

# Over lokaal en intersectoraal georganiseerde, geïntegreerde zorg en ondersteuning voor personen met psychische en psychosociale problemen

## Inspiratietekst met doorkijk naar de toekomst

Datum: december 2020  
Door de Vlaamse netwerkcoördinatoren

**De Vlaamse netwerkcoördinatoren GGZ Volwassenen merken op dat men in verschillende netwerken los van elkaar werkt aan het ontwikkelen van lokale, integrale zorg- en ondersteuning voor mensen met psychische problemen, die men kleinschalig en intersectoraal probeert te organiseren. Dit wordt gezien als een belangrijke stap in het bestrijden van de enorme versnippering van het zorg- en ondersteuningsaanbod, want zorgvragers en verwijzers zien door de bomen het bos niet meer! Met dit document duiden de Vlaamse netwerkcoördinatoren de verschillende lokale ontwikkelingen vanuit een gedeelde basisvisie op lokale, intersectorale samenwerking en bieden ze ondernemende netwerkpartners en subsidiërende overheden een inspirerende doorkijk naar de toekomst.**

### 1. Context en achtergrond

In de gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen koos de interministeriële conferentie 10 jaar geleden (2010) voor de ontwikkeling naar een meer gemeenschapsgerichte GGZ. GGZ-netwerken voor volwassenen kregen de opdracht de aanbodgestuurde en hoofdzakelijk residentiële GGZ om te vormen naar een vraaggestuurde, meer gebalanceerde en gedifferentieerde GGZ. In de gids stelt de overheid: 'De huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg moet geleidelijk aan evolueren en plaats maken voor een netwerk van alternatieve diensten binnen een afgebakend gebied (Gids pag. 10)'. Ook de volgende doelstelling van de hervorming is in deze fase van de ontwikkeling van de netwerken erg relevant: 'Het bestaande GGZ-aanbod wordt niet alleen verder gediversifieerd, de verschillende onderdelen van dit aanbod zullen in een intensief samenwerkend netwerk beter op mekaar worden afgestemd, zodat zorg, ondersteuning en begeleiding optimaal beantwoorden aan de concrete behoeften van personen met psychische problemen'.

De federale, Vlaamse (o.a. via het Vlaams decreet GGZ) en lokale overheden bouwen sindsdien samen met de zorgsectoren en netwerken aan toegankelijke, betaalbare en gepersonaliseerde zorg voor mensen in psychische nood. De beoogde veranderingen moeten leiden tot een nieuw geïntegreerd en toegankelijk zorgsysteem, waar burgers de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. De doelgroep waar we ons in deze notitie op richten zijn, gelet op het mandaat van de netwerken voor volwassenen, alle burgers van 18 tot 64 jaar met psychische of psychiatrische noden. We streven er van bij aanvang naar om ontwikkelingen naar een lokaal, geïntegreerd en intersectoraal geestelijk gezondheidszorgbeleid onmiddellijk open te trekken naar de leeftijdscategorieën kinderen, jongeren

en ouderen. Het doel is om alle mensen met psychische problemen zo snel mogelijk de juiste zorg en ondersteuning te bieden.

In de netwerken voor volwassenen wordt in dat kader volop geëxperimenteerd met nieuwe vormen van samenwerkingen. De nieuwe lokale samenwerkingsvormen vertonen zowel belangrijke overeenkomsten als opvallende verschillen. Maar ze leiden vaak tot efficiënte werkafspraken tussen organisaties die zorg en ondersteuning bieden in een kleinschalige regio. Binnen het overleg met de Vlaamse netwerkcoördinatoren worden die goede praktijken uit de netwerken gedeeld. Daarbij werd de vaststelling gedaan dat binnen verschillende netwerken een ontwikkeling ontstond om organisatie- en sectoroverstijgende samenwerkingen aan te gaan op vlak van zorg en ondersteuning binnen een kleinschalige regio. Deze vaststelling vormde de aanleiding om opgedane kennis en ervaringen te bundelen en een inspiratienota uit te werken. De netwerkcoördinatoren voor volwassenen willen de opgedane kennis en ervaring bundelen tot een samenwerkingsmodel voor lokaal georganiseerde en geïntegreerde zorg en ondersteuning voor mensen met psychische en psychosociale problemen. Dat samenwerkingsmodel zal niet direct in beton worden gegoten. De netwerkcoördinatoren voor volwassenen tekenen liever een proces uit dat netwerkpartners en overheden kan helpen bij de hervormingen. Na 10 jaar investeren en experimenteren in netwerken is de tijd rijp dat gedeelde idealen en verworven inzichten landen in innovatieve vormen van zorg en ondersteuning. In concrete samenwerkingsverbanden die gebaseerd zijn op de vermaatschappelijking van zorg voor mensen met psychische problemen en die gericht zijn op lokaal vastgestelde leemten in het zorg- en ondersteuningsaanbod en een antwoord bieden op plaatsgebonden noden.

Deze inspiratietekst is de eerste uitkomst van deze gezamenlijke oefening van de netwerkcoördinatoren van de Vlaamse GGZ netwerken voor volwassenen. We beschrijven eerst waarom een basismodel voor lokale samenwerking nodig is. Vervolgens geven we een overzicht van innoverende praktijkvoorbeelden en gemeenschappelijke leidende principes.

## 2. Waarom

De zorg en ondersteuning voor personen met een psychische zorg- en ondersteuningsnood (PZON) vertonen anno 2020 nog steeds ontoelaatbare lacunes, belemmeringen en hindernissen. Voor een grondige analyse verwijzen we naar de vele rapporten die daarover zijn gepubliceerd. We onderscheiden twee hoofdoorzaken, waarbij we er niet aan ontkomen om eerst te wijzen op het schrijnende gebrek aan voldoende investeringen in zorg en welzijn voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Deze nota is gericht op de andere hoofdoorzaak: de fragmentatie van het zorg- en ondersteuningssysteem die nog steeds bestaat en waarbij netwerken zoeken naar passende antwoorden om de huidige herorganisatie van de GGZ te realiseren.

*Specialisatie, centralisatie en standaardisatie* zijn belangrijke bouwstenen waarop het huidige systeem is ingericht. Dat heeft in het verleden onmiskenbaar een positieve invloed gehad op de zorg en ondersteuning voor specifieke hulpvragen die vaste, complexe en soms routinematige werkzaamheden vereisen. *Specialisatie en centralisatie* leiden tot topzorg (hoog professionele zorg voor specifieke stoornissen), maar ook tot interne gerichtheid van hulporganisaties en professionals en tot uitsluiting van gepaste zorg voor cliënten met andere zorg- en ondersteuningsnoden of niet alledaagse leefomstandigheden. *Standaardisatie* biedt duidelijkheid, maar vermindert de

keuzevrijheid van hulpvragers en regelmogelijkheden voor hulpverleners. Een gekend nadeel van deze fenomenen is dat ze in de praktijk leiden tot het optrekken van grenzen, eenzijdige werkoriëntaties en een ongelijke toegang tot zorg. *Wie niet past, loopt vast!*

Die nadelen zien we duidelijk terug in de huidige zorg en ondersteuning voor mensen met psychische en psychosociale problemen in onze netwerken. Zorg- en herstelprocessen verlopen niet volgens vaste patronen. Gepaste zorg vereist maatwerk, waarin het hulpaanbod vloeiend meebeweegt met de hulpvraag die gedurende de tijd verandert. In onze netwerken zien we de volgende gevolgen van ons tekortkomend zorgsysteem op het herstelproces van de doelgroep. We maken bij dit proces een onderscheid tussen instroom, door- en uitstroom:

### Instroom

- Uitstel van zorg: er heerst nog steeds een groot stigma bij het invoeren van psychiatrische zorg met onnodig uitstel van het actief zorg vragen tot gevolg
- Oneigenlijk zorggebruik: Door gebrek aan voldoende bereikbare psychologische basiszorg (basis GGZ als tegenhanger van gespecialiseerde GGZ) stromen cliënten vaak direct door naar specialistische voorzieningen
- Vertraagde instroom in zorg: een aanmelding bij een GGZ-zorgactor belandt vaak op een wachtlijst, wat in sommige gevallen tot gevolg heeft dat de aangemelde zorg niet meer wordt opgestart of dat er helemaal niet meer wordt aangemeld. Door gebrek aan samenwerking ontvangen mensen tijdens de wachtperiode vaak geen alternatieve zorg of ondersteuning
- Geen zorg : instroomstrategieën van gespecialiseerde zorgverstrekkers zijn gebaseerd op het beschikbare zorgaanbod dat onvoldoende is afgestemd op de zorgvragen. Daarom krijgen een aantal PZON niet de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben. Ook mensen die om welke redenen dan ook de zorg mijden, blijven verstoken van aanklampende hulp omdat die ondermaats georganiseerd wordt
- Niet passende zorg: indien het noodzakelijke hulpaanbod niet beschikbaar is, is minder evidente hulp vaak de enige optie. Zo wordt crisiszorg een alternatief voor ambulante behandeling en vangt de eerstelijnszorg de hulpvragen van mensen met complexe psychiatrische problematiek op zonder inzet of ondersteuning van de GGZ.

### Door- en uitstroom

- Eerstelijns- en welzijnspartners ervaren grote problemen in de omgang en bejegening van PZON met ernstige psychische problemen, waarvan ze vaak het gevoel hebben deze onvoldoende te kunnen helpen. Ze worden hiervoor onvoldoende ondersteund door specialisten uit de gespecialiseerde GGZ. Doorstroom naar de tweede lijn is vaak het enige alternatief en zet de instroom naar de GGZ onnodig onder meer druk.
- Tweede- en derdelijns partners ervaren grote hindernissen bij het afronden van behandeltrajecten als de cliënt nog vormen van ondersteuning nodig heeft. Daardoor blijven vaak gestabiliseerde cliënten “hangen” in te gespecialiseerde, dure zorgvormen.

Gevolg: Enerzijds groeien onderkende lichte klachten nog te vaak uit tot ernstige gezondheidsproblemen met uiteindelijk hoge kosten voor de samenleving terwijl bepaalde ernstige aandoeningen ongedetecteerd en onderbehandeld blijven (unmet need). Anderzijds stromen andere

lichte klachten dan weer te snel of te vaak richting gespecialiseerde zorg en worden er te lang behandeld en opgevolgd. (overmet need)

### 3. Analyse

De verwachting is dat de negatieve effecten van dit versnipperde systeem verder zullen toenemen. Alle signalen staan op rood. Daarom is het volgens de netwerkcoördinatoren wenselijk dat we bij het aanpassen van het zorgsysteem een goed evenwicht vinden tussen twee ogenschijnlijk tegenstrijdige, maar complementaire **designprincipes**: *Specialisatie, centralisatie en standaardisatie versus generalisatie, decentralisatie, integratie en maatwerk!*

Het 'model van concentratie en spreiding' van zorg- en ondersteuning zegt ons hoe we in de netwerken beide **designprincipes** best gebruiken voor optimale *kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid* van het hulpaanbod:

#### Concentratie

Schaarse (top)specialistische zorg kan best in een grootschalige omgeving en geconcentreerd (gecentraliseerd) worden aangeboden door goed ingerichte organisaties, die hoogwaardige en evidence based zorg en ondersteuning bieden.

In de Belgische netwerken is een breed pallet aan specialistische zorg beschikbaar. De vraag is echter of de psychiatrische en algemene ziekenhuizen hun specialismen voldoende op elkaar hebben afgestemd? Ze bieden vaak een FULL-SERVICE-concept waarbij ze zorg gaan aanbieden voor alle soorten specialistische hulpvragen. Nationaal en internationaal bestaat echter overeenstemming over het feit dat concentratie van bepaalde kennis en middelen echte topzorg voor specifieke doelgroepen mogelijk maakt en daarmee meer waarde toevoegt aan de zorg voor cliënten met hoog-complexe zorgvragen.

#### Spreiding

Acute, planbare en chronische vormen van basiszorg en ondersteuning organiseren we beter gespreid, geïntegreerd, intersectoraal en decentraal, dicht bij de hulpvrager. In een omgeving waarin alle hulpverleners zichtbaar zijn voor burgers en voor elkaar. Dan werken ze via korte lijnen samen en hebben ze voldoende regelvermogen om hun werk af te stemmen op de hulpvragen in de lokale omgeving. We spreken van geïntegreerde zorg als die in samenwerking en afstemming met elkaar wordt aangeboden. We stellen vast dat deze zorg en ondersteuning in België (zoals in meer West-Europese landen), voor een groot werkgebied, juist geconcentreerd en gecentraliseerd wordt aangeboden. Waarbij de focus sterk gericht is op de eigen procedures en werkwijzen en minder op de pragmatiek die nodig is om zorg en ondersteuning op maat aan te bieden. De oriëntatie op grotere werkingsgebieden belemmert de integrale, lokale samenwerking in ernstige mate. Weinig organisaties zijn hierdoor in staat voldoende formatie vrij te maken om cliënten dicht bij huis, in de wijk en in de gemeenschap te helpen. Door die missing link blijven ze noodgedwongen hulp bieden die niet tot hun takenpakket en competentie behoort. Het zorgsysteem – dat al gebukt gaat onder gebrek aan middelen – loopt nog meer vast.

Het huidige organisatie, financierings- en monitoringsysteem versterkt het foutief inzetten van de geconcentreerde, gespecialiseerde zorgvormen en geeft te weinig incentives voor gespreide en lokaal geïntegreerde zorg- en ondersteuning. Deze mismatch zet zich verder in de versnipperde belangenbehartiging (door koepels e.d.), die opkomt voor de deelbelangen van partners en niet voor de gezamenlijke belangen van de PZON.

***We concluderen dat de ambulante, mobiele en aanklappende zorg en ondersteuning, die dicht bij de burger aangeboden moeten worden, het meeste lijdt onder het huidige, door verregaande specialisatie, centralisatie en standaardisatie, versnipperde hulpsysteem. De nieuwe innovatieve vormen van lokale samenwerking die met veel engagement tot stand zijn gekomen tonen echter aan dat het anders kan. In de volgende alinea beschrijven we een manier waarop de huidige expertise en kennis deels gespreid kan worden ingezet en hoe die per hulpvrager tot gepersonaliseerde zorg en maatwerk kan leiden. Decentralisatie en integratie zijn de sleutelwoorden. Door lokale bundeling van diverse vormen van zorg en ondersteuning ontstaat volume voor een lokaal geïntegreerd hulpaanbod.***

## 4. Wat

De netwerkcoördinatoren voor volwassenen pleiten voor een verdere transitie naar lokaal georganiseerde zorg en ondersteuning die integraal wordt aangeboden vanuit flexibele samenwerkingsverbanden. De continuïteit in zorg en ondersteuning voor een persoon met psychische en psychosociale noden wordt versterkt op verschillende samenwerkende niveaus.

### Samenwerking op niveau van de basiszorg

De lokale samenwerkingsverbanden zijn goed bereikbaar voor burgers en voor verwijzers. Actoren uit GGZ, welzijn, de VAPH-sector, de gezondheidssector en andere aanverwante sectoren werken samen om geïntegreerde zorg dicht bij de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood te realiseren. De samenwerking met huisartsen is hierbij cruciaal omdat deze voor veel burgers de ingang vormen naar verdere basis- en gespecialiseerde zorg. De huisarts neemt veelal een centrale rol op in het borgen van continuïteit in een traject van een zorgvrager. De lokale samenwerkingsverbanden zijn een essentieel aanspreekpunt voor huisartsen en andere relevante actoren uit de basiszorg, om ervoor te zorgen dat zorgvragers altijd de snelste weg naar gepaste zorg en ondersteuning krijgen. Goede communicatie over het traject van een zorgvrager is hierbij essentieel zodat iedere hulpverlener zijn rol complementair opneemt en zorgt voor continuïteit. Hierbij is betrokkenheid van de zorgvrager en diens context een belangrijke pijler.

### Samenwerking op niveau van de specialistische zorg

Via nauwe samenwerking vanuit de lokale samenwerkingsverbanden met specialisten en experts is ook (hoog)specialistische hulp bereikbaar. Deze specialistische zorg is niet noodzakelijk lokaal georganiseerd, maar wordt waar mogelijk wel aangeboden in de leefomgeving van de zorgvrager. De lokale samenwerkingsverbanden verbinden specialisten die de regio niet goed kennen met lokale partners. Op die manier kunnen we de door- en uitstroom vanuit specialistische voorzieningen naar zorg dicht bij huis verbeteren.

## Schakelen tussen gepast zorg- en ondersteuningsaanbod

Mocht de hulpvraag van de cliënt gedurende het herstelproces veranderen, dan passen hulpverleners samen met de cliënt het hulpplan aan. De cliënt wordt binnen het lokale samenwerkingsverband vloeiend naar het nieuwe zorg- en ondersteuningsaanbod begeleid. Nieuwe modellen voor zorgcontinuïteit en zorgcoördinatie (casemanagement) en het gebruik van moderne communicatie- en verbindingsmiddelen komen het best tot hun recht in een model als een lokaal samenwerkingsverband dat van nature op samenwerking is gericht.

## Leidende principes

Bij de inrichting van de lokale samenwerkingsverbanden hebben we een lijst van leidende principes opgesteld.

- Lokale basiszorg voor psychische en psychosociale problemen wordt aangeboden door hiervoor opgeleide en getrainde hulpverleners uit zorg en welzijn die, samen met ervaringsdeskundigen, intersectoraal samenwerken aan een integraal zorgaanbod dat openstaat voor iedereen van de regio.
- Vanaf de start tot het einde van een hulptraject beschikt de cliënt over een hulpplan met een aanbod dat op basis van 'samen beslissen' tot stand is gekomen. Basiszorg als het kan, gespecialiseerde hulp als het moet. Maatwerk staat voorop. Steeds is duidelijk welke hulpverlener samen met de cliënt verantwoordelijk is voor het hulptraject en op welke manier het persoonlijk netwerk van de zorgvrager daarbij wordt betrokken.
- De lokale, integrale zorg en ondersteuning is laagdrempelig, intersectoraal, vlot toegankelijk, divers in zijn werkvormen en heeft korte verbindingen met de (hoog-)gespecialiseerde zorg en ondersteuning om de in- door- en uitstroom van cliënten vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid goed te faciliteren.
- Het samenwerkingsverband past haar hulpaanbod steeds aan op de lokale behoeften waarbij geen enkele hulpvraag wordt uitgesloten. Innovatie is een vast onderdeel van de werking. Het hulpaanbod wordt transparant gecommuniceerd in het netwerk.
- Lokale zorg is concreet en direct. Dit veronderstelt dat de organiserende actoren er vanuit bindende engagementen en mandaten aan participeren.

## 5. Hoe

In de lokale samenwerkingsverbanden willen we de hulp, die mensen in de eigen omgeving ontvangen, verbinden met professionele zorg en ondersteuning. De lokale samenwerkingsverbanden worden gedragen door lokale besturen, de zorggraad van de eerstelijnszone en het netwerk GGZ/welzijn. GGZ, eerste lijn en welzijn werken er schouder aan schouder op basis van gelijkheid samen.

### Fasegewijze invoering

In de netwerken is een projectmatige aanpak met voldoende ruimte voor lokale proeftuinen en regelmogelijkheden wenselijk. Met de kennis die we in de netwerken hebben opgedaan pleiten we voor een fasegewijze implementatie. De fasen zouden er zo uit kunnen zien:

1. Breng zoveel mogelijk lokale hulpverleners en leidinggevendenden met elkaar in contact. Zo werken ze aan een klimaat van vertrouwen en onderlinge betrokkenheid. Dit is een belangrijke voorwaarde om met een gerust hart een lang en intensief proces aan te gaan.
2. Richt een lokaal geïntegreerd onthaal in voor personen met psychische en psychosociale zorgen en ondersteuningsvragen die geen rechtstreekse weg vinden naar hulpverlening. Vraagverheldering, oriëntatie, indicatiestelling en screening zijn er de kerntaken. In deze fase worden de onderlinge relaties uitgebouwd en versterkt. Voorwaarde is dat deelnemers respect tonen voor elkaars mogelijkheden en belemmeringen.
3. Richt een orgaan in waarin hulpverleners samen met bekende cliënten de zorg- en ondersteuningsplannen evalueren en waar nodig aanpassen. Zo stromen cliënten door naar de gepaste hulp die ze op dat moment nodig hebben. Hulpverleners en ervaringsdeskundigen kunnen elkaar inspireren, ondersteunen en adviseren en voorkomen zo dat cliënten onnodig in bepaalde zorgvormen blijven hangen.
4. Start met het bieden van zorg en ondersteuning vanuit het lokale samenwerkingsverband. Een deel van het bestaande zorgaanbod verschuift en wordt meer maatschappelijk toegankelijk gemaakt voor alle zorgvragers met een indicatie. Men kan er ook voor kiezen om bepaalde onderdelen van het bestaande aanbod van organisaties aan nieuwe noden aan te passen die in de samenwerking naar voren komen.

### Randvoorwaarden en monitor

Door de fasen heen is het belangrijk om oog te hebben voor het risico op uitputting, vooral van geëngageerde hulpverleners met zorg-coördinerende taken. Het engagement voor de lokale samenwerkingsverbanden en de reguliere taken binnen de eigen organisatie kunnen cumuleren en interfereren. Daarom is het erg belangrijk dat overheden en netwerkpartners hen ondersteunen bij de invoering van het nieuwe samenwerkingsverband. We adviseren hen de ontwikkeling van lokale samenwerkingsverbanden op te nemen in hun strategische plannen. Geïntegreerd samenwerken in een afgebakend werkingsgebied is alleen mogelijk als in het beleid voldoende aandacht is voor organisatorische, financiële en regelgevende condities. *Gepaste zorg en gepaste randvoorwaarden zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden.* Het zal voor alle partijen een kunst zijn om de juiste balans te vinden tussen lokale regelruimte en overkoepelend leiderschap. Een monitor met een set aan referentiepunten voor goede lokale samenwerking kan de overheden en de netwerken houvast bieden bij de planmatige ontwikkeling van geïntegreerde zorg.

### Schaalgrootte

Als netwerkwerkcoördinatoren pleiten we voor een zo beperkt mogelijk werkgebied voor het lokaal samenwerkingsverband. Maar dat zal afhankelijk zijn van de lokale omstandigheden. Bij het bepalen van de schaalgrootte van de samenwerkingsverbanden kunnen de GGZ netwerken een aantal criteria hanteren.

1. Bereikbaarheid: waarbij de fysieke afstand maar ook de tijd en kosten voor burgers om met bijvoorbeeld het openbaar vervoer het lokaal samenwerkingsverband te bereiken, meetelt.
2. Demografie: aantallen, specifieke kenmerken en de sociaal economische kenmerken van de bevolking in de regio.

3. Zorgaanbod: we denken dat het verstandig is om rekening te houden met het hulpaanbod en de omvang van dat aanbod van zorg en welzijn in de regio.

Per eerstelijnszone zal minimaal 1 lokaal samenwerkingsverband nodig zijn. De feitelijke hulpverlening wordt verder gedecentraliseerd als er voldoende hulpverleners beschikbaar zijn.

## 6. Model voor lokaal geïntegreerde zorg: doorkijk naar de toekomst

Hoe ziet het lokale samenwerkingsverband van de toekomst er dan uit? Met de volgende beschrijving van het samenwerkingsmodel wat ons voor ogen staat, proberen we die vraag te beantwoorden. We schetsen een concreet en tastbaar beeld van de concrete opdrachten die door de intersectorale samenwerkingsverbanden van de toekomst kunnen worden voorzien op lokaal niveau. De oplijsting is illustratief en niet limitatief in de wetenschap dat dit gedurende de tijd kan en zal veranderen (zodra we diepere inzichten verwerven over de noden van de burgers).

### Onthaal (in goede samenwerking met het GBO) en doorverwijzing

In het onthaal werken zorg- en welzijnsorganisaties samen aan onderstaande doelen. Toekomstige lokale samenwerkingsverbanden kiezen de vorm die bij hen past: in duo's, met gespecialiseerde intake/verbinders of via andere varianten

- Beluisteren van het verhaal en de context van de hulpvrager
- Screening en vraagverheldering
- Oriëntatie en indicatiestelling
- Toeleiding waar nodig naar zorg en welzijn
- Verbinding met specialisten en experts buiten de lokale samenwerking wanneer aangewezen

### Preventie, onderlinge advisering, coaching en vorming

- Preventieactiviteiten gericht op lokale noden. Eerste hulp bij psychische problemen en suïcidepreventietraining voor gatekeepers behoren tot het aanbod
- Welzijnsadvies door welzijnspartners
- Hersteladvies door (familie-)ervaringsdeskundigen
- Psychiatrisch advies, consult en consultatie
- Vormingen (fysiek en via webinars)

### Probleemanalyse en kortdurende hulp

- Uitgebreid assessment (psychisch, maatschappelijk en persoonlijk)
- Medisch/psychiatrische adviesraadpleging (1 of 2 diagnostische gesprekken door psychiater)
- Kortdurende behandeling individueel en in groep. Dit kan geboden worden door ELP of andere behandelaren die kortdurende oplossingsgerichte of herstelgerichte interventies bieden
- Kortdurende psychosociale interventies (CAW, OCMW en mutualiteiten)
- Ambulante crisisinterventie in samenwerking met andere crisis hulp

### Zorgplanning, zorgcontinuïteit, zorgevaluatie en zorgcoördinatie

- Opvolging en evaluatie van casuïstiek rond multiproblematiek



- Op- en afschalen van zorg wanneer nodig
- Zorgplanning en knelpuntoverleg (voorheen MDO-psy), zorgcoördinatie, casemanagement

### Veerkrachtversterkende herstelondersteuning

Het lokale samenwerkingsverband kan ingebed worden in een plaats waar meerdere veerkrachtversterkende activiteiten worden aangeboden. Met veerkrachtversterkende herstelondersteuning doelen we op herstelgerichte interventies, gericht op persoonlijk herstel en maatschappelijke participatie. Deze worden best georganiseerd door maatschappelijke actoren uit de lokale samenwerkingsverbanden. Ze onderscheiden zich van de overige zorg en welzijnsactiviteiten door hun focus op het versterken van de eigen kracht en veerkracht van de cliënt en diens persoonlijk netwerk. Een belangrijk kenmerk is de centrale rol die cliënten, cliëntvertegenwoordigers, (familie-)ervaringsdeskundigen en vrijwilligers innemen in de werking ervan. We denken aan de volgende veerkrachtversterkende herstelactiviteiten :

- Ontmoeting
- Dagactiviteiten
- Kwartiermaken
- Vormingen (herstelacademie) en onderzoek (User research)
- Herstelplannen (WRAP e.d.)
- Toetsen herstelgerichtheid (ROPI e.d.)
- Herstelgroepen
- Respijthuis
- Herstelverhalen
- Buddywerking.