

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Wetenschappelijke evaluatie van de
pilotprojecten “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen
met psychische problemen die sociaal huren”**

Dr. Evelien Coppens
Dr. Kirsten Hermans
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2020/14-2

SWVG-Rapport 44/2

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹

Onderzoekers: Dr. Evelien Coppens¹, dr. Kirsten Hermans¹

¹LUCAS KU Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 44/2

November 2020

Wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten “aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”

Onderzoekers: Dr. Evelien Coppens¹, dr. Kirsten Hermans¹

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹

¹LUCAS KU Leuven

Samenvatting

1 Achtergrond

Sociale huisvestingsmaatschappijen en sociale verhuurkantoren worden binnen hun woningenbestand geregeld geconfronteerd met bewoners die kampen met ernstige psychische problemen, aan de rand van de maatschappij staan, geen kwaliteitsvol leven leiden en niet in begeleiding zijn in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Naast psychische problemen is er vaak sprake van financiële problemen, gezondheidsproblemen, verslavingsproblemen, sociaal isolement, leefbaarheidsproblemen en overlastproblemen. De GGZ staat voor een maatschappelijke uitdaging om deze groep te bereiken en te voorkomen dat zij verder afglijdt.

In het najaar van 2017 lanceerde de Vlaamse overheid een **projectoproep** gericht aan de netwerken GGZ voor volwassenen om “aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren” uit te testen binnen de verdere realisatie van functie 5 “specifieke woonvormen en woonondersteuning”. Met de projectoproep wilde de Vlaamse overheid inzetten op een nauwere samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappijen en de sociale verhuurkantoren om zorgmijdende personen met ernstige psychische problemen vroegtijdig te identificeren en via aanklappende en outreachende zorg toe te leiden naar gepaste zorg (GGZ, woonbegeleiding, gezinshulp, preventieve woonbegeleiding, etc.) om zo uithuiszetting te voorkomen. Binnen de samenwerking is het de taak van de sociale woonactoren om mensen met vermoedelijke psychische problemen te detecteren en in contact te brengen met een multidisciplinair team dat vervolgens aanklappend en motiverend te werk gaat. Het team bouwt een vertrouwensband op met de personen in kwestie, screent op psychische problemen en leidt waar nodig toe naar woonbegeleiding, gezinshulp en/of de reguliere GGZ. Aangezien deze bewoners vaak niet over een eigen netwerk beschikken, is een sterke samenwerking met relevante zorg- en welzijnsorganisaties (CAW, OCMW, huisarts, ...) nodig om een sociaal netwerk rond hen uit te bouwen en zorgcontinuïteit te verzekeren.

2 Zes pilootprojecten aanklampende zorg

Zes pilootprojecten kregen financiering van de Vlaamse overheid om een partnerschap met sociale woonactoren aan te gaan en een aanklampend team op te starten. De pilootprojecten gingen in maart 2018 van start en opereren vanuit een initiatief beschut wonen binnen het netwerk GGZ voor volwassenen.

Inhoudelijk sloot de oproep nauw aan bij het aanbod preventieve woonbegeleiding van de CAW dat eveneens aanklampend te werk gaat om uithuiszetting binnen de sociale en de private huurmarkt te voorkomen. De CAW zetten vooral in op het versterken van de woonvaardigheden van cliënten, het aanpakken van problemen m.b.t. huurachterstal en het maken van afspraken met de huisbaas. Het spreekt voor zich dat het aanbod van de pilootprojecten complementair dient te zijn aan het aanbod van de CAW en dat een nauwe samenwerking tussen beide werkingen aangewezen is.

3 Evaluatieonderzoek

In opdracht van de Vlaamse overheid voerde het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) een **evaluatieonderzoek** van de zes pilootprojecten uit dat een **tweeledige doelstelling** had.

In de eerste plaats was het onderzoek bedoeld om te **evalueren** in welke mate de pilootprojecten conform de projectoproep worden uitgevoerd, waarin de projecten onderling van elkaar verschillen, of het nodig is om het concept van de aanklampende teams bij te stellen en wat de ervaringen van de zorggebruikers zijn met de aanklampende zorg. Een tweede doel was een **draaiboek met bijbehorende checklist voor zelf-evaluatie ontwikkelen** om beginnende projecten aanklampende zorg op weg te helpen.

Het evaluatieonderzoek bestond uit **zeven fasen** om deze twee onderzoeksdoelstellingen te realiseren.

Fase 1: analyseren aanvraagdossiers en tussentijdse verslagen

De onderzoekers analyseerden de aanvraagdossiers en de tussentijdse verslagen van de pilootprojecten om meer voeling te krijgen met ieders unieke manier van werken. Hoofdstuk 2 van dit rapport geeft een bondige beschrijving van de pilootprojecten o.b.v. de documentanalyse.

Fase 2: ontwikkelen en afnemen evaluatie-instrument

Om na te gaan in welke mate de pilootprojecten gehoor gaven aan belangrijke aspecten zoals vastgelegd in de projectoproep, besproken met de leden van de stuurgroep en beschreven in de literatuur ontwikkelden de onderzoekers een evaluatie-instrument op maat. Het instrument bestond uit een 30-tal items die peilden naar zeven dimensies. De informatie die nodig was om de items te kunnen scoren werd verzameld aan de hand van groepsinterviews met de zes teams en via inzage in de vergaderverslagen en cliëntdossiers. De verzamelde data werden zowel kwantitatief als kwalitatief verwerkt en alle resultaten werden na afloop teruggekoppeld naar de pilootprojecten om foutieve interpretaties uit te sluiten. Hoofdstuk 3 van het rapport geeft per pilootproject een overzicht van de resultaten.

Fase 3: afnemen interviews cliënten

De onderzoekers verzamelden getuigenissen van cliënten om zicht te krijgen op hun ervaringen en tevredenheid met de gekregen ondersteuning. Deze getuigenissen schetsen een beeld van de doelgroep en zijn terug te vinden in hoofdstuk 4 van dit rapport.

Fase 4: ontwikkelen registratiefiches en analyseren gegevens

Om een correct beeld te krijgen van de doelgroep, de instroom, het begeleidingstraject, de uitstroom en de drop out van cliënten, analyseerden de onderzoekers registratiegegevens op het niveau van de cliënt. De onderzoekers ontwikkelden daartoe een Excel-template om de registratie in de projecten op een uniforme wijze te laten verlopen. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in hoofdstuk 5.

Fase 5: afnemen focusgroep

Alvorens van start te gaan met de uitwerking van het draaiboek organiseerden de onderzoekers een focusgroep met relevante actoren om de structuur, de inhoud en het format van het draaiboek te bespreken. Een eerste reeks van aanbevelingen vormde de insteek van de discussie. De resultaten van de focusgroep staan beschreven in hoofdstuk 6 van dit rapport.

Fase 6: formuleren conclusies en aanbevelingen

Op basis van alle resultaten formuleerden de onderzoekers conclusies en aanbevelingen voor de praktijk en het beleid. De conclusies zijn opgebouwd rond de 14 onderzoeksvragen. De aanbevelingen handelen over 15 onderwerpen en vormen de basis voor het draaiboek. De conclusies en aanbevelingen zijn te vinden in hoofdstuk 7 van dit rapport.

Fase 7: ontwikkelen draaiboek met bijbehorende checklist

In navolging van de evaluatie, ontwikkelden de onderzoekers een draaiboek met bijbehorende checklist om de opgedane kennis en expertise van de pilootprojecten te delen met voorzieningen die een gelijkaardig initiatief wensen uit te bouwen. Beide tools zijn te vinden in bijlage 2 van dit rapport.

4 Conclusies

De conclusies van het evaluatieonderzoeken zijn opgebouwd rond volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is het bereik van de projecten?
2. Wat is de wachttijd voor opstart?
3. Wat is de doelgroep van de projecten?
4. Wat zijn de ervaringen van de sociale huurders met de aanklappende zorg?
5. Hoe verloopt de intersectorale samenwerking?
6. Hoe positioneren de pilootprojecten zich tegenover de regionale context?
7. Hoe zijn de aanklappende teams samengesteld?
8. Hoe verloopt de samenwerking binnen de teams?
9. Op welke theoretische benaderingen baseren de aanklappende teams zich?
10. Worden de projecten uitgevoerd volgens de voorgeschreven kenmerken in de projectoproep?
11. Wat is de duur en het verloop van het begeleidingstraject?
12. Wat zijn de sterktes van de projecten?
13. Wat zijn de knelpunten van de projecten?
14. Hoeveel aanklappende teams heeft Vlaanderen nodig?

1. Wat is het bereik van de projecten?

De zes pilootprojecten bereikten tussen januari 2018 en augustus 2019 **367 sociale huurders** wat overeenkomt met een **gemiddeld bereik van 61 huurders per project**. **Het aantal begeleide huurders verschilt sterk tussen de projecten** en varieert van 27 tot 83 begeleidingen.

2. Wat is de wachttijd voor opstart?

Vier van de zes pilootprojecten hebben geen wachttijd, maar passen de inclusiecriteria strikt toe om het aantal aanmeldingen binnen de perken te houden. **Twee projecten hebben een wachttijd van vier maanden**. Het ene project was op het moment van bevraging nog niet volledig op kruissnelheid waardoor de wachttijd opliep. Het andere project bestaat al meerdere jaren en geniet een grote bekendheid, waardoor het veel aanmeldingen ontvangt. De begeleidingen hebben er bovendien een lange duurtijd waardoor nieuwe cliënten niet snel kunnen instromen.

3. Wat is de doelgroep van de projecten?

De projecten bereiken **evenveel mannen als vrouwen**. Wat de leeftijdsverdeling betreft zijn de meeste cliënten **tussen de 36 en 65 jaar** (60%) – jongvolwassenen (18-25 jaar) behoren tot de minderheid (4%). De meerderheid van de zorggebruikers **leeft van een uitkering of een leefloon** (57%) en **is alleenstaand** (70%). De bereikte doelgroep telt opvallend weinig cliënten met een migratieachtergrond (13%).

Alle projecten richten zich op sociale huurders met een vermoedelijke psychische kwetsbaarheid en/of een verslavingsproblematiek. Daarnaast legt elk project zijn **eigen accent m.b.t. de aan- of afwezigheid van een van volgende criteria**: een *ernstige* psychiatrische problematiek, woonproblemen, reeds geïnstalleerde hulp, een leeftijd van boven de 65 jaar en beslissingsonbekwaamheid.

De sociale huurders bevinden zich op het moment van aanmelding in een **ongunstige leefsituatie omwille van uiteenlopende problemen** waaronder: verwaarlozing van de woning, verzamelwoede, administratie en papierwerk dat niet in orde is, werkloosheid, financiële problemen en schulden, conflicten met de sociale huisvester, lichamelijke klachten, verslavingsproblemen, agressief gedrag, psychische problemen of een cognitieve beperking. Meestal is er sprake van een combinatie van deze problemen. Alle cliënten hebben **een psychische kwetsbaarheid die uiteenlopend is van aard**. Schizofrenie, psychose of een bipolaire stoornis komen het vaakst voor (24%), gevolgd door angst, depressie of een andere stemmingsstoornis (18%) en gedragsproblemen (17%). De helft van de cliënten heeft een **verleden in de GGZ** en houdt hier vooral negatieve herinneringen aan over. De hulpverlening is naar hun beleving te pusherig, te berispelend en/of te veroordelend, eerder afgestemd op het beschikbare aanbod dan op de eigenlijke hulpvraag, veel-er gericht op het voorschrijven van zware medicatie (met bijwerkingen) i.p.v. op het echt luisteren naar wat de problemen zijn. Cliënten hebben het gevoel dat de hulp niets uithaalt – ze zijn teleurgesteld en haken af.

4. Wat zijn de ervaringen van sociale huurders m.b.t. de aanklampende zorg?

Sommige cliënten hadden in het begin hun twijfels over de goede bedoelingen van het aanklampend team, maar dit wantrouwen maakte snel plaats voor **waardering**. Andere cliënten voelden onmiddellijk een klik met de hulpverlener en gaven aan dat het team **net op tijd** in hun leven verscheen. Wat de cliënten vooral appreciëren aan de aanklampende zorg is dat de begeleiding **geleidelijk en vrijblijvend** op gang komt en dat de begeleiders **rekening houden met hun wensen**. De hulpverleners zijn volgens de cliënten **menslievend, solidair, respectvol en niet veroordelend**. Ze nemen de **tijd om te luisteren zonder hun mening**

op tafel te leggen, proberen te begrijpen wat er in de cliënt omgaat, leggen geen zaken op en zijn niet opdringerig. In de plaats **proberen** ze **waar mogelijk te helpen** door nuttig advies te geven, mee naar oplossingen te zoeken of zelf de handen uit de mouwen te steken. De hulpverleners krijgen bovendien zaken geregeld die veel cliënten zelf niet voor elkaar krijgen, omdat ze niet over de juiste contacten beschikken. De cliënten mogen hun **eigen zeg** doen en **mee beslissen** over de stappen die gezet worden. Ook de **aanklampende aanpak** wordt op prijs gesteld. Sommige cliënten zitten zodanig diep dat ze zelf niet de kracht hebben om hulp te zoeken of de deur te openen. De hulpverleners laten de cliënt echter niet zomaar vallen, maar blijven langskomen om contact te maken en daar zijn zorggebruikers uiteindelijk dankbaar voor.

De getuigenissen tonen dat de teams dankzij hun optreden **voor veel cliënten een verschil kunnen maken**. Ze brengen papierwerk in orde, helpen bij traumaverwerking en de verwerking van zwarte gedachten, bieden steun bij het overwinnen van verslavingen, zorgen voor een stapsgewijze toeleiding naar de arbeidsmarkt, bemiddelen bij conflicten, ruimen samen met de cliënt de woning op, scheppen structuur en regelmaat in het dagelijks leven van de cliënt, leren hem woonvaardigheden aan, schakelen thuishulp in, bouwen een nieuw zorgnetwerk rond de cliënt uit, etc.

Negatieve ervaringen kwamen tijdens de interviews met de huurders **amper ter sprake**. Eén cliënt betreurde de beperkte duurtijd van de begeleiding en een andere cliënt vond dat de wekelijkse huisbezoeken niet altijd goed uitkwamen.

5. Hoe verloopt de intersectorale samenwerking?

De samenwerking met de sociale woonpartners verschilt tussen de pilootprojecten en loopt in drie projecten goed. De projecten hebben **duidelijke afspraken** met de woonpartners over welke cliënten in aanmerking komen voor aanklampende zorg en **overleggen geregeld** met hen om de samenwerking te bespreken. Dankzij dergelijke overlegmomenten leren de woonpartners hoe ze psychische problemen bij hun huurders kunnen herkennen en wordt er komaf gemaakt met onrealistische verwachtingen. In een vierde project verloopt de samenwerking naar eigen zeggen goed, maar vindt er weinig overleg en uitwisseling plaats. In de overige twee projecten is er een minder goede verstandhouding tussen het aanklampend team en de woonactoren. De wijze van samenwerken is niet zo goed uitgeklaard doordat er minder overleg plaatsvindt.

Ook **de samenwerking met de preventieve woonbegeleiding (PWB) van het CAW verschilt tussen de projecten**. Drie projecten hebben een nauwe samenwerking met het CAW wat zich vertaalt naar een gezamenlijk aanmeldpunt, duidelijke afspraken over welke cliënten iedere dienst opvolgt, duo-begeleidingen waarbij beide partners op complementaire wijze een cliënt opvolgen en overleg op geregelde basis om casussen te bespreken en ervaringen uit te wisselen. Twee andere projecten werken eveneens nauw samen met het CAW, alleen heeft het ene project geen gezamenlijk aanmeldpunt en doet het andere project geen duo-begeleidingen. In één pilootproject is er weinig samenwerking met het CAW: er is geen gemeenschappelijk aanmeldpunt en er vinden geen overlegmomenten en duo-begeleidingen plaats.

Alle pilootprojecten werken zowel op casusniveau als op projectniveau sterk samen met voorzieningen van andere sectoren. In functie van de behoeften van de cliënt betrekken de teams **op casusniveau** een waaier aan partners binnen en buiten de GGZ waaronder: de ambulante GGZ, welzijnsvoorzieningen, de residentiële GGZ, diensten voor praktische ondersteuning, diensten vrijetijd en ontmoeting, bewindvoerders, de verslavingszorg, de ouderenzorg, voorzieningen van het VAPH, diensten ondersteuning voor (vrijwilligers-)werk, medische zorg, etc. Wanneer meerdere partners deel uitmaken van het netwerk van de

cliënt, beleggen de teams op regelmatige basis een **multidisciplinair zorgoverleg** om de zorg op elkaar af te stemmen en tot duidelijke afspraken te komen.

Op projectniveau krijgt de intersectorale samenwerking op verschillende manieren vorm. Vijf projecten kunnen rekenen op **een stuurgroep, een dagelijks bestuur, een werkgroep of een overlegcomité** met een intersectorale samenstelling die mee waakt over de voortgang van het project. Twee van deze projecten participeren daarnaast aan een **intersectorale overlegtafel** om expertise over bemoeizorg uit te wisselen. In één project is er geen intersectorale stuurgroep (of dergelijke). Daar vindt occasioneel een-op-een-overleg met relevante intersectorale zorgpartners plaats om tot goede afspraken te komen.

6. Hoe positioneren de pilootprojecten zich tegenover de regionale context?

Tussen de pilootprojecten bestaan er organisatorische verschillen die deels het gevolg zijn van de regionale context waarin ze actief zijn. Belangrijke verschillen zijn:

- **De grootte en de aard van de regio:** in projecten die grote rurale regio's bedienen en waar cliënten ver uit elkaar wonen, neemt de verplaatsingstijd toe wat ten koste gaat van de begeleidingstijd. Door cliënten op efficiënte wijze aan hulpverleners toe te wijzen en huisbezoeken doordacht in te plannen trachten deze projecten de verplaatsingstijd te beperken.
- **Het aantal regio's in het werkingsgebied:** één project nam twee ver uit elkaar liggende subregio's voor haar rekening – regio's die bovendien weinig met elkaar gemeen hadden. Het vroeg veel energie om beide sub-werkingen op elkaar af te stemmen en een gevoel van samenhang te creëren.
- **De wachttijden in GGZ-voorzieningen:** in sommige regio's is de GGZ en de verslavingszorg onvoldoende uitgebouwd met lange wachttijden en beperkte doorverwijsmogelijkheden tot gevolg. Om dit tekort op te vangen zijn de projecten genoodzaakt om cliënten langer te begeleiden.
- **Hulpverleners die deeltijds in een andere voorziening werken:** verschillende projecten werken met hulpverleners die deeltijds in een andere hulpvoorziening werken (bv. het CAW, beschut wonen, de verslavingszorg, een mobiel team). Dit wordt als een meerwaarde ervaren omdat de samenwerking met en de toeleiding naar deze andere voorzieningen daardoor vlotter gaat.
- **Prioritaire aanmelders:** in alle projecten zijn sociale woonpartners de prioritaire aanmelders. Eén project besliste om ook andere partners (waaronder het OCMW, de wijkagenten, de justitiehuisen) cliënten te laten aanmelden, omdat deze diensten problematische zorgmijders vaak sneller opmerken.

7. Hoe zijn de aanklampende teams samengesteld?

De meeste teams zijn multidisciplinair samengesteld en bestaan uit meerdere disciplines waaronder een psycholoog, een psychiatrisch verpleegkundige en een maatschappelijk werker. Sommige hulpverleners beschikken over expertise in meerdere gebieden doordat ze in het verleden in een andere zorgsector werkten of een specialisatie volgden. Niet alle teams hebben een verslavingsdeskundige, een orthopedagoog of een ervaringsdeskundige aan boord terwijl deze gebieden van deskundigheid wel relevant zijn. Alle teams werken echter nauw samen met intersectorale voorzieningen en geven aan dat het daardoor niet altijd nodig is om zelf over alle expertise te beschikken.

De betrokkenheid van een psychiater verschilt tussen de projecten. Vier projecten kunnen – weliswaar in beperkte mate – rekenen op een vaste psychiater die deelneemt aan het wekelijks teamoverleg om nieuwe aanmeldingen en lopende dossiers te bespreken, die tussendoor te contacteren is voor advies en die indien

nodig mee op huisbezoek gaat. Twee projecten hebben geen vaste psychiater die ze kunnen aanspreken omwille van een tekort aan psychiaters in de regio wat ze als een gemis ervaren.

Alle aanklampende teams werken met **hulpverleners die deeltijds in een andere dienst of voorziening werken**. Meestal is dit het mobiele 2B-team, de PWB van het CAW, beschut wonen, de verslavingszorg of het CGG. Hoewel het combineren van twee jobs puzzelwerk en flexibiliteit vraagt, zijn er veel voordelen verbonden aan deze manier van werken. Zo is het mogelijk om een groter team met een bredere waaier aan disciplines samen te stellen en gaat de toeleiding naar deze andere voorzieningen vlotter.

8. Hoe verloopt de samenwerking binnen de teams?

In bijna alle projecten **overleggen** de teams **één keer per week** om nieuwe aanmeldingen en lopende begeleidingen te bespreken. Overleg op frequentere basis is voor de meeste teams niet haalbaar, omdat er dan minder tijd overblijft voor cliëntbegeleidingen. Met deze frequentie is het voor de meeste teams mogelijk om cliënten met acute problemen regelmatig en cliënten met chronische problemen sporadisch te bespreken. Eén project organiseert wekelijks, naast het teamoverleg, twee korte briefings om de voortgang van cliënten te bespreken. Daarbuiten vindt er in alle teams **veel informeel overleg** en uitwisseling via mail en telefoon plaats.

9. Op welke theoretische benaderingen baseren de aanklampende teams zich?

De aanklampende teams maken tijdens hun klinisch werk gebruik van verschillende theoretische benaderingen waaronder **herstelondersteunende zorg** (Van Audenhove, 2015), **systematisch rehabilitatiegericht handelen** (SRH) (Wilken en Den Hollander, 2019), de **presentiebenadering** van Baart (2001), **krachtgericht werk** (Rapp en Goscha, 2011), het **relationeel ethisch model** van Liégeois (2018), **bemoeizorg en outreachend werk** (Beelen et al., 2014) en **motiverende gespreksvoering** (Miller en Rollnick, 2014).

Bijna alle teams gingen tijdens de opstart van het project op **studiebezoek bij een van de Nederlandse bemoeizorgteams** wat voor hen een zeer leerrijke ervaring was. Bijkomend volgden de hulpverleners **opleidingen over uiteenlopende onderwerpen**, waaronder: bemoeizorg, wils(on)bekwaamheid, bewindvoering, outreachend werken, motiverende gespreksvoering, verbindende communicatie, psycho-educatie, positieve gezondheid, SRH, het gedeeld beroepsgeheim, omgaan met agressie en middelenmisbruik.

10. In welke mate worden de projecten uitgevoerd conform de verwachtingen van de Vlaamse overheid?

De projecten voldoen in hoge mate aan de verwachtingen van de Vlaamse overheid:

- **Alle teams gaan tijdens de begeleidingen aanklampend te werk.** Hulpverleners gaan wekelijks bij de cliënt langs (ook al blijft de deur gesloten), bellen, mailen of laten briefjes achter om contact te maken. Wanneer dat niet werkt, proberen hulpverleners via een persoon uit het natuurlijk netwerk van de cliënt contact te zoeken of spreken ze de cliënt op straat aan. De meeste teams gaan creatief en volhardend te werk tot de deur uiteindelijk toch opengaat. Dit lukt uiteindelijk in negen van de tien gevallen – bij 10% van de cliënten slaagt men er niet in om contact te leggen en wordt het begeleidingstraject nooit opgestart.
- **Eens het contact er is gaan alle teams outreachend te werk.** Alle contacten vinden in de woning of de leefomgeving van de cliënt plaats (bv. buiten op een bankje, in het park, in een buurthuis). De hulpverleners stellen zich flexibel op door de plaats van afspraak aan te passen aan de voorkeuren van de cliënt.

- **Meer dan de helft van de cliënten wordt door de teams toegeleid naar zorg (68%).** Voorzieningen waarnaar de teams vaak toeleiden zijn ambulante GGZ-voorzieningen, het algemeen welzijnswerk, residentiële GGZ-voorzieningen en thuisdiensten.
- **Samenwerken met de context gebeurt voor ongeveer 70% van de cliënten.** Meestal is dit met familieleden en naasten of met de formele context.
- **Alle pilootprojecten zetten in op een goede nazorg en continuïteit van zorg.** Zo vindt er tijdens de begeleiding frequent zorgoverleg plaats met de vervolgpartners om tot goede afspraken te komen en een warme overdracht te garanderen. Van zodra de cliënt voldoende omkaderd is door een formeel netwerk beginnen de teams geleidelijk met de afbouw van het traject. Na afronding wordt er sporadisch contact genomen met de cliënt en de vervolgpartner om te kijken of alles goed gaat.
- **Een gedwongen opname en een uithuiszetting komen weinig voor** (respectievelijk 5% en 7%). Het is echter niet duidelijk of dit te danken is aan het aanklampend werk van de teams.
- **Alle projecten werken zowel op casus- als projectniveau sterk samen met intersectorale partners.**
- **De samenwerking met de sociale woonpartners verschilt tussen de pilootprojecten** en loopt in drie projecten goed. In de andere drie projecten is er nood aan betere afspraken en meer overleg.
- **De samenwerking met de PWB van het CAW verschilt tussen de projecten.** Drie projecten hebben een hechte samenwerking met het CAW – in één project is er sprake van een minder goede samenwerking.

11. Wat is de duur en het verloop van de begeleidingstrajecten?

De **gemiddelde duur** van de begeleidingstrajecten bedraagt **8,4 maanden**. De helft van de trajecten wordt binnen de zes maanden afgerond en een kwart heeft een duurtijd van zes tot twaalf maanden. Een kleine 10% van de trajecten duurt één tot twee jaar en nog eens een kleine 10% duurt meer dan twee jaar. Er is een opvallend **verschil in de duurtijd van de trajecten tussen de projecten**. In vijf projecten worden alle begeleidingen binnen de 12 maanden afgerond. In één pilootproject duren de begeleidingstrajecten aanzienlijk veel langer: twee derde van de trajecten duren meer dan één jaar en een derde duurt tussen de twee en vier jaar.

In 65% van de gevallen wordt een traject in onderling overleg afgerond. In 35% van de gevallen is er echter sprake van een **eenzijdig stopzetting** hetzij door de cliënt (14%), hetzij door het team (21%). **Uithuiszettingen en gedwongen opnames vinden** zoals eerder vermeld **weinig plaats**.

12. Wat zijn de sterktes van de projecten?

Tijdens het evaluatieonderzoek kwam als sterkte naar voor dat alle teams:

- **Multidisciplinair** zijn **samengesteld** en minimaal uit volgende disciplines bestaan: een psycholoog, een maatschappelijk werker en een psychiatrisch verpleegkundige. Sommige teams beschikken eveneens over een verslavingsdeskundige, een ervaringsdeskundige en een orthopedagoog.
- Sterk investeren in **deskundigheidsbevordering** om hun kennis en vaardigheden inzake aanklampende zorg te vergroten.
- Gebruik maken van **een heldere intakeprocedure en duidelijke inclusiecriteria**.

- **Praktische ondersteuning** aan cliënten aanbieden **op meerdere gebieden** zoals: helpen bij dagelijkse levensverrichtingen, financiën en administratie, medicatiegebruik en het leggen van contact met formele instanties en familie.
- **Aanklappend te werk** gaan en de verschillende vormen van bemoeizorg toepassen. Indien nodig wordt er overgegaan tot ongevraagde en dwingende zorg.

Sterktes die volgens de projecten bijdragen tot een succesvolle werking zijn:

- **Op complementaire wijze samenwerken met de PWB van het CAW.** Beide partners werken volgens hun eigen insteek en hebben andere gebieden van deskundigheid. Door de krachten te bundelen wordt er meer bereikt. Dit kan door waar nodig in duo te werken en sporadisch te overleggen om expertise uit te wisselen.
- **Sterk samenwerken met de sociale woonpartners** zodat zij vertrouwen krijgen in het team en hulpverleners beweegruimte geven om de situatie van de cliënt geleidelijk om te keren. Dit kan door geregeld te overleggen over potentiële nieuwe aanmeldingen, lopende begeleidingen, praktische vragen en de wijze van samenwerking.
- **Een sterk netwerk uitbouwen met zorgpartners uit andere sectoren.** De juiste mensen kennen is belangrijk om snel een netwerk rond een cliënt te kunnen opbouwen.
- **In het team werken volgens een gedeelde caseload** door waar nodig in duo te werken en wekelijks te overleggen om de voortgang van cliënten gezamenlijk te bespreken. Hierdoor ontstaat een grotere gedragenheid en continuïteit in de zorg.
- Werken met een **hecht team** van **ervaren, geëngageerde en enthousiaste hulpverleners** die met volle goesting en overtuiging de handen uit de mouwen steken en zich open opstellen tegenover elkaar.
- Tegenover de cliënt een **oprechte en niet-veroordelende houding** aannemen en een **aanklappende aanpak aanhouden** zelfs al zijn er moeilijkheden of gedraagt een cliënt zich weerbarstig.
- Constant **zoeken naar nieuwe benaderingen** en werkwijzen zodat het mogelijk is om snel vooruitgang te boeken. Een **studiebezoek** brengen aan een Nederlands bemoeizorgteam kan eveneens inspirerend werken.
- Geregeld **deelnemen aan intervisiemomenten** om complexe casussen in groep te bespreken.
- Aandacht hebben voor de **continuïteit van zorg bij onderbreking of afronding** van een begeleiding door contact te houden met de cliënt bij opname in een residentiële voorziening of na afronding van de begeleiding.
- Kunnen rekenen op de **betrokkenheid van een psychiater** die het team adviseert, die deelneemt aan overleg en die indien nodig mee op huisbezoek gaat.
- **De zorgbehoeften, de wensen en de kwaliteiten** van de cliënt **in kaart brengen** en een ondersteuningsprofiel opstellen dat per levensgebied de nodige interventies beschrijft.

13. Wat zijn de knelpunten van de projecten?

Het evaluatieonderzoek bracht een aantal knelpunten aan het licht die zich in meerdere pilootprojecten voordeden en dus extra aandacht behoeven:

- In vier projecten is er in mindere mate sprake van **een gedeelde caseload**. Tijdens het teamoverleg is er onvoldoende gelegenheid om de cliënten gezamenlijk te bespreken en duo-begeleidingen vinden weinig of niet plaats.
- In drie projecten verloopt de **samenwerking met de sociale woonpartners** minder goed. Er vinden weinig overlegmomenten plaats om nieuwe aanmeldingen, lopende begeleidingen en de wijze van samenwerken te bespreken.
- In drie projecten vinden er weinig tot geen **intervisiemomenten** plaats. De opstartfase neemt veel energie in beslag waardoor hier voorlopig geen tijd voor is.
- Drie projecten besteden minder aandacht aan het **in kaart brengen van de zorgbehoeften, de wensen en de kwaliteiten van cliënten** en het bepalen van de nodige acties (**assessment**).
- Twee projecten werken nog niet volgens een welomschreven visie en **baseren zich in mindere mate op bestaande interventies, modellen en benaderingen** omdat de opstartfase veel tijd in beslag nam.
- Twee projecten kunnen slechts in beperkte mate **beroep doen op een psychiater** voor advies en ondersteuning.
- In twee projecten gebeurt **het samenwerken met de context** in mindere mate. De teams brengen de context wel in kaart, maar betrekken deze niet tijdens de begeleiding van cliënten.
- In twee projecten is er **een wachttijd** van vier maanden alvorens een begeleiding kan opstarten.

Volgende knelpunten ondermijnen volgens de projecten de werking:

- In een **uitgestrekte regio** moeten hulpverleners zich ver verplaatsen waardoor zij minder huisbezoeken kunnen doen.
- **Lange wachttijden bij GGZ-voorzieningen** zorgen ervoor dat cliënten niet snel ergens terecht kunnen en de begeleidingsduur bij het aanklampend team oploopt.
- De **doorstroom naar GGZ-partners verloopt niet altijd efficiënt**. Partners doen soms een nieuwe indicatiestelling in plaats van te vertrouwen op de indicatiestelling van het aanklampend team.
- In sommige regio's is de **verslavingszorg onvoldoende uitgebouwd** wat zorgt voor beperkte verwijsmogelijkheden en lange wachttijden.
- In sommige regio's zijn er **onvoldoende voorzieningen van het VAPH** waardoor het niet mogelijk is om cliënten met een beperking toe te leiden naar de nodige zorg.
- De teams krijgen geregeld te maken met **hoarding (verzamelwoede)** en botsen hier op de grenzen van het eigen kunnen. In Vlaanderen bestaat hierover nog niet veel ondersteuning en vorming.
- De teams ervaren het als een tekort dat **enkel de sociale woonactoren cliënten kunnen aanmelden**. **Andere hulp- en zorgvoorzieningen** (OCMW, CAW, familiehelp, etc.) zijn soms beter geplaatst om problematische leefsituaties te detecteren en ook de **private huurmarkt** heeft nood aan aanklampende zorg.

- Sommige **CAW** kampen met **een capaciteitskort** waardoor duo-begeleidingen met de PWB minder voor de hand liggend zijn.
- Met sommige woonpartners loopt de samenwerking moeilijk omdat ze:
 - Snel resultaat verwachten en weinig vrijheid geven.
 - Snel dreigen met een uithuiszetting en/of cliënten pas aanmelden wanneer de uithuiszettingsprocedure al is opgestart.
 - Weinig contact hebben met hun huurders en/of weinig kennis hebben over psychische problemen, waardoor ze problemen pas na escalatie opmerken en cliënten laattijdig aanmelden.
 - Over onvoldoende personeelscapaciteit beschikken waardoor het niet mogelijk is om samen met het aanklampend team op huisbezoek te gaan.
- Voor **hulpverleners met een deeltijdse tewerkstelling** die twee jobs combineren vormt het aanklampend werken een uitdaging: ze zijn minder goed op de hoogte van alle details en het is puzzelen om beide agenda's in elkaar te laten passen.
- Er is **nood aan een wettelijk kader voor bemoeizorg** dat meer duidelijkheid schept over hoe informatie geregistreerd en uitgewisseld kan worden conform de GDPR-regelgeving en het beroepsgeheim en hoe aanklampende zorg te rijmen valt met de wet patiëntenrechten.
- Binnen een regio zijn er soms **andere partners met een aanklampend aanbod** actief wat zorgt voor verwarring in het werkveld.
- Vaak is er **behoefte aan een tolk**, maar blijkt dit in de praktijk onbetaalbaar en moeilijk te regelen.

14. Hoeveel aanklampende teams heeft Vlaanderen nodig?

De noodzakelijke cijfergegevens ontbreken om een zinvolle uitspraak te doen over het aantal nodige projecten aanklampende zorg in Vlaanderen. Zo zijn er geen Vlaamse prevalentiedata over het aantal volwassenen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en is er geen zicht op het aantal personen met een EPA die sociaal huren. Daarnaast zijn er in Vlaanderen nog andere zorgvoorzieningen voor personen met een EPA waarvan het bereik niet gekend is.

5 Aanbevelingen

In navolging van het evaluatieonderzoek formuleerden de onderzoekers aanbevelingen voor zorginstellingen en het beleid. De aanbevelingen staan uitgebreid beschreven in hoofdstuk 7 van dit rapport en het draaiboek. Deze samenvatting bevat een bondige synthese van de kernaanbevelingen en handelen over de volgende onderwerpen:

1. De werking afstemmen op de regionale context
2. De doelgroep bepalen
3. Een team samenstellen
4. Werken in teamverband
5. De kennis en vaardigheden aanscherpen
6. Samenwerken met sociale woonpartners
7. Samenwerken met de PWB van het CAW

8. Samenwerken met andere intersectorale zorgpartners
9. Rekening houden met het beroepsgeheim
10. Aanmeldingsprocedure en intake
11. De begeleiding
12. Toeleiding van cliënten naar zorg
13. Zorgcontinuïteit bij afronding of onderbreking van de begeleiding
14. Bijsturing en evaluatie
15. Aandachtpunten voor het beleid

1. De werking afstemmen op de regionale context

- Wanneer er in een regio meerdere **diensten met een outreachend aanbod** zijn, is een **goede afstemming** over ieders doelgroep en zorgaanbod noodzakelijk om een sterke complementaire samenwerking te realiseren.
- Het kan zinvol zijn om in deze regio's **een beslisboom uit te werken of een gezamenlijk aanmeldpunt te installeren** zodat verwijzende partners cliënten op de juiste plaats aanmelden.
- **Elke outreachende dienst** binnen het GGZ-netwerk **neemt zijn verantwoordelijkheid op** om te voorkomen dat er cliënten tussen de mazen van het net vallen.
- Tijdens de opstart investeren de projecten in **bekendmaking** zodat partners op de hoogte zijn van het doel en de werkwijze van het aanklappend team.
- Wanneer het aanklappend team actief is in een **uitgestrekte regio**, is een **efficiënte verdeling van cliënten onder de teamleden en een efficiënte planning van de huisbezoeken** aangewezen om de verplaatsingstijd binnen de perken te houden.

2. De doelgroep bepalen

- De aanklappende teams richten zich tot personen met een **complexe problematiek waarbij er sprake is van ernstige psychische problemen en problemen op diverse levensgebieden**. Bijkomend is er **geen actieve betrokkenheid van GGZ-voorzieningen** terwijl dit wel nodig is of verloopt het contact met GGZ-voorzieningen moeilijk. De doelgroep bestaat uit personen die de weg niet vinden naar de reguliere zorg, hierin vastgelopen zijn, geen vertrouwen hebben in hulpverlening of afgewezen zijn door instanties al dan niet vanwege de aard en de omvang van hun problemen.

3. Een team samenstellen

- Het aanklappend team heeft een **interdisciplinaire samenstelling** en omvat volgende disciplines: een psycholoog, een maatschappelijk werker, een psychiatrisch verpleegkundige, een verslavingsdeskundige, een psychiater en één of meerdere ervaringsdeskundigen. Aan elk aanklappend team is **een psychiater verbonden** die het team waar nodig ondersteunt.
- Het is belangrijk om **rekening te houden met het profiel van de hulpverleners**. Bemoeizorg is een vak apart dat vraagt om een aantal competenties en een bepaalde ingesteldheid.
- Binnen het team moet er **een openheid en veiligheid** zijn om twijfels en onzekerheden m.b.t. de aanpak van cliënten in groep te bespreken.

4. Werken in teamverband

- Een **wekelijks teamoverleg** in combinatie met een **korte briefing** maakt het mogelijk om de (voortgang van) cliënten systematisch met het hele team te bespreken en gedragenheid te creëren. Gebruik maken van een **digitaal planbord** kan het overleg faciliteren.
- Enkele keren per jaar een **zorginhoudelijk teamoverleg** inplannen schept gelegenheid om de manier van werken tegen het licht te houden, bepaalde thema's inhoudelijk uit te diepen, terug te koppelen over opleidingen en aan intervisie te doen.

5. De kennis en vaardigheden aanscherpen

- Er is **nood aan meer vorming** over bemoeizorg zodat het mogelijk is om deze benadering meer systematisch toe te passen in de GGZ en de effectiviteit ervan te onderzoeken.
- Voor beginnende projecten is een **studiebezoek** aan een van de Vlaamse aanklappende teams en/of een van de Nederlandse bemoeizorgteams leerrijk.
- Er is nood aan **meer scholing over het gedeeld beroepsgeheim**. Het gebrek aan kennis hierover maakt hulpverleners onzeker en staat een goede samenwerking met andere partners in de weg.
- Een goede **vorming over de inschatting en de implicaties van beslissings(on)bekwaamheid** bij cliënten is aan te bevelen.
- **Belangrijke andere onderwerpen om vorming rond te volgen** zijn: hoarding (verzamelwoede), omgaan met overlast, motiverende gespreksvoering, suïcidepreventie, agressiebeheersing, midde-lenafhankelijkheid, psychose, steunend relationeel handelen, herstelondersteunende zorg en sociaal emotioneel functioneren (opleiding van het VAPH).
- Geregeld **interviewmomenten** organiseren is aangewezen om complexe problemen en algemene thema's te bespreken.

6. Samenwerken met sociale woonpartners

- Het aanklappend team werkt in de eerste plaats samen met **sociale woonpartners die**:
 - **Nood hebben aan bemoeizorg** en **bereid zijn** om hier mee hun schouders onder te zetten
 - **Een meerkansenbeleid voeren** en bereid zijn om **zich inschikkelijk op te stellen** door het aanklappend team de tijd te geven om de problemen van de huurders aan te pakken in plaats snel resultaat te willen zien.
 - **Voldoende contact hebben met hun huurders** zodat het herkennen van problemen en het aanmelden van cliënten tijdig gebeurt en een uithuiszetting vermeden wordt.
 - Naast overlast ook **oog hebben voor onderlast**. Onderlast verwijst naar huurders die zich in een klinische situatie bevinden, zich volledig afzonderen, een hele dag in bed liggen en geen hulp zoeken.
 - Over **voldoende personeelscapaciteit** beschikken om indien wenselijk samen met het aanklappend team op huisbezoek te gaan.

- Volgende zaken kunnen het **engagement** van sociale woonpartners **versterken**:
 - Samen met hen een **engagementsverklaring** opstellen waarin de rolverdeling, de gemeenschappelijke doelen, ieders taken, de wettelijke samenwerking, het omgaan met het beroepsgeheim en de procedure van uithuiszetting duidelijk gespecificeerd staan zodat de wederzijdse verwachtingen geëxpliciteerd zijn.
 - **Voldoende tijd investeren in overleg** om de samenwerking te evalueren en waar nodig bij te sturen en om nieuwe aanmeldingen en lopende begeleidingen te bespreken.
 - Een **vast aanspreekpunt binnen het aanklappend team** (de coördinator) voorzien zodat sociale woonpartners meteen weten bij wie ze terecht kunnen met vragen of problemen.
- **Wanneer aanmeldingen** van cliënten **uitblijven**:
 - Spoort het team de woonpartners aan om potentiële cliënten aan te melden.
 - Kijkt het team uit naar nieuwe sociale woonpartners om te betrekken.
 - Overweegt het team om ook andere actoren cliënten te laten aanmelden (bv. de OCMW, de wijkagent, de dienst samenlevingsopbouw).

7. Samenwerken met de preventieve woonbegeleiding van het CAW

- **Het opzetten van een nauwe samenwerking** met de preventieve woonbegeleiding van het CAW is **noodzakelijk en vraagt tijd**. Een minimale afstemming over volgende zaken is vereist: ieders aanbod en doelgroep, de taakverdeling, het delen van cliëntinformatie en de wijze van samenwerking.
- Voor **cliënten met een multiproblematiek** die tot de doelgroep van beide voorzieningen behoren kan het aanklappend team als volgt tewerk gaan:
 - **Beide diensten volgen de cliënt in duo op**. De PWB is daarbij verantwoordelijk voor het aanpakken van urgente sociale en woonproblemen, terwijl het aanklappend team op de psychische problemen focust. De expertise van de twee partners wordt zo gebundeld zonder in mekaars vaarwater te zitten.
 - **De PWB en het aanklappend team volgen elkaar op in de tijd**. De PWB gaat van start met de begeleiding om dringende woonproblemen aan te pakken. Het aanklappend team wordt nadien ingeroepen om rond de psychische kwetsbaarheid te werken.
 - **Het aanklappend team neemt de begeleiding volledig alleen op** en focust initieel op de sociale en woonproblemen wat een dankbare insteek kan zijn om in een vervolgfase de psychische kwetsbaarheid aan te raken.
- Beide werkingen **overleggen regelmatig** om de samenwerking te evalueren en bij te sturen, ervaringen en expertise uit te wisselen en de lopende duo-begeleidingen op te volgen.

8. Samenwerken met andere intersectorale zorgpartners

- Het aanklappend team **werkt op casusniveau** (waar nodig) **samen met intersectorale partners**. Op regelmatige basis vindt er **een multidisciplinair zorgoverleg** plaats om de zorg op elkaar af te stemmen.

- **Op projectniveau** wordt er een aparte **stuurgroep** aanklampende zorg opgericht om het project inhoudelijk op te volgen en waar nodig bij te sturen en waarin belangrijke intersectorale partners zetelen, waaronder: het CAW, de betrokken sociale woonpartners, het beschut wonen van waaruit het aanklampend team opereert, zorgpartners met een vergelijkbaar aanbod, de coördinator van het GGZ-netwerk en/of iemand van de stuurgroep van functie 5.
- Het kan interessant zijn om op projectniveau een **intersectoraal casuoverleg** te organiseren, aan te sluiten bij een bestaand casuoverleg of intersectorale partners sporadisch uit te nodigen voor een intervisie.

9. Rekening houden met het beroepsgeheim en de GDPR

- Tijdens de samenwerking met andere partners **houdt** het aanklampend team **rekening met het gedeeld beroepsgeheim** en **springt vertrouwelijk en voorzichtig om met de persoonsgegevens** van cliënten conform de General Data Protection Regulation (GDPR).

10. Aanmeldingsprocedure en intake

- Aanmeldingen gebeuren door de sociale woonpartners waarmee het aanklampend team een samenwerkingsovereenkomst afsloot. **Wanneer een aangemelde cliënt toch niet aan de inclusiecriteria voldoet**, doet het team een gepaste verwijzing.
- Wanneer het team vaststelt dat er **al veel zorgpartners betrokken** zijn (en de cliënt dus geen zorgmijder is), stuurt het team aan op een multidisciplinair zorgoverleg om de zorg beter op elkaar af te stemmen alvorens de begeleiding af te ronden.

11. De begeleiding

Aan het begin van de begeleiding:

- Deelt de sociale woonpartner zoveel mogelijk informatie over de cliënt die hij aanmeldt zodat het aanklampend team op een gepaste manier **contact kan maken**.
- Gaan hulpverleners **per twee** bij de cliënt langs. Zo kunnen ze elkaar steunen en van gedachten wisselen om tot een betere inschatting van de situatie te komen. Wanneer er sprake is van een zeer hoge zorgzwaarte en/of een risico op gevaar, kan het aangewezen zijn om de begeleiding per twee verder te zetten.
- Gaat de hulpverlener **volhardend te werk** om contact met de cliënt te maken: regelmatig blijven langsgaan, bellen, mailen of een briefje achterlaten.
- **Brengt** de hulpverlener **de zorgbehoeftes, de kwaliteiten, de krachten en de wensen** van de cliënt **in kaart** en **stelt een persoonlijk ondersteuningsprofiel op** dat per levensgebied de zorgdoelen en de nodige interventies specificeert.

Tijdens de begeleiding:

- Gaan hulpverleners **creatief** om met het **outreachend werken**.
- Laat het team de **contacten in de zorgvoorziening** doorgaan wanneer er sprake is van een **onveilige situatie** (bv. een cliënt is onder invloed, heeft een agressieprobleem, maakt een psychose door).
- Stemmen hulpverleners **de contactfrequentie af op maat** van de cliënt.

- Verstrekken hulpverleners **praktische hulp op diverse levensgebieden** (administratie in orde brengen, opruimen, poetsen, etc.) om een vertrouwensband met de cliënt op te bouwen.
- Overweegt het team om **samen met de sociale woonpartner op huisbezoek** te gaan. De woonpartner kan dan zelf zijn verwachtingen m.b.t. wonen aan de cliënt verduidelijken waardoor de hulpverlener deze boodschap niet hoeft over te brengen.
- **Treden** hulpverleners **indien nodig op als bemiddelaar** tussen de sociale woonpartner en de cliënt om miscommunicatie recht te zetten, wederzijds begrip te installeren en contactbreuken te herstellen.
- **Nemen** hulpverleners **de rol van casemanager op**: ze trachten zicht te krijgen op alle betrokken partijen en zorgen voor afstemming door geregeld een multidisciplinair overleg te organiseren.
- **Betrekken** hulpverleners **de informele context** (familieleden of andere naasten) wanneer de cliënt hiervoor de toestemming geeft.
- **Betrekken** hulpverleners **de huisarts** van de cliënt die relevante informatie heeft m.b.t. diens fysieke en psychische gezondheid. Als de cliënt geen huisarts heeft, wordt deze aangemoedigd en/of actief ondersteund om een huisarts te zoeken.
- Zetten hulpverleners in op **het bieden van herstelondersteunende zorg, het toeleiden naar zorg en het coachen van vervolgparters** om zichzelf op termijn overbodig te maken.

12. Toeleiding van cliënten naar zorg

- Het team leidt cliënten toe naar **GGZ en/of reguliere zorg** om problemen van psychische, medische, praktische en sociale aard aan te pakken.
- Het team maakt **goede samenwerkingsafspraken met zorgpartners** waarnaar frequent wordt toegeleid om de doorstroom naar voorzieningen te versnellen.
- Het team initieert een **opname in een residentiële voorziening** wanneer een cliënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen.

13. Zorgcontinuïteit bij afronding of onderbreking van de begeleiding

- Het team **rondt de hulp af** van zodra de cliënt voldoende stabiel en zelfredzaam is en/of de toeleiding naar zorg een feit is. Een heraanmelding in de toekomst – wanneer er opnieuw problemen opduiken – behoort tot de realiteit.
- Na afronding **houdt het team enige tijd contact** met de cliënt en de vervolgparters om een **warme overdracht** te garanderen.
- Het team **coacht vervolgparters** die weinig vertrouwd zijn met mensen met ernstige psychische problemen. Hierdoor verkleint de kans dat een voorziening de dienstverlening omwille van problemen stopzet.
- Bij afronding van de begeleiding **draagt het team de coördinatie van de zorg over aan een van de vervolgparters**. Dit is bij voorkeur een partner die goed geplaatst is om veranderingen bij de cliënt op te merken (bv. een team voor langdurige zorg, de huisarts of iemand van gezinshulp).
- Wanneer de cliënt op een **wachlijst** staat voor zorg biedt het team **overbruggingshulp** aan.

- Bij **tijdelijke opname in een residentiële voorziening**, houdt het team contact met de cliënt en ondersteunt de voorziening bij de uitwerking van een plan van aanpak om de **continuïteit van zorg** te garanderen.
- Wanneer een cliënt **naar de private huurmarkt verhuist**, zet het team de begeleiding tijdelijk verder om de zorgcontinuïteit niet in het gedrang te brengen.

14. Bijsturing en evaluatie

- Beginnende teams **nemen** regelmatig hun **manier van werken onder de loep**. De checklist voor zelfevaluatie biedt houvast bij het formuleren van verbeterdoelen en het opstellen van verbeterplannen.

15. Aandachtspunten voor het beleid

- Bemoeizorg is een nieuwe benadering binnen de GGZ die vraagt om een **aangepast wetgevend kader dat een antwoord biedt op juridische dilemma's** waarmee de teams te maken krijgen. Voorbeelden hiervan zijn:
 - Schenden sociale woonpartners hun beroepsgeheim door een huurder – buiten zijn medeweten – aan te melden bij het aanklappend team?
 - Mogen sociale woonpartners zonder het akkoord van de huurder een aanmeldingsformulier invullen?
 - Mag het aanklappend team zonder medeweten van de cliënt de medewerking van de formele of informele context vragen om contact te leggen?
 - Onder welke voorwaarden mag het aanklappend team cliëntinformatie met andere hulpverleners uitwisselen?
 - Hoe dient de uitwisseling van cliëntgegevens tussen zorgpartners te gebeuren om te voldoen aan de nieuwe GDPR-regelgeving?
- Het **aanpakken van de wachttijden** in de GGZ, de verslavingszorg, de gezinszorg, de zorg voor personen met een handicap, het CAW, etc. is noodzakelijk om de toeleiding naar zorg te garanderen.
- Om **cliënten van allochtone origine beter te bereiken** is er nood aan meer hulpverleners met een migratieachtergrond in de zorg en meer middelen om tolken te betrekken.
- Het aanklappend team op projectniveau mee ondersteunen behoort tot **het takenpakket van de beleidsarts van beschut wonen**. De beleidsarts denkt mee na over de manier van aanpak van het team en neemt deel aan zorginhoudelijk teamoverleg.
- **De werkgroep** die de pilootprojecten in het kader van hun opdracht oprichtten wordt **verdergezet en beginnende initiatieven** kunnen zich bij deze werkgroep aansluiten zodat zij een snellere start kunnen nemen.
- De Vlaamse overheid voorziet voor de pilootprojecten **een systeem om cliëntgegevens** op een gebruiksvriendelijke en veilige manier **te registreren**. Idealiter gebruiken alle partners binnen één GGZ-netwerk hetzelfde registratiesysteem (bv. InterRAI, Regas of Obasi) om het delen en het extraheren van gegevens te faciliteren.

6 Draaiboek met checklist voor zelfevaluatie

Het draaiboek met bijbehorende checklist voor zelfevaluatie is te vinden in bijlage 2 van dit rapport en is bedoeld als houvast voor beginnende projecten die met een gelijkaardig initiatief wensen te starten. Het draaiboek bundelt de opgedane kennis en expertise van de pilootprojecten en zet op generieke wijze hun manier van werken op een rij. De checklist kunnen voorzieningen gebruiken om de eigen werking periodiek te evalueren en waar nodig bij te sturen.

Inhoud

Inleiding	29
1 Situering	29
1.1 Hervorming geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau	29
1.2 Hervorming geestelijke gezondheidszorg op Vlaams niveau	29
1.3 Projectoproep “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”	30
2 Opbouw rapport	31
Hoofdstuk 1 Onderzoeksdoelstellingen en -methode	33
1 De onderzoeksdoelstellingen	33
2 De onderzoeksvragen	34
3 De onderzoeksmethode	34
3.1 Deel 1: een documentanalyse	34
3.2 Deel 2: de ontwikkeling en afname van de audit	35
3.3 Deel 3: interviews met zorggebruikers	37
3.4 Deel 4: de analyse van registratiegegevens	38
3.5 Deel 5: een focusgroep met relevante actoren	40
Hoofdstuk 2 Beschrijving van de pilootprojecten op basis van de documentanalyse	41
1 Pilootproject 1	41
2 Pilootproject 2	46
3 Pilootproject 3	50
4 Pilootproject 4	53
5 Pilootproject 5	56
6 Pilootproject 6	61
Hoofdstuk 3 Kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van de audit	65
1 Pilootproject 1	65
1.1 Algemene vragen vooraf	65
1.2 Visie en werkwijze	65
1.3 Capaciteit en samenstelling	66
1.4 Deskundigheid	68
1.5 Samenwerking	69
1.6 Aanmelding	71
1.7 Begeleiding	72
1.8 Resultaatsgebieden	75
2 Pilootproject 2	76
2.1 Algemene vragen vooraf	76
2.2 Visie en werkwijze	77

2.3	Capaciteit en samenstelling	77
2.4	Deskundigheid	79
2.5	Samenwerking	79
2.6	Aanmelding	82
2.7	Begeleiding	82
2.8	Resultaatsgebieden	85
3	Pilootproject 3	86
3.1	Algemene vragen vooraf	86
3.2	Visie en werkwijze	87
3.3	Capaciteit en samenstelling	88
3.4	Deskundigheid	89
3.5	Samenwerking	90
3.6	Aanmelding	92
3.7	Begeleiding	93
3.8	Resultaatsgebieden	95
4	Pilootproject 4	97
4.1	Algemene vragen vooraf	97
4.2	Visie en werkwijze	97
4.3	Capaciteit en samenstelling	98
4.4	Deskundigheid	99
4.5	Samenwerking	100
4.6	Aanmelding	102
4.7	Begeleiding	102
4.8	Resultaatsgebieden	105
5	Pilootproject 5	106
5.1	Algemene vragen vooraf	106
5.2	Visie en werkwijze	107
5.3	Capaciteit en samenstelling	108
5.4	Deskundigheid	109
5.5	Samenwerking	110
5.6	Aanmelding	113
5.7	Begeleiding	114
5.8	Resultaatsgebieden	117
6	Pilootproject 6	119
6.1	Algemene vragen vooraf	119
6.2	Visie en werkwijze	119
6.3	Capaciteit en samenstelling	120
6.4	Deskundigheid	121
6.5	Samenwerking	122
6.6	Aanmelding	123
6.7	Begeleiding	124
6.8	Resultaatsgebieden	126
7	Samenvattend overzicht van de kwantitatieve resultaten van de audits	127

Hoofdstuk 4	Analyse registratiegegevens van de pilootprojecten “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”	129
1	Het aantal begeleide sociale huurders	129
2	De socio-demografische kenmerken van de sociale huurders	130
2.1	Geslacht	130
2.2	Leeftijd	130
2.3	Nationaliteit	131
2.4	Leefvorm	132
2.5	Inkomen	133
2.6	Hoogst behaalde diploma	134
3	De aanmelder van de sociale huurders	135
4	Het zorgverleden van de sociale huurders	136
5	De aard van de problematiek van de sociale huurders	137
5.1	Meervoudige problematiek	137
5.2	Verslaving	138
5.3	Cognitieve beperking	139
5.4	Lichamelijke klachten	140
5.5	Verwaarlozing	141
5.6	Voornaamste psychische problematiek	141
6	Relevante kenmerken m.b.t. het begeleidingstraject	143
6.1	Afgeronde begeleidingstrajecten	143
6.2	Duur begeleidingstrajecten	143
6.3	Eenzijdige stopzetting	145
6.4	Toeleiding naar zorg	145
6.5	Betrokkenheid context	148
7	De mate waarin er een uithuiszetting of een gedwongen opname plaatsvond	149
Hoofdstuk 5	Getuigenissen van sociaal huurders	151
1	Kyan	151
2	Johan	152
3	Anouar	153
4	Yves	153
5	Arlette	154
6	Annie	154
7	Barbara & Guy	156
8	Hendrik	156
9	Monique	157

Hoofdstuk 6	Focusgroep met de pilootprojecten	159
1	Algemene bedenkingen m.b.t. aanbevelingen	159
2	Bedenkingen m.b.t. de 12 onderwerpen	160
2.1	Doelgroep	160
2.2	Team	161
2.3	Werken in teamverband	162
2.4	Vorming	163
2.5	Samenwerking met de preventieve woonbegeleiding (PWB) van het CAW	163
2.6	Samenwerking met de sociale woonpartners	165
2.7	Intersectorale samenwerking	166
2.8	Begeleiding van de huurder	166
2.9	Toeleiding naar zorg	167
2.10	Zorgcontinuïteit bij afronding of onderbreking van de begeleiding	167
2.11	Afstemming op de regionale context	167
2.12	Macroniveau	168
3	Verdere inhoud en format van het draaiboek	168
Hoofdstuk 7	Conclusies en aanbevelingen	169
1	Antwoorden op de onderzoeksvragen	169
1.1	Wat is het bereik van de projecten?	169
1.2	Wat is de wachttijd voor opstart?	170
1.3	Wat is de doelgroep van de projecten?	170
1.4	Wat zijn positieve ervaringen van sociale huurders m.b.t. de aanklampende zorg?	172
1.5	Wat zijn negatieve ervaringen van de sociale huurders m.b.t. de aanklampende zorg?	173
1.6	Hoe verloopt de intersectorale samenwerking?	173
1.7	Hoe positioneren de pilootprojecten zich tegenover de regionale context?	175
1.8	Hoe zijn de aanklampende teams samengesteld?	176
1.9	Hoe verloopt de samenwerking in de teams?	177
1.10	Op welke theoretische benaderingen baseren de aanklampende teams zich?	178
1.11	Worden de projecten uitgevoerd volgens de voorgeschreven kenmerken in de projectoproep?	182
1.12	Wat is de duur en het verloop van het begeleidingstraject?	184
1.13	Wat zijn de sterktes en de knelpunten van de projecten	185
1.14	Hoeveel aanklampende teams heeft Vlaanderen nodig?	193
2	Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk	194
2.1	De werking afstemmen op de regionale context	195
2.2	De doelgroep bepalen	195
2.3	Een team samenstellen	196
2.4	Werken in teamverband	198
2.5	De kennis en vaardigheden aanscherpen	199
2.6	Samenwerken met sociale woonpartners	200
2.7	Samenwerken met de preventieve woonbegeleiding van het CAW	202

2.8	Samenwerken met andere intersectorale zorgpartners	203
2.9	Rekening houden met het beroepsgeheim en de GDPR	205
2.10	Aanmeldingsprocedure en intake	206
2.11	Aan het begin van de begeleiding	206
2.12	Verderop in de begeleiding	207
2.13	Toeleiding van cliënten naar zorg	208
2.14	Zorgcontinuïteit bij afronding of onderbreking van de begeleiding	208
2.15	Bijsturing en evaluatie	209
2.16	Aandachtspunten voor het beleid	210
3	Slotconclusie	212
Referenties		213
Bijlagen		217
Bijlage 1:	Instrument gebruikt voor de evaluatie van de pilootprojecten aanklappende zorg	219
Bijlage 2:	Draaiboek voor aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren	239

Lijst Tabellen

Tabel 1	Overzicht van de zes pilootprojecten.	33
Tabel 2	Variabelen en waarden van de registratietemplate voor de pilootprojecten aanklappende zorg.	38
Tabel 3	Samenvattend overzicht van de kwantitatieve resultaten van de audits aanklappende zorg.	128
Tabel 4	Aantal sociale huurders per pilootproject aanklappende zorg.	129
Tabel 5	Verdeling “leeftijd” per pilootproject aanklappende zorg.	131
Tabel 6	Verdeling “nationaliteit” per pilootproject woonvormen aanklappende zorg.	131
Tabel 7	Verdeling “leefvorm” per pilootproject woonvormen aanklappende zorg.	132
Tabel 8	Verdeling “inkomen” per pilootproject aanklappende zorg.	133
Tabel 9	Verdeling “diploma” per pilootproject aanklappende zorg.	134
Tabel 10	Verdeling “aanmelder” per pilootproject aanklappende zorg.	135
Tabel 11	Verdeling “Zorgverleden” per pilootproject aanklappende zorg.	136
Tabel 12	Verdeling “meervoudige problematiek” per pilootproject aanklappende zorg.	137
Tabel 13	Verdeling “verslaving” per pilootproject aanklappende zorg.	138
Tabel 14	Verdeling “cognitieve beperking” per pilootproject aanklappende zorg.	139
Tabel 15	Verdeling “lichamelijke klachten” per pilootproject aanklappende zorg.	140
Tabel 16	Verdeling “verwaarlozing” per pilootproject aanklappende zorg.	141
Tabel 17	Voornaamste psychische problematiek per pilootproject aanklappende zorg.	142
Tabel 18	Aantal afgeronde begeleidingstrajecten per pilootproject aanklappende zorg.	143
Tabel 19	Duur afgeronde begeleidingstrajecten per pilootproject aanklappende zorg.	144
Tabel 20	Eenzijdige stopzetting per pilootproject aanklappende zorg.	145
Tabel 21	Type toegeleide zorg over de pilootprojecten aanklappende zorg heen.	146
Tabel 22	Aantal cliënten dat per pilootproject aanklappende zorg wordt toegeleid naar zorg.	147
Tabel 23	Type toegeleide zorg per pilootproject aanklappende zorg.	147
Tabel 24	Betrokkenheid context per pilootproject aanklappende zorg.	148
Tabel 25	Type context die tijdens het begeleidingstraject betrokken wordt per pilootproject aanklappende zorg.	149
Tabel 26	Aantal uithuiszettingen en gedwongen opnames per pilootproject aanklappende zorg	149
Tabel 27	Wachttijd per project.	170
Tabel 28	Cijfergegevens m.b.t. het begeleidingstraject.	185

Tabel 29	Inschatting van het aantal personen tussen 18 en 64 jaar met een EPA in Vlaanderen.	194
Tabel 30	Overzicht van de zes pilootprojecten.	244

Lijst Figuren

Figuur 1	Verdeling “geslacht” per pilootproject aanklampende zorg.	130
Figuur 2	Verdeling “leeftijd” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	130
Figuur 3	Verdeling “leefvorm” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	132
Figuur 4	Verdeling “inkomen” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	133
Figuur 5	Verdeling “diploma” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	134
Figuur 6	Verdeling “aanmelder” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	135
Figuur 7	Zorgverleden over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	136
Figuur 8	Verdeling “meervoudige problematiek” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	137
Figuur 9	Verdeling “verslaving” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	138
Figuur 10	Verdeling “cognitieve beperking” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	139
Figuur 11	Verdeling “lichamelijke klachten” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	140
Figuur 12	Verdeling “verwaarlozing” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	141
Figuur 13	Voornaamste psychische problematiek over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	142
Figuur 14	Duur afgeronde begeleidingstrajecten over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	143
Figuur 15	Gemiddelde duurtijd van de afgeronde begeleidingstrajecten per pilootproject aanklampende zorg.	145
Figuur 16	Aantal voorzieningen die de pilootprojecten aanklampende zorg inschakelen.	146
Figuur 17	Type context die tijdens het begeleidingstraject betrokken wordt over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.	148
Figuur 18	Zes dimensies van Positieve Gezondheid (Institute for Positive Health).	181

Inleiding

1 Situering

1.1 Hervorming geestelijke gezondheidszorg op federaal niveau

In 2010 verscheen **de gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg (GGZ)** door de realisatie van zorgcircuits die aan de basis ligt van de hervorming van de GGZ die in overleg tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten gerealiseerd wordt. Volgens deze gids moet de ontwikkeling van de verschillende zorgvormen binnen de GGZ in de toekomst vorm krijgen vanuit een netwerkperspectief en op basis van zorgcircuits. Binnen één regio vormen juridisch onafhankelijke voorzieningen, instellingen, diensten en initiatieven een functioneel samenwerkingsverband dat zorgprogramma's aanbiedt die zorggebruikers als een samenhangend geheel ervaren. De 13 netwerken geestelijke gezondheid volwassenen die sedert 2010 actief zijn in het Vlaams en Brussels hoofdstedelijk gewest geven samen invulling aan volgende vijf sleutelfuncties:

- Functie 1: activiteiten inzake geestelijke gezondheidspromotie, preventie, vroegdetectie en vroeginterventie
- Functie 2: mobiele behandelingsteams voor acute of chronische problematiek
- Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
- Functie 4: intensieve gespecialiseerde residentiële GGZ
- Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is

In 2016 publiceerde de FOD Volksgezondheid het **handboek innovatieve praktijken betreffende de geestelijke gezondheidsnetwerken voor volwassenen** dat een verduidelijkend kader biedt voor de realisatie van functie 5 "specifieke woonvormen en woonondersteuning". Conform de vele internationale, nationale en regionale verklaringen en wetteksten wordt het recht op wonen als een fundamenteel mensenrecht beschouwd. Zoals ook gesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie heeft een onaangepaste huisvesting een grote impact op de gezondheid en in het bijzonder de geestelijke gezondheid van mensen. Huisvesting is een sociale determinant van gezondheid en levert een belangrijke bijdrage tot participatie en inclusie in de maatschappij. Het is immers nauw verbonden met herstel – een begrip dat centraal staat in de hervorming van de GGZ. Naast het ontwikkelen van gespecialiseerde initiatieven rond wonen is het nodig om te investeren in innovatieve zorgpraktijken die de integratie van mensen met een mentale kwetsbaarheid in de reguliere huisvesting bevorderen.

1.2 Hervorming geestelijke gezondheidszorg op Vlaams niveau

In mei 2017 ging het **Actieplan Geestelijke Gezondheid** van kracht dat een specifiek hoofdstuk bevat over "Begeleiding in het kader van woonzorg: Iedereen heeft recht op behoorlijke huisvesting". Dit hoofdstuk stelt dat het hebben en het behouden van een woning essentieel is voor herstel en inclusie. Een gedifferentieerd woonaanbod in combinatie met begeleiding en verzorging aangepast aan de noden van de bewoners is daarvoor nodig. Het uitgangspunt is steeds een maximale ontwikkeling van persoonlijke

zelfstandigheid vertrekkend vanuit de mogelijkheden en de krachten van de zorggebruiker. In het domein woonzorg zijn verschillende partners actief die een woonaanbod voor personen met een kwetsbaarheid voorzien (de initiatieven van beschut wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de verslavingszorgcentra, de sociale verhuurkantoren, de sociale huisvestingsmaatschappijen, de OCMW, de CAW, de woonfuncties van het VAPH, etc.). Gestreefd wordt naar een constructieve samenwerking tussen deze woonpartners met daarbij bijzondere aandacht voor de transitieleeftijd (16-23 jaar) en voortgebouwd op bestaande goede praktijken zoals de Antwerpse proeftuin “Veerkrachtwonen” en het Antwerpse SSeGA project “Samenwerking Sociale Huisvestingsmaatschappijen en GGZ Antwerpen”.

1.3 Projectoproep “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”

In het najaar van 2017 lanceerde de Vlaamse overheid een **projectoproep** gericht aan de netwerken GGZ voor volwassenen om “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren” uit te testen binnen de verdere realisatie van functie 5 “specifieke woonvormen en woonondersteuning”. Met de projectoproep wil de Vlaamse overheid inzetten op een nauwere samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappijen en de sociale verhuurkantoren om zorgmijdende personen met ernstige psychische problemen vroegtijdig te identificeren en via aanklampende en outreachende zorg toe te leiden naar gepaste zorg (GGZ, woonbegeleiding, gezinshulp, preventieve woonbegeleiding, etc.) om zo uithuiszetting te voorkomen.

Sociale huisvestingsmaatschappijen en sociale verhuurkantoren worden binnen hun woningenbestand geregeld geconfronteerd met bewoners die kampen met ernstige psychische problemen die niet in begeleiding zijn in de GGZ. Naast psychische problemen zijn er vaak financiële problemen, gezondheidsproblemen, verslavingsproblemen, sociaal isolement, leefbaarheidsproblemen en overlastproblemen. De **doelgroep** betreft personen die sociaal huren, maar op het moment van de aanmelding door de sociale woonpartner geen GGZ-behandeling of begeleiding (meer) krijgen.

De bedoeling van de pilootprojecten is dat **de GGZ in samenwerking met sociale actoren outreachend** naar deze doelgroep werkt. De sociale woonactoren **detecteren** mensen met vermoedelijke psychische problemen en brengen hen in contact met een multidisciplinair team dat **aanklampend en motiverend** werkt. Het team **bouwt** een **vertrouwensband op** met deze personen wat cruciaal is voor het slagen van de hulpverlening, **screen**t op effectieve geestelijke gezondheidsproblemen en **leidt** hen indien nodig **toe** naar woonbegeleiding, gezinshulp en/of de reguliere GGZ. Aangezien deze bewoners vaak niet over een eigen netwerk beschikken is samenwerking met andere zorg- en welzijnsorganisaties (CAW, OCMW, huisarts, ...) nodig om een **sociaal netwerk** rond hen **uit te bouwen**.

De oproep richt zich tot de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen om kaderend binnen functie 5 een partnerschap aan te gaan met sociale huisvestingsmaatschappijen én sociale verhuurkantoren en op deze manier mensen met psychische problemen te detecteren. Met de pilootprojecten streeft de overheid ernaar om uithuiszetting omwille van psychische problemen te verminderen, gedwongen opname in PZ te voorkomen, het psychisch en fysisch welzijn van zorgmijdende cliënten te verbeteren, overlast te voorkomen en inclusie in de maatschappij te bevorderen.

De oproep bouwt voort op het Antwerpse **SSeGA-project** dat de afgelopen jaren experimenteerde met een intensieve samenwerking tussen GGZ-actoren en sociale huisvestingsmaatschappijen. Inhoudelijk sluit de oproep nauw aan bij het **aanbod PWB van de CAW**. De CAW gaan eveneens aanklampend te werk om uithuiszetting binnen de sociale huurmarkt te voorkomen. Ze zetten vooral in op het versterken van de

woonvaardigheden van cliënten, het aanpakken van problemen m.b.t. huurachterstal en het maken van afspraken met de huisbaas. Het spreekt voor zich dat het aanbod van de pilootprojecten complementair dient te zijn aan het aanbod van de CAW.

Daarnaast verwacht de overheid dat de pilootprojecten sterk inzetten op **intersectorale samenwerking** om **expertise** m.b.t. deze doelgroep tussen sectoren **uit te wisselen**. Bij voorkeur leidt de intersectorale samenwerking ook tot **deelname** van medewerkers vanuit verschillende voorzieningen en settings (nl. PZ, PAAZ, CGG, mobiele teams, verslavingszorg huisarts, OCMW) **aan multidisciplinair overleg** om op deze manier zorgcontinuïteit voor de zorggebruiker te verzekeren.

De Vlaamse overheid voorziet **financiering** voor zes pilootprojecten in Vlaanderen waarbij gestreefd wordt naar een goede geografische spreiding. Ook hier verloopt de financiering van de pilootprojecten via een **overeenkomst met een IBW**, aangeduid door het netwerk geestelijke gezondheid volwassenen. De middelen dienen om minstens één master in de psychologie (minimaal 75%) aan te werven en indien gewenst psychiateren te vergoeden.

2 Opbouw rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. **Hoofdstuk 1** beschrijft de onderzoeksdoelstellingen, de onderzoeksvragen en de gebruikte onderzoeksmethode. De **hoofdstukken 2 tot 6** geven een overzicht van de resultaten van de evaluatiestudie. **Hoofdstuk 7** formuleert een antwoord op de onderzoeksvragen en aanbevelingen voor de praktijk en het beleid. In de twee bijlagen zijn de eerste versie van de checklist voor zelfevaluatie te vinden die in het kader van de evaluatie werd afgenomen (bijlage 1) evenals het draaiboek met de finale versie van de checklist (bijlage 2).

Hoofdstuk 1

Onderzoeksdoelstellingen en -methode

Dit onderzoek betreft een evaluatie van de zes pilootprojecten “aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren” die momenteel worden uitgetest. Tabel 1 geeft een overzicht van de netwerken waarbinnen de pilootprojecten actief zijn, de IBW die penhouder zijn en de benaming van het begeleidingsteam.

Tabel 1 Overzicht van de zes pilootprojecten.

Naam team	Netwerk	Penhouder
Aanklappende zorg aan huis (ANZOH)	Zuid-West-Vlaanderen	BW De Bolster
Begeleiding Aanklappende Zorg (BAZ)	SaHVA	BW De Raster
Buiten-ge-WOON	Kempen	BW Kempen
Eigen Kracht Wonen (EKWo)	Reling	BW West-Limburg
Samenwerking sociale huisvestingsmaatschappijen en GGZ Antwerpen (SSeGA)	SaRA	BW De Vliering
Team Aanklappende & Netwerk Gerichte Ondersteuning (TANGO)	PAKT	BW Domos

De onderzoeksresultaten zijn belangrijk om de werking van de zes pilootprojecten en alle toekomstige initiatieven die aanklappende zorg wensen aan te bieden zo goed mogelijk af te stemmen op de noden van de zorggebruikers. De resultaten hebben dus een rechtstreekse weerslag op de klinische praktijk en dragen op die manier bij tot het welzijn van de onderzochte doelgroep.

Volgende rubrieken gaan dieper in op de onderzoeksdoelstellingen, de onderzoeksvragen, de onderzoeksmethode en de zes pilootprojecten.

1 De onderzoeksdoelstellingen

Het doel van het onderzoek is tweeledig.

In de eerste plaats is het onderzoek bedoeld om te **evalueren**:

- In welke mate de pilootprojecten conform de projectoproep worden uitgevoerd.
- In welke mate de pilootprojecten onderling van elkaar verschillen.
- Of het nodig is om het concept van de pilootprojecten bij te stellen.
- Wat de ervaringen van de zorggebruikers zijn binnen de pilootprojecten.

Een tweede doel is een **draaiboek met bijbehorende checklist voor zelfevaluatie ontwikkelen** om beginnende projecten op weg te helpen.

2 De onderzoeksvragen

De evaluatiestudie biedt een antwoord op volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is het bereik van de projecten?
2. Wat is de wachttijd voor opstart?
3. Wat is de doelgroep van de projecten?
4. Wat zijn positieve ervaringen van de sociale huurders m.b.t. de aanklappende zorg?
5. Wat zijn negatieve ervaringen van de sociale huurders m.b.t. de aanklappende zorg?
6. Hoe verloopt de intersectorale samenwerking?
7. Hoe positioneren de pilootprojecten zich tegenover de regionale context?
8. Hoe zijn de aanklappende teams samengesteld?
9. Hoe verloopt de samenwerking in de teams?
10. Op welke theoretische benaderingen baseren de aanklappende teams zich?
11. Worden de projecten uitgevoerd volgens de voorgeschreven kenmerken in de projectoproep?
12. Wat is de duur en het verloop van het begeleidingstraject?
13. Wat zijn de sterktes en de succesfactoren van de projecten?
14. Hoeveel aanklappende teams heeft Vlaanderen nodig?

3 De onderzoeksmethode

Het volledige onderzoek bestaat uit **vijf onderdelen** om de twee onderzoeksdoelstellingen te realiseren en de onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Een documentanalyse
- De ontwikkeling en de afname van een audit
- Interviews met zorggebruikers
- De analyse van registratiegegevens
- Een focusgroep met relevante actoren

Onderstaande rubrieken geven een gedetailleerde beschrijving van deze onderdelen.

3.1 Deel 1: een documentanalyse

Om zicht te krijgen op de unieke manier van werken van de zes pilootprojecten worden volgende documenten geanalyseerd:

- Het aanvraagdossier dat de pilootprojecten indienden in navolging van de oproep.
- De tussentijdse verslagen die de pilootprojecten indienen bij het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG).
- De verslagen van de stuurgroep die het VAZG twee keer per jaar met de pilootprojecten organiseert om hun voortgang te bespreken, eventuele problemen te detecteren en oplossingen aan te reiken.

3.2 Deel 2: de ontwikkeling en afname van de audit

3.2.1 Doel

Tijdens de eerste bijeenkomst met de leden van de Vlaamse stuurgroep werd beslist om in het kader van de evaluatiestudie een audit af te nemen in plaats van de groepsinterviews die in het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel beschreven stonden. Een audit heeft als meerwaarde dat het zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens oplevert. De kwantitatieve resultaten maken het mogelijk om op een eenduidige manier na te gaan in hoeverre de pilootprojecten werken volgens het ideaaltypisch concept zoals uitgeschreven door de Vlaamse overheid (zie punt 1.3 van hoofdstuk 1). De scoring laat ook benchmarking toe: de pilootprojecten kunnen zichzelf plaatsen ten opzichte van de andere pilootprojecten en de scores tonen waar de sterktes en de werkpunten van elk pilootproject liggen. De resultaten zijn aldus helpend om de kwaliteit van de zorg te verbeteren: de scores vormen namelijk een aanknopingspunt om verbeterdoelen te formuleren en verbeterplannen op te stellen. De kwalitatieve resultaten werpen dan weer een gedetailleerder licht op de manier van werken van de pilootprojecten en leveren waardevolle input voor de uitwerking van de draaiboeken.

3.2.2 Methode

De pilootprojecten “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren” zijn zodanig uniek dat de ontwikkeling van een auditinstrument op maat van de projecten noodzakelijk was. De onderzoekers werkten een eerste versie van beide auditinstrumenten uit vertrekkend van:

- Belangrijke onderliggende principes zoals vastgelegd in de projectoproep van de pilootprojecten
- De projecttekst en de tussentijdse verslagen van de pilootprojecten
- Relevante bestaande modelgetrouwheidsschalen

Relevante modelgetrouwheidsschalen die inspiratie boden waren:

- The Strengths Model Fidelity Scale (Rapp & Goscha, 2011).
- The Illness Management and Recovery program Fidelity Scale (Egeland et al., 2019).
- The Recovery Oriented Practices Index (Hendriksen-Favier, van Rooijen, Rijkaart, 2010).
- The Dartmouth Assertive Community Scale (Stichting CCAF, 2010a).
- The Flexible Assertive Community Scale (Stichting CCAF, 2010b).
- De Bemoeizorg Ankerpunten en Scores (GGZ Nederland, 2008)

Een eerste versie van het auditinstrument werd per mail aan de leden van de stuurgroep voorgelegd. Op basis van hun feedback werden de items van de instrumenten inhoudelijk bijgesteld.

Het auditinstrument dat uiteindelijk in het kader van de evaluatiestudie werd afgenomen bestaat uit een 30-tal items die peilen naar zeven dimensies (zie bijlage):

- Visie en werkwijze
- Capaciteit en samenstelling
- Deskundigheid
- Samenwerking
- Aanmelding en verwijzing
- Begeleiding
- Resultaten

Aan elk item zijn enkele criteria toegewezen en afhankelijk van het aantal criteria waaraan een team voldoet wordt een score van één tot vijf toegekend. Een score van één staat voor weinig of niet geïmplementeerd en een score van vijf voor volledig geïmplementeerd. De informatie die nodig is om de items te kunnen scoren wordt verzameld via een groepsinterview met de teamleden werkzaam binnen de pilootprojecten en inzage in de vergaderverslagen en enkele cliëntdossiers.

3.2.3 Dataverzameling

In het kader van de dataverzameling brachten twee onderzoekers in de periode van juni 2019 tot september 2019 een werkbezoek aan elk van de zes pilootprojecten. Tijdens dit bezoek stond in de eerste plaats **een groepsinterview met de teamleden van de pilootprojecten** op het programma. Niet alle teamleden dienden tijdens dit groepsinterview aanwezig te zijn – wel de teamleden die goed op de hoogte zijn van de werking van het pilootproject. Het aantal deelnemers varieerde van vijf tot soms wel veertien teamleden en het groepsinterview duurde ongeveer drie uur. Het interview zoomde in op de visie, de werkwijze, de capaciteit, de samenstelling en de deskundigheid van het team, de interne en de externe samenwerking, de wijze van aanmelding, de begeleiding van cliënten en enkele resultaatsgebieden. De vragen die gesteld werden, zijn terug te vinden in het auditinstrument (zie bijlage). Tijdens het afnemen van het groepsinterview was één onderzoeker verantwoordelijk voor het modereren van het gesprek en nam één onderzoeker verslag. Het interview werd integraal opgenomen en opnieuw beluisterd om het verslag waar nodig aan te vullen. Beide onderzoekers kenden op basis van het groepsinterview elk onafhankelijk van elkaar een score van één tot vijf toe aan de diverse items van de audits. De onderzoekers hielden voor het toekennen van de scores rekening met het feitelijk gedrag en de huidige activiteiten van de teams. Gepland gedrag en geplande activiteiten werden niet in rekening gebracht.

In de tweede plaats vroegen de onderzoekers **inzage in** enkele **verslagen** van teamvergaderingen, een drietal geanonimiseerde **cliëntdossiers** en verslagen van intervisiemomenten indien voorhanden.

3.3 Deel 3: interviews met zorggebruikers

3.3.1 Doel

Tijdens de werkbezoeken die in het kader van de auditafname plaatsvonden, interviewden de onderzoekers 13 cliënten die begeleiding kregen binnen de pilootprojecten (twee à drie cliënten per pilootproject). De interviews hadden tot doel om meer zicht te krijgen op de ervaringen en de tevredenheid van de cliënten met de verkregen ondersteuning.

3.3.2 Methode

De onderzoekers dienden voor dit onderdeel van het onderzoek vooraf een dossier in bij het **Social and Societal Ethics Committee (SMEC)** van de KU Leuven dat beoordeelde of het onderzoeksvoorstel voldeed aan de gestelde ethische normen m.b.t. wetenschappelijk onderzoek met menselijke deelnemers. Het voorstel kreeg een gunstig advies.

Het **rekruteren van de cliënten** gebeurde **door de hulpverleners** werkzaam binnen de pilootprojecten. Deze keuze werd gemaakt om te voorkomen dat de onderzoekers cliënten zouden benaderen voor wie een interview te gevoelig zou liggen. De cliënten van de pilootprojecten zijn immers kwetsbaar en niet allemaal bereid en/of in staat zijn om deel te nemen aan een interview. Aan de hulpverleners werd gevraagd om een selectie van twee à drie cliënten te maken voor deelname aan het interview, hen vooraf kort te brieven over het interview en alvast hun mondelinge toestemming te vragen.

De interviews duurden circa 30 minuten en vonden meestal plaats **in de leefomgeving van de cliënt** zelf. Eén cliënt gaf de voorkeur aan een interview in de zorginstelling – die voorkeur werd door de onderzoekers gerespecteerd.

Bij de start van elk interview kregen de cliënten **een informatiebrief en de informed consent** overhandigd die de onderzoekers ook nog eens mondeling toelichtten. De informatiebrief informeerde de cliënten in heldere taal over: het doel en de verantwoordelijken van het onderzoek, het vrijwillige karakter van deelname aan het onderzoek, de audio-opname van het gesprek dat gemaakt zou worden en de anonieme verwerking van de gegevens. De informatiebrief vermeldde uitdrukkelijk dat al dan niet deelnemen aan het interview geen effect zou hebben op de verdere zorg en benadrukte dat de cliënten ten alle tijden het recht hadden om het interview stop te zetten zonder daarvoor een reden te hoeven geven en zonder daarvan enig nadeel te ondervinden. Aan de cliënten werd vervolgens gevraagd om de informed consent te ondertekenen. Daarmee gaven zij hun toestemming om de verkregen data te gebruiken in het kader van het onderzoek en bepaalde frasen anoniem te citeren in het onderzoeksrapport en de draaiboeken. Deelnemende cliënten kregen ook de mogelijkheid om indien gewenst het onderzoeksrapport en het bijbehorende draaiboek in te kijken.

Tijdens het interview werden volgende **vragen** voorgelegd:

- Hoe ervaart u de begeleiding die u ontvangt? In welke mate bent u hierover tevreden?
- Wat zijn pluspunten of minpunten van de begeleiding?
- Indien u de mogelijkheid had om iets te veranderen aan de begeleiding, wat zou u dan veranderen?
- Heeft u zelf de keuze gemaakt om in het begeleidingstraject te stappen?
- In welke mate is de begeleiding helpend voor uw herstel?

3.3.3 Dataverzameling en -verwerking.

Het afnemen van de interviews gebeurde door twee onderzoekers. Eén onderzoeker nam het interview af en een andere onderzoeker maakte gelijktijdig verslag. Ontbrekende stukken werden nadien aangevuld op basis van de geluidsopname. Elk interview werd vervolgens verwerkt tot een korte getuigenis gebruik makend van **fictieve namen en met weglating van persoonlijke details** die zouden kunnen leiden tot de identificatie van de cliënt.

3.4 Deel 4: de analyse van registratiegegevens

3.4.1 Doel

Om zicht te krijgen op de doelgroep, de instroom, het begeleidingstraject, de uitstroom, de drop out, etc. van de pilootprojecten analyseerden de onderzoekers registratiegegevens op het niveau van de cliënt verzameld door de projecten.

3.4.2 Methode

De pilootprojecten verzamelden in opdracht van de Vlaamse overheid registratiegegevens op het niveau van de zorggebruiker. In het begin registreerden de pilootprojecten elk op hun eigen manier gegevens m.b.t. hun cliënten. Dit maakte het evenwel onmogelijk om de gegevens van de pilootprojecten samen te voegen en algemene uitspraken over de doelgroep te doen. De onderzoekers werkten daarom een Excel template uit om de registratie van de cliëntgegevens op uniforme wijze te laten geschieden (tabel 2). De templates bevatten een 25-tal variabelen met een beperkt aantal waarden om de registratielast voor de pilootprojecten binnen de perken te houden. De fiche werd meerdere malen afgetoetst met de leden van de stuurgroep. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de variabelen en hun mogelijke waarden.

Tabel 2 Variabelen en waarden van de registratietemplate voor de pilootprojecten aanklappende zorg.

Variabelen	Mogelijke waarden
Netwerk	Kempen; PAKT; Reling; SaRA; SaVHA; ZW-Vlaanderen
Cliëntnummer	1, 2, 3, 4, etc.
Nationaliteit	Belg; niet Belg
Geslacht	Man, vrouw
Leeftijd	Geboortejaar
Leefvorm	Alleenstaand; alleenstaand met kinderen; samenwonend met partner; samenwonend met partner en kinderen; samenwonend in een gezin; andere; onbekend
Inkomen	Eigen beroepsactiviteiten; uitkering; leefloon; leeft op kosten van naasten; kinderbijslag; onbekend
Hoogst behaalde diploma	Lager onderwijs; middelbaar onderwijs; hoger of universitair onderwijs; onbekend
Aanmelder	Sociale huisvestingsmaatschappij; sociaal verhuurkantoor; andere
Kreeg eerder begeleiding in de GGZ	Ja; nee; onbekend

Variabelen	Mogelijke waarden
Meervoudige problematiek	Ja; nee
Verslaving	Ja; nee
Cognitieve beperking	Ja; nee
Lichamelijke klachten	Ja; nee
Verwaarlozing	Ja; nee
Voornaamste psychische problematiek	Gedragsprobleem (eetprobleem, dwanghandelingen, hyperactief, automutilatie, suïcidaal, agressief, etc.); opvoedingsproblemen; angst, depressie of andere stemmingsstoornis; trauma of stress gerelateerde problemen; schizofrenie, psychose of bipolaire stoornis; persoonlijkheidsstoornis; andere
Traject afgerond	Ja; nee
Duur traject	Uitgedrukt in maanden
Eenzijdige stopzetting door cliënt	Ja; nee
Eenzijdige stopzetting door team	Ja; nee
Cliënt toegeleid naar zorg	Ja; nee
Toegeleide zorg <i>(Meerdere waarden mogelijk)</i>	Ambulante GGZ (CGG, mobiel team, psychiater); residentiële GGZ (BW, PZ, PAAZ, PVT); verslavingszorg; zorginstelling van het VAPH; woonzorgcentrum; geen van deze
Bijkomende toegeleide zorg <i>(Meerdere waarden mogelijk)</i>	Algemeen welzijnswerk (CAW, OCMW); thuisdiensten (thuiszorg, thuisverpleging, huishoudhulp); sociale initiatieven (ontmoeting); VDAB (GTB); VAPH (diensten ondersteuningsplan); bewindvoerder; andere
Andere toegeleide zorg	Open veld om waarde "andere" te specificeren
Is de context betrokken	Ja; nee
Welke context is betrokken	Familie of andere belangrijke derden; vrijetijdsomgeving; werkomgeving; enkel formele context
Uithuiszetting	Ja; nee
Gedwongen opname	Ja; nee

3.4.3 Dataverzameling

Aan de coördinatoren van de pilootprojecten werd gevraagd om de gegevens door te geven van alle cliënten die sedert de start van de pilootprojecten in december 2017 tot en met augustus 2019 begeleiding kregen.

3.5 Deel 5: een focusgroep met relevante actoren

3.5.1 Doel

Aan het einde van het onderzoek organiseerden de onderzoekers een focusgroep met de coördinatoren en enkele teamleden van de pilootprojecten. De focusgroep had tot doel om extra input te verzamelen voor de verdere uitwerking van het draaiboek. Het draaiboek had op zijn beurt als doel om de opgedane kennis en expertise van de pilootprojecten op een generieke wijze op een rij te zetten zodat voorzieningen die een gelijkaardig initiatief wensen uit te bouwen dit als houvast kunnen gebruiken.

3.5.2 Methode en dataverzameling

In aanloop naar de uitwerking van het draaiboek organiseerden de onderzoekers een focusgroep met relevante actoren om de structuur, de inhoud en de format van het draaiboek te bespreken. De focusgroep ging omwille van de Coronamaatregelen via Zoom door. Per pilootproject namen telkens twee actoren deel: de coördinator van het project, een teambegeleider en/of de penhouder van project. De focusgroep werd opgenomen en volledig getranscribeerd waarna een puntsgewijs verslag werd opgesteld.

Hoofdstuk 2

Beschrijving van de pilootprojecten op basis van de documentanalyse

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de zes pilootprojecten “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren” o.b.v. de documentanalyse. De beschrijving bevat telkens volgende rubrieken:

- Algemeen
- Samenstelling team
- Aanmelding
- Begeleiding
- Nazorg
- Betrokkenheid sociale huurder en zijn context
- Intersectorale samenwerking
- Knelpunten

1 Pilootproject 1

Algemeen

Pilootproject 1 bedient een volledig arrondissement en wordt inhoudelijk mee opgevolgd door Functie 5 van het GGZ-netwerk. Het aanklampend team richt zich tot zorgwekkende zorgmijders (18-65 jaar) met ernstige en complexe psychische problemen waarbij het behoud van de sociale woning omwille van klachten m.b.t. wonen (woonoverlast, huurachterstal, slecht onderhoud woning, conflicten met de burens, etc.) onder druk komt te staan. Het team gaat aanklampend te werk, zo kort als mogelijk en zo lang als nodig.

Samenstelling team

Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit volgende teamleden:

- Een klinisch psychologe (0,80 VTE) die het project coördineert en daarnaast als casemanager werkt
- Twee psychiatrisch verpleegkundigen die beiden als casemanager werken (0,50 VTE en 0,40 VTE)
- Twee maatschappelijk werkers die beiden als casemanager werken (0,50 VTE en 0,40 VTE)
- Een ergotherapeut die eveneens als casemanager werkt (0,40 VTE)

Alle casemanagers combineren hun opdracht binnen het pilootproject met een tewerkstelling binnen het mobiele 2B-team. Dit heeft heel wat voordelen:

- In het kader van vervolgzorg kan men makkelijk de link leggen met het 2B-team.
- De beleidsarts van het 2B-team kan psychiatrische supervisie aan de teamleden voorzien.

- Het is mogelijk om efficiëntiewinst te realiseren door cliëntbezoeken op doordachte wijze in te plannen zodat er bespaard kan worden op verplaatsingstijd.
- Een grotere arbeidstevredenheid bij de medewerkers: uitsluitend aanklampend werken is namelijk belastend.
- Een grotere diversiteit in het team: het team telt zowel mannelijke als vrouwelijke medewerkers uit diverse disciplines en behorende tot verschillende leeftijdsgroepen.

Aanmelding

De detectie van zorgmijders gebeurt door de sociale dienst van de sociale verhuurkantoren (SVK) en de sociale huisvestingsmaatschappijen (SHM). Wanneer zij oordelen dat voor een van hun huurders extra ondersteuning in het kader van het behoud van de woning aangewezen is, melden zij het dossier aan bij het gemeenschappelijk aanmeldpunt van het aanklampend team en de PWB van het CAW. Aanmelders sturen daartoe een ingevuld aanmeldingsformulier naar een algemeen emailadres dat beheerd wordt door de coördinatoren van het aanklampend team en de PWB. Op het aanmeldingsformulier duiden aanmelders aan of de **cliënt akkoord of niet akkoord gaat met de opstart van een begeleiding**. Dit bepaalt of men de PWB van het CAW mee kan inschakelen:

- **Indien er een akkoord is van de cliënt** gaan het aanklampend team en de PWB van het CAW in duo op intakegesprek. Wanneer de cliënt psychische problemen heeft en deze een obstakel vormen voor het behoud van de woning, neemt een medewerker van het aanklampend team een actieve rol op in de verdere begeleiding. Wanneer de cliënt geen psychische problemen heeft, neemt de PWB de begeleiding op zich en blijft het aanklampend team op de achtergrond beschikbaar voor ondersteuning.
- **Indien er geen akkoord is van de cliënt** gaan er twee casemanagers van het aanklampend team op intakegesprek. Cliënten die geen akkoord geven zijn in feite zorgwekkende zorgmijders en behoren tot de eigenlijke doelgroep van het pilootproject. Het team gaat bij hen aanklampend te werk en probeert op termijn alsnog akkoord te krijgen voor de opstart van de PWB van het CAW of een andere hulpvoorziening indien hier nood aan is.

Begeleiding

Het aanbod van het aanklampend team is een aanvulling op de PWB en werkt waar mogelijk in duo met het CAW. Het aanklampend team focust op het mentaal welzijn van de cliënt, terwijl de woonbegeleider van het CAW focust op het domein “wonen”.

Het aanklampend team gaat op een outreachende en assertieve manier te werk. In eerste instantie tracht het team in contact te komen met de cliënt en een vertrouwensrelatie op te bouwen. Men gaat hiervoor aanklampend te werk door wekelijks bij de cliënt langs te gaan, ook al blijft de deur gesloten en is er geen bereidheid om het team toe te laten. Men blijft echter present door regelmatig huisbezoeken te plannen, te bellen, te mailen, een briefje achter te laten, etc. tot er geleidelijk bereidheid ontstaat. Men zoekt naar creatieve manieren om met de cliënt contact te leggen. Wanneer de deur toch gesloten blijft, probeert men via een persoon uit het professionele of natuurlijk netwerk van de cliënt contact te leggen. Eenmaal de deur opengaat, gaat men op zoek naar kleine problemen waar de huurder op dat moment last van heeft. Vaak zijn dit praktische zaken zoals een uitkering aanvragen of een poetshulp inschakelen. Eenmaal er een vertrouwensband is, ontstaat er ruimte om grotere problemen aan te pakken.

Gewoon aanwezig zijn, zorgen voor een luisterend oor en een goede babbel is voor veel cliënten van groot belang. Zeker voor huurders met een beperkt sociaal netwerk. Tijdens het traject bekijkt het team hoe men het professionele netwerk (OCMW, huisarts, etc.) en het persoonlijke netwerk (familie, vrienden, etc.) van de cliënt kan uitbreiden en/of bestendigen. Zeker wanneer men merkt dat er nood is aan blijvende ondersteuning probeert het team waar mogelijk de context van de cliënt te versterken. Het toeleiden naar ondersteuning en zorg is een van de centrale doelstellingen die het team nastreeft. Men schat in welke hulpverlening aangewezen is en begeleidt de overstap naar deze instanties. Dit kan zowel ondersteuning op vlak van wonen (wooncoaches van het CAW, gezinshulp, poetshulp, etc.) als psychologische ondersteuning (CGG, begeleidingsteam CAW, zelfstandige therapeuten, mobiele teams, etc.) inhouden. Daarbij is er voor het team een belangrijke rol als casemanager weggelegd: zicht krijgen op alle betrokken partijen en zorgen voor een goede afstemming.

Tijdens het begeleidingstraject betreft het team de sociale woonpartners (bv. door een ronde-tafel-gesprek te organiseren) zodat hun verwachtingen m.b.t. het wonen voor de cliënt duidelijk zijn. Het team treedt vaak op als bemiddelaar tussen beide partijen. De klachten m.b.t. wonen zijn dikwijls het gevolg van miscommunicatie (conflicten, misinterpretaties, het niet beantwoorden van telefoontjes, het niet toelaten van controlebezoeken, etc.). Door aan de cliënt het perspectief van de verhuurder te verduidelijken en door aan de huisvester de communicatiestijl van de huurder toe te lichten, slaagt het team er dikwijls in om het contact tussen beiden te herstellen en opening te creëren om de problemen m.b.t. wonen aan te pakken.

Nazorg

Bij afronding van een begeleiding is een warme overdracht naar andere voorzieningen en het bieden van nazorg zeer belangrijk. Het team houdt indien nodig telefonisch contact met de cliënt, en zowel de cliënt als de huisvester krijgen de boodschap dat ze het team steeds opnieuw mogen contacteren wanneer er nieuwe problemen opduiken.

Betrokkenheid sociale huurder en zijn context

Tijdens het begeleidingstraject betreft het team de cliënt zoveel mogelijk. Hij bepaalt mee wat er tijdens de cliëntcontacten gebeurt en waarmee het team aan de slag gaat. Het versterken van het netwerk is een belangrijk onderdeel van de begeleiding. Men probeert zicht te krijgen op zowel de professionele als persoonlijke context van de cliënt. Het team vraagt steeds toestemming aan de cliënt om contact te mogen nemen met personen uit de context en organiseert indien mogelijk een aantal gesprekken of overlegmomenten met hen.

Intersectorale samenwerking

Op casusniveau is er nauwe samenwerking met de 2B-teams langdurige zorg, het CAW, de sociale woonactoren en het OCMW. Alle casemanagers van het aanklappend team werken deeltijds in het **2B-team**. Dit heeft als voordelen dat:

- er mogelijkheid is tot supervisie door de psychiater van het 2B-team;
- de ervaringsdeskundige van het 2B-team advies kan geven of zelfs mee op huisbezoek kan gaan;
- de verwijzing van cliënten naar het 2B-team vlotter verloopt;
- het mogelijk is om cliëntbezoeken efficiënt in te plannen en de verplaatsingstijd beperkt te houden;

- het team ziektedagen en verlofdagen makkelijk kan opvangen doordat er meer medewerkers beschikbaar zijn;
- er een grotere arbeidstevredenheid is doordat medewerkers het aanklampend werken kunnen afwisselen met ander werk.

Het CAW biedt hulp- en dienstverlening in functie van het voorkomen van uithuiszetting, opvang en woonbegeleiding. Een specifiek onderdeel is gericht op mensen bij wie een uithuiszetting dreigt (omwille van problemen met onderhoud, betalingsmoeilijkheden, samenlevingsproblemen, etc.) en die zelf bereid zijn om hier iets aan te doen. De preventieve woonbegeleiders bieden hier intensieve begeleiding door middel van huisbezoeken. Mits toestemming van de cliënt verloopt de begeleiding van het aanklampend team in de beginfase in duo met een preventieve woonbegeleider. Daarnaast organiseert men regelmatig teamvergaderingen met het CAW om casussen te bespreken.

Alle **SVK en SHM** uit de regio ondertekenden een verklaring waarin zij zich bereid verklaarden om zich te engageren voor dit pilootproject. De sociale woonactoren zijn verantwoordelijk voor het detecteren en het aanmelden van zorgwekkende zorgmijders. Regelmatig is er met deze partners overleg om lopende begeleidingen en nieuwe aanmeldingen te bespreken. Deze overlegmomenten ervaren de woonactoren als zinvol. Het helpt hen om beter in te schatten welke cliënten in aanmerking komen voor het pilootproject.

Vaak zijn de **OCMW** op casusniveau betrokken partij, in die zin dat een cliënt bij hen reeds gekend is. Ze krijgen een financiële tegemoetkoming of ontvangen hulp van de dienst schuldbemiddeling. De OCMW ontvangen ook zelf meldingen van problematische woonsituaties en proberen de situatie waar mogelijk te stabiliseren. Bij zorgmijdende cliënten waarmee men moeilijk contact kan leggen, probeert het aanklampend team via het OCMW een ingang te vinden.

Andere partners die het team frequent op casusniveau betreft zijn: hulpverleners van diverse organisaties, psychiatrische voorzieningen, psychologen, therapeuten, psychiaters, familieleden, vrienden, andere omgevingspartners, huisartsen, vredegerecht, poetsdiensten, gezinszorg, justitie-assistenten, bewindvoerders, advocaten, politie, etc.

Op **projectniveau** is er een **nauwe samenwerking met de sociale woonactoren en de zorgnetwerken** die in de regio actief zijn. Zo zet het aanklampend team sterk in op vorming en coaching van de sociale woonactoren. Men biedt praktijkgerichte vormingen aan op maat van de medewerkers van de SHM en de SVK over specifieke onderwerpen zoals: psychopathologie, gespreksvoering, aanklampende methodieken, hoe omgaan met verontrustend gedrag, etc. De regionale netwerken GGZ en Welzijnszorg (een netwerk dat de 27 OCMW uit het arrondissement verenigt) volgen de voortgang van het pilootproject mee op en denken actief na over praktische problemen en de verdere inhoudelijke uitwerking.

Om de inhoud en de voortgang van het pilootproject op te volgen en waar nodig bij te sturen werd de **Werkgroep “Functie 5 Project Aanklampende Zorg”** in het leven geroepen. Deze werkgroep bestaat uit alle deelnemende sociale woonactoren, de betrokken OCMW, de netwerkcoördinator, de directeur van BW, de teamcoördinator van het 2B-team, en de coördinatoren en medewerkers van het aanklampend team en de PWB van het CAW. De werkgroep komt regelmatig samen om moeilijke thema's, werkpunten en vormingsmogelijkheden te bespreken, en goede praktijken en expertise te delen.

Knelpunten

Pilootproject 1 ervaart volgende knelpunten bij het realiseren van aanklampende zorg:

- Het opzetten van een goede samenwerking met de dienst PWB van het CAW vroeg enige tijd. Er was nood aan afstemming over thema's zoals het beroepsgeheim, het delen van informatie, het toepassen van bemoeizorg en de nood aan formele toestemming van de cliënt.
- De dienst PWB van het CAW kampt met een capaciteitstekort waardoor niet alle begeleidingen in duo kunnen verlopen.
- De uitgestrektheid van de regio die het aanklampend team bedient vormt een uitdaging. De medewerkers moeten zich vaak verplaatsen waardoor ze minder huisbezoeken kunnen doen. Om die reden is ervoor gekozen om de casemanagers een tweeledige job te laten uitoefenen en hen deels tewerk te stellen in het 2B-team en het aanklampend team. Beide teams zijn gekoppeld aan de eerstelijnszones en werken regio-specifiek. Dat maakt het mogelijk om de huisbezoeken efficiënt in te plannen en de verplaatsingstijd beperkt te houden. Casemanagers kunnen een huisbezoek van het aanklampend team makkelijk combineren met een huisbezoek van het 2B-team binnen dezelfde regio en zo tijd besparen. Bij het toekennen van de aanmeldingen aan de medewerkers wordt er ook bewust rekening gehouden met de woonplaats van de cliënten.
- Bij verschillende voorzieningen in de regio zijn er lange wachttijden, waardoor cliënten niet snel ergens terecht kunnen en de begeleidingsduur toeneemt. Vooral de verslavingszorg is lokaal onvoldoende uitgebouwd waardoor er beperkte verwijsmogelijkheden en lange wachttijden zijn.
- Het team ontvangt geregeld aanmeldingen van cliënten met een verstandelijke beperking. Deze groep vraagt een tragere aanpak terwijl de sociale woonactoren graag op korte termijn verandering willen zien. Het team treedt dan vaak op als bemiddelaar. Men mist hier echter gespecialiseerde diensten waar deze mensen terecht kunnen. Dikwijls zijn deze mensen nog niet aangemeld bij een VAPH-voorziening of zijn ze wel aangemeld maar staan ze op een wachtlijst.
- Het team mist bepaalde expertise inzake bemoeizorg. Het vormingsaanbod over dit thema is in Vlaanderen helaas beperkt. Men dient de mosterd in Nederland te gaan halen, maar daar zijn de vormingen een pak duurder.
- Er zijn grote verschillen tussen de woonactoren waarmee het team samenwerkt. Bepaalde woonpartners zijn graag nauw betrokken, vragen veel overleg en verwachten snel resultaat, terwijl andere woonactoren meer vrijheid geven. Ook wat uithuiszetting betreft zijn er verschillen: de ene actor gaat zelden over tot uithuiszetting, terwijl andere actoren hier snel mee dreigen of cliënten pas aanmelden wanneer de uithuiszettingsprocedure reeds is opgestart. Overleg is nodig zodat men hier in de toekomst beter mee kan omgaan.
- Tot slot rapporteert ook de private huurmarkt een nood aan aanklampende zorg. De problemen blijken daar nog groter te zijn.

2 Pilootproject 2

Algemeen

Het aanklampend team van dit GGZ-netwerk richt zich tot sociale huurders met een ernstige en langdurige psychische kwetsbaarheid die zorg mijden en bij wie er sprake is van een dreigende uithuiszetting of overlast. Het team versterkt het formeel en informeel netwerk van deze huurders door hen op een outreachende en aanklampende manier toe te leiden naar de gepaste hulpverlening. Het team tracht zo uithuiszetting te voorkomen, de rust in de omgeving te laten weerkeren en het mentaal welbevinden van de betreffende huurder te verhogen. Voor het aanmelden van huurders met een vermoedelijke psychische problematiek werkt het team samen met de sociale huisvestingsmaatschappijen en het sociale verhuurkantoor uit **twee regio's die ver uit elkaar liggen**.

Samenstelling team

Het aanklampend team is **intersectoraal** samengesteld en bestaat uit volgende teamleden:

- Een klinische psychologe gedetacheerd vanuit BW die het pilootproject coördineert (1 VTE).
- Een psychiatrisch verpleegkundige en een criminologe gedetacheerd vanuit BW (respectievelijk 0,20 VTE en 0,30 VTE).
- Twee maatschappelijk werkers gedetacheerd vanuit de preventieve woonbegeleiding (PWB) van het CAW (beide 0,30 VTE).
- Een maatschappelijk werker gedetacheerd vanuit het mobiele 2B-team (0,30 VTE).
- Een maatschappelijk werker gedetacheerd vanuit een voorziening voor verslavingszorg (0,30 VTE).
- Twee psychiaters waarvan één gedetacheerd vanuit BW en één vanuit een voorziening voor verslavingszorg (beide 1,5 uur per week).

Omdat het aanklampend team twee regio's bedient die behoorlijk ver uit elkaar liggen, is het opgesplitst in **twee sub-teams**: het ene team bestaat uit vier outreachers en een psychiater; het andere team uit twee outreachers en een psychiater. Beide teams hebben één gezamenlijke teamvergadering om het samenhorigheidsgevoel te stimuleren.

Aanmelding

Het GGZ-netwerk heeft één aanmeldingspunt dat alle aanmeldingen voor outreachende zorg (mobiele 2B-team), aanklampende outreachende zorg en assertieve zorg in de samenleving centraliseert. De aanmeldingen verlopen telefonisch waarbij meteen een eerste screening gebeurt.

De aanmeldingen voor aanklampende outreachende zorg worden daarna op het wekelijkse teamoverleg van het aanklampend team besproken met de superviserende psychiater. Voor het includeren van cliënten hanteert het team volgende twee criteria: (1) de cliënt heeft een psychiatrische aandoening of een verslavingsproblematiek gecombineerd met een woonprobleem (bv. overlast, dreigende uithuiszetting, beperkte woonvaardigheden, leefbaarheidsproblemen, huurachterstal, etc.) en (2) de cliënt krijgt geen of mijdt op zorgwekkende wijze zorg. Gezien de beperkte begeleidingscapaciteit includeert het aanklampend team enkel huurders bij wie nog geen GGZ aanwezig is.

De superviserende psychiater heeft de eindbeslissing over de inclusie van cliënten. Bij inclusie bekijkt het team intern welke twee hulpverleners qua expertise het best geplaatst zijn om de betreffende huurder te

begeleiden. De hulpverleners gaan vervolgens in duo bij de huurder langs. De eerste periode van de begeleiding dient om verder in te schatten of de huurder voldoet aan de inclusievoorwaarden. Wanneer dit niet het geval is, zoekt het team naar een gepaste doorverwijzing. Het team deelt de beslissing mee aan de aanmelder of regelt zelf de doorverwijzing van de cliënt.

Begeleiding

Bij opstart van de begeleiding licht de sociale woonactor de cliënt in over de aanmelding bij het aanklampend team. In de meeste gevallen wordt er vervolgens een gezamenlijk huisbezoek geregeld met de woonpartner en de twee hulpverleners. Tijdens dit bezoek wordt een “tangbeweging” gecreëerd waarbij de woonpartner zijn eisen stelt aan de huurder en deze lichtjes onder druk zet. Dit maakt de cliënt gewilliger om het aanklampend team toe te laten voor het bieden van hulp. De hulpverleners van het team maken aan de cliënt meteen duidelijk dat ze los staan van de woonpartner en steeds in het voordeel van de cliënt trachten te handelen. Dit laatste is een belangrijk aspect: de hulpverleners ageren in de eerste plaats in functie van de noden van de cliënt wat niet altijd overeenkomt met de vraag van de sociale woonpartner. Bijvoorbeeld, wanneer de woonpartner aanstuurt op een verhuis en het aanklampend team oordeelt dat dit nadelig is voor de cliënt, verdedigen de hulpverleners de belangen van de cliënt en niet die van de woonpartner.

Om veiligheidsredenen en om een betere inschatting van de situatie te kunnen maken, gaan de hulpverleners in de beginfase van het begeleidingstraject steeds per twee bij de cliënt op huisbezoek. Wanneer de duo-begeleidingen na verloop van tijd geen meerwaarde meer bieden, stelt men één hulpverlener aan als hoofdbegeleider. De tweede hulpverlener volgt het traject vanop een afstand op en springt bij waar nodig. Elk huisbezoek wordt wel steeds in duo besproken.

De eerste huisbezoeken staan volledig in het teken van het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Het team doet dit door onbevangen met de cliënt contact te maken. Het aanklampend team kiest er bewust voor om vooraf zo weinig mogelijk informatie over de cliënt in te winnen via derden zodat men de cliënt onbevooroordeeld kan benaderen en zijn vertrouwen niet schaadt. Wanneer het team toch contact neemt met derden, tracht men dit steeds te doen in aanwezigheid van de cliënt. Hulpverleners verzamelen zoveel mogelijk informatie over verschillende levensdomeinen zelf door in gesprek te treden met de cliënt en daarbij zijn tempo te respecteren. Pas wanneer er een vertrouwensband is, kan het team geleidelijk overgaan tot het aanpakken van de woonproblemen. De vertrouwensband geeft hulpverleners het mandaat om zaken aan te kaarten, advies te geven en externe hulpbronnen in te schakelen.

Voor het aanpakken van de woonproblemen zet het team in op alle levensdomeinen waar zich een nood voordoet. Het in kaart brengen van het netwerk en het zorgverleden vormt een belangrijk onderdeel van de begeleiding (Welke organisaties werden reeds betrokken en wat werkte en wat werkte niet? Welke formele zorgpartners zijn er op dit moment betrokken en werken ze voldoende samen?). Indien het huidige netwerk onvoldoende samenwerkt, organiseert het aanklampend team een multidisciplinair zorgoverleg om de neuzen in dezelfde richting te zetten, de zorgdoelen te verduidelijken en onderling afspraken te maken. Daarnaast kan de ondersteuning verschillende vormen aannemen en bestaan uit onder meer: inzetten op vrijwilligerswerk, opstarten van een arbeidszorgtraject, meegaan naar de rechtbank, helpen om aansluiting te vinden bij ontmoetingscentra, opvolgen van medicatietrouw, bepleiten van bewindvoering, etc.

Nazorg

Het aanklappend team rondt de begeleiding af wanneer er een stevig professioneel netwerk rond de cliënt geïnstalleerd is en de rust in de woonomgeving is teruggekeerd. Het team zorgt bij afronding voor een warme overdracht door samen met de cliënt de eerste contacten te leggen en aanwezig te blijven totdat de cliënt aansluiting heeft gevonden bij de betrokken instanties.

Betrokkenheid sociale huurder en zijn context

Hierover wordt geen melding gemaakt in het projectvoorstel en de tussentijdse verslagen.

Intersectorale samenwerking

Op projectniveau is er een **dagelijks bestuur** dat intersectoraal is samengesteld en het pilootproject mee vormgeeft, opvolgt en indien nodig bijstuurt. In dit bestuur zetelen volgende partners: de coördinator van het GGZ-netwerk, de verantwoordelijken van Functie 2 en Functie 5, het CAW, de detacherende voorziening voor verslavingszorg, het mobiele 2B-team, beschut wonen, assertieve zorg in de samenleving, het straathoekwerk van de stad en het CGG.

Ook **het aanklappend team** is **intersectoraal samengesteld** en bestaat uit hulpverleners die gedetacheerd zijn vanuit verschillende sectoren: welzijn (de PWB van het CAW), GGZ (BW en het mobiele 2B-team) en de verslavingszorg. Het team beschikt aldus over een waaier aan deskundigheid.

Het team kan beroep doen op een **intersectorale overlegtafel** over aanklappende zorg in de samenleving die bestaat uit vertegenwoordigers uit de eerste, de tweede en de derde lijn en die mee input geven over het includeren cliënten en het doen van een passende verwijzing bij niet-inclusie.

Met de sociale woonactoren vindt er geregeld overleg plaats om de verwachtingen op elkaar af te stemmen en de lopende casussen en de potentiële kandidaten te overlopen.

Op casusniveau betreft het team volgens de noden van de cliënt allerhande externe partners. Organisaties waarmee het team onder meer samenwerkt zijn: poets- en gezinshulp, VDAB, vrijetijdsorganisaties, huisartsen, vrijwilligersorganisaties, multiculturele organisaties, MSOC, ziekenhuizen, lokale dienstencentra, OCMW, bewindvoerders, mobiele teams, etc. Wanneer meerdere partners deel uitmaken van het netwerk van de cliënt belegt het team een multidisciplinair zorgoverleg om de zorg op elkaar af te stemmen. Tijdens deze overlegmomenten nodigt men ook de sociale dienst van de betreffende woonpartner en de informele context van de cliënt uit.

Knelpunten

Pilootproject 2 ervaart volgende knelpunten bij het realiseren van aanklappende zorg:

- **Het samenstellen van het team nam veel tijd in beslag en een gevoel van samenhang ontbrak bij de opstart van het project.** Het team telt namelijk veel hulpverleners met een beperkte tewerkstelling. Bovendien is het team opgedeeld volgens twee subregio's. In februari 2019 werd beslist om de teamvergaderingen van beide regio's (ondanks de grote verplaatsings-tijd) toch gezamenlijk te houden wat geleid heeft tot een sterkere groepsdynamiek.
- **Elk teamlid** is voor 0,30 VTE of 0,20 VTE gedetacheerd vanuit een andere sector en **combineert het aanklappend werken met een andere job** in de hulpverlening. Om aanklappend te kunnen werken is er echter nood aan flexibiliteit om te kunnen inspelen op de noden van de cliënten. Het vraagt nu een grote inspanning van de hulpverleners om de agenda's van beide jobs op elkaar af te stemmen.

- Voor de **coördinator** van het aanklampend team is het belangrijk om **zelf een klankbord** te hebben. Ze overlegt nu wekelijks met de coördinator van BW en sluit aan op het coördinatoren-overleg van de mobiele teams.
- In één subregio **melden de sociale woonpartners cliënten vaak laattijdig aan**. De woonpartners wachten soms met aanmelden omdat ze problemen pas na escalatie van de situatie opmerken en omdat het aanklampend team in de beginperiode een aanmeldingsquotum hanteerde waardoor slechts een beperkt aantal cliënten kon worden aangemeld. In februari 2019 werd dit quotum afgeschaft.
- In de andere subregio hebben de sociale woonpartners weinig contact met hun huurders waardoor **problematische zorgmijders onder de radar blijven**. Daarom besliste men recent dat in deze regio ook andere actoren (waaronder de dienst samenlevingsopbouw, het OCMW, de wijkpolitie, het justitiehuis en het mobiele 2B-team) cliënten kunnen aanmelden.
- Het team steekt veel tijd in **het uitzoeken of een aangemelde cliënt voldoet aan de inclusiecriteria**. Het pilootproject stelt zich de vraag of deze eerste screening en de doorverwijzing indien de cliënt niet tot de doelgroep behoort door hen moet gebeuren. Eventueel kan een andere instantie deze verantwoordelijkheid opnemen zodat het aanklampend team zich exclusief kan focussen op het begeleidingstraject.
- Het team botst op de **lange wachttijden binnen de GGZ**. Voor de mobiele 2B-teams bedraagt de wachttijd bijvoorbeeld twee jaar. Wanneer hulpverleners de huurder ervan hebben overtuigd om aangepaste GGZ toe te laten is een snelle opstart nodig, anders haakt de huurder weer af.
- Het aanklampend team heeft vooraleer een begeleidingstraject opstart vaak al een heel dossier over de cliënt opgebouwd. Wanneer het team er niet in slaagt om contact te maken met een cliënt, is er immers nood aan informatie van derden om de cliënt te kunnen benaderen. Het team stelt zich de vraag hoe ethisch en wettelijk verantwoord het is om buiten medeweten van de cliënt **informatie over hem uit te wisselen**.
- In de regio zijn er nog andere partners die aanklampend werken, met name de mobiele 2B-teams en assertieve zorg in de samenleving dat bij complexe cliëntensituaties op zoek gaat naar een betere toeleiding, afstemming en coördinatie van de zorg. Het zorglandschap is versnipperd en wordt door verschillende overheden gefinancierd. Om ervoor te zorgen dat de doelgroep van het aanklampend team niet overlapt met de doelgroep van de mobiele 2B-teams en assertieve zorg in de samenleving, werd de aanwezigheid van woonproblemen opgenomen als inclusie criterium.

3 Pilootproject 3

Algemeen

Het aanklampend team richt zich op personen die sociaal huren, vermoedelijk kampen met een psychische problematiek en al dan niet bewust zorg mijden. Het team streeft vier doelstellingen na om het mentaal welzijn en de kwaliteit van leven van deze personen te verbeteren:

- Een relatie opbouwen
- Inschatten wat er aan de hand is en wat de specifieke noden zijn
- Toe leiden naar hulpverlening in de regio
- Een netwerk installeren

Door het mentaal welzijn en de levenskwaliteit te verbeteren, hoopt het team woonoverlast en een mogelijke toekomstige uithuiszetting te voorkomen.

Samenstelling team

Het aanklampend team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit volgende teamleden:

- Een klinisch psychologe (0,75 VTE) die de coördinatie van het project en de psychische begeleiding van de cliënten op zich neemt. De psychologe geeft zelf geen psychotherapie, maar maakt de psychische problemen bespreekbaar.
- Twee maatschappelijk werkers die beide cliënten begeleiden (beide 0,50 VTE).
- Een orthopedagoog en een sociaal agoog die eveneens cliënten begeleiden (beide 0,50 VTE).

Aanmelding

Vier sociale verhuurkantoren en zes sociale huisvestingsmaatschappijen uit de regio kunnen cliënten aanmelden door een ingevuld aanmeldingsformulier aan de coördinator van het aanklampend team te bezorgen. Op dit formulier kan de aanmelder aanduiden of hij beroep wil doen op aanklampende zorg, de PWB van het CAW of beide werkingen. Wanneer de aanmelding enkel voor het aanklampend team bestemd is, neemt de begeleider die de betreffende regio bedient contact op met de huisvester om meer informatie in te winnen en een gezamenlijk eerste kennismakingsbezoek vast te leggen. In uitzonderlijke gevallen – wanneer de relatie tussen de verhuurder en de huurder verstoord is – doet het aanklampend team geen gemeenschappelijk eerste huisbezoek, omdat de kans dan bestaat de begeleider geen contact met de cliënt kan leggen.

Indien de aanmelding zowel PWB als aanklampende zorg betreft, neemt de PWB als eerste contact met de sociale huisvester en de cliënt om urgente woonproblemen aan te pakken. Het aanklampend team is op de achtergrond als coachende partner aanwezig. Wanneer het CAW de cliënt (indien nodig) kan motiveren voor een zorgtraject, is de opstart van het aanklampend team overbodig. Als dit niet lukt en PWB vermoedt dat de cliënt een psychische problematiek heeft, wordt een begeleidingstraject bij het aanklampend team opgestart. De huisbezoeken van het aanklampend team en de PWB vinden grotendeels afzonderlijk plaats, maar beide partners staan in nauw contact met elkaar.

In de praktijk gebeuren veel aanmeldingen niet volgens bovenstaande procedure, maar eerder informeel tijdens de driemaandelijke overlegmomenten, de gezamenlijke huisbezoeken of de telefonische contacten met de sociale woonactoren. Wanneer tijdens deze momenten nieuwe aanmeldingen ter sprake komen,

zet het team deze rechtstreeks op de aanmeldingslijst en kan er meteen worden overgegaan tot het plannen van een eerste kennismakingsbezoek. De huisvester bezorgd dan later het ingevulde aanmeldingsformulier zodat het team alsnog over de nodige administratieve gegevens van de huurder beschikt. Op deze manier kan men kort op de bal spelen.

Begeleiding

De begeleiding die het aanklappend team biedt is integraal en speelt in op alle thema's die de cliënt belangrijk vindt. Om deze thema's in kaart te brengen en de begeleiding richting te geven wordt er gebruik gemaakt van tools uit de positieve gezondheid. Het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt is de basis van de begeleiding. Een centrale leuze die men daarbij hanteert is: "Doe wat je zegt, en zeg wat je doet" en "Niet lullen maar poetsen". Men probeert met andere woorden zo transparant mogelijk tegenover de cliënt te zijn en de huurder te overtuigen van de meerwaarde van de geboden hulp door ook zeer praktische ondersteuning te bieden. De begeleiders maken gebruik van een aanklappende en eerder onvoorwaardelijke stijl, geïnspireerd op de participatieve basishouding van het straathoekwerk.

Nazorg

Wanneer de cliënt bereid is om zich aan te melden bij een hulpvoorziening, laat het team hem niet direct los, maar houdt men contact tot men er zeker van is dat de toeleiding naar de voorziening goed verlopen is. Wanneer het zorgtraject omwille van een wachtlijst niet onmiddellijk kan opstarten, biedt het team in afwachting overbruggingshulp aan.

Betrokkenheid sociale huurder en zijn context

Tijdens de begeleiding zet het team vooral in op de levensdomeinen die de cliënt zelf belangrijk vindt en biedt waar nodig ondersteuning. De mate waarin het aanklappend team de context van de cliënt betreft, hangt af van verschillende factoren. Indien het aanklappend team er na herhaalde pogingen niet in slaagt om contact te leggen met de cliënt, zoekt het team contact met het netwerk van de cliënt (bv. burens) om op die manier ingang te vinden. Wanneer de cliënt op specifieke vlakken beslissingsonbekwaam blijkt en de situatie zorgwekkend is, gaat men eveneens op zoek naar personen uit de context van de cliënt die men kan betrekken. Als er gezinsleden in de woning aanwezig zijn, tracht men deze actief bij de begeleiding te betrekken indien dit de wens van de cliënt is. Wanneer het team zorgwekkende signalen oppikt m.b.t. inwonende gezinsleden, zet het de nodige stappen om de verontrusting weg te nemen. Indien meerdere partners zorg aan de cliënt verstrekken, vraagt het team toestemming om met hen contact te nemen en te overleggen.

Intersectorale samenwerking

Het aanklappend team werkt samen met de vier IBW die binnen het GGZ-netwerk actief zijn. Het team kan beroep doen op de vier psychiaters van deze IBW voor het vragen van advies m.b.t. bepaalde casussen, en sommige psychiaters zijn ook bereid om mee te gaan op huisbezoek. Eén IBW engageert zich zelfs voor een versnelde instroom van cliënten.

Zoals eerder aangehaald werkt het team sterk samen met de PWB van het CAW. Momenteel kijkt het CAW of het aanklappend team cliënten rechtstreeks kan aanmelden bij de andere diensten van het CAW (zoals begeleid wonen, integraal welzijn, en gezins-, relationeel en persoonlijk welzijn) zonder eerst bij het algemeen onthaal van het CAW te hoeven aanmelden.

Bij de CGG en het Centrum voor Alcohol en Drugsverslaving (CAD) kan het team eveneens rechtstreeks cliënten aanmelden. Deze centra doen echter zelf de indicatiestelling, waardoor het niet altijd zeker is of de begeleiding daadwerkelijk opstart.

Met de PZ is er een goede uitwisseling van informatie en geregeld overleg over gezamenlijke cliënten. Helaas, proberen de PZ het aanklappend team geregeld in te schakelen voor een nazorgtraject of om een wachtlijst van een andere voorziening te overbruggen wat niet de bedoeling is.

Wanneer een cliënt geen huisarts heeft, kan het aanklappend team rechtstreeks cliënten aanmelden voor het mobiele 2A-team.

Daarnaast wordt er veelvuldig samengewerkt en overlegd met allerlei eerstelijnsdiensten zoals de OCMW, het straathoekwerk, de wijkagenten, de bijzondere jeugdzorg, de verpleging, etc.

Knelpunten

Pilootproject 3 ervaart volgende knelpunten bij het realiseren van aanklappende zorg:

- De doorstroom naar GGZ-partners verloopt op dit moment inefficiënt. De begeleiding van het aanklappend team bestaat uit het maken van contact met de cliënt, het doen van een indicatiestelling en het toeleiden van de cliënt naar de juiste voorziening. De voorziening waarnaar het team verwijst, doet vaak opnieuw een indicatiestelling wanneer een cliënt wordt aangemeld. Er is dus nog niet voldoende vertrouwen in het aanklappend team om deze stap over te slaan.
- Het team botst bij verschillende GGZ-partners op wachtlijsten.
- De verslavingszorg is in de regio onvoldoende uitgebouwd terwijl veel cliënten met verslavingsproblemen worstelen. Voor veel GGZ-partners is een primaire verslavingsproblematiek zelfs een uitsluitingscriterium – met name voor de CGG en de mobiele 2B-teams. De twee PZ uit de regio hebben lange wachttijden in hun verslavingsafdelingen en zijn dus geen optie. De enige andere beschikbare partner die rond verslaving werkt, biedt enkel ambulante zorg aan wat voor veel cliënten een te grote stap is. Het aanklappend team kan in de praktijk dus nergens met deze doelgroep terecht.
- Ook voor oudere cliënten (> 60 jaar) zijn de doorverwijzingsmogelijkheden beperkt.
- Het aanklappend team krijgt regelmatig de vraag vanuit de PZ om nazorg of overbruggingszorg te bieden aan sociale huurders die uitstromen uit het ziekenhuis, maar nog niet eerder in begeleiding waren bij het team. Daarvoor is het aanbod echter niet bedoeld.

4 Pilootproject 4

Algemeen

Pilootproject 4 betreft een samenwerking tussen de GGZ, het CAW en tien sociale woonactoren uit de regio (vijf sociale huisvestingsmaatschappijen en vijf sociale verhuurkantoren). Het CAW biedt al enige jaren PWB aan sociale huurders wanneer een uithuiszetting dreigt. Onder de bewoners van de sociale huisvesting bevinden zich echter vaak personen met een ernstige psychische problematiek die noch het CAW noch de GGZ weten te bereiken. Het aanklampend team vult deze leemte op en richt zich op sociale huurders (vanaf 18 jaar) met een ernstige psychische problematiek waarbij adequate hulpverlening en/of een netwerk afwezig of ontoereikend is. Het gaat dus om zorgmijders die een toeleiding naar de gepaste hulp nodig hebben en/of omwille van hun psychisch disfunctioneren hun woonsituatie op de helling zetten. Het team werkt outreachend naar deze doelgroep om overlast en onderlast te beperken, dreigende uithuiszetting te voorkomen en inschakeling in de reguliere zorg te bewerkstelligen.

Samenstelling team

Het aanklampend team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit volgende teamleden:

- Twee klinisch psychologen (beide 0,60 VTE) die de coördinatie van het project en de psychische begeleiding van de cliënten op zich nemen.
- Een psychiatrisch verpleegkundige die cliënten begeleidt (0,80 VTE).
- Een woonbegeleider van BW die cliënten begeleidt (0,50 VTE).
- Een maatschappelijk werker gedetacheerd vanuit het CAW die cliënten begeleidt (0,50 VTE).
- Een ervaringsdeskundige (0,20 VTE).
- Een psychiater (0,10 VTE).

Aanmelding

Alle aanmeldingen gebeuren exclusief door de tien sociale woonactoren en verlopen via het CAW. De aanmelders maken hiervoor gebruik van een aanmeldingsformulier waarop ze kunnen aanduiden voor welke vorm van woonondersteuning ze de cliënt wensen aan te melden: (1) PWB van het CAW of (2) aanklampende zorg. De onthaalmedewerkers van het CAW screenen vanuit hun expertise alle aanmeldingen en bepalen of het CAW de begeleiding zal opnemen of het aanmeldingsformulier wordt doorgestuurd naar het aanklampend team.

Alle nieuwe aanmeldingen voor het aanklampend team worden tijdens de wekelijkse teamvergadering samen met de psychiater besproken en de geïncludeerde aanmeldingen worden aan een begeleider toegewezen. Deze begeleider neemt vervolgens contact met de aanmeldende woonactor om de reden van aanmelding verder uit te klaren en een eerste gezamenlijk huisbezoek in te plannen. Aan de huisvester wordt ook gevraagd om de cliënt vooraf op de hoogte te brengen van de komst van het aanklampend team. Wanneer men er niet in slaagt om contact te leggen met de cliënt, wordt een nieuw gezamenlijk huisbezoek belegd. Men blijft dit herhalen tot er daadwerkelijk een eerste contact heeft plaatsgevonden.

Begeleiding

Tijdens de begeleiding is een aanklampende aanpak noodzakelijk. In de beginfase probeert de begeleider het vertrouwen van de cliënt te winnen en contacttrouw te realiseren door in de eerste plaats aandacht te schenken aan de hulpvraag en de wensen van de cliënt. Daarna werkt men rond de meest prangende

woonproblemen zodat de dreigende uithuiszetting wijkt. Nadien verbreedt de focus en biedt men ook ondersteuning op andere levensdomeinen (werk, vrijetijd, etc.). Men houdt hierbij steeds rekening met de hulpvraag, de wensen en het groeipotentieel van de cliënt. Het uitbouwen van een netwerk rond de cliënt staat centraal in de begeleiding.

Betrokkenheid sociale huurder en zijn context

Samenwerken met andere zorgpartners en onderling informatie uitwisselen over de cliënt is soms van wezenlijk belang om contact te kunnen maken en kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden. Vaak ontstaat hierdoor een spanningsveld tussen enerzijds het bewaren van het beroepsgeheim en anderzijds het delen van informatie om een zo goed mogelijke zorg te kunnen bieden. Dit probleem stelt zich al van bij de aanmelding. Het aanmeldingsformulier maakt dikwijls al melding van de belangrijkste personen uit het netwerk van de cliënt. Wanneer het aanklampend team er niet in slaagt om contact te maken met de cliënt, roept men geregeld de medewerking in van personen uit zijn formele of informele context (bv. de huisarts, de wijkagent, een buur of een familielid) – dit alles zonder medeweten van de cliënt.

Tijdens het eerste huisbezoek probeert het aanklampend team zicht te krijgen op het netwerk van de cliënt en stelt men een genogram op. Zowel personen uit de huidige context als personen die vroeger een belangrijke rol speelden in het leven van de cliënt brengt men in kaart. De begeleiders nemen zo snel mogelijk contact met zorgpartners die reeds betrokken zijn. Hiervoor vraagt men wel eerst de toestemming van de cliënt. Men doet dit op formele wijze door de cliënt een informed consent te laten ondertekenen.

Geregeld brengt het team alle betrokkenen (de cliënt, andere hulpverleners en familieleden) samen in de vorm van een multidisciplinair zorgoverleg. Tijdens dit zorgoverleg bespreekt men in groep de thuissituatie en maakt men concrete afspraken die in het zorgplan worden opgenomen. Alle betrokkenen weten zo wie er allemaal bij de cliënt aan huis komt en wie welke hulp aanbiedt. Telkens wanneer de situatie van de cliënt wijzigt, plant het team een nieuw zorgoverleg in om de gemaakte afspraken te herbekijken. Deze aanpak zorgt ervoor dat hulpverleners hun taken beter op elkaar en op de noden van de cliënt kunnen afstemmen. Bijkomend ontstaat er zo geleidelijk een sterk netwerk rond de cliënt.

Het team koppelt de voortgang van de cliënt ook regelmatig terug naar de huurbegeleiders van de sociale woonpartners rekening houdend met het gedeeld beroepsgeheim. Eventueel plant men in het bijzijn van de cliënt zelfs een gezamenlijk evaluatiemoment in met de huurbegeleider.

Nazorg

Hierover wordt niets gemeld in het projectvoorstel en de tussentijdse verslagen.

Intersectorale samenwerking

Op **casusniveau** zijn de sociale verhuurders en het CAW de primaire partners. De sociale woonactoren staan in voor de detectie en de melding van de problematische situatie en doen samen met het aanklampend team het eerste huisbezoek. Het CAW verzamelt alle aanmeldingen, doet de eerste screening en beslist welke vorm van woonondersteuning het meest aangewezen is. Tussen het aanklampend team en het CAW vindt er ook veel expertisedeling plaats rond diverse thema's zoals hoe omgaan met beslissings(on)bekwaamheid, het gedeeld beroepsgeheim en het respecteren van de privacy van de cliënt.

Het aanklampend team heeft daarnaast een uitgebreide kennis van het regionale zorgnetwerk en werkt nauw samen met zorgpartners binnen en buiten de GGZ (PZ, PAAZ, CGG, mobiele teams, verslavingszorg, huisartsen, OCMW, gezinszorg, etc.). Relevante partners worden op de hoogte gebracht over het bestaan van de werking en waar nodig actief betrokken.

Op projectniveau wordt het pilootproject mee opgevolgd door het Functioneel Overlegcomité Functie 5 (FOC5) – een overlegtafel die functie 5 opvolgt binnen het GGZ-netwerk. FOC5 komt tweemaandelijks samen en brengt verslag uit aan alle primaire en secundaire partners in het netwerk evenals aan de stuurgroep en de denktank van het netwerk.

Knelpunten

Pilootproject 4 rapporteert volgende knelpunten:

- Het team organiseerde in het begin infomomenten voor de sociale woonpartners om het pilootproject te introduceren. Desondanks bleef **het aantal aanmeldingen beperkt**. Om dit knelpunt op te vangen kreeg elke medewerker recent enkele woonpartners toegewezen. Zij gaan nu op regelmatige basis bij deze partners langs om te vragen of er potentiële cliënten zijn voor het aanklampend team. Deze aanpak werkt en resulteert in een forse stijging van het aantal aanmeldingen.
- **Het beroepsgeheim en de gebrekkige kennis van de GDPR-wetgeving** staan het uitwisselen van informatie tussen het aanklampend team en de sociale woonpartners in de weg. Sociale woonpartners zijn ongerust dat ze hun beroepsgeheim en de GDPR-code schenden door het aanmeldingsformulier in te vullen zonder hiervoor het schriftelijk akkoord van de cliënt te hebben. De huurders waarvan men geen akkoord krijgt zijn precies de grootste zorgmijders en behoren tot de eigenlijke doelgroep van het team. Om dit knelpunt weg te werken, werd het aanbod van het aanklampend team recent opgenomen in de huurovereenkomst van de sociale woonactoren. Zo geven huurders bij het ondertekenen van de huurovereenkomst automatisch toestemming voor de opstart van een traject aanklampende zorg wanneer dit volgens de sociale huisvesting aangewezen is.
- Het team krijgt vaak te maken met **hoarding (verzamelwoede)** en botst daar op de grenzen van het eigen kunnen. De medewerkers hebben onvoldoende kennis over deze problematiek en in Vlaanderen bestaat hierover weinig ondersteuning en vorming. De beperkte diensten en vormingen die wel bestaan zijn te duur voor zowel de cliënt als het team.
- Veel cliënten kampen met een multiproblematiek (combinatie van psychische problemen en woonproblemen) wat een nauwe **betrokkenheid van de huurbegeleiders van de sociale woonpartners** vereist. Bij de opstart van een traject verwacht het aanklampend team dat de woonpartner de eerste keer mee op huisbezoek gaat. De meeste woonpartners hebben naar eigen zeggen onvoldoende personeelscapaciteit om aan deze verwachting tegemoet te komen. Door blijvend met de huurbegeleiders in dialoog te gaan, vergroot hopelijk het engagement van de sociale woonpartners.
- Op termijn wil men de werking graag **structureel inbedden** zodat het tijdelijke karakter verdwijnt.

5 Pilootproject 5

Algemeen

Binnen het GGZ-netwerk experimenteert dit aanklampend team sinds 2011 met een intensieve samenwerking tussen GGZ-actoren en drie sociale huisvestingsmaatschappijen. De positieve ervaringen en de aanpak van het team vormden de bron van inspiratie voor de projectoproep van de Vlaamse overheid “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”.

Het pilootproject is vandaag een samenwerkingsverband tussen vier sociale woonactoren in de stad (drie sociale huisvestingsmaatschappijen en één sociaal verhuurkantoor) en BW dat penhouder is. Het project ontvangt financiering van zowel de Vlaamse overheid als de stad, waardoor het in vergelijking met de andere pilootprojecten op veel grotere schaal kan opereren. Project 5 neemt haar voortrekkersrol ter harte door haar jarenlange ervaring geregeld te delen met de andere vijf pilootprojecten in de vorm van coaching en interview.

Het aanklampend team richt zich op sociale huurders die (1) kampen met ernstige psychiatrische problemen, (2) hierdoor in een sociaal isolement terechtkomen waardoor woonproblemen ontstaan en (3) hiervoor geen gepaste hulp inroepen. Ten gevolge van de psychiatrische problemen dreigen deze huurders hun betaalbare woonst te verliezen en zo in een neerwaartse spiraal terecht te komen. Wat de woonproblemen betreft gaan de sociale woonpartners steeds na of er sprake is van een van volgende drie problemen: huurachterstal, overlast voor de burens of de ruimere omgeving en woonvervuiling.

De sociale dienst van de sociale huisvestingsmaatschappijen kan voor deze huurders sinds 2011 beroep doen op het aanklampend team dat volgende doelstellingen nastreeft:

- Zorgmijdende huurders met ernstige psychische problemen opsporen en in contact brengen met de GGZ.
- Herstelondersteunende zorg aanbieden in de omgeving van de huurders zodat deze op termijn (en ondanks de beperkingen van zijn psychiatrische ziekte) de draad van het gewone leven weer kunnen opnemen.
- Verhindern dat de huurders verder afglijden in de miserie door probleemescalatie (gedwongen opnames, escalatie van woon- en samenlevingsproblemen, uithuiszetting) te vermijden.
- Advies verlenen aan de sociale diensten van de sociale huisvestingsmaatschappijen zodat zij een eerste inschatting kunnen maken van de aard en de ernst van de problemen en op basis daarvan huurders kunnen doorverwijzen naar het aanklampend team of andere hulpverlenende instanties.

Sinds 2018 maakt het aanklampend team ook deel uit van **Alert** – een intensieve vorm van hulpverlening die de expertise van verschillende hulpverleningssectoren bundelt om aanklampende woonbegeleiding te kunnen aanbieden aan sociale en private huurders met een problematische woonattitude en een complex dossier. Medewerkers van het CAW (Welzijn), BW (GGZ), de verslavingszorg, een twee voorzieningen van het VAPH slaan daarvoor de handen in elkaar en vormen samen het Alert-team. Het CAW is de coördinator van deze synergie en het aanklampend team wees één VTE van haar eigen medewerkers toe aan het Alert-team. Deze één VTE wordt ingezet om huurders te begeleiden, samen met een andere collega van Alert duo-begeleidingen op te nemen en consult te geven.

Het Alert-team verschilt van het aanklampend team op volgende vlakken:

- De focus ligt op zowel sociale als private huurders.
- Naast de sociale huisvestingsmaatschappijen kunnen ook andere organisaties huurders aanmelden (OCMW, welzijnsorganisaties, etc.).
- Het team is intersectoraal samengesteld zodat alle mogelijke problemen van de huurder aandacht kunnen krijgen. Waar nodig treedt het team op als bemiddelaar (bij huurachterstallen, overlastsituaties, burengeschillen, gebroken familierelaties) om herstel te bevorderen en de huurder een kwaliteitsvol leven te laten uitbouwen.
- Er is geen psychiater verbonden aan het team en geen exclusieve focus op psychiatrische problemen.
- Een subdoelgroep van Alert bestaat uit sociale huurders met een psychiatrische kwetsbaarheid maar waarbij er mogelijkheid is om door te verwijzen naar de reguliere zorg. Wanneer echter de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat en er nood is aan een multidisciplinair team gespecialiseerd in psychiatrische zorg verwijst Alert door naar het aanklampend team.

Samenstelling team

Het aanklampend team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit volgende teamleden:

- Een klinisch psycholoog/psychiatrisch verpleegkundige die het team coördineert (0,50 VTE).
- Een klinische psycholoog die het project inhoudelijk coördineert en de cliënten psychisch begeleidt (1 VTE).
- Drie maatschappelijk werkers die vanuit het aanklampend team cliënten begeleiden (1 VTE; 0,80 VTE en 0,70 VTE).
- Een psychiatrisch en een sociaal verpleegkundige die beide zowel vanuit het aanklampend team als vanuit het Alert-team cliënten begeleiden (1 VTE en 0,70 VTE).
- Een psychiater die deelneemt aan de teamvergaderingen en huisbezoeken doet (drie uur per week).

Het project wordt vanuit twee instanties gefinancierd:

- De stad financiert 3 VTE (waarvan 2 VTE voor het aanklampend team en 1 VTE voor Alert).
- De Vlaamse overheid financiert 2,50 VTE en de tewerkstelling van de psychiater.

Aanmelding

De vier woonactoren van het samenwerkingsverband kunnen exclusief cliënten aanmelden door de coördinator van het aanklampend team te contacteren of nieuwe cliënten voor te dragen tijdens het gemeenschappelijk overleg dat het team driemaandelijks met elk van de vier woonpartners belegt.

De coördinator van het aanklampend team houdt alle aanmeldingen per sociale dienst bij in de vorm van een kandidatenlijst. Men bepaalt vervolgens samen met de woonactoren welke aangemelde cliënten prioriteit krijgen door rekening te houden met volgende factoren:

- De aanwezigheid van een (vermoedelijke) psychiatrische problematiek en de aard van problematiek.

- Of er is sprake van een zorgwekkende mijding van zorg: cliënten met een hulpvraag die reeds een zorgtraject binnen de GGZ hebben includeert men niet.
- De ernst van de overlast en de mate waarin er een uithuiszetting dreigt.
- De mate waarin er sprake is van een crisissituatie.
- De datum waarop de cliënt op de kandidatenlijst werd geplaatst.
- De begeleidingslast en de verwachte duur van de begeleiding: er wordt gestreefd naar een mix van langdurende en kortdurende begeleidingen.
- De aanwezigheid van beschikbare alternatieven binnen de reguliere hulpverlening.

Wanneer het aanklappend team een aangemelde cliënt weerhoudt voor ondersteuning vult de maatschappelijk werker van de sociale woonactor de aanmeldingsfiche in en bezorgt deze aan de coördinator. Het document dient om relevante informatie te verzamelen over het formele en het informele netwerk van de cliënt, de situering van het probleem, de verwachtingen van de sociale woonactor en persoonlijke informatie over de cliënt en zijn omgeving. De coördinator bekijkt daarna wie de begeleider (en tevens dossierbeheerder) van de cliënt kan worden en binnen welke termijn de begeleiding kan starten.

De maatschappelijk werker van de sociale woonactor en de begeleider plannen vervolgens een gezamenlijk kennismakingsgesprek met de cliënt in. Men wijkt hier soms vanaf wanneer een eerste bezoek samen met de huisvester voor de cliënt te bedreigend zou overkomen. Gezien het onvoorspelbaar karakter van het outreachend werken gaat het aanklappend team voor de eerste kennismaking steeds per twee op huisbezoek. Men schat dan in of het voldoende veilig is om nadien alleen op huisbezoek te gaan.

Na het eerste kennismakingsgesprek kan het aanklappend team alsnog beslissen om de cliënt niet te weerhouden voor verdere begeleiding. Wanneer de cliënt niet tot de doelgroep van de werking behoort, wordt het huisbezoek gescoord als een “advies met huisbezoek”. Het aanklappend team formuleert dan een advies voor alternatieve zorg binnen de GGZ.

Begeleiding

Na een positieve evaluatie start een begeleiding onmiddellijk en probeert de begeleider meteen een volgende afspraak vast te leggen.

Het begeleidingstraject bestaat uit drie onderdelen:

- **De aanmelding en opstart.** De vier sociale woonactoren hebben een exclusieve doorverwijsmogelijkheid. Dankzij deze exclusieve samenwerking kan het aanklappend team gebruik maken van de in bemoeizorg gekende “tangbeweging”: de huisvester treedt op als autoriteit die de maatschappelijke normen en verwachtingen behelst en het aanklappend team neemt de begeleiding op zich om met deze maatschappelijke druk om te gaan. Na de aanmelding zorgt het team voor het psychiatrische assessment en start de eigenlijke begeleiding op.
- **De lopende begeleiding.** Het aanklappend team volgt de cliënt intensief op volgens de methodiek van bemoeizorg. Indien de woonproblemen aanhouden, neemt het team contact met de sociale dienst van de betrokken woonpartner om een plan van aanpak en een duidelijke rolverdeling van beide diensten af te spreken.
- **Afronding en nazorg.** Het team tracht het begeleidingstraject steeds in wederzijds overleg met de cliënt en zijn netwerk af te ronden. Ook de sociale dienst van de woonpartner wordt steeds

betrokken aangezien er een vast samenwerkingsverband is. Dit betekent dat het aanklampend team onder optimale omstandigheden de sociale dienst per mail informeert over volgende zaken: de aandachtspunten, de afspraken voor de toekomst en het relevante netwerk en/of de contactpersoon van de cliënt. Men houdt hierbij evenwel rekening met de richtlijnen van het voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim. Als de cliënt geen toestemming geeft om informatie uit te wisselen, brengt het team de woonactor enkel op de hoogte van de afronding van het traject met vermelding dat de cliënt geen persoonlijke informatie wenst te delen.

Nazorg

Het aanklampend team fungeert in het algemeen als brug naar de reguliere zorg. Na de indicatiestelling, denkt het team na over welke partners kunnen instaan voor de nodige zorgcontinuïteit. Wanneer er een netwerk rond de cliënt geïnstalleerd is, rondt men de begeleiding af. De dossierbeheerder brengt dan de betreffende sociale dienst op de hoogte.

Met de woonpartners heeft het team de afspraak dat het begeleidingstraject stopt wanneer de begeleider er niet in slaagt om contact te maken met de cliënt en er geen bijkomend gevaar is. Het werkt soms beter om de begeleiding tijdelijk uit te stellen tot op het moment dat er nieuwe problemen (bv. huurachterstal, overlast, etc.) ontstaan. Dergelijke beslissingen worden steeds met het hele team genomen en duidelijk gecommuniceerd naar de sociale woonpartner. De sociale dienst van de woonactor volgt de huurder dan verder van dichtbij op door regelmatig op huisbezoek te gaan en het aanklampend team opnieuw te contacteren van zodra er zich nieuwe problemen stellen. Op deze manier kan men kort op de bal spelen.

Betrokkenheid sociale huurder en zijn context

De hulpverleners werken tijdens de begeleidingen in de triade begeleider, cliënt en zijn context. De mening van iedereen die betrokken is in een bepaald cliëntdossier, telt en wordt maximaal in rekening gebracht.

Intersectorale samenwerking

Op casusniveau is er een vaste samenwerking met de vier sociale woonactoren. Het aanklampend team overlegt driemaandelijks met elk van de vier partners. Aan deze overlegmomenten nemen telkens de sociale dienst van de betreffende woonpartner en de coördinator en enkele begeleiders van het aanklampend team deel. De begeleiders van het aanklampend team zijn opgesplitst per regio om de werkefficiëntie te verhogen. Deze overlegmomenten dienen om lopende begeleidingen, de kandidatenlijst en eventuele nieuwe aanmeldingen en adviesvragen te bespreken. De coördinator bewaart het totaaloverzicht van de lopende begeleidingen en de nieuwe aanmeldingen door op alle overlegmomenten notitie te nemen.

Met het sociale verhuurkantoor heeft het aanklampend team de afspraak dat sommige cliëntdossiers indien nodig gedurende een bepaalde periode gezamenlijk door de huurbegeleider van de sociale dienst en een begeleider van het team wordt opgevolgd. Met de sociale huisvestingsmaatschappijen heeft het aanklampend team deze afspraak niet, omdat de huurbegeleiders daar minder begeleidingstijd hebben en de doelgroep vaak minder hulpbehoevend is. Deze manier van werken wordt in de toekomst verder geëvalueerd.

Gezien de brugfunctie die het aanklampend team vervult is er op casusniveau een nauwe samenwerking met een waaier aan partners uit de GGZ, de eerstelijnszorg en andere gespecialiseerde diensten. Volgende hulpverleners, voorzieningen en types van voorzieningen worden frequent ingeschakeld: ambulante psychiaters, PZ, de verslavingszorg, de CGG, de psychosociale revalidatiecentra, de mobiele teams, de IBW of PVT, de initiatieven activering voor personen met psychiatrische kwetsbaarheid van het OCMW, de

ontmoetingscentra voor personen met een psychiatrisch problematiek, het sociaal centrum specialisatie psychiatrische kwetsbaarheid, huisartsen, het CAW (PWB), de OCMW (budgetbeheer, administratieve ondersteuning, leefloon, werkbegeleiding en sociale restaurants), de mutualiteiten (organisatie van zorgoverleg), praktische ondersteuning (gezinszorg, poetshulp, thuisverpleging, klusjesdienst), de ontmoetings- en dienstencentra, de diensten vrije tijd en ontmoeting, ondersteuning voor (vrijwilligers-)werk (werkwinkels, GTB, Arbeidszorgcentra of Arbeidsbemiddeling van OCMW, servicepunt vrijwilligers van de stad of ziekenhuizen), VAPH-voorzieningen, de ouderenzorg (serviceflats, WZC) en de jeugdhulp (Comité Bijzondere Jeugdzorg of de Jeugdrechtbank).

Uiteraard hangt de samenwerking op casusniveau steeds af van de zorgbehoeften per cliëntstelsel. Het aanklappend team initieert steeds een samenwerking met het bestaande netwerk of leidt de cliënt toe naar minimaal één voorziening. Door een stevig steunnetwerk uit te bouwen, kunnen de huurders met een psychische beperking volwaardig deelnemen aan de samenleving.

Op projectniveau is er sinds 2011 een structureel samenwerkingsverband tussen de sociale huisvestingsmaatschappijen van de stad, de zorggroep voor regionale gespecialiseerde GGZ en een IBW. Sinds januari 2018 is de werking uitgebreid met twee nieuwe partners namelijk het sociale verhuurkantoor en het CAW (Alert). Alle partners nemen deel aan de stuurgroep van het pilootproject.

Daarnaast neemt het aanklappend team deel aan het netwerkplatform Functie 5 van het GGZ-netwerk en de werkgroep “aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren” van een IBW. Twee externe partners nemen eveneens deel aan deze werkgroep omdat zij ook aanklappende zorg in hun werkingsgebied willen uitbouwen. De werkgroep dient om uitwisseling te bevorderen en expertise rond bemoeizorg op te bouwen. Pilootproject 5 stelt haar werking ook geregeld voor aan belangrijke zorgpartners zodat zij vertrouwd raken met bemoeizorg als nieuwe zorgvorm en er nieuwe samenwerkingen kunnen ontstaan.

Knelpunten

Project 5 ervaart in de praktijk volgende knelpunten:

- De nood om **cultuur-sensitieve zorg** aan te bieden dringt zich op. Daarbij ervaart het project vooral de behoefte om een **tolk** in te schakelen wat in de praktijk zeer moeilijk te regelen valt en voor de organisatie onbetaalbaar is.
- De **zorgcontinuïteit** blijft een aandachtspunt. Zo is het moeilijk om cliënten naar bepaalde diensten toe te leiden. Zowel de mobiele teams, de woonbegeleiding van het CAW, als de voorzieningen van het VAPH hebben een beperkt aanbod waardoor het niet altijd mogelijk is om cliënten door te verwijzen. Vooral het vinden van partners die langdurige zorg aanbieden is moeilijk.
- Bemoeizorg is een nieuwe methodiek binnen de GGZ die verdere inbedding in het hulpverleningslandschap vereist. Voorlopig is de regeling rond aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid ontoereikend. Er is een nood aan een **aangepast wettelijk kader** dat meer duidelijkheid schept.

6 Pilootproject 6

Algemeen

Het PWB-team van het CAW kwam in haar dagelijkse werking vaak in contact met cliënten met een psychische kwetsbaarheid en rapporteerde de nood aan extra GGZ-expertise om hier passend mee om te gaan. Binnen het GGZ-netwerk werd daarom het initiatief genomen om te starten met aanklampende zorg. Het werkingsgebied van het aanklampend team en het PWB-team is volledig identiek aan elkaar en bestaat uit **306.000 inwoners** en **16.412 sociale huurders**.

Wat de organisatie van het pilootproject betreft werd de keuze gemaakt om te werken met een frontoffice, een backoffice en een referentiefiguur GGZ die in beide offices actief is. De **frontoffice** bestaat uit het **PWB-team van het CAW** en biedt woonbegeleiding in geval van dreigende uithuiszetting. De **backoffice** wordt bemand door het **aanklampend team** en biedt intensieve psychische ondersteuning aan huis aan cliënten die hier nood aan hebben. De **referentiefiguur GGZ vormt de brug tussen beide teams**. Zij is halftijds tewerkgesteld in het CAW-team waar zij verantwoordelijk is voor de screening van cliënten, de vraagverheldering en het inschatten van wie het best geplaatst is om de cliënt in kwestie te begeleiden. Bijkomend staat de referentiefiguur GGZ in voor de deskundigheidsbevordering van het CAW-team en de sociale woonactoren zodat beide partners psychische problemen sneller herkennen en beter leren omgaan met personen met een psychische kwetsbaarheid. De deskundigheidsbevordering gebeurt door het geven van vorming en coaching op de werkvloer. Daarnaast is de referentiefiguur halftijds tewerkgesteld in het aanklampend team waar zij mee instaat voor het geven van mobiele psychologische begeleidingen aan huis en de coördinatie van het team.

Samenstelling team

Het aanklampend team is multidisciplinair samengesteld en kent volgende bezetting:

- Een klinisch psychologe die de coördinatie van het project en de rol van referentiefiguur GGZ opneemt (0,75 VTE).
- Een orthopedagoog die thuisbegeleiding aanbiedt (1 VTE).
- Een medewerker die gedetacheerd is vanuit de verslaafdenzorg en thuisbegeleiding aanbiedt aan cliënten met een verslavingsproblematiek (0,50 VTE).
- Een zorgkundige die ook ervaringsdeskundige is en praktische begeleiding aan huis geeft (0,50 VTE).
- Een psychiatrisch verpleegkundige die cliënten thuis begeleidt (0,50 VTE).
- Een psychiater die op vraag langskomt maar niet vast verbonden is aan het team.

Aanmelding

Het pilootproject kent één aanmeldingspunt dat bemand wordt door de PWB van het CAW. De aanmeldingen gebeuren exclusief door de sociale huisvestingsmaatschappijen, de sociale verhuurkantoren en de OCMW met een patrimonium binnen het sociaal huurstelsel in de regio. Zij sturen per mail een ingevulde fiche naar het aanmeldingspunt. Het CAW-team – bijgestaan door de referentiefiguur GGZ – schat vervolgens in of de aanmelding gaat om:

- Een vraag naar PWB bij dreigende uithuiszetting (categorie A).
- Een vraag naar begeleiding voor psychische kwetsbaarheid zonder dreigende uithuiszetting (categorie B).
- Een vraag naar begeleiding voor psychische kwetsbaarheid met dreigende uithuiszetting (categorie C).

De aanmeldingen die behoren tot categorie A worden opgevolgd door de dienst PWB van het CAW. De aanmeldingen die behoren tot categorie B neemt het aanklampend team voor zijn rekening. Voor aanmeldingen die behoren tot categorie C stemmen de referentiefiguur GGZ en de coördinator van het CAW af welke ondersteuning het meest aangewezen is. Mogelijke opties zijn in deze gevallen: (1) de opstart van duo-begeleidingen waarbij het aanklampend team en het CAW-team op complementaire wijze ondersteuning bieden aan de cliënt elk vanuit hun eigen expertise, (2) het inroepen van een multidisciplinair overleg waarbij verschillende diensten worden bijeengeroepen om de voortgang van de cliënt te bespreken of (3) het coachen van het team PWB door de referentiefiguur GGZ.

Begeleiding

Het team zoekt de cliënt op in zijn eigen leefomgeving en gaat aanklampend te werk volgens de **principes van bemoeizorg** en de **presentietheorie van Baart** (2004). Op een laagdrempelige wijze wordt contact gemaakt met de cliënt door deze frequent en gedurende een lange periode korte bezoeken te brengen in de eigen leefomgeving. Op deze manier wordt geleidelijk een vertrouwensrelatie met de cliënt opgebouwd en slaagt men erin om psychische begeleiding in te schakelen. Het gemak waarmee men erin slaagt om contact te maken met de cliënt en zijn vertrouwen te winnen is wisselend. Bij sommige cliënten lukt het vrij snel om contact te leggen. Deze groep tracht men zo snel mogelijk door te verwijzen naar de gepaste GGZ-partner. Bij andere cliënten duurt het heel lang vooraleer het team contact kan maken. Het team benadert de cliënt op verschillende manieren: langsgaan aan huis, bellen, een mail of sms sturen, aanspreken op de straat, etc. De eerste contacten probeert men zo laagdrempelig mogelijk te houden: kort contact, luchtige gesprekken. Het aanbieden van praktische hulp helpt om ingang te vinden en het vertrouwen van de cliënt te winnen (bv. samen boodschappen doen, de cliënt ergens naartoe brengen, samen een koffie drinken, samen een activiteit doen die aansluit bij de interesse van de cliënt, etc.). Dit werkt soms beter dan enkel in te zetten op gesprekken.

Eens de vertrouwensband sterk genoeg is, brengt het team de kwetsbaarheden van de cliënt ter sprake en polst men naar de wensen en de dromen van de cliënt. Het team vertrekt steeds vanuit de wensen en de krachten van de cliënt om van daaruit in te spelen op de kwetsbaarheid. Het team zoekt vervolgens uit naar welke diensten en actoren men de cliënt het best kan doorverwijzen om de wensen te verwezenlijken. De begeleider blijft gedurende het hele traject naast de cliënt staan.

Nazorg

Het aanklampend team blijft bij toeleiding naar een andere voorziening zo lang als nodig naast de cliënt staan. De begeleiding blijft op de achtergrond aanwezig tot er een vertrouwen is gegroeid tussen de cliënt en de nieuwe dienst. Pas wanneer de overdracht goed is verlopen en men ervan overtuigd is dat de cliënt niet zal afhaken, verdwijnt men geleidelijk van het toneel. Bij de afronding van een begeleiding, laat men de sociale woonpartner weten dat een heraanmelding steeds mogelijk is wanneer de cliënt terug in zijn oude patronen van zorg mijden vervalt.

Betrokkenheid sociale huurder en zijn context

Tijdens de begeleiding wordt de context van de cliënt zoveel mogelijk betrokken, gezien zij een belangrijke rol spelen in het leven van de cliënt. Al van bij de start is het soms nodig om beroep te doen op de context om contact te kunnen maken met de cliënt. Wanneer de cliënt herhaaldelijk niet aanwezig is, vraagt men aan de context op welke momenten de cliënt meestal thuis is of op welke plekken hij vaak vertoeft. Tijdens de begeleiding probeert men zowel met het persoonlijk als met het professioneel netwerk van de cliënt samen te werken. Daarnaast zet men in op het uitbreiden van het netwerk.

Intersectorale samenwerking

De belangrijkste partner waarmee het aanklampend team op **casusniveau** samenwerkt is de PWB van het CAW. Eén keer om de zes weken is er een gemeenschappelijke teamvergadering waaraan de begeleiders van het aanklampend team en het CAW-team deelnemen. Tijdens deze vergadering bespreekt men de duo-begeleidingen en wisselt men onderling expertise uit rond één welbepaald thema (gesprekstechnieken, psychiatrisch ziektebeeld, etc.).

Andere partners waarmee het aanklampend team frequent samenwerkt tijdens de begeleiding van cliënten zijn uiteenlopend: de sociale woonactoren, het OCMW, de bewindvoerder, de huisarts en de psychiater van de cliënt, de eenheid voor psychiatrische spoedinterventie (EPSI), activiteitencentra, het psychosociaal revalidatiecentrum, het CGG, WZC, de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, de jeugdrechtbank, Kind en Gezin, straathoekwerkers, thuisverpleging, familiehelp, en poetsdiensten, de wijkagent, en familie, burens en vrienden.

Op **projectniveau** is er een stuurgroep die intersectoraal is samengesteld en het project inhoudelijk mee aanstuurt. In de stuurgroep zetelen volgende partners: het CAW (PWB), de directie van de sociale huisvestingsmaatschappij en het sociale verhuurkantoor, een beleidsmedewerker van het OCMW, de coördinatoren van vier IBW, de coördinator van een PVT, de coördinator van een voorziening voor verslaafdenzorg, de netwerkcoördinator van Artikel 107, de adjunct-directeur van een PZ, de directie van een PC en de beleidsmedewerker van een vereniging van regionale OCMW.

Knelpunten

Project 6 ervaart volgende knelpunten:

- **Enkel de sociale woonactoren cliënten kunnen aanmelden.** Het is dus niet mogelijk om mensen te begeleiden die op de private markt huren of over een eigen woning beschikken. Wanneer er een uithuiszetting plaatsvindt of de cliënt ervoor kiest om te verhuizen naar de private huurmarkt, is het aanklampend team genoodzaakt om de begeleiding af te ronden ook al is de situatie zorgwekkend.
- **De sociale woonactoren** in de regio hebben weinig kennis over wat een psychische kwetsbaarheid is. Ze hebben ook weinig tijd om op regelmatige basis langs te gaan bij hun

huurders waardoor ze **niet altijd op de hoogte zijn van de problemen**. Het aanklappend team probeert dit knelpunt op te vangen door vorming te geven aan de huurpartners en regelmatig te overleggen over aanmeldingen en lopende casussen. Hulp- en zorgvoorzieningen (OCMW, CAW, familiehulp, etc.) zijn vaak beter op de hoogte van de problematische leefsituatie van een persoon die sociaal huurt, maar zijn niet altijd bereid om deze informatie door te geven aan de sociale woonactor. Dit zorgt ervoor dat veel personen met een zorgnood buiten beeld blijven.

- **Het beroepsgeheim en de GDPR-regels** bemoeilijken het aanklappend werken. Binnen Groep Zorg wordt er momenteel een stappenplan opgemaakt om volgens de recente GDPR-regels aan de slag te kunnen gaan. Het is echter niet evident om het project aanklappende zorg daarin een plek te geven.

Hoofdstuk 3

Kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van de audit

Hoofdstuk 3 beschrijft voor de zes pilootprojecten “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren” de kwalitatieve en de kwantitatieve resultaten van de audit. Het laatste onderdeel van dit hoofdstuk geeft een overzicht van de kwantitatieve resultaten van de zes pilootprojecten op de audit. Op deze manier is het mogelijk om de pilootprojecten tegenover elkaar te positioneren.

1 Pilootproject 1

1.1 Algemene vragen vooraf

Waar ligt het accent van het team?

Het aanklampend team zet in op:

- Contact leggen, inschatten wat de problemen zijn en toeleiden naar de gepaste ondersteuningsdiensten.
- Praktische hulp aanbieden om het vertrouwen van de cliënt te winnen en nadien te kunnen focussen op psychische hulpverlening.
- Het coachen van andere betrokkenen in het netwerk (de sociale woonactoren, het CAW, etc.). De meeste teamleden zijn gedetacheerd vanuit het 2B-team en daar heeft men de gewoonte om andere hulpverleners te coachen. Het team heeft deze gewoonte overgenomen.

Op welke doelgroep richt het team zich vooral?

Het aanklampend team richt zich op mensen die kwetsbaar zijn omwille van een psychische problematiek, een mentale beperking, een verslavingsproblematiek of een meervoudige problematiek (een combinatie van voorgaande problemen). Hoewel de doelgroep heel uiteenlopend is, gaat het vaak om mensen die in het verleden door de mazen van het net glipten en zodoende nooit de juiste hulp kregen. In vergelijking met de andere pilootprojecten, ontvangt pilootproject 1 veel aanmeldingen van mensen met een mentale beperking.

1.2 Visie en werkwijze

Voor de begeleiding van cliënten baseert het aanklampend team zich op de stappen van bemoeizorg:

- **Contact zoeken met de cliënt.** De vlotheid waarmee dit gebeurt verschilt van cliënt tot cliënt. Bij sommige cliënten moet men heel aanklampend werken om binnen te geraken terwijl het eerste contact bij andere cliënten vanzelf verloopt. Het team houdt er rekening mee dat de doelgroep zeer kwetsbaar is en nood heeft aan meerdere kansen. Wanneer de deur drie keer gesloten blijft, geeft men niet zomaar op.

- **Contact maken met de cliënt.** Door regelmatig langs te gaan en kleine praktische problemen in orde te brengen (bv. het contact met de sociale verhuurder verbeteren, administratie in orde brengen) probeert het team het vertrouwen van de cliënt te winnen.
- **Problemen in kaart brengen.** Men gaat na op welke levensdomeinen de problemen zich vooral situeren en waaraan de cliënt wil werken. Vaak zijn dit niet de problemen waarvoor de cliënt wordt aangemeld. Meestal meldt de woonactor een cliënt aan omwille van een probleem in de woonsituatie, maar zijn problemen op andere levensdomeinen voor de cliënt urgenter of liggen er andere problemen aan de basis van de woonproblemen. Het is dan zaak om eerst deze onderliggende problemen aan te pakken vooraleer over te gaan tot het versterken van de woonvaardigheden. Dit vraagt echter bemiddeling met de sociale woonactor, want zij willen op vlak van wonen graag snel resultaat.
- **De context in kaart brengen.** De cliënten moeten hun leven ook achteraf na afronding van de begeleiding kunnen verderzetten. Men brengt daartoe het formeel en informeel netwerk van de cliënt in kaart en brengt hen indien mogelijk samen. Het team tracht het netwerk van de cliënt uit te breiden door hem toe te leiden naar zorg- en ondersteuningsvoorzieningen en door te proberen om verbroken relaties te herstellen.

Daarnaast maakt het team tijdens haar begeleidingen vaak gebruik van de basisprincipes van **systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH)** en het **relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissings-(on)bekwaamheid** van Axel Liégeois (2018). De nazorg is gebaseerd op het principe van **critical time intervention (CTI)** waarin een begeleiding gestructureerd en beperkt in de tijd moet zijn (Van der Plas et al. (2006). Binnen CTI bestaat een begeleiding uit drie fasen die elk circa drie maanden duren:

- Een **structureringsfase** waarin men een intensief contact met de cliënt uitbouwt, zicht probeert te krijgen op de situatie en de wensen van de cliënt en een actieplan opstelt waarbij de meest dringende zaken het eerst worden aangepakt.
- Een **testfase** waarin het netwerk en de vaardigheden van de cliënt worden opgebouwd en uitgetest en het actieplan waar nodig wordt bijgesteld met als doel de situatie te stabiliseren.
- Een **overdrachtsfase** waarbij de begeleiders het contact geleidelijk afbouwen, de cliënt steeds meer loslaten en de zorg overdragen aan het nieuw geïnstalleerde netwerk.

Het team krijgt op het item "visie en werkwijze" een score van 5 op 5.

1.3 Capaciteit en samenstelling

Evenwichtige caseload

De teamleden zijn samen voor ongeveer 3 VTE tewerkgesteld en op dit moment zijn er 33 cliënten in begeleiding. Dit betekent dat **één hulpverlener circa elf cliënten begeleidt**. Het team laat evenwel weten dat de caseload stelselmatig aangroeit doordat men niet meer zoveel hoeft te investeren in bekendmaking, het uitwerken van een visie en een beleid, en het bestendigen van de samenwerking met de PWB van het CAW.

Alle sociale woonactoren uit het arrondissement kunnen cliënten aanmelden. In het begin vreesde men voor een overrompeling, maar die is gelukkig uitgebleven. Doordat er geregeld dossiers worden afgerond blijven vraag en aanbod in evenwicht.

Pilootproject 1 bedient wel een grote regio: cliënten kunnen dus ver uit elkaar wonen waardoor de verplaatsingstijd toeneemt. Dat zorgt soms voor frustraties – vooral wanneer een medewerker ver moet rijden om dan voor een gesloten deur te staan. Om die reden is ervoor gekozen om de casemanagers halftijds in het aanklappend team en halftijds in het 2B-team tewerk te stellen. Men kan zo de huisbezoeken die men in het kader van beide teams moet brengen bundelen en verplaatsingstijd besparen.

Eén VTE hulpverlener begeleidt circa elf cliënten.

Samenstelling team

Het team bestaat in hoofdzaak uit gedetacheerde medewerkers van het mobiele 2B-team. Medewerkers werken deeltijds voor het aanklappend team en deeltijds voor het mobiele team. Men ervaart dit als een enorme meerwaarde. De manier van werken is in het mobiele team immers gelijkaardig: men komt eveneens aan huis, probeert het vertrouwen van de cliënt te winnen door eerst te focussen op praktische zaken en nadien pas over te gaan tot de eigenlijke hulpverlening. Bovendien kan het aanklappend team beroep doen op de ervaringsdeskundigen van de mobiele teams. Zij gaan soms in duo met een medewerker van het aanklappend team op huisbezoek of bezoeken de cliënt zelfs alleen.

Het team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit een **psycholoog**, twee **psychiatrisch verpleegkundigen**, twee **maatschappelijk werkers** en een **ergotherapeut**. Een van de hulpverleners is ook **verslavingsdeskundige**. Voor **woonbegeleiding** doet men beroep op de medewerkers van de PWB van het CAW. Wanneer het team nood heeft aan de expertise van een psychiater of ervaringsdeskundige kan men steeds beroep op de collega's van de mobiele teams. Voor arbeidsrehabilitatie schakelt het aanklappend team de dienst arbeidszorg van OPZ Geel, GTB of de arbeidscoach van het GGZ-netwerk in.

Het team krijgt op het item "samenstelling team" een score van 5 op 5.

Capaciteit

Het team telt zes hulpverleners die **gemiddeld voor 0,50 VTE** zijn tewerkgesteld. De meeste teamleden zijn voor 0,40 VTE of 0,50 VTE tewerkgesteld. Men vindt dit zelf geen ideale manier van werken. De meeste hulpverleners draaien in twee teams mee. Dan is het moeilijk om grenzen te bewaken, jezelf volledig te smijten en telkens in de juist mindset te geraken. Ook voor externe partners was het in het begin verwarrend om te begrijpen hoe de vork precies in de steel zat. Casemanagers moesten geregeld verduidelijken dat ze voor twee teams werkten, wat de opdracht van elk team was en vanuit welk team de vraag tot samenwerking kwam. Ondertussen is het project voldoende bekend in de regio waardoor de nood aan verduidelijking is afgenomen.

De huisbezoeken gebeuren in de opstart van het begeleidingstraject steeds per twee. Door de beperkte tewerkstelling is het niet altijd evident om deze gezamenlijke huisbezoeken in te plannen. Ook het inplannen van gemeenschappelijke vergadermomenten was in het begin omwille van de beperkte capaciteit een zoektocht. Ondertussen introduceerde men een vergaderschema en houden alle casemanagers de vaste vergadermomenten vrij in hun agenda los van ziekte en verlof. Het aanklappend team komt wekelijks op hetzelfde moment samen en met het CAW is er maandelijks overleg. Indien nodig wordt er een extra overleg met de psychiater en de huisarts van het GGZ-netwerk belegd.

Het team benadrukt evenwel dat de lage capaciteit ook heel wat voordelen heeft. Zo telt het team veel casemanagers, waardoor men ziektedagen en verlofdagen makkelijk kan opvangen. Het grote team kent daarnaast een diverse samenstelling (qua discipline, leeftijd en geslacht) waardoor het mogelijk is om per casus te bekijken welke casemanagers het meest geschikt zijn. Door hun dubbele tewerkstelling hebben de casemanagers een sterke link met de mobiele teams. Men kan beroep doen op de expertise van het 2B-

team en cases geregeld voorleggen op de teamvergaderingen en de intervisie- en supervisiemomenten van het mobiele team. Ook de verwijzingen naar het 2B-team verlopen vlotter doordat de intake niet opnieuw hoeft te gebeuren. Daarnaast hebben de casemanagers door hun tewerkstelling in het 2B-team ervaring met het mobiel werken en een goede kennis van het GGZ-landschap in de regio en kunnen zij beroep doen op de ervaringsdeskundige van het mobiel team. Door de dubbele tewerkstelling is het tevens mogelijk om de huisbezoeken die men in het kader van beide teams moet brengen te bundelen en verplaatsingstijd te besparen. De teamleden ervaren de deeltijdse tewerkstelling daarenboven als een verademing. Het aanklampend werken is immers belastend. Het vraagt een grote flexibiliteit van de hulpverleners en veel improvisatie. De casemanagers komen bovendien vaak in aanraking met schrijnende toestanden en mensen die niet geholpen willen worden wat een grote indruk nalaat. Werken in het mobiel team is veel comfortabeler omdat men werkt volgens een vast kader en de cliënten gemotiveerd zijn.

Het team krijgt op het item "capaciteit" een score van 2 op 5.

Betrokkenheid psychiater

De psychiater van het 2B-team is verbonden aan het aanklampend team. Hoewel de psychiater geen vergoeding krijgt voor zijn betrokkenheid in het pilootproject, investeert hij hier geheel vrijwillig veel tijd in. De teamleden mogen hem op elk moment bellen, mailen of aanspreken voor **advies**. Daarnaast houdt de psychiater wekelijks een moment in zijn agenda vrij om te overleggen over moeilijke casussen. Telkens wanneer het team nood heeft aan een dergelijk **teamoverleg** is er de mogelijkheid om binnen de week een vergadering vast te leggen waarop dan alle teamleden, de psychiater en de huisarts van het GGZ-netwerk aanwezig zijn. Indien nodig gaat de psychiater ook **mee op huisbezoek** en wanneer het team voor een cliënt bewindvoering wil aanvragen, zorgt hij voor een medische verklaring. Voor cliënten die nood hebben aan psychiatrische begeleiding, kan men de psychiater van het 2B-team inschakelen. Hij heeft geen lange wachtlijst wat de drempel voor cliënten verlaagt.

Het team krijgt op het item "betrokkenheid psychiater" een score van 5 op 5.

1.4 Deskundigheid

Deskundigheid

Het aanklampend team heeft expertise op het gebied van **GGZ, welzijnszorg, verslavingszorg, medische deskundigheid, sociale wetgeving** en problemen inzake **justitie en politie**. Voor vragen die betrekking hebben op de welzijnszorg klopt men aan bij de collega's van de PWB van het CAW. Voor medische deskundigheid kan men beroep doen op de psychiatrisch verpleegkundigen van het aanklampend team, de psychiater van het 2B-team en de huisarts van het GGZ-netwerk (de laatste twee zijn eveneens verbonden aan het aanklampend team). Voor problemen m.b.t. justitie en politie kan men rekenen op een van de teamleden die criminologe van achtergrond is en werkt men daarnaast samen met de wijkagent en de sociale dienst van het CAW. Voor zaken m.b.t. sociale wetgeving kan men terecht bij de maatschappelijk werkers van het aanklampend team en het CAW.

Het team beschikt zelf niet over deskundigheid inzake juridische en financiële zaken, maar kan voor vragen hieromtrent steeds terecht bij de 27 OCMW uit de regio die zich engageerden voor dit project. Voor alle hulpvragen m.b.t. arbeidsrehabilitatie schakelt men de netwerkpartners uit de regio in: GTB, de arbeidscoach van het GGZ-netwerk of de dienst arbeidszorg van OPZ Geel. Alle teamleden zijn goed

vertrouwd met het hulpverleningslandschap en weten bij wie ze voor wat terecht kunnen. Men hoeft dus zelf niet opnieuw het warm water uit te vinden.

Het team krijgt op het item “deskundigheid” een score van 5 op 5.

Deskundigheidsbevordering

In Vlaanderen zijn er weinig vormingen over bemoeizorg voorhanden. Men moet hiervoor uitwijken naar Nederland. Om de methodiek van bemoeizorg en de toepassing hiervan onder de knie te krijgen, gingen het aanklappend team en de preventieve woonbegeleiders van het CAW twee keer op studiebezoek bij de bemoeizorgteams van Tilburg en Heerlen in Nederland. Deze bezoeken ervaarde men als heel leerrijk. De bemoeizorgteams lichtten hun werking toe en reikten praktische handvatten aan die de opstart van het pilootproject faciliteerden.

Het team is continu op zoek naar vormingen over relevante thema’s die aansluiten bij de praktijk. Omwille van het beperkte vormingsaanbod in Vlaanderen, is het soms zoeken naar interessante vormingen. De zes pilootprojecten proberen hun krachten en middelen te bundelen zodat vorming op maat mogelijk wordt. Zo geeft Axel Liégeois binnenkort aan alle teams vorming over bemoeizorg en wils(on)bekwaamheid. In de toekomst plant het team om vorming te volgen over verzamelwoede (hoarding) en bewindvoering.

Het team krijgt op het item “deskundigheidsbevordering” een score van 5 op 5.

Intervisie

Het 2B-team organiseert om de twee maanden een intervisie waaraan de leden van het aanklappend team deelnemen. Tijdens de opleiding van Axel Liégeois met de zes pilootprojecten die binnenkort plaatsvindt, is er mogelijkheid voorzien om een aantal complexe casussen te bespreken. Deze intervisie is wel slechts éénmalig.

Het team krijgt op het item “intervisie” een score van 5 op 5.

1.5 Samenwerking

Gedeelde caseload

Alle dossiers worden in duo opgestart en opgevolgd. Men ervaart dit als een grote meerwaarde. De situatie van cliënten is soms pijnlijk en dan is het aangenaam dat men de begeleiding met twee paar schouders kan dragen.

Het aanklappend team overlegt één keer per week wat naar eigen zeggen onvoldoende is om cliënten met **acute problemen regelmatig (éénmaal per twee weken) met het hele team te bespreken.** Daarnaast vindt er frequent informeel overleg op kantoor plaats tussen de collega’s en de duo-partners en wordt er dagelijks gebeld en gemaïld om met elkaar van gedachten te wisselen. De coördinator volgt ook alle lopende dossiers op en ondersteunt collega’s waar nodig bij de begeleiding van complexe cases. **Cliënten zonder acute problemen** worden minder **frequent besproken: éénmaal per drie maanden.**

Via het psychiatrisch ziekenhuis hebben alle teamleden toegang tot het EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) en aldus inzage in de lopende dossiers. **Een digibord** dat tijdens het teamoverleg geprojecteerd wordt en in één oogopslag een overzicht biedt van alle lopende begeleidingen **gebruikt men niet.**

Het team krijgt op het item “gedeelde caseload” een score van 3 op 5.

Frequentie teamoverleg

Het aanklappend team heeft wekelijks teamoverleg om nieuwe aanmeldingen en de voortgang van lopende begeleidingen te bespreken. Daarnaast overlegt het team één keer per maand met de collega's van het CAW en overleggen de hulpverleners die in duo werken geregeld onderling met elkaar.

Het team krijgt op het item "frequentie teamoverleg" een score van 3 op 5.

Opkomst teamoverleg

De teamleden proberen zoveel mogelijk tijdens het teamoverleg aanwezig te zijn, maar dit lukt in de praktijk niet altijd doordat de meeste leden in meer dan één hulpverleningsteam actief zijn. Na lang zoeken introduceerde men recent vaste vergadermomenten waarop alle teamleden maximaal aanwezig kunnen zijn.

Het team krijgt op het item "opkomst teamoverleg" een score van 4 op 5.

Samenwerking met woonactoren

Het aanklappend team werkt heel nauw samen met de negen sociale woonactoren. Er zijn **duidelijke afspraken** over welke cliënten in aanmerking komen voor het pilootproject en er is frequent **structureel overleg** en **ad hoc overleg** om respectievelijk de samenwerking en de voortgang van moeilijke cliënten te bespreken.

Wat het **structureel overleg** betreft, gaat een kleine delegatie van het team een keer om de drie maanden bij elk van de negen woonpartners langs. Men bespreekt dan de aanmelding van potentiële cliënten waarover de sociale woonactor twijfelt en de lopende begeleidingen. Deze momenten ervaren de woonactoren als leerrijk en zinvol. De woonpartners worden zo voorbereid om psychische problemen in de toekomst nog beter te detecteren. Een keer om de zes maanden nodigt men alle woonactoren uit om af te stemmen over praktische vragen (Welke cliënten komen in aanmerking voor aanklappende zorg? Wat als de cliënt geen toestemming geeft om de begeleiding op te starten? Hoe omgaan met het delen van cliëntgegevens?). Dergelijke overlegmomenten zijn helpend om de onrealistische verwachtingen van bepaalde woonpartners te temperen. Sommige woonpartners willen namelijk dat de woonoverlast zo snel mogelijk verdwijnt terwijl dit in de praktijk niet haalbaar is. Vaak focust het team eerst op problemen m.b.t. andere levensdomeinen vooraleer over te gaan tot de woonproblemen. Door in gesprek te gaan met andere woonpartners leren actoren hun hoge verwachtingen los te laten.

Het team organiseerde één keer een vormingsmoment voor de sociale woonactoren over psychiatrische problemen, maar de huisvesters zijn geen vragende partij om deel te nemen aan meerdere vormingen. De coaching die men tijdens de structurele overlegmomenten geeft, zijn beter afgestemd op de noden van de huisvesters. Men spreekt dan over cliënten die ze kennen, waardoor alles veel concreter wordt.

Indien nodig organiseert het ook **ad hoc overleg** met de drie partijen samen (de cliënt, de woonactor en de hulpverlener). Men doet dit vooral wanneer het contact tussen de cliënt en de woonactor vertroebeld is. Huisvester begrijpen hun cliënten niet altijd even goed en zijn zich niet bewust van de problemen die aan de basis liggen van de woonoverlast. Vaak is er sprake van miscommunicatie. Het team neemt dan de rol op van bemiddelaar en probeert bij zowel de cliënt als de woonpartner wederzijds begrip te installeren. In tegenstelling tot sommige andere pilootprojecten vindt het eerste gesprek met de cliënt steeds zonder de woonpartner plaats om te voorkomen dat de cliënt afhaakt of wordt afgeschrikt.

Het team krijgt op het item "samenwerking met woonactoren" een score van 5 op 5.

Samenwerking met de PWB van het CAW

Het pilootproject heeft een gezamenlijk aanmeldpunt dat door de coördinatoren van het aanklappend team en het PWB-team beheerd wordt. Er zijn duidelijke afspraken tussen beide partners over welke cliënten in aanmerking komen voor het PWB-team en welke cliënten het aanklappend team opvolgt. Het intakegesprek gebeurt standaard in duo. De twee coördinatoren schatten meteen na het ontvangen van de aanmeldingsbundel in welke medewerker van de PWB en welke casemanager van het aanklappend team het meest geknipt zijn om samen op intake te gaan. Wanneer er sprake is van psychische problemen, neemt het aanklappend team nadien een actieve rol op in de verdere begeleiding. Als er enkel sprake is van woonproblemen, neemt de PWB de begeleiding op zich.

Beide teams zijn complementair aan elkaar en werken sterk samen. Regelmatig vindt er ad hoc overleg plaats tussen de twee coördinatoren om niet evidente casussen te bespreken en één keer per maand is er structureel overleg waarop beide teams aanwezig zijn. In de opstartfase van het pilootproject vond dit overleg zelfs frequenter plaats. Dat was nodig om elkaars werking beter te leren kennen en af te stemmen over de doelgroep en de aanpak. Vandaag worstelt men nog steeds met het gedeeld beroepsgeheim en de voorwaarden waaronder het delen van informatie is toegestaan. De wetgeving is hierover behoorlijk vaag:

- Het uitwisselen van cliëntinformatie kan enkel tussen personen betrokken in de hulpverlening en in functie van de lopende hulpverlening.
- De gegevensuitwisseling is noodzakelijk voor de hulpverlening van de desbetreffende persoon en omvat enkel gegevens die noodzakelijk en in het belang van de cliënt zijn.
- De cliënt moet minstens op de hoogte worden gebracht van welke gegevens men aan wie doorgeeft. Indien mogelijk gebeurt het doorgeven van gegevens met toestemming en bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt.

Soms deelt men persoonlijke informatie over de cliënt zonder zijn uitdrukkelijke toestemming. Men doet dit in het belang van de cliënt om een uithuiszetting te vermijden. In deze gevallen brengt men de cliënt hier wel van op de hoogte. Men gaat ook na of de cliënt voldoende wilsbekwaam is om toestemming te geven. Wanneer de cliënt wilsonbekwaam is, mag men informatie zonder zijn toestemming delen.

Het team krijgt op het item "PWB van het CAW" een score van 5 op 5.

1.6 Aanmelding

Aanmelding

Het aanklappend team hanteert duidelijke inclusiecriteria voor de screening van cliënten:

- Er is een dreigende uithuiszetting, maar de uithuiszettingsprocedure hoeft nog niet opgestart te zijn. Zo heeft het team nog bewegingsruimte om de situatie te veranderen.
- Er is een vermoeden van psychische kwetsbaarheid.
- De cliënt is tussen de 18 en 65 jaar.
- Er is nog niet veel hulp geïnstalleerd. Dit laatste criterium weegt echter minder sterk door, omdat men bij aanmelding weinig zicht heeft op de hulpverlening die reeds aanwezig is. Soms heeft de huisvester hierover wel wat informatie of kan men hier via het OCMW meer over te

weten komen, maar dat is lang niet altijd het geval. Wanneer men gaandeweg merkt dat er reeds veel zorgpartners betrokken zijn, zet het team een stap terug.

De sociale woonactoren zijn goed op de hoogte van de aanmeldingscriteria. Deze worden tijdens de verschillende overlegmomenten regelmatig opnieuw met de huisvesters besproken.

De intakeprocedure is uitgebreid maar eenduidig. Sociale woonactoren melden cliënten aan door een ingevuld aanmeldingsformulier naar het algemeen emailadres van het pilootproject te sturen. Op het aanmeldingsformulier duiden zij aan of de cliënt akkoord of niet akkoord gaat met de opstart van een begeleiding. Dit bepaalt of men de PWB van het CAW mee kan inschakelen. Vervolgens gaan twee hulpverleners op intake. Indien er toestemming is van de cliënt, is dit een hulpverlener van het aanklampend team en een hulpverlener van het PWB-team. In de andere gevallen leggen twee hulpverleners van het aanklampend team het eerste contact. De intake bestaat meestal uit meerdere gesprekken waarin men kennismaat met de cliënt, naar zijn verhaal luistert, zijn vertrouwen probeert te winnen en in verschillende etappes informatie verzamelt. Deze gesprekken verlopen vrij informeel om de cliënt niet af te schrikken.

Wanneer een begeleiding door het aanklampend team toch niet het meest aangewezen blijkt voor een cliënt, denkt men mee na over een gepaste verwijzing en bespreekt men dit met de aanmeldende huisvester. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer reeds veel zorgverleners betrokken zijn. In deze gevallen regelt het aanklampend team een multidisciplinair zorgoverleg om te komen tot een betere afstemming tussen de betrokken partijen.

Het team krijgt op het item "aanmelding" een score van 5 op 5.

Wachttijd

Het team heeft weinig middelen is daarom selectief in het includeren en het begeleiden van cliënten. Men weegt zorgvuldig af of een cliënt aan alle inclusiecriteria voldoet en gaat niet wekelijks bij een cliënt langs wanneer dat niet nodig is. Dankzij deze aanpak is er **bijna geen wachttijd**.

Het team krijgt op het item "wachttijd" een score van 5 op 5.

1.7 Begeleiding

Contactfrequentie

De contactfrequentie **varieert** per cliënt **gaande van één contact per week** (hoogfrequent) **tot één contact per drie à vier weken** (laagfrequent). Het team geeft de cliënt de vrijheid om daarin te kiezen. Sommige cliënten houden het contact ook af. Het team mag op huisbezoek komen, maar niet wekelijks. Of soms is er al veel hulpverlening betrokken, waardoor een wekelijks bezoek van het aanklampend team voor de cliënt te veel zou zijn. Het aantal contacten varieert ook tijdens het begeleidingstraject: in het begin bezoekt het team de cliënt frequent – nadien bouwt men dit af. Naast de huisbezoeken is er ook veel cliëntcontact door middel van telefoon, mail, sms of Whatsapp en hebben teamleden geregeld contact met zowel het persoonlijk als het professioneel netwerk van de cliënten.

Het team krijgt op het item "contactfrequentie" een score van 1 op 5.

Outreaching werk

De meeste contacten vinden in de leefomgeving van de cliënt plaats, maar dat is niet altijd in de woning zelf. Het team probeert in eerste instantie thuis bij de cliënt langs te gaan, maar sommige cliënten schamen zich voor hun woning en durven de hulpverleners niet binnen te laten. Men gaat hier creatief en flexibel mee om en laat het gesprek dan buitenshuis doorgaan (bv. op het OCMW, in het CAW of op een openbare plaats).

Het team krijgt op het item "outreaching werk" een score van 5 op 5.

Assessment

Tijdens de intakegesprekken brengt het team geleidelijk de hulpvragen, de financiële situatie, de medische situatie, de beslissings(on)bekwaamheid en het netwerk van de cliënt in kaart. Dit gebeurt gaandeweg en weinig gestructureerd. Het werkt niet om bij deze cliënten met een instrument of een hoop formulieren te komen aandragen. Daarmee creëer je geen opening – integendeel. Veel cliënten hebben een afkeer tegenover de typische hulpverlenersvragen. Het team start de intakegesprekken door te vragen naar waar de cliënt op dat moment last van heeft en te bekijken hoe de begeleiding hierin een rol van betekenis kan spelen. Van zodra de begeleiding het vertrouwen van de cliënt heeft gewonnen, ontstaat er een grote openheid om over de persoonlijke situatie te praten. Men komt zo geleidelijk aan veel over de cliënt te weten. Men probeert ook aandacht te hebben voor het toekomstperspectief van de cliënt: Waar liggen zijn interesses? Wat doet hij graag? Wat wil hij in de toekomst veranderd zien? Welke extra hulp is nodig? Wie kan hem helpen?

Vertrekkend hiervan gaat het team over tot actie. Een echt actieplan is er niet – de begeleiders gaan eerder organisch te werk waarbij men de meest prangende problemen eerst aanpakt. Acties gaan vaak over het oplossen van financiële kwesties, het regelen van een zinvolle dagbesteding, het versterken van woonvaardigheden of het bemiddelen bij conflicten met de woonactor of burenruzies. Vaak zijn cliënten gekwetst door de manier waarop de huisvester zaken overbrengt. Bijvoorbeeld, de woonactor vindt dat de cliënt zich dringend moet herpakken en dreigt anders met een uithuiszetting. Voor de cliënt komt een dergelijke boodschap hard en beschuldigend over. Het team probeert daarin te bemiddelen en de cliënt voorzichtig op de juiste weg te zetten. Of soms is er sprake van burenc conflicten waarbij de cliënt voor overlast zorgt. Men probeert dan de gewoontes en het gedrag van de cliënt te veranderen.

Het team krijgt op het item "assessment" een score van 5 op 5.

Multidisciplinaire praktische zorg

Het aanklappend team biedt multidisciplinaire praktische ondersteuning op volgende gebieden: **regelen van een zinvolle dagbesteding, helpen bij financiën en administratieve kwesties, ondersteuning bieden bij het gebruik van medicatie, contact leggen met formele instanties en familie, en zorgen voor buurtinclusie.** Wat het medicatiegebruik betreft probeert het team zicht te krijgen op de medicatie die de cliënt neemt of zou moeten nemen. Indien nodig schakelt men de psychiater van het mobiele team of de huisarts van de cliënt in om de voorgeschreven medicatie aan te passen. Het team brengt steeds de formele en de informele context van de cliënt in kaart en tracht in te zetten op het uitbreiden van het netwerk. Werkgevers kunnen belangrijke steunfiguur zijn. Vaak gaat het om werkgevers van een vrijwilligersorganisatie. Buurtinclusie tracht men te realiseren door de cliënt te stimuleren om lang te gaan bij lokale voorzieningen zoals buurtrestaurants, buurthuizen, etc. Voor ondersteuning bij dagelijkse levensverrichtingen schakelt het team externe diensten in zoals het OCMW, gezinszorg en familiehelp. Andere externe

diensten waarmee men geregeld samenwerkt zijn het VAPH, bewindvoerders, het mobiele 2B-team, het CAW, etc.

Het team krijgt op het item “multidisciplinaire praktische zorg” een score van 5 op 5.

Samenwerking met context

Het team **brenkt** steeds de formele en de informele **context** van de cliënt **in kaart** en tracht in te zetten op het **uitbreiden en het behoud van het netwerk**. Indien mogelijk organiseert het team een **multidisciplinair zorgoverleg** met de betrokken context om hen **actief te betrekken** in het begeleidingstraject. Vaak echter is er weinig informeel netwerk. Veel cliënten zijn eenzaam – hun naasten bestaan vooral uit hulpverleners (medewerkers van het OCMW, de begeleiders van het aanklampend team). Ze beschouwen hen als hun vrienden. De meeste cliënten hebben geen familie of vrienden waarop men kan rekenen. Vaak zijn de familiebanden jaren geleden verbroken. Wanneer de cliënt de wens heeft om deze banden te herstellen, zet men hier tijdens de begeleiding op in. Maar niet alle cliënten hebben dit verlangen. Sommige cliënten hebben kinderen die door de jeugdrechter geplaatst zijn. Ook hier probeert men tijdens de contactmomenten voldoende bij stil te staan.

Het team krijgt op het item “samenwerking met context” een score van 5 op 5.

Begeleidingstraject

De duur van een begeleidingstraject varieert van enkele maanden tot anderhalf jaar en het team geeft op voorhand aan dat de begeleiding beperkt is in de tijd. Tijdens de begeleiding zet men in de eerste plaats in op het **uitbouwen** van een **vertrouwensrelatie**. Vaak duurt het even vooraleer de begeleiders contact kunnen maken met de cliënt. Sommige cliënten willen in het begin de deur niet opendoen. Men gaat dan op zoek naar andere manieren om hen te contacteren (bv. door te bellen, een briefje achter te laten, een sms-berichtje te sturen, etc.). Soms schamen cliënten zich voor hun woning en is dat de reden waarom ze de deur niet willen opendoen. Het team springt hier creatief mee om door de cliënt andere ontmoetingsplaatsen voor te stellen (bv. de bieb, het OCMW, het CAW, het buurthuis, een inloopcafé). Eens het eerste contact gelegd is, probeert het team zicht te krijgen op de zorgbehoeften en de wensen van de cliënten (**assessment**). Vertrekkend daarvan probeert men de meest prangende **problemen** en conflicten **in functie van het behoud van de woning aan te pakken** en de nodige diensten te betrekken zodat er voldoende **netwerk rond de cliënt geïnstalleerd** is. Een echt behandelplan stelt men niet op, maar komt eerder organisch tot stand. In het EPD noteert men meestal wel de doelstellingen, de manier van in contact komen en de diensten waarnaar wordt toegeleid.

Het team krijgt op het item “begeleidingstraject” een score van 4 op 5.

Aanklampende zorg

Het team gaat aanklampend te werk door de **eerste vormen van bemoeizorg** toe te passen (zich beschikbaar stellen en informeren), **ongevraagde zorg te bieden** (adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten) en indien nodig over te gaan tot **dwingende zorg**. De dwingende zorg beperkt zich tot het overnemen van bepaalde acties. Een cliënt gedwongen laten opnemen doet men niet – men probeert hem veeleer te motiveren tot een vrijwillige opname.

Het team krijgt op het item “aanklampende zorg” een score van 5 op 5.

Continuïteit en nazorg

Het team rondt de begeleiding af van zodra er voldoende netwerk rond de cliënt geïnstalleerd is en het risico op uithuiszetting geweken is. Bij afronding **blijft** het team een hele periode **beschikbaar** voor zowel de cliënt als het netwerk. Na drie maanden belt men de cliënt op om te horen hoe het gaat. Het is volgens het team belangrijk om contact te houden, omdat de kans op herval bij deze doelgroep groot is. Wanneer de cliënt op een wachtlijst staat bij een GGZ-voorziening **volgt men de cliënt op tot de begeleiding bij de andere zorginstelling kan opstarten**.

Wanneer een cliënt tijdens het begeleidingstraject wordt **opgenomen in een residentiële voorziening**, schroeft men de intensiteit van de begeleiding terug maar **houdt men wel contact** door te bellen of op bezoek te gaan. Nadien pikt men de draad van de begeleiding weer op.

Het team krijgt op het item "continuïteit en nazorg" een score van 5 op 5.

1.8 Resultaatsgebieden

Eenzijdige stopzetting door cliënt of team

Voorlopig werd er één begeleidingstraject eenzijdig door de cliënt stopgezet. De desbetreffende persoon wilde niet met het team samenwerken. Soms zijn er ook cliënten die worden aangemeld maar die men niet te pakken krijgt. In dat geval zit er niets anders op dan dit naar de huisvester toe te communiceren. Men blijft steeds paraat voor het geval de situatie verergert – men probeert dan opnieuw contact te leggen met de cliënt.

Toeleiding naar zorg

Het vraagt veel tijd om de cliënt toe te leiden naar zorg en bij afronding van de begeleiding is het altijd afwachten of de cliënt de zorg zal continueren.

Beperking overlast

Veel problemen gaan over conflicten met de burens en woonoverlast: huisvuil dat overal blijft rondhangen, een onhygiënische woonsituatie, geluidsoverlast, verzamelwoede, middelengebruik, etc. Het team doet erg haar best om de situatie te veranderen maar het levert niet altijd iets op.

Voorkomen uithuiszetting

Het team kreeg al twee keer te maken met een uithuiszetting. Eén keer omdat men de persoon in kwestie niet te pakken kreeg en één keer omdat de aanmelding bij het aanklampend team te laat kwam om nog te kunnen ingrijpen. Met de sociale woonactoren geldt de afspraak dat ze geen uithuiszettingsprocedure mogen opstarten zonder het aanklampend team daarvan op de hoogte te brengen.

Soms vinden er ook uithuiszettingen bij de sociale huisvesters plaats van mensen die niet bij het aanklampend team worden aangemeld. Om hoeveel uithuiszettingen het precies gaat is niet geweten. De OCMW hebben hier goed zicht op. In de regio geldt immers de afspraak dat alle sociale woonactoren een dreigende uithuiszetting aan het OCMW dienen te melden.

Voorkomen gedwongen opname

Een gedwongen opname vond er nog niet plaats. Het team probeert cliënten voor wie een opname noodzakelijk is te motiveren om zich vrijwillig te laten opnemen.

Mentaal welbevinden en kwaliteit van leven

Het team zet vooral in op het wegnemen van de dreigende uithuiszetting door een netwerk rond de cliënt op te bouwen, financiële wantoestanden aan te pakken en het contact met de buitenwereld te versterken. Dit zorgt er automatisch voor dat het mentaal welbevinden en de kwaliteit van leven van de cliënt erop vooruitgaan.

Sterktes van het project

De sterktes van het pilootproject zijn volgens het team:

- **De goede samenwerking met het CAW.** Het aanklappend team en het CAW hebben elk een andere insteek en verschillende expertises. Door de krachten te bundelen slaagt men erin om samen veel te bereiken.
- **De aanklappende aanpak.** Zelfs wanneer er grote moeilijkheden zijn of de cliënt zich weerbarstig gedraagt blijven de begeleiders langsgaan. Men geeft cliënten niet zomaar op en dat zijn velen onder hen niet gewoon.
- **De laagdrempelige zorg.** Cliënten hoeven nergens naartoe te gaan – het team komt immers aan huis. Met enkele telefoontjes kan het team vaak zaken rechtzetten die de cliënt zelf niet rechtgezet krijgt omdat hij niet de juiste personen kent. Een moeilijkheid blijft evenwel de instroom naar andere hulpverlening waaronder de CGG, het VAPH, residentiële diensten, etc. omwille van de lange wachttijden.
- **Het werken in teamverband.** Dit zorgt voor een grote gedragenheid en continuïteit in het begeleidingstraject. Wanneer een begeleider in verlof is, neemt een andere collega de zorg over. De cliënt wordt hierdoor niet aan zijn lot overgelaten.

2 Pilootproject 2

2.1 Algemene vragen vooraf

Waar ligt het accent van het team?

Het aanklappend team zet vooral in op het leggen van contact, het inschatten van problemen en het toeleiden naar zorg en diensten. Daarnaast biedt het team ondersteuning op verschillende levensdomeinen door informatie te verstrekken en praktische hulp aan te bieden zoals samen naar een vrijwilligers- of vrijetijdsvoorziening gaan, helpen bij het leegmaken of opruimen van een huis, mee naar het ziekenhuis gaan, etc. Dit wordt gezien als een sterk middel om de therapeutische vertrouwensrelatie op te bouwen en de persoon in al zijn aspecten beter te leren kennen. Het team besteedt tot slot aandacht aan het coachen en de deskundigheidsbevordering van andere partners binnen het netwerk (bv. het OCMW).

Op welke doelgroep richt het team zich vooral?

Binnen het GGZ-netwerk is het aanbod van het aanklappend team vrij gelijkaardig aan het aanbod van het mobiele 2B-team. Om niet in elkaars vaarwater te komen, besliste het aanklappend team om zich te richten tot een andere doelgroep. Terwijl de mobiele teams focussen op personen met een psychiatrische problematiek, richt het aanklappend team zich op personen met overwegend sociale problemen (problemen met financiën, huisvesting, sociale contacten etc.) en personen met zowel psychiatrische problemen als woonproblemen. Het team ervaart dat de woonproblemen in de praktijk vaak veroorzaakt

worden door verslaving of psychose. Een ander verschil met de mobiele teams is dat er bij de sociale huurders vaak een grotere tijdsdruk is omdat er een uithuiszetting dreigt en de sociale woonpartners weinig bewegingsruimte bieden.

2.2 Visie en werkwijze

Het team streeft er tijdens de begeleiding naar om de levenskwaliteit van de cliënten op een duurzame wijze te verbeteren vertrekkend vanuit de zorgnoden en de vragen van de cliënt.

Pas recent – sedert de komst van de nieuwe coördinator vier maanden geleden – wordt er aandacht besteed aan het methodisch werken. Het aanklampend team kreeg in het begin te maken met uitval en enkele personeelwissels waardoor het even duurde vooraleer het project de juiste start kon nemen en er **nog niet echt een visie** is. **Benaderingen waarvan de coördinator melding maakt zijn** de presentie-benadering, het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) en Critical Time Management (CTM). Het team baseert zich ook op het boek “Bemoeizorg” van Tielens et al. (2010) dat tips en valkuilen m.b.t. bemoeizorg op een rij zet. Alle hulpverleners hebben dit boek gelezen en gebruiken de tips als basis. Daarnaast werkt het team volgens de principes van Housing First. De teamleden die gedetacheerd zijn vanuit het CAW kregen hierover een introductie van de wooncoaches van het OCMW die sinds 2013 intensieve woonbegeleiding aanbieden aan daklozen die via versnelde toewijzing een sociale woning van de sociale huisvestingsmaatschappij krijgen.

Het team krijgt op het item “visie en werkwijze” een score van 2 op 5.

2.3 Capaciteit en samenstelling

Evenwichtige caseload

De teamleden zijn samen voor 2,70 VTE tewerkgesteld en begeleiden op dit moment ongeveer 19 cliënten. Dat betekent dat **één hulpverlener circa zeven cliënten begeleidt**. De teamleden van het CAW geven aan dat de caseload voor de PWB 10 à 12 cliënten per VTE bedraagt. De cliënten van de PWB hebben doorgaans echter minder complexe problemen dan de cliënten van het aanklampend team. De kleine caseload is deels te wijten aan het feit dat het project nog in volle opstart zit en twee verafgelegen subregio's bedient wat extra coördinatietaken met zich meebrengt.

Eén VTE hulpverlener begeleidt circa 7 cliënten.

Samenstelling team

Het aanklampend team bestaat uit hulpverleners met een uiteenlopende deskundigheid. Het team telt een **psycholoog**, een **psychiatrisch verpleegkundige**, vier **maatschappelijk werkers**, twee **psychiaters** en een **criminoloog**. Een van de maatschappelijk werkers is gedetacheerd vanuit de **verslaafdenzorg** en dus expert in dit deelgebied. Twee andere maatschappelijk werkers werken deeltijds als **preventieve woonbegeleider** voor het CAW. Een van de teamleden is zelf ook **ervaringsdeskundige**.

Een arbeidsdeskundige is er niet aanwezig, maar het team weet waarnaartoe als er op dit vlak noden zijn. Het team heeft eveneens geen orthopedagoog aan boord wat in zekere mate als een gemis ervaren wordt. De hulpverleners komen geregeld in contact met cliënten die een mentale beperking hebben en bij wie de betrokkenheid van een orthopedagoog een meerwaarde zou zijn.

Het team krijgt op het item “samenstelling team” een score van 5 op 5.

Capaciteit

Het aanklappend team telt zeven hulpverleners die **gemiddeld voor 0,40 VTE** zijn tewerkgesteld. Afgezien van de psycholoog, zijn alle hulpverleners die als outreacher werken voor 0,20 VTE of 0,30 VTE aangesteld. Dit betekent concreet dat zij per week 10 à 13 uur voor het aanklappend team werken. Wekelijks spenderen de hulpverleners anderhalf uur aan teamoverleg, waardoor er slechts acht à elf uur tijd overblijft om cliënten te begeleiden. De hulpverleners ervaren dit als een grote tekortkoming. Alle outreachers werken deeltijds voor het aanklappend team en deeltijds voor een andere werkgever in de zorg (het mobiel team, beschut wonen, de drugbehandelingskamer en de PWB van het CAW). Die combinatie maakt het zwaar: het is puzzelen om de twee agenda's in elkaar te passen. Daarbuiten blijft er onvoldoende tijd over om de cliënten intensief te begeleiden en flexibel te kunnen inspelen op hun noden. Snel nog eens bij een cliënt langsgaan of bellen in geval van nood is volgens de outreachers minder evident. Dat is jammer want aanklappende zorg vraagt om een intensief contact met de cliënt zodat het ijzer gesmeed kan worden wanneer het heet is. Een dergelijke job voltijds uitoefenen is eveneens moeilijk haalbaar. Het is immers heftig om te werken als outreacher. Een halftijdse tewerkstelling zou daarom ideaal zijn.

Het team krijgt op het item “capaciteit” een score van 1 op 5.

Betrokkenheid psychiater

Het aanklappend team kan rekenen op de expertise van twee psychiaters die zich beide 1,5 uur per week vrijstellen voor deelname aan het pilootproject. Beide psychiaters nemen afwisselend deel aan het teamoverleg. De ene psychiater is gedetacheerd vanuit BW en zetelt mee in “assertieve zorg in de samenleving” – een intersectorale overlegtafel over aanklappende zorg in de samenleving die zich buigt over het al dan niet includeren van bepaalde aanmeldingen en het doen van een passende verwijzing bij niet-inclusie van cliënten. Ze heeft veel ervaring met psychose en crisiszorg en is steeds telefonisch te consulteren voor vragen en advies. Indien nodig doet zij ook raadplegingen. De andere psychiater is gedetacheerd vanuit een voorziening voor verslavingszorg. Hij heeft een adviserende functie en heeft geen contact met de sociale huurders. Het team ervaart de ondersteuning van de psychiaters als een meerwaarde en wil graag nog meer beroep op hen doen. Idealiter wordt de tewerkstelling van de twee psychiaters samen opgetrokken naar 0,60 VTE.

Het team krijgt op het item “betrokkenheid psychiater” een score van 5 op 5.

2.4 Deskundigheid

Deskundigheid

Het aanklappend team heeft expertise op het gebied van **GGZ, welzijnszorg en verslavingszorg**. Men werkt nauw samen met de PWB van het CAW m.b.t. **juridische en financiële zaken** en **sociale wetgeving**. Voor **medische deskundigheid** kan het team rekenen op de expertise van de twee psychiaters.

Het team krijgt op het item “deskundigheid” een score van 5 op 5.

Deskundigheidsbevordering

Bijna alle teamleden volgden de driedaagse opleiding over bemoeizorg van Harry Gras en een opleiding over outreachend werken van Cis Dewaele. Doordat het aanklappend team intersectoraal is samengesteld, is er veel expertise voorhanden en worden er geregeld interne sessies georganiseerd door een van de teamleden over topics die relevante zijn voor de praktijk (bv. agressie, justitie, beslissings(on)bekwaamheid, drugsbehandeling, hoarding, psychose, etc.). De psycholoog van het team volgde recent een opleiding over Network Mentalization-Based Integrative Therapy en een opleiding over verslavingszorg in de thuiszorg-context. Deze laatste opleiding was echter weinig vernieuwend. Binnenkort staan er nog vormingen over motiverende gespreksvoering, psycho-educatie en beslissings(on)bekwaamheid gepland.

Het team krijgt op het item “deskundigheidsbevordering” een score van 5 op 5.

Intervisie

Het aanklappend team organiseerde voorlopig twee intervisiemomenten onder leiding van de externe coach Harry Gras om werkvragen of -problemen in groepsverband te bespreken. Het is evenwel de bedoeling om in de toekomst elke drie à vier maanden een intervisie te organiseren. Momenteel bekijkt de coördinator wat de kostprijs hiervoor is.

Het team krijgt op het item “intervisie” een score van 3 op 5.

2.5 Samenwerking

Gedeelde caseload

Om veiligheidsredenen en om een betere inschatting van de situatie te kunnen maken, gaan de hulpverleners in de beginfase van het begeleidingstraject steeds per twee bij de cliënt op huisbezoek. Wanneer de **duo-begeleidingen** na verloop van tijd geen meerwaarde meer bieden, stelt men één hulpverlener als hoofdbegeleider aan. De tweede hulpverlener volgt het traject vanop een afstand op en springt bij waar nodig.

Het team heeft wekelijks één vergadering om cliënten te bespreken. Tijdens dit overleg wordt de begeleiding van drie à vier cliënten besproken – meestal zijn dit de cliënten waarbij zich veranderingen in het begeleidingstraject voordoen. **Cliënten met dringende problemen komen regelmatig** en met prioriteit op de teamvergaderingen **aan bod**. **Andere cliënten bespreekt men éénmaal per drie maanden**. Het team kiest er bewust voor om cliënten grondig maar met een grotere tussenspanne te bespreken zodat de kwaliteit van de cliëntbesprekingen vergroot.

Tijdens het teamoverleg worden doelstellingen steeds genoteerd in het elektronisch patiëntendossier. **Een digibord** dat tijdens het teamoverleg geprojecteerd wordt en in één oogopslag een overzicht biedt van alle lopende begeleidingen **gebruikt men niet**.

Het team krijgt op het item “gedeelde caseload” een score van 3 op 5.

Frequentie teamoverleg

In de beginperiode werd er intensief vergaderd om het teamgevoel aan te wakkeren en onderling af te stemmen. Nu overlegt het team **wekelijks** om nieuwe aanmeldingen en de voortgang van lopende begeleidingen te bespreken. Een dergelijke vergaderfrequentie staat naar eigen zeggen goed in verhouding tot de tijd die de casemanagers besteden aan cliëntbegeleidingen. Meer vergadermomenten inlassen zou betekenen dat er minder tijd overblijft om cliënten te begeleiden.

Om een gemeenschappelijk teamgevoel te creëren, vergaderen de teams van beide subregio's steeds samen – ook al vraagt de verplaatsing een grote tijdsinvestering. Eén keer per twee weken is een van de psychiaters aanwezig op het overleg. Naast de teamvergaderingen overleggen de collega's in duo voor en na een huisbezoek.

Het team krijgt op het item “frequentie teamoverleg” een score van 3 op 5.

Opkomst teamoverleg

Tenzij iemand verlof heeft, zijn alle teamleden steeds aanwezig op de teamvergaderingen.

Het team krijgt op het item “opkomst teamoverleg” een score van 5 op 5.

Samenwerking met woonactoren

Het aanklampend team geeft zelf aan dat de samenwerking met de sociale woonpartners niet altijd even vlot loopt. Het team werd in de eerste maanden van het pilootproject geconfronteerd met uitval en personeelwissels waardoor er **weinig ad hoc overleg** met de huisvesters plaatsvond om de samenwerking te bespreken.

Daarnaast organiseert het team **geen coaching momenten voor de woonactoren** over het detecteren van psychische problemen bij de huurders. Tijdens contactmomenten speelt men wel in op de noden van de huisvesters.

De woonpartners zijn nog **niet goed op de hoogte over welke cliënten nu wel en niet in aanmerking komen voor aanklampende zorg**. De exacte inclusiecriteria werden verschillende keren met de huisvesters besproken en staan opgesomd in de folders, maar het is aangewezen om frequenter terug te koppelen over welke cliënten tot de doelgroep behoren. Casemanagers bespreken mogelijke aanmeldingen nu vooraf met de woonpartners en duiden waarom iemand wel of niet in aanmerking komt voor aanklampende zorg.

Het aanklampend team werkt samen met vier sociale huisvestingsmaatschappijen en twee sociale verhuurkantoren. De sociale huisvestingsmaatschappijen tonen zich geëngageerd voor dit pilootproject maar hebben in vergelijking met het sociale verhuurkantoor minder maatschappelijk werkers in dienst die de huurders mee opvolgen waardoor de samenwerking soms moeilijk loopt. **Met één sociale huisvestingsmaatschappij en één sociaal verhuurkantoor** vindt er om de drie maanden **structureel overleg** plaats om de stand van zaken en de voortgang van cliënten te bespreken – **met de andere sociale huisvestingsmaatschappij en het andere sociale verhuurkantoor niet**.

Met één sociale huisvestingsmaatschappij verloopt de samenwerking bijzonder stroef. Er vond voorlopig weinig ad hoc en structureel overleg plaats met deze woonpartner wat wellicht mee aan de basis ligt van de moeizame samenwerking. Beide partijen hebben andere verwachtingen tegenover elkaar. Zo verwacht de huisvestingsmaatschappij dat het aanklampend team persoonlijke gegevens over de woonsituatie van de cliënt (bv. over domiciliefraude of het ongewettigd houden van huisdieren) met hen deelt, terwijl dit niet strookt met het beroepsgeheim waaraan de hulpverleners zich plichtsgetrouw houden om de vertrouwensband met de cliënt niet te schaden. Omgekeerd verwacht het aanklampend team dat de huisvestingsmaatschappij actief meewerkt wanneer de woning van de cliënt niet afgestemd is op zijn behoeften. Het team moet echter geregeld bemiddelen om ervoor te zorgen dat de woonpartner tegemoetkomt aan de woonnoden van cliënten. Ter illustratie, het aanklampend team begeleidt een cliënt die niet in staat is om trappen te doen en in een gebouw woont zonder lift. De huisvestingsmaatschappij meldde de cliënt aan voor een verhuis naar een andere sociale woning en berichtte hierover per post. De cliënt kreeg deze brief echter nooit onder ogen omdat hij zijn brievenbus niet leegmaakte. Bijgevolg reageerde de cliënt niet tijdig op het voorstel voor mutatie en belandde hij weer onderaan de wachtlijst. Het aanklampend team verwacht dat de woonactor in dergelijke situaties meewerkt en begrip toont. Door de rol van bemiddelaar op te nemen, kende deze case uiteindelijk een goede afloop: de sociale huisvestingsmaatschappij toonde zich inschikkelijk en gaf de cliënt nog een extra kans.

Het team **houdt de woonactoren wel op de hoogte** over de opstart, het verloop en de afronding van de begeleiding. Men geeft daarbij enkel informatie door waarvoor de cliënt zijn toestemming geeft.

Het team krijgt op het item "samenwerking met woonactoren" een score van 1,5 op 5.

Samenwerking met de PWB van het CAW

In de beginperiode van het pilootproject was er weinig eensgezindheid met de PWB van het CAW en waren er geen concrete afspraken over welke cliënten worden opgevolgd door het aanklampend team en welke cliënten de PWB voor zijn rekening neemt. Ondertussen vond er overleg plaats met de teamleiders van de PWB om beide werkingen meer op elkaar af te stemmen en **duidelijke afspraken** te maken **over de doelgroep van het aanklampend team en de PWB**. Er werd overeengekomen dat de PWB wordt opgestart wanneer een eventuele uithuiszetting nabij is (fase 3 en fase 4 van de uithuiszettingsprocedure) omdat het CAW door haar manier van werken meer druk op cliënten kan zetten. Het aanklampend team komt tussen wanneer er sprake is van een psychiatrische problematiek en woonoverlast.

Het **aanbod van het aanklampend team en de PWB is complementair aan elkaar** in de zin dat de PWB cliënten doorstuurt voor aanklampende zorg van zodra het risico op uithuiszetting geweken is maar er nog steeds een complexe psychiatrische problematiek aanwezig is.

Alle aanmeldingen voor outreachende zorg (mobiele 2B-team), aanklampende outreachende zorg en assertieve zorg in de samenleving komen telefonisch binnen via één aanmeldingspunt die de eerste screening doet. De **PWB van het CAW is niet rechtstreeks betrokken bij de aanmelding van cliënten**, maar er zijn wel korte lijnen tussen aanklampende zorg en de PWB waardoor cliënten die verkeerd worden aangemeld snel op de juiste plaats terechtkomen.

Twee hulpverleners van het aanklampend team zijn gedetacheerd vanuit de PWB van het CAW en de coördinator Wonen van het CAW zetelt in het dagelijks bestuur van het team. **Overlegmomenten** tussen de outreachers van het aanklampend team en de PWB **om expertise te delen vinden er niet plaats**. Er vinden ook **geen duo-begeleidingen** tussen beide partners **plaats**.

Het team krijgt op het item "samenwerking met de PWB van het CAW" een score van 2 op 5.

2.6 Aanmelding

Aanmelding

Voor het includeren van cliënten hanteert het aanklampend team duidelijke criteria: (1) de cliënt heeft een psychiatrische aandoening of een verslavingsproblematiek gecombineerd met een woonprobleem (bv. overlast, dreigende uithuiszetting, beperkte woonvaardigheden, leefbaarheidsproblemen, huurachterstal, etc.) en (2) de cliënt krijgt geen of mijdt op zorgwekkende wijze zorg. Huurders bij wie al GGZ aanwezig is, includeert het team niet.

De woonpartners zijn echter onvoldoende op de hoogte over welke cliënten in aanmerking komen voor aanklampende zorg. De exacte inclusiecriteria werden verschillende keren met de huisvesters besproken en staan opgesomd in de folders die ze ontvingen, maar het is aangewezen om frequenter terug te koppelen over welke cliënten tot de doelgroep van aanklampende zorg, het mobiele team en de PWB van het CAW behoren. Voor de huisvesters is het ook niet gemakkelijk om in te schatten wie al dan niet een psychiatrische problematiek heeft. Het aanklampend team bespreekt mogelijke aanmeldingen nu vooraf met de woonpartners en verduidelijkt waarom iemand wel of niet in aanmerking komt voor aanklampende zorg.

De verdere intakeprocedure is wel duidelijk. Alle aanmeldingen voor aanklampende outreachende zorg worden op het wekelijkse teamoverleg besproken met de superviserende psychiater. Wanneer de psychiater beslist om een cliënt te includeren, duidt het team twee hulpverleners aan die vervolgens in duo bij de huurder langsgaan om verder in te schatten of de huurder voldoet aan de inclusievoorwaarden. Wanneer dit niet het geval is, **zoekt het team naar een gepaste doorverwijzing.** Het team deelt de beslissing mee aan de aanmelder of regelt zelf de doorverwijzing van de cliënt.

Het team krijgt op het item "aanmelding" een score van 4 op 5.

Wachttijd

Met de huidige bezetting is er onvoldoende capaciteit om alle cliënten die worden aangemeld te begeleiden. Op dit moment staan er in de ene subregio vier à vijf cliënten op de wachtlijst. In de andere subregio staat er één cliënt op de wachtlijst mede omdat het team door een personeelsswissel onderbemand is. Het is moeilijk om in te schatten hoe lang een cliënt op de wachtlijst staat, maar vermoedelijk bedraagt de wachttijd een viertal maanden. Het team wil het liefst niet met een wachtlijst werken en onderzoekt de mogelijkheid om toch al advies te verstrekken aan de sociale woonpartners om de wachtperiode te overbruggen.

Het team krijgt op het item "wachttijd" een score van 1 op 5.

2.7 Begeleiding

Contactfrequentie

De contactfrequentie is afhankelijk van de noden van de cliënt en varieert van meerdere contacten per week (hoogfrequent) tot één contact per twee weken (laagfrequent). Het team hecht veel belang aan maximale autonomie. Men probeert te voorkomen dat cliënten door te intensieve begeleiding afhankelijk worden en het vertrouwen in hun eigen kunnen verliezen door niet vaker dan nodig met de cliënt contact te nemen. Wanneer een hoge contactfrequentie toch aangewezen is, gaat men wel dagelijks op bezoek. In dat geval wisselen de twee casemanagers die in duo de cliënt begeleiden elkaar af.

Gemiddeld genomen hebben hulpverleners met elke cliënt wekelijks één contactmoment. Tussendoor wordt er geregeld gebeld of gemaïld met de cliënt. Het team geeft aan dat een intensievere begeleiding waarbij men elke cliënt twee keer per week bezoekt beter zou zijn, maar daarvoor hebben de begeleiders onvoldoende tijd. Naast de contacten met de cliënt, nemen de outreachers vaak contact met mensen uit het netwerk zoals de huisarts, de wooncoach, de huisvester, etc.

Het team krijgt op het item "contactfrequentie" een score van 2 op 5.

Outreaching werk

De meeste contacten vinden in de woning van de cliënt plaats. De begeleiders gaan daarnaast geregeld met de cliënt mee naar een afspraak bij de rechtbank of een zorginstelling (OCMW, wijkgezondheidscentrum, psychiater, etc.). Het komt ook voor dat men de contactmomenten met de cliënt bewust in de zorgvoorziening laat doorgaan omwille van de veiligheid. Cliënten zijn vaak geagiteerd omdat ze hun woning dreigen te verliezen, onder invloed zijn of een psychose doormaken. Daarnaast zijn er heel wat cliënten met een agressieprobleem of een gerechtelijk verleden. In dergelijke gevallen is het gedrag van de cliënt onvoorspelbaar en voelen hulpverleners zich onveilig. Soms zijn cliënten zelf vragende partij om de gesprekken in de zorgvoorziening te laten doorgaan omdat ze de begeleiding liever niet thuis wensen te ontvangen.

Het team krijgt op het item "outreaching werk" een score van 5 op 5.

Assessment

Het aanklappend team gaat steeds laagdrempelig te werk door **de hulpvraag van de cliënt zelf te laten komen**. Hulpverleners krijgen zo sneller het mandaat om zaken aan te pakken. De wensen van de cliënt beperken zich echter vaak tot het aanpakken van kleine praktische problemen die zich in het hier en nu afspelen (conflicten met de partner, problemen met justitie of politie, etc.). Meestal ligt de prioriteit bij kortetermijndoelstellingen. De meerderheid van de cliënten bevinden zich namelijk in een moeilijke situatie waardoor lange termijndoelstellingen vaak niet aan de orde zijn.

Hoewel de begeleiding **de zorgbehoeftes, de krachten en de vaardigheden van de cliënt niet systematisch in kaart brengt**, besteedt men tijdens de contactmomenten wel aandacht aan de toestand van de cliënt op verschillende levensdomeinen. De begeleiders registreren ook veel cliëntgegevens (sociale gegevens, netwerk, aanmeldingsgegevens, etc.) in het elektronisch patiëntendossier.

Tijdens het teamoverleg worden er in samenspraak met de psychiater **acties bepaald**. Dit gebeurt volgens het team echter **weinig gestructureerd**. Men is wel van plan om in de toekomst voor elke cliënt op gestructureerde wijze een begeleidingsplan op te stellen dat per levensdomein de doelstellingen en de nodige acties beschrijft.

Het team krijgt op het item "assessment" een score van 2 op 5.

Multidisciplinaire praktische zorg

Het aanklappend team biedt afhankelijk van de noden van de cliënt multidisciplinaire praktische ondersteuning aan op volgende gebieden: **dagelijkse levensverrichtingen, contact met instanties, contact met familie, medicatiegebruik, en financiën en administratie**. Daarnaast wordt er ingezet op **buurtinclusie** door cliënten te motiveren om deel te nemen aan buurtactiviteiten, burenbemiddeling op te starten, etc.

Het team krijgt op het item "multidisciplinaire zorg" een score van 5 op 5.

Samenwerking met context

Het team probeert tijdens de contactmomenten **zicht te krijgen op de formele en informele context** van de cliënt, maar dat verloopt dikwijls moeilijk. Vaak is er geen informeel netwerk waarmee de cliënt nog contact heeft. Wanneer er kinderen zijn, hebben deze vaak de band met de cliënt verbroken. Zeker bij alleenstaanden of in geval er kinderen zijn, proberen hulpverleners **aandacht te schenken aan het informele netwerk** door hier geregeld naar te vragen. Waar mogelijk probeert het team ondersteuning te bieden bij **het behouden of het uitbreiden van de context**. De **context actief** in de begeleiding betrekken **gebeurt weinig** omdat de cliënt de hulpverlener daarvoor niet altijd het mandaat geeft. Het team streeft er evenwel naar om de informele context zoveel mogelijk te betrekken tenzij er tegenindicaties zijn om dit te doen. Het is ook niet altijd voorspelbaar wat het betrekken van de context teweeg kan brengen: door met bepaalde personen uit het netwerk van de cliënt in contact te treden, openen outreachers soms de doos van Pandora.

Met de formele context van de cliënt (huisarts, wooncoach, huisvester, etc.) is er daarentegen wel veel contact. Een groot deel van de begeleiding bestaat uit overleg met deze partners en geregeld vindt er een multidisciplinair overleg plaats om af te stemmen over de zorg.

<i>Het team krijgt op het item "samenwerking met context" een score van 3 op 5.</i>

Begeleidingstraject

Tijdens het begeleidingstraject ligt de focus in de eerste plaats op het **uitbouwen van een vertrouwensband** met de cliënt. Aan het begin van de begeleiding gaat een hulpverlener van het aanklampend team soms samen met een maatschappelijk werker van de woonpartner bij de cliënt op huisbezoek. Tijdens dit bezoek wordt een "tangbeweging" gecreëerd waarbij de woonpartner zijn eisen stelt aan de huurder en deze lichtjes onder druk zet. Deze aanpak maakt de cliënt gewilliger om aanklampende zorg toe te laten, maar is niet ideaal om snel het vertrouwen van de cliënt te winnen. Vaak zijn er strubbelingen tussen de cliënt en de woonpartner, waardoor een eerste gezamenlijk bezoek het wantrouwen van de cliënt kan wekken. Van meet af aan maken de hulpverleners van het aanklampend team aan de cliënt duidelijk dat ze los staan van de woonpartner en steeds in het voordeel van de cliënt trachten te handelen. Dit laatste is een belangrijk aspect: de hulpverleners ageren in de eerste plaats in functie van de noden van de cliënt wat niet altijd overeenkomt met de vraag van de sociale woonpartner. Op deze manier slagen de hulpverleners er vrij snel in om toch het vertrouwen van cliënten te winnen.

In de tweede plaats ligt de nadruk op het **toeleiden naar zorg**. Het team probeert een brug te leggen naar verschillende diensten zoals het OCMW, de huisarts, de GGZ, de verslavingszorg, etc. Geregeld schakelt men ook gezinshulp of een poetshulp in, maar deze diensten haken vaak af omdat het huis van de cliënt te vuil is of omdat ze een aantal keer voor een gesloten deur hebben gestaan. Zelf ondersteuning bieden doet het team weinig of niet.

Het team biedt ook zelf ondersteuning aan op verschillende levensdomeinen. Dit gaat van het verstrekken van informatie tot het aanbieden van praktische hulp waaronder: samen naar een vrijwilligersorganisatie, vrijetijdsvoorziening of het ziekenhuis gaan, en helpen bij het opruimen of leegmaken van de woning. Deze activiteiten worden gezien als een sterk middel om de vertrouwensrelatie op te bouwen en de persoon in al zijn facetten te leren kennen.

Hulpverleners zetten tot slot in op **het versterken van het formeel netwerk**. Wanneer er meerdere zorgpartners betrokken zijn, organiseert het team soms een multidisciplinair zorgoverleg om de zorg op elkaar af te stemmen.

Het team krijgt op het item "begeleidingstraject" een score van 3 op 5.

Aanklampende zorg

Het aanklampend team past de **eerste vormen van bemoeizorg** toe (zich beschikbaar stellen en de cliënt informeren) en gaat **indien nodig** over tot **ongevraagde zorg** (adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten). Het team stuitte nog niet eerder op de noodzaak om over te gaan tot dwingende zorg en ervaart het als positief dat men dit tot hiertoe wist te vermijden.

Wanneer het toepassen van een gedwongen opname aan de orde is (wanneer de cliënt een bedreiging vormt voor zichzelf of de omgeving en er geen ruimte is voor onderhandeling), is het team wel bereid om in te grijpen ook al kan dit ten koste gaan van de vertrouwensband.

Het team krijgt op het item "aanklampende zorg" een score van 4 op 5.

Continuïteit en nazorg

De begeleiders vinden het moeilijk om tegenover de cliënt te benoemen dat de begeleiding maar voor een bepaalde periode is en daarna stopt. Voorlopig heeft het team ook nog geen begeleidingstraject helemaal afgerond. Op dit moment is er wel één cliënt die in de afrondingsfase zit. Deze cliënt had niet echt een psychische problematiek – er was enkel sprake van woonoverlast, maar dat was in het begin van het traject niet duidelijk. De cliënt in kwestie werd toegeleid naar de ambulante woonbegeleiding van het CAW en **het aanklampend team volgt de cliënt voorlopig mee op om te zien of de overdracht goed verloopt**. In de toekomst **is men wel van plan om contact te houden** met de cliënt wanneer deze op een wachtlijst bij een GGZ-voorziening staat of om bij afronding van de zorg nog eens contact te nemen om te zien hoe alles verloopt. In het verleden kreeg het team wel al te maken met **cliënten die werden opgenomen** in een residentiële voorziening. In deze gevallen loopt de begeleiding gewoon door en houdt men contact.

Het team krijgt op het item "continuïteit en nazorg" een score van 3 op 5.

2.8 Resultaatsgebieden

Eenzijdige stopzetting door cliënt of team

Voorlopig zette één cliënt de begeleiding stop. Het team heeft zelf nog geen begeleiding eenzijdig stopgezet, maar is wel van plan om dit bij één cliënt te doen omdat het moeilijk blijkt om met haar contact te leggen. Ze heeft vaak een crisis maar weet waar ze terecht kan, dus in principe is het team bij haar overbodig. Het CAW zal de begeleiding van haar overnemen.

Toeleiding naar zorg

Omwille van de wachtlijsten is het niet altijd evident om mensen toe te leiden naar de GGZ. De verwijzing naar de verslavingszorg lukt wel goed. Faciliterende factoren om een cliënt de stap naar zorg te laten zetten zijn: (1) een vertrouwensband met hem opbouwen en (2) de eerste keer meegaan naar de dienst.

Beperking overlast, voorkomen gedwongen opname en bevorderen mentaal welbevinden en kwaliteit van leven

Het team is ervan overtuigd dat ze door het inschakelen van de juiste zorgpartners zowel overlast als gedwongen opnames kunnen vermijden. Bij cliënten aan wie men veel tijd spendeert, is een verbetering in de kwaliteit van leven volgens het team duidelijk te merken.

Sterktes van het project

De sterktes van het pilootproject zijn volgens het team:

- De expertise van de hulpverleners, de openheid tegenover elkaar en de oprechtheid waarmee men cliënten benadert.
- De intersectorale samenwerking in de regio. Zowel de samenwerking met het mobiele team als de kortstondige contacten met de andere zorgpartners verlopen goed.

3 Pilootproject 3

3.1 Algemene vragen vooraf

Waar ligt het accent van het team?

Het aanklappend team zet in op:

- Het leggen van contact met de cliënt, het inschatten wat de problemen zijn (indicatiestelling) en het toeleiden naar gepaste ondersteuningsdiensten.
- Het aanbieden van praktische en psychische hulp vooraleer een cliënt door te verwijzen naar een andere voorziening.
- Het coachen van de sociale woonpartners door driemaandelijks met hen te overleggen over lopende casussen en potentiële nieuwe aanmeldingen.
- Het telefonisch coachen van andere partners uit het netwerk (CAW en OCMW) over de meest gepaste verwijzing voor een bepaalde cliënt.

Op welke doelgroep richt het team zich vooral?

Het team krijgt in de praktijk vooral te maken met personen met een psychische en/of een verslavingsproblematiek. Geregeld komt men ook in aanraking met cliënten met een mentale beperking.

Het groot aantal cliënten met een verslavingsprobleem waarmee het team te maken krijgt, is volgens het team te wijten aan de wijze waarop zorgpartners in de regio met verslaving omgaan. Zorgpartners zijn namelijk geneigd om cliënten met een verslavingsproblematiek die niet bereid zijn om aan hun verslaving te werken maar wel zorg willen voor een ander probleem toch door te verwijzen naar het CAD. Ze zijn van mening dat de cliënt beter eerst zijn verslaving aanpakt alvorens met de andere problemen aan de slag te gaan. Zo komt het voor dat een cliënt die wél zorg wil maar niet rond zijn verslaving afhaakt en zonder zorg achterblijft. Deze groep komt uiteindelijk bij het aanklappend team terecht.

Het team ervaart moeilijkheden om deze groep van cliënten toe te leiden naar zorg, omdat ze zich vaak niet bewust zijn van hun verslaving of niet bereid zijn om hieraan te werken en omdat de verslavingszorg in de regio ontoereikend is. Er is slechts één voorziening met een ambulante zorgaanbod voor verslaving (CAD) –

de meeste andere GGZ-partners gebruiken een primaire verslavingsproblematiek als exclusie criterium en de opnameafdelingen van de twee PZ hebben een lange wachtlijst.

3.2 Visie en werkwijze

Het aanklappend team baseert zich voor de begeleiding van cliënten op volgende benaderingen:

- **Bemoeizorg** zoals beschreven in het boek “Bemoeizorg” van Tielens et al. (2010). De auteurs zetten relevante tips en valkuilen m.b.t. bemoeizorg op een rij puttend vanuit hun jarenlange ervaring.
- **Outreaching werk** zoals beschreven in het boek “Reach out!” van Beelen et al. (2014).
- De **presentie benadering** die in beide boeken naar voor geschoven wordt. Begeleiders proberen er te zijn voor de cliënten onder meer door hen te laten weten dat ze steeds contact mogen opnemen wanneer het moeilijk gaat.
- De begeleiders nemen een **onvoorwaardelijke houding** aan zonder de cliënt de les te spellen. Dit houdt in dat men de cliënt niet laat vallen – ook al doet hij niets met het gegeven advies of komt hij de gemaakte afspraken niet na. Men gaat in deze gevallen op zoek naar andere mogelijkheden en oplossingen. De begeleiders **gedragen** zich tijdens de begeleiding vooral **als mens**. Men probeert de cliënt dingen bij te brengen door te vertellen over zaken uit het eigen leven (bv. hoe ze zelf het huishouden runnen en dingen aanpakken, etc.).
- **Positieve gezondheid**. Deze benadering vertrekt vanuit het idee dat mensen meer zijn dan hun aandoening. Het accent ligt niet op ziekte en problemen, maar op de mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt. Positieve psychologie haakt in op wat cliënten zelf het meest waardevol vinden in hun leven en op de zaken waarin ze goed zijn. Het team maakt geregeld gebruik van de zes dimensies van positieve psychologie (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren) om erachter te komen wat een cliënt belangrijk vindt en om te bepalen waar men tijdens de begeleiding naartoe moet werken.
- **Motiverende gespreksvoering**. Een directieve methode die via gespreksvoering de intrinsieke motivatie van de cliënt tracht te veranderen door de ambivalentie die aan de basis ligt te onderzoeken en op te lossen.

Het team krijgt op het item “visie en werkwijze” een score van 5 op 5.

3.3 Capaciteit en samenstelling

Evenwichtige caseload

Het team is samen voor 2,75 VTE tewerkgesteld en begeleidt op dit moment ongeveer 40 cliënten (waarvan 10 cliënten in een voorbereidend traject zitten). Dat betekent dat **één hulpverlener circa 14 cliënten begeleidt**. Men vindt deze caseload heel werkbaar. Het is sowieso goed dat elke hulpverlener een voldoende groot aantal cliënten begeleidt, want hulpverleners krijgen niet altijd alle cliënten te pakken op de momenten die ze daarvoor voorzien. Er zitten soms gaten in het begeleidingstraject. Je kan deze “verloren momenten” dan investeren in andere cliënten. Dit vraagt wel wat flexibiliteit in de planning.

Eén VTE hulpverlener begeleidt circa 14 cliënten.

Samenstelling team

Het aanklappend team bestaat uit verschillende disciplines waaronder **een psycholoog, een woonbegeleider, een maatschappelijk werker** en **een orthopedagoog**. Daarnaast werkte één teamlid enkele jaren in de verslavingszorg en een ander teamlid een aantal jaren in een arbeidscentrum. Het team beschikt dus eveneens over een **verslavingsdeskundige** en een **arbeidsdeskundige**.

De hulpverleners kunnen slechts in beperkte mate beroep doen op de **psychiaters** van de vier IBW, omdat duidelijke afspraken hieromtrent voorlopig ontbreken. In Nederland mogen psychiatrisch verpleegkundigen ook medicatie voorschrijven. Het zou een meerwaarde zijn mocht dit ook in Vlaanderen kunnen. Psychiatrisch verpleegkundigen zijn voor cliënten laagdrempeliger dan een psychiater: veel cliënten willen niet naar een psychiater gaan – een verpleegkundige komt minder bedreigend over. Bovendien zijn verpleegkundigen voor hulpverleners makkelijker aanspreekbaar omdat ze niet zo overbevraagd zijn dan psychiaters.

Het team heeft tot slot **geen ervaringsdeskundige** in dienst maar ervaart dit niet meteen als een tekort. Het is bovendien niet evident om een geschikte ervaringsdeskundige te vinden. Dit moet dan iemand zijn die in het verleden een verslavingsprobleem en/of een psychiatrisch probleem had én zorgmijder was.

Het team krijgt op het item “samenstelling team” een score van 5 op 5.

Capaciteit

Alle medewerkers – behalve de psycholoog – zijn halftijds aangesteld en combineren hun werk binnen het aanklappend team met een tewerkstelling binnen BW. Op deze manier is de link met de bestaande zorg gegarandeerd en sijpelt het aanklappend werken binnen in de verschillende IBW. De **gemiddelde tewerkstelling per teamlid** bedraagt **0,55 VTE**. Deze manier van werken is volgens de teamleden doenbaar doordat beide werkgevers flexibel zijn. Men kan makkelijk in de agenda's schuiven volgens de noden van de cliënten en dat is fijn werken.

Het team krijgt op het item “capaciteit” een score van 2 op 5.

Betrokkenheid psychiater

Er zijn vier psychiaters van vier IBW waarop het team beroep kan doen voor het inwinnen van advies, het bijwonen van een vergadering en het meegaan op huisbezoek. De vier psychiaters verschillen echter in de mate waarin ze zich engageren voor het project. De ene gaat makkelijker mee op huisbezoek dan de andere. Omdat de onderhandelingen over de financiering en de werkovereenkomst nog niet helemaal rond zijn, is het aanklappend team voorlopig terughoudend in het aanspreken van de psychiaters wat men als een

tekort ervaart. Men zou graag meer beroep kunnen doen op de psychiaters onder meer voor advies, het voorschrijven van medicatie, het meegaan op een huisbezoek ter ondersteuning van de indicatiestelling en het initiëren van een gedwongen opname. Eén vaste betrokken psychiater zou ook handiger zijn dan vier psychiaters, maar is omwille van het grote werkingsgebied niet haalbaar.

Het team krijgt op het item “betrokkenheid psychiater” een score van 2 op 5.

3.4 Deskundigheid

Deskundigheid

Het team heeft vooral expertise op het gebied van **GGZ en welzijnszorg, verslavingszorg en arbeidsrehabilitatie**. Voor alle overige gebieden doet men beroep op de deskundigheid van partners. Voor zaken m.b.t. justitie en politie nam het team in het verleden al eens contact met het Family Justice Center en de jeugdrechter. Dit is geen onbelangrijk gebied om expertise in te hebben, want het team krijgt geregeld te maken met cliënten die een enkelband dragen. Voor juridische en financiële kwesties en vragen over de sociale wetgeving doet men in de eerste plaats beroep op het OCMW. Vaak worden cliënten al door het OCMW opgevolgd, maar lukt het hen niet om de juiste hulp te verschaffen. Door de handen in elkaar te slaan lukt dat wel. Men merkt dat het OCMW de inmenging het aanklappend team erg apprecieert.

Andere partners waarmee men geregeld samenwerkt zijn de ziekenfondsen (m.b.t. sociale wetgeving), straathoekwerkers en het ouderenteam van het CGG. Oudere cliënten zijn vaak eenzaam en vallen bij andere zorgvoorzieningen uit de boot. Het ouderenteam probeert dan één keer per maand bij deze personen op huisbezoek te gaan.

Het team krijgt op het item “deskundigheid” een score van 3 op 5.

Deskundigheidsbevordering

Sedert de opstart van het pilootproject nam het hele team deel aan drie vormingen over: **positieve gezondheid, outreachend werken** (gegeven door het Steunpunt Straathoekwerken) en **motiverende gespreksvoering**. Binnenkort volgt het hele team een bijscholing over beslissings(on)bekwaamheid.

Het team krijgt op het item “deskundigheidsbevordering” een score van 5 op 5.

Intervisie

Het team heeft nog geen vast stramien voor het organiseren van intervisies, maar **sinds de opstart van het pilootproject een jaar geleden** vonden er wel al **twee intervisiemomenten** plaats. De coördinator van het aanklappend team organiseerde het eerste moment; een medewerker van het Steunpunt Straathoekwerken verzorgde het tweede moment. De intervisie met het Steunpunt stond vooral stil bij het outreachend werken om cliënten toch te kunnen bereiken (goede manieren om contact te maken en hoe lang de aanklappende zorg aanhouden wanneer de cliënt contact weigert). Daarnaast wordt er tijdens de wekelijkse teamvergadering uitgebreid stilgestaan bij bepaalde casussen en wat dat met de begeleiders doet.

Het team krijgt op het item “intervisie” een score van 3 op 5.

3.5 Samenwerking

Gedeelde caseload

De **cliënten** worden **door één hulpverlener opgevolgd**. De toewijzing van cliënten aan een hulpverlener is regionaal bepaald. Elke hulpverlener bedient één regio en begeleidt alle cliënten binnen deze regio. Deze manier van werken is het meest efficiënt. Alle medewerkers werken slechts halftijds voor het aanklappend team. Als ze de helft van deze tijd onderweg zijn, is het niet haalbaar om een groot aantal cliënten op te volgen. Bovendien heeft deze aanpak in de praktijk nog niet voor problemen gezorgd. Tijdens het teamoverleg is het mogelijk om onderling te overleggen en van gedachten te wisselen. De psychologe begeleidt zelf ook cliënten, maar ze bedient geen eigen regio. Ze springt vooral bij in regio's waar er geen hulpverlener is.

Bij de opstart van het begeleidingstraject gaat de huisvester soms mee op cliëntbezoek wat helpt om een goede inschatting van de situatie te kunnen maken, maar verder wordt er niet in duo gewerkt. De begeleiders hebben voorlopig ook nog **geen nood aan duo-begeleidingen** ervaren (bv. in onveilige situaties). De cliënten zijn soms geagiteerd maar nooit agressief. Misschien heeft dit ook met de aanpak te maken. De begeleiders dringen zich niet op en verplichten de cliënt tot niets waardoor agressie uitblijft.

Het team heeft wekelijks teamoverleg om cliënten te bespreken. **Sommige cliënten komen wekelijks op het overleg aan bod – andere cliënten** waarover weinig te melden valt komen **één keer per maand of per twee maanden** ter sprake. Het team maakt tijdens het teamoverleg gebruik van een **digitaal platform** om lopende begeleidingen op te volgen. Alle begeleidingen die lopend, in afwachting, afgerond of niet weerhouden zijn houdt men bij in een online Excel bestand via de software Onedrive. Iedere collega kan hier tijdens en/of na de vergadering in real time in werken.

Het team krijgt op het item "gedeelde caseload" een score van 4 op 5.

Frequentie teamoverleg

Het aanklappend team heeft **wekelijks teamoverleg** om nieuwe aanmeldingen en de voortgang van lopende begeleidingen te bespreken. In het begin was er twee keer per week teamoverleg. Dat was toen nodig om elkaar beter te leren kennen en een consistente manier van werken uit te denken. Ondertussen is het team min of meer in geroedeerd en besliste men om de frequentie van het teamoverleg terug te schroeven naar één keer per week.

Het team krijgt op het item "frequentie teamoverleg" een score van 3 op 5.

Opkomst teamoverleg

Alle teamleden zijn tijdens het teamoverleg aanwezig, tenzij iemand verlof heeft of ziek is.

Het team krijgt op het item "opkomst teamoverleg" een score van 5 op 5.

Samenwerking met woonactoren

Het team werkt nauw samen met de tien sociale woonactoren die cliënten kunnen aanmelden. Er zijn **duidelijke afspraken** met hen **over wie in aanmerking komt voor aanklappende zorg** en waarvoor de huisvesters wel en niet beroep kunnen doen op het team. Het vroeg wel wat overleg en terugkoppeling vooraleer dit voor alle partners duidelijk was. Sommige woonactoren dachten in het begin nogal gauw dat een huurder een psychisch probleem had terwijl dit niet het geval was. Bijvoorbeeld van zodra ze moeilijk contact konden maken met een huurder of merkten dat een huurder niet helemaal de waarheid sprak,

dachten ze onterecht dat er sprake was van onderliggende psychische problemen. Andere woonactoren leefden in de veronderstelling dat ze alle “moeilijke huurders” konden aanmelden en dat het aanklampend team alle regelwerk wel zou overnemen. Het is uiteraard niet de bedoeling dat het team de taken van de huurbegeleiders van de sociale huisvesters overneemt. Het in orde brengen van een brandverzekering is bijvoorbeeld de taak van de huisvester en niet van het aanklampend team. Ondanks de vele overlegmomenten blijft het voor het aanklampend team soms onduidelijk wat de rol van de huurbegeleider nu precies is. Er zijn ook grote verschillen tussen de huurbegeleiders van de diverse sociale woonactoren. Sommige huurbegeleiders nemen veel taken op, terwijl andere huurbegeleiders vooral zaken van zich proberen af te schuiven. Er is nog steeds nood aan betere afspraken over de verantwoordelijkheden van beide partijen.

Zoals hierboven geïllustreerd **investeert het aanklampend team veel tijd in ad hoc overleg** met de sociale woonactoren. Daarnaast **vindt er ook structureel overleg plaats**. Om de drie maanden brengt het team een bezoek aan elke sociale woonactor. Het team gaat steeds met twee van haar leden langs: de begeleider verantwoordelijk voor de betreffende regio en de coördinator van het team. Tijdens dit overleg bespreekt men recente aanmeldingen en potentiële nieuwe aanmeldingen en **koppelt men terug over lopende begeleidingen**. Het **trainen van sociale woonactoren** in het detecteren van psychische problemen gebeurt gaandeweg tijdens de vele overleg- en contactmomenten die men met hen heeft.

Het team krijgt op het item “samenwerking met woonactoren” een score van 5 op 5.

Samenwerking met de PWB van het CAW

Er is **één gezamenlijk aanmeldpunt** en van aanmelders wordt verwacht dat zij op het aanmeldingsformulier aanduiden of ze beroep willen doen op het aanklampend team, de PWB van het CAW of beide werkingen.

Wanneer de aanmelding voor zowel de PWB als het aanklampend team is bestemd, neemt de PWB als eerste contact met de sociale huisvester en de cliënt om urgente woonproblemen aan te pakken. Het aanklampend team is op de achtergrond als coachende partner aanwezig. Als de PWB vermoedt dat de cliënt een psychische problematiek heeft, wordt er een begeleidingstraject bij het aanklampend team opgestart. **Het aanbod van het aanklampend team en de PWB is aldus complementair** aan elkaar.

Tussen beide partners zijn **duidelijke afspraken over welke cliënten gebaad zijn met PWB en welke cliënten een aanklampende aanpak nodig hebben**. Het is voor het CAW heel duidelijk welke cliënten zij kunnen doorverwijzen naar het aanklampend team.

Tussen beide partners is er **uitwisseling om expertise te delen**, maar dit is minder intens dan in de oorspronkelijke projectaanvraag beschreven stond. Het CAW doet al jaren zijn ding in het kader van PWB en heeft niet veel behoefte aan samenwerking. Eén keer om de drie maanden overlegt de coördinator van het aanklampend team met het CAW. De andere teamleden kennen enkel de begeleiders van de PWB waarmee ze in het kader van een gedeelde casus samenwerken.

Duo-begeleidingen vinden geregeld plaats. Beide partners gaan dan afzonderlijk bij de cliënt op huisbezoek en staan telefonisch of via mail in contact met elkaar. Samen op huisbezoek gaan gebeurt zelden – dat is enkel aan de orde wanneer beide begeleiders dit als een meerwaarde beschouwen.

Het team krijgt op het item “samenwerking met de PWB van het CAW” een score van 5 op 5.

3.6 Aanmelding

Aanmelding

Het aanklampend team hanteert **duidelijke criteria voor de inclusie van cliënten**: (1) er moet een vermoeden van een psychische problematiek (niet-pluis gevoel) zijn en (2) de persoon moet zorg mijden wat wil zeggen dat er nog geen GGZ-partner betrokken mag zijn. Cliënten waarbij er enkel sprake is van intra-familiaal geweld includeert men niet. Wanneer intra-familiaal geweld zich echter voordoet in combinatie met een psychische problematiek, includeert het team deze cliënt wel. De **sociale woonactoren zijn** dankzij de vele overleg- en terugkoppelingsmomenten **goed op de hoogte van deze inclusiecriteria**.

Er is een **formele duidelijke intakeprocedure** die er als volgt uitziet. De sociale woonactoren bezorgen een ingevuld aanmeldingsformulier aan de coördinator van het aanklampend team en duiden hierop aan of ze beroep willen doen op aanklampende zorg, PWB of beide werkingen. Wanneer de aanmelding enkel voor het aanklampend team is bestemd, neemt de begeleider van de betreffende regio contact met de huisvester om meer informatie in te winnen en een gezamenlijk huisbezoek vast te leggen. Een gezamenlijk huisbezoek doet men in de meeste gevallen, maar niet voor alle cliënten. Wanneer de betreffende cliënt een minder goede band heeft met de huisvester omwille van de aanhoudende woonproblemen, gaat het aanklampend team eerst alleen op huisbezoek.

In de praktijk gebeuren veel aanmeldingen echter op informele wijze, tijdens de driemaandelijkse overlegmomenten, de gezamenlijke huisbezoeken of de telefonische contacten met de sociale woonactoren. Wanneer tijdens deze momenten nieuwe aanmeldingen ter sprake komen, zet het team deze rechtstreeks op de aanmeldingslijst en hoeven de woonactoren niet nog eens het aanmeldingsformulier in te vullen. Op deze manier kan men korter op de bal spelen.

Bij een niet-inclusie tracht het aanklampend team de cliënt door te verwijzen naar een andere voorziening. Het komt ook voor dat het team een cliënt niet includeert omdat er al diverse GGZ-partners betrokken zijn. In deze gevallen adviseert men de betrokken partners om met elkaar in overleg te gaan. Geregeld komt het team in contact met cliënten die zowel psychische problemen als een verstandelijke beperking hebben. In dergelijke gevallen schakelt men het mobiele dubbeldiagnose team in. Zij doen dan een indicatiestelling en beoordelen naar welke VAPH-voorziening de cliënt het best wordt doorverwezen.

De aanmeldende huisvesters vragen vooraf niet de toestemming van de cliënt om te mogen aanmelden bij het aanklampend team. Het zijn zorgmijders, dus de kans is groot dat ze hiervoor toch geen goedkeuring geven. Ze laten de cliënt wel vooraf weten dat ze een aanmelding bij het team deden en wat de reden hiervoor is.

Het aanklampend team heeft bij opstart nog geen uitgebreid dossier over de aangemelde cliënt. Het is een bewuste keuze van het team om persoonlijke gegevens over de cliënt in hoofdzaak zelf te verzamelen tijdens de huisbezoeken. In de opleiding over outreachend werken kwam immers aan bod dat hulpverleners onbevooroordeeld naar de cliënt moeten kijken. Vooraf via andere zorgpartners gegevens over de cliënt verzamelen staat hier haaks op. Enkel als het team geen contact kan maken met de cliënt, schakelt men het netwerk in om informatie in te winnen die men vervolgens kan gebruiken om contact te leggen.

<i>Het team krijgt op het item "aanmelding" een score van 5 op 5.</i>

Wachttijd

Het team heeft **voorlopig geen wachtlijst**, maar wel een aanmeldingslijst. Dit is een Excel bestand waarin alle aangemelde cliënten staan en die is opgedeeld in vier categorieën:

- Actieve begeleidingen
- Huurders in afwachting: de huisvesters hebben de naam van deze cliënten al eens laten vallen, maar tasten nog af of de cliënten openstaan voor een begeleiding.
- Begeleidingen in afronding
- Niet weerhouden aanmeldingen

Het team krijgt op het item "wachttijd" een score van 5 op 5.

3.7 Begeleiding

Contactfrequentie

Begeleiders hebben meestal wekelijks contact met hun cliënten, maar dit varieert per cliënt. Bij sommige cliënten gaat men twee keer per week langs (bv. wanneer het moeilijk gaat), bij anderen komt men één keer om de twee weken of één keer om de maand over de vloer (bv. wanneer de cliënt niet veel toegang geeft), met nog andere cliënten heeft men drie keer per week contact over de telefoon. De contactfrequentie is dus steeds op maat van de cliënt. Men vermijdt daarbij overdreven bemoeienissen om te voorkomen dat de cliënt te zeer afhankelijk wordt van de begeleider.

Een cliëntcontact duurt ongeveer twee uur, maar ook dit varieert. Sommige cliënten zijn kort van stof, terwijl andere cliënten van geen stoppen weten. En soms duurt een cliëntcontact zelfs een halve dag. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer begeleiders met de cliënt mee naar een hulpvoorziening gaan. Daarnaast gebruiken de hulpverleners verschillende kanalen om met de cliënt te communiceren (telefoon, facebook, WhatsApp, etc.).

Het team krijgt op het item "contactfrequentie" een score van 1 op 5.

Outreaching werk

Alle begeleidingen vinden plaats in de leefomgeving van de cliënt. Vaak is dit thuis bij de cliënt, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Sommige cliënten schamen zich voor hun woning en spreken liever buitenshuis af. Dan gaat men bijvoorbeeld ergens een koffie drinken of maakt men een wandeling met de cliënt. Soms rijdt men ook ergens naartoe met de cliënt – bijvoorbeeld naar de winkel, de kerk of het OCMW. De meeste cliënten hebben zelf geen wagen, dus samen op pad gaan helpt om contact te leggen.

Het team krijgt op het item "outreaching werk" een score van 5 op 5.

Assessment

Het team vertrekt bij aanvang van de begeleiding niet uitsluitend van de woonproblemen die de sociale huisvester aankaart. Men probeert het contact in de eerste plaats positief te laten verlopen door te luisteren naar het verhaal, de wensen en de sterktes van de cliënt. Positieve gezondheid is een van de benaderingen van waaruit het team vertrekt. Cliënten worden niet benaderd vanuit hun problemen, maar vanuit datgene wat ze willen bereiken. Deze aanpak maakt een groot verschil. Cliënten zijn gewend dat het in de hulpverlening altijd maar gaat over het aanpakken van problemen. **Het team maakt een inventarisatie van**

de krachten, de zorgbehoeftes en de wensen van de cliënt. Dit gebeurt echter **niet systematisch** maar gaandeweg door voorzichtig door te vragen. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt zijn vuilnis op het terras laat liggen, knoopt de hulpverlener daarover een gesprek aan. Door wat door te vragen komt dan geleidelijk naar boven dat de cliënt zich onrustig voelt door iets wat in het verleden gebeurd is. De hulpverlener kan daar dan op inpikken door te vragen of het een goed idee zou zijn om een bezoek te brengen aan een psychiater.

Er wordt voornamelijk gewerkt rond de wensen van de cliënt. Deze worden bevraagd doorheen de gesprekken. Voor sommige cliënten vult men het Spinnenweb Positieve Gezondheid in om te achterhalen wat voor hen belangrijk is en om enkele begeleidingsdoelen te formuleren, maar dat lukt niet voor elke cliënt. Sommige cliënten zijn zo onstabiel en veranderlijk dat het moeilijk is om tot begeleidingsdoelen te komen. Het team probeert voor elke cliënt rond een aantal doelen te werken, maar ook dat gebeurt gaandeweg en **niet door een officieel begeleidingsplan met doelen op papier te zetten.** Bijvoorbeeld wanneer een cliënt graag wil werken, probeert men de elementen aan te pakken die dat in de weg staan (bv. een onderliggende verslaving of een gebrek aan concentratie).

Het team krijgt op het item "assessment" een score van 3 op 5.

Multidisciplinaire praktische zorg

Het aanklappend team biedt multidisciplinaire praktische ondersteuning aan op volgende gebieden: **het regelen van een zinvolle dagbesteding, het helpen bij financiële en administratieve kwesties,** het ondersteunen bij verlieservaringen, trauma's en andere psychische problemen, **het herstellen van familiebanden** (problemen in het gezin of met de kinderen) en **het bespreken van het medicatiegebruik.** Daarnaast doet het team vaak aan **kwartier maken** en **buurtinclusie.** Zo legt men contact met andere instanties (uiteraard wanneer de cliënt dit wil) en motiveert men de cliënt om deel te nemen aan buurtinitiatieven.

Het team krijgt op het item "multidisciplinaire praktische zorg" een score van 5 op 5.

Samenwerking met context

Samenwerken met de context gebeurt in beperkte mate. Het team **brenkt de context van de cliënt in kaart maar dit gebeurt eerder op officieuze wijze.** Wanneer de cliënt over personen uit zijn context vertelt, vragen de begeleiders hierover door maar meer gebeurt er niet.

Wanneer het de wens is van de cliënt, zetten de hulpverleners in op **het behoud of de uitbreiding van de context,** maar ze sturen hier zelf weinig op aan. Men laat het van de cliënt komen. Wanneer een cliënt aangeeft dat hij eenzaam is, probeert het team via buurtinclusie of vrijwilligerswerk zijn sociaal netwerk uit te breiden. Of wanneer een cliënt lijdt onder een verbroken contact, gaat men hiermee aan de slag.

Overleg met de context doet het team weinig of niet. Cliënten praten vaak over familieleden maar meestal heeft de begeleiding zelf geen contact met hen. Hetzelfde geldt voor de formele context. Het team probeert in kaart te brengen welke zorgpartners er allemaal betrokken zijn, spoort andere partners aan om een multidisciplinair overleg te organiseren en neemt af en toe deel aan dergelijke overlegmomenten, maar neemt zelf geen trekkersrol op. De betrokkenheid van het aanklappend team is tijdelijk, dus het is beter dat andere partners die langdurig betrokken zijn hierin het voortouw nemen.

Mensen uit de **informele context** van de cliënt **spelen meestal ook geen actieve rol in de begeleiding** tenzij het uitdrukkelijk de vraag van de cliënt is.

Het team krijgt op het item "samenwerking met context" een score van 3 op 5.

Begeleidingstraject

Tijdens de begeleiding zet het aanklampend team in de eerste plaats in op het **uitbouwen van een vertrouwensrelatie**. Het kan even duren vooraleer de begeleiders contact kunnen maken met de cliënt. Eens het contact gelegd is probeert het team gaandeweg zicht te krijgen op de wensen, de zorgbehoeften en de sterktes van de cliënt (**assessment**). Vertrekkend daarvan probeert men de cliënt zelf tot op bepaalde hoogte praktische en psychische hulp aan te bieden en vervolgens **toe te leiden naar de GGZ of andere zorgpartners**. Dit varieert van cliënt tot cliënt. Sommige cliënten kan men snel doorverwijzen, bij andere cliënten duurt het maanden vooraleer er een goed contact geïnstalleerd is. Alles gebeurt steeds in samenspraak met de cliënt. Een **echt behandelplan stelt men niet op**. Het team biedt tot op bepaalde hoogte **ondersteuning aan in functie van het behoud van de woning**. Men doet dat vooral door de cliënt stapsgewijs warm te maken voor het inschakelen van externe partners zoals een OCMW of een poetsbureau. **Het formeel en informeel netwerk versterken** doet men door de cliënt in contact te brengen met zorgpartners en door in te zetten op buurtinclusie.

Het team krijgt op het item "begeleidingstraject" een score van 4 op 5.

Aanklampende zorg

Het team gaat ver in het aanklampend werken. Men past de **eerste vormen van bemoeizorg** toe (zich beschikbaar stellen en informeren), **biedt ongevraagde zorg** (adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten) en **gaat indien nodig over tot dwingende zorg**. Wanneer men een gedwongen opname noodzakelijk acht, neemt het team contact met de huisarts met de vraag om bij de cliënt op huisbezoek te gaan en in te schatten of een collocatie aan de orde is.

Het team krijgt op het item "aanklampende zorg" een score van 5 op 5.

Continuïteit en nazorg

Het aanklampend team **controleert bij een verwijzing** naar een voorziening systematisch **of de overdracht goed verlopen is**. Na afronding blijft het team de cliënt een tijdje opvolgen om te zien of de persoon inhaakt op de zorg of niet. Nadien neemt men zowel met de cliënt als met de zorgpartner contact om te horen hoe het gaat (**nazorg**). **Wanneer een cliënt op een wachtlijst staat biedt het team overbruggingshulp – zelfs wanneer er een wachttijd van een jaar is**. De contactfrequentie neemt weliswaar af, maar men houdt contact met de cliënt. **Als een cliënt in opname is, houdt de begeleiding eveneens contact met de cliënt**. Men gaat op bezoek in het ziekenhuis en afhankelijk van de voorziening werkt men nauw samen in het kader van de nazorg. Wanneer de nazorg die het ziekenhuis voorschrijft niet onmiddellijk kan starten omwille van een wachtlijst, blijft het team tijdens de overbruggingsfase aan huis komen.

Het team krijgt op het item "continuïteit en nazorg" een score van 5 op 5.

3.8 Resultaatsgebieden

Eenzijdige stopzetting door cliënt of team

Het aanklampend team probeert de begeleiding niet onnodig lang te rekken. Van zodra de cliënt stabiel en voldoende zelfredzaam is en/of toegeleid is naar de nodige zorg, rondt het team de begeleiding af. Het komt voor dat een begeleiding eenzijdig wordt stopgezet door het team, omdat het ondanks de vele pogingen niet lukt om contact te maken met de cliënt. Dat was tot nog toe voor één cliënt het geval.

Wanneer de cliënt later opnieuw wordt aangemeld, probeert het team opnieuw contact te maken. Eén begeleiding werd door het team stopgezet omdat de vele inspanningen niet rendeerden. Het team kreeg ook één keer te maken met een cliënt die overleed door een suïcide.

Toeleiding naar zorg

Het team slaagt erin om mensen toe te leiden naar zorg, maar dat is niet altijd de GGZ. Soms zijn andere zorgpartners relevanter: het OCMW, poetshulp of familiehelp.

Beperking overlast

Men krijgt niet zo veel te maken met problemen i.v.m. overlast. Vaak gaat het om mensen die vreemd gedrag stellen of waarover men zich zorgen maakt (bv. mensen die duidelijke tekenen van depressie vertonen, absurde verhalen vertellen, eenzaam of emotioneel minder stabiel zijn). Wanneer er toch sprake is van woonoverlast, merkt men dat dit tijdens de begeleiding vermindert. Met iemand kunnen praten zorgt ervoor dat de overlast binnen de perken blijft.

Voorkomen uithuiszetting

Het team heeft dankzij de begeleidingen twee uithuiszettingen weten te voorkomen. Daarnaast werden twee cliënten uit huis gezet nog voordat het team met hen contact kon maken. Bij een derde cliënt hing een uithuiszetting in de lucht. Hij had veel huisdieren, er kwamen vaak vrienden langs die voor geluids-overlast zorgden en de woning werd slecht onderhouden. Hij is uiteindelijk zelf vertrokken en huurt nu een privéwoning. Het team gaat wel nog geregeld langs bij hem en hij lijkt ondertussen op het rechte pad te zitten.

Voorkomen gedwongen opname

Het team kreeg twee keer te maken met een gedwongen opname. Men probeert dit doorgaans te vermijden, maar wanneer de fysieke gezondheid van een cliënt in gevaar is, neemt men toch maatregelen. De ene cliënt had zware Parkinson; bij de andere cliënt was er sprake van ernstige verwaarlozing: hij leefde uitermate ongezond, had geen elektriciteit of verwarming in de woning, er lagen overal etensresten op de grond, er zaten honderden vliegen binnen en het kadaver van zijn dode hond lag in huis.

Mentaal welbevinden en kwaliteit van leven

De meeste cliënten waarderen het dat de begeleiding tijd maakt om naar hun verhaal te luisteren. Het team luistert oprecht en erkent de cliënt in wat hij voelt en meemaakt. Dat biedt perspectief.

Sterktes van het project

De sterktes van het pilootproject zijn volgens het team:

- **De actieve houding t.a.v. de sociale woonactoren.** Het team gaat bij elke huisvester langs en maakt duidelijke afspraken met hen. Dit zorgt ervoor dat veel cliënten worden aangemeld. In de andere pilootprojecten heeft men soms onvoldoende aanmeldingen. Ondertussen valt de instroom van nieuwe cliënten wat stil – in hoofdzaak omdat de moeilijke casussen ondertussen al in begeleiding zijn.
- **De netwerking in de regio.** Het team stelt zich geregeld voor op regionale overlegtafels zodat lokale partners (de OCMW, BW, etc.) de werking leren kennen.

- **Het studiebezoek** dat men bracht **aan een bemoeizorgteam in Nederland** en de continue zoektocht naar nieuwe benaderingen en technieken. Hierdoor maakt het team snel grote sprongen vooruit.

4 Pilootproject 4

4.1 Algemene vragen vooraf

Waar ligt het accent van het team?

Het aanklappend team besteedt in de praktijk veel tijd aan: (1) contact leggen met de cliënt, (2) inschatten wat de aard van de problemen is en (3) toeleiden naar zorg en diensten. Het aanbieden van hulp op diverse levensgebieden komt dikwijls later in het begeleidingstraject aan bod. Het coachen van andere betrokkenen in het netwerk doet het team weinig of niet.

Op welke doelgroep richt het team zich vooral?

Het team krijgt in de praktijk vaak te maken met personen die zowel psychische problemen als verslavingsproblemen hebben.

4.2 Visie en werkwijze

Het aanklappend team **werkt niet echt volgens een bepaalde visie**. Men heeft hierover voorlopig nog niet nagedacht omdat het een pilootproject betreft. Het team wil eerst ervaring opdoen en afwachten hoe alles loopt alvorens hier werk van te maken.

Tijdens de praktijkvoering werkt het team zoveel mogelijk volgens de **principes van bemoeizorg** en **systematisch rehabilitatiegericht handelen** (SRH). Het werken volgens de principes van bemoeizorg doet het team door bij de opstart van de begeleiding relevante informatie over de cliënt te verzamelen via instanties die al betrokken zijn. Vervolgens probeert men contact te maken met de cliënt. Bij de ene cliënt lukt dit vlot, terwijl dit bij de andere cliënt maanden kan duren. Het team gaat creatief te werk om contact mogelijk te maken: wekelijks aanbellen, contact nemen met de familie of de wijkagent, briefjes in de bus steken, etc. Eens het contact er is, probeert men het vertrouwen van de cliënt te winnen door uit te zoeken op welke manier de begeleider iets voor de cliënt kan betekenen. Vaak is het nodig om een bepaalde dienst of voorziening in te schakelen. Het team zorgt voor de toeleiding en gaat gedurende een korte periode samen met de hulpverlener van de nieuw ingeschakelde dienst bij de cliënt op huisbezoek. Eens de dienst of voorziening in voldoende mate betrokken is en de band met de cliënt goed zit, zet het aanklappend team een stap terug en rondt geleidelijk de begeleiding af.

Het werken volgens de principes van SRH gebeurt door zoveel mogelijk:

- **Aan te sluiten bij het verhaal van de cliënt.** Het team laat de cliënt zelf nadenken over wat kan helpen en wat niet, en probeert zo de eigen regie en autonomie te vergroten.
- **De cliënt zelf zijn doelen te laten stellen.** Aan dit principe hecht het team veel belang. Wanneer een cliënt bv. stemmen hoort maar hier geen hinder van ondervindt en dit zelf geen werkpunt vindt, is het aanpakken van de stemmen geen prioriteit in de begeleiding.
- **Gebruik te maken van de eigen krachten (empowerment) van de cliënt** en te werken naar een gedeelde verantwoordelijkheid met de cliënt.

- **Het systeem van de cliënt in te schakelen.** Het team probeert belangrijke anderen zoveel mogelijk te betrekken in de begeleidingen. Men doet dit door in de eerste plaats goed zicht te krijgen op het aanwezige informele en formele netwerk. De hulpverleners maken hiervoor gebruik van een genogram. Met toestemming van de cliënt neemt men contact op met het netwerk en betreft hen waar mogelijk. Zo tracht het team op regelmatige basis het systeem rond de cliënt samen te brengen middels een zorgoverleg om te komen tot duidelijke afspraken afgestemd op de noden en de vragen van de cliënt.

Het team krijgt op het item "visie en werkwijze" een score van 3 op 5.

4.3 Capaciteit en samenstelling

Evenwichtige caseload

Het aanklappend team is samen voor 3,20 VTE tewerkgesteld en begeleidt momenteel 21 cliënten. Dat betekent dat **één hulpverlener circa zes cliënten begeleidt**. Het team geeft aan dat er momenteel nog groeimarge is. Het heeft even geduurd voor het pilootproject uit de startblokken kon schieten. In het begin bleef het aantal aanmeldingen beperkt omwille van de beperkte bekendheid van het pilootproject en de vrees om het beroepsgeheim en de GDPR-wetgeving te schenden. Het team heeft ondertussen concrete maatregelen genomen om beide knelpunten weg te werken. Het aantal aanmeldingen begint hierdoor te stijgen. Het team streeft op termijn naar een caseload van tien cliënten per VTE hulpverlener.

Eén VTE hulpverlener begeleidt circa 6 cliënten.

Samenstelling team

Het aanklappend team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit volgende disciplines: **een psycholoog, een maatschappelijk werker, twee psychiatrisch verpleegkundigen, een psychiater** en een **ervaringsdeskundige**. Eén psychiatrisch verpleegkundige werkte gedurende een aantal jaren in de **verslaafdenzorg** en heeft dus expertise binnen dat domein. De andere verpleegkundige werkte in het verleden met ouderen en heeft ervaring op dat vlak. De ervaringsdeskundige doet soms duo-begeleidingen en nam gedurende een bepaalde periode – toen het team onderbemand was – ook een aantal cliëntbegeleidingen op zich. De ervaringsdeskundige vindt men een echte meerwaarde, omdat hij een andere insteek heeft. In de toekomst wil men hem nog meer inschakelen voor de cliëntbegeleidingen.

Het team krijgt op het item "samenstelling team" een score van 5 op 5.

Capaciteit

Het team bestaat uit vijf medewerkers (de psychiater niet meegerekend) waarvan vier medewerkers halftijds of meer zijn tewerkgesteld. Er vonden sinds de start van het pilootproject veel verschuivingen plaats in het percentage tewerkstelling van elk teamlid omwille van zwangerschapsverlof.

De **gemiddelde tewerkstelling per teamlid bedraagt 0,64 VTE**. Het team geeft aan dat deze capaciteit goed werkbaar is. Een lagere tewerkstelling is echter onvoldoende om helemaal mee te zijn. De ervaringsdeskundige heeft bijvoorbeeld een tewerkstelling van 0,20 VTE wat in de praktijk overeenkomt met twee halve werkdagen. Daarvan gaat wekelijks één uur naar teamoverleg, waardoor er weinig tijd overblijft om cliënten te zien.

Het team krijgt op het item "capaciteit" een score van 3 op 5.

Betrokkenheid psychiater

Het pilootproject kan beroep doen op een **psychiater** die **vast verbonden** is **aan het team**. De psychiater **komt** wekelijks **naar de teamvergadering** om de nieuwe aanmeldingen en lopende dossiers te bespreken. De teamleden kunnen haar daarbuiten steeds contacteren voor **advies**. Indien nodig gaat de psychiater mee op **huisbezoek** maar dat gebeurt eerder uitzonderlijk (bv. in het kader van een gedwongen opname). Het voorschrijven van psychofarmaca doet de psychiater niet, omdat ze de cliënten daarvoor onvoldoende kent.

Het team krijgt op het item "betrokkenheid psychiater" een score van 5 op 5.

4.4 Deskundigheid

Deskundigheid

Het aanklappend team heeft expertise op het gebied van **GGZ, welzijnszorg, verslavingszorg, medische zorg, sociale wetgeving, en juridische en financiële zaken**. Eén psychiatrisch verpleegkundige werkte gedurende een aantal jaren in de verslaafdenzorg en heeft dus expertise binnen dat domein. Voor deskundigheid op het vlak van medische zorg kan het team terecht bij de psychiater en treden ook de psychiatrisch verpleegkundigen sporadisch bij. Vragen over sociale wetgeving en juridische en financiële vragen worden opgenomen door de collega die gedetacheerd is vanuit het CAW. Vaak ook kan men bij de sociale woonactoren terecht voor vragen over sociale wetgeving.

Voor alle overige zaken schakelt het team externen in. Voor problemen m.b.t. justitie en politie gaat men te rade bij een contactpersoon binnen justitie. Met vragen omtrent arbeidsrehabilitatie gaat men naar het OCMW, GTB en VDAB, het activiteitencentrum van BW of begeleid werken van Zonneliëd (een dienstverleningscentrum voor personen met een beperking). In het OCMW doet men hiervoor beroep op 'tewerkstelling overeenkomstig artikel 60'. Dit is een vorm van maatschappelijke dienstverlening waarbij het OCMW een baan bezorgt aan iemand die uit de arbeidsmarkt is gestapt of gevallen, met als doel deze terug in te schakelen in het stelsel van de sociale zekerheid en in het arbeidsproces. Het OCMW is daarbij de juridische werkgever en kan de persoon in zijn eigen diensten tewerkstellen of ter beschikking stellen van een derde werkgever.

Andere belangrijke partners waarmee het team geregeld samenwerkt zijn: DOP, het CGG, de psychiatrische thuiszorg en de mobiele teams.

Het team krijgt op het item "gebieden van deskundigheid" een score van 5 op 5.

Deskundigheidsbevordering

Het voltallige team volgde bij de opstart van het pilootproject een **korte stage bij een Nederlands bemoeizorgteam in Breda**. Deze stage was bijzonder leerrijk. De teamleden volgden een teamvergadering mee, kregen uitleg over de werking en woonden enkele cliëntbezoeken bij. De Nederlandse bemoeizorgteams hebben een andere manier van werken. De teams zijn intersectoraal samengesteld: de teamleden worden voor 0,50 VTE vanuit een andere sector gedetacheerd. De teams staan in nauw contact met de stad of gemeente en de wijkagenten die ook veel cliënten aanmelden. Tussen de partners wordt er veel informatie over cliënten uitgewisseld. Een dergelijke aanpak zou in Vlaanderen niet kunnen. Hier houden hulpverleners veel meer rekening met het beroepsgeheim en de GDPR-regelgeving.

Het team zou graag een vorming volgen over **hoarding** omdat het hier in de praktijk vaak mee te maken krijgt, maar daarover bestaan weinig opleidingen. In Nederland is hierover meer voorhanden, maar deze opleidingen zijn kostelijk. Daarnaast vindt er binnenkort een vorming plaats van Axel Liégeois over het bepalen van **beslissings(on)bekwaamheid**.

Het team krijgt op het item “deskundigheidsbevordering” een score van 5 op 5.

Intervisie

Het aanklappend team organiseerde sinds de opstart van het pilootproject nog **geen intervisie** om complexe cases te bespreken. Er zijn momenteel onvoldoende middelen om een psychiater te betrekken die de intervisies mee kan leiden.

Het team krijgt op het item “intervisie” een score van 1 op 5.

4.5 Samenwerking

Gedeelde caseload

Voor het eerste bezoek gaat de begeleider van het aanklappend team in duo met de huurbegeleider van de sociale woonpartner bij de cliënt langs. Nadien **neemt de begeleider van het aanklappend team de cliëntbegeleiding alleen verder op** – tenzij de situatie onveilig is. In deze gevallen gaat men per twee bij de cliënt langs. Recent zijn er enkele nieuwe collega’s in het team gestart. Men laat hen voorlopig samen met een andere begeleider op huisbezoek gaan zodat ze zich sneller kunnen inwerken.

Het team heeft wekelijks teamoverleg om cliënten te bespreken. Doordat de caseload momenteel laag is, heeft het team tijd om **wekelijks alle cliënten te bespreken**. Van zodra de caseload vergroot, zal dit veranderen. **Een digibord** dat tijdens het teamoverleg geprojecteerd wordt en in één oogopslag een overzicht biedt van alle lopende begeleidingen **gebruikt het team niet**.

Het team krijgt op het item “gedeelde caseload” een score van 3 op 5.

Frequentie teamoverleg

Eén keer per week vindt er een teamoverleg plaats.

Het team krijgt op het item “frequentie teamoverleg” een score van 3 op 5.

Opkomst teamoverleg

Alle teamleden zijn steeds aanwezig op het wekelijkse overleg.

Het team krijgt op het item “opkomst teamoverleg” een score van 5 op 5.

Samenwerking met woonactoren

In het begin van het project werden duidelijke afspraken gemaakt met de woonactoren over wie wel en niet in aanmerking komt voor aanklappende zorg. Deze criteria staan beschreven in de folder, in de projectaanvraag en op het aanmeldingsformulier, en werden ook toegelicht tijdens de voorstellingsmomenten die het team voor de sociale partners organiseerde. Desondanks blijft het **voor woonpartners moeilijk om in te inschatten welke ondersteuning er voor een bepaalde sociale huurder nodig is**: aanklappende zorg of preventieve woonbegeleiding van het CAW. Sociale partners vullen dus nu gewoon het aanmeldingsformulier in en het aanklappend team exploreert dan wat het kan doen. Wanneer na

verloop van tijd blijkt dat er geen psychiatrische problematiek aanwezig is, wordt de persoon in kwestie doorverwezen naar het CAW.

Het aanklappend team heeft geregeld overleg met de sociale woonactoren om mogelijke nieuwe aanmeldingen en **lopende begeleidingen te bespreken**. Woonactoren worden aldus op de hoogte gehouden over het begeleidingstraject van hun huurders. **De mate waarin de overlegmomenten structureel zijn ingebed verschilt van regio tot regio**. In sommige regio's is er sinds het begin van het project structureel overleg met de woonactoren – in andere regio's is dit niet het geval. Veel woonpartners hebben nu eenmaal te weinig tijd om op regelmatige tijdstippen samen te zitten.

Het team probeert met deze partners wel **ad hoc te overleggen**. Deze overlegmomenten doet men vooral met de grote huisvesters die veel cliënten aanmelder en met de huisvesters die helemaal geen cliënten aanmelden. Deze laatste probeert men via zo een overleg te stimuleren om toch cliënten aan te melden door hen opnieuw uit te leggen hoe ze dat kunnen doen en door mogelijke knelpunten te bespreken. Het pilootproject heeft op papier een samenwerking met vijf sociale huisvestingsmaatschappijen en vijf sociale verhuurkantoren, maar in de praktijk zijn het altijd dezelfde actoren die aanmelden. De voornaamste reden waarom bepaalde huisvesters geen cliënten aanmelden is een gebrek aan tijd. Zeker de kleinere woonpartners zonder sociale dienst hebben het te druk om cliënten aan te melden.

Het team geeft tot slot **weinig of geen coaching** aan de sociale woonactoren.

Het team krijgt op het item "samenwerking met sociale woonactoren" een score van 2 op 5.

Samenwerking met de PWB van het CAW

Het pilootproject heeft een **gezamenlijk aanmeldpunt** waarop alle aanmeldingen voor PWB, aanklappende zorg en begeleid wonen binnenkomen. Volgens het aanklappend team zijn er **duidelijke afspraken** over welke cliënten zij opvolgen en welke cliënten worden doorverwezen naar PWB. De onthaalmedewerkers van het CAW screenen vanuit hun expertise alle aanmeldingen en beslissen welke werking de cliënt voor zijn rekening neemt. Wanneer de informatie op het aanmeldingsformulier ontoereikend is om te bepalen of PWB of aanklappende zorg aan de orde is, zoekt het CAW verder uit wat de nood precies is.

Het aanbod van het CAW en het aanklappend team is vergelijkbaar maar complementair aan elkaar. Bij het aanklappend team ligt de focus vooral op ervoor zorgen dat de cliënt een netwerk rond zich heeft zodat de begeleiders op termijn een stap terug kunnen zetten.

Hoewel er geen structureel overleg plaatsvindt tussen het aanklappend team en het CAW, **kunnen beide partners wel terecht bij elkaar wanneer het nodig is**. Duo-begeleidingen met het CAW doet men niet – wel komt het voor dat er een begeleidingstraject start bij de ene partner en nadien wordt doorgegeven aan de andere partner.

Het team krijgt op het item "samenwerking met de PWB van het CAW" een score van 4 op 5.

4.6 Aanmelding

Aanmelding

Het aanklappend team hanteert **duidelijke criteria** voor het includeren van cliënten. De zorggebruiker:

- Is ouder dan 18 jaar
- Heeft vermoedelijk een psychiatrische problematiek
- Heeft problemen op andere levensgebieden (lichamelijk, dagbesteding, sociale activiteiten)
- Vermijdt zorg
- Heeft geen adequaat formeel netwerk rond zich

Hoewel de inclusiecriteria duidelijk vermeld staan in de folder en het aanmeldingsformulier, ervaren de aanmelders moeilijkheden bij het bepalen of iemand aan de inclusiecriteria voldoet. **De aanmelders zijn dus onvoldoende vertrouwd met de inclusiecriteria.** Woonpartners hebben weinig kennis over psychische problemen waardoor criteria verkeerd worden ingeschat. Ze melden nu cliënten aan via het gemeenschappelijk aanmeldpunt voor aanklappende zorg en PWB, en het CAW doet vervolgens een screening op basis van de informatie ingevuld op het aanmeldingsformulier.

De intakeprocedure is duidelijk: alle nieuwe aanmeldingen voor aanklappende zorg worden tijdens de wekelijkse teamvergaderingen samen met de psychiater besproken waarna er een begeleider aan de cliënt wordt toegewezen. Deze begeleider neemt contact met de aanmeldende woonactor om de reden van aanmelding verder uit te klaren en een eerste gezamenlijk huisbezoek in te plannen. De huisvester krijgt ook de vraag om de cliënt vooraf te informeren over de komst van het aanklappend team. Wanneer men er niet in slaagt om contact te leggen met de cliënt, wordt een nieuw gezamenlijk huisbezoek belegd. Men blijft dit herhalen tot er daadwerkelijk een eerste contact heeft plaatsgevonden.

Bij niet-inclusie wordt er standaard **doorverwezen** naar een andere hulpverlener uit de regio.

Het team krijgt op het item "aanmelding" een score van 4 op 5.

Wachttijd

De werking heeft voorlopig **geen wachttijd**, mede omdat er nog niet zo veel aanmeldingen binnenkomen. Momenteel zet het team sterk in op bekendmaking bij de sociale huisvesters, dus wellicht neemt het aantal aanmeldingen in de toekomst toe.

Het team krijgt op het item "wachttijd" een score van 5 op 5.

4.7 Begeleiding

Contactfrequentie

In het begin van het begeleidingstraject (tijdens het contact zoeken) gaat een begeleider één keer of meerdere keren per week bij de cliënt langs. Eens er sprake is van een vertrouwensrelatie stemt het team de contactfrequentie af op de wensen van de cliënt. Er zijn cliënten waar men meerdere keren per week aan huis gaat en er zijn cliënten die willen dat het team slechts één keer per maand langskomt. Het team respecteert de voorkeur van de cliënt hierin. Het is beter dat de huisbezoeken echt gewenst zijn, want anders is er weinig medewerking van de cliënt. Het rendeert ook niet altijd om wekelijks op huisbezoek te

gaan: bij sommige cliënten verandert er zo weinig aan de situatie dat het zinvoller is om hen tweewekelijks te bezoeken. Gemiddeld genomen brengen hulpverleners hun cliënten **één keer per week** een bezoek.

Het team krijgt op het item "contactfrequentie" een score van 2 op 5.

Outreachend werk

Het aanklappend team gaat **outreachend** te werk. De meeste contacten vinden plaats **in de woning** van de cliënt, maar indien nodig zoekt het team de cliënt op in zijn **ruimere leefomgeving**. Sommige cliënten vertoeven namelijk meer buitenshuis dan binnenshuis of willen de begeleider niet in hun woning ontvangen. In deze gevallen spreekt men op openbare plaatsen met de cliënt af (bv. in het cultureel centrum of buiten op een pleintje).

Het team krijgt op het item "outreachend werk" een score van 5 op 5.

Assessment

Het team doet **geen assessment om de kwaliteiten, de krachten en de zorgbehoeftes van de cliënt systematisch in kaart te brengen**. Men bevraagt gaandeweg op welke levensdomeinen er noden zijn. Dit gebeurt niet in het begin van de begeleiding maar van zodra er een vertrouwensband met de cliënt is opgebouwd. Het team speelt wel met het idee om in de toekomst een instrument te gebruiken om de zorgbehoeften op systematische wijze te inventariseren. Het SPPIT (Samenwerking voor Patiënten met Psychiatrische problemen In de Thuissituatie) gebruikt een instrument om alle levensdomeinen te bevragen en te bepalen welke richting de begeleiding moet uitgaan – dit instrument kan voor het aanklappend team eveneens interessant zijn. Daarnaast wil het team de Kindreflex een plaats geven in de begeleidingen. Er zijn cliënten met een kind dus het is zinvol om hen extra te ondersteunen in hun rol als ouder of opvoeder.

Het team **vertrekt** tijdens de begeleiding in de eerste plaats van de hulpvraag en **de wensen van de cliënten**. Vaak verschillen de noden die de cliënt rapporteert van de noden die het team of de sociale huisvester opmerken. In deze gevallen werkt men eerst rond de noden van de cliënt zelf. Eens er vertrouwen is, pakt men de andere noden aan. Het komt ook voor dat de woonsituatie voor de sociale woonpartner onaanvaardbaar is en dringende maatregelen vereist. In deze gevallen focust het team eerst op de wensen van de woonpartner en dan pas op de wensen van de cliënt.

Eens de zorgbehoeften bepaald zijn, **stelt het team een trajectplan op voor de cliënt** dat per levensdomein de doelen, de nodige acties en de evolutie specificeert.

Het team krijgt op het item "assessment" een score van 3 op 5.

Multidisciplinaire praktische zorg

Hoewel de begeleiding bedoeld is om een formeel netwerk rond de cliënt uit te bouwen, neemt het aanklappend team in het begin een groot deel van de praktische zorg zelf op. Gebieden waarop het team ondersteuning biedt zijn: **dagelijkse levensverrichtingen, financiën en administratie, buurtinclusie, medicatiegebruik en contact met de familie**. Geleidelijk aan introduceert het team **formele instanties** die de ondersteuning overnemen.

Het team krijgt op het item "multidisciplinaire praktische zorg" een score van 4 op 5.

Samenwerking met context

Het team brengt tijdens het begeleidingstraject **het aanwezige informele en formele netwerk** van de cliënt zo goed mogelijk **in kaart** door gebruik te maken van een genogram. Het gebeurt ook dat het team **ondersteuning biedt bij het behoud of de uitbreiding van de context** – uiteraard kan dit enkel met toestemming van de cliënt. Zo is er een dame die graag weer contact wil met haar zus. Het team bekijkt hoe ze haar hierbij kunnen helpen. Op regelmatige basis organiseren hulpverleners een **zorgoverleg** om het netwerk rond de cliënt samen te brengen en te komen tot duidelijke afspraken. Soms **betreft men de context actief in het begeleidingstraject**. Het kan bijvoorbeeld zijn dat men de familie inschakelt om de woning mee op te ruimen of het gebeurt dat de familie het team zelf contacteert als er een probleem is. Sowieso is het team bij het samenwerken met de context afhankelijk van de wens van de cliënt. Als de cliënt niet wil dat het team contact neemt met de familie, heeft men deze wens te respecteren. Daarnaast moet er natuurlijk context zijn die betrokken wil worden. Veel cliënten hebben geen naasten meer omdat ze al hun bruggen in het verleden hebben opgeblazen. Het komt dus voor dat de familie niet wenst betrokken te worden omdat ze in het verleden al te veel hebben meegemaakt met de cliënt.

Het team krijgt op het item “samenwerking met de context” een score van 5 op 5.

Begeleidingstraject

In de beginfase van het begeleidingstraject zet het team in op het **winnen van het vertrouwen van de cliënt**. Eens het vertrouwen er is, zoeken de begeleiders uit wat de zorgbehoeften en de wensen van de cliënt zijn (**assessment**). In functie daarvan **stelt** het team een **trajectplan op**. Het trajectplan is in de eerste plaats gericht op het **toeleiden naar zorg** en **het coachen van de voorziening waarnaar de cliënt wordt toegeleid**. Het team stelt immers vast dat veel diensten die ze inschakelen niet vertrouwd zijn met psychische problemen en de situatie van de cliënt niet altijd kunnen duiden. Hierdoor vergroot de kans dat voorzieningen afhaken. Bijvoorbeeld een poetsdienst die regelmatig voor een gesloten deur staat is geneigd om de ondersteuning na een tijdje stop te zetten. Wanneer ze de leefsituatie van de cliënt begrijpen en enkele handvatten krijgen aangereikt over hoe hiermee om te gaan, verkleint de kans dat ze opgeven. Het team maakt er daarom haar werk van om de toeleiding naar formele instanties van dichtbij op te volgen tot wanneer de zorg goed draait. In afwachting tot de formele hulp kan opstarten **biedt** het team **zelf woonbegeleiding** zodat de dreigende uithuiszetting (wanneer die er is) wijkt.

Het team krijgt op het item “begeleidingstraject” een score van 5 op 5.

Aanklampende zorg

Het aanklampend team past de **eerste vormen van bemoeizorg** toe (zich beschikbaar stellen en de cliënt informeren) en gaat **indien nodig** over tot **ongevraagde zorg** (adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten). Men weegt wel steeds af hoeveel aanklampende zorg er nodig en wenselijk is. Indien nodig gaat het team over tot een **gedwongen opname**. De psychiater gaat dan mee om de gedwongen opname op te starten. Dat is ondertussen al vier keer voorgekomen. Meestal is er bij deze cliënten sprake van een psychose.

Het team krijgt op het item “aanklampende zorg” een score van 5 op 5.

Continuïteit en nazorg

Het team maakt er haar werk van om bij een verwijzing naar een andere voorziening te **controleren of de overdracht goed verlopen is**. Men volgt de toeleiding van dichtbij op en coacht de toegeleide voorziening om te voorkomen dat de ondersteuning die zij bieden vroegtijdig wordt stopgezet. Wanneer de cliënt op

een wachtlijst staat **volgt het team de cliënt op tot de zorg bij de andere voorziening kan starten**. Als een cliënt wordt **opgenomen in een residentiële voorziening stopt de cliëntbegeleiding**. Het team geeft dan alle nodige informatie over de cliënt door aan de voorziening maar is zelf niet langer betrokken. Het is dan de bedoeling dat er vanuit het ziekenhuis een netwerk rond de cliënt wordt uitgewerkt. Vaak worden cliënten na hun opname opnieuw aangemeld bij het team en start de begeleiding later weer op. **Na afronding** van een begeleidingstraject gaat de begeleider nog een **aantal keer bij de cliënt langs**.

Het team krijgt op het item "continuïteit en nazorg" een score van 4 op 5.

4.8 Resultaatsgebieden

Eenzijdige stopzetting door cliënt of team

Sinds de opstart van het pilootproject vond er nog **geen eenzijdige stopzetting** door de cliënt of het team plaats.

Toeleiding naar zorg

Het toeleiden naar zorg lukt behoorlijk goed. Uiteraard verschilt dit van cliënt tot cliënt. Sommige cliënten kan men snel toeleiden terwijl dit bij andere cliënten niet lukt. De financiële situatie van de cliënt is een bepalende factor. Er zijn cliënten die onvoldoende middelen hebben waardoor het niet mogelijk is om een poetsdienst of familiehulp in te schakelen. Daarnaast zijn er cliënten die graag de controle behouden of ervan overtuigd zijn dat ze het allemaal zelf kunnen en afhaken van zodra toeleiding naar zorg ter sprake komt.

Beperking overlast

Lawaai, muziek, roepen, pesterijen, burenruzies, etc. zijn veel voorkomende klachten waarmee het aanklampend team te maken krijgt. Bij veel cliënten slaagt het team er naar eigen zeggen in om de overlast te verminderen. Doordat de cliënt bij het team in begeleiding is, krijgt hij wat extra krediet van de huisvester.

Voorkomen uithuiszetting

Het team kreeg tot hiertoe te maken met **twee** uithuiszettingen. Eén cliënt logeert momenteel bij vrienden en de andere kon via het OCMW in een opvangtehuis terecht. Een knelpunt is dat het team rechtstreeks voor de sociale woonpartners werkt. Dit impliceert dat het team de begeleiding moeten stopzetten van zodra er een uithuiszetting plaatsvindt. Het team weet dus meestal niet hoe het nadien met deze mensen gaat.

Voorkomen gedwongen opname

Zoals eerder vermeld kreeg het team in het verleden af te rekenen met **vier** gedwongen opnames. In de meeste gevallen was er sprake van een ernstige psychose.

Mentaal welbevinden en kwaliteit van leven

Het team is ervan overtuigd dat ze voor veel mensen iets kunnen betekenen. Soms krijgt het team via andere zorgpartners te horen dat het al jaren slecht gaat met een bepaalde cliënt en dat zij er uiteindelijk toch in slagen om iets teweeg te brengen. Er zijn ook cliënten die echt tevreden zijn en laten weten dat ze zonder de begeleiding van het team niet zover zouden staan. Maar het team zou voor nog meer mensen

iets kunnen betekenen – er zijn namelijk veel mensen met ernstige problemen die niet door de sociale huisvesters worden aangemeld en dat is jammer.

Sterktes van het project

De sterktes van het pilootproject zijn volgens het team:

- De **lage caseload** waardoor het team de cliënten intensief kan ondersteunen.
- De **aanhoudende aanklappende aanpak**. Het team blijft proberen om contact te maken met de cliënt – ook al nemen deze pogingen meer dan een half jaar tijd in beslag. Uiteindelijk lukt het meestal toch om contact te maken en bij de cliënt een voet binnen te krijgen.
- Het team dat bestaat uit **leden** met een **uiteenlopende achtergrond** die al **jaren actief** zijn in de zorgsector. Hierdoor is er veel expertise aan boord. Alle leden werkten daarvoor in een mobiel team waardoor iedereen over een sterk netwerk beschikt. Dat laatste is echt helpend: je krijgt als hulpverlener meer gedaan als je de juiste mensen kent.
- De **samenwerking met de huisvestingsmaatschappijen**. De woonmaatschappijen zijn positief over de werking omdat de aanmeldingen snel worden opgevolgd en het team op veel hulpvragen een antwoord weet.
- De **PWB van het CAW die** dankzij dit pilootproject **meer in de picture komt** en meer meldingen van sociale woonactoren ontvangt.
- De **afwezigheid van een wachtlijst**, waardoor het team onmiddellijk in actie kan komen.

5 Pilootproject 5

5.1 Algemene vragen vooraf

Waar ligt het accent van het team?

In de praktijk ligt het accent van het aanklappend team op volgende aspecten:

- Contact leggen met de cliënt, inschatten wat de problemen zijn en dan toeleiden naar de reguliere zorg. Dit is een uniek aanbod dat andere voorzieningen niet kunnen realiseren omdat het veel tijd vraagt.
- Zelf op diverse levensgebieden hulp verstrekken omdat het toeleiden naar zorg niet altijd meteen mogelijk is. Het team helpt cliënten dan met de administratie en het op orde zetten van het appartement. Dit helpt ook om een band met de cliënt op te bouwen en hem nadien te overtuigen om hulp van een andere dienst of voorziening toe te laten.
- De sociale diensten van de woonactoren coachen zodat hun kijk op psychische problemen en GGZ verbetert. In het begin organiseerde het team hierover verschillende opleidingen voor de woonpartners – nu komt dit eerder impliciet aan bod tijdens de driemaandelijke overlegmomenten die men met elke huisvester heeft. Het team steekt bewust veel tijd in coaching omdat men slechts een beperkt aantal cliënten kan begeleiden. Het is daarom belangrijk dat de huisvesters personen met ernstige psychische problemen herkennen en de juiste kandidaten kunnen aanmelden.

- Het team geeft sporadisch advies aan de sociale huisvesters over bepaalde huurders zonder zelf een begeleiding op te starten. Indien zinvol, doet het team éénmalig een huisbezoek of neemt contact met het bestaande netwerk.

Op welke doelgroep richt het team zich vooral?

Het aanklappend team richt zich exclusief tot personen met een vermoeden van een psychiatrische problematiek. Huurders met enkel sociale problemen begeleidt het team niet – zij worden doorverwezen naar het CAW. Tijdens het driemaandelijks overleg met de sociale huisvesters en op de aanmeldingsfiche vraagt het team aan de aanmelders om goed te verduidelijken waarom ze een huurder aanmelden. De werking kan slechts een beperkt aantal cliënten begeleiden, dus personen met de grootste nood krijgen voorrang. Cliënten die nooit eerder hulp kregen in de GGZ zijn een prioritaire groep.

De sociale dienst van de woonpartners weet meestal veel over de cliënt en kan het aanklappend team relevante informatie aanreiken. Problemen met huurders worden vaak gesignaleerd door buurtbewoners en dan gaat de maatschappelijk werker van de sociale dienst bij de betreffende huurder langs en meldt de cliënt indien nodig aan voor aanklappende zorg. Huurders die ooit dakloos of in opname waren volgt de sociale dienst van dichtbij op.

5.2 Visie en werkwijze

Het aanklappend team richt haar aandacht op sociale huurders met een ernstige psychische kwetsbaarheid, maar waar nog geen hulpverleningstraject is. Het is op initiatief van de sociale woonpartner dat het team bij de bewoners binnenwaait. De **“tangbeweging”** die beide partners vormen door hun krachten te bundelen is een cruciaal begin van de begeleiding. Elke partner speelt zijn rol. De sociale woonpartner dwingt als huisvester af dat zijn huurders bepaalde regels respecteren. De hulpverleners van het aanklappend team gaan naast de cliënt staan en zoeken mee naar oplossingen. In de eerste plaats bouwt het aanklappend team een vertrouwensrelatie uit met de cliënt, want daar ligt de basis voor de verdere zorg. Vertrouwen is iets dat de begeleiders moeten verdienen. Het aan huis komen is daarbij een belangrijke troef. Mensen voelen zich vaak veiliger als ze zich in hun vertrouwde omgeving bevinden. Tegelijk zien hulpverleners veel door ergens binnen te stappen. Het team vertrekt niet meteen vanuit de overlast die de sociale woonpartner rapporteert, maar wel vanuit de last die de cliënt zelf ervaart. Men probeert de cliënt in de eerste plaats een kwalitatief beter leven te geven door te **focussen op datgene wat hij zelf belangrijk vindt**. Pas daarna pakt het team de overlast aan die anderen ervaren. Belangrijk daarbij is om de bestaande problemen niet alleen te benoemen, maar om ook uitwegen aan te reiken.

In haar praktijkvoering maakt het aanklappend team vaak gebruik van de basisprincipes van **systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH)**:

- **Presentie:** hulpverleners maken op een aandachtige, gelijkwaardige en respectvolle wijze contact met de cliënt en creëren een gevoel van veiligheid.
- De **wensen van de cliënt** vormen in de eerste plaats het uitgangspunt voor de ondersteuning, zodat zijn levenskwaliteit toeneemt.
- **Krachtgericht:** Mensen zijn meer dan hun beperking. Het team zoekt naar de zaken die de cliënt wel nog kan en probeert deze te versterken.
- **Herstelgericht:** Leren omgaan met de eigen kwetsbaarheid en opnieuw meedoen aan de samenleving door de toegang hiertoe te verbeteren.

- Het aanbieden of regelen van **praktische zorg** (poetsen, opruimen, naar de winkel gaan, etc.) is vaak een eerste opstap om daarna tot een indicatiestelling te komen
- **Continuïteit:** zorg installeren en zo goed mogelijk op elkaar afstemmen.

Het team krijgt op het item "visie en werkwijze" een score van 5 op 5.

5.3 Capaciteit en samenstelling

Evenwichtige caseload

De teamleden zijn voor 5,50 VTE tewerkgesteld. Daarvan is 0,30 VTE voorzien voor teamcoördinatie en 0,20 VTE voor zorginhoudelijke coördinatie en wordt 1 VTE toegewezen aan het Alert-team van het CAW om bij te dragen aan de intersectorale samenwerking en om de kennis rond GGZ te delen. Met haar totale bezetting begeleidt het aanklappend team op jaarbasis gemiddeld 72 dossiers. Dat betekent dat **één hulpverlener ongeveer dertien cliënten begeleidt**.

Eén VTE hulpverlener begeleidt circa 13 cliënten.

Samenstelling team

Het aanklappend team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit volgende disciplines: twee **psychologen**, drie **maatschappelijk werkers**, twee **verpleegkundigen**, een **orthopedagoog** en een **psychiater**. Het team mist de deskundigheid van een ervaringsdeskundige en bekijkt momenteel hoe men dit tekort kan opvullen. Daarnaast zou het handig zijn om een vaste klusjesman in dienst te hebben. Voor andere gebieden van deskundigheid doet het team beroep op externe partners. Zo kan men voor expertise m.b.t. arbeid beroep doen op de hulpverleners van BW.

Het team krijgt op het item "samenstelling team" een score van 4 op 5.

Capaciteit

Het aanklappend team bestaat uit zeven medewerkers die samen voor 5,50 VTE zijn tewerkgesteld. De **gemiddelde tewerkstelling per teamlid bedraagt 0,80 VTE**. Alle teamleden werken vier vijfde of meer. Wel zijn er twee hulpverleners die halftijds voor het aanklappend team en halftijds voor het Alert-team werken, maar zij ervaren dit als één geheel omdat de cliëntbegeleidingen in beide teams gelijkaardig zijn. Bovendien kunnen ze flexibel met hun uren omspringen waardoor ze voor beide teams in feite continue bereikbaar zijn.

Het project koos van bij de start bewust voor een hoge personeelcapaciteit. Beschikbaarheid, bereikbaarheid en flexibiliteit zijn belangrijke voorwaarden die hulpverleners aan de dag moeten leggen om sociale huurders op een goede manier te kunnen opvolgen. Het is voor hulpverleners enkel mogelijk om aan deze voorwaarden te voldoen wanneer het aantal VTE niet versnipperd wordt over een grote groep van hulpverleners. De grote capaciteit wordt mede mogelijk gemaakt doordat niet alleen de Vlaamse overheid maar ook de stad het project financiert.

Het team krijgt op het item "capaciteit" een score van 5 op 5.

Betrokkenheid psychiater

Het aanklappend team heeft een **vaste psychiater** in dienst die per week drie uur aan het pilootproject besteedt. De psychiater **neemt deel aan het wekelijkse teamoverleg, is tussendoor te contacteren voor advies en gaat indien nodig mee op huisbezoek**. De psychiater is hoofdzakelijk op cliëntniveau bij het pilootproject betrokken: ze staat in voor de indicatiestelling, de risicotaxatie, het opstarten van medicatie, de behandeling van de cliënten, het opvangen van crisissituaties en het toeleiden van cliënten naar een ambulante psychiater. Ze geeft echter aan dat drie uur per week niet volstaat om alle opdrachten naar behoren te kunnen uitvoeren. Zo blijf er voor de behandeling van cliënten in de praktijk weinig tijd over, waardoor het niet mogelijk is om cliënten meerdere keren te zien en een vertrouwensband met hen op te bouwen. Vooral wanneer zich crisissituaties voordoen, besteedt de psychiater al gauw meer dan drie uur per week aan het aanklappend team.

Het team krijgt op het item "betrokkenheid psychiater" een score van 5 op 5.

5.4 Deskundigheid

Deskundigheid

Het aanklappend team heeft expertise op het gebied van **GGZ, welzijnszorg, verslavingszorg, juridische en financiële zaken, sociale wetgeving en medische deskundigheid**. De sociaal verpleegkundige en de maatschappelijk werkers van het team hebben expertise in juridische en financiële zaken evenals sociale wetgeving; de psychiater van het team staat in voor de medische deskundigheid. Voor zaken m.b.t. sociale wetgeving gaat het team soms ook ten rade bij externe diensten. Voor alles inzake **arbeidsrehabilitatie** kan het team terecht bij BW.

Het team komt geregeld in aanraking met kwesties m.b.t. justitie en politie. Daarover heeft het team zelf echter een beperkte kennis en doet men vooral beroep op externe partners zoals de rechtbank, een advocaat, de politie, een jeugdconsulent, etc. Het zou evenwel een meerwaarde zijn mocht het team voor dergelijke vragen advies kunnen inwinnen bij een vast aanspreekpunt.

Het team krijgt op het item "deskundigheid" een score van 5 op 5.

Deskundigheidsbevordering

De werking investeert sterk in deskundigheidsbevordering. De teamleden volgden de afgelopen jaren veel opleidingen om deskundigheid op het gebied van bemoeizorg op te bouwen. Zo bracht het team meerdere bezoeken aan de bemoeizorgteams van Nederland en volgde men opleiding over volgende thema's: systematisch rehabilitatiegericht handelen, motiverende gespreksvoering, opnames en bewindvoering, gedeeld beroepsgeheim, beslissings(on)bekwaamheid, omgaan met agressie, middelengebruik, de suïcidereflex, de Kindreflex en niet-aangeboren hersenaandoening. **Veel opleidingen worden door alle teamleden gevolgd**. Men beoordeelt steeds of een opleiding nuttig is voor het ganse team of voor een individuele hulpverlener.

Het team krijgt op het item "deskundigheidsbevordering" een score van 5 op 5.

Intervisie

Het aanklappend team komt **één keer per twee maanden** samen voor een intervisie. Zoveel mogelijk teamleden trachten op dit moment aanwezig te zijn. **Eén keer om de paar maanden** heeft het team ook intervisie met een deelwerking van de zorggroep dat aangepaste huisvesting biedt aan dak- en thuislozen. Door middel van woonbegeleiding trachten beide partners de bewoners die kampen met meervoudige psychiatrische problemen te ondersteunen in hun dagelijkse strijd tegen verslaving en andere problemen.

Het team krijgt op het item "intervisie" een score van 5 op 5.

5.5 Samenwerking

Gedeelde caseload

De meeste cliënten krijgen één vaste begeleider toegewezen, maar vaak komen cliënten ook met andere leden van het aanklappend team in contact. **Wanneer de zorgzwaarte hoog is** of er een risico op gevaar heerst, **gaat men met twee begeleiders ter plaatse**. Het team bespreekt de noden van cliënten tijdens het teamoverleg en kan dan beslissen om een teamlid met een bepaalde expertise mee op huisbezoek te sturen.

Het team heeft één keer per week teamoverleg en **twee per week een briefingmoment**. Tijdens het briefingmoment wordt iedereen kort overlopen en staat men stil bij **cliënten met acute en dringende problemen**. Crisissituaties die vragen om een bijstelling van de doelen of het nemen van ethisch moeilijke beslissingen behandelt men tijdens het teamoverleg. Daarnaast bespreekt men tijdens het teamoverleg standaard een viertal cliënten. **Sowieso komt elke cliënt om de twee à drie maanden aan bod tijdens het teamoverleg** – ongeacht of de begeleiding goed loopt. Om de briefings en het teamoverleg efficiënt te laten verlopen, maakt het project gebruik van een **digitaal planbord**.

Het team krijgt op het item "gedeelde caseload" een score van 5 op 5.

Frequentie teamoverleg

Het aanklappend team komt **meerdere keren per week** samen om de voortgang van cliënten te bespreken. Zo is er één keer per week teamoverleg, vindt er twee keer per week een korte briefing plaats en is er wekelijks een moment voor beleid of intervisie.

Het team krijgt op het item "frequentie teamoverleg" een score van 5 op 5.

Opkomst teamoverleg

Tijdens deze overlegmomenten is iedereen steeds aanwezig.

Het team krijgt op het item "opkomst teamoverleg" een score van 5 op 5.

Samenwerking met woonactoren

Het aanklappend team heeft een goede samenwerking met de vier sociale woonactoren. Dankzij de nauwe samenwerking is er begrip voor elkaars manier van werken en wordt er niet naast elkaar maar met elkaar gewerkt.

De vier sociale woonpartners hebben het exclusieve recht om cliënten met problemen bij het aanklappend team aan te melden. Er zijn **duidelijke afspraken** met de woonactoren over welke cliënten wel en niet in aanmerking komen voor aanklappende zorg. De aanwezigheid van een psychiatrische problematiek bij de cliënt is een van de belangrijkste inclusiecriteria. De maatschappelijk werkers van de sociale woonactoren zijn goedgeplaatst om dergelijke problemen te spotten. Ze komen bij de huurders over de vloer waardoor ze veel zien en vangen zorgwekkende signalen op via buurtbewoners, de thuiszorg of de technische dienst van de woonactor.

Tussen beide werkingen vindt er frequent overleg plaats. In de beginperiode was er vaak **ad hoc overleg** om de manier van samenwerken te bespreken. Nu **overlegt het team driemaandelijks** met elk van de vier woonpartners. Aan deze overlegmomenten nemen telkens de sociale dienst van de betreffende woonpartner en de coördinator en enkele begeleiders van het team deel. Deze overlegmomenten dienen om lopende begeleidingen, de kandidatenlijst en eventuele nieuwe aanmeldingen en adviesvragen te bespreken. Het aanklappend team houdt daarbij rekening met het voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim. Men deelt enkel persoonlijke informatie die strikt noodzakelijk is opdat iedereen zijn werk op een goede manier kan uitvoeren. Eveneens één keer **om de drie maanden** komt de **stuurgroep van het pilootproject** samen waarin alle partners zetelen: de coördinator van het aanklappend team, het CAW, de zorggroep, BW en de vier woonpartners.

Beide werkingen hebben elkaar doorheen de jaren **bijgeschoold**: het aanklappend team leidden de woonpartners op om psychische problemen sneller te herkennen en cliënten gepast door te verwijzen; de sociale woonpartners leerden het aanklappend team over de sociale kaart van de regio en hoe sociaal wonen precies in elkaar zit.

Er vinden ook geregeld duo-begeleidingen plaats. Bij de opstart van een traject gaat een begeleider van het aanklappend team samen met de maatschappelijk werker van de betreffende huisvester bij de cliënt op huisbezoek om het pad te effenen. Cliënten van het sociale verhuurkantoor kunnen indien nodig voor een langere periode in duo opgevolgd worden. Voor cliënten van de sociale huisvestingsmaatschappijen geldt dit niet, omdat de huurbegeleiders daar minder begeleidingstijd hebben en de doelgroep doorgaans minder hulpbehoevend is.

Het team krijgt op het item "samenwerking met woonactoren" een score van 5 op 5.

Samenwerking met de PWB van het CAW

In de stad zijn er momenteel vier diensten die bemoeizorg realiseren – elke dienst legt een ander accent in de begeleiding en/of maakt gebruik van een ander portaal om met cliënten in contact te komen. **Het aanklappend team** richt zich exclusief op cliënten met een vermoeden van een psychiatrische aandoening die worden aangemeld door een van de vier sociale woonactoren uit het samenwerkingsverband. **X-Stra** – een dienst van de stad en het OCMW – richt zich op gezinnen met financiële en andere problemen. Onbetaalde rekeningen zijn de toegangspoort tot deze gezinnen, want vaak liggen er grotere problemen aan de basis. X-Stra zoekt deze gezinnen op, onderzoekt hun leefomstandigheden, en biedt concrete hulp door hen wegwijs te maken in de dienstverlening en indien nodig gepaste hulp in te schakelen. Zo tracht de stad kinderarmoede een halt toe te roepen. Het CAW heeft twee diensten die bemoeizorg realiseren: **de**

dienst Preventieve Woonbegeleiding (PWB) en het Alert-team. De PWB richt zich tot huurders (zowel sociale als private huurders) bij wie een uithuiszetting dreigt en biedt intensieve begeleiding aan huis om de problemen aan te pakken en de huurder woonvaardigheden bij te brengen. Het Alert-team richt zich op sociale en private huurders die herhaaldelijk PWB kregen en waarbij er sprake is van een complexe problematiek. **Het is vooral met het Alert-team van het CAW – en in mindere mate met de PWB – dat het aanklappend team nauw samenwerkt.**

Er zijn **duidelijke afspraken** over welke cliënten in aanmerking komen voor het aanklappend team, het Alert-team en de PWB van het CAW. De sociale huisvesters melden hun huurders heel gericht aan bij een van deze diensten – het komt zelden voor dat een huurder tegelijk bij meer dan één dienst wordt aangemeld. Sowieso werken de sociale huisvesters nauw samen met de PWB van het CAW voor het aanpakken van woonproblemen. Huurders met een problematische woonattitude en een complexe problematiek (bv. verslaving, mentale of fysieke beperking, psychiatrische problematiek) melden ze aan bij het Alert-team. Huurders met uitsluitend een psychiatrische problematiek melden de sociale woonactoren aan bij het aanklappend team.

Het **aanbod** van het aanklappend team en het Alert-team is **complementair** aan elkaar. Het belangrijkste verschil tussen beide is dat het aanklappend team multidisciplinair is samengesteld terwijl het Alert-team een intersectorale samenstelling heeft. Alert bestaat uit partners uit de welzijnszorg (CAW), de GGZ, de verslavingszorg en de gehandicaptenzorg om alle mogelijke problemen te kunnen aanpakken. Het aanklappend team vaardigt twee van haar eigen teamleden halftijds af aan het Alert-team zodat zij van daaruit huurders met psychiatrische problemen kunnen opvolgen.

Er is **geen gezamenlijk aanmeldpunt** voor het aanbod van het aanklappend team en het CAW (Alert en PWB). Het CAW en het aanklappend team hebben ook verschillende aanmelders: voor het aanklappend team kunnen enkel de vier sociale woonactoren uit het samenwerkingsverband cliënten aanmelden, voor de PWB kunnen zowel sociale als private verhuurders cliënten aanmelden en voor Alert kunnen ook niet woonpartners cliënten aanmelden (bv. OCMW, X-Stra, etc.). Omdat de sociale verhuurders zowel bij het aanklappend team als bij het CAW cliënten kunnen aanmelden, werd er recent (in samenwerking met alle partners) een beslisboom opgesteld om de inclusiecriteria van elke dienst te verhelderen. Daarnaast is er een nauwe samenwerking tussen de diensten en is er steeds de mogelijkheid om ad hoc af te stemmen. Het aanklappend team en het CAW wijzen ook geregeld cliënten naar elkaar door: wanneer cliënten van het CAW een psychiatrische problematiek blijken te hebben, wordt de expertise van het aanklappend team ingeroepen; wanneer de situatie nadien stabiliseert wordt het dossier terug doorgegeven aan het CAW.

Tussen beide teams is er een nauwe samenwerking die **het delen van expertise** mogelijk maakt. De directeur van BW en de zorginhoudelijk coördinator van het aanklappend team zetelen in de stuurgroep en de intersectorale werkgroep van Alert. Omgekeerd zetelt Alert in de stuurgroep van het aanklappend team. Daarnaast werken twee hulpverleners van het aanklappend team halftijds voor het Alert-team en is er in het werkveld voldoende gelegenheid om ervaringen uit te wisselen. Geregeld vinden er ook **duo-begeleidingen** plaats waarbij een hulpverlener van het aanklappend team en Alert samen de begeleiding van een cliënt opnemen binnen de werking van Alert.

<i>Het team krijgt op het item “samenwerking met de PWB van het CAW” een score van 4 op 5.</i>
--

5.6 Aanmelding

Aanmelding

De werking hanteert **duidelijke inclusiecriteria** bij het screenen van cliënten voor bemoeizorg. Zo moet er sprake zijn van: (1) een ernstige psychiatrische problematiek, (2) het zorgwekkend midden van zorg, (3) problemen op verschillende levensgebieden en (4) beslissingsonbekwaamheid. De ernst van de psychiatrische problematiek stelt het team vast met behulp van de HoNOS. Wanneer de psychiatrische problematiek minder ernstig is, wordt de cliënt doorverwezen naar een alternatief zorgaanbod. Cliënten met een hulpvraag die al begeleiding krijgen binnen de GGZ en/of die beslissingsbekwaam zijn, includeert het team eveneens niet voor aanklappende zorg. De inschatting van beslissings(on)bekwaamheid gebeurt door de psychiater in samenwerking met het multidisciplinair team. **Bij niet-inclusie** geeft het aanklappend team **advies over welke andere zorg zinvol is**, maar volgt niet verder op of de huurder gehoor geeft aan dit advies. De **vier sociale woonactoren** waarmee het team een samenwerkingsovereenkomst heeft **zijn op de hoogte van deze inclusiecriteria**.

De **intake procedure is duidelijk** en ziet er als volgt uit:

- De woonactoren melden cliënten aan door de coördinator van het aanklappend team te contacteren of door nieuwe cliënten voor te dragen tijdens het overleg dat het team driemaandelijks met elke woonpartner heeft.
- Alle aanmeldingen komen terecht op de kandidatenlijst en het team bekijkt samen met de woonactoren welke cliënten prioriteit verdienen. Factoren waarmee men rekening houdt zijn: de mate van overlast, de mate waarin een uithuiszetting dreigt, de mate waarin er sprake is van een crisissituatie, de datum van aanmelding, de verwachte begeleidingslast en -duur, en de aanwezigheid van beschikbare alternatieven binnen de reguliere zorg.
- Wanneer het aanklappend team een cliënt weerhoudt, vult de sociale woonactor de aanmeldingsfiche in die relevante informatie over de leefsituatie van de cliënt bevraagt.
- De coördinator van het team wijst een begeleider toe aan de cliënt en die gaat samen met de maatschappelijk werker van de sociale woonactor bij de cliënt op huisbezoek voor een kennismakingsgesprek.
- Wanneer na het eerste kennismakingsgesprek blijkt dat de cliënt toch niet tot de doelgroep behoort, kan het aanklappend team alsnog beslissen om de cliënt niet te weerhouden voor verdere begeleiding. In dat geval formuleert men een advies voor alternatieve zorg

Het team krijgt op het item "aanmelding" een score van 5 op 5.

Wachttijd

Het project werkt niet met een wachtlijst maar wel met een kandidatenlijst. Een wachtlijst houdt rekening met het moment van aanmelding voor het opstarten van begeleidingen: cliënten die bovenaan de lijst staan krijgen als eerste hulp. De kandidatenlijst geeft een overzicht van alle aangemelde cliënten en houdt rekening met diverse factoren om te bepalen voor welke cliënten een prioritaire opstart noodzakelijk is (zie boven: mate van overlast, crisissituatie, verwachte begeleidingslast en -duur, etc.). Wanneer cliënten worden aangemeld, brengt de sociale dienst hen op de hoogte van de bespreking met het aanklappend team, maar maakt geen concrete afspraken vooraleer er zekerheid van opstart is.

De wachttijd varieert sterk per cliënt, waardoor het moeilijk is om hier een cijfer op te plakken. De vier sociale partners proberen sowieso te vermijden dat de kandidatenlijst oneindig lang wordt door heel gericht cliënten aan te melden. Op dit moment staan er circa 30 huurders op de lijst. Van zodra een begeleiding wordt afgerond en er ruimte vrijkomt, bekijkt het team samen met de sociale woonactoren wie het meest gebaat is bij een begeleiding. We vermoeden evenwel dat de wachttijd niet min is en meer dan vier maanden bedraagt aangezien een begeleidingstraject gemiddeld twee jaar duurt. Wel geeft het aanklappend team steeds een advies voor personen die op de kandidatenlijst staan. De wachttijd wordt dus gebruikt om indien mogelijk andere zorg op te starten. Wanneer een aanvraag duidelijk enkel door het aanklappend team opgenomen kan worden, is een snelle opstart mogelijk (< 3 maanden).

Het **Alert-team** heeft een andere manier van werken. Zij **hebben wel een wachtlijst** en cliënten die worden aangemeld moeten vooraf een toestemmingsformulier ondertekenen. Zij zijn dus wel op de hoogte van de aanmelding en zich bewust van de wachtperiode. Ook het Alert-team kan geen cijfer plakken op de gemiddelde duur van de wachttijd.

Het team krijgt op het item “wachttijd” een score van 1 op 5.

5.7 Begeleiding

Contactfrequentie

De begeleiders van het aanklappend team hebben **gemiddeld één keer per week** contact met hun cliënten. In het begin van het traject gaat men meerdere keren per week langs om een vertrouwensband te kunnen opbouwen. Na verloop van tijd neemt de contactfrequentie af tot één keer per week en in de afrondingsfase wordt dit verder afgebouwd naar één keer per twee weken. De duur van een contactmoment varieert: soms duurt een bezoek een half uur en soms loopt dit op tot twee uur. Vooral wanneer begeleiders met de cliënt meegaan naar een andere zorginstantie neemt de duurtijd toe. Daarbuiten wordt er frequent met de cliënten gebeld of gemaïld.

Tijdens de huisbezoeken voeren de begeleiders vooral praktische taken uit (bv. opruimen, de brievenbus leegmaken, etc.) of ze nemen de cliënt mee naar buiten (bv. een koffie drinken, naar de huisarts gaan, de cliënt ergens naartoe brengen, etc.). Dergelijke momenten creëren een ideale gelegenheid om diepere gesprekken met de cliënt te voeren.

Het team krijgt op het item “contactfrequentie” een score van 2 op 5.

Outreaching werk

De meeste contacten vinden plaats in de leefomgeving van de persoon. Wanneer een cliënt in opname is, gebeurt het dat begeleiders hen daar een bezoek brengen – uiteraard enkel wanneer de cliënt hier zelf om vraagt.

Het team krijgt op het item “outreaching werk” een score van 5 op 5.

Assessment

Een groot deel van het begeleidingstraject bestaat uit **het in kaart brengen van de zorgbehoeftes, de kwaliteiten, de krachten en de wensen** van de cliënt. Het team gaat daarvoor op **systematische** wijze tewerk. Door met cliënten op uitstap of in gesprek te gaan, pikken hulpverleners veel relevante informatie op. Geregeld maken hulpverleners gebruik van vragenlijsten waaronder de HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), de Zelfredzaamheid-Matrix en de MANSa (Manchester verkorte kwaliteit van leven

meting) om extra gegevens m.b.t. de cliënt te verzamelen. De vragenlijsten worden door de hulpverleners zelf ingevuld en niet door de cliënten. Op basis van de verzamelde informatie wordt vervolgens een **persoonlijk ondersteuningsprofiel opgesteld** dat per levensgebied (aanmelding, persoonlijk verleden, diagnose, medicatie, psychiatrische problemen, lichamelijke problemen, dagbesteding, administratie en juridische kwesties, wonen, netwerk) een overzicht geeft van relevante cliëntinformatie en de huidige stand van zaken. **Het profiel beschrijft per levensgebied ook de doelstellingen en de te ondernemen interventies.** De doelstellingen die de cliënt zelf wenst te bereiken situeren zich vaak kort in de tijd en hebben betrekking op heel concrete zaken (bv. bepaalde administratie in orde brengen). De begeleiding kijkt meestal verder en formuleert lange termijn doelstellingen met betrekking tot de psychische gezondheid van de cliënt. De doelstellingen worden meestal tijdens de teambesprekingen geformuleerd en/of afgetoetst – men bekijkt met de hele groep wat er nodig is om de cliënt te helpen. Het opstellen van het profiel vraagt veel tijd – het komt geleidelijk aan en in verschillende etappes tot stand. Het document wordt geregeld opnieuw bekeken en bijgewerkt rekening houdend met de meest recente ontwikkelingen.

Het team krijgt op het item “assessment” een score van 5 op 5.

Multidisciplinaire praktische zorg

Het aanklappend team biedt multidisciplinaire praktische ondersteuning op volgende gebieden: **dagelijkse levensverrichtingen, contact leggen met instanties en familie, buurtinclusie, het regelen van financiën en administratie, en het medicatiegebruik** aanpassen in functie van de noden. Buurtinclusie houdt in dat de begeleiders bemiddelen bij burenruzies en de cliënt meenemen naar voorzieningen in de samenleving: lokale initiatieven, het CAW, ontmoetingscentra, buurthuizen, etc.

Het team krijgt op het item “multidisciplinaire praktische zorg” een score van 5 op 5.

Samenwerking met context

Het aanklappend team werkt nauw samen met de context van cliënten. Standaard **brengt** het team **het netwerk van de cliënt in kaart** en gaat na of het mogelijk is om mensen uit de context in de begeleiding te betrekken. Men vertrekt hier steeds van de wens van de cliënt door na te gaan wie hij zelf belangrijk vindt om te betrekken. Het in kaart brengen gebeurt gaandeweg door naar de context te vragen op een gelegen moment. Een goede manier om dat te doen is bijvoorbeeld een gesprek aanknopen over de foto's die in de woning ophangen.

Het team zet sterk in op dialoog en verbinding vanuit meervoudige partijdigheid waar de visie van elk familielid telt. De meeste cliënten zijn echter alleenstaand en leven geïsoleerd. Ze hebben weinig of geen informeel netwerk. De contacten die ze aanhalen zijn vaak verwaterde of verbroken contacten uit het verleden. **Men probeert deze contacten in de mate van het mogelijke te herstellen** maar dat lukt niet altijd. Het team merkt wel dat het feit dat ze de cliënt begeleiden, in sommige gevallen de naasten hoopvol stemt waardoor ze uit eigen beweging opnieuw een stap dichterbij zetten.

Veel cliënten zijn eenzaam en verlangen naar **contact met anderen**, maar de stap daar naartoe is voor hen gigantisch groot. Cliënten zijn vaak sociaal onaangepast en dan is het niet evident om in een buurthuis binnen te stappen en daar aanvaard te worden. Begeleiders proberen waar mogelijk vooraf het pad te effenen en gaan na waar er binnen het buurthuis aanknopingspunten voor de cliënt zijn. De eerste keer dat de cliënt een bezoek brengt aan het buurthuis, gaat de begeleiding sowieso mee.

Naast het informele netwerk is ook het formele netwerk van de cliënt meestal beperkt. Doordat veel diensten vandaag geautomatiseerd zijn (bv. het OCMW en de mutualiteiten regelen veel online) of

simpelweg verdwijnen (bv. buurtwinkels en lokale kapperszaken sluiten de deuren) geraken mensen verder geïsoleerd. Sommige cliënten hebben wel een huisarts en het team vraagt steeds de toestemming van de cliënt om deze te mogen contacteren. De huisarts beschikt over relevante informatie m.b.t. lichamelijke klachten en medicatiegebruik. Als de cliënt geen vaste huisarts heeft, wordt deze gestimuleerd om er één te zoeken.

Het team probeert ook de rest van het **formele netwerk dat er is maximaal te betrekken**. Dat doet men door op geregelde tijdstippen een multidisciplinair zorgoverleg met alle betrokkenen te beleggen en afspraken te maken over de zorg van de cliënt. Voor de praktische organisatie hiervan doet het team beroep op de mutualiteiten of het SEL (Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg).

Het team krijgt op het item "samenwerking met context" een score van 5 op 5.

Begeleidingstraject

Tijdens de begeleiding zet het aanklampend team in de eerste plaats in op het **opbouwen van een vertrouwensband** met de cliënt. Gelijktijdig start **het assessment** – dit is een belangrijk en omvangrijk onderdeel van de begeleiding. Er gaat veel tijd naar het in kaart brengen van de zorgbehoeftes en de wensen van de cliënt. Op basis van het assessment formuleert het team de doelstellingen waaraan men tijdens de begeleiding werkt (**opstellen behandelplan**). Het team investeert sterk in het **versterken van het formeel en het informeel netwerk** van de cliënt. **Het toeleiden naar GGZ** is eveneens een belangrijk onderdeel van het aanklampend werken, maar verloopt in de praktijk niet altijd zoals gewenst omdat het team botst op drempels binnen de GGZ. Zo zijn de mobiele teams in de regio startend en geldt er op dit moment een aanmeldingsstop. De CGG hebben een hele andere manier van werken die ver staat van aanklampende zorg. Vaak zorgt het team ervoor dat de cliënt een vaste psychiater en een huisarts heeft en schakelt men gezinshulp in.

Het team krijgt op het item "begeleidingstraject" een score van 5 op 5.

Aanklampende zorg

Het aanklampend team gaat ver in het aanklampend werken. Men past de **eerste vormen van bemoeizorg** toe (zich beschikbaar stellen en informeren), **biedt ongevroegde zorg** (adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten) en gaat in uitzonderlijke gevallen over tot **dwingende zorg**. Dat laatste probeert men echter zoveel mogelijk te vermijden. De begeleiders proberen de cliënt in de eerste plaats te verleiden om zelf de stap naar een vrijwillige opname te zetten. Toch komt een gedwongen opname sporadisch voor: per 60 à 70 cliënten vinden er een vijftal gedwongen opnames plaats. Vaak worden deze opnames door anderen opgestart: de politie of andere hulpverleners. Waar nodig helpt de begeleiding om de gedwongen opname in goede banen te leiden, maar men probeert zelf zoveel mogelijk buiten schot te blijven zodat de vertrouwensband met de cliënt intact blijft.

Het team krijgt op het item "aanklampende zorg" een score van 5 op 5.

Continuïteit en nazorg

Het team rondt de begeleiding af van zodra de dreiging voor uithuiszetting geweken is, de cliënt hulp krijgt voor zijn psychiatrische problemen en er reguliere zorg geïnstalleerd is. Men rekt de begeleiding niet onnodig lang, zodat nieuwe huurders kunnen instromen.

Van in het begin van het traject zijn hulpverleners bezig met de continuïteit van de zorg en de nazorg. Zo wordt er doorheen de begeleiding geregeld een multidisciplinair zorgoverleg georganiseerd om afspraken

te maken met de partners die de vervolgzorg opnemen. De begeleiders lopen soms voor een bepaalde tijd mee met de zorgpartners om een **warme overdracht** te garanderen. Ze kunnen hen dan uitleggen wat de gevoeligheden van de cliënt zijn waarmee ze rekening moeten houden.

Wanneer de cliënt op een wachtlijst bij een GGZ-voorziening staat, laat de begeleiding de cliënt niet zomaar gaan. Men houdt contact maar zet de begeleiding wel op een lager pitje.

Als een cliënt wordt opgenomen in een residentiële voorziening, houdt het team eveneens contact zodat de cliënt niet gevoel heeft dat de begeleiding hem laat vallen en er voldoende zorgcontinuïteit gewaarborgd wordt. Dit versterkt de band met de cliënt en voorkomt dat de opname een traumatische gebeurtenis wordt. Het team probeert ook aanwezig te zijn op de teamvergaderingen van de residentiële voorziening. De begeleiding kan het team immers waardevolle informatie aanreiken over de thuissituatie van de cliënt en mee nadenken over hoe de terugkeer naar huis idealiter verloopt.

Bij afronding van de begeleiding brengt het team steeds de sociale woonpartner op de hoogte en probeert men de coördinatie van de zorg bij een partner uit het formele netwerk te leggen. Vaak is dat de huisarts of gezinshulp. Het voordeel aan deze laatste partner is dat zij heel laagdrempelig zijn, frequent aan huis komen, goed geplaatst zijn om zaken op te merken en veel praktische zaken op zich kunnen nemen. De woonpartner krijgt steeds de boodschap dat ze opnieuw contact mogen nemen met het aanklappend team wanneer de klachten weer opduiken.

Het team krijgt op het item "continuïteit en nazorg" een score van 5 op 5.

5.8 Resultaatsgebieden

Eenzijdige stopzetting door cliënt of team

Het team kreeg in het verleden al te maken met eenzijdige stopzetting door de cliënt. Zo was er een cliënt met een paranoïde persoonlijkheidsproblematiek die alle contact met de begeleiding verbrak. Ze vond dat de begeleiding haar niet hielp, had andere verwachtingen over wat de begeleiding diende in te houden en had geen vertrouwen. Op het moment van afronding was er geen reden tot gevaar aanwezig. De woonactor kreeg de boodschap dat hij de cliënt steeds opnieuw kan aanmelden wanneer de situatie terug uit de hand dreigt te lopen.

Het gebeurt ook dat het team de begeleiding eenzijdig stopzet: meestal is er dan iets ernstig gebeurd wat een nadelig effect heeft op het team, is er een tegenindicatie om de begeleiding verder te zetten (bv. de cliënt heeft een antisociale persoonlijkheid) of voldoet de cliënt uiteindelijk niet aan de inclusiecriteria (bv. de cliënt blijkt wel beslissingsbekwaam te zijn).

Toeleiding naar zorg

Het toeleiden naar zorg lukt behoorlijk goed: het team slaagt erin om zeven à acht op de tien cliënten in de zorg te krijgen. De zorg waarnaar men cliënten toeleidt is divers en misschien niet altijd de meest geknippede zorg. Men moet het soms doen met de zorg die voorhanden is. Vier à vijf op de tien cliënten leidt men toe naar een GGZ-partner. Oudere cliënten zijn wel moeilijker toe te leiden naar de GGZ, omdat sommige voorzieningen (bv. de mobiele teams) een leeftijdsgrens van 65 jaar hanteren.

De toeleiding van cliënten met een mentale beperking vormt een moeilijkheid. Het team heeft hierover weinig expertise en het is een hele onderneming om iets bij het VAPH geregeld te krijgen.

Beperking overlast

De begeleiding van het team is een meerwaarde om de overlast in te perken. De mate van overlast is sowieso een variabel gegeven dat met pieken en dalen verloopt. Door zorg te installeren (bv. door ervoor zorgen dat een huurder trouw zijn medicatie inneemt) kan het team de frequentie en de intensiteit van de opstoten verminderen en zo een zekere rust inbouwen in het leven van de huurder en zijn omgeving.

In de helft van de gevallen is er echter geen sprake van overlast, maar van onderlast. Het gaat dan om huurders die zich volledig afzonderen, een hele dag in bed liggen, zich mentaal niet lekker voelen en geen hulp zoeken. Dat zijn huurders die niet meteen opvallen en geen overlast bij anderen veroorzaken. De sociale woonpartners vinden het echter belangrijk dat ook deze mensen hulp krijgen. In de eerste plaats probeert de sociale dienst hen zelf aan te sporen om hulp te zoeken, maar wanneer dat niet lukt verwijst men door naar het aanklappend team.

Voorkomen uithuiszetting

Bij de meeste cliënten die de woonactor aanmeldt, is er sprake van een dreigende uithuiszetting. Niettemin vindt er slechts één uithuiszetting per jaar plaats. Bij alle overige cliënten slaagt men erin om uithuiszetting te voorkomen.

Voorkomen gedwongen opname

Een gedwongen opname komt sporadisch voor: per 60 à 70 cliënten vinden er een vijftal gedwongen opnames plaats. Dit komt overeen met vijf gedwongen opnames per jaar.

Mentaal welbevinden en kwaliteit van leven

De cliënten geven aan het einde van het begeleidingstraject vaak zelf aan dat hun mentaal welzijn en kwaliteit van leven verbeterd is. Ook de huisarts en de familie van cliënten merken vaak een verschil.

Sterktes van het project

De sterktes van project 5 zijn volgens het team:

- Dat men erin slaagt om op een laagdrempelige manier GGZ aan te bieden. Het team gaat niet op een rigide manier te werk maar probeert flexibel in te spelen op de noden die er zijn. Hierdoor kan men voor veel cliënten iets betekenen.
- Dat het team uit geëngageerde en enthousiaste hulpverleners bestaat die met volle goesting de handen uit de mouwen steken. Vooral dat laatste is belangrijk.
- Dat de samenwerking met de woonpartners zeer goed loopt. De woonpartners hebben vertrouwen in het aanklappend team en geven het team beweegruimte om de situatie van de cliënt geleidelijk om te keren zonder meteen druk te zetten.

6 Pilootproject 6

6.1 Algemene vragen vooraf

Waar ligt het accent van het team?

Het aanklappend team zet in op:

- Contact leggen met de cliënt, inschatten wat de problemen zijn en de cliënt toeleiden naar gepaste zorg.
- Zelf hulpverlening aanbieden op diverse levensgebieden.
- Andere actoren binnen het netwerk coachen. Zo vindt er om de zes weken een gemeenschappelijke teamvergadering met het CAW plaats en overlegt het team op geregelde tijdstippen met de sociale woonactoren over nieuwe aanmeldingen en lopende cases. Men merkt dat deze initiatieven een positief effect hebben op de samenwerking.

Op welke doelgroep richt het team zich vooral?

Het aanklappend team krijgt in de praktijk vooral te maken met personen met een psychische problematiek en/of een verslavingsproblematiek. Sociale problemen zijn vaak de aanmeldingsreden maar onderliggend ligt er gewoonlijk een psychisch en/of een verslavingsprobleem.

6.2 Visie en werkwijze

De visie van waaruit het project vertrekt is geïnspireerd op de basisprincipes van het **systematisch rehabilitatiegericht handelen** (SRH) die samen te vatten zijn als: presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht. Het team kijkt niet alleen naar wat er slecht loopt maar heeft bewust oog voor de sterktes van de cliënt. Men tracht ook een gelijkwaardige relatie met de cliënt uit te bouwen waarbij de hulpverlener naast in plaats van boven de cliënt gaat staan. De begeleiders zijn niet alwetend, maar vertrekken vanuit de wensen van de cliënt. Men legt de regie in handen van de cliënt en geeft hem zo een gevoel van autonomie.

Daarnaast baseert het team zich voor de begeleiding van cliënten op volgende methoden:

- **Bemoeizorg** zoals beschreven in het boek “Bemoeizorg” van Tielens et al. (2010). De begeleiding start altijd met het zoeken en maken van contact met de cliënt door te bellen, te mailen, en wekelijks langs te gaan. De begeleiders gaan vervolgens op zoek naar manieren om met de cliënt een vertrouwensband op te bouwen. Men speelt in op de interesses van de cliënt of gaat samen op stap (bv. samen naar het containerpark of de psychiater gaan). Het duurt soms maanden vooraleer de begeleider wordt toegelaten in het leven van de cliënt. Elke cliënt laat zijn weerstand ook op een ander tempo varen. Pas wanneer er een vertrouwensband is, komt er opening om over problemen te praten. Men bekijkt dan op welke levensdomeinen de cliënt hulp nodig heeft en schakelt de gepaste hulp in. Het team rondt de begeleiding stilletjes aan af van zodra de cliënt een band heeft opgebouwd met de partner die de zorg overneemt.
- De “**tangbeweging**” waarbij de sociale woonactor optreedt als autoriteit en het aanklappend team naast de cliënt blijft staan bij het oplossen van problemen m.b.t. overlast. De begeleiders

van het aanklampend team gaan in gesprek met de cliënt en drukken hen op het hart dat ze er zijn om de cliënt te helpen.

Het team krijgt op het item "visie en werkwijze" een score van 4 op 5.

6.3 Capaciteit en samenstelling

Evenwichtige caseload

De teamleden zijn samen voor 3,25 VTE tewerkgesteld en begeleiden momenteel 38 cliënten. Dit betekent dat **één VTE hulpverlener circa 12 cliënten begeleidt**. Deze caseload vindt men haalbaar.

Eén VTE hulpverlener begeleidt circa 12 cliënten.

Samenstelling team

Het aanklampend team is multidisciplinair samengesteld en bestaat uit een **psycholoog** die therapiegericht werkt en aanmeldingen screent, en een **orthopedagoog**, een **psychiatrisch verpleegkundige**, een **verslavingsdeskundige** en een **ervaringsdeskundige** die thuisbegeleidingen aanbieden. De verslavingsdeskundige is gedetacheerd vanuit een externe voorziening. Het team heeft geen expertise op het vlak van arbeidsrehabilitatie maar geeft aan hier geen nood aan te hebben. Wanneer er vragen zijn m.b.t. arbeidsherintegratie kan het team terecht bij partners binnen het samenwerkingsverband die hierin gespecialiseerd zijn (arbeidscoaches, arbeidszorg).

Het team krijgt op het item "samenstelling team" een score van 4 op 5.

Capaciteit

Het aanklampend team telt vijf hulpverleners die **gemiddeld voor 0,65 VTE zijn tewerkgesteld**. Drie teamleden zijn halftijds tewerkgesteld, één begeleider werkt voltijds en de psychologe is voor driekwart in het team aangesteld. Op zich is dit een goede manier van werken. Meestal is er wel iemand op het bureau om mee te overleggen. De enige moeilijkheid is dat de meeste begeleiders twee jobs combineren en dus niet constant bereikbaar zijn voor de cliënt. Gelukkig is er wel voldoende vrijheid om te schuiven met de agenda's zodat men toch tegemoet kan komen aan de meest dringende vragen.

Het team krijgt op het item "capaciteit" een score van 3 op 5.

Betrokkenheid psychiater

Er is geen psychiater vast verbonden aan het team. De regio kampt met een tekort aan psychiaters waardoor niemand bereid is om voor drie uur per week mee in het pilootproject te stappen. Indien nodig kan het team wel beroep doen op een van de psychiaters van BW, maar in de praktijk doet men dit slechts sporadisch. Het team ervaart de afwezigheid van een vaste psychiater als een tekort. Een vaste psychiater is vooral nodig bij het stellen van een diagnose, om input te geven tijdens het teamoverleg en de intervisiemomenten en om bij cliënten op huisbezoek te gaan. Het is vaak moeilijk om een cliënt met ernstige psychische problemen tot bij de psychiater te krijgen. Een psychiater die op vraag aan huis komt, werkt drempelverlagend.

Het team krijgt op het item "betrokkenheid psychiater" een score van 2 op 5.

6.4 Deskundigheid

Deskundigheid

Het aanklappend team heeft expertise op het gebied van **GGZ, welzijnszorg, verslavingszorg, medische zorg en sociale wetgeving**. Over juridische en financiële kwesties heeft het team zelf weinig deskundigheid. Hiervoor kan men beroep op het CAW, het OCMW, de bewindvoerders en de sociale woonactoren. Over zaken m.b.t. justitie en politie klopt men in eerste instantie aan bij de wijkagent. Voor ondersteuning inzake arbeidsrehabilitatie kan men terecht bij de arbeidscoaches en de coaches vrijwilligerswerk die actief zijn binnen het GGZ-netwerk. Andere partners waarmee men geregeld samenwerkt zijn psychosociale revalidatiecentra, activiteitencentra, thuisverpleging, familiehelp, poetsdiensten, EPSI, CGG, woonzorgcentra, de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, etc.

Het team krijgt op het item "deskundigheid" een score van 4 op 5.

Deskundigheidsbevordering

Alle teamleden volgden de basisopleiding Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen en krijgen hierover driemaal per jaar een halve dag intervisie. Ook over agressiehantering en middelenmisbruik kreeg het hele team opleiding. Onderwerpen waarover één of enkele teamleden een vorming volgden zijn: suïcidepreventie (zowel bij volwassenen als ouderen), de Kindreflex, mensen met een verstandelijke beperking, middelenmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking, verbindende communicatie, psychopathie, bemiddelen en motiverende gespreksvoering. De ervaringsdeskundige van het team volgde recent de tweedaagse vorming "Hulpverlening in de woonkamer: outreach als methodiek" gegeven door Vormingscentrum Rapunzel in Diest. Binnenkort wordt er ook een opleiding over aanklappende zorg georganiseerd door en voor de pilootprojecten aanklappende zorg. De vorming zal vooral gaan over beslissings(on)bekwaamheid. Alle teamleden van het team zullen deze opleiding volgen.

Iedere vorming die door hulpverleners binnen de hele organisatie gevolgd wordt, wordt nadien teruggekoppeld naar andere teams en teamleden om de opgedane kennis zoveel mogelijk te delen.

Het team krijgt op het item "deskundigheidsbevordering" een score van 5 op 5.

Intervisie

Het team komt **wekelijks** samen voor een **teamvergadering**. Tijdens deze vergaderingen is er ruimte om de stand van zaken van twee cliënten te bespreken. Eigenlijk is dit **niet echt een intervisie**. Het team zoomt dan vooral in op het verloop van de cliëntbegeleiding en denkt in groep na over de zorg waarnaar de cliënt het best wordt toegeleid.

Om de zes weken vinden er **gemeenschappelijke teamvergaderingen** plaats waaraan de begeleiders van het aanklappend team en het CAW-team deelnemen. Tijdens deze vergaderingen werkt men rond een bepaald thema (psychose, persoonlijkheidsstoornissen, weerstand, motiverende gespreksvoering, etc.) waarbij men expertise uitwisselt rond complexe cliëntdossiers. Meestal selecteert men een viertal dossiers waarover men samen **brainstormt**. Heel soms worden externen uitgenodigd om de intervisies van extra expertise te voorzien.

Het team krijgt op het item "intervisie" een score van 5 op 5.

6.5 Samenwerking

Gedeelde caseload

De meeste cliënten worden door één teamlid opgevolgd om een sterke vertrouwensband te kunnen opbouwen. Heel sporadisch – wanneer dit voor cliënt en/of de begeleider een meerwaarde is – wordt er een duo-begeleiding aangevat; en af en toe gebeuren de begeleidingen ook in duo met het CAW.

Zoals eerder vermeld zit het team wekelijks samen om de opvolging van cliënten te bespreken. Daarnaast heeft elk teamlid wekelijks een individueel overleg met de coördinator van het aanklappend team om de begeleiding van en moeilijkheden m.b.t. bepaalde cliënten meer in de diepte te bespreken. Vaak ook stemmen begeleiders onderling met elkaar af wanneer zich acute crisissen voordoen. **Cliënten met acute en dringende problemen worden aldus met regelmaat besproken. Andere cliënten komen minstens eenmaal per twee maanden op teamvergaderingen aan bod.**

Een digibord dat tijdens het teamoverleg geprojecteerd wordt en in één oogopslag een overzicht biedt van alle lopende begeleidingen **gebruikt het team niet.**

Het team krijgt op het item “gedeelde caseload” een score van 3 op 5.

Frequentie teamoverleg

Het aanklappend team overlegt **één keer per week**. Daarnaast zit elke begeleider éénmaal per week samen met de coördinator om cliënten te bespreken, zijn er regelmatig informele overlegmomenten tussen begeleiders en vindt er één keer om de zes weken een gezamenlijke teamvergadering plaats met de begeleiders van het CAW-team.

Het team krijgt op het item “frequentie teamoverleg” een score van 3 op 5.

Opkomst teamoverleg

Alle teamleden zijn meestal aanwezig tijdens de teamvergadering.

Het team krijgt op het item “opkomst teamoverleg” een score van 5 op 5.

Samenwerking met woonactoren

De samenwerking met de sociale woonactoren verloopt goed. Het CAW had in het verleden al een goed contact met de sociale huisvesters in het kader van de PWB die zij aanbieden. Het aanklappend team is er recent bijgekomen om het aanbod van het CAW te versterken.

De sociale woonactoren hadden in het begin weinig kennis over wat een psychische kwetsbaarheid is en welke cliënten in aanmerking komen voor aanklappende zorg. Bijgevolg werden veel cliënten aangemeld die niet aan de inclusiecriteria voldeden. Door systematisch naar de woonpartners terug te koppelen wanneer een aanmelding niet voldoet aan de inclusiecriteria, werd dit knelpunt geleidelijk weggewerkt. Ondertussen is het **duidelijk voor de woonpartners welke cliënten ze kunnen aanmelden** bij het aanklappend team.

Er vinden voorlopig **geen structurele overlegmomenten** plaats om aanmeldingen en lopende cases met de woonactoren te bespreken. Dit is wel een beleidspunt voor volgend jaar. Op casusniveau is er wel geregeld (driemaandelijks) contact om de huurpartners **op de hoogte gehouden over het begeleidingstraject en de toestand van hun cliënten.**

Het team krijgt op het item “samenwerking met woonactoren” een score van 3 op 5.

Samenwerking met de PWB van het CAW

Er is **één gezamenlijk aanmeldpunt** voor PWB van het CAW en het aanklappend team. Het CAW-team schat samen met de coördinator van het aanklappend team in wie welke cliënten voor zijn rekening neemt. Daarover bestaan **duidelijke afspraken**. Wanneer er enkel sprake is van een dreigende uithuiszetting start het CAW een begeleiding op. Als er gaandeweg toch een psychische kwetsbaarheid blijkt te zijn, neemt het CAW-team contact met het aanklappend team. Wanneer er een psychische kwetsbaarheid is zonder dreigende uithuiszetting, volgt het aanklappend team de aanmelding op. Indien er sprake is van een psychische kwetsbaarheid met dreigende uithuiszetting bekijken de coördinatoren van het CAW en het aanklappend team welke begeleiding het meest aangewezen is. In de meeste gevallen wordt er een **duo-begeleiding** opgestart waarbij beide teams de cliënt opvolgen – elk weliswaar met een andere finaliteit. Het CAW oefent veel meer druk uit op de cliënt om de dreiging van uithuiszetting weg te nemen, terwijl het aanklappend team de tijd neemt om het vertrouwen van de cliënt te winnen en hem waar nodig te ondersteunen. Het aanbod van beide werkingen is dus **complementair** aan elkaar. Tussen beide werkingen is er tot slot een **nauwe samenwerking**. Eén keer om de zes weken vindt er een gemeenschappelijke teamvergadering plaats om de duo-begeleidingen te bespreken en expertise uit te wisselen.

Het team krijgt op het item “samenwerking met de PWB van het CAW” een score van 5 op 5.

6.6 Aanmelding

Aanmelding

Het aanklappend team hanteert **duidelijke criteria voor de inclusie van cliënten**: (1) er moet sprake zijn van een **psychische kwetsbaarheid**, (2) de cliënt moet **zorg mijden** en (3) de cliënt moet **sociaal huren**. Het aanklappend team gaat ook steeds na of de situatie op korte of lange termijn onrustwekkend is. In het begin melden de sociale huisvesters geregeld cliënten aan die niet helemaal aan dit profiel voldeden, maar dat heeft men gaandeweg bijgestuurd door frequent met de woonactoren in overleg te gaan. Ondertussen zijn de **sociale woonpartners goed op de hoogte van de inclusiecriteria**.

Het PWB-team en het aanklappend team maken gebruik van een **duidelijke intakeprocedure**. Aanmelders vullen de meldingsfiche “preventie woonbegeleiding” van het CAW in. Op deze fiche kunnen aanmelders aangeven of er sprake is van een problematische wooncultuur, huurachterstal, problemen met leefbaarheid, dreigende uithuiszetting en een vermoeden van psychische kwetsbaarheid. Op de fiche is ruimte voorzien om bijkomende informatie te noteren om de problemen te duiden. Op basis van deze gegevens wordt beslist wie er met de cliënt aan de slag gaat. Indien de gegevens op de meldingsfiche niet volstaan om hierover te beslissen, nemen de coördinatoren van het CAW en het aanklappend team telefonisch contact met de aanmelder.

Bij niet-inclusie verwijst men de aangemelde cliënt door **naar een andere voorziening**. Daarvoor doet men vaak beroep op het CGG, het CAW of het psychiatrisch ondersteuningsteam van het GGZ-netwerk.

Het team krijgt op het item “aanmelding” een score van 5 op 5.

Wachttijd

Het aanklappend team heeft momenteel **geen wachtlijst**. In het begin kwamen er veel aanmeldingen binnen en vreesde men even voor een wachtlijst. Vaak echter voldeden de aanmeldingen niet aan de inclusiecriteria. Door de inclusiecriteria strenger toe te passen, blijft het aantal aanmeldingen beheersbaar en kan het aanklappend team zich focussen op datgene waarvoor het in het leven werd geroepen.

Het team krijgt op het item "wachttijd" een score van 5 op 5.

6.7 Begeleiding

Contactfrequentie

De begeleiders zien hun cliënten **gemiddeld één keer per week**. Het aantal contacten verschilt van cliënt tot cliënt: er zijn personen die men meerdere keren per week ziet en er zijn personen bij wie men één keer om twee weken langsgaat. Meestal is de contactfrequentie in de beginfase hoog en neemt het aantal af doorheen het begeleidingstraject. Daarnaast kan ook de duur van de contacten variëren van vijf minuten tot vijf uren. Belangrijk is dat de contactfrequentie en de contactduur zijn afgestemd op de noden en de wensen van de cliënt. Te vaak bij de cliënt langsgaan valt niet altijd in goede aarde en kan voor sommige cliënten overkomen als stalken.

Het team krijgt op het item "contactfrequentie" een score van 2 op 5.

Outreaching werk

De **meeste contacten vinden plaats in de leefomgeving van de cliënt**. Vaak is dit de thuiscontext, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Soms neemt men de cliënt mee naar een veilige neutrale omgeving zoals een park, een natuurdomein of een café. Veel hangt af van de bereidheid van de cliënt om thuis mensen te ontvangen. Wanneer de cliënt nooit thuis is of de deur niet wil openen, gaan hulpverleners de cliënt opzoeken op de plaatsen waar hij vertoeft.

Het team krijgt op het item "outreaching werk" een score van 5 op 5.

Assessment

Het aanklappend team vult tijdens het assessment voor elke cliënt het persoonlijk krachtenprofiel van Wilken en den Hollander (2010) in. Het profiel brengt zowel **de kwaliteiten, de krachten en de vaardigheden** als **de wensen en de ambities** van de cliënt m.b.t. diverse levensgebieden in kaart (wonen, werken, leren, vrijetijd, welzijn en gezondheid, zorg, relaties en veiligheid). De zorgbehoeften brengt het team niet systematisch in kaart.

Het opstellen van dit profiel resulteert in een **aantal concrete doelen** waaraan de begeleider de komende periode samen met de cliënt kan werken. Vaak wordt er in eerste instantie rond een aantal praktische zaken gewerkt, om dan nadien de psychische problemen aan te pakken. Bijvoorbeeld men doet samen met de cliënt de afwas om vertrouwen op te bouwen om dan in een volgende stap met de cliënt mee te gaan naar de psychiater.

Het team krijgt op het item "assessment" een score van 4 op 5.

Multidisciplinaire praktische zorg

Het aanklappend team biedt multidisciplinaire zorg op volgende gebieden: **dagelijkse levensverrichtingen** (opruimen, naar het containerpark gaan, mee kledij kopen, etc.), **contact met instanties en familie, financiën en administratie** en **sociale activiteiten**. In het begin nemen de begeleiders veel van deze zorg zelf op om dan op termijn externe partners in te schakelen. Het team ondersteunt de cliënt ook in zijn **medicatiegebruik** door hem toe te leiden naar een huisarts of psychiater en te helpen bij het structureren van de medicatie-inname.

Het team krijgt op het item “multidisciplinaire praktische zorg” een score van 5 op 5.

Samenwerking met context

Samenwerken met de informele context begint soms al van bij de opstart van de begeleiding. Wanneer de begeleiders moeilijk contact kunnen maken met de cliënt probeert men via de familie contact te zoeken. Tijdens de begeleiding betreft men ook geregeld de informele context uiteraard voor zover die er is en voor zover de cliënt hiervoor open staat. Vaak **overlegt de begeleiding met de kinderen van de cliënt of met de hulpverleners van de cliënt**. Veel cliënten hebben echter geen informele context omdat contacten verwaterd of verbroken zijn. Bovendien staan cliënten geregeld weigerachtig tegenover het idee om contact te nemen met de familie. Hulpverleners nemen daarom een voorzichtige houding aan en zullen de cliënt niet pushen om het contact te herstellen wanneer hij hier niet voor te vinden is. Daarnaast probeert het team **cliënten aan te sporen om geregeld af te spreken met vrienden en zet men soms in op buurtinclusie** – bijvoorbeeld door de cliënt te introduceren in een inloophuis of ontmoetingscentrum. Het **uitbreiden van en samenwerken met de formele context** is een belangrijk facet van de begeleiding. Men probeert rond de cliënt een netwerk van formele zorgpartners te installeren en gaat hiermee zo vaak als nodig in overleg. Meestal gebeurt dit telefonisch of per mail, maar indien nodig organiseert men een multidisciplinair zorgoverleg met alle partijen.

Het team krijgt op het item “samenwerking met context” een score van 4 op 5.

Begeleidingstraject

Tijdens de begeleiding zet het aanklappend team in de eerste plaats in op **het uitbouwen van een vertrouwensrelatie**. In deze fase biedt het team vooral zelf praktische ondersteuning, vaak in functie van het behoud van de woning. Dit biedt gelegenheid om de cliënt beter te leren kennen en geleidelijk zijn vertrouwen te winnen. Tijdens **het assessment** stelt men voor elke cliënt een persoonlijk krachtenprofiel op. Vertrekkend hiervan leidt men de **cliënt toe naar de gepaste zorg** (een psychiater, het CGG, een PZ, een dagcentrum, een woonzorgcentrum, etc.). Resultaten van het assessment geeft men soms – wanneer de cliënt hier toestemming voor geeft – door aan de betreffende zorgpartner. Zoals eerder aangehaald is **het versterken van het formeel en informeel netwerk** een belangrijk onderdeel van de zorg.

Het team krijgt op het item “begeleidingstraject” een score van 5 op 5.

Aanklappende zorg

Het team gaat behoorlijk ver in het aanklappend werken. Men past de **eerste vormen van bemoeizorg** toe (zich beschikbaar stellen en informeren), biedt **ongevraagde zorg** (adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten) en **gaat indien nodig over tot dwingende zorg**. Wanneer de cliënt ernstige problemen heeft, gaat men over tot een gedwongen opname. In de praktijk komt dit echter zelden voor.

Het team krijgt op het item “aanklappende zorg” een score van 5 op 5.

Continuïteit en nazorg

Het aanklappend team biedt geen nazorgtraject aan in de enge vorm van het woord. Dit wil zeggen dat er geen aanbod is dat systematisch wordt aangeboden bij afronding van een traject. Niettemin investeert het team veel tijd in nazorg. Het team probeert steeds de continuïteit van zorg te garanderen. Wanneer de cliënt op de wachtlijst van een voorziening staat, blijft het team de cliënt opvolgen tot de begeleiding kan opstarten. Bij opname in een ziekenhuis of een residentiële voorziening brengt men de cliënt regelmatig een bezoek en vangt men hem nadien bij thuiskomt weer op.

Het team blijft ook zo lang als nodig aanwezig. Pas wanneer de cliënt voldoende omkaderd is door andere zorgpartners, rondt men de begeleiding af door geleidelijk de intensiteit van de begeleiding te verminderen. Na afronding wordt er sporadisch nog contact met de cliënt genomen om te kijken of alles goed gaat. Deze contacten worden niet formeel ingepland, maar gebeuren eerder spontaan. De begeleider stuurt een berichtje of springt eens binnen als hij in de buurt is. Het komt ook geregeld voor dat de cliënt zelf contact opneemt voor een kleinigheid. Zo gebeurt het dat men de cliënt nog eens te hulp schiet voor een kleine praktische klus. Bij de opstart in een andere voorziening, probeert de begeleiding steeds voor een warme overdracht te zorgen door bijvoorbeeld mee op intake te gaan of een gezamenlijk overleg in te plannen.

Het team krijgt op het item "continuïteit en nazorg" een score van 5 op 5.

6.8 Resultaatsgebieden

Eenzijdige stopzetting door cliënt of team

Sedert de opstart van het project besliste het team één keer om de begeleiding eenzijdig stop te zetten, omdat de persoon te agressief en onhandelbaar was. Maar door de band genomen vinden er zelden eenzijdige stopzettingen plaats. Het idee van aanklappende zorg is immers dat het team blijft proberen om contact te maken met de cliënt ook al houdt hij de boot af. Dit proces kan lang duren, maar het team geeft niet zomaar op. De enige omstandigheid waarin het team de begeleiding noodgedwongen moet stopzetten is wanneer de cliënt uit huis wordt gezet of in de gevangenis terechtkomt. In het kader van dit pilotproject mag men enkel cliënten begeleiden die sociaal huren. Op zich is dit een jammere zaak, want bij een uithuiszetting is de nood aan ondersteuning net groot. Dit is voorlopig één keer voorgevallen.

Toeleiding naar zorg

Het team leidt cliënten heel frequent toe naar zorg in het algemeen – dat hoeft niet altijd de GGZ te zijn. Vaak schakelt men familiehelp, een poetsdienst, een bewindvoerder, etc. in. Het toeleiden naar GGZ is niet altijd evident. Het gemak waarmee men hierin slaagt hangt samen met het zorgverleden van de cliënt. Cliënten die nog nooit in contact kwamen met de GGZ kan men relatief makkelijk toeleiden. Bij cliënten die al een heel zorgparcours achter de rug hebben, lukt dit minder goed. Sommige cliënten hebben zulke negatieve ervaringen met de GGZ dat ze moeilijk te overtuigen zijn om opnieuw de stap daarnaartoe te zetten. Bij andere cliënten is de vroegere behandeling in de GGZ dusdanig misgelopen dat ze niet meer welkom zijn in de betreffende voorziening. Dan moet men uitwijken naar andere voorzieningen die verder gelegen zijn en daar is de cliënt vaak niet voor te vinden. In de regio is er bovendien geen mobiel team actief wat als een gemis ervaren wordt.

Beperking overlast

Het team slaagt er af en toe in om de woonoverlast te beperken. Vooral de coaching van de sociale woonactoren over psychische problemen en hoe hiermee om te gaan maakt een verschil. De sociale

huisvester heeft hierdoor meer begrip voor de situatie van de cliënt waardoor de band tussen beide partijen verbetert.

Voorkomen uithuiszetting

In het begin kreeg het team al eens te maken met een uithuiszetting doordat de cliënt laattijdig werd aangemeld. Als het team daarbovenop moeilijk contact kan leggen met de cliënt, komt het voor dat er geen marge meer is om te interveniëren en de cliënt toch uit huis wordt gezet. Ondertussen is er wel al verbetering op dat vlak. Cliënten worden nu sneller aangemeld waardoor men er vaak wel in slaagt om uithuiszetting te voorkomen. Men merkt dat die personen het team heel dankbaar zijn.

Een manco van dit pilootproject is dat sociaal huren een inclusiecriteria is. Wanneer de cliënt in de gevangenis belandt of dakloos wordt, kan het team hem niet meer verder begeleiden. Met beide gevallen kreeg het team al te maken. Voor de cliënt in kwestie is dit bijzonder pijnlijk, want het beetje vertrouwen dat hij in de zorg hervond, wordt zo opnieuw aan diggelen geslagen.

Voorkomen gedwongen opname

Het aanklappend team kreeg één keer te maken met een gedwongen opname. Men vermoedt dat er bij de betreffende cliënt sprake was van een psychopathische persoonlijkheidsstoornis.

Mentaal welbevinden en kwaliteit van leven

Het aanklappend team gaat ervan uit dat ze met de begeleidingen het mentaal welbevinden en de kwaliteit van leven van de cliënten verbeteren. Dat is ook de voornaamste doelstelling van het pilootproject. Veel cliënten zijn het team dankbaar hoewel ze dit niet altijd even goed kunnen uiten. De bedoeling is evenwel om de cliënten in de toekomst een korte tevredenheidsvragenlijst te laten invullen, zodat men hier nog beter zicht op krijgt.

7 Samenvattend overzicht van de kwantitatieve resultaten van de audits

Tabel 3 op de volgende pagina geeft een samenvattend overzicht van de kwantitatieve resultaten van de zes pilootprojecten aanklappende zorg op de audit en maakt het mogelijk om de pilootprojecten tegenover elkaar te positioneren.

Tabel 3 Samenvattend overzicht van de kwantitatieve resultaten van de audits aanklappende zorg.

PILOOTPROJECTEN	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Deel 1: visie en werkwijze (5)	5	2	5	3	5	4
Visie en werkwijze	5	2	5	3	5	4
Deel 2: capaciteit en samenstelling (15)	12	11	9	13	14	9
Evenwichtige caseload: aantal cliënten dat 1 VTE hulpverlener begeleidt	11	7	14	6	13	12
Samenstelling team	5	5	5	5	4	4
Capaciteit	2	1	2	3	5	3
Betrokkenheid psychiater	5	5	2	5	5	2
Deel 3: deskundigheid (15)	15	13	11	11	15	14
Deskundigheid	5	5	3	5	5	4
Deskundigheidsbevordering	5	5	5	5	5	5
Intervisie	5	3	3	1	5	5
Deel 4: samenwerking (25)	20	14,5	22	17	24	19
Gedeelde caseload	3	3	4	3	5	3
Frequentie teamoverleg	3	3	3	3	5	3
Opkomst teamoverleg	4	5	5	5	5	5
Samenwerking met woonactoren	5	1,5	5	2	5	3
Samenwerking met PWB van CAW	5	2	5	4	4	5
Deel 5: aanmelding (10)	10	5	10	9	6	10
Aanmelding	5	4	5	4	5	5
Wachttijd	5	1	5	5	1	5
Deel 6: begeleiding (40)	35	27	31	33	37	35
Contactfrequentie	1	2	1	2	2	2
Outreachend werk	5	5	5	5	5	5
Assessment	5	2	3	3	5	4
Multidisciplinaire praktische zorg	5	5	5	4	5	5
Samenwerking met context	5	3	3	5	5	4
Begeleidingstraject	4	3	4	5	5	5
Aanklappende zorg	5	4	5	5	5	5
Continuïteit en nazorg	5	3	5	4	5	5
TOTAAL (110) (excursief caseload)	97	72,5	88	86	101	91

Hoofdstuk 4

Analyse registratiegegevens van de pilootprojecten “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”

Om zicht te krijgen op de doelgroep en het begeleidingstraject van de pilootprojecten aanklampende zorg, analyseerden de onderzoekers de registratiegegevens die de zes pilootprojecten in de periode tussen januari 2018 en augustus 2019 verzamelden. Dit hoofdstuk bespreekt achtereenvolgens:

- Het aantal begeleide sociale huurders
- De socio-demografische kenmerken van de sociale huurders
- De aanmelder van de sociale huurders
- Het zorgverleden van de sociale huurders
- De aard van de problematiek van de sociale huurders
- Relevante kenmerken met betrekking tot het begeleidingstraject
- De mate waarin er een uithuiszetting of een gedwongen opname plaatsvond

1 Het aantal begeleide sociale huurders

Sedert de opstart begeleidden de zes pilootprojecten samen 367 sociale huurders. Sommige van deze begeleidingen zijn nog lopende; andere zijn reeds afgerond (zie punt 6.1). Tabel 4 geeft het aantal begeleide sociale huurders per pilootproject weer: dit aantal is het laagst in project 2 en het hoogst in project 5.

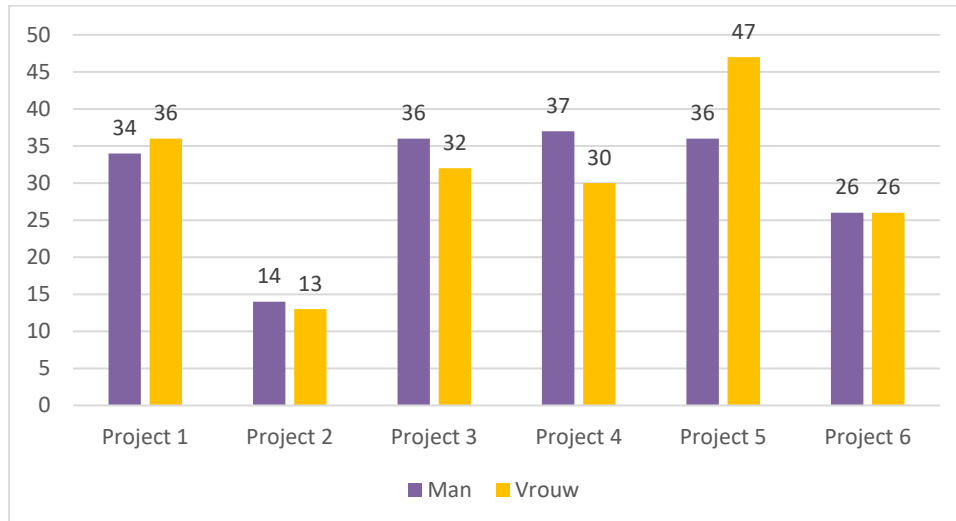
Tabel 4 Aantal sociale huurders per pilootproject aanklampende zorg.

Pilootproject	Aantal
Project 1	70
Project 2	27
Project 3	68
Project 4	67
Project 5	83
Project 6	52
TOTAAL	367

2 De socio-demografische kenmerken van de sociale huurders

2.1 Geslacht

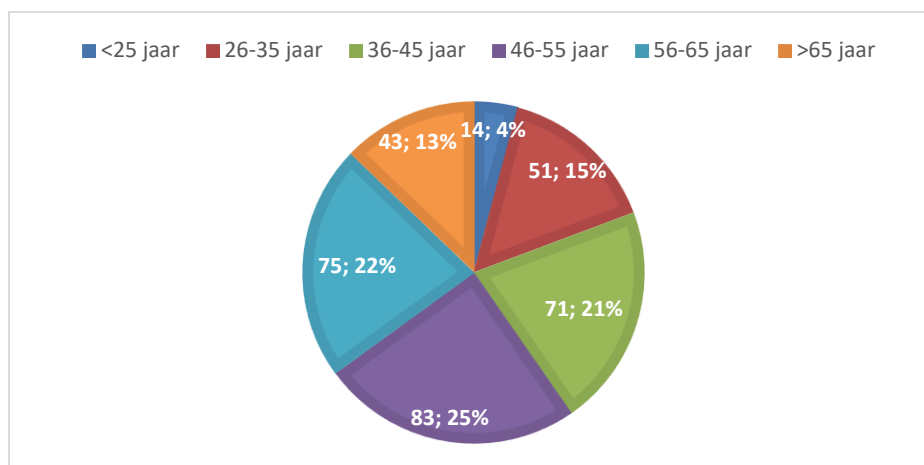
Over de zes pilootprojecten heen is het aantal sociale huurders van het mannelijke ($n=183$) en het vrouwelijke geslacht ($n=184$) gelijk verdeeld. Ook tussen de pilootprojecten is de geslachtsverdeling min of meer gelijk [$\chi^2(5)=2.52$; $p=.77$] (zie Figuur 1). In de projecten 1, 2, 3 en 6 is de verdeling van geslacht quasi gelijk. Project 4 begeleidde iets meer cliënten van het mannelijke geslacht, terwijl project 5 meer vrouwelijke sociale huurders opvolgde.



Figuur 1 Verdeling “geslacht” per pilootproject aanklappende zorg.

2.2 Leeftijd

Figuur 2 geeft een overzicht van de leeftijdsverdeling van de sociale huurders over de zes pilootprojecten heen. Drie op de vijf sociale huurders (circa 60%) is tussen de 36 en de 65 jaar. Ongeveer 13% van de huurders is ouder dan 65 jaar en 4% is jonger dan 25 jaar.



Figuur 2 Verdeling “leeftijd” over de pilootprojecten aanklappende zorg heen.

De leeftijdsverdeling verschilt significant tussen de pilootprojecten [$\chi^2(25)=48.03$; $p<.01$] (zie Tabel 5). In alle pilootprojecten bestaat de doelgroep voor een groot deel uit cliënten tussen de 36 en 65 jaar.

Jongvolwassenen behoren in alle pilootprojecten slechts tot een minderheid van de doelgroep. Ook cliënten tussen de 26 en 35 jaar zijn in verschillende pilootprojecten een minderheid, met name in de projecten 2, 3 en 5. In de pilootprojecten 1, 4 en 6 bestaat de doelgroep wel voor een aanzienlijk deel uit cliënten tussen de 26 en 35 jaar. Wat de 65-plussers betreft zien we eveneens een grote variatie tussen de projecten. Zo begeleiden de projecten 4 en 5 een behoorlijk aantal oudere cliënten, terwijl dit voor de andere pilootprojecten minder geldt.

Tabel 5 Verdeling “leeftijd” per pilootproject aanklampende zorg.

Leefvorm	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
<25 jaar	6 (9%)	0 (0%)	2 (5%)	2 (3%)	1 (1%)	3 (6%)
26-35 jaar	19 (27%)	0 (0%)	3 (8%)	15 (22%)	5 (6%)	9 (17%)
36-45 jaar	16 (23%)	10 (37%)	9 (24%)	11 (16%)	17 (20%)	8 (15%)
46-55 jaar	17 (24%)	8 (30%)	7 (18%)	15 (22%)	20 (24%)	16 (31%)
56-65 jaar	10 (14%)	6 (22%)	12 (32%)	13 (19%)	23 (28%)	11 (21%)
>65 jaar	2 (3%)	3 (11%)	5 (13%)	11 (16%)	17 (21%)	5 (10%)

2.3 Nationaliteit

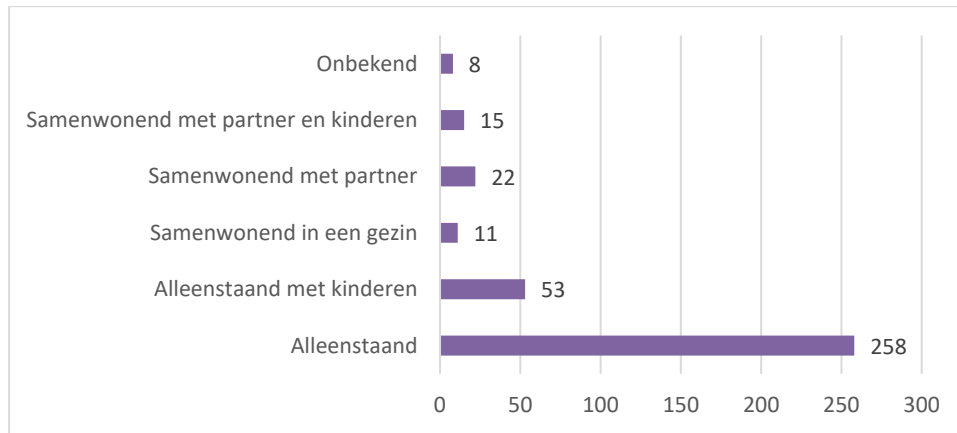
De meerderheid van de cliënten heeft de Belgische nationaliteit ($n=318$; 87%). Tussen de pilootprojecten is er geen significant verschil wat de nationaliteit van de cliënten betreft [$\chi^2(10)=16.94$; $p=.08$] (zie Tabel 6). Voor elk van de pilootprojecten geldt dat de overgrote meerderheid van de cliënten de Belgische nationaliteit heeft. Niettemin merken we op dat de doelgroep van project 6 bijna uitsluitend uit cliënten met een Belgische nationaliteit bestaat, terwijl in de projecten 3 en 5 één op vijf cliënten van niet-Belgische origine is.

Tabel 6 Verdeling “nationaliteit” per pilootproject woonvormen aanklampende zorg.

Pilootproject	Aantal Belg	Aantal niet-Belg	Onbekend
Project 1	63 (90%)	6 (10%)	1 (1%)
Project 2	25 (93%)	2 (7%)	0 (0%)
Project 3	55 (81%)	12 (19%)	1 (1%)
Project 4	58 (87%)	7 (13%)	2 (3%)
Project 5	66 (80%)	12 (20%)	5 (6%)
Project 6	51 (98%)	1 (2%)	0 (0%)

2.4 Leefvorm

De grote meerderheid van de cliënten ($n=258$; 70%) is alleenstaand. Circa 15% is alleenstaand met kinderen en 13% woont samen met partner, met partner en kinderen of in een gezin (zie Figuur 3).



Figuur 3 Verdeling “leefvorm” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

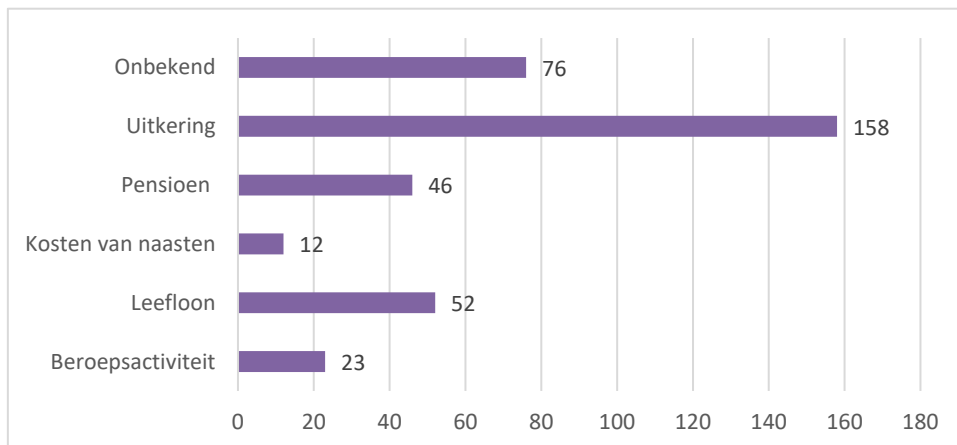
Tussen de pilootprojecten is er een significant verschil wat de leefvorm van de doelgroep betreft [$\chi^2(25)=73.67$; $p<.001$] (zie Tabel 7). Voor de projecten 2, 3, 5 en 6 geldt dat meer dan driekwart van de cliënten alleenstaand is. De doelgroep van pilootproject 1 is het meest heterogeen qua leefvorm: de helft van de cliënten is alleenstaand, een kwart is alleenstaand met kinderen en twee op tien is samenwonend met partner of samenwonend met partner en kind.

Tabel 7 Verdeling “leefvorm” per pilootproject woonvormen aanklampende zorg.

Leefvorm	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Alleenstaand	32 (46%)	21 (78%)	51 (75%)	42 (63%)	69 (83%)	43 (83%)
Alleenstaand met kinderen	18 (26%)	5 (18%)	7 (10%)	8 (12%)	9 (11%)	6 (11%)
Samenwonend in gezin	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	6 (9%)	2 (2%)	1 (2%)
Samenwonend met partner	8 (11%)	1 (4%)	6 (9%)	3 (4%)	3 (4%)	1 (2%)
Samenwonend met partner en kind	9 (13%)	0 (0%)	3 (4%)	2 (3%)	0 (0%)	1 (2%)
Onbekend	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (9%)	0 (0%)	0 (0%)

2.5 Inkomen

De grootste groep cliënten leeft van een uitkering ($n=158$; 43%). Slechts een kleine groep heeft een eigen inkomen op basis van een beroepsactiviteit ($n=23$; 6%) (zie Figuur 4).



Figuur 4 Verdeling “inkomen” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

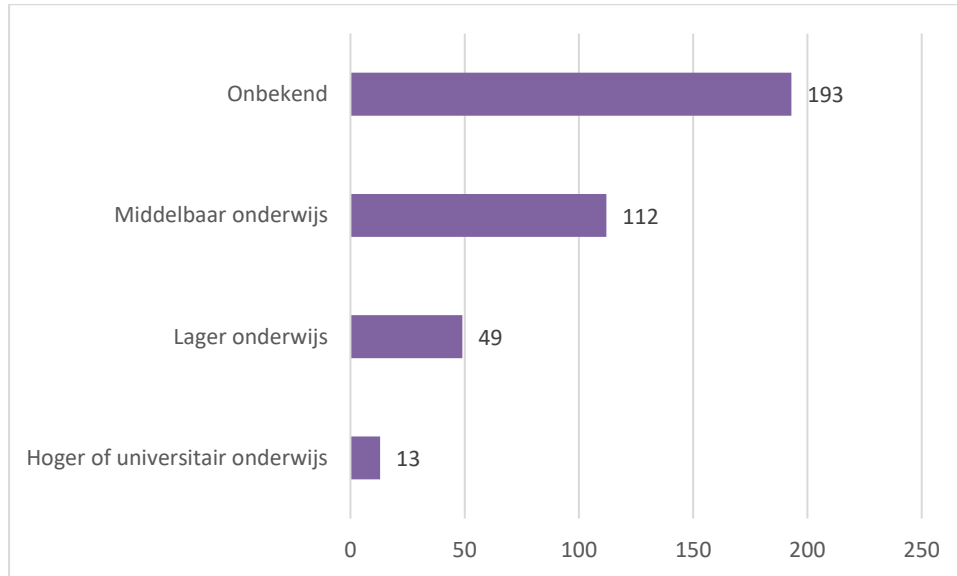
Tussen de pilootprojecten is er een significant verschil wat de verdeling van inkomen betreft [$\chi^2(25)=93.69$; $p<.001$]. Voor de projecten 3 en 4 geldt dat de variabele “inkomen” voor een groot deel van de cliënten de waarde “onbekend” heeft, waardoor de gegevens voor beide pilootprojecten minder betrouwbaar zijn. In de andere pilootprojecten leeft bijna de helft van de doelgroep van een uitkering. We merken eveneens op dat in vergelijking met de andere pilootprojecten project 1 aanmerkelijk meer cliënten telt met een eigen beroepsinkomen ($n=13$; 19%) en project 5 meer cliënten die leven van een pensioen ($n=19$; 23%) (zie Tabel 8).

Tabel 8 Verdeling “inkomen” per pilootproject aanklampende zorg.

Inkomen	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Eigen beroepsactiviteit	13 (19%)	0 (0%)	2 (3%)	3 (4%)	2 (2%)	3 (6%)
Leefloon	10 (14%)	5 (18%)	12 (18%)	8 (12%)	8 (10%)	9 (17%)
Leeft op kosten naasten	5 (7%)	0 (0%)	1 (1%)	2 (3%)	3 (4%)	1 (2%)
Pensioen	1 (1%)	4 (15%)	9 (13%)	8 (12%)	19 (23%)	5 (10%)
Uitkering	31 (44%)	18 (67%)	16 (23%)	22 (33%)	43 (52%)	28 (54%)
Onbekend	10 (14%)	0 (0%)	28 (41%)	24 (36%)	8 (10%)	6 (11%)

2.6 Hoogst behaalde diploma

Voor de meeste cliënten is het niet geweten wat hun hoogst behaalde diploma is ($n=193$; 53%). Van de cliënten waarvoor dit wel geweten is, heeft de grootste groep een diploma van het middelbaar ($n=112$; 30%). Slechts een selecte groep beschikt over een diploma hoger onderwijs ($n=13$; 3%) (zie Figuur 5).



Figuur 5 Verdeling “diploma” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

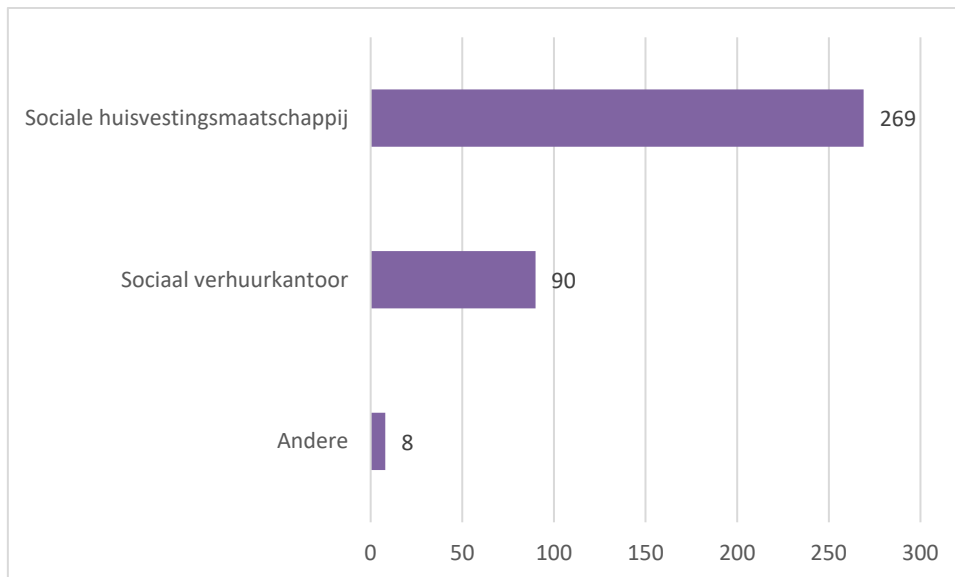
De verdeling “Diploma” is significant verschillend voor de pilootprojecten [$\chi^2(15)=51.23$; $p<.001$] (zie Tabel 9). Voor alle pilootprojecten geldt dat de begeleiders voor de meeste cliënten niet weten wat hun hoogst behaalde diploma is: dit is voor minimaal 40% van de cliënten het geval. In vergelijking met de andere pilootprojecten begeleidt project 5 veel cliënten die enkel een diploma lager onderwijs hebben. De mogelijkheid bestaat dat de restcategorie “onbekend”, die vooral voor de projecten 2, 3, 4 en 6 omvangrijk is, eveneens een aantal cliënten telt met enkel een diploma lager onderwijs.

Tabel 9 Verdeling “diploma” per pilootproject aanklampende zorg.

Hoogst behaalde diploma	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Lager onderwijs	5 (7%)	5 (18%)	2 (3%)	3 (4%)	24 (29%)	10 (19%)
Middelbaar onderwijs	32 (46%)	7 (26%)	12 (18%)	23 (34%)	24 (29%)	14 (27%)
Hoger onderwijs	2 (3%)	1 (4%)	4 (6%)	1 (1%)	2 (2%)	3 (6%)
Onbekend	30 (43%)	14 (52%)	49 (72%)	38 (57%)	33 (40%)	25 (48%)

3 De aanmelder van de sociale huurders

De meerderheid van de cliënten wordt aangemeld door de sociale huisvestingsmaatschappij ($n=269$; 73%), een derde door het Sociaal Verhuurkantoor ($n=90$; 24%) en twee percent door een andere instantie (zie Figuur 6).



Figuur 6 Verdeling “aanmelder” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

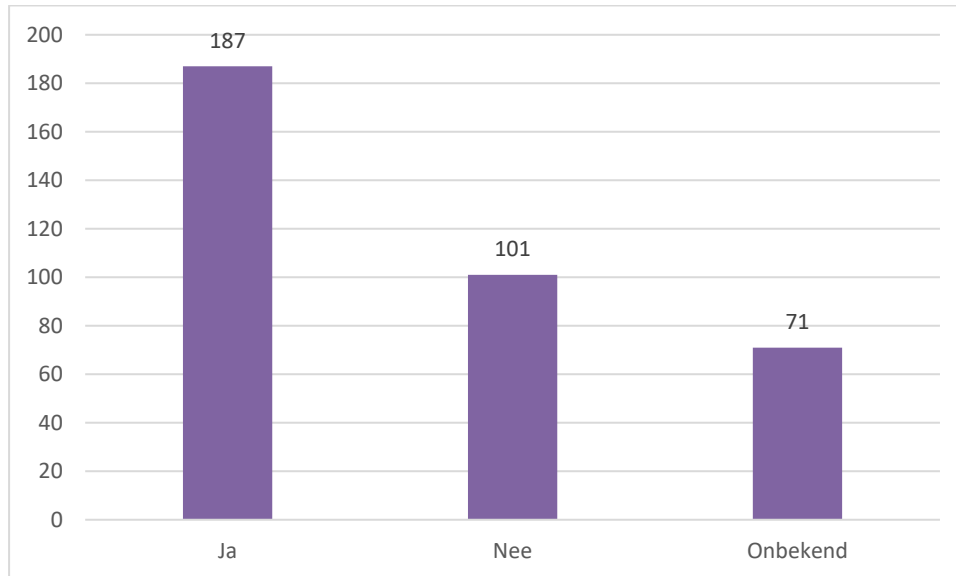
Tussen de pilootprojecten verschilt de aanmelder significant [$\chi^2(10)=51.08$; $p<.001$] (zie Tabel 10). In de pilootprojecten 1, 2, 4, 5 en 6 wordt de meerderheid van de cliënten (67% à 85%) aangemeld door de sociale huisvestingsmaatschappij. In project 3 is het aantal cliënten dat wordt aangemeld door de sociale huisvestingsmaatschappij en het sociale verhuurkantoor min of meer gelijk. De projecten 4 en 6 zijn de enige twee pilootprojecten waar naast de sociale woonpartners nog andere partners cliënten kunnen aanmelden.

Tabel 10 Verdeling “aanmelder” per pilootproject aanklampende zorg.

Aanmelder	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Sociale huisvestingsmaatschappij	52 (74%)	23 (85%)	37 (54%)	45 (67%)	76 (92%)	36 (69%)
Sociaal verhuurkantoor	18 (26%)	4 (15%)	31 (46%)	19 (28%)	7 (8%)	11 (21%)
Andere	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (4%)	0 (0%)	5 (10%)

4 Het zorgverleden van de sociale huurders

De helft van de cliënten heeft een verleden in de GGZ ($n=187$; 51%). Voor 20% van de cliënten weten de teams niet of er sprake is van een zorgverleden (zie Figuur 7).



Figuur 7 Zorgverleden over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

De mate waarin de cliënten een zorgverleden hebben, verschilt significant tussen de pilootprojecten [$\chi^2(15)=36.50$; $p<.01$] (zie Tabel 11). In de projecten 1, 3 en 4 heeft iets minder dan de helft van de cliënten een verleden in de zorg. Voor de projecten 2, 5 en 6 geldt dit voor meer dan drie op vijf cliënten. In pilootproject 2 heeft zelfs driekwart van de cliënten een zorgverleden.

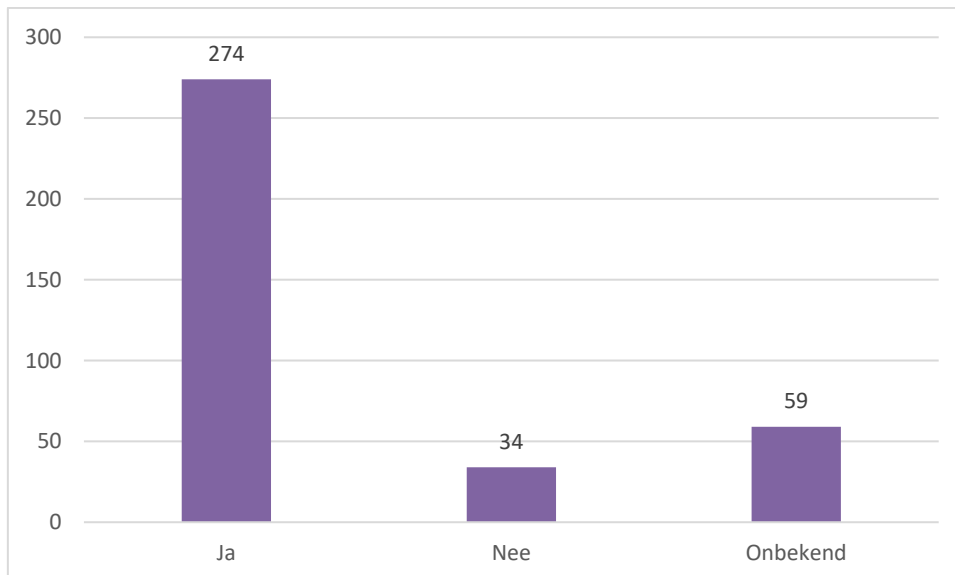
Tabel 11 Verdeling "Zorgverleden" per pilootproject aanklampende zorg.

Zorgverleden	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	33 (47%)	20 (74%)	29 (43%)	26 (39%)	48 (58%)	31 (60%)
Nee	18 (26%)	5 (18%)	21 (31%)	16 (24%)	25 (30%)	16 (31%)
Onbekend	15 (21%)	2 (7%)	18 (26%)	21 (31%)	10 (12%)	5 (10%)

5 De aard van de problematiek van de sociale huurders

5.1 Meervoudige problematiek

Driekwart van de cliënten heeft een meervoudige problematiek ($n=274$; 75%) (zie Figuur 8).



Figuur 8 Verdeling “meervoudige problematiek” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

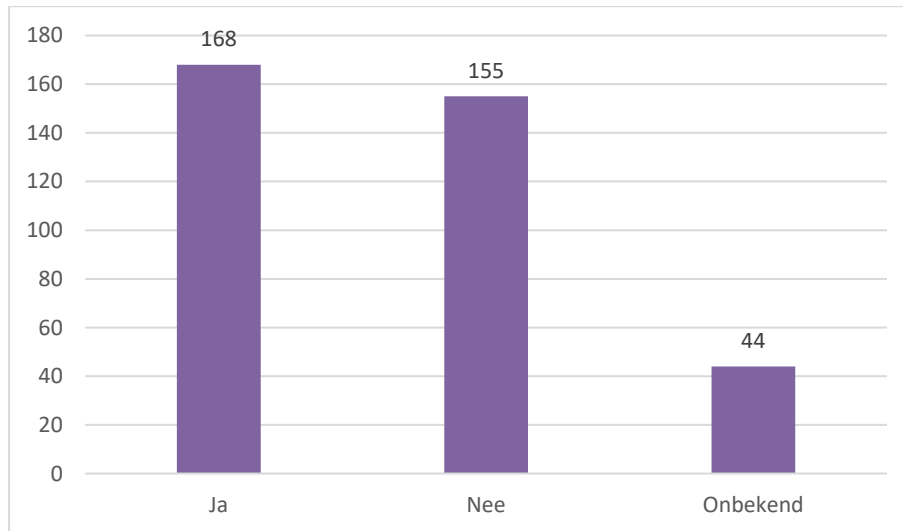
De resultaten verschillen significant tussen de zes pilootprojecten [$\chi^2(10)=148.44$; $p<.001$] (zie Tabel 12). In de pilootprojecten 2 en 5 hebben alle cliënten een meervoudige problematiek, terwijl de projecten 1, 3, 4 en 6 een kleine groep cliënten met een enkelvoudige problematiek tellen.

Tabel 12 Verdeling “meervoudige problematiek” per pilootproject aanklampende zorg.

Meervoudige problematiek	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	48 (69%)	27 (100%)	17 (25%)	53 (79%)	83 (100%)	46 (88%)
Nee	11 (16%)	0 (0%)	13 (19%)	4 (6%)	0 (0%)	6 (11%)
Onbekend	11 (16%)	0 (0%)	38 (56%)	10 (15%)	0 (0%)	0 (0%)

5.2 Verslaving

Het aandeel cliënten met ($n=168$; 46%) en zonder verslaving ($n=155$; 42%) is circa gelijk verdeeld (zie Figuur 9).



Figuur 9 Verdeling “verslaving” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

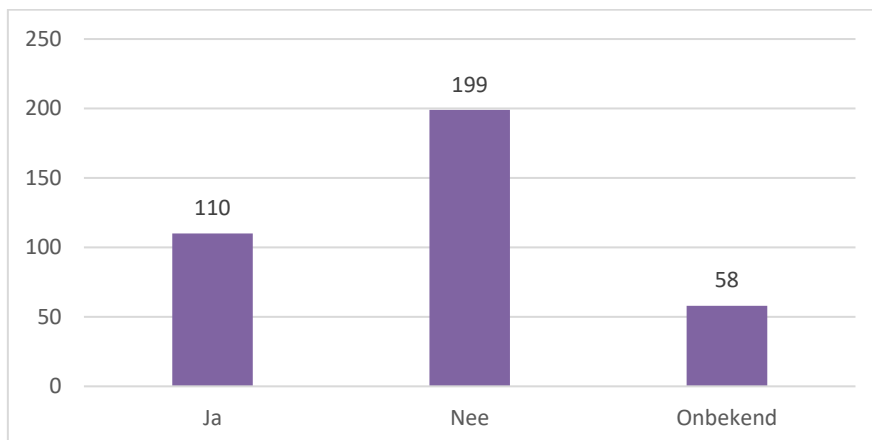
Verdere analyse toont evenwel dat het aandeel cliënten met een verslaving significant verschilt tussen de pilootprojecten [$\chi^2(10)=78.80$; $p<.001$]. In de pilootprojecten 2, 4 en 6 ligt het aantal cliënten met een verslaving een stuk hoger dan in de pilootprojecten 1, 3 en 5. In eerstgenoemde projecten heeft circa twee derde van de cliënten een verslaving terwijl in laatstgenoemde projecten slechts een derde van de cliënten een verslaving heeft (zie Tabel 13).

Tabel 13 Verdeling “verslaving” per pilootproject aanklampende zorg.

Verslaving	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	27 (39%)	18 (67%)	23 (34%)	41 (61%)	27 (32%)	32 (62%)
Nee	32 (46%)	9 (33%)	21 (31%)	19 (28%)	54 (65%)	20 (38%)
Onbekend	11 (16%)	0 (0%)	24 (35%)	7 (10%)	2 (2%)	0 (0%)

5.3 Cognitieve beperking

Dertig percent van de cliënten heeft een cognitieve beperking ($n=110$; 30%). Iets meer dan de helft van de cliënten heeft geen beperking ($n=199$; 54%) (zie Figuur 10).



Figuur 10 Verdeling “cognitieve beperking” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

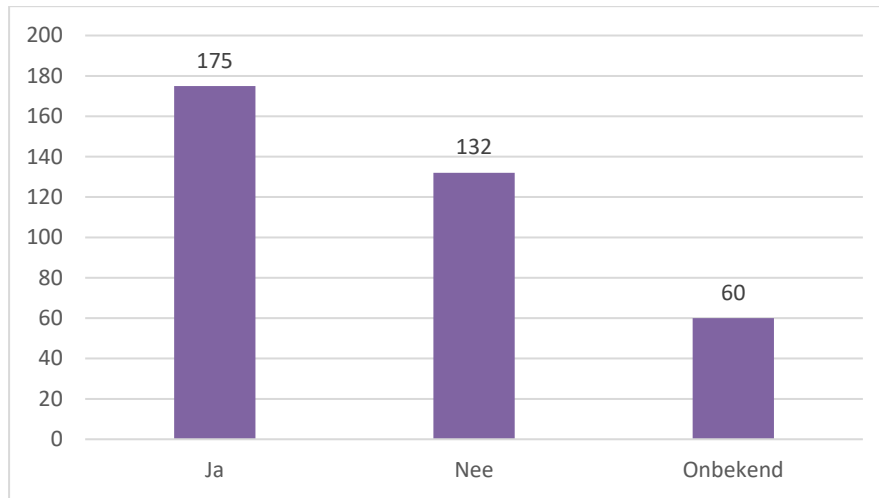
Het aandeel cliënten met een cognitieve beperking verschilt significant tussen de pilootprojecten [$\chi^2(10)=91.04$; $p<.001$]. In vergelijking met de pilootprojecten 2, 3 en 4 begeleiden de pilootprojecten 1, 5 en 6 een aanzienlijk aantal cliënten met een cognitieve beperking (zie Tabel 14). In de projecten 1 en 6 heeft circa een derde en in project 5 maar liefst de helft van de cliënten een cognitieve beperking.

Tabel 14 Verdeling “cognitieve beperking” per pilootproject aanklampende zorg.

Cognitieve beperking	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	27 (39%)	4 (15%)	11 (16%)	9 (13%)	44 (53%)	15 (29%)
Nee	32 (46%)	23 (85%)	28 (41%)	46 (69%)	34 (41%)	36 (69%)
Onbekend	11 (16%)	0 (0%)	29 (43%)	12 (18%)	5 (6%)	1 (2%)

5.4 Lichamelijke klachten

Bijna de helft van de cliënten heeft naast psychische problemen ook lichamelijke klachten ($n=175$; 48%) (zie Figuur 11).



Figuur 11 Verdeling “lichamelijke klachten” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

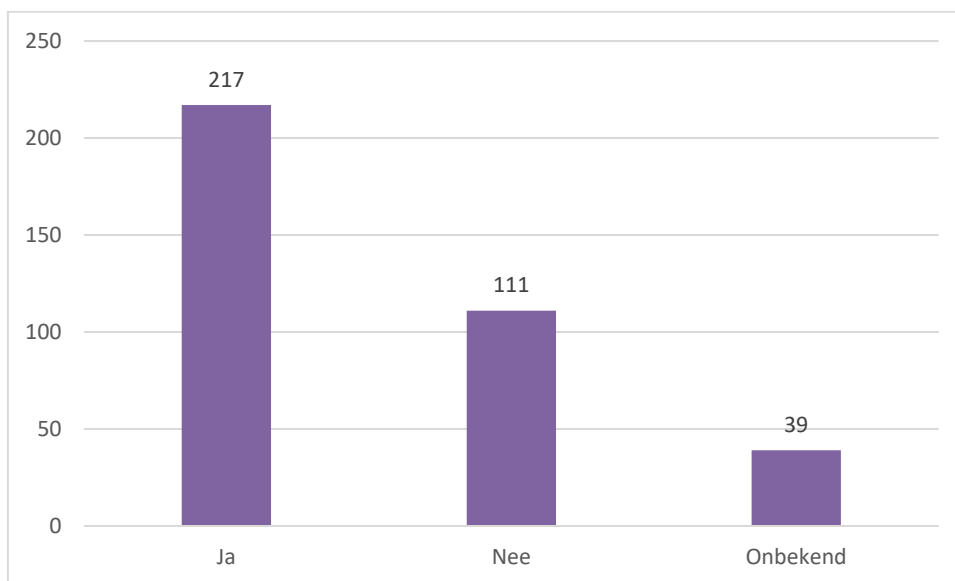
Ook hier zien we een significant verschil tussen de pilootprojecten [$\chi^2(10)=130.32$; $p<.001$]. In de pilootprojecten 5 en 6 heeft bijna driekwart van de cliënten lichamelijke klachten (zie Tabel 15). In de projecten 1 en 2 geldt dit voor iets minder dan de helft van de cliënten. In project 4 heeft de minderheid van de cliënten lichamelijke problemen. In project 3 is het voor de helft van de cliënten niet duidelijk of er sprake is van lichamelijke problemen, waardoor deze resultaten minder goed te interpreteren zijn.

Tabel 15 Verdeling “lichamelijke klachten” per pilootproject aanklampende zorg.

Lichamelijke klachten	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	29 (41%)	13 (48%)	24 (35%)	11 (16%)	61 (73%)	37 (71%)
Nee	29 (41%)	14 (52%)	11 (16%)	45 (67%)	18 (22%)	15 (29%)
Onbekend	12 (17%)	0 (0%)	33 (48%)	11 (16%)	4 (5%)	0 (0%)

5.5 Verwaarlozing

Voor circa 60% van de cliënten is er sprake van lichamelijke verwaarlozing of verwaarlozing van de woning (zie Figuur 12).



Figuur 12 Verdeling “verwaarlozing” over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

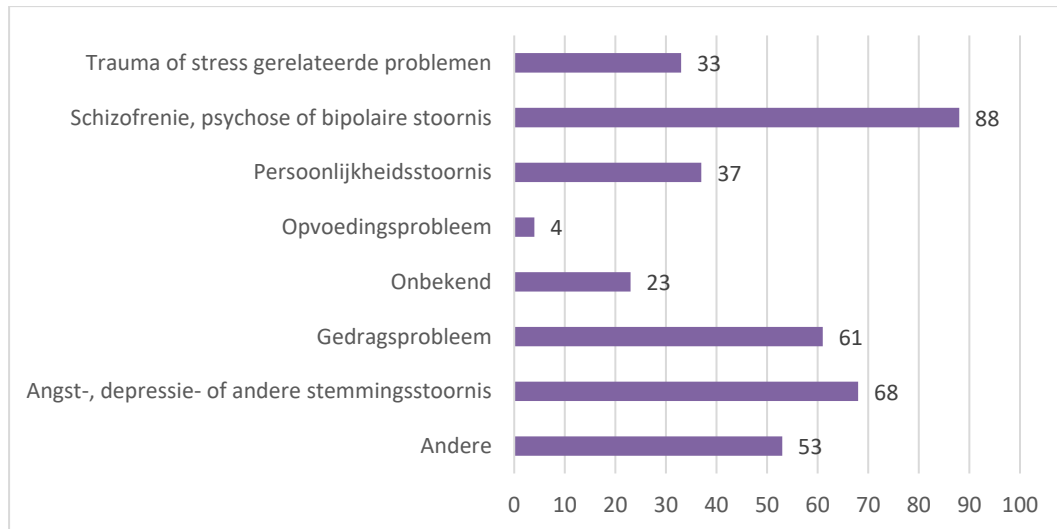
Het aantal cliënten waarbij er sprake is van verwaarlozing verschilt significant tussen de pilootprojecten [$\chi^2(10)=99.27$; $p<.001$]. In de projecten 4 en 6 is bij driekwart van de cliënten sprake van verwaarlozing (zie Tabel 16). Voor de projecten 2, 3 en 5 geldt dit voor de helft of iets meer dan de helft van de cliënten. We merken evenwel op dat in project 3 het voor een derde van de cliënten onduidelijk is of er sprake is van verwaarlozing, waardoor deze resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

Tabel 16 Verdeling “verwaarlozing” per pilootproject aanklampende zorg.

Verwaarlozing	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	28 (40%)	13 (48%)	37 (54%)	53 (79%)	47 (57%)	39 (76%)
Nee	31 (44%)	14 (52%)	7 (10%)	10 (15%)	36 (43%)	13 (25%)
Onbekend	11 (16%)	0 (0%)	24 (35%)	4 (6%)	0 (0%)	0 (0%)

5.6 Voornaamste psychische problematiek

Schizofrenie, psychose of een bipolaire stoornis komen het vaakst voor bij de cliënten: ongeveer een kwart van de cliënten heeft een dergelijke problematiek ($n=88$; 24%). Bij circa één op vijf cliënten ($n=68$; 18%) is er sprake van angst, depressie of een andere stemmingsstoornis en 17% heeft gedragsproblemen (zie Figuur 13). Een persoonlijkheidsstoornis en trauma of stress gerelateerde problemen komen bij één op tien cliënten voor. Tot slot, heeft 20% een andere of een onbekende psychische problematiek.



Figuur 13 Voornaamste psychische problematiek over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

De aard van de psychische problematiek die het vaakst op de voorgrond treedt verschilt significant tussen de pilootprojecten [$\chi^2(35)=126.37; p<.001$] (zie Tabel 17).

Tabel 17 Voornaamste psychische problematiek per pilootproject aanklampende zorg.

Voornaamste psychische problematiek	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Angst-, depressie- of andere stemmingsstoornis	12 (17%)	3 (11%)	22 (32%)	11 (16%)	10 (12%)	10 (19%)
Schizofrenie, psychose of bipolaire stoornis	5 (7%)	10 (37%)	12 (18%)	15 (22%)	37 (45%)	9 (17%)
Trauma of stress gerelateerde problemen	12 (17%)	1 (4%)	0 (0%)	8 (12%)	6 (7%)	6 (11%)
Persoonlijkheidsstoornis	6 (9%)	3 (11%)	7 (10%)	4 (6%)	7 (8%)	10 (19%)
Gedragsprobleem	14 (20%)	5 (18%)	11 (16%)	15 (22%)	4 (5%)	12 (22%)
Opvoedingsprobleem	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (2%)
Andere	6 (9%)	5 (18%)	16 (23%)	3 (4%)	19 (23%)	4 (8%)
Onbekend	13 (19%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (15%)	0 (0%)	0 (0%)

In project 1 komen gedragsproblemen het frequentst voor ($n=14$; 20%) en is er eveneens een aanzienlijke groep cliënten waarvoor de hoofdproblematiek niet meteen duidelijk is ($n=13$; 19%). In project 2 heeft meer dan een derde van de cliënten als voornaamste problematiek schizofrenie, psychose of een bipolaire stoornis ($n=10$; 37%). In project 3 heeft een derde van de cliënten een stemmingsstoornis ($n=22$; 32%) en een kwart van de cliënten een andere psychische problematiek ($n=16$; 23%). In project 4 behoren schizofrenie, psychose of een bipolaire stoornis en gedragsproblemen tot de hoofdproblematiek. Beiden komen bij één op vijf cliënten voor. In project 5 is schizofrenie, psychose of een bipolaire stoornis bij uitstek de meest voorkomende problematiek. Iets minder dan de helft van de cliënten heeft een van deze problemen. In project 6 tot slot komen gedragsproblemen, stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen ongeveer even frequent voor: elk van deze stoornissen komt bij circa één op vijf cliënten voor.

6 Relevante kenmerken m.b.t. het begeleidingstraject

6.1 Afgeronde begeleidingstrajecten

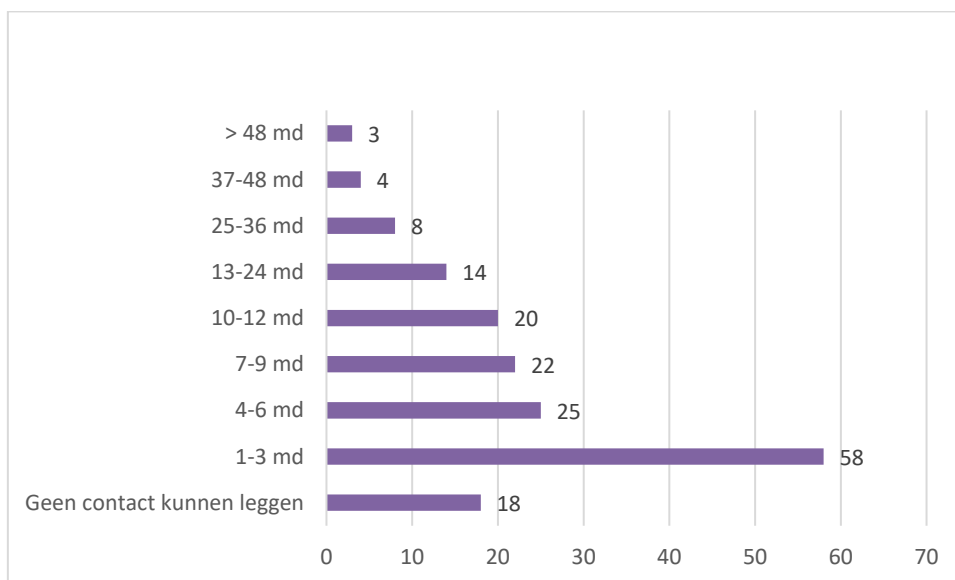
Van de 367 begeleidingstrajecten die werden opgestart, zijn er tot hiertoe 172 (47%) afgerond. Tussen de pilootprojecten is er een significant verschil voor wat betreft het aandeel afgeronde begeleidingstrajecten [$X^2(5)=19.58$; $p<.01$] (zie Tabel 18). In pilootproject 3 is twee derde van de opgestarte begeleidingen afgerond, in de projecten 1 en 5 is ongeveer de helft van de begeleidingen afgerond en in de projecten 2, 4 en 6 is een derde afgerond.

Tabel 18 Aantal afgeronde begeleidingstrajecten per pilootproject aanklappende zorg.

Afgerond traject	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	33 (47%)	9 (33%)	46 (68%)	25 (37%)	41 (49%)	18 (35%)
Nee	37 (53%)	18 (67%)	22 (32%)	42 (63%)	42 (51%)	34 (65%)

6.2 Duur begeleidingstrajecten

De begeleidingstrajecten kennen een gemiddelde duur van 8,9 maanden, waarbij de afgeronde trajecten gemiddeld 8,4 maanden duurden en de nog niet afgeronde trajecten tot hiertoe een gemiddelde duur van 9,2 maanden hebben. Figuur 14 geeft weer hoe frequent begeleidingstrajecten van een bepaalde duur voorkomen. Enkel de duurtijd van de afgeronde begeleidingstrajecten ($n=172$) werd hiervoor in rekening gebracht.



Figuur 14 Duur afgeronde begeleidingstrajecten over de pilootprojecten aanklappende zorg heen.

Voor ongeveer 10% van de begeleidingstrajecten ($n=18$) bleek het niet mogelijk om contact te leggen met de cliënt en werd het traject nooit opgestart. Voor een derde van de cliënten werd het begeleidingstraject na drie maanden afgerond ($n=58$; 34%) en 14% van de begeleidingstrajecten duurde tussen de vier en zes maanden ($n=25$). Dit betekent dat circa de helft van de begeleidingstrajecten binnen de zes maanden werd afgerond ($n= 83$; 48%). Een kwart van de trajecten duurde een half jaar à

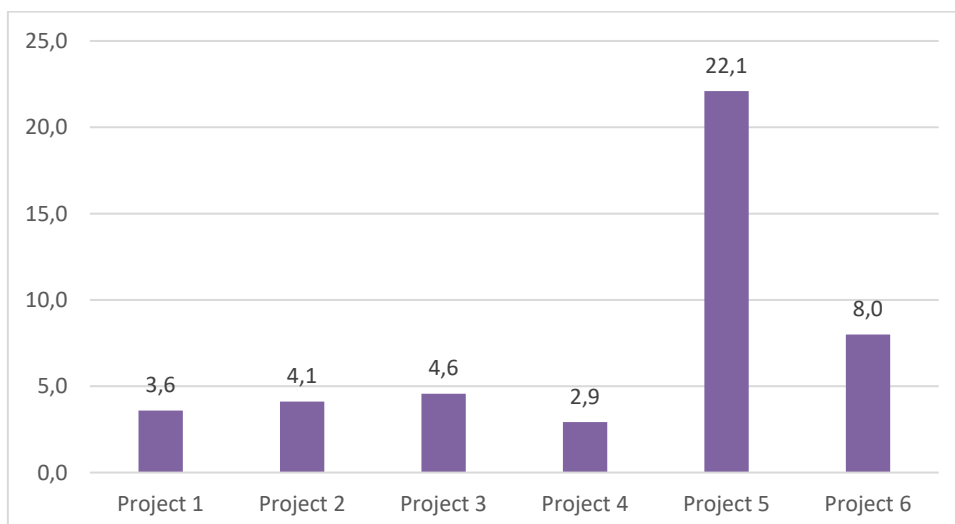
één jaar ($n=40$; 24%), ongeveer 8% van de trajecten duurde één à twee jaar ($n=14$) en 9% van de trajecten duurde meer dan twee jaar ($n=15$).

De duurtijd van de afgeronde begeleidingstrajecten verschilt significant tussen de pilootprojecten [$\chi^2(40)=169.65$; $p<.001$]. Tabel 19 geeft weer hoe frequent begeleidingstrajecten van een bepaalde duur voorkomen binnen elk pilootproject. Opnieuw werd enkel de duurtijd van de afgeronde begeleidingstrajecten ($n=172$) in rekening gebracht. In de projecten 1, 2 en 4 werden quasi alle begeleidingen binnen de negen maanden afgerond. In de projecten 3 en 6 werden zo goed als alle trajecten binnen de 12 maanden afgerond. In project 5 duurden de begeleidingstrajecten veel langer dan in de andere pilootprojecten. Ongeveer een derde van de trajecten ($n=15$; 36%) werd binnen het jaar afgerond, terwijl twee derde van de trajecten meer dan een jaar duurden ($n=26$; 64%). Een derde van de trajecten duurde zelfs tussen de twee à vier jaar. Wat daarnaast opvalt is dat in project 4 het voor bijna de helft van de cliënten niet mogelijk blijkt om contact te leggen met de cliënt. In project 1 wordt één op vijf begeleidingstrajecten afgerond zonder dat er contact was met de cliënt.

Tabel 19 Duur afgeronde begeleidingstrajecten per pilootproject aanklappende zorg.

Duur afgeronde trajecten	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Geen contact kunnen leggen	6 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (48%)	0 (0%)	0 (0%)
1-3 maanden	16 (48%)	4 (44%)	22 (48%)	10 (40%)	3 (7%)	3 (17%)
4-6 maanden	6 (18%)	3 (33%)	12 (26%)	0 (0%)	1 (2%)	3 (17%)
7-9 maanden	4 (12%)	2 (22%)	4 (9%)	3 (12%)	4 (10%)	5 (28%)
10-12 maanden	0 (0%)	0 (0%)	8 (17%)	0 (0%)	7 (17%)	5 (28%)
13-24 maanden	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (27%)	2 (11%)
25-36 maanden	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (19%)	0 (0%)
37-48 maanden	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (10%)	0 (0%)
> 48 maanden	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (7%)	0 (0%)
Aantal afgeronde trajecten	33	9	46	25	41	18

Ook de gemiddelde duur van de afgeronde begeleidingstrajecten verschilt significant tussen de pilootprojecten [$F(5,153)=22.60$; $p<.001$]. Voor deze analyse werden de begeleidingstrajecten die nooit echt werden opgestart omdat het team er niet in slaagde om contact te leggen met de cliënt niet mee in rekening gebracht om de resultaten niet te vertekenen. Een begeleidingstraject duurt het minst lang in pilootproject 4 (gemiddeld 3 maanden) en het langst in pilootproject 5 (gemiddeld 22 maanden) (zie Figuur 15). De gemiddelde duurtijd van beide pilootprojecten ligt ontzettend ver uit elkaar: een begeleidingstraject duurt in project 5 gemiddeld zeven keer zo lang dan in project 4. In project 1 duurt een begeleidingstraject gemiddeld drie en een halve maand, in project 2 twee maanden, in project vier en een halve maand en in project 6 acht maanden.



Figuur 15 Gemiddelde duurtijd van de afgeronde begeleidingstrajecten per pilootproject aanklampende zorg.

6.3 Eenzijdige stopzetting

Van de 172 afgeronde begeleidingstrajecten werden er 24 (14%) eenzijdig door de cliënt stopgezet en 36 (21%) door het team. Zowel het aantal stopzettingen door de cliënt als het aantal stopzettingen door het team verschilt significant tussen de pilootprojecten [met respectievelijk $\chi^2(5)=17.89$; $p<.01$ en $\chi^2(5)=22.22$; $p<.01$] (zie Tabel 20). Wat vooral opvalt is dat in pilootproject 2 zes van de negen afgeronde trajecten eenzijdig werden stopgezet: vijf trajecten werden door de cliënt stopgezet en één traject werd door het team beëindigd. In project 4 werd de helft van de 26 afgeronde begeleidingstrajecten eenzijdig door het team stopgezet. In de projecten 3 en 6 werden het minst frequent geconfronteerd met een eenzijdige stopzetting door de cliënt of het team.

Tabel 20 Eenzijdige stopzetting per pilootproject aanklampende zorg.

Eenzijdige stopzetting	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Door cliënt	5 (15%)	5 (56%)	5 (11%)	0 (0%)	7 (17%)	2 (11%)
Door team	7 (21%)	1 (11%)	3 (6%)	13 (52%)	10 (24%)	2 (11%)
Aantal afgeronde trajecten	33	9	46	25	41	18

6.4 Toeleiding naar zorg

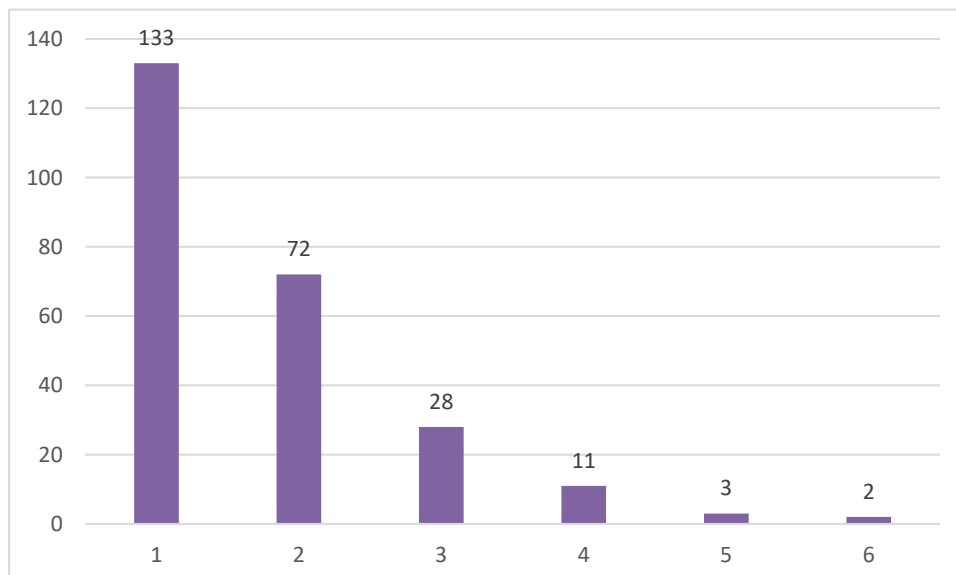
Van de 367 cliënten die in een van de zes pilootprojecten in begeleiding waren of nog steeds zijn, werden er 249 (68%) toegeleid naar een vorm van zorg. Het type voorziening waarnaar cliënten werden toegeleid is zeer divers (zie Tabel 21). Voorzieningen waarnaar de teams het meest frequent toeleiden zijn ambulante GGZ-voorzieningen ($n=56$; 22%), voorzieningen uit het algemeen welzijnswerk ($n=54$; 22%), residentiële GGZ-voorzieningen ($n=52$; 21%) en thuisdiensten ($n=50$; 20%). Voor de helft van de cliënten werd voor de variabele “toegeleide zorg” de waarde “andere” aangeduid. Met de waarde “andere” worden uiteenlopende voorzieningen bedoeld waaronder: de huisarts, het ziekenhuis, gespecialiseerde medische zorg, de tandarts, de sociale dienst van het ziekenfonds, opvoedkundige

ondersteuning, de jeugdrechtbank, de jeugdhulp, de pleegzorg, burenbemiddeling, schuldbemiddeling, een notaris, vrijwilligerswerk, een activiteitencentrum, daklozenopvang, transgender-infopunt, volwassenonderwijs, gevangenis, etc.

Tabel 21 Type toegeleide zorg over de pilootprojecten aanklampende zorg heen.

Type zorg waarnaar de cliënt wordt toegeleid	Aantal (%)
Ambulante GGZ (CGG, mobiel team, psychiater)	56 (22%)
Algemeen welzijnswerk (CAW, OCMW)	54 (22%)
Residentiële GGZ (BW, PZ, PAAZ, PVT)	52 (21%)
Thuisdiensten (thuiszorg, thuisverpleging, huishoudhulp)	50 (20%)
Sociale initiatieven (ontmoeting)	23 (9%)
Bewindvoerder	18 (7%)
Verslavingszorg	10 (4%)
Zorginstelling van het VAPH	8 (3%)
Woonzorgcentrum	8 (3%)
VDAB (GTB)	8 (3%)
VAPH (diensten ondersteuningsplan)	7 (3%)
Andere	133 (53%)

Wat het aantal toegeleide voorzieningen betreft, wordt voor de helft van de cliënten ($n=133$; 53%) één type zorgvoorziening ingeschakeld. Iets meer dan een kwart van de cliënten ($n=72$; 29%) wordt toegeleid naar twee types van zorgvoorzieningen en bij 11% van de cliënten ($n=28$) worden drie types van voorzieningen ingeschakeld (zie Figuur 16).



Figuur 16 Aantal voorzieningen die de pilootprojecten aanklampende zorg inschakelen.

Tussen de pilootprojecten is er een significant verschil wat de toeleiding naar zorg betreft [$\chi^2(5)=66.40$; $p<.001$] (zie Tabel 22). In de pilootprojecten 4 en 5 wordt de meerderheid van de cliënten toegeleid naar

Analyse registratiegegevens van de pilootprojecten
 “aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”

zorg, terwijl dit in de projecten 2, 3, en 6 voor iets meer dan de helft van de cliënten het geval is. In pilootproject 1 wordt voor iets minder dan de helft van de cliënten zorg ingeschakeld.

Tabel 22 Aantal cliënten dat per pilootproject aanklampende zorg wordt toegeleid naar zorg.

Toegeleid naar zorg	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	33 (47%)	16 (59%)	35 (51%)	55 (82%)	81 (98%)	29 (56%)
Nee	37 (53%)	11 (41%)	33 (49%)	12 (18%)	2 (2%)	23 (44%)

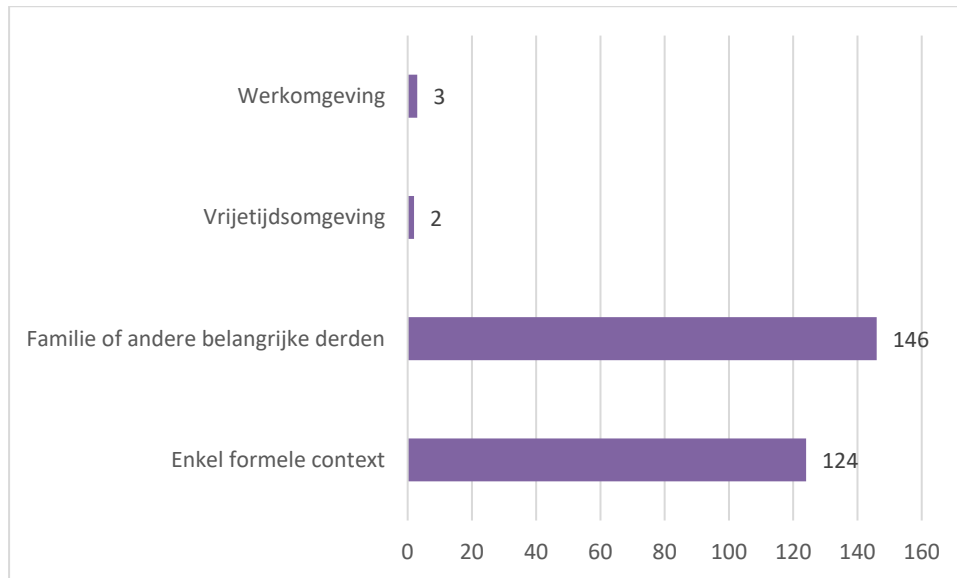
Tabel 23 geeft een overzicht van het type voorziening waarnaar cliënten binnen de zes pilootprojecten worden toegeleid. We merken op dat in de pilootprojecten 3, 5 en 6 in vergelijking met de andere projecten cliënten vaker worden toegeleid naar de GGZ. De helft of meer wordt doorverwezen naar hetzij de ambulante hetzij de residentiële GGZ.

Tabel 23 Type toegeleide zorg per pilootproject aanklampende zorg.

Toegeleid naar zorg	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ambulante GGZ	9 (26%)	5 (31%)	14 (40%)	6 (11%)	18 (22%)	4 (14%)
Residentiële GGZ	1 (3%)	1 (6%)	9 (26%)	7 (13%)	19 (23%)	15 (52%)
Verslavingszorg	3 (9%)	2 (13%)	1 (3%)	0 (0%)	2 (2%)	2 (7%)
Welzijnswerk	10 (29%)	4 (25%)	6 (17%)	10 (18%)	18 (22%)	7 (24%)
Thuisdiensten	7 (20%)	2 (13%)	4 (12%)	4 (7%)	23 (28%)	12 (41%)
Bewindvoerder	6 (17%)	0 (0%)	3 (9%)	2 (4%)	7 (8%)	0 (0%)
Sociale initiatieven	3 (9%)	3 (19%)	1 (3%)	2 (4%)	14 (17%)	0 (0%)
VDAB	1 (3%)	1 (6%)	0 (0%)	2 (4%)	3 (4%)	1 (3%)
Zorginstelling VAPH	2 (6%)	1 (6%)	0 (0%)	2 (4%)	1 (1%)	2 (7%)
DOP VAPH	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	5 (6%)	0 (0%)
Woonzorgcentrum	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	5 (6%)	2 (7%)
Andere	21 (60%)	2 (13%)	14 (40%)	40 (73%)	53 (64%)	7 (24%)

6.5 Betrokkenheid context

Voor ongeveer 70% van de cliënten ($n=261$) worden significante personen uit de context van de cliënt in het begeleidingstraject betrokken. Familie of andere belangrijke derden worden het vaakst betrokken en personen uit de vrijetijds- of werkomgeving worden zelden betrokken (zie Figuur 17).



Figuur 17 Type context die tijdens het begeleidingstraject betrokken wordt over de pilootprojecten aanklappende zorg heen.

Er is een significant verschil tussen de pilootprojecten voor wat betreft de mate waarin de teams de context van de cliënten tijdens de begeleiding betrekken [$\chi^2(10)=57.84$; $p<.001$]. De pilootprojecten 4, 5 en 6 betrekken voor vier op vijf cliënten de context (zie Tabel 24). Binnen de projecten 2 en 3 gebeurt dit voor twee op drie cliënten. Project 1 betreft de context voor slechts de helft van de cliënten.

Tabel 24 Betrokkenheid context per pilootproject aanklappende zorg.

Context wordt betrokken	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Ja	34 (49%)	18 (67%)	46 (68%)	55 (82%)	68 (82%)	40 (77%)
Nee	23 (33%)	9 (33%)	21 (31%)	4 (6%)	15 (18%)	12 (23%)

Ook het type van context dat betrokken wordt, verschilt significant tussen de pilootprojecten [$\chi^2(20)=91.02$; $p<.001$] (zie Tabel 25). In de pilootprojecten 4, 5 en 6 worden familieleden of andere belangrijke derden frequenter betrokken dan in de overige projecten. Vooral in project 3 worden familieleden of andere significante derden weinig betrokken. Men werkt daar in hoofdzaak samen met de formele context.

Tabel 25 Type context die tijdens het begeleidingstraject betrokken wordt per pilootproject aanklampende zorg.

Type context betrokken	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Enkel formele context	12 (17%)	12 (44%)	36 (53%)	20 (30%)	31 (37%)	13 (25%)
Familie of andere belangrijke derden	22 (31%)	6 (22%)	10 (15%)	36 (54%)	36 (43%)	36 (69%)
Vrijtijdsomgeving	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)
Werkomgeving	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (2%)

7 De mate waarin er een uithuiszetting of een gedwongen opname plaatsvond

Een uithuiszetting en een gedwongen opname komen zelden in de loop van het begeleidingstraject voor. Over alle projecten heen vonden er 27 uithuiszettingen (7%) en 18 gedwongen opnames (5%) plaats.

Tussen de pilootprojecten is er wel een significant verschil voor zowel het voorkomen van een uithuiszetting als een gedwongen opname [met respectievelijk $X^2(10)=57.81$; $p<.001$ en $X^2(10)=51.27$; $p<.001$] (zie Tabel 26). De pilootprojecten 4 en 6 werden het vaakst met een uithuiszetting geconfronteerd. Voor meer dan één op tien cliënten werd de uithuiszettingsprocedure opgestart terwijl de cliënt begeleiding kreeg van het aanklampend team. De projecten 2 en 5 kregen nauwelijks met een uithuiszetting te maken. Een gedwongen opname kwam het vaakst voor binnen pilootproject 6: één op tien cliënten werd gedwongen opgenomen. In de pilootprojecten 1 en 2 kwam een gedwongen opname nog niet eerder voor.

Tabel 26 Aantal uithuiszettingen en gedwongen opnames per pilootproject aanklampende zorg

	Project 1	Project 2	Project 3	Project 4	Project 5	Project 6
Uithuiszetting	6 (9%)	0 (0%)	4 (6%)	8 (12%)	1 (1%)	8 (15%)
Gedwongen opname	0 (0%)	0 (0%)	3 (4%)	4 (6%)	6 (7%)	5 (10%)

Hoofdstuk 5

Getuigenissen van sociaal huurders

Tijdens de evaluatie van de pilootprojecten aanklampende zorg verzamelden de onderzoekers 13 getuigenissen van sociale huurders die bij de aanklampende teams in begeleiding waren (twee à drie per pilootproject). Dit hoofdstuk beschrijft de meest sprekende getuigenissen en is bedoeld om de lezer een beter beeld te geven van het type cliënt waarmee de teams in aanraking komen. De getuigenissen maken gebruik van fictieve namen en vermelden nergens persoonlijke details die kunnen leiden tot de identificatie van de cliënt.

1 Kyan

Kyan ging twee jaar geleden alleen wonen in een woning van de sociale huisvestingsmaatschappij, maar zijn woonsituatie liep weldra uit de hand. Er kwamen vaak vrienden over de vloer om samen drugs te gebruiken. Zij zetten de boel op stelten en zorgden voor overlast. Geregeld kwamen er klachten van de burens en stond de politie aan de deur. Kyan gebruikte in die periode veel drugs, was constant stoned en leefde erg ongezond. Hij lag de hele dag in bed, kookte nooit, at slechts één keer per dag een ongezonde maaltijd, dronk veel suikerdranken en deed niets in het huishouden. Op het aanrecht stond een berg afwas en Kyan kocht plastic servies om zo weinig mogelijk te moeten afwassen. Eigenlijk zat Kyan op het randje van een depressie. Hij had ook veel huisdieren in zijn woning: een hond, twee katten, kittens, hamsters, muizen en vogels.

De woningmaatschappij meldde Kyan aan bij de PWB van het CAW om de woonproblemen aan te pakken en zij brachten hem uiteindelijk in contact met het aanklampend team. De begeleiding van het aanklampend team kwam geleidelijk en vrijblijvend op gang. In het begin werd er weinig gesproken, maar speelde de begeleider mee spelletjes op de computer. Naarmate hij meer kwam, vonden er vaker gesprekken plaats. Kyan kon aan zijn begeleider alles vertellen. Praten over drugs was geen taboe. De begeleider wist Kyan geleidelijk te overtuigen om af te kicken wat een heftige ervaring was.

Ondertussen gaat het een pak beter met Kyan. Hij verhuisde recent naar een andere woning, verbrak het contact met zijn vrienden, is volledig clean en kookt elke dag vers eten. Ook zijn huisdieren hebben allemaal een andere thuis gevonden. Zijn hond woont nu bij de vader van een vriend en zit daar goed. Zij gaan veel met hem wandelen en soms ziet hij de hond nog eens wat fijn is. Onlangs ging Kyan met een vriend op vakantie naar Tenerife en leerde hij tijdens een bezoek aan een orkashow dat plastic slecht is voor dieren. Kyan heeft zijn levensstijl in navolging hiervan volledig omgegooid en probeert nu zo weinig mogelijk plastic te kopen.

Het volgende waaraan Kyan gaat werken zijn de concentratieproblemen waarmee hij worstelt. Hij heeft binnenkort een afspraak met een psychiater om terug met zijn medicatie (Rilatine) te starten. Het plan is om op zoek te gaan naar werk van zodra het beter gaat met zijn concentratie. Welk werk dat is, maakt hem niet uit. Alles is goed.

2 Johan

Johan heeft een zware depressie en kwam via de begeleidster van het sociale verhuurkantoor in contact met het aanklampend team. Zij zag dat Johan er slecht aan toe was en sprak hem hierover aan. Ze stelde voor om het aanklampend team in te schakelen en legde hem uit wat zij voor hem konden betekenen. In het begin had Johan tegenstrijdige gevoelens m.b.t. het team. Hij wilde enerzijds met rust gelaten worden maar anderzijds toch ook geholpen worden. Hij ging er echter van uit dat de begeleidster van het verhuurkantoor het beste met hem voor had en zegde uiteindelijk toe. Vanaf het eerste contact had hij een goed gevoel over het aanklampend team en hij is nu ontzettend blij dat de begeleiding werd opgestart. Zonder het aanklampend team was hij er nu misschien niet meer geweest.

Johan maakte een moeilijke periode door. Hij had veel donkere gedachten die hem niet loslieten. In het verleden kreeg Johan hulp van het CAW maar zij konden hem niet helpen met zijn depressie. In 2017 werd Johan opgenomen in de PAAZ maar ook zij konden de psychologische hulp die hij nodig had niet bieden en verwezen Johan door naar het CGG in het kader van de nazorg. In het CGG is Johan omwille van de wachtlijsten nooit binnen geraakt. Het probleem met de hulpverlening is dat veel hulp kortstondig is en dat je voor langdurige begeleiding op een wachtlijst terecht komt. Johan had een dringende nood aan ondersteuning, maar de wachtlijsten verhinderden dat deze zorg kon opstarten. Hierdoor zijn de problemen van Johan beginnen escaleren. In het begin kon hij met zijn problemen nog terecht bij familie en vrienden, maar op de duur haakten zij af. Iedereen heeft een druk leven en Johan begrijpt dat mensen in de weinige vrije tijd die ze hebben niet altijd naar zijn geklaag willen luisteren.

Uiteindelijk stond Johan alleen met zijn sombere gedachten. Hij zat zodanig diep dat hij niet meer de energie vond om zelf uit de put te kruipen. Hij had een hand nodig waaraan hij zich kon optrekken. Het aanklampend team kwam net op het juiste moment. De psychologe van het team komt wekelijks op huisbezoek en dat ervaart Johan als een grote meerwaarde. Hij zou zelf nooit de deur zijn uitgegaan om een bezoek te brengen aan een psycholoog. Daarvoor had Johan simpelweg de energie niet. Wat Johan vooral apprecieert is de aanklampende aanpak van het team. Hij was niet thuis toen de psychologe van het team voor het eerst bij hem langskwam, maar gelukkig liet ze hem niet zomaar vallen en zocht ze hem opnieuw op.

Johan had nooit durven denken dat de begeleiding van het aanklampend team zo een grote invloed op hem zou hebben. De psychologe helpt hem om stap voor stap afstand te nemen van zijn donkere gedachten en zijn energie te herwinnen. Er is tijd en ruimte om met haar over zijn miserie te praten. Hierdoor krijgt hij weer wat grip op het leven, vindt hij de energie om kleine dingen te realiseren (zoals het huis opruimen) wat op zijn beurt een nieuwe dosis energie geeft. Tot voor kort stond het huis van Johan bomvol rommel. De psychologe steunt hem om beetje bij beetje op te ruimen waardoor het thuis weer wat gezelliger is, er rust in zijn hoofd ontstaat, zijn zelfrespect groeit en hij zich beter voelt als mens. Zo evolueert Johan geleidelijk aan in de goede richting. De zwaarte is er vandaag nog steeds, maar ze is minder overheersend. Ondertussen staat Johan opnieuw op de wachtlijst van een CGG, maar de huisbezoeken van het aanklampend team zijn volgens hem een noodzakelijke tussenstap. Het CGG had Johan niet kunnen helpen toen hij op zijn diepste punt zat, omdat hij op dat moment de kracht niet had om uit de zetel te komen en tot daar te gaan. Het aanklampend team helpt hem om deze kracht te hervinden.

3 Anouar

Anouar kwam een jaar geleden in contact met het aanklampend team. De begeleiding kwam zelf naar hem toe zonder dat hij hiervoor stappen diende te zetten. Van meet af aan had Anouar vertrouwen in de begeleiding en ervaaarde hij de ondersteuning als positief en helpend.

Anouar heeft een opvliegend karakter en is daarvoor al langere tijd in behandeling bij een psychiater. De hulp van de psychiater vindt Anouar niet helpend. Hij schrijft enkel medicatie voor en praat slechts vijf minuten met hem. De begeleiders van het aanklampend team nemen echt hun tijd voor hem. Ze blijven lang wanneer ze op huisbezoek komen, luisteren naar zijn problemen en geven raad zodat hij beter kan omgaan met zijn woedeaanvallen. Anouar kan aan hen alles kwijt en voelt zich comfortabel en gerespecteerd door hen. De begeleiding ziet het ook meteen wanneer hij een agressieve bui heeft en gaat daar uitstekend mee om. Ze maken dan een wandeling met hem wat helpt om te kalmeren. Telkens wanneer hij nu kwaad of agressief wordt, past Anouar deze raad toe en gaat hij op wandel. Daarnaast bracht het team alle nodige administratie voor Anouar in orde. Ze openden voor hem een spaarrekening, legden contact met de mutualiteit, stelden een bewindvoerder aan en regelden een poetsvrouw die wekelijks het huis onder handen neemt. Anouar heeft in vergelijking met een jaar geleden veel vooruitgang gemaakt. Hij heeft geleerd om te sparen, weet zijn temperament beter te beheersen en voelt zich minder eenzaam omdat hij zijn verhaal nu bij iemand kwijt kan.

4 Yves

Yves kwam meer dan een jaar geleden in contact met het aanklampend team. Opeens stond er een begeleider voor de deur. Yves dacht eerst dat hij aan het verkeerde adres was, maar dat bleek niet het geval te zijn. Blijkbaar had de huisvestingsmaatschappij contact gelegd met het team omwille van Yves zijn alcoholprobleem. Hij zat vaak op café en verwaarloosde de contacten met zijn familie.

In het begin was het voor Yves niet duidelijk waarom het aanklampend team precies langskwam, maar achteraf bekeken is hij ontzettend blij dat ze er waren. De begeleider van het team kon Yves overtuigen om vrijwillig in opname te gaan voor zijn alcoholprobleem en hij kickte succesvol af. Niet veel later kreeg Yves echter te horen dat hij halskanker had. Zijn begeleider heeft hem in die periode enorm gesteund: hij bracht Yves naar het ziekenhuis, ging samen met hem naar de dokter, kwam geregeld op bezoek en zorgde voor alles wat hij nodig had. Dat laatste doet hij nog steeds. Onlangs nog ging zijn begeleider mee een diepvriezer kopen en bracht deze met zijn busje tot bij Yves.

Yves vindt het aanbod van het team waardevol. Ze hebben hem met alles geholpen. Hij weet niet waar hij zou staan zonder hen. Zulke mensen zijn vandaag moeilijk te vinden. Momenteel is het aanklampend team de begeleiding aan het afbouwen omdat het een pak beter gaat met Yves. Hij heeft weer contact met zijn zus en zijn neef (de zoon van zijn zus) springt geregeld bij hem binnen. Financieel staat Yves er ook beter voor omdat hij nu niet meer op café gaat.

Voor de toekomst heeft Yves allerlei plannen. Het komende half jaar moet hij nog thuisblijven om te herstellen van de kanker, maar nadien wil hij deeltijds gaan werken in het bedrijf van zijn broer. Daar werkte hij vroeger ook. Verder wil Yves graag zo gezond mogelijk leven en weer wat sociale contacten opbouwen. De contacten die hij vroeger had zijn weggevallen doordat hij nu niet meer op café gaat. Om dat te bewerkstelligen heeft hij zich alvast ingeschreven voor een aantal groepsactiviteiten die deze zomer

georganiseerd worden door een lokale vrijetijdsorganisatie. En hij is van plan om zich op termijn weer aan te sluiten bij een wandelclub.

5 Arlette

Arlette is een oudere dame die via de woonmaatschappij in contact kwam met het aanklampend team. Ze babbelt graag met anderen maar heeft een beperkt sociaal netwerk doordat ze lijdt aan achtervolgingswanen. Ze verkeert in de waan dat haar neef haar achtervolgt en bespioneert en op momenten dat ze niet thuis is bij haar inbreekt om alles stuk te maken. Volgens Arlette heeft hij een loper van de deur en komt hij binnen van zodra zij de deur uitgaat. Daarom dat Arlette bijna nooit buiten komt. Ze wil haar huisje zo goed mogelijk beschermen. Arlette is ook bang van haar neef. Hij kan razend worden en slaat dan alles kapot. Hij heeft volgens haar al eens een man de dood in gejaagd door hem onophoudelijk te tiranniseren waardoor hij uiteindelijk overleed aan een hartaanval. Dat is exact wat er nu met haar gebeurt. Hij bezorgt haar stress door overal op de loer te liggen waardoor ze last krijgt van haar hart en geregeld hyperventilatie-aanvallen heeft. Arlette is er ook van overtuigd dat ze allerlei fysieke aandoeningen heeft, maar de specialisten kunnen niet vinden wat er precies aan de hand is. Verder is het gebouw waarin Arlette woont allesbehalve een rustige omgeving. Er zijn bewoners die drinken, er is soms sprake van intrafamiliaal geweld en er wonen mensen van een andere cultuur die er heel andere gewoonten op na houden wat strubbelingen geeft. Daarbij komt dat Arlette behoorlijk onstuimig wordt wanneer het haar niet aanstaat.

Arlette kwam drie maanden geleden in contact met haar begeleidster van het aanklampend team. Ze kwam zelf aanbellen om te vragen hoe het met haar ging. Haar begeleidster is ontzettend lief en doet enorm veel voor Arlette. Ze komt één keer per week langs en brengt alle administratie en regelwerk in orde. Zo zorgde ze ervoor dat Arlette geld krijgt van de Zorgkas, regelde ze een nieuwe huisarts en deed een aangifte bij de politie van haar gestolen invalidekaart. De begeleidster van Arlette zorgde er tevens voor dat er één keer om de twee weken twee jongens langskomen om haar huis te poetsen, klusjes op te knappen en samen met haar naar de markt, de winkel en de wasserette te gaan. Het zijn toffe jongens en als ze komen eten ze nadien bij Arlette hun boterhammen op. Arlette wist niet dat er zoiets bestond, maar haar begeleidster heeft dat allemaal geregeld. Het allerfijnste vindt Arlette dat haar begeleidster zo goed kan luisteren. Ze kan tegen haar alles vertellen. Ze kent niemand tegen wie ze zo vertrouwelijk kan zijn. Haar begeleidster ontbreekt haar niet, geeft goede raad en helpt waar ze kan. Arlette weet dat de begeleiding van het aanklampend team maar tijdelijk is, maar tegen de tijd dat de begeleiding stopt zal ze weer helemaal gesetteld zijn in haar huisje en zal alles goed lopen.

6 Annie

Annie is 53 jaar en heeft een behoorlijk zwaar verleden achter de rug. In haar jongere jaren werkte ze als zelfstandige in de verkoop. Daar klopte ze vele uren maar kwam als alleenstaande moeder financieel niet rond. Om de eindjes toch aan elkaar te kunnen knopen, kluste Annie bij in de horeca. Dat hield ze een aantal jaren vol, maar op een gegeven moment kreeg ze last van vermoeidheid en ernstige depressieve en suïcidale klachten. Annie werd zes keer in een psychiatrische voorziening opgenomen maar de problemen bleven aanhouden. De opnames zorgden ervoor dat de relatie met haar dochter helemaal verziekte. Annie nam zware medicatie die haar persoonlijkheid veranderde. Haar dochter zat toen in de pubertijd en kon de hele toestand van haar moeder niet aan. Ze besloot om bij haar vader in te trekken en verbrak alle contact met Annie.

Annies situatie ging van kwaad naar erger. Haar toestand verslechterde en ze had het gevoel dat de hulp die ze kreeg niets uithaalde. Ze raakte teleurgesteld in de hulpverlening en sloot zich hier helemaal voor af. Omwille van haar slechte gezondheid kon Annie in die periode niet werken terwijl de rekeningen zich bleven opstapelen. Uiteindelijk bouwde Annie voor 11 000 euro aan schulden op en kreeg ze de deurwaarder over de vloer die de procedure van uithuiszetting opstartte. De leefsituatie van Annie liep toen verder uit de hand. In haar zoektocht naar een nieuwe verblijfplaats ging ze te rade bij haar ouders maar haar moeder zag de ernst van de situatie niet in en reageerde ongepast. De private huurmarkt bleek onbetaalbaar waarna Annie contact opnam met het OCMW. Zij lieten weten dat ze pas iets konden regelen wanneer ze met heel haar hebben en houden op straat stond. Dat laatste gebeurde daadwerkelijk. Annie sliep vier dagen in het park en klopte uiteindelijk aan bij de winteropvang van het CAW. Zij hielpen haar verder: Annie kon een tijdje in het vrouwenhuis van het CAW verblijven en kreeg daarna via versnelde toewijzing een sociale woning. Na haar verhuis, werd Annie nog een tijd verder opgevolgd door het CAW, maar uiteindelijk stopte de begeleiding omdat haar begeleidster zwanger werd en het CAW oordeelde dat Annie voldoende zelfredzaam was.

Niet veel daarna viel Annie in een zwart gat. Ze kreeg ruzie met haar onderbuur die haar het leven zuur maakte en haar dochter en familie wezen haar af. Dit alles dreef Annie verder in het nauw. Ze werd opnieuw zwaar depressief en suïcidaal. Niets of niemand interesseerde haar nog – ze wilde het liefst dood zijn.

Via de sociale dienst van de huurmaatschappij kwam Annie uiteindelijk in contact met haar begeleidster van het aanklappend team. Zij verscheen net op tijd in het leven van Annie. De begeleidster komt nu wekelijks langs en van in het begin voelde ze een klik met haar. Met haar begeleidster kan Annie over alles praten. Alle zwarte gedachten die ze heeft, alle traumatische ervaringen die ze ooit meemaakte en tegen niemand durfde te vertellen kan Annie bij haar kwijt. Haar begeleidster neemt de tijd om te luisteren en vraagt door – iets wat de hulpverleners uit de psychiatrie niet deden. Haar begeleidster regelde voor Annie een nieuwe psychiater, stelde samen met haar een signaleringsplan op, raadde haar aan om de BackUp app van Zelfmoord 1813 te gebruiken en spoorde haar aan om een brief te schrijven naar haar dochter. De begeleidster helpt Annie ook bij het op orde houden van het papierwerk en stimuleerde haar om naar de tandarts te gaan om een afgebroken voortand te laten herstellen.

De band met haar dochter is vandaag nog altijd verbroken. De dochter beviel een jaar geleden van een kindje, maar Annie heeft haar kleinkind nog nooit gezien. Misschien dat het ooit goed komt, wanneer haar dochter de brief kan lezen. Haar moeder hoort Annie wel nog geregeld – dat is voorlopig de enige connectie die ze met haar dochter heeft. Maar het contact met haar moeder loopt stroef. Ze krijgt vaak venijnige opmerkingen naar het hoofd geslingerd en het feit dat Annie een sociale woning huurt vindt haar moeder beschamend. De familie mag dit niet weten en wordt uit de buurt van Annie gehouden. Met haar vader heeft Annie altijd al een slechte relatie gehad. Hij lacht ook met haar suïcidale gedachten.

Beetje bij beetje gaat het beter met Annie. Ze probeert te genieten van de kleine dingen des levens. Zo kocht ze vandaag nog enkele plantjes om haar woning op te fleuren en bouwt ze geleidelijk aan weer een sociaal netwerk uit. Sinds kort doet Annie één dag per week vrijwilligerswerk in de kringloopwinkel en in het weekend gaat ze soms op uitstap met een vrijetijdsorganisatie. Afgelopen weekend nog ging Annie met een begeleide groep op pelgrimstocht naar Parijs. Ze sliep er in een klooster, bezocht verschillende musea en leerde enkele nieuwe mensen kennen. Daar heeft ze met volle teugen van genoten.

7 Barbara & Guy

Barbara en Guy vormen een koppel en zijn sinds vijf maanden in begeleiding bij het aanklampend team. Het voorstel om de begeleiding op te starten kwam van het sociaal verhuurkantoor en Barbara en Guy twijfelden geen moment om dit aanbod te aanvaarden.

De begeleiding heeft hen al op veel vlakken geholpen. Voor Barbara bracht het team de administratie m.b.t. haar mindervalide uitkering in orde en regelde bewindvoering en vrijwilligerswerk. Dat vrijwilligerswerk is voor Barbara ontzettend belangrijk. Ze doet het werk heel graag en leert hierdoor nieuwe mensen kennen. Op termijn wil Barbara graag echt werk want haar inkomen is op dit moment beperkt. Momenteel sukkelde ze nog met ernstige rugklachten en een depressie, maar zodra het beter gaat, wordt er GTB voor haar opgestart.

Ook Guy krijgt op dit moment een mindervalide uitkering maar wil graag terug gaan werken. Hij heeft last van zware psychoses en werd daarvoor in het verleden enkele keren opgenomen. De medicatie die hij nu neemt houdt deze aanvallen goed onder controle en de huisarts volgt zijn toestand mee op. Guy voelt zich helemaal klaar om terug te gaan werken. De begeleiding gaat binnenkort met Guy mee naar de VDAB om te kijken welk werk geschikt is voor hem en hoeveel uren hij per week kan werken.

Barbara en Guy zijn ontzettend blij met de begeleiding die ze krijgen. Het enige minpunt is dat de begeleiding beperkt is in de tijd. Er komt een moment dat het stopt en dat is jammer. Vooral Barbara heeft het hier moeilijk mee. Ze is op korte tijd erg gehecht geraakt aan de begeleiders en heeft het gevoel dat iedereen die ze graag ziet op een bepaald moment weer uit haar leven verdwijnt. Niettemin zijn Barbara en Guy goed omkaderd. Ze hebben een goed contact met hun huisarts, het OCMW volgt hun administratie op, drie keer per week komt Gezinshulp langs om te koken, er is de vrijwilligersorganisatie waar Barbara terecht kan en ook de hond zorgt voor vriendschap.

8 Hendrik

Hendrik is sinds zes maanden in begeleiding bij het aanklampend team. Hij woont in een knus appartement dat hij helemaal zelf renoveerde. Geregeld logeert zijn dochter van 16 bij hem – zij betekent voor hem alles. Hendrik wil echter graag verhuizen naar een ander appartement in het gebouw. In het appartement dat hij nu bewoont hangt een negatieve atmosfeer die hem zowel mentaal als lichamelijk verteert. De negatieve atmosfeer wordt veroorzaakt door zijn burens waarmee Hendrik geregeld onenigheid heeft. Ze houden hem constant in de gaten, volgen hem en zuigen alle energie uit hem. Hendrik deed hierover al verschillende aangiftes bij de politie, maar zij geloven hem niet.

In het gebouw staat al maanden een appartement leeg op de bovenste verdieping en Hendrik zou ontzettend graag naar daar verhuizen. Daar zijn geen bovenburen die hem kunnen dwarsbomen en leegzuigen. Hij is ervan overtuigd dat een verhuis zijn mentale gezondheid ten goede zal komen. De maatschappelijk werkster van de woningmaatschappij stond in het begin open voor de wens van Hendrik maar liet hem nadien weten dat een verhuis toch niet ging. Het frustreert Hendrik enorm dat één asociaal iemand zomaar zijn plannen om in het reine te komen met zichzelf hypothekeert. De bewoners binnen de woongemeenschap maken elkaar het leven zuur en de woningmaatschappij doet niets.

De hulpverlening ervaart Hendrik als één grote klucht. Volgens hem bestaat er geen echte hulpverlening meer. Hulpverleners doen alsof, ze staan altijd met hun mening klaar, luisteren niet naar zijn probleem, trekken hem constant in twijfel en proberen hem een vals zelfbeeld op te dringen. Ze bestempelen Hendrik

als labiel en psychisch niet in orde. Vandaag is alles een psychisch probleem. Dat is een mooi excuus om met hem geen rekening te hoeven houden en alles van tafel te vegen. Hulpverleners willen mensen wijsmaken dat ze de dingen fout zien. Ze dienen enkel om iedereen de mond te snoeren en tussen de lijnen te laten lopen. Ze baseren zich op wat er in hun cursus staat in plaats van meer intuïtief te denken.

Ook in de samenleving heeft Hendrik geen geloof meer. Niets is nog menselijk. Alles wordt vervangen door robots en is van plastic. In de jaren 80 en 90 was er in de samenleving veel menselijkheid en solidariteit, maar dat is nu ver zoek. Het aanklampend team heeft deze eigenschappen wel nog in zich. Hendrik geeft toe dat hij in het begin zijn twijfels had over de bedoelingen van het team maar hij ervaart de hulp nu als waardevol. De hulpverleners zijn menslievend – ze steunen hem, staan hem bij, luisteren zonder hun mening op tafel te leggen en proberen te begrijpen hoe het met hem gaat. Ze trekken wat hij zegt niet in twijfel, dringen zich niet op en gaan niet tegen hem in. In de plaats geven ze advies, durven ze de regels in vraag te stellen en zoeken ze mee naar oplossingen. Hendrik is alleen bang dat het aanklampend team geen gehoor zal krijgen bij de woningmaatschappij en dat ze niet meer kunnen doen dan emmertjes water naar de zee brengen.

9 Monique

Monique kwam in contact met het aanklampend team via de huisvestingsmaatschappij. Haar huis lag er behoorlijk verwaarloosd bij en op termijn moet Monique naar een andere woning verhuizen, omdat het huis waarin ze nu woont gerenoveerd wordt. De huisvestingsmaatschappij is samen met twee begeleiders van het aanklampend team bij haar op bezoek geweest en ondertussen wordt ze al zeven maanden opgevolgd door een begeleider van het team.

In het begin stond Monique niet echt open voor de begeleiding. De psycholoog kwam toen veel te vaak op huisbezoek. Een wekelijks huisbezoek komt niet altijd gelegen, want Monique heeft een heleboel andere zaken die ze moet regelen. Zo neemt ze momenteel de zorg op van haar eerste kleinkind dat zes maanden geleden geboren werd. Het is het dochttertje van haar dochter – beide wonen bij haar in. Monique heeft al haar leven lang zorg gedragen voor anderen. Eerst voor haar ouders die bij haar inwoonden, dan voor haar eigen drie kinderen en nu voor haar kleinkind.

De begeleiding ervaart Monique op zich als helpend. Het doet deugd om af en toe met iemand te kunnen praten en de hulpverleners helpen haar met het opkuisen van het huis en de voorbereidingen van de verhuis. In en op de kasten lag het vroeger vol rommel. Ondertussen is er al veel veranderd. Monique heeft veel rotzooi weggedaan en verschillende kamers opgeruimd. Ze is ook strenger geworden tegenover haar twee kinderen die nog thuis wonen en overal rommel achterlaten. Als ze hun spullen niet opruimen, gooit Monique ze onherroepelijk weg. De begeleiding zorgde daarnaast voor een poetshulp waardoor het veel properder is in huis. Monique heeft veel last van haar benen – ze wandelt met een stok – en kon zelf niet meer poetsen.

De grote meerwaarde van het aanklampend team is dat ze zaken geregeld krijgen die ze zelf niet voor elkaar krijgt. Wanneer er een probleem is, weten zij onmiddellijk wie ze moeten contacteren en slagen ze erin om op vrij korte termijn een dienst in te schakelen. Wanneer gewone mensen op zoek gaan naar hulp, worden ze vaak van het kastje naar de muur gestuurd of ergens op een wachtlijst geplaatst. Het aanklampend team heeft sterke connecties en krijgt zulke zaken veel sneller voor elkaar.

Hoofdstuk 6

Focusgroep met de pilootprojecten

Om de opgedane kennis en expertise van de pilootprojecten te delen met voorzieningen die een gelijkaardig initiatief wensen uit te bouwen, ontwikkelden de onderzoekers in navolging van het evaluatieonderzoek een draaiboek dat op generieke wijze de manier van werken van de projecten op een rij zet.

In aanloop naar de uitwerking van het draaiboek organiseerden de onderzoekers een focusgroep met relevante actoren om de structuur, de inhoud en de format van het draaiboek te bespreken. De focusgroep ging door op 9 juni 2020. Omwille van de Coronamaatregelen die toen nog van kracht waren verliep de focusgroep via Zoom in plaats van fysiek. Per pilootproject namen telkens twee actoren deel: de coördinator van het project, een teambegeleider en/of de penhouder van project.

Ter voorbereiding van de focusgroep formuleerden de onderzoekers aanbevelingen voor de praktijk en het beleid. De aanbevelingen handelden over 12 onderwerpen en vormden een eerste opstap om te komen tot een draaiboek. De deelnemers kregen vooraf een document met een eerste versie van de aanbevelingen toegestuurd. Tijdens de focusgroep stonden we stil bij volgende vragen:

- Wat zijn uw algemene bedenkingen m.b.t. aanbevelingen?
- Wat zijn uw bedenkingen m.b.t. elk van de 12 onderwerpen?
- Wat dient er verder in het draaiboek aan bod te komen?
- Wat is een goed format voor het draaiboek?

Dit hoofdstuk biedt een puntsgewijs overzicht van de voornaamste bedenkingen van de deelnemers. Rekening houdend met deze input werd het draaiboek (zie bijlage 2) verder uitgewerkt.

1 Algemene bedenkingen m.b.t. aanbevelingen

- De aanbevelingen zijn omvangrijk en de 12 onderwerpen zijn logisch gekozen. Ze vormen een goede basis voor de verdere uitwerking van het draaiboek en zullen zeker een houvast zijn voor beginnende projecten.
- Een goede inleiding ontbreekt voorlopig en dient in te spelen op volgende zaken:
 - Bemoeizorg als nieuwe manier van werken in de GGZ, inclusief de vijf pijlers van bemoeizorg
 - Herstelondersteunende zorg als richtinggevend voor de praktijk
 - Waarom de pilootprojecten aanklampende zorg noodzakelijk zijn
 - Waarom de betrokkenheid van de sociale woonpartners belangrijk is
 - Waarom de projecten ingebed zijn in functie 5 en beschut wonen
 - Het verschil met de psychiatrische zorg in thuissituatie (PZT)
- Voor beginnende projecten is het belangrijk om eerst een aantal verkennende gesprekken te doen met partners uit de regio met een gelijkaardig aanbod om vervolgens een doelgroep te kiezen die nog niet bereikt wordt en een begeleidingsaanbod uit te werken dat complementair

is aan dat van anderen. Het begeleidingsaanbod kan focussen op het zelf aanbieden van herstelondersteunende zorg en/of het coachen van de al aanwezige zorgpartners zodat zij beter in staat zijn om met de cliënt om te gaan. Elk project kan zo een eigen accent leggen afgestemd op de regionale noden en inspeland op een niche waarop andere partners zich niet toespitsen.

2 Bedenkingen m.b.t. de 12 onderwerpen

2.1 Doelgroep

- In de aanbevelingen wordt de doelgroep van de aanklampende teams als volgt afgebakend: *mensen met ernstige psychische problemen die op zorgwekkende wijze zorg mijden en waarbij er geen GGZ-voorzieningen betrokken zijn terwijl dit wel nodig is*. Hierop kwamen volgende bedenkingen:
 - Het is beter om te spreken van mensen met een psychische kwetsbaarheid.
 - De doelgroep hoeft niet persé ernstige psychische problemen te hebben. In het begin is het soms niet duidelijk of de problematiek ernstig is. Bovendien kan het aanklampend team ook betekenisvol zijn voor cliënten met een minder ernstige problematiek die er niet in slagen om de weg naar de zorg te vinden. Via enkele gesprekken kan het team ervoor zorgen dat dergelijke cliënten in de zorg terechtkomen en erger voorkomen.
 - Het is beter om te spreken van mensen waarbij er geen actieve betrokkenheid van GGZ-voorzieningen is of waarbij er wel GGZ-voorzieningen betrokken zijn maar waarbij het contact tussen de cliënt en de zorgpartner moeilijk verloopt waardoor de cliënt zorg mijdt. Het is dan de taak van het aanklampend team om het contact met de zorgpartners weer op de goede rails te krijgen.
 - De aanklampende teams moeten zich richten tot cliënten die niet tot de doelgroep van de andere zorgpartners behoren. Zorgmijders zijn een exclusieve groep die niet tot de doelgroep van de mobiele teams en de PZT behoren.
 - De vijf criteria voor zorgwekkende zorgmijder uit de Nederlandse literatuur worden best toegevoegd. Een van de criteria is dat de doelgroep een beperkte zelfredzaamheid heeft en zich daardoor in een zorgwekkende situatie bevindt. Dat criterium is heel belangrijk want er zijn ook mensen met een psychische problematiek die op hun manier goed functioneren en dus geen aanklampende zorg nodig hebben.
 - De situatie kan ook zorgwekkend zijn voor de buurt. Dat is ook een belangrijk criterium om mee te nemen.
 - Bij de meeste cliënten is er een vermoeden van beslissingsonbekwaamheid op bepaalde vlakken.

2.2 Team

- Voor beginnende teams is de combinatie halftijds en voltijds aangewezen. Beide hebben immers hun voordelen:
 - Een halftijdse tewerkstelling heeft als meerwaarde dat het zware werk afgewisseld kan worden met minder zwaar werk. In project 1 werken de meeste teamleden halftijds in het aanklampend team en halftijds in het mobiel team. De complexe dossiers kunnen dus afgewisseld worden met de minder complexe dossiers die het mobiel team opneemt wat voor een verademing in het werk zorgt.
 - Een voltijdse tewerkstelling heeft als voordeel dat de teamleden beter van alles op de hoogte zijn, flexibeler kunnen inspelen op de dringende noden van de cliënt en zich sneller vereenzelvigen met de identiteit van het team. Teams met voornamelijk voltijdse krachten groeien sneller naar een groepsidentiteit en kunnen rekenen om meer continuïteit in de manier werken. Het is bovendien mogelijk om de zware lopende cliëntdossiers af te wisselen met minder zware opstartende dossiers om het werk dragelijk te maken. Mensen die voltijds werken zijn ook minder snel geneigd om te vertrekken dan halftijdse krachten, omdat het niet altijd evident is het aanklampend werk halftijds te doen.
 - Het is wel aangewezen dat de projectcoördinator voltijds tewerkgesteld is.
- Het profiel van de veldwerker is belangrijk om tijdens sollicitaties rekening mee te houden. Het is een aparte job binnen de GGZ. Het moet iemand zijn die initiatief durft te nemen, niet bang is om stappen te zetten en dingen fout te doen, avontuurlijk is qua ingesteldheid en buiten de lijntjes durft te kleuren. In de literatuur is er wel wat te vinden over het profiel van de bemoeizorger. Het is interessant om dit mee op te nemen in het draaiboek.
- Werken met detachering is een meerwaarde omdat je dan een liaison hebt met de detacherende organisatie. In project 1 zijn de hulpverleners gedetacheerd vanuit het mobiel team wat het overdragen van dossiers van het aanklampend team naar het mobiel team vergemakkelijkt.
- Volgende disciplines dienen in het team aanwezig te zijn: een ervaringsdeskundige, een collega uit de drughulpverlening of verslavingszorg, een maatschappelijk werker die goed op de hoogte is over alles m.b.t. de wetgeving, een psychiatrisch verpleegkundige, een psycholoog en een psychiater.
- De betrokkenheid van een vaste psychiater is een meerwaarde, maar lijkt in praktijk moeilijk realiseerbaar. Bijna alle projecten ervaren moeilijkheden met het vinden van een psychiater die bereid is om zich te engageren. Samenwerken met het aanklampend team is overigens niet zomaar iets wat elke psychiater kan. Het vraagt affiniteit met de doelgroep. De psychiater moet bovendien de beslissings(on)bekwaamheid van cliënten kunnen inschatten wat een zekere deskundigheid vraagt. Er zou aparte financiering moeten zijn om de psychiater te vergoeden, want dit is niet mogelijk met het beperkte budget dat er nu is. Wanneer de projecten de kostprijs van enkele uren psychiater per week aftrekken van hun budget, blijft er bijna niets over voor de veldwerkers. Kortom, het is belangrijk om te zorgen voor aparte financiering zoals ook binnen de mobiele teams het geval is, zodat de projecten enkele uren per week een

psychiater kunnen aanstellen die bereid is om zich te engageren voor het aanklampend team en om verantwoordelijkheid te nemen voor de sociale huurders.

- Een plan B kan zijn om in de regio een pool van psychiaters samen te stellen die bereid is om zich sporadisch voor het project te engageren. Project 3 pakt dit zo aan. Vier psychiaters van beschut wonen hebben een gedeelde verantwoordelijkheid en nemen op cliëntniveau een adviserende functie op. Er wordt gewerkt met een prestatievergoeding – de psychiaters krijgen eenzelfde vergoeding als de psychiaters van de mobiele teams.
- In project 5 kan men op projectniveau rekenen op een vaste psychiater, maar werkt men op cliëntniveau samen met assistent psychiaters wat als een meerwaarde ervaren wordt. De assistenten maken tijdens hun opleiding kennis met het aanklampend werken en zijn hierover zeer enthousiast. Op die manier wordt de volgende generatie psychiaters geïntroduceerd in deze nieuwe manier van werken in de GGZ.
- Het Alertteam van het CAW waarmee het aanklampend team van project 5 samenwerkt is van plan om op termijn de psychiaters van de polikliniek te betrekken. Het is de bedoeling dat de psychiaters op een vast moment een tijdslot vrijhouden in voor cliënten van het Alertteam. Men is volop bezig met het uitbouwen van deze samenwerking – een aantal psychiaters is alvast enthousiast.
- Naast een psychiater of psychiaters die op cliëntniveau advies geven, is er ook een beleidsarts nodig die het aanklampend team ondersteunt en mee nadenkt over de manier van aanpak. Het kan een optie zijn om dit mee op te nemen in het takenpakket van de beleidsarts van beschut wonen.

2.3 Werken in teamverband

- Eén teamoverleg per week is onvoldoende. Het is aan te bevelen om een wekelijks teamoverleg te combineren met een of meerdere korte briefings om crisisdossiers te bespreken. Zo is er een grotere gedragenheid van deze dossiers en kunnen belangrijke beslissingen met het hele team genomen worden. Het is uiteraard belangrijk om te kijken of deze extra briefings haalbaar en nodig zijn.
- Zoom kan eventueel gebruikt worden op een korte en efficiënte manier met elkaar te overleggen.
- Wanneer een team veel halftijds medewerkers telt, is niet altijd mogelijk om meer dan wekelijks te overleggen – iedereen heeft immers andere werkuren. In dat geval kan het handig zijn om een Whatsapp groepje te maken zodat de teamleden nauw met elkaar in contact staan. Het is bijvoorbeeld mogelijk om snel even te Whatsappen om met anderen van gedachten te wisselen of te ventileren. Of een teamlid kan snel even vragen of er iemand beschikbaar is om telefonisch mee te overleggen.
- Uitwisseling met collega's over de manier van aanpak is een van de basisfundamenten van het team. Het zijn zeer zware casussen – vaak hebben in het verleden al heel wat hulpverleners hun tanden stukgebeten op de cliënt. Binnen het team moet er een openheid en veiligheid zijn om twijfels en onzekerheden m.b.t. de aanpak van cliënten in groep te bespreken.

2.4 Vorming

- Het aanklampend team moet een betere kennis hebben van hoarding omdat het geregeld bij de doelgroep voorkomt – vaak ook ligt er een psychologische problematiek aan de basis van verzamelwoede. Veel hoarders zijn overigens zorgmijders – ze durven geen hulp toelaten omdat ze zich schamen voor hun woonsituatie. Het aanklampend team moet in de begeleiding van hoarders in de eerste plaats focussen op het toelaten van psychologische hulp om de onderliggende problemen aan te pakken en op het toelaten van een gespecialiseerd schoonmaakbedrijf dat de woning mee opruimt. Nadien is het belangrijk dat het team de situatie mee opvolgt en de zorggebruiker de nodige vaardigheden bijbrengt zodat de situatie niet opnieuw escaleert.
- Belangrijke andere onderwerpen om vorming rond te volgen zijn: het beroepsgeheim, motiverende gespreksvoering, suïcidepreventie, agressiebeheersing, middelenafhankelijkheid, psychose, SRH, herstelondersteunende zorg en sociaal emotioneel functioneren (opleiding van het VAPH). De teamleden moeten geen expert zijn m.b.t. deze onderwerpen, maar toch voldoende kennis over deze onderwerpen hebben.
- Het aanklampend team kan vorming geven over bemoeizorg aan geïnteresseerden binnen het GGZ-netwerk. Op deze manier geraken zorgpartners meer vertrouwd met deze nieuwe manier van werken.
- Er is een aanpassing nodig van de formulering van volgende aanbeveling: *de aanklampende teams komen geregeld in contact met cliënten die beslissingsonbekwaam zijn wat een andere manier van aanpak vereist*. Het woordje “geregeld” staat er wat ongelukkig bij. De aanklampende teams komen bijna uitsluitend in contact met cliënten die op bepaalde gebieden beslissingsonbekwaam zijn.
- Het is een meerwaarde om op geregelde tijdstippen een intervisie te doen rond algemene casus overstijgende thema’s los, bijvoorbeeld over de algemene manier van werken.
- Het kan helpend zijn om stage te lopen bij de Vlaamse bemoeizorgteams en/of de Nederlandse bemoeizorgteams. Hoewel de werking van de Nederlandse teams helemaal anders is, kan een bezoek inspirerend zijn omdat zij al jarenlang actief zijn en dus over veel expertise beschikken.

2.5 Samenwerking met de preventieve woonbegeleiding (PWB) van het CAW

- De samenwerking met de PWB van het CAW verloopt in elk van de projecten anders:
 - In project 1 komen de aanmeldingen voor PWB en het aanklampend team via hetzelfde kanaal binnen. Bijna elke aanmelding wordt ook in duo opgestart: men gaat eerst een drietal keer gezamenlijk op huisbezoek vooraleer te beslissen wie de verdere begeleiding het best opneemt. Geregeld echter botst het aanklampend team op de capaciteitsproblemen van de PWB. Het CAW heeft een wachttijd en kan niet altijd meteen opstarten, waardoor cliënten op een wachtlijst terechtkomen terwijl de problemen dringend zijn. Een betere aanpak zou zijn om de triage door een andere dienst te laten gebeuren, want er kruipt nu veel tijd in.

- Ook in andere projecten verlopen de aanmeldingen niet altijd even vlot. Woonpartners ervaren veel moeilijkheden om te bepalen bij wie ze een cliënt nu het best kunnen aanmelden: het aanklappend team of de PWB.
 - In project 3 zijn er weinig gemeenschappelijke aanmeldingen voor de PWB en het aanklappend team en is er dus weinig nood aan duobegeleiding. Wanneer er deze nood er toch is, start de PWB als eerste op om de dringende woonproblemen aan te pakken. Het aanklappend team wordt nadien ingeroepen wanneer er sprake is van een psychische kwetsbaarheid. De twee werkingen zijn volledig van elkaar losgekoppeld omdat ze een andere aanpak hebben. De PWB werkt dwingend, terwijl het aanklappend team herstelondersteunend werkt en zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de cliënt. Deze manier van werken heeft als voordeel dat het aanklappend team door cliënten als de good guys gezien worden wat hun bereidheid om mee te werken vergroot.
 - Project 5 heeft niet echt een structurele samenwerking met de PWB van het CAW. Het zijn vooral de sociale diensten van de woonpartners die het onderscheid tussen beide werkingen goed moeten kennen om een juiste aanmelding te kunnen doen. Men mist het niet om op vaste momenten met het CAW samen te zitten en om duobegeleidingen te doen. Wanneer er bij een cliënt zowel sprake is van woonoverlast als van een psychiatrische kwetsbaarheid, neemt het aanklappend team de begeleiding volledig alleen op. De sociale problemen zijn vaak de zogezegde initiële reden om de begeleiding op te starten, omdat de GGZ-problematiek in het begin om diverse redenen (geen ziekte-inzicht, schaamte, ontkenning, andere invulling van wat de problematiek) niet bespreekbaar is. Wanneer een cliënt problemen heeft met zijn papieren, wil hij daar meestal wel hulp mee. Het biedt opening om vervolgens de psychische kwetsbaarheid aan te raken. Tijdens het aanpakken van de sociale problemen kan de hulpverlener met zijn GGZ-bril een aantal verdiepende vragen stellen om te achterhalen waarom de cliënt er zelf niet in slaagt om zelf orde op zaken te stellen. Dat is een dankbare insteek om de indicatie-instelling te kunnen doen en een band op te bouwen. De coördinator van het Alertteam van CAW zit wel in de stuurgroep van het aanklappend team en dat is een meerwaarde, want dan heb je beter zicht op hun interne werking.
- Veel projecten vinden het een meerwaarde om in duo met de PWB te werken voor het aanpakken van sociale problemen. Op deze manier kan de expertise van beide partners gebundeld worden en zit je niet in mekaars vaarwater. Zeker als startend project is het goed om de expertise van beide partners te bundelen.
 - Het is wel aangewezen om in het draaiboek meer concrete aanbevelingen op te nemen over hoe de samenwerking met de PWB van het CAW er kan uitzien. De meeste projecten investeerden ontzettend veel tijd in het uitbouwen van een goede samenwerking. Het zou helpend zijn voor startende projecten om hierin wat meer houvast te krijgen.
 - Een beslisboom voor sociale woonpartners uitwerken kan helpend zijn om te bepalen tot wiens doelgroep een huurder behoort. Project 5 heeft zo een boom. Wanneer psychische problemen de spil is van alle problemen (inclusief de sociale problemen), behoort de cliënt tot de doelgroep van het aanklappend team. Wanneer er enkel sprake is van sociale problemen, behoort de huurder tot de doelgroep van het CAW.

- Het kan een meerwaarde zijn om de triage door één orgaan te laten gebeuren, zodat het aanklappend team zelf niet moet uitzoeken tot wiens doelgroep een aangemelde cliënt nu behoort.
- Het is belangrijk om voor de opstart van het project goede afspraken te maken met het CAW en andere partners over het gedeeld beroepsgeheim en de GDPR, zodat het voor iedereen duidelijk is wat mag en wat niet mag. Dit vraagt heel wat afstemming en zelfs na de opstart van het project zullen er nog geregeld punten van discussie opduiken.

2.6 Samenwerking met de sociale woonpartners

- De sociale woonpartners moeten een meerkansenbeleid bieden aan de huurders, anders is er geen basis om samen te werken.
- Het opstellen van een engagementsverklaring is sowieso noodzakelijk in het kader van het beroepsgeheim. In de verklaring worden best volgende zaken opgenomen:
 - De gemeenschappelijke doelstellingen
 - De wettelijke samenwerking
 - Hoe om te gaan met het beroepsgeheim. Tussen beide partners geldt er een voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim. De sociale woonpartners hebben een discretieplicht en geen beroepsgeheim en delen daarom zoveel mogelijk informatie over de cliënt met het aanklappend team. Het aanklappend team heeft zich te houden aan het beroepsgeheim en deelt zo weinig mogelijk informatie met de sociale woonpartners.
 - Wanneer de sociale woonpartner kan overgaan tot uithuiszetting: een psychische kwetsbaarheid is op zich geen geldige reden om iemand uit huis te zetten.
 - De rolverdeling: beide partijen streven andere doelen na wat voor spanningen kan zorgen. Woonpartners bewaken de leefbaarheid in de sociale woningen. Het aanklappend team helpt de cliënt bij het aanpakken van zijn problemen. Het expliciet benoemen van die rolverdeling neemt de spanning weg.
- Bij sommige woonpartners is er wel een vraag naar vorming.
- Het is belangrijk dat de sociale woonpartners een centraal aanspreekpunt hebben (de coördinator), zodat ze weten bij wie ze terecht kunnen wanneer er iets is.
- Er is een aanpassing nodig van de formulering van volgende aanbeveling: *naast overlast dienen sociale woonpartners **oog te hebben voor onderlast**. Onderlast verwijst naar huurders die zich volledig afzonderen, een hele dag in bed liggen, zich mentaal niet lekker voelen en geen hulp zoeken*. Het gaat niet om huurders die zich mentaal niet lekker voelen, maar om huurders die zich in een klinische situatie bevinden. Zich niet lekker voelen kan een tijdelijke toestand zijn, terwijl onderlast verwijst naar huurders die zich gedurende lange tijd in een klinische situatie bevinden.

2.7 Intersectorale samenwerking

- Oorspronkelijk was het de vraag van de overheid om de stuurgroep van aanklampende zorg te integreren in de stuurgroep van functie 5. In de praktijk blijkt dat echter niet te werken. In de stuurgroep van functie 5 zitten veel mensen die weinig te maken hebben met aanklampende zorg waardoor zij sneller geneigd zijn om niet naar de stuurgroep te komen. Een aparte stuurgroep is daarom beter. In de stuurgroep van aanklampende zorg kunnen volgende partners zetelen: zorgpartners met een vergelijkbaar aanbod, de netwerkcoördinator en/of iemand van de stuurgroep van functie 5. De aanwezigheid van de netwerkcoördinator is een voordeel, omdat het aanklampend team dan mee is met wat er in het ruimere GGZ-netwerk gebeurt. Het is ook een goed idee dat iemand van het aanklampend team af en toe deelneemt aan de stuurgroep van functie 5 en terugkoppelt over het project.

2.8 Begeleiding van de huurder

- In de aanbevelingen staat dat het aanklampend team vooraf zo weinig mogelijk informatie over de cliënt inwint. Niet iedereen is het hier mee eens. Het kan een meerwaarde zijn om dit wel te, omdat je dan beter weet hoe je op een goede manier contact kan maken. De Nederlandse bemoeizorgteam beweren bovendien dat het net goed is als het team zich vooraf grondig voorbereidt om de aanpak te kunnen afstemmen op de cliënt. Het is echter niet de bedoeling om vooraf bij andere GGZ-partners allerhande verslagen op te vragen. De huisvester heeft vaak al veel informatie en deelt die zoveel mogelijk met het aanklampend team. Het is wel belangrijk dat hulpverleners zonder vooroordelen naar de cliënt stappen en naar hun verhaal luisteren. Kortom, een hulpverlener bereidt zich grondig voor maar maakt vervolgens onbevangen contact met de cliënt.
- Het is ook aangewezen om het zorgoverleg zoveel mogelijk samen met de cliënt te doen en daarbij op dezelfde stoel te zitten. Zorgoverleg waarop de cliënt zelf niet aanwezig is, wordt beter vermeden.
- De zogenaamde tangbeweging wordt in de praktijk meestal niet toegepast, omdat je dan als hulpverlener het verlengde van de sociale huisvester lijkt wat het opbouwen van een vertrouwensband bemoeilijkt. Het kan wel een optie zijn dat de huisvester in de loop van de begeleiding een keer meekomt met de hulpverlener om zijn verwachtingen m.b.t. wonen aan de cliënt te verduidelijken. Wanneer de hulpverlener deze boodschap zelf moet overbrengen, lijkt het alsof hij samenspannt met de huisvester tegen de cliënt. Door een keer met twee op huisbezoek te gaan is het voor de cliënt ook duidelijk dat er twee verschillende diensten zijn. De huisvester legt tijdens dit bezoek uit waarom hij de aanmelding deed en de hulpverlener legt uit dat hij er is om de cliënt te helpen. De betrokkenheid van die twee diensten moet dikwijls herhaald worden, want voor sommige cliënten is het verwarrend. Voor kleinere sociale diensten is het echter niet altijd mogelijk om tijd vrij te maken voor zo een gezamenlijk bezoek.
- Het is een meerwaarde wanneer hulpverleners van het aanklampend team in het begin per twee op huisbezoek gaan. Zij kunnen elkaar collegiaal steunen en van gedachten wisselen om tot een betere inschatting van de situatie te komen. Het is namelijk makkelijker om een inschatting te maken met een collega die de cliënt ook gezien heeft dan met collega's die de cliënt nooit zagen. De twee hulpverleners merkten tijdens het huisbezoek wellicht andere zaken

op en kunnen dan de puzzelstukjes samenleggen. Op deze manier is het ook mogelijk om meerdere disciplines te betrekken. Het is wel aangewezen om steeds een hoofdbegeleider aan te duiden. Dat is dan de persoon die nadien een hoofdrol speelt in de verdere begeleiding van de cliënt en de referentiepersoon wordt voor de cliënt en zijn netwerk. Bij verlof en ziekte kan de andere hulpverlener de begeleiding tijdelijk overnemen. De cliënt zal hier minder weigerachtig tegenover staan omdat hij deze andere hulpverleners eerder zag.

- Een punt van discussie is waar het team tijdens de begeleiding op moet focussen: op het coachen van het netwerk of op zelf aanbieden van herstelondersteunende zorg? De meningen zijn hierover verdeeld:
 - Sommige projecten zijn van mening dat het accent vooral moet liggen op het bieden van herstelondersteunende zorg, omdat het coachen van het netwerk tot de opdracht van het PZT behoort.
 - Andere projecten leggen het accent eerder op het coachen van partners zodat zij de zorg beter kunnen opnemen.
 - Sowieso is het de bedoeling dat het aanklampend team zich zo snel mogelijk overbodig maakt. Van zodra een andere partner de zorg kan overnemen, is het aangewezen om te zorgen voor een warme overdracht. Soms is het uiteraard nodig om eerst zelf een aantal zaken m.b.t. zorg op te nemen vooraleer het mogelijk is om de zorg over te dragen.

2.9 Toeleiding naar zorg

- Volgende aanbeveling wordt niet ondersteund en laten we beter weg: *wanneer een gedwongen opname aan de orde is, blijft de hulpverlener zoveel mogelijk op de achtergrond zodat de vertrouwensband met de cliënt intact blijft*. In de literatuur wordt aanbevolen om zoveel betrokken te blijven om continuïteit van zorg te garanderen.

2.10 Zorgcontinuïteit bij afronding of onderbreking van de begeleiding

- Bij opname in een residentiële voorziening heeft project 5 de gewoonte om naar de teambespreking te gaan en samen een plan van aanpak te bespreken. Het aanklampend team kan veel relevante informatie m.b.t. de cliënt delen zodat de residentiële voorziening een goed begeleidingsplan kan opstellen.
- Er is een aanpassing nodig van de formulering van volgende aanbeveling: *wanneer een cliënt tijdens het begeleidingstraject (al dan niet ten gevolge van een uithuiszetting) naar de private huurmarkt verhuist, is het wenselijk dat het aanklampend team de begeleiding verderzet om de zorgcontinuïteit niet in het gedrang te brengen*. Dit geldt zowel bij een uithuiszetting als wanneer een cliënt uit eigen beweging beslist om naar de private huurmarkt te verhuizen. Het is ook aangewezen om de begeleiding tijdelijk verder te zetten. Het is niet de bedoeling dat het aanklampend team de cliënt voor lange tijd verder begeleidt.

2.11 Afstemming op de regionale context

Over dit onderwerp waren er geen opmerkingen.

2.12 Macroniveau

- De projecten hebben veel juridische vragen over wat mag en wat niet mag m.b.t. het beroepsgeheim. Bijvoorbeeld wanneer een hulpverlener zowel voor het aanklampend team als voor het mobiel team werkt en via zijn tewerkstelling in het mobiel team informatie over een cliënt verkreeg, mag hij deze informatie dan delen met de collega's van het aanklampend team?
- Het is de taak van de overheid om er mee voor te zorgen dat het gedeeld beroepsgeheim door alle hulpverleners goed gekend is. Veel hulpverleners kennen de wetgeving onvoldoende wat hen onzeker maakt bij de uitoefening van hun beroep.
- Idealiter wordt de werkgroep van de projecten door de overheid verdergezet.
- Het aanpakken van de wachttijden bij de gezinszorgdiensten, de PWB van het CAW en de voorzieningen van het VAPH is eveneens noodzakelijk.
- De overheid dient de mogelijkheid te voorzien om cliëntgegevens te registreren. Sommige projecten kunnen gebruik maken van een elektronisch patiëntendossier (EPD) doordat de teamleden halftijds in een CAW of mobiel team werken. Andere projecten zijn niet in die mogelijkheid (bv. project 3) omdat beschut wonen nog niet over een EPD beschikt. Zij zijn genoodzaakt om hun notities m.b.t. de cliënt bij te houden in Onedrive wat niet veilig is en dus niet in overeenstemming is met de GDPR. De aankoop van een EPD betekent een serieuze kost en daarvoor is het huidige budget ontoereikend.
- Wat de registratie van cliëntgegevens betreft zou het een meerwaarde zijn wanneer partners binnen hetzelfde netwerk gebruik maken van eenzelfde registratiesysteem (bv. Regas of Obasi). Dit vergemakkelijkt het delen van gegevens tussen partners en het extraheren van relevante gegevens voor het beleid.

3 Verdere inhoud en format van het draaiboek

- Het draaiboek is te beschouwen als een soort startgids met belangrijke richtlijnen.
- Naast de aanbevelingen dienen volgende zaken in het draaiboek aan bod te komen:
 - Praktische handvatten over hoe je iets doet: bv. hoe de teamvergaderingen structureren en invullen en hoe een behandelplan opstellen
 - Een aantal goede literatuursuggesties voor beginnende teams.
 - Het auditinstrument: dit biedt houvast voor beginnende projecten – de projecten weten zo op welke zaken ze moeten letten. Ze kunnen de items op geregelde tijdstippen evalueren en hun werking zo stelselmatig verbeteren.
 - Een aantal getuigenissen
- Wat de format betreft lijkt een pdf en/website aangewezen.

Hoofdstuk 7

Conclusies en aanbevelingen

De evaluatie van de pilootprojecten leidt tot een aantal conclusies over aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren. Op basis van de documentanalyse, de resultaten van de audit, de registratiegegevens en de verzamelde getuigenissen van cliënten geven we eerst een antwoord op de onderzoeksvragen. Daarna formuleren we een aantal aanbevelingen voor de praktijk en het toekomstig beleid.

1 Antwoorden op de onderzoeksvragen

Volgende vragen waren het vertrekpunt van deze studie:

1. Wat is het bereik van de projecten?
2. Wat is de wachttijd voor opstart?
3. Wat is de doelgroep van de projecten?
4. Wat zijn positieve ervaringen van de sociale huurders m.b.t. de aanklampende zorg?
5. Wat zijn negatieve ervaringen van de sociale huurders m.b.t. de aanklampende zorg?
6. Hoe verloopt de intersectorale samenwerking?
7. Hoe positioneren de pilootprojecten zich tegenover de regionale context?
8. Hoe zijn de aanklampende teams samengesteld?
9. Hoe verloopt de samenwerking in de teams?
10. Op welke theoretische benaderingen baseren de aanklampende teams zich?
11. Worden de projecten uitgevoerd volgens de voorgeschreven kenmerken in de projectoproep?
12. Wat is de duur en het verloop van het begeleidingstraject?
13. Wat zijn de sterktes en de succesfactoren van de projecten?
14. Hoeveel aanklampende teams heeft Vlaanderen nodig?

1.1 Wat is het bereik van de projecten?

De zes projecten samen **bereiken** tussen januari 2018 en augustus 2019 **367 sociale huurders** waarvan ongeveer de helft van de opgestarte begeleidingstrajecten werd afgerond. Gemiddeld genomen begeleidt elk project in die periode 61 sociale huurders. Het aantal begeleide huurders verschilt tussen de projecten en is het hoogst in project 5 ($n=83$) en het laagst in project 2 ($n=27$). Concreet begeleidt project 5 bijna drie keer zoveel sociale huurders dan project 2.

1.2 Wat is de wachttijd voor opstart?

De projecten 1, 3, 4 en 6 hebben geen wachttijd (zie tabel 27). De projecten 1 en 6 passen de inclusiecriteria streng toe om het aantal aanmeldingen en de wachttijd beheersbaar te houden. Project 4 ging later van start waardoor het nog geen grote bekendheid heeft en er voorlopig geen wachttijd is.

De projecten 2 en 5 hebben elk een wachttijd van vier maanden. Volgens project 2 is de huidige bezetting ontoereikend om alle aangemelde cliënten te begeleiden. We merken echter op dat project 2 in vergelijking met de andere projecten minder cliënten begeleidt en dus wellicht minder efficiënt te werk gaat. Project 2 werd in de beginperiode wel geconfronteerd met veel personeelwissels waardoor het even duurde voor het team goed en wel op dreef kwam. Mogelijk neemt de wachttijd metertijd af wanneer het team volledig op kruissnelheid is en meer begeleidingen kan opnemen. De lange wachttijd van project 5 heeft wellicht met twee zaken te maken: (1) de begeleidingen duren in project 5 veel langer dan in de andere projecten en (2) het project bestaat al vele jaren waardoor het veel aanmeldingen krijgt. Om de wachttijd binnen de perken te houden, werkt project 5 met gerichte aanmeldingen en een bepaalde selectiestrategie. De vier sociale partners waarmee project 5 samenwerkt melden heel gericht cliënten aan om te vermijden dat de kandidatenlijst – en dus ook de wachttijd – oneindig lang wordt. Van zodra er tijd vrijkomt om een nieuwe begeleiding op te starten bekijkt project 5 samen met de sociale woonactoren wie het meest gebaat is bij een begeleiding rekening houdend met diverse factoren (mate van overlast, crisissituatie, verwachte begeleidingslast en -duur, etc.). Het is dus niet zo dat diegene die het langst op de lijst staat, als eerstvolgende in begeleiding komt.

Tabel 27 Wachttijd per project.

Pilootproject	Wachttijd
Project 1	Geen
Project 2	4 maanden
Project 3	Geen
Project 4	Geen
Project 5	4 maanden
Project 6	Geen

1.3 Wat is de doelgroep van de projecten?

1.3.1 De socio-demografische kenmerken van de sociale huurders

De projecten bereiken evenveel mannelijke als vrouwelijke huurders. Wat de leeftijdsverdeling betreft bestaat de doelgroep voornamelijk uit cliënten tussen de 36 en 65 jaar (60%) en behoren jongvolwassenen (18-25 jaar) tot de minderheid (4%). De leeftijdsverdeling verschilt enigszins tussen de pilootprojecten: zo bereiken de projecten 1, 4 en 6 een groter aantal cliënten tussen 26 en 35 jaar en begeleiden project 4 en 5 een groter aantal cliënten ouder dan 65 jaar. Opvallend: de bereikte doelgroep telt weinig cliënten met een migratieachtergrond (13%).

De meerderheid van de cliënten leeft van een uitkering of leefloon (57%) en is alleenstaand (70%). We stellen wel vast dat in project 1 de doelgroep veel heterogener is qua leefvorm: zo is de helft alleenstaand en woont de andere helft samen met partner en/of kind.

1.3.2 De inclusie- en exclusiecriteria van de projecten

Alle projecten richten zich op sociale huurders met **een vermoedelijke psychische kwetsbaarheid of verslavingsproblematiek**. Hoewel er heel wat overlap is tussen de inclusie- en exclusiecriteria die de projecten hanteren, leggen ze allemaal hun eigen accent en dit m.b.t. volgende criteria:

- **Ernst van de psychiatrische problematiek:** project 5 houdt bij de inclusie rekening met de ernst van de problemen en includeert enkel cliënten die kampen met een ernstige psychiatrische problematiek. Sociale huurders met minder ernstige problemen, verwijst het team door naar een alternatief zorgaanbod. De andere projecten houden geen rekening met de ernst van de problemen.
- Woonproblemen:** voor de projecten 1, 2 en 3 is de aanwezigheid van woonproblemen (overlast, dreigende uithuiszetting, beperkte woonvaardigheden, leefbaarheidsproblemen, huurachterstal, etc.) een vereiste om een huurder te includeren. Voor project 6 is het hebben van een woonprobleem geen inclusie criterium. De projecten 4 en 5 trekken dit criterium breder open naar de aanwezigheid van problemen op verschillende levensgebieden (wonen, lichamelijk, dagbesteding, sociale activiteiten, etc.).
- **Nog geen hulp (GGZ) geïnstalleerd:** de projecten 2, 3, 4, 5 en 6 includeren enkel huurders die zorg mijden. De wijze waarop men dit criterium toepast verschilt tussen de projecten. De projecten 2, 3 en 5 stellen de betrokkenheid van een GGZ-partner als exclusie criterium. Cliënten met een hulpvraag die al begeleiding krijgen binnen de GGZ worden niet geïnccludeerd. De projecten 4 en 6 passen dit criterium iets soepeler toe. Zij includeren cliënten die nog geen adequaat formeel netwerk rond zich hebben. Het is dus mogelijk dat er wel al een zorgpartner betrokken is maar dat deze hulp niet volstaat. Voor project 1 is dit criterium minder doorslaggevend, omdat men bij aanmelding weinig zicht heeft op de aanwezige hulpverlening. Wanneer men gaandeweg merkt dat er reeds veel zorgpartners betrokken zijn, zet het team een stap terug.
 - **Leeftijd:** project 1 includeert enkel cliënten tussen de 18 en 65 jaar. De andere projecten maken geen melding van leeftijdsgrenzen – de cliënten moeten alleen meerderjarig zijn.
 - **Beslissingsonbekwaam:** project 5 includeert enkele cliënten die beslissingsonbekwaam zijn. De inschatting van beslissings(on)bekwaamheid gebeurt door de psychiater in samenwerking met het multidisciplinair team. Voor de overige projecten is dit geen inclusie criterium.

De aard van de problematiek van de sociale huurders

Alle cliënten hebben een psychische kwetsbaarheid die uiteenlopend is van aard. Schizofrenie, psychose of een bipolaire stoornis komen het vaakst bij de cliënten voor (24%), gevolgd door angst, depressie of een andere stemmingsstoornis (18%) en gedragsproblemen (17%). Ook lichamelijke verwaarlozing of verwaarlozing van de woning, verslavingsproblemen, lichamelijke problemen en een cognitieve beperking zijn veelvoorkomend: voor circa 60% van de cliënten is er sprake van lichamelijke verwaarlozing of verwaarlozing van de woning, een op twee huurders heeft naast psychische problemen ook lichamelijke klachten, een op twee heeft een verslavingsprobleem en dertig percent heeft een cognitieve beperking.

De resultaten verschillen tussen de projecten: verslaving komt in de projecten 2, 4 en 6 vaker voor (bij twee derde van de huurders) dan in de andere projecten (bij een derde). Project 5 focust bijna exclusief op cliënten met ernstige psychische problemen – cliënten met een verslaving behoren niet tot de doelgroep.

In de projecten 1, 5 en 6 heeft minimaal een derde van de cliënten een cognitieve beperking – terwijl dit in de andere projecten minder voorkomt. Lichamelijke klachten komen in project 4 minder frequent voor dan in de andere projecten. Verwaarlozing komt in de projecten 4 en 6 meer voor dan in de andere projecten.

Het zorgverleden van de sociale huurders

De helft van de cliënten heeft een verleden in de GGZ. De aard van het zorgverleden werd via de registratiegegevens helaas niet in kaart gebracht. Het aantal cliënten met een zorgverleden verschilt evenwel tussen de projecten. In de projecten 2, 5 en 6 heeft de meerderheid van de cliënten een zorgverleden terwijl dit in de projecten 1, 3 en 4 voor iets minder dan de helft van de cliënten het geval is. De getuigenissen (zie volgende paragraaf) tonen bovendien dat veel huurders negatieve ervaringen met de zorg hebben.

1.4 Wat zijn positieve ervaringen van sociale huurders m.b.t. de aanklampende zorg?

De sociale huurders bevinden zich op het moment van aanmelding in een **ongunstige leefsituatie** omwille van **uiteenlopende problemen** zoals: verwaarlozing van de woning, verzamelwoede, administratie en papierwerk dat niet in orde is, werkloosheid, financiële problemen en schulden, conflicten met de sociale huisvester, lichamelijke klachten, verslavingsproblemen, agressief gedrag of psychische problemen. Meestal is er sprake van een combinatie van deze problemen.

Wat opvalt is dat **verschillende cliënten een zorgverleden hebben en hier vooral negatieve herinneringen aan overhouden**. Veelgehoorde klachten zijn dat de hulpverlening te pusherig, te berispelend en te veroordelend is waardoor cliënten zich niet gerespecteerd voelen en afhaken. De hulp bestaat vaak uit het voorschrijven van zware medicatie (met bijbehorende nevenwerkingen) terwijl veel cliënten vooral aangeven nood te hebben aan een goed gesprek. Hulpverleners maken onvoldoende tijd vrij om echt te luisteren, waardoor de cliënt zich niet gehoord voelt. Een andere klacht is dat de zorg niet altijd is afgestemd op het probleem: wanneer er een wachttijd is bij de voorziening die eigenlijk nodig is, ontvangen cliënten soms minder geschikte hulp in de plaats. Zo kreeg één cliënt kortdurende ondersteuning van een maatschappelijk werker van het CAW terwijl hij in feite dringend nood had aan langdurige gesprekstherapie gegeven door een psycholoog. De wachttijd bij het CGG was op dat moment zodanig lang dat de cliënt daar niet terecht kon voor hulp en zijn problemen volledig begonnen te escaleren. Veel cliënten hebben tot slot het gevoel dat de hulp niets uithaalt – ze zijn teleurgesteld en keren de hulpverlening de rug toe.

Sommige cliënten hebben **in het begin hun twijfels** over de bedoelingen van het aanklampend team, maar dit wantrouwen verdwijnt meestal snel en maakt plaats voor appreciatie. Andere cliënten geven aan dat de begeleiding **net op tijd** in hun leven verscheen en dat ze onmiddellijk een klik voelden met de hulpverlener die voor de deur stond.

Wat de cliënten vooral appreciëren aan de aanklampende zorg is dat de begeleiding geleidelijk en vrijblijvend op gang komt en de begeleiders rekening houden met hun wensen. De hulpverleners zijn ook menslievend en solidair. Ze nemen de tijd om te luisteren zonder hun mening op tafel te leggen en proberen te begrijpen wat er in de cliënt omgaat. Ze zijn daarenboven respectvol en niet veroordelend. Ze leggen geen zaken op en zijn niet opdringerig. In de plaats proberen ze waar mogelijk te helpen door nuttig advies te geven, mee naar oplossingen te zoeken of zelf de handen uit de mouwen te steken. De hulpverleners ondersteunen en motiveren de cliënt om zich uit eigen beweging te herpakken. Dat laatste is een belangrijk punt: veel cliënten vinden het belangrijk om hun eigen zeg te kunnen doen en mee te kunnen beslissen over de stappen die gezet worden. De aanklampende aanpak en de zorg aan huis stellen de cliënten doorgaans sterk op prijs: sommige cliënten zitten zodanig diep dat ze zelf niet de kracht hebben om op zoek

te gaan naar hulp. De hulpverleners laten de cliënt ook niet zomaar vallen als ze voor een gesloten deur staan. Een laatste meerwaarde is dat de hulpverleners zaken kunnen regelen die veel cliënten zelf niet voor elkaar krijgen. Hulpverleners weten wie ze voor wat moeten contacteren en worden niet van het kastje naar de muur gestuurd.

De getuigenissen tonen ook dat de teams dankzij hun optreden **voor veel cliënten een verschil kunnen maken**. De hulpverleners brengen allerhande papierwerk (voor leeflonen, mindervalide-uitkeringen, gehandicaptenkaarten, de mutualiteit, etc.) in orde, helpen bij traumaverwerking en de verwerking van zwarte gedachten, bieden steun bij het overwinnen van verslavingen, zorgen voor stapsgewijze toeleiding naar de arbeidsmarkt, bemiddelen bij conflicten, ruimen samen met de cliënt de woning op, scheppen structuur en regelmaat in het dagelijks leven van de cliënt, leren de cliënt woonvaardigheden aan zodat hij zelf zijn huishouden kan organiseren, schakelen thuishulp in, bouwen een nieuw zorgnetwerk rond de cliënt uit, etc.

1.5 Wat zijn negatieve ervaringen van de sociale huurders m.b.t. de aanklampende zorg?

Tijdens de interviews met de huurders komen er weinig of geen aspecten ter sprake die de sociale huurders als onaangenaam ervaren. Eén koppel betreurt de beperkte duurtijd van de begeleiding en een andere cliënt geeft aan dat de wekelijkse huisbezoeken niet altijd op een goed moment komen.

1.6 Hoe verloopt de intersectorale samenwerking?

1.6.1 De samenwerking met de sociale woonpartners

Alle projecten – met uitzondering van project 1 – beginnen een individueel begeleidingstraject door samen met de woonpartner bij de cliënt op huisbezoek te gaan. Tijdens dit bezoek stelt de woonpartner zijn eisen aan de huurder en zet deze lichtjes onder druk om een aantal afspraken m.b.t. goed wonen na te komen. De partijen spreken hierbij op voorhand af dat de huisvester zeer duidelijk en zakelijk de eisen en voorwaarden formuleert met de gevolgen voor niet naleving daarvan. De hulpverlener van het aanklampend team maakt de cliënt op zijn beurt duidelijk dat hij er is om de problemen mee op te lossen. In project 1 vindt het eerste contact met de cliënt zonder de sociale woonpartner plaats. Deze keuze werd gemaakt om te voorkomen dat cliënten afhaken of worden afgeschrikt. Tijdens het begeleidingstraject zelf treden de hulpverleners in project 1 wel geregeld op als **bemiddelaar** om de plooiën tussen de cliënt en de sociale huisvester weer glad te strijken.

De verdere samenwerking met de sociale woonpartners verschilt sterk tussen de pilootprojecten en loopt vooral goed in de projecten 1, 3 en 5. Zij hebben **duidelijke afspraken** met de woonpartners over welke cliënten wel en niet in aanmerking komen voor aanklampende zorg en **overleggen frequent** met hen om de samenwerking en de voortgang van moeilijke cliënten te bespreken. Deze overlegmomenten zijn nodig om woonpartners te leren hoe ze psychische problemen bij hun huurders kunnen herkennen en om komaf te maken met onrealistische verwachtingen. Zo is het belangrijk voor woonpartners om te weten dat:

- De aanklampende teams exclusief focussen op huurders met een psychische problematiek en niet op “moeilijke huurders” zondermeer. Het is dus niet de bedoeling dat de aanklampende teams de woongeschillen en het praktische regelwerk van de huurbegeleiders van de sociale woonactoren op zich nemen.

- De woonproblemen van huurders meestal samenhangen met psychische problemen die niet in een-twee-drie zijn opgelost. Het oplossen van de woonproblemen vraagt dus enige tijd.
- De aanklappende teams zich dienen te houden aan het voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim. De teams mogen enkel persoonlijke informatie met de woonpartner delen die strikt noodzakelijk is opdat iedereen zijn werk op een goede manier kan uitvoeren.

Het vraagt heel wat overleg om over deze zaken tot een goede verstandhouding te komen. Het valt op dat in project 2 – dat door omstandigheden minder investeerde in overleg – de samenwerking met de woonpartners moeilijker loopt. Nood aan vorming hebben de woonpartners niet. De overlegmomenten worden op zich als coachend ervaren en spelen rechtstreeks in op de vragen en de noden van de huisvesters.

1.6.2 De samenwerking met de preventieve woonbegeleiding (PWB) van het CAW

De samenwerking met de PWB van het CAW verschilt eveneens tussen de projecten. De projecten 1, 3 en 6 hebben de nauwste samenwerking met het CAW. Er is een **gezamenlijk aanmeldpunt** voor het aanklappend team en de PWB van het CAW, beide partners zijn betrokken bij de screening van de aangemelde dossiers en er zijn **duidelijke afspraken** over welke cliënten door iedere dienst worden opgevolgd. Wanneer er enkel sprake is van woonproblemen, neemt de PWB de begeleiding voor zijn rekening. Zijn er enkel psychische problemen zonder woonoverlast, dan volgt het aanklappend team de aanmelding op. Indien er zowel psychische problemen als woonproblemen zijn, bekijken beide partners in overleg welke ondersteuning het meest aangewezen is. In veel van deze gevallen wordt er een **duo-begeleiding** opgestart waarbij de PWB en het aanklappend team op complementaire wijze de cliënt opvolgen. Dit houdt in dat beide partners afzonderlijk bij de cliënt op huisbezoek gaan en telefonisch of via mail nauw in contact staan met elkaar. In de projecten 1, 3 en 6 vinden er bovendien **regelmatig teamvergaderingen** plaats tussen het CAW en het aanklappend team om casussen te bespreken en ervaringen uit te wisselen.

De projecten 4 en 5 hebben eveneens een nauwe samenwerking met de PWB van het CAW, alleen doet project 4 geen duo-begeleidingen met de PWB en is er in project 5 geen gezamenlijk aanmeldpunt voor het aanbod van beide diensten.

In project 2 verloopt de samenwerking met de PWB van het CAW iets moeizamer. Er is geen gemeenschappelijk aanmeldpunt voor beide diensten, er vinden geen overlegmomenten plaats tussen de hulpverleners van het aanklappend team en de PWB en er zijn geen duo-begeleidingen.

1.6.3 De samenwerking met andere voorzieningen en sectoren

Naast de woonpartners en de PWB van het CAW werken de pilootprojecten zowel op casusniveau als op projectniveau sterk samen met voorzieningen van andere sectoren.

Op casusniveau werken de teams nauw samen met een waaier aan partners binnen en buiten de GGZ – uiteraard in functie van de behoeften van de cliënt. Types voorzieningen waarmee de teams frequent samenwerken zijn:

- De ambulante GGZ (CGG, mobiele teams en ambulante psychiaters)
- Voorzieningen uit het algemeen welzijnswerk (CAW en OCMW)
- De residentiële GGZ (beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ, psychiatrische verzorgingstehuizen)
- Diensten voor praktische ondersteuning (gezinszorg, poetshulp, thuisverpleging, klusjesdienst)

- Diensten vrijetijd en ontmoeting
- Bewindvoerders
- Verslavingszorg
- Voorzieningen van het VAPH
- Ouderenzorg (serviceflats, woonzorgcentra)
- Diensten ondersteuning voor (vrijwilligers-)werk (VDAB, werkwinkels, GTB, Arbeidszorgcentra of Arbeidsbemiddeling van OCMW)
- Medische zorg (de huisarts, het ziekenhuis, gespecialiseerde medische zorg, de tandarts)
- De jeugdhulp (opvoedkundige ondersteuning, de jeugdrechtbank, de Jeugdrechtbank, pleegzorg)
- Andere voorzieningen waaronder: mutualiteiten, burenbemiddeling, schuldbemiddeling, notaris, vrijwilligerswerk, een activiteitencentrum, daklozenopvang, transgender-infopunt, volwassenonderwijs, gevangenis, etc.

Wanneer meerdere partners deel uitmaken van het netwerk van de cliënt, beleggen de teams op regelmatige basis een multidisciplinair zorgoverleg om de zorg op elkaar af te stemmen en tot duidelijke afspraken te komen.

Op projectniveau krijgt de intersectorale samenwerking op volgende manier vorm:

- De projecten 1, 2, 4, 5 en 6 kunnen rekenen op **een stuurgroep, een dagelijks bestuur, een werkgroep of een overlegcomité** die mee waken over de voortgang van de projecten en waar nodig helpen om de teams bij te sturen. Al deze groepen zijn intersectoraal samengesteld en komen een aantal keer per jaar samen om zich mee te buigen over de inhoudelijk uitwerking van de projecten. In project 3 is er geen stuurgroep (of dergelijke) die structureel overlegt en het project mee vormgeeft, opvolgt en bijstuurt. Er is wel geregeld een-op-een-overleg met relevante zorgpartners om tot goede onderlinge afspraken te komen.
- Daarbuiten participeren zowel project 2 als project 5 elk aan een **intersectorale regionale overlegtafel** om expertise over bemoeizorg uit te wisselen.

1.7 Hoe positioneren de pilootprojecten zich tegenover de regionale context?

Tussen de pilootprojecten zijn er organisatorische verschillen die deels het gevolg zijn van de regionale context waarin de projecten actief zijn. Onderstaand zoomen we in op de belangrijkste verschillen en bespreken we wat dit voor de praktijk betekent.

De grootte van de regio van het aanklappend team heeft een invloed op de organisatie van de werking.

De projecten 1 en 3 bedienen beide een grote rurale regio waar de cliënten ver van elkaar wonen. Hierdoor neemt de verplaatsingstijd toe wat ten koste gaat van de begeleidingstijd. Om dit probleem op te vangen houdt men bij de toewijzing van de cliënten aan de hulpverleners rekening met de woonplaats van de cliënt en het werkingsgebied van de hulpverlener. Zo bedient elke hulpverlener één regio en begeleidt alle cliënten binnen deze regio. Daarnaast tracht men efficiëntiewinst te realiseren door cliëntbezoeken op doordachte wijze in te plannen: huisbezoeken in dezelfde buurt worden na elkaar ingepland zodat er bespaard kan worden op verplaatsingstijd.

Kenmerkend voor project 2 is dat het **twee subregio's** voor haar rekening neemt **die ver uit elkaar liggen** (de afstand tussen beide regio's is 40 à 50 km) **en weinig gemeenschappelijk hebben**. Het project werkt met twee afzonderlijke subteams die door dezelfde coördinator worden aangestuurd en wekelijks samenkomen tijdens de gezamenlijke teamvergadering. Deze manier van werken leidt echter tot weinig synergie: het vraagt veel extra energie om de twee aparte sub-werkingen op elkaar af te stemmen en een gevoel van samenhang tussen beide te creëren.

Het GGZ-aanbod in de regio heeft een grote impact op de organisatie en de manier van werken van de projecten. **In sommige regio's hebben de GGZ-voorzieningen lange wachttijden** waardoor cliënten niet snel ergens terecht kunnen en de begeleidingsduur toeneemt. **Voor de verslavingszorg** is in een aantal projecten onvoldoende uitgebouwd met beperkte verwijsmogelijkheden tot gevolg. Dit wordt als problematisch ervaren aangezien veel cliënten met een verslavingsproblematiek kampen.

Verschiedende projecten werken met hulpverleners die deeltijds vanuit een andere voorziening gedetacheerd worden. De detacherende voorzieningen zijn veelal: de PWB van het CAW, beschut wonen, de verslavingszorg en de mobiele teams. Eén project werkt uitsluitend met **detacheringen vanuit het mobiel team en ervaart deze werkwijze als succesvol**. Dankzij de tewerkstelling in het mobiele team hebben de hulpverleners ervaring met huisbezoeken, beschikken ze over een goede kennis van het GGZ-landschap en kunnen ze beroep doen op de ervaringsdeskundige aangesteld binnen het mobiel team. Het mobiel team kan ook makkelijker ingeschakeld worden in het kader van vervolgzorg. De afwisseling tussen het beide jobs brengt tot slot een grotere arbeidstevredenheid met zich mee. Uitsluitend aanklampend werken is zeer belastend. De hulpverleners komen vaak in aanraking met schrijnende situaties en mensen die niet geholpen willen worden wat een grote indruk nalaat. Werken in het mobiel team is veel comfortabeler omdat de cliënten gemotiveerd zijn en men volgens een vast kader kan werken. De afwisseling tussen beide jobs wordt als een verademing ervaren.

In alle projecten zijn sociale woonpartners de prioritaire aanmelders, maar **men stelt zich de vraag of andere partners niet even goed of misschien zelfs beter geplaatst zijn om cliënten aan te melden**. In sommige regio's hebben woonpartners namelijk weinig contact met hun huurders waardoor problematische zorgmijders onder de radar blijven of pas laatstijdig worden opgemerkt. Een project besliste daarom recent om ook andere partners – waaronder het OCMW, de wijkagenten, justitiehuizen – cliënten te laten aanmelden.

1.8 Hoe zijn de aanklampende teams samengesteld?

De meeste teams zijn multidisciplinair samengesteld en bestaan uit meerdere disciplines waaronder een psycholoog, een psychiatrisch verpleegkundige en een maatschappelijk werker. Sommige hulpverleners beschikken over een combinatie van deskundigheden bijvoorbeeld omdat ze in het verleden in de verslavingszorg of in een arbeidscentrum werkten.

Niet alle teams hebben een verslavingsdeskundige of een orthopedagoog aan boord terwijl deze gebieden van deskundigheid wel relevant zijn. Veel sociale huurders kampen immers met een verslavingsproblematiek en er zijn teams die geregeld in contact komen met cliënten met een mentale beperking. **De meeste projecten hebben ook geen ervaringsdeskundige** waarop ze kunnen rekenen. De teams die hier wel op kunnen rekenen ervaren dit als een meerwaarde, omdat de ervaringsdeskundige op een heel andere manier naar de problemen kijkt.

Hoewel alle teams een multidisciplinaire samenstelling hebben, is er een nauwe samenwerking met allerlei externe voorzieningen in de regio. Alle teamleden zijn sterk vertrouwd met het regionale hulpverleningslandschap en weten bij wie ze voor wat terecht kunnen. Het is dus **niet nodig om zelf alle expertise in huis te hebben**.

De betrokkenheid van een psychiater verschilt sterk tussen de projecten. De projecten 1, 2, 4 en 5 kunnen rekenen op een vaste psychiater die deelneemt aan het wekelijkse teamoverleg om nieuwe aanmeldingen en lopende dossiers te bespreken, die tussendoor te contacteren is voor advies over complexe casussen en die indien nodig mee op huisbezoek gaat. De meeste psychiaters zijn binnen de teams echter maar voor 0,30 VTE tewerkgesteld en verschillende projecten zijn vragende partij om de tewerkstellingsgraad van de psychiater op te trekken. De psychiater kan cliënten dan meerdere keren zien en een vertrouwensband met hen uitbouwen waardoor hij beter geplaatst is om psychofarmaca voor te schrijven, crisissituaties op te vangen en advies te verstrekken. De projecten 3 en 6 hebben geen vaste psychiater waarop ze kunnen rekenen. Project 3 kan zich in principe tot de psychiaters van de vier IBW binnen het GGZ-netwerk wenden, maar is terughoudend om de psychiaters aan te spreken. Project 6 kampt met een tekort aan psychiaters in de regio waardoor geen enkele psychiater bereid is om in het project te stappen. Indien nodig kan het team een van de psychiaters van BW contacteren, maar in de praktijk doet men dit slechts sporadisch wat als een groot tekort ervaren wordt.

Alle aanklampende teams werken met detachering waarbij teamleden deeltijds vanuit een andere dienst of voorziening gedetacheerd worden. De detacherende diensten of voorzieningen zijn meestal de mobiele 2B-teams, de preventieve woonbegeleiding van het CAW, beschut wonen, de verslavingszorg of het CGG. Het combineren van twee jobs vraagt enig puzzelwerk om de agenda's af te stemmen, gezamenlijke huisbezoeken en vergadermomenten in te plannen en voldoende flexibiliteit aan de dag te kunnen leggen. Los daarvan zijn er vooral veel voordelen verbonden aan de deeltijdse detachering. Zo is het mogelijk om:

- Het aanklampend werken af te wisselen met ander minder belastend werk wat zorgt voor een grotere arbeidstevredenheid.
- Een team samen te stellen met een grote diversiteit aan disciplines, ervaring en gebieden van deskundigheid.
- Een groot team samen te stellen waardoor het makkelijker is om ziektedagen en verlofdagen op te vangen.
- Cliënten vlotter toe te leiden naar de detacherende zorgvoorziening doordat de intake niet opnieuw hoeft te gebeuren.

1.9 Hoe verloopt de samenwerking in de teams?

In bijna alle projecten overleggen de teamleden één keer per week om nieuwe aanmeldingen en lopende begeleidingen te bespreken. Frequenter overleggen is voor de meeste teams niet haalbaar, omdat er dan minder tijd overblijft om aan cliëntbegeleidingen te besteden. Met deze frequentie is het voor de meeste teams mogelijk om cliënten met acute problemen regelmatig en cliënten met chronische problemen sporadisch te bespreken. Project 5 is het enige project dat meer dan één keer per week overlegt. Wekelijks organiseert het team één teamoverleg en twee korte briefings om de voortgang van cliënten te bespreken en één teamoverleg waarin er ruimte is voor intervisie en beleidsbespreking. De projecten 3 en 5 zijn de enige projecten die tijdens hun teamoverleg gebruik maken van een digitaal planbord om het bespreken

van de lopende begeleidingen efficiënt te laten verlopen. Naast het gezamenlijke teamoverleg vindt er in alle projecten tussen de hulpverleners veel informeel overleg en uitwisseling via mail en telefoon plaats.

1.10 Op welke theoretische benaderingen baseren de aanklampende teams zich?

De hulpverleners maken tijdens hun klinisch werk gebruik van volgende benaderingen:

- Bemoeizorg en outreachend werk
- Systematisch rehabilitatiegericht handelen
- Relatieve ethisch model van Axel Liégeois
- Critical time intervention
- Positieve Gezondheid
- Motiverende gespreksvoering

Onderstaand lichten we elk van deze benaderingen kort toe.

1.10.1 Bemoeizorg en outreachend werk

Alle projecten baseren zich voor de begeleiding van cliënten op het boek “Bemoeizorg” van Tielens et al. (2010) dat tips en valkuilen m.b.t. bemoeizorg op een rij zet. De meeste hulpverleners hebben dit boek gelezen en gebruiken de tips als basis tijdens hun cliëntcontacten. Een ander boek dat inspiratie biedt is “Reach out!” van Beelen et al. (2014) over outreachend werken.

Belangrijke principes die tijdens de bemoeizorg worden toegepast zijn:

- **Contact maken met de cliënt door volhardend en creatief te werk te gaan** (bv. wekelijks aanbellen, contact nemen met de familie of de wijkagent, briefjes in de bus steken, de cliënt ergens opwachten en vriendelijke aanspreken, etc.).
- **Een vertrouwensband met de cliënt uitbouwen** door praktische problemen in orde te brengen (bv. het contact met de sociale verhuurder verbeteren, administratie in orde brengen) of samen met de cliënt op stap te gaan (bv. samen naar het containerpark of de psychiater gaan, een koffie gaan drinken). Pas wanneer er een vertrouwensband is, komt er opening om over de eigenlijke problemen te praten.
- **Focussen op problemen die de cliënt zelf belangrijk vindt.** Hulpverleners brengen niet meteen de problemen ter sprake die de sociale woonpartner rapporteert, maar kijken eerst naar de zaken die de cliënt zelf als lastig ervaart. Pas daarna komen de problemen aan bod die anderen als overlast ervaren.
- **Gebruik maken van dwang en drang wanneer er sprake is van woonoverlast.** De sociale woonpartners en het aanklampend team bundelen de krachten als volgt. De sociale woonpartner spreekt als ordehandhaver de cliënt aan over de woonoverlast, verduidelijkt de regels en vraagt de cliënt om deze te respecteren. Het aanklampend team wordt ingeroepen om de cliënt te helpen bij het aanpakken van de problemen m.b.t. overlast. De hulpverlener staat naast de cliënt en probeert als belangenbehartiger een wenselijke verandering in het gedrag van de cliënt teweeg te brengen. Anders gezegd: de sociale woonpartner maakt het ijzer heet en de hulpverlener zet zich vervolgens in om het ijzer te smeden.

- **Toeleiden naar de gepaste voorzieningen in functie van de noden.**
- **Een stap terugzetten en de begeleiding geleidelijk afronden** van zodra de cliënt een band heeft opgebouwd met de partner die de zorg overneemt.

1.10.2 Systematisch rehabilitatiegericht handelen

De meeste hulpverleners maken in hun praktijkvoering gebruik van de basisprincipes van het systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH):

- **Presentiegericht werken:** hulpverleners maken op een aandachtige, gelijkwaardige en respectvolle wijze contact met de cliënt en creëren een gevoel van veiligheid door present te zijn.
- **Krachtgericht werken:** mensen zijn meer dan hun beperking – vaak zijn er heel wat zaken die de cliënt wel nog kan. Hulpverleners focussen op de krachten van de cliënt en proberen deze te versterken.
- **Herstelgericht werken:** hulpverleners leren cliënten omgaan met de eigen kwetsbaarheid en helpen hen om opnieuw deel te nemen aan de samenleving door de toegang hiertoe te verbeteren.
- **Aansluiten bij de wensen van de cliënt:** hulpverleners nemen de wensen van cliënten als uitgangspunt voor de ondersteuning, zodat de kwaliteit van leven die zij ervaren toeneemt.
- **De eigenregie en autonomie vergroten:** hulpverleners laten cliënten zelf nadenken over wat kan helpen en wat niet, en proberen zo de eigen regie en de autonomie van de cliënt te vergroten.
- **Het systeem van de cliënt inschakelen:** hulpverleners proberen belangrijke anderen zoveel mogelijk te betrekken in de begeleidingen door zicht te krijgen op het aanwezige informele en formele netwerk.

1.10.3 Relationeel ethisch model van Axel Liégeois

De teams baseren zich op het relationeel ethisch model van Axel Liégeois (2018) om te evalueren of een cliënt beslissings(on)bekwaam is. Het model gaat ervan dat beslissingsbekwaamheid – het vermogen om vrij en overwogen beslissingen te nemen – geen alles of niets kwestie is maar een gradueel concept is dat zich situeert op een continuüm gaande van volledige, over gedeeltelijke beslissingsbekwaamheid tot volledige beslissingsonbekwaamheid (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018). Bovendien is beslissingsbekwaamheid geen algemeen maar een specifiek concept dat situatie- en tijdsgebonden is. Een cliënt is dus beslissingsbekwaam of -onbekwaam voor een bepaalde handeling, op een bepaald levensdomein, in een bepaalde situatie en op een zeker moment. De beslissings(on)bekwaamheid van cliënten kan beoordeeld worden door volgende tien criteria van Liégeois (Liégeois, 2018) te scoren op een 6-puntenschaal:

- Begrijpen informatie
- Toepassen informatie op eigen situatie
- Inzicht verwerven in eigen situatie
- Overwegen keuzemogelijkheden
- Inschatten gevolgen voor zichzelf
- Inschatten gevolgen voor anderen

- Motiveren keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze
- Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit
- Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf
- Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen

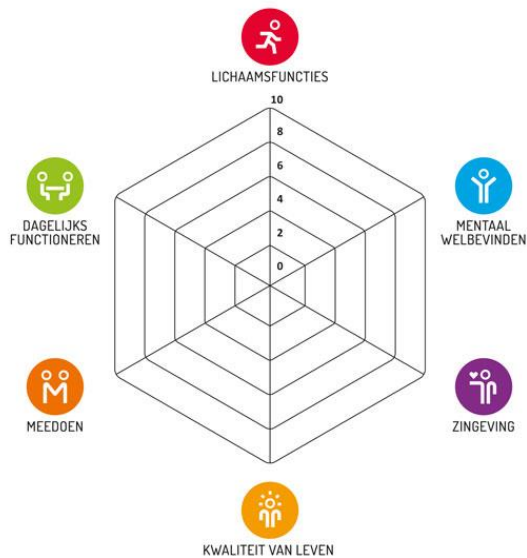
1.10.4 Critical Time Intervention

Critical Time Intervention (CTI) is een kortdurend traject om kwetsbare mensen in een kritische situatie in hun leven te ondersteunen (bv. in geval van een dreigende huisuitzetting, escalaties bij huiselijk geweld en terugkeer na een verblijf in een zorginstelling of gevangenis, etc.). CTI biedt tijdelijk praktische en emotionele hulp en draagt bij aan de versterking van het informele en professionele vangnet om de risico's op maatschappelijke uitval te beperken (Center for the Advancement of Critical Time Intervention; Impuls Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg). Typisch voor CTI is dat het van meet af aan voor de cliënt duidelijk is dat het om een tijdelijk traject gaat. Een hulpverlener loopt gedurende een periode met de cliënt mee, versterkt het netwerk van de cliënt en werkt toe naar een moment van overdracht waarbij het versterkte netwerk de zorg overneemt. Doorgaans bestaat een begeleiding uit drie fasen die elk circa drie maanden duren:

- **Een structureringsfase:** de hulpverlener bouwt een intensief contact met de cliënt uit, probeert zicht te krijgen op de situatie en de wensen van de cliënt en stelt een actieplan op waarbij de meest dringende zaken het eerst worden aangepakt. Dit houdt in dat de hulpverlener de cliënt in contact brengt met instanties die de verdere zorg op zich zullen nemen en mee ondersteuning en advies geeft aan de cliënt en de nieuw betrokken instanties.
- **Een testfase:** het actieplan wordt uitgetest en waar nodig wordt bijgesteld. Dit houdt in dat de hulpverlener het netwerk en de vaardigheden van de cliënt monitort en waar nodig versterkt, bemiddelt bij conflicten tussen de cliënt en de zorgverlener, indien nodig het netwerk aanpast en de cliënt aanmoedigt om meer verantwoordelijkheid te nemen.
- **Een overdrachtsfase:** de hulpverlener bouwt het contact met de cliënt geleidelijk af door een stap terug te zetten en de ingeschakelde diensten zelfstandig hun werk te laten doen. Wanneer alles goed gaat kan de hulpverlener de zorg definitief overdragen aan het nieuw geïnstalleerde netwerk.

1.10.5 Positieve Gezondheid

Deze benadering vertrekt vanuit het idee dat mensen meer zijn dan hun aandoening. Het accent ligt niet op ziekte en problemen, maar haakt in op wat cliënten zelf het meest waardevol vinden in hun leven en op de zaken waarin ze goed zijn. Positieve Gezondheid maakt gebruik van zes dimensies om erachter te komen wat een cliënt belangrijk vindt en om te bepalen waar men tijdens de begeleiding naartoe moet werken (zie figuur 18).



Figuur 18 Zes dimensies van Positieve Gezondheid (Institute for Positive Health).

1.10.6 Motiverende gespreksvoering

Veel hulpverleners maken tijdens hun cliëntcontacten gebruik van motivationele gespreksvoering om de cliënt tot verandering te brengen. Motivationele gespreksvoering is een directieve methode uit de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg die gericht is op het stimuleren van groei en verandering bij de cliënt door in te spelen op de intrinsieke motivatie (Miller en Rollnick, 2014).

De gespreksvoering is gebaseerd op vier algemene principes:

- **Empathie uitoefenen**, door zonder oordelen, bekritisieren of beschuldigen de gevoelens en perspectieven van de cliënt te begrijpen. Respect voor de cliënt staat hier centraal.
- **Het ontwikkelen van discrepantie**: de hulpverlener legt discrepantie bloot tussen het huidige gedrag en belangrijke doelen of waarden van de cliënt door hem of haar argumenten voor verandering te laten aandragen.
- **Meegaan met de weerstand van de cliënt**: tegenzin en ambivalentie worden niet bestreden, maar erkend als natuurlijk en begrijpelijk. Door mee te gaan met de weerstand, wordt vechten of toename van de weerstand voorkomen en wordt de cliënt actief betrokken bij het proces van probleemoplossing.
- **De persoonlijke effectiviteit ondersteunen** door te geloven in het vermogen van de cliënt om een bepaalde taak tot een goed einde te brengen.

1.10.7 Deskundigheidsbevordering

In Vlaanderen zijn er weinig vormingen over bemoeizorg voorhanden. Bijna alle team gingen daarom ter voorbereiding van het aanklappend werk op studiebezoek bij een van de bemoeizorgteams in Nederland. Deze bezoeken werden als zeer leerrijk ervaren. De bemoeizorgteams lichten hun werking toe en reiken praktische handvatten aan die de opstart van de pilootprojecten faciliteren.

Daarnaast volgden de hulpverleners diverse opleidingen over uiteenlopende onderwerpen, waaronder:

- Bemoeizorg (driedaagse opleiding gegeven door Harry Gras)
- Bemoeizorg en wils(on)bekwaamheid (gegeven door Axel Liégeois)
- Bewindvoering
- Outreachend werken: verschillende personen en organisaties geven vorming over dit onderwerp Cis Dewaele, het Steunpunt Straathoekwerken en Vormingscentrum Rapunzel)
- Motiverende gespreksvoering
- Verbindende communicatie
- Psycho-educatie
- Positieve Gezondheid
- Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen
- Gedeeld beroepsgeheim
- Omgaan met agressie
- Middelenmisbruik
- Middelenmisbruik bij mensen met een verstandelijke beperking
- De suïcidereflex
- De Kindreflex

De meeste teams zijn tot slot vragende partij om een vorming over verzamelwoede (hoarding) te volgen, maar over dit onderwerp bestaat er in Vlaanderen weinig of geen opleiding. In Nederland zijn er wel opleidingen over hoarding, maar deze zijn niet betaalbaar met het beschikbare vormingsbudget

1.11 Worden de projecten uitgevoerd volgens de voorgeschreven kenmerken in de projectoproep?

1.11.1 De verwachtingen van de Vlaamse overheid

De Vlaamse overheid verwacht volgens de projectoproep dat de pilootprojecten **nauw samenwerken met sociale woonpartners** om zorgmijdende personen met ernstige psychische problemen vroegtijdig te identificeren en via **aanklappende en outreachende zorg toe te leiden naar gepaste zorg** (GGZ, woonbegeleiding, gezinshulp, preventieve woonbegeleiding, etc.) om zo **overlast, gedwongen opname en uithuiszetting te voorkomen** en **maatschappelijke inclusie en mentaal welbevinden te bevorderen**. **Intersectorale samenwerking** met andere voorzieningen (actieve samenwerking met relevante zorgpartner) is noodzakelijk om een netwerk rond de cliënt uit te bouwen en zorgcontinuïteit te verzekeren. Belangrijk is dat het aanbod complementair is aan het aanbod PWB van het CAW dat eveneens aanklappend werkt om uithuiszetting binnen de sociale huurmarkt te voorkomen. Een **nauwe samenwerking met de PWB van het CAW** is daarom aangewezen.

Tijdens de eerste stuurgroep werden nog enkele bijkomende verwachtingen t.a.v. de projecten geformuleerd die de onderzoekers tijdens de evaluatie mee namen:

- De projecten **betrekken de context** van de cliënten zo goed mogelijk.
- **Bij afronding van de begeleiding** besteden de projecten voldoende aandacht aan **nazorg** in functie van continuïteit van zorg.
- Intersectorale samenwerking moet meer zijn dan een structurele samenwerking om kennisoverdracht en ervaringen uit te wisselen. Er moet vooral een **intensieve samenwerking op casusniveau** zijn.

1.11.2 De mate waarin de projecten hieraan tegemoetkomen

De mate waarin de projecten samenwerken met de sociale woonpartners, de PWB van het CAW en andere intersectorale partners wordt uitvoerig in punt 1.4 besproken en hier dus niet opnieuw behandeld.

De teams gaan tijdens de cliëntbegeleidingen aanklampend te werk om in contact te komen met de cliënt. Hulpverleners gaan wekelijks bij de cliënt langs (ook al blijft de deur gesloten), bellen, mailen of laten briefjes achter om contact te maken. Wanneer dat niet werkt, proberen hulpverleners via een persoon uit het natuurlijk netwerk van de cliënt contact te zoeken of spreken de cliënt op straat aan. De meeste teams gaan zeer creatief en volhardend te werk tot de deur uiteindelijk toch opengaat. Dit lukt uiteindelijk in negen van de tien gevallen – bij 10% van de cliënten slaagt men er niet in om contact te leggen en wordt het begeleidingstraject nooit opgestart. Dit laatste doet zich vooral voor in project 4: voor bijna de helft van de cliënten blijkt het niet mogelijk om contact te leggen met de cliënt.

Eens het contact er is gaan de teams outreachend te werk. De meeste contacten vinden in de woning van de cliënt plaats wat een dubbele meerwaarde heeft: (1) cliënten voelen zich in hun eigen woning veilig en zijn daardoor bereidwilliger en (2) voor hulpverleners is een huisbezoek de beste manier om de cliënt te leren kennen. Het gebeurt echter dat de contacten niet in de woning van de cliënt plaatsvinden. Sommige cliënten schamen zich voor hun huis en durven de hulpverlener niet binnenlaten. De teams springen hier flexibel mee om en spreken dan op een andere plaats met de cliënt af: buiten op een bankje, in de bib, in het park, in een buurthuis, in het OCMW, etc. Vaak ook bestaat een cliëntbezoek uit een gezamenlijke uitstap waarbij de hulpverlener de cliënt vergezelt naar de rechtbank, een zorginstelling, de winkel, het containerpark – wat dan ook. Samen op pad gaan helpt om een vertrouwensband met de cliënt op te bouwen.

Meer dan de helft van de cliënten wordt door de teams toegeleid naar zorg (68%). Voorzieningen waarnaar de teams het vaakst toeleiden zijn ambulante GGZ-voorzieningen, algemeen welzijnswerk, residentiële GGZ-voorzieningen en thuisdiensten. De toeleiding naar zorg verschilt enigszins tussen de projecten: de projecten 4 en 5 leiden de meerderheid van de cliënten toe naar zorg; de projecten 2, 3 en 6 iets meer dan de helft van de cliënten en project 1 iets minder dan de helft van de cliënten.

Samenwerken met de context gebeurt voor ongeveer 70% van de cliënten. Meestal is dit met familieleden en naasten of met de formele context. De mate waarin er met de context wordt samengewerkt verschilt tussen de projecten. De projecten 4, 5 en 6 betrekken voor vier op vijf cliënten de context; de projecten 2 en 3 doen dit voor twee op drie cliënten en project 1 betreft voor slechts de helft van de cliënten de context. Er is ook een verschil tussen de projecten voor wat betreft het type van context dat betrokken wordt. Zo worden familieleden en naasten in de projecten 4, 5 en 6 frequenter betrokken dan in de overige projecten.

Vooral in project 3 worden familieleden of andere significante derden weinig betrokken. Men werkt daar in hoofdzaak samen met de formele context.

Alle pilootprojecten zetten in op een goede nazorg en continuïteit van zorg. Van zodra een begeleidings-traject opstart, zijn de teams hiermee bezig. Zo vindt er tijdens de begeleiding frequent zorgoverleg plaats met de partners die later de vervolgzorg zullen overnemen om tot goede afspraken te komen en een warme overdracht te garanderen. Van zodra de cliënt voldoende omkaderd is door andere zorgpartners beginnen de teams met de afronding van het traject. De intensiteit van de begeleiding wordt geleidelijk afgebouwd, maar blijft nog een tijd doorlopen om te zien of de cliënt inhaakt op de zorg. Na afronding wordt er sporadisch contact genomen met de cliënt en de zorgpartner om te kijken of alles goed gaat – de kans op herval is bij deze doelgroep immers groot. De beslissing om het traject af te ronden wordt in 65% van de gevallen in onderling overleg met de cliënt genomen. In 35% van de gevallen is er echter sprake van een eenzijdig stopzetting door hetzij de cliënt of het team. We zien hier verschillen tussen de projecten. Vooral in de projecten 2 en 4 komt een eenzijdige stopzetting frequent voor. Alle projecten bieden daarnaast een vorm van overbruggingshulp aan wanneer de vervolgzorg niet kan opstarten omwille van een wachtlijst. De contactfrequentie neemt dan weliswaar af, maar men houdt contact met de cliënt. Wanneer de begeleiding tijdelijk wordt onderbroken door opname in een residentiële voorziening houden de meeste teams eveneens contact zodat cliënt het vertrouwen in de begeleiding niet verliest de draad nadien makkelijk weer opgenomen kan worden.

De resultaten tonen dat **een gedwongen opname en uithuiszetting** over het algemeen weinig voorkomen. Zo kwam een uithuiszetting in 7% van de begeleidingstrajecten voor en vond een gedwongen opname voor 5% van de cliënten plaats. Of de ondersteuning van de aanklappende teams het aantal uithuiszettingen en gedwongen opnamen terugdringt is niet duidelijk. Net zomin is het duidelijk of het aanklappende werk ervoor zorgt dat de cliënt zich mentaal beter voelt en weer onderdeel van de maatschappij wordt.

1.12 Wat is de duur en het verloop van het begeleidingstraject?

Van de 367 opgestarte begeleidingen, is ongeveer de helft (47%) op het moment van het onderzoek afgerond. In pilootproject 3 is twee derde van de opgestarte begeleidingen afgerond, in de projecten 1 en 5 is ongeveer de helft van de begeleidingen afgerond en in de projecten 2, 4 en 6 is een derde afgerond.

De gemiddelde duur van de afgeronde begeleidingstrajecten bedraagt 8,4 maanden. De helft van de trajecten wordt binnen de zes maanden afgerond (48%) en een kwart heeft een duurtijd van zes tot twaalf maanden ($n=40$; 24%). Een kleine 10% van de trajecten duurt één tot twee jaar (8%) en nog eens een kleine 10% duurt meer dan twee jaar (9%). Er is een opvallend verschil in de duurtijd van de trajecten tussen de projecten. In de projecten 1, 2 en 4 worden quasi alle begeleidingen binnen de negen maanden afgerond en in de projecten 3 en 6 binnen de 12 maanden. In project 5 duren de begeleidingstrajecten aanzienlijk veel langer dan in de andere projecten: twee derde van de trajecten hebben een duurtijd die meer dan een jaar bedraagt (64%) en een derde van de trajecten duurt zelfs tussen de twee en vier jaar.

Van de 172 afgeronde begeleidingstrajecten wordt 14% eenzijdig door de cliënt stopgezet en 21% eenzijdig door het team. De cijfers tonen enkele opmerkelijke verschillen tussen de projecten. In project 2 is er voor zes van de negen trajecten sprake van een eenzijdige stopzetting (vijf door de cliënt en één door het team). In project 4 wordt de helft van de begeleidingstrajecten eenzijdig door het team stopgezet. In de projecten 3 en 6 komt eenzijdige stopzetting het minst frequent voor.

Over de projecten heen vinden er 27 uithuiszettingen (7%) en 18 gedwongen opnames (5%) plaats. De projecten 4 en 6 worden het vaakst met een uithuiszetting geconfronteerd. Voor meer dan één op tien cliënten wordt de uithuiszettingsprocedure opgestart terwijl de cliënt in begeleiding is bij het aanklampend team. De projecten 2 en 5 krijgen nauwelijks met een uithuiszetting te maken. Een gedwongen opname komt het vaakst voor in project 6: één op tien cliënten wordt gedwongen opgenomen. In de projecten 1 en 2 kwam een gedwongen opname nog niet eerder voor.

Tabel 28 Cijfergegevens m.b.t. het begeleidingstraject.

Project	Aantal begeleidingen	Aantal afgeronde begeleidingen	Duur begeleidingen (in maanden)	Aantal afrondingen zonder contact	Eenzijdige stopzetting door cliënt	Eenzijdige stopzetting door het team	Aantal uithuiszettingen	Aantal gedwongen opnamen
Project 1	70	33 (47%)	3,6	6 (18%)	5 (15%)	7 (21%)	6 (9%)	0 (0%)
Project 2	27	9 (33%)	4,1	0 (0%)	5 (56%)	1 (11%)	0 (0%)	0 (0%)
Project 3	68	46 (68%)	4,6	0 (0%)	5 (11%)	3 (6%)	4 (6%)	3 (4%)
Project 4	67	25 (37%)	2,9	12 (48%)	0 (0%)	13 (52%)	8 (12%)	4 (6%)
Project 5	83	41 (49%)	22,1	0 (0%)	7 (17%)	10 (24%)	1 (1%)	6 (7%)
Project 6	52	18 (35%)	8	0 (0%)	2 (11%)	2 (11%)	8 (15%)	5 (10%)
TOTAAL	367	172 (47%)	8,4	18 (10%)	24 (14%)	36 (21%)	27 (7%)	18 (5%)

1.13 Wat zijn de sterktes en de knelpunten van de projecten

1.13.1 De sterktes van de projecten volgende de resultaten van de audit

De pilootprojecten scoren allemaal hoog op volgende items:

- **Samenstelling team:** alle teams zijn multidisciplinair samengesteld en bestaan minimaal uit volgende disciplines: psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundige en psychiater. Sommige teams beschikken eveneens over een verslavingsdeskundige, een ervaringsdeskundige en een orthopedagoog.
- **Deskundigheidsbevordering:** de teams investeerden sterk in deskundigheidsbevordering om hun expertise in het aanklampend werken uit te breiden.
- **Aanmelding:** alle teams maken gebruik van een duidelijke intakeprocedure en duidelijke inclusiecriteria, en de aanmelders zijn hiervan in voldoende mate op de hoogte. Bij niet-inclusie van cliënten doen de teams een gepaste verwijzing naar een andere voorziening.
- **Outreaching werk:** alle cliëntcontacten vinden hoofdzakelijk in de leefomgeving van de cliënt plaats.
- **Multidisciplinaire praktische zorg:** de teams bieden ondersteuning aan op meerdere gebieden zoals: helpen bij dagelijkse levensverrichtingen, financiën en administratie, ondersteuning bieden bij medicatiegebruik en contact leggen met formele instanties en familie.
- **Aanklampende zorg:** de teams gaan aanklampend te werk en passen de verschillende vormen van bemoeizorg toe. Indien nodig wordt er overgegaan tot ongevraagde en dwingende zorg.

De resultaten van de audit tonen ook dat elk project in een aantal zaken uitblinkt. Zo baseert **project 1** zich op **bestaande interventies, modellen en benaderingen** en heeft het een **duidelijke visie**. Bovendien kan het aanklappend team rekenen op het vrijwillige engagement van de **psychiater** van het mobiele 2B-team die veel tijd in het project investeert. Hij is steeds raadpleegbaar voor advies, er is mogelijkheid om op vraag met hem te overleggen en hij gaat indien nodig mee op huisbezoek. Het team kent een grote bezetting en beschikt daardoor over **deskundigheid** op veel verschillende gebieden. Tweemaandelijks nemen de leden van het team deel aan de **intervisiemomenten** van het mobiele 2B-team en is dus in de mogelijkheid om complexe casussen in groep te bespreken. De **samenwerking met de sociale woonpartners** verloopt bijzonder goed. Er wordt veel tijd vrijgemaakt om met de sociale huisvesters te overleggen over nieuwe aanmeldingen, lopende begeleidingen, praktische vragen en de wijze van samenwerking. Ook **met de PWB van het CAW** wordt er goed samengewerkt. Beide diensten hebben een gezamenlijk aanmeldpunt, maakten vooraf duidelijke afspraken over de doelgroep en de wijze van samenwerking wanneer een cliënt psychische en woonproblemen heeft en overleggen regelmatig. Voorlopig heeft het project **geen wachttijd** mede doordat het team zorgvuldig afweegt of een aangemelde cliënt aan de inclusiecriteria voldoet. In de beginfase van de begeleiding brengt het team de hulpvragen, de zorgbehoeften, de financiële en medische situatie, de beslissings(on)bekwaamheid en het netwerk van de cliënt in kaart (**assessment**). De hulpverleners zetten sterk in op het **betrekken van de context** door het formele en informele netwerk in kaart te brengen, ondersteuning te bieden bij het behoud en/of de uitbreiding van de context, met de context in overleg te gaan en hen waar mogelijk actief in de begeleiding te betrekken. Er wordt tot slot veel aandacht besteed aan **de continuïteit van zorg en nazorg**. Bij opname in een residentiële voorziening houden hulpverleners contact met de cliënt en ook na afronding van de begeleiding blijft het team geruime tijd beschikbaar.

Pilootproject 2 kan rekenen op de **expertise van twee psychiaters** die afwisselend deelnemen aan het wekelijks teamoverleg, beschikbaar zijn voor advies en indien nodig mee op huisbezoek gaan. Het aanklappend team is interdisciplinair samengesteld en beschikt daardoor over een grote **deskundigheid** op diverse gebieden.

Project 3 kenmerkt zich door een **duidelijke visie** en beroept zich voor het begeleiden van cliënten op **bestaande interventies, modellen en benaderingen**. Zowel de **samenwerking met de sociale woonpartners als de PWB van het CAW** verloopt goed. Met de woonpartners zijn er duidelijke afspraken over wie in aanmerking komt voor aanklappende zorg en er vond veel overleg plaats om de rol en de verantwoordelijkheid van het aanklappend team en de huurbegeleiders scherp te stellen. Met de PWB van het CAW werkt het project op complementaire wijze samen. Er is een gezamenlijk aanmeldpunt, er zijn duidelijke afspraken over de doelgroep en de wijze van samenwerken, waar nodig wordt er in duo gewerkt en sporadisch vindt er overleg plaats om expertise uit te wisselen. Het team heeft voorlopig **geen wachttijd** en besteedt bij onderbreking of afronding van de begeleiding uitgebreid aandacht aan de **continuïteit van de zorg**.

Project 4 kan rekenen op **een psychiater** die vast verbonden is aan het team, deelneemt aan het wekelijks teamoverleg, het team ondersteunt met advies en indien nodig mee op huisbezoek gaat. Het aanklappend team is multidisciplinair samengesteld en beschikt over **deskundigheid** op veel verschillende gebieden. Voorlopig is er **geen wachttijd** mede doordat het team nog niet zo veel aanmeldingen ontvangt. **Samenwerken met de context** is afhankelijk van de wens van de cliënt maar gebeurt waar mogelijk. Het **begeleidingstraject** omvat veel aspecten: de hulpverleners winnen het vertrouwen van de cliënt, bevragen de zorgbehoeften, stellen in functie daarvan een trajectplan op, leiden de cliënt toe naar zorg, coachen de

voorziening waarnaar de cliënt wordt toegeleid zodat de zorg niet vroegtijdig wordt stopgezet en bieden woonbegeleiding om een dreigende uithuiszetting te voorkomen.

Project 5 heeft een sterk uitgebouwde **visie** en baseert haar praktijkwerking op **bestaande interventies, modellen en benaderingen**. Er is een vaste **psychiater** in dienst die wekelijks deelneemt aan het teamoverleg, tussendoor te contacteren is voor advies en indien nodig mee op huisbezoek gaat. Het team telt veel leden, is interdisciplinair samengesteld en beschikt daardoor over veel **deskundigheid**. Het team kent als enige een hoge **personeelscapaciteit**: hulpverleners hebben een gemiddelde tewerkstelling van 0,80 VTE wat mede te danken is aan de extra financiering die het project van de stad ontvangt. Tweemaandelijks komen alle teamleden samen voor een **intervisiemoment** en enkele keren per jaar is er intervisie met een andere werking die woonbegeleiding aanbiedt aan ex-daklozen. Het team werkt sterk volgens een **gedeelde caseload**. Er wordt in duo gewerkt wanneer de zorgzwaarte of het risico op gevaar hoog is, meerdere keren per week komt het **team** samen voor **overleg** zodat het mogelijk is om cliënten van nabij in teamverband op te volgen en het team maakt gebruik van een digitaal planbord om de overlegmomenten efficiënt te laten verlopen. De **samenwerking met sociale woonpartners** loopt bijzonder goed. Er wordt veel tijd vrijgemaakt om met hen te overleggen over potentiële nieuwe aanmeldingen, lopende begeleidingen, praktische vragen en de wijze van samenwerking. Het project is een van de weinigen dat veel tijd steekt in een **uitgebreid assessment**. Het team brengt op systematische wijze de zorgbehoeften, de wensen en de kwaliteiten van de cliënt in kaart en maakt daarvoor zelfs geregeld gebruik van instrumenten. Op basis van de verzamelde informatie stelt het team vervolgens een gedetailleerd ondersteuningsprofiel op dat per levensgebied de nodige interventies beschrijft. De hulpverleners zetten sterk in op het **betrekken van de context**. Het netwerk van de cliënt wordt standaard in kaart gebracht, men probeert contacten in de mate van het mogelijke te herstellen, tracht het netwerk uit te breiden en betreft het formeel netwerk maximaal in de begeleiding. Het **begeleidingstraject** is veelzijdig: hulpverleners starten met het opbouwen van een vertrouwensband, doen een uitgebreid assessment om in functie daarvan een behandelplan op te stellen, versterken het formeel en informeel netwerk van cliënt en leiden waar nodig toe naar zorg. Van bij aanvang van de begeleiding heeft het team oog voor de **continuïteit van zorg en de nazorg**. Bij opname in een residentiële voorziening wordt er contact gehouden, wanneer de cliënt op een wachtlijst staat biedt het team overbruggingshulp en bij afronding wordt er gezorgd voor een warme overdracht.

Project 6 werkt op complementaire wijze **samen met de PWB van het CAW**. Er is een gezamenlijk aanmeldpunt, er zijn duidelijke afspraken over de doelgroep en de wijze van samenwerken, waar nodig wordt er in duo gewerkt en één keer om de zes weken vindt er een overleg plaats om de duo-begeleidingen te bespreken, expertise te delen en aan **intervisie** te doen. Project 6 heeft geen wachttijd mede doordat de inclusiecriteria strikt worden toegepast. Het **begeleidingstraject** is veelomvattend: het team gaat van start met het uitbouwen van een vertrouwensrelatie, brengt de zorgbehoeften en de wensen van de cliënt in kaart, leidt de cliënt toe naar gepaste zorg en versterkt het formeel en informeel netwerk. Het team investeert tot slot sterk in **continuïteit van zorg en nazorg**. Bij opname in een ziekenhuis of residentiële voorziening houdt het team contact, wanneer de cliënt op een wachtlijst staat wordt er overbruggingshulp geboden en na afronding wordt er sporadisch contact genomen om te horen hoe het met de cliënt gaat.

1.13.2 De knelpunten van de projecten volgende de resultaten van de audit

Er is één item waarop alle pilootprojecten volgens de audit ondermaats scoren: **contactfrequentie**. Hulpverleners hebben gemiddeld één keer per week contact met hun cliënt wat volgens de werkprincipes van bemoeizorg onvoldoende is. In alle teams is de contactfrequentie echter aangepast aan de noden en

de wensen van de cliënt. Vaak ook evolueert de contactfrequentie doorheen het begeleidingstraject in functie van de noden. Een belangrijk aandachtspunt: de auditscore houdt geen rekening met de vele contacten die via gsm of mail verlopen en de contacten die er zijn met het netwerk van de cliënt.

De resultaten van de audit tonen eveneens dat elk project zo zijn tekortkomingen heeft. Onderstaand overlopen we per pilootproject welke gebieden extra aandacht behoeven.

Project 1 scoort minder hoog op het item **gedeelde caseload** doordat er tijdens het teamoverleg onvoldoende tijd is om cliënten met dringende problemen prioritair te bespreken en andere cliënten met grotere tussenpozen op te volgen.

Project 2 scoort op negen items lager dan de andere projecten. Het project kende omwille van personeelwissels een iets latere start waardoor het team nog geen duidelijke **visie** heeft, zich in beperkte mate baseert op **bestaande interventies, modellen en benaderingen** en voorlopig nog maar twee **intervisiemomenten** kon organiseren. De **samenwerking met de sociale woonpartners** verloopt moeilijker dan in de andere projecten doordat er onvoldoende tijd werd vrijgemaakt voor overleg. Hierdoor zijn de woonpartners niet zo goed vertrouwd met de inclusiecriteria van het aanklampend team en vinden er soms strubbelingen plaats. Ook **met de PWB van het CAW** is de **samenwerking** nog onvoldoende uitgebouwd. De aanmelding van cliënten voor beide diensten verloopt volledig gescheiden, er vinden geen duo-begeleidingen plaats en er zijn geen gezamenlijke overlegmomenten om expertise te delen. Het team geeft aan over onvoldoende personeelscapaciteit te beschikken om alle aanmeldingen op te volgen waardoor er een **wachttijd** van een viertal maanden is. Het in kaart brengen van de zorgbehoeften, wensen en kwaliteiten van de cliënt en het bepalen van de acties die nodig zijn (**assessment**), gebeurt in vergelijking met de andere projecten op minder gestructureerde wijze. Ook het **samenwerken met de context** krijgt minder aandacht. Het team brengt de formele en informele context wel in kaart en biedt ondersteuning in de uitbreiding van het netwerk, maar het actief betrekken van de context gebeurt weinig. Het team scoort ook minder hoog op het item "**begeleidingstraject**" wat vooral te wijten is aan het feit dat het doen van een assessment en het opstellen van een behandelplan in vergelijking met de andere projecten niet systematisch gebeurt. Tot slot scoort het team minder hoog op **continuïteit en nazorg** omdat er op het moment van bevraging nog geen begeleidingen werden afgerond.

Project 3 kan slechts in heel beperkte mate beroep kan doen op een **psychiater**. In theorie kan het project beroep doen op vier psychiaters, maar met geen van hen is er een officiële overeenkomst waardoor het team in de praktijk heel terughoudend is om hen aan te spreken. Het aanklampend team is in vergelijking met de andere teams minder interdisciplinair samengesteld waardoor er minder gebieden van **deskundigheid** zijn. Voorlopig heeft het project geen vast stramien voor het organiseren van **intervisie** en sinds de opstart vonden er nog maar twee intervisiemomenten plaats. Het project scoort iets lager op het item "**assessment**" doordat het in kaart brengen van de zorgbehoeften, wensen en kwaliteiten van de cliënt minder rigoureuus verloopt en er geen begeleidingsplan wordt opgemaakt. Ook de **samenwerking met de context** gebeurt in mindere mate. Zo overlegt het team weinig met de formele en informele context en wordt de context niet actief in de begeleiding van cliënten betrokken.

Project 4 werkte nog geen duidelijke **visie** uit maar baseert zich voor haar praktijkvoering wel op bestaande interventies, modellen en benaderingen. Het team organiseerde sinds de opstart van het project nog geen **intervisie** en scoort lager op het item "**gedeelde caseload**" doordat er geen duo-begeleidingen plaats hebben. De **samenwerking met de sociale woonpartners** verloopt minder goed. De woonpartners hebben moeite om in te schatten of een huurder nood heeft aan aanklampende zorg en beschikken over onvoldoende personeelscapaciteit waardoor er weinig aanmeldingen binnenkomen. Het team scoort tot

slot minder hoog op het item “**assessment**” doordat de zorgbehoeften, de wensen en de kwaliteiten van de cliënt niet systematisch in kaart worden gebracht

Project 5 scoort op bijna alle items hoog – alleen de **wachttijd** verdient extra aandacht. In vergelijking met de andere projecten is de gemiddelde begeleidingstijd lang waardoor het lang duurt vooraleer nieuwe aanmeldingen kunnen opstarten.

Project 6 kan als enige project geen beroep doen op een **psychiater** doordat er in de regio een tekort aan psychiaters is en men niemand bereid vond om mee te stappen in het project. Het team scoort lager op het item “**gedeelde caseload**” omdat er slechts in heel zeldzame gevallen duo-begeleidingen plaatsvinden. Hoewel de **samenwerking met de sociale woonpartners** volgens het team goed loopt, vinden er geen overlegmomenten plaats om nieuwe aanmeldingen en lopende begeleidingen te bespreken.

1.13.3 De zelf-gerapporteerde sterktes van de projecten

In deze paragraaf rapporteren we per pilootproject puntsgewijs de succesfactoren die de projecten zelf aanhalen.

Project 1:

- Het team **werkt nauw en op complementaire wijze samen met het CAW**. Beide partners werken volgens hun eigen insteek en hebben andere gebieden van deskundigheid. Door de **krachten te bundelen**, wordt er veel bereikt.
- Het team **werkt aanklappend**. Zelfs al zijn er moeilijkheden of gedraagt de cliënt zich weerbarstig, de begeleiders geven niet zomaar op maar blijven langsgaan.
- De zorg is **laagdrempelig**. Het team komt aan huis, dus de cliënt hoeft nergens naartoe te gaan.
- Het team **werkt in teamverband** wat leidt tot gedragenheid en continuïteit in de zorg. Wanneer een begeleider verlof heeft, wordt de cliënt niet zomaar aan zijn lot overgelaten, maar neemt een andere collega de zorg over.

Project 2:

- Het team bestaat uit **ervaren hulpverleners**.
- In het team heerst een grote **collegialiteit en openheid** tegenover elkaar.
- De teamleden stellen zich **oprecht en niet-veroordelend** op ten aanzien van de cliënt.
- Er is een **sterke samenwerking met zorgpartners uit andere sectoren** waaronder het mobiele team.
- Het team **hangt sterk samen**. De teamleden zijn er voor elkaar en trekken mekaar doorheen moeilijke situaties.

Project 3:

- Het team **benadert de sociale woonactoren op actieve wijze**. Door persoonlijk bij hen langs te gaan en duidelijke afspraken te maken, worden veel cliënten aangemeld.
- Het team doet aan **netwerking in de regio** (bv. zich voorstellen op regionale overlegtafels), zodat lokale partners de werking leren kennen.

- Het team ging op **studiebezoek** bij een Nederlands bemoeizorgteam en **zoekt constant naar nieuwe benaderingen**, waardoor er snel vooruitgang wordt geboekt.

Project 4:

- Het team bestaat uit **ervaren hulpverleners met een uiteenlopende achtergrond** en kan dus rekenen op veel expertise.
- De teamleden beschikken over een **sterk netwerk** – ze krijgen veel gedaan omdat ze de juiste mensen kennen.
- De **huisvestingsmaatschappijen zijn tevreden** over de samenwerking omdat het team de aanvragen snel opvolgt en veel hulpvragen weet te beantwoorden.
- Dankzij het project komt de **PWB van het CAW meer in de picture**, waardoor ze meer aanvragen van sociale woonactoren ontvangen.
- Het team heeft **geen wachtlijst** en kan dus onmiddellijk in actie schieten.

Project 5:

- Het team stelt zich niet rigide op maar probeert **flexibel in te spelen op de noden van de cliënt** en slaagt er zo in om op laagdrempelige wijze GGZ aan te bieden en voor cliënten een verschil te maken.
- Het team bestaat uit **geëngageerde en enthousiaste hulpverleners** die met volle goesting en overtuiging de handen uit de mouwen steken.
- Het team heeft een **sterke samenwerking met de woonpartners**. De huisvesters hebben vertrouwen in het team en geven de nodige bewegingsruimte om de situatie van de cliënt geleidelijk om te keren zonder meteen druk te zetten.

1.13.4 De zelf-gerapporteerde knelpunten van de projecten

Onderstaand geven we een overzicht van de knelpunten die de projecten zelf aanhalen.

Project 1:

- **Het uitbouwen van een goede samenwerking met de PWB van het CAW nam veel tijd in beslag**. Er was vooral nood aan afstemming over thema's zoals het beroepsgeheim, het delen van informatie, het toepassen van bemoeizorg en de nood aan formele toestemming van de cliënt.
- De **PWB van het CAW** kampt met een **capaciteitstekort** waardoor niet alle begeleidingen in duo kunnen verlopen.
- Het team bedient een **uitgestrekte regio** waardoor hulpverleners zich vaak ver moeten verplaatsen en minder huisbezoeken kunnen doen.
- In de regio zijn er **lange wachttijden bij GGZ-voorzieningen**, waardoor cliënten niet snel ergens terecht kunnen en de begeleidingsduur bij het aanklappend team toeneemt.
- De **verslavingszorg** is in de regio **onvoldoende uitgebouwd**: er zijn beperkte verwijsmogelijkheden wat zorgt voor lange wachttijden.

- Het team begeleidt geregeld **cliënten met een verstandelijke beperking**. Deze groep vraagt een tragere aanpak terwijl de sociale woonactoren graag op korte termijn resultaat zien. Vaak treedt het team hier op als bemiddelaar. Daarnaast zijn er in de regio onvoldoende voorzieningen van het VAPH waardoor het niet mogelijk is om cliënten door te verwijzen naar de nodige zorg.
- Het team mist expertise inzake bemoeizorg en het **vormingsaanbod** hierover is in Vlaanderen **beperkt**. In Nederland zijn er meer vormingen maar deze zijn duur.
- Er bestaan **grote verschillen tussen de woonactoren** waarmee het team samenwerkt. Sommige woonpartners vragen veel overleg en verwachten snel resultaat, terwijl andere woonpartners meer vrijheid geven. De woonactoren verschillen ook in de uithuiszettingsprocedure die ze hanteren: sommige actoren gaan zelden over tot uithuiszetting, terwijl andere actoren hier snel mee dreigen of cliënten pas aanmelden wanneer de procedure reeds is opgestart. Overleg is nodig om hier in de toekomst beter mee om te gaan.
- **Ook de private huurmarkt heeft nood aan aanklampende zorg**. Vaak zijn de problemen daar nog groter dan op de sociale huurmarkt.

Project 2:

- In het begin ontbrak een gevoel van samenhang omdat het team **veel hulpverleners met een beperkte tewerkstelling** telt en het team is opgesplitst volgens twee subregio's.
- Het aanklampend werken vraagt de nodige flexibiliteit van hulpverleners om te kunnen inspelen op de noden van de cliënt. De teamleden zijn gedetacheerd vanuit een andere voorziening en **combineren twee jobs**, waardoor het constant puzzelen is om de agenda's van beide jobs op elkaar af te stemmen.
- De **coördinator** van het team **heeft nood aan een klankbord**. Ze overlegt daarom wekelijks met de coördinator van BW en neemt deel aan het coördinatorenoverleg van de mobiele teams.
- In de ene regio **melden de sociale woonpartners cliënten vaak laattijdig aan** omdat ze problemen pas opmerken nadat de situatie volledig geëscaleerd is.
- In de andere regio hebben de sociale woonpartners weinig contact met de huurders waardoor **problematische zorgmijders onder de radar blijven**. Daarom werd recent beslist dat ook andere actoren (de dienst samenlevingsopbouw, het OCMW, de wijkpolitie, het justitiehuis en het mobiele 2B-team) cliënten kunnen aanmelden.
- Het team besteedt veel tijd aan **het uitzoeken of een aangemelde cliënt voldoet aan de inclusiecriteria** en stelt zich de vraag of de eerste screening niet beter door een andere partner gebeurt, zodat het team zich exclusief kan bezighouden met het begeleiden van cliënten.
- In de regio zijn er **lange wachttijden bij GGZ-voorzieningen** (voor de mobiele 2B-teams bedraagt de wachttijd twee jaar). Wanneer het team de huurder kan overtuigen om aangepaste GGZ toe te laten is een snelle opstart nodig, anders haakt de huurder weer af.
- Vooraleer het begeleidingstraject start heeft het team vaak al een heel dossier over de cliënt opgebouwd met informatie afkomstig van derden. Deze informatie is nodig om de cliënt te kunnen benaderen. Het is echter onduidelijk hoe ethisch en wettelijk verantwoord het is om buiten medeweten van de cliënt **informatie over hem uit te wisselen**.

- In de regio zijn er nog andere partners die aanklampend werken (de mobiele 2B-teams en assertieve zorg in de samenleving) en vanuit verschillende overheden gefinancierd worden. Een **goede afstemming over de doelgroep** is nodig **om overlap te vermijden**.

Project 3:

- De **doorstroom naar GGZ-partners verloopt inefficiënt**. Vaak doen partners een nieuwe indicatiestelling wanneer een cliënt wordt aangemeld, omdat ze (nog) onvoldoende vertrouwen hebben in de indicatiestelling van het aanklampend team.
- Verschillende **GGZ-partners** in de regio **hebben wachtlijsten**.
- Veel cliënten worstelen met **verslavingsproblemen**, maar er zijn in de regio **weinig verwijsmogelijkheden**. De residentiële verslavingszorg heeft lange wachttijden en voor de mobiele teams is een primaire verslavingsproblematiek een uitsluitingscriterium. De ambulante verslavingszorg is wel beschikbaar, maar voor veel cliënten een te grote stap.
- **Voor oudere cliënten (> 60 jaar) zijn de doorverwijzingsmogelijkheden beperkt**.
- Psychiatrische ziekenhuizen vragen regelmatig om **nazorg of overbruggingszorg** te bieden aan sociale huurders die uitstromen, maar nog niet eerder in begeleiding zijn bij het team.

Project 4:

- Het **aantal aanmeldingen was in het begin beperkt**. Het team moet de sociale woonpartners fel aansporen om cliënten aan te melden. De teamleden gaan geregeld bij de woonpartners langs om te vragen of er potentiële cliënten zijn voor het aanklampend team.
- **Het beroepsgeheim en de gebrekkige kennis van de GDPR-wetgeving** zorgde in het begin voor een gebrekkige uitwisseling van informatie tussen het aanklampend team en de sociale woonpartners. Sociale woonpartners durfden zonder schriftelijk akkoord van de cliënt het aanmeldingsformulier niet invullen. De huurders die geen akkoord gaven – vaak de grootste zorgmijders en dus de eigenlijke doelgroep van het team – vielen hierdoor uit de boot. De huurovereenkomst van de sociale woonactoren vermeldt nu duidelijk dat sociale huisvesters een cliënt kunnen aanmelden bij het aanklampend team wanneer dit volgens hen aangewezen is.
- Het team krijgt vaak te maken met **hoarding (verzamelwoede)** en botst hier op de grenzen van het eigen kunnen. Er is onvoldoende kennis over deze problematiek en in Vlaanderen bestaat hierover weinig ondersteuning en vorming. De diensten en vormingen die wel bestaan zijn te duur voor zowel de cliënt als het team.
- Veel cliënten hebben psychische problemen in combinatie met woonproblemen. Daarom gaat de woonpartner bij opstart van het traject idealiter mee op huisbezoek. De meeste **woonpartners** kunnen omwille van **onvoldoende personeelscapaciteit** echter niet aan deze verwachting tegemoetkomen.

Project 5:

- Vaak is er **behoefte aan een tolk**, maar dit blijkt in de praktijk moeilijk te regelen en is voor de organisatie onbetaalbaar.
- Cliënten **toe leiden naar diensten die langdurige zorg aanbieden** – zoals de mobiele teams, de woonbegeleiding van het CAW en de voorzieningen van het VAPH – is niet altijd mogelijk.
- Er is nood aan een **wettelijk kader voor bemoeizorg** dat meer duidelijkheid schept over aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid

Project 6:

- Het team ervaart het als een tekort dat voorlopig **enkel de sociale woonactoren cliënten kunnen aanmelden**. Wanneer een uithuiszetting plaatsvindt of de cliënt naar de private huurmarkt verhuist, moet het team de begeleiding afronden ook al is de situatie zorgwekkend. Daarnaast zijn er ook noden bij mensen die op de private markt huren of over een eigen woning beschikken.
- **De sociale woonactoren** hebben weinig kennis over psychische problemen en hebben onvoldoende tijd om regelmatig bij de huurders langs te gaan, waardoor ze problemen pas laat detecteren. Het aanklampend team probeert dit knelpunt op te vangen door vorming te geven aan de huurpartners en regelmatig met hen te overleggen.
- **Andere hulp- en zorgvoorzieningen** (OCMW, CAW, familiehulp, etc.) zijn wel vaak op de hoogte van problematische leefsituaties, maar **niet altijd bereid om deze informatie met de sociale woonactor te delen**, waardoor veel personen met een zorgnood buiten beeld blijven.
- **Het beroepsgeheim en de GDPR-regels** bemoeilijken het aanklampend werken. De zorggroep werkt momenteel een stappenplan uit om volgens de recente GDPR-regels te werken, maar het is niet evident om aanklampende zorg daarin een plek te geven.

1.14 Hoeveel aanklampende teams heeft Vlaanderen nodig?

ESEMeD is de enige prevalentiestudie over psychische problemen in België, maar bevat enkel cijfers over de prevalentie van common mental disorders. Deze gegevens zijn dus niet bruikbaar om een inschatting te maken van de prevalentie van mensen met een ernstige psychische aandoening in ons land (EPA). In Nederland maakte de consensusgroep van Delespaul (2013) wel een inschatting van het aantal mensen met een EPA. Volgens hun oordeel bestaat deze doelgroep in Nederland uit 281.000 mensen of 1,7% van de algemene bevolking.

In België ontbreken heel wat andere cijfergegevens om tot een optimale inschatting van het aantal nodige projecten aanklampende zorg te komen. Zo is er geen zicht op het aantal personen met een EPA die sociaal huren en zijn er geen gegevens beschikbaar over de regionale spreiding van personen met een EPA. Algemeen wordt aangenomen dat de regionale spreiding beïnvloed wordt door allerlei factoren waaronder leeftijdsverdeling, sociaaleconomische status, aandeel allochtonen en urbanisatiegraad van een regio.

Omwille van de beperkte gegevens is het enkel mogelijk om door toepassing van de Nederlandse data op Vlaanderen een rudimentaire inschatting te maken van de prevalentie volwassenen tussen 18 en 64 jaar met een EPA zonder verder enige weging voor mogelijk beïnvloedende factoren. Onderstaande tabel maakt

duidelijk dat Vlaanderen in 2019 ongeveer 4.000.000 inwoners tussen 18 en 64 jaar telt (Statbel, 2019). Daarvan heeft 1,7% een EPA wat overeenkomt met 68.000 personen. Volgens de resultaten van de registratiegegevens begeleidt elk pilootproject gemiddeld 61 huurders en elke voltijds hulpverlener gemiddeld 11 huurders. Toch kunnen we op basis van deze gegevens geen plausibele inschatting maken van het aantal nodige aanklampende teams in Vlaanderen. Naast de aanklampende teams zijn er immers nog andere zorgvoorzieningen die zich richten tot personen met een EPA: de preventieve woonbegeleiding van het CAW en de mobiele teams. Voor de mobiele teams bedraagt de voorziene capaciteit tussen de 1.104 en de 1.380 plaatsen voor de mobiele 2a teams en 7.520 plaatsen voor de mobiele 2b teams (Werkgroep Medische Functie van het overlegorgaan 107, 2017). Wat de CAW betreft zijn er geen precieze capaciteitsgegevens voor de preventieve woonbegeleiding beschikbaar (Schriftelijke vraag Vlaams Parlement over de PWB van het CAW, 2016). Het eigenlijke bereik van beide voorzieningen is niet gekend, waardoor de nodige gegevens ontbreken om een accurate inschatting te kunnen maken van het aantal nodige teams aanklampende zorg in Vlaanderen.

Tabel 29 Inschatting van het aantal personen tussen 18 en 64 jaar met een EPA in Vlaanderen.

Provincie	Aantal personen tussen 18 en 64 jaar in Vlaanderen	Aantal personen tussen 18 en 64 jaar met een EPA
Antwerpen	1.126.142	19.144
Limburg	535.828	9.109
Oost-Vlaanderen	922.148	15.677
Vlaams-Brabant	691.335	11.753
West-Vlaanderen	704.109	11.970
TOTAAL	3.979.562	67.653

2 Aanbevelingen voor het beleid en de praktijk

In navolging van het evaluatieonderzoek en in nauw overleg met de zes pilootprojecten aanklampende zorg formuleerden de onderzoekers aanbevelingen die helpend kunnen zijn voor zorginstellingen die willen starten met de opstart van een aanklampend team in hun regio. De aanbevelingen handelen over volgende onderwerpen:

- 1 De werking afstemmen op de regionale context
- 2 De doelgroep bepalen
- 3 Een team samenstellen
- 4 Werken in teamverband
- 5 De kennis en vaardigheden aanscherpen
- 6 Samenwerken met sociale woonpartners
- 7 Samenwerken met de PWB van het CAW
- 8 Samenwerken met andere intersectorale zorgpartners

- 9 Rekening houden met het beroepsgeheim
- 10 Aanmeldingsprocedure en intake
- 11 Aan het begin van de begeleiding
- 12 Verderop de begeleiding
- 13 Toeleiding van cliënten naar zorg
- 14 Zorgcontinuïteit bij afronding of onderbreking van de begeleiding
- 15 Bijsturing en evaluatie
- 16 Aandachtpunten voor het beleid

2.1 De werking afstemmen op de regionale context

- In stedelijke regio's bestaan er zowel binnen als buiten de GGZ vaak meerdere outreachende **diensten** die zich elk tot een iets andere doelgroep richten. Een **goede afstemming** met deze diensten over ieders doelgroep en zorgaanbod is noodzakelijk om overlap en verwarring in het werkveld te vermijden. Voor beginnende projecten is het daarom aangewezen om vooraf verkennende gesprekken te voeren met partners uit de regio met een vergelijkbaar aanbod (bv. bemoeizorg van CAW Limburg, AZiS+ in Gent) om vervolgens een begeleidingsaanbod uit te werken dat complementair is aan het aanbod van anderen en inspeelt op een niche waarop andere partners zich niet toeleggen. Het is echter niet de bedoeling dat het aanbod op een starre manier wordt toegepast. Elke outreachende dienst beschikt in se over dezelfde generieke basiscompetenties die nodig zijn om contact te kunnen maken met cliënten die moeilijker te bereiken zijn.
- Wanneer er in de regio verschillende partners zijn met een vergelijkbaar aanbod kan het interessant zijn om met alle partners **een gezamenlijke beslisboom uit te werken** zodat de verwijzende partners cliënten op de juiste plaats kunnen aanmelden.
- Het **werkingsgebied** van het aanklappend team **beperkt zich** idealiter **tot één regio** (bv. één regionale zorgzone) zodat het mogelijk is om met alle belangrijke spelers die actief zijn binnen deze zone een goede samenwerking uit te bouwen.
- Tijdens de opstart van de werking is het aangewezen om **voldoende tijd te investeren in bekendmaking** zodat relevante partners uit de regio goed op de hoogte zijn van het doel en de werkwijze van het aanklappend team. Het is daarbij vooral belangrijk om de werking te gaan voorstellen op regionale netwerktafels en bij relevante partners uit het netwerk.

2.2 De doelgroep bepalen

- De aanklappende teams richten zich tot **personen met een complexe problematiek waarbij er sprake is van ernstige psychische problemen en problemen op diverse levensgebieden**. Bijkomend is er geen actieve betrokkenheid van GGZ-voorzieningen terwijl dit wel nodig is of verloopt het contact met GGZ-voorzieningen moeilijk. De doelgroep bestaat uit personen die **de weg niet vinden naar de reguliere zorg, hierin vastgelopen zijn, geen vertrouwen hebben**

in hulpverlening of afgewezen zijn door instanties al dan niet vanwege de aard en de omvang van hun problemen.

- Volgende **inclusiecriteria** kunnen helpen om de doelgroep af te bakenen. De persoon:
 - Is een sociale huurder.
 - Heeft ernstige psychische problemen.
 - Heeft problemen op vele levensgebieden (armoede, medische problemen, financiële problemen, administratieve problemen, verslavingsproblemen, woonproblemen, etc.).
 - Beschikt over een beperkte zelfredzaamheid en gebrekkige probleemoplossende vaardigheden.
 - Is op sommige vlakken niet beslissingsbekwaam.
 - Kan onvoldoende voorzien in de eigen bestaansvoorwaarden en bevindt zich daardoor in een zorgwekkende of onveilige situatie en/of veroorzaakt overlast.
 - Vermijdt zorg (krijgt dus geen hulp van een GGZ-voorziening) en heeft zelf geen hulpvraag
 - Kan zich moeilijk inpassen in een afsprakenkader en staat afkerig tegenover hulpverleners en hun tussenkomsten.

2.3 Een team samenstellen

- **Het aanklampend team is interdisciplinair samengesteld** en omvat bij voorkeur volgende disciplines: een psycholoog, een maatschappelijk werker (die goed op de hoogte is over alles m.b.t. wetgeving), een psychiatrisch verpleegkundige, een verslavingsdeskundige en één of meerdere ervaringsdeskundigen.
- Het is belangrijk om rekening te houden met **het profiel van de teamleden**. Bemoeizorg is een vak apart binnen de GGZ en vraagt een aantal competenties en een bepaalde ingesteldheid van de hulpverleners (www.kennisplein.be). De bemoeizorgers:
 - Hebben een sterke persoonlijkheid en zijn zelfzeker. De meeste outreachers gaan alleen op stap, het is dus belangrijk dat zij zelfstandig kunnen werken en stevig in de schoenen staan.
 - Kunnen goed omgaan met de doelgroep. Belangrijk hierbij is dat zij een niet-veroordelende houding aannemen, in staat zijn om de krachten van mensen te zien en een sterk relativeringsvermogen hebben. Een gevoel voor humor hebben is altijd helpend.
 - Hebben een goed inlevingsvermogen en zijn solidair tegenover kansengroepen.
 - Hebben goede communicatievaardigheden. Ze moeten immers kunnen overleggen en bemiddelen met verschillende diensten, beleidsmensen en professionals.
 - Zijn avontuurlijk en flexibel ingesteld. Ze durven initiatief nemen en bij momenten buiten de lijntjes kleuren.
 - Kunnen risico's inschatten, omgaan met onveilige situaties en werken in minder aangename omgevingen.

- Kunnen arbeidstevredenheid putten uit de processen die ze doorlopen eerder dan uit de resultaten die ze boeken. Het duurt vaak lang vooraleer er resultaat is en soms blijven de resultaten ook uit.
- Binnen het team moet er een **openheid en veiligheid** zijn om twijfels en onzekerheden m.b.t. de aanpak van cliënten in groep te bespreken.
- **Aan elk aanklampend team is bij voorkeur een psychiater verbonden** die deelneemt aan het wekelijkse teamoverleg, gecontacteerd kan worden voor advies en die indien nodig meegaat op huisbezoek, medicatie voorschrijft, een opname in een residentiële voorziening initieert en crisissituaties opvangt.
- Het vinden van een psychiater die zich enkele uren per week kan en wil engageren voor aanklampende zorg blijkt in de praktijk echter niet evident. Werken met zorgwekkende zorgmijders is overigens niet iets wat elke psychiater in de vingers heeft. Het vraagt een zekere affiniteit met de doelgroep en voldoende deskundigheid om de beslissings(on)bekwaamheid van mensen en het risico op gevaar te kunnen inschatten. Volgende **pistes** kunnen helpen **om een psychiater te vinden**:
 - Voorzie aparte financiering om enkele uren per week een psychiater via een prestatievergoeding te kunnen aanstellen.
 - Stel een pool van enkele psychiaters uit de regio samen die bereid zijn om zich sporadisch voor het project te engageren.
 - Werk samen met assistent-psychiaters. Zij zijn toegankelijker dan psychiaters met een vaste betrekking. Dit heeft als bijkomend voordeel dat de volgende generatie psychiaters van meet af aan geïntroduceerd wordt in het aanklampend werken.
 - Werk samen met psychiaters van een polikliniek. Zij kunnen wekelijks een tijdslot vrijhouden voor de cliënten van het aanklampend team.
- Voor beginnende teams is een **combinatie halftijdse en voltijdse medewerkers** aangewezen. Elk type aanstelling heeft immers zijn voordelen:
 - Een **halftijdse tewerkstelling** heeft als voordeel dat het aanklampende werk afgewisseld kan worden met ander werk en daardoor dragelijker wordt. Bovendien is het mogelijk om een groter team samen te stellen waardoor de zorg door meerdere schouders gedragen kan worden. Dit vergemakkelijkt ook het opvangen van ziekte- en verlofperiodes. Wanneer de hulpverlener halftijds in een andere zorgvoorziening tewerkgesteld is (bv. het CAW, een mobiel team, een voorziening voor verslavingszorg, etc.), ontstaat er met deze voorziening een liaison wat een meerwaarde kan zijn. Teamleden kunnen beroep doen op de klinische expertise van de andere voorziening en/of cliënten versneld laten instromen. Een voorwaarde is evenwel dat er in de andere voorziening mogelijkheid is tot flexibel werken, zodat hulpverleners vlot kunnen schuiven met beide agenda's in functie van de noden van de cliënten.
 - Een **voltijdse tewerkstelling** heeft als voordeel dat de teamleden beter van alles op de hoogte zijn, flexibeler kunnen inspelen op dringende noden, zich sneller vereenzelvigen met de identiteit van het team en minder snel geneigd zijn om te vertrekken. Het is

mogelijk om het werk draaglijk te houden door de zware lopende cliëntdossiers af te wisselen met minder zware opstartende dossiers.

- De **projectcoördinator** dient **sowieso voltijds tewerkgesteld** te zijn om het team op een goede manier te kunnen aansturen.
- De mobiele 2B-teams hanteren een caseload van 18 zorggebruikers per VTE. De doelgroep van de aanklappende teams is echter complexer dan deze van de mobiele 2B-teams en vraagt om diverse redenen om een lagere caseload. Zo duurt het veel langer om contact te maken met en het vertrouwen te winnen van zorgmijders. Bovendien loopt de duur van een contactmoment snel op wanneer een hulpverlener met de zorggebruiker mee ergens naartoe gaat. Een **caseload van 15:1** lijkt daarom meer aangewezen om tegemoet te komen aan de complexe noden van de doelgroep.

2.4 Werken in teamverband

- Het is aangewezen om een **wekelijks teamoverleg** te **combineren met een of meerdere korte briefings** om de voortgang van de cliënten met alle hulpverleners te bespreken. Op deze manier ontstaat er een grotere gedragenheid van de cliëntdossiers en kunnen belangrijke beslissingen met het hele team genomen worden. Het cliënteel bestaat immers uit zeer zware casussen die vaak als uitbehandeld worden beschouwd. Uitwisseling over de manier van aanpak is een van de basisfundamenten van het aanklappend team. Het is uiteraard belangrijk om te kijken of deze extra briefings haalbaar en nodig zijn.
- Gebruik maken van een **digitaal planbord** is handig om alle begeleidingen in teamverband op efficiënte wijze op te volgen. Het planbord is te beschouwen als een online Excel bestand dat in één oogopslag een overzicht geeft van alle begeleidingen die lopend, in afwachting, afgerond of niet weerhouden zijn. Alle hulpverleners kunnen in real time aanpassingen aanbrengen in dit document zodat de gegevens m.b.t. de cliënt up-to-date blijven en makkelijk gedeeld kunnen worden.
- Wanneer een team veel halftijdse medewerkers telt, is het **niet altijd mogelijk om meer dan wekelijks te overleggen** – iedereen heeft immers andere werkuren. In dat geval kan het handig zijn om een **Whatsapp groepje** te maken zodat de teamleden nauw met elkaar in contact staan. Er kan dan snel even gewhatsapt worden om met anderen van gedachten te wisselen, te ventileren of om te vragen of iemand beschikbaar is voor een telefonisch overleg.
- Het kan zinvol zijn om **enkele keren per jaar** (bv. maandelijks of tweemaandelijks) een **zorginhoudelijk teamoverleg** in te plannen om de manier van werken tegen het licht te houden, bepaalde thema's inhoudelijk uit te diepen, terug te koppelen over vormingen en opleidingen en ruimte te maken voor intervisie.
- **Bij de opstart** van de werking kan het nodig zijn om een dergelijk zorginhoudelijk teamoverleg **frequenter** te laten plaatsvinden zodat hulpverleners elkaar beter leren kennen en er een consistente manier van werken geïnstalleerd kan worden.
- Wanneer **het aanklappend team actief is in een uitgestrekte regio** en hulpverleners zich voor de huisbezoeken ver dienen te verplaatsen, is een **efficiënte verdeling van cliënten onder de**

teamleden en een **efficiënte planning van de huisbezoeken** aan de orde om de verplaatsings-tijd zo beperkt mogelijk te houden. Cliënten die in eenzelfde buurt wonen, worden in de mate van het mogelijke door dezelfde hulpverlener begeleid en achtereenvolgend bezocht. Wanneer hulpverleners halftijds in een ander outreachend team werkzaam zijn (bv. een mobiel team), is het zelfs een optie om de huisbezoeken van beide opdrachtgevers volgens regio te bundelen.

2.5 De kennis en vaardigheden aanscherpen

- Bemoeizorg is een benaderingswijze die nog maar recent in de GGZ in Vlaanderen wordt toegepast. Deze benaderingswijze wordt wel al langer toegepast door straathoekwerkers, sociale diensten en thuiszorgdiensten. In de GGZ is er nood aan meer vorming over deze benadering zodat ze meer systematisch kan worden ingezet en de effectiviteit onderzocht kan worden. In Nederland is dit al langer een verworven methodiek (Van Veldhuizen, 2007). **De aanklampende teams kunnen hier zelf een bijdrage leveren door vorming te geven over bemoeizorg aan geïnteresseerden binnen het GGZ-netwerk.** Op deze manier geraken zorgpartners meer vertrouwd met deze nieuwe manier van werken.
- Voor beginnende projecten is het leerrijk om een **studiebezoek** te brengen aan: (1) een van de Vlaamse aanklampende teams die sinds januari 2018 actief zijn en/of (2) een van de Nederlandse bemoeizorgteams die al jaren actief zijn. Hoewel de Nederlandse bemoeizorgteams helemaal anders werken, kan een bezoek inspirerend zijn omdat zij over veel expertise beschikken.
- Hulpverleners hebben **nood aan meer scholing over het gedeeld beroepsgeheim**. Het komt geregeld voor dat hulpverleners voor de opstart van de begeleiding informatie inwinnen over de cliënten buiten diens medeweten om vervolgens contact te kunnen maken. Het is voor veel hulpverleners echter onduidelijk in welke mate dit opportuun is. Het gebrek aan kennis over het gedeeld beroepsgeheim maakt hulpverleners onzeker en staat een goede samenwerking met andere partners in de weg. Punt 2.9 gaat hier dieper op in.
- Bijna alle cliënten waarmee de aanklampende teams in contact komen zijn op één of meerdere vlakken beslissingsonbekwaam wat een andere manier van aanpak vereist. Een goede **vorming en/of ondersteuning over de inschatting en de implicaties van beslissings(on)bekwaamheid** bij cliënten is daarom aan te bevelen.
- **Belangrijke andere onderwerpen om vorming rond te volgen** zijn: hoarding (verzamelwoede), omgaan met overlast, motiverende gespreksvoering, suïcidepreventie, agressiebeheersing, middelenafhankelijkheid, psychose, steunend relationeel handelen, herstelondersteunende zorg en sociaal emotioneel functioneren (opleiding van het VAPH). De teamleden moeten geen expert zijn m.b.t. deze onderwerpen, maar hierover wel voldoende kennis hebben.
- Het is aangewezen om **geregeld intervisiemomenten te organiseren** om complexe problemen en algemene thema's te bespreken. Wanneer er andere werkingen in de regio actief zijn met een gelijkaardig aanbod (bv. mobiele teams, PWB van het CAW, etc.) is het interessant zijn om een gezamenlijk intervisiemoment te organiseren binnen een lerend netwerk.

2.6 Samenwerken met sociale woonpartners

- Het aanklappend team werkt samen met **sociale woonpartners die nood hebben aan bemoeizorg en bereid zijn om mee hun schouders te zetten onder de uitwerking van een aanklappend zorgaanbod**. Het kan interessant zijn om vooraf bij de sociale woonpartners uit de regio te peilen naar hun nood en bereidheid om vervolgens een samenwerking uit te bouwen met de meest gedreven woonpartners.
- Het aanklappend team werkt samen met **sociale woonpartners die een meerkansenbeleid voeren** (streng maar sociaal). Dit is een belangrijke basis om te kunnen samenwerken.
- Het aanklappend team en de sociale woonpartners stellen samen een **engagementsverklaring** op dat de sociale woonpartners dienen te ondertekenen en waarin volgende zaken zijn opgenomen:
 - De rolverdeling. Beide partijen streven andere doelen na wat voor spanningen kan zorgen. Woonpartners bewaken de leefbaarheid in de sociale woningen terwijl het aanklappend team de cliënt helpt bij het aanpakken van zijn problemen. Het expliciet benoemen van deze rolverdeling neemt de spanning weg en kan leiden tot wederzijdse afstemming om de doelen te bereiken.
 - De gemeenschappelijke doelstellingen.
 - Welke taken wel en niet tot het takenpakket van het aanklappend team en de sociale woonpartners behoren.
 - De wettelijke samenwerking.
 - Hoe omgaan met het beroepsgeheim. Tussen beide partners geldt er een voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim. De sociale woonpartners hebben een discretieplicht en geen beroepsgeheim en delen daarom zoveel mogelijk informatie over de cliënt met het aanklappend team. Het aanklappend team heeft zich te houden aan het beroepsgeheim.
 - Wanneer de sociale woonpartner kan overgaan tot uithuiszetting. Een psychische kwetsbaarheid is op zich geen geldige reden om iemand uit huis te zetten.
- **De sociale woonpartners** waarmee het aanklappend team samenwerkt **engageren zich in voldoende mate** zodat de psychiatrische problemen al dan niet in combinatie met de woonproblemen op een gedragen manier aangepakt kunnen worden. Volgende zaken kunnen het engagement van de sociale woonpartners bevorderen:
 - **Vooraf voldoende overleggen** om de wijze van samenwerking te concretiseren.
 - **Na opstart** van het pilootproject **regelmatig ad hoc overleggen** om de wijze van samenwerking tegen het licht te houden en waar nodig bij te sturen.
 - Eens de violen gestemd zijn, is een **structureel overleg** met de woonpartners nuttig om nieuwe aanmeldingen en lopende begeleidingen te bespreken zodat er kort op de bal gespeeld kan worden. Deze overlegmomenten zijn tevens te beschouwen als een vorm van coaching waarbij sociale woonpartners gaandeweg leren om op een constructieve manier met deze doelgroep te werken.

- Het kan zinvol zijn om **alle sociale woonpartners** waarmee het aanklappend team samenwerkt één of twee keer per jaar **samen rond de tafel** te brengen om ervaringen uit te wisselen en de samenwerking met het aanklappend team te bespreken. Een dergelijk overleg kan helpen om onrealistische verwachtingen van bepaalde woonpartners te temperen.
- Het kan nuttig zijn om in het begin van de samenwerking **een vorming** voor de woonpartners te **organiseren** over het herkennen van psychische problemen. Het organiseren van meerdere vormingen doorheen het samenwerkingstraject valt te overwegen wanneer de sociale woonpartners hier vragende partij voor zijn.
- Het is aangewezen dat de sociale woonpartners een **vast aanspreekpunt** hebben **binnen het aanklappend team** (de coördinator) zodat ze meteen weten bij wie ze terecht kunnen met vragen of problemen en snel antwoord krijgen.
- Het moet voor de sociale woonpartners duidelijk zijn **welke cliënten tot de doelgroep van het aanklappend team behoren**. Vaak volstaat het niet om de inclusiecriteria in een folder op te lijsten en/of hierover eenmalig te communiceren. Zeker in de beginperiode is het aangewezen om tijdens de structurele overlegmomenten frequent terug te koppelen over welke cliënten wel en niet in aanmerking komen voor aanklappende zorg zodat dit voor de woonpartners duidelijk wordt. Het opstellen van een beslisboom (zie punt 2.1) kan helpend zijn.
- Sociale woonpartners dienen **voldoende contact te hebben met hun huurders om problemen te kunnen detecteren**. Sociale woonpartners die weinig contact hebben met hun huurders zijn daarom minder geschikt om als prioritaire aanmelder te betrekken.
- Het is aan de sociale woonpartners om **problemen tijdig te herkennen** zodat het aanmelden van cliënten tijdig gebeurt en een uithuiszetting vermeden wordt.
- Naast overlast dienen sociale woonpartners **oog te hebben voor onderlast**. Onderlast verwijst naar huurders die zich in een klinische situatie bevinden, zich volledig afzonderen, een hele dag in bed liggen en geen hulp zoeken. Hoewel deze huurders niet meteen opvallen doordat ze geen overlast veroorzaken, is het belangrijk dat ook zij hulp krijgen.
- Wanneer aanmeldingen van cliënten uitblijven, dienen **woonpartners actief aangespoord** te worden **om potentiële cliënten aan te melden**. Wanneer de aanmeldingen stilvallen doordat alle zorgmijdende sociale huurders met ernstige psychische problemen al in begeleiding zijn, kan er uitgekeken worden naar nieuwe sociale woonpartners om te betrekken.
- **Andere actoren zijn soms beter op de hoogte van de problematische leefsituatie van personen met ernstige psychische problemen die sociaal huren en zorg mijden** (de OCMW, de wijkagent, de dienst samenlevingsopbouw). Door hen ook cliënten te laten aanmelden is het mogelijk om te voorkomen dat problematische zorgmijders onder de radar blijven. Bovendien zijn er ook zorgmijders met ernstige psychische problemen die niet sociaal huren.
- Wanneer er sprake is van woonoverlast kan het wenselijk zijn dat **de sociale woonpartner** tijdens de begeleiding **mee op huisbezoek** gaat met het aanklappend team. De woonpartner kan dan zelf zijn verwachtingen m.b.t. wonen aan de cliënt verduidelijken. **De sociale woonpartner dient echter over voldoende personeelscapaciteit** te beschikken om deze gezamenlijke huisbezoeken mogelijk te maken.

- Het is belangrijk dat **de sociale woonpartners goed weten wat aanklampende zorg inhoudt en beoogt** zodat er geen verkeerde verwachtingen ontstaan. De samenwerking houdt in dat de woonpartner boven de huurder staat en de hulpverlener naast de huurder. Het aanklampend team handelt dus in de eerste plaats in functie van de noden van de cliënt en dit komt niet altijd overeen met de vraag van de sociale woonpartner.
- **Het is noodzakelijk dat sociale woonpartners zich inschikkelijk opstellen** ten aanzien van de cliënt en het aanklampend team. Het is onrealistisch om te verwachten dat de woonoverlast van huurders meteen zal verdwijnen. Het aanklampend team dient eerst contact te maken met de cliënt, een vertrouwensband met hem op te bouwen en meestal nog andere problemen aan te pakken, alvorens te kunnen overgaan tot het aanpakken van de woonproblemen. Het is daarom zaak dat sociale woonpartners het aanklampend team de nodige beweegruimte geven en de verwachting om snel resultaat te zien aan de kant schuiven.

2.7 Samenwerken met de preventieve woonbegeleiding van het CAW

- **Het opzetten van een nauwe samenwerking** met de preventieve woonbegeleiding van het CAW is **noodzakelijk en vraagt tijd**. Een minimale afstemming over volgende zaken is vereist:
 - Hoe verhoudt het **aanbod** van het aanklampend team zich ten opzichte van het aanbod van de PWB van het CAW?
 - **Welke cliënten** neemt het aanklampend team voor zijn rekening en welke cliënten begeleidt de PWB van het CAW?
 - Hoe zijn de **taken** tussen beide diensten **verdeeld** wanneer een cliënt een multiproblematiek heeft (er is sprake van woon-, sociale en psychische problemen) en in principe tot de doelgroep van beide diensten behoort?
 - Op welke wijze wordt **cliëntinformatie** tussen beide diensten **gedeeld** zodat de manier van werken strookt met de voorwaarden over het gedeeld beroepsgeheim.
- Het is belangrijk dat **de aanmeldende partners** (de sociale diensten van de woonpartners) **het onderscheid kennen tussen de doelgroep en het aanbod van het aanklampend team en de PWB van het CAW**, zodat ze cliënten bij de juiste instantie kunnen aanmelden. Het uitwerken van een beslisboom voor de woonpartners kan hierbij helpen. Het is aangewezen om de beslisboom in samenwerking met de PWB van het CAW (en eventueel andere outreachende partners met een vergelijkbaar aanbod) op te stellen. De aanwezigheid van psychische problemen vormt de spil van de beslisboom:
 - Wanneer de problemen verband houden met een psychische kwetsbaarheid behoort de cliënt tot de doelgroep van het aanklampend team.
 - Wanneer er enkel sprake is van sociale problemen die geen verband houden met een psychische kwetsbaarheid, behoort de cliënt tot de doelgroep van de PWB van het CAW of een andere eerstelijnsdienst zoals het OCMW.
- Het is echter niet de bedoeling dat de PWB, het aanklampend team en de andere partners met een **gelijkaardig zorgaanbod op een starre manier te werk gaan**. Elke outreachende dienst beschikt in se over dezelfde generieke basiscompetenties die nodig zijn om contact te kunnen maken met cliënten die moeilijker te bereiken zijn. Het is belangrijk dat de doelgroep van elke

zorgpartner niet te eng wordt afgebakend, maar **dat iedere partner binnen eenzelfde netwerk zijn verantwoordelijkheid opneemt om ervoor te zorgen dat er geen cliënten tussen de mazen van het net vallen.**

- Het is een optie om de **triage door één orgaan** te laten gebeuren. Zo hoeft de woonpartner niet te bepalen bij welke zorgpartner een cliënt het best wordt aangemeld (aanklampend team of PWB) en moet het aanklampend team zelf geen tijd investeren in het uitzoeken tot wiens doelgroep een aangemelde cliënt behoort.
- **Voor cliënten met een multiproblematiek** (er is sprake van woon-, sociale en psychische problemen) **kan er op verschillende manieren met de PWB van het CAW worden samengewerkt:**
 - **Beide diensten volgen de cliënt in duo op.** De PWB is daarbij verantwoordelijk voor het aanpakken van urgente sociale en woonproblemen, terwijl het aanklampend team op de psychische problemen focust. Op deze manier wordt de expertise van de twee partners gebundeld zonder in mekaar vaarwater te zitten. Duo-begeleidingen houden in dat beide partners afzonderlijk bij de cliënt op huisbezoek gaan en onderling (telefonisch of via mail) in nauw contact staan met elkaar zodat ze op complementaire wijze de cliënt kunnen opvolgen. De PWB dient echter over voldoende capaciteit te beschikken om dergelijke duo-begeleidingen te kunnen opnemen.
 - **Het aanklampend team neemt de begeleiding volledig alleen op** en focust initieel op de sociale en woonproblemen. Dit kan een dankbare insteek zijn om de indicatie-instelling te doen en een vertrouwensband op te bouwen. Vaak zijn psychische problemen om diverse redenen in het begin nog niet bespreekbaar (geen ziekte-inzicht, schaamte, ontkenning, andere invulling van de problematiek). Het aanpakken van de sociale en woonproblemen biedt opening om in een vervolgfase de psychische kwetsbaarheid aan te raken. Tijdens het aanpakken van de sociale problemen kan de hulpverlener met zijn GGZ-bril een aantal verdiepende vragen stellen om te achterhalen waarom de cliënt er zelf niet in slaagt om orde op zaken te stellen.
 - **De PWB van het CAW en het aanklampend team volgen elkaar op in de tijd.** De PWB start de begeleiding op om de dringende woonproblemen aan te pakken. Het aanklampend team wordt nadien ingeroepen om de psychische kwetsbaarheid aan te pakken. De twee diensten werken los van elkaar en volgens een andere aanpak. De PWB werkt dwingend, terwijl het aanklampend team herstelondersteunend werkt en zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de cliënt.
- Het is aangewezen dat het aanklampend team en de PWB regelmatig met elkaar overleggen om de samenwerking te evalueren en bij te sturen, ervaringen en expertise uit te wisselen en de lopende duo-begeleidingen op te volgen.

2.8 Samenwerken met andere intersectorale zorgpartners

- Het aanklampend team werkt **op casusniveau** samen met voorzieningen van andere sectoren. Intersectorale partners worden (waar nodig) ingeschakeld om de zorg rond een cliënt mee op te nemen en er wordt intensief met elkaar samengewerkt. Op regelmatige basis vindt er een multidisciplinair zorgoverleg plaats om de zorg op elkaar af te stemmen.

- **Belangrijke partners om op casusniveau mee samen te werken** zijn:
 - De ambulante GGZ: ambulante psychiaters, mobiele teams, CGG, psychosociale revalidatievoorzieningen, etc.
 - Voorzieningen uit het algemeen welzijnswerk: CAW en OCMW
 - De residentiële GGZ: beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ, psychiatrische verzorgingstehuizen, psychosociale revalidatievoorzieningen, etc.
 - Diensten voor praktische ondersteuning: gezinszorg, poetshulp, thuisverpleging, klusjesdienst, gespecialiseerde schoonmaakbedrijven, etc.
 - Diensten vrijetijd en ontmoeting
 - Bewindvoerders
 - Verslavingszorg
 - Voorzieningen van het VAPH
 - Ouderenzorg: serviceflats, woonzorgcentra, etc.
 - Diensten ondersteuning voor (vrijwilligers-)werk: VDAB, werkwinkels, GTB, arbeidszorgcentra of arbeidsbemiddeling van OCMW, etc.
 - Medische zorg: huisarts, ziekenhuis, gespecialiseerde medische zorg, tandarts, etc.
 - De jeugdhulp: opvoedkundige ondersteuning, de jeugdrechtbank, de Jeugdrechtbank, pleegzorg, etc.
 - Andere voorzieningen waaronder: mutualiteiten, burenbemiddeling, schuldbemiddeling, notaris, vrijwilligerswerk, een activiteitencentrum, daklozenopvang, transgender-info-punt, volwassenonderwijs, gevangenis, etc.
- Het is aangewezen dat zorgpartners op **complementaire wijze met elkaar samenwerken** door indien nodig elkaars expertise in te roepen en/of cliënten al dan niet tijdelijk naar elkaar door te verwijzen.
- Het kan interessant zijn om met zorgpartners met een vergelijkbaar aanbod een **gezamenlijk aanmeldpunt** te installeren.
- Op projectniveau wordt er **een aparte stuurgroep aanklampende zorg** opgericht waarin de belangrijkste intersectorale partners zetelen. Dit zijn: het CAW, de betrokken sociale woonpartners, het beschut wonen van waaruit het aanklampend team opereert, zorgpartners met een vergelijkbaar aanbod, de coördinator van het GGZ-netwerk en/of iemand van de stuurgroep van functie 5. De aanwezigheid van de netwerkcoördinator is een voordeel, omdat het aanklampend team dan mee is met wat er in het ruimere GGZ-netwerk gebeurt. Het is ook een goed idee dat iemand van het aanklampend team af en toe deelneemt aan de stuurgroep van functie 5 en terugkoppelt over het project. De stuurgroep komt enkele keren per jaar samen en heeft als voornaamste taak het project opvolgen en waar nodig bijsturen.
- Het is **niet wenselijk om de stuurgroep aanklampende zorg te integreren in de stuurgroep van functie 5**. In de stuurgroep van functie 5 zitten veel mensen die weinig te maken hebben met aanklampende zorg en daardoor sneller geneigd zijn om af te haken.

- Het kan interessant zijn om op projectniveau **een intersectoraal casusoverleg** te organiseren met relevante partners voor de bespreking van moeilijke cases, om aan te sluiten bij een bestaand casusoverleg of om intersectorale partners sporadisch uit te nodigen voor deelname aan een intervisie.

2.9 Rekening houden met het beroepsgeheim en de GDPR

- Tijdens de samenwerking met andere partners dient het aanklappend team rekening te houden met het **gedeeld beroepsgeheim**. Actuele informatie over het gedeeld beroepsgeheim is te vinden in de vijf thematische wegwijzers die het Instituut voor Sociaal Recht van de KU Leuven in 2018 ontwikkelde in opdracht van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De wegwijzers reiken een kader aan waarmee een sector, organisatie, verantwoordelijke, etc. de juiste richting kan bepalen in het omgaan met complexe vraagstukken over beroepsgeheim en informatiedeling.
- De aanklappende teams dienen **vertrouwelijk en voorzichtig om te gaan met de persoonsgegevens van de cliënten** conform de **General Data Protection Regulation (GDPR)**. Dit houdt in dat de verwerking van persoonsgegevens aan volgende zes beginselen moet voldoen (Balthazar & Raeymaekers, 2018):
 - **Rechtmatigheid, behoorlijkheid en transparantie.** Er moet een wettelijke grondslag zijn om gegevens te mogen verwerken.
 - **Doelbinding.** De gegevens mogen in principe enkel verwerkt worden voor het doel waarvoor ze werden ingezameld.
 - **Minimale gegevensverwerking.** De verwerking van gegevens beperkt zich tot datgene wat noodzakelijk is om het hoofddoel van de verwerking te bereiken.
 - **Juistheid.** De gegevens moeten juist zijn en zo nodig geactualiseerd worden. Persoonsgegevens die onjuist zijn worden gewist of gerectificeerd. De correcties moeten niet alleen uitgevoerd worden indien de betrokkene dit vraagt, maar ook wanneer de verwerkingsverantwoordelijke weet dat de bestanden fouten bevatten.
 - **Opslagbeperking.** Het identificeerbaar bewaren van persoonsgegevens is beperkt in de tijd. Die tijd is bepaald door het doel van de verwerking. Voor de organisatie van een eenmalig evenement kan dit dus zeer kort zijn. Voor een langdurige verzorgingsrelatie kan het levenslang zijn.
 - **Integriteit en vertrouwelijkheid.** De verwerkingsverantwoordelijke moet alle nodige maatregelen nemen en laten nemen voor een optimale “data security”. Dit veronderstelt ook permante aanpassing en waakzaamheid.

2.10 Aanmeldingsprocedure en intake

- Aanmeldingen gebeuren door de sociale woonpartners waarmee het aanklampend team een samenwerkingsovereenkomst afsloot. Wanneer een aangemelde **cliënt toch niet aan de inclusiecriteria voldoet** maar tot de doelgroep van een andere voorziening behoort, doet het team een **gepaste verwijzing**.
- Soms wordt het **pas na enkele huisbezoeken duidelijk dat de cliënt niet tot de doelgroep** van het aanklampend team **behoort**. In dat geval rondt het team de begeleiding af, formuleert een advies voor alternatieve zorg en doet een gepaste verwijzing. Wanneer het team vaststelt dat er al veel zorgpartners betrokken zijn (en de cliënt dus geen zorgmijder is), kan het aangewezen zijn om voorafgaand aan de afronding van de begeleiding de betrokken partners te stimuleren om onderling een multidisciplinair zorgoverleg te organiseren zodat de zorg beter op elkaar wordt afgestemd.
- **Zorgwekkende zorgmijders van buitenlandse afkomst** verdienen bijzondere aandacht. Ernstige psychische problemen doen zich ook in deze populatie voor terwijl zij moeilijk bereikt worden door de GGZ. Ook de pilootprojecten bereikten deze groep slechts in heel beperkte mate. Extra inspanningen zijn nodig om ervoor te zorgen dat deze groep wordt aangemeld bij de aanklampend teams. Door meer mensen met een migratieachtergrond in de zorg tewerk te stellen, wordt deze doelgroep mogelijk beter bereikt.

2.11 Aan het begin van de begeleiding

- Het aanklampend team **wint vooraf informatie in over de cliënt** zodat het op een goede manier contact kan maken met de cliënt. Dit houdt in dat de sociale woonpartner die de aanmelding deed zoveel mogelijk informatie over de cliënt met het aanklampend team deelt.
- Het is een meerwaarde wanneer hulpverleners van het aanklampend team zeker **in het begin per twee bij de cliënt langsgaan**. Zo kunnen ze elkaar collegiaal steunen en van gedachten wisselen om tot een betere inschatting van de situatie te komen. De twee hulpverleners merken tijdens een huisbezoek verschillende zaken op en kunnen dan de puzzelstukjes samenleggen.
- **Wanneer de zorgzwaarte zeer hoog is en/of er een risico op gevaar bestaat, kan het aangegeven zijn om de begeleiding per twee verder te zetten**. Op deze manier wordt de cliënt-begeleiding door twee paar schouders gedragen wat in moeilijke situaties verlichtend werkt.
- Een **aanklampende aanpak** is vaak noodzakelijk **om contact te maken met de cliënt**. Bij zorgmijders is er in het begin dikwijls weerstand om hulpverleners toe te laten. Een volhardende aanpak waarbij de hulpverlener op regelmatige basis blijft langsgaan, belt, mailt of een briefje achterlaat vraagt tijd maar helpt om deze weerstand te doorbreken en uiteindelijk toegang te vinden. Wanneer de deur toch gesloten blijft, kan het nodig zijn om via een persoon uit het professionele of informele netwerk van de cliënt contact te maken.
- In de beginfase van het begeleidingstraject brengt het aanklampend team **de zorgbehoeftes, de kwaliteiten, de krachten en de wensen** van de cliënt tot op zekere hoogte in kaart. Assessment instrumenten zoals de HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) (Mulder et al., 2004), de Zelfredzaamheid-Matrix (Lauriks et al., 2017) en de MANSa (Manchester verkorte kwaliteit van leven meting) (Van Nieuwenhuizen et al., 2000) kunnen helpen om op

systematische wijze cliëntgegevens te verzamelen. Het is uiteraard niet de bedoeling dat de cliënten deze vragenlijsten zelf invullen. De hulpverlener vult zelf het assessment instrument in op basis van de informatie die hij tijdens de huisbezoeken verzamelt. Het aanklampend team stelt vervolgens een **persoonlijk ondersteuningsprofiel op** dat per levensgebied de zorgdoelen en de nodige interventies beschrijft. Het opstellen van het profiel vraagt tijd en komt geleidelijk tot stand. Het profiel wordt ook geregeld opnieuw bekeken en bijgewerkt op basis van de meest recente ontwikkelingen.

2.12 Verderop in de begeleiding

- Hulpverleners gaan **creatief om met het outreachend werken**. Contacten kunnen in de woning maar evengoed in de ruimere leefomgeving van de cliënt plaatsvinden (de bib, het park, het OCMW, etc.).
- Hulpverleners hebben op geregelde basis **fysiek contact** met de cliënt. Het is daarbij aangewezen om de contactfrequentie af te stemmen **op maat van de cliënt**. Het heeft geen zin om frequent bij een cliënt langs te gaan wanneer dit niet nodig is en/of niet de wens van de cliënt is. De cliënt te intensief begeleiden kan bovendien zijn afhankelijkheid vergroten en ervoor zorgen dat de cliënt nadien moeite ervaart om op zelfstandige wijze problemen aan te pakken. Waar nodig nemen hulpverleners **via een ander kanaal** contact met de cliënt om de zorg op een goede manier te kunnen opvolgen (mail, telefoon of sms).
- **Het aanklampend team verstrekt tijdens de begeleiding hulp op diverse levensgebieden** (administratie in orde brengen, opruimen, poetsen, etc.) omdat het toe leiden naar zorg meestal niet meteen mogelijk is. Samen met de cliënt praktische problemen aanpakken helpt bovendien om een vertrouwensband met hem op te bouwen en de cliënt te overtuigen om zo nodig ook hulp van andere diensten toe te laten.
- Het aanklampend team krijgt soms te maken met onveilige situaties, bijvoorbeeld wanneer een cliënt geagiteerd is omwille van een dreigende uithuiszetting, onder invloed is van middelen, een agressieprobleem heeft of een psychose doormaakt. Wanneer de **veiligheid van de hulpverlener niet gegarandeerd kan worden, is het aangewezen om de contactmomenten met de cliënt in de zorgvoorziening te laten doorgaan**.
- Het kan een optie zijn om **in de loop van de begeleiding samen met de sociale woonpartner bij de cliënt op huisbezoek te gaan**. De woonpartner kan dan zelf zijn verwachtingen m.b.t. wonen aan de cliënt verduidelijken. Het is goed dat de hulpverlener deze boodschap niet zelf moet overbrengen. Door met twee op huisbezoek te gaan is het voor de cliënt ook duidelijk dat er twee verschillende diensten in het spel zijn die elk hun verwachtingen hebben.
- De **hulpverlener** treedt indien nodig op **als bemiddelaar tussen de sociale woonpartner en de cliënt**. De klachten m.b.t. wonen zijn vaak het gevolg van een miscommunicatie tussen beide partijen (misinterpretaties, onbeantwoorde telefoons of mails, niet aanwezig zijn tijdens controlebezoeken, etc.). Huisvesters begrijpen hun cliënt niet altijd goed en zijn zich vaak niet bewust van de problemen die aan de basis liggen van de woonoverlast. Omgekeerd staan cliënten soms onvoldoende stil bij de regels waaraan ze zich te houden hebben. Door de rol van bemiddelaar op te nemen is het soms mogelijk om bij de cliënt en de woonpartner wederzijds begrip te installeren en contactbreuken te herstellen.

- De hulpverlener neemt tijdens het aanklampend werken de rol van **casemanager** op zich: hij tracht zicht te krijgen op alle betrokken partijen en zorgt voor een goede afstemming door frequent contact te nemen met mensen uit het netwerk van de cliënt (via mail, telefoon of fysiek contact) en door **op geregelde tijdstippen een multidisciplinair overleg** met alle betrokkenen te regelen. Een dergelijk overleg is noodzakelijk om de zorgdoelen op elkaar af te stemmen en onderling tot goede afspraken te komen. Het is aangewezen om het multidisciplinair overleg zoveel mogelijk samen met de cliënt te organiseren.
- **Het betrekken van de informele context van de cliënt** (familieleden of andere naasten) is aan te bevelen wanneer de cliënt hiervoor de toestemming geeft. Vaak is het ook nodig om te investeren in het herstellen van relaties met de informele context. Wanneer de cliënt hier geen toestemming voor geeft, is het aangewezen om het betrekken van naasten regelmatig opnieuw ter sprake te brengen aangezien de voorkeuren van de cliënt op dit vlak kunnen veranderen.
- Wanneer de cliënt **een huisarts** heeft, is dit **een belangrijke partner om te betrekken**. De huisarts beschikt namelijk over relevante informatie m.b.t. de fysieke en psychische gezondheid van de cliënt. Als de cliënt geen vaste huisarts heeft, wordt deze best aangemoedigd en/of actief ondersteund om een huisarts te zoeken.
- Tijdens de begeleiding zet het aanklampend team in op **het bieden van herstelondersteunende zorg, het toeleiden naar zorg en het coachen van zorgpartners** die de zorg voor de cliënt verder zullen opnemen. Deze laatste opdracht is belangrijk zodat het team zich zo snel mogelijk overbodig kan maken en een volgend cliëntdossier kan opstarten.

2.13 Toeleiding van cliënten naar zorg

- Het aanklampend team **leidt cliënten toe naar** de nodige zorg door **psychologische hulp** in te schakelen om psychiatrische problemen aan te pakken **en/of reguliere zorg** te installeren om problemen van medische, praktische en sociale aard aan te pakken. Punt 2.8 maakt melding van relevante partners die ingeschakeld kunnen worden.
- Om de **doorstroom naar voorzieningen te versnellen** kan het aangewezen zijn om goede afspraken te maken met de zorgpartners waarnaar frequent wordt toegeleid (bv. de mobiele teams, de verslavingszorg, etc.) zodat het assessment niet opnieuw hoeft te gebeuren en er tijd gewonnen wordt.
- **Wanneer een cliënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen is een opname in een residentiële voorziening aangewezen**. Het aanklampend team probeert de cliënt in eerste instantie te overtuigen om vrijwillig in opname te gaan. Wanneer een gedwongen opname toch aan de orde is, blijft de hulpverlener zoveel mogelijk betrokken om de continuïteit van zorg te garanderen.

2.14 Zorgcontinuïteit bij afronding of onderbreking van de begeleiding

- Het aanklampend team start met het **afronden van de hulp van zodra de cliënt voldoende stabiel en zelfredzaam is en/of de toeleiding naar zorg een feit is**. Een heraanmelding in de toekomst – wanneer er opnieuw problemen opduiken – behoort tot de realiteit. Het gaat immers om een doelgroep met blijvende beperkingen in het psychosociaal functioneren.

- **Na afronding van de begeleiding** is het aangewezen om enige tijd **contact te houden met de cliënt**, omdat de kans op herval bij deze doelgroep groot is. Het is eveneens noodzakelijk om een tijd mee te lopen met **de partners die de vervolgzorg opnemen** zodat er garantie is op een warme overdracht.
- Wanneer **zorgpartners weinig vertrouwd zijn met mensen met ernstige psychische problemen** is het raadzaam om hen waar nodig te coachen. Het komt namelijk voor dat voorzieningen hun dienstverlening na een poos stopzetten omdat het huis van de cliënt er te verwaarloosd bijligt of omdat hun medewerker een aantal keer voor een gesloten stond. Door hen uit te leggen wat de gevoeligheden van de cliënt zijn en hen enkele handvatten aan te reiken over hoe hiermee om te gaan, verkleint de kans dat een voorziening de dienstverlening stopzet.
- Bij afronding van de begeleiding wordt **de coördinatie van de zorg overgedragen aan een andere partner uit het formele netwerk**. Dit is bij voorkeur een partner die vaak contact heeft met de cliënt en dus goed geplaatst is om veranderingen op te merken: bijvoorbeeld de huisarts, iemand van gezinshulp of een team voor langdurige zorg.
- **Wanneer de cliënt op een wachtlijst staat voor zorg** is het aangewezen dat het aanklappend team **overbruggingshulp** aanbiedt. De hulpverlener houdt contact maar beperkt de contactfrequentie.
- **Wanneer een cliënt tijdelijk wordt opgenomen in een residentiële voorziening**, houdt de hulpverlener contact door te bellen of een keer op bezoek te gaan zodat de cliënt niet het gevoel krijgt dat het aanklappend team hem laat vallen. Het kan tevens een meerwaarde zijn om deel te nemen aan de teambespreking van de residentiële voorziening en samen een plan van aanpak uit te werken. Het aanklappend team kan immers veel relevante informatie m.b.t. de cliënt delen zodat de residentiële voorziening een goed begeleidingsplan kan opstellen
- Wanneer een cliënt tijdens het begeleidingstraject (al dan niet ten gevolge van een uithuiszetting) naar de **private huurmarkt verhuist**, is het wenselijk dat het aanklappend team de begeleiding tijdelijk verderzet om de zorgcontinuïteit niet in het gedrang te brengen.

2.15 Bijsturing en evaluatie

- Het is aangewezen dat beginnende teams **regelmatig hun manier van werken onder de loep nemen en waar nodig bijsturen**. In het kader van het evaluatieonderzoek ontwikkelden de onderzoekers een **checklist voor zelfevaluatie** dat hierbij houvast kan bieden. Het instrument kan gebruikt worden als procesmeting om na te gaan in welke mate het team werkt volgens de onderliggende principes van het concept aanklappende zorg en maakt duidelijk wat de sterktes zijn en welke gebieden meer aandacht behoeven. De resultaten kunnen helpen bij het formuleren van concrete verbeterdoelen en het uitwerken van verbeterplannen. Het instrument is te vinden in de bijlage van het draaiboek.

2.16 Aandachtspunten voor het beleid

Tijdens het evaluatieonderzoek kwamen er enkele knelpunten naar boven die de pilootprojecten tijdens hun praktijkvoering ervoeren en die extra aandacht vereisen op het niveau van het beleid. Dit deel formuleert aanbevelingen voor beginnende projecten over hoe om te gaan met deze knelpunten en formuleert tegelijk aanbevelingen voor het Vlaamse beleid.

- Bemoeizorg is een nieuwe benadering binnen de GGZ die vraagt om een **duidelijk en aangepast wetgevend kader**. Zowel de aanklappende teams als de sociale woonpartners worstelen met juridische dilemma's waarop de wetgeving voorlopig geen antwoord biedt. Het is de taak van de overheid om ervoor te zorgen dat het wetgevend kader voldoende is afgestemd op de praktijk en dat het gedeeld beroepsgeheim door hulpverleners genoeg gekend is. Veel hulpverleners zijn onvoldoende vertrouwd met de wetgeving wat leidt tot handelingsverlegenheid. Volgende dilemma's doen zich in de praktijk voor en verdienen extra aandacht:
 - Het is **voor sociale woonpartners onduidelijk of ze hun beroepsgeheim schenden door een huurder – buiten zijn medeweten – aan te melden bij het aanklappend team**. Eén pilootproject loste dit dilemma op door de betrokkenheid van het aanklappend team in geval een zorgwekkende situatie zich voordoet expliciet op te nemen in de huurovereenkomst van de sociale woonactoren. Zo geven huurders bij het ondertekenen van de huurovereenkomst automatisch toestemming voor een aanmelding bij het aanklappend team wanneer dit volgens de sociale huisvesting aangewezen is.
 - Het is **voor sociale woonpartners onduidelijk of ze zonder het akkoord van de huurder een aanmeldingsformulier mogen invullen**. Het is echter weinig waarschijnlijk dat sociale woonpartners vooraf het akkoord van de huurder zullen krijgen om dit te doen. De doelgroep bestaat immers uit personen die op zorgwekkende wijze zorg vermijden. De woonpartner vult daarom best het aanmeldingsformulier in zonder het akkoord van de cliënt te vragen. Wel is het raadzaam om de cliënt vooraf op de hoogte te brengen van de aanmelding en de reden hiervoor.
 - Het is **voor de aanklappende teams onduidelijk of het toegelaten is om – buiten het medeweten van de cliënt – de medewerking van personen uit de formele of informele context te vragen** om zo met de cliënt contact te leggen.
 - **De aanklappende teams worstelen met de voorwaarden waaronder het uitwisselen van cliëntinformatie met andere hulpverleners is toegestaan**. De wetgeving hierover is behoorlijk complex. Volgens de rechtsleer is de uitwisseling van cliëntinformatie tussen hulpverleners gerechtvaardigd op grond van de theorie van het gedeeld beroepsgeheim. Dit houdt in dat hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt informatie met elkaar kunnen delen zonder dat deze bekendmaking een schending van het beroepsgeheim inhoudt. Opdat deze theorie van toepassing zou zijn, moeten drie criteria vervuld zijn (Versweyvelt et al., 2018). Een van deze criteria stelt dat de gegevensuitwisseling noodzakelijk moet zijn voor de hulpverlening van de desbetreffende persoon en enkel gegevens mag omvatten die noodzakelijk en in het belang van de cliënt zijn. Daarbij moet de cliënt minstens op de hoogte gebracht worden van welke gegevens de hulpverlener aan wie doorgeeft. Indien mogelijk gebeurt het doorgeven van gegevens met toestemming en bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt. Het aanklappend team deelt

soms persoonlijke informatie over de cliënt zonder zijn uitdrukkelijke toestemming om een uithuiszetting te vermijden. Het is voor hulpverleners echter niet duidelijk in welke mate dit volledig strookt met de voorwaarden van het gedeeld beroepsgeheim.

- Voor hulpverleners die voor twee verschillende teams werken (bv. het mobiel team en het aanklampend team) is het onduidelijk of ze de cliëntinformatie die ze via hun tewerkstelling in het mobiel team vergaren zomaar mogen delen met de collega's van het aanklampend team.
- Het is voor de aanklampende teams onduidelijk hoe de uitwisseling van cliëntgegevens tussen zorgpartners dient te gebeuren om te voldoen aan de nieuwe GDPR-regelgeving.
- De toeleiding naar voorzieningen die langdurige zorg aanbieden dient gegarandeerd te worden om ervoor te zorgen dat de aanklampende teams hun cliënten vlot kunnen laten doorstromen naar een gepaste voorziening. **Het aanpakken van de wachttijden in de GGZ, de verslavingszorg, de gezinszorg, de zorg voor personen met een handicap, het CAW, etc. is daarom noodzakelijk.** Wanneer hulpverleners een cliënt weten te overtuigen om aangepaste zorg toe te laten is een snelle opstart nodig. Een cliënt die vervolgens op een wachtlijst wordt geplaatst, haakt zeer waarschijnlijk af. In dat geval is het werk voor niets geweest en is het wantrouwen in de zorg enkel vergroot.
- Voor cliënten van allochtone origine die het Nederlands niet machtig zijn is het **inschakelen van een tolk** noodzakelijk. Er dienen extra middelen voorzien te worden om de betrokkenheid van een tolk mogelijk te maken. Het zou ook een meerwaarde zijn mocht de zorgsector meer hulpverleners met een migratieachtergrond tellen (Saeys, Neyens, Hermans, Van Audenhove, 2020).
- De aanklampende teams hebben niet enkel nood aan een psychiater die op casusniveau gecontacteerd kan worden voor advies en indien nodig meegaat op huisbezoek, medicatie voorschrijft, een opname in een residentiële voorziening initieert en crisissituaties opvangt. Er is er ook **nood aan een beleidsarts** die het aanklampend team ondersteunt, mee nadenkt over de manier van aanpak en deelneemt aan het zorginhoudelijk teamoverleg. Het kan een optie zijn om **deze verantwoordelijkheden op te nemen in het takenpakket van de beleidsarts van beschut wonen.**
- De pilootprojecten richtten in het kader van hun opdracht **op Vlaams niveau een werkgroep** op om moeilijke thema's, knelpunten en vormingsmogelijkheden te bespreken, goede praktijken te delen en zo expertise rond bemoeizorg op te bouwen. **Idealiter voorziet de Vlaamse overheid de mogelijkheid om deze werkgroep in de toekomst verder te zetten.** Beginnende initiatieven kunnen bij deze werkgroep aansluiten en worden zodoende sneller op weg gezet.
- **De Vlaamse overheid dient voor de pilootprojecten de mogelijkheid te voorzien om cliëntgegevens te registeren.** Dit is nu niet geregeld in de opdracht van de pilootprojecten terwijl dit wel noodzakelijk is. Niet alle initiatieven beschut wonen beschikken over een elektronisch patiëntendossier (EPD) en de financiering die de pilootprojecten ontvangen is ontoereikend om de kostprijs van een EPD te dekken. Pilootprojecten die opereren vanuit een initiatief beschut wonen zonder registratiesysteem moeten roeien met de riemen die ze hebben. Sommige projecten maken gebruik van Onedrive om hun notities m.b.t. de cliënt in bij

te houden wat een gebruiksvriendelijk maar onveilig systeem is en niet voldoet aan de GDPR. Het zou bovendien een meerwaarde zijn mochten alle partners binnen één GGZ-netwerk eenzelfde registratiesysteem (bv. InterRAI, Regas of Obasi) gebruiken. Dit vergemakkelijkt het delen van gegevens tussen partners en het extraheren van relevante gegevens voor het beleid.

3 Slotconclusie

Het aanbod van de aanklampende teams is een innovatieve zorgpraktijk die een antwoord vormt op een prangende nood. Niettemin, is het nodig om een aantal praktische zaken in de toekomst verder uit te klaren. Zo blijft het voorlopig onduidelijk hoe de samenwerking tussen het CAW en het aanklampend team in de praktijk het best verloopt. Alle pilootprojecten werkten op een andere manier met het CAW samen. In één project was er een gezamenlijk aanmeldpunt voor het CAW en het aanklampend team om ervoor te zorgen dat cliënten op de juiste plaats werden aangemeld. Een ander project werkte een beslisboom uit voor potentiële aanmelders. Nog een ander project stelde voor om de triage van cliënten voor het aanklampend team en het CAW door een derde partij te laten gebeuren. Ook de begeleiding van cliënten met een multiproblematiek – waarbij er sprake is van woon-, sociale en psychische problemen – verliep in elk project anders. In één project volgden beide diensten de cliënt in duo op. In een ander project werkten beide partners op seriële wijze met elkaar samen: de ene partner ging van start om de meest dringende problemen aan te pakken waarna de hulp van de andere partner werd ingeroepen om te werken rond de overige problemen. In een derde project werkten beide diensten onafhankelijk van elkaar: cliënten werden ofwel door het CAW ofwel door het aanklampend team opgevolgd, maar niet door beide samen. Er vond wel geregeld overleg plaats om elkaar te adviseren over de begeleiding van cliënten.

Ook over de lokale inbedding van de aanklampende teams op gemeentelijk of bovenlokaal niveau dient in de toekomst verder te worden nagedacht om ervoor te zorgen dat de teams op optimale wijze kunnen samenwerken met belangrijke intersectorale partners uit de regio.

Referenties

Anthony W (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 4, 11-23.

Baart A (2001). Een theorie van presentie. Boom Lemma Uitgevers.

Balthazar T, Raeymaekers P (2018). Gegevensbescherming in de zorg - een praktische gids bij de GDPR. Brugge: Die Keure.

Beelen S, De Mayer J, De Waele C, Grymonprez H, Mathijssen C (2014). Reach out! Praktijkboek voor outreachend werken. Leuven: Lannoo Campus.

Boevink W, Prinsen M, Elfers L, Dröes J, Tiber M, Wilrycx G (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 1, 42-54.

Bransen E, Hulsbosch L, Nicholas S, Wolf J (2003). Kwetsbare mensen over samenhang in de zorg. Deelstudie in het kader van de rapportage van de inspectie van de gezondheidszorg over de staat van de gezondheidszorg: ketenzorg voor chronisch zieke mensen. Utrecht: Trimbosinstituut.

De Rick K, Loosveldt G, Van Audenhove C, Lammertyn F, van Weeghel J, Van Buggenhout B (2003). De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Leuven: LUCAS KU Leuven.

Dierickx H, Schillewaert F (2011). Geestelijke gezondheidszorg vermaatschappelijkt. Een nieuw zorgaanbod binnen regionale netwerken. *Alert*, 37 (5), 8-18.

Doedens P, Meulders WAJ, Knibbe RA (2004). Handreiking bemoeizorg. Utrecht: GGZ Nederland.

Egeland KM, Heiervang KS, Landers M et al. (2019). Psychometric Properties of a Fidelity Scale for Illness Management and Recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-9.

GGZ Nederland (2008). B.A.S. Bemoeizorg Ankerpunten en Scores. Handreiking kwaliteitscriteria bemoeizorg.

Hendriksen-Favier, van Rooijen, Rijkaart (2010). Handreiking ROPI: Recovery Oriented Practices Index. Index voor een herstelgerichte ggz. Trimbos Instituut.

Hermans K (2016). Integraal en intersectoraal samenwerken als antwoord op de behandelingskloof in de GGZ. Lezing over bemoeizorg als een van de beloftevolle methodieken om de behandelingskloof aan te pakken. Symposium bemoeizorg opent deuren, SSeGA (Samenwerking Sociale huisvesting en Geestelijke gezondheidszorg Antwerpen), Date: 2016/11/24 - 2016/11/24, Location: Vlaams Parlement, Brussel.

Hermans K, De Coster I, Van Audenhove C (2007). Bed Bad Brood, laagdrempelige opvang van thuislozen. Antwerpen: Garant.

Lauriks S, Buster M, de Wit M, van de Weerd S, Kamann T, van den Boom W, Fassaert T (2017). Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix. Amsterdam: GGD.

Liégeois A (2014). *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. Leuven: LannooCampus.

Liégeois A (2018). Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(1), 29-36.

- Liégeois A, Haekens A, Enemans M (2011). Het voorwaardelijk gedeelde beroepsgeheim bij het uitwisselen van informatie in een team of netwerk” (revisie van een ethisch advies). Tijdschrift voor psychiatrie, 53, 841-849.
- Meije D, Hendriksen A, van Bakel M, Sinnema H (2016). Ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen: handreiking voor hulpverleners in de huisartsenzorg en generalistische basis GGZ. Trimbos Instituut, Utrecht.
- Miller WR, Rollnick S. (2014). Motiverende Gespreksvoering, derde editie. Mensen helpen veranderen. Ouderkerk a/d IJssel, Uitgeverij Ekklesia.
- Mulder N, Kroon H (2009). Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor mensen met complexe problemen. Amsterdam: Boom.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytema S, Wierdsma AI (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) in Nederlandse Bewerking: handleiding. S.L., Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond.
- Rapp CA, Goscha RJ (2011). The Strengths Model: A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services. New York, Oxford University Press.
- Roeg D, van de Lindt S, Lohuis G, van Doorn L (2015). Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende Zorg. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Saeys A, Neyens I, Hermans K, Van Audenhove C (2020). Zorgberoepen: poorten en drempels voor diversiteitsgroepen. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- SAR WGG (2012). Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen.
- SAR WGG (2015). Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst.
- Schriftelijke vraag Vlaamse Parlement over de preventieve woonbegeleiding van het CAW (2016). Bron geraadpleegd op volgende locatie: <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1164510>
- Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (2010a). ACT schaal en het Scoreformulier.
- Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (2010b). FACT schaal en het Scoreformulier.
- Stoop N, Van Camp I, Verhaeghe P (2012). Van het bed naar de samenleving een literatuurstudie naar hoe zorgmijders toch een plek kunnen verkrijgen in onze reguliere samenleving. UGent: Masterproef.
- Tielens J, Verster M (2010). Bemoeizorg: Eenvoudige tips voor moeilijke zorg voor iedereen die werkt met mensen met een chronische psychiatrische stoornis. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.
- Van Audenhove C (2015). Herstellen kan je zelf. Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid. Lannoo Campus.
- Van Audenhove C, Van Humbeeck G, Van Meerbeek A (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare personen*. Leuven: LUCAS en Uitgeverij Lannoo.
- Vancoppenolle V (2016). Mensen willen vooral een dak boven hun hoofd: preventie van dak- en thuisloosheid. Sociaal.net.
- Van den Lindt S (2000). Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders. Asse: Van Gorcum.

- Van der Plas A, Valencia E, Beune E, Schols D, Van Hemert AM (2006). Gestructureerde zorgtoeleiding in de GGZ met Critical Time Intervention. Praktijkboek CTI-NL. Den Haag: Parnassia Groep.
- Van Doorn L (2004) Botsende werkelijkheidsopvattingen: institutionele ratio's versus de realiteit van de straat. Nuy, Marius Frans Brinkman. Wanorde in een mensenleven. Een bezinning op thuisloosheid. Amsterdam: SWP.
- Van Hecke J, Joos L, Daems J, Matthysen V, De Bruyne S (2011). Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening? Tijdschrift voor Psychiatrie, 53 (12), 917-926.
- Van Hoof F, Van Erp N, Boumans J, Muusse C (2014). Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen: ontwikkelingen in praktijk en beleid. Trimbos Instituut, Utrecht.
- Van Humbeeck G, Scheerder G & Van Audenhove C (2004). Evaluatie van de zorg vernieuwingsprojecten psychiatrische zorg in de thuissituatie. Studie in opdracht van de Federale overheid, Administratie Gezondheidszorg. Leuven: LUCAS.
- Van Nieuwenhuizen C, Schene AH, Koeter MWJ (2000). Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA): een verkorte Kwaliteit van Leven meting.
- Van Veldhuizen JR (2007). FACT: a Dutch version of ACT. Community Ment Health J, 43, 421-433.
- Versweyveldt AS, Put J, Opgenhaffen T (2018). Wegwijzers beroepsgeheim. Leuven: Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven.
- Werkgroep Medische Functie van het overlegorgaan 107 (2017). Medische functie in de mobiele teams (en bij uitbreiding in alle functies van de netwerken GGZ). Bron geraadpleegd op volgende locatie: http://www.psy107.be/images/NOTA_WG_Medische_functie_13062017.pdf
- Wilken JP, Den Hollander D (2019). Handboek Steunend Relationeel Handelen Werken aan herstel en kwaliteit van leven. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bijlagen

- Bijlage 1: Instrument gebruikt voor de evaluatie van de pilootprojecten aanklappende zorg
- Bijlage 2: Draaiboek voor aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren

Bijlage 1:

Instrument gebruikt voor de evaluatie van de pilootprojecten aanklampende zorg

1 Inleiding

Doel audit

De onderzoekers van LUCAS KU Leuven stelden een audit op om beter zicht te krijgen op de manier van werken van de pilootprojecten aanklampende zorg. In de eerste plaats heeft deze audit tot doel om grip te krijgen op de manier van werken van de pilootprojecten. In het bijzonder gaat de audit na in welke mate:

- De projecten conform de projectoproep worden uitgevoerd
- De pilootprojecten onderling van elkaar verschillen
- Het nodig is om het concept – zoals uitgewerkt door het Agentschap Zorg en Gezondheid – bij te sturen

In de tweede plaats is de audit bedoeld als hulpmiddel om zowel de pilootprojecten als de toekomstige initiatieven op weg te helpen bij het realiseren van aanklampende zorg. De audit kan gebruikt worden als procesmeting om na te gaan in welke mate het team werkt volgens de onderliggende principes van het concept aanklampende zorg en maakt duidelijk wat de sterke punten zijn en welke gebieden meer aandacht behoeven. De resultaten van de audit helpen om concrete verbeterdoelen te formuleren en bieden zo houvast bij het opstellen van verbeterplannen om de manier van werken beter af te stemmen op de onderliggende principes van het concept aanklampende zorg.

Inhoudelijke uitwerking audit

De inhoudelijke uitwerking van de audit houdt rekening met volgende bronnen:

- De onderliggende principes van de pilootprojecten aanklampende zorg die in overeenstemming met de leden van de stuurgroep werden vastgesteld
- De projecttekst en de tussentijdse verslagen van de zes pilootprojecten
- Bestaande modelgetrouwheidsschalen waaronder: de BAS (Bemoeizorg Ankerpunten en Scores), de ACT-schaal en de FACT-schaal

Vertrekkend van deze bronnen werd een instrument ontwikkeld bestaande uit 31 items verdeeld over 7 dimensies:

- Visie en werkwijze
- Capaciteit en samenstelling
- Deskundigheid
- Samenwerking
- Aanmelding en verwijzing
- Begeleiding
- Resultaten

Praktisch

Aan elk item zijn enkele criteria toegewezen. Afhankelijk van het aantal criteria waaraan het team voldoet kan een score van 1 tot 5 toegekend worden. De informatie wordt verzameld aan de hand van een groepsinterview met de leden van het team aanklampende zorg, vergaderverslagen en gegevens die de pilootprojecten zelf registreren. Twee onderzoekers van LUCAS KU Leuven komen hiervoor ter plaatse. Het gesprek wordt opgenomen en zowel op kwalitatieve als op kwantitatieve wijze verwerkt. Voor de kwantitatieve verwerking kennen de twee onderzoekers op basis van het gesprek elk onafhankelijk van elkaar een score van 1 tot 5 toe aan de diverse items van de audit waarbij score 1 staat voor weinig of niet geïmplementeerd en score 5 voor volledig geïmplementeerd. De audit beoordeelt vooral feitelijk gedrag en huidige activiteiten. Gepland gedrag en geplande activiteiten worden niet in rekening gebracht. De audit beoordeelt de mate waarin het team in zijn geheel gehoor geeft aan de onderliggende principes. Het betreft dus geen evaluatie op individuele basis.

2 Algemene vragen vooraf

Waar ligt het accent van het team? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Op contact leggen, inschatten van problemen en toeleiden naar zorg en diensten
- Op hulpverlening op diverse levensgebieden door het team zelf
- Op coaching en deskundigheidsbevordering van andere betrokkenen in het netwerk (CAW, sociale woonactoren)

Op welke doelgroep richt het team zich vooral?

- Alle sociaal kwetsbaren in de samenleving
- Overwegend mensen met een psychiatrische problematiek
- Overwegend mensen met een verslavingsproblematiek
- Overwegend mensen met psychiatrische en verslavingsproblemen
- Overwegend mensen met sociale problemen: financiële problemen, huisvesting, sociale contacten etc.
- Overwegend mensen die slachtoffer of pleger zijn van huiselijk geweld

Op welke stappen van bemoeizorg zet het team vooral in?

Stappen van bemoeizorg	Kruis aan wat van toepassing is
<p>Contact zoeken en voorbereiden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Case finding: gebeurt door SVK (sociale verhuurkantoor) en SHM (sociale huisvestingsmaatschappij) - Relevante informatie verzamelen - Cliënt inlichten - Koude start: voorzichtig contact zoeken, mailen, bellen, oogcontact maken, praatje maken, etc. 	
<p>Contact maken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertrouwen winnen door: regelmatig langs te gaan, kleine knelpunten uit de weg te ruimen, eten of drinken mee te nemen, etc. - Cliënt positief laten reageren op kleine praktische handreikingen en/of het voorstel voor begeleiding 	
<p>Problemen oplossen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemen inventariseren (vaak is er dreigende uithuiszetting) - Hulpvraag formuleren - De cliënt steunen - Als onderhandelaar optreden - Kleine eenvoudige successen halen 	
<p>Contacttrouw realiseren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vertrouwen waarmaken - Tijd besteden aan het uitbouwen van een relatie - Eenmalige contacten ombuigen naar wekelijkse bezoeken - Kleine doelen met de cliënt formuleren - Sociaal netwerk inventariseren 	
<p>Planmatig werken</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aan de hand van een prioriteitenlijst stap voor stap de belangrijkste zaken aanpakken - Werken aan problemen op verschillende levensgebieden - Naar manieren zoeken om de cliënt zelf de problemen te laten aanpakken - Het sociale netwerk van de cliënt betrekken als de cliënt zelf niet in staat is om de problemen aan te pakken 	
<p>Werkrelatie evalueren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nagaan welke doelen behaald zijn en welke problemen opgelost zijn - Bepalen of het contact afgesloten kan worden 	
<p>Werkrelatie beëindigen</p> <ul style="list-style-type: none"> - De begeleiding kan worden afgerond wanneer de situatie stabiel is - Indien nodig is er een warme overdracht naar een andere voorziening - In dat geval de opvolger geleidelijk introduceren in functie van een warme overdracht - Benoem het einde van de bemoeizorg - Neem de cliënt terug als de overdracht niet lukt - Houd de deur op een kier 	

3 Deel 1: visie en werkwijze

3.1 Visie en werkwijze

Het team heeft een visie en baseert zich op gekende interventies, modellen en benaderingen (motiverende technieken, rehabilitatie, krachtgericht werk, etc.)	Score
Het team heeft geen duidelijke visie en baseert zich niet op bestaande interventies, modellen en benaderingen	1
Het team heeft geen duidelijke visie maar maakt melding van bestaande interventies, modellen en benaderingen	2
Het team heeft geen duidelijke visie maar baseert zich op bestaande interventies, modellen en benaderingen	3
Het team heeft een duidelijke visie en maakt melding van bestaande interventies, modellen en benaderingen	4
Het team heeft een duidelijke visie en baseert zich op bestaande interventies, modellen en benaderingen	5

Vragen:

- Wat is de visie van het team aanklappende zorg?
- Op welke interventies, modellen en benaderingen baseert het team zich? Bv. motiverende technieken, presentiebenadering, assertief onderhandelen.

4 Deel 2: capaciteit en samenstelling

4.1 Evenwichtige caseload

Er is een cliënt-hulpverlener-verhouding van 15:1 VTE	Score
>50 cliënten per hulpverlener	1
35-49 cliënten per hulpverlener	2
25-34 cliënten per hulpverlener	3
16-24 cliënten per hulpverlener	4
Maximaal 15 cliënten per hulpverlener	5

Vragen:

- In welke mate slaagt het team erin om de caseload laag te houden?
- Hoeveel cliënten zijn er gemiddeld toegewezen aan 1VTE hulpverlener?
- Hoeveel cliënten zijn er momenteel in begeleiding? En hoeveel VTE hulpverlener telt het team?

4.2 Samenstelling team

Het team bestaat uit verschillende disciplines, onder meer: psycholoog, woonbegeleider, verpleegkundige, psychiater, maatschappelijk werker, verslavingsdeskundige, orthopedagoog, ervaringsdeskundige, arbeidsdeskundige	Score
Het team bestaat uit slechts 2 disciplines	1
Minstens 3 disciplines	2
Minstens 4 disciplines	3
Minstens 5 disciplines	4
Minstens 6 disciplines	5

Vragen:

- Welke verschillende disciplines zijn er in het aanklampend team vertegenwoordigd? Het gaat hier niet over het bredere netwerk waarmee men samenwerkt maar echt over het team zelf.
- Bovenstaand lijstje overlopen
- Zijn er een verslavingsdeskundige, een arbeidsdeskundige en een specialist rehabilitatie aan boord?
- Voor hoeveel VTE is elke discipline vertegenwoordigd?
- In welke mate heeft men het gevoel dat het team over alle nodige expertise beschikt?
- Welke disciplines ontbreken om beter te kunnen functioneren?
- Met welke andere partners in het ruimere netwerk wordt er regelmatig samengewerkt? Bv. gezinshulp, OCMW, VADB, poetshulp, etc.

4.3 Capaciteit

Teamleden zijn in voldoende mate tewerkgesteld om in teamverband te kunnen werken (gemiddeld aantal VTE van de teamleden)	Score
Gemiddelde <0,50 VTE	1
Gemiddelde tussen 0,50 en 0,59 VTE	2
Gemiddelde tussen 0,60 en 0,69 VTE	3
Gemiddelde tussen 0,70 en 0,79 VTE	4
Gemiddelde 0,80 VTE of hoger	5

Vragen:

- Volgens hoeveel VTE is elk teamlid in het pilootproject aanklampende zorg tewerkgesteld?
- Zijn er hulpverleners die minder dan halftijds zijn aangesteld? Wie zijn dat?
- In welke mate wordt dit in de praktijk als een tekort of meerwaarde ervaren?

4.4 Betrokkenheid psychiater

Betrokkenheid psychiater:	
(1) Er is een psychiater verbonden aan het team	
(2) Er is een psychiater team die men kan contacteren voor advies	
(3) Er is een psychiater die deelneemt aan het teamoverleg	
(4) Er is een psychiater die indien nodig cliënten ziet	Score
Er is aan geen enkel criterium voldaan	1
Aan 1 criterium is voldaan	2
Aan 2 criteria is voldaan	3
Aan 3 criteria is voldaan	4
Aan 4 criteria is voldaan	5

Vragen:

- In welke mate kan het team beroep doen op een psychiater?
- Wat is de taak van de psychiater?
- Is deze in voldoende mate tewerkgesteld om aan de zorgvragen te beantwoorden?
- Indien niet, hoe wordt dit tekort dan opgevangen?

5 Deel 3: deskundigheid

5.1 Deskundigheid

Het team heeft (beschikking) over deskundigheid op het gebied van:	
(1) GGZ	
(2) Verslavingszorg	
(3) Welzijnszorg	
(4) Justitie en politie	
(5) Juridische en financiële zaken	
(6) Sociale wetgeving	
(7) Medische deskundigheid	
(8) Arbeidsrehabilitatie	Score
Het team heeft enkel deskundigheid op het gebied van GGZ en welzijnszorg	1
Het team heeft deskundigheid op het gebied GGZ en welzijnszorg en 1 bijkomend gebied	2
Het team heeft deskundigheid op het gebied GGZ en welzijnszorg en 2 bijkomende gebieden	3
Het team heeft deskundigheid op het gebied GGZ en welzijnszorg en 3 bijkomende gebieden	4
Het team heeft deskundigheid op het gebied GGZ en welzijnszorg en 4 bijkomende gebieden	5

Vragen:

- In welke mate heeft het team kennis over diverse leefgebieden? Lijstje overlopen.
- Heeft het team zelf leden ter beschikking die over deze kennis beschikken? Of gaat het team voor bepaalde zaken ten rade bij partners uit de het bredere netwerk?
- Wordt er nauw samengewerkt met het CAW? Indien wel, nagaan of het CAW-team over bovenstaande expertise beschikt.

Opmerking: wanneer het GGZ-team nauw samenwerkt met het CAW-team kan de expertise van het CAW-team mee in rekening genomen worden voor dit item.

5.2 Deskundigheidsbevordering

Het team neemt deel aan deskundigheidsbevordering met betrekking tot bemoeizorg	Score
Minder dan 20% van de teamleden heeft een vorming gevolgd	1
20-39% heeft een vorming gevolgd	2
40-59% heeft een vorming gevolgd	3
60-79% heeft een vorming gevolgd	4
Meer dan 80% heeft een vorming gevolgd	5

Vragen:

- In welke mate kregen teamleden sedert de start van de pilootprojecten de mogelijkheid om zich bij te scholen of een vorming te volgen?
- Waarover volgt men vorming? Sluiten de vormingen aan bij de missie of visie?
- Is er een VTO-beleid of kiezen hulpverleners zelf waarover ze een vorming volgen los van de organisatiedoelen?
- Welke teamleden volgen deze vorming?
- Waarom lukt het niet om deel te nemen aan deskundigheidsbevordering?

5.3 Intervisie

Er vindt op structurele wijze intervisie plaats	Score
Het team heeft geen intervisie	1
Het team heeft 1 keer per jaar intervisie	2
Het team heeft 2 tot 3 keer per jaar intervisie	3
Het team heeft 4 tot 5 keer per jaar intervisie	4
Het team heeft minstens 6 keer per jaar intervisie	5

Vragen:

- Vindt er geregeld intervisie plaats om casussen te bespreken? Hoeveel keer per jaar?
- Is dit voldoende of ervaart het team hier een tekort?
- Wie neemt er deel aan deze intervisies? Enkel de teamleden of ook externe partners?
- Hoe wordt er tijdens deze intervisies tewerk gegaan?
- In welke mate worden de intervisies als vruchtbaar beschouwd?
- Hoe zouden de intervisies nog verbeterd kunnen worden?
- Hoeveel cases worden er per intervisie besproken? Worden alle cases besproken of enkel de complexe dossiers?

6 Deel 4: samenwerking

6.1 Gedeelde caseload

Het team werkt in teamverband en voelt zich gezamenlijk verantwoordelijk voor cliënten:

- (1) Cliënten worden door meer dan één teamlid gezien
- (2) Tijdens teamvergaderingen werkt men met een ACT-dashboard
- (3) Cliënten met acute en dringende problemen worden regelmatig en met prioriteit op teamvergaderingen besproken (éénmaal per 2 weken)
- (4) Andere cliënten worden éénmaal per maand of per twee maand op teamvergaderingen besproken

	Score
Er is aan geen enkel criterium voldaan	1
Aan 1 criterium is voldaan	2
Aan 2 criteria is voldaan	3
Aan 3 criteria is voldaan	4
Aan 4 criteria is voldaan	5

Vragen:

- Hoeveel percent van de cliënten wordt door één teamlid gezien? Hoeveel percent van de cliënten wordt door meerdere teamleden gezien?
- Hoeveel cliënten worden op teamvergaderingen besproken? Wat is de frequentie van deze besprekingen? Eénmaal per week, éénmaal per maand of éénmaal per jaar? Wat is hier het streefdoel?
- Wordt er tijdens teamvergaderingen met een ACT-dashboard gewerkt?

6.2 Frequentie teamoverleg

Het team komt een aantal keer per week samen om cliënten te bespreken	Score
Minder dan 1 keer per 2 weken	1
1 keer per 2 weken	2
1 keer per week	3
2 keer per week	4
3 keer per week	5

Vragen:

- Hoe vaak per week komt het team samen om cliënten te bespreken?
- Welke cliënten worden vooral besproken tijdens dit overleg? Alle cliënten of vooral de complexe dossiers?

6.3 Opkomst teamoverleg

Tijdens de cliëntbespreking zijn in principe alle teamleden en aldus alle disciplines vertegenwoordigd (Wanneer de psychiater onvoldoende aanwezig is, aftrek van 1 scorepunt)		Score
De opkomst van de teamleden is <60%		1
De opkomst van de teamleden is minimaal 60%		2
De opkomst van de teamleden is minimaal 70%		3
De opkomst van de teamleden is minimaal 80%		4
De opkomst van de teamleden is minimaal 90%		5

Vragen:

- In welke mate zijn alle teamleden tijdens deze overlegmomenten aanwezig?
- Wie is er vaak wel en vaak niet aanwezig?
- In welke mate is er systematisch een psychiater present?

Alternatieve methode van bevraging:

- Afleiden uit vergaderverslagen

6.4 Samenwerking met woonactoren

Er is een goede samenwerking met de sociale woonactoren:		Score
(1) Er zijn duidelijke afspraken met de woonactoren over welke cliënten in aanmerking komen voor aanklampende zorg		
(2) Er is ad hoc overleg om de samenwerking te bespreken (aanmelding, toeleiding en moeilijke cliënten)		
(3) De GGZ-actoren geven vorming zodat de sociale woonactoren voldoende voorbereid zijn om psychische problemen te detecteren		
(4) Er is structureel overleg om de samenwerking te bespreken		
(5) Woonactoren worden op de hoogte gehouden over het begeleidingstraject van aangemelde cliënten		
Er is aan 1 criterium voldaan		1
Er is aan 2 criteria voldaan		2
Er is aan 3 criteria voldaan		3
Er is aan 4 criteria voldaan		4
Aan alle criteria is voldaan		5

Vragen:

- In welke mate is het voor de sociale woonactoren duidelijk welke cliënten in aanmerking komen voor aanklampende zorg? Welke afspraken zijn hierover gemaakt?
- Zijn de sociale woonactoren voldoende geschoold om psychische problemen te detecteren? Op welke manier hebben de GGZ-actoren hieromtrent ondersteuning geboden?
- Hoe ziet de verdere samenwerking met de sociale woonactoren eruit?

6.5 Samenwerking met preventieve woonbegeleiding caw

Er is een goede samenwerking met de preventieve woonbegeleiding van het CAW:

- (1) Er zijn duidelijke afspraken over welke cliënten in aanmerking komen voor preventieve woonbegeleiding en welke cliënten het aanklappend team opvolgt
- (2) Het aanbod van het aanklappend team is complementaire aan het aanbod preventieve woonbegeleiding van het CAW
- (3) Er is een gezamenlijk aanmeldpunt of het CAW is op zijn minst nauw betrokken bij de aanmelding van cliënten
- (4) Er is samenwerking om expertise te delen
- (5) Er vinden geregeld duo-begeleidingen plaats

	Score
Aan 1 criterium is voldaan	1
Aan 2 criteria is voldaan	2
Aan 3 criteria is voldaan	3
Aan 4 criteria is voldaan	4
Aan alle criteria is voldaan	5

Vragen:

- Hoe ziet de samenwerking tussen het aanklappend team en de preventieve woonbegeleiding van het CAW eruit?
- In welke mate is het aanbod van beiden complementair aan elkaar?
- In welke mate wordt het CAW bij de aanmelding van cliënten betrokken? Hebben zij een gezamenlijk aanmeldpunt?
- Hoe zijn de rollen verdeeld? Wanneer wordt een cliënt doorverwezen naar het CAW en wanneer naar het aanklappend team? Zijn hierover duidelijke afspraken gemaakt?
- Wordt er soms in duo gewerkt? Het CAW kan dan vooral de aspecten m.b.t wonen en welzijn opnemen en het aanklappend team de psychische problematiek.

7 Deel 5: aanmelding en verwijzing

7.1 Aanmelding

Het is duidelijk wie wel en niet in aanmerking komt voor aanklampende zorg:	
(1) Er worden duidelijke inclusiecriteria gehanteerd bij de screening van cliënten	
(2) Volgende inclusiecriteria worden gehanteerd: sociaal huurders hebben daadwerkelijk een psychische problematiek en krijgen nog geen GGZ	
(3) Aanmelders zijn op de hoogte van de inclusiecriteria	
(4) Er is een duidelijke intakeprocedure	
(5) Bij niet-inclusie is er een verwijzing naar andere voorzieningen (preventieve woonbegeleiding CAW, IBW, OCMW, CGG, mobiel team)	Score
Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criteria voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Aan alle criteria is voldaan	5

Vragen:

- Hoe ziet de aanmeldingsprocedure eruit?
- Is er een vergadering om te beslissen wie wel en niet in aanmerking komt?
- Welke inclusie- en exclusiecriteria worden er gehanteerd? Zijn aanmelders hiervan op de hoogte?
- Wie beslist er uiteindelijk of iemand wel of niet in aanmerking komt? Het team? De psychiater?
- Wat gebeurt er wanneer de aangemelde cliënt niet in aanmerking komt voor aanklampende zorg? Is er dan een verwijzing naar een andere voorziening? Welke?

7.2 Wachtijd

De wachttijd voor de instroom van nieuwe cliënten is minder dan 1 maand	Score
De wachtlijst is > 4 maanden	1
De wachtlijst is < 4 maanden	2
De wachtlijst is < 3 maanden	3
De wachtlijst is < 2 maanden	4
De wachtlijst is < 1 maanden	5

Vragen:

- Hoe lang is de wachttijd voor cliënten die worden aangemeld?
- Worden er bepaalde strategieën toegepast om de wachttijd beperkt te houden?
- In welke mate is het mogelijk om in de tussentijd overbruggingshulp te regelen?

8 Deel 6: begeleiding

8.1 Contactfrequentie

Cliënten worden frequent door een van de teamleden bezocht	Score
Minder dan 1 contact per week	1
1 à 1.5 contacten per week	2
2 contacten per week	3
2 à 3 contacten per week	4
3 of meer contacten per week	5

Vragen:

- Hoe vaak per week is er contact met de cliënt?
- In welke mate is dit voldoende?
- Hoe lang duurt een contact gemiddeld?
- Waaruit bestaat een contact? Bv. wordt telefonisch contact ook meegerekend?

8.2 Outreachend werk

De contacten vinden hoofdzakelijk buiten de zorginstelling plaats – daar waar de cliënt zich bevindt	Score
<20% van de cliëntcontacten	1
20-39%	2
40-59%	3
60-79%	4
>80%	5

Vragen:

- Waar vinden de contacten meestal plaats?
- In welke mate vinden de cliëntcontacten in een zorginstelling plaats?

8.3 Assessment

Assessment van zorgbehoeften, krachten en wensen:	
(1) De kwaliteiten, krachten, vaardigheden van de cliënten worden systematisch geïnterviewd	
(2) De zorgbehoeften (vaardigheden die nog ontbreken om zelfstandig te kunnen wonen) worden systematisch in kaart gebracht	
(3) De wensen van de cliënten worden in kaart gebracht: wat wil deze tijdens het begeleidingstraject bereiken?	
(4) Op basis van het assessment worden acties bepaald en geprioriteerd	Score
Er is aan geen enkel criterium voldaan	1
Er is aan 1 criterium voldaan	2
Er is aan 2 criteria voldaan	3
Er is aan 3 criteria voldaan	4
Er is aan 4 criteria voldaan	5

Vragen:

- Hoe verloopt het assessment? Wat wordt er allemaal in kaart gebracht?
- Worden er bepaalde hulpmiddelen gebruikt? Bv. een vragenlijst, een bepaalde format.
- Worden ook de krachten, competenties en wensen van de cliënt in kaart gebracht? Hoe gebeurt dit?
- Worden de noden, krachten en wensen door de cliënt zelf aangereikt of maakt de hulpverlener hier zelf een inschatting van?

8.4 Multidisciplinaire praktische zorg

Het team biedt ondersteuning op volgende gebieden:	
(1) Dagelijkse levensverrichtingen	
(2) Contact met instanties	
(3) Contact met familie	
(4) Buurtinclusie	
(5) Financiën en administratie	
(6) Medicatiegebruik	Score
Het team biedt begeleiding op 1 van de 6 onderdelen	1
Het team biedt begeleiding op 2-3 van de 6 onderdelen	2
Het team biedt begeleiding op 4 van de 6 onderdelen	3
Het team biedt begeleiding op 5 van de 6 onderdelen	4
Het team biedt begeleiding op 6 van de 6 onderdelen	5

Vragen:

- In welke mate biedt het team zelf praktische multidisciplinaire ondersteuning aan?
- In welke mate worden hiervoor andere partners buiten het team ingeschakeld? Wie?

8.5 Samenwerking met context

Het team werkt samen met de context van de cliënt (familie, buren, huisbaas, werkgever, etc.) door:	
(1) De context in kaart te brengen	
(2) Ondersteuning te bieden bij het behoud/uitbreiding van de context	
(3) Te overleggen met de context	
(4) De actief te betrekken in het begeleidingstraject	Score
Er is aan geen enkel criterium voldaan	1
Er is aan 1 criterium voldaan	2
Er is aan 2 criteria voldaan	3
Er is aan 3 criteria voldaan	4
Er is aan 4 criteria voldaan	5

Vragen:

- Op welke manier wordt de context van de cliënt betrokken in de begeleiding?
- Welke rol spelen naastbetrokkenen in de begeleiding van de cliënt?
- In welke mate wordt het persoonlijk netwerk van de cliënt in kaart gebracht?
- In welke mate wordt er overleg met de naastbetrokkenen georganiseerd?
- In welke mate biedt het team ondersteuning bij het uitbreiden en/of behouden van het persoonlijk netwerk? Besteedt men aandacht aan zaken die een goed contact tussen de cliënt en zijn netwerk in de weg staan?
- In welke mate traint men de vaardigheden van de cliënt?

8.6 Begeleidingstraject

De begeleiding die het aanklampend team aanbiedt bestaat uit:	
(1) Een vertrouwensrelatie uitbouwen	
(2) Een assessment doen	
(3) Een indicatiestelling doen/behandelplan opstellen	
(4) Toe leiden naar GGZ	
(5) Het formeel en informeel netwerk van de cliënt versterken	
(6) Ondersteuning aanbieden in functie van het behoud van de woning	Score
Het begeleidingstraject speelt in op 2 aspecten	1
Het begeleidingstraject speelt in op 3 aspecten	2
Het begeleidingstraject speelt in op 4 aspecten	3
Het begeleidingstraject speelt in op 5 aspecten	4
Het begeleidingstraject speelt in op alle aspecten	5

Vragen:

- Hoe ziet het begeleidingstraject van cliënten er doorgaans uit?
- Waaraan besteedt het aanklampend team tijdens de begeleiding vooral aandacht?
- In welke mate is er aandacht voor bovenstaande elementen?

8.7 Aanklampende zorg

Het team gaat aanklampend te werk en past de verschillende vormen van bemoeizorg toe	Score
Het team is passief in het behouden van cliëntcontacten en gaat bijna nooit aanklampend te werk	1
Het team doet pogingen om aanklampend te werken	2
Het team past de eerste vormen van bemoeizorg toe: zich beschikbaar stellen en informeren	3
Het team past de eerste vormen van bemoeizorg toe en gaat indien nodig over tot ongevraagde zorg: adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten	4
Het team past de eerste vormen van bemoeizorg toe en gaat indien nodig over tot ongevraagde zorg en dwingende zorg: overnemen en dwingen	5

Vragen:

- Hoe vertaalt het aanklampend werken zich in de praktijk?
- In welke mate worden de verschillende vormen van bemoeizorg toegepast?
- Op welke manier krijgt ongevraagde zorg vorm? Wat doet het team dan precies?
- Op welke manier krijgt dwingende zorg vorm?

8.8 Continuïteit en nazorg

Het team draagt zorg voor de continuïteit van de hulpverlening en biedt nazorg: (1) Het team controleert bij verwijzing naar een voorziening of de overdracht goed verlopen is en de ondersteuning voldoende is (2) Wanneer de cliënt op een wachtlijst staat bij een GGZ-voorziening houdt het team contact (3) Wanneer de cliënt is opgenomen in een residentiële voorziening houdt het team contact (4) Bij afronding van de zorg wordt er steeds nazorg geboden: na het afronden wordt er contact genomen om te zien hoe alles loopt	Score
Het team heeft voor geen van deze elementen aandacht	1
Het team heeft voor 1 element aandacht	2
Het team heeft voor 2 elementen aandacht	3
Het team heeft voor 3 elementen aandacht	4
Het team heeft voor alle elementen aandacht	5

Vragen:

- In welke mate tracht het team de continuïteit van zorg te garanderen?
- Wat doet het team om de overdracht naar een GGZ-voorziening zo goed mogelijk te laten verlopen?
- Wat doet het team wanneer de cliënt op een wachtlijst staat?
- Wat doet het team wanneer de cliënt is opgenomen in een residentiële voorziening?
- Hoe krijgt de nazorg vorm?

9 Deel 7: resultaten

De scores op deze items worden toegekend aan de hand van gegevens die de pilootprojecten zelf op jaarbasis registreren. Deze resultaten zullen echter met de nodige voorzichtigheid en nuancering behandeld worden omdat ze niet enkel bepaald worden door de werkstijl van het team. Eveneens bepalend zijn de doelgroep waarmee het team werkt en de context waarbinnen het team functioneert. Zo zullen teams die zich concentreren op cliënten met een complexe problematiek minder snel resultaat boeken dan teams die te maken krijgen met minder complexe cliëntdossiers.

9.1 Drop out

Het team rondt een hoog percentage van de begeleidingstrajecten op een positieve wijze af	Score
Meer dan 20% van de cliënten verdwijnt uit de zorg vooraleer het traject is afgerond	1
15-20% van de cliënten verdwijnt uit de zorg	2
10-15% van de cliënten verdwijnt uit de zorg	3
5-10% van de cliënten verdwijnt uit de zorg	4
Minder dan 5% van de cliënten verdwijnt uit de zorg	5

9.2 Toeleiden naar zorg

Het team slaagt erin om cliënten toe te leiden naar de zorg	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 60%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

9.3 Overlast

Het team slaagt erin om overlast te verminderen	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

9.4 Uithuiszetting

Het team slaagt erin om uithuiszetting te vermijden	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

9.5 Gedwongen opnames

Het team slaagt erin om gedwongen opname te vermijden	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

9.6 Mentaal welbevinden

Het team slaagt erin om het mentaal welbevinden van de cliënt te verbeteren	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

9.7 Kwaliteit van leven

Het team slaagt erin om de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

9.8 Sociaal netwerk

Het team slaagt erin om een sociaal netwerk rond de cliënt op te bouwen	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Bijlage 2: draaiboek voor aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten
“aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen
met psychische problemen die sociaal huren”:**

Draaiboek

dr. Evelien Coppens
dr. Kirsten Hermans
Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Inleiding

1 Zes pilootprojecten aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren

Sociale huisvestingsmaatschappijen en sociale verhuurkantoren worden binnen hun woningenbestand geregeld geconfronteerd met bewoners die kampen met ernstige psychische problemen, aan de rand van de maatschappij staan, geen kwaliteitsvol leven leiden en niet in begeleiding zijn in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Naast psychische problemen is er vaak sprake van financiële problemen, gezondheidsproblemen, verslavingsproblemen, sociaal isolement, leefbaarheidsproblemen en overlastproblemen. De GGZ staat voor een maatschappelijke uitdaging om deze groep te bereiken en te voorkomen dat zij verder afglijden.

In het najaar van 2017 lanceerde de Vlaamse overheid een **projectoproep** gericht aan de netwerken GGZ voor volwassenen om **“aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”** uit te testen binnen de verdere realisatie van functie 5 “specifieke woonvormen en woonondersteuning”. Met de projectoproep wilde de Vlaamse overheid inzetten op een nauwere samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappijen en de sociale verhuurkantoren om zorgmijdende personen met ernstige psychische problemen vroegtijdig te identificeren en via aanklappende en outreachende zorg toe te leiden naar gepaste zorg (GGZ, woonbegeleiding, gezinshulp, preventieve woonbegeleiding, etc.) om zo uithuiszetting te voorkomen. Binnen de samenwerking is het de taak van de sociale woonactoren om mensen met vermoedelijke psychische problemen te detecteren en in contact te brengen met een multidisciplinair team dat vervolgens aanklappend en motiverend te werk gaat. Het team bouwt een vertrouwensband op met de personen in kwestie, screent op psychische problemen en leidt waar nodig toe naar woonbegeleiding, gezinshulp en/of de reguliere GGZ. Aangezien deze bewoners vaak niet over een eigen netwerk beschikken, is een sterke samenwerking met relevante zorg- en welzijnsorganisaties (CAW, OCMW, huisarts, ...) nodig om een sociaal netwerk rond hen uit te bouwen en zorgcontinuïteit te verzekeren.

De projectoproep bouwde voort op het Antwerpse SSeGA-project “Samenwerking Sociale Huisvestingsmaatschappijen en GGZ Antwerpen” dat de afgelopen jaren experimenteerde met een intensieve samenwerking tussen GGZ-actoren enerzijds en sociale huisvestingsmaatschappijen anderzijds. **Zes pilootprojecten kregen financiering van de overheid om kaderend binnen functie 5 een partnerschap aan te gaan met de sociale woonactoren en een aanklappend team op te starten** (zie tabel 1). De pilootprojecten gingen in maart 2018 van start en opereren vanuit een initiatief beschut wonen dat werd aangeduid door het netwerk GGZ voor volwassenen.

Inhoudelijk sloot de oproep nauw aan bij het aanbod preventieve woonbegeleiding van de CAW dat eveneens aanklappend te werk gaat om uithuiszetting binnen de sociale huurmarkt te voorkomen. De CAW zetten vooral in op het versterken van de woonvaardigheden van cliënten, het aanpakken van problemen m.b.t. huurachterstal en het maken van afspraken met de huisbaas. Het spreekt voor zich dat het aanbod van de pilootprojecten complementair diende te zijn aan het aanbod van de CAW en dat een nauwe samenwerking tussen beide werkingen daarom aangewezen is.

Tabel 30 Overzicht van de zes pilootprojecten.

Netwerk	Beschut wonen	Naam team
Kempen	Kempen	Buiten-ge-WOON
PAKT	Domos	Team Aanklampende & Netwerk Gerichte Ondersteuning (TANGO)
Reling	West-Limburg	Eigen Kracht Wonen (EKWo)
SaVHA	De Raster	Begeleiding Aanklampende Zorg (BAZ)
SaRA	De Vliering	Samenwerking sociale huisvestingsmaatschappijen en GGZ Antwerpen (SSeGA)
Zuid-West-Vlaanderen	De Bolster	Aanklampende zorg aan huis (ANZOH)

2 Evaluatie van de zes pilootprojecten

In opdracht van de Vlaamse overheid ging het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) in december 2018 van start met het evaluatieonderzoek van de zes pilootprojecten. **Het doel van het onderzoek was tweeledig.**

In de eerste plaats was het onderzoek bedoeld om te **evalueren**:

- In welke mate de pilootprojecten conform de projectoproep worden uitgevoerd.
- In welke mate de pilootprojecten onderling van elkaar verschillen.
- Of het nodig is om het concept van de pilootprojecten bij te stellen.
- Wat de ervaringen van zorggebruikers zijn binnen de pilootprojecten.

Een tweede doel was een **draaiboek met bijbehorende checklist voor zelfevaluatie ontwikkelen** om (beginnende) projecten aanklampende zorg op weg te helpen.

Het evaluatieonderzoek bestond uit **vijf onderdelen** om de twee onderzoeksdoelstellingen te realiseren:

- Een **analyse van de aanvraagdossiers en de tussentijdse verslagen** om meer voeling te krijgen met de unieke manier van werken van ieder pilootproject.
- De **ontwikkeling en de afname van een instrument** om na te gaan in welke mate de pilootprojecten gehoor gaven aan belangrijke aspecten zoals vastgelegd in de projectoproep, besproken met de leden van de stuurgroep en beschreven in de literatuur.
- De **afname van interviews met zorggebruikers** om zicht te krijgen op hun ervaringen en tevredenheid met de ondersteuning van de aanklampende teams. Deze getuigenissen zijn terug te vinden in het onderzoeksrapport en schetsen een beeld van de cliënten waarmee de teams in aanraking komen.
- Een **analyse van de registratiegegevens** die de pilootprojecten doorheen de looptijd van het evaluatieonderzoek verzamelden en meer inzicht geeft in de doelgroep, de instroom, het begeleidingstraject, de uitstroom en de drop out van cliënten.
- Een **focusgroep met de coördinatoren en enkele teamleden** van de pilootprojecten om extra input te verzamelen voor de verdere uitwerking van het draaiboek.

De resultaten van dit onderzoek zijn terug te vinden in het onderzoeksrapport:

Coppens E, Hermans K, Van Audenhove C (2020). Wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten “aanklappende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren”. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

3 De ontwikkeling, het doel en de inhoud van dit draaiboek

Van meet af aan leefde het idee om in navolging van het evaluatieonderzoek de opgedane kennis en expertise van de pilootprojecten te delen met voorzieningen die met een gelijkaardig initiatief wensen te starten of die een bestaande werking willen optimaliseren. De onderzoekers ontwikkelde daartoe in opdracht van het Steunpunt WVG dit draaiboek.

Het draaiboek is bedoeld als houvast voor beginnende projecten en zet op generieke wijze de manier van werken van de pilootprojecten op een rij.

Inhoudelijk is het draaiboek als volgt opgebouwd:

- Een eerste deel staat stil bij de basisvisie op goede zorg voor zorgwekkende zorgmijders.
- Een tweede deel formuleert aanbevelingen voor beginnende projecten of bestaande werkingen.
- Een derde deel bestaat uit een checklist die voorzieningen kunnen gebruiken om de eigen werking te evalueren en waar nodig bij te sturen.
- Een laatste deel haalt een aantal knelpunten op het niveau van het beleid aan die de pilootprojecten tijdens hun praktijkvoering ervaarden.

Basisvisie op goede zorg voor zorgwekkende zorgmijders

1 De doelgroep zorgwekkende zorgmijders

Binnen de samenleving valt een aanzienlijke groep van psychisch kwetsbare mensen door de mazen van het hulpverleningsnetwerk. Het gaat om mensen met ernstige chronische psychische problemen waarbij er in veel gevallen sprake is van verslaving en een kluwen aan problemen op andere levensdomeinen zoals wonen, werken, fysieke gezondheid, activiteit, sociaal netwerk, etc. Bij deze doelgroep lijkt alles “overhoop” te liggen. Vaak zijn het mensen die een geïsoleerd en marginaal bestaan leiden, die weinig contact met familie, vrienden of kennissen hebben en bij wie een ondersteunend sociaal netwerk ontbreekt. Kenmerkend voor deze groep is dat ze zelf geen hulpvraag stellen, maar wel de familie, burens of omstanders vragen dat er hulp geboden wordt. Het betreft mensen die zich aan de rand van de maatschappij bevinden en voor wie het verre van evident is om terug actief te participeren binnen de samenleving. Velen onder hen hebben een heel verleden in de zorg en worden door hulpverleners als “therapieresistent” of “uitbehandeld” bestempeld (Stoop et al., 2011). Ze hebben het gehad met de hulpverlening en zijn geneigd om zich te onttrekken aan alles wat met zorg te maken heeft.

In de literatuur worden deze mensen omschreven als “zorgwekkende zorgmijders”: personen die zorg mijden maar door hun “afwijkend gedrag” als zorgwekkend voor de samenleving beschouwd worden. Het feit dat deze mensen geen zorg krijgen terwijl ze dit wel nodig hebben wordt vaak toegeschreven aan hun weigerachtigheid tot zorg (Bransen et al., 2003). Een alternatieve verklaring is echter dat het aanbod van de reguliere hulpverlening “niet passend” is voor de problematiek van deze doelgroep, waardoor ze niet de hulp krijgen of vinden die nodig is en afhaken. Het huidige zorglandschap wordt gekenmerkt door differentiatie en specialisatie wat leidt tot de toepassing van een aantal ongeschreven regels in de hulpverlening (Hermans, De Coster, Van Audenhove, 2007). Elke voorziening is gespecialiseerd in een afgebakende doelgroep en heeft een welomschreven zorgaanbod. Het is aan de cliënt om contact te zoeken met de hulpverlening en daarbij een duidelijke hulpvraag te formuleren die past binnen het zorgaanbod en aansluit bij het ideaal van de voorziening. De problematiek van de cliënt moet dus duidelijk afgebakend, herkenbaar en behandelbaar zijn, zo niet volgt er een doorverwijzing (Van Doorn, 2004). De hierboven beschreven doelgroep past hoegenaamd niet binnen dit kader. De zorgwekkende zorgmijder heeft geen duidelijke en eenduidige hulpvraag en past niet in het aanbod van gespecialiseerde voorzieningen – zijn problemen zijn diffuus, meervoudig en complex. Vaak werd de zorgwekkende zorgmijder in het verleden van de ene zorginstelling naar de andere doorverwezen zonder enig resultaat. De bereidheid om op zoek te gaan naar hulp is verdwenen waardoor hij volledig uit de boot valt.

2 Goede zorg voor zorgwekkende zorgmijders

De vermaatschappelijking van de zorg streeft ernaar om mensen met beperkingen met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de gemeenschap te laten plaatsvinden (SAR WGG, 2012, 2015; Van Audenhove, Van Humbeeck & Van Meerbeeck, 2005). Met Artikel 107 stuurt de Federale en de Vlaamse overheid aan op een hervorming van de GGZ met vermaatschappelijking als draaiende motor. Daarbij worden middelen van residentiële psychiatrische instellingen aangewend voor de uitbouw van een alternatieve zorgorganisatie gericht op vermaatschappelijking (Van Hecke et al., 2011). Het doel van deze reorganisatie is om zorggebruikers meer ambulante en mobiele behandelingen met het accent op vraggestuurde zorg en herstel en inclusie in de samenleving (Dierickx & Schillewaert, 2011). Geïndividualiseerde trajecten op maat worden uitgebouwd geïntegreerd in de eigen omgeving, waarbij de zorggebruiker de regie maximaal in handen houdt met de nodige ondersteuning.

Dankzij deze evolutie wint woonondersteuning aan belang en implementeert de overheid verschillende **wooninitiatieven voor mensen met een psychische kwetsbaarheid** waarvan de pilootprojecten aanklampende zorg voor zorgwekkende zorgmijders die sociaal huren een voorbeeld zijn. De aanklampende teams voorzien in een intensief en **gediversifieerd aanbod over de grenzen van sectoren heen**. Samenwerking tussen verschillende disciplines en organisaties is essentieel om deze groep van cliënten met hulpverlening in contact te brengen en ervoor te zorgen dat zij ondanks hun problemen gewoon in de wijk kunnen blijven wonen en leven (Doedens, Meulders & Knibbe, 2004). In deze samenwerking zijn niet enkel de GGZ betrokken, maar nemen ook algemene diensten die ondersteuning bieden op vlak van wonen, werken, opleiding, vrijetijd en ontmoeting evenals formele en informele zorgverstrekkers een rol op om resocialisatie te bevorderen en overlast tot een minimum te beperken (De Rick et al., 2003).

De aanklampende teams bieden zorg op maat aan die in de eerste plaats gekenmerkt wordt door laagdrempeligheid en toegankelijkheid. De sociale woonpartners melden huurders aan waarover ze zich zorgen maken en het aanklampend team gaat vervolgens outreachend te werk. De hulpverleners stappen zelf naar de huurder toe en leggen op een actieve manier contact ofschoon de persoon in kwestie hier zelf niet om vraagt. **De teams passen hierbij elementen van bemoeizorg toe**. Bemoeizorg staat voor het bieden van ongevraagde hulp aan zorgwekkende zorgmijders met een complexe problematiek en is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven en/of het vermijden van overlast.

Belangrijke pijlers van bemoeizorg zijn:

- **Contact maken met de cliënt door volhardend en creatief te werk te gaan** (bv. wekelijks aanbellen, contact nemen met de familie of de wijkagent, briefjes in de bus steken, de cliënt ergens opwachten en vriendelijke aanspreken, etc.).
- **Een vertrouwensband met de cliënt uitbouwen** door praktische problemen in orde te brengen (bv. het contact met de sociale verhuurder verbeteren, administratie in orde brengen) of samen met de cliënt op stap te gaan (bv. samen naar het containerpark of de psychiater gaan, een koffie gaan drinken). Pas wanneer er een vertrouwensband is, komt er opening om over de eigenlijke problemen te praten.
- **Focussen op problemen die de cliënt zelf belangrijk vindt**. Hulpverleners brengen niet meteen de problemen ter sprake die de sociale woonpartner rapporteert, maar kijken eerst naar de zaken die de cliënt zelf als lastig ervaart. Pas daarna komen de problemen aan bod die anderen als overlast ervaren.

- **Gebruik maken van dwang en drang wanneer er sprake is van woonoverlast.** De sociale woonpartners en het aanklampend team bundelen de krachten als volgt. De sociale woonpartner spreekt als ordehandhaver de cliënt aan over de woonoverlast, verduidelijkt de regels en vraagt de cliënt om deze te respecteren. Het aanklampend team wordt ingeroepen om de cliënt te helpen bij het aanpakken van de problemen m.b.t. overlast. De hulpverlener staat naast de cliënt en probeert als belangenbehartiger een wenselijke verandering in het gedrag van de cliënt teweeg te brengen. Anders gezegd: de sociale woonpartner maakt het ijzer heet en de hulpverlener zet zich vervolgens in om het ijzer te smeden.
- **Samenwerken met en toeleiden naar gepaste voorzieningen over sectoren heen** in functie van de noden om een geïntegreerde vorm van ondersteuning tot stand te laten komen.
- **Een stap terugzetten en de begeleiding geleidelijk afronden** van zodra de cliënt een band heeft opgebouwd met de partner die de zorg overneemt.

Interessante bronnen voor beginnende bemoeizorgers zijn:

Beelen S, De Mayer J, De Waele C, Grymonprez H, Mathijssen C (2014). Reach out! Praktijkboek voor outreachend werken. Leuven: Lannoo Campus.

Mulder N, Kroon H (2009). Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor mensen met complexe problemen. Amsterdam: Boom.

Roeg D, van de Lindt S, Lohuis G, van Doorn L (2015). Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende Zorg. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Tielens J, Verster M (2010). Bemoeizorg: Eenvoudige tips voor moeilijke zorg voor iedereen die werkt met mensen met een chronische psychiatrische stoornis. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.

Van den Lindt S (2000). Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders. Assen: Van Gorcum

3 Interessante methodieken

Binnen de aanklampende teams zijn de presentiebenadering van Baart, herstelondersteunende zorg, krachtgericht werk en het relationeel ethisch model van Liégeois (2018) richtinggevend voor de praktijk.

3.1 Presentiebenadering van Baart

Binnen Bemoeizorg wordt vaak verwezen naar de **presentiebenadering** van Andries Baart (2001) als insteek om contact te leggen met de cliënt en een vertrouwensband op te bouwen. Baart schreef na 10 jaar veldonderzoek zijn boek "Een Theorie van de Presentie" dat voor nieuwe inspiratie zorgde in het sociaal werk en de GGZ. De term "er-bij-zijn" staat centraal in de benadering en verwijst naar aandachtige nabijheid en er zijn voor de ander. Het leidt niet meteen tot het oplossen van problemen, maar is een respectvolle manier om in contact te komen met cliënten.

In 2018 nodigde ReachOut! Baart uit om een lezing te komen geven over wat presentie precies inhoudt. De lezing is te bekijken op de website van het Kennisplein via volgende link:

<https://www.kennisplein.be/Pages/Presentietheorie-uitgelegd-door-Prof-Baart.aspx>

3.2 Herstelondersteunende zorg

De herstelvisie en herstelondersteunende zorg staan centraal in de begeleiding van de aanklampende teams (Van Audenhove, 2015). **Herstel** verwijst naar het persoonlijke proces van mensen met een psychische kwetsbaarheid die de draad opnieuw oppakken en hun leven weer vorm en inhoud geven (Boevink et al., 2009). Daarbij is herstel mogelijk zonder dat de aandoening in zijn geheel verdwijnt. Het herstelproces impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en bewustwording van eigen krachten en talenten, waarbij gaandeweg een persoonlijk en hoopvol perspectief wordt ontwikkeld. In feite leert iemand tijdens een herstelproces om zichzelf te helpen om een zinvol leven te leiden. Volgens de definitie van Anthony (1993) is herstel: *"een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven."* Het herstelconcept biedt een andere kijk op ziekte en gezondheid. Het accent ligt op eigen regie en de mogelijkheden binnen het eigen leven in plaats van op de psychische aandoening en de onmacht (Meije et al., 2016).

Herstellen doen mensen primair zelf, maar hulpverleners kunnen een belangrijke rol spelen om het herstelproces te bevorderen. **Herstelondersteunende zorg** is gericht op het persoonlijk en maatschappelijk herstel van de zorggebruiker wat zoveel betekent als het opbouwen of hervinden van de eigen identiteit en het herwinnen van regie over het eigen bestaan, op alle levensgebieden: geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, dagbesteding in de vorm van werk, onderwijs of dagactiviteiten, woon- en leefomgeving, vrijetijdsbesteding, relaties en sociale contacten, inkomen, persoonlijke levensstijl en zingeving. Drie basisvoorwaarden zijn essentieel om te kunnen spreken van herstelondersteunende zorg (Van Hoof et al., 2014):

- De zorggebruiker wordt gezien als een persoon met een eigen leven, met eigen voorkeuren en wensen en met eigen beslissingsbevoegdheid ten aanzien van de hulp die hij wil.

- Hulpverlening wordt gezien als een gemeenschappelijk proces van de zorggebruiker en de hulpverlener.
- Hulpverleners zijn steeds gericht op het in gang zetten, ondersteunen en faciliteren van persoonlijke en maatschappelijke herstelprocessen (zingeving, verbondenheid met anderen, perspectief en grip).

Hulpverleners die werken vanuit de herstelvisie gaan uit van de kracht en de kennis van de zorggebruiker over wat wel en niet werkt, met respect voor en ondersteuning van eigen regie. De zorggebruiker is niet langer de passieve ontvanger van zorg maar wel de ervaringsexpert die zijn herstelproces stuurt en daarbij desgewenst door de GGZ wordt geholpen.

Het strengths model of krachtenmodel van Rapp en Goscha (2011) is een veelgebruikte methodiek die aansluit bij de herstelvisie. Deze benadering gaat ervan uit dat mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening voortdurend kunnen leren, groeien en veranderen wanneer de individuele en omgevingskrachten op de juiste wijze worden aangewend.

Een aantal algemene uitgangspunten van het strengths model zijn:

- Mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening kunnen voortdurend leren, groeien en veranderen en hun leven zelf inrichten.
- De focus is gericht op de individuele krachten en niet op de beperkingen.
- Het persoonlijk steunsysteem van de zorggebruiker wordt maximaal benut.
- Interventies zijn gebaseerd op de wensen en de keuzes van de zorggebruiker en niet op de hulpvragen die de hulpverlener noodzakelijk acht.
- De relatie tussen de hulpverlener en de zorggebruiker komt op de eerste plaats en vormt de basis voor wederzijdse samenwerking.
- Actieve outreach (de zorggebruiker ontmoeten in zijn eigen leefwereld) is het voornaamste onderdeel van de begeleiding.

Steunend Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) – voorheen systematisch rehabilitatiegericht handelen – is een basismethodiek die bemoeizorgers helpt om herstelgericht te werken en bestaat uit volgende basisprincipes:

- **Presentiegericht werken:** hulpverleners maken op een aandachtige, gelijkwaardige en respectvolle wijze contact met de cliënt en creëren een gevoel van veiligheid door present te zijn.
- **Krachtgericht werken:** mensen zijn meer dan hun beperking – vaak zijn er heel wat zaken die de cliënt wel nog kan. Hulpverleners focussen op de krachten van de cliënt en proberen deze te versterken.
- **Herstelgericht werken:** hulpverleners leren cliënten omgaan met de eigen kwetsbaarheid en helpen hen om opnieuw deel te nemen aan de samenleving door de toegang hiertoe te verbeteren.
- **Aansluiten bij de wensen van de cliënt:** hulpverleners nemen de wensen van cliënten als uitgangspunt voor de ondersteuning, zodat de kwaliteit van leven die zij ervaren toeneemt.

- **De eigenregie en autonomie vergroten:** hulpverleners laten cliënten zelf nadenken over wat kan helpen en wat niet, en proberen zo de eigen regie en de autonomie van de cliënt te vergroten.
- **Het systeem van de cliënt inschakelen:** hulpverleners proberen belangrijke anderen zoveel mogelijk te betrekken in de begeleidingen door zicht te krijgen op het aanwezige informele en formele netwerk.

Interessante bronnen:

Wilken JP, Den Hollander D (2019). Handboek Steunend Relationeel Handelen Werken aan herstel en kwaliteit van leven. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Relevante opleiding:

De basisopleidingen over SRH worden verzorgd door de RINO-groep in Nederland www.rinogroep.nl. Er zijn verschillende sector specifieke varianten van de basisopleiding voorhanden (voor GGZ, verslavingszorg, forensische zorg, zorg voor jongeren, ouderenzorg, etc.). De basisopleidingen bestaan uit drie dagen basistraining en vier keer drie uur methodische werkbegeleiding.

3.3 Het ethisch relationeel model van Liégeois

Bemoeizorg kent verschillende gradaties (adviseren, verleiden tot zorg, beslissen en ingrijpen) en de basishouding die bemoeizorgers in de praktijk aannemen is afgestemd op de mate van beslissingsbekwaamheid van de cliënt:

- Wanneer de cliënt beslissingsbekwaam is, neemt de hulpverlener een adviserende houding aan.
- Wanneer de cliënt beslissingsonbekwaam is, bouwt de hulpverlener eerst een vertrouwensband op om vertrekend daarvan verdere hulp te kunnen installeren.
- Wanneer de cliënt beslissingsonbekwaam is en er risico op gevaar bestaat, treedt de hulpverlener directief op door waar nodig in te grijpen. Vaak houdt dit in dat de hulpverlener overgaat tot het toepassen van dwang en drang.

De aanklappende teams baseren zich tijdens hun praktijkvoering op het relationeel ethisch model van Axel Liégeois (2018) om te **evalueren of een cliënt beslissingsonbekwaam is**. Het model gaat ervan uit dat beslissingsbekwaamheid – het vermogen om vrij en overwogen beslissingen te nemen – geen alles of niets kwestie is maar een gradueel concept is dat zich situeert op een continuüm gaande van volledige beslissingsbekwaamheid tot volledige beslissingsonbekwaamheid (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018). Beslissingsbekwaamheid wordt niet gezien als een algemeen geldend begrip maar als een specifiek concept dat situatie- en tijdsgebonden is. Een cliënt is dus beslissingsbekwaam of -onbekwaam voor een bepaalde handeling, op een bepaald levensdomein, in een bepaalde situatie en op een zeker moment. De beslissingsbekwaamheid van cliënten kan beoordeeld worden door volgende tien criteria van Liégeois (Liégeois, 2018) te scoren op een 6-puntenschaal:

- Begrijpen informatie
- Toepassen informatie op eigen situatie
- Inzicht verwerven in eigen situatie
- Overwegen keuzemogelijkheden

- Inschatten gevolgen voor zichzelf
- Inschatten gevolgen voor anderen
- Motiveren keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze
- Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit
- Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf
- Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen

Een interessante bron over beslissingsbekwaamheid is:

Liégeois A (2018). Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. Tijdschrift voor psychiatrie, 60.

4 Andere vormen van outreachende zorg

Binnen de welzijnszorg en de GGZ in Vlaanderen bestaan er nog andere vormen van outreachende zorg die gelijkenissen vertonen met het zorgaanbod van de aanklappende teams. In deze rubriek staan we kort stil bij deze andere ondersteuningsvormen en beschrijven we waarin hun opdracht verschilt van deze van de aanklappende teams. We focussen daarbij op de preventieve woonbegeleiding van het CAW en op het aanbod van de mobiele teams en de psychiatrische zorg in de thuissituatie.

De preventieve woonbegeleiding van het CAW richt zich op huurders die op basis van een woonprobleem (vervuiling, verwaarlozing, slecht onderhoud, stapelwoede, samenlevingsproblemen, etc.) het risico lopen op een uithuiszetting nu of in de toekomst. De begeleiding is intensief van aard en bestaat uit huisbezoeken om de woon- en achterliggende problemen aan te pakken, de relatie tussen de huurder en de verhuurder te verbeteren en een uithuiszetting te vermijden. Het CAW gaat outreachend te werk om contact te leggen met de huurders (via telefoon, sms, briefwisseling, briefjes onder de deur of huisbezoeken), maar werkt minder aanklappend dan de bemoeizorgers. Wanneer men er niet in slaagt om binnen de vier weken contact te leggen met de huurder, wordt een laatste herinneringsbrief gestuurd met de vermelding dat het CAW geen verdere stappen meer zal ondernemen (Vancoppenolle, 2016). Vaak is er bij de huurder sprake van psychische of psychiatrische problemen hoewel daar niet de expertise van het CAW ligt.

De mobiele teams richten zich op mensen met een ernstige, langdurige psychische kwetsbaarheid die ondersteuning nodig hebben op verschillende leefdomeneinen (wonen, werken, financiën, etc.) om hun leven in eigen handen te kunnen nemen of houden. Net als de aanklappende teams begeleiden en behandelen de mobiele teams mensen in hun eigen leefomgeving en zijn ze multidisciplinair samengesteld. In de meeste GGZ-netwerken zijn er twee soorten van mobiele teams actief. De mobiele teams acute zorg zijn bedoeld voor mensen die in een crisissituatie verkeren en bieden een kortdurende intensieve behandeling (circa 6 weken) met als doel de crisis te stabiliseren en een residentiële opname te vermijden. De mobiele teams langdurige zorg bieden langdurige ondersteuning (circa 2 jaar) die inspeelt op verschillende levensdomeinen met het oog op optimaal functioneren in de maatschappij en een maximale levenskwaliteit. De mobiele teams werken met cliënten die een hulpvraag hebben en gemotiveerd zijn om aan hun probleem te werken, dit in tegenstelling tot de doelgroep van de aanklappende teams.

In 2003 werd in België de zorgvorm “**psychiatrische zorg in de thuissituatie**” (PZT) uitgetest in 19 pilootprojecten (Van Humbeeck, Scheerder & Van Audenhove, 2004). Hoewel de pilootprojecten in veel regio’s geïntegreerd werden in de mobiele teams, is PZT in sommige GGZ-netwerken nog steeds actief. De PZT richten zich tot volwassenen met een langdurige en ernstige psychiatrische problematiek die in de

thuisituatie verblijven. Het zorgaanbod bestaat uit het afstemmen van de samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende sectoren en het ondersteunen van de betrokken zorgverleners zodat cliënten in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven en een (her)opname in een ziekenhuis vermeden of ingekort wordt.

Aanbevelingen voor beginnende projecten

In navolging van het evaluatieonderzoek en in nauw overleg met de zes pilootprojecten aanklampende zorg formuleerden de onderzoekers aanbevelingen die helpend kunnen zijn voor zorginstellingen die willen starten met een aanklampend team in hun regio. Waar mogelijk zijn de aanbevelingen aangevuld met interessante bronnen. De aanbevelingen zijn geclusterd volgens projectfase (opstartfase, uitvoeringsfase, evaluatiefase) en binnen elke fase verder thematisch opgedeeld.

1 Opstartfase

1.1 De werking afstemmen op de regionale context

- In stedelijke regio's bestaan er zowel binnen als buiten de GGZ vaak meerdere outreachende **diensten** die zich elk tot een iets andere doelgroep richten. Een **goede afstemming** met deze diensten over ieders doelgroep en zorgaanbod is noodzakelijk om overlap en verwarring in het werkveld te vermijden. Voor beginnende projecten is het daarom aangewezen om vooraf verkennende gesprekken te voeren met partners uit de regio met een vergelijkbaar aanbod (bv. bemoeizorg van CAW Limburg, AZiS+ in Gent) om vervolgens een begeleidingsaanbod uit te werken dat complementair is aan het aanbod van anderen en inspeelt op een niche waarop andere partners zich niet toeleggen. Het is echter niet de bedoeling dat het aanbod op een starre manier wordt toegepast. Elke outreachende dienst beschikt in se over dezelfde generieke basiscompetenties die nodig zijn om contact te kunnen maken met cliënten die moeilijker te bereiken zijn.
- Wanneer er in de regio verschillende partners zijn met een vergelijkbaar aanbod, kan het interessant zijn om met alle partners **een gezamenlijke beslisboom uit te werken** zodat de verwijzende partners cliënten op de juiste plaats kunnen aanmelden.
- Het **werkingsgebied** van het aanklampend team **bepert zich** idealiter **tot één regio** (bv. één regionale zorgzone) zodat het mogelijk is om met alle belangrijke spelers die actief zijn binnen deze zone een goede samenwerking uit te bouwen.
- Tijdens de opstart van de werking is het aangewezen om **voldoende tijd te investeren in bekendmaking** zodat relevante partners uit de regio goed op de hoogte zijn van het doel en de werkwijze van het aanklampend team. Het is daarbij vooral belangrijk om de werking te gaan voorstellen op regionale netwerktafels en bij relevante partners uit het netwerk.

1.2 De visie en werkwijze bepalen

- Het aanklampend team werkt volgens de basisvisie op goede zorg voor zorgwekkende zorgmijders zoals beschreven in dit draaiboek en baseert zich waar mogelijk op gekende interventies, modellen en benaderingen (bv. principes herstelondersteunende zorg, SRH, krachtenmodel, motiverende technieken, ethisch relationeel model, etc.).

1.3 De doelgroep bepalen

- De aanklampende teams richten zich tot **personen met een complexe problematiek waarbij er sprake is van ernstige psychische problemen en problemen op diverse levensgebieden**. Bijkomend is er geen actieve betrokkenheid van GGZ-voorzieningen terwijl dit wel nodig is of verloopt het contact met GGZ-voorzieningen moeilijk. De doelgroep bestaat uit personen **die de weg niet vinden naar de reguliere zorg, hierin vastgelopen zijn, geen vertrouwen hebben in hulpverlening of afgewezen zijn door instanties** al dan niet vanwege de aard en de omvang van hun problemen.
- Volgende **inclusiecriteria** kunnen helpen om de doelgroep af te bakenen. De persoon:
 - Is een sociale huurder.
 - Heeft ernstige psychische problemen.
 - Heeft problemen op vele levensgebieden (armoede, medische problemen, financiële problemen, administratieve problemen, verslavingsproblemen, woonproblemen, etc.).
 - Beschikt over een beperkte zelfredzaamheid en gebrekkige probleemoplossende vaardigheden.
 - Is op sommige vlakken niet beslissingsbekwaam.
 - Kan onvoldoende voorzien in de eigen bestaansvoorwaarden en bevindt zich daardoor in een zorgwekkende of onveilige situatie en/of veroorzaakt overlast.
 - Vermijdt zorg (krijgt dus geen hulp van een GGZ-voorziening) en heeft zelf geen hulpvraag
 - Kan zich moeilijk inpassen in een afsprakenkader en staat afkerig tegenover hulpverleners en hun tussenkomsten.

1.4 Een team samenstellen

- **Het aanklampend team is interdisciplinair samengesteld** en omvat bij voorkeur volgende disciplines: een psycholoog, een maatschappelijk werker (die goed op de hoogte is over alles m.b.t. wetgeving), een psychiatrisch verpleegkundige, een verslavingsdeskundige en één of meerdere ervaringsdeskundigen.
- Het is belangrijk om rekening te houden met **het profiel van de teamleden**. Bemoezorg is een vak apart binnen de GGZ en vraagt een aantal competenties en een bepaalde ingesteldheid van de hulpverleners www.kennisplein.be. De bemoezorgers:
 - hebben een sterke persoonlijkheid en zijn zelfzeker. De meeste outreachers gaan alleen op stap, het is dus belangrijk dat zij zelfstandig kunnen werken en stevig in de schoenen staan.
 - kunnen goed omgaan met de doelgroep. Belangrijk hierbij is dat zij een niet-veroordelende houding aannemen, in staat zijn om de krachten van mensen te zien en een sterk relativeringsvermogen hebben. Een gevoel voor humor hebben is altijd helpend.
 - hebben een goed inlevingsvermogen en zijn solidair tegenover kansengroepen.
 - hebben goede communicatievaardigheden. Ze moeten immers kunnen overleggen en bemiddelen met verschillende diensten, beleidsmensen en professionals.

- zijn avontuurlijk en flexibel ingesteld. Ze durven initiatief nemen en bij momenten buiten de lijntjes kleuren.
 - kunnen risico's inschatten, omgaan met onveilige situaties en werken in minder aangename omgevingen.
 - kunnen arbeidstevredenheid putten uit de processen die ze doorlopen eerder dan uit de resultaten die ze boeken. Het duurt vaak lang vooraleer er resultaat is en soms blijven de resultaten ook uit.
- Binnen het team moet er een **openheid en veiligheid** zijn om twijfels en onzekerheden m.b.t. de aanpak van cliënten in groep te bespreken.
 - **Aan elk aanklampend team is bij voorkeur een psychiater verbonden** die deelneemt aan het wekelijkse teamoverleg, gecontacteerd kan worden voor advies en die indien nodig meegaat op huisbezoek, medicatie voorschrijft, een opname in een residentiële voorziening initieert en crisissituaties opvangt.
 - Het vinden van een psychiater die zich enkele uren per week kan en wil engageren voor aanklampende zorg blijkt in de praktijk echter niet evident. Werken met zorgwekkende zorgmijders is overigens niet iets wat elke psychiater in de vingers heeft. Het vraagt een zekere affiniteit met de doelgroep en voldoende deskundigheid om de beslissingsbekwaamheid van mensen en het risico op gevaar te kunnen inschatten. Volgende **pistes** kunnen helpen **om een psychiater te vinden**:
 - Voorzie aparte financiering om enkele uren per week een psychiater via een prestatievergoeding te kunnen aanstellen.
 - Stel een pool van enkele psychiaters uit de regio samen die bereid zijn om zich sporadisch voor het project te engageren.
 - Werk samen met assistent-psychiaters. Zij zijn toegankelijker dan psychiaters met een vaste betrekking. Dit heeft als bijkomend voordeel dat de volgende generatie psychiaters van meet af aan geïntroduceerd wordt in het aanklampend werken.
 - Werk samen met psychiaters van een polikliniek. Zij kunnen wekelijks een tijdsslot vrijhouden voor de cliënten van het aanklampend team.
 - Voor beginnende teams is een **combinatie halftijdse en voltijdse medewerkers** aangewezen. Elk type aanstelling heeft immers zijn voordelen:
 - Een **halftijdse tewerkstelling** heeft als voordeel dat het aanklampende werk afgewisseld kan worden met ander werk en daardoor dragelijker wordt. Bovendien is het mogelijk om een groter team samen te stellen waardoor de zorg door meerdere schouders gedragen kan worden. Dit vergemakkelijkt ook het opvangen van ziekte- en verlofperiodes. Wanneer de hulpverlener halftijds in een andere zorgvoorziening tewerkgesteld is (bv. het CAW, een mobiel team, een voorziening voor verslavingszorg, etc.), ontstaat er met deze voorziening een liaison wat een meerwaarde kan zijn. Teamleden kunnen beroep doen op de klinische expertise van de andere voorziening en/of cliënten versneld laten instromen. Een voorwaarde is evenwel dat er in de andere voorziening mogelijkheid is tot flexibel werken, zodat hulpverleners vlot kunnen schuiven met beide agenda's in functie van de noden van de cliënten.

- Een **voltijdse tewerkstelling** heeft als voordeel dat de teamleden beter van alles op de hoogte zijn, flexibeler kunnen inspelen op dringende noden, zich sneller vereenzelvigen met de identiteit van het team en minder snel geneigd zijn om te vertrekken. Het is mogelijk om het werk draaglijk te houden door de zware lopende cliëntdossiers af te wisselen met minder zware opstartende dossiers.
- De **projectcoördinator** dient **sowieso voltijds tewerkgesteld** te zijn om het team op een goede manier te kunnen aansturen.
- De mobiele 2B-teams hanteren een caseload van 18 zorggebruikers per VTE. De doelgroep van de aanklampende teams is echter complexer dan deze van de mobiele 2B-teams en vraagt om diverse redenen om een lagere caseload. Zo duurt het veel langer om contact te maken met en het vertrouwen te winnen van zorgmijders. Bovendien loopt de duur van een contactmoment snel op wanneer een hulpverlener met de zorggebruiker mee ergens naartoe gaat. Een **caseload van 15:1** lijkt daarom meer aangewezen om tegemoet te komen aan de complexe noden van de doelgroep.

1.5 De nodige kennis en vaardigheden verwerven

- Bemoeizorg is een benaderingswijze die nog maar recent in de GGZ in Vlaanderen wordt toegepast. Deze benaderingswijze wordt wel al langer toegepast door straathoekwerkers, sociale diensten en thuiszorgdiensten. In de GGZ is er nood aan meer vorming over deze benadering zodat ze meer systematisch kan worden ingezet en de effectiviteit onderzocht kan worden. In Nederland is dit al langer een verworven methodiek (Van Veldhuizen, 2007). **De aanklampende teams kunnen hier zelf een bijdrage leveren door vorming te geven over bemoeizorg aan geïnteresseerden binnen het GGZ-netwerk.** Op deze manier geraken zorgpartners meer vertrouwd met deze nieuwe manier van werken.

Interessante boeken voor beginnende bemoeizorgers zijn:

- “Bemoeizorg: eenvoudige tips voor moeilijke zorg voor iedereen die werkt met mensen met een chronische psychiatrische stoornis” van Tielens en Verster (2010).
- “Reach out! Praktijkboek voor outreachend werken” van Beelen, Grymonprez en Mathijssen (2014).
- Voor beginnende projecten is het leerrijk om een **studiebezoek** te brengen aan: (1) een van de Vlaamse aanklampende teams die sinds januari 2018 actief zijn en/of (2) een van de Nederlandse bemoeizorgteams die al jaren actief zijn. Hoewel de Nederlandse bemoeizorgteams helemaal anders werken, kan een bezoek inspirerend zijn omdat zij over veel expertise beschikken.
- Hulpverleners hebben **nood aan meer scholing over het gedeeld beroepsgeheim**. Het komt geregeld voor dat hulpverleners voor de opstart van de begeleiding informatie inwinnen over de cliënten buiten diens medeweten om vervolgens contact te kunnen maken. Het is voor veel hulpverleners echter onduidelijk in welke mate dit opportuun is. Het gebrek aan kennis over het gedeeld beroepsgeheim maakt hulpverleners onzeker en staat een goede samenwerking met andere partners in de weg. Punt 9 gaat hier dieper op in.

- Bijna alle cliënten waarmee de aanklappende teams in contact komen zijn op één of meerdere vlakken beslissingsonbekwaam wat een andere manier van aanpak vereist. Een goede **vorming en/of ondersteuning over de inschatting en de implicaties van beslissingsbekwaamheid** bij cliënten is daarom aan te bevelen.
- **Belangrijke andere onderwerpen om vorming rond te volgen** zijn: hoarding (verzamelwoede), motiverende gespreksvoering, omgaan met overlast, suïcidepreventie, agressiebeheersing, middelenafhankelijkheid, psychose, steunend relationeel handelen, herstelondersteunende zorg en sociaal emotioneel functioneren (opleiding van het VAPH). De teamleden moeten geen expert zijn m.b.t. deze onderwerpen, maar hierover wel voldoende kennis hebben.

Wat hoarding betreft worden recent heel wat vormingen in Vlaanderen georganiseerd. Meer informatie over de problematiek is ook te vinden op volgende link:

<https://www.woonwoord.be/Alle-nummers/Woonwoord-50-herfst-2019/Inzicht-in-hoarding-of-dwangmatige-verzamelwoede>

2 Uitvoeringsfase

2.1 Zorggebruikers begeleiden

2.1.1 Aanmeldingsprocedure en intake

- Aanmeldingen gebeuren door de sociale woonpartners waarmee het aanklappend team een samenwerkingsovereenkomst afsloot. Wanneer een aangemelde **cliënt toch niet aan de inclusiecriteria voldoet** maar tot de doelgroep van een andere voorziening behoort, doet het team een **gepaste verwijzing**.
- Soms wordt het **pas na enkele huisbezoeken duidelijk dat de cliënt niet tot de doelgroep** van het aanklappend team **behoort**. In dat geval rondt het team de begeleiding af, formuleert een advies voor alternatieve zorg en doet een gepaste verwijzing. Wanneer het team vaststelt dat er al veel zorgpartners betrokken zijn (en de cliënt dus geen zorgmijder is), kan het aangewezen zijn om voorafgaand aan de afronding van de begeleiding de betrokken partners te stimuleren om onderling een multidisciplinair zorgoverleg te organiseren zodat de zorg beter op elkaar wordt afgestemd.
- **Zorgwekkende zorgmijders van buitenlandse afkomst** verdienen bijzondere aandacht. Ernstige psychische problemen doen zich ook in deze populatie voor terwijl zij moeilijk bereikt worden door de GGZ. Ook de pilootprojecten bereikten deze groep slechts in heel beperkte mate. Extra inspanningen zijn nodig om ervoor te zorgen dat deze groep wordt aangemeld bij de aanklappende teams. Door meer mensen met een migratieachtergrond in de zorg tewerk te stellen, wordt deze doelgroep mogelijk beter bereikt.

2.1.2 Het bemoeizorgproces

- Het bemoeizorgproces bestaat uit zeven stappen die niet serieel maar eerder parallel en dynamisch worden doorlopen.

Zeven stappen:

- Voorbereiden en info inwinnen:
 - Case finding door sociale woonpartners.
 - Relevante informatie verzamelen via de sociale dienst van de woonpartners.
 - Cliënt vooraf inlichten over de aanmelding bij het aanlampend team.
- Contact maken en vertrouwen winnen:
 - Voorzichtig contact maken door langs te gaan, te mailen, te bellen, oogcontact te maken, een praatje te maken, bij de huurder langs te gaan, etc.
 - Cliënt positief laten reageren op kleine praktische handreikingen en/of het voorstel voor begeleiding.
- Situatie inschatten:
 - De ernst en de aard van de problemen inventariseren en inschatten.
 - Beslissingsbekwaamheid inschatten.
 - Sociaal netwerk in kaart brengen.
 - Nagaan wat kan werken en wat niet.
- Incidenteel problemen oplossen:
 - Hulpvraag formuleren.
 - De cliënt steunen.
 - Als onderhandelaar optreden.
 - Kleine eenvoudige successen halen.
- Contacttrouw realiseren:
 - Tijd besteden aan het uitbouwen van een relatie.
 - Presentie en krachtgericht werken: laagdrempelig, persoonsgericht met aandacht voor krachten.
 - Assertief en aanlampend werken.
 - Eenmalige contacten ombuigen naar wekelijkse bezoeken.
 - Kleine doelen met de cliënt formuleren.
 - Sociaal netwerk inventariseren.
- Planmatig werken:
 - Aan de hand van een prioriteitenlijst stap voor stap de belangrijkste zaken aanpakken.
 - Werken aan problemen op verschillende levensgebieden.
 - Naar manieren zoeken om de cliënt zelf de problemen te laten aanpakken.
 - Het sociale netwerk van de cliënt betrekken als de cliënt zelf niet in staat is om de problemen aan te pakken.
- Werkrelatie evalueren en beëindigen:
 - Nagaan welke doelen behaald zijn en welke problemen opgelost zijn.
 - Bepalen of het contact afgesloten kan worden.
 - De begeleiding afronden wanneer de situatie stabiel is.
 - Een warme overdracht naar een andere voorziening bewerkstellen.
 - Het einde van de bemoeizorg benoemen.
 - De deur op een kier houden.
 - De begeleiding terug opstarten wanneer de overdracht niet lukt of problemen weer opduiken.

2.1.2.1 *Aan het begin van de begeleiding*

- Het aanklampend team **wint vooraf informatie in over de cliënt** zodat het op een goede manier contact kan maken met de cliënt. Dit houdt in dat de sociale woonpartner die de aanmelding deed zoveel mogelijk informatie over de cliënt met het aanklampend team deelt.
- Het is een meerwaarde wanneer hulpverleners van het aanklampend team zeker **in het begin per twee bij de cliënt langsgaan**. Zo kunnen ze elkaar collegiaal steunen en van gedachten wisselen om tot een betere inschatting van de situatie te komen. De twee hulpverleners merken tijdens een huisbezoek verschillende zaken op en kunnen dan de puzzelstukjes samenleggen.
- **Wanneer de zorgwaarde zeer hoog is en/of er een risico op gevaar bestaat, kan het aangevoelen zijn om de begeleiding per twee verder te zetten**. Op deze manier wordt de cliënt-begeleiding door twee paar schouders gedragen wat in moeilijke situaties verlichtend werkt.
- Een **aanklampende aanpak** is vaak noodzakelijk **om contact te maken met de cliënt**. Bij zorgmijders is er in het begin dikwijls weerstand om hulpverleners toe te laten. Een volhardende aanpak waarbij de hulpverlener op regelmatige basis blijft langsgaan, belt, mailt of een briefje achterlaat vraagt tijd maar helpt om deze weerstand te doorbreken en uiteindelijk toegang te vinden. Wanneer de deur toch gesloten blijft, kan het nodig zijn om via een persoon uit het professionele of informele netwerk van de cliënt contact te maken.
- In de beginfase van het begeleidingstraject brengt het aanklampend team **de zorgbehoeftes, de kwaliteiten, de krachten en de wensen** van de cliënt tot op zekere hoogte in kaart. Assessment instrumenten zoals de HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) (Mulder et al., 2004), de Zelfredzaamheid-Matrix (Lauriks et al., 2017) en de MANSA (Manchester verkorte kwaliteit van leven meting) (Van Nieuwenhuizen et al., 2000) kunnen helpen om op systematische wijze cliëntgegevens te verzamelen. Het is uiteraard niet de bedoeling dat de cliënten deze vragenlijsten zelf invullen. De hulpverlener vult zelf het assessment instrument in op basis van de informatie die hij tijdens de huisbezoeken verzamelt. Het aanklampend team stelt vervolgens een **persoonlijk ondersteuningsprofiel op** dat per levensgebied de zorgdoelen en de nodige interventies beschrijft. Het opstellen van het profiel vraagt tijd en komt geleidelijk tot stand. Het profiel wordt ook geregeld opnieuw bekeken en bijgewerkt op basis van de meest recente ontwikkelingen.

2.1.2.2 *Verderop in de begeleiding*

- Hulpverleners gaan **creatief om met het outreachend werken**. Contacten kunnen in de woning maar evengoed in de ruimere leefomgeving van de cliënt plaatsvinden (de bib, het park, het OCMW, etc.).
- Hulpverleners hebben op geregelde basis **fysiek contact** met de cliënt. Het is daarbij aangevoelen om de contactfrequentie af te stemmen **op maat van de cliënt**. Het heeft geen zin om frequent bij een cliënt langs te gaan wanneer dit niet nodig is en/of niet de wens van de cliënt is. De cliënt te intensief begeleiden kan bovendien zijn afhankelijkheid vergroten en ervoor zorgen dat de cliënt nadien moeite ervaart om op zelfstandige wijze problemen aan te pakken. Waar nodig nemen hulpverleners **via een ander kanaal** contact met de cliënt om de zorg op een goede manier te kunnen opvolgen (mail, telefoon of sms).

- **Het aanklampend team verstrekt tijdens de begeleiding hulp op diverse levensgebieden** (administratie in orde brengen, opruimen, poetsen, etc.) omdat het toe leiden naar zorg meestal niet meteen mogelijk is. Samen met de cliënt praktische problemen aanpakken helpt bovendien om een vertrouwensband met hem op te bouwen en de cliënt te overtuigen om zo nodig ook hulp van andere diensten toe te laten.
- Het aanklampend team krijgt soms te maken met onveilige situaties, bijvoorbeeld wanneer een cliënt geagiteerd is omwille van een dreigende uithuiszetting, onder invloed is van middelen, een agressieprobleem heeft of een psychose doormaakt. Wanneer de **veiligheid van de hulpverlener niet gegarandeerd kan worden, is het aangewezen om de contactmomenten met de cliënt in de zorgvoorziening te laten doorgaan.**
- Het kan een optie zijn om **in de loop van de begeleiding samen met de sociale woonpartner bij de cliënt op huisbezoek te gaan.** De woonpartner kan dan zelf zijn verwachtingen m.b.t. wonen aan de cliënt verduidelijken. Het is goed dat de hulpverlener deze boodschap niet zelf moet overbrengen. Door met twee op huisbezoek te gaan is het voor de cliënt ook duidelijk dat er twee verschillende diensten in het spel zijn die elk hun verwachtingen hebben.
- De **hulpverlener** treedt indien nodig op **als bemiddelaar tussen de sociale woonpartner en de cliënt.** De klachten m.b.t. wonen zijn vaak het gevolg van een miscommunicatie tussen beide partijen (misinterpretaties, onbeantwoorde telefoons of mails, niet aanwezig zijn tijdens controlebezoeken, etc.). Huisvesters begrijpen hun cliënt niet altijd goed en zijn zich vaak niet bewust van de problemen die aan de basis liggen van de woonoverlast. Omgekeerd staan cliënten soms onvoldoende stil bij de regels waaraan ze zich te houden hebben. Door de rol van bemiddelaar op te nemen is het soms mogelijk om bij de cliënt en de woonpartner wederzijds begrip te installeren en contactbreuken te herstellen.
- De hulpverlener neemt tijdens het aanklampend werken de rol van **casemanager** op zich: hij tracht zicht te krijgen op alle betrokken partijen en zorgt voor een goede afstemming door frequent contact te nemen met mensen uit het netwerk van de cliënt (via mail, telefoon of fysiek contact) en door **op geregelde tijdstippen een multidisciplinair overleg** met alle betrokkenen te regelen. Een dergelijk overleg is noodzakelijk om de zorgdoelen op elkaar af te stemmen en onderling tot goede afspraken te komen. Het is aangewezen om het multidisciplinair overleg zoveel mogelijk samen met de cliënt te organiseren.
- **Het betrekken van de informele context van de cliënt** (familieleden of andere naasten) is aan te bevelen wanneer de cliënt hiervoor de toestemming geeft. Vaak is het ook nodig om te investeren in het herstellen van relaties met de informele context. Wanneer de cliënt hier geen toestemming voor geeft, is het aangewezen om zijn voorkeuren te respecteren.
- Wanneer de cliënt **een huisarts** heeft, is dit **een belangrijke partner om te betrekken.** De huisarts beschikt namelijk over relevante informatie m.b.t. de fysieke en psychische gezondheid van de cliënt. Als de cliënt geen vaste huisarts heeft, wordt deze best aangemoedigd en/of actief ondersteund om een huisarts te zoeken.
- Tijdens de begeleiding zet het aanklampend team in op **het bieden van herstelondersteunende zorg, het toeleiden naar zorg en het coachen van zorgpartners** die de zorg voor de cliënt verder zullen opnemen. Deze laatste opdracht is belangrijk zodat het team zich zo snel mogelijk overbodig kan maken en een volgend cliëntdossier kan opstarten.

2.1.3 Toeleiding van cliënten naar zorg

- Het aanklappend team **leidt cliënten toe naar** de nodige zorg door **psychologische hulp** in te schakelen om psychiatrische problemen aan te pakken **en/of reguliere zorg** te installeren om problemen van medische, praktische en sociale aard aan te pakken. Punt 8 maakt melding van relevante partners die ingeschakeld kunnen worden.
- Om de **doorstroom naar voorzieningen** te **versnellen** kan het aangewezen zijn om goede afspraken te maken met de zorgpartners waarnaar frequent wordt toegeleid (bv. de mobiele teams, de verslavingszorg, etc.) zodat het assessment niet opnieuw hoeft te gebeuren en er tijd gewonnen wordt.
- **Wanneer een cliënt een gevaar vormt voor zichzelf of anderen is een opname in een residentiële voorziening aangewezen.** Het aanklappend team probeert de cliënt in eerste instantie te overtuigen om vrijwillig in opname te gaan. Wanneer een gedwongen opname toch aan de orde is, blijft de hulpverlener zoveel mogelijk betrokken om de continuïteit van zorg te garanderen.

2.1.4 Zorgcontinuïteit bij afronding of onderbreking van de begeleiding

- Het aanklappend team start met het **afronden** van de hulp **van zodra de cliënt voldoende stabiel en zelfredzaam is en/of de toeleiding naar zorg een feit is.** Een heraanmelding in de toekomst – wanneer er opnieuw problemen opduiken – behoort tot de realiteit. Het gaat immers om een doelgroep met blijvende beperkingen in het psychosociaal functioneren.
- **Na afronding van de begeleiding** is het aangewezen om enige tijd **contact te houden met de cliënt**, omdat de kans op herval bij deze doelgroep groot is. Het is eveneens noodzakelijk om een tijd mee te lopen met **de partners die de vervolgzorg opnemen** zodat er garantie is op een warme overdracht.
- Wanneer **zorgpartners weinig vertrouwd zijn met mensen met ernstige psychische problemen** is het raadzaam om hen waar nodig te coachen. Het komt namelijk voor dat voorzieningen hun dienstverlening na een poos stopzetten omdat het huis van de cliënt er te verwaarloosd bijligt of omdat hun medewerker een aantal keer voor een gesloten stond. Door hen uit te leggen wat de gevoeligheden van de cliënt zijn en hen enkele handvatten aan te reiken over hoe hiermee om te gaan, verkleint de kans dat een voorziening de dienstverlening stopzet.
- Bij afronding van de begeleiding wordt **de coördinatie van de zorg overgedragen aan een andere partner uit het formele netwerk.** Dit is bij voorkeur een partner die vaak contact heeft met de cliënt en dus goed geplaatst is om veranderingen op te merken: bijvoorbeeld de huisarts, iemand van gezinshulp of een team voor langdurige zorg.
- **Wanneer de cliënt op een wachtlijst staat voor zorg** is het aangewezen dat het aanklappend team **overbruggingshulp** aanbiedt. De hulpverlener houdt contact maar beperkt de contactfrequentie.
- **Wanneer een cliënt tijdelijk wordt opgenomen in een residentiële voorziening,** houdt de hulpverlener contact door te bellen of een keer op bezoek te gaan zodat de cliënt niet het gevoel krijgt dat het aanklappend team hem laat vallen. Het kan tevens een meerwaarde zijn om deel te nemen aan de teambespreking van de residentiële voorziening en samen een plan van

aanpak uit te werken. Het aanklappend team kan immers veel relevante informatie m.b.t. de cliënt delen zodat de residentiële voorziening een goed begeleidingsplan kan opstellen

- Wanneer een cliënt tijdens het begeleidingstraject (al dan niet ten gevolge van een uithuiszetting) naar de **private huurmarkt verhuist**, is het wenselijk dat het aanklappend team de begeleiding tijdelijk verderzet om de zorgcontinuïteit niet in het gedrang te brengen.

2.2 Samenwerken met anderen

2.2.1 Samenwerken in teamverband

- Het is aangewezen om een **wekelijks teamoverleg te combineren met een of meerdere korte briefings** om de voortgang van de cliënten met alle hulpverleners te bespreken. Op deze manier ontstaat er een grotere gedragenheid van de cliëntdossiers en kunnen belangrijke beslissingen met het hele team genomen worden. Het cliënteel bestaat immers uit zeer zware casussen die vaak als uitbehandeld worden beschouwd. Uitwisseling over de manier van aanpak is een van de basisfundamenten van het aanklappend team. Het is uiteraard belangrijk om te kijken of deze extra briefings haalbaar en nodig zijn.

Korte briefing

- Een briefing vindt één à twee keer per week plaats en is beperkt in de tijd (30 à 60 minuten). Het overlegmoment kan gebruikt worden om volgende cliënten kort te bespreken:
 - Cliënten die pas zijn ingestroomd: verloop eerste kennismaking, aanmeldingsproblematiek, eerste vermoeden van de psychische problematiek en verduidelijking vraag sociale woonpartner.
 - Cliënten met een dringende nood: er is nood aan een dringende actie om een crisis te voorkomen, het contact met de begeleider en het team loopt moeilijk, er is nood aan een (gedwongen) opname of er is risico op gevaar.
- De begeleider laat aan de coördinator weten of een van zijn cliënten tijdens de briefing besproken moet worden.
- Niet alle teamleden hoeven aanwezig te zijn op de briefings – enkel diegenen die op die dagen werken.
- Via een applicatie om te videobellen is het mogelijk om op efficiënte wijze een briefing te organiseren zonder dat hulpverleners eerst naar de zorgvoorziening hoeven te komen. Het overleg kan aan het begin van de dag ingepland worden vooraleer de teamleden de baan op gaan.

Teambespreking

- Een teambespreking vindt één keer per week plaats en duurt 1,5 à 2 uur.
- Tijdens dit overleg worden alle cliënten die in begeleiding zijn overlopen aan de hand van de doelen en interventies zoals geformuleerd in het begeleidingsplan.
- Idealiter zijn alle teamleden op de bespreking aanwezig en vindt het overleg fysiek en niet online plaats.

- Gebruik maken van een **digitaal planbord** is handig om alle begeleidingen in teamverband op efficiënte wijze op te volgen. Het planbord is te beschouwen als een online Excel bestand dat in één oogopslag een overzicht geeft van alle begeleidingen die lopend, in afwachting, afgerond of niet weerhouden zijn. Alle hulpverleners kunnen in real time aanpassingen aanbrengen in dit document zodat de gegevens m.b.t. de cliënt up-to-date blijven en makkelijk gedeeld kunnen worden.
- Wanneer een team veel halftijdse medewerkers telt, is het **niet** altijd **mogelijk om meer dan wekelijks te overleggen** – iedereen heeft immers andere werkuren. In dat geval kan het handig zijn om een **Whatsapp groepje** te maken zodat de teamleden nauw met elkaar in contact staan. Er kan dan snel even gewhatsapt worden om met anderen van gedachten te wisselen, te ventileren of om te vragen of iemand beschikbaar is voor een telefonisch overleg.
- Het kan zinvol zijn om **enkele keren per jaar** (bv. maandelijks of tweemaandelijks) een **zorginhoudelijk teamoverleg** in te plannen om de manier van werken tegen het licht te houden, bepaalde thema's inhoudelijk uit te diepen, terug te koppelen over vormingen en opleidingen en ruimte te maken voor intervisie.
- **Bij de opstart** van de werking kan het nodig zijn om een dergelijk zorginhoudelijk teamoverleg **frequenter** te laten plaatsvinden zodat hulpverleners elkaar beter leren kennen en er een consistente manier van werken geïnstalleerd kan worden.
- Wanneer **het aanklappend team actief is in een uitgestrekte regio** en hulpverleners zich voor de huisbezoeken ver dienen te verplaatsen, is een **efficiënte verdeling van cliënten onder de teamleden** en een **efficiënte planning van de huisbezoeken** aan de orde om de verplaatsings-tijd zo beperkt mogelijk te houden. Cliënten die in eenzelfde buurt wonen, worden in de mate van het mogelijke door dezelfde hulpverlener begeleid en achtereenvolgend bezocht. Wanneer hulpverleners halftijds in een ander outreachend team werkzaam zijn (bv. een mobiel team), is het zelfs een optie om de huisbezoeken van beide opdrachtgevers volgens regio te bundelen.
- Het is aangewezen om met het team **geregeld intervisiemomenten** te **organiseren** om complexe problemen en algemene thema's te bespreken. Wanneer er andere werkingen in de regio actief zijn met een gelijkaardig aanbod (bv. mobiele teams, PWB van het CAW, etc.) kan het interessant zijn om een gezamenlijk intervisiemoment te organiseren binnen een lerend netwerk.

2.2.2 Samenwerken met sociale woonpartners

- Het aanklappend team werkt samen met **sociale woonpartners die nood hebben aan bemoeizorg en bereid zijn om mee hun schouders te zetten onder de uitwerking van een aanklappend zorgaanbod**. Het kan interessant zijn om vooraf bij de sociale woonpartners uit de regio te peilen naar hun nood en bereidheid om vervolgens een samenwerking uit te bouwen met de meest gedreven woonpartners.
- Het aanklappend team werkt samen met **sociale woonpartners die een meerkansenbeleid voeren** (streng maar sociaal). Dit is een belangrijke basis om te kunnen samenwerken.
- Het aanklappend team en de sociale woonpartners stellen samen een **engagementsverklaring** op dat de sociale woonpartners dienen te ondertekenen en waarin volgende zaken zijn opgenomen:

- De rolverdeling. Beide partijen streven andere doelen na wat voor spanningen kan zorgen. Woonpartners bewaken de leefbaarheid in de sociale woningen terwijl het aanklampend team de cliënt helpt bij het aanpakken van zijn problemen. Het expliciet benoemen van deze rolverdeling neemt de spanning weg en kan leiden tot wederzijdse afstemming om de doelen te bereiken.
 - De gemeenschappelijke doelstellingen.
 - Welke taken wel en niet tot het takenpakket van het aanklampend team en de sociale woonpartners behoren.
 - De wettelijke samenwerking.
 - Hoe omgaan met het beroepsgeheim. Tussen beide partners geldt er een voorwaardelijk gedeeld beroepsgeheim. De sociale woonpartners hebben een discretieplicht en geen beroepsgeheim en delen daarom zoveel mogelijk informatie over de cliënt met het aanklampend team. Het aanklampend team heeft zich te houden aan het beroepsgeheim.
 - Wanneer de sociale woonpartner kan overgaan tot uithuiszetting. Een psychische kwetsbaarheid is op zich geen geldige reden om iemand uit huis te zetten.
- **De sociale woonpartners** waarmee het aanklampend team samenwerkt **engageren zich in voldoende mate** zodat de psychiatrische problemen al dan niet in combinatie met de woonproblemen op een gedragen manier aangepakt kunnen worden. Volgende zaken kunnen het engagement van de sociale woonpartners bevorderen:
 - **Vooraf voldoende overleggen** om de wijze van samenwerking te concretiseren.
 - **Na opstart** van het pilootproject **regelmatig ad hoc overleggen** om de wijze van samenwerking tegen het licht te houden en waar nodig bij te sturen.
 - Eens de violen gestemd zijn, is een **structureel overleg** met de woonpartners nuttig om nieuwe aanmeldingen en lopende begeleidingen te bespreken zodat er kort op de bal gespeeld kan worden. Deze overlegmomenten zijn tevens te beschouwen als een vorm van coaching waarbij sociale woonpartners gaandeweg leren om op een constructieve manier met deze doelgroep te werken.
 - Het kan zinvol zijn om **alle sociale woonpartners** waarmee het aanklampend team samenwerkt één of twee keer per jaar **samen rond de tafel** te brengen om ervaringen uit te wisselen en de samenwerking met het aanklampend team te bespreken. Een dergelijk overleg kan helpen om onrealistische verwachtingen van bepaalde woonpartners te temperen.
 - Het kan nuttig zijn om in het begin van de samenwerking **een vorming** voor de woonpartners te **organiseren** over het herkennen van psychische problemen. Het organiseren van meerdere vormingen doorheen het samenwerkingstraject valt te overwegen wanneer de sociale woonpartners hier vragende partij voor zijn.
 - Het is aangewezen dat de sociale woonpartners een **vast aanspreekpunt** hebben **binnen het aanklampend team** (de coördinator) zodat ze meteen weten bij wie ze terecht kunnen met vragen of problemen en snel antwoord krijgen.
 - Het moet voor de sociale woonpartners duidelijk zijn **welke cliënten tot de doelgroep van het aanklampend team behoren**. Vaak volstaat het niet om de inclusiecriteria in een folder op te lijsten en/of hierover eenmalig te communiceren. Zeker in de beginperiode is het aangewezen om tijdens de structurele overlegmomenten frequent terug te koppelen over welke cliënten

wel en niet in aanmerking komen voor aanklampende zorg zodat dit voor de woonpartners duidelijk wordt. Het opstellen van een beslisboom (zie punt 1) kan helpend zijn.

- Sociale woonpartners dienen **voldoende contact te hebben met hun huurders om problemen te kunnen detecteren**. Sociale woonpartners die weinig contact hebben met hun huurders zijn daarom minder geschikt om als prioritaire aanmelder te betrekken.
- Het is aan de sociale woonpartners om **problemen tijdig te herkennen** zodat het aanmelden van cliënten tijdig gebeurt en een uithuiszetting vermeden wordt.
- Naast overlast dienen sociale woonpartners **oog te hebben voor onderlast**. Onderlast verwijst naar huurders die zich in een klinische situatie bevinden, zich volledig afzonderen, een hele dag in bed liggen en geen hulp zoeken. Hoewel deze huurders niet meteen opvallen doordat ze geen overlast veroorzaken, is het belangrijk dat ook zij hulp krijgen.
- Wanneer aanmeldingen van cliënten uitblijven, dienen **woonpartners actief aangespoord** te worden **om potentiële cliënten aan te melden**. Wanneer de aanmeldingen stilvallen doordat alle zorgmijdende sociale huurders met ernstige psychische problemen al in begeleiding zijn, kan er uitgekeken worden naar nieuwe sociale woonpartners om te betrekken.
- **Andere actoren zijn soms beter op de hoogte van de problematische leefsituatie van personen met ernstige psychische problemen die sociaal huren en zorg mijden** (de OCMW, de wijkagent, de dienst samenlevingsopbouw). Door hen ook cliënten te laten aanmelden is het mogelijk om te voorkomen dat problematische zorgmijders onder de radar blijven. Bovendien zijn er ook zorgmijders met ernstige psychische problemen die niet sociaal huren.
- Wanneer er sprake is van woonoverlast kan het wenselijk zijn dat **de sociale woonpartner** tijdens de begeleiding **mee op huisbezoek** gaat met het aanklampend team. De woonpartner kan dan zelf zijn verwachtingen m.b.t. wonen aan de cliënt verduidelijken. **De sociale woonpartner dient** echter **over voldoende personeelscapaciteit** te beschikken om deze gezamenlijke huisbezoeken mogelijk te maken.
- Het is belangrijk dat **de sociale woonpartners goed weten wat aanklampende zorg inhoudt en beoogt** zodat er geen verkeerde verwachtingen ontstaan. De samenwerking houdt in dat de woonpartner boven de huurder staat en de hulpverlener naast de huurder. Het aanklampend team handelt dus in de eerste plaats in functie van de noden van de cliënt en dit komt niet altijd overeen met de vraag van de sociale woonpartner.
- **Het is noodzakelijk dat sociale woonpartners zich inschikkelijk opstellen** ten aanzien van de cliënt en het aanklampend team. Het is onrealistisch om te verwachten dat de woonoverlast van huurders meteen zal verdwijnen. Het aanklampend team dient eerst contact te maken met de cliënt, een vertrouwensband met hem op te bouwen en meestal nog andere problemen aan te pakken, alvorens te kunnen overgaan tot het aanpakken van de woonproblemen. Het is daarom zaak dat sociale woonpartners het aanklampend team de nodige beweegruimte geven en de verwachting om snel resultaat te zien aan de kant schuiven.

2.2.3 Samenwerken met de preventieve woonbegeleiding van het CAW

- **Het opzetten van een nauwe samenwerking** met de preventieve woonbegeleiding van het CAW is **noodzakelijk en vraagt tijd**. Een minimale afstemming over volgende zaken is vereist:
 - Hoe verhoudt het **aanbod** van het aanklampend team zich ten opzichte van het aanbod van de PWB van het CAW?
 - **Welke cliënten** neemt het aanklampend team voor zijn rekening en welke cliënten begeleidt de PWB van het CAW?
 - Hoe zijn de **taken** tussen beide diensten **verdeeld** wanneer een cliënt een multiproblematiek heeft (er is sprake van woon-, sociale en psychische problemen) en in principe tot de doelgroep van beide diensten behoort?
 - Op welke wijze wordt **cliëntinformatie** tussen beide diensten **gedeeld** zodat de manier van werken strookt met de voorwaarden over het gedeeld beroepsgeheim.
- Het is belangrijk dat **de anmeldende partners** (de sociale diensten van de woonpartners) **het onderscheid kennen tussen de doelgroep en het aanbod van het aanklampend team en de PWB van het CAW**, zodat ze cliënten bij de juiste instantie kunnen aanmelden. Het uitwerken van een beslisboom voor de woonpartners kan hierbij helpen. Het is aangewezen om de beslisboom in samenwerking met de PWB van het CAW (en eventueel andere outreachende partners met een vergelijkbaar aanbod) op te stellen. De aanwezigheid van psychische problemen vormt de spil van de beslisboom:
 - Wanneer de problemen verband houden met een psychische kwetsbaarheid behoort de cliënt tot de doelgroep van het aanklampend team.
 - Wanneer er enkel sprake is van sociale problemen die geen verband houden met een psychische kwetsbaarheid, behoort de cliënt tot de doelgroep van de PWB van het CAW of een andere eerstelijnsdienst zoals het OCMW.
- Het is echter niet de bedoeling dat de PWB, het aanklampend team en de andere partners met een gelijkaardig zorgaanbod op een starre manier te werk gaan. Elke outreachende dienst beschikt in se over dezelfde generieke basiscompetenties die nodig zijn om contact te kunnen maken met cliënten die moeilijker te bereiken zijn. Het is belangrijk dat de doelgroep van elke zorgpartner niet te eng wordt afgebakend, maar **dat iedere partner binnen eenzelfde netwerk zijn verantwoordelijkheid opneemt om ervoor te zorgen dat er geen cliënten tussen de mazen van het net vallen**.
- Het is een optie om de **triage door één orgaan** te laten gebeuren. Zo hoeft de woonpartner niet te bepalen bij welke zorgpartner een cliënt het best wordt aangemeld (aanklampend team of PWB) en moet het aanklampend team zelf geen tijd investeren in het uitzoeken tot wiens doelgroep een aangemelde cliënt behoort.
- **Voor cliënten met een multiproblematiek** (er is sprake van woon-, sociale en psychische problemen) **kan er op verschillende manieren met de PWB van het CAW worden samengewerkt**:
 - **Beide diensten volgen de cliënt in duo op**. De PWB is daarbij verantwoordelijk voor het aanpakken van urgente sociale en woonproblemen, terwijl het aanklampend team op de psychische problemen focust. Op deze manier wordt de expertise van de twee partners gebundeld zonder in mekaar vaarwater te zitten. Duo-begeleidingen houden in dat beide partners afzonderlijk bij de cliënt op huisbezoek gaan en onderling (telefonisch of via mail)

in nauw contact staan met elkaar zodat ze op complementaire wijze de cliënt kunnen opvolgen. De PWB dient echter over voldoende capaciteit te beschikken om dergelijke duo-begeleidingen te kunnen opnemen.

- **Het aanklappend team neemt de begeleiding volledig alleen op** en focust initieel op de sociale en woonproblemen. Dit kan een dankbare insteek zijn om de indicatie-instelling te doen en een vertrouwensband op te bouwen. Vaak zijn psychische problemen om diverse redenen in het begin nog niet bespreekbaar (geen ziekte-inzicht, schaamte, ontkenning, andere invulling van de problematiek). Het aanpakken van de sociale en woonproblemen biedt opening om in een vervolgfase de psychische kwetsbaarheid aan te raken. Tijdens het aanpakken van de sociale problemen kan de hulpverlener met zijn GGZ-bril een aantal verdiepende vragen stellen om te achterhalen waarom de cliënt er zelf niet in slaagt om orde op zaken te stellen.
- **De PWB van het CAW en het aanklappend team volgen elkaar op in de tijd.** De PWB start de begeleiding op om de dringende woonproblemen aan te pakken. Het aanklappend team wordt nadien ingeroepen om de psychische kwetsbaarheid aan te pakken. De twee diensten werken los van elkaar en volgens een andere aanpak. De PWB werkt dwingend, terwijl het aanklappend team herstelondersteunend werkt en zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de cliënt.
- Het is aangewezen dat het aanklappend team en de PWB regelmatig met elkaar overleggen om de samenwerking te evalueren en bij te sturen, ervaringen en expertise uit te wisselen en de lopende duo-begeleidingen op te volgen.

Succesfactoren voor een goede intersectorale samenwerking zijn (Hermans, 2016):

- Gemeenschappelijke doelen definiëren die terug te vinden zijn in de samenwerkingsverklaring die door alle partners ondertekend wordt.
- Expliciteren waaruit ieders bijdrage aan de doelen bestaat.
- Gelijkwaardigheid tussen partners en disciplines als basishouding.
- Een vast aanspreekfiguur bij alle partners met een mandaat.
- Duidelijke afspraken en communicatie via gemeenschappelijke overlegmomenten.
- Wederzijds vertrouwen door regelmatig overleg en contact.

2.2.4 Samenwerken met andere intersectorale zorgpartners

- Het aanklappend team werkt **op casusniveau** samen met voorzieningen van andere sectoren. Intersectorale partners worden (waar nodig) ingeschakeld om de zorg rond een cliënt mee op te nemen en er wordt intensief met elkaar samengewerkt. Op regelmatige basis vindt er een multidisciplinair zorgoverleg plaats om de zorg op elkaar af te stemmen.
- **Belangrijke partners om op casusniveau mee samen te werken** zijn:
 - De ambulante GGZ: ambulante psychiaters, mobiele teams, CGG, psychosociale revalidatievoorzieningen, etc.
 - Voorzieningen uit het algemeen welzijnswerk: CAW en OCMW
 - De residentiële GGZ: beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ, psychiatrische verzorgingstehuizen, psychosociale revalidatievoorzieningen, etc.

- Diensten voor praktische ondersteuning: gezinszorg, poetshulp, thuisverpleging, klusjesdienst, gespecialiseerde schoonmaakbedrijven, etc.
 - Diensten vrijetijd en ontmoeting
 - Bewindvoerders
 - Verslavingszorg
 - Voorzieningen van het VAPH
 - Ouderenzorg: serviceflats, woonzorgcentra, etc.
 - Diensten ondersteuning voor (vrijwilligers-)werk: VDAB, werkwinkels, GTB, arbeidszorgcentra of arbeidsbemiddeling van OCMW, etc.
 - Medische zorg: huisarts, ziekenhuis, gespecialiseerde medische zorg, tandarts, etc.
 - De jeugdhulp: opvoedkundige ondersteuning, de jeugdrechtbank, de Jeugdrechtbank, pleegzorg, etc.
 - Andere voorzieningen waaronder: mutualiteiten, burenbemiddeling, schuldbemiddeling, notaris, vrijwilligerswerk, een activiteitencentrum, daklozenopvang, transgender-info-punt, volwassenonderwijs, gevangenis, etc.
- Het is aangewezen dat zorgpartners op **complementaire wijze met elkaar samenwerken** door indien nodig elkaars expertise in te roepen en/of cliënten al dan niet tijdelijk naar elkaar door te verwijzen.
 - Het kan interessant zijn om met zorgpartners met een vergelijkbaar aanbod een **gezamenlijk aanmeldpunt** te installeren.
 - Op projectniveau wordt er **een aparte stuurgroep aanklappende zorg** opgericht waarin de belangrijkste intersectorale partners zetelen. Dit zijn: het CAW, de betrokken sociale woonpartners, het beschut wonen van waaruit het aanklappend team opereert, zorgpartners met een vergelijkbaar aanbod, de coördinator van het GGZ-netwerk en/of iemand van de stuurgroep van functie 5. De aanwezigheid van de netwerkcoördinator is een voordeel, omdat het aanklappend team dan mee is met wat er in het ruimere GGZ-netwerk gebeurt. Het is ook een goed idee dat iemand van het aanklappend team af en toe deelneemt aan de stuurgroep van functie 5 en terugkoppelt over het project. De stuurgroep komt enkele keren per jaar samen en heeft als voornaamste taak het project opvolgen en waar nodig bijsturen.
 - Het kan interessant zijn om op projectniveau **een intersectoraal casusoverleg** te organiseren met relevante partners voor de bespreking van moeilijke cases, om aan te sluiten bij een bestaand casusoverleg of om intersectorale partners sporadisch uit te nodigen voor deelname aan een interview.

2.2.5 Samenwerken met andere aanklappende teams

- De pilotprojecten richtten in het kader van hun opdracht **op Vlaams niveau een werkgroep** op om moeilijke thema's, knelpunten en vormingsmogelijkheden te bespreken, goede praktijken te delen en zo expertise rond bemoeizorg op te bouwen. **Idealiter wordt deze werkgroep in de toekomst verdergezet** en kunnen beginnende initiatieven zich hierbij aansluiten en zodoende sneller uit de startblokken schieten.

2.2.6 Rekening houden met het beroepsgeheim en de GDPR

- Tijdens de samenwerking met andere partners dient het aanklappend team rekening te houden met het **gedeeld beroepsgeheim**. Actuele informatie over het gedeeld beroepsgeheim is te vinden in de vijf thematische wegwijzers die het Instituut voor Sociaal Recht van de KU Leuven in 2018 ontwikkelde in opdracht van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De wegwijzers reiken een kader aan waarmee een sector, organisatie, verantwoordelijke, etc. de juiste richting kan bepalen in het omgaan met complexe vraagstukken over beroepsgeheim en informatiedeling.

De wegwijzers zijn te vinden op www.law.kuleuven.be/isr/beroepsgeheim en handelen over volgende thema's:

- Wegwijzer 1 – Beroepen in de grijze zone. Deze wegwijzer reikt een stappenplan aan om na te gaan wie een beroepsgeheim heeft.
- Wegwijzer 2 – Beroepsgeheim en discretieplicht. Deze wegwijzer klaart uit met welke spelregels je moet rekening houden wanneer je onderworpen bent aan een discretieplicht.
- Wegwijzer 3 – Samenwerking in de hulpverlening. Deze wegwijzer biedt een overzicht van de uitzonderingsgronden die samenwerking mogelijk maken en vestigt de aandacht op specifieke knelpunten die kunnen opduiken.
- Wegwijzer 4 – Meldrechten en meldplichten. Deze wegwijzer klaart uit welke mogelijkheden het recht biedt en of er sprake is van een meldrecht, dan wel een meldplicht.
- Wegwijzer 5 – Casusoverleg. Deze wegwijzer reikt een kader aan waarbinnen een casusoverleg kan worden georganiseerd en vestigt de aandacht op de aspecten die moeten worden uitgeklaard vooraleer je kan deelnemen aan een casusoverleg.

Een andere interessante bron over het gedeeld beroepsgeheim is:

- Liégeois A, Haekens A, Enemans M (2011). Het voorwaardelijk gedeelde beroepsgeheim bij het uitwisselen van informatie in een team of netwerk" (revisie van een ethisch advies). Tijdschrift voor psychiatrie, 53, 841-849.
- De aanklappende teams dienen **vertrouwelijk en voorzichtig om te gaan met de persoonsgegevens van de cliënten** conform de **General Data Protection Regulation (GDPR)**. Dit houdt in dat de verwerking van persoonsgegevens aan volgende zes beginselen moet voldoen (Balthazar & Raeymaekers, 2018):
 - **Rechtmatigheid, behoorlijkheid en transparantie.** Er moet een wettelijke grondslag zijn om gegevens te mogen verwerken.
 - **Doelbinding.** De gegevens mogen in principe enkel verwerkt worden voor het doel waarvoor ze werden ingezameld.
 - **Minimale gegevensverwerking.** De verwerking van gegevens beperkt zich tot datgene wat noodzakelijk is om het hoofddoeleinde van de verwerking te bereiken.
 - **Juistheid.** De gegevens moeten juist zijn en zo nodig geactualiseerd worden. Persoonsgegevens die onjuist zijn worden gewist of gerectificeerd. De correcties moeten niet alleen uitgevoerd worden indien de betrokkene dit vraagt, maar ook wanneer de verwerkingsverantwoordelijke weet dat de bestanden fouten bevatten.

- **Opslagbeperking.** Het identificeerbaar bewaren van persoonsgegevens is beperkt in de tijd. Die tijd is bepaald door het doel van de verwerking. Voor de organisatie van een eenmalig evenement kan dit dus zeer kort zijn. Voor een langdurige verzorgingsrelatie kan het levenslang zijn.
- **Integriteit en vertrouwelijkheid.** De verwerkingsverantwoordelijke moet alle nodige maatregelen nemen en laten nemen voor een optimale “data security”. Dit veronderstelt ook permante aanpassing en waakzaamheid.

Om de Vlaamse zorgvoorzieningen te helpen bij het moeilijke proces van de ‘GDPR compliancy’ werkte Zorgnet-Icuro samen met ervaren specialisten uit de sector en advocatenkantoor Dewallens & Partners in 2018 een gedragscode uit. Aan de hand van vragen en antwoorden wordt de uitvoering van de GDPR gedetailleerd en praktisch toegelicht.

Gegevensbescherming in de zorg: een praktische gids bij de GDPR. Deze publicatie is te vinden op volgende locatie: <https://core.ac.uk/reader/154951814>.

3 Evaluatiefase

- Het is aangewezen dat beginnende teams **regelmatig hun manier van werken onder de loep nemen en waar nodig bijsturen**. In het kader van het evaluatieonderzoek ontwikkelden de onderzoekers een **checklist voor zelfevaluatie** dat hierbij houvast kan bieden. Het instrument kan gebruikt worden als procesmeting om na te gaan in welke mate het team werkt volgens de onderliggende principes van het concept aanlampende zorg en maakt duidelijk wat de sterktes zijn en welke gebieden meer aandacht behoeven. De resultaten kunnen helpen bij het formuleren van concrete verbeterdoelen en het uitwerken van verbeterplannen. Het instrument is te vinden in de bijlage van het draaiboek.

Checklist voor zelfevaluatie

1 De ontwikkeling van de checklist

De checklist voor zelfevaluatie werd ontwikkeld in het kader van het evaluatieonderzoek en is gemaakt op maat van de pilootprojecten aanklappende zorg. De ontwikkeling van het instrument verliep in twee stadia.

Een eerste conceptversie van het instrument werd ontwikkeld rekening houdend met belangrijke aspecten zoals vastgelegd in de oproep van de pilootprojecten, besproken met de leden van de stuurgroep en beschreven in de literatuur. Deze versie – welke te vinden is in de bijlage van het onderzoeksrapport – werd als audit afgenomen van de pilootprojecten tijdens het evaluatieonderzoek. Deze afname is te beschouwen als een piloot om het conceptinstrument in de praktijk uit te testen. De scoring leerde de onderzoekers dat het instrument nog niet helemaal op punt stond. Sommige items vertoonden overlap, waren niet helemaal duidelijk en/of overbodig. De eerste conceptversie van het instrument diende aldus bijgesteld te worden.

In een tweede stadium werden de items van het instrument inhoudelijk besproken met de stuurgroep en de zes pilootprojecten. Op basis van hun feedback werd de checklist verder op punt gesteld. In dit draaiboek is de finale versie van het instrument te vinden (zie bijlage 1).

2 Het doel van de checklist

De checklist voor zelfevaluatie is een instrument waarmee aanklappende teams hun eigen werking kunnen evalueren in het licht van de werkingsprincipes die binnen het evaluatieonderzoek als belangrijk naar voor kwamen. De scores op het instrument maken duidelijk waar de sterktes van het team liggen en welke gebieden meer aandacht behoeven. De scores zijn helpend om concrete verbeterdoelen te formuleren en verbeterplannen uit te werken. Door de items van de checklist op geregelde tijdstippen (bv. jaarlijks) in te vullen, kunnen aanklappende teams hun werking stelselmatig bijstellen.

3 Praktisch

De checklist bestaat uit 33 items waarbij aan elk item enkele criteria zijn toegewezen. Afhankelijk van het aantal criteria waaraan het team voldoet wordt een score van 1 tot 5 toegekend waarbij score 1 staat voor weinig of niet geïmplementeerd en score 5 staat voor volledig geïmplementeerd. De checklist en het scoringsformulier zijn te vinden in de bijlage van dit draaiboek.

Knelpunten op het niveau van het beleid

De pilootprojecten ervaren tijdens hun praktijkvoering enkele knelpunten op het niveau van het beleid. Dit deel bespreekt kort deze knelpunten zodat beginnende projecten zich hiervan bewust zijn.

- Bemoeizorg is een nieuwe benadering binnen de GGZ die vraagt om een **duidelijk en aangepast wetgevend kader**. Zowel de aanklappende teams als de sociale woonpartners worstelen met juridische dilemma's waarop de wetgeving voorlopig geen antwoord biedt. Onderstaand overlopen we enkele dilemma's waarover onduidelijkheid bestaat:
 - Het is **voor sociale woonpartners onduidelijk of ze het beroepsgeheim schenden door een huurder – buiten zijn medeweten – aan te melden bij het aanklappend team**. Eén pilootproject loste dit dilemma op door de betrokkenheid van het aanklappend team in geval een zorgwekkende situatie zich voordoet expliciet op te nemen in de huurovereenkomst van de sociale woonactoren. Zo geven huurders bij het ondertekenen van de huurovereenkomst automatisch toestemming voor een aanmelding bij het aanklappend team wanneer dit volgens de sociale huisvester aangewezen is.
 - Het is **voor sociale woonpartners onduidelijk of ze zonder het akkoord van de huurder een aanmeldingsformulier mogen invullen**. Het is echter weinig waarschijnlijk dat sociale woonpartners vooraf het akkoord van de huurder zullen krijgen om dit te doen. De doelgroep bestaat immers uit personen die op zorgwekkende wijze zorg vermijden. De woonpartner vult daarom best het aanmeldingsformulier in zonder het akkoord van de cliënt te vragen. Wel is het raadzaam om de cliënt vooraf op de hoogte te brengen van de aanmelding en de reden hiervoor.
 - Het is **voor de aanklappende teams onduidelijk of het toegelaten is om – buiten het medeweten van de cliënt – de medewerking van personen uit de formele of informele context te vragen** om zo met de cliënt contact te leggen.
 - **De aanklappende teams worstelen met de voorwaarden waaronder het uitwisselen van cliëntinformatie met andere hulpverleners is toegestaan**. De wetgeving hierover is behoorlijk complex. Volgens de rechtsleer is de uitwisseling van cliëntinformatie tussen hulpverleners gerechtvaardigd op grond van de theorie van het gedeeld beroepsgeheim. Dit houdt in dat hulpverleners die betrokken zijn bij de behandeling van een cliënt informatie met elkaar kunnen delen zonder dat deze bekendmaking een schending van het beroepsgeheim inhoudt. Opdat deze theorie van toepassing zou zijn, moeten drie criteria vervuld zijn (Versweyvelt et al., 2018). Een van deze criteria stelt dat de gegevensuitwisseling noodzakelijk moet zijn voor de hulpverlening van de desbetreffende persoon en enkel gegevens mag omvatten die noodzakelijk en in het belang van de cliënt zijn. Daarbij moet de cliënt minstens op de hoogte gebracht worden van welke gegevens de hulpverlener aan wie doorgeeft. Indien mogelijk gebeurt het doorgeven van gegevens met toestemming en bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt. Het aanklappend team deelt soms persoonlijke informatie over de cliënt zonder zijn uitdrukkelijke toestemming om een uithuiszetting te vermijden. Het is voor hulpverleners echter niet duidelijk in welke mate dit volledig strookt met de voorwaarden van het gedeeld beroepsgeheim.

- Voor hulpverleners die voor twee verschillende teams werken (bv. het mobiel team en het aanklampend team) is het onduidelijk of ze de cliëntinformatie die ze via hun tewerkstelling in het mobiel team vergaren zomaar mogen delen met de collega's van het aanklampend team.
- Het is voor de aanklampende teams onduidelijk hoe de uitwisseling van cliëntgegevens tussen zorgpartners dient te gebeuren om te voldoen aan de nieuwe GDPR-regelgeving.
- Het toeleiden van zorggebruikers naar voorzieningen die langdurige zorg aanbieden verloopt in sommige regio's moeilijk omwille van de **wachttijden in de GGZ, de verslavingszorg, de gezinszorg, de zorg voor personen met een handicap, het CAW, etc.** Wanneer hulpverleners een cliënt hebben weten te overtuigen om aangepaste zorg toe te laten en deze vervolgens op een wachtlijst wordt geplaatst, is de kans reëel dat de cliënt afhaakt en het wantrouwen in de zorg enkel vergroot.
- **De Vlaamse overheid voorziet voor de pilootprojecten voorlopig geen mogelijkheid om cliëntgegevens te registeren.** Niet alle initiatieven beschut wonen beschikken overigens over een elektronisch patiëntendossier (EPD) en de financiering die de pilootprojecten ontvangen is ontoereikend om de kostprijs van een EPD te dekken.

Referenties

- Anthony W (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 4, 11-23.
- Baart A (2001). Een theorie van presentie. Boom Lemma Uitgevers.
- Balthazar T, Raeymaekers P (2018). Gegevensbescherming in de zorg - een praktische gids bij de GDPR. Brugge: Die Keure.
- Beelen S, De Mayer J, De Waele C, Grymonprez H, Mathijssen C (2014). Reach out! Praktijkboek voor outreachend werken. Leuven: Lannoo Campus.
- Boevink W, Prinsen M, Elfers L, Dröes J, Tiber M, Wilrycx G (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 1, 42-54.
- Bransen E, Hulsbosch L, Nicholas S, Wolf J (2003). Kwetsbare mensen over samenhang in de zorg. Deelstudie in het kader van de rapportage van de inspectie van de gezondheidszorg over de staat van de gezondheidszorg: ketenzorg voor chronisch zieke mensen. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Coppens E, Hermans K, Van Audenhove C (2020). Wetenschappelijke evaluatie van de pilootprojecten "aanklampende zorg naar zorgmijdende mensen met psychische problemen die sociaal huren". Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- De Rick K, Loosveldt G, Van Audenhove C, Lammertyn F, van Weeghel J, Van Buggenhout B (2003). De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Leuven: LUCAS KU Leuven.
- Dierickx H, Schillewaert F (2011). Geestelijke gezondheidszorg vermaatschappelijkt. Een nieuw zorgaanbod binnen regionale netwerken. *Alert*, 37 (5), 8-18.
- Doedens P, Meulders WAJ, Knibbe RA (2004). Handreiking bemoeizorg. Utrecht: GGZ Nederland.
- Hermans K (2016). Integraal en intersectoraal samenwerken als antwoord op de behandelingskloof in de GGZ. Lezing over bemoeizorg als een van de beloftevolle methodieken om de behandelingskloof aan te pakken. Symposium bemoeizorg opent deuren, SSeGA (Samenwerking Sociale huisvesting en Geestelijke gezondheidszorg Antwerpen), Date: 2016/11/24 - 2016/11/24, Location: Vlaams Parlement, Brussel.
- Hermans K, De Coster I, Van Audenhove C (2007). Bed Bad Brood, laagdrempelige opvang van thuislozen. Antwerpen: Garant.
- Lauriks S, Buster M, de Wit M, van de Weerd S, Kamann T, van den Boom W, Fassaert T (2017). Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix. Amsterdam: GGD.
- Liégeois A (2014). *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. Leuven: LannooCampus.
- Liégeois A (2018). Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(1), 29-36.
- Liégeois A, Haekens A, Enemans M (2011). Het voorwaardelijk gedeelde beroepsgeheim bij het uitwisselen van informatie in een team of netwerk" (revisie van een ethisch advies). *Tijdschrift voor psychiatrie*, 53, 841-849.

- Meije D, Hendriksen A, van Bakel M, Sinnema H (2016). Ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen: handreiking voor hulpverleners in de huisartsenzorg en generalistische basis GGZ. Trimbos Instituut, Utrecht.
- Mulder N, Kroon H (2009). Assertive Community Treatment. Bemoezorg voor mensen met complexe problemen. Amsterdam: Boom.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytema S, Wierdsma AI (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) in Nederlandse Bewerking: handleiding. S.L., Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond.
- Rapp CA, Goscha RJ (2011). The Strengths Model: A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services. New York, Oxford University Press.
- Roeg D, van de Lindt S, Lohuis G, van Doorn L (2015). Bemoezorg van A tot Z. Assertieve en outreachende Zorg. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Saeys A, Neyens I, Hermans K, Van Audenhove C (2020). Zorgberoepen: poorten en drempels voor diversiteitsgroepen. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- SAR WGG (2012). Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen.
- SAR WGG (2015). Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst.
- Stoop N, Van Camp I, Verhaeghe P (2012). Van het bed naar de samenleving een literatuurstudie naar hoe zorgmijders toch een plek kunnen verkrijgen in onze reguliere samenleving. UGent: Masterproef.
- Tielens J, Verster M (2010). Bemoezorg: Eenvoudige tips voor moeilijke zorg voor iedereen die werkt met mensen met een chronische psychiatrische stoornis. Utrecht: Uitgeverij de Tijdstroom.
- Van Audenhove C (2015). Herstellen kan je zelf. Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid. Lannoo Campus.
- Van Audenhove C, Van Humbeeck G, Van Meerbeek A (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare personen*. Leuven: LUCAS en Uitgeverij Lannoo.
- Vancoppenolle V (2016). Mensen willen vooral een dak boven hun hoofd: preventie van dak- en thuisloosheid. Sociaal.net.
- Van den Lindt S (2000). Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische hulp aan zorgmijders. Asse: Van Gorcum
- Van Doorn L (2004) Botsende werkelijkheidsopvattingen: institutionele ratio's versus de realiteit van de straat. Nuy, Marius Frans Brinkman. Wanorde in een mensenleven. Een bezinning op thuisloosheid. Amsterdam: SWP.
- Van Hecke J, Joos L, Daems J, Matthysen V, De Bruyne S (2011). Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening? Tijdschrift voor Psychiatrie, 53 (12), 917-926.
- Van Hoof F, Van Erp N, Boumans J, Muusse C (2014). Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen: ontwikkelingen in praktijk en beleid. Trimbos Instituut, Utrecht.
- Van Humbeeck G, Scheerder G & Van Audenhove C (2004). Evaluatie van de zorgvernieuwingsprojecten psychiatrische zorg in de thuissituatie. Studie in opdracht van de Federale overheid, Administratie Gezondheidszorg. Leuven: LUCAS.

Van Nieuwenhuizen C, Schene AH, Koeter MWJ (2000). Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA): een verkorte Kwaliteit van Leven meting.

Versweyveld AS, Put J, Opgenhaffen T (2018). Wegwijzers beroepsgeheim. Leuven: Instituut voor Sociaal Recht KU Leuven.

Wilken JP, Den Hollander D (2019). Handboek Steunend Relationeel Handelen Werken aan herstel en kwaliteit van leven. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bijlage 1: Checklist voor zelfevaluatie

VISIE EN WERKWIJZE

Item 1: visie en werkwijze

Het team heeft een visie en baseert zich op gekende interventies, modellen en benaderingen (motiverende technieken, rehabilitatie, krachtgericht werk, etc.)	Score
Het team heeft geen duidelijke visie en baseert zich niet op gekende interventies, modellen en benaderingen	1
Het team heeft geen duidelijke visie maar maakt melding van gekende interventies, modellen en benaderingen	2
Het team heeft geen duidelijke visie maar baseert zich op gekende interventies, modellen en benaderingen	3
Het team heeft een duidelijke visie en maakt melding van gekende interventies, modellen en benaderingen	4
Het team heeft een duidelijke visie en baseert zich op gekende interventies, modellen en benaderingen	5

CAPACITEIT EN SAMENSTELLING

Item 2: evenwichtige caseload

Er is een evenwichtige cliënt-hulverlener-verhouding van 15:1 (1 VTE hulpverlener begeleidt gemiddeld 15 cliënten)	Score
De caseload is ≤ 4 punten hoger of lager dan 15:1 en bedraagt $\leq 11:1$ of $\geq 19:1$	1
De caseload is 3 punten hoger of lager dan 15:1 en bedraagt 12:1 of 18:1	2
De caseload is 2 punten hoger of lager dan 15:1 en bedraagt 13:1 of 17:1	3
De caseload is 1 punt hoger of lager dan 15:1 en bedraagt 14:1 of 16:1	4
De caseload is 15:1	5

Item 3: samenstelling team

Het team is interdisciplinair samengesteld en bestaat uit volgende disciplines: psycholoog, maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundige, verslavingsdeskundige, ervaringsdeskundige, psychiater	Score
Het team bestaat uit slechts 2 disciplines	1
Minstens 3 disciplines	2
Minstens 4 disciplines	3
Minstens 5 disciplines	4
Minstens 6 disciplines	5

Item 4: capaciteit

Het team voldoet aan volgende criteria:

- (1) De coördinator van het team is voltijds tewerkgesteld
- (2) Teamleden zijn minimaal halftijds tewerkgesteld
- (3) Hulpverleners die in twee teams werken hebben de vrijheid om met beide agenda's te schuiven in functie van de noden van cliënten
- (4) Verlof- en ziektedagen worden makkelijk overbrugd
- (5) Er is weinig verloop in het team

	Score
Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criteria voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Aan alle criteria is voldaan	5

Item 5: betrokkenheid psychiater

Betrokkenheid psychiater:

- (1) Er is een vaste psychiater verbonden aan het team
- (2) Er is een psychiater die het team kan contacteren voor advies
- (3) Er is een psychiater die deelneemt aan het teamoverleg
- (4) Er is een psychiater die indien nodig cliënten ziet, op huisbezoek gaat, medicatie voorschrijft, een opname in een residentiële voorziening initieert en crisissituaties opvangt
- (5) Er is een psychiater die meer op beleidsniveau het team ondersteunt en mee nadenkt over de manier van aanpak

	Score
Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criteria voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Aan alle criteria is voldaan	5

DESKUNDIGHEID**Item 6: deskundigheid**

Het team heeft (beschikking) over deskundigheid op het gebied van:	
(1) GGZ	
(2) Verslavingszorg	
(3) Welzijnszorg	
(4) Justitie en politie	
(5) Juridische en financiële zaken	
(6) Sociale wetgeving	
(7) Medische deskundigheid	
(8) Arbeidsrehabilitatie	Score
Het team heeft enkel deskundigheid op het gebied van GGZ en welzijnszorg	1
Het team heeft deskundigheid op het gebied GGZ en welzijnszorg en 1 bijkomend gebied	2
Het team heeft deskundigheid op het gebied GGZ en welzijnszorg en 2 bijkomende gebieden	3
Het team heeft deskundigheid op het gebied GGZ en welzijnszorg en 3 bijkomende gebieden	4
Het team heeft deskundigheid op het gebied GGZ en welzijnszorg en 4 bijkomende gebieden	5

Item 7: deskundigheidsbevordering

Het team neemt deel aan deskundigheidsbevordering met betrekking tot bemoeizorg	
	Score
Minder dan 20% van de teamleden heeft een vorming gevolgd	1
20-39% heeft een vorming gevolgd	2
40-59% heeft een vorming gevolgd	3
60-79% heeft een vorming gevolgd	4
Meer dan 80% heeft een vorming gevolgd	5

Item 8: intervisie

Er vindt op structurele wijze intervisie plaats	
	Score
Het team heeft geen intervisie	1
Het team heeft 1 keer per jaar intervisie	2
Het team heeft 2 tot 3 keer per jaar intervisie	3
Het team heeft 4 tot 5 keer per jaar intervisie	4
Het team heeft minstens 6 keer per jaar intervisie	5

SAMENWERKEN IN TEAMVERBAND**Item 9: gedeelde caseload**

Het team werkt in teamverband en voelt zich gezamenlijk verantwoordelijk voor cliënten:

- (1) Cliënten worden door meer dan één teamlid gezien
- (2) Cliënten met acute en dringende problemen worden wekelijks tijdens het teamoverleg besproken
- (3) Andere cliënten worden maandelijks tijdens het teamoverleg besproken
- (4) Het team maakt gebruik van een digitaal planbord om het teamoverleg efficiënt te laten verlopen
- (5) Belangrijke beslissingen omtrent de begeleiding van cliënten worden met het team genomen

	Score
Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criteria voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Aan alle criteria is voldaan	5

Item 10: frequentie teamoverleg

Het team overlegt een aantal keer per week om cliënten te bespreken

	Score
Minder dan 1 keer per 2 weken	1
1 keer per 2 weken	2
1 keer per week	3
2 keer per week	4
3 keer per week	5

Item 11: opkomst teamoverleg

Tijdens het teamoverleg zijn alle teamleden en aldus alle disciplines vertegenwoordigd

(Wanneer de psychiater onvoldoende aanwezig is, aftrek van 1 scorepunt)

	Score
De opkomst van de teamleden is <60%	1
De opkomst van de teamleden is minimaal 60%	2
De opkomst van de teamleden is minimaal 70%	3
De opkomst van de teamleden is minimaal 80%	4
De opkomst van de teamleden is minimaal 90%	5

INTERSECTORALE SAMENWERKING**Item 12: samenwerking met woonactoren**

Er is een goede samenwerking met de sociale woonactoren:

- (1) Met elke woonactor werden er duidelijke afspraken gemaakt over de wijze van samenwerken
- (2) Met elke woonactor vindt er ad hoc overleg plaats om de samenwerking tegen het licht te houden en waar nodig bij te sturen
- (3) Met elke woonactor vindt er structureel overleg plaats om nieuwe aanmeldingen en lopende begeleidingen te bespreken
- (4) Het is voor elke woonactor duidelijk welke cliënten tot de doelgroep behoren
- (5) De woonactoren hebben een vast aanspreekpunt binnen het team
- (6) De woonactoren worden actief gecoacht in het herkennen van problemen

	Score
Er is aan 2 criteria voldaan	1
Er is aan 3 criteria voldaan	2
Er is aan 4 criteria voldaan	3
Er is aan 5 criteria voldaan	4
Aan alle criteria is voldaan	5

Item 13: samenwerking met preventieve woonbegeleiding van het CAW

Er is een goede samenwerking met de preventieve woonbegeleiding van het CAW:

- (1) Er zijn duidelijke afspraken over de doelgroep van de PWB en het aanlampend team
- (2) Cliënten worden zonder veel omwegen bij de juiste werking aangemeld
- (3) Er is een duidelijke taakverdeling omtrent de begeleiding van cliënten met een multiproblematiek die tot de doelgroep van beide werkingen behoren
- (4) Er vindt regelmatig overleg plaats om de samenwerking te bespreken en expertise te delen

	Score
Er is aan geen enkel criterium voldaan	1
Er is aan 1 criterium voldaan	2
Er is aan 2 criteria voldaan	3
Er is aan 3 criteria voldaan	4
Er is aan alle criteria voldaan	5

Item 14: samenwerking met andere intersectorale zorgpartners

Er is een goede samenwerking met andere intersectorale zorgpartners:	
(1) Er wordt op casusniveau consequent samengewerkt met andere partners	
(2) Er vindt regelmatig een multidisciplinair zorgoverleg plaats	
(3) Alle teamleden hebben een sterk en breed netwerk	
(4) Op projectniveau wordt er overlegd met relevante zorgpartners	
(5) Het team investeert actief in netwerking om relevante zorgpartners vertrouwd te maken met bemoeizorg	Score
Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criteria voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Er is aan alle criteria voldaan	5

AANMELDINGSPROCEDURE EN INTAKE**Item 15: aanmelding**

Het is duidelijk wie wel en niet in aanmerking komt voor aanklampende zorg:	
(1) Het team hanteert duidelijke inclusiecriteria voor de screening van cliënten	
(2) Aanmelders zijn op de hoogte van de inclusiecriteria	
(3) Er is een duidelijke intakeprocedure	
(4) Bij niet-inclusie is er een verwijzing naar andere voorzieningen (preventieve woonbegeleiding CAW, IBW, OCMW, CGG, mobiel team)	Score
Er is aan geen enkel criterium voldaan	1
Er is aan 1 criteria voldaan	2
Er is aan 2 criteria voldaan	3
Er is aan 3 criteria voldaan	4
Er is aan alle criteria voldaan	5

Item 16: wachttijd

De wachttijd voor de instroom van nieuwe cliënten is minder dan 1 maand	Score
De wachtlijst is > 4 maanden	1
De wachtlijst is < 4 maanden	2
De wachtlijst is < 3 maanden	3
De wachtlijst is < 2 maanden	4
De wachtlijst is < 1 maanden	5

BEGELEIDING**Item 17: contactfrequentie**

Cliënten worden frequent door een van de teamleden bezocht

- (1) Er is geregeld fysiek contact met de cliënt
- (2) De contactfrequentie is op maat van de cliënt
- (3) Wanneer nodig is er mogelijkheid om de contactfrequentie op te drijven
- (4) Er is geregeld contact via een ander kanaal (mail, telefoon of sms)
- (5) Er is geregeld contact met het netwerk van de cliënt in functie van samenwerking (via mail, telefoon of fysiek contact)

Score

Aan 1 criterium is voldaan	1
Aan 2 criteria is voldaan	2
Aan 3 criteria is voldaan	3
Aan 4 criteria is voldaan	4
Aan alle criteria is voldaan	5

Item 18: assessment

Assessment van zorgbehoeften, krachten en wensen:

- (1) De kwaliteiten, krachten en vaardigheden worden systematisch in kaart gebracht
- (2) De zorgbehoeftes worden systematisch in kaart gebracht
- (3) De wensen worden in kaart gebracht: wat wil deze tijdens het begeleidings-traject bereiken?
- (4) Op basis van het assessment worden doelstellingen bepaald
- (5) Op basis van het assessment worden acties bepaald en geprioriteerd

Score

Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criterium voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Er is aan alle criteria voldaan	5

Item 19: multidisciplinaire praktische zorg

Het team biedt ondersteuning op volgende gebieden:	
(1) Dagelijkse levensverrichtingen	
(2) Contact met instanties	
(3) Contact met familie	
(4) Buurtinclusie	
(5) Financiën en administratie	
(6) Medicatiegebruik	Score
Het team biedt begeleiding op 1 van de 6 onderdelen	1
Het team biedt begeleiding op 2-3 van de 6 onderdelen	2
Het team biedt begeleiding op 4 van de 6 onderdelen	3
Het team biedt begeleiding op 5 van de 6 onderdelen	4
Het team biedt begeleiding op 6 van de 6 onderdelen	5

Item 20: samenwerking met informeel netwerk

Het team werkt samen met de informele context van de cliënt (familie, burens, huisbaas, werkgever, etc.) door:	
(1) Het sociale netwerk in kaart te brengen	
(2) Ondersteuning te bieden bij het behoud/herstel van het netwerk	
(3) Te overleggen met het netwerk	
(4) Het netwerk actief te betrekken in het begeleidingstraject	
(5) Ondersteuning te bieden bij het uitbreiden van het netwerk	Score
Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criteria voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Er is aan alle criteria voldaan	5

Item 21: begeleidingstraject

De begeleiding die het aanklappend team aanbiedt bestaat uit:	
(1) Een vertrouwensrelatie uitbouwen	
(2) Herstelondersteunende zorg aanbieden	
(3) Toe leiden naar zorg	
(4) De zorg op elkaar afstemmen (casemanager)	
(5) Zorgpartners coachen	Score
Het begeleidingstraject speelt in op 1 aspect	1
De begeleiding speelt in op 2 aspecten	2
De begeleiding speelt in op 3 aspecten	3
De begeleiding speelt in op 4 aspecten	4
De begeleiding speelt in op alle aspecten	5

Item 22: gradaties van bemoeizorg

Het team past waar nodig verschillende gradaties van bemoeizorg toe:	
(1) Het team past de eerste vormen van bemoeizorg toe: zich beschikbaar stellen en informeren	
(2) Het team gaat indien nodig over tot ongevraagde zorg: adviseren, onderhandelen, overhalen en onder druk zetten	
(3) Het team verleidt de cliënt tot een vrijwillige opname wanneer deze een gevaar vormt voor zichzelf of anderen	
(4) Het team gaat over tot een gedwongen opname, wanneer de cliënt niet bereid is om in opname te gaan terwijl dit wel noodzakelijk is	Score
Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criteria voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Er is aan alle criteria voldaan	5

Item 23: continuïteit en nazorg

Het team draagt zorg voor de continuïteit van de hulpverlening en biedt nazorg:	
(1) Het team houdt contact wanneer de cliënt is opgenomen in een residentiële voorziening	
(2) Het team biedt overbruggingshulp aan wanneer de cliënt op een wachtlijst staat	
(3) Het team draagt de coördinatie van de zorg over aan een andere partner	
(4) Het team controleert bij verwijzing of de overdracht goed verlopen is	
(5) Het team houdt na afronding enige tijd contact met de cliënt	Score
Er is aan 1 criterium voldaan	1
Er is aan 2 criteria voldaan	2
Er is aan 3 criteria voldaan	3
Er is aan 4 criteria voldaan	4
Er is aan alle criteria voldaan	5

RESULTATEN**Item 24: contact maken**

Het team slaagt erin om contact te maken met de cliënt	Score
Bij minder dan 70% van de cliënten	1
Bij 70-80% van de cliënten	2
Bij 80-90% van de cliënten	3
Tussen de 90% en 95% van de cliënten	4
Bij meer dan 95% van de cliënten	5

Item 25: drop out

Het team slaagt erin om contact te houden met de cliënt	Score
Meer dan 20% van de cliënten breekt het contact met het team af.	1
15-20% van de cliënten breekt het contact met het team af.	2
10-15% van de cliënten breekt het contact met het team af.	3
5-10% van de cliënten breekt het contact met het team af.	4
Minder dan 5% van de cliënten breekt het contact met het team af.	5

Item 26: toeleiden naar zorg

Het team slaagt erin om cliënten toe te leiden naar passende zorg en ondersteuning	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 60%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Item 27: overlast

Het team slaagt erin om overlast te verminderen	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Item 28: uithuiszetting

Het team slaagt erin om uithuiszetting te vermijden	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Item 29: gedwongen opnames

Het team slaagt erin om gedwongen opname te vermijden	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Item 30: mentaal welbevinden

Het team slaagt erin om het mentaal welbevinden van de cliënt te verbeteren of te behouden	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Item 31: fysieke gezondheid

Het team slaagt erin om de fysieke gezondheid van de cliënt te verbeteren of te behouden	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Item 32: kwaliteit van leven

Het team slaagt erin om de kwaliteit van leven van de cliënt te verbeteren of te behouden	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Item 33: sociaal netwerk

Het team slaagt erin om een sociaal netwerk rond de cliënt op te bouwen of te behouden	Score
Slechts bij enkele cliënten: bij minder dan 20%	1
Bij de minderheid van de cliënten: tussen 20 en 40%	2
Bij de helft van de cliënten: tussen 40 en 50%	3
Bij de meerderheid van de cliënten: tussen 60 en 80%	4
Bij de meeste cliënten: meer dan 80%	5

Bijlage 2: scoringsformulier

ITEMS	Score
VISIE EN WERKWIJZE (5)	
1. Visie en werkwijze	
CAPACITEIT EN SAMENSTELLING (20)	
2. Evenwichtige caseload	
3. Samenstelling team	
4. Capaciteit	
5. Betrokkenheid psychiater	
DESKUNDIGHEID (15)	
6. Deskundigheid	
7. Deskundigheidsbevordering	
8. Intervisie	
SAMENWERKEN IN TEAMVERBAND (15)	
9. Gedeelde caseload	
10. Frequentie teamoverleg	
11. Opkomst teamoverleg	
INTERSECTORALE SAMENWERKING (15)	
12. Samenwerking met woonactoren	
13. Samenwerking met PWB van CAW	
14. Samenwerking met andere relevante zorgpartners	
AANMELDINGSPROCEDURE EN INTAKE (10)	
15. Aanmelding	
16. Wachtijd	
BEGELEIDING (35)	
17. Contactfrequentie	
18. Assessment	
19. Multidisciplinaire praktische zorg	
20. Samenwerken met informeel netwerk	
21. Begeleidingstraject	
22. Gradaties van bemoeizorg	
23. Continuïteit en nazorg	

RESULTATEN (50)	
24. Contact maken	
25. Drop out	
26. Toeleiden naar zorg	
27. Overlast	
28. Uithuiszetting	
29. Gedwongen opnames	
30. Mentaal welbevinden	
31. Fysieke gezondheid	
32. Kwaliteit van leven	
33. Sociaal netwerk	
TOTAAL (165)	

