

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 evaluatieonderzoek 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 capaciteitstekort** 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 aanklappend team op huisbezoek te gaan.
- Voor **hulpverleners met een deeltijdse tewerkstelling** die twee jobs combineren vormt het aanklappend 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 aanklappende zorg te rijmen valt met de wet patiëntenrechten.
- Binnen een regio zijn er soms **andere partners met een aanklappend 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 aanklappende teams heeft Vlaanderen nodig?

De noodzakelijke cijfergegevens ontbreken om een zinvolle uitspraak te doen over het aantal nodige projecten aanklappende 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 aanklampende 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 **intervisiemomenten** organiseren is aangewezen om complexe problemen en algemene thema's te bespreken.

6. Samenwerken met sociale woonpartners

- Het aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend 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 zorgbehoefte, 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 **outreaching 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.