

# Functie 3 in de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen

*Op weg naar zelfrealisatie door  
persoonlijk en maatschappelijk herstel*

**zorg net**

ICURO

**Colofon:** **Redactie:** Yves Wuyts  
**Eindredactie:** Lieve Dhaene, Deborah Schollaert

**Met dank aan:** Koen Demuynck, Els Dhondt, Kris 's Hertogen, Dirk Michiels, Martie Mol, Ludewei Pauwelyn, Joost Vanhaecke, Alda Verbeek en de leden van de ad-hocwerkgroep F3 met vertegenwoordigers van de werkgroep activering, gelinkt aan beschut wonen, vertegenwoordigers van de werkgroep GGZ revalidatie, en enkele voorzitters van functie 3 in de lokale Vlaamse netwerken 107.

**Vormgeving:** [www.dotplus.be](http://www.dotplus.be)

D/2017/12067/3  
ISBN 9789491323270

2017©Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

**Citeren als:** Wuyts, Yves. 2017. *Functie 3 in de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen: Op weg naar zelfrealisatie door persoonlijk en maatschappelijk herstel*. Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro vzw  
Guimardstraat 1  
1040 Brussel  
[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)  
[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)

# **Functie 3 in de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen**

Op weg naar zelfrealisatie door persoonlijk en maatschappelijk herstel.





# Inhoud

<b>Woord vooraf</b>	<b>6</b>
<b>1. Functie 3: definitie en invulling</b>	<b>8</b>
1.1. Algemene definities	9
1.2. Een nieuwe definitie van functie 3	10
1.2.1. Participatie en herstel als wezenlijke onderdelen van functie 3	10
- <i>Vier vormen van herstel: klinisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk</i>	
- <i>Samenhang tussen de vier vormen van herstel</i>	
1.2.2. "Op weg naar zelfrealisatie door persoonlijk en maatschappelijk herstel"	13
<b>2. Het aanbod in functie 3</b>	<b>15</b>
2.1. Algemene kenmerken van het aanbod in functie 3	16
2.1.1. Aanbod op twee niveaus	16
- <i>Activiteiten ter ondersteuning van cliënten en hun specifieke omgeving</i>	
- <i>Activiteiten gericht op de brede maatschappij</i>	
2.1.2. Aanbod in functie 3: specifiek maar niet exclusief	18
- <i>Andere functies werken ook aan functie 3-thema's</i>	
- <i>Specifiek maar niet exclusief toe te schrijven aan persoonlijk herstel noch aan maatschappelijk herstel</i>	
2.2. Concreet aanbod in functie 3	19
2.2.1. Aanbod hoofdzakelijk gericht op persoonlijk herstel: via (re-)oriëntatie naar ontwikkeling van eigenwaarde	19
2.2.2. Aanbod hoofdzakelijk gericht op maatschappelijk herstel: via (re-)integratie naar maatschappelijke inclusie	20
- <i>Doelstelling werk en opleiding</i>	
- <i>Doelstelling vrije tijd en ontmoeting</i>	
- <i>Doelstelling wonen</i>	
<b>3. Realisatie van functie 3</b>	<b>24</b>
3.1. Functie 3 vóór de zesde staatshervorming	25
3.2. De zesde staatshervorming als opportuniteit voor functie 3	26
3.3. Functie 3 in de toekomst	27
<b>4. Aandachtspunten en aanbevelingen</b>	<b>28</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>31</b>
Bijlage 1 – Vermaatschappelijking van zorg: een paradigmashift in de GGZ	32
Bijlage 2 – Herstelschema	33
Bijlage 3 – Uitdieping van (re-)oriëntatie als persoonlijk herstel	34
Bijlage 4 – Beschrijving van de verschillende functies in de GGZ netwerken volwassenen	37
Bijlage 5 – Linken tussen functie 3 en andere functies in de GGZ netwerken volwassenen	40
Bijlage 6 – Participatieladder in functie van zelfbeschikking	41
Bijlage 7 – Wooncirkel	42
Bijlage 8 – Vakantieladder	45

# Woord vooraf

In 2010 publiceerden alle overheden samen de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen*, als startschot voor een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Het doel was een evolutie naar meer zorg in de samenleving. Hiervoor was een switch nodig van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg. De *Gids* formuleerde vijf opdrachten of “functies” die elk netwerk moet realiseren<sup>1</sup>:

- 1) Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie
- 2) Ambulante intensieve behandelteams (de zogenaamde mobiele teams)
- 3) Psychosociale rehabilitatie
- 4) Intensifiëring residentiële behandeling (en urgentie)
- 5) Tijdelijk woonvormen met zorg.

Het meest vernieuwend was functie 2, met de invoering van de mobiele teams voor zorg in de thuisomgeving. De overheden zetten hierop het sterkst in, met als gevolg dat functie 2 prioritaire aandacht kreeg op het terrein. Functie 3, “psychosociale rehabilitatie”, daarentegen is tot nu toe nogal stiefmoederlijk behandeld. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Zo beweegt functie 3 op het spanningsveld tussen de bevoegdheden van de Vlaamse en de federale overheid, waardoor geen enkele overheid zich expliciet aangesproken voelt voor de realisatie en de financiering ervan. Ook in de netwerken bleef de uitwerking van functie 3 onderbelicht. Men had de handen vol met het vormen van netwerken en het operationaliseren van de mobiele teams. Het moment is gekomen om functie 3 terug op de radar te plaatsen en klaarheid te brengen. Zorgnet-Icuro wil met deze publicatie hiervoor een stevige voorzet geven.

In de *Gids* wordt functie 3 benoemd, maar nauwelijks uitgewerkt. ‘Psychosociale rehabilitatie’ kan van alles betekenen. We proberen dus eerst klaarheid te scheppen in wat we onder functie 3 verstaan. Een Nederlands model met vier vormen van herstel biedt hiervoor inspiratie. Als de klemtoon van de nood bij een cliënt vooral op persoonlijk herstel en/of maatschappelijk herstel ligt en de zorg zich hierop focust, dan spreken we over functie 3. Als we dan kijken wie functie 3 kan en moet opnemen, zien we de complexe realiteit. Op individueel niveau moet elke hulpverlener in de GGZ oog hebben voor het persoonlijk en maatschappelijk herstel bij elke cliënt. Kijken we op organisatieniveau, dan zijn het historisch gezien vooral de initiatieven beschut wonen en de psychosociale revalidatiecentra die hier een grote rol spelen. Zij hebben aandacht voor thema’s als werk, vrije tijd, activering, wonen, opleiding... Maar ook sommige afdelingen in de psychiatrische of algemene ziekenhuizen leunen aan bij functie 3. In sommige regio’s nemen ook de centra geestelijke gezondheidszorg initiatieven om deze cliënten te ondersteunen.

In een ideale wereld wordt functie 3 in de eerste plaats grotendeels opgenomen door niet-zorgactoren. De VDAB helpt de cliënt werk te zoeken. De sociale huisvestingsmaatschappij ontfermt zich over het wonen. Het OCMW begeleidt de cliënt met zijn budgetbeheer en eventuele juridische vragen. Het CAW neemt de samenlevingsproblemen op zich. Enzovoort. Maar in de realiteit gebeurt dat onvoldoende (gecoördineerd) en dus wordt vooral gekeken in de richting van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, als het gaat om mensen met een psychische kwetsbaarheid. Wat de bevoegdheid betreft, is er met de zesde staats-

1 Zie bijlage 1 voor een duiding van de paradigmashift in de GGZ. Bijlage 4 bevat een beschrijving van de verschillende te realiseren opdrachten in de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen. Bijlage 5 biedt een schematisch overzicht van de linken tussen functie 3 en de andere functies zoals beschreven in de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg*.

hervorming in elk geval toch al iets meer coherentie. Het zwaartepunt ligt nu duidelijk bij de Vlaamse overheid. Toch blijft het een complex kluwen, omdat niet alleen zorg en welzijn betrokken zijn, maar ook de domeinen arbeid, sociale economie, onderwijs, vrijetijd, cultuur, sport, enzovoort. Het blijkt bijzonder moeilijk te zijn om een beleid uit te stippelen over al deze domeinen heen.

Zorgnet-Icuro formuleert in deze publicatie een aantal aanbevelingen, zowel voor de overheden als voor het werkveld. We vragen dat het Vlaams kabinet Welzijn en Volksgezondheid het initiatief neemt om met andere beleidsdomeinen als onderwijs, werk, sociale economie, sport en wonen aan tafel te gaan en een coherent beleid te ontwikkelen. Ook federaal is nog altijd voor een stukje betrokken, via de ziekenhuizen. Het gaat niet alleen om financiële middelen, maar ook om de ruimte om bepaalde opdrachten onder functie 3 te kunnen opnemen. Vandaag zijn de opdrachten van voorzieningen door de erkenningsregels en de programmatie zo strikt bepaald, dat sommige opdrachten tussen wal en schip vallen. Functie 3 verkeert in dat geval. Als elke organisatie wat meer flexibiliteit en regelruimte zou krijgen, dan kan er misschien ook al meer worden gerealiseerd. We hopen dat deze publicatie ook voor de netwerken GGZ volwassenen een inspiratiebron mag zijn om functie 3 lokaal in het netwerk gestalte te geven.

Alle internationale studies tonen aan dat voor elke euro die een samenleving investeert in geestelijke gezondheidszorg, de return minstens vier euro is. Het grote probleem is dat de investering vaak moet worden gedragen door het beleidsdomein zorg, terwijl het andere beleidsdomeinen zijn die er de vruchten van plukken. Vandaar het idee voor een 'maatschappelijk participatiebudget' dat de bevoegdheden overstijgt. Dat kan perfect in de Vlaamse sociale bescherming, wat past in de filosofie van de Vlaamse overheid. Dan moet er bij de inschatting van de zorgnoden wel ook aandacht zijn voor de ondersteuning die een cliënt nodig heeft om maatschappelijke rollen weer op te nemen.

Peter Degadt,  
Gedelegeerd bestuurder

Dr. Etienne Wauters,  
Voorzitter



**DEEL 1**

**FUNCTIE 3: DEFINITIE EN INVULLING**



Functie 3 wordt doorgaans omschreven als “psychosociale rehabilitatie”. In de literatuur zijn tal van definities en interpretaties van dat begrip terug te vinden. Zoveel zelfs dat actoren naast elkaar praten terwijl ze over hetzelfde thema een gesprek voeren. In dit deel verkennen we de definities die de verschillende actoren in het zorglandschap geven aan functie 3. Vervolgens formuleren we een concreet voorstel voor een eenduidige invulling van het begrip.

### 1.1. Algemene definities

De **Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)** definieert psychiatrische rehabilitatie als *het proces waarbij personen die beperkingen ondervinden of die gehandicapt zijn door psychische stoornissen, worden geholpen om een optimaal niveau van functioneren in de samenleving te bereiken. Dit proces omvat zowel het verbeteren van individuele competenties als het aanbrengen van veranderingen in de omgeving van de patiënt.*<sup>2</sup>

De **Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgnetwerken en zorgcircuits**, bekrachtigd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2010, omschrijft psychosociale rehabilitatie als *een dynamisch en langdurig proces. Het stelt de patiënten<sup>3</sup> in staat om zich opnieuw in de maatschappij en het beroepsleven te integreren. Om dit te kunnen realiseren is een inclusief en transversaal beleid nodig. Verder is in de tekst sprake van een programma op maat gemaakt dat ervoor zorgt dat patiënten vaardigheden ontwikkelen die nodig zijn om autonoom in het dagelijkse leven te functioneren. Die vaardigheden worden aangeleerd via het terug opnemen van een leven (maatschappelijk, cultureel) in de gemeenschap. Ook worden aangepaste beroepsmogelijkheden uitgewerkt. Deze specifieke programma's kunnen worden opgestart naar aanleiding van of aanvullend bij de basisopdrachten uit de eerste functie. De programma's kunnen ook een vervolg zijn op de interventies in de leefomgeving door de mobiele teams uit de tweede functie. De Gids spreekt ook van rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.*

De omschrijving van functie 3 in de *Gids* vertoont pertinente linken met de zorgfunctie-activering zoals omschreven door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV).<sup>4</sup> In zijn advies van 8/07/2004 definieerde de NRZV de zorgfunctie-activering als *het geheel van opdrachten ten aanzien van de doelgroep van personen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen met betrekking tot de domeinen arbeid, vorming, vrije tijd en ontmoeting om aldus bij te dragen tot het herstel en de maatschappelijke integratie van de cliënten en tot de sociale inclusie van de doelgroep. Aldus past activering binnen de ruime beweging van vermaatschappelijking van zorg.* Met die gelijklopende invulling wordt de indruk gewekt dat psychosociale rehabilitatie samenvalt met activering.

Na de pilootfase verankerde de federale politiek de opdracht activering voor mensen met GGZ-problemen in de financiering van de initiatieven beschut wonen. De toegemeten opdracht activering overstijgt de populatie van de bewoners van de initiatieven beschut wonen. Bijgevolg moet die opdracht als een regionale opdracht ten behoeve van de inwoners van het werkingsgebied worden beschouwd.

De term “psychosociale rehabilitatie”, zoals in de *Gids* gehanteerd, geeft aanleiding tot verwarring op het terrein bij de actoren die betrokken zijn bij de uitbouw van de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen maar ook bij de betrokken overheden. Gaat het om:

- Het individuele traject van een cliënt?
- Een sociale beweging gericht op emancipatie van mensen met langdurige psychiatrische kwetsbaarheden?

2 Wereldgezondheidsorganisatie 2000.

3 In de tekst gebruiken we de term “cliënt” om patiënten, cliënten, gebruikers, bewoners... aan te duiden. Met de cliënt als ontvanger van zorg bedoelen we ook de directe omgeving van de cliënt: zijn gezinsleden, familie, burens, werkgever...

4 De Huidige Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

- Een opdracht in de zorg die inherent verbonden is aan het aanbod van elke GGZ-organisatie?
- Attitudes en een methodiek van hulpverleners die cliënten ondersteunen bij hun herstelproces?
- Een specifieke organisatie uit het GGZ-aanbod? Naast de beschrijving van psychosociale rehabilitatie financierden de overheden in ieder netwerk GGZ volwassenen minstens één RIZIV-conventie voor psychosociale revalidatie volwassenen met daaraan gekoppeld de financiering van een arbeidscoach. Daardoor wekken de overheden de indruk dat psychosociale rehabilitatie samenvalt met psychosociale revalidatie.

De *Gids* geeft geen uitsluitel over welke interpretatie zij wil benadrukken. Het is duidelijk dat de term “psychosociale rehabilitatie” te verwarrend is en weinig invulling geeft aan functie 3.

## 1.2. Een nieuwe definitie van functie 3

### 1.2.1. Participatie en herstel als wezenlijke onderdelen van functie 3

**Participatie** staat voor deelname aan het maatschappelijke leven. Daarmee is het een containerbegrip dat zich leent voor uiteenlopende invullingen. Die invullingen hebben ook allemaal andere benamingen, zoals maatschappelijke participatie, sociale participatie, burgerlijk engagement, sociaal engagement, recreatieve participatie, sociaal-culturele participatie, burgerparticipatie, cliëntenparticipatie en politieke participatie. Een manier om het begrip participatie af te bakenen is door te kijken naar participatiedomeinen. Participatie heeft betrekking op een activiteit in een afgebakend (maatschappelijk) domein. Het kan dan gaan om sport, onderwijs, vrijwilligerswerk of arbeid.

Om te kunnen participeren moet een cliënt een zekere mate van herstel bereiken, niet alleen symptomatisch herstel, maar ook functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel. De GGZ-sector heeft onder andere als ambitie uitgesproken dat “herstel” het uitgangspunt in de zorg moet zijn. In het denken over herstel staat niet de cliënt als patiënt centraal, maar wel de cliënt als burger. Gelet op de raakvlakken tussen deze herstelbenadering en de mogelijkheden van cliënten tot participatie gaan we hier dieper in op de verschillende vormen van herstel.

**Herstel** is een term die tot voor kort in verband werd gebracht met (de kans op) genezing. De patiënt werd benaderd vanuit een medisch perspectief, namelijk vanuit de vraag of er sprake was van een ziekteverschijnsel. De afgelopen jaren werd het concept “herstel” verruimd. In het boek *Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel*<sup>5</sup> maakt Jaap van der Stel een onderscheid tussen vier vormen van herstel: klinisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het artikel “Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters”<sup>6</sup> geeft een overzicht van actuele ontwikkelingen in de psychische zorg en de betekenis van het begrip herstel.

*Vier vormen van herstel: klinisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk*

**Klinisch herstel** is gericht op het verminderen van symptomen. Idealiter geneest de cliënt door die interventies van zijn ziekte of stoornis. Acute behandelingen passen vooral in het klinisch herstel. In de GGZ proberen professionals door de inventarisatie en verkenning van klachten en symptomen een diagnose te stellen. Vervolgens maken de zorgverleners een prognose op, bepalen ze in overleg met de cliënt de behandelindicatie(s) en starten ze een therapie op die erop gericht is om de symptomen te verminderen of te laten verdwijnen, in de hoop dat de cliënt volledig geneest zonder “restverschijnselen”. Dat laatste is in de GGZ vaak niet het geval.

5 Van der Stel, Jaap. 2013. “Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel”, *Verbetering en herstel van cognitie, emotie, motivatie en regulatie van gedrag*.

6 Van der Stel, Jaap. 2015. “Functioneel herstel en zelfregulatie: opgaven voor cliënten én psychiaters”, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57 (nov).

Bij **functioneel herstel** gaat het om het verbeteren van het lichamelijk, psychisch en sociaal-cultureel functioneren. Daardoor wordt de cliënt in staat gesteld de voor hem relevante rollen weer op te nemen. De interventies zijn gericht op het herstellen van de functies die door de aandoening beperkt of zelfs verloren zijn gegaan. Therapie kan die vermindering in functies als dusdanig niet wegwerken. Functioneel herstel kan inhouden dat de cliënt zijn functies kan verbeteren door trainingen of andere vormen van activiteiten uit te voeren. Functioneel herstel is gericht op het verhogen van het functioneringsniveau. In de somatische geneeskunde komt die vorm van herstel overeen met revalidatie, bijvoorbeeld als men de patiënt na een ernstige knieblesure helpt en traint om opnieuw normaal te kunnen stappen.

**Persoonlijk herstel** is voor elk individu een uniek proces. Persoonlijk herstel draait er voornamelijk om zichzelf terug te vinden ondanks de beperkingen en de nare ervaringen van een psychisch probleem of psychiatrische episode. Bij persoonlijk herstel gaat het om het ontwikkelen van een nieuw, positief gevoel van eigenwaarde, om (opnieuw) zin te vinden in het leven, om motivatie te zoeken en te onderhouden, om de draad terug op te nemen, om hoop op herstel te creëren en de eigen levenservaringen een plaats te geven. Cliënten leren de negatieve invloed van hun aandoening verkleinen. Ze leren ervaren dat ze als persoon meer betekenen dan hun aandoening.

Werken aan persoonlijk herstel veronderstelt een geschikte sociale en culturele context, maar is het minst door “doelgerichte interventies” te beïnvloeden: het is moeilijk een bakje “hoop” of “dromen” over iemand uit te gieten. Het is vaak een individueel proces om uit te zoeken wat iemand betekenis en levenszin, energie en hoop geeft. Zeker na de ervaringen van een acute fase van symptomen.

**Maatschappelijk herstel** is wezenlijk verbonden met het verbeteren van de maatschappelijke positie van de cliënt, ondanks zijn GGZ-probleem. Het gaat over het herwinnen van sociale posities die voor de cliënt belangrijk zijn, over huisvesting, werk en participeren in een vriendengroep. Voor een belangrijk deel is de ondersteuning van die vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg. Het vereist een nauwkeurig uitgekiend re-integratietraject en plaatsen (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dat mogelijk wordt gemaakt. Het veronderstelt ook een maatschappij die ervoor openstaat dat elk individu sociale rollen opneemt en op die manier actief deelneemt aan de samenleving.

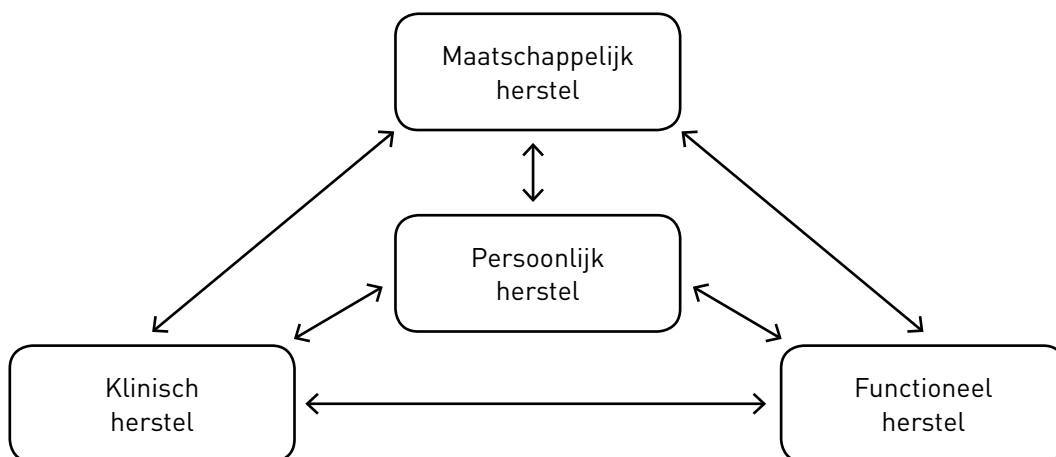
#### *Samenhang tussen de vier vormen van herstel*

Wilken<sup>7</sup> beschrijft de vormen van herstel als fasen van een individueel herstelproces. Met die fasen van een herstelproces in het achterhoofd kunnen we stellen dat de belangrijkste focus van GGZ-interventies in een acute of crisisfase veeleer ligt op het klinisch herstel: de symptomen van de psychische aandoening verminderen. In een periode van stabilisatie ligt de belangrijkste focus meer op het functioneel herstel: het verbeteren van het lichamelijk, psychisch en sociaal-cultureel functioneren. Op andere momenten ligt de belangrijkste focus van de GGZ-interventies dan weer op het doelgericht ondersteunen van de cliënt bij het vinden van een aangepaste of vernieuwde identiteit, ondanks de acute fase en de mogelijke blijvende gevolgen. We spreken dan van een (re-)oriëntatie of persoonlijk herstel. De focus ligt dan op thema's als het hervinden van eigenwaarde, het verkennen van de eigen psychische kwetsbaarheid en de gevolgen op het functioneren, de aanvaarding maar ook de verkenning van mogelijkheden om terug te gaan naar een zo normaal mogelijk leven, de keuzevrijheid om “meer te zijn dan een ziekte”, het aanleren van vaardigheden en het ontdekken van nieuwe mogelijkheden, hoop vinden en leren genieten.

7 Wilken, J.-P. 2012. “Het verloop van herstelprocessen”, *Tijdschrift voor rehabilitatie en herstel van mensen met psychische beperkingen*, 3: 18-31.

Wanneer we de cliënt doelgericht ondersteunen om opnieuw aansluiting te vinden bij zijn sociaal netwerk en bij de maatschappij, ligt de belangrijkste focus van GGZ-interventies op het maatschappelijk herstel en op re-integratie.

We kunnen dan wel de vier vormen van herstel van elkaar onderscheiden, maar zeker niet scheiden. Ze omvatten het volledige spectrum van herstel, respectievelijk van de zorg die gericht is op kwaliteit van leven.



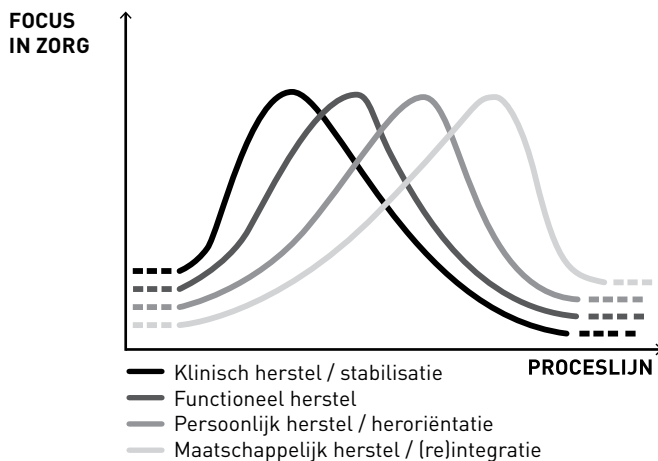
Het is belangrijk om vast te stellen dat de vier herstelprocessen elkaar beïnvloeden, versterken of, als het tegengest, in de weg staan. Dat betekent dat we bij iedere cliënt in elke fase van de uitvoering van een handelingsplan het geheel moeten overschouwen. De vier hersteltypes zijn van elkaar afhankelijk en beïnvloeden elkaar. Bij klinisch herstel kunnen we nagaan hoe die vorm van zorg, naast remissie van symptomen, kan bijdragen aan de vooruitgang op het gebied van de andere vormen van herstel en omgekeerd. Kortom, herstel is een totaalconcept waarin de verschillende vormen van herstel elkaar wederzijds beïnvloeden.

Zo concentreert de geneeskundige acute zorg (in België vooral, maar niet uitsluitend gefinancierd door het RIZIV) zich in de eerste plaats op het klinisch en functioneel herstel. Tijdens die acute fase is er sprake van kwaliteitsvolle zorg als de professional bij de keuze van een interventie en bij de uitvoering ervan rekening houdt met de persoonlijke situatie van de cliënt en met de factoren die het persoonlijk en maatschappelijk herstel bevorderen dan wel belemmeren.

Psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals in een *cure*-setting leveren pas goede zorg als naast de behandeling van de symptomen ook de zorgbehoeften inzake persoonlijk en maatschappelijk herstel in beeld worden gebracht. Het gaat dan bijvoorbeeld om het inventariseren van de sociale omstandigheden van een cliënt, zoals relaties, gezinssituatie, huisvesting, financiële situatie, hobby's en werk. Maar hopelijk zullen ook de doelstellingen die de cliënt formuleert op het vlak van persoonlijk en maatschappelijk herstel mee richting geven aan de invulling van de interventies die gericht zijn op het klinisch en functioneel herstel. Hulpverleners moeten bijvoorbeeld ook in een crisissituatie aandacht blijven schenken aan het behoud van sociale rollen (bv. als ouder, partner of werknemer). Evenzo moet men vanaf de eerste dag van een residentiële opname aandacht besteden aan het behoud van de maximale participatie voor de cliënt, zowel wat betreft de regie over het eigen leven als het behoud van sociale rollen, bijvoorbeeld als ouder en als werknemer. Wat een cliënt tijdens een crisisperiode aan participatie niet verliest, moet hij achteraf niet (opnieuw) opbouwen.

Activiteiten die het persoonlijk of maatschappelijk herstel bevorderen, kunnen dus tot het domein van de geneeskundige verzorging behoren – en tot het behandelplan – maar behoren vooral tot andere domeinen. Het begeleiden van cliënten in de richting van persoonlijk en maatschappelijk herstel gaat verder dan het rekening houden met de persoonlijke situatie van de cliënt, wat aan bod komt in het diagnosticeren en opstarten van de behandeling die gericht is op symptoomvermindering.

De hierboven beschreven vormen van herstel (klinisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk) doen zich voor bij zowel mensen met een eenmalige, al dan niet korte ziekteperiode, als bij mensen met een langerdurende problematiek. Schematisch kunnen we interventies gericht op de verschillende soorten van herstel als volgt voorstellen (zie ook bijlage 2):



We willen expliciet opmerken dat het werken aan het klinisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel in een ideaaltypisch herstelproces logischerwijze na elkaar komt. In de realiteit van het herstelproces van een individuele cliënt overlappen die fasen elkaar echter. Ze kunnen in een andere volgorde, intensiteit en duurtijd worden doorlopen. Een herstelproces is namelijk geen rechtlijnig proces.

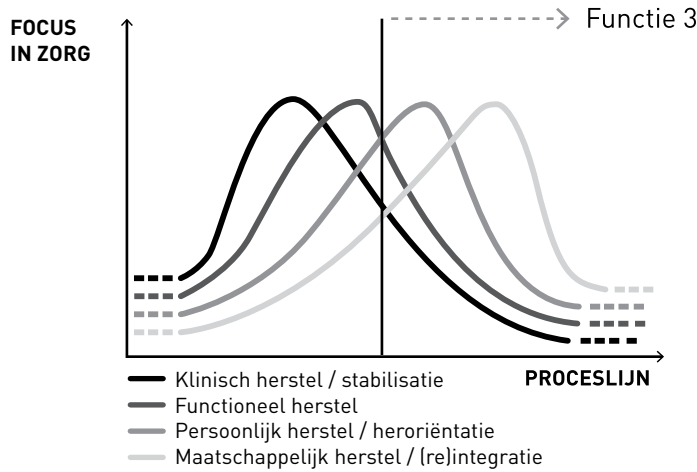
### 1.2.2. “Op weg naar zelfrealisatie door persoonlijk en maatschappelijk herstel”

Vanuit het begrip herstel vullen we functie 3 in als: *op weg naar zelfrealisatie door persoonlijk en maatschappelijk herstel*. We omschrijven de realisatie van functie 3 als: *het ondersteunen van mensen met een psychische kwetsbaarheid door specifieke interventies gericht op (re-) oriëntatie en (re-)integratie in functie van hun duurzaam persoonlijk en maatschappelijk herstel*. Of in beeldspraak: **van symptomen naar levenskwaliteit**.

Activiteiten van functie 3 zetten cliënten op weg naar zelfrealisatie waarbij rekening wordt gehouden met de keuzes en wensen van de individuele cliënt, alsook met zijn gewenst en/of haalbaar tempo. Hierbij werkt men in de leefomgeving van de cliënt met zowel de cliënt, zijn omgeving als de brede maatschappij.

Het bijdragen aan zelfrealisatie van cliënten is in theorie de opdracht van elke hulp- en zorgverlener in de GGZ en zou het impliciete doel moeten zijn van elke interventie. Die opdracht is ook te vergelijken met mensen ontwikkelen via vorming en onderwijs. Leren leren is een levenslang proces en dus een opdracht van velen: ouders, leerkrachten, jeugdbegeleiders, hr-verantwoordelijken, vormingsinstanties, ouderenconsulenten... Met andere woorden: er moet aandacht zijn voor persoonlijk en maatschappelijk herstel in alle vijf functies van de GGZ, maar in wisselende vormen.

Toch ligt de belangrijkste focus van GGZ-interventies niet altijd op de zelfrealisatie van de cliënt. Wanneer de belangrijkste focus van GGZ-interventies wel specifiek gericht is op (re-) oriëntatie en (re-)integratie in functie van een duurzaam persoonlijk en maatschappelijk herstel van de cliënt, spreken we van de realisatie van functie 3.

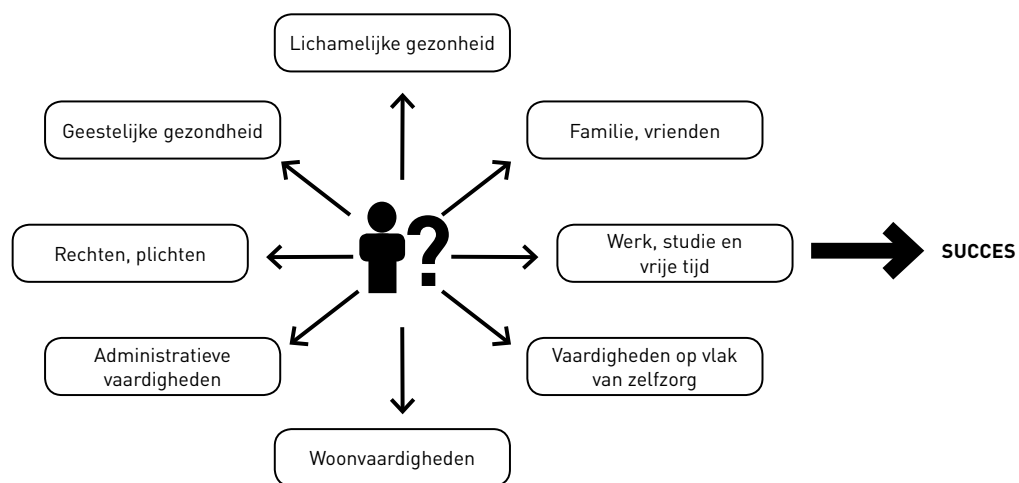


In de eerste plaats zal men proberen een beroep te doen op reguliere ondersteuningsdiensten die het persoonlijk en maatschappelijk herstel bevorderen. Soms kan werken aan het persoonlijk en maatschappelijk herstel zo ingewikkeld zijn dat er nood is aan de inzet van meer gespecialiseerde expertise en/of nood aan ruimte om langer/meer te trainen in een setting dichtbij de eigen leefwereld. In die gevallen is het aangewezen bijzondere GGZ-expertise en -organisaties van functie 3 in te zetten om te komen tot een zo hoog mogelijke mate van zelfrealisatie bij deze cliënt met een psychische kwetsbaarheid.

Een ander gevolg van wat hierboven over functie 3 staat, is dat de ondersteuning bij het persoonlijk en maatschappelijk herstel niet gekoppeld is aan een levensdomein maar per definitie verschillende levensdomeinen omvat: werk, vorming, vrijetijd, relaties, wonen... De uitbouw van functie 3 is per definitie dan ook het voorwerp van een samenspel van organisaties en professionals uit verschillende sectoren en beleidsdomeinen (zie bijlage 4).

**VELE LEVENSDOMEINEN IN DE SCOOP**

**SAMENWERKEN**



A black and white photograph of two women smiling. The woman in the foreground is older, with short, light-colored hair, wearing a dark, textured coat with large buttons. The woman in the background is younger, with long, light-colored hair, wearing a dark top and a light-colored scarf. The background is blurred, showing modern, cylindrical pendant lights.

**DEEL 2**  
**HET AANBOD IN FUNCTIE 3**

## 2.1. Algemene kenmerken van het aanbod in functie 3

Om cliënten te ondersteunen in hun maatschappelijk herstel wordt in de eerste plaats een beroep gedaan op het gebruikelijke aanbod voor elke burger. Dat is bijvoorbeeld de VDAB als het gaat om tewerkstelling, het OCMW bij budgetbeheer, het CAW bij het vinden van een woning voor een dakloze en gezinszorgdiensten bij woonondersteuning. Pas als de cliënt nood heeft aan een oriënterende fase (op weg naar persoonlijk herstel) na een acute fase, of als de gebruikelijke diensten voor de cliënt te ontoegankelijk blijken of hij dit gebruikelijke aanbod als onvoldoende specifiek of te weinig intensief inschat of ervaart, zijn de gespecialiseerde GGZ-actoren in functie 3 aan zet. De activiteiten in functie 3 situeren zich op twee niveaus: activiteiten gericht naar cliënten en hun directe omgeving, zowel mantelzorgers, betrokkenen als professionals (begeleiding en coaching), en activiteiten die zich richten naar de brede samenleving (kwartiermaken).

### 2.1.1. Aanbod op twee niveaus

*Activiteiten ter ondersteuning van cliënten en hun directe omgeving*

De interventies van functie 3 op cliëntniveau richten zich op cliënten met een psychische kwetsbaarheid en personen uit hun directe omgeving (bv. de werkgever) waarbij sommige elementen van het psychisch welbevinden of sommige vaardigheden - al dan niet tijdelijk - zijn ondergesneeuwd. Die cliënten hebben nood aan professionele begeleiding met GGZ-expertise die erop gericht is om, na een zekere stabilisatie, het persoonlijk en maatschappelijk herstel te bevorderen via (re-)oriëntatie en (re-)integratie in functie van de zelfrealisatie van die cliënten. Het gaat ook om cliënten die in een crisis dreigen terecht te komen en/of ondersteuning nodig hebben om zich te handhaven in hun persoonlijk en/of maatschappelijk herstel.

Een eerste type van activiteiten in functie 3 heeft betrekking op de ondersteuning van individuele cliënten en hun persoonlijk netwerk en context (familie, werkgever, burens, professionele niet-GGZ-actoren....) in een proces naar een persoonlijk herstel en/of een maatschappelijk herstel. De groep van opdrachten is onder te verdelen in drie deelopdrachten:

1. Een actieplan opmaken, ook wel herstelplan of persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) genoemd. Dat vereist uitzoeken wat de cliënt wil bereiken en wat zijn interesses, mogelijkheden en beperkingen zijn, evenals zijn beschikbare hulpbronnen.
2. De elementen uitvoeren van het ontwikkelingsplan. Dat kan zich vertalen in:
  - het begeleiden van de cliënt zelf;
  - het coachen van allerlei mensen rond de cliënt: zowel familieleden, burens, mantelzorgers, collega's, de werkgever, de huisbaas maar ook dienstverleners allerhande, bijvoorbeeld VDAB, GTB, gezinszorgdienst, woonzorgcentrum, OCMW...
3. Voor sommige cliënten is het nodig hen te helpen bij het opnemen van de regiefunctie over de uitvoering van het ontwikkelingsplan. Bij een beperktere groep van cliënten zullen anderen, mantelzorgers of desgevallend professionals, die regierol (tijdelijk) moeten overnemen.

Het aanbod aan herstelondersteunende zorg voor individuele cliënten (en hun directe omgeving) of groepen van cliënten kenmerkt zich door:

- **Vraaggestuurde zorg:** inspelen op de veelheid en de diversiteit van vragen van cliënten over het opnemen van maatschappelijke verantwoordelijkheden. Uit de veelheid aan ondersteuningsvormen en activiteiten kiest de cliënt één of meer activiteiten die hem verder brengen in het bereiken van zijn individuele hersteldoelen.
- **Cliënt in relatie tot zijn naasten:** het versterken van de wisselwerking tussen de cliënt en zijn omgeving. Het (opnieuw) opbouwen van een stevige eigenwaarde is het resultaat van positief lopende communicatielussen tussen de persoon en zijn omgeving.



- **Een empowerende benadering van de cliënt:** het ondersteunen van cliënten in het verwerven en versterken van zijn competenties en vaardigheden, die zijn persoonlijke ontwikkeling ten goede komen.
- **Zich inbedden in de samenleving:** het creëren van mogelijkheden tot inclusie in de lokale omgeving van de cliënt, sociaal inclusief waar het kan, categoriaal waar het nodig is. Dat betekent het aanbieden van maatschappelijk zinvolle activiteiten, die toegankelijk en betaalbaar zijn: zowel vlot en laagdrempelig toegankelijk, fysiek gemakkelijk bereikbaar als financieel betaalbaar.
- **Een variabele intensiteit:** het aanbod is zowel een vangnet voor wie het (tijdelijk) wat moeilijk heeft maar vormt ook een springplank voor wie een volgende stap wil zetten.
- **Een variabele duur:** de specifieke inzet van GGZ-expertise duurt zo kort als mogelijk en zo lang als nodig.

#### *Activiteiten gericht op de brede maatschappij*

Naast het ondersteunen van cliënten en individuen of mensen uit hun omgeving, zijn activiteiten die gericht zijn op de brede maatschappij een wezenlijk onderdeel van functie 3. Voorbeelden van dergelijke initiatieven zijn onder verschillende namen en vormen terug te vinden, bijvoorbeeld buurtvervlochtening, *community building*, kwartiermaken en warme buurten.

Wanneer men cliënten wil ondersteunen in het behouden of duurzaam herwinnen van hun sociale rollen, moet ook de maatschappij in al haar geledingen ervoor openstaan om die burgers met hun (psychische) kwetsbaarheid te blijven koesteren. Het is de uitdrukkelijke (maar niet de exclusieve) taak van actoren actief rond functie 3 om de maatschappij daarvoor klaar te stomen en aan te passen. Dat betekent elke burger competent maken om met psychische kwetsbaarheden van zichzelf en van zijn medeburgers om te gaan: van buur tot huisbaas, van collega tot werkgever, van vriend tot maatschappelijk werker. Anders geformuleerd: bijdragen aan *community building* is ook een kernopdracht van functie 3.

Kwartiermaken<sup>8</sup> is een permanente maatschappelijke opdracht van het hele netwerk GGZ volwassenen maar van functie 3 in het bijzonder. De realisatie van die *community building* veronderstelt dat de actoren die functie 3 realiseren, heel wat investeren in sociale inbedding, brede netwerking en lobbying in naam van de (potentiële) cliënten.

Eén van de vormen van *community building* is het organiseren, faciliteren en bevorderen van initiatieven waarin ervaringskennis en eigen sturing door cliënten centraal staan. We denken daarbij bijvoorbeeld aan:

- De logistieke en materiële ondersteuning door GGZ-organisaties van ontmoetingshuizen waarin lotgenoten allerlei initiatieven nemen in de vorm van het zelf organiseren van uitstappen, ontspannings- en leermomenten.<sup>9</sup>
- Het opzetten van sociale ondernemingen bestemd voor kwetsbare medewerkers maar geleid door gebruikers.
- Het opzetten van een herstelacademie, met een breed omvattend toegankelijk programma van informatieve sessies, in de eerste plaats geleid door ervaringsdeskundigen ondersteund door professionals, over thema's als rouwverwerking, slaaphygiëne en omgaan met stress.<sup>10</sup>

8 Kwartiermaken is in oorsprong een militaire term. Als legers zich verplaatsen, worden verkenners vooruit gestuurd om een geschikte plek te zoeken om het kamp op te zetten en om de noodzakelijke voorbereidingswerkzaamheden uit te voeren (verwijderen van obstakels, aanleggen water- en voedselvoorraad, verdediging voorbereiden, ...). Dit voorbereiden van de volgende kampplaats is kwartiermaken.

9 In de Engelse literatuur vaak aangeduid met de term *consumer-run*-initiatieven

10 Voor meer informatie: zie [www.herstelacademie.be](http://www.herstelacademie.be)

### 2.1.2. Aanbod in functie 3: specifiek maar niet exclusief

Naast de vaststelling dat werken aan het persoonlijk en/of maatschappelijk herstel geen exclusieve taak is van een actor (noch in de GGZ noch in het geheel van maatschappelijke geledingen), moeten we vaststellen dat we geen enkele activiteit exclusief kunnen toeschrijven aan het persoonlijk herstel noch aan het maatschappelijk herstel.

#### *Andere functies werken ook aan functie 3-thema's*

Zoals hierboven beschreven wordt er tijdens interventies die gericht zijn op het klinisch of functioneel herstel vooruitgekeken naar het persoonlijk en maatschappelijk herstel om zo de behandeldoelstellingen te bepalen. Het behalen van de klinische en functionele doelstellingen wordt eveneens beoordeeld op de meerwaarde voor de kwaliteit van leven. Daarin is het heropnemen van sociale rollen een belangrijke factor. Omgekeerd houden we tijdens het uitvoeren van interventies gericht op het persoonlijke of maatschappelijke herstel rekening met de mogelijkheden en beperkingen die naar boven zijn gekomen tijdens het klinisch of functioneel herstel.

De vermenging en overlap van activiteiten is sterk doordat we eenzelfde activiteit kunnen gebruiken voor verschillende doelstellingen, en dus ook voor verschillende vormen van herstel. Zo kunnen we een stage op een werk- of arbeidszorgvloer gebruiken als een evaluatietool om de mate van klinisch herstel te beoordelen en te bekijken hoeveel restverschijnselen er nog optreden. Men kan dezelfde stageplaats gebruiken als onderdeel van het persoonlijk herstel: uitzoeken wat de resterende competenties en sterkten (nog) zijn van de cliënt ondanks de acute fase. Dezelfde stage kan ook passen in het uitbouwen van het maatschappelijk herstel, bijvoorbeeld door te oefenen in het heropnemen van de rol als werknemer.

Zo kan een gespreksgroep therapeutisch gericht zijn op gedragsverandering en dus passen in het klinisch herstelproces. We kunnen gespreksgroepen ook inzetten om cliënten te laten nadenken over zichzelf en hun toekomst. Die gespreksgroepen passen veeleer in het persoonlijk herstel.

Een groepsprogramma dat gericht is op het oefenen van sommige vaardigheden kan bedoeld zijn als vorm van terugvalpreventie in het kader van het functioneel herstel, maar kan tegelijk bijdragen aan een vorm van maatschappelijk herstel door de cliënt op weg te zetten naar het opnemen van maatschappelijke rollen.

#### *Specifiek maar niet exclusief toe te schrijven aan persoonlijk herstel noch aan maatschappelijk herstel*

Net zoals activiteiten niet tot het exclusieve domein van functie 3 behoren, bestaan er amper activiteiten die tot het exclusieve domein horen van hetzij het persoonlijk herstel, hetzij het maatschappelijk herstel. Zo kan de deelname aan activiteiten op een activerende werkvloer voor de ene cliënt als doel hebben om te experimenteren welke activiteiten hem wel of niet liggen – waar hij goed of minder goed in is – en bijdragen tot zijn eigenwaardegevoel. Voor een andere cliënt kan de deelname aan een activerende werkvloer als doel hebben om te oefenen in de maatschappelijke rol van werknemer.

We kunnen besluiten dat de activiteiten een middel zijn en geen doel.

## 2.2. Concreet aanbod in functie 3

### 2.2.1. Aanbod hoofdzakelijk gericht op persoonlijk herstel: via (re-)oriëntatie naar ontwikkeling van eigenwaarde

De (re-)oriënterende fase van het persoonlijk herstel<sup>11</sup> is sterk gericht op het ontwikkelen van een steviger eigenwaarde, die de resultante is van het samenspel tussen de cliënt en zijn omgeving. Het is een fase met een sterk therapeutische inslag die de focus legt op zelfreflectie, verkennen van de eigen mogelijkheden, hoop, groei- en ontwikkelingskansen. De cliënt boort zijn potentiële ontwikkelingsmogelijkheden aan. Wilken beschrijft de volgende deelaspecten<sup>12</sup>:

- Het (her)ontwikkelen van een “zelf” dat waardevoller is dan “ziekte/crisis”: verhogen van het zelfwaardegevoel (*self-esteem*);
- Het opnieuw verkrijgen van regie en controle over het eigen leven: verhogen van *self-efficacy* (het gevoel vat te hebben op zichzelf en zijn omgeving);
- Het (her)nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid en competent handelen, het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gedrag en problemen, het verhogen van zelfvertrouwen, vastberadenheid, hard werken...: het ontwikkelen van *self-empowerment*;
- Het herstellen/ontwikkelen van relaties die betekenisvol zijn in de ontwikkeling van eigenwaarde na de crisis.

Omdat de deelaspecten zoals hierboven aangehaald per individu zo verschillend zijn, kunnen we stellen dat het aanbod passend in het persoonlijk herstel hoofdzakelijk gericht is op de ondersteuning van individuele cliënten en niet zozeer op de ondersteuning van de brede maatschappij. We herhalen dat we activiteiten kunnen gebruiken in verschillende vormen van herstel en dat afhankelijk van de achterliggende doelstelling waarmee we de activiteit uitvoeren.

Onderstaande opsomming van activiteiten die kunnen bijdragen aan het ondersteunen van het persoonlijk herstel van een cliënt, is exemplarisch bedoeld. Ondersteuning van het persoonlijk herstel vinden we onder meer terug in de volgende activiteiten:

- Individuele gesprekken met een cliënt of groeps gesprekken onder leiding van professionals en/of ervaringswerkers over thema's als eigenwaarde, aanvaarding, zelfreflectie, keuzevrijheid en hoop (*reflectie over wie ben ik, wie wil ik zijn*);
- Lotgenotencontact via ontmoetingshuizen (*hoe gaan anderen met hun problemen om, wie kan ik zijn, welke krachten zitten in mij*);
- Lotgenotencontact via herstelwerkgroepen waarin cliënten zichzelf organiseren als een vereniging en andere cliënten ondersteunen;
- Informatie/ oefensessies over levensvaardigheden: relaties, lichamelijke gezondheid, beweging, gezonde voeding, draagkracht-draaglast, zelfwaarde, omgaan met piekeren (*hoe versterk ik mezelf*);
- Herstelacademies, die een open ondersteuningsaanbod realiseren voor zowel cliënten als burgers samen in gemeenschappelijke sessies rond gezondheids promotie en -bevordering van geestelijke gezondheid en psychisch herstel<sup>13</sup>;
- Vaardigheidstrainingen (*nieuwe vaardigheden leren: ik ben meer dan mijn ziekte*);
- Stages op een activerende werkvloer, in een arbeidszorginitiatief, bedrijf of organisatie (*wat kan ik, wat boeit mij*);
- Vrijwilligerswerk (*ik kan iets, ik beteken iets*);

11 Voor een uitgebreidere beschrijving van persoonlijk herstel, zie bijlage 2.

12 Wilken, J.-P. 2012. "Het verloop van herstelprocessen", *Tijdschrift voor rehabilitatie en herstel van mensen met psychische beperkingen*, 3: 18-31 (hier p. 24-25).

13 Zie voor meer info [www.herstelacademie.be](http://www.herstelacademie.be)

- *Consumer-run*-initiatieven, waarbij burgers – ook burgers met een psychische kwetsbaarheid – experimenteren met het opnemen van verantwoordelijkheden en hun competenties verder ontplooiën, wat bijdraagt tot hun eigenwaarde.

### 2.2.2. Aanbod hoofdzakelijk gericht op maatschappelijk herstel: via (re-)integratie in functie van maatschappelijke inclusie

De algemene doelstelling van maatschappelijk herstel is cliënten met een psychische/psychiatrische kwetsbaarheid als burger laten participeren aan de samenleving. Deel uitmaken van een gemeenschap houdt in dat mensen die verbondenheid zichtbaar maken in maatschappelijke rollen en verantwoordelijkheden. Mensen doen dat via contacten met vrienden en familieleden, hun vrijetijdsactiviteiten en het verenigingsleven en niet in het minst via hun werk. Via effectieve deelname aan activiteiten in die levensdomeinen voelt iemand zich verbonden met de gemeenschap en vervult sociaal aanvaarde rollen. Die sociale rolvervulling is voor cliënten met GGZ-problemen niet vanzelfsprekend. Werken aan maatschappelijk herstel heeft als doelstelling die sociale rolvervulling op gang te brengen of, al dan niet tijdelijk, te ondersteunen/versterken zodat de cliënt opnieuw deel uitmaakt van de samenleving.

Zoals al beschreven proberen GGZ-actoren maximaal een beroep te doen op het reguliere aanbod buiten de GGZ om cliënten te ondersteunen in het traject naar maatschappelijke participatie als ouder, buur, vriend, werknemer, collega... In sommige gevallen volstaat het aanbod van de gebruikelijke diensten echter niet. Dan zijn de gespecialiseerde GGZ-actoren aan zet om de cliënten met een psychische kwetsbaarheid zolang als nodig te ondersteunen om stappen te zetten richting maatschappelijke participatie.

Hierna staan we uitsluitend stil bij het aanbod vanuit **de gespecialiseerde GGZ-actoren**. Om cliënten te ondersteunen in hun (re-)integratie kunnen hulp-, dienst- en zorgverleners op verschillende manieren te werk gaan:

- Een (zorg-)actor kan een **groepsaanbod** organiseren: een breed en in de tijd doorlopend aanbod waaruit de cliënt één of meer puzzelstukken kiest die passen in zijn persoonlijk ontwikkelingsplan. De cliënt stelt als het ware zijn eigen menu samen uit het breed beschikbare aanbod in de regio. Door het in tijd doorlopend groepsaanbod krijgen cliënten de mogelijkheid om zich attitudes en vaardigheden eigen te maken binnen een beschermde omgeving. Op die manier kunnen zij hun doelstellingen op hun eigen tempo bereiken. In dat opzicht vormt het groepsaanbod een “voortraject” en kan het dienen als uitvalsbasis voor verdere doorstroming. Voor zij die, ondanks alle inspanningen, geen of slechts op zeer lange termijn aansluiting vinden bij de “gewone” samenleving kan het groepsaanbod (voorlopig) de enig mogelijke en haalbare optie zijn om maatschappelijke rollen op te nemen.
- **Individueel aanbod in de vorm van trajectbegeleiding** is erop gericht om het individu aansluiting te laten vinden bij de bestaande, gebruikelijke mogelijkheden in de samenleving en dat in de levensdomeinen arbeid, vorming, vrije tijd, ontmoeting en wonen. Naargelang de hersteldoelstellingen en de mate waarin de cliënt reeds doelstellingen heeft bereikt, kan de trajectbegeleiding:
  - Zich voor de ene cliënt toespitsen op het individueel begeleiden van een cliënt in de waaier van het groepsaanbod binnen de GGZ;
  - Zich voor een andere cliënt toespitsen op het individueel begeleiden naar gebruikelijke (niet-gespecialiseerde GGZ-) diensten en voorzieningen, bv. de cliënt introduceren in de lokale pingpongclub of bibliotheek;
  - Zich voor nog andere cliënten toespitsen op de combinatie van beide.

We onderscheiden het groepsaanbod van de trajectbegeleiding maar scheiden het niet. Beide vormen van aanbod zijn tegelijk nodig:

- Vanuit een individuele trajectbegeleiding kan een cliënt ook deelnemen aan activiteiten van het groepsaanbod. Of na een deelname aan het groepsaanbod kan men de cliënt toeleiden naar een andere, meer geïntegreerde/"genormaliseerde" vorm van participatie.
- Aangezien het herstel van cliënten geen rechtlijnig proces is, moet men altijd rekening houden met "terugval" en blijft voor vele cliënten een langdurige ondersteuning en opvangmogelijkheid op verschillende levensdomeinen aangewezen. In die context fungeert het groepsaanbod voor die cliënten als "ankerpunt" en "terugvalbasis" naast de functie als springplank naar een hoger niveau van participatie.

Naast het ondersteunen van individuele cliënten of groepen van cliënten kan men ook een aanbod ontwikkelen dat gericht is naar professionelen of naar de brede maatschappij.

### *Doelstelling werk en opleiding*

Als basis voor de beschrijving van een cliëntgericht aanbod in het domein werk en opleiding gebruiken we de participatieladder die Vlaanderen hanteert als uitgangspunt voor het decreet werk- en zorgtrajecten. Voor de doelstelling werk en opleiding zijn de treden 3 tot en met 6 relevant.

#### **6. Betaald werk**

#### **5. Betaald werk met ondersteuning**

#### **4. Tijdelijke activerende trajecten**

#### **3. Arbeidsmatige activiteiten onder begeleiding met welzijns- en zorgbegeleiding**

#### **2. Sociale contacten buitenshuis**

#### **1. Contacten beperkt tot de huiselijke kring**

### **Groepsaanbod (gericht op de treden 3 t.e.m. 6)**

Het groepsaanbod is een verzamelterm voor de activiteiten die gericht zijn op het beoordelen van arbeidsmogelijkheden: het kiezen, het vinden en het behouden van een geschikte werkplek voor cliënten met een psychische kwetsbaarheid. Tot arbeidsmatige activiteiten behoort ook het aanbod van arbeidsgerichte opleidingen thuis en daarmee samenhangend ook allerlei vormingsinitiatieven die gericht zijn op het verwerven van arbeidscompetenties. Die kan de cliënt in een later stadium inzetten in een reële arbeidsmatige context.<sup>14</sup> De GGZ-actoren voeren die activiteiten bij voorkeur samen uit met de gebruikelijke toeleiders naar onderwijs en werk (bijvoorbeeld VDAB, GTB, GOB) en aanbieders van arbeid (maatwerkbedrijven en arbeidszorgcentra, normaal economisch circuit). De nadruk ligt sterk op de individuele begeleiding. Daarnaast wordt ook gebruik gemaakt van andere benaderingen: trajectbegeleiding, assessment, arbeidszorg, vaardigheidstraining, aanleren van arbeidsattitudes, sollicitatietraining... De activiteiten zijn niet voorbehouden voor patiënten die een reguliere betrekking in het normale economische circuit aankunnen. De uitkomst van de begeleiding kan net zo goed een alternatieve werkvorm zijn, bijvoorbeeld vrijwilligerswerk of arbeidszorg.

<sup>14</sup> We hebben het hier niet over allerlei vormingsinitiatieven die gericht zijn op de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt, bv. cursus fotografie, talen. Die horen thuis onder het aanbod inzake vrijetijd en ontmoeting.

Vormen van groepsaanbod in het domein arbeid zijn onder meer:

- Arbeidszorg: leveren van zinvolle arbeidsmatige activiteiten op een werkvloer, waarbij rekening wordt gehouden met de eigenheid van de cliënt en waarbij het productieniveau niet het eerste criterium is (wat wel het geval is in een normaal economisch circuit);
- Activerende werkvloeren, waar cliënten hun (niet-vaktechnische) arbeidsvaardigheden kunnen aanscherpen;
- Vormingsmodules rond werk: cursus studiemethoden, hoe studeren op latere leeftijd, huiswerkbegeleiding in groep, sollicitatietrainingen, sociale vaardigheden.

### **Individueel aanbod in de vorm van trajectbegeleiding en coaching (gericht op de treden 3 t.e.m. 6)**

- Toeleiding naar tweedekansonderwijs, volwassenenonderwijs, naar een opleiding ervaringsdeskundigheid;
- Aangepaste studiebegeleiding voor studenten met een psychische kwetsbaarheid die hun examens willen afleggen voor de centrale examencommissie;
- Jobcoaching, loopbaanontwikkeling, loopbaanbegeleiding;
- Individuele Plaatsing en Steun (IPS): onmiddellijk toeleiden van mensen met een psychische kwetsbaarheid naar een werkplek en hen trainen en ondersteunen op die werkvloer;
- Opdracht casemanager werk / opdracht casemanager zorg / arbeidscoach GGZ in de lokale gemeenschap met een duidelijke expertise gericht op mensen met een psychische kwetsbaarheid;
- Organiseren van stages in bedrijven in het normaal economisch circuit;
- Toeleiding naar vrijwilligerswerk al dan niet als voortraject naar werk;
- Ondersteuning van de werkgever bij herintrede op de werkplek na een ziekteperiode;
- Ondersteuning en coaching van de gebruikelijke trajectbegeleiders naar werk in het omgaan met de specifieke noden van mensen met een psychische kwetsbaarheid, bijvoorbeeld het ondersteunen van trajectbegeleiders van VDAB of GTB.

*Doelstelling vrije tijd en ontmoeting*

### **Groepsaanbod voor cliënten (trede 2) en hun omgeving**

De activiteiten vinden plaats in een herkenbare omgeving, vaak onder de naam van een ontmoetingshuis of (dag-)activiteitencentrum. De kenmerken van dit groepsaanbod zijn:

- vangnet en springplank;
- laagdrempelig;
- informeel competenties oefenen;
- lotgenotencontact;
- vnl. buiten kantooruren;
- idealiter geleid door gebruikers en niet door professionals.

Een andere vorm van doorlopend aanbod is het organiseren van uitstappen en vakanties. Zie ter inspiratie de vakantieladder in bijlage 8.

Het gebouw van een ontmoetingshuis of activiteitencentrum functioneert daarnaast nog als draaischijf voor allerlei andere activiteiten die het maatschappelijk herstel ondersteunen, bijvoorbeeld door het oprichten en ondersteunen van zelfhulpgroepen, herstelacademie, het uitbouwen van een patiëntenbeweging op het lokale niveau, het organiseren van “maatjesprojecten” en “vriendendiensten”.

Sleutelwoord hierbij is “ondersteunen van empowerment”.

## **Individueel aanbod in de vorm van trajectbegeleiding (trede 2)**

Hierbij gaat het om de begeleiding van cliënten bij het kiezen, het vinden, het toeleiden naar en het behouden van een gepaste vrijetijdsbesteding. De activiteiten vinden vaak individueel plaats. De begeleiding vereist een uitgebreide kennis van het lokaal beschikbare aanbod evenals een uitgebreid persoonlijk netwerk van contacten tussen de trajectbegeleider en vertegenwoordigers van gebruikelijke sociale organisaties (bv. wijkwerking, dienstencentrum, woonzorgcentrum, school), verenigingen (sport, natuur en cultuur) en diensten (bv. bibliotheek, cultureel centrum, OCMW). De buddywerking kan daarin een rol opnemen.

### *Doelstelling wonen*

Naar analogie met de participatieladder zijn er activiteiten die cliënten ondersteunen met een verschillende nood aan woonondersteuning (zie bijlage 7). Het gaat om cliënten:

- die over een toereikende huisvesting beschikken;
- die zich in een ontoereikende woonsituatie bevinden;
- die zich in een instabiele woonsituatie bevinden;
- die in een opvang wonen;
- die dakloos zijn.

In het domein wonen verkennen professionals samen met de cliënt zijn woonbehoeften en trainen zijn woon- en zelfzorgvaardigheden. Het is de bedoeling de cliënt in staat te stellen het leven terug op te nemen of te behouden door woonvaardigheden aan te leren en ondersteuning te bieden. Woonondersteuning in de vorm van het overnemen van boodschappen, poetsen... behoort niet tot de primaire opdracht van functie 3 maar tot functie 5. Ook de ontwikkeling van specifieke woonzorgvormen behoort niet tot functie 3, maar eveneens tot functie 5.

## **Groepsaanbod voor cliënten**

Voorbeelden hiervan zijn:

- Versterken van de woonvaardigheden van cliënten die een woning huren bij een sociale huisvestingsmaatschappij en eruit dreigen te worden gezet;
- Vormingssessies over geldbeheer of gezonde voeding.

## **Individueel aanbod**

- *Housing first*-projecten, waarbij cliënten onmiddellijk een woning krijgen toebedeeld, onafhankelijk van het feit of ze ingaan op aangeboden zorg. Het gevoel te kunnen beschikken over een eigen woning is de trigger om deze cliënten in gang te krijgen om hun leven opnieuw op de rails te zetten.
- Woonzoeker in de vorm van een aangesteld persoon die kennis heeft van de woonmarkt in de regio maar ook van GGZ en met cliënten met een psychische kwetsbaarheid op stap gaat om een gepaste woning te zoeken.
- Individuele training in zelfzorg, sociale vaardigheden en/of woonvaardigheden.



**DEEL 3**

**REALISATIE VAN FUNCTIE 3**



De basis voor de realisatie van de vijf functies is de *Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgnetwerken en zorgcircuits*, zoals bekrachtigd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2010. Met andere woorden: vóór er sprake was van de zesde staats hervorming.

### 3.1. Functie 3 vóór de zesde staats hervorming

Heel wat patiënten met een psychische kwetsbaarheid hebben na een acute fase te kampen met functionele problemen op verschillende levensdomeinen. Daarom bouwden de psychiatrische ziekenhuisdiensten vanaf het midden van de jaren 1970 een therapeutisch aanbod uit om die functionele beperkingen te verminderen. Daarbij werd al snel duidelijk dat een groep van patiënten nood heeft aan een langer durende ondersteuning. Die is nodig om de cliënten hun functioneringsniveau te laten behouden en om terugval te vermijden. Het aanbod kreeg vorm via daghospitalisatie. Sommigen stellen zich de vraag of de klemtoon hier ligt op het functioneel herstel dan wel op een beperkte vorm van maatschappelijk herstel. In die laatste hypothese vormt deze vorm van daghospitalisatie een onderdeel van functie 3, in de eerste hypothese niet.

Omdat vele psychiatrische pathologieën een zware invloed hebben op de toekomstverwachtingen, besteden psychiatrische ziekenhuizen in hun behandeltraject ook uitgebreid aandacht aan een (her-)oriëntering van de patiënt. Tijdens het traject staat de cliënt uitgebreid stil bij zijn resterende mogelijkheden, zijn dromen, zijn bronnen van hoop en zijn gevoel van eigenwaarde. Dat zijn allemaal topics die thuishoren onder het persoonlijk herstel en dus ook onder functie 3.

Beleidsverantwoordelijken van het RIZIV constateerden vanaf de jaren 1980 een behandelkloof tussen het residentieel behandelaanbod en het therapeutisch ambulant aanbod. Om die kloof te dichten, sloot het RIZIV overeenkomsten “psychosociale revalidatie volwassenen” (772-overeenkomsten) af om een afgebakende groep van cliënten te ondersteunen. In dat bijkomend RIZIV-aanbod ligt de klemtoon op zowel het persoonlijke als het maatschappelijk herstel.<sup>15</sup>

Nadien, bij de uitwerking van de *Gids*, werden die overeenkomsten 772 gezien als een middel om een bijkomend aanbod te realiseren om het persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten te ondersteunen. De politiek verantwoordelijken beslisten om in elk netwerk GGZ volwassenen minstens één dergelijke revalidatieovereenkomst te financieren. Om het maatschappelijk herstel in het specifieke domein arbeid te versterken, koos de politiek ervoor om de overeenkomsten uit te breiden met een arbeidscoach GGZ per netwerk.

In een eerste experimentele fase vanaf 2000 werd de opdracht activering via een B4-pilootproject toevertrouwd aan de psychiatrische ziekenhuizen. Daarna volgde een voortdurend pingpongspel tussen de federale overheid en de gemeenschappen: wie was bevoegd voor de sociale inclusie van zieke mensen? Ging het in de eerste plaats om zieke mensen (en bijgevolg horend tot de federale bevoegdheid) of om sociale inclusie (en bijgevolg een persoonsgebonden materie en behorend tot de gemeenschapsbevoegdheid)? Uiteindelijk klikte de politiek de opdracht activering vast aan de initiatieven beschut wonen, die de functie activering als een regionale opdracht dienden in te vullen voor het geheel van alle inwoners van een werkingsgebied.

Door de toewijzing van enkele functie 3-opdrachten aan een aantal actoren en organisaties, doken er problemen op:

15 Zie ook: Pauwelyn, Ludewei. 2016. *Revalidatieconventies Geestelijke Gezondheidszorg. Portfolio en aanbevelingen voor een nieuw Vlaams beleid*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

- Door de opdracht activering als regionale opdracht toe te wijzen aan de initiatieven beschut wonen maar tegelijk het aantal gefinancierde VTE afhankelijk te maken van de grootte van het initiatief beschut wonen (en niet van de grootte van de regio), ontstond er onduidelijkheid over het feit of de opdracht activering nu wel of niet een regio-opdracht is dan wel een opdracht ten aanzien van de bewoners van het eigen initiatief beschut wonen.
- Door de toewijzing van een overeenkomst psychosociale revalidatie volwassenen aan elk netwerk GGZ volwassenen, inclusief een arbeidscoach, duikt onmiddellijk een capaciteitsprobleem op: hoe kunnen enkele VTE op één plaats een grote groep potentiële cliënten bereiken? Bovendien verschilt het inwonersaantal per netwerk terwijl het aantal gefinancierde VTE per overeenkomst gelijk is.
- Net zoals andere zorgvormen, is de zorgvorm "daghospitalisatie" niet eenduidig toe te wijzen aan één functie. Dat betekent dat op het terrein slechts een aantal eenheden daghospitalisatie de opdracht van functie 3 opnemen en andere eenheden daghospitalisatie een andere opdracht vervullen.

### **3.2. De zesde staatshervorming als opportuniteit voor functie 3?**

Voordat de federale overheid de hierboven geschetste problemen kon oplossen, trad de zesde staatshervorming in werking. Door die staatshervorming werden de initiatieven beschut wonen (en dus inclusief de opdracht activering) en de revalidatieovereenkomsten overgedragen naar de gemeenschappen. De psychiatrische ziekenhuisdiensten bleven hoofdzakelijk onder federale vleugels.

In verhouding gaat het om beperkte budgetten. Vlaanderen heeft de bevoegdheid gekregen over:

- Ongeveer 61,5 VTE via activering in beschut wonen, budget ca. 3,372 miljoen euro;
- Circa 146,4 VTE via de revalidatieovereenkomsten 772, waarvan 11 VTE arbeidscoaches, voor een budget van ca. 12,117 miljoen euro.

Sommige centra geestelijke gezondheidszorg, die onder Vlaanderen ressorteren, nemen opdrachten op binnen functie 3. Zij stellen bijvoorbeeld personeel ter beschikking van een arbeidszorgcentrum of baten zelf een dagactiviteitencentrum uit. Wetende dat de IBW en de revalidatieovereenkomsten 772 nu duidelijk onder Vlaamse bevoegdheid vallen en dat Vlaanderen voordien al beschikte over de persoons- en grondgebonden materies zoals arbeid, wonen, onderwijs enz. is het duidelijk dat de realisatie van functie 3 zeker mee onder Vlaamse bevoegdheid valt.

De aanwezigheid van een structureel aanbod in functie 3 stelt ziekenhuizen in staat om een deel van het therapeutisch proces buiten de muren van het ziekenhuis te laten plaatsvinden en aldus de residentiële opname in te korten. Vanuit die logica hebben veel psychiatrische ziekenhuizen en enkele algemene ziekenhuizen vanuit eigen middelen personeelsleden gedetacheerd naar een specifiek aanbod functie 3, bijvoorbeeld ter versterking van een bestaande personeelsequipe in een dagactiviteiten-, inloop- of arbeidszorgcentrum. Het aantal VTE dat Vlaamse PZ en AZ vanuit eigen middelen in dergelijke vormen van functie 3 inzetten is niet gekend.

Functie 3 gaat voornamelijk over de ondersteuning van cliënten in hun persoonlijk en maatschappelijk herstel, overspant per definitie verschillende levensdomeinen en moet in de eerste plaats aanvullend en complementair zijn aan het gebruikelijke ondersteuningsaanbod ten dienste van elke burger buiten de GGZ. Vertrekkende vanuit die premissen is het duidelijk dat de verantwoordelijkheid om het persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten te ondersteunen ligt bij vele actoren uit verschillende levensdomeinen, zoals welzijn, werk, sociale economie, wonen, cultuur, sport, onderwijs. Dat zijn allemaal Vlaamse bevoegdheden.

### 3.3. Functie 3 in de toekomst

De Vlaamse regering besliste om alle overkomende bevoegdheden inzake zorg (en dus ook de initiatieven beschut wonen en de revalidatiecentra GGZ) onder te brengen in de Vlaamse sociale bescherming. Ook de realisatie van functie 3 door GGZ-actoren zal dus worden ingekanteld in die Vlaamse sociale bescherming. Dat betekent dat het werken aan persoonlijk en maatschappelijk herstel zich moet inschrijven in de onderliggende principes van de Vlaamse sociale bescherming:<sup>16</sup>

- Een systeem voor alle mensen met een verminderd niveau van functioneren, ongeacht de oorsprong van het verminderd functioneren. Daardoor vervagen de grenzen tussen aanbieders van zorg en ondersteuning uit verschillende sectoren. Dat houdt in dat in de toekomst de grenzen tussen sectoren (GGZ en niet-GGZ) vervagen en de expliciete categorieën van zorgvragers zullen verdwijnen. Dat zal leiden tot minder categoriaal aanbod en tegelijk tot zorgaanbieders die het persoonlijk en/of maatschappelijk herstel van diverse cliëntengroepen zullen ondersteunen. Met andere woorden: de bestaande grenzen tussen diverse actoren en sectoren zullen vervagen.
- Er is nood aan een uniform zorgzwaarte-inschalingsinstrument dat ook de zorgnoden op het vlak van persoonlijk en/of maatschappelijk herstel in rekening brengt.
- In de veronderstelling dat aan de vorige eis is voldaan, zal een aanbieder van functie 3 slechts worden gefinancierd à rato van het aantal zorgvragers die wensen gebruik te maken van het aanbod van die actor: geen klanten, geen inkomsten als organisatie. Op basis van die vaststelling kunnen we voorspellen dat het aanbod binnen functie 3 in de toekomst zal wijzigen in functie van de wijzigende zorgvragen van cliënten. Niet alleen het globale aanbod zal wijzigen, ook het aanbod van individuele organisaties en dienstverleners, zowel binnen als buiten de GGZ.
- In bovenstaande financieringswijze is geen rekening gehouden met de niet-cliëntgebonden ondersteuning. We denken hierbij aan de ondersteuning van andere professionals of de ondersteuning van de brede maatschappij. We suggereren dat die vorm van ondersteuning aan het maatschappelijk herstel wordt gefinancierd via de organisatiegebonden kosten, en dat onafhankelijk van de *caseload* van cliënten in begeleiding.

Naast de Vlaamse sociale bescherming kijken we ook naar de federale overheid voor de ondersteuning van de uitbouw van functie 3. Zoals hoger al aangegeven, is functie 3 geen exclusieve Vlaamse bevoegdheid. We spreken van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid waarin ook federaal aangestuurde actoren een rol spelen. De aanwezigheid van een aanbod in functie 3 opent perspectieven om het aantal heropnames te beperken en/of de opnameduur van patiënten te beperken. Idem dito voor de ondersteuning van cliënten door een mobiel team 2B: naarmate er minder aanbod is binnen functie 3, dienen de medewerkers van de mobiele teams 2b die rol over te nemen. Het federale niveau heeft er eveneens belang bij dat functie 3 in de netwerken GGZ volwassenen volwaardig wordt uitgebouwd.

Ten slotte willen we benadrukken dat de keuze van de overheden om de afbouw/bevriezing van bedden te verenigen tot de uitbouw van functie 2 en 4, een grote negatieve invloed heeft op de verdere opportuniteiten van de federaal aangestuurde ziekenhuizen om blijvend in te zetten op functie 3. De keuze van de federale overheid om prioriteit te geven aan de uitbouw van de mobiele equipes, leidde ertoe dat psychiatrische ziekenhuizen zich gedwongen voelen de detachering van personeelsleden naar functie 3 in te trekken en in te zetten in de uitbouw van de mobiele teams of de intensifiëring van zorg in het eigen ziekenhuis. Daardoor komt de uitbouw van functie 3 onder druk te staan.

16 Zie ook Van den Broeck, Clara. 2017. *Vlaamse sociale bescherming. De visie van Zorgnet-Icuro op de uitrol van de persoonsvolgende financiering*. Brussel: Zorgnet-Icuro.



**DEEL 4**

**AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN**

### **Nood aan een duidelijke definitie van functie 3**

We bevelen de overheden aan om de definitie en invulling van functie 3, zoals uitgewerkt in punt 3 van dit cahier, over te nemen.

### **Nood aan mensen en middelen**

De fasen van persoonlijk en maatschappelijk herstel gelden zowel voor cliënten met een GGZ-probleem in een eenmalige episode als voor alle mensen met een ernstige psychische/psychiatrische aandoening. Men kan het operationaliseren van functie 3 in de GGZ niet los zien van de verantwoordelijkheden en opdrachten van vele andere sectoren en beleidsdomeinen. Om functie 3 echt waar te maken, is er nood aan voldoende bijkomende medewerkers, zowel niet-categoriaal als categoriaal, om voor vele mensen een brede participatie te bereiken. Die nood aan mensen en middelen wordt versterkt door de vaststelling dat de realisatie van de netwerken GGZ volwassenen niet kan slagen zonder de daadwerkelijke uitrol van functie 3 in elk werkingsgebied. De uitrol van de andere functies zal vastlopen indien functie 3 niet of in onvoldoende capaciteit of breedte wordt gerealiseerd.

We kijken vol verwachting uit hoe de Vlaamse overheid daaraan tegemoet zal komen in de Vlaamse sociale bescherming, al is het niet aangewezen te wachten tot in 2023 vooraleer er bijkomende middelen beschikbaar zijn voor de realisatie van functie 3. Gelet op de gemeenschappelijke opdracht van vele overheden, kijken we ook naar het federale niveau voor de verdere uitbouw van functie 3. Daarbij willen we nogmaals benadrukken dat de keuze van de overheden om de mobiele equipes voorrang te geven bij de uitbouw van de functies, ervoor zorgt dat functie 3 onder druk staat. Daarnaast moet er ook duidelijkheid komen over de alternatieve financieringsbronnen die organisaties kunnen benutten om functie 3 uit te rollen. We denken bijvoorbeeld aan de inzet van bijkomende personeelsleden via de sociale maribel of het derde arbeidscircuit.

We zijn ons ervan bewust dat de financiering van functie 3 uit zowel federale als Vlaamse middelen aanleiding kan blijven geven tot een voortdurend pingpongspel tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus, die elk willen dat het andere bevoegdheidsniveau met bijkomende centen over de brug komt. Die patstelling moeten we te allen tijde vermijden door beide bevoegdheidsniveaus voor hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te stellen.

We verwachten van de overheden dat ze de bijkomende mensen en middelen in de eerste plaats inzetten in gebieden met een lage capaciteit. Dit om de gevolgen van de historisch ongelijke spreiding van het aanbod te verminderen. Als de Vlaamse overheid op termijn het aanbod ter ondersteuning van het persoonlijk en maatschappelijk herstel daadwerkelijk wil opnemen in de persoonsvolgende financiering binnen de Vlaamse sociale bescherming, kunnen we een zekere correctie op de ongelijke spreiding verwachten. De rugzakfinanciering van de cliënt is immers niet gekoppeld aan actoren of aan voorzieningen maar wel aan het individu met zorgnoden, waar die zich ook bevindt.

Hier kunnen we ook de verbinding maken met de op stapel staande zorgstrategische planning. We willen een oefening maken om een inschatting te maken van de noden per regio en de (in)congruentie met het aanwezige aanbod voor functie 3 (maar ook de andere functies gelet op de onderlinge verwevenheid van de functies).

### **Verankering in het decreet GGZ**

We verwachten van de Vlaamse overheid dat ze de invulling van functie 3 structureel zal verankeren in het aangekondigde decreet geestelijke gezondheid. Pas onder die voorwaarden worden alle netwerken GGZ volwassenen uitgedaagd om functie 3 daadwerkelijk en volwaar-

dig te realiseren. Vlaanderen moet evenmin wachten om de actoren waarvoor zij bevoegd is, in staat te stellen om hun deel van de opdracht op te nemen. Eén concrete en voor de hand liggende uitbreiding is de rol van GGZ-actoren in het decreet werk- en zorgtrajecten. Hier moet Vlaanderen zorgen voor een structurele inbedding en uitbreiding van de arbeidscoaches GGZ in de werk- en zorgtrajecten en voor de volwaardige uitbouw van arbeidszorg.

### **Nood aan intersectorale beleidsmatige afstemming**

Organisaties die willen investeren in de uitbouw van functie 3 ondervinden tegenkanting door de politieke verwarring over bevoegdheden over de verschillende beleidsniveaus heen maar ook door de verwarring tussen verschillende beleidsdomeinen binnen eenzelfde beleidsniveau. Sociale inclusie laat zich immers niet vangen in één beleidsdomein. Net zoals we van lokale actoren verwachten dat ze samenwerken om te komen tot persoonlijk en maatschappelijk herstel van cliënten, verwachten we van de politieke verantwoordelijken om over beleidsniveaus en -domeinen heen samen te werken om te komen tot volwaardig burgerschap, ook voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.

De Vlaamse ministers bevoegd voor werk, sociale economie en volksgezondheid dienen dringend werk te maken van de uitvoering van het decreet werk- en zorgtrajecten. Zij dienen blijvend te investeren in de opgebouwde samenwerkingen tussen de actoren werk en GGZ zoals uitgebouwd in de tenders TAZ en DAZ.

### **Nood aan aangepaste financieringskaders en flexibiliteit**

Financieringskaders moeten worden herzien zodat actoren worden gestimuleerd om te investeren in de uitrol van functie 3. Bovendien moeten de actoren in staat worden gesteld om de cliënten met een psychische kwetsbaarheid in functie van hun noden een gepast en individueel afgestemd aanbod aan te bieden. Dat vereist een veel grotere flexibiliteit in activiteiten en aanbod dan vandaag het geval is.

### **Functie 3 als onderdeel van getrapte zorg**

Functie 3 heeft een rol te spelen in preventie van (herval van) toekomstige problematieken, in preventie van eventuele toekomstige intensieve residentiële behandelingen en in de ontlasting van de opdracht van de mobiele equipes. Een investering in functie 3 past dan ook in het denkkader van getrapte zorg en kan bijgevolg de maatschappelijke kost in andere zorgvormen en andere beleidsdomeinen doen dalen. We moeten ook nadenken hoe we de expertise van functie 3 kunnen inbrengen in de eerste lijn. Eveneens is het aangewezen op zoek te gaan naar mechanismen om de “baten” terug te laten vloeien naar de “kostenplaatsen”. Ook hier zullen we de grenzen van de beleidsdomeinen moeten durven overstijgen. We durven dromen van mechanismen zoals gebruikt binnen de projecten “chronische zorg”. Misschien komen we ooit tot een “participatiebudget” voor de burger, waarin middelen van arbeid, zorg, welzijn, vrije tijd, onderwijs... kunnen worden gepoold.



**BIJLAGEN**

## Bijlage 1: Vermaatschappelijking van zorg: een paradigmashift in de GGZ

In de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken* (2010) staat de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg centraal. Die keuze is enerzijds ingegeven door algemeen maatschappelijke ontwikkelingen die veel ruimer gaan dan de GGZ-sector alleen. Anderzijds is die keuze mede ingegeven door een paradigmashift binnen de GGZ-sector: van “behandeling naar herstelondersteunende zorg”.

Een van de meest geciteerde definities van herstel is afkomstig van Anthony (1993)<sup>17</sup>: “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. Herstel betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven.”

*Herstel gaat over het (leren) leven met een ontwrichtende aandoening, beperking, of kwetsbaarheid waarbij de mogelijkheden en de kracht van de mens centraal staan. Dit in tegenstelling tot de onmogelijkheden van de beperking, aandoening of kwetsbaarheid. Herstel is dan ook een individueel en persoonlijk proces waarbij het (weer) gaan functioneren in sociale rollen een belangrijk streven is. Belangrijk hierbij is om herstel steeds te blijven zien als een proces dat niet altijd een uitkomst aanduidt: herstellen is ook zeer goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. Het impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en een geleidelijke inwisseling van patiëntidentiteit naar burgerschap<sup>18</sup>.*

Opvallend en richtinggevend is het slot van het synthese-artikel van Droës<sup>19</sup>(p.16): “Herstel is in snel tempo volwassen aan het worden. De opkomst van herstel zorgt binnen de GGZ voor een echte paradigmawisseling, waar achteraf gezien rehabilitatie misschien een voorbode van was... Herstellen is wat de cliënt doet. Herstelondersteuning is de hulp die hij daarbij krijgt. Herstelondersteunende zorg is wat de zorg hierin bijdraagt. En rehabilitatie is een van de elementen van herstelondersteunende zorg... Wat met name moet worden bevochten is het besef dat herstelondersteunende zorg geen perifeer grensgebied van de zorg is, maar dat het ondersteunen van herstel de kern van de GGZ behoort te zijn.”

Deze paradigmawisseling, nl. de bril van “herstel” om naar mensen met psychische problemen en de daarbij verstrekte hulp te kijken is een kernopdracht voor alle functies gevat in artikel 107 (cf. hierboven Droës: ondersteunen van herstel moet de kernopdracht van de GGZ zijn) en dus niet het alleenrecht/de opdracht van een functie (i.c. functie 3). Binnen die herstelvisie dienen de vijf functies van de netwerken GGZ volwassenen te worden uitgebouwd en dus ook de realisatie van functie 3: psychosociale rehabilitatie, of beter op weg naar zelfrealisatie via identiteitsontwikkeling en maatschappelijk participatie.

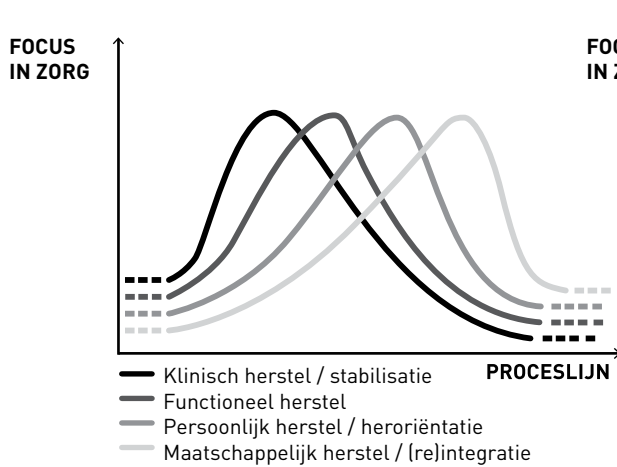
17 Anthony, W.A., 1993. “Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990’s”, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 4: 11-23.

18 Hendriksen-Favier, Annemieke, Nijmens, Karla en van Rooijen, Sonja. 2012. *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimbosinstituut.

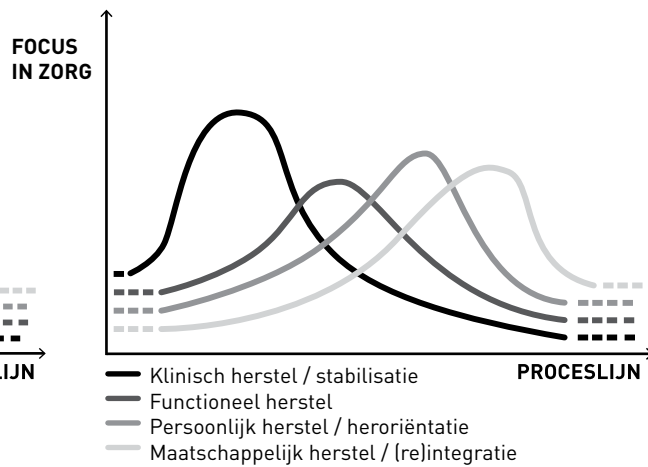
19 Dröes, J. en Witsenburg, C. 2012. *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. SWP books.



## Bijlage 2: Herstelschema



Figuur 1



Figuur 2

Het schema is een weergave van “herstel” en de verscheidene deelprocessen ervan, waarbij figuur 1 een **ideaaltypisch model** voorstelt. Vaak verloopt het herstel echter niet zo lineair (herval...). De “proceslijn” (horizontale as) dient dan ook niet gezien te worden als een tijdslijn (!), maar als een **continuüm, waarop de cliënt kan verschuiven in beide richtingen**. Deelprocessen zijn bovendien uniek, individueel, en dat zou leiden tot verschillen in de hoogte van de curves, breedte, herhaling... , zoals figuur 2 illustreert.

Het schema geeft weer dat de deelprocessen in feite gelijktijdig zijn, maar waarbij telkens een deelproces primeert in de zorg, naargelang de specifieke nood aan herstelondersteuning bij de cliënt. Het zijn aldus geen fasen die elkaar opvolgen, maar **voldoende evolutie in een deelproces** is wel nodig om tot een verschuiving van focus te komen!

De deelprocessen staan altijd in interactie, hebben steeds een invloed op elkaar.

Het schematisch totaalproces wordt niet noodzakelijk volledig doorlopen, en in sommige situaties kan een deelproces zelfs (tijdelijk) wegvallen (bv. stabilisatie op langere termijn).

Het schema illustreert de uitdaging om een cliënt te situeren op basis van **inschatting van de primaire ondersteuningsnood**, en van daaruit de **zorg/ondersteuning bij te sturen** en zodoende de kans op een optimaal herstelverloop te vergroten.

## Bijlage 3: Uitdieping van (re-)oriëntatie als persoonlijk herstel

### Aspecten van (re-)oriëntatie

#### *Eigenwaarde*

(Re-)oriëntatie valt in belangrijke mate samen met een proces rond “eigenwaarde”. Er wordt vertrokken vanuit de klassieke vragen “Wie ben ik?”, “Wat kan ik/niet?”, “Wat wil ik / heb ik nodig om een kwaliteitsvoller leven te bereiken?” Verdergaand komen dus ook de vragen: “Hoe, met wie of wat, met welke normen/waarden wil ik me (blijven) identificeren, of juist niet?”, “Welke rollen wil ik opnemen in mijn leven, in de samenleving?”. Hierin botst de cliënt vaak op de valkuil van “identificatie met zijn/haar diagnose, met de rol van zieke/patiënt”, met (stereotype) beperkingen, gevoeligheden, eigenschappen die niet of minder aansluiten bij wat de samenleving als norm (normaal) hanteert... Het geeft echter ook vaak een onderschatting van het aanwezige groeipotentieel! Cliënten worstelen immers vaak nog met de overtuiging dat ze als het ware moeten bewijzen hoe ziek ze zijn, om begrip te vinden, terwijl dat natuurlijk het kijken naar mogelijkheden belemmert.

De cliënt gaat stilaan terug op zoek naar normen en waarden, rollen en identiteit die hij zich eigen wil maken (ondanks de beperkingen en kwetsbaarheid) en die leiden naar **eigenwaarde**. Gaandeweg wordt duidelijker welke concrete stappen en veranderingen hij wil nastreven. Er vormt zich een continu (groei)proces van actie, zelfreflectie/evaluatie en bijsturen. Door dat proces wordt de kloof tussen de cliënt en de rest van de samenleving weer wat kleiner. Iedereen moet immers werken om zijn rollen waar te maken en bewaken dat hij zijn plek niet verliest. Iedereen evalueert bij momenten zijn “rollen en identiteit”, al dan niet onder (professionele) begeleiding.

#### *Aanvaarding*

Waar de cliënt eerst dacht in termen van “genezing” (= terug worden “zoals vroeger”), komt er:

- Besef van de invloed van het vroegere functioneren (gedrag, overtuigingen, coping, verwachtingen...) op de moeilijkheden, problemen, beperkingen waarmee hij werd geconfronteerd.
- Bereidheid en ruimte om een nieuwe “inventaris” te maken van beperkingen, kwetsbaarheden, maar ook van capaciteiten, kwaliteiten en doelen (een “hernieuwde” IK). Er is groeiende weerstand wanneer hij door anderen in de rol van zieke/patiënt wordt gezien en/of benaderd, of dat tenminste zo ervaart.
- Mildheid voor “eigen-aardig-heden” en van daaruit is men ook milder voor anderen.
- Kracht vinden in het erkennen van kwetsbaarheid.

#### *Keuze “vrijheid”*

De cliënt beseft meer en meer dat het leven betekent “keuzes maken”, en zich verzoenen met de daarbij horende verantwoordelijkheid (“het beste te maken” met de gevolgen van zijn keuzes). Door zo (terug) de regie over zijn leven te nemen, wordt de afhankelijkheid van derden ontgroeid en de eigenwaarde verstevigd.

#### *Vaardigheden (coping, sociale vaardigheden, assertiviteit, stressbestendigheid, relativering...)*

- De cliënt wordt minder overspoeld door emoties en zijn gedrag wordt er minder door geleid.
- In communicatie en contact is er openheid, congruentie, aangepaste mimiek enz. Tevens is er een tijdige zelfbescherming/afgrenzing, bv. t.o.v. negativiteit van anderen, t.o.v. eigen negativiteit/negatieve impulsen (o.a. negatieve interpretaties maken).
- De cliënt durft voor zichzelf op te komen op een constructieve manier én voelt zich daar goed bij!
- Er is merkbaar meer **humor** in de omgang van de cliënt met anderen in zijn leven.

### *(Zelf)bewustzijn/ zelfreflectie*

- De cliënt durft meer en meer te vertrouwen op het “zelf”, op signalen van binnenuit. Er is een toenemende mate van zelfbesef, door zicht op het eigen “emotionele landschap”.
- De cliënt weet steeds beter wat hij nodig heeft en kiest vaker bewust om aan zelfzorg te doen. Daarbij wordt het onderscheid met “egoïsme” beter herkend en aldus minder schuldgevoel ervaren.

### *Hoop versus geloof*

Er is voorheen al terug “hoop” op verbetering ontstaan, maar dat kenmerkt een veeleer passief afwachterende houding. De motor van (re-)oriëntatie wordt echter gedreven door een **groeïend geloof/vertrouwen/overtuiging in eigen kracht** en groeimogelijkheden!

### *Nog essentieel*

- De cliënt slaagt er meer in om te genieten, en gunt zichzelf dat ook. Het gevoel (terug) te leven neemt toe i.p.v. te “overleven”.
- De cliënt kan een variabel evenwicht in gevoelens toelaten en zal zich niet meer volledig laten afglijden bij de minste tegenslag.
- De cliënt herkent en erkent stilaan zijn groei en heeft ook het gevoel dat veranderingen aan het “wortelen” zijn.
- Er is (geloof in) veerkracht bij ontgoocheling/tegenslag, en daardoor durft de cliënt (terug) meer risico's te nemen die eigen zijn aan het leven (bv. afwijzing, falen, verlies...).
- Men stelt een groeiende ambitie om rollen op te nemen vast.

### Factoren die de mogelijkheid tot (re-)oriëntatie (mee) beïnvloeden

#### *INTRA*

- Stabilisatie van symptomen;
- Probleembesef, voldoende interne motivatie tot verandering;
- Vermogen (potentieel) tot zelfreflectie, bereidheid tot zelfreflectie (confrontatie met zichzelf);
- Intelligentie (o.a. basisinzicht in sociale processen, maar ook taalkennis/actieve woordenschat...);
- Abstraheervermogen;
- “Ervaringsniveau”, de manier waarop iemand vanuit zijn gevoelens in contact kan komen met zichzelf en de ander (cf. emotionele intelligentie, EQ).

#### *EXTRA*

- Ruimte/tijd en energie om te investeren in (re-)oriëntatie (bv. zorg voor kinderen primeert, slorpt alles op).
- (Re-)oriëntatie verschilt van “behandeling in enge zin” (gericht op crisis inperken en stabilisatie), in die zin dat meer verantwoordelijkheid terug bij de cliënt wordt gelegd en ondersteuning in de zin van “beschermen, nauw opvolgen, motiveren, controleren...” afneemt. Wanneer (re-)oriëntatie (meer) in de focus komt, wordt de klinische setting het best verlaten. Er wordt meer “ruimte” geboden om te experimenteren en eigen grenzen te verkennen (zowel in de zorgcentra als daarbuiten), en er wordt gestimuleerd om te reflecteren op die ervaringen. Cliënten worden uitgenodigd om hun gevoelens te exploreren en te communiceren (innerlijk en naar anderen).

### Doel van (re-)oriëntatie

De betekenis van (re-)oriëntatie als groeiproces werd reeds aangegeven. Toch kunnen we stellen dat dit deelproces geen (eind)doel op zich is. Het staat enerzijds in functie van de andere deelprocessen en vooral in functie van de (re-)integratie. Anderzijds is het uiteindelijke doel de **toename van kwaliteit van leven** (op verschillende levensdomeinen, zowel intrapsychisch als interrelationeel) waar we samen naar werken. Dat gegeven maakt dat de **focus op (re-)oriëntatie(ondersteuning) ook niet nodeloos** moet worden gerekt, en men samen moet durven overgaan tot acties wanneer alsmaar duidelijker wordt welke acties wenselijk zijn en wat er verder aan ondersteuning nodig is om die acties kans op slagen te geven.

## **Bijlage 4: Beschrijving van de verschillende functies in de GGZ netwerken volwassenen**

(Gids naar een betere GGZ door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, 2010)

### Welk model moet er worden ingevoerd?

Het model dat we willen invoeren, zal vanuit een globale visie moeten zorgen voor de integratie van de middelen van de ziekenhuizen en de middelen van de (ambulante) diensten die in de gemeenschap bestaan. Zo'n model impliceert dat alle actoren binnen een bepaald, afgebaand gebied bij de organisatie van dat model moeten zijn betrokken. Zij zullen strategieën moeten uitwerken om een oplossing te bieden voor alle geestelijke gezondheidsnoden die bij de bevolking in dat gebied leven. Om dit nieuwe model duurzaam te ontwikkelen, moeten een aantal minimale functies worden ingevuld. Het zijn functies die zich gaandeweg zullen ontwikkelen binnen een netwerk van alternatieve diensten in het gebied.

Door dergelijke therapeutische zorgnetwerken in te voeren, afgestemd op individuele noden, willen we er uiteindelijk toe komen dat mensen in hun thuisomgeving kunnen blijven en zo hun eigen sociale weefsel/contacten kunnen behouden. Zo'n uitgebouwd netwerk is multidisciplinair samengesteld en gericht op flexibele interventiemogelijkheden. De uitbouw van een laagdrempelige eerstelijnszorg zal er zo voor zorgen dat de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker wordt. Nu wordt die nog al te vaak als stigmatiserend beschouwd.

### De eerste functie: activiteiten inzake preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling

De eerste functie heeft betrekking op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Dat impliceert: ingaan op een aanmelding, diagnose en indicatiestelling, eerste interventies en dat bij voorkeur in de woonplaats van de patiënt. Indien nodig zal de therapeutische continuïteit op lange termijn worden verzekerd. Vanuit de ambulante sector, in casu de CGG, wordt *outreaching* voorzien naar belendende sectoren om die eerste functie mogelijk te maken. Bij de uitwerking is het tevens belangrijk dat ook de eerstelijnszorg (in casu de huisarts) mee wordt betrokken.

### De tweede functie: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen

De tweede functie heeft betrekking op de behandelteams in de thuisomgeving. Dat zijn enerzijds de teams die zich richten naar personen in een subacute of acute toestand. Anderzijds zijn het de teams die zich richten naar personen met chronische psychiatrische kwetsbaarheden. Deze functie introduceert een nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg. Die zal sneller toegankelijk zijn en aangepaste zorg aanbieden aan mensen in hun thuisomgeving.

Het betreft dus de oprichting van een mobiele dienst die in crisissituaties onmiddellijk en intensief kan optreden. De intensiteit en de duur van een interventie door zo'n dienst zal worden aangepast voor patiënten met een chronische problematiek. Zo biedt de mobiele dienst dus een alternatief voor een ziekenhuisopname.

Deze nieuwe zorgvorm zal zijn acties laten aansluiten bij de eerste functie en voegt daar mobiliteit en expertise aan toe. Die samenwerking gebeurt gestructureerd en kadert in een algemene aanpak.

Op basis van de individuele noden van de zorgvrager en in functie van zorgcontinuïteit kunnen ook de verder beschreven functies hierop aansluiten.

### De derde functie: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

De derde functie behoort tot het domein van de psychosociale revalidatie. Het komt er hier

op neer bepaalde programma's aan te bieden aan mensen met psychiatrische problemen die zich in een specifiek stadium van hun ziekte bevinden.

Psychosociale rehabilitatie is een dynamisch en langdurig proces. Het stelt de patiënten in staat om zich opnieuw in de maatschappij en het beroepsleven te integreren. Om dat te kunnen realiseren is er een inclusief en transversaal beleid nodig.

Het programma is op maat gemaakt en zorgt ervoor dat de patiënten vaardigheden kunnen ontwikkelen zoals sociale vaardigheden die nodig zijn om autonoom in het dagdagelijkse leven te functioneren.

Die vaardigheden worden aangeleerd via het terug opnemen van een leven (sociaal, cultureel) in de gemeenschap. Ook worden aangepaste beroepsmogelijkheden uitgewerkt.

Deze specifieke programma's kunnen worden opgestart naar aanleiding van of aanvullend bij de basisopdrachten uit de eerste functie. De programma's kunnen ook een vervolg zijn op de interventies in de leefomgeving door de mobiele teams uit de tweede functie.

#### De vierde functie: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is

De vierde functie betreft het intensifiëren van de residentiële gespecialiseerde zorg. Ze is bedoeld voor personen die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving tijdelijk niet aangewezen is.

Deze units kunnen specifieke residentiële, intensieve observatie en behandeling aanbieden. Het accent ligt daarbij op acute zorg, indicatie- en diagnosestelling en intensieve behandeling. Kenmerkend voor die kleinschalige units zijn een korte verblijfsduur, een hoge intensiteit en frequentie van zorg, en dit aangeboden door gespecialiseerd personeel. Zodra een persoon wordt opgenomen, dient men al rekening te houden met alle aspecten van de zorgcoördinatie.

Belangrijk daarbij zijn het ontslagmanagement met het oog op (vroeg)tijdig ontslag, filters voor opname (minstens een gecoördineerde aanmeldingsprocedure), en follow-up na de acute fase (zo mogelijk door de hulpverlener/ het team dat het dichtst bij de patiënt staat).

Dankzij een constante communicatie met de andere functies wordt de link met het sociale netwerk van de patiënten behouden. Zo wordt de mogelijkheid op een terugkeer naar de thuisomgeving en op integratie in de maatschappij zo groot mogelijk gehouden.

Een crisis vereist steeds een gespecialiseerde diagnostiek met een medische somatische, psychologische en psychiatrische benadering die moet kunnen worden verzekerd in elke functie van het netwerk.

Een psychiatrische noodsituatie bevat een aspect van urgentie betreffende psychiatrische pathologieën waarvoor specifieke residentiële opvangmodaliteiten noodzakelijk zijn.

#### De vijfde functie: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu daartoe niet in staat is

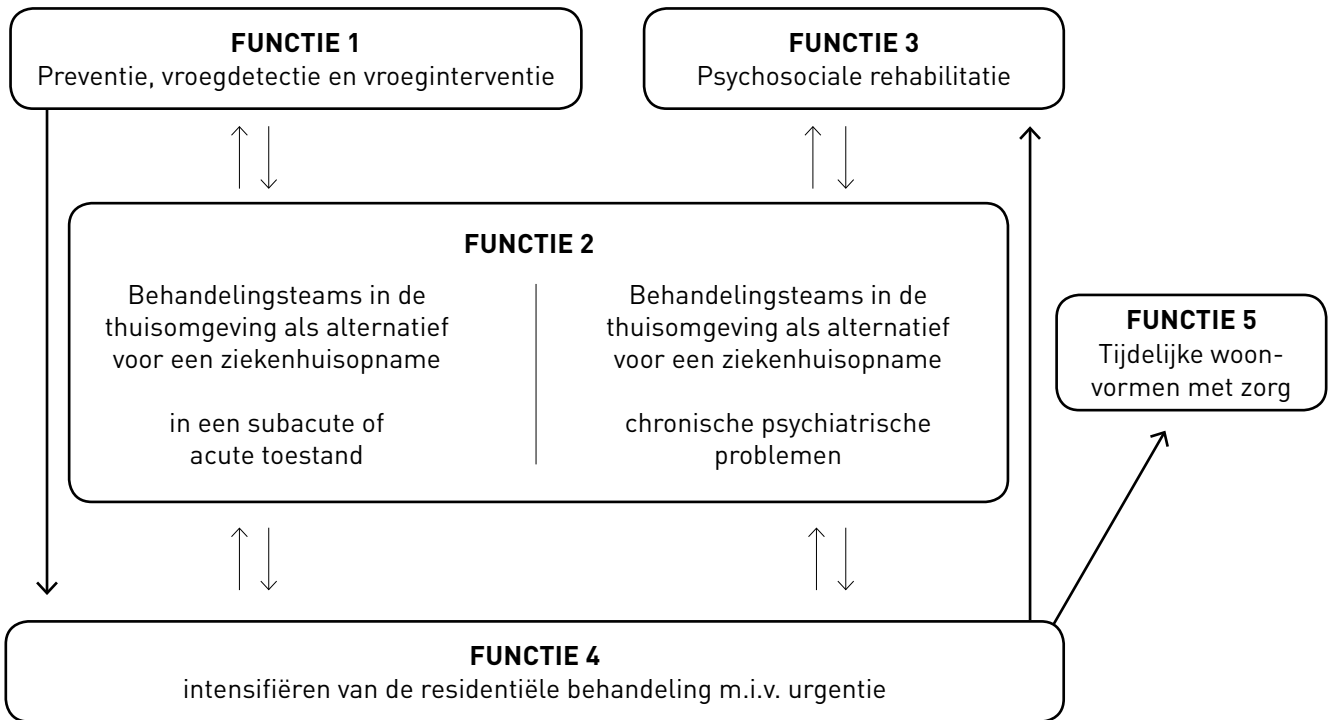
De vijfde functie heeft betrekking op de ontwikkeling van specifieke woonplaatsen voor personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek. Het gaat om personen met beperkte mogelijkheden tot integratie in de maatschappij.

De woonvormen hebben als doel de organisatie van het dagelijkse leven te ondersteunen. Uiteindelijk is het de bedoeling om de integratie van die patiënten in de maatschappij te

vergemakkelijken. Dat gebeurt via geïndividualiseerde programma's die rekening houden met de autonomiebehoeften van de personen in kwestie.

De programma's zijn geïntegreerd in de samenleving. Ze worden georganiseerd in de vorm van beschermde woonplaatsen/beschut wonen, gesuperviseerde appartementen of elke andere aangepaste woonvorm.

*Figuur: de 5 functies in het nieuwe ggz-model*

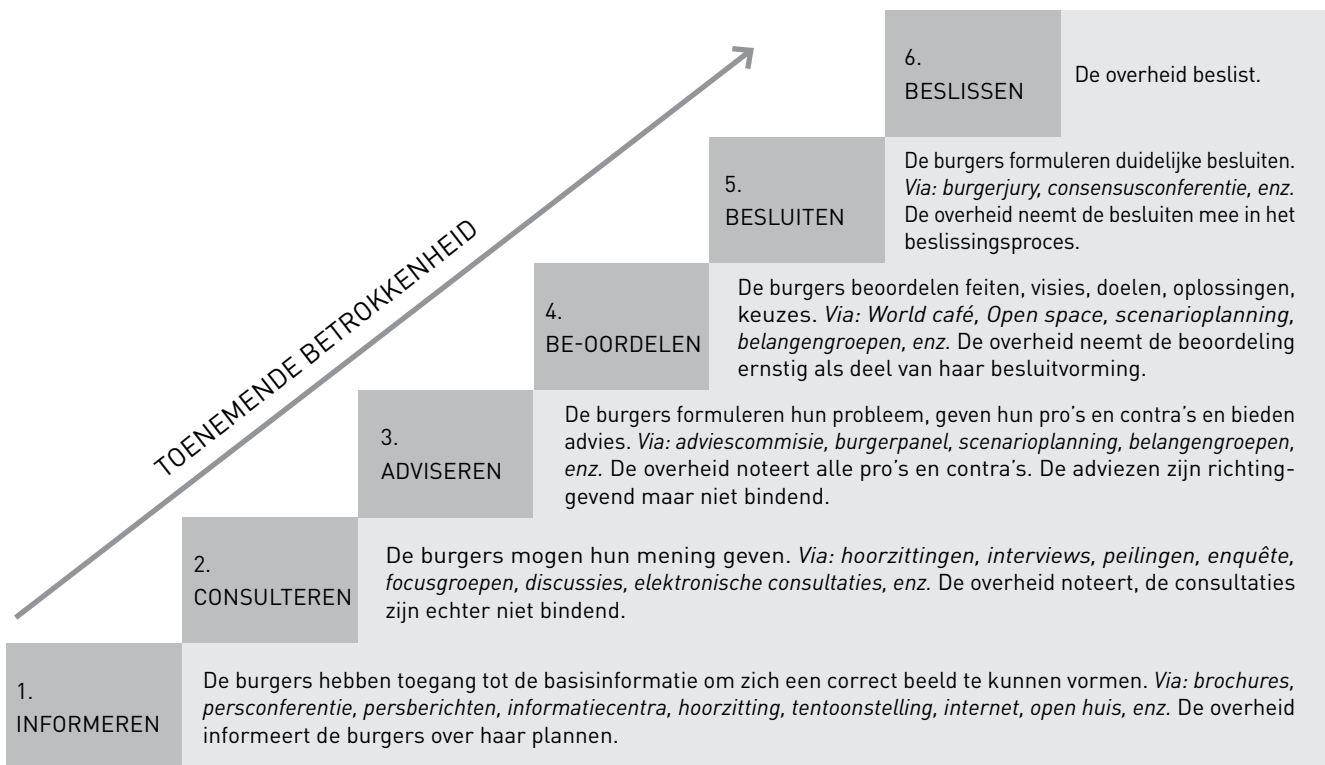


## Bijlage 5: Aanzet om linken te maken tussen functie 3 en andere functies in de GGZ netwerken volwassenen

Functie	Klinisch en functioneel herstel	Persoonlijk herstel	Maatschappelijk herstel
Functie 1: preventie, vroegdetectie, vroeginterventie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brede psycho-educatie: bv. slaaphygiëne, omgaan met dag/nacht.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteunen van de identiteitsontwikkeling van cliënten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opnieuw aan het werk na een ziekte-episode.</li> <li>- Voorkomen dat mensen hun werk verliezen/vermijden burn-out.</li> <li>- Coachen en ondersteunen van eerstelijnsactoren om cliënten hun sociale rollen te laten behouden.</li> </ul>
Functie 2a: mobiele teams m.b.t. acute zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tijdens crisis zoveel mogelijk streven naar behoud van sociale rollen.</li> </ul>	Individuele begeleiding: welke impact heeft de crisis op mijn leven?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opnieuw aan het werk na een ziekte-episode.</li> <li>- Werkgever ondersteunen bij herintrede van een cliënt na een crisis.</li> </ul>
Functie 2b: mobiele team m.b.t. chronische zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activiteitenaanbod om cliënten op enige wijze aan de GGZ verbonden te houden: sommige cliënten die worden opgevolgd door een team F2b hebben geen nood aan constante begeleiding en opvolging. In betere tijden volstaan periodieke contacten met deze cliënten, bijvoorbeeld in het kader van een vrijetijdsactiviteit in het buurthuis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medewerker van een module functie 3 werkt ook deeltijds in team F2b.</li> <li>- Cliënten van functie 2b volgen een traject in een RIZIV-conventie, gericht op persoonlijk herstel.</li> <li>- Doorlopend aanbod arbeid, arbeidszorg, activiteiten, vrijetijd, IPS voor cliënten die ook worden opgevolgd door mobiel team F2a.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteuning van team F2b naar meer sociale inclusie (interview).</li> <li>- Medewerker van een module in functie 3 werkt ook deeltijds in team F2b.</li> <li>- Medewerkers van functie 3 als brugbouwers om het sociaal netwerk van cliënten (her-)op te bouwen.</li> </ul>
Functie 4: residentiële intensieve zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daghospitalisatie als vorm van intensieve behandeling met aandacht voor persoonlijk herstel.</li> <li>- Aandacht voor arbeids(re-)integratie vanaf dag 1 van de residentiële opname.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na de acute fase en fase van stabilisatie volgt de cliënt een traject gericht op persoonlijk herstel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij het keuzeproces welke symptomen de patiënt eerst wil weggerukt zien, houdt men rekening met de maatschappelijke rollen die het meest bedreigd zijn.</li> </ul>
Functie 5: specifieke woonvormen met zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crisisopvang via noodwoningen/respijtzorg.</li> <li>- Opschalen van zorg bij ernst van problematiek.</li> <li>- <i>Harm reduction.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activiteitenaanbod voor mensen met nood aan woonondersteuning met zorg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activiteitenaanbod voor mensen met nood aan woonondersteuning met zorg.</li> <li>- Ondersteuning van teams F5 naar meer sociale inclusie (interview).</li> <li>- Medewerker van een module in functie 3 werkt ook deeltijds in team F5.</li> <li>- Vrijetijdstrajectbegeleiding voor cliënten in beschut wonen of PVT.</li> </ul>



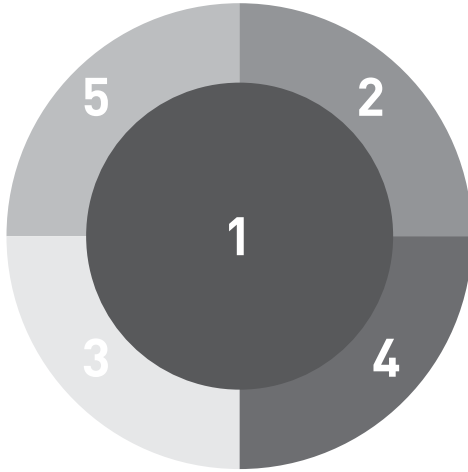
## Bijlage 6: Participatieladder in functie van zelfbeschikking<sup>20</sup>



<sup>20</sup> Arnstein, Sherry R. 1969. "A Ladder of Citizen Participation", *Journal of the American Planning Association*, 35, 4: 216-224.

## Bijlage 7: Woencirkel

De vijf categorieën zijn gebaseerd op de Europese typologie over thuisloosheid en sociale uitsluiting op vlak van wonen



### 1. Toereikende woonsituaties

Een (t)huis hebben betekent: voldoende huisvesting (of ruimte) hebben voor een persoon en zijn/haar gezin die hun eigen is (fysiek domein); de mogelijkheid hebben hier een privacy te bewaken maar ook sociale relaties uit te bouwen (het sociaal domein) en een wettelijke aansprakelijkheid kunnen maken op deze ruimte (wettelijke domein)

- Mensen die zelfstandig wonen (eigenaar/sociale huurder/private huurder);
- Die al dan niet enige vorm van begeleiding krijgen bij het zelfstandig wonen: preventieve werking naar woonzekerheid behouden. Alle vormen van woonbegeleiding, diensten aan huis i.f.v. woon-zorg.

### 2. Ontoereikende woonsituaties

Mensen die verblijven in een onveilige woonsituatie:

- Technisch onveilige woningen zonder officiële vaststelling;
- Ongeschikt en onbewoonbaar verklaarde panden die toch nog bewoond worden.

Mensen die verblijven in overbewoonde panden:

- Te grote gezinnen in te kleine woning;
- Kamers worden verhuurd aan te veel mensen.

Wonen dat niet wettelijk in orde is:

- Logementshuizen die niet voldoen aan wettelijke vereisten.
- Grijze circuit van kamerwonen;
- Huisjesmelkers;
- Wonen waarbij de stenen wel in orde zijn, maar in een dreigende en/of onveilige leef-omgeving: agressie in appartementsgebouw, stalking, intimidatie;
- Mensen die permanent verblijven op een camping.

### 3. Instabiele woonsituatie

- Mensen zonder een huurcontract: mensen die eigenlijk een constante dreiging; (kunnen) hebben om op straat te komen;
- Tijdelijk inwonen bij familie/vrienden;
- Tijdelijk verblijf op hotel;
- Mondelinge huurcontracten;
- Mensen die uit hun huis gezet worden omwille van gerechtelijke procedure;

Procedures voor uithuiszetting die in gang gezet worden:

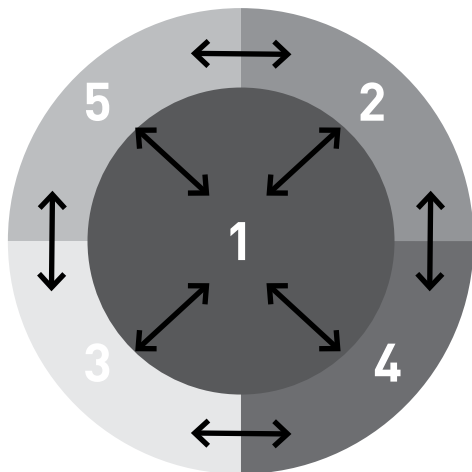
- Onbewoonbaarverklaring;
- Achterstallige huur;
- Wanneer de hypotheekverstrekker het huis in beslag mag nemen wegens het niet aflossen van het woningkrediet;
- Mensen die uit hun huis gezet worden of zelf vetrekken omwille van conflicten thuis;
- Het samenwonen is niet meer mogelijk omwille van conflicten tussen ouder(s) en kind of tussen partners onderling (IFG-situatie);
- Kraken met nutsvoorzieningen.

#### 4. Wonen in opvang

- Mensen in crisissituaties en mensen in opvang voor thuislozen;
- Mensen die binnenkort uit een instelling komen: geen huisvesting beschikbaar na ontslag uit instelling;
- Penitentiaire instelling;
- Medische instelling;
- Jeugdinstelling;
- Opvang voort thuislozen, crisisopvang;
- Asielcentra;
- VAPH;
- Asielzoekers en immigranten;
- Mensen in begeleiding van begeleid wonen en die verblijven in een woonst (kamer, studio, woning) georganiseerd door de dienst zelf;
- Mensen die in een PVT of IBW verblijven.

#### 5. Dakloosheid

- Mensen verblijven op straat, hebben geen vaste verblijfplaats en leven in hun auto, een tuinhuis, garage, verblijven in station
- Kraakpand zonder nutsvoorzieningen



Iedere persoon is met zijn woonsituatie onder te brengen in één van deze vijf segmenten. De pijlen geven aan dat:

- woonsituaties van mensen kunnen wijzigen
- het beleid samen met woon- en welzijnsactoren moet inzetten op acties om:  
*(1) te vermijden dat personen vanuit een toereikende woonsituatie in andere segmenten terecht komen en (2) vanuit de verschillende segmenten te streven naar een verbetering van de woonsituatie met als ultiem doel een stabiele en toereikende huisvesting.*

Een voorbeeld:

- M. woont in een private huurwoning (segment 1: toereikende woonsituatie);
- door financiële problemen kwam er een huurachterstal en is de procedure tot uithuiszetting in gang gezet (segment 3: instabiele woonsituatie);
- Verschillende gevolgen kunnen zijn:
  - Effectieve uithuiszetting en geen enkele opvang (segment 5: dakloosheid)
  - Effectieve uithuiszetting en opvang binnen OCMW crisisopvang (segment 4: wonen in opvang)
- Alsnog bemiddeling en afbetalingsplan (segment 1: toereikende huisvesting met begeleiding).

## Bijlage 8: Vakantieladder

Ontwerp Vakantieladder (gebaseerd op Vakantieladder beschut wonen De Vliering)

5. Vakantie regulier circuit	<ul style="list-style-type: none"><li>- Zelfstandig</li><li>- Open aanbod: "voor elk wat wils"</li><li>- Voorbereiding al dan niet met begeleiding</li><li>- Korte tot lange vakanties in binnen en/of buitenland</li><li>- Hulpbronnen: reisbureaus, internet, familie, vrienden, lotgenoten...</li></ul>
4. Vakantie via externe sociale organisatie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Zelfstandig</li><li>- Open aanbod: "voor elk wat wils"</li><li>- Voorbereiding al dan niet met begeleiding</li><li>- Korte tot lange vakanties in binnen en/of buitenland</li><li>- Hulpbronnen: <a href="http://www.vakantieparticipatie.be">www.vakantieparticipatie.be</a>, boeken Steunpunt, Vakantiebeurs Horizont Hasselt, Instuif, De Kei, rap op stap,</li><li>- familie, vrienden, lotgenoten...</li></ul>
3. Vakantie voorbehouden voor kwetsbare cliënten met ondersteuning van Steunpunt Vakantieparticipatie en mutualiteiten (kwetsbaar maar niet categoriaal)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gesloten aanbod: enkel kwetsbare cliënten</li><li>- Logistieke ondersteuning vanuit Vakantieparticipatie (bestemming, vervoer, prijs)</li><li>- Begeleiding vrijwilligers mutualiteiten</li><li>- Voorbereidend traject om verbinding te maken met andere deelnemers</li><li>- Korte vakanties binnenland</li></ul>
2. Vakantie voorbehouden voor bepaalde doelgroep van kwetsbare cliënten, bv. psychisch kwetsbare cliënten (kwetsbaar en categoriaal)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Begeleiding door medewerkers GGZ</li><li>- Gesloten aanbod: enkel leden beschut wonen of ontmoetingshuis, aanbod afhankelijk van Steunpunt Vakantiepart.</li><li>- Logistieke ondersteuning vanuit Vakantieparticipatie (bestemming, vervoer, prijs)</li><li>- Korte vakanties binnenland</li></ul>
1. Vakantie door zorgvoorziening	<ul style="list-style-type: none"><li>- Begeleiding door medewerkers van de zorgorganisatie</li><li>- Gesloten aanbod: enkel cliënten die geen aansluiting vinden bij aanbod van hogere treden</li><li>- Logistieke ondersteuning vanuit Vakantieparticipatie (bestemming, vervoer, prijs)</li><li>- Korte vakanties binnenland</li></ul>





Zorgnet-Icuro  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)  
[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)

