

**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 aanklampende 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 **“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 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 aanklampende 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend 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 1 Overzicht van de zes pilootprojecten.

Netwerk	Beschut wonen	Naam team
<b>Kempen</b>	<b>Kempen</b>	<b>Buiten-ge-WOON</b>
<b>PAKT</b>	Domos	Team Aanklampende & Netwerk Gerichte Ondersteuning (TANGO)
<b>Reling</b>	West-Limburg	Eigen Kracht Wonen (EKWo)
<b>SaVHA</b>	De Raster	Begeleiding Aanklampende Zorg (BAZ)
<b>SaRA</b>	De Vliering	Samenwerking sociale huisvestingsmaatschappijen en GGZ Antwerpen (SSeGA)
<b>Zuid-West-Vlaanderen</b>	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, buren 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 te behandelen met het accent op vraaggestuurde 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 aanklappende 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](http://www.rinogroep.nl). Er zijn verschillende sectorspecifieke 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 welzijnzorg 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

aanklampende 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 aanklampend 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 leefdomeinen (wonen, werken, financiën, etc.) om hun leven in eigen handen te kunnen nemen of houden. Net als de aanklampende 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 aanklampende 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 thuissituatie 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 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.

### 1.4 Een team samenstellen

- **Het aanklappend 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](http://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 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.

## 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 aanklappende 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 aanklappende 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aangevraagd 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 aangevraagd 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 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 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.

### 2.1.4 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampend team werkt samen met **sociale woonpartners die een meerkansenbeleid voeren** (streng maar sociaal). Dit is een belangrijke basis om te kunnen samenwerken.

- Het aanklampend 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 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 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 aanklappende 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 aanklappend 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 aanklappend team. Het is onrealistisch om te verwachten dat de woonoverlast van huurders meteen zal verdwijnen. Het aanklappend 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 aanklappend 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 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.

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 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 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 aanlampend 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](http://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 aanlampende 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 aanklampende 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 aanklampende 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 aanklampende 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 aanklampende 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 ervoeren 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 aanklampende 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 aanklampend team**. Eén pilootproject loste dit dilemma op door de betrokkenheid van het aanklampend 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 aanklampend 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 aanklampende 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 aanklampende 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 aanklampend 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 voldoet 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 $\leq 4$ 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

	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

	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
<b>VISIE EN WERKWIJZE (5)</b>	
1. Visie en werkwijze	
<b>CAPACITEIT EN SAMENSTELLING (20)</b>	
2. Evenwichtige caseload	
3. Samenstelling team	
4. Capaciteit	
5. Betrokkenheid psychiater	
<b>DESKUNDIGHEID (15)</b>	
6. Deskundigheid	
7. Deskundigheidsbevordering	
8. Intervisie	
<b>SAMENWERKEN IN TEAMVERBAND (15)</b>	
9. Gedeelde caseload	
10. Frequentie teamoverleg	
11. Opkomst teamoverleg	
<b>INTERSECTORALE SAMENWERKING (15)</b>	
12. Samenwerking met woonactoren	
13. Samenwerking met PWB van CAW	
14. Samenwerking met andere relevante zorgpartners	
<b>AANMELDINGSPROCEDURE EN INTAKE (10)</b>	
15. Aanmelding	
16. Wachtijd	
<b>BEGELEIDING (35)</b>	
17. Contactfrequentie	
18. Assessment	
19. Multidisciplinaire praktische zorg	
20. Samenwerken met informeel netwerk	
21. Begeleidingstraject	
22. Gradaties van bemoeizorg	
23. Continuïteit en nazorg	

<b>RESULTATEN (50)</b>	
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	
<b>TOTAAL (165)</b>	

