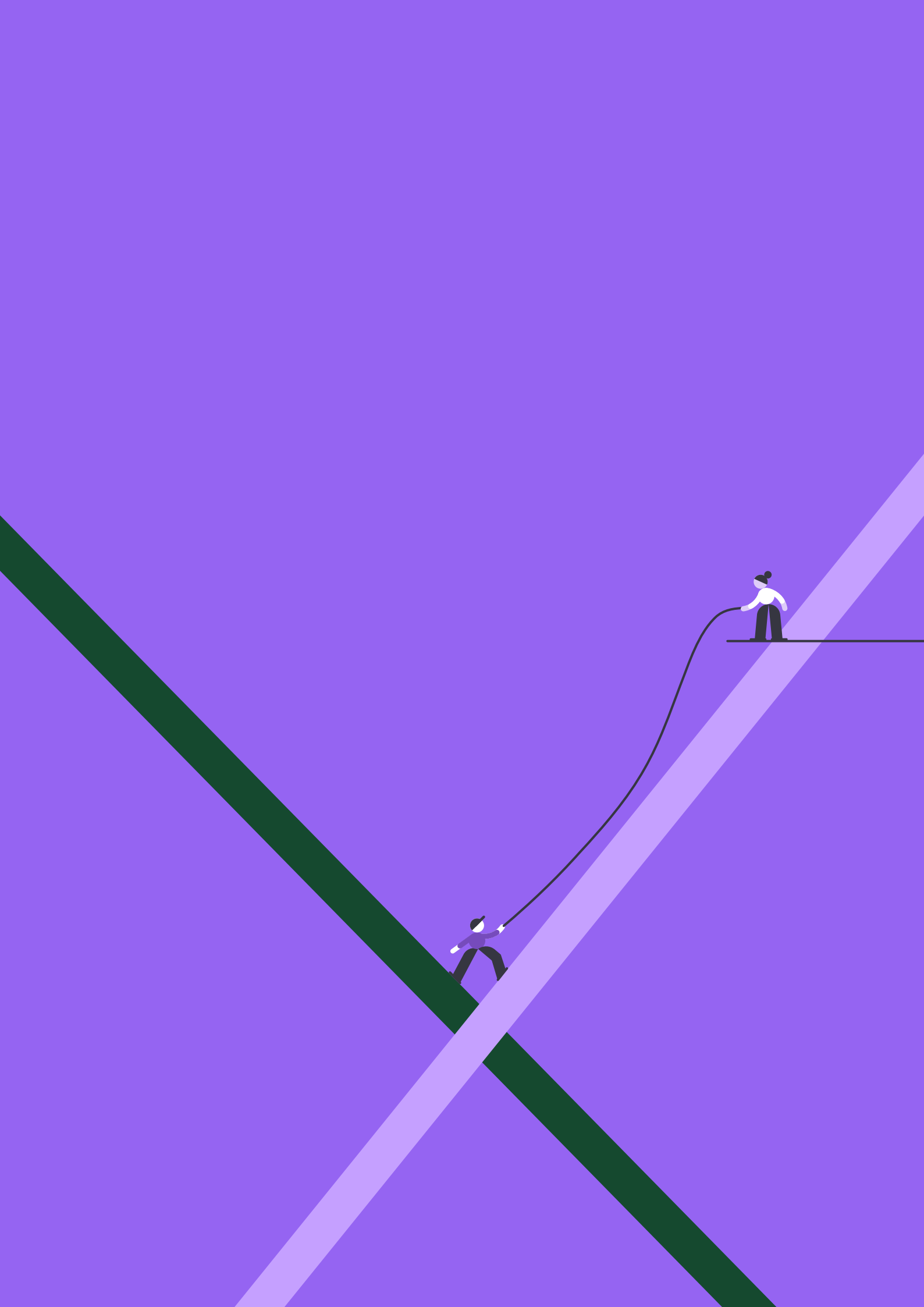


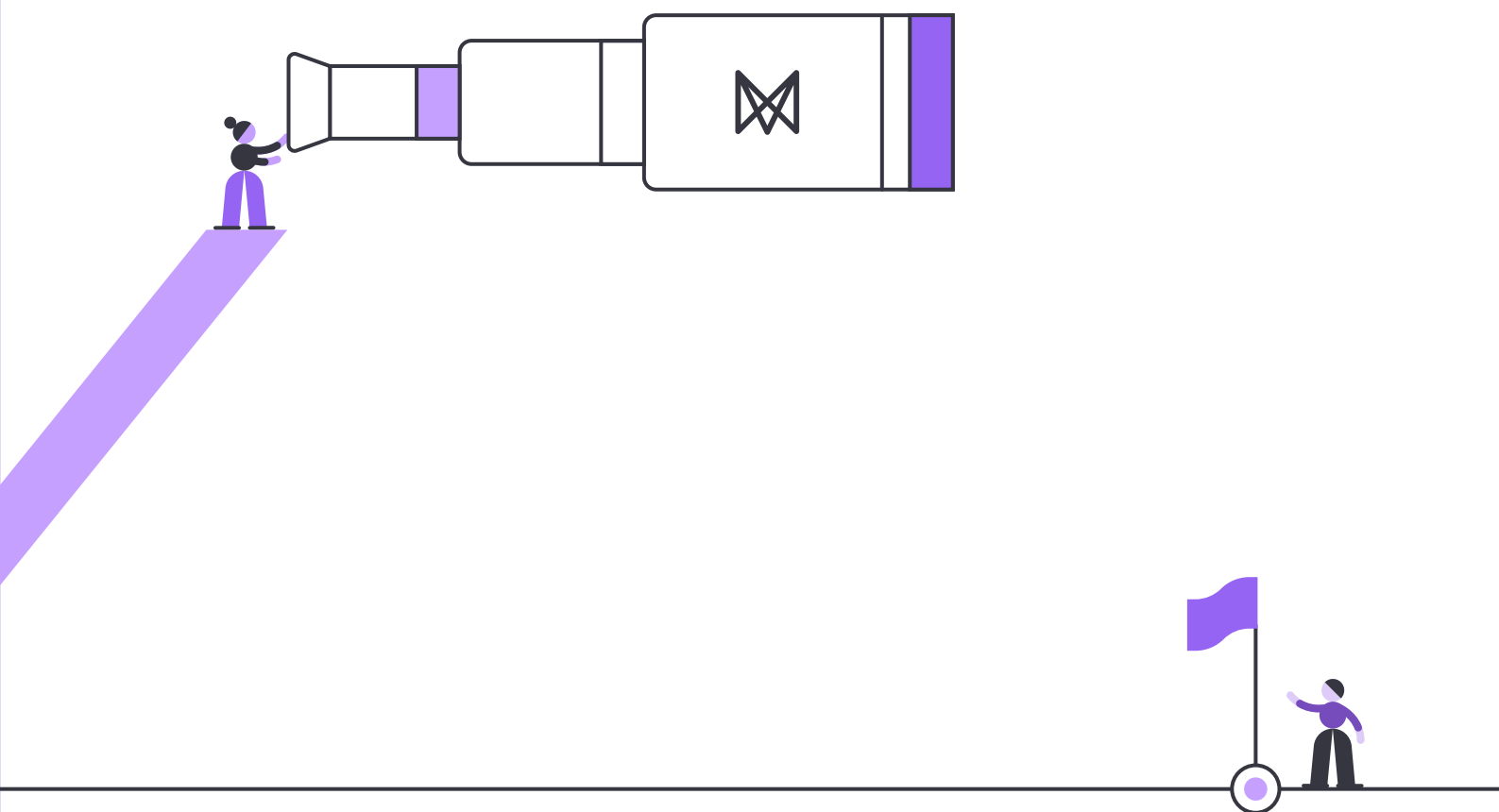


Zorgstrategisch plan 2026–2035

Visie, moed en samenwerking







Binnen onze zorggroep willen we zorg bieden die ertoe doet. Zorg die aansluit bij wat cliënten, familie, naasten en onze samenleving vandaag én morgen nodig hebben.

Daarom maken we in dit zorgstrategisch plan keuzes voor de komende tien jaar. We kijken eerst naar waar we vandaag staan. Daarna tonen we welke richting we uit willen en hoe we onze zorg verder willen versterken.

Inhoud

Waar staan we vandaag?	6
Eén plan over zorgvormen heen	8
1. Strategische basiskeuzes	11
1.1 We blijven inzetten op sterke zorginhoudelijke programma's	14
1.2 We bouwen zorgtrajecten voor alle doelgroepen	14
1.3 Wij bouwen verder aan zorg die herstel en participatie centraal stelt	15
1.4 We bewegen naar meer vrijheidsbevorderende maatregelen	16
1.5 We verankeren vermaatschappelijking als kern van onze zorgontwikkeling	17
1.6 We blijven zorg dragen voor doelgroepen met (erg) complexe zorgnoden	18
1.7 We verbinden somatische zorg, leefstijl en geestelijke gezondheidszorg in één geïntegreerde aanpak	19
1.8 We optimaliseren de verhouding urgentie-/crisiszorg, planbare behandeling en langdurende zorg	19
2. Werven crisis- en urgentiezorg	22
2.1 We bouwen duidelijke crisiszorgpaden voor al onze doelgroepen	23
2.2 We gebruiken een (gedeeld) triage-/oriëntatiesysteem als toegangspoort	24
2.3 Het Mobiel Psychiatrisch Crisis Team wordt een belangrijke spil in de crisiszorg	25
2.4 We bouwen High Intensive Care verder uit	26
2.5 We streven naar meer proportioneel gebruik van de Beschermende Observatie Maatregel (BOM)	27

3. Werven planbare behandeling 29

3.1	We bouwen aan een gecoördineerd en cliëntgericht aanmeldproces	30
3.2	We zetten digitale en AI-innovaties in als hefboom om wachttijden te overbruggen en zorgtoegang te verbeteren	31
3.3	We bouwen intensief ambulante behandeling (verder) uit	31
3.4	We versterken mobiele behandelvormen	32
3.5	Wij bouwen verder aan een outreachende en verbindende liaison werking	34
3.6	Waar mogelijk intensifiëren we behandel eenheden	34
3.7	We bouwen aan geïntegreerde samenwerking bij sociale kwetsbaarheid en dak- en thuisloosheid	35

4. Werven langdurende zorg 36

4.1	We realiseren doorstroom naar betaalbare huisvesting	37
4.2	We bouwen een gediversifieerd zorg- en verblijfscontinuüm op maat van zorgnoden	38
4.3	We verbeteren de afstemming tussen PVT, IBW en Mobiel Psychiatrisch Team	38
4.4	We blijven inzetten op verschillende vormen van activering	39
4.5	We ontwikkelen gespecialiseerde expertise voor complexe profielen binnen de langdurige zorg	40
4.6	We bouwen casusregie uit voor mensen met een zeer complexe EPA	40
4.7	We betrekken familie, naasten en vrijwilligers maximaal in zorg	41

Bijlage 1 Erkenningen en voorstelling Zorggroep 43

Bijlage 2 Bevindingen focusgroepen januari 2026 47

Waar staan we vandaag?

Zorggroep Multiversum is gegroeid uit een bewuste keuze voor samenwerking en integratie:

- 2017: de fusie van PC Broeders Alexianen (Boechout) en PC St Amedeus (Mortsel) tot PC Multiversum in 2017
- 2018-2022: de reorganisatie (naar 3 campussen) en differentiatie van het PVT.
- 2021: de inkanteling van de initiatieven beschut wonen.
- 2026: de inkanteling van de ambulante centra van De Sleutel uit Antwerpen en Mechelen.

De kracht van een zorggroep zit er in dat alle zorgvormen (van ambulant tot woonbegeleiding) deel uitmaken van één geheel. Dit biedt kansen tot meer samenhang en ontschotting.

We hebben sterk ingezet op de **vermaatschappelijking van zorg**: In het psychiatrisch ziekenhuis werden 118 T-bedden en 13 T-nachtbedden gerealloceerd (bedbevrozing). Deze middelen werden gebruikt voor de uitbouw van mobiele teams (89 bedden, goed voor 28 VTE) en voor de intensifiëring naar twee High Intensive Care (HIC)-werkingen (42 bedden).

Op 1 januari 2026 beschikken we daardoor nog over 381 bedden en 79 dagplaatsen. Naast de verschuiving van bedden naar mobiele teams, werden bijkomende FOD middelen en de Vlaamse PZT-middelen in deze zorgvorm geïntegreerd. Door deze middelen te bundelen, konden we mobiele teams uitbouwen met voldoende slagkracht. Dit maakt het mogelijk om residentiële opnames efficiënter te organiseren, met meer gerichte zorg en kortere opnameperiodes.

Daarnaast hebben we ook geïnvesteerd in gespecialiseerde **ambulante zorg** (uitbouw poli, uitbouw crisis consultaties vanuit het mobiel crisis team en inkanteling ambulante centra De Sleutel) en in ambulante psychologische zorg in de eerste lijn (kruispunten, ELP conventie). Dit helpt om escalatie naar intensievere GGZ zorg te vermijden.

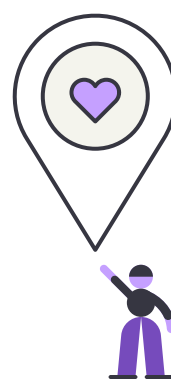
In het vorige zorgstrategisch plan voor het ziekenhuis (2016-2025) werd de keuze gemaakt voor doelgroepclusters en (supra) regionale werkingen. Volgende clusters zijn gericht op de eigen zorgregio (SaRA):

- Algemene psychiatrie
- Psychosezorg
- Ouderen psychiatrie
- Zorg voor (ernstige) persoonlijkheidsproblemen

Volgende clusters hebben een provinciaal (of zelfs ruimer) aanbod:

- Dubbel diagnose verstandelijke beperking
- Verslaving en dubbel diagnose verslaving
- Adolescentiepsychiatrie

Deze keuzes (doelgroepen en regio's) wensen we naar de toekomst toe vast te houden.



Onze doelgroepclusters en hun werkingsgebied



Provincie Antwerpen

- Dubbel diagnose verstandelijke beperking
- Verslaving en dubbel diagnose verslaving
- Adolescentiepsychiatrie



Zorgregio Antwerpen (SaRa)

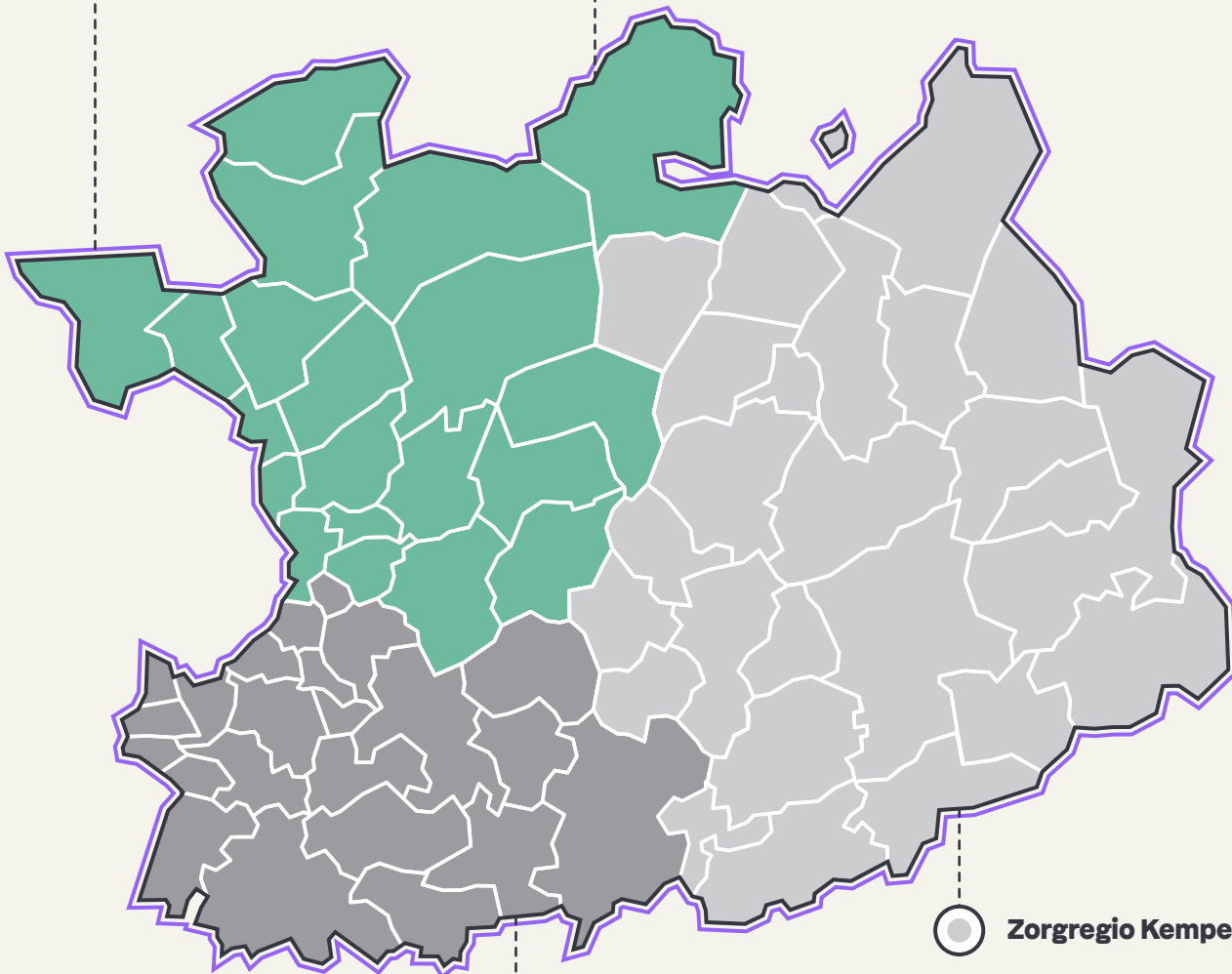
- Algemene psychiatrie
- Psychosezorg
- Ouderenpsychiatrie
- Zorg voor (ernstige) persoonlijkheidsproblemen

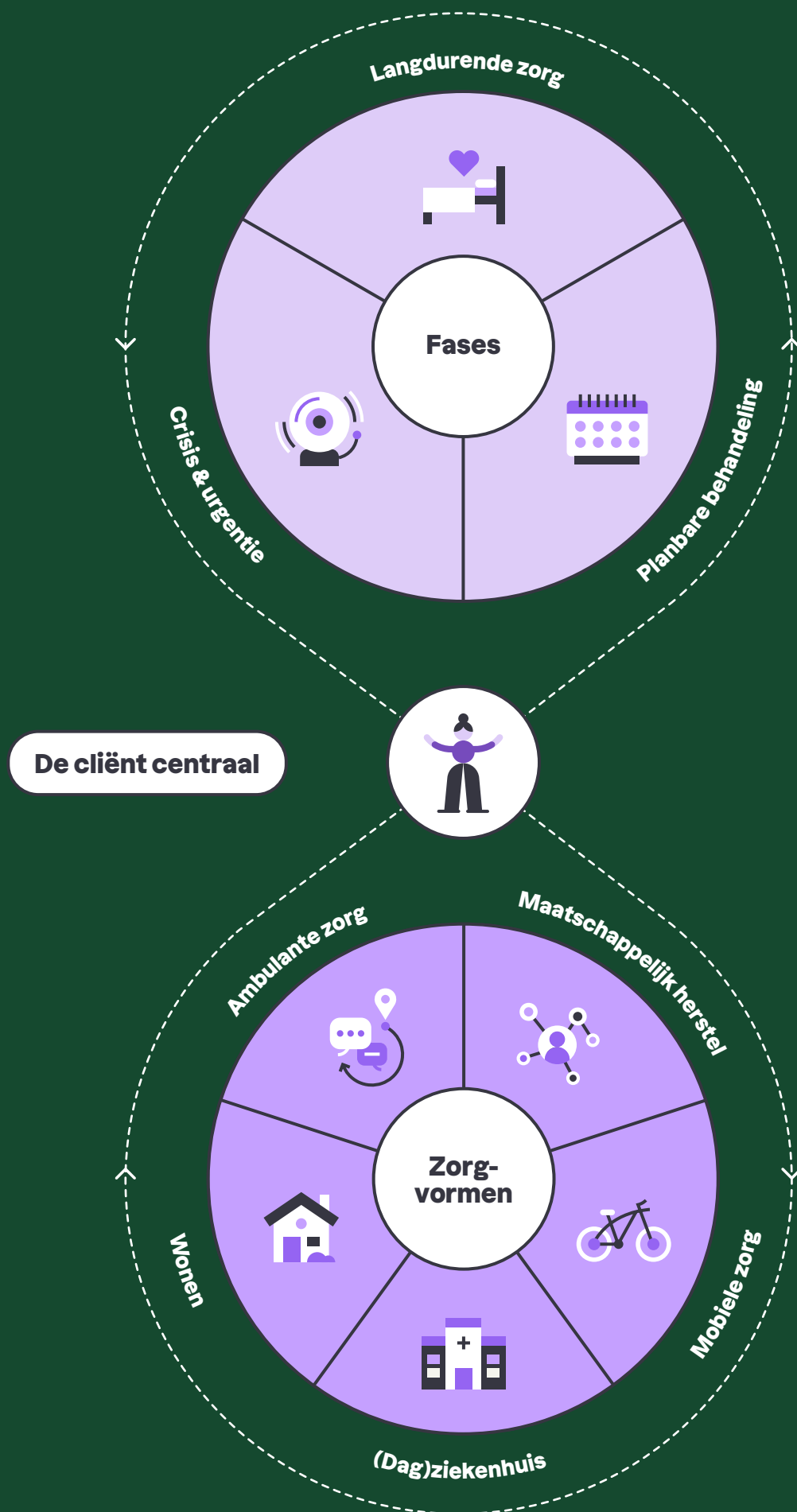


Zorgregio Kempen



Zorgregio Mechelen-Rupelstreek (Emergo)





Eén plan over zorgvormen heen

We kiezen bewust voor **één zorgstrategisch plan over zorgvormen heen**, om te komen tot een meer samenhangende, cliëntgerichte en toekomstbestendige zorgorganisatie.

Door in dit plan de bestaande versnippering tussen zorgvormen te overstijgen, willen we de continuïteit van zorg versterken, zorgovergang voor cliënten verbeteren en middelen efficiënter inzetten. Zo kunnen we logischere keuzes maken, samenwerking tussen teams verdiepen, beter aansluiten bij de evoluerende zorgnoden en de verwachtingen van externe zorgpartners en beleid. Dit helpt ons evolueren van aanbod gestuurde naar geïntegreerde zorg, met de cliënt centraal.

Ons zorgstrategisch plan is het kader voor de strategische keuzes voor de komende tien jaar. Het is een flexibel plan dat op basis van nieuwe inzichten, noden of ontwikkelingen (intern en extern) kan worden bijgestuurd. Hoe en wanneer we keuzes concreet uitwerken, nemen we op in onze tweejaarlijkse beleidsplannen.

Om te komen tot dit zorgstrategisch plan, hebben we gekozen voor een **participatieve aanpak**: Vanuit onze missie en vanuit (beleids)data en maatschappelijke tendensen hebben we een aantal strategische drivers (spanningsvelden) gedefinieerd. Deze drivers hielden ons gefocust op wat echt telt.

In co-creatie met al onze leidinggevendenden (artsen, afdelingshoofden, zorginhoudelijke coördinatoren en managers) hebben we in georganiseerde dialoogstructuren ideeën verzameld en voorstellen uitgewerkt. Tot slot hebben we via een consent-based besluitvorming deze voorstellen al dan niet weerhouden.

Daarnaast hielden we meerdere focusgroepen (zie bijlage 2) met cliënten, met familie & naasten en met netwerkpartners. Met hen hebben we de relevante voorstellen afgetoetst en bijgestuurd.

Op basis van de hierboven geschetste oefening weerhielden we een aantal **strategische basiskeuzes**. Sommige keuzes bouwen verder op wat we al doen. Andere keuzes zetten een nieuwe richting uit. Samen vormen ze de rode draad doorheen alle zorgvormen.

Vervolgens zijn er strategische keuzes die te maken hebben met de domeinen **urgentie-en crisiszorg**, **planbare behandeling** en **langdurende zorg**. Deze vertalen zich in een aantal werven.



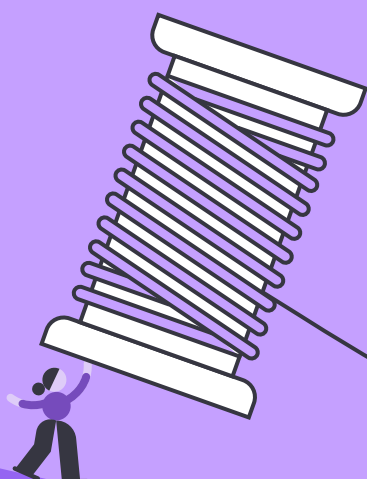
1

Strategische basiskeuzes

8 zorgstrategische basiskeuzes

De rode draad doorheen dit 10-jarenplan

We bouwen verder aan kwalitatieve zorg, samen met cliënten, familie, naasten, medewerkers en partnerorganisaties.

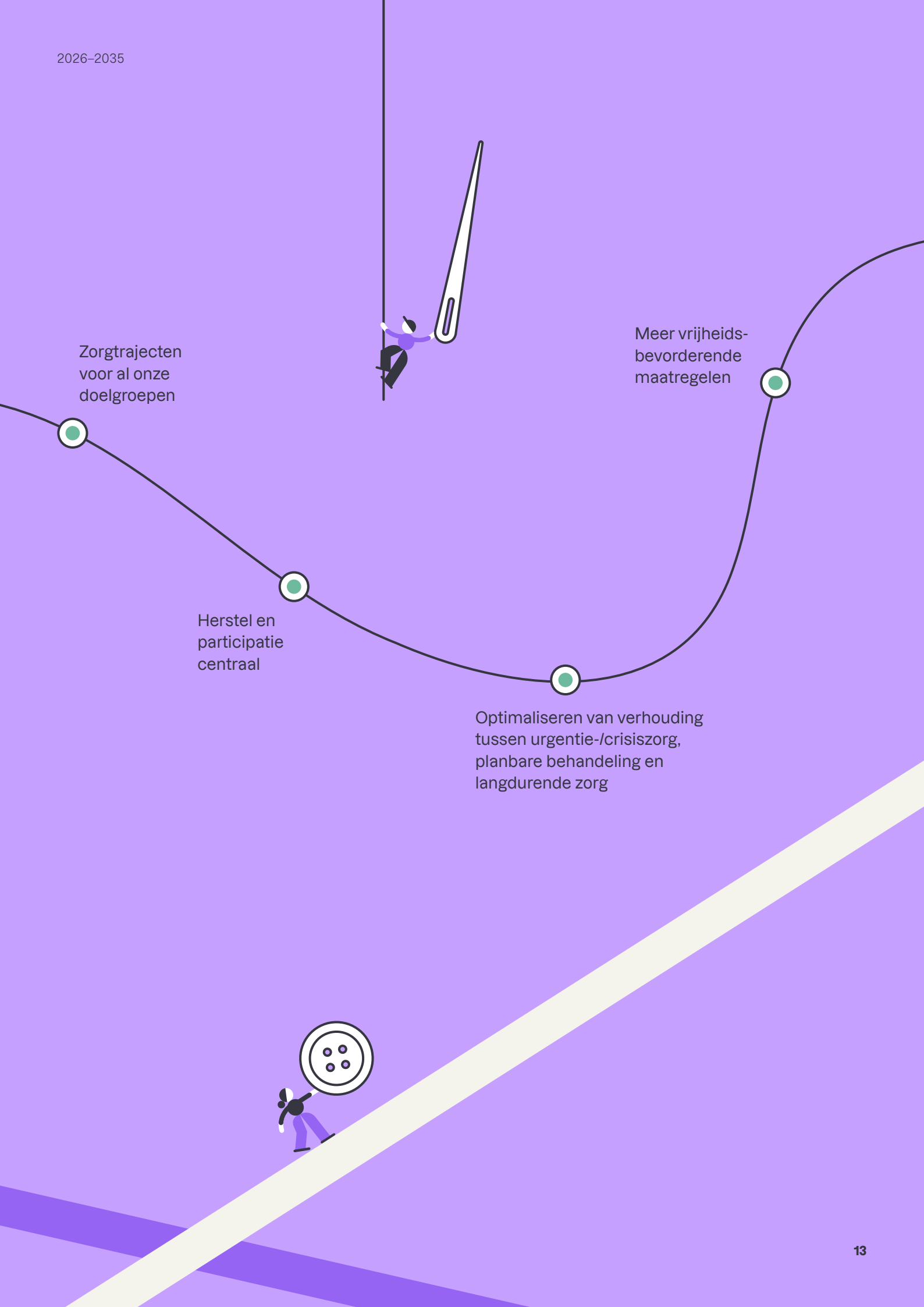


Verbinden van somatische zorg, leefstijl en geestelijke gezondheidszorg in één aanpak

Zorg voor doelgroepen met (erg) complexe zorgnoden

Vermaatschappelijking als kern

Blijvende inzet op sterke zorginhoudelijke programma's



1.1

We blijven inzetten op sterke zorginhoudelijke programma's

We blijven inzetten op goed onderbouwde zorginhoudelijke programma's. In elke cluster-en teamhandboek is weergegeven wat de zorginhoudelijke visie is en op welke manier deze wordt

geborgd binnen een werking. **Psychodiagnostiek** maakt daar integraal deel van uit zowel binnen crisiszorg als binnen planbare behandeling.

Daarnaast wensen we zorggroep breed verder vorm te geven aan **cultuursensitieve zorg** en **traumasensitieve zorg**.

1.2

We bouwen zorgtrajecten voor alle doelgroepen

We nemen een **actieve rol op in de GGZ-netwerken** van de provincie Antwerpen: SaRA, Netwerk GGZ Kempen, PANGG 0-18, netwerk voor geïnterneerden hof van beroep Antwerpen. We werken daarbij intersectoraal samen rond verschillende levensdomeinen (wonen, werk, vrije tijd, ...) en met partners uit andere sectoren zoals VAPH, Opgroeien en ouderenzorg.

Thema's waar we extra accent op wensen te leggen:

-1.2.1

Continuïteit van zorg

We bouwen samen met (intersectorale) partners en hulpverleners **zorgtrajecten** uit over zorgvormen en voorzieningen heen. Zo voorkomen we zo veel mogelijk breuklijnen en verbeteren we de **continuïteit van zorg**.

-1.2.2

Regio afspraken binnen netwerken

We zetten de koers verder om vanuit **populatieperspectief** samen met alle partners een antwoord te bieden op de zorgnoden in het netwerk. Daarbij maken we ook afspraken

omtrent wie welke zorgvormen organiseert voor welke doelgroepen en voor welke **regio**. Aangezien wij voor veel verschillende doelgroepen werken is het ook belangrijk dat die regio-afspraken kloppen over de netwerken heen.

-1.2.3

Aansluiting bij netwerk Emergo

Aangezien de ambulante centra De Sleutel Antwerpen en Mechelen vanaf 1 januari 2027 volledig deel uitmaken van onze zorggroep nemen we ook een **actieve rol op in het netwerk Emergo voor de doelgroep verslavingszorg**.

Wij bouwen verder aan zorg die herstel en participatie centraal stelt

Van bij het ontstaan van onze zorggroep zetten we in op herstelondersteunende zorg en participatie.

Zoals in het vorige zorgstrategisch plan zijn de 4 hersteldimensies van Droës daarbij nog steeds richtinggevend:

- Persoonlijk Herstel: Zingeving, zelfgevoel,...
- Klinisch Herstel: verbeteren gezondheid, leren omgaan met symptomen,...
- Functioneel Herstel: woonvaardigheden, ADL, arbeidsvaardigheden,...
- Maatschappelijk Herstel: aansluiting vinden in de samenleving mbt wonen, werken, vrije tijd, sociale contacten,...

Recent onderzoek heeft dit vertaalt in 13 actiepunten (blauwdruk psychosezorg, maar toepasbaar voor alle doelgroepen):

- Zorg voor een warm onthaal en vriendelijke omgangsstijl;
- Laat experts ontmoetend werken;
- Realiseer grote impact met het kleine samenleven;
- Stel het traject en het verhaal van de cliënt centraal;
- Bewerkstellig zorgcontinuïteit;
- Heb geduld in tijden van haast;
- Luister naar en werk met de context;
- Betrek ervaringsdeskundigen;
- Organiseer zorg in samenspraak;

- De-escalier bij crisis en werk verbindend;
- Draag en hanteer angst en onzekerheid professioneel;
- Laat gedeelde verantwoordelijkheid primeren boven procedures;
- Zoek verbinding met de samenleving

Deze actiepunten sluiten heel goed aan bij ons Multiversum-DNA waar “Ieder verhaal telt!”

Thema's waar we extra accent op wensen te leggen:

–1.3.1

Ervaringsdeskundigheid en familie-ervaringsdeskundigheid

Het aantal mensen die als **ervaringsdeskundige** in onze zorggroep werken is de laatste jaren duidelijk toegenomen. We vinden het belangrijk om binnen de verschillende clusters de samenwerking met ervaringsdeskundigen verder vorm te geven zodat het medisch, verpleegkundig en therapeutisch behandel en begeleidingsaanbod wordt verrijkt met ervaringskennis. Dit gaat zowel over **cliënt-ervaringsdeskundigen** als over **familie-ervaringsdeskundigen**, maar we zien daar wel een onderscheid in de manier waarop dat verankerd wordt in onze zorggroep. Cliënt-ervaringsdeskundigheid zien we eerder cluster- en teamgericht en familie-ervaringsdeskundigheid eerder zorggroep- en clustergericht.

–1.3.2

Cliënt- en familieparticipatie

Participatie van cliënt, familie en naasten in het eigen zorgtraject (micro) geven we verder vorm en trachten we te verdiepen waar mogelijk. We wensen hierbij te leren uit goede praktijken in onze eigen zorggroep en in andere voorzieningen. De manier waarop deze participatie vorm krijgt en evolueert wordt weergegeven in de cluster- en teamhandboeken.

–1.3.3

Actief werken met signaleringsplan en crisiskaart

We vinden het belangrijk dat met elke cliënt een **signaleringsplan** op maat wordt gemaakt en dat daar actief mee gewerkt wordt. Waar mogelijk betrekken we ook familie en naasten bij de opmaak. Zij weten vaak uit ervaring wat helpt en wat niet. Met een signaleringsplan kan de cliënt en zijn omgeving tijdig stappen zetten om een crisis te voorkomen.

Het werken met een **crisiskaart** is vooral bedoeld voor zorgverleners. Dus dat is enkel zinvol wanneer het effectief in een netwerk of eerstelijnszone of tussen voorzieningen is afgesproken. Zo kunnen huisartsen, spoeddiensten,... weten wat ze kunnen doen wanneer ze te maken hebben met een cliënt in crisis. Een digitaal raadpleegbare crisiskaart lijkt effectiever dan een papieren kaart.



1.4

We bewegen naar meer vrijheidsbevorderende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen hebben een grote impact op de cliënt, de naasten én het team. Daarom zetten we al jaren stappen om vrijheidsbeperking te verminderen en alternatieven te ontwikkelen.

We willen hierin expliciet de beweging maken naar **vrijheidsbevorderende maatregelen**. Samen verkennen we wat dit kan betekenen voor de verschillende clusters en doelgroepen. Goede praktijken – zoals meer bewegingsvrijheid en minder

gesloten deuren, meer keuzevrijheid en participatie in beslissingen, of alternatieven voor dwang (bv. comfortrooms en crisisplannen) – kunnen daarbij inspirerend werken.

We kiezen er bewust voor om **het aantal gesloten afdelingen of wooneenheden niet uit te breiden**, ook al worden er elk jaar meer mensen opgenomen met een beschermende observatiemaatregel. Tegelijk blijven we inzetten op het verkorten van zowel de duur van vrijheidsbeperkende maatregelen als het verblijf in een gesloten setting.

Om deze doelstellingen te realiseren, investeren we gericht in randvoorwaarden zoals **infrastructurele mogelijkheden, vorming en training van teamleden en een voldoende personele omkadering**.

We verankeren vermaatschappelijking als kern van onze zorgontwikkeling

Multiversum heeft er steeds voor gekozen om deze weg ten volle te bewandelen. Vermaatschappelijking biedt tal van voordelen voor de cliënt zoals kansen tot behoud van aansluiting bij de levensdomeinen wonen, vrije tijd en arbeid/school. Ook het betrekken van familie en naasten verloopt doorgaans gemakkelijker bij zorgvormen die dicht bij de eigen leefomgeving van de cliënt georganiseerd worden.

Deze thema's wensen verder uitwerken:

-1.5.1

Duidelijke oriëntatie bij aanmeldingen

Werken met een duidelijke oriëntatie bij aanmeldingen waarbij nagegaan wordt welke zorgvorm het meest aansluit bij de zorgnoden op dat moment. En daarbij trachten we voorkeur te geven aan ambulante, intensief ambulante, mobiele en semi-residentiële zorgvormen.

-1.5.2

Uitbouwen (intensief) ambulante en mobiele zorgvormen

We zetten onze schouders onder het verder uitbouwen van (intensief) ambulante, en mobiele zorgvormen maar wensen dit voornamelijk te doen wanneer deze zorgvormen gefinancierd worden zonder verdere bedbevrozing. Vandaag de dag is er nog te veel druk op residentiële zorg om verder belangrijke afbouw te realiseren ten voordele van ambulante of mobiele zorgvormen.

-1.5.3

Integratie en afstemming met partners 0° en 1° lijn

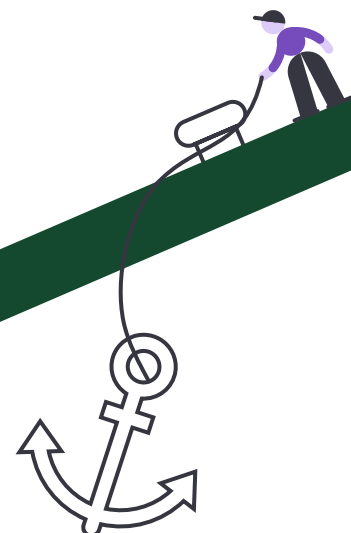
Zorgintegratie en afstemming met de partners 0° en 1° lijn zijn onontbeerlijk om vermaatschappelijking van zorg waar te maken. Dit wil zeggen dat wij ondersteuning, vorming, coaching bieden aan deze partners opdat zij gemakkelijker met cliënten met een psychische kwetsbaarheid om kunnen gaan en wij als zorggroep de zorg niet permanent hoeven op te

nemen, enkel op basis van afspraken met deze partners.

-1.5.4

Technologische en digitale ontwikkelingen opvolgen

Technologische en digitale ontwikkelingen kunnen helpen om vermaatschappelijking van zorg waar te maken omdat hierdoor cliënten en hun familie en naasten mogelijkheden tot herstel kunnen vinden ter aanvulling van professionele hulpverlening. Dit kan gaan over blended care, artificiële intelligentie in zorg, ondersteunende applicaties en nieuwe toepassingen die de komende jaren nog zullen ontstaan. Deze evoluties worden opgevolgd en waar mogelijk geïntegreerd in onze werkingen.



We blijven zorg dragen voor doelgroepen met (erg) complexe zorgnoden

Personen met complexe zorgnoden hebben vaak meervoudige, langdurige en verweven problemen, die een netwerk van zorg en ondersteuning vereisen. Dit vereist een netwerkgerichte aanpak. We nemen als psychiatrische zorggroep hier ons aandeel in op, in afstemming (bijvoorbeeld regio-afspraken) en samenwerking met netwerkpartners GGZ en andere sectoren.

Volgende thema's zijn hierbij belangrijk:

-1.6.1

Zorgnetwerken met een gedeelde aanpak

Voor mensen met complexe zorgnoden kan het zinvol zijn om zorgnetwerken uit te bouwen. Dat is een netwerk op het micro niveau (zowel mantelzorg als professionelen) rondom een cliënt.

Behandelen en begeleiden van doelgroepen met erg complexe zorgnoden vraagt een **gedeelde aanpak**. Dat wil zeggen dat we over zorgvormen, voorzieningen en sectoren heen bespreken hoe we sommige cliënten samen zorg

kunnen verlenen indien het te complex is voor één zorgpartner. Dit kan gaan door expertise uitwisseling, afwisseling van zorgvormen, afwisseling van teams, casusbesprekingen over sectoren heen, liaison vanuit GGZ naar andere sectoren, enz.

-1.6.2

Aanklappende zorg

Mensen met erg complexe zorgnoden zijn soms geneigd om af te haken of zorg te mijden. Toch is het belangrijk om **aanklappende** te werken en mensen met een ernstige psychiatrische problematiek niet op te geven. Dit kan echter op verschillende manieren vorm krijgen: door mensen opnieuw kansen te geven, contact te houden, snel zorg opnieuw mogelijk te maken, in te zetten op motiverende gespreksvoering, bemoeizorg binnen afgesproken kaders, enz

-1.6.3

Bemoeizorg

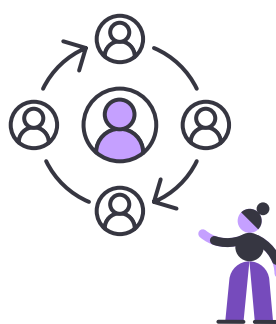
We zetten ook in op **bemoeizorg of assertieve outreach**. We hebben als zorggroep al lang ervaring met bemoeizorg. Deze aanpak heeft zeer goede resultaten bij mensen

met een ernstige psychiatrische problematiek, die zorg vermijden en daardoor op verschillende levensdomeinen dreigen vast te lopen (zorgwekkende zorgmijders). Aangezien wij met complexe doelgroepen werken en deze vatbaarder zijn voor verliezen op verschillende levensdomeinen vinden wij het belangrijk ons mee in te zetten voor bemoeizorgprojecten binnen een wel afgesproken kader met andere (intersectorale) partners.

-1.6.4

Zorg voor geïnterneerden

We nemen reeds deel aan het netwerk **zorg voor geïnterneerden** hof van beroep Antwerpen en we hebben verschillende projecten lopen binnen de clusters Cadenza en Knoop. Gezien de grote maatschappelijk noden voor deze doelgroep bekijken we verdere mogelijkheden voor deze doelgroep binnen andere clusters. Daarbij denken we in de eerste plaats aan het cluster Narrante, maar ook aan PVT en IBW. Het blijft wel gaan over de doelgroep geïnterneerden low security.



1.7

We verbinden somatische zorg, leefstijl en geestelijke gezondheidszorg in één geïntegreerde aanpak

Mensen met een psychische kwetsbaarheid hebben vaak meer somatische problemen, die niet altijd tijdig opgemerkt worden. Dat kan leiden tot verminderde levenskwaliteit, meer fysieke

en mentale problemen en zelfs vroegtijdige sterfte. Daarom is het nodig **somatische zorg** te integreren in het behandel- en begeleidingsplan. Ook leggen we de focus op **leefstijl** (bewegen, voeding,

roken, slaap,...), omdat dit een grote invloed heeft op zowel somatische gezondheid als psychisch welzijn. gaan we ook daar mee aan de slag.

1.8

We optimaliseren de verhouding urgentie-/crisiszorg, planbare behandeling en langdurende zorg

Als we wensen te komen tot een zo duidelijk mogelijke indeling over de zorgvormen heen is het nodig deze begrippen te verduidelijken:

Urgentiezorg: een onmiddellijke interventie is noodzakelijk wegens een levensbedreigende situatie. Dit kan zowel om somatische als psychiatrische redenen.

Crisiszorg: een snelle interventie is noodzakelijk (binnen de 3 dagen)

wegens een uit de handlopende situatie/onveiligheid, maar geen levensbedreiging.

Planbare behandeling: Er kan tijd genomen worden om af te spreken wanneer de behandeling kan starten in een bepaalde zorgvorm.

- Behandeling op korte/middellange termijn (< 1 jaar in die zorgvorm)
- Behandeling op langere termijn (> 1 jaar in die zorgvorm)

Langdurende zorg: Het accent ligt niet meer op behandeling, maar op begeleiding met betrekking tot verschillende levensdomeinen (arbeid, vrije tijd, ontmoeting, vorming, wonen, sociaal administratief, existentieel,...) die zo lang duurt als nodig is in die zorgvorm.

De structuur met onze clusters blijven we behouden, maar we vinden het belangrijk om over

clusters en zorgvormen heen verbindingen te maken tussen werkingen die eerder staan voor onplanbare crisis- en urgentiezorg, werkingen die eerder staan voor planbare behandeling en werkingen die meer gericht zijn op langdurende zorg.

Wanneer we het over de verhouding hebben tussen urgentie- en crisiszorg, planbare behandeling en langdurende zorg nemen we verschillende elementen in rekening:

–1.8.1

Afstemming op netwerkniveau

Het is belangrijk dit op **netwerkniveau** af te stemmen. Voor een GGZ-netwerk wordt onderstaande verhouding als “richtinggevend” genomen:

- Crisiszorg: 20–30%
- Planbare behandeling: 40–50%
- Langdurende zorg: 20–30%

Als zorggroep zijn wij echter partner in **verschillende GGZ-netwerken** en dus zetten wij onze middelen ook in voor verschillende regio's:

- Er zijn namelijk werkingen die zowel voor crisiszorg als voor planbare behandeling een provinciale regio hebben (mArquee en Knoop bijvoorbeeld).
- Er zijn andere werkingen die voor crisiszorg de regio SaRA volgen en voor planbare behandeling een provinciale regio (Cadenza bijvoorbeeld).
- En vervolgens zijn er werkingen die voor de onze toegewezen 3 ELZ (buiten de Singel) een werking hebben (MPCT en MPT).

Het is dus nodig per cluster helder te hebben wie binnen het netwerk waar zij deel van uitmaken crisiszorg waarneemt en wie in staat voor planbare behandeling.

–1.8.2

Flexibiliteit tussen crisiszorg en planbare behandeling

Het is belangrijk dat dit geen statische indeling is, maar eerder een dynamische waarbij in de praktijk kan geschakeld worden. Dit betekent dat het nodig is **flexibele buffers** in te bouwen om meer crisiszorg te kunnen voorzien wanneer dat nodig is en dus op dat moment minder planbare behandeling in te zetten. Het is nodig dat elk cluster bekijkt op welke manier ze deze flexibiliteit kunnen inbouwen in hun werkorganisatie. Het verder uitbouwen van formules op recept (BOR, MTOR, enz.) kan hier soelaas bieden.

–1.8.3

Diversiteit in mogelijkheden binnen crisiszorg

Bij crisiszorg wordt er meestal in eerste instantie gedacht aan een “bed”. Het is pas de laatste jaren dat het MPCT meer bekendheid krijgt. We vinden het belangrijk om de **diversiteit in crisiszorg** verder vorm te geven. Vooral ook liaison, ambulant, mobiel, daghospitaal als crisiszorgvorm verder uitwerken, maar eveneens programma's die de mantelzorgers kunnen ondersteunen in het hanteren van crisissituaties.

–1.8.4

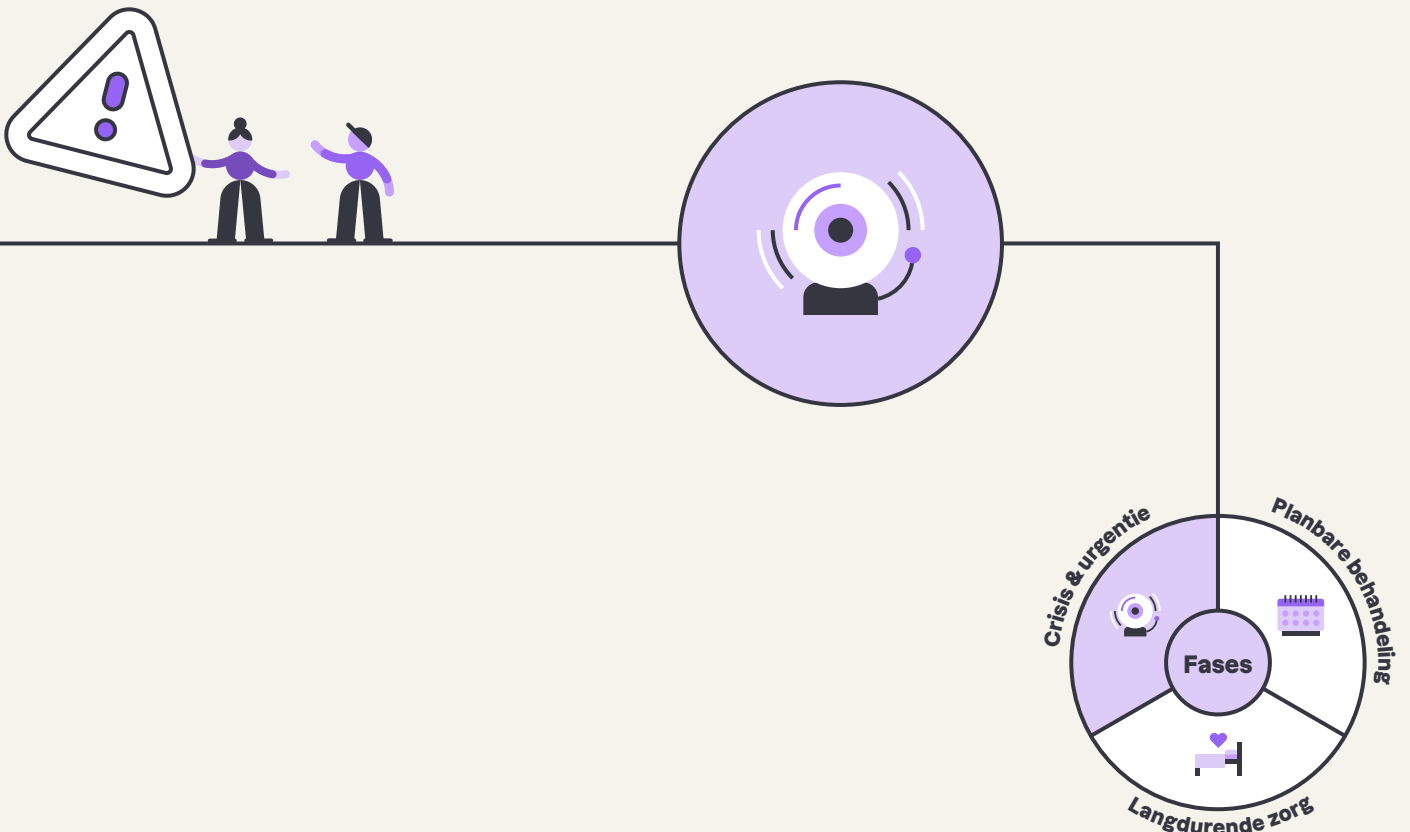
Doorstroming uit langdurende zorg

De basis van langdurende zorg die we momenteel hebben, wensen we alvast te behouden. We pleiten voor extra financiering om maatschappelijk herstel (wonen, arbeid, vorming, vrije tijd en ontmoeting) voor de cliënten met een ernstige psychiatrische kwetsbaarheid verder uit te bouwen. Maar het blijft ook belangrijk dat de langdurende zorg niet dichtslibt en dat er regelmatig een herindicatie gebeurt bij de aanwezige cliënten en vooral ook een goede samenwerking met eerstelijnszorg om **doorstroming** te realiseren.



2

Werven crisis- en urgentiezorg



We zien de stabilisatie van levensbedreigende urgenties (urgentiecode 1) en de uitklaring van belangrijke somatische (co)morbiditeit als taak van urgentieartsen verbonden aan een spoed/AZ. Pas nadien kunnen wij overnemen.

We doen dit zo kort en intensief als nodig en zijn wendbaar en responsief (gericht op vlotte op- en afschaling). We werken daarbij **zoveel mogelijk niet bed-gebonden**.

Crisis zorg willen we **breed** (voor alle doelgroepen), doch **regionaal** organiseren (ELZ Zuid, ELZZORA en ELZ Oost). Dit sluit niet uit dat, als specifieke doelgroepclusters (bv DD verstandelijke beperking of adolescentiepsychiatrie) netwerkmiddelen krijgen om een supraregionale rol op te nemen, dat dat ook kan.

2.1

We bouwen duidelijke crisiszorgpaden voor al onze doelgroepen

Een crisiszorgpad is een georganiseerde route die een cliënt in crisis kan volgen (op basis van zorgnoden) doorheen het zorgsysteem en dus over alle zorgvormen heen.

Volgende thema's zijn hierbij belangrijk:

-2.1.1

Opschalingsmogelijkheden van zorg bij crisis

Duidelijke afspraken mbt opschaling van zorg staan beschreven in elk clusterhandboek.

Wat betreft gekende cliënten die bij ons in zorg zijn is het belangrijk dat **elke team de mogelijkheden** die er zijn wanneer een **cliënt in crisis** gaat goed heeft uitgewerkt en afgestemd met andere teams en voorzieningen indien nodig. In het handboek van elk team worden de mogelijkheden tot opschaling van zorg bij crisis beschreven.

-2.1.2

Zorg op recept

Wat betreft gekende cliënten die op het moment van een crisis niet bij ons in zorg zijn kan het zijn dat wij

een rol hebben op de crisiskaart van deze cliënt. Bijvoorbeeld door een formule "op recept". In het handboek van elk cluster is deze mogelijkheid tot **zorg op recept** duidelijk beschreven.

We gebruiken een (gedeeld) triage-/oriëntatiesysteem als toegangspoort

Een **triage-/oriëntatiesysteem** vormt de ruggengraat van kwalitatieve crisis- en urgentiepsychiatrie. Door systematisch te triëren kan men op kritieke momenten precies de juiste, afgestemde zorg bieden. Bovendien creëert een gedeeld oriëntatie/triagesysteem een gemeenschappelijke taal binnen één team en tussen teams. Het nationaal uitgewerkt oriëntatieprotocol met psychiatrische urgentiecodes (van

1 tot 5) kan hier helpen en wordt ook in de praktijk reeds gehanteerd door het MPCT.

Het is de bedoeling dat dit 24/7 wordt toegepast voor elke aanmelding via de crisistelefoon (samenwerking MPCT en Intro 2).



Wat als er bij een crisis snel iemand naast ons staat?

Iemand die mee inschat wat nodig is en ondersteuning kan bieden in de vertrouwde omgeving. En die, als andere zorg nodig is, mee zorgt voor een vlotte overgang en snelle vervolgzorg.

— *Wens van familie & naasten, gebaseerd op focusgroep met familie en naasten (januari 2026)*

2.3

Het Mobiel Psychiatrisch Crisis Team wordt een belangrijke spil in de crisiszorg

Het MPCT heeft een cruciale rol in het crisiszorgpad. In het oriëntatieprotocol hebben zij immers een rol bij urgentiecodes 2 (interventie waar de cliënt verblijft de dag zelf), 3 (interventie van crisisteam binnen 48u) en 4 (ambulante crisisconsultaties). Belangrijk is de strikte tijdelijkheid (6 weken max) van de interventie door het MPCT. Deze beperkt zich hoofdzakelijk tot crisisstabilisatie en zorgtoeleiding. Vandaar is het belangrijk dat het MPCT ingebed zit in een crisiszorgpad.

-2.3.1

Ambulante crisisconsultaties

Het ontbreekt aan voldoende mogelijkheden tot **ambulante crisisconsultaties** in de regio waar MPCT Multiversum werkzaam is. Naar de toekomst toe zullen we alle kansen aangrijpen om

meer mogelijkheden hiertoe toe te voorzien (dit kan ook in samenwerking met een andere voorziening).

-2.3.2

Crisiszorgpad en op-en afschalingsmogelijkheden

Mobiele crisiszorg is slechts effectief wanneer ze ingebed is in een naadloos zorgcontinuüm, waarbij opschaling -waar nodig- van zorg naar een plaats of een bed in een psychiatrisch ziekenhuis of tot afschalen naar planbare ambulante zorg herval voorkomen en herstelkansen maximaliseren. Voor de **opschaling** naar korte (vrijwillige) opname zullen we afspraken maken binnen PZ Multiversum met Intro, Narrante, Intermezzo en Cadenza. Ook bij **afschaling** is vlotte doorstroom nodig omdat op dat

ogenblik de motivatie voor hulp het grootst is en om herval te vermijden. We maken hierover afspraken met ambulante partners in de SaRA-regio.

-2.3.3

Rol MPCT bij beschermende observatiemaatregelen

Het MPCT draagt actief bij tot het voorkomen van beschermende observatie maatregelen door crisissen vroegtijdig op te vangen en te stabiliseren in de leefomgeving van de cliënt. Aanvullend kan het MPCT bijdrage tot het **vroegtijdig opheffen** van BOM, door cliënten aansluitend op deze maatregel vrijwillig kort op te volgen.

We bouwen High Intensive Care verder uit

De High Intensive Care (HIC) werking heeft een cruciale, maar duidelijk afgebakende plaats binnen het crisiszorgpad. Ze komt pas in beeld als andere, minder ingrijpende vormen van zorg onvoldoende zijn.

Het is een tijdelijke, intensieve en herstelgerichte schakel in het crisiszorgpad, gericht op snelle stabilisatie en structuur/rust wanneer er sprake is van ernstig onregelmatig gedrag en hoog risico (voor zichzelf of anderen). **Een opname op de HIC is zo kort als mogelijk en zo intensief als nodig**, met als doel snelle stabilisatie en het herstellen van de regie. Van bij de opname wordt ingezet op uitstroom.

-2.4.1

Healing environment

Volgens de HIC visie wordt actief gewerkt aan het voorkomen van dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen en aan een omgeving waar nabijheid en vrijheid in balans gebracht wordt met bescherming wanneer nodig.

Op korte termijn vertalen we dit in een **aangepaste infrastructuur op onze 2 HIC afdelingen** met voldoende differentiatie van ruimtes (gradaties van vrijheid), comfort ruimtes en een ontvangstruimte voor familie en naasten.

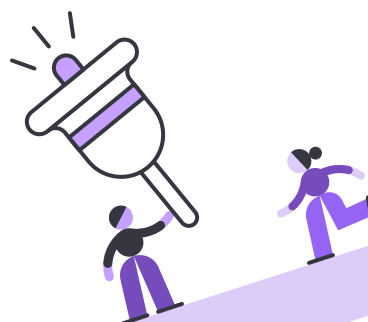
Daarnaast wensen we te evolueren naar **2 afdelingen van 24+4** die op termijn worden samengebracht in een volledig daarvoor ontworpen en ingerichte nieuwbouw.

-2.4.2

Zorgpaden vanuit HIC afdeling

HIC afdelingen kunnen hun model van op- en afschalen van zorg maar uitbouwen als ze zo weinig mogelijk in overtal moeten gaan. Daartoe is het belangrijk om **zorgpaden uit te werken tussen HIC en alle andere relevante zorgvormen**. Dit kan door:

- Afspraken rond transfer naar andere afdelingen
- Afronden na de crisisperiode:
 - » en indien nodig aanmelden voor een behandeltraject (met terug naar huis gaan in de tussentijd)
 - » en indien nodig opvolging door een mobiel bemoeizorg team, gelijkaardig aan PIM maar dan voor een bredere doelgroep.



We streven naar meer proportioneel gebruik van de Beschermende Observatie Maatregel (BOM)

Momenteel gebeurt 1 op 4 opnames in ons ziekenhuis via een beschermde observatiemaatregel. We vinden het dan ook belangrijk om ons als zorggroep hiervoor te blijven inzetten, maar binnen een aantal evenwichten zoals: haalbaar in aantallen, voldoende omkadering bij teams, beperkt in tijd, enz.

Volgende thema's zijn daarbij belangrijk:

–2.5.1

We voorkomen de onnodige opstart van BOM (primaire preventie)

Zie 2.3.3

–2.5.2

We voorkomen heropnames onder BOM (secundaire preventie)

Door de uitbouw van een **mobiel bemoeizorg team** voor een brede doelgroep, zorgen we er voor dat personen met een complexe problematiek verleid kunnen worden om aan te sluiten bij de reguliere zorg. Dit kan bijdragen om heropname onder BOM te voorkomen.

Zie ook 2.4.2

–2.5.3

Zo veel mogelijk voorkomen van minderjarigen onder BOM op afdelingen volwassenenpsychiatrie

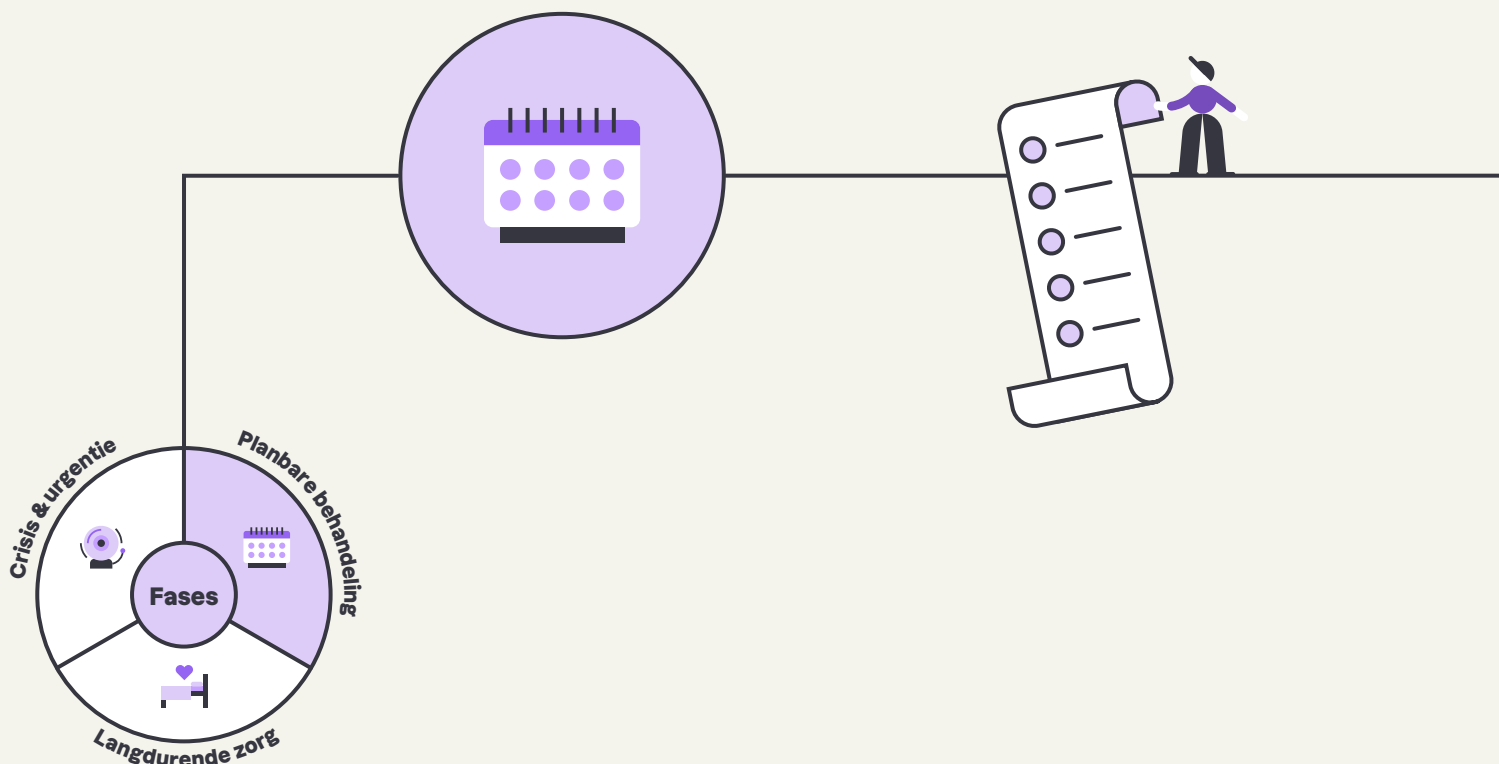
Minderjarigen verdienen een aanpak en milieu dat aangepast is aan hun leeftijd. Het is dan ook te vermijden dat zij onder BOM worden opgenomen op een afdeling waar veel volwassen cliënten verblijven met een zeer diverse problematiek.

We blijven op alle mogelijke overlegtafels bespreken dat er een oplossing dient te komen voor minderjarigen.



3

Werven planbare behandeling



De afgelopen 10 jaar zijn er deskundige behandelprogramma's uitgebouwd binnen onze zorggroep. Daarbij is ook het aantal zorgvormen uitgebreid.

Er zijn een aantal keuzes die we maken voor de komende jaren.

3.1

We bouwen aan een gecoördineerd en cliëntgericht aanmeldproces

We hebben er sinds het ontstaan van Multiversum voor gekozen om niet met een centraal aanmeldingsteam te werken, maar om dit per cluster te organiseren. De redenen hiervoor zijn dat de clusters zo'n specifieke werking hebben en met verschillende netwerken en sectoren samenwerken dat het doeltreffender lijkt om het **aanmeldgebeuren** per cluster op te

volgen. Dit heeft dus voordelen, maar er zijn ook valkuilen en deze wensen we weg te werken. Het is belangrijk dat de cliënt en de verwijzer zich goed verder geholpen ervaren en om dat te realiseren zullen we een aantal afspraken maken over de aanmeldingsteams van de clusters heen.

Elementen die daarbij aan bod

komen zijn: de verwijzer mag niet van kastje naar de muur gestuurd worden. Wanneer iemand niet bij een cluster terecht kan, moet het duidelijk zijn waar men wel terecht kan en dient dit ook afgestemd te zijn met de andere cluster of voorziening. We zorgen intern voor een goede communicatie en registratie van het aanmeldingsgebeuren.



Wat als ik bij mijn aanmelding mijn verhaal maar 1 keer moet doen en niet van wachtlijst naar wachtlijst gestuurd word?

Mijn situatie en noden vormen het vertrekpunt en van daaruit krijg ik ondersteuning die bij mij past.

— Wens van cliënten, gebaseerd op focusgroep met cliënten (januari 2026)

3.2

We zetten digitale en AI-innovaties in als hefboom om wachttijden te overbruggen en zorgtoegang te verbeteren

Uit de cijfers blijkt duidelijk dat we voor alle zorgvormen veel tot zeer veel aanmeldingen hebben lopen. Dit gaat ook gepaard met behoorlijke wachttijden voor veel behandelvormen. Het is een illusie met de huidige maatschappelijke zorgnoden omtrent GGZ dat we deze wachtlijsten weg kunnen werken zonder bijkomende middelen. Dat mag ons niet beletten creatief te zijn in het zoeken van mogelijkheden:

–3.2.1

Digitale en AI toepassingen in de zorg

We bekijken digitale en AI toepassingen waar cliënten beroep op kunnen doen tijdens de wachttijd;

–3.2.2

Inzetten van een voorprogramma

Voor sommige werkingen is het haalbaar om een beperkt voorprogramma aan te bieden zodat het behandeltraject goed voorbereid kan worden. Dit vergroot de

slaagkans tot een behandeltraject omdat de cliënt goed weet wat dat inhoudt enerzijds en het verkort te wachttijd anderzijds;

–3.2.3

Regio afspraken

Samen met netwerkpartners kan het helpen om voor sommige leeftijdsgebonden en/of klinische doelgroepen over alle behandelvormen heen regio afspraken te maken.

3.3

We bouwen intensief ambulante behandeling (verder) uit

De voorbije jaren investeerden we waar mogelijk in de uitbouw van ambulante behandeling, onder meer via de Kruispunten binnen de eerstelijnszones Antwerpen Oost, ZORA en Antwerpen Zuid en via de versterking van de polikliniek met psychiaters en therapeuten. Voor cliënten met een ernstige/complex psychiatrie problematiek

volstaat dit aanbod echter niet altijd. Bij gebrek aan voldoende intensief ambulante behandelprogramma's (IAB) zien we dat deze cliënten nog te snel worden opgenomen in een residentiële setting.

We zetten de komende jaren op diverse overlegtafels mee in om het belang van de

doorontwikkeling van intensief ambulante behandelprogramma's te benadrukken en wanneer de financieringsmodaliteiten toereikend zijn deze ook verder uit te bouwen.

We versterken mobiele behandelvormen

De mobiele behandelvormen hebben de laatste 10 jaar een duidelijke plaats ingenomen in het GGZ landschap. Deze zorgvorm wordt sterk gewaardeerd door cliënten en eerstelijnspartners. Waar er mogelijkheden zich aandienen wensen we deze zorgvorm verder uit te breiden en ook verder te diversifiëren.

–3.4.1

De behandelopdracht van het Mobiel Psychiatrisch Team

Het Mobiel Psychiatrisch Team (MPT) heeft binnen onze zorggroep in de eerste plaats een **behandelopdracht** in de thuissituatie voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening. We

behouden hierbij een **maximale behandelduur van twee jaar**, met als uitgangspunt voldoende doorstroom te realiseren zodat ook nieuwe cliënten tijdig toegang krijgen tot mobiele behandeling.

Tegelijk hanteren we het principe van “**zo kort als mogelijk en zo intensief als nodig**”, met frequente evaluatie van behandeldoelstellingen en afronding in dialoog met de cliënt en zijn context. Het MPT werkt daarbij actief aan de uitbouw en verankering van een zorgnetwerk rond de cliënt.

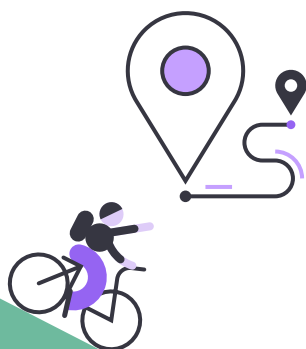
–3.4.2

Uitbreiding mobiele teams

Gezien de meerwaarde van deze

zorgvorm, de blijvend toenemende maatschappelijke zorgnoden en de druk op residentiële zorg kiezen we ervoor de **mobiele teams verder te versterken en uit te breiden**. Dit in overleg met de netwerken en de overheid. Dit kan door uitbreiding van het reguliere MPT, maar ook door mobiele teams gericht op een specifieke doelgroep of een specifieke opdracht (bijv. bemoeizorg).

Zo wordt ambulante en mobiele behandeling in de toekomst een toegankelijk en volwaardig alternatief binnen het zorgaanbod.





3.5

Wij bouwen verder aan een outreachende en verbindende liaison werking

Om verschillende redenen is het heilzaam om mensen die reeds een bepaalde vorm van zorg ontvangen (zoals bijvoorbeeld in een voorziening VAPH, WZC, voorziening Opgroeien, enz) op de plaats waar ze verblijven te houden en het plaatselijke team te versterken met GGZ expertise.

Dit maakt dat cliënten niet onnodig van verblijfsmilieu dienen te

veranderen, wat dikwijls ingrijpend is, dat er een alternatief is voor de wachtlijst, dat teams in andere sectoren gevormd en begeleid worden in het omgaan met mensen met een GGZ-problematiek, wat immers een grote groep mensen is binnen onze maatschappelijk populatie.

We hebben reeds enkele samenwerkingen lopende, al dan

niet met extra financiering. En dit tot grote tevredenheid van alle betrokken partijen. De **liaisonfunctie** kan in verschillende gradaties worden uitgebouwd:

- vorming en coaching naar het lokale team
- een hulpverlener met GGZ-expertise die op verplaatsing mee wordt ingezet in de zorg voor een cliënt.

3.6

Waar mogelijk intensifiëren we behandel eenheden

Een residentiële opname in een psychiatrisch ziekenhuis is nodig wanneer intensieve observatie en nabijheid nodig zijn, dag en nacht. Dat is het geval wanneer een (intensief) ambulant of mobiel behandeltraject niet volstaat, of wanneer het netwerk rond de cliënt de zorg tijdelijk niet voldoende kan dragen. Deze cliënten hebben vaak intensieve en complexe zorgnoden op meerdere levensdomeinen.

Tegelijk zijn de verwachtingen naar residentiële zorg terecht

veranderd. Er is vraag naar meer aandacht voor cliëntenparticipatie, familiebetrokkenheid, minder vrijheidsbeperkende maatregelen, privacy en kwaliteit van zorg.

De personele en infrastructurele omkadering is echter niet in dezelfde mate meegegroeid met deze noden en verwachtingen. Daarom willen we binnen de clusters Cadenza, Intermezzo en Narrante intensifiëren, zodra de overheid daar financiële mogelijkheden voor voorziet.

Door verschuiving van 'capaciteit' (aantal bedden) naar 'intensiteit' (meer omkadering voor doelgroep met complexe noden) beogen we een betere verhouding tussen hulpverleners en cliënten en op infrastructureel vlak meer ruimte/privacy evenals mogelijkheden tot rooming in, herstellkamers, enz.

We bouwen aan geïntegreerde samenwerking bij sociale kwetsbaarheid en dak- en thuisloosheid

In de Antwerpse regio leven heel wat mensen met een psychische kwetsbaarheid in armoede en/of met (dreigende) dak- en thuisloosheid. Daarom zetten we ons mee in bij projecten die deze doelgroep ondersteunen en begeleiden, zoals bijvoorbeeld met het MPT dak- en thuislozen.

Voor deze doelgroep werken we samen met intersectorale partners zoals CAW en OCMW. Als het nodig is dat mensen uit deze doelgroep residentieel opgenomen worden,

dan is het belangrijk dat deze netwerkpartners tijdens de opname betrokken blijven en hun rol blijven opnemen. In dat opzicht maken we **afspraken met deze partners om intersectoraal en geïntegreerd samen te werken.**

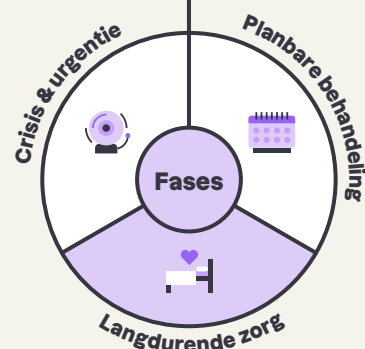
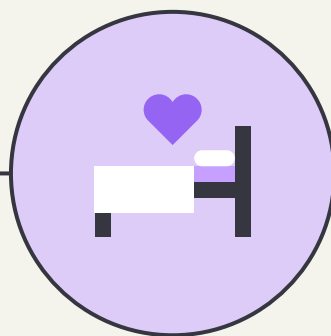
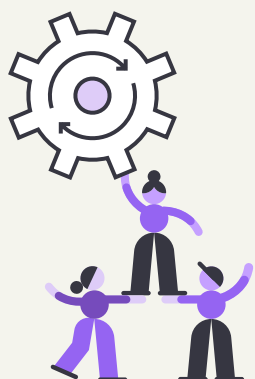
Daarnaast merken we de laatste jaren dat ongeveer 20 à 25 % van onze residentiële cliënten in het psychiatrisch ziekenhuis dak-of thuisloos zijn. **Als de behandeling is afgerond** en dus niet meer klinisch relevant is, dan vinden

we het niet wenselijk de opname te verlengen omwille van de woonsituatie. Wanneer er op korte termijn dan geen uitzicht is op een woonmogelijkheid voor de cliënt, blijft het uitgangspunt dat we **de opname zorgvuldig afronden**, in overleg met de betrokken intersectorale partners.



4

Werven langdurende zorg



Een deel van de bevolking leeft met een ernstige en langdurende psychiatrische aandoening (EPA). Naar schatting gaat het om **1 tot 1,7% van de mensen**. Deze personen ervaren langdurige beperkingen in hun dagelijks en maatschappelijk functioneren en hebben nood aan meerdere zorgverleners die de zorg op elkaar afstemmen.

In het werkingsgebied van onze mobiele teams wonen naar schatting **3.600 tot 6.200 personen met een EPA**. Tegelijk is het aanbod aan specifieke zorgvormen voor langdurende psychiatrische zorg beperkt. Het gaat vooral om IBW, PVT en initiatieven rond psychosociale rehabilitatie en herstel, waarvoor de beschikbare middelen beperkt zijn.

Het psychiatrisch ziekenhuis speelt een rol in het zorgtraject van mensen met een EPA, maar tijdelijk en niet als langdurige zorgvorm. Alleen zo kan het ziekenhuis de crisis- en behandel functie blijven opnemen. Ook binnen het mobiel psychiatrisch team wordt een deel van de capaciteit ingezet voor langdurende zorg.

Als zorggroep blijven we het **structurele tekort aan middelen** voor langdurende zorg aankaarten bij de overheden. Tegelijkertijd blijven we bouwen aan sterke langdurende zorg, door in te zetten op onderstaande **werven**.

4.1

We realiseren doorstroom naar betaalbare huisvesting

Voor onze doelgroep is huisvesting vaak een knelpunt en daarom zetten we hier graag extra op in.

4.1.1

Versnelde doorstroom

Binnen het netwerk SaRA bestaan in verschillende deelregio's al afspraken over versnelde doorstroom. Een vlotte doorstroom naar betaalbare en geschikte huisvesting is cruciaal voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en een laag inkomen. Daarom blijven we samen met woonmaatschappijen en lokale besturen inzetten op het **bekomen en behouden van voldoende plaatsen versnelde doorstroom**.

4.1.2

Samenwerken met sociale ondernemers voor betaalbare huisvesting

Daarnaast blijven we **samenwerken met sociale ondernemers/ sociale huisvesting** die betaalbare huisvesting (willen) aanbieden voor mensen met een psychische kwetsbaarheid (doelgroepplaatsen). Afhankelijk van het project en de zorgnoden kan dit met of zonder begeleiding gebeuren.

4.1.3

Versterken van woonvaardigheden

Goede doorstroom vraagt ook voldoende woonvaardigheden. Het is de opdracht van elke zorgvorm om **actief in te zetten op het behouden en versterken van woonvaardigheden**.

4.1.4

Housing led initiatieven

Tot slot zetten we, waar mogelijk, mee onze schouders onder Housing First- en **Housing Led initiatieven** voor mensen met een zeer complexe psychiatrische problematiek die te maken hebben met dak- en thuisloosheid.

4.2

We bouwen een gediversifieerd zorg- en verblijfscontinuüm op maat van zorgnoden

We vinden het belangrijk dat **alle woonvormen met begeleiding** op elkaar worden afgestemd binnen één **verblijfscontinuüm**. Vandaag is er **nood aan alle woonvormen**, gaande van **PVT** (met verschillende niveaus van zelfstandigheid) tot **beschut wonen** in co housing, **Housing Apart Together (HAT)** en **beschut wonen op eigen adres (BEA)**.

Voor al binnen PVT zien we ruimte voor verdere diversifiëring. Vandaag is 24u begeleiding per dag een voorwaarde, terwijl ook **tussenvormen** met minder intensieve begeleiding (bijvoorbeeld 8u/dag) zinvol kunnen zijn. Dit laat toe om flexibeler in te spelen op de noden van bewoners, om intensievere begeleiding te voorzien

waar nodig en om sterker in te zetten op **activering en kwartiermaken**. Om dit mogelijk te maken zullen we in overleg gaan met de Vlaamse overheid.

4.3

We verbeteren de afstemming tussen PVT, IBW en Mobiel Psychiatrisch Team

PVT, IBW en het Mobiel Psychiatrisch Team functioneren in de praktijk vaak als communicerende vaten. Daarom willen we de aanmelding gecoördineerd laten verlopen, bij voorkeur via **één centraal aanmeldpunt**, zonder de eigenheid van de verschillende zorgvormen te verliezen. Bij verwijzing naar behandeling en/of begeleiding aan huis is het belangrijk dat **van bij de**

start een goede afstemming gebeurt tussen IBW en MPT. Vanaf het begin moet duidelijk zijn welk team het best aansluit bij de **zorgnood van de cliënt**. Door deze afstemming vroeg in het traject te maken, vermijden we onnodige overdrachten en schakelmomenten en versterken we de **continuïteit van zorg**. Zo organiseren we de begeleiding zo efficiënt en passend mogelijk rond de cliënt.



Wat als we er samen voor zorgen dat ook mensen met de meest complexe zorgnoden niet uit het systeem vallen?

We blijven over hulpverleners en voorzieningen heen samen verantwoordelijkheid dragen. Door onze ondersteuning op elkaar af te stemmen, krijgen ook mensen met complexe zorgnoden passende zorg.

— Wens van netwerkpartners, gebaseerd op focusgroep met netwerkpartners (januari 2026)

4.4

We blijven inzetten op verschillende vormen van activering

We zijn ervan overtuigd dat **verschillende vormen van activering** nodig zijn voor mensen met een langdurende psychiatrische kwetsbaarheid. Voor sommige cliënten zijn **activeringsvormen specifiek voor personen met een psychische kwetsbaarheid (categoriale activering)** aangewezen, voor anderen is het **standaard aanbod** in de samenleving meer passend. Daarom blijven we inzetten op beide vormen, binnen de domeinen **vorming, ontmoeting, vrije tijd en arbeid**.

–4.4.1

Versterking van de alle huidige activeringsinitiatieven

We blijven pleiten voor een **structurele versterking** van de categorale activeringsvormen, zoals **De Vlonder, De Klapper, 't Karwei** en **'t Aktief**. Tegelijk zetten we verder in op **kwartiermaken**, met als doel cliënten eenvoudiger te laten aanhaken bij het standaard aanbod in de samenleving.

–4.4.2

Veilige havens

Binnen het netwerk **SaRA** wordt gewerkt aan het uitbouwen van **veilige havens**: laagdrempelige ontmoetingsplekken waar mensen met een psychische kwetsbaarheid langdurig kunnen aansluiten (vergelijkbaar met OverKop-huizen voor jongeren). Deze plekken werken **opnamevermijdend** en maken het mogelijk om tijdig zorg op te schalen wanneer het minder goed gaat. We gaan in onze regio mee met andere netwerkpartners voor een veilige haven per eerste lijnszone.

4.5

We ontwikkelen gespecialiseerde expertise voor complexe profielen binnen de langdurige zorg

Deze werf bouwt verder op de strategische keuze om zorg te blijven dragen voor mensen met zeer complexe zorgnoden (zie 7.1.6), en vertaalt deze keuze naar langdurende zorg.

Langdurende zorg is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met een ernstige psychiatrische problematiek die relatief stabiel is. Vandaag zien we dat meer cliënten een **wisselend verloop** kennen, met periodes van meer en minder stabiliteit.

We zien bovendien een **groeïende groep cliënten met complexe zorgnoden**, zoals mensen met een langdurende verslavingsproblematiek, mensen met een combinatie van **ASS en psychiatrische problematiek**, of andere vormen van meervoudige kwetsbaarheid. We merken dat een **generalistische aanpak** niet altijd volstaat voor deze cliënten.

Daarom is het nodig om binnen de langdurende zorg **voldoende gespecialiseerde expertise uit te bouwen**. Dit gebeurt bij voorkeur in **nauwe samenwerking met gespecialiseerde behandelsettings**, om expertise te delen, zorgtrajecten beter op elkaar af te stemmen en continuïteit te garanderen.

4.6

We bouwen casusregie uit voor mensen met een zeer complexe EPA

Er zijn cliënten met een **zeer complexe ernstige en langdurende psychiatrische problematiek** die moeilijk aansluiting vinden bij één specifieke zorgvorm. Zij wisselen vaak van zorgvorm en hebben tussendoor periodes waarin ze dreigen uit de **zorg te vallen**.

Voor deze doelgroep bestaan al **goede praktijken**, zoals de

intersectorale **Kadans tafel** voor zorgmijders met een verslavingsproblematiek die overlast veroorzaken. Dit toont dat een **aanklappende en verbindende aanpak** kan helpen om zorgtrajecten beter op elkaar af te stemmen. Voor mensen met een zeer complexe EPA kan het daarom aangewezen zijn te werken met een **casusregisseur**. Deze neemt een

blijvende rol op, volgt het zorgtraject mee op en helpt om, samen met de cliënt en de betrokken partners, een **passende en haalbare zorgvorm** te vinden. Deze aanpak willen we **verder uitbouwen binnen het netwerk**.

We betrekken familie, naasten en vrijwilligers maximaal in zorg

Familie en naasten spelen ook in de langdurende zorg een **belangrijke rol** naast professionele hulpverleners.

–4.7.1

Gerichte betrokkenheid bij de zorg

Daarom blijven we inzetten op hun **gerichte betrokkenheid** in zorgtrajecten (vb. deelname aan trajectbespreking, zorgbezoek), afgestemd op de wensen en draagkracht van zowel cliënt als omgeving.

Gezien de grote groep met noden aan langdurende zorg en de verwachte personeelstekorten in de

toekomst bouwen we zorgvormen uit waar familie, naasten en indien mogelijk vrijwilligers actief mee zorg opnemen.

–4.7.2

Ondersteuning van familie en naasten

Daarnaast is er in de langdurende zorg specifieke aandacht nodig voor **ondersteuning van familie en naasten zelf**, bijvoorbeeld via lotgenotencontact en psychoeducatie. Dit gebeurt bij voorkeur in **samenwerking met verenigingen voor familie en naasten**.





Bijlage 1

Erkenningen en voorstelling Zorggroep

Psychiatrisch Ziekenhuis

We hebben een erkenning voor 512 bedden:

- 153 A en 10 A-nacht
- 281 T, 32 Tg en 15 T-nacht
- 21 Sp

In de loop der jaren zijn er 118 T en 13 T-nacht bedden gerealiseerd (bedbevrozing). Dat maakt dat we op 1 januari 2026 nog over **381 bedden** beschikken.

Daarnaast hebben we een erkenning voor **79 plaatsen**: 30 A-dag en 49 T-dag

Mobiele teams

- Het Mobiel Psychiatrisch Crisisteam (MPCT) bestaat uit personele middelen uit bedbevrozing, versterkende maatregelen ouderen en kwetsbare groepen (FOD) en urgentie/outreach (FOD); Vanuit het MPCT wordt ook een ambulante crisisaadpleging georganiseerd vanuit middelen urgentie/outreach (FOD);

- Het Mobiel Psychiatrisch Team (MPT) bestaat uit personele middelen uit bedbevrozing, Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie (PZT) (Vlaams) en versterkende maatregelen ouderen en kwetsbare groepen (FOD); Een deelteam van het MPT staat in voor mensen met illegale middelengebruik (Project Illegale Middelen (PIM)) met projectmiddelen (FOD);

REVA

Gauzz conventie:

Bovenbouw op 8 T-bedden (5.121 forfaits of financieringseenheden)

- Realiseerbare caseload Outreach (3.182 sessies)

Ambulante verslavingsconventie De Sleutel

- Realiseerbare caseload ACA en ACM (10.316 sessies)

PVT

We hebben een erkenning voor **210 bedden**, waarvan 164 PVP en 46 PVM. Deze bevinden zich op 3 verschillende campussen, te Boechout, Mortsel en Oud-Turnhout.

IBW

Het IBW heeft een erkenning voor **160 plaatsen regulier** beschut wonen en **4 plaatsen** voor personen met een **interneringsstatuut**.

In de praktijk zijn deze plaatsen ongeveer gelijk verdeeld in 1/3e voor co-housing, 1/3e voor housing apart together (HAT) en 1/3e voor beschut wonen op eigen adres (BEA).

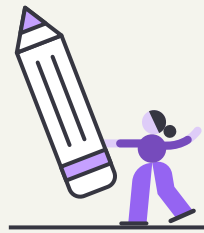
IBW kent daarnaast belangrijke projectmatige financiering voor Housing led (Kadanswonen) en bemoeizorg (SSeGA).

Daarnaast heeft IBW een structurele toekenning van 3,25 VTE voor activering, uitgebouwd in het cluster Marcato.

In onderstaande tabel wordt onze zorggroep voorgesteld:

In de rij-indeling zijn de vier types voorzieningen weergegeven waarbinnen een bepaalde zorgvorm qua erkenning valt: PZ, REVA, PVT of IBW.

In de kolom-indeling zijn de 5 functies weergegeven zoals ze benoemd zijn in de interministeriële "Gids naar een betere GGZ" uit 2010: F1 ambulantly, F2 mobiel, F3 psychosociale rehabilitatie, F4 (semi)residentieel en F5 Gespecialiseerde woonvormen. Daarbinnen zijn de clusters of teams aangegeven.



	Ambulant	Eigen leefomgeving	Arbeid, ontmoeting en vrije tijd	Ziekenhuis	Wonen
Psychiatrisch ziekenhuis	Polikliniek Onada Consulentenwerking Verknopingsnetwerk Kruispunt ELZ ZORA ELZ Antwerpen-Oost ELZ Antwerpen-Zuid Vormingsaanbod eerstelijnsorganisaties Advies- & Wegwijzerfunctie	Mobiele teams Mobiel Psychiatrisch crisisteam Mobiel Psychiatrisch Team PZT Project illegale middelen Outreach Team Dubbeldiagnose Verstandelijke beperking Bemoeizorgteam dak- en thuislozen	MARCATO Riff Arbeid en vrije tijd Vakgroep Forte Ervaringsdeskundigheid	Cadenza Verslaving en dubbeldiagnose deStudio Persoonlijkheids- problemen Intermezzo Ouderen Intro Algemene psychiatrie Knoop Dubbeldiagnose & Verstandelijke beperking mArquee Adolescenten Narrante Psychosezorg	
REVA	Ambulante Centra De Sleutel Antwerpen Mechelen	GAUZZ Outreach		GAUZZ Gedragsstoornissen bij AUTisme en Zware Zorgbehoefvendheid	
IBW	HerstelAcademie Voor- en Noordkerkempen		MARCATO 't Aktief en 't Karwei Arbeid De Klapper en De Vlonder Vrije tijd en ontmoeting		Beschut Wonen Veerkrachtwonen Kadans Wonen SSeGA
PVT			't Twiggje Activiteitencentrum		De Liereman Den Heuvel Waesdonck

Bijlage 2

Bevindingen focusgroepen januari 2026



Netwerkpartners

→ Thema: Verhouding ambulant/mobiel als “poort” dan pas residentieel.

- » Huisarts mee betrekken (60% consultaties bij huisarts om psychosociale reden)
- » Individueel kijken: soms is starten met een opname het beste
- » Wat met mensen die niet gemotiveerd zijn, dakloos zijn,...
- » Afspraken maken op netwerkniveau
- » Iedereen neemt verantwoordelijkheid om zorgvrager naar juiste zorgvorm te richten

→ Thema: Meer capaciteit crisis en minder planbare behandeling

- » Als netwerk te bekijken wie wat doet
- » 1e lijn ondersteunen in omgaan met crisis en goed afstemmen
- » Intensief ambulante zorgtrajecten opzetten
- » Ambulante crisisconsultaties uitbreiden

→ Thema: Mobiel Psychiatrisch Team max. 2 jaar

- » Verwarrend dat iedereen dit anders invult
- » Het is een watervalstelsel waarbij uiteindelijk meest zieke mensen bij 1e lijn komen
- » Frustratie bij CGG dat mensen na 2 jaar worden doorgegeven: LZ is niet voor CGG

→ Thema: Ketenzorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en erg complexe problematiek

- » Op welke manier zet je goed samenwerkingsmodel 1e, 2e en 3e lijn op
- » Betaalbare woning vinden is hoofdprobleem
- » Casusregisseurs kunnen doeltreffend zijn maar niet overschieten (nood aan echte zorg)
- » Op wijkniveau met alle partners samenwerken

→ Algemene opmerkingen

- » Ongerustheid dat meest zieke mensen uit systeem vallen
- » We blijven allemaal samen verantwoordelijk voor regio SaRA
- » Zorgstrategische plannen tussen partners netwerk meer afstemmen
- » Flexibel inzetten van middelen

Cliënten

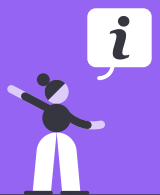
- **Thema: Verhouding ambulante/mobiel als “poort” dan pas residentieel**
 - » Afhankelijk van problematiek en moment (dus erg individueel verschillend);
 - » Te lange wachtlijst ambulante
- **Thema: Signaalplan en crisiskaart**
 - » Echt goed, maar actueel houden en actief mee werken;
 - » Alle betrokkenen zouden crisiskaart moeten kunnen raadplegen (spoed, politie,...)
- **Thema: Meer capaciteit crisis en minder planbare behandeling**
 - » Crisis moet geen bed zijn: kan ambulante, mobiel, daghospitaal
 - » Na crisiszorg is behandeling nodig en geen half jaar later
 - » Crisis en niet gemotiveerde patiënten op een behandelafdeling is nefast
- **Thema: Combinatie zorgvormen/ cliënt versus max 1 zorgvorm/ cliënt**
 - » Moet mogelijk zijn want je kan niet alles wat je nodig hebt in 1 pakketje steken
- **Algemene opmerkingen**
 - » Aandacht voor nazorg
 - » Geïntegreerde aanpak is nodig (geen “kottekes”zorg)
 - » Menselijkheid, gelijkwaardigheid, compassie
 - » Inspraak patiënt bij voorschrijven medicatie en zeer goede uitleg
 - » Begeleiding meer aanwezig in leefruimte
 - » EBK beter inrichten (bv duidelijk weten wanneer iemand zal komen)
 - » Meer focusgroepen doen met patiënten

Familie en naasten

- **Thema: Verhouding ambulante/mobiel als “poort” dan pas residentieel**
 - » Versterken van ambulante aanbod!
 - » Geen algemene regel: soms is crisisopname nodig en kan je het niet meer dragen als familie (draagkracht mee in overweging nemen)
 - » Een meldpunt voor iedereen die nood heeft aan psychologische zorg
- **Thema: Signaalplan en crisiskaart**
 - » Kan handleiding voor de familie zijn om te weten wat te doen
 - » Familie en naasten betrekken bij de opmaak
 - » Zelfde reacties als bij cliënten (actief houden, spoed, politie, ...)
- **Thema: Meer capaciteit crisis en minder planbare behandeling**
 - » Het zouden geen communicerende vaten mogen zijn!
 - » Veel cliënten hebben levenslange opvolging nodig
 - » Crisisopname is belangrijk maar snelle vervolgzorg ook (goede continuïteit)
- **Thema: Familie en naasten meer als zorgpartner**
 - » Aanwezig zijn op trajectbesprekingen!
 - » Goed navragen na elk weekend hoe het thuis verlopen is
 - » Familie als “kritische vriend”
 - » Iedereen van het team zou onderlegd moeten zijn in omgaan met familie
- **Algemene opmerkingen**
 - » Vanaf het begin als familie betrokken worden is belangrijk!
 - » Familiebrochure rustig overlopen
 - » Lotgenotencontact voor familie en naasten/oudergroepen organiseren
 - » Een duidelijk meldpunt waar je vragen aan kan stellen
 - » Cliënt blijft wel aan het stuur
 - » Wat als je als ouder weg valt







Multiversum

03 460 12 00

info@multiversum.be

Provinciesteenweg 408

2530 Boechout

multiversum.be