmes liés aux substances et aux assuétudes. Afin de les réaliser, l'association veillera à la collaboration et à la concertation maximale entre les institutions de soins de santé mentale et les institutions de soins pertinentes pour les personnes présentant un problème lié aux substances et/ou lié aux assuétudes. Les secteurs apparentés pourront également être impliqués dans les activités de concertation.»

“Elk samenwerkingsverband ontwikkelt overlegactiviteiten betreffende ‘middelengerelateerde stoornissen en verslavingsproblemen’. Om dit te realiseren, zal het samenwerkingsverband waken over de samenwerking en het maximaal overleg tussen de zorgvoorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg en de relevante zorgvoorzieningen voor personen met een middelengerelateerde stoornis en/of verslavingsproblematiek. Ook de sectoren met gemeenschappelijke raakvlakken worden in deze samenwerking en overleg betrokken.”

Het advies van de NRZV wordt gevraagd.

9. Moet er een minimale arbeidstijd zijn?

Het forfaitaire budget dat wordt toegekend aan de overlegplatformen wordt berekend op basis van de bevolkingsdichtheid in elke provincie. Het budget dat aan bepaalde provincies wordt toegekend (onder meer Waals-Brabant en Luxemburg) maakt slechts de indienstneming van een coördinator met verminderde arbeidstijd mogelijk (minder dan een halftijdse coördinator). Binnen deze provincies is het aantal betrokken actoren evenwel nogal beperkt. Zou er moeten worden overwogen om een minimaal budget toe te kennen zodat er een halftijdse coördinator zou kunnen worden aangeworven of is deze oorspronkelijke verdeling van het budget volgens u adequaat?

10. Moet er een onderscheid worden gemaakt tussen alcohol/illegale drugs?

Bepaalde provincies hebben er vrijwillig voor geopteerd om een onderscheid te maken tussen alcoholproblemen en illegale drugsproblemen. Bijgevolg organiseren deze platforms twee afzonderlijke overlegmomenten. Zou dit volgens u voor alle provincies met een gediversifieerd zorgaanbod moeten worden vooropgesteld? Of moet daarentegen de keuze aan de platforms zelf worden overgelaten?

11. Moet men blijven een formele ondertekening van de samenwerkingsakkoorden vragen?

Het proefproject loopt sinds eind 2002. Bijgevolg moesten de coördinatoren volgens de door het proefproject vermelde doelstellingen de ondertekening van formele samenwerkingsakkoorden maximaal trachten te bevorderen. Na 8 jaar project nu zijn de voornaamste samenwerkingsakkoorden gesloten die in de provincies kunnen worden ondertekend. Moet men de ondertekening van dit soort

akkoord blijven vragen of zou het zinvoller zijn om de keuze aan de platforms te laten en dat ze op die manier zelf de relevantie hiervan op basis van hun eigen kenmerken evalueren? In bepaalde provincies bestaat er evenwel terughoudendheid om formele akkoorden te ondertekenen, terwijl andere meer informele samenwerkingsvormen vaak veel efficiënter zijn.

12. Aan te bevelen methodologie?

Zodra het project structureel is gemaakt, zouden de overlegplatforms bijkomende subsidies krijgen voor zover ze een bijzondere aandacht aan de doelgroep van de personen met een middelengerelateerde problematiek besteden. Er wordt dus een grote speelruimte voor de platforms worden gelaten voor de organisatie van dit overleg. Moet er een bijzondere methodologie worden vooropgesteld?

13. Link met de basisopdrachten van de geestelijke gezondheid

Voor 2010 hebben we de overlegplatforms gevraagd dat ze meer en meer de specifieke functie « verslaving » in de basisopdrachten van het overleg inzake geestelijke gezondheid van de platforms zou opnemen. Bijgevolg zullen de basisopdrachten dezelfde zijn als deze van de geestelijke gezondheid. Hoe zou deze link moeten worden gecreëerd, onder meer op het vlak van overlegvergaderingen (of andere vormen) die moeten worden georganiseerd?

14. Uitbreiding naar andere soorten verslavingen (die geen verband houden met middelengebruik)

Momenteel wordt het proefproject beperkt tot alles wat betrekking heeft op middelengerelateerde verslavingen. Met gokverslavingen (of cyberverslavingen) wordt geen rekening gehouden. Zou er moeten worden overwogen om het project uit te breiden en dus ook gokverslavingen te integreren?