



Parcours.Brussel

**Kwalitatieve evaluatie van het
geestelijke gezondheidssysteem
en de zorgtrajecten van gebruikers in
het kader van de Psy 107 hervorming
in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest**

Carole Walker, Pablo Nicaise, Sophie Thunus

Februari 2019

Studie uitgevoerd in opdracht van
het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn





Parcours.Brussel

**Kwalitatieve evaluatie van het
geestelijke gezondheidssysteem
en de zorgtrajecten van gebruikers in
het kader van de Psy 107 hervorming
in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest**

Carole Walker, Pablo Nicaise, Sophie Thunus

Februari 2019



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

COLOFON

Auteurs

Carole WALKER
Pablo NICAISE
Sophie THUNUS

Lay-out

Nathalie DA COSTA MAYA

Vertaling

Nathalie VAN DE WALLE

Depotnummer

D/2019/9334/42

Voor meer informatie

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie - Louizalaan 183 - 1050 Brussel
Tel. : 02/552 01 89
observat@ggc.brussels
<http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil>

Olivier GILLIS - Tel. : 02/552 01 45 - ogillis@ccc.brussels
Peter VERDUYCKT - Tel.: 02/552 01 53 - pverduyckt@ggc.brussels

U kan **dit dossier downloaden** op de website van het Observatorium voor
Gezondheid en Welzijn
<http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil>

Gelieve op volgende wijze naar deze publicatie te verwijzen:

WALKER C., NICAISE P., THUNUS S. 2019.
Parcours.brussel - Kwalitatieve evaluatie van het geestelijke gezondheidssysteem
en de zorgtrajecten van de gebruikers in het kader van de Psy 107 hervorming
in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Observatorium voor Gezondheid en
Welzijn Brussel.

INHOUDSTAFEL

LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN	5
INLEIDING	6
METHODOLOGIE	18
I. VERZAMELEN VAN ONDERZOEKSgegevens	18
II. REKRUTEREN VAN DEELNEMERS	19
III. ANALYSE VAN DE KWALITATIEVE GEGEVENS.....	21
DEEL 1 : GEESTELIJKE GEZONDHEID EN SAMENLEVING	22
1. HUISVESTING	22
1.1 Huisvesting en geestelijke gezondheid	22
1.2 Verschillende vormen van huisvesting	23
1.3 Gerelateerde informele praktijken	24
2. WERK EN ACTIVITEITEN	25
2.1 Werk en geestelijke gezondheid.....	25
2.2 Controverses	26
2.3 Werk als zingeving	28
3. SOCIAAL NETWERK EN STIGMATISERING.....	29
3.1 Sociaal netwerk.....	29
3.2 Stigmatisering	30
DEEL II : HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST	32
I. RECHTS/AVERECHTS : VOORNAAMSTE SPELERS IN HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM.....	32
1.1 Rechts : de Initiatieven voor Beschut Wonen en de Mobiele Teams	32
1.2 Averechts : 'laagdrempelige ontmoetingsplekken'	35
1.3 De gebruiker in verschillende gedaanten : patiënt en non-patiënt ?.....	36
2. TOEGANG TOT GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG : MOEILIJK, WILLEKEURIG EN ONDERHANDELD	38
2.1 Te weinig middelen ten aanzien van een toenemende vraag	38
2.2 Uitgesloten doelgroepen.....	39
2.3 Willekeurig en onderhandeld.....	42
3. SAMENWERKING.....	44
3.1 Gebrekkige kennis van de mogelijkheden en de wederzijdse afhankelijkheden	45
3.2 Geestelijke gezondheid, beroeps cultuur en vertegenwoordiging	47
3.3 De samenwerkingsmechanismen	48
4. COÖRDINATIE VAN HET SYSTEEM VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN HET BRUSSELS GEWEST	53
4.1 Het model met vijf functies : een omstreden basisprincipe	54
4.2 Externe coördinatie en onbedoelde interne neveneffecten.....	56
4.3 De coördinatoren van Netwerken 107 of "antennes".....	58
4.4 De coördinatie op gewestelijk niveau.....	60

CONCLUSIE	64
AANBEVELINGEN	68
REFERENTIELIJST	72
BIJLAGEN	74
Bijlage I : Gesprekshandleiding – Netwerkcoördinatoren	74
Bijlage II : Gesprekshandleiding – Zorgverleners	75
Bijlage III : Gesprekshandleiding – Focusgroepen met zorggebruikers	76

LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

NRZV	Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen
MT	Mobiel team
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
IBW	Initiatief voor beschut wonen
WG	Wijkgezondheidscentrum
PVT	Psychiatrisch verzorgingstehuis
OGG	Overlegplatform geestelijke gezondheidszorg
NEW	Niet-erkende woonvormen
PZAH	Psychiatrische zorg aan huis
PZAZ	Psychiatrische zorg in algemeen ziekenhuis
DGG	Dienst voor geestelijke gezondheidszorg

INLEIDING

Het project *Parcours.Brussel* onderzoekt hoe het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is georganiseerd aan de hand van de zorgtrajecten van personen die in contact staan of stonden met diensten voor geestelijke gezondheidszorg uit die regio. Wat het anders maakt dan andere projecten is de bewuste keuze om te vertrekken vanuit de *ervaringen van personen die zorg krijgen of van zorg uitgesloten zijn* en om bijzondere aandacht te schenken aan de *sociale- en verzorgingsdimensie van de zorgtrajecten*. Het project kadert in de hervorming van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg in België, die werd voorbereid vanaf 2010 en sinds 2016 over het hele territorium wordt uitgerold.

De inleiding schetst de algemene context van het onderzoek. Wij geven de grote lijnen van evolutie van het geestelijke gezondheidssysteem in België weer, en gaan daarna in op de hervorming ervan, de zogenaamde "Hervorming 107". De ideologische en strategische aspecten van de veranderingen komen eveneens aan bod, met hun gevolgen voor de structuur van de geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Ideologische aspecten hebben te maken met de visie op geestelijke gezondheid en de structuur van het zorgaanbod, terwijl strategische aspecten eerder verband houden met de belangen van bepaalde zorginstanties en zorgverleners uit de sector.

Het tweede deel van de inleiding bespreekt de opvallendste resultaten van de eerste evaluaties van de hervorming, en biedt vervolgens uitleg over de onderzoeksvragen, de gebruikte onderzoeksmethodes, het concept van "geestelijke gezondheid als collectieve actie" als onderbouw voor de analyse, en de verzamelde empirische gegevens. Al die elementen worden in het deel Methodologie nog verder toegelicht.

Het derde en laatste deel van deze inleiding presenteert de structuur van het onderhavige onderzoeksverslag. Het biedt een overzicht van de verschillende hoofdstukken en verduidelijkt de gekozen verslagstructuur.

ALGEMENE CONTEXT : VERANDERINGEN VAN ORGANISATORISCHE EN IDEOLOGISCHE AARD IN HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM IN BELGIË

Het geestelijke gezondheidssysteem is een dynamisch sociaal domein. In de evolutie ervan kunnen drie periodes worden onderscheiden: de periode van het professionaliseren en specialiseren, de periode van de netwerken, en de periode van de globale benadering.

PROFESSIONALISEREN EN SPECIALISEREN

De integratie van de psychiatrische ziekenhuizen (Sabatier) in het zorgsysteem, in de loop van de jaren '60, vormde het startschot voor de professionalisering en specialisatie van het systeem (De Munck, Genard, Olgierd, Vrancken, & Delgoffe, 2003).

Dankzij twee belangrijke hervormingen konden vanaf 1975 ambulante Diensten voor geestelijke gezondheidszorg (DGG) worden opgericht, en vanaf 1989 ook initiatieven voor Beschut Wonen (IBW) en Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT). De woon- en leefgemeenschappen waren vooral gericht op rehabilitatie en hadden tot doel om de sociale re-integratie na een ziekenhuisverblijf te vergemakkelijken. Zij zijn ontstaan uit een visie die bekend staat als "vermaatschappelijking van de zorg"; volgens die visie moet moderne geestelijke gezondheidszorg vooral gericht zijn op de rehabilitatie van patiënten, voor wie gestreefd wordt naar een stabiele sociale omgeving en een goede maatschappelijke inclusie. Na de lancering van IBW's en PVT's werden onmiddellijk Overlegplatformen voor geestelijke gezondheidszorg (OGG) opgericht, die vooral moesten zorgen voor overleg tussen alle zorgverleners in het systeem van residentiële, gemeenschapsgerichte en ambulante zorg. Het doel van dit alles was om alle betrokkenen te laten samenwerken en in elke provincie te zorgen voor een coherent zorgaanbod.

Ondanks die maatregel zijn de PZ's, DGG's, IBW's en PVT's zich los van elkaar gaan ontwikkelen, met een sterk specialistische en lokale insteek. Het resultaat is een functioneel en structureel sterk versnipperd systeem, zoals dit verslag meermaals zal illustreren. Vanaf het einde van de jaren '80 werd vastgesteld dat de verschillende zorgverleners en zorgvoorzieningen in het systeem volledig naast elkaar of met een erg beperkte mate van

lokaal overleg hun specifieke taken vervulden. Door die versnippering werd het systeem veel uitgebreider dan oorspronkelijk bedoeld, en kwam er een diversificatie van de gebruikers (Verhaegen, 1987). De hervormingen in de tweede helft van de twintigste eeuw hebben het zorgaanbod dus wel veel diverser gemaakt, maar zonder dat de zorg in voldoende mate werd weggehaald uit de zorginstellingen.

NETWERKEN

Het is in die situatie dat rond de eeuwwisseling een nieuw concept zijn intrede deed: het netwerk, als politieke en organisatorische oplossing. Het concept “gezondheidsnetwerk” werd in 1997 geïntroduceerd door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), als organisatie-model dat de functiegebonden samenwerking moest bevorderen tussen diensten die organisatorisch gezien volledig onafhankelijk waren. Daarenboven moest het “interorganisationeel netwerk” de kwaliteit en de continuïteit van de zorg voor specifieke doelgroepen verbeteren (NRZV, 1997). Op basis van ervaringen in andere landen waar zulke netwerken al bestonden, stelde de NRZV het gezondheidsnetwerk voor als een “praktische vertaalslag” of samenwerkingsmodel dat uitermate geschikt was voor het complexe Belgische zorgsysteem (Vrancken, Schoenaers, Cerfontaine, & Thunus, 2010).

De politieke dimensie van het concept “zorgnetwerk” paste in de strategie van stapsgewijze hervorming in het verlengde van een verschuiving in het Europese sociale- en gezondheidsbeleid: in de plaats van substantieel gecentraliseerd openbaar beleid kwam procedurele, gedecentraliseerde “collectieve actie”. Bij de planning en implementatie van die collectieve actie werd rekening gehouden met de aanwezigheid van heterogene zorgnetwerken (Lascoumes & Simard, 2011; Muller, 2000). In het Belgisch geestelijke gezondheidssysteem ontstonden politieke beleidsnota’s met algemene richtsnoeren en criteria met betrekking tot de implementatieprocedure, bijvoorbeeld het aantal en het type partners, of nog het omschrijven van een doelpubliek. Voor de invulling van het beleid zelf werd echter gerekend op de creativiteit van het lokale niveau, dat moest werken volgens de eigen behoeften en met de ter plaatse beschikbare middelen (Vrancken et al., 2010). In de praktijk leidde dat tot het opzetten van pilootprojecten, om bepaalde vormen van samenwerking en zorgverlening gericht op specifieke doelgroepen te kunnen uittesten in een flexibel experimenteel kader. De projecten voor Psychiatrische zorg aan huis (PZAH)

in 2002, en de therapeutische projecten vanaf 2005, zijn goede voorbeelden van die strategie van stapsgewijze hervorming.

Die projecten boden een gepast antwoord op de lokale behoeften en kregen vaak een permanent karakter. Zorgverleners van verschillende subsystemen (residentiële zorg, gemeenschapsgerichte zorg en ambulante zorg) ontmoetten elkaar in het kader van die projecten, en er ontstond een zorglogica met de behoeften van het doelpubliek als uitgangspunt – en niet alleen het bestaande aanbod. De projecten hadden echter een beperkte looptijd, ruimtelijke invulling en doelpubliek, en waren daarom niet geschikt om de globale hervorming van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen. Daarnaast leidde het uitzonderlijk flexibele kader tot nieuwe praktische oplossingen, waarbij bestaande organisatorische strategieën en plaatselijke projecten telkens nieuwe samenwerkingsvormen opleverden (Thunus & Schoenaers, 2012). In deze omstandigheden hebben ze echter geen bijdrage kunnen leveren aan de doelstellingen van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, wat sinds de jaren ‘90 het streefdoel was.

Zo stelde de WHO in 2008 vast dat België (na Malta) van alle westerse landen het hoogste aantal bedden in de psychiatrie had : 158 bedden/100.000 inwoners (WHO-Europe, 2008). Datzelfde jaar telde het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) in België 13.000 patiënten die al langer dan een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven ; een derde onder hen verbleef er zelfs al langer dan 6 jaar (Verniest et al., 2008).

GLOBALE AANPAK

Zowel de nationale als internationale context als het wetgevingskader en de praktijk bleken klaar te zijn voor een ambitieuzere hervorming. Zo kwam Hervorming 107¹, die werd voorgesteld als een globale hervorming, het “logisch” eindpunt van een stapsgewijs veranderingsproces dat begonnen was met verschillende projecten in het afgelopen decennium (Thunus & Schoenaers, 2017). De hervorming paste perfect in de internationale en door de WHO ondersteunde visie dat zorg moest worden vermaatschappelijkt.

1 Omschreven in de « Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken », 2010.

KADER 1 DE DOELSTELLINGEN VAN DE HERVORMING 107

De doelstellingen van Hervorming 107 zijn, ten eerste: desinstitutionalisering – wat inhoudt dat het aanbod aan gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg versterkt wordt ; ten tweede: inclusie – met het doel om gebruikers van geestelijke gezondheidszorg sociaal te rehabiliteren ; ten derde: decategorisatie – het tegengaan van de versnippering van het zorgaanbod ; ten vierde: intensifiëring – het beperken van langdurige ziekenhuisverblijven ; ten vijfde: consolidatie, ofwel de regularisatie van de verschillende pilootprojecten, zowel federale als van de gemeenschappen en gewesten, in het geglobaliseerd geestelijk gezondheidszorg-concept.

Van bij de lancering van de hervorming in het voorjaar van 2010 werd de onderliggende globale filosofie expliciet overgenomen door de bevoegde openbare instanties op federaal, regionaal- en gemeenschapsniveau. Zij werd concreet vertaald in een zorgmodel met vijf functies. Voor het realiseren van die functies moest, zoals de autoriteiten bij de voorstelling van de hervorming nadrukkelijk stelden, echte samenwerking ontstaan tussen voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg – de zogenaamde “eerste kring” – en ondersteuning uit andere sectoren, met name de eerstelijnszorg maar ook de sociale, werkgerelateerde of juridische sector – de zogenaamde “tweede kring”. De hervorming had dus een globaal karakter omdat het de bedoeling was om alle zorgfuncties mee aan boord te nemen, van preventie tot genezing, en om tegemoet te komen aan de behoeften van de hele bevolking, waarvoor samenwerking tussen de eerste en de tweede kring nodig was.

De coördinatie van de implementatie van de globale hervorming betekende op politiek vlak dat alle bevoegde autoriteiten moesten samenwerken, wat gebeurde via de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Wat de hervorming betekende voor de organisatie van het geestelijke gezondheidssysteem was niet min : het oude, aanbodgerichte organisatiemodel moest vervangen worden door een nieuw, vraaggericht model, waarbij de gebruikers en hun behoeften voorop stonden. Om tegemoet te komen aan de behoeften moesten specifieke samenwerkingen ontstaan tussen de bestaande structuren, om de vijf zorgfuncties te kunnen vervullen. In tegenstelling tot wat gebeurde in de “periode van de netwerken” werd in de “periode van de globale benadering” wel degelijk **een aanbodgericht of structureel model vervangen door een vraaggericht of functioneel model met vijf zorgfuncties**.

Met Hervorming 107 werd de geestelijke gezondheidszorg in 2010 dus op een nieuwe leest geschoeid : geestelijke gezondheid was niet langer een verhaal van zorgverlening en behandeling, maar van “iedereen geestelijk gezond”. De gebruiker kwam centraal te staan en de niet-gespecialiseerde eerstelijnszorg mocht mee aan tafel zitten : de hervorming stelde het organisatiemodel waarin psychiatrische ziekenhuizen en gespecialiseerde zorgvoorzieningen de boventoon voerden dus expliciet in vraag (Thunus, 2015).

De tenuitvoerlegging van de hervorming moest gebeuren via verkenningsprojecten, die in tegenstelling tot de pilootprojecten van meet af aan bedoeld waren om te blijven bestaan en uit te breiden. In een eerste fase (2010-2015) moesten via die projecten zorgnetwerken worden opgezet die in staat zouden zijn om de vijf functies te vervullen. Netwerkorganen, in dit geval netwerkcomités en functiecomités, kregen de opdracht om samenwerkingsmechanismen, nieuwe communicatietools en werkprocedures uit te werken om de functies operationeel te maken. In de tweede fase van de hervorming, die van start ging in 2016 ², moesten vervolgens de netwerken worden uitgebreid en werkmethodes verder worden uitgerold. Door het financieringsmechanisme voor de hervorming, kwam de verantwoordelijkheid voor het promoten van Projecten 107 bij de psychiatrische ziekenhuizen te liggen.

2 (Innopsy107.be, 2016)

KADER 2 : DE VIJF ZORGFUNCTIES

DE VIJF FUNCTIES IN HET “NIEUWE MODEL VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG” ZIJN DE VOLGENDE¹ :

Ten eerste, «activiteiten inzake preventie, promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling”. De eerste functie “impliceert: ingaan op een aanmelding, diagnose en indicatiestelling, eerste interventies en dit, bij voorkeur, in de woonplaats van de patiënt. Indien nodig zal de therapeutische continuïteit op lange termijn verzekerd worden. Bij de uitwerking van deze functie is het tevens belangrijk dat ook de eerstelijnszorg mee betrokken wordt.”

Ten tweede, “ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen. Deze functie introduceert een nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg. Die zal sneller toegankelijk zijn en aangepaste zorg aanbieden aan mensen in hun thuisomgeving. [...] 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 andere beschreven functies en hun middelen hierbij aansluiten.”

Ten derde, “rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie. De derde functie behoort tot het domein van de psychosociale rehabilitatie. Het komt er bij deze functie op neer bepaalde programma’s aan te bieden aan mensen met psychiatrische problemen die zich in een specifiek stadium van hun ziekte bevinden. [...] 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.

Ten vierde, “intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is [...] Kenmerkend voor deze kleinschalige units zijn een korte verblijfsduur, een hoge intensiteit en frequentie van zorg, en dit aangeboden door gespecialiseerd personeel. Zodra een persoon opgenomen wordt, dient men al rekening te houden met alle aspecten van de zorgcoördinatie. Belangrijk hierbij 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.

Ten vijfde, “specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is. [...] Deze woonvormen hebben als doel de organisatie van het dagelijkse leven te ondersteunen. Uiteindelijk is het de bedoeling om de integratie van deze patiënten in de maatschappij te vergemakkelijken. Dat gebeurt via geïndividualiseerde programma’s die rekening houden met de autonomiebehoeften van de personen in kwestie. Deze 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.

¹ De omschrijving van de vijf zorgfuncties werd overgenomen uit *ibid.*

De financiering was immers gestoeld op Artikel 107 van de Wet op de ziekenhuizen³, vandaar ook de naam van de hervorming, dat de mogelijkheid creëert om psychiatrische bedden buiten gebruik te stellen: een deel van de middelen bedoeld voor de financiering van langverblijvende "T-bedden" kan daardoor gebruikt worden voor de ontwikkeling van functies, en dan met name de oprichting van mobiele teams – waarbij een bepaald percentage bevroren bedden overeenkomt met een gelijk aantal voltijdse betrekkingen in de nieuwe mobiele teams. Dat financieringsprincipe speelt een cruciale rol: het heeft enerzijds tot gevolg dat het de psychiatrische ziekenhuizen zijn die beschikken over de onontbeerlijke middelen voor de tenuitvoerlegging van de hervorming, en anderzijds dat het belang van een psychiatrisch ziekenhuis afhankelijk is van het percentage bedden dat het kan bevroren.

KADER 3 : ORGANISATIESTRUCTUUR VAN PROJECTEN 107

DE NETWERKEN 107 : STRUCTUUR EN TAAKVERDELING

De organisatiestructuur van de "netwerken 107" wil dat er voor elk project een "promotor" en een "coördinator" worden aangewezen, en dat er een "netwerkcomité" en vijf "functiecomités" worden opgericht.

De **promotor** is het psychiatrisch ziekenhuis dat een aantal bedden in de psychiatrie buiten gebruik stelt om mobiele teams te kunnen opzetten die passen in functie 2A (acute zorg) en 2B (chronische zorg). De projectpromotor (ziekenhuis) krijgt een bijkomende financiering om te kunnen instaan voor de "coördinatiefunctie" en de "medische functie"; die laatste wordt waargenomen door een psychiater die deel uitmaakt van een mobiel team.

De **netwerkcoördinator** is contractueel gebonden aan de projectpromotor. Hij is de woordvoerder van de door de overheid uitgetekende hervorming. De coördinator moet het plaatselijk zorgaanbod in kaart brengen en contacten leggen met de verschillende spelers om een netwerk te doen ontstaan. Hij organiseert de netwerk- en functiecomités waarbinnen de netwerkkakkoorden worden gesloten en nieuwe werkmethodes worden opgezet.

De **functiecomités** (vijf in totaal) zijn samengesteld uit zorgverleners die die voor elke functie relevante zorginstanties vertegenwoordigen. Zij maken afspraken over de samenwerking en de werkmethodes die nodig zijn om hun functie operationeel te krijgen. Zij informeren hun respectievelijke zorginstelling over de gemaakte afspraken. Het resultaat van hun werkzaamheden wordt bovendien voorgelegd aan het netwerkcomité, dat is samengesteld uit verkozen vertegenwoordigers van de zorginstanties.

In het **netwerkcomité** zetelen alle verkozen vertegenwoordigers. Zij moeten erop toezien dat gemaakte afspraken inzake samenwerking en werkprocedures binnen de vijf functiecomités logisch en coherent zijn.

3 Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, BS : 07/11/2008, raadpleegbaar op : <http://www.ejustice.just.fgov.be>.

Om de doelstelling – het zorgaanbod organiseren aan de hand van een nieuw principe – te bereiken, is de medewerking van de spelers op het terrein cruciaal. Het was voor de overheid dan ook van strategisch belang om de betrokkenen te winnen voor de nieuwe organisatiestructuur en de voorgeschreven definitie van de vijf functies. Daarom werden de ziekenhuizen die promotor wilden zijn van een Project 107 onderworpen aan een zeer strenge selectie, waarin werd nagegaan of het ingediende project voldoende strookte met de filosofie van de hervorming. Die selectieprocedure en een aantal budgettaire redenen hadden tot gevolg dat de selectieprocedure twee jaar in beslag nam. De procedure zelf liep vertraging op door tal van controverses over de achterliggende filosofie van de hervorming, wat al verraadde dat er een aanzienlijk, nauwelijks verhuld belangenconflict bestond tussen de visie achter de nieuwe globale benadering enerzijds, en het standpunt van bepaalde sectoren, beroepsgroepen of organisaties. Uiteindelijk werden na de selectie negentien projecten opgezet op het Belgisch grondgebied. Na afloop van de eerste fase 2010-2015 vereiste het politiek voornemen om de hervorming uit te rollen over het hele land nieuwe projecten, wat de teller uiteindelijk op drieëntwintig projecten bracht. Het opzetten van die projecten en de integratie ervan in het hervormingsproces van de geestelijke gezondheidszorg bracht in het Brussels Gewest een aantal specifieke uitdagingen met zich mee.

Globale benadering versus Brusselse realiteit

De Vle Belgische staatshervorming, die ook op het vlak van gezondheidszorg en geestelijke gezondheid talrijke bevoegdheden naar de deelstaten overhevelde, verliep parallel met de implementatie van de eerste fase van Hervorming 107. De deelstaten werden onder meer bevoegd voor de erkenningsnormen voor ziekenhuizen, de OGG's, het toezicht op PVT's, IBW's, de conventies voor functionele re-educatie, de geïntegreerde diensten voor thuiszorg en andere voorzieningen van eerstelijnszorg en ouderenzorg. Die hervorming had bijzonder grote gevolgen voor de implementatie van de tweede fase van Hervorming 107 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waar de bijkomende bevoegdheden werden toevertrouwd aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertoont immers een aantal specifieke kenmerken. Enerzijds is de regio Brussel sociaal en demografisch gezien een stedelijke

regio, waar talrijke problemen die verband houden met geestelijke gezondheid samen voorkomen: hoge werkloosheidscijfers, zeker bij jongeren, en veel langdurig werklozen, de aanwezigheid van talrijke gemarginaliseerde en kwetsbare bevolkingsgroepen, hoge zelfmoordcijfers. Anderzijds biedt de regio Brussel-Hoofdstad op een relatief kleine oppervlakte een dicht netwerk van medische en psychosociale voorzieningen, die evenwel afhangen van een groot aantal inrichtende machten die allen tegelijk bevoegd zijn en er uiteenlopende visies op geestelijke gezondheid op na houden. Ten slotte worden de financiering en het voortbestaan van de hervorming in het Brussels Gewest bemoeilijkt door het feit dat de beschikbare middelen in het licht van het hoge bevolkingscijfer en de grote zorgbehoefte van de inwoners erg mager uitvallen. Daar komt nog bij dat er in de hoofdstad minder bedden bevroren kunnen worden dan in andere delen van het land: in 2015 telde België nog meer dan 120 bedden/100.000 inwoners, waarvan 127 in Vlaanderen, 114 in Wallonië en slechts 93 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In België werden tussen 2010 en heden drieëntwintig netwerken opgezet, met de bedoeling om het hele grondgebied af te dekken. De regio Brussel telde er tot 2016 echter slechts twee (één voor een gebied in het oosten van Brussel, een tweede voor het centrum en een aantal aanpalende wijken). Voor de implementatie van de tweede fase van Hervorming 107 was er overleg tussen federale en gewestelijke autoriteiten en vertegenwoordigers uit de geestelijke gezondheidszorg in Brussel, over het oprichten van eventuele bijkomende netwerken om het hele grondgebied af te dekken. Dat leidde tot de twee bijkomende netwerken, die, in tegenstelling tot de eerste twee, werden opgezet met steun van het federale niveau. Omdat Maggie De Block, huidig minister van Volksgezondheid, de vier netwerken graag wil zien fusioneren, werden de twee nieuwe netwerken meteen opgezet als "antennes", die de kern moeten gaan vormen van een nog te ontwikkelen "Regionaal netwerk". De uitdagingen van organisatorische en ideologische aard die gepaard gaan met de lancering van dat Regionaal netwerk zullen in dit verslag uitgebreid worden toegelicht in het hoofdstuk "Coördinatie van het systeem van geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Gewest".

HET ONDERZOEK “PARCOURS.BRUSSEL”

“Parcours”? De term parcours verwijst naar het zorgtraject en het levensverhaal van mensen die contact hebben of hadden met diensten voor geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De naam van het project geeft aan dat voorrang wordt gegeven aan de ervaringen van de gebruikers, of ze nu zorg kregen of niet, voor het identificeren van belangrijke wendingen (of *turning points*): veranderingen van richting die het moeilijk maken om terug te keren naar de situatie zoals voorheen (Abbott, 1995). Zoals verder zal blijken, verwijst de term bij uitbreiding en zonder dat wij dat zelf verwachtten naar methodologische beslissingen die voortgevloeid zijn uit onze oorspronkelijke keuze om de trajecten een prominente rol te laten spelen; en naar de teneur van onze belangrijkste onderzoeksresultaten in verband met opleiding en interprofessionele en interorganisatiele samenwerking.

De titel verwijst dus meteen naar de originele invalshoek die werd gekozen: het onderzoek bestudeert de trajecten in hun *zorgdimensie* en in hun *sociale dimensie*, en is verankerd in de *ervaring van gebruikers die al dan niet zorg verkregen*.

DOELSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK EN METHODOLOGISCHE BESLISSINGEN

Het onderhavig onderzoek sluit nauw aan op de resultaten van vorige onderzoeken, die de evolutie van de geestelijke gezondheidszorg in België in kaart brachten in het kader van een nationaal of internationaal onderzoeksproject of naar aanleiding van een evaluatieverzoek door de overheid. De onderzoeken in kwestie worden vermeld in het onderdeel over methodologie, en bestudeerden meestal de tenuitvoerlegging van hervormingen, van de therapeutische projecten tot Hervorming 107. Dankzij die onderzoeken kon een kwalitatieve en kwantitatieve inschatting gemaakt worden van de impact van die hervormingen op de beroepspraktijk en van de samenwerking tussen verschillende zorginstanties.

Uit die onderzoeken kwam onder meer naar voren dat het beleid te ver af of zelfs helemaal los staat (Exworthy, Berney, & Powell, 2002) van de praktijk. Zowel bij de algemene en specifieke doelstelling van de nieuwe benadering in de geestelijke gezondheidszorg, als de onderliggende filosofie en de organisatiestructuur

worden door de praktijk niet begrepen of niet aanvaard. Bijgevolg ontstaan er op lokaal niveau in het kielzog van de hervorming erg uiteenlopende praktijken, waar het politiek niveau maar een zeer beperkte kennis van heeft (Thunus, 2015). Bovendien is de ontwikkeling van Netwerken 107 gekenmerkt door een grote padafhankelijkheid, omdat die steunt op reeds bestaande samenwerkingen tussen diensten en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg. Die samenwerkingen zijn echter ingebed in institutionele netwerken die elk hun eigen belangen van sectorale, professionele en eventueel levensbeschouwelijke aard hebben (idem).

Ten slotte bleek bij de verkennende werkzaamheden in de aanloop naar dit onderzoek dat er een onbedoeld negatief effect aanwezig is. De specialisatie van de zorginstanties heeft samen met het geloof in de “toverkracht van de netwerken” vanaf het jaar 2000 geleid tot een toenemende mate van formalisering, bijvoorbeeld doordat opnamecriteria en -procedures steeds preciezer omschreven werden. Die formalisering heeft echter tot gevolg dat de meest complexe en kwetsbare doelgroepen van zorg worden uitgesloten, omdat zij niet in de aangeboden hokjes passen. Specialisatie en netwerken werken dus onbedoeld de uitsluiting van een toenemend aantal zorggebruikers in de hand.

Met al die vaststellingen in het achterhoofd, wilden wij met dit onderzoek een beeld schetsen van *de werkelijke samenwerkingen* in het Brussels Gewest als gevolg van Hervorming 107, en van hun invloed op het zorgtraject van de gebruikers, met name wat het al dan niet krijgen van zorg, en de continuïteit of discontinuïteit van die zorg betreft. Dit onderzoek probeert dan ook een antwoord te vinden op de volgende vragen: wat is de aard en wat zijn de bepalende factoren van de organisatie van het zorgaanbod en van de samenwerking tussen de diensten voor geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? Heeft die organisatie gevolgen voor het zorgtraject van de gebruikers aan wie al dan niet geestelijke gezondheidszorg wordt verleend?

Een onderzoek naar de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Brussel, met specifieke aandacht voor de zorgtrajecten van huidige of voormalige gebruikers, kan niet zonder interviews met zorgverstrekkers en van zorg uitgesloten personen. Dat bracht ons al snel buiten de grenzen van het eigenlijke zorgsysteem, en dwong ons om een grote mate van flexibiliteit aan de dag te leggen bij het verzamelen van het onderzoeksmateriaal. Anders gezegd: onderzoeken of er een verband bestaat tussen organisatiestructuur en uitsluiting van zorg, vereist de

bereidheid om alle diensten in de sector af te schuimen, van psychiatrische ziekenhuizen tot huisartsenpraktijken via culturele verenigingen en onthaalcentra voor migranten. Voor elke locatie moest bovendien telkens de meest geschikte methode voor gegevensvergaring worden gekozen. Er werd voornamelijk gebruik gemaakt van semi-gestuurde interviews, focusgroepen, gesprekken en etnografische waarnemingen. Die kwalitatieve methodes zijn geschikt om de complexe verbanden te begrijpen tussen organisatie van de zorg en zorgtrajecten, en de manier waarop de organisatie van de zorg de levensloop en het zorgtraject van gebruikers beïnvloedt. De eigenlijke gegevensvergaring wordt in een afzonderlijk deel van dit verslag toegelicht.

Uiteindelijk gaf onze doelstelling – het zorgtraject van gebruikers in kaart brengen – de doorslag in onze keuze om geestelijke gezondheidszorg te beschouwen als een collectieve actie. Die keuze vormt ook de achtergrond voor onze analyse en de presentatie van de onderzoeksresultaten. De zorgtrajecten van gebruikers trekken zich immers niets aan van de grenzen die de zorgsystemen in de loop van hun ontwikkeling zelf hebben opgetrokken.

GEESTELIJKE GEZONDHEID ALS COLLECTIEVE ACTIE

Geestelijke gezondheid *ontstaat al doende*. Geestelijke gezondheid wordt maatschappelijk geconstrueerd en gereconstrueerd doorheen de daden en handelingen van diegenen die haar maken of breken, die er een definitie voor verzinnen of een bestaande definitie onderuithalen. Geestelijke gezondheid “als collectieve actie” (Becker, 2008) is als domein dus niet specifiek voorbehouden aan organisaties of beroepsgroepen die beschikken over een sociaal mandaat voor het definiëren van geestelijke gezondheid en voor nemen van beslissingen over de organisatie van de zorg op basis van hun definitie. Geestelijke gezondheid is evenmin voorbehouden aan de gebruikers die het zorgaanbod van zorgverstrekkers en instellingen aanvaarden, en op die manier – zij het tijdelijk – hun definitie van geestelijke gezondheid expliciet of impliciet goedkeuren.

Integendeel: geestelijke gezondheid blijft zichzelf opnieuw uitvinden. De theorie wordt voortdurend ingehaald door werkwijzen, handelingen en meningen van personen die de definitie in vraag stellen of aanvechten. Door het verhaal van personen die

volgens de definitie niet binnen de hokjes passen. Door ogenschijnlijk banale sociale interactie op het werk, op school of in een winkel, die van onschatbare waarde kan zijn voor het oplossen van een geestelijk gezondheidsprobleem, maar net zo goed een crisis kan triggeren die al dan niet zal leiden tot een opname in het zorgsysteem.

De resultaten van dit onderzoek maken inderdaad duidelijk hoe bepaalde levensomstandigheden, bijvoorbeeld het al dan niet vinden van een woning, of sociale interactie op het werk, geestelijke gezondheid kunnen maken of breken. Zij illustreren ook hoezeer het toeval een rol speelt in de vraag of een bepaalde situatie uiteindelijk al dan niet leidt tot een opname. Zij laten zien hoe het statuut dat daaruit voortvloeit – de aan- of afwezigheid van een psychiatrische diagnose – het verschil maakt voor het verdere traject, vooral met betrekking tot werk, huisvesting en sociale inclusie. Het bestuderen van zorgtrajecten van gebruikers in de breedte en over de volledige lengte ervan maakt het mogelijk om te begrijpen wat de gevolgen zijn van de wisselwerking tussen de sociale systemen waarbinnen zij evolueren : hoe het “normale” of als normaal beschouwde functioneren van het ene systeem kan leiden tot uitsluiting of discriminatie in een ander systeem.

Maar waarom blijft het begrip geestelijke gezondheid een steeds ruimere invulling krijgen ?

In eerste instantie kan worden gesteld dat die evolutie de allesomvattende aard van de geestelijke gezondheid in beeld brengt: geestelijke gezondheid ontstaat in alle sectoren van de maatschappij. Het maatschappelijk antwoord op geestelijke gezondheidsproblemen blijft echter veeleer beperkt tot één enkel domein, met name de gezondheidszorg.

Ten tweede maakt de steeds ruimere invulling duidelijk dat het organisatorisch en professioneel antwoord dat een maatschappij te bieden heeft, altijd achterophinkt op de behoeften die gebruikers op een bepaald moment uiten. Die vertraging is een permanent gegeven, omdat een samenleving veel meer tijd nodig heeft om nieuwe organisatorische en professionele antwoorden te vinden dan zorgverleners die rechtstreeks in contact staan met gebruikers en zelf nieuwe concrete praktijken en werkmethoden kunnen ontwikkelen (Abbott, 2014). Die zorgverleners of “meedenkende deskundigen” (Schon, 1984) “knutselen” elke dag weer nieuwe oplossingen in elkaar, die soms mijlenver af staan van wat zij zouden moeten doen volgens het officiële handboek en de

vastgelegde procedures van de diensten waarvoor zij werken.

Tot slot is het ook zo dat de steeds vernieuwde invulling van het begrip geestelijke gezondheid onvermijdelijk is, doordat een sluitende definitie van wat geestelijke gezondheid eigenlijk is vooralsnog ontbreekt. Elke beroepsgroep houdt er een eigen definitie op na, net als de gebruikers en alle andere burgers. Zoals wij zullen zien, hameren veel professionals die wij in het kader van dit onderzoek hebben ontmoet op het volgende : *“veel hulpvragen worden gecategoriseerd als verzoek om psychiatrische bijstand, terwijl het eigenlijk eerder gaat om verzoeken van psychosociale aard, wat aantoont dat het in de praktijk niet makkelijk is [...] om mensen naar de juiste hulpverlening te oriënteren”* (psychiater, focusgroep). Het logisch gevolg daarvan is dat de inschattingen verschillen : wat de één interpreteert als een psychiatrisch gezondheidsprobleem, interpreteert de ander misschien als een psychosociaal probleem waarvoor geen geestelijke gezondheidszorg vereist is. En het omgekeerde gebeurt ook : mensen die eigenlijk echt psychische bijstand nodig hebben, krijgen die niet altijd, en hebben in die beslissing zelf niet veel inbreng.

Het is niet zo dat er geen definities van geestelijke gezondheid bestaan. Wereldwijd erkende internationale instellingen leveren zelfs inspanningen om de bestaande definities mee te doen evolueren met de maatschappelijke veranderingen. Maar elke definitie zal altijd vatbaar blijven voor interpretatie, want de betekenis ervan is in de praktijk altijd afhankelijk van het oordeel dat een individu, beroepsmatig of niet, velt over wat een ander individu toont of vertelt. Zoals verder zal blijken, wordt dat oordeel in grote mate beïnvloed door omgevingsfactoren, met inbegrip van de context en de interactie op het moment dat het oordeel wordt geveld. Het is dan ook niet onmogelijk dat de veranderlijke invulling van het begrip geestelijke gezondheid niet alleen te maken heeft met de alomvattende aard ervan en het onvermijdelijke tijdsverschil tussen het zorgaanbod en de zorgbehoefte, maar gewoon een realiteit is waar de geestelijke gezondheid zelf mee moet zien te leren leven.

De keuze om geestelijke gezondheid te beschouwen als een collectieve actie, die gemaakt werd bij het begin

van dit onderzoek, houdt rekening met die realiteit. Het onderhavig onderzoeksverslag moet dan ook gezien worden als een momentopname: een gedetailleerd beeld van een systeem van collectieve actie dat erkent dat er verschillende systemen bestaan – het officiële zorgsysteem en het zorgsysteem dat niet officieel is maar wel zorg verleent – en probeert om die zo goed mogelijk in beeld te brengen.

Tot slot willen wij benadrukken dat net in de verschillen tussen de systemen veel potentieel schuilt. Dat beseffen de systemen zelf doorgaans niet, omdat zorgsystemen per definitie exclusief zijn. Systemen en groepen bestaan zolang zij zich kunnen afbakenen van hun omgeving. Het behoud van het zorgsysteem vereist dus dat er voor elk sub- of parallel systeem criteria worden geformuleerd die aangeven of een bepaalde situatie in dat systeem thuishoort of niet. Desalniettemin kunnen praktijken die buiten het zorgsysteem ontstaan waardevolle indicaties leveren over wat beter kan in het officiële systeem, en vice versa.

Uit dat alles volgt dat geestelijke gezondheid beschouwen als collectieve actie, die binnen en buiten de officiële zorgsector uitgevonden en heruitgevonden wordt, concrete gevolgen heeft voor de maatregelen op het vlak van volksgezondheid en het beleid inzake geestelijke gezondheid als zodanig. Onze keuze gaat vergezeld van een oproep om interactie tussen spelers van binnen en buiten de zorgsector te stimuleren, en om te komen tot een geïntegreerde en brede benadering van de verschillende sociale systemen en maatregelen voor preventie, zorg en behandeling. Die denkpistes zullen aan bod komen in de conclusie van dit verslag.

Wij geven tot slot nog mee dat onze visie op geestelijke gezondheid en de mogelijkheden die zij opent op het vlak van structuur en samenwerking een grote stimulans kunnen vormen op een moment dat de Hervorming 107, die bedoeld is als globale hervorming, de tweede fase is ingegaan maar blijft botsen op structurele en culturele obstakels die geestelijke gezondheid terug willen duwen in het hokje waar zij zou thuishoren : dat van de zorg.

HET ONDERHAVIG ONDERZOEKSVERSLAG – TRAJECTEN EN SYSTEMEN

Een gevolg van onze keuze om geestelijke gezondheid te beschouwen als een collectieve actie, is dat wij het in dit onderzoeksverslag zullen hebben over het “geestelijke gezondheidssysteem” en niet over het “systeem van de geestelijke gezondheidszorg”. Dit verslag bestaat uit twee grote delen. Het eerste deel, *Geestelijke gezondheid en samenleving*, telt drie hoofdstukken – Huisvesting, Werk en activiteiten, en het Sociaal netwerk – aspecten die telkens weer doorslaggevend bleken te zijn voor het verloop van het traject van huidige of voormalige zorggebruikers. Het tweede deel, *Het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest* telt vier hoofdstukken die gaan over de structuur en de toegankelijkheid van het systeem, de samenwerking binnen het systeem en de coördinatie ervan.

GEESTELIJKE GEZONDHEID EN SAMENLEVING

De hoofdstukken van het eerste deel, dus huisvesting, werk en activiteiten en het sociaal netwerk, komen overeen met richtingbepalende elementen in het traject van de gebruikers die wij ontmoet hebben. In die hoofdstukken geven wij de ervaringen weer van zorgverleners en gebruikers.

De gebruikers die aan dit onderzoek meewerkten zijn mensen die contact hebben of hadden met diensten voor geestelijke of psychiatrische gezondheidszorg. Wij brachten alle temporele en systemische dimensies van hun trajecten in kaart: niet alleen de fases waarin zij zorg verkregen, maar ook altijd “wat eraan vooraf ging” en “wat erop volgde”. De overgang van de ene fase naar de andere werd telkens beschouwd als een wending : een gebeurtenis of combinatie van gebeurtenissen die bepalend was voor het verdere verloop van een traject.

Zoals in het methodologisch gedeelte word uitgelegd, gingen de ontmoetingen met elke gebruiker door tot de verzadigingsgraad bereikt was, dus tot de gesprekken geen bijkomende informatie meer opleverden over nieuwe richtingbepalende factoren of de periodes tussen de wendingen. Vervolgens werden de wendingen en richtingbepalende factoren die in alle gesprekken met alle gebruikers het meeste voorkwamen uitgelicht, en in dit onderzoeksverslag als belangrijke elementen naar voren geschoven.

HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

Het geestelijke gezondheidssysteem bestaat uit het systeem van de geestelijke gezondheidszorg en de omgeving ervan, met inbegrip van de diensten en verenigingen die niet formeel belast zijn met geestelijke gezondheid of die bewust zelf hun focus verlegden van geestelijke gezondheid naar culturele of sociale aspecten. Om te verwijzen naar die twee kanten van het systeem, gebruiken wij de metafoor “rechts/averechts”. Zoals wij zullen uitleggen, is het allerm minst onze bedoeling om de twee kanten van het systeem tegen elkaar uit te spelen, maar wel om de aard van hun relatie, gekenmerkt door een absolute wederzijdse afhankelijkheid, te vatten in een beeld.

Met onze doorlichting van het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben wij niet het doel om exhaustief te zijn. Wij hebben zorgverleners ontmoet uit de voornaamste diensten voor geestelijke gezondheid in de regio Brussel. Ook daar gold dat het vergaren van gegevens werd stopgezet zodra het verzadigingspunt bereikt werd en er geen bijkomende antwoordelementen meer kwamen op onze vragen over de organisatie, de samenwerking en coördinatie van het systeem. Zoals we in dit verslag zullen ontdekken, bleek het werken met rechts en averechts een interessante bron van innoverende denkpijsten om te komen tot een betere integratie van het gehele systeem.

Zorgsysteem – rechts :

Zoals administratief, wettelijk en wetenschappelijk bepaald, bestaat het Belgisch geestelijke gezondheidssysteem uit psychiatrische ziekenhuizen, DGG's, IBW's, PVT's en een aantal lopende pilootprojecten die permanent (aan het worden) zijn. Die laatste zijn gericht op een specifieke doelgroep of specifieke samenwerkingsmechanismen (Verniest et al. 2008) ⁴. De verschillende aspecten van het zorgsysteem die in dit verslag aan bod komen zijn de structuur, de toegankelijkheid en de coördinatie ervan, en de samenwerking tussen de verschillende diensten en zorgverleners.

Het zorgsysteem is in de eerste plaats gekenmerkt door een rijk en divers aanbod, dat soms onvoldoende geïntegreerd en gecoördineerd is, en moeilijk toegankelijk. De diversiteit wordt beschouwd als een troef, omdat die het mogelijk maakt om flexibel te reageren op uiteenlopende situaties. Het gebrek aan

4 Zie ook : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/reseaux-de-soins/soins-en-sante-mentale>

samenwerking en aan leesbaarheid van het aanbod staan een volledige benutting van die rijkdom en diversiteit echter in de weg.

Toegankelijkheid van de “rechtse” kant :

Het zorgsysteem is gekenmerkt door de aanwezigheid van criteria of procedures die de deur naar het systeem openen, maar voor bepaalde doelgroepen niet geschikt zijn. Samen met de complexiteit van het systeem – erg divers en onvoldoende gecoördineerd – zorgen die criteria ervoor dat de meest kwetsbare bevolkingsgroepen de facto uitgesloten worden.

Die formalisering, met de toelatingscriteria en -procedures als zichtbaarste kenmerken, is het gevolg van de sociale en historische ontwikkeling van het systeem voor geestelijke gezondheidszorg. De integratie van geestelijke gezondheid in het gewone zorgsysteem, in de jaren 1960, gaf het startsein voor de professionalisering en specialisatie ervan. Voor geestelijke gezondheidsproblemen kwamen er aparte, speciaal uitgeruste voorzieningen – achtereenvolgens PZ's, DGG's, IBW's en PVT's. Parallel daarmee ontstonden er administratieve categorieën – met de RIZIV-nomenclatuur als duidelijkste voorbeeld – om te bepalen welk doelpubliek recht had op welk type interventie, en welke zorgverleners bevoegd waren om te interveniëren. Die categorisering was nodig om de zorg te kunnen organiseren en financieren, aangezien de beschikbaarheid van de zorg samenhangt met het voor geestelijke gezondheid toegekende budget. Het gevolg daarvan is echter dat de rechthebbenden worden afgebakend (De Munck et al., 2003) volgens een logica die typisch is voor het verzorgingsstaatmodel van de tweede helft van de twintigste eeuw. Patiënten die voldoen aan bepaalde criteria, met de psychiatrische diagnose als doorslaggevend element, kunnen toegang krijgen tot specifieke diensten. De zorgverleners in de geestelijke gezondheid krijgen in een dergelijk stelsel een grote sociale macht en verantwoordelijkheid: hun diagnose opent voor de gebruiker de deur naar zorg. Bijgevolg heeft het geloof in de “toverkracht van netwerken” een toenemende mate van formalisering gerechtvaardigd, om de samenwerking tussen gespecialiseerde diensten in goede banen te leiden. De metafoer van “rechts/averechts” moet dan ook zo worden opgevat dat wij de sociale functie van de toelatingscriteria en -procedures erkennen, maar tegelijk de gevolgen ervan voor het al dan niet toegang krijgen tot zorg willen benadrukken.

Integratie en samenwerking :

Het belangrijkste mechanisme waar de zorgnetwerken op rusten is samenwerking (Axelsson & Axelsson, 2006).

Het gaat daarbij zowel over horizontale banden tussen organisaties als over onafhankelijke diensten die in overleg beslissen om wederzijds structurele aanpassingen door te voeren. Samenwerking lijkt de oplossing te zijn voor de functionele en structurele versnippering die voortvloeide uit het professionaliseren en specialiseren van het zorgsysteem. Maar uit ons onderzoeksverslag zal blijken dat net die samenwerking, die doorgaans wordt voorgesteld als een oplossing voor de versnippering, in de eerste plaats een probleem is. Het succes van samenwerking is immers afhankelijk van de wil van de betrokkenen om samen te werken, en dat houdt in dat de betrokkenen zich bewust zijn of worden van het feit dat zij van elkaar afhankelijk zijn.

Coördinatie :

Coördinatie heeft te maken met de verticale integratie van het systeem. Coördinatie veronderstelt de aanwezigheid van een hiërarchische lijn die een richting en een aantal organisatieprincipes bepaalt. Coördinatie stelt dus de vraag naar de besluitvorming voor het hele systeem en alle betrokken spelers die gemachtigd zijn om er een rol in te spelen. Uit de resultaten in dit onderzoeksverslag zal blijken dat er twee actielogica's bestaan, elk met hun eigen diffuse aanhang, de hybride modellen van de *advocacy coalitions* en de *epistemic communities* (Haas, 1992; Hall, 1993; Sabatier, 2010), die voor zichzelf een coördinerende rol opeisen. De twee actielogica's vloeien voort uit verschillende visies op geestelijke gezondheidszorg die in de evolutie van het systeem de bovenhand haalden. Zij gaan gepaard met verschillende voorkeuren inzake de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg (Thunus & Schoenaers, 2017).

Van rechts naar averechts :

Het systeem voor geestelijke gezondheidszorg – rechts – definieert dus op voorhand rechthebbenden: groepen personen die recht hebben op zorg. Dat is het grootste verschil met averechts, dat – tegen beter weten in – actief op zoek gaat naar situaties die zorg verdienen maar aan de rechtse kant van het systeem uit de boot vallen.

De diensten en verenigingen die samen de averechtse kant van het systeem vormen, hebben met elkaar gemeen dat zij de focus verleggen van geestelijke gezondheid naar sociale en culturele activiteiten, toegang tot huisvesting en/of, in meer complexe situaties, administratieve regularisatie. Zij bieden begeleiding aan mensen waarvan vermoed wordt dat zij geestelijke gezondheidsproblemen of zelfs ernstige psychiatrische problemen hebben. Zij hanteren alternatieve strategieën

en praktijken om tegemoet te komen aan de vraag van de gebruikers, hetzij rechtstreeks, hetzij door de toegang tot het zorgsysteem mogelijk te maken.

De averechtse kant kan in zekere zin vergeleken worden met de zogenaamde *deep state*. Dat is een staat in de staat, die de tekortkomingen die voortvloeien uit het "normale" functioneren van die staat wegwerkt door specifieke acties te ondernemen, waarbij de regels die de staat moet respecteren om de eigen legitimiteit niet kwijt te spelen overtreden of genegeerd worden. De averechtse kant ontwikkelt strategieën en diensten die een reactie zijn op uitsluiting als gevolg van de regels van de rechtse kant; regels waarvan het sociaal nut trouwens niet in twijfel wordt getrokken. Rechts en averchts zijn verschillende sociale systemen die allebei even essentieel zijn (Luhmann, 2006), en het lijkt dan ook onvermijdelijk dat zij naast elkaar blijven bestaan. Tegelijk blijkt echter, en dat zal bijzonder duidelijk zijn in onze onderzoeksresultaten, dat meer interactie tussen de twee kanten van hetzelfde systeem interessante, sociaal innovatieve vruchten kan voortbrengen. Contact tussen de rechtse en de averechtse kant zou dan ook kunnen helpen om de kloof te verkleinen die gaapt tussen de ontwikkeling van professionele praktijken die aangepast zijn aan snel evoluerende behoeften enerzijds en het bieden van organisatorische antwoorden die pas na meerdere decennia rijp genoeg zijn voor een veralgemeende toepassing anderzijds – wat wij beogen met een deel van onze onderzoeksresultaten.

METHODOLOGIE

Dit onderzoek is gebaseerd op kwalitatieve methodes die een gecontextualiseerde analyse mogelijk maken van de concrete ervaringen van professionals en gebruikers in het geestelijke gezondheidssysteem. Geestelijke gezondheid beschouwen als collectieve actie, noopt onderzoekers ertoe om voor elke fase van het onderzoek te zoeken naar een geschikte methodologie, zowel voor het rekruteren van deelnemers als voor het vergaren en analyseren van de verkregen gegevens.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de organisationele aspecten die een rol spelen in de ervaringen van de gebruikers, moeten die ervaringen in de loop van het volledige onderzoek beschouwd worden als de belangrijkste onderzoeksgegevens.

Zoals in de inleiding werd uitgelegd, werd de opzet van het onderhavig onderzoek ingegeven door de resultaten van vorige onderzoeken waar leden van het onderzoeksteam aan hebben meegewerkt. Concreet gaat het om de volgende onderzoeken:

2017-2018 : Organisatie van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg in België, project «HSR_52» (KCE)

2015-2018 : For-Care: realistische evaluatie van de zorgtrajecten in de inrichtingen voor geïnterneerde personen in België – (FOD Volksgezondheid)

2014-2018: Comparing policy framework, structure, effectiveness and cost-effectiveness of functional and integrated systems of mental health care →COFI»- (EU, FP7-HEALTH).

2011-2015 : Doctoraatsonderzoek over de hervormingen van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in België. Gefinancierd door het Franstalige fonds voor wetenschappelijk onderzoek F.R.S.-FNRS.

2011-2015 : Federale evaluatie van de hervorming «Naar een betere geestelijke gezondheidszorg» («Artikel 107») (FOD Volksgezondheid).

2009-2011: Europees onderzoeksproject – *Knowledge and Policy in Health and Education Sectors*, FP7.

Het doel van dit onderzoek – een beeld schetsen van de *werkelijke samenwerkingen* in de regio Brussel dankzij Hervorming 107, en van hun invloed op de zorgtrajecten van gebruikers, met name op het vlak van al dan niet verkrijgen van zorg, continuïteit en discontinuïteit van de zorg – sluit aan op de bovenstaande onderzoeken. Zoals reeds vermeld zijn de onderzoeksvragen dan ook de volgende : wat is de aard en wat zijn de bepalende factoren in de organisatie van het zorgaanbod en van de samenwerking tussen de diensten voor geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? Heeft die organisatie gevolgen voor het zorgtraject van de gebruikers die al dan niet toegang krijgen tot geestelijke gezondheidszorg? Die vragen worden nader omschreven in de gesprekshandleidingen die als bijlage bij dit onderzoeksverslag gevoegd zijn.

I. VERZAMELEN VAN ONDERZOEKSGEGEVENS

De gegevens werden vergaard door twee onderzoeksters. Sophie Thunus is professor Beheer van dienstverlening in de gezondheidszorg en van zorginstellingen. Sinds 2009 voert zij onderzoek naar de organisatorische en beroepsgerelateerde transformaties van de geestelijke gezondheidssystemen en het geestelijk gezondheidsbeleid op Belgisch en Europees niveau. Haar doctoraatsthesis was gewijd aan de kwalitatieve en sociologische analyse van de implementatie van Hervorming 107 tussen 2010 en 2015 (Thunus, 2015). Haar onderzoeksbelangstelling gaat uit naar de ontwikkeling van netwerken voor geestelijke gezondheidszorg en voor geïntegreerde zorg voor mensen met een chronische aandoening. Zij heeft daarbij specifiek aandacht voor communicatiemiddelen en –platformen waarmee organisaties onderling kunnen communiceren, en hun invloed op de evolutie van beroepsrollen en -identiteiten alsook op patiënten of gebruikers. Carole Walker is van opleiding klinisch psychologe. Zij heeft ervaring als klinisch en psychopedagogisch medewerker in het ziekenhuiswezen en het onderwijs, waar zij werkte met kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen. Als onderzoeks- en praktijkassistente doet zij vooral onderzoek naar de organisatie van het geestelijk gezondheidssysteem en het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën in de zorgsector. Een studente heeft in het kader van haar opleiding tot Master in de volksgezondheid eveneens als waarnemer deelgenomen aan de focusgroepen.

Om de realiteit in al haar diversiteit te kunnen benaderen vanuit de visie op geestelijke gezondheid als collectieve actie, werden voor het vergaren van gegevens verschillende technieken aangewend: (1) semi-gestuurde gesprekken met zorgverleners die zorgnetwerken coördineren en/of diensten voor geestelijke gezondheidszorg beheren; (2) focusgroepen met gebruikers; en (3) focusgroepen met zorgverleners die in hun beroepspraktijk geregeld contact hebben met gebruikers van het systeem van geestelijke gezondheidszorg. Die technieken werden gedurende het hele onderzoek aangevuld met etnografische interviews – ofwel open gesprekken zonder gesprekshandleiding (4) met zorgverleners en voornamelijk gebruikers, van wie een aantal ook had deelgenomen aan de focusgroepen. Zoals vermeld in de inleiding werd doorgedaan met het vergaren van gegevens tot het verzadigingspunt was bereikt, d.w.z. tot het moment waarop tijdens extra gesprekken geen nieuwe informatie meer werd verkregen.

De semi-gestuurde interviews met zorgverleners verliepen volgens een gesprekshandleiding die werd opgesteld door het onderzoeksteam met de bedoeling om de precieze taken van de zorgverlener te achterhalen (werkwijze), hun houding ten opzichte van elkaar (betrekkingen) alsook ten opzichte van de doelstellingen van het geestelijke gezondheidsbeleid (strategie). De bijlage bevat twee versies van de gesprekshandleiding : de eerste is gericht op de netwerkcoördinatoren (bijlage 1) en de tweede op zorgverleners (bijlage 2).

De focusgroepen met gebruikers verliepen aan de hand van een dynamische gesprekshandleiding (bijlage 3), die erop gericht was om specifieke dimensies van hun zorgtraject in kaart te brengen. De gesprekshandleiding werd opgesteld aan de hand van de semi-gestuurde interviews met zorgverleners en van de etnografische interviews, rekening houdend met de wetenschappelijke literatuur. De focusgroepen kwamen samen op neutraal terrein, buiten de zorgvoorzieningen, afgezien van één enkele bijeenkomst met Nederlandstalige gebruikers, die om logistieke redenen doorging in een ziekenhuisvoorziening. Bij de analyse en presentatie van de resultaten werd rekening gehouden met de mogelijke invloed van de ziekenhuiscontext. Om de participatie en de betrokkenheid te bevorderen, en de persoonlijke verhalen te kunnen benaderen vanuit een holistische visie die het mogelijk maakt om de interacties tussen verschillende trajectelementen te achterhalen, werd ook gebruik gemaakt van tekeningen.

De focusgroepen met zorgverleners verliepen op dezelfde manier als die met de gebruikers. De gesprekshandleiding werd zodanig opgesteld dat elementen die in de focusgroepgesprekken over zorgtrajecten van gebruikers het meest voorkwamen, zeker aan bod konden komen. Om de participatie, de betrokkenheid en een systemische kijk op de organisatie van het geestelijke gezondheidssysteem te bevorderen werd gebruik gemaakt van een plattegrond van de regio Brussel.

Het gebruik van focusgroepen als onderzoeksmethode deed een dynamiek ontstaan tussen gebruikers met uiteenlopende profielen. Bij de zorgverleners werd het mogelijk om machtsverhoudingen te observeren en te analyseren, wat bijzonder veel verried over de aard van de onderlinge relaties in het geestelijke gezondheidssysteem.

De etnografische gesprekken werden gehouden in een natuurlijke omgeving: dagcentra van niet-therapeutische verenigingen, cultuurcafés en andere openbare plaatsen. Dankzij de etnografische interviews konden gebruikers

die om verschillende redenen niet wensten deel te nemen aan de focusgroepen alsnog input leveren voor het onderzoek. De aangehaalde redenen waren onder meer een gebrek aan tijd, schroom om het eigen traject bloot te geven in groep of buiten de vertrouwde omgeving, of nog deelname aan andere lopende onderzoeken. Met sommige gebruikers besloeg het gesprek meerdere ontmoetingen, terwijl andere gebruikers naast het gesprek ook deelnamen aan de focusgroepen.

Elke deelnemer ondertekende voor de start van het onderzoek een formulier van geïnformeerde toestemming. De semi-gestuurde interviews en focusgroepgesprekken werden opgenomen en uitgeschreven. Na elk etnografisch interview noteerden de onderzoeksters de dag zelf de inhoud ervan uit het hoofd. De deelnemers worden in dit verslag anoniem geciteerd, en de verzamelde gegevens zullen op het einde van het onderzoek vernietigd worden.

II. REKRUTEREN VAN DEELNEMERS

De deelnemers aan dit onderzoek werden gerekruteerd aan de hand van een aantal welbepaalde criteria die bij het begin door de onderzoeksters werden vastgelegd. Nadat het onderzoek werd voorgesteld tijdens een vergadering van de raad van bestuur van het Brusselse OGG, werd beslist om nog een aantal deelnemersprofielen aan de lijst toe te voegen om ook de actuele bekommernissen een plaats te geven in het onderzoek. Het gaat daarbij vooral over gebruikers die uitgesloten zijn van zorg en over zorgverleners die actief zijn in laagdrempelige zorgdiensten, profielen waar de vorige onderzoeken eveneens specifiek aandacht aan schonken.

De deelnemende zorgverleners en gebruikers kregen eveneens de mogelijkheid om nog bijkomende categorieën van betrokkenen voor te stellen: zo kon de ene deelnemer zelf nog andere potentiële deelnemers aandragen. Als bleek dat die ervaring had die in het licht van de onderzoekstoelstellingen relevant was en er voldoende tijd was, werden ook zij uitgenodigd om deel te nemen. De selectiecriteria voor elke fase van het onderzoek komen verder in dit verslag nog aan bod.

SEMI-GESTUURDE INTERVIEWS MET ZORGVERLENERS

De zorgverleners werden geselecteerd volgens de principes van de doelgerichte steekproef, met andere woorden op basis van de relevantie van hun positie, hun functie, hun ervaring en ook hun expertise met betrekking tot de onderzoeksdoelstellingen.

De zorgverleners die tijdens de interviews aan bod kwamen vallen uiteen in twee grote categorieën: (1) coördinatoren van zorgnetwerken, met inbegrip van het OGG van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de twee Netwerken 107 en de twee door de Franstalige Gemeenschapscommissie (COCOF) erkende netwerken; (2) administratieve en/of medische verantwoordelijken van ziekenhuisinrichtingen of ambulante inrichtingen actief op Brussels grondgebied.

FOCUSGROEPEN EN ETNOGRAFISCHE INTERVIEWS

Als aanvulling op de mogelijkheid om tijdens semi-gestuurde gesprekken eventuele extra deelnemers aan te dragen, werden gebruikers en zorgverleners gerekruteerd via gebruikersverenigingen, diensten en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Brussel, en via sociale of administratieve diensten en laagdrempelige begeleidingsinitiatieven.

Gezien de erg delicate context van het onderzoek, waren gewone e-mails, telefoontjes of gerichte verzoeken door de verantwoordelijken van de gecontacteerde diensten onvoldoende om gebruikers te rekruteren voor de focusgroepen met gebruikers. Dankzij de etnografische interviews die werden gevoerd op verschillende locaties, konden de ervaringen en zorgtrajecten van bepaalde gebruikers alsnog op significante wijze bijdragen tot het onderzoek (zie Verzamelen van onderzoeksgegevens, punt 4).

De zorgverleners werden gecontacteerd via hun hiërarchische overste. Zij werden geselecteerd met het oog op een grote diversiteit aan functies, beroepsgroepen, zorgfuncties, organisaties en sectoren.

DEELNEMERSLIJST – ZORGVERLENERS

In totaal werden 27 zorgverleners ontmoet tussen 27/02 en 06/06 tijdens semi-gestuurde interviews (n=24) en etnografische interviews (n=3). De gesprekken met de zorgverleners gebeurden in het Frans, maar onder de deelnemers bevonden zich ook tweetalige Frans-Nederlandse zorgverleners die zorg of begeleiding bieden aan Nederlandstalige gebruikers. De zorgverleners vervullen de volgende functies en vertegenwoordigen de volgende diensten:

- **Functies :**
Netwerkcoördinator, dienstcoördinator, medisch directeur, administratief directeur, huisarts, project manager, psycholoog, maatschappelijk werker, ergotherapeut, psychiater, opvoeder;
- **Diensten :**
Netwerk of antenne, psychiatrisch ziekenhuis, crisisafdeling in algemeen ziekenhuis, afdeling psychiatrie in algemeen ziekenhuis (PZAZ), IBW, PVT, federatie van wijkgezondheidscentra, federatie van het particuliere verenigingsleven van zorginstellingen in de regio Brussel, huisartsenpraktijk, dienst voor geestelijke gezondheid, voorziening voor somatische en juridische dienstverlening en sociale begeleiding, vzw voor re-integratie op de arbeidsmarkt, vzw voor therapeutische begeleiding van mensen met een drugsverslaving, door gebruikers uitgebaat cultuurcafé.

DEELNEMERSLIJST – GEBRUIKERS

In totaal waren er tussen 06/04 en 01/06, 29 ontmoetingen met gebruikers in het kader van semi-gestuurde interviews (n=1), etnografische interviews (n=19) en focusgroepen (n=9). De gebruikers zijn Franstalig of tweetalig Nederlands-Frans. Alle gebruikers hebben zich in het Frans uitgedrukt. Sommige gebruikers werden herhaaldelijk ontmoet. Zij werden gerekruteerd via de volgende diensten:

Gebruikersvereniging, vzw voor niet-therapeutische ondersteuning en begeleiding overdag, vzw voor re-integratie op de arbeidsmarkt, vzw voor therapeutische begeleiding van mensen met een drugsverslaving, door gebruikers uitgebaat cultuurcafé.

III. ANALYSE VAN DE KWALITATIEVE GEGEVENS

En tant que méthodes visant à saisir les significations et Van alle onderzoeksmethodes die gericht zijn op het begrijpen van ervaringen van anderen, zijn kwalitatieve methodes bijzonder geschikt voor de complexe sector van de geestelijke gezondheid, die gekenmerkt wordt door de subjectieve beleving van complex en veranderlijk geestelijk lijden, het bestaan van uiteenlopende therapeutische en niet-therapeutische benaderingen om het leed in kwestie te lenigen, en de veranderende organisatorische en maatschappelijke benadering als gevolg van nieuwe hervormingen. Om die talrijke contextuele en ervaringsgebonden factoren in het onderzoek mee te kunnen nemen, werd een thematische analyse doorgevoerd.

Thematische analyse is een techniek die het mogelijk maakt om kwalitatieve gegevens te organiseren, te omschrijven en te interpreteren. Daarvoor werden de gesprekken met de deelnemers meermaals doorgenomen, waarna de onderzoeksters codes toekenden, om vervolgens te zoeken naar concrete verbanden. Tijdens dat proces werd rekening gehouden met de schriftelijk samengevatte in vivo waarnemingen, alsook met de *a posteriori* waarnemingen bij het bekijken van de videobeelden van de twee focusgroepen met zorgverleners. De zoektocht naar onderlinge verbanden tussen codes en waarnemingen leidde uiteindelijk tot de onderwerpen die in dit onderzoeksverslag worden gepresenteerd.

Ook bij het vergaren en analyseren van gegevens werd de visie op geestelijke gezondheid als collectieve actie, die in de inleiding nader werd omschreven, voortdurend voor ogen gehouden. De keuze voor die visie is meer een empirische noodzaak dan een politieke keuze. Het is ons niet te doen om kritiek op zorgverleners en diensten die geestelijke gezondheidszorg aanbieden, en evenmin om een pleidooi voor instanties die de zaken anders aanpakken. Wat de doorslag geeft, is onze beslissing als wetenschappers om ons onderzoek te laten aansluiten op de resultaten van voorgaande onderzoeken. Die onderzoeken vestigden onze aandacht op de doelgroepen die uitgesloten worden van geestelijke gezondheidszorg, en op het mogelijk verband tussen die uitsluiting en de structuur van de geestelijke gezondheidszorg zelf.

De doelstelling van dit onderzoek – een mogelijk verband achterhalen tussen de structuur van de zorg en de zorgtrajecten van gebruikers die al dan niet zorg verkregen – werd navenant bepaald. Om onze doelstelling te bereiken waren in de praktijk interviews met zorgverleners nodig, maar ook ontmoetingen met personen die uitgesloten zijn van zorg. Dat bracht ons ver buiten de grenzen van het zorgsysteem, en noopte

ons tot een grote flexibiliteit bij het vergaren van de onderzoeksgegevens. Met andere woorden: zoeken naar een verband tussen organisatiestructuur en uitsluiting vereist de bereidheid om zich te verplaatsen, van psychiatrische ziekenhuizen naar huisartsenpraktijken via culturele verenigingen en onthaalcentra voor migranten. Het bezoeken van al die plaatsen houdt dan weer in dat verschillende methodes voor gegevensvergaring dienen te worden afgewisseld, omdat niet alle methodes in alle contexten even geschikt zijn.

Ten slotte was de doelstelling om de zorgtrajecten van de gebruikers die op verschillende plaatsen werden ontmoet in kaart te brengen doorslaggevend voor de keuze om geestelijke gezondheid te beschouwen als collectieve actie. Het is immers zo dat de trajecten van gebruikers zelf hoegenaamd geen rekening houden met de grenzen die door zorgverleners worden opgetrokken tussen verschillende systemen. Zoals we verder nog zullen zien, wordt geestelijke gezondheid *gedeconstrueerd* buiten het zorgsysteem, dat vervolgens in bepaalde gevallen die geestelijke gezondheid in verschillende mate en op discontinue wijze zal *reconstrueren of verder deconstrueren*. De gebruikers hebben lak aan de categorieën waarin zij worden geplaatst, soms tegen hun wil in. De personen van wie het traject in dit verslag aan bod komt zijn allen gebruikers, in die zin dat zij een of meerdere contacten hebben gehad met diensten voor psychiatrie of geestelijke gezondheid. Sommigen verzetten zich tegen de categorisering als “persoon met geestelijke gezondheidsproblemen/geestelijke problemen”, terwijl anderen haar net willen en nog anderen haar aanvaarden maar de sociale of professionele gevolgen ervan aan de kaak stellen. En dan zijn er nog de gebruikers die de categorisering stilzwijgend aanvaarden maar het contact met de zorgdiensten expliciet weigeren of tot een minimum beperken.

Achter onze keuze om geestelijke gezondheid te beschouwen als collectieve actie gaan dus methodologische en empirische overwegingen schuil. En als die keuze op een zeker ogenblik toch als een politieke keuze zou worden geïnterpreteerd, dan alleen in deze zin: die van beseffen dat geestelijke gezondheid wordt gemaakt of gebroken tijdens interacties die zich ook in ons eigen dagelijks leven voordoen, wat als logisch gevolg heeft dat geestelijke gezondheidszorg niet het enige antwoord kan zijn.

DEEL I: GEESTELIJKE GEZONDHEID EN SAMENLEVING

**“De maatschappelijke context is verre van eenvoudig. Mensen die nauwelijks nog toegang hebben tot de arbeidsmarkt, die geen woning hebben of toch steeds moeilijker huisvesting vinden. Het hele netwerkenverhaal wordt in de praktijk aanzienlijk bemoeilijkt door elementen uit de realiteit.”
(Psychiater, PZ)**

Omdat dit onderzoek aansluit op vorige onderzoeken, is de gegevensvergaring bij gebruikers die al dan niet zorg verkregen bepalend geweest voor onze keuze om geestelijke gezondheid als een collectieve actie te beschouwen. Die visie vormde ook de rode draad bij het analyseren van de onderzoeksgegevens, wat het mogelijk maakt om gelijkenissen of vergelijkbare wendingen in de zorgtrajecten van alle ontmoette gebruikers te identificeren. De wendingen die in dit eerste deel worden toegelicht illustreren het sterke verband tussen geestelijke gezondheids- of psychiatrische problemen en de maatschappij waarin die problemen zich voordoen. De drie volgende richtingbepalende factoren werden zowel door zorgverleners als door gebruikers naar voren geschoven, en werden nader onderzocht tijdens diepgravende gesprekken: (1) huisvesting, (2) werk en activiteiten, en (3) sociaal netwerk en stigmatisering. Het fragment waarmee dit deel wordt ingeleid maakt al duidelijk dat die interacties – of “elementen uit de realiteit” – een grote invloed uitoefenen op de structuur van het onderzochte systeem. De specifieke raakpunten tussen trajectgebonden elementen en aspecten van organisatorische aard zullen in het tweede deel van dit verslag uitgebreid aan bod komen.

1. HUISVESTING

De moeilijke toegang tot huisvesting in het Brussels Gewest draagt in aanzienlijke mate bij tot de verzadiging van het geestelijke gezondheidssysteem. De huisvestingsproblematiek is aanwezig bij diverse doelgroepen en beïnvloedt het dagelijks werk van talrijke zorgverleners in bijzonder grote mate. Dit hoofdstuk begint met een korte beschrijving van de wisselwerking tussen huisvesting en geestelijke gezondheid, met aandacht voor de kenmerken van de profielen die hierdoor het sterkst getroffen worden. Daarna wordt ingegaan op de vraag welke uitdagingen die wisselwerking met zich meebrengt voor verschillende vormen van huisvesting. Tot slot presenteren wij een aantal informele praktijken die ontstaan zijn als reactie op de aangehaalde problemen.

1.1 HUISVESTING EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

De wisselwerking tussen huisvesting en geestelijke gezondheid is complex en het was op basis van de vergaarde gegevens niet mogelijk om een dominant oorzakelijk verband vast te stellen. Desalniettemin wordt het bestaan van de wisselwerking herhaaldelijk benadrukt, met name door de zorgverleners, en dat los van hun beroep of van de instantie die zij vertegenwoordigen. Daarnaast hameren ook de gebruikers, vooral diegenen die op straat geleefd hebben, op het feit dat volgens hen onvoldoende rekening wordt gehouden met het belang van huisvesting in onderzoek en beleid inzake geestelijke gezondheid.

Omdat kwetsbare groepen met een breed scala aan problemen worden geconfronteerd, hebben wij in het kader van dit onderzoek bijzondere aandacht geschonken aan het leggen van contact. Daarvoor werd samengewerkt met laagdrempelige diensten, gespecialiseerde zorgverleners, en was een lid van het onderzoeksteam aanwezig bij een thematisch rondetafelgesprek. Het volgende gespreksfragment illustreert de situaties waarmee de directrice van een onthaalcentrum voor kwetsbare personen wordt geconfronteerd:

“Nagenoeg alle mensen die naar mijn dienst komen hebben geestelijke gezondheidsproblemen, want het is gewoon niet mogelijk om op straat te leven of [...] een hobbelig parcours te rijden zonder vroeg of laat een psychische aandoening te ontwikkelen. [...] Bij ons heeft een aanzienlijk aantal hulpvragers psychiatrische problemen.”

Een meerderheid van die doelgroep is na een crisis – soms meerdere keren – terechtgekomen bij een dienst voor acute geestelijke gezondheidszorg, zonder er evenwel in geslaagd te zijn om parallel de eigen sociale situatie stabiel te krijgen. In het licht van die realiteit bevestigen de onderzoeksresultaten het belang van projecten die inzetten op huisvesting voor kwetsbare gebruikers, nog vóór het zorgaspect wordt aangepakt, om een duurzame begeleiding mogelijk te maken. De zorgverleners vertellen dat hun gebruikers vaak lange tijd op straat hebben doorgebracht, en dat sommigen onder hen om

verschillende redenen in het verleden reeds in conflict kwamen met de zorgdiensten. Om die personen alsnog toegang te bieden tot zorg moet bijgevolg stap voor stap weer een band worden opgebouwd. Op die dimensie komen wij later nog terug.

Toegang tot huisvesting vóór zorg is een behoefte waaraan tegemoet wordt gekomen door de Housing First-projecten. Hoewel het gaat om laagdrempelige projecten, komen alleen personen met een geldige verblijfsituatie ervoor in aanmerking, waardoor een aanzienlijk aantal personen met psychische of psychiatrische problemen in Brussel uit de boot vallen. In dat profiel worden migranten op een bijzondere wijze getroffen, wat ook nog aan bod zal komen in het hoofdstuk over de toegang tot zorg.

1.2. VERSCHILLENDE VORMEN VAN HUISVESTING

De bijzondere aandacht voor gebruikers in preciaire levensomstandigheden bracht het verband tussen geestelijke gezondheid en huisvesting duidelijk naar voren, en het belang van enigszins stabiele levensomstandigheden om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen of om bestaande problemen te kunnen aanpakken. Maar welke vormen van huisvesting en welke mate van begeleiding schuiven de zorgverleners en de gebruikers zelf naar voren? De aangehaalde problemen gelden voor alle vormen van huisvesting, met andere woorden voor alle niveaus van autonomie, van begeleid zelfstandig wonen tot het psychiatrisch verzorgingstehuis.

De gebruikers hebben hoofdzakelijk getuigd over hun ervaringen en problemen met *zelfstandige woonvormen* en *sociale woningen*. Veel gebruikers die graag zelfstandig zouden wonen zijn daar om financiële redenen niet toe in staat. Voor sociale woningen zijn er dan weer lange wachtlijsten. Een gebruiker in een PZ heeft verteld hoe die obstakels hem ertoe brachten om dan maar een aanvraag in te dienen om naar een IBW te mogen:

Gebruiker : *“Een van de grootste problemen met de uitkering die we krijgen [...] is het vinden van een woning. [...] Als ik op de privémarkt wil gaan huren, dan gaat dat nooit lukken. Er zijn wel sociale woningen, maar er staan in Brussel 40.000 mensen op de wachtlijst.”*

Bovenop de financiële problemen en de moeilijke toegang tot sociale woningen, komt voor een groot aantal gebruikers ook nog een niet onaanzienlijke discriminatie, zoals de medisch directeur van psychiatrisch ziekenhuis stelt :

“Hoewel de verhuurders dat eigenlijk niet mogen, vragen zij om de loonfiches te mogen zien, [...] dat doen alle verhuurders. Wie weigert, krijgt gewoon te horen dat de woning reeds verhuurd is. De mensen dienen dan papieren van het ziekenfonds in om te bewijzen dat ze over een inkomen beschikken. Mijn advies luidt dan : ‘Zeg nooit dat je een psychiatrische aandoening hebt. Onder geen beding ! Noem het gewoon gezondheidsproblemen.”

Naast de financiële aspecten, de wachtlijsten en de discriminatie geven sommige gebruikers die geen werk of andere activiteiten hebben aan dat zij vrezen om in een zelfstandige of sociale woning opnieuw te vereenzamen. Een dergelijke angst werd onder meer verwoord tijdens een focusgroepgesprek:

Gebruiker : *“Eigenlijk zou er een thuisverpleegkundige moeten langskomen of zo. Iemand die komt kijken hoe het met je gaat. Want als het niet goed gaat, dan blijf je de hele dag in je bed liggen... Het zou ook helpen om een goede band te hebben met de burens, maar zoals [gebruiker] zegt, wordt onze maatschappij steeds individualistischer, dus je burens kennen en zo, we leven vandaag de dag niet meer in een klein dorp.”*

Hoewel de vrees voor de eenzaamheid niet door alle gebruikers worden gedeeld, benadrukt dit fragment het belang van het sociale aspect van huisvesting. De samenwerking tussen het sociaal netwerk en huisvesting kwam onder meer aan bod toen het ging over *groepswooningen*. In een focusgroep wees een deelnemer die in het kader van een pilotoproject in Brussel een solidaire groepswooning heeft opgericht erop dat zulke woonvormen bestaan en evolueren. Het doel is om mensen met geestelijke gezondheidsproblemen de kans te bieden om samen te wonen met mensen van allerlei slag.

De zorgverleners maken zich vooral zorgen over *IBW's* en *PVT's*. Er zijn maar weinig plaatsen beschikbaar en de wachtlijsten zijn lang. De voornaamste obstakels zijn de strenge toelatingscriteria, zeker voor gebruikers die op verschillende manieren kwetsbaar zijn – fysieke handicap, drugsgebruik, erg preciaire levensomstandigheden – of voor gebruikers die conflicten hadden of hebben met de zorgvoorzieningen.

1.3 GERELATEERDE INFORMELE PRAKTIJKEN

De veelzijdige wisselwerking tussen geestelijke gezondheid en huisvesting, die voor elke woonvorm specifieke problemen met zich meebrengt, heeft binnen het geestelijke gezondheidssysteem informele praktijken doen ontstaan.

De zorgverleners hebben lang uitgeweid over de gevolgen van die wisselwerking voor de ziekenhuiswereld. Voor gebruikers die in preciaire levensomstandigheden verkeren speelt het ziekenhuis een erg controversiële rol, en er bestaan uiteenlopende praktijken. De zoektocht naar een woning van welke aard dan ook in regio Brussel duurt soms langer dan de maximale verblijfsduur in een ziekenhuis. Dat veroorzaakt in sommige situaties abrupte onderbrekingen in de zorgtrajecten en/of een verlenging van de verblijfsduur. Zo kan een ziekenhuisverblijf meerdere weken, meerdere maanden, in sommige instellingen zelfs een jaar gaan duren. Sommige zorgverleners die geconfronteerd worden met bijzonder lange ziekenhuisverblijven geven aan dat dat een manier is om het “draaideursyndroom” vermeden te vermijden, waarbij de gebruiker van het ziekenhuis naar de straat gaat en terug. In extreme gevallen worden patiënten van het ene ziekenhuis naar het andere getransfereerd om de kosten die gepaard gaan met een te lange verblijfsduur binnen de perken te houden:

Maatschappelijk werker, HG : *“Na drie maanden sturen wij de patiënt dus naar een ander ziekenhuis, dan komt de teller weer op nul te staan, en daarna komt hij of zij weer voor drie maanden naar ons. Er zijn patiënten die op die manier een jaar overbrugd hebben. [...] Zo wordt het ergste vermeden, ze moeten niet de straat op, wat in hun sociale situatie nefast zou zijn voor hun geestelijke gezondheidstoestand.”*

Naast het verlengen van de verblijfsduur voor mensen die wegens psychische problemen in een preciaire situatie leven komen volgens de zorgverleners nog andere praktijken voor. Het zijn extreme praktijken, die echter courant gebruikt worden om de huisvestingsproblematiek in Brussel te omzeilen :

Medisch directeur, PZAZ : *“We kunnen de mensen niet doorsturen naar psychiatrische verzorgingstehuizen, naar initiatieven voor beschut wonen, want die zitten allemaal vol. [...] Die situatie kan alleen worden verholpen als er vanuit het beleid meer middelen worden vrijgemaakt, maar dat gebeurt niet. [...] Het belangrijkste obstakel [...] dat ik van sommige externe instellingen nog kan begrijpen [...] omdat zij niet overspoeld willen worden, dat zijn de voorgesprekken in de selectieprocedure, die bestaan bij IBW's, bij PVT's [...] Er zijn patiënten waar niet iedereen om staat te springen, die meer problemen*

meebrengen. De maatschappelijk werkers helpen de patiënten soms om zich voor te bereiden, ze organiseren zelfs rollenspellen om de kansen van de patiënt op het vinden van huisvesting in een externe instelling te verhogen. Om toch maar een oplossing te vinden. [...] Het spijt me dat ik het op die manier moet zeggen, maar in de praktijk gebeurt het echt zo.”

Ten slotte bleken de deelnemers zich ook grote zorgen te maken over de niet-erkende woonvormen (NEW) en kraakpanden. Sommige gebruikers uitten hun bezorgdheid over de sluiting ervan, wat de huisvestingsproblematiek in Brussel nog verder op de spits zou drijven, maar getuigden tegelijk van ondermaatse hygiëne en intimidatie. Wegens tijdsgebrek konden die aspecten in het kader van dit onderzoek niet verder worden uitgediept.

Algemeen kan uit de resultaten worden afgeleid dat alle betrokkenen het element huisvesting beschouwen als een schandvlek in het geestelijke gezondheidssysteem. Hoewel zij op de hoogte zijn van de informele praktijken, met het verlengen van ziekenhuisverblijven voorop, benadrukken de meeste zorgverleners dat het ziekenhuis een plaats is voor intensieve zorgverlening, en dat de *“vraag naar ziekenhuisbedden enorm zou dalen”* (medisch directeur, PZAZ) als er meer woonvormen zouden bestaan en de netwerken parallel daarmee beter zouden samenwerken om de continuïteit van de zorg te garanderen.

SAMENGEVAT

De huisvesting in het Brussels Gewest is een zwarte vlek in het geestelijke gezondheidssysteem, die ernstige gevolgen heeft voor de overgang van het ziekenhuis naar maatschappelijke zorg, de continuïteit van de zorg en de re-integratie in de samenleving. Alle gebruikers en zorgverleners benadrukken de grote wisselwerking tussen geestelijke gezondheidsproblemen en de huisvestingsproblematiek, die duidelijk zichtbaar wordt bij gebruikers die zich in een bijzonder kwetsbare situatie bevinden. Het is immers zo dat personen die op straat leven vaak gebukt gaan onder geestelijke of psychiatrische kwalen, en de moeilijke weg naar welke vorm van huisvesting dan ook leidt ertoe dat die personen vaak heen en weer gestuurd worden tussen spoeddiensten en het straatleven wanneer het om daklozen gaat, of hun verblijf in het ziekenhuis steeds weer verlengd zien worden. De zorgverleners geven aan dat initiatieven als Housing First en andere laagdrempelige projecten, die de betrokkenen eerst een dak boven het hoofd bieden en pas daarna werken aan zorg, een interessante insteek bieden die het mogelijk maakt om de geestelijke gezondheidsproblemen van die doelgroep op duurzame wijze aan te pakken.

Het huisvestingsprobleem bestaat bij alle niveaus van autonomie, al kampt elke woonvorm met specifieke problemen. Een onvoldoende hoog inkomen en discriminatie door de eigenaars vormen een ernstige beperking voor de toegang tot zelfstandige woningen. Sociale woningen, IBW's en PVT's zijn dan weer moeilijk toegankelijk wegens lange wachtlijsten. Bovendien gelden voor plaatsen in IBW's en PVT's strenge toelatingscriteria, die de zorgverleners evenwel proberen te omzeilen door een aantal informele praktijken, zoals het oefenen van selectiegesprekken via rollenspel. Van alle gevolgen van de huisvestingsproblematiek wordt de verlenging van het ziekenhuisverblijf door de zorgverleners het meest genoemd.

Tevens zou een aantal gebruikers verblijven in niet-erkende woonvormen (NEW), kraakpanden en niet-erkende opvanghuizen. De hygiëne is in sommige woningen ondermaats en er wordt getuigd over intimidatie, maar desondanks maken gebruikers zich zorgen over een mogelijke sluiting ervan, omdat de zoektocht naar een woning in het Brussels Gewest er nog moeilijker door zal worden.

Ten slotte wordt het aspect huisvesting vaak in verband gebracht met het sociaal netwerk. Terwijl sommige gebruikers opzien tegen het samenwonen met andere mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, zijn er anderen die bang zijn voor de eenzaamheid van het zelfstandig wonen en vrezen om die reden te hervallen. Mobiele teams die aan huis langskomen of formules voor solidair wonen in groep, met gebruikers en andere personen, die in ontwikkeling zijn willen een antwoord bieden op die elementen.

2 WERK EN ACTIVITEITEN

De vorige onderzoeken brachten al aan het licht dat er wantrouwig en soms erg hevig gereageerd wordt wanneer het in verband met gebruikers van het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Gewest gaat over "werk". Bekijkt men dat systeem echter vanuit het traject van de zorggebruikers zelf, dan wordt snel duidelijk dat de factor "werk" bepalend is voor het verloop ervan. De wisselwerking tussen werk en geestelijke gezondheid is groot en divers : het gaat onder meer om bezig zijn, sociale erkenning en het gevoel erbij te horen in de samenleving. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat werk voor mensen van alle sociaal-economische categorieën en zelfs voor werklozen een factor is die een grote rol speelt in de beslissing om al dan niet hulp te zoeken bij het geestelijke gezondheidssysteem.

Ondanks het feit dat elke situatie anders is, konden wij een aantal veel voorkomende aspecten identificeren die door alle profielen als problematisch worden bestempeld en die wij in de inleiding van dit hoofdstuk kort zullen opsommen. Daarna gaan wij in op de grote vraagstukken waar zorgverleners in het geestelijke gezondheidssysteem het lang niet altijd over eens zijn, die hun oorsprong vinden in het feit dat geen twee situaties hetzelfde zijn. Vervolgens staan wij stil bij het aspect "werk als zingeving" met de onderliggende dimensies, om het begrip "werk" uiteindelijk open te trekken naar alternatieve verenigingen en vormen van vrijwillige inzet. Er is ook aandacht voor de omgevingsfactoren die de ruimere interpretatie van de factor "werk" bevorderen of tegenhouden.

2.1 WERK EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Veel gebruikers met een lang en intens traject in het geestelijke gezondheidssysteem geven aan dat de eerste problemen op persoonlijk vlak of in hun relatie met anderen al de kop opstaken toen zij nog op de schoolbanken zaten, en dat die problemen op de werkplek bleven bestaan of verergerden. Anderen vertellen dat zij veel moeite hadden met de stap van de middelbare of hogere opleiding naar de arbeidsmarkt.

Een aantal gebruikers die op straat of in erg precare omstandigheden hebben geleefd, wijten de moeilijke toegang tot de arbeidsmarkt aan ongelijke kansen, onder meer door het ontbreken van bepaalde fysieke of intellectuele vaardigheden. Die gebruikers klagen het gebrek aan inclusieve initiatieven op de arbeidsmarkt aan en verwijzen nadrukkelijk naar de sociale determinanten van geestelijke gezondheidsproblemen, die volgens hen mee veroorzaakt worden door de arbeidsmarkt:

Gebruiker : *“Vandaag de dag is het zo : je vindt werk en je krijgt een burn-out, of je vindt geen werk en je krijgt een psychose.”*

Een andere gebruiker die lang dakloos was en vroeger werkte als arbeider is het daarmee eens ; hij heeft niet alleen chronische geestelijke gezondheidsproblemen maar ook een fysieke handicap:

Gebruiker : *“Het is onmogelijk om erbij te horen, omdat de jobs niet zijn aangepast aan de fysieke en intellectuele mogelijkheden van mensen. De adviserend geneesheer oordeelt misschien wel dat je geschikt bent om te werken, maar is het werk wel geschikt voor jou ? Ik denk van niet. We worden niet allemaal geboren met dezelfde vaardigheden.”*

Het traject van gebruikers die niet actief zijn op de arbeidsmarkt en in preciaire omstandigheden leven is onder meer gekenmerkt door een heen-en-weer-beweging tussen de straat en de spoeddienst. Die ervaring werd opgetekend tijdens etnografische gesprekken met personen die niet deelnamen aan de focusgroepen.

Gebruikers die lange tijd een beroepsactiviteit uitoefenden geven dan weer aan dat sommige werk-omstandigheden nefast zijn voor de geestelijke gezondheid en soms zelfs leiden tot ontslag (vrijwillig of gedwongen) of lange afwezigheid wegens ziekte. Zulke situaties zijn voor zorgverleners, en dan vooral huisartsen, erg courant. Zij benadrukken dan ook dat niet alleen de gebruiker maar ook de werk-omstandigheden voor verbetering vatbaar zijn, onder andere via coaching. Heel wat gebruikers die aan het onderzoek meewerkten, waren het daar volmondig mee eens. De onderstaande ervaring van een huisarts die de toename van werkgerelateerde geestelijke gezondheidsproblemen met lede ogen aanziet, illustreert het probleem:

Huisarts, WG : *“Elke dag zie ik mensen die tijdens de consultatie helemaal instorten, ‘ik heb niet de kracht om naar mijn werk te gaan’ [...] Steeds vaker krijgen wij mensen over de vloer die helemaal uitgeput zijn, een burn-out hebben, verscheurde gezinssituaties [...] zijn voor ons dagelijkse kost. De mensen komen naar ons toe omdat ze rugpijn hebben, of hoofdpijn, maar als je gaat zoeken naar de oorzaak dan stel je vaak vast dat je er als arts bitter weinig aan kunt doen. [...] In Brussel moet er dringend werk gemaakt worden van welzijn op de werkvloer. [...] Vorige week nog kwam er een onderwijzeres naar me toe met een ernstige burn-out. Ze staat in haar eentje voor een klas van 27 leerlingen waarvan de helft niet eens één woord Frans spreekt. Sommige mensen werken echt in ongelofelijke omstandigheden.”*

In de focusgroepen met gebruikers werd gepeild naar de werk-omstandigheden die een rol spelen in het ontstaan van geestelijke gezondheidsproblemen. Daarbij kwamen onder meer de volgende elementen naar voren : pesterijen door werkgevers of collega’s ; een moeilijke verhouding met de hiërarchische overste ; hoge verwachtingen, een grote werkdruk en te weinig tijd om het werk uit te voeren ; een gebrek aan bewustzijn rond geestelijke gezondheidsproblemen waardoor de eerste tekenen laattijdig worden opgemerkt ; of nog moeite om met sommige mensen om te gaan. Die problemen worden ook aangehaald door zorgverleners in het geestelijk gezondheidssysteem. Hoewel sommige gebruikers er na een onderbreking van hun loopbaan in slagen om ander werk te vinden, is dat niet voor iedereen het geval en kan de re-integratie op de arbeidsmarkt bijzonder moeilijk zijn of zelfs helemaal mislukken.

Alle gebruikers bevestigen dat er een verband bestaat tussen werk en geestelijke gezondheid. De gebruikers die uitgebreid vertelden over hun werkgerelateerde gezondheidsproblemen, vertelden ook spontaan over hun diagnose, waarbij opviel dat er veel verschillende diagnoses waren, onder meer “bipolaire stoornissen”, “burn-outs met of zonder depressie”, “schizo-affectieve stoornissen”, “majoritaire depressies”, “aanpassingsstoornissen” en “psychotische crisissen”. Het grote aantal uiteenlopende diagnoses doet vermoeden dat de wisselwerking tussen geestelijke gezondheid en werk niet zozeer aanwezig is bij specifieke diagnoses, maar wel in welbepaalde contexten, onder meer in preciaire situaties en andere contexten die hierboven reeds vermeld werden.

2.2 CONTROVERSE

Het thema “werk” geeft aanleiding tot hevige discussies tussen zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Vooral de kwestie “terugkeer naar de arbeidsmarkt” blijkt erg gevoelig te liggen. Sommige zorgverleners vragen zich af of alle gebruikers wel in staat zijn om opnieuw een beroepsactiviteit uit te oefenen, en hebben weinig vertrouwen in de achterliggende intenties van het beleid dat aanstuurt op de socioprofessionele re-integratie van gebruikers van het geestelijke gezondheidszorgsysteem, zoals blijkt uit het onderstaande fragment van een focusgroepgesprek tussen drie deelnemers :

Medisch directeur, DGG : *“We willen wel zeggen, ‘Wat goed, hij gaat weer aan de slag’, maar misschien is die optie te complex, te hoog gegrepen [...] Soms zijn er mensen, de mogelijkheden zijn er, het is haalbaar om weer een plek te vinden in de samenleving en toch zullen zij nooit nog werken ! Daar gaat het ook niet om, werk is geen doel op zich. Dat wil ik echt benadrukken, want anders wordt het hele verhaal herleid tot het*

beklimmen van de maatschappelijke ladder, maar we weten allemaal dat het leven ups en downs kent..."

Coördinator : *"Dat is wat ik bedoelde, met het idee van 'projecten, er zijn op een bepaald moment creatieve oplossingen bedacht, [...] er is een soort politiek geïnspireerde wil om vooruitgang te boeken: huisvesting, werk,... Het beleid moet de richting aangeven [...] Maar mensen een bepaalde kant op dwingen, daar heb ik echt wel vragen bij." [...]*

Huisarts, vereniging voor maatschappelijke re-integratie van daklozen : *"Ik heb voor het ogenblik geen enkele patiënt die zou kunnen gaan werken. Ook al komen sommigen al jaren bij mij op consultatie, ik tel er maar één die misschien over twee jaar opnieuw aan de slag zal kunnen gaan [...] het zou geweldig zijn als een van onze patiënten weer zou kunnen gaan werken, dus ik vind het een beetje moeilijk om dat te beschouwen als een afschuwelijke verplichting."*

Anderzijds zijn er hulpverleners die het wantrouwen van hun collega's aan de kaak stellen. Volgens hen werkt dat wantrouwen de ongelijkheid alleen maar in de hand, waardoor de kans op socioprofessionele re-integratie voor de gebruikers van meet af aan beperkt wordt :

Netwerkcoördinator : *"Ondersteuning, werk in de psychiatrie en de sociale of professionele activering worden op één hoop gegooid [...] wij zijn bang om patiënten te dwingen om werk te zoeken als zij zelf geen vragende partij zijn [...] En er is toch niet genoeg werk voor iedereen, dus waarom proberen om werk te vinden voor psychiatrische patiënten ! [herhaling van het voorgaande] Daar ben ik het echt niet mee eens ! Eerst en vooral omdat wij weten dat psychiatrische patiënten graag willen werken. Ze verlangen in elk geval naar de sociale erkenning die ermee gepaard gaat, net zoals iedereen. Het is niet zo dat zij verplicht worden om werk te zoeken en zo de cijfers op te krikken, [...] In de psychiatrie worden we helemaal niet met dat soort verplichtingen geconfronteerd [...] Psychiatrische patiënten moeten het recht hebben om te werken als zij dat willen, net als andere mensen. Maar ik vind dat dat recht hen momenteel ontzegd wordt."*

De onderlinge meningsverschillen tussen zorgverleners over de terugkeer naar de arbeidsmarkt lijken nauw verbonden te zijn met negatieve verwachtingen inzake de geboden flexibiliteit op de werkvloer. Concreet stellen de zorgverleners dat zij machteloos staan tegenover de discriminatie op de arbeidsmarkt, die vergelijkbaar zou zijn met die op de huizenmarkt. Daarom moedigen sommige zorgverleners de gebruikers aan om hun geestelijke gezondheidsproblemen in een sollicitatiegesprek te verzwijgen :

Medisch directeur, PZ : *"Ons advies is om bij een sollicitatiegesprek vooral niet te zeggen dat ze in de psychiatrie zitten. Als ze dat zeggen, mogen ze het vergeten."*

De gebruikers wijzen op hetzelfde discriminatieprobleem, al getuigden sommigen ook over positieve ervaringen. In een focusgroep schetste een gebruiker zijn eigen ervaringen, die het probleem van maatschappelijke discriminatie en stigmatisering nuanceren :

Gebruiker : *"Het is waar : als je de draad weer wilt oppikken, zowel in de vriendenkring als op de arbeidsmarkt, dan moet je er niet meer over praten. Als je werk wilt vinden, moet je vooral niet praten over de psychiatrie. [...] Maar het hangt er wel van af. Ik heb werk gevonden bij [NGO], ik ben heel eerlijk geweest, en de logistiek verantwoordelijke was daar echt door geraakt [...] Dus zo kan het ook gaan. Maar je moet wel voor ogen houden dat de meeste werkgevers bij psychiatrie onmiddellijk denken aan afwezigheid wegens ziekte, en dat willen ze vermijden. [...] Werk en psychiatrie zijn twee elementen die elkaar uitsluiten : als je eenmaal werk hebt, mag je niet meer praten over de psychiatrie of over psychologische problemen. Ooit zei een potentiële werkgever tijdens een sollicitatiegesprek : 'Psychische problemen, daar zijn werkgevers allergisch voor, daar moet je vooral niet over praten'"*

Sommige zorgverleners zijn van mening dat het probleem van discriminatie op de arbeidsmarkt aangepakt zou kunnen worden via stimulerende maatregelen gericht op werkgevers :

Verpleegkundige, PZAZ : *"Ik denk dat werkgevers niet snel geneigd zullen zijn om zo iemand [gebruiker] in dienst te nemen als daar geen voordeel tegenover staat voor."*

Desondanks staan de zorgverleners die aan dit onderzoek deelnamen sceptisch tegenover stimulansen voor werkgevers. De zorgverleners die het hevigst gekant zijn tegen het idee werken vooral met gebruikers met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen, in preciaire levensomstandigheden of zonder diploma middelbaar onderwijs. Het hevige debat in het volgende fragment maakt duidelijk dat een dergelijke benadering nog andere uitdagingen met zich meebrengt :

Psychiater, DGG-MT : *[...] "Het probleem is dat zij geen stress verdragen, geen ruzies verdragen, dit en dat niet verdragen... Voor een baas is dat heel moeilijk, want je kunt niet altijd het werk herschikken zodra er sprake is van stress,... Het is niet gemakkelijk om voor die mensen weer een baan te vinden [...]"*

Verpleegkundige, PZAZ : *"[...] De collega's luisteren dan wel omdat die persoon [de gebruiker] behoefte heeft om zijn verhaal te doen. Maar dan ben je met iets anders bezig, dat is niet de bedoeling [...] het is echt ingewikkeld!"*

Directrice van opvangcentrum voor mensen in preciaire levensomstandigheden : *"Ik denk dat je dat alles moet zien in een ruimere context, je moet je afvragen welke elementen die persoon helpen om zin te hebben om te leven."*

Psycholoog, DGG : *"Dat noem ik de vraag naar zingeving!"*

[Algemene instemming]

2.3 WERK ALS ZINGEVING

De plaats die het onderwerp "werk" inneemt in de getuigenissen van gebruikers en de werkgerelateerde controverses in de gesprekken met zorgverleners tonen aan dat vooral het *zingevingaspect* van het werk van groot belang is. Werk als *zingeving* overstijgt de traditionele interpretatie van de betekenis van de factor "werk" zoals we die kennen uit alle initiatieven voor het activeren van de beroepsbevolking, en gaat uit van de kruisbestuiving tussen meerdere dimensies: werk geeft een bezigheid, een sociaal netwerk, sociale erkenning en het gevoel erbij te horen in een bonte samenleving. Dat zijn dimensies die, om het met de woorden van sommige zorgverleners en gebruikers te zeggen, een "verzorgende werking" hebben. Naast het hebben van een klassieke job werd vooral verwezen naar initiatieven van verenigingen gespecialiseerd in het begeleiden van re-integratie op de arbeidsmarkt, en ook naar vrijwilligerswerk, wat nu in het Brussels Gewest onvoldoende bereikbaar zou zijn voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, zeker als zij ook nog eens kansarm zijn.

Huisarts, vereniging voor re-integratie van daklozen : *"Wij stellen wel vast dat het hebben van een bezigheid van cruciaal belang is. Dus naast de eigenlijke zorg zijn er nog heel gewone dingen nodig, maar die bestaan niet genoeg of zijn niet bereikbaar. Wij hebben patiënten die graag als vrijwilliger willen gaan helpen in de stadsboerderij, maar er is een wachtlijst, hoewel dat engagement precies is wat ze nodig hebben. En in afwachting gaan ze zich dan maar bedrinken in het Zuidstation. Dus ja... Wat daar gebeurt is iets dat telt als zorg zonder zich af te spelen in een zorginstantie, en dat helemaal geweldig is."*

Werk als zingeving behelst een aantal onderliggende dimensies die al aan bod kwamen, met name het hebben van een bezigheid, het bieden van een netwerk,

erkenning en sociale inclusie ; dimensies waar een geestelijk gezonde persoon niet zonder kan. De deelnemers benadrukten bijvoorbeeld dat de werkomstandigheden of de toegang tot de arbeidsmarkt een grote rol speelden in het al dan niet aankloppen bij het geestelijke gezondheidssysteem, precies wegens de bovengenoemde dimensies. Het volgende fragment uit een focusgroepgesprek illustreert de vragen die die sterke wisselwerking oproept bij de hulpverleners :

Huisarts, WG : *"Dus het gaat over zingeving, zowel voor de patiënt als over de zin van het werk. Ik zie toch wel veel mensen die werken in de sociale sector of de zorgsector die het niet meer aankunnen. Thuisverpleegkundigen moeten werken met de chronometer in de hand, ze hebben 5 minuten per patiënt en moeten 50 patiënten per dag zien, anders zijn ze niet rendabel. [...] Wat is de zin van dat werk dan nog ? Die vraag moet dan ook gesteld kunnen worden."*

Psycholoog, DGG : *"De geestelijke gezondheidszorg betaalt helaas het gelag van een hele reeks problemen waar zij helemaal niets aan kan doen."*
[Algemene instemming]

SAMENGEVAT

Werk is in het zorgtraject van gebruikers een belangrijke richtingbepalende factor, en dat in alle sociaal-economische categorieën. Geestelijke gezondheid en werk beïnvloeden elkaar op talrijke manieren, en beïnvloeden het al dan niet terechtkomen in het geestelijke gezondheidssysteem. Die wisselwerking en invloed worden vaak toegeschreven aan factoren die gerelateerd zijn aan het werk, zoals het hebben van een bezigheid, en het bieden van een netwerk, erkenning en sociale inclusie.

Volgens werkloze gebruikers die op straat of in extreme armoede geleefd hebben, zijn hun geestelijke gezondheidsproblemen in grote mate te wijten aan de moeilijke toegang tot de arbeidsmarkt. Vrijwilligerswerk zou, net als betaald werk, positief zijn voor de geestelijke gezondheidstoestand, maar in het Brussels Gewest nog onvoldoende toegankelijk zijn. Gebruikers die langere tijd beroepsactief waren wijzen dan weer met een beschuldigende vinger naar de moeilijke werkomstandigheden, met name de hoge werkdruk, pesterijen op het werk en de sociale interactie op de werkvloer.

Terugkeren naar de arbeidsmarkt na een tijd van afwezigheid wegens geestelijke gezondheidsproblemen was of is voor de gebruikers die aan dit onderzoek meewerkten niet gemakkelijk, en is een onderwerp dat verdeeldheid zaait bij de zorgverleners in de sector. Sommigen twijfelen aan de capaciteiten van de gebruikers of wantrouwen de bedoelingen van de beleidsmakers, terwijl die houding volgens anderen net de oorzaak van het probleem is: volgens hen werkt een dergelijke houding ongelijkheid alleen maar in de hand. Dat een eventuele terugkeer naar de arbeidsmarkt controversieel is, heeft alles te maken met het probleem van discriminatie, en met de pessimistische verwachtingen van de zorgverleners inzake de mogelijkheid om op het werk bepaalde aanpassingen te verkrijgen. Er werd opgeworpen dat stimulansen voor werkgevers een verschil zouden kunnen maken, maar niet alle zorgverleners zijn daarvan overtuigd. Talrijke huisartsen zien met lede ogen aan hoe werkgerelateerde gezondheidsproblemen hand over hand toenemen, en hameren op het belang van preventieve maatregelen, bedoeld om de werkomstandigheden voor de hele bevolking te verbeteren.

3. SOCIAAL NETWERK EN STIGMATISERING

Het sociaal netwerk is een overkoepelende dimensie, die een rol speelt bij verschillende thema's die in dit verslag aan bod komen. Met "sociaal netwerk" bedoelen wij de familieleden, vrienden en kennissen met wie de gebruiker een goede verstandhouding heeft. Het sociaal netwerk in die betekenis heeft een grote invloed op het zorgtraject van een gebruiker, in het bijzonder op het vlak van preventie, en een eventuele terugval zou dan ook verklaard kunnen worden door het ontbreken van dat netwerk. Het sociaal netwerk heeft tevens te maken met de stigmatisering van gebruikers waar eerder naar werd verwezen. Het sociaal netwerk is dus een bijzonder ruim onderwerp met talrijke facetten. In dit hoofdstuk wordt bijzondere aandacht besteed aan het verder uitdiepen van deze dimensies.

3.1 SOCIAAL NETWERK

Een eerste vaststelling is dat gebruikers, wanneer zij het hebben over hun sociaal netwerk, vaak spreken over eenzaamheid of over conflicten met hun omgeving, voornamelijk op het werk en in de thuissituatie. Uit sommige gesprekken en getuigenissen in focusgroepen valt af te leiden dat personen zonder familie of sociaal netwerk of die geen contact meer hebben met hun familie sociaal geïsoleerd kunnen zijn.

Zowel zorgverleners als gebruikers gaven te kennen dat het sociaal netwerk een rol speelt met betrekking tot huisvesting. Maar hoewel eenzaamheid bij sommige gebruikers kan leiden tot een terugval, is niet iedereen even positief over wonen in groepswooningen voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en zonder interactie met andere mensen uit de samenleving. Zorgverleners wijzen erop dat woonvormen als IBW's of PVT's nadelig kunnen zijn voor sommige gebruikers, waarbij eventuele moeilijkheden vooral te maken hebben met het feit dat de medebewoners niet zelf uitgekozen werden, of met het samenwonen met personen met geestelijke problemen, zoals blijkt uit het onderstaande: Administratief directeur, IBW: "Wij hebben hier patiënten [...] die bij veel ziekenhuizen op een zwarte lijst staan. Sommige mensen die een diagnose hebben zijn niet in staat om samen te leven met anderen. Het zijn eenzaten. Er is geen enkele valabele reden om ze te doen samenwonen met iemand anders die ziek is of zich niet goed voelt. Daar is niets therapeutisch aan [...] en steeds vaker maken wij gebruik van appartementen in tehuizen omdat we twee conventies hebben, wat het mogelijk maakt om die mensen onmiddellijk een sociaal appartement te bieden."

Andere zorgverleners, vooral zij die werken met gebruikers in armoede, beschouwen de kwestie van gemengde woonvormen gezien de krapte op de huisvestingsmarkt in Brussel als niet prioritair. De gebruikers zelf maken gewag van uiteenlopende ervaringen, maar maken zich zowel zorgen over het financiële aspect als het risico op isolement.

De gebruikers hadden in de loop van het onderzoek veel te vertellen over de initiatieven voor meer sociale inclusie, die goed zijn voor de geestelijke gezondheidstoestand. Verschillende verenigingen die pogen om gebruikers een volwaardigere plaats te bieden in de samenleving door hun sociaal netwerk doelbewust te verruimen werden bezocht. Die verenigingen organiseren daarvoor onder andere culturele activiteiten, vaak samen met de culturele sector. De gebruikers zijn erg dankbaar voor het feit dat zij aan activiteiten of bijeenkomsten kunnen deelnemen : de band die er ontstaat vormt een steun en voorkomt het ontstaan van crisissen. Zij appreciëren de vrijheid die zulke ontmoetingsplaatsen bieden, de afwezigheid van sociale druk en de gesprekken die niet alleen over medische thema's gaan, zoals blijkt uit de volgende getuigenissen uit etnografische gesprekken (gebruiker 1) en focusgroepgesprekken (gebruikers 2 en 3) :

Gebruiker 1 : *“Hier [cultuurcafé] moet ik niet evenveel drinken als met mijn maten [op café]. Zij zeggen dan dat ik geen keus heb, dat het nu eenmaal cocktail-time is!”*

Gebruiker 2 : *“De psychiatrie is voor mij nooit meer geweest dan een sociale dienst die mij al die jaren een inkomen verschafte, waardoor ik zelf verder op zoek kon gaan. Ze hebben me nooit kunnen helpen, ze hebben altijd geweigerd om mij te helpen, telkens als ik vertelde wat mijn probleem was. Ze lachten me uit, meer niet ! Maar daar gaat nu verandering in komen, want ik denk dat ik het antwoord of de oplossing gevonden heb bij [vereniging 1]. [...] Daar heb ik echte vrienden, ik ben er welkom, ik voel me er echt op mijn gemak. Dat is wat ik nodig heb ! [...] Je hebt een sociaal netwerk nodig om op terug te vallen wanneer het even minder goed gaat. Maar als je dat hebt, dan heb je eigenlijk geen mindere momenten !!”*

Gebruiker 3 : *[Over het verschil tussen een dagcentrum en een vereniging voor begeleiding bij terugkeer naar de arbeidsmarkt] “Ik vraag me steeds vaker af : is er wel een verschil ? Afgezien dan van het feit dat het hele medische discours hier niet aanwezig is, maar is er los daarvan wel zo'n groot verschil ? Het is ook een bezigheid, je moet ook opstaan en je aankleden om erheen te gaan, om anderen te ontmoeten en met anderen te praten... Ik vraag me af of dat allemaal wel zo verschillend is, het hangt ervan af wat je er zelf mee doet veronderstel ik. [...] Dat hele medische aspect is er niet, dat is al één ding minder.*

Als ik het verschil echt moet benoemen, zou ik zeggen dat er hier ook activiteiten zijn, maar dat het los zit van de medische context. Hier worden wij niet gezien als patiënten ! Maar [hier worden wij gezien] als mensen.”

De gebruikers zijn blij dat ze ergens terechtkunnen om een sociaal netwerk uit te bouwen dat niet alleen bestaat uit gebruikers en zorgverleners van het geestelijke gezondheidssysteem en los staat van het medische aspect. Datzelfde systeem kan echter helpen om bepaalde interpersoonlijke conflicten te ontzenuwen, omdat een diagnose de gemoederen kan bedaren :

Verpleegkundige, PZAZ : *“Wat wij ook vaak meemaken, is dat de familie over iemand met een psychose bijvoorbeeld zegt – ‘O, dat is iemand die niet wil werken, die labiel is, enz.’ Maar als je dan aan de familie uitlegt dat die persoon echt ziek is, dan verandert dat de zaak soms helemaal, omdat er opeens steun en begrip komt, en voor de betrokkene is dat ook uitermate belangrijk.”*

De gebruikers die gebukt gaan onder sociaal isolement of moeilijke interpersoonlijke relaties verwezen vaak naar het belang van religie en gaven aan actief naar Belgische en Brusselse plaatsen voor de eredienst te gaan (synagoge, moskee, kerk...) om er steun te vinden en mensen te ontmoeten. Sommige gebruikers, en blijkbaar vooral vertegenwoordigers van gebruikers, vertellen dat er veel ondersteuning kan uitgaan van lotgenotencontact bij het opnieuw aanknopen van sociale contacten aan te knopen en om uit de eenzaamheid te geraken.

3.2 STIGMATISERING

De factor “sociaal netwerk” kent ook de problemen van stigmatisering en discriminatie die hierboven reeds aan bod kwamen. In dit verslag maken wij een onderscheid tussen die twee sociale mechanismen. Stigmatisering houdt in dat een persoon opzij geschoven wordt wegens een verschil waarvan wordt geoordeeld dat het indruist tegen de maatschappelijke normen. Discriminatie betekent dat een groep systematisch anders behandeld wordt dan de rest van de maatschappij op basis van een verschil dat bepaald wordt aan de hand van welomlijnde criteria.

De mate van stigmatisering die voortvloeit uit het frequenteren van het geestelijke gezondheidssysteem verschilt naargelang de gebruiker en de sociale context op het moment van de interactie. Uit de vergaarde gegevens kan dus geen algemene conclusie getrokken worden met betrekking tot de gevolgen voor de geestelijke gezondheidstoestand van de betrokkenen. Wat discriminatie betreft, getuigden zowel zorggebruikers als zorgverleners herhaaldelijk van discriminatie op de

arbeidsmarkt, de huisvestingsmarkt en in de toegang tot zorg.

In de context van specifiek somatische gezondheidszorg konden slechts weinig gegevens vergaard worden. Een gebruikster met een spraakstoornis is er tijdens een etnografisch gesprek echter in geslaagd om te vertellen over haar moeite om zorg te verkrijgen in het psychiatrisch tehuis voor volwassenen waar zij woonde. Zij getuigde hoe somatische zorg haar geweigerd werd omdat werd geoordeeld dat het ging over ingebeelde pijn. Die ervaring wordt bevestigd door een huisarts die werkt in een PVT en die aangeeft hoe belangrijk het is dat patiënten ook in gespecialiseerde zorginrichtingen een eigen huisarts hebben :

Huisarts, PVT : *"Ik neem bloed af, ik doe de fysieke en dus somatische follow-up. Die mensen hebben doorgaans veel hart- en vaatproblemen, dus ook op dat vlak moet gewerkt worden. [...] De mensen met psychiatrische problemen worden somatisch gezien minder goed behandeld dan mensen zonder psychiatrische problemen. Daar moet je als huisarts toch altijd heel speciaal op letten. Ik moet zeggen dat ik af en toe, wanneer ik iemand naar een specialist stuur, telefoon krijg van die specialist, met de vraag : 'Is het echt nodig om dit te doen bij die persoon, kan het niet zonder... ?' Ja, ja, ja, het is nodig ! Daarom denk ik dat het goed is dat er een huisarts is in die tehuizen, om de boel een beetje in het oog te houden."*

SAMENGEVAT

De discriminatie van gebruikers op de woningmarkt en de arbeidsmarkt, waar vaak naar verwezen werd, draagt bij aan de geestelijke gezondheidsproblemen doordat zij sociale uitsluiting in de hand werkt. De aanwezigheid van een sociaal netwerk rond de gebruiker wordt ervaren als iets positiefs, dat ook een belangrijke rol speelt op het vlak van preventie. Algemeen laten de resultaten zien dat er een sterke wisselwerking is tussen de aanwezigheid van een sociaal netwerk en de geestelijke gezondheidstoestand.

De gebruikers in dit onderzoek hebben veel gepraat over initiatieven voor sociale inclusie en hun invloed op de geestelijke gezondheidstoestand. De vertegenwoordigers van gebruikers die aan het onderzoek meewerkten gaven aan dat lotgenotencontact een grote steun kan vormen, waarbij een gebruiker wordt begeleid door een zogenaamde "ervaringsdeskundige", die in het verleden zelf geestelijke gezondheidszorg nodig had. Ook de steun van geloofsgenoten wordt door talrijke gebruikers als erg belangrijk aangestipt : zij appreciëren zowel de inclusieve ingesteldheid van de gelovigen als het feit dat de aandacht verschuift van geestelijke gezondheidsproblemen naar het samen beleven van gemeenschappelijke waarden. De gebruikers geven verder aan dat het verenigingsleven en de culturele sector een grote bron van steun zijn, wat wordt bevestigd door zorgverleners die ervaring hebben met zulke activiteiten. De gebruikers zijn blij dat er daar niet alleen in medische termen over hun situatie wordt gesproken, wat ruimte maakt voor andere aspecten van hun identiteit, en dat die plaatsen in alle vrijheid bezocht kunnen worden en de mogelijkheid bieden om een meer heterogeen publiek te ontmoeten.

DEEL II: HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

Dit deel gaat over de organisatie van het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het telt vier hoofdstukken, die respectievelijk gewijd zijn aan de samenstelling van het systeem (I) ; de toegankelijkheid van de zorg (II) ; de samenwerking tussen diensten en zorgverleners (...); en de coördinatie van het systeem als geheel (IV).

De vier daarop volgende hoofdstukken komen overeen met de belangrijkste wendingen in de zorgtrajecten van gebruikers en zijn gewijd aan de diensten, samenwerking-praktijken en coördinatie die rechtstreeks of onrechtstreeks een rol spelen in die wendingen. Ook die hoofdstukken zijn opgebouwd rond concrete getuigenissen van gebruikers en zorgverleners in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De realiteit die zij laten doorschemeren is dus misschien niet specifiek beperkt tot, maar in elk geval wel karakteristiek voor de onderzochte regio.

Het eerste hoofdstuk presenteert de *diensten en groepen actoren* die bij de wendingen in het parcours van de gebruiker een (veranderende) rol spelen. Het tweede hoofdstuk analyseert de omstandigheden die bepalen of deze wendingen, als zij uitmonden in een verzoek om hulp, al dan niet leiden tot *toegang tot hulp*. Het derde hoofdstuk is gewijd aan de *samenwerkingsvormen* waardoor gebruikers naar binnen of naar buiten toe worden georiënteerd : worden zij opgenomen in het zorgsysteem, of worden zij ervan weggestuurd ? Er komen twee soorten interorganisatorische relaties aan bod – sterke en zwakke – waarvoor telkens wordt onderzocht wat de invloed ervan is op de zorgtrajecten van gebruikers. Het vierde hoofdstuk bestudeert tenslotte de *coördinatie*. Een analyse van de controverses over de visie op geestelijke gezondheid en van de actoren die voor coördinatie zouden kunnen of moeten instaan, brengt aan het licht dat er twee diametraal tegenstelde actielogica's bestaan. Voor elke actielogica worden de mogelijke gevolgen voor de organisatie van het systeem geschetst.

Het beeld van het systeem dat in dit deel wordt geschetst is bewust inclusief. Het is verankerd in een visie op geestelijke gezondheid als collectieve actie, die ons ertoe aanzet om niet alleen het zorgsysteem, maar ook de diensten en praktijken aan de 'averechtse kant' te bestuderen. Wij bevelen echter niet exhaustief te zijn : het is niet onze bedoeling om alle actoren in het systeem te identificeren met al hun specifieke eigenschappen, maar wel om de aandacht te vestigen op bepaalde aspecten in verband met de organisatie, de samenwerking en de coördinatie van het systeem die een invloed hebben op het zorgtraject van gebruikers.

1. RECHTS/AVERECHTS : VOORNAAMSTE SPELERS IN HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM

De voornaamste richtingbepalende factoren die in het deel Geestelijke gezondheid en maatschappij werden geïdentificeerd waren huisvesting, werk en activiteiten, en het sociaal netwerk. Bij elk van die factoren horen diensten en groepen actoren, die hun manier van werken telkens (opnieuw) aanpassen aan de wending in kwestie.

Aan de rechtse kant van het systeem noemen gebruikers en zorgverleners vooral de IBW's en de Mobiele Teams (MT). Averechts wordt door beide groepen vooral benadrukt hoe belangrijk het is dat er voorzieningen zijn die formeel misschien niet specifieke gericht zijn op geestelijke gezondheid, maar desalniettemin een heel belangrijke sociale of zelfs zorggerelateerde rol spelen voor personen die contact hebben of hadden met diensten voor geestelijke gezondheid.

Sommige voorzieningen rekenen zichzelf expliciet tot de geestelijke gezondheidszorg, andere niet, maar hun werking is altijd eerder sociaal en cultureel gericht en niet op geestelijke gezondheid als zodanig.

Uit de analyse van de zorgtrajecten van gebruikers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest blijkt bovendien dat er twee soorten gebruikers bestaan, die wij kort zullen omschrijven. Dit werpt vragen op over de representatie van de gebruikers bij de Hervorming 107.

1.1 RECHTS : DE INITIATIEVEN VOOR BESCHUT WONEN EN DE MOBIELE TEAMS

De verschijningsvormen en evoluties in de taken verricht door IBW's en MT's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn in grote mate bepaald door de wendingen op vlak van "sociaal netwerk" en "huisvesting".

DE INITIATIEVEN VOOR BESCHUT WONEN

Sinds hun erkenning in 1989 hebben de IBW's specifieke werkvormen ontwikkeld, aangepast aan de behoeften van gebruikers, maar ook aan de context, met name de huisvestings-problematiek.

Zowel gebruikers als zorgverleners gaven in de loop van het onderzoek aan dat er te weinig plaatsen beschikbaar zijn in IBW's : *"We hebben een lange wachtlijst [...] Dat is overal zo... Dat is ook zo in de andere beschutte woonplaatsen in Brussel"* (psycholoog, coördinator IBW).

Wat de praktische werking van de IBW's betreft, benadrukken de zorgverleners de specifieke kenmerken ervan, vooral wat de vorm en duur van de huisvesting betreft. Er bestaan in Brusselse IBW's verschillende woonvormen, maar de zorgverleners hameren erop dat afzonderlijke wooneenheden moeten blijven bestaan.

Psycholoog, verantwoordelijke IBW : *"Normaal moeten het kleine huizen zijn, tussen 4 en 10 wooneenheden. Wij hebben altijd voor studio's gekozen [...] er zitten wel een paar studio's in hetzelfde gebouw maar iedereen kan er zelfstandig wonen. Er is geen enkele reden om te moeten samenleven met iemand anders die ziek is of zich niet goed voelt. Daar is helemaal niets therapeutisch aan."*

Ook de gebruikers geven aan dat een grote mate aan autonomie belangrijk is, zelfs binnen een IBW. Wat de duur van de huisvesting betreft, werken de Brusselse IBW's doorgaans niet met een einddatum : *"Wat niet wil zeggen dat er geen mensen weggaan, maar als ze weggaan doen ze dat omdat ze zelf iets anders willen"* (psycholoog, verantwoordelijke IBW).

Psycholoog, verantwoordelijke IBW : *"Er komt een moment waarop de mensen zich beter voelen, sterker. En zelf stel je vast dat de zorg minder frequent kan, of minder intensief, en dan wordt het moeilijk [...] om te zeggen dat je ze twee keer per week moet blijven zien. Dan zet je de zorg stop, maar [...] als de mensen willen blijven, zoveel te beter... Dat is gemakkelijker voor ons dan voor hen een andere plaats te moeten vinden. Dus [...] de IBW's werken in principe zonder einddatum."*

Sommige zorgverleners maken wel een onderscheid tussen twee soorten gebruikers, niet alleen wat de mate aan zelfstandigheid betreft, maar ook de mogelijkheid om andere huisvesting te vinden.

Psycholoog, coördinator IBW : *"Sommige mensen staan echt op de toppen van hun tenen en moeten daar gewoon blijven omdat ze de begeleiding nodig hebben, of [...] omdat ze het financieel niet aankunnen om alleen te wonen. Anderen blijven een tijdje, om de eerste periode na een verblijf in het ziekenhuis te overbruggen, maar willen op termijn*

alleen gaan wonen, of met iemand samenwonen, of terugkeren naar huis. Maar dat is een minderheid... een te kleine minderheid, en daarom hebben we die wachtlijsten... Omdat er te weinig alternatieven zijn."

De problemen die eigen zijn aan het systeem, in dit geval de huisvestingsproblematiek, hebben dus een rechtstreekse en grote invloed op de duur van het verblijf in het IBW :

Psycholoog, coördinator IBW : *"Sommige mensen blijven omdat ze geen andere mogelijkheid hebben. Sommige mensen die bij ons wonen, staan al 6 tot 8 jaar op de wachtlijst voor een sociaal appartement."*

In die context, met het gebrek aan alternatieven als bepalende factor, proberen de IBW's zelf alternatieven aan te reiken door contact op te nemen met verantwoordelijken voor sociale huisvestingsinitiatieven:

Psycholoog, verantwoordelijke IBW : *"Het doel is om samen te zoeken naar huisvesting, naar oplossingen. Om bijvoorbeeld samen een gesprek te hebben met een verhuurdienst voor sociale appartementen, om te proberen een akkoord te sluiten..."* (Psycholoog, coördinator IBW). *Die akkoorden of conventies "maken het mogelijk om die mensen meteen een sociaal appartement te bieden [...] Dat is wat telt... want op die manier kunnen ze beter leven met de weinige middelen die ze hebben."*

De moeite die de IBW's zich getroosten in de zoektocht naar andere huisvesting, hoewel dat strikt genomen niet tot hun takenpakket behoort, getuigt van het feit dat het gebrek aan alternatieven echt van doorslaggevend belang is voor de duur van het verblijf in een IBW. Het maakt ook duidelijk hoe moeilijk gebruikers eens sociale woning krijgen. De inspanningen van het IBW, vanuit de overtuiging dat het *"voor ons makkelijker is om voor hen een andere woning te vinden"* (psycholoog, verantwoordelijke IBW) zet het probleem van de discriminatie op de woningmarkt nog eens in de verf.

Ten slotte wijzen de zorgverleners er nog op dat het mogelijk is om zelfstandig of sociaal wonen tijdens een overgangperiode te combineren met mobiele teams, om vereenzaming na het vertrek uit een IBW te voorkomen :

Psycholoog, verantwoordelijke IBW : *"Zij hebben misschien nog opvolging nodig, maar niet noodzakelijk in een beschutte woonvorm. Mobiele teams, PZAH,*

enzovoorts... Het is best mogelijk om zelf een appartement te huren en tegelijk nog begeleiding te krijgen"

Die praktijk komt tegemoet aan de bezorgdheid van gebruikers, die enerzijds wel zelfstandig willen wonen, maar anderzijds bang zijn voor de eenzaamheid.

DE MOBIELE TEAMS

Met de Mobiele Teams in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is het de bedoeling om de gebruikers in hun gewone leefomgeving te laten wonen, met de nodige mobiele hulpverlening.

De Brusselse MT's reageren zo snel mogelijk, volgens de zorgverleners meestal binnen de twee dagen. In het merendeel van de gevallen zijn het *"geen problemen die onmiddellijk moeten worden opgelost, geen acute crisissen"* (netwerkcoördinator). Hun werk bestaat vooral uit het opbouwen van het netwerk rond een bepaalde situatie. In sommige gevallen leidt de interventie van een mobiel team echter tot een hospitalisatie: *"Soms laten wij mensen opnemen [...] er is soms geen andere oplossing. Dat is geen probleem, dan doen we dat"* (netwerkcoördinator). Volgens sommige zorgverleners worden er echter minder gebruikers gehospitaliseerd door mobiele teams die niet bij een psychiatrisch ziekenhuis horen.

Een tweede belangrijke taak van de MT's is het beantwoorden van vragen van gebruikers en hun omgeving. Volgens de zorgverleners die aan het onderzoek deelnamen, werden sommige zorgvragen vóór de oprichting van het MT gewoon niet gesteld:

Netwerkcoördinator: *"Het zijn vooral de patiënten zelf en hun omgeving die ons opbellen. Dus mensen die in een crisissituatie naar de telefoon grijpen [...] dat zijn geen mensen die bij een crisis naar het ziekenhuis gaan [...] Er is echt een verschil [...], het zijn mensen die gekend zijn, 80% van hen wordt opgevolgd door een behandelend arts of een psychiater, of allebei... en het zijn hun familieleden, of zichzelf, of andere betrokkenen die voelen dat het niet goed gaat."*

De mensen die contact opnemen met de mobiele teams *"zijn geen mensen die naar het ziekenhuis gaan"* (netwerkcoördinator). In sommige gevallen gaat het om gebruikers die in het verleden al werden opgenomen, soms herhaaldelijk en voor lange tijd. Na die ziekenhuisverblijven plaatst een aantal onder hen zichzelf "buiten de zorg" (netwerkcoördinator), of wordt buiten de zorg geplaatst wanneer zij op de "zwarte lijst" van de ziekenhuizen staan. In andere gevallen gaat het om gebruikers die tot dan toe verzorgd werden door een informeel netwerk:

Netwerkcoördinator: *"We verwachtten wel dat we van die situaties zouden zien, maar dit... daar waren*

we niet op voorbereid... mensen die thuis werden gehouden... dat is op zich niets nieuws... maar we zien er nu veel vaker dan vroeger... Dus mensen met wie het niet goed gaat, die in de thuisomgeving worden 'vastgehouden', zo ongeveer gekidnapt, en die als soortement behandeling dezelfde pillen als oma slikken. Maar die nooit een dokter hebben gezien... noch een huisarts, noch een specialist. Op een bepaald moment valt het systeem in duigen: de persoon die de dagelijkse zorg op zich neemt wordt ziek, moet naar het ziekenhuis, overlijdt... Dat hadden we vroeger al in beperkte mate, maar nu... Doordat wij [mobiele teams] daarheen gaan, en ook vragen krijgen van naasten en gezinsleden... Wij hebben echt veel van die toestanden gezien."

De mobiele teams vervullen met andere woorden een essentiële taak: zij bieden toegang tot geestelijke gezondheidszorg aan tot dan toe uitgesloten doelgroepen. In die zin hebben de zorgverleners eveneens gewezen op de rol van de mobiele teams in situaties van zorgweigering: "Je staat voor de deur, je belt aan, ze doen open en zeggen 'Dank u wel. [...] met mij gaat alles prima, het zijn de anderen die een probleem hebben'!" (Netwerkcoördinator). In die gevallen hebben mobiele teams ondersteuning nodig, om verschillende redenen:

Netwerkcoördinator: *"Het gaat niet vanzelf... contact opnemen met mensen die bewust buiten de zorg blijven, dat is niet vanzelfsprekend [...] In één geval duurde het zes jaar voor we de persoon in kwestie in het geestelijk gezondheidscentrum kregen [...] Je hebt vooral een netwerk nodig, mensen die vlot binnen geraken... De maatschappelijk werker van het tehuis bijvoorbeeld kan naar binnen gaan omdat er een probleem is met de watervoorziening of wat dan ook... Als dat lukt, glip je zelf mee."*

Naast hun specifieke rol bij zorgweigeraars en mensen die bewust buiten het zorgsysteem blijven, hebben MT's volgens sommige zorgverleners ook nog een "koopjeseffect", dat een verschuiving van het mobiele aanbod naar "patiënten die het minst zorgbehoevend zijn" in de hand zou werken. Die opmerking wordt behandeld in het volgende hoofdstuk, dat gewijd is aan de toegankelijkheid van zorg.

Er moet evenwel een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen twee gebruikelijke observaties. De eerste en meest voorkomende is dat de MT's een essentiële rol spelen in het toegankelijk maken van zorg, ook bij zorgweigeraars. De tweede komt minder vaak voor en gaat over het buitenkansseffect. De combinatie van de twee elementen doet de vraag naar zorg toenemen. Gezien de verzadigingsgraad van de Brusselse zorgverlening wordt die toename soms beschouwd als een probleem dat veroorzaakt werd door de oprichting van de MT's. Maar, met uitzondering van het "koopjeseffect", moet deze problematiek gekaderd worden binnen de systeemcontext van overvolle diensten en weinig doorverwijsmogelijkheden.

1.2 AVERECHTS : 'LAAGDREMPELIGE ONTMOETINGSPLEKKEN'

De 'laagdrempele ontmoetingsplekken' waarvan hier sprake zijn "plaatsen die niet formeel tot het geestelijke gezondheidssysteem behoren. Zij ontstaan vaak op initiatief van of in samenwerking met gebruikers of hun omgeving. Het zijn plaatsen van inclusie, waar sociale categorieën en/of diagnoses die soms als etiket worden meegedragen, verdwijnen of toch gerelativeerd worden. Zij staan open voor iedereen en zijn expliciet gericht op de integratie van mensen die gebruik maken of maakten van diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Zij zijn centraal gelegen en makkelijk bereikbaar, en iedereen is er welkom. 'Laagdrempele ontmoetingsplekken' bieden geen zorg aan, maar wel mogelijkheden om een sociaal netwerk uit te bouwen via culturele en sociale activiteiten.» (Walker & Thunus, 2018).

Netwerkcoördinator : *"Zij [die verenigingen] krijgen in Brussel geen erkenning, of in elk geval niet genoeg... Het zijn therapeutische verenigingen, de Pianocktail, een soort café, of nog... plaatsen waar mensen kunnen samenkomen... Hun werking is wel therapeutisch, maar eerder cultureel gericht... Plaatsen waar mensen zichzelf kunnen zijn samen met anderen en zo kunnen openbloeien... Alles wat je daar beleeft samen met anderen maakt het mogelijk om... een band te smeden die even waardevol kan zijn als de band die je hebt met een zorgverlener."*

Het lijkt ons essentieel om deze laagdrempele ontmoetingsplekken op te nemen in het nadenken over het geestelijke gezondheidszorg. Deze plaatsen worden wel degelijk bezocht door een groot aantal personen met, soms ernstige, psychische problemen. Zoals wij reeds aanhaalden in het hoofdstuk over het sociaal netwerk benadrukken de betrokken gebruikers zelf het belang van die plaatsen waar zij een nieuw sociaal netwerk kunnen uitbouwen en er weer bij kunnen horen. Omdat laagdrempele ontmoetingsplekken erg toegankelijk zijn, worden zij vaak ook bezocht door doelgroepen die anders buiten het systeem van de geestelijke gezondheid blijven. Die toegankelijkheid heeft alles te maken met het feit dat er geen toelatingscriteria en -procedures zijn.

Ook de zorgverleners lieten zich in de loop van het onderzoek eenstemmig uit over de laagdrempele ontmoetingsplekken waarbij ze sterk aanleunden bij de argumenten van de gebruikers. Ze zien met name drie belangrijke voordelen.

Ten eerste zijn die plaatsen belangrijk omdat zij de gebruikers een plaats bieden waar professionele en medische aspecten (bijna) geen rol spelen. *"Sommige laagdrempele ontmoetingsplekken worden beheerd door patiënten, maar wel in samenwerking met een aantal... met vrijwilligers."* (netwerkcoördinator).

Psychiater, hoofdarts (oprichter van een aanknopingsplek) : *"We proberen om de patiënten zo weinig mogelijk te bekijken vanuit een pathologie, vanuit wat problemen veroorzaakt, vanuit... tekortkomingen, gebreken, wat niet goed gaat. Als je met andere ogen gaat kijken, dan ontmoet je ware diamanten, patiënten die allerhande talenten blijken te hebben, die van alles kunnen realiseren. Dat is wat wij ze willen bieden : de mogelijkheid om daar iets mee te doen. En ze laten ons vaak versteld staan..."*

Ten tweede zijn laagdrempele ontmoetingsplekken belangrijk omdat er activiteiten, bezigheden worden aangeboden die een invulling kunnen zijn van "werk als zingeving", zonder evenwel de druk van de arbeidsmarkt met zich mee te brengen. De activiteiten worden doorgaans georganiseerd op initiatief of in functie van de gebruikers zelf: *"Dat vertellen de patiënten ons [...] dat het vooral door de druk is dat zij moeilijk weer kunnen gaan werken. Maar daar werken ze ook, en is het net de bedoeling om geen enkele druk te zetten!"* (Netwerkcoördinator).

Ten derde kunnen de laagdrempele ontmoetingsplekken de stigmatisering doorbreken, zowel op individueel als op maatschappelijk vlak. Om te beginnen "krijg je een lidkaart, want zo werken ze daar" (netwerkcoördinator) [...] "Hier is iedereen lid" (coördinator van een laagdrempele ontmoetingsplek). Bepaalde betrokkenen betreuren echter dat alleen al het bezoeken van een laagdrempele ontmoetingsplek nog altijd een bron van stigmatisering vormt. Als reactie gaan laagdrempele ontmoetingsplekken zich nog harder inspannen op "open te staan", niet alleen voor mensen die werken in de geestelijke gezondheidssector, maar ook voor het grote publiek.

Netwerkcoördinator : *"We proberen ervoor te zorgen dat dit ook een plaats wordt waar het mogelijk is om mensen die hier werken te ontmoeten. We willen dat er een zekere mix ontstaat. Zo kan de psychiatrie deel gaan uitmaken van het gewone leven, of kunnen banden gesmeed worden met organisaties die wel gelinkt zijn aan de psychiatrie maar ook ruimer werken. Het is een poging om alles beter op elkaar te doen aansluiten en samenlopen."*

De etnografische waarnemingen die wij hebben doorgevoerd tijdens dit onderzoek bevestigen deze opstelling. Wij hebben inderdaad vastgesteld hoe de betrokkenen actief mensen uitnodigen om te komen deelnemen, om "andere mensen mee te brengen", opdat het publiek heterogener zou worden.

Verder proberen de laagdrempele ontmoetingsplekken de gevolgen van discriminatie, vooral op het vlak van huisvesting, te beperken door te bemiddelen tussen eigenaars en gebruikers. Zij lijken dus een antwoord te bieden op de drie belangrijkste richtingbepalende factoren die werden toegelicht in het deel *Geestelijke gezondheid*

en samenleving. Bovendien vervullen zij een brugfunctie omdat zij gebruikers, ook degenen uitgesloten van zorg, en zorgverleners, met inbegrip van de coördinatoren van de vier Brusselse antennes, op één lijn krijgen. In het volgende fragment vat een coördinator de voordelen van de laagdrempelige ontmoetingsplekken samen, en doet hij een oproep :

Netwerkcoördinator : *“Laagdrempelige ontmoetingsplekken worden beheerd door de patiënten zelf, je bent er onvoorwaardelijk welkom, erg laagdrempelig dus. Samenwerking tussen patiënten, zorgverleners, enz. Een plaats waar je jezelf mag zijn, waar er naar je geluisterd wordt, op een informele manier, en waar de mogelijkheid bestaat om op basis daarvan activiteiten te organiseren in functie van wat de mensen zelf willen doen. En om, afhankelijk van de mogelijkheden, partnerschappen te smeden met diensten buiten de geestelijke gezondheidszorg om de brug te slaan naar de buitenwereld, voor mensen die moeite hebben om zelf de stap naar een cultureel centrum of iets dergelijks te zetten. Die dingen zijn aan het ontstaan in Brussel, maar het is nog onvoldoende, dat stellen de partners vast.”*

1.3 DE GEBRUIKER IN VERSCHILLENDE GEDAANTEN : PATIËNT EN NON-PATIËNT ?

Zorgverleners en vertegenwoordigers van gebruikers zijn het roerend met elkaar eens : in Brussel worden de gebruikers geactiveerd. De gebruikers zelf geven inderdaad aan “vragen te krijgen van overal”, en zelfs “uitgeperst te worden als citroenen” – zonder dat evenwel te betreuren (informeel gesprek met een gebruikersvertegenwoordiger). Bij de zorgverleners tonen de coördinatoren zich erg verheugd over die activering, die soms genoemd wordt als een van de mooiste ontwikkelingen sinds de lancering van Hervorming 107 :

Netwerkcoördinator : *“Wat de boel vooruithielp, was het betrekken van de gebruikers en hun omgeving [...] dat was echt doorslaggevend ! Dat is waarschijnlijk wat sinds het begin het meest geëvolueerd is, kijk bijvoorbeeld maar naar de houding van zorgverleners tegenover gebruikers en hun naasten [...] Zeven jaar geleden was het nog zo dat actoren in een vergadering weigerden om samen te zitten met een patiëntenvertegenwoordiger ! [...] En twee jaar later klonk het aan de telefoon : ‘Wat komt die hier doen’ ? [lacht] ... al niet meer tijdens de vergadering... Vandaag zeggen de actoren ‘ja, dat moeten we vragen aan de gebruikers en hun familie !’ [...] En die naasten en de gebruikers zelf kregen net vetorecht binnen het Regionaal netwerkcomité.”*

Tegelijkertijd erkennen de vertegenwoordigers van gebruikers en hun omgeving dat zij twee petten op hebben : zij vertegenwoordigen én getuigen ook over hun erva-

ringen. Bovendien is het zo dat vertegenwoordigers sterk geactiveerd worden, maar andere gebruikers veel minder, omdat zij moeilijk geactiveerd kunnen worden : ze zitten in het ziekenhuis, willen niet als gebruiker beschouwd worden, zijn moeilijk op te sporen en hun aanwezigheid en deelname kan moeilijk worden verzekerd. Deze moeilijkheden, en de andere overwegingen die in de inleiding aan bod kwamen, zijn de aanzet geweest om met het onderzoek naar die gebruikers toe te stappen. Sommigen onder hen bezoeken laagdrempelige ontmoetingsplekken, waar wij ze hebben uitgenodigd om deel te nemen aan de focusgroepgesprekken. Wie die dat niet wilde was soms wel bereid om de onderzoeksters ter plaatse te vertellen over een aantal elementen uit hun zorgtraject.

De focusgroepen telden uiteindelijk zowel gebruikers als gebruikersvertegenwoordigers. Het lijkt ons belangrijk om hier niet alleen melding te maken van het belangrijke verschil dat wij hebben vastgesteld tussen het verhaal van de gebruikers en dat van de vertegenwoordigers, maar ook van de evolutie waar die ontmoeting in bepaalde gevallen toe geleid heeft. Die laatste vaststelling is slechts gebaseerd op wat in twee focusgroepen werd gezegd en wordt hier dan ook geformuleerd als hypothese – over een zekere professionalisering van de gebruikers die ook vertegenwoordigers zijn, en over het verschil tussen het discours van vertegenwoordigers en dat van gebruikers “binnen en buiten de zorg” (Walker & Thunus, 2018).

Het voornaamste verschil dat wij hebben geobserveerd heeft te maken met het register dat de gebruikers hanteren om hun situatie te beschrijven en hun standpunt te schetsen met betrekking tot de zorginstanties en de psychiatrie in het algemeen. Enerzijds beschrijven gebruikersvertegenwoordigers die aan dit onderzoek meewerkten hun zorgtraject volgens het register van de geestelijke gezondheid. In dat register vormt de diagnose een belangrijke mijlpaal, die stap voor stap leidt naar het ontwikkelen van een identiteit van gebruiker of patiënt, op basis van de vertegenwoordigersrol :

Gebruikersvertegenwoordiger : *“In het begin wist ik niet goed wat ik had. Ik wist dat het op het werk niet meer ging, maar ik wist niet hoe het met mij ging, noch wat ik had. Toen de arts mij vertelde dat ik een burn-out had, kon ik er tenminste een naam op plakken [...] Als men mij zes jaar geleden gezegd had : ‘Jij gaat een paar jaar thuis zitten’, dan had ik dat niet geloofd. Ik heb daarna op verschillende manieren aan mezelf gewerkt. Ik werd opgenomen in ziekenhuis [Y] in de PZAZ [...] Daarna werd ik persoonlijk opgevolgd door een therapeute. Na ongeveer twee à tweeënhalve jaar begon ik mij steeds meer in mijn huis op te sluiten, en dus stelde mijn therapeute voor dat ik naar een dagcentrum zou gaan. Daar heb ik de stap naar aanvaarding van de ziekenhuisopname kunnen zetten, het woord alleen al, ‘ziekenhuisopname’. In de twee jaar dat ik in het dagcentrum was, heb ik enorm veel geleerd. Daarna,*

tijdens mijn laatste periode in het dagcentrum, wilde ik vrijwilligerswerk doen, om te zien of ik in staat zou zijn om weer te gaan werken. [...] Sindsdien help ik bij de projecten, hier in [vzw], ik help overal waar dat nodig is [...] Ik zit in [groep], ik ben hier aangekomen als gebruiker. [...] Soms gaat het mij heel goed af, die twee dagen vrijwilligerswerk, maar soms is het een probleem omdat het vrijwillige inzet is en geen echt werk ! Hoewel, eigenlijk wel, voor mezelf is het werk, die vrijwillige inzet, maar juridisch gezien is het natuurlijk geen werk. Ik denk dat een vorm van betaald vrijwilligerswerk tot de mogelijkheden zou moeten behoren."

Daarnaast houdt een groot aantal moeilijker te activeren gebruikers er een heel ander discours wop na. Zij geven een andere betekenis aan de hierboven vermelde wendingen, en hun discours klinkt genuanceerder en soms kritisch ten opzichte van het zorgsysteem. Bovendien noemen zij zichzelf niet altijd gebruiker of patiënt, maar eerder non-patiënt of on-patiënt, soms ondanks een lang traject in het systeem van de geestelijke gezondheid. Het volgende traject is een voorbeeld van een traject dat niet vertegenwoordigd wordt door een gebruikersorganisatie : Gebruiker : "Dit jaar is het veertig jaar geleden dat ik mijn diploma burgerlijk ingenieur haalde. En ik heb ervaren dat dat diploma niets voorstelt. De stress werd zo groot dat ik het niet meer aankon, toen had ik mentale hulp nodig en kwam ik in de psychiatrie terecht [...] Ik heb ook vastgesteld dat er in mijn traject pogingen zijn geweest om mij gek te verklaren [maar] voor mij is de psychiatrie nooit meer geweest dan een sociale dienst dankzij wie ik al die jaren een inkomen had. Zij hebben me nooit kunnen helpen, ze hebben altijd geweigerd om mij te helpen, telkens als ik vroeg wat mijn probleem was. Ze lachten me uit, meer niet ! Maar [...] daar gaat nu verandering in komen, want ik denk dat ik het antwoord of de oplossing gevonden heb bij [aanknopingspunt]. Die mensen ken ik en ik krijg er complimenten voor mijn wijsheid."

Ondanks de gelijkenissen in de gebruikersparcours – patiënten en non-patiënten, vertegenwoordigers en niet-vertegenwoordigers – zoals de sterke wisselwerking tussen geestelijke gezondheid en werk die ook in de twee voorgaande fragmenten naar voren kwam, verschillen de discours van deze groepen gebruikers, net als hun standpunten ten opzichte van het geestelijke gezondheidssysteem. Het discours van gebruikersvertegenwoordigers zou onvoldoende representatief zijn voor het verhaal van non-patiënten, dat nochtans essentieel is om het systeem in zijn geheel te begrijpen, met de rechtse en averechtse kant.

SAMENGEVAT

Dit hoofdstuk over de structuur van het systeem legde de nadruk op drie soorten geestelijke gezondheidsdiensten binnen en buiten het systeem. Die diensten hebben met elkaar gemeen dat zij praktijken

ontwikkelen waardoor zij invloed hebben op de door de gebruikers geïdentificeerde mogelijke pistes. Die praktijken bestaan onder meer in het aanreiken van oplossingen voor problemen die veroorzaakt worden door de normale of problematische werking van meerdere sociale systemen, voornamelijk in de psychiatrie en de huisvestingssector, maar ook op het vlak van werk en integratie.

Wat de huisvesting betreft lijkt de demarche van sommige IBW's om zelf contact op te nemen met sociale woningen hen een zekere flexibiliteit te bieden voor het benutten van hun eigen capaciteit: zij bieden de gebruikers de nodige zelfstandigheid, maar houden rekening met hun familiale of financiële mogelijkheden. Bovendien zou hun bemiddeling tussen gebruikers en eigenaars of verantwoordelijken van sociale woningen een manier kunnen zijn om de door de gebruikers ervaren discriminatie op de woningmarkt aan te pakken.

De MT's bieden dan weer een antwoord op de vragen die rechtstreeks worden geformuleerd door gebruikers en hun omgeving, vooral bij gebruikers "buiten zorg" of zorgweigerars. In die gevallen vormen de MT's een flexibele link met het eigenlijke zorgsysteem en verschillende doelgroepen, met inbegrip van profielen die van zorg uitgesloten zijn. De resultaten geven aan dat MT's, als zij net als de ambulante zorg de sociale diensten een passende plaats krijgen binnen het hele zorgsysteem, een niet-medische band kunnen smeden wat hun interventies optimaliseert : toegang tot zorg vergemakkelijken zonder te leiden tot een ziekenhuisopname wanneer ambulante zorg mogelijk is. In die zin lijkt de samenwerking tussen MT's en IBW's veelbelovend voor de overgang naar zelfstandig wonen, om de negatieve gevolgen van een potentiële vereenzaming te vermijden.

Ten slotte werden in dit hoofdstuk bewust diensten van de rechtse en averechtse kant van het systeem naast elkaar gezet, met de bedoeling om duidelijk te maken hoe zij elkaar aanvullen en van elkaar afhankelijk zijn. De "laagdrempelige ontmoetingsplekken" zijn initiatieven "van de averechtse kant" die een oplossing proberen te bieden voor het toegankelijkheidsprobleem "aan de rechtse kant", en daarvoor alle regels over toelatingscriteria en -procedures overboord gooien, iets wat de rechtse kant wegens de beperkte capaciteit het van geestelijke gezondheidssystemen niet kan. Bovendien zijn zorgverleners en gebruikers binnen en buiten de zorg het eens over het belang van deze laagdrempelige ontmoetingsplekken. Zij vormen dan ook concrete voorbeelden van "raakpunten" waar verschillende visies en benaderingswijzen binnen de geestelijke gezondheidszorg met elkaar vermengd raken, wat bijdraagt tot het doorbreken van het individuele en collectieve stigma, binnen en buiten het zorgsysteem.

2. TOEGANG TOT GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG : MOEILIJK, WILLEKEURIG EN ONDERHANDELD

De zorgverleners en gebruikers die aan het onderzoek meewerkten benadrukken dat er in Brussel een zeer rijk aanbod bestaat. Dat aanbod is echter onvoldoende bekend, en er bestaat verwarring over de reciproke rollen van zorgverleners, gebruikers en diensten in het geestelijke gezondheidssysteem. Samen met de volgens zorgverleners toegenomen vraag van de afgelopen jaren bemoeilijkt dit in grote mate de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Van het complexe karakter wordt getuigd op alle niveaus, tot zelfs de gebruikers en hun naaste omgeving toe :

Familieid, groepswoning : *“Voor ons naasten is de chaos compleet, je vindt nooit wat je nodig hebt, uiteindelijk bel je dan de politie, [...] dan zeggen ze ‘o, je moet naar die en die’, en uiteindelijk zit je de hele dag maar rond te bellen.”*

Gebruiker : *“Daar zat ik dan, in mijn eentje, voor dat gigantische ding dat het internet is, dat is de realiteit als patiënt. [...] Je hebt energie nodig om te zoeken, om je te concentreren, om de informatie te snappen. Als je psychische problemen hebt, heb je die energie niet altijd. [...] Het is ook afhankelijk van wat je met je slecht gevoel wil doen : zoek je een dokter, of mensen met wie je kunt praten.”*

2.1 TE WEINIG MIDDELEN TEN AANZIEN VAN EEN TOENEMENDE VRAAG

De moeilijke toegang brengt ons bij het gebrek aan beschikbare middelen, in het algemeen en voor bepaalde specifieke doelgroepen. Iedereen is het erover eens dat er te weinig plaatsen zijn in het ziekenhuis zijn, een realiteit die volgens zorgverleners en gebruikers nog versterkt wordt door de volgende factoren : de Brusselse context, de lancering van de mobiele teams die een *toegangspoort* vormen naar het zorgsysteem, ook residentieel, en de krapte op de woningmarkt, waardoor ziekenhuiskamers een vorm van huisvesting worden.

TEKORT AAN ZIEKENHUISBEDDEN EN BRUSSELSE CONTEXT

Zorgverleners en gebruikers spreken klare taal over de beschikbare plaatsen in ziekenhuizen: *“De ziekenhuizen hebben geen plaats”* (Medisch directeur, PZAZ). De zorgverleners wijzen op het feit dat de residentieële zorgverlening bovendien geconfronteerd wordt met de zorgvragen van doelgroepen van buiten Brussel en van doelgroepen in preciaire omstandigheden :

Medisch directeur, PZAZ : *“Brussel is niet anders dan andere grote steden [...], patiënten met psychosociale problemen komen zelf naar Brussel en dus zijn de psychosociale problematieken hier oververtegenwoordigd. [...] Die mensen vormen een deel van ons publiek, maar zeker niet het enige; je kunt ook tot de middenklasse of zelfs de hogere klassen behoren en een kind hebben met psychotische problemen.”*

Dat Brussel gebruikers uit de rand en daarbuiten aantrekt, wordt bevestigd door de gebruikers zelf. Meerdere gebruikers die aan het onderzoek deelnamen komen van buiten Brussel, en hadden elk hun eigen redenen om naar de hoofdstad te komen : diensten die in de eigen regio moeilijk toegankelijk zijn, wegluchten uit de leefomgeving of weglomen van bepaalde personen die als een bedreiging voor de mentale stabiliteit worden ervaren. Sommige gebruikers die naar Brussel kwamen op zoek naar zorg, beslisten later om zich in Brussel te vestigen.

DE MOEBELE TEAMS ALS TOEGANGSPOORT TOT HET SYSTEEM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Zoals wij in het vorige hoofdstuk uitlegden, vervullen de mobiele teams een belangrijke functie : zij bieden gebruikers “buiten zorg” en zorgweigerders toegang tot het zorgsysteem. De toegankelijkheid van de mobiele teams zelf wordt echter op de korrel genomen : onduidelijke afbakening van het werkingsgebied, personeelstekort en een onvoldoende aanbod op het vlak van psychiatrie zijn een aantal punten waar kritiek op wordt gegeven.

De onduidelijke afbakening van het werkingsgebied brengt ons bij de vraag naar de zichtbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg : in hoeverre weten zorgverleners en gebruikers welke middelen in welk geografische zone beschikbaar zijn ? De onderbemanning en de gebrekkige psychiatrische functie hebben dan weer te maken met de oververzadiging van andere gespecialiseerde diensten, bijvoorbeeld DGG's. Sommige zorgverleners zijn daarom van mening dat de mobiele teams meer personeel moeten krijgen, terwijl anderen net waarschuwen voor een te sterke concentratie van de beschikbare middelen in de mobiele teams. Die laatste zijn, zoals verder zal blijken, grote voorstanders van de herfinanciering van andere diensten, in het bijzonder DGG's, en van bijkomende inspanningen om de samenwerking tussen die diensten en de mobiele teams te garanderen. Daardoor zou het mogelijk worden om het aantal situaties waarin een interventie door een MT uitmondt in een opname te beperken, waardoor de *verbeterde toegang tot zorg in het algemeen*, dankzij de MT's, niet langer systematisch een *slechtere toegang tot ziekenhuiszorg* zou inhouden.

Tot slot is het, zoals wij reeds schreven, aangewezen om een onderscheid te maken tussen de toegang tot zorg voor mensen buiten zorg en zorgweigeraars, en een zeker selectie-effect dat voortvloeit uit de werking van MT's en niet alleen negatief is voor de toegankelijkheid van de MT's zelf, maar ook van andere diensten in het geestelijke gezondheidssysteem.

2.2 UITGESLOTEN DOELGROEPEN

Bepaalde "uitgesloten" of "complexe" doelgroepen krijgen bijzonder moeilijk toegang tot geestelijke gezondheidszorg. Het gaat daarbij hoofdzakelijk om druggebruikers en alcoholverslaafden, maar ook om migranten, daklozen en mensen in erg preciaire levensomstandigheden, personen met beperkte mobiliteit, met een mentale achterstand, oudere mensen, eenoudergezinnen, en complexe situaties waar geestelijke gezondheidsproblemen samengaan met een of meerdere elementen uit de bovenstaande opsomming.

De toelatingscriteria die de zorgdiensten hanteren dragen meestal bij tot de uitsluiting van die doelgroepen, zowel voor ambulante als voor residentiële zorg. Het feit dat de spoeddiensten overbevragd zijn en dat er steeds meer opnames voor observatie gebeuren, zou een gevolg zijn van die moeilijke toegang.

COMPLEXE DOELGROEPEN, DRUGS- en ALCOHOL- VERSLAVING

Zorgverleners geven vaak aan dat drugs- of alcoholverslaafde gebruikers behoren tot de meer complexe doelgroepen die vaak buiten het zorgsysteem vallen :

Psychiater, PZ : *"De vraag naar ontwenning, van welke aard dan ook, overstijgt vele malen de opvangmogelijkheden die wij hebben"*

Los van dat specifieke doelpubliek is de moeilijke toegang tot zorg voor complexe doelgroepen volgens de zorgverleners te wijten aan het feit dat er soms sprake is van meervoudige problemen.

Administratief directrice, opvangcentrum voor mensen in preciaire levensomstandigheden : *"Alle mensen komen vroeg of laat terecht in de sector van de daklozenopvang, die toch wel meer gericht is op huisvesting dan iets anders, omdat wij niet echt een afzonderlijke sector zijn maar ons eigenlijk bevinden op een kruispunt van alle sectoren. Wij begeleiden met de middelen die we hebben, maar die niet aangepast zijn aan mensen die nog een hele reeks andere problemen met zich meedragen [...] Een verslaafde met psychische problemen bijvoorbeeld, of iemand met een handicap en*

psychische problemen, het is erg ingewikkeld om voor die mensen de juiste hulpverlening te vinden, en als er al een passende opvang bestaat, wordt die vaak overstelpt met hulpvragen. En dan zijn er nog zones waar gewoon geen oplossing bestaat [...] Er zouden projecten moeten komen die zich bewust richten op die meervoudige problematieken".

Volgens sommige zorgverleners is de toegang bijzonder moeilijk voor complexe doelgroepen omdat de hulpverleners vinden dat zij niet over de juiste instrumenten, mankracht of financiële middelen beschikken om een afdoend antwoord te bieden op de meervoudige behoeften van de betrokken personen zonder de goede werking van hun instelling in gevaar te brengen. De zorgverleners zouden daarom "een zekere voorkeur hebben" voor zorgvragers die meer aankunnen, waarvoor zij over de juiste instrumenten beschikken :

Medisch directeur, PZ : *"Ik denk dat het feit dat wij als zorgverleners uiteraard allemaal liever werken met mensen die een betere kans op herstel hebben perverse gevolgen heeft."*

Gebruikers die geen dak boven hun hoofd hebben, geen bezigheid, geen sociaal netwerk, geen zorgnetwerk of doorverwijzende hulpverlener – allemaal factoren die de kans op herstel en re-integratie vergroten – hebben daarom meer moeite om gepaste hulp te vinden, zowel residentieel als ambulant.

Dit hoofdstuk schenkt bijzondere aandacht aan de invloed van de sociale situatie van een gebruiker op het al dan niet krijgen van hulp, en bijgevolg op het verloop van het zorgtraject. Het illustreert heel duidelijk hoe het rechtse en averechtse systeem elkaar ontmoeten en aanvullen om op verschillende situaties een gepast antwoord te geven, elk volgens hun eigen logica: die van recht-hebben-op of van recht-doen-ondanks-alles.

SOCIALE UITSLUITING = UITSLUITING VAN ZORG ?

Psychiater, DGG en IBW : *"We krijgen steeds meer hulpvragen, maar waarschijnlijk worden de mensen niet goed doorverwezen : ik denk dat velen worden doorgestuurd naar de psychiatrie terwijl hun vraag eigenlijk eerder van psychosociale aard is. Dat illustreert toch wel dat het vandaag niet makkelijk is om mensen naar de geschikte hulp te begeleiden."*

Tijdens de focusgroepgesprekken met zorgverleners werd dieper ingegaan op de problematiek van de uitgesloten doelgroepen, in het bijzonder die met een complexe sociale en administratieve situatie. Veel medische zorgverleners (psychiaters en huisartsen) weidden lang uit over hun frustratie wanneer psychosociale aspecten gepaard gaan met ernstige of ingewikkelde geestelijke

gezondheidsproblemen. Zij vertelden onder meer over gebruikers die facturen en allerlei andere “enveloppen” meebrengen op consultatie.

Een psychiater in een mobiel team bevestigde dat geestelijke gezondheidsproblemen of psychiatrische problemen vaak samengaan met administratieve problemen, en dat de gebruikers al te vaak doorverwezen worden van de ene dienst naar de andere. Dat is geen goed antwoord op hun behoeften, integendeel : die gang van zaken verergerd voor die gebruikers net het probleem van discontinuïteit van en toegang tot gepaste zorg :

Psychiater, MT : *“Een man die ik vanmorgen heb leren kennen, ik kom bij hem binnen, hij zegt ‘ik ben ziek’ [...] ‘nee, papierziek’. Waarop hij al zijn enveloppen neemt en mij die toeschuift. [...] Ik denk dat zorgverlening ook sectoroverschrijdend moet zijn, en dat we moeten beseffen dat sommige mensen inderdaad ‘papierziek’ zijn.”*

Zorgverleners die gespecialiseerd zijn in het werken met die doelgroepen voegen nog toe dat er in Brussel onvoldoende laagdrempelige initiatieven bestaan, en dat de zorgverleners aangemoedigd moeten worden om zich te verplaatsen om de toegang tot zorg te verbeteren en de uitsluiting te beperken :

Psychiater, DGG-MT voor personen in preciaire levensomstandigheden : *“Wat voor preciaire doelgroepen het verschil maakt, is de laagdrempeligheid. Ze moeten iets betalen, ze moeten een identiteitskaart voorleggen en zo... Vaak zijn die mensen niet in orde met hun papieren. [...] Naar die mensen toe gaan, ze gaan opzoeken op de plaats waar zij zijn, dat is van cruciaal belang. Als je in je praktijk blijft wachten tot zij naar je toe komen, dan zul je daar alleen zitten. Dat is ook zo als wij ons adres geven, dat moet begeleid worden want met een adres alleen gaan zij niets doen, ze gaan er niet heen of het lukt niet of ze raken het adres onderweg kwijt. En ze geloven ook niet dat ze daar daadwerkelijk geholpen zullen worden. Ik heb geleerd dat alles afhangt van de vraag of je ze weer hoop kunt doen krijgen. Als ze weer hoop hebben, kun je samen iets opstarten.”*

MIGRANTEN

Brusselse diensten die hoofdzakelijk of uitsluitend werken met migranten ervaren hetzelfde. Veel migranten hebben ernstige geestelijke gezondheidsproblemen. Zij vertonen voornamelijk kenmerken van depressie, post-traumatische stress-stoornis, of drugsverslaving. Vaak is geestelijke gezondheidszorg in hun thuisland onbestaande. Daarom vraagt slechts een kleine minderheid onder hen op eigen initiatief om geestelijke gezondheidszorg, althans in het begin.

Het regelen van hun administratieve situatie is voor hen de belangrijkste prioriteit. Migranten komen in de regel pas bij ernstige crisissen aankloppen bij het geestelijke gezondheidssysteem. Hoe dan ook is de toegang tot somatische of psychiatrische zorg voor die doelgroepen, die maar tijdelijk in Brussel verblijven, bijzonder moeilijk tot zelfs onmogelijk.

De omstandigheden waarin zij onthaald maakt hun geestelijke gezondheidssituatie er nog erger op :

Psycholoog die werkt met migranten : *“Er zijn depressieve stoornissen die rechtstreeks gecorreleerd zijn met de omstandigheden waarin zij verblijven : ze hadden iets heel anders verwacht... en wat krijgen ze hier... Ze hadden nooit gedacht dat ze als rechtelozen zouden moeten leven in het land van de mensenrechten ! ... [En] veel valt er niet te doen in een treinstation. Zij hebben enorm veel tijd om na te denken. Ze ontwikkelen post-traumatische stoornissen. Waarom hebben ze hun dode vriend overboord moeten gooien ? ... Ze gaan op zoek naar verdovende middelen om hun pijn te verlichten. En dan zitten ze in een vicieuze cirkel. Ze kunnen niet meer helder denken, maken geen plannen meer om in een vrachtwagen te kruipen. Hun kwalen worden chronisch, ze gaan op straat leven. Het psychisch leed wordt veroorzaakt door het beleid, dat die mensen gewoon negeert.”*

Verenigingen die zich het lot van migranten aantrekken gaan op zoek naar hulp, met name bij diensten voor geestelijke gezondheid :

Psycholoog die werkt met migranten : *“Maar dan bots je op de Brusselse realiteit : een fileprobleem, ook daar ! Bovendien zijn niet alle instanties goed uitgerust om met die doelgroep te werken. Er zijn talrijke institutionele hindernissen, met de analyse van de zorgvraag op kop... Dat moet besproken worden tijdens het teamoverleg, dat houden ze één keer per week, en dat was toevallig net die ochtend. Dus moet er een week gewacht worden – ‘Maar waar zitten ze over een week ? Dat weet je niet.’”*

Het institutionele kader en de migranten leven niet volgens dezelfde klok. Het institutioneel kader kun je ook niet zomaar veranderen. De taal vormt een andere barrière : Ten eerste “weet maar een klein aantal van onze psychologen dat er tolkdiensten bestaan”. Vervolgens, “moeten ze uit hun comfortzone komen. ‘Hoe ga ik werken als er een tolk bij is ? Een dialoog wordt een trialoog...’ Ik geloofde mijn oren niet. Te denken dat een migrant bij hen drie keer per week op de bank moet komen liggen ! Migrant psychisch behandelen, doen ze daar eigenlijk wel aan mee ?” (idem).

De betrokken verenigingen hebben het dan ook over een andere boeg gegooid. Ze zeggen : “Kom maar

kijken! Hun doel is ook om “deuren open te krijgen”: “de mensen die hierheen komen laten zien hoe de zaken hier gaan, erover praten, dat de psychologen en psychiaters eens buiten hun praktijk komen om met eigen ogen de realiteit hier te aanschouwen” (idem).

Weg uit het institutionele kader om ook de denkkaders flink door elkaar te schudden dus – migratie als mogelijkheid om bij te leren.

Organisatorische lessen trekken uit situaties die op menselijk vlak dermate zorgwekkend zijn is geen comfortabele opdracht. De “extreme” situatie van migranten, die naast bijzonder complex ook erg onzeker is, verdiende evenwel onze aandacht, want zij maakt het nagenoeg totale gebrek aan flexibiliteit en aanpassingsvermogen van het systeem van de geestelijke gezondheidszorg pijnlijk duidelijk. Bovendien illustreert zij het grote potentieel van immersie en plaatsbezoeken om een beroeps cultuur te veranderen ondanks de starheid van institutionele kaders.

ZORGWEIGERAARS

Het probleem van toegang tot zorg stelt zich ook bij personen die zorg weigeren. Zoals hierboven werd aangegeven, maken mobiele teams die reageren op de zorgvraag van familieleden of de naaste omgeving de zorg voor die doelgroep toegankelijker. Bovendien kunnen diensten voor gemeenschapsgerichte zorg die zelf naar mensen toe stappen en tijd nemen voor een gesprek een eerste vorm van verbondenheid bieden aan personen zonder sociaal netwerk.

De zorgverleners hebben tijdens het onderzoek lang gepraat over de kwestie van toegang tot zorg voor gebruikers die zelf geen zorg willen – volgens sommigen een enorme uitdaging voor de geestelijke gezondheidssector.

In ons onderzoek konden wij een onderscheid maken tussen twee verschillende situaties. Ten eerste “moet je weten dat de maatschappij best wel wat mensen telt die vroeger in contact gekomen zijn met de psychiatrie, die niet genezen zijn, maar niets meer met de psychiatrie te maken willen hebben. Dat moet je goed beseffen” (Netwerkcoördinator). Die vaststelling wordt bevestigd door wat sommige gebruikers vertellen :

Gebruiker : “Ik denk dat het [de psychiatrie] weggehaald zou moeten worden uit de medische sector. Dat zijn allemaal gekken, slagers. Rampzalig voor mijn dochter en mijn ouders [...] In de middeleeuwen werden ze allemaal opgesloten, nu heet dat psychiatrie, maar psychiatrie, dat is niets. Er bestaan wel psychologen, dat is een beetje anders. [...] Daar zit ook van alles tussen. Maar met hen valt er te praten, zij luisteren tenminste. [...] Je moet de

persoon die voor je zit kennen, goed kennen, proberen te achterhalen wat die persoon wil.”

De tweede situatie is die van weigering van zorg die uiteindelijk uitmondt in een zorgvraag. Dat is vooral het geval wanneer de omgeving of hulpverleners – uit de geestelijke gezondheid, de juridische sector of de sociale sector – zich zorgen maken over een gebruiker. Die gebruikers bevinden zich meestal in een erg precare administratieve of sociale situatie. De ondervraagde mobiele teams en vooral de teams en medewerkers in de sector van het verenigingsleven en andere laagdrempelige instanties, benadrukken hoe moeilijk het is om die doelgroep gespecialiseerde ambulante zorg te bieden of te laten opnemen bij een crisis. In focusgroepen met zorgverleners werden concrete voorbeelden aangehaald van strategieën om in contact te komen met deze doelgroep en hen zorg te bieden :

Verpleegkundige, MT-PZAZ : “Bij de patiënten die zeggen ‘Ik ben niet ziek, ik weet niet waarom ik hierheen kom’ is het vaak zo dat het feit dat zij een koffietje krijgen al het verschil maakt. Dan komen zij terug. Soms, bij het begin, is het voor hen moeilijk om te komen op het afgesproken tijdstip, en ik denk dat het normaal is dat je ze dan niet een vol uur kunt geven wanneer ze opeens opdagen. Maar vijf minuten, dat moet toch kunnen, gewoon om te zeggen – ‘Wat goed dat u alsnog gekomen bent, laten we meteen een nieuwe afspraak maken’. Kleine dingen in die aard, want als je zegt – ‘Het spijt me, u was niet op de afspraak, u krijgt een nieuwe afspraak over drie weken, – dan komen ze gewoon nooit terug.”

Huisarts, WG : “Natuurlijk niet!” [Instemming]
Verpleegkundige, PZAZ en MT : “Ik denk ook dat het smeden van een band heel erg belangrijk is. Op basis van die eerste band kun je dan beetje bij beetje een echt netwerk rond ze gaan weven maar stapje voor stapje, op hun tempo, en ook echt op maat.”

Huisarts, WG : “Soms sluiten de patiënten zichzelf buiten. Soms gaan ze actief saboteren om de boel te doen mislukken. Dan is volhouden de boodschap!”

Psychiater, DGG-MT : “Volhouden, ze opnieuw de hand reiken en contact opnemen, want in een traditioneel geestelijk gezondheidscentrum is het vaak zo dat wanneer iemand twee of drie keer niet komt opdagen, er wordt geconcludeerd ‘Die is gewoon niet gemotiveerd’, en dan wordt alles stopgezet.”

2.3 WILLEKEURIG EN ONDERHANDELD

De toegang tot geestelijke gezondheidszorg kan ten slotte bestempeld worden als willekeurig en onderhandeld. Dat betekent dat de voorwaarden voor het aanwenden van de bestaande middelen belemmerend kunnen werken, of binnen het netwerk doorverwijzingsproblemen kunnen doen ontstaan. Dit laatste onderdeel van ons hoofdstuk over de toegang tot zorg plaatst de vorige onderdelen dus in een ander daglicht. Vooraf moet echter het volgende worden opgemerkt : met de vaststellingen die zullen volgen, is het geenszins onze bedoeling om iemand aan de schandpaal te nagelen. Het lijkt ons niet mogelijk en evenmin wenselijk dat zorgverleners bij het beoordelen van de zorgvragen die op hen af komen volledig objectief zijn. Maar aan de hand van onze empirische gegevens willen wij wel de aandacht vestigen op elementen die het antwoord op bepaalde zorgvragen beïnvloeden : de beroeps cultuur, en misschien ook een zekere angst of onwetendheid ten aanzien van sommige doelgroepen en een zekere voorkeur voor andere doelgroepen. Aan de hand van door de zorgverleners zelf aangereikte "oplossingen" willen wij nadenken over manieren om die angst en onwetendheid te verkleinen, en de bijhorende voorkeuren te veranderen. Die denkpluist, die eerder in dit verslag al kort werden aangehaald, worden verder uitgewerkt in het deel over immersiepraktijken, in het hoofdstuk Samenwerking.

WILLEKEURIG

De toegang tot geestelijke gezondheidszorg lijkt soms af te hangen van het toeval. Dat is frappant, zeker omdat meerdere zorgverleners in de loop van het onderzoek aangaven dat de toegangspoort tot het zorgnetwerk net erg bepalend is voor het vervolg van het zorgtraject :

Netwerkcoördinator : *"Dat is de... vaak beslissende rol die, althans volgens mij, gespeeld wordt door de toegangspoort tot het zorgnetwerk. Er zijn mensen die een efficiënte toegangspoort zullen vinden via de eerstelijnszorg, hun huisarts, of een dienst van een algemeen ziekenhuis, en die uiteindelijk nooit de gespecialiseerde zorg zullen bereiken... En in Brussel kun je overal binnenkomen, of toch proberen binnen te komen, maar dat wil niet zeggen dat je overal een plaats zult krijgen ! Tezelfdertijd zijn er gebruikers die in het gespecialiseerde circuit van het kastje naar de muur gestuurd worden. En dan... Instellingen geven elkaar onderling kritiek ... dan zegt het netwerk verslaving 'het probleem dat we prioritair moeten aanpakken is de toegang tot algemene geneeskundige zorg, ambulante en residentiële, vooral residentiële'... goed... Maar later praat je met een dienst voor niet-gespecialiseerde psychiatrische zorg, en blijkt 50% van hun publiek een probleem met druggebruik te hebben."*

Deze zorgverlener wijst op twee belangrijke aspecten met betrekking tot de toegang tot zorg : enerzijds dat de toegangspoort tot het netwerk bepalend is voor het vervolg van het zorgtraject van de gebruikers ; anderzijds dat bepaalde doelgroepen geholpen worden op plaatsen waar zelfs zorgverleners gespecialiseerd in hun specifieke problematiek het niet verwachten. De ervaringen die de gebruikers schetsen bevestigen doorgaans het toevallige karakter van de toegang tot zorg :

Focusgroep, gebruiker : *"Het was een vriendin van mijn zus. Mijn zus is psychologe en zij kreeg van een vriendin, ook psychologe, de tip om naar dit centrum te gaan [gespecialiseerd in verslavingsproblematieken] en daar werd ik opgenomen... Dat centrum was nochtans niet helemaal geschikt voor mijn pathologie omdat op dat moment vooral de psychose me parten speelde."*

Dit toevallige karakter van de toegang tot zorg moet om twee redenen goed overwogen worden. Ten eerste omdat we daardoor mogen veronderstellen dat personen die eigenlijk in aanmerking komen voor gemeenschapsgerichte zorg nu gedurende lange tijd worden opgenomen of binnen de gespecialiseerde zorg van het kastje naar de muur worden gestuurd, terwijl andere personen met ernstigere problemen wél in hun thuisomgeving worden behandeld. Dit wordt bevestigd in het volgende fragment:

Netwerkcoördinator : *"Er is meer aandacht nodig voor de mensen die een psychiatrisch probleem hebben maar zich buiten de psychiatrische zorg bevinden. Zij krijgen wel ergens zorg, vooral in de eerste lijn ..."*

Ten tweede lijkt het erop dat de toelatingscriteria van de algemene en gespecialiseerde zorgdiensten, op basis waarvan sommige hieronder vermelde doelgroepen uitgesloten worden van zorg, op uiteenlopende wijzen worden geïnterpreteerd door verschillende zorgverleners. Het volgende fragment beschrijft die realiteit in een spoeddienst :

Medisch directeur, PZ : *"Wij tellen op onze spoeddienst [...] ongeveer 60% mensen die komen voor een relatiecrisis, problemen op school, grote sociale problemen, problemen in verband met uitkeringen, toelages, huisvesting, werk. [...] Mishandelde kinderen, mishandelde vrouwen, verkrachtingen [...], al die problematieken komen op een bepaald moment naar de spoeddienst, al dan niet terecht [...]. In de psychiatrie [...] is het moeilijk om symptomen te objectiveren, [...] wat betekent dat je niet altijd goed kunt bepalen aan wie je de beschikbare middelen van de afdeling psychiatrie zult besteden. [...] Er zijn niet veel plaatsen in Brussel, [...] en dus moet je je afvragen hoe je gaat beslissen wie wordt opgenomen en wie niet. [...] Ik ben*

soms stomverbaasd over het gemak waarmee sommige personen worden opgenomen, terwijl een opname in hun geval helemaal niet nodig was. [...] Maar anderzijds : wie ben ik om te oordelen over de beslissing van een collega die misschien sneller mensen opneemt ? Heeft die collega er zich makkelijk van af willen maken ? Misschien is de opname echt wel in het belang van de patiënt ? Of misschien van de familieleden die hem naar het ziekenhuis vergezelden ?”

De willekeurige toegang tot zorg en de variabele interpretatie van de toelatingscriteria hebben dus in bepaalde gevallen een dubbel gevolg: de toegang tot bepaalde voorzieningen wordt er moeilijker door, en gebruikers komen vast te zitten in situaties die weinig of niet aangepast zijn aan hun behoeften. Dit toont aan hoe de beroeps cultuur en de beroepspraktijk – bij gebrek aan een stabiele, niet voor interpretatie vatbare definitie van “geestelijke gezondheid/psychiatrie” – een grote rol speelt in het beantwoorden van een zorgvraag en de doorverwijzing binnen het systeem. De beroeps cultuur en -praktijk blijken in fine een aanzienlijke invloed te hebben op de zorgtrajecten. Zoals verder zal blijken, hebben de ideeën van zorgverleners om de samenwerking tussen hen onderling te verbeteren vooral te maken met het doen evolueren van die beroeps culturen en het diversifiëren van de beroepservaring.

ONDERHANDELD

De meest ernstige of complexe situaties lijken niet gelijk verdeeld te zijn over de verschillende Brusselse instellingen voor ambulante of residentiële zorg. De situaties waar het om gaat, werden al toegelicht bij de presentatie van de resultaten in verband met huisvesting en werk (of bezigheden). De gebruikers in kwestie voldoen niet aan de toelatingscriteria die talrijke diensten hanteren, waarbij verwacht wordt dat de gebruikers een zeker “plan” hebben. Die criteria belemmeren de toegang tot zorg voor die doelgroepen, en worden uiteindelijk omzeild met allerhande praktijken: procedures voor opnames ter observatie met instemming door de gebruiker ; gebruikers die een crisis doormaken droppen bij de ingang van een spoeddienst ; of gebruikers brieven of via rollenspel voorbereiden om de kansen op opname in bepaalde woonvormen te verhogen (zie bijvoorbeeld IBW en PVT, hoofdstuk 1. Huisvesting). De doorverwijzing van moeilijkere doelgroepen gebeurt in Brussel vooral informeel, in functie van het netwerk van de zorgverleners of soms van de gebruiker, of wordt onderhandeld aan de hand van de hierboven vermelde strategieën. Bovendien lijkt de toegang sterk af te hangen van de beschikbare plaatsen en volgens sommige zorgverleners ook van het sociaal-economisch en cultureel statuut van de gebruiker :

Medisch directeur, PZAZ : *“Die informatie circuleert, mensen weten waar je welk soort mensen kunt ontmoeten, en dat je hier goed onthaald wordt en daar slecht. [...] En dus trekt [PZAZ] een ander publiek dan [PZ], omdat [PZ] wordt aangeraden in andere kringen dan [PZAZ]. Hier kregen we vooral Arabische vrouwen over de vloer, terwijl anderen misschien eerder mensen uit de Rotary aantrokken.”*

SAMENGEVAT

Het aanbod in Brussel is rijk en divers, maar onvoldoende bekend. De specifieke rol van en relaties tussen verschillende actoren is bovendien niet voldoende duidelijk, wat bijdraagt aan de waargenomen complexiteit van het systeem. Dat heeft gevolgen voor de toegang tot zorg, omdat mensen niet weten tot wie ze zich moeten wenden of niet goed worden doorverwezen. Daarnaast worstelt het Brussels Gewest met een tekort aan middelen, zeker wat het aantal ziekenhuisbedden betreft. Brussel telt verder een grote groep mensen in precaire levensomstandigheden en trekt ook gebruikers aan die van buiten de regio komen, wat het middelentekort nog nijpender maakt.

Het beddentekort zou niet alleen veroorzaakt worden door de sociaal-demografische kenmerken van Brussel, maar ook door de manier waarop met de beschikbare middelen wordt omgegaan: zo zijn sommige opnames strikt genomen niet nodig, omdat de personen in kwestie ook zorg kunnen krijgen in ambulante diensten of laagdrempelige ontmoetingsplekken. De mobiele teams spelen een belangrijke rol in het toegankelijk maken van zorg, maar staan te weinig in contact met ambulante diensten en laagdrempelige ontmoetingsplekken, waardoor zij eerder een brug vormen naar residentiële zorg, en dat zowel in psychosociale situaties waar eerder geen zorg aanwezig was als voor zorgweigeraars na zorgvragen die vaak door de omgeving worden geformuleerd. De toegang tot de mobiele teams zelf wordt dan weer belemmerd door een onduidelijke afbakening van hun werkterrein en een tekort aan personeel, vooral psychiaters. Volgens sommige zorgverleners is het echter een slecht idee om alle middelen te concentreren op de mobiele teams; zij pleiten voor het optrekken van de middelen voor andere diensten zoals de DGG's alsook voor het versterken van de onderlinge samenwerking.

Tot de zogenaamde “uitgesloten” profielen behoren vooral personen in precaire levensomstandigheden, migranten, verslaafden, lichamelijk gehandicapten en personen die niet passen in een van de klassieke hokjes van de geestelijke gezondheidszorg. Die

profielen voldoen niet aan de toelatingscriteria van de zorginstantie, vereisen van de zorgverleners meer tijd, een sterker aanpassingsvermogen, en een flexibeler institutioneel kader. Voor de zorgverleners valt deze uitsluiting ten dele te verklaren door het feit dat gebruikers door sommige collega-zorgverleners voortdurend worden doorverwezen naar andere actoren en diensten. Laagdrempelige voorzieningen met een medische functie leveren een aanzienlijke bijdrage in het doorbreken van deze uitsluiting.

De toelatingscriteria die de toegang voor het uitgesloten publiek beperken worden door zorgverleners op erg uiteenlopende manieren geïnterpreteerd. Bovendien gebeurt de doorverwijzing grotendeels via informele kanalen, wat concreet inhoudt dat die afhangt van het eigen netwerk, en wordt de toegang tot het zorgsysteem bewerkstelligd door strategieën om de toelatingscriteria te omzeilen, waaronder de opname voor observatie met instemming van de gebruiker. De toegang tot zorg kan daarom omschreven worden als willekeurig en onderhandeld. Voor de gebruiker is het echter essentieel om goed te worden doorverwezen, ook omdat de toegangspoort tot het systeem bepalend is voor het vervolg van het parcours. Met betrekking tot de zorginstanties werd vastgesteld dat de meest complexe profielen ongelijk verdeeld zijn over het bestaande aanbod. Het feit dat de toegang tot het systeem zowel bepalend als willekeurig is, doet vermoeden dat personen die in aanmerking komen voor gemeenschapsgerichte zorg lange tijd in het ziekenhuis verblijven, terwijl anderen met ernstigere zorgbehoeften in hun leefomgeving verzorgd worden.

3. SAMENWERKING

“Het is het persoonlijk contact dat ervoor zorgt dat er beter doorverwezen wordt. [...] Niet de ondertekende conventie die in de la ligt, maar wel het feit dat je iemand persoonlijk kent : dat maakt dat je beter doorverwijst, of sneller, of dat de samenwerking vlotter gaat” (netwerkcoördinator).

Op het vlak van organisatie is de integratie van de zorg een kerndoelstelling van het huidige gezondheids- en geestelijke gezondheidsbeleid. Het overkoepelende doel is om meer kwaliteit en continuïteit in de zorg te bieden, terwijl de beschikbare middelen efficiënt gebruikt worden (Raus, Mortier, & Eeckloo, 2018).

Integratie houdt in dat de verschillende partijen in een systeem dat door de vragen van de omgeving en het brede publiek op samenwerking aangewezen is, met elkaar in relatie staan (Lawrence & Lorsch, 1967). Integratie dient zich als een antwoord aan op de grote functionele en structurele versnippering (Axelsson & Axelsson, 2006) in gezondheidssystemen. De functionele versnippering heeft te maken met het gespecialiseerd zijn, van groepen of systemen en subsystemen, in het vervullen van specifieke functies. In de sector van geestelijke gezondheidszorg zijn dat bijvoorbeeld : psychosociale zorgen, psychiatrische behandelingen, re-integratie, enz. Die functionele versnippering gaat gepaard met een structurele versnippering, omdat niet alle voorzieningen dezelfde functies aanbieden. Daarom zijn er aparte zorginstanties, specifieke regels en werkprocedures maar de structurele differentiatie is ook aanwezig in minder tastbare elementen, zoals de organisatiecultuur (idem).

Samenwerking is een van de vormen van verbonden zijn die de integratie van de zorg kunnen verbeteren. Het is de vorm van verbinding die in de zorgnetwerken het vaakst voorkomt (Axelsson & Axelsson, 2006). De zorgnetwerken zelf worden gedefinieerd als “het samengaan van verschillende juridisch onafhankelijke organisaties, die samenwerken om niet alleen de eigen doelstellingen maar eveneens een gemeenschappelijk doel te bereiken” (Provan & Kenis, 2008). Het verbonden zijn kan ook andere vormen aannemen, met name coöperatie, contractualisatie en coördinatie. In dit verslag beperken wij ons tot samenwerking en coördinatie, die in België het meest voorkomen bij het opzetten van netwerken voor geestelijke gezondheidszorg.

Samenwerking veronderstelt dat organisaties die geen deel uitmaken van dezelfde hiërarchische lijn worden geïntegreerd, waarbij het netwerkmodel wordt gekenmerkt door een beperkte verticale integratie in combinatie met een sterke horizontale integratie.

Samenwerking steunt dus in hoofdzaak op wederzijdse aanpassingen in de praktische werking, en vereist van verschillende voorzieningen en sectoren de bereidheid om samen te werken (Axelsson & Axelsson, 2006). Een deel van de eigenlijke samenwerkingsinspanningen worden dan ook doorgeschoven naar de zorgverleners (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008).

Samenwerking kan ondersteund worden door verschillende mechanismen. Daarbij gaat het concreet om samenwerkingsakkoorden, interorganisationeel overleg en vergaderingen voor informatie-uitwisseling en/of planning van opvolging van bepaalde patiënten of patiëntengroepen, gedeelde informatiesystemen, specifieke functies zoals de zorgreferent, de case manager, de coördinator, en de oprichting van multidisciplinaire teams: kleine teams bestaande uit zorgverleners uit verschillende domeinen en organisaties die samenwerken om een bepaalde dienst te bieden aan een specifieke doelgroep (Axelsson & Axelsson, 2006). Zoals zal blijken, worden die mechanismen voor samenwerking wel degelijk toegepast in het Brusselse geestelijke gezondheidssysteem, zij het slechts gedeeltelijk en niet altijd tot ieders tevredenheid.

Samenwerking wordt vaak naar voren geschoven als de oplossing voor de verregaande differentiatie van de zorgsystemen. Nochtans is samenwerking, net als elke collectieve inspanning, meer een uitdaging dan een oplossing, zeker in het gezondheidssysteem met zijn grote mate aan specialisatie en decentralisatie (D'Amour et al., 2008; Friedberg, 1992). Dat geldt zeker voor de "gemachtigde" zorgnetwerken, waarvan de ontwikkeling door de overheid wordt gestimuleerd en waarbij de concrete tenuitvoerlegging wordt toevertrouwd aan andere actoren, met name zorgorganisaties en zorgverleners uit de sector (Rodríguez, Langley, Béland, & Denis, 2007).

Het is evenwel zo dat samenwerking, net als andere collectieve inspanningen, niet kan worden opgelegd. Integendeel zelfs: samenwerking vereist dat de betrokken actoren erkennen dat zij elk afzonderlijk met hetzelfde probleem worden geconfronteerd, waarop zij aanvaarden om hun individuele of collectieve middelen samen te leggen. In de gezondheidszorgsystemen zijn de obstakels voor samenwerking bijzonder talrijk, omdat de bevoegdheden sterk versnipperd zijn over verschillende agentschappen en instanties, en er verschillende categorieën zorgverleners, sectoren en instanties naast elkaar bestaan. Om de samenwerking op te bouwen moeten alle sectorale en organisatorische, structurele en culturele barrières worden overwonnen.

Gezien de omvang van die uitdaging geniet een benadering gebaseerd op wederzijdse inspiratie de voorkeur boven een benadering gebaseerd op controle of toezicht. Een geschikte strategie kan verder ook niet zonder intens contact en communicatie, wil men dat de actoren zich bewust worden van hun wederzijdse afhankelijkheid en de wil tot samenwerking en wederzijds vertrouwen ontstaat (Axelsson & Axelsson, 2006). Wij zullen later zien dat die aspecten veel bijval krijgen bij de zorgverleners in het geestelijke gezondheidssysteem. In de conclusie van dit verslag zullen wij ingaan op het organisatie-model met "losse samenhang" (Weick, 1976, 2015) – dat een dergelijke strategie onderbouwt, en op de voor- en nadelen ervan.

In dit hoofdstuk komt naar voor dat de zorgverleners erkennen dat er een grote behoefte bestaat tot samenwerking. In een eerste onderdeel wordt stilgestaan bij die vaststelling van de zorgverleners, een verklaring gezocht voor de bestaande situaties die gevolgen voor de trajecten van gebruikers besproken. Het volgende onderdeel is gewijd aan de verschillen in beroeps-cultuur, hun invloed op de contacten tussen zorgverleners en de samenwerkingsmechanismen en -instrumenten. Het derde deel geeft tenslotte een overzicht van de samenwerkingsmechanismen in het Brusselse systeem, en van de troeven en beperkingen ervan die in de loop van dit onderzoek werden verwoord door zorgverleners en gebruikers.

3.1 GEBREKKIGE KENNIS VAN DE MOGELIJKHEDEN EN WEDERZIJDE AFHANKELIJKHEDEN

Netwerkcoördinator : *"Het is vaak de onwetendheid over het bestaan van bepaalde mogelijkheden die een hinderpaal vormt in het zorgtraject van een gebruiker"*

Medisch directeur, PZAZ : *"Muren, dat is even erg als prikkeldraad. De angst of zenuwachtigheid aan de ene kant van de muur is vaak te wijten aan onwetendheid over wat er aan de andere kant van de muur gebeurt".*

De geestelijke gezondheidszorg staat open voor diverse doelgroepen, met in hun zorgtrajecten talrijke wendingen, waarbij verschillende elementen, onder meer huisvesting, werk en sociaal netwerk, interageren met de geestelijke gezondheidstoestand. Die wendingen hebben tot gevolg dat gebruikers binnen het zorgsysteem een kronkelig parcours afleggen: *"Sommigen hebben er al een hele reis op zitten, een beetje vergelijkbaar met die van Alice in Wonderland ..."* (Netwerkcoördinator).

De zorgverleners bevestigen dat samenwerking in het licht van de kenmerken van hun doelgroepen onontbeerlijk is. De behoefte en de wens om samen te werken kunnen samenhangen met de moeizame zoektocht naar alternatieven voor een ziekenhuisopname:

Medisch directeur, PZ : *“Voor mij zijn dat geen loze woorden... de wil om samen te werken binnen het netwerk... omdat... het voor bepaalde patiënten altijd al moeilijk geweest is om alternatieven te vinden voor een ziekenhuisverblijf.”*

De behoefte aan samenwerking kan ook samenhangen met de lengte van het traject van een gebruiker, het naast elkaar bestaan van talrijke problematieken, of de weinig stabiele situatie waarin een gebruiker zich bevindt:

Hoofdverpleger, PZ : *“Het zijn mensen die al een lange weg hebben afgelegd in de psychiatrie, [...] waardoor ze helemaal buiten de maatschappij zijn komen te staan. Grof geschat zou ik zeggen dat de helft van hen een eerder psychotische pathologie heeft, terwijl het bij de andere helft gaat om een verslaving, alcohol of drugs... veel alcohol [...], en grote trauma's uit de kindertijd [...] Het leven van die mensen gaat zo: zes maanden in de maatschappij – ziekenhuisverblijf – een jaar in de maatschappij – ziekenhuisverblijf. Zij gaan van het ene ziekenhuis naar het andere, slikken een hele reeks pillen omdat ze nu eens de ene psychiater bezoeken, dan een andere, dan een derde...”*

Hoewel de wil om samen te werken er zeker is, “is de regel dat het niet goed werkt” (Netwerkcoördinator), vooral tussen de ziekenhuiswereld en de wereld daarbuiten. Bijgevolg worden zorgtrajecten vaak onderbroken, wat schadelijk is voor de gebruikers, zoals het vorige fragment suggereert.

Het gebrek aan samenwerking zou in de eerste plaats te wijten zijn aan ontbrekende of slechts zeer gedeeltelijke kennis van het netwerk bij de zorgverleners zelf :

Netwerkcoördinator : *“Ik was met stomheid geslagen toen ik vaststelde dat de actoren het netwerk helemaal niet kenden. Zij kennen wel een twee- of drietal diensten met wie zij wel vaker in aanraking komen, en kennen het bestaan van een paar andere diensten... maar verder niets, één grote leegte... Het is vaak de onwetendheid over het bestaan van bepaalde mogelijkheden die een hinderpaal vormt in het zorgtraject van een gebruiker. Hoe kun je een gebruiker helpen om zijn traject uit te stippelen als je zelf niet goed weet wat er allemaal bestaat?”*

De gebrekkige kennis van het netwerk wordt ten eerste betreurd door de zorgverleners die zich wel erg verheugd tonen over de diversiteit in het Brusselse model :

Netwerkcoördinator : *“Ik pleit altijd voor gedifferentieerde teams, want als je alle zorgverleners van één discipline in hetzelfde team plaatst krijg je automatisch een gekleurd beeld, en komen bepaalde doelgroepen niet aan hun trekken... [maar] de sector weet niet genoeg dat die soort [teams] bestaat... Zulke projecten worden nooit gepromoot, daar zijn trouwens ook geen middelen voor. Dus als je de samenwerking wil stroomlijnen... dan [denk ik aan] misschien een soort dispatching”.*

De gebrekkige kennis van het bestaande aanbod en het feit dat zorgverleners afhankelijk zijn van bestaande persoonlijke en institutionele netwerken, de zogenaamde “padafhankelijkheid”, pleit voor een aanzienlijke inspanning gericht op het zichtbaar en toegankelijk maken van het volledige aanbod, bijvoorbeeld via het oprichten van een dispatchingdienst. De coördinatoren blijven daarbij essentieel om de zichtbaarheid van het aanbod te verbeteren en een werkelijke opening van het volledige netwerk aan te moedigen:

Netwerkcoördinator : *“Eigenlijk beschikt elke zorgverlener over een persoonlijk netwerk... maar zonder dat er sprake is van samenwerking met anderen in een echt netwerk dat echt functioneert.”*

Netwerkcoördinator : *“Ik hoor vaak ‘in Brussel werken wij al lang samen binnen een netwerk hoor, al van voor de hervorming’ ! Maar wat ze kennen is nog niet eens het topje van de ijsberg ! Dat merken ze ook wel als ze met ons bezig zijn... Maar de grote vraag is hoe je het aanbod zichtbaar kunt maken...”*

Om te komen tot een goede samenwerking is het kennen van de mogelijkheden een noodzakelijke voorwaarde, maar niet altijd voldoende. De bereidheid om samen te werken hangt ook in grote mate samen met een zeker bewustzijn van de wederzijdse afhankelijkheden, het persoonlijk kennen van de ander via rechtstreekse gesprekken, en het vertrouwen :

Netwerkcoördinator : *“Het is redelijk normaal ... Zorgverleners die deel gaan uitmaken van een netwerk willen eerst weten met wie ze te maken hebben, pas dan kunnen ze de ander vertrouwen en met die ander spreken over een patiënt. Dus... je moet een manier vinden om de diensten met elkaar te laten kennismaken, en om zorgverleners met de diensten te laten kennismaken.”*

Arts-diensthoofd, PZ : *“De samenwerking met het netwerk is een werk dat nooit af is, omdat ik denk dat het de ontmoetingen zijn... het zijn de ontmoetingen rond concrete gevallen die ervoor zorgen dat mensen elkaar leren kennen en dat de samenwerking vlot verloopt.”*

3.2 GEESTELIJKE GEZONDHEID, BEROEPSCULTUUR EN VERTEGENWOORDIGING

***“Ik hou me bezig met psychiatrie,
jij met geestelijke gezondheid”
(Dialoog tussen twee medische
directeurs van PZAZ’s)***

Verschillen in beroepscultuur liggen aan de basis van fundamenteel verschillende visies op geestelijke gezondheid of psychiatrie. Die verschillende visies zijn een bron van meningsverschillen of misverstanden over de rol van respectievelijk zorgverleners, gebruikers en instellingen. Dat is met name frappant in de onderlinge omgang tussen in geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerde zorgverleners en instellingen.

De volgende fragmenten tonen aan dat zorgverleners er verschillende benaderingen op na kunnen houden; sommigen delen het publiek in aan de hand van neurobiologische elementen (fragment A), terwijl anderen meer aandacht schenken aan de maatschappelijke dimensies (fragment B). Zij illustreren tegelijk hoe de eigen zienswijze het contact met andere zorgverleners en de perceptie van hun werkwijze beïnvloedt, als ook ruimer, de mening over wat vandaag de dag een goede aanpak vormt binnen de sector van de geestelijke gezondheidszorg (fragment C).

Fragment A, Medisch directeur, PZ : *“Het publiek wordt ingedeeld aan de hand van de gestelde diagnose. Aan de hand van medische factoren dus, net als bij om het even welke andere pathologie. Het probleem van continuïteit van zorg, het trouw volgen van de behandeling, het verband tussen chronische psychose en opgelegde zorg die vaak deel uit maken het zorgparcours van die patiënten... Zeker de psychose blijft een grote uitdaging voor de psychiatrie.”*

Fragment B, Medisch directeur, PZAZ : *“Welk aandeel hebben wij in de maatschappelijke interactie? Moeten wij ons bezighouden met het onderhouden van het sociaal netwerk? [...] [De gebruikers] hebben goede redenen, psychoaffectief, opleidingsgerelateerd, cultureel, enzovoorts, om te functioneren zoals ze het doen. [...] Psychiatrie is een medische discipline en is, net als de meeste medische disciplines, gericht op het verminderen van de symptomen. [...] Ik erger me vaak aan het discours van bepaalde zorgverleners, dan denk ik bij mezelf ‘U noemt zichzelf psychiater, maar u heeft nooit stilgestaan bij het feit dat u mensen behandelt, geen laboratoriumdieren.’”*

Fragment C, Psychiater, MT : *“Een man die ik vanmorgen heb leren kennen, ik kwam bij hem binnen, hij zei ‘ik ben ziek’, en als arts vraag ik dan ‘Wat gaat er niet, dat je zegt dat je ziek bent?’ Die man spreekt heel*

slecht Frans en soms had hij last van zijn schouder, dus vraag ik hem of dat weer het geval is, die schouder, en dan antwoordt hij ‘Nee, ziek papier’. [Lacht] Waarop hij al zijn enveloppen neemt en mij die toeschuipt. Hij was dus papierziek, en dat betekent volgens mij dat we als zorgverlener de medische zienswijze, die probeert om mensen in bepaalde hokjes te doen passen en inzet op verregaande specialisatie, moeten loslaten. Ik denk dat zorgverlening ook een sectoroverschrijdende kant heeft, en dat we moeten aanvaarden dat sommige mensen ‘papierziek’ zijn.”

De visies op psychiatrie en geestelijke gezondheid, en de praktijken die eruit voortvloeien, zijn bijzonder verschillend. Dit verslag heeft niet tot doel om een exhaustieve lijst van de bestaande visies te presenteren, noch om een analyse te maken van de theoretische discussies en de beroepsculturen waar die visies in verankerd zijn. Maar het bestaan ervan diende wel vermeld te worden, omdat zij een aanzienlijke invloed hebben op de plaats die zorgverleners krijgen in verschillende organisatiestructuren en in de samenwerkingsmechanismen die in het kader van Hervorming 107 gepromoot worden, zoals blijkt uit de onderstaande woorden van een coördinator :

“Bij hen is het zo dat als je elementen van organisatorische aard aanhaalt om bijvoorbeeld te pleiten voor meer continuïteit of een betere toegankelijkheid... dan interpreteren ze dat meteen als een cognitieve gedragsbenadering, enz. ... Dus als je dan gaat pleiten voor inspanningen gericht op genezing... dan reageren de meeste actoren vanuit een complete onwetendheid, ze hebben nooit iets gelezen over herstel, over recovery. Ze vatten dat op als iets algemeen, en dan krijg je uiteraard kritiek... Als ik het bijvoorbeeld heb over het opstellen van een persoonlijk zorgplan voor een gebruiker uit de regio, om de coördinatie en de continuïteit van de zorg omtrent diens eigen projecten te verbeteren... Dan zien zij dat louter als een administratieve formaliteit, iets wat gebeurt ten koste van de klinische relatie.”

Het veranderen van een beroepscultuur is een werk van lange adem, dat onder meer aanpassingen in de opleiding van zorgverleners vereist. Op het einde van dit hoofdstuk zullen wij nog zien dat bepaalde zorgverleners hameren op het feit dat de opleiding moet worden verbeterd, met name de opleiding van artsen. Volgens een aantal coördinatoren moet men er op korte en middellange termijn de centrale concepten en instrumenten van de hervorming “vertalen”, presenteren aan de zorgverleners, met de nadruk op wat zij kunnen betekenen voor de gebruikers en de organisatie, zonder dat de uitleg onttaardt in een theoretische discussie. Sommige samenwerkingsmechanismen die hieronder worden toegelicht, met name intervisies en immersiepraktijken, lijken bijzonder efficiënt te zijn om een beroepscultuur te doen evolueren.

3.3 DE SAMENWERKINGSMECHANISMEN

Wanneer gevraagd wordt naar de belangrijkste samenwerkingsmechanismen die door Hervorming 107 worden gepromoot, vermelden de zorgverleners de mechanismen die in de literatuur worden opgenoemd (cf. inleiding van dit hoofdstuk). De toepassing ervan blijft echter omstreden en bovendien beperkt tot een paar elementen of een paar voorzieningen van het Brussels zorgnetwerk. De mechanismen waar het vaakst naar wordt verwezen zijn het ontwikkelen van instrumenten voor het delen en doorgeven van informatie, het plegen van overleg, het introduceren van een zorgreferent, intervisies en immersiepraktijken ; waarbij vooral die twee laatste elementen volgens de zorgverleners talrijke voordelen met zich meebrengen.

IT-TOEPASSINGEN VOOR HET DELEN VAN INFORMATIE

De zorgverleners verwezen naar computerprogramma's voor het doorgeven van informatie. Een psychiater in een ziekenhuis had het bijvoorbeeld over een programma "dat nu al een tijdje gebruikt wordt, en waarop we al onze ontslagbrieven zetten. Dus als er een patiënt langskomt kun je als arts dankzij dat platform weten bij welke artsen die patiënt nog geweest is, en zo heb je toegang tot heel wat gegevens die je vroeger niet gehad zou hebben."

Gesprekken over IT-oplossingen gaan niet alleen over de voor- en nadelen van het gebruik ervan, maar ook over elementen uit het ruimere kader van de samenwerking, zoals het medisch geheim, patiëntenparticipatie, en de stigmatisering van gebruikers van het geestelijk gezondheidssysteem.

De voordelen van die computerprogramma's zijn volgens de zorgverleners vooral de toegang tot informatie om een beeld te krijgen van het zorgtraject van een gebruiker en van de diensten en zorgverleners in diens zorgnetwerk. Dat maakt het makkelijker om patiënten door te verwijzen binnen het bestaande netwerk, en om te begrijpen hoe de overgang van de ene naar de andere dienst in het verleden heeft gefunctioneerd.

De IT-toepassingen in kwestie zijn echter nog steeds erg omstreden. Dat heeft in de eerste plaats te maken met een zekere angst die verband houdt met het *beroepsgeheim* en het gebruiken van informatie "tegen de patiënt" (psychiater, PZAZ). Hierbij kan uit de ontmoetingen met gebruikers vermeld worden dat sommige gebruikers positief staan tegenover de mogelijkheid om zelfs een psychiatrische diagnose via een dergelijke IT-toepassing te delen met andere zorgverleners, terwijl andere gebruikers zich daar expliciet tegen verzetten.

Ten tweede zou het delen van bepaalde informatie negatieve gevolgen kunnen hebben voor de zorgrelatie. De IT-toepassingen zouden immers de kwaliteit van de relaties tussen de zorginstanties en de gebruiker niet correct weergeven, met name omdat het standpunt van de gebruiker over eerdere zorgervaringen buiten beschouwing wordt gelaten.

Ten derde kan een teveel aan informatie voor een gebruiker het toch al beperkte vrije recht om zelf te bepalen wat al dan niet aan de zorgverleners wordt verteld, nog verder verkleinen of zelfs helemaal tenietdoen.

Psychiater, PZAZ : "Als ik zou zeggen 'kijk eens aan, u bent in [PZ] geweest', dan gaan zij denken 'o, die man weet dat', en dan gaan ze zich afvragen hoe het komt dat ik daarvan op de hoogte ben. [...] Hoe zorg je ervoor dat je precies genoeg te weten komt en niet te veel? Want de mensen, die moeten toch zelf kunnen beslissen wat ze ons vertellen. Als je teveel over ze weet, dan wordt dat bij psychotische patiënten toch wel moeilijk. Zo gaat het leven nu eenmaal. Alles wat wij zeggen, alles wat wij doen, wordt altijd geïnterpreteerd."

Ten vierde zou het delen van informatie het risico op stigmatisering kunnen vergroten, zeker bij gebruikers uit een hogere sociaaleconomische klasse :

Medisch directeur, PZAZ : "[...] Stel dat de persoon die tegenover mij zit aan het hoofd staat van een beursgenoteerd bedrijf, dan is de situatie niet vergelijkbaar met [...] wanneer ik zit tegenover een psychotische patiënt die in zijn hele leven nog nooit gewerkt heeft, verslaafd is aan drugs en helemaal buiten de maatschappij staat. [...] Mijn benadering zal totaal anders zijn, bij de ene zal ik denken, 'oei, hier moet ik heel voorzichtig zijn met het beroepsgeheim, want als zijn aandeelhouders, de raad van bestuur te horen krijgen dat hij naar een psychiater gaat, dan kan dat hem in nauwe schoentjes brengen'. Het beroepsgeheim is ook voor de drugsverslaafde en psychotische persoon iets waar ik niet omheen kan, maar daar kan ik wel wat soepeler omspringen met informatie over het afgelegde zorgtraject, ik moet me minder zorgen maken over een te grote zichtbaarheid."

Tot slot brengt het gebruik van zulke IT-toepassingen ook een tijdsgerelateerd probleem met zich mee. Omdat de toepassingen om de hierboven genoemde redenen geen integraal deel uitmaken van de zorgcultuur, zal de zorgverlener die op zoek is naar informatie het elektronisch dossier van de patiënt niet noodzakelijk op een geschikt moment in het zorgtraject raadplegen. Ook om die reden kunnen IT-toepassingen volgens sommige zorgverleners een meer actieve vorm van communicatie niet vervangen ; zij vinden telefoongesprekken of live conversaties geschikter.

OVERLEG

Overleg als samenwerkingsmechanisme werd door de zorgverleners in de loop van het onderzoek meermaals vermeld en besproken. Daar konden een aantal aandachtspunten worden uit afgeleid met betrekking tot het systematiseren van het overleg, de doelstellingen en stimulansen voor overleg, de selectie van de deelnemers binnen het netwerk, en de participatie van de patiënt.

Kort samengevat komt naar voren dat overleg positief kan zijn op voorwaarde dat het in de praktijk met voldoende flexibiliteit kan gebeuren. Die flexibiliteit moet niet alleen gelden ten aanzien van de frequentie van de overlegmomenten, die moet passen bij de evoluerende behoeften van de patiënt, maar ook ten aanzien van de selectie van de deelnemers. De deelnemers moeten niet op voorhand vastliggen, maar geselecteerd worden uit het reële netwerk van de patiënt. Daarom moet het overleg ook openstaan voor personen van buiten het domein van de geestelijke gezondheidszorg. Ook de participatie van de patiënt moet geval per geval bekeken worden, afhankelijk van diens situatie, relaties met het netwerk, en wens om al dan niet deel te nemen. Als die voorwaarden worden gerespecteerd, biedt overleg het grote voordeel dat de taken en verantwoordelijkheden van alle deelnemers in een welbepaalde situatie worden verduidelijkt. De belangrijkste hinderpalen voor het overleg zijn de tijd – het is moeilijk om alle relevante betrokkenen snel samen te krijgen – en de financieringsregels voor geneesheren, die het vrijmaken van tijd voor overlegmomenten niet aanmoedigen. Er zouden dus stimulansen van financiële en niet-financiële aard moeten komen om het overleg beter te ondersteunen.

Wanneer gepeild wordt naar de meerwaarde van het systematiseren van overleg, reageren de zorgverleners erg verschillend. Sommigen onder hen geven aan dat klinische overlegmomenten voor bepaalde gebruikers *gesystematiseerd* zouden moeten worden, maar in focusgroepgesprekken werd het systematiseren van overleg niet wenselijk en evenmin noodzakelijk geacht :

Huisarts, WG : *“Zoals u net zei [richt zich tot een deelnemer], er is behoefte aan flexibiliteit, je moet je aanpassen aan de patiënt. Die overlegmomenten moeten er zijn wanneer je voelt dat er een probleem is en dat je niet zomaar kunt zeggen : ‘We zitten nu even om de twee weken samen rond de tafel’. Het overleg organiseer je in functie van de behoefte, van de klinische toestand.”*

Het voornaamste doel van overlegmomenten is om de *respectievelijke taken* van de deelnemers in het zorgnetwerk van de gebruikers *te verduidelijken*, ten behoeve van de zorgcontinuïteit, zeker wanneer een netwerk wordt gevormd of opnieuw geactiveerd na een ziekenhuisopname.

De nodige omstandigheden waarbinnen overleg kan plaatshebben zijn echter lang niet altijd aanwezig. De

zorgverleners getuigen van logistieke problemen, van de moeilijke zoektocht naar een moment dat voor iedereen past, want doorgaans heeft iedereen een drukke agenda. Ook de financieringsregels van medische professionals spelen een grote rol en geven soms de doorslag, niet alleen voor het al dan niet organiseren van klinisch overleg, maar ook voor het ontstaan van interprofessionele samenwerking in het algemeen :

Medisch directeur, PZAZ : *“Als je samenwerkt gaat de algemene kostprijs van de behandeling naar beneden, maar wordt elke handeling veel duurder, omdat twee, drie zorgverleners op hetzelfde moment bezig zijn met dezelfde patiënt. [...] En als ik voor overleg het ziekenhuis moet verlaten, dan doe ik dat, want ik ben ambtenaar en het is mijn plicht om bij te dragen tot de best mogelijke zorg voor de bevolking. Of ik nu veel of weinig werk liggen heb : ik spring in mijn auto en rij naar een huisarts, maar ik word daarvoor betaald.”*

De genoemde problemen gelden voor live ontmoetingen maar evenzeer voor telefoongesprekken waarmee informatie wordt doorgegeven die voor de zorgcontinuïteit essentieel wordt geacht. Het overleg lijkt dan ook af te hangen van de goede wil van de zorgverleners in het zorgnetwerk van de gebruikers, zowel in de residentiële als de ambulante zorg. Daarnaast pleiten de zorgverleners voor *stimulerende maatregelen* van niet-financiële aard en *interprofessionele samenwerking*. Die elementen komen verder nog aan bod, bij de vraag in hoeverre de zorgverleners in het lokale netwerk elkaar kennen.

Een ander element is de *selectie van de deelnemers* aan klinische overlegmomenten. De zorgverleners benadrukken dat de situatie verschilt van patiënt tot patiënt, en dat het zorgnetwerk van gebruikers doorgaans ook relevante personen telt die niet tot de sector van de geestelijke gezondheidszorg behoren.

Psychiater, DGG : *“[...] overlegvergaderingen. Als er een netwerk is, is het heel belangrijk dat we samenkomen, dat we afspreken wie wat doet, maar ook dat we ideeën uitwisselen, omdat we samen veel meer ideeën hebben dan elk apart. [...] We nodigen alle relevante personen uit om deel te nemen aan een dergelijke vergadering. Familie of niet, [...] als het gaat om iemand die voor de patiënt erg belangrijk is, dan moet die worden uitgenodigd. [...] Soms nodigen we zelfs de politie uit, de wijkagent... Wie dan ook !”*

De vraag of de gebruiker zelf moet deelnemen aan het overleg blijkt erg gevoelig te liggen. De verhalen van gebruikers in focusgroepen lijken te suggereren dat het stellen van de vraag wel belangrijk is, zeker wanneer gebruikers of hun omgeving tijdens het overleg de kans zouden krijgen om te spreken over pijnlijke ervaringen in de sector van de geestelijke gezondheid.

DE ZORGREFERENT

De zorgreferent wordt door sommige zorgverleners spontaan omschreven als een persoon die verantwoordelijk is voor het coördineren van de informatie en de zorg rond de gebruiker, en voor het volgen van beslissingen over diens begeleiding, onder meer tijdens overlegmomenten :

Psychiater, DGG : *“Er moet een verantwoordelijke aangeduid worden, die persoon blijft dan naast de patiënt staan en bundelt de informatie uit alle richtingen. Als niemand die taak heeft, niemand coördineert, wordt het achteraf vaak moeilijker, want als je beslist wie wat doet, dan moet je ook opvolgen en zien of het afgesprokene wordt uitgevoerd. Het vraagt heel wat inspanningen om dat allemaal te organiseren.”*

Een coördinator gaf evenwel aan dat er voor de functie van zorgreferent geen duidelijke, door iedereen aanvaarde definitie bestaat (2) :

“We hebben geen gemeenschappelijke bewoordingen om over een dergelijke functie te spreken, die functie is niet welomlijnd. Maar de meeste maatschappelijk werkers in de verschillende instanties vervullen een dergelijke taak, zowel in ziekenhuizen als in diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Ook mensen die personen in beschutte woningen begeleiden doen dat. Maar ze worden in die functie vaak niet erkend door de andere spelers... Ze worden geremd door een gebrek aan legitimiteit, waardoor ze de functie niet ten volle kunnen vervullen... [en] ze hebben niet de mogelijkheid om andere spelers te interpelleren.”

Zorgverleners en gebruikers zijn het erover eens dat de functie van zorgreferent geofficialiseerd zou moeten worden, maar vinden tegelijk dat er voldoende flexibiliteit nodig is bij het aanwijzen van de zorgreferent, in het bijzonder voor gebruikers die moeilijke ervaringen hadden met het zorgsysteem. Dat onderwerp kwam vooral aan bod in focusgroepgesprekken met zorgverleners :

Opvoeder, VZW : *“[...] soms zijn het assistenten, soms psychologen, psychiaters, soms is het de secretaresse van weet-ik-wat, soms is het de buurvrouw...”*

Psycholoog, IBW : *“Maar het idee is uiteraard dat de patiënt zelf de zorgreferent aanwijst, anders is het onrechtvaardig, anders is het niet zinvol.”*

Naaste uit de omgeving, groepswoning : *“Als de persoon de zorgreferent niet vertrouwt, dan zal hij of zij er niet heen gaan.”*

Opvoeder, IBW : *“Natuurlijk niet...”*

INTERORGANISATIONELE VERGADERINGEN EN INTERVISIES

Het lijkt essentieel om een onderscheid te maken tussen verschillende soorten vergaderingen: er zijn vergaderingen voor het nemen van beslissingen van strategische aard, en vergaderingen voor het bespreken van klinische gevallen, al vallen die laatste strikt genomen onder de verantwoordelijkheid van de zorginstantie. De zorgverleners vertellen ook over grotere vergaderingen op netwerkniveau, en over een zekere verwarring ten aanzien van die vergaderingen; zij weten niet goed aan welke vergaderingen zij moeten deelnemen en begrijpen er het doel niet van :

Huisarts, groepspraktijk : *“Het is niet altijd vanzelfsprekend om te weten naar welke vergadering ik echt moet gaan, waar ik echt iets kan betekenen ! Bij veel vergaderingen heb ik het gevoel er voor spek en bonen bij te zitten, niets te kunnen toevoegen aan wat reeds gezegd is, of daar te zitten zonder mandaat. [...] De laatste tijd ben ik gewoon niet meer gegaan, omdat... [zucht] Ik had niet de indruk dat mijn aanwezigheid een verschil maakte.”*

Talrijke zorgverleners hebben in gesprekken, vooral in de focusgroepen, gewezen op het belang van vergaderingen waarin zowel klinische als organisatorische aspecten aan bod komen. In die vergaderingen worden afspraken van organisatorische aard gekoppeld aan klinische situaties in verband met een specifieke thematiek. Zij bestaan in verschillende vormen, bijvoorbeeld thematische vergaderingen, waarbij de deelnemers verzocht worden om op voorhand concrete klinische situaties voor te stellen waaruit vervolgens een selectie wordt gemaakt om in werkgroepen of plenair tijdens de vergadering of intervisie te bespreken. Die vergaderingen bevorderen het vertrouwen tussen de deelnemers en zijn een vorm van bijscholing :

Medisch directeur, PZAZ : *“Er zijn talloze coördinatievergaderingen [maar die zijn] onvoldoende klinisch, het gaat over organisatie, daar worden de deelnemers niet bepaald vrolijk van. [...] Het is niet altijd superboeiend [om klinische aspecten door te nemen] maar zo ontstaat er tenminste vertrouwen. [...] Dat je kunt vragen aan alle teamverantwoordelijken, aan alle zelfstandige psychiaters, huisartsen, zelfs het OCMW ‘geef mij eens vijf situaties waar het goed gegaan is en vijf die helemaal in de soep gedraaid zijn’. [...] Als ik fouten maak, ben ik vaak geneigd om er wat licht overheen te gaan, om te denken ‘tja, de psychiatrie is nu eenmaal een ingewikkelde discipline’, maar als iemand vindt dat ik niet respectvol ben geweest of fout heb gehandeld, dan wil ik daar graag uit leren.”*

Naast het bijscholingsaspect en het vertrouwen dat ontstaat, kwamen in focusgroepgesprekken nog andere voordelen aan het licht : het feit dat de situatie van gebruikers die bij sommige instellingen op de “zwarte

lijst" staan kan worden ontward, door oplossingen voor te stellen die in gelijkaardige situaties zouden kunnen worden toegepast ; een versterkte erkenning voor paramedische expertises ; een beter zicht op het werk van andere instellingen wat een betere doorverwijzing van gebruikers mogelijk maakt. Het onderstaande fragment uit een focusgroepgesprek getuigt van de voordelen van die vergaderingen en het enthousiasme van de zorgverleners :

Administratief directrice, organisatie voor daklozen : *"Het idee is echt om één dag of een halve dag per maand samen te zitten om een aantal situaties te ontwarren. Zo leer je elkaar kennen als partners en dat is nodig, daar kun je niet omheen. Het wordt ook mogelijk om een situatie te bespreken als mensen die elkaar kennen, we hoeven geen blad voor de mond te nemen [...] en we kunnen proberen om te vermijden dat een persoon ergens op een zwarte lijst terecht komt, om beter door te verwijzen, om het traject beter vorm te geven [...] want we weten heel goed dat een terugval vaak te wijten is aan een gebrek aan continuïteit. Ik denk dat een dergelijk overlegmodel erg interessant kan zijn, het is praktisch en het komt ook uit de praktijk, dus het lijkt mij erg positief."*

Huisarts, WG : *"[...] We willen vaker op die manier werken, omdat dat iedereen ten goede komt. In een netwerk moet je elkaar soms steunen. Gisteren heeft [een gebruiker] een crisis gehad [...] hij zei dat iedereen naar de hel kon lopen. Goed, morgen zal hij weer rustig zijn, maar je moet dat toch maar incasseren. Op die manier kunnen we elkaar ook steunen."*

IMMERSIE

De ervaring die tot nu toe werd opgedaan met immersie is beperkt, maar de zorgverleners die aan het onderzoek meewerkten waren wel erg positief, ook tijdens ethnografische gesprekken in laagdrempelige verenigingen met een doelpubliek dat bijzonder ver staat van de zorgsector, met name migranten. Het is belangrijk om dat expliciet te vermelden, omdat het de aandacht vestigt op een essentiële troef van immersiepraktijken, die een tegengif vormen voor de gewinning in sommige beroeps culturen en de aanzienlijke mate van onzekerheid bij zorgverleners ten aanzien van doelgroepen en praktijken die ze niet kennen. Immersie lijkt een niet onaanzienlijke rol te spelen in het de-stigmatiseren van gebruikers, waarbij de invloed van een immersie-ervaring van één bepaalde zorgverlener bovendien blijkt uit te stralen tot in diens persoonlijke werkomgeving. Zorgverleners die een immersie-ervaring hadden in een zorginstantie die erg verschilde van hun gewone werkomgeving geven blijk van een sterke wens om daarover te getuigen tegenover hun collega's. Dat wordt bevestigd door het onderstaande fragment, dat bovendien illustreert wat immersie doet voor de vertrouwensband tussen betrokken zorgverleners :

Medisch directeur, PZ : *"Wanneer je werkt, patiënten hebt die van bepaalde plaatsen komen, of die je naar bepaalde plaatsen stuurt, en wanneer je teams ontmoet die hier komen kijken naar onze werkwijze waarna wij op onze beurt gaan kijken naar hun realiteit, dan ontstaat er een zeker vertrouwen, want het is niet eenvoudig voor mensen van buiten de psychiatrie om met psychiatrische patiënten om te gaan. Sommige mensen zijn bang dat wij gevaarlijke gekken naar ze doorverwijzen."*

Hoofdverpleger, PZ : *"We zijn het meer gewend, we zijn minder bang. Wat de mensen vooral geruststelt, is dat ze weten dat wij er zijn. Dat wij er bij een eventueel probleem zullen zijn [...], dat mensen uit ons team betrokken blijven bij het hele proces."*

Door de band genomen zouden interorganisationale intervisies en immersies een belangrijke rol spelen bij het doorbreken van het stigma, het elkaar-leren-kennen en het ontstaan van vertrouwen tussen zorgverleners. De manier waarop een betere band tussen zorgverleners uiteindelijk de continuïteit en kwaliteit van de zorg ten goede komt wordt hieronder samengevat door een psychiater, die het heeft over de relatie tussen residentiële en ambulante zorgvoorzieningen :

Medisch directeur, PZAZ : *"Muren, dat is even erg als prikkeldraad. De angst of zenuwachtigheid aan de ene kant van de muur is vaak te wijten aan onwetendheid over wat er aan de andere kant van de muur gebeurt. Je bent bang om mensen door te verwijzen naar het ziekenhuis, en je bent bang om mensen te ontslaan uit het ziekenhuis. En dat leidt er dus toe dat [...] de patiënten veel te lang blijven. En... dat betekent ook dat een huisarts of een psychiater uit een voorziening voor geestelijke gezondheidszorg naar onze psychiater kan bellen om te zeggen - 'ik stuur die patiënt door, maar als hij over vijf dagen beter is omdat de behandeling weer in evenwicht is, dan neem ik hem wel weer over.'"*

Hoewel dit aspect niet nader onderzocht kon worden, lijkt de analyse van de resultaten erop te wijzen dat die praktijken zouden kunnen helpen om de afhankelijkheid van gebruikers tegenover een instantie of één bepaalde zorgverlener te verminderen. De zorgverleners hebben sterk gehamerd op het belang van de vertrouwensband tussen gebruiker en zorgverlener, de zogenaamde therapeutische alliantie, zeker bij een crisis, die ertoe bijdraagt dat de instantie die tussenbeide komt als geruststellend wordt ervaren, maar het de gebruiker ook kan bemoeilijken om buiten die instantie banden te smeden. Volgens de psychiater die hieronder aan het woord komt echter, kan het bestaan en onderhouden van een vertrouwensband tussen zorgverleners helpen om de doelstelling van zorgcontinuïteit te verschuiven naar het netwerk, waarbij een zekere discontinuïteit tussen de

instanties aanvaard wordt, omdat het de autonomie van de gebruikers ten goede komt :

“Het streven naar continuïteit vormt ook een soort gevangenis. Waarin de patiënt vast komt te zitten. [...] Om tot continuïteit te komen, moet er niet langer gewerkt worden binnen één instantie. Want in een netwerk kan er discontinuïteit zijn tussen instanties, terwijl de zorg wel gegarandeerd blijft binnen dat netwerk [...] en zo zet je stappen naar meer autonomie, meer onafhankelijkheid. En ook een betere integratie in de maatschappij.”

OPLEIDING

In het algemeen blijkt uit de resultaten dat er in het Brussels Gewest een sterke wil is om het werken in netwerken te ontwikkelen, door mechanismen aan te wenden die een netwerkcultuur bevorderen, door de wederzijdse kennis van en et vertrouwen tussen de partners te stimuleren. Aanpassingen aan de opleidingen van zorgverleners, onder meer via seminars, zouden eveneens kunnen helpen om het netwerkdenken op middellange en lange termijn vanzelfsprekend te maken. De inspanningen moeten vooral toegespitst zijn op de opleiding geneeskunde, met meer bevordering van uitwisseling tussen de ziekenhuizen en de ambulante zorg:

Administratief directrice, VZW daklozen : *Ooit komen we er wel... Ik bedoel maar, mensen kunnen zich aanpassen, maar veranderingen moeten wel op de rails gezet worden. Je moet het willen, de wil moet er zijn, soms ook de eis. Er moet tijd overheen gaan want die dingen vergen natuurlijk tijd!*

Huisarts, WG : *Ja, ja, natuurlijk, dat samenwerken binnen de sector, samenwerken met anderen. Dat moet gezegd worden, dat wordt de norm in de zorgsector!*

Psychiater, DGG-MT : *Ik ben het met jullie eens, de assistenten in de opleiding psychiatrie, die moeten zo snel mogelijk naar een voorziening voor geestelijke gezondheidszorg, maar de hoofdartsen in de ziekenhuizen hebben die assistenten wel nodig!*

Huisarts, WG : *Ja, die verzetten heel wat werk hé ! De kracht van het collectief.*

Psychiater, DGG-MT : *Ja, ze hebben ze nodig om te werken, en dus houden ze ze daar, in het ziekenhuis !*
Huisarts, WG : Inderdaad .

Sociaal verpleegkundige, PZAZ : *Maar zelfs als ze daar vast zitten, dan zouden ze toch wel beter opgeleid kunnen worden... Kijk nu bijvoorbeeld bij ons : wij hebben op maandag altijd een seminar, dan zou er daar toch wel eens een opleidingsmoment aan gewijd kunnen worden, waarbij je mensen uitnodigt die uitleggen*

hoe belangrijk het is om samen te werken binnen het netwerk. Het is waar dat daar tijd in kruipt maar op het einde van de rit win je ook veel tijd want het resultaat zal beter zijn, je moet achteraf niet alles opnieuw uitvinden...

Huisarts, WG : *Ja, inderdaad, daar tijd voor uittrekken ! [...] Tijd maken, om later tijd te winnen. Wat we hier aan het doen zijn, dat is bijna groepstherapie !*

Psycholoog, DGG : *Ik vind het in elk geval opmerkelijk dat we het ondanks onze verschillende achtergrond toch zo sterk met elkaar eens zijn ! [Algemene instemming] Dat zie je niet vaak !*

SAMENGEVAT

De zorgverleners geven uitdrukking aan de wil om samen te werken. Zij zijn van mening dat samenwerking noodzakelijk is in het licht van de kenmerken van het doelpubliek van de geestelijke gezondheidszorg, met erg complexe situaties en lange zorgtrajecten. Vandaag de dag is de samenwerking echter onvoldoende. Het gebrek aan samenwerking leidt onder meer tot frequente onderbrekingen in het zorgparcours van gebruikers, zeker bij de overgang van residentiële naar ambulante zorg. Het gebrek aan samenwerking kan als volgt verklaard worden : ten eerste geven de zorgverleners aan niet goed te weten wat er allemaal kan, de bestaande middelen en mogelijkheden niet goed te kennen. Ten tweede is er het feit dat die gebrekkige kennis zelf verband houdt met een zekere padafhankelijkheid, waardoor de samenwerking beperkt blijft tot de nabije omgeving of het bestaande institutionele netwerk. Ten derde is er de invloed van de beroepscultuur en de uiteenlopende visies op geestelijke gezondheid, op de relatie tussen zorgverleners, en op hun openheid tegenover de samenwerkingsinstrumenten die niet neutraal zijn maar gekleurd door een specifieke beroepsgerelateerde ideologie.

De netwerkcoördinatoren blijken een hefboomfunctie te hebben voor het verbeteren van de samenwerking : zij maken het aanbod en het algemene netwerk zichtbaarder en “vertalen” modellen en middelen voor samenwerking, waardoor het praktische aspect gaat primeren op het ideologische. Er worden ook specifieke samenwerkingsinstrumenten gebruikt, al zijn sommige ervan nog steeds omstreden.

Die instrumenten omvatten :

IT-oplossingen voor het delen van gegevens die het doorverwijzen binnen het netwerk makkelijker maken maar waar nog steeds veel weerstand tegen bestaat. Die weerstand heeft vooral te maken met de bescherming van het beroepsgeheim en de

zorgrelatie, alsook met de soort informatie die wordt doorgegeven en de instemming van de gebruiker.

Overleg dat verduidelijkt wie in een bepaalde situatie welke taak heeft, wat bevorderlijk is voor de continuïteit van de zorg. Over het systematiseren ervan, het selecteren van de gesprekspartners en de participatie van de patiënt bestaat evenwel geen eensgezindheid. De zorgverleners maken ook melding van logistieke problemen, en van het feit dat de financieringswijze van medische beroepen een belemmering vormt voor overleg. Kort samengevat zijn de zorgverleners voorstander van overleg, maar met voldoende flexibiliteit en de nodige stimulansen van financiële en andere aard.

De zorgreferent wordt omschreven als de persoon die verantwoordelijk is voor het coördineren van de informatie en de zorg. Het blijft echter moeilijk om een duidelijke definitie te vinden die door iedereen aanvaard wordt. De zorgverleners zijn het eens over het feit dat er voldoende soepelheid aan de dag moet worden gelegd bij het aanwijzen van een zorgreferent, om tot een vertrouwensrelatie met de patiënt te kunnen komen; vertrouwen dat nodig is om de doelstellingen die met die functie verband houden te realiseren. Tegelijkertijd wijzen sommige zorgverleners erop dat de functie van zorgreferent meer erkenning en legitimiteit moet krijgen binnen het netwerk.

Intervisies en immersies worden gezien als elementen die de samenwerking verbeteren en die volgens de zorgverleners veralgemeend zouden mogen worden. De intervisies – vergaderingen waarin zowel klinische als organisatorische aspecten aan bod komen – zorgen voor vertrouwen tussen de verschillende actoren en voor een vorm van bijscholing. Dankzij immersies leren diezelfde actoren elkaar beter kennen en wordt een inenting gegeven tegen de onzekerheid van zorgverleners ten aanzien van sommige doelpublieken met complexe situatietekenen of waarmee zij zelf niet gewend zijn te werken.

Kortom: de zorgverleners zijn voorstander van samenwerkingsmechanismen waardoor ze elkaar beter leren kennen, vertrouwen ontstaat en meer diverse ervaringen met gebruikers en werkwijzen kunnen worden opgedaan. Die mechanismen hebben twee elementen gemeenschappelijk. Ten eerste vertrekken zij vanuit het beroep en de praktijk, en niet zozeer vanuit een politieke- of beheerslogica. Ten tweede worden niet alleen de contacten maar ook de ervaringen van de zorgverleners er ruimer en diverser door. Zij werken het ontstaan van losse verbanden met een groot aantal diverse actoren in de hand, die, in tegenstelling tot strakke relaties die verankerd zijn in de beroeps- en instellingsculturen, de mogelijkheid bieden om nieuwe manieren van werken in overweging te nemen.

4. COÖRDINATIE VAN HET SYSTEEM VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN HET BRUSSELS GEWEST

Coördinatie is een onderdeel van het beheer van een systeem. Beheren bestaat uit het uitwerken en implementeren van dienstinrichtingen, zijnde organisatiestructuren, communicatietools, regels en procedures om de werking van de verschillende onderdelen van een organisatie of een systeem beter op elkaar af te stemmen. Het netwerk is zo een organisatiestructuur (Provan & Kenis, 2008). Verantwoordelijk zijn voor het beheer van een netwerk, betekent dan ook de activiteit van de leden ervan coördineren, met de beschikbare middelen en op basis van een visie die de inspanningen een betekenis en een richting geven. In tegenstelling tot samenwerking, die slaat op de horizontale banden tussen organisaties, slaat coördinatie op de verticale banden, van de top van een systeem tot aan de spelers op het terrein. Coördinatie veronderstelt automatisch het bestaan van een hiërarchie en van mechanismen voor toezicht (Axelsson & Axelsson, 2006), die meestal, maar niet altijd, van bureaucratische aard zijn. Wanneer de coördinatie beslissingen omvat over de organisatie van een systeem of netwerk en de toewijzing van personele en financiële middelen binnen dat systeem of netwerk, moet er een zekere autoriteit erkend worden, of toch een vorm van macht.

Coördinatie is bijzonder moeilijk op te zetten in gedecentraliseerde zorgsystemen zoals het Belgische systeem, waar de verantwoordelijkheid versnipperd is over vele beslissingsniveaus en talrijke agentschappen, die elk bevoegd zijn voor specifieke aspecten (waaronder programmering, financiering en evaluatie), het beheer van bepaalde sectoren (bijvoorbeeld residentiële of ambulante zorg) en hun zorginstanties, de psychiatrische ziekenhuizen en de diensten voor geestelijke gezondheidszorg (Schokkaert & Van de Voorde, 2005). Het niveau van betrokkenheid van de overheid en diens reële capaciteit om actie te ondernemen ten aanzien van de zorgverleners beïnvloedt wat redelijk verwacht mag worden qua coördinatie (Axelsson & Axelsson, 2006). De organisatie van de federale staat en van het zorgsysteem in België beperkt evenwel het handelingsvermogen van de overheid. Dit zal verder in dit hoofdstuk nog worden geïllustreerd met de financieringswijzen en de modaliteiten van de coördinatie van Hervorming 107.

Dat het netwerk zich doorzet als standaardmodel om de veranderingen in de zorgsystemen te bewerkstelligen, valt te verklaren door het complexe karakter van de zorgsystemen, en de relatieve autonomie van de medische hulpverleners binnen die systemen (D'Amour et al., 2008). Het netwerk is immers een flexibele organisatievorm, geschikt voor systemen in een complexe en veranderlijke omgeving die meerdere juridisch onafhankelijke

organisaties telt. Bovendien kan de coördinatie op verschillende manieren worden ingevuld, met een verschillende mate aan centralisatie en verschillende types van actoren die verantwoordelijkheid dragen (Provan & Kenis, 2008). We maken eerst en vooral een onderscheid tussen gecentraliseerde coördinatie, waarbij één of een klein aantal organisaties verantwoordelijk is voor het coördineren van het netwerk, en gedecentraliseerde coördinatie, waar de verantwoordelijkheid ligt bij alle leden van het netwerk. In dat laatste geval wordt het netwerk een zelfsturend geheel (Rhodes, 1996). Daarnaast kan er een onderscheid gemaakt worden op basis van het type actor dat voor de coördinatie instaat, vooral bij een gecentraliseerde coördinatie. De verantwoordelijke actor(en) kunnen intern of extern zijn: intern gaat het om professionele organisaties die binnen het systeem een coördinerende taak hebben, terwijl externe actoren meestal administratieve overheidsagentschappen zijn. In het vervolg van dit hoofdstuk zal duidelijk worden dat de zorgnetwerken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zowel door interne als door externe actoren worden gecoördineerd, en dat meerdere interne actoren daarbij voor zichzelf een coördinerende rol opeisen.

Bij gemandateerde netwerken, opgezet door een autoriteit die los staat van het netwerk en de leden ervan (Rodríguez et al., 2007), zou de keuze voor de vorm van coördinatie niet aan de orde moeten zijn (Provan & Kenis, 2008). De externe autoriteit bepaalt dan immers hoe de coördinatie moet functioneren. Maar aangezien verder zal blijken dat het bestuursmodel dat voor de geestelijke gezondheidsnetwerken in België wordt voorgesteld sterk omstreden is, lijkt het toch pertinent om te bekijken onder welke omstandigheden een gecentraliseerde dan wel gedecentraliseerde coördinatie door interne dan wel externe actoren aangewezen is.

Uit de wetenschappelijke literatuur en de hinderpalen voor samenwerking die in het vorige deel van dit verslag werden geïdentificeerd, halen we drie criteria die kunnen helpen om te bepalen wanneer de ene vorm van coördinatie te verkiezen valt boven de andere: het vertrouwen tussen de partners, de omvang van het netwerk en de vraag in hoeverre de doelstellingen van het netwerk door alle leden gedeeld worden (Provan & Kenis, 2008). Wanneer er een groot vertrouwen heerst tussen de leden van een netwerk kan de coördinatie steunen op rechtstreeks onderling contact en is gedecentraliseerde coördinatie een optie. Heerst er weinig vertrouwen, dan zal de coördinatie gecentraliseerd moeten zijn, waarbij het contact tussen alle leden onderling dan vervangen wordt door bilaterale contacten tussen de centrale organisatie en elk van de leden van het netwerk. Het criterium van de omvang vult het eerste criterium aan. Hoe omvangrijker een netwerk is, hoe meer leden het telt, hoe moeilijker het wordt om een vertrouwensband te scheppen tussen alle leden en de coördinatie te laten steunen op rechtstreeks contact tussen de leden zelf.

Voor een ruimer netwerk zal gecentraliseerde coördinatie dan ook beter geschikt zijn. Ten slotte is er nog de vraag in hoeverre de leden van het netwerk dezelfde doelstellingen nastreven. De doelstellingen kunnen betrekking hebben op een bepaalde doelgroep of dienst, bijvoorbeeld gemeenschapsgerichte zorg, maar ook op een bepaalde werkwijze. In een netwerk met een ruime consensus over de doelstellingen is gedecentraliseerde coördinatie aangewezen, terwijl het bij meer omstreden netwerkdoelstellingen beter is om de coördinatie toe te vertrouwen aan één of een klein aantal organisaties.

In dit hoofdstuk onderzoeken wij de coördinatie van de gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest aan de hand van drie vragen. Ten eerste gaan wij na welk principe en welke visie schuilgaan achter de coördinatie op het hoogste niveau, met andere woorden op het niveau van de beleidsmakers. De vragen, allianties en tegenkantingen met betrekking tot die visie komen eveneens aan bod. Ten tweede bestuderen wij de politieke aansturing, met andere woorden de middelen waar de overheden over beschikken om als externe actoren, de implementatie van de hervorming te coördineren. Daarbij zullen een aantal voordelen maar vooral beperkingen aan het licht komen. Ten derde gaan wij in op de aansturing op regionaal niveau, waarbij we zullen zien dat er een controversie bestaat omtrent het aanduiden van de interne actoren die verantwoordelijk zijn voor de coördinatie.

4.1 HET MODEL MET VIJF FUNCTIES : EEN OMSTREDEN BASISPRINCIPE

Hervorming 107 werd uitgewerkt om de structurele organisatielogica die sinds de jaren '60 de ontwikkeling van het systeem mogelijk maakte, te vervangen door een functionele logica. Zoals in de inleiding werd uitgelegd, wordt de zorg bij een structuurgebonden logica georganiseerd vertrekkende vanuit het bestaande aanbod. De actoren die het recht hebben om beslissingen te nemen over de organisatie van het aanbod zijn in dat geval diegenen die het aanbod vertegenwoordigen, met andere woorden verenigingen en beroepsfederaties uit de sector. Bij een functiegebonden logica daarentegen wordt de zorg georganiseerd vanuit de zorgfuncties, waardoor de gebruiker weer centraal komt te staan. Actoren met beslissingsbevoegdheid zijn in dat geval de vertegenwoordigers van de vijf functies die in de inleiding werden toegelicht, terwijl de besluitvorming wordt gestuurd door de behoeften van de gebruikers en niet door de mogelijkheden van de bestaande zorginstaties.

Wat het aansturen van het geestelijke gezondheidsstelsel betreft, heeft Hervorming 107 wel degelijk tot doel om de functionele logica te hanteren als kernprincipe voor de organisatie en coördinatie van

de zorg. Volgens een Belgische deskundige *“schuilt de standaardisering [die beoogd wordt met Hervorming 107] vooral in de achterliggende filosofie, de algemene benadering. Die veronderstelt dat de verschillende spelers willen samenwerken en de cultuur willen veranderen, opdat de zorgdiensten en -instanties zouden werken voor de gebruikers, en niet omgekeerd”* (Thunus, 2015 : 140).

De functionele logica is eveneens zinvol als veranderingsstrategie, en dat aspect lijkt de doorslag te geven. De keuze voor een functionele logica maakte het immers mogelijk om spelers van buiten het domein van de geestelijke gezondheid bij de hervorming te betrekken. Die spelers zijn spelers “van de tweede kring”, in tegenstelling tot diensten voor psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg die behoren tot de “eerste kring”. Een deskundige verwoordt het als volgt : *“Het model is een algemeen model waarin zowel residentiële als ambulante mogelijkheden een plaats hebben. Als wij ons geconcentreerd hadden op specifieke dienstverleningen binnen het zorgsysteem, dan hadden we heel wat plaatselijke mogelijkheden buiten beschouwing gelaten. Wij hebben daarom inclusieve functies bepaald, die passen bij onze globale benadering, en waarbinnen alle relevante mogelijkheden een plaats kunnen krijgen”* (Thunus, 2015).

Die verduidelijking is belangrijk, omdat de functionele logica inhoudt dat er meer samengewerkt zal worden met structuren van buiten de gezondheidszorg, en er dus mogelijk middelen naar de desbetreffende sectoren zullen vloeien, zoals de sociale sector of de sector van loopbaanbegeleiding. Uit recent onderzoek blijkt echter dat de spelers in de zorgsector zich door de band genomen graag tot de gezondheidssector rekenen, die vanaf de jaren 1960 tot nu heeft bijgedragen tot de ontwikkeling en professionalisering van het systeem van geestelijke gezondheidszorg : *“De geestelijke gezondheid plukt vruchten van haar band met de gezondheid ; de link met de notie ‘gezondheid’ is van onnoemelijk groot belang, en als je geestelijke gezondheid naar de sociale sector overhevelt, dan doorbreek je die link, en maak je de sector armer”* (gesprek met een directeur van een psychiatrisch ziekenhuis, Thunus 2015). De vrees dat middelen van de geestelijke gezondheidszorg zullen worden overgeheveld naar onder meer de sociale sector blijft onderhuids aanwezig in het debat tussen de voorstanders van een structuurgebonden dan wel functiegebonden logica.

In het werkveld is de functionele logica omstreden. Volgens sommige zorgverleners *“komen er op die manier alleen maar hokjes bij”*, terwijl *“de hervorming net bedoeld is om zoveel mogelijk los te komen van het hokjesdenken”* (netwerkcoördinator). Andere zorgverleners zijn teleurgesteld in de functionele werkgroepen, die erg administratief gericht zijn waardoor er nauwelijks tijd is voor het bespreken van transversale onderwerpen die van belang zijn voor de werkelijke behoeften op het terrein. Bijgevolg beslisten sommige leden van de functiecomités – werkgroepen be-

last met het uitwerken van nieuwe praktijken en werkprocedures binnen elke antenne – (cf. uitleg in de inleiding van dit verslag) om *“niet langer aan de vergaderingen deel te nemen”* (psychologe, IBW), terwijl een aantal antennes *“de functiecomités op papier laten bestaan om administratieve redenen, en daarnaast nog extra werkgroepen oprichten”* (netwerkcoördinator).

Bovendien is het relevante geografisch gebied voor elke functie verschillend, en dat ondanks het feit dat de functies uitgerold moeten worden in de geografische gebieden van de Netwerken 107. Zo zou functie 1 bijvoorbeeld slaan op een *“gebied dicht bij de gebruiker, meer op wijk-niveau of op gemeentelijk niveau”* (netwerkcoördinator). Functie 2 daarentegen – mobiele psychiatrische zorg, acuut of chronisch – zou een ruimer grondgebied kunnen beslaan, in het ideale geval zelfs het hele gewest, hoewel er in Brussel rekening moet worden gehouden met de mobiliteitsproblemen.

Zorgverleners en coördinatoren die niét tegen het functiegebonden model zijn, erkennen dat de sector niet langer toegespitst is op het zorgaanbod en de organisaties : *“het nuttigste is dat er nu gedacht wordt in functies, en niet langer in organisaties. Dat is nieuw denk ik... en helaas volgt het federale niveau niet consequent de eigen logica”* (netwerkcoördinator).

Naast het strategische aspect van het functionele model, vermelden de coördinatoren die er voorstander van zijn nog het feit dat het dient als *“denkkader”* waarbinnen kan worden *“geëxperimenteerd”* (netwerkcoördinator), of nog het bestaan van *“werkgroepen voor elke doelstelling... die op verzoek bijeenkomen”* (netwerkcoördinator).

Die opmerkingen lijken op het eerste zicht te getuigen van het strategisch belang van het functionele model, dat het organisatorische denkwerk verschuift naar de behoeften van de gebruikers, en weg van de structuren. De organisatie van de zorg volgens vijf functies is echter erg omstreden, net als de bijhorende functiecomités, die soms niet meer vergaderen of alleen maar op papier bestaan.

De aanpassingen die hier en daar worden aangebracht kunnen wijzen op een conflict tussen een beroepslogica die best kan leven met samenwerkingsmechanismen gebaseerd op wederzijdse herschikkingen, en een coördinatielogica die gebaseerd is op toezichtsmechanismen. (Robelet, Serré, & Bourgueil, 2005). In dat geval verwerpen de betrokken actoren het administratieve luik van het functiemodel, dat hun werd opgedrongen door een externe factor – het nationale beleid, dat op die manier probeert om de implementatie van de hervorming op een gecentraliseerde wijze te coördineren.

De plaatselijke aanpassingen tonen heel precies welke problemen de overheden hebben bij het coördineren van

de hervorming van het systeem en bij het introduceren van het functionele model als nieuwe norm. Om het te zeggen met de woorden van een hierboven geciteerde zorgverlener : *“Het federale niveau volgt niet consequent de eigen logica”*.

De moeizame introductie van de nieuwe organisatie van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg heeft alles te maken met de verdeling van de bevoegdheden op politiek niveau : die verhindert een globale benadering van de coördinatie van de hervorming, terwijl de hervorming net op alle vlakken een globale benadering wil promoten. In die context lijkt het functionele model er dan toch in te slagen om de actoren in beweging en tot een andere denkwijze te brengen. Door het ontbreken van een geïntegreerde coördinatie, wordt de vraag naar de aansturing van de beweging en de denkoefening door de bevoegde autoriteiten overgelaten aan het werkveld zelf, en in de Brusselse antennes dan ook op uiteenlopende manieren geregeld.

Tot slot moet benadrukt worden dat de plaatselijke aanpassingen niet zonder gevolgen zijn voor de aansturing, onder meer doordat de overheid op die manier permanent te weinig informatie krijgt. Door de plaatselijke aanpassingen heeft elke antenne haar eigen eigenaardigheden, en ontstaat er een groot verschil tussen de formele taken van de antennes, zoals die door de overheid worden ervaren, en hun echte activiteiten. Doordat het door de overheid veronderstelde of ervaren takenpakket losgekoppeld wordt van de reële antenne-activiteiten – *“decoupling”* (Lega, Longo, & Rotolo, 2013) – wordt de mogelijkheid om het coördinatiemodel aan te passen volgens de evoluties van Hervorming 107 grotendeels uitgehold. Een nauwkeurig onderzoek naar de reële werking van elk netwerk en elke Brusselse antenne zou een goede basis vormen voor het (her) bekijken van de aansturing tijdens de tweede fase van de hervorming.

Kortom : de visie en het organisatorisch principe die op het hoogste niveau van het systeem van de geestelijke gezondheidszorg werden geformuleerd zijn duidelijk controversieel. In de twee volgende hoofdstukken wordt bestudeerd welke middelen deze visie hanteert, m.a.w. de instrumenten die gebruikt worden voor de coördinatie van de implementatie ervan. Het gaat daarbij zowel om “harde” regelingsmechanismen zoals de financiering, als om “zachtere” mechanismen, zoals de coördinatiefunctie.

4.2 EXTERNE COÖRDINATIE EN ONBEDOELDE INTERNE NEVENEFFECTEN

Alle zorgverleners die aan ons onderzoek meewerkten, verlangen naar meer overleg gepleegd tussen de bevoegde instanties van de verschillende sectoren, en dan vooral de residentiële en de ambulante zorgsector. Meer overleg zou de coördinatie van het geestelijke gezondheidssysteem in ruime zin ten goede komen. Bovendien zou bijkomend overleg op politiek niveau met de bevoegde instanties voor werkgelegenheid, welzijn en huisvesting de geestelijke gezondheidssector helpen om sectoroverschrijdende partnerschappen te sluiten. Die partnerschappen kunnen in de tweede fase van de hervorming een waardevolle bijdrage leveren voor het bereiken van de doelstellingen op het vlak van sociale inclusie en re-integratie op de arbeidsmarkt, om redenen die in de het eerste deel van dit onderzoeksverslag werden uiteengezet. De toekenning van specifieke bevoegdheden aan het Brussels Gewest kan daarvoor zeker als hefboom fungeren.

De strategie van de federale autoriteiten voor de coördinatie van de implementatie van Hervorming 107 wordt door de zorgverleners echter ernstig in vraag gesteld. Coördinatie vergt beslissingen, niet alleen over de te bereiken doelstellingen, de visie en de kernprincipes, maar ook over de mogelijkheden en middelen die nodig zijn om die doelstellingen te bereiken. Vooral de beslissing om de hervorming te financieren via artikel 107 van de ziekenhuiswet (zie inleiding) wordt sterk bekritiseerd. Die beslissing, die genomen werd terwijl andere mogelijkheden nog werden afgetast, is wettelijk verankerd, en beïnvloedt de verdeling van de werkingsmiddelen binnen het systeem op lange termijn. Om die reden beschouwen wij dit als een “hard” mechanisme. Als gevolg van die beslissing worden de middelen geconcentreerd in de residentiële zorg, waardoor de ambulante zorg opzij geschoven wordt, wat gezien de globale strekking van de hervorming niet bepaald consequent is : *“Dat is een mankement van deze hervorming. Ze hebben de ambulante zorg uit het oog verloren. En de ambulante sector zelf laat dat zomaar gebeuren”* (Netwerkcoördinator). De zorgverleners noemen twee perverse gevolgen van het financieringsmechanisme :

HET EXTERNALISEREN OF “MOBILISEREN” VAN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

Door de manier waarop de hervorming wordt gefinancierd, krijgen de psychiatrische ziekenhuizen veel macht over de implementatie ervan. In de praktijk heeft dat tot gevolg dat de middelen en de aandacht geconcentreerd worden op de tweede functie ; het opzetten van mobiele teams. Ondanks de communicatie-inspanningen van de kant van de federale overheid, die hamert op het globale karakter van de hervorming,

blijven sommige spelers meer belang hechten aan de tweede functie : *“Binnen die 5 functies is het vernieuwende de functie F2, de rest bestaat al. F2, mobiele teams, dat is nieuw”* (vertegenwoordiger van een beroepsfederatie).

Die spelers beschouwen de mobiele teams als een soort paard van Troje, dat ten dienste staat van de overtuiging dat *“het ziekenhuis een uitstraling moet hebben die veel verder reikt dan de buitenmuren ervan, het moet een zorgverlenende rol opnemen buiten de ziekenhuismuren”* (idem). Die “externalisering” van het ziekenhuis, mogelijk gemaakt door de mobiele teams, wordt door de zorgverleners die aan het onderzoek meewerkten vaak bekritiseerd : *“Ik vind dat de hervorming zijn doel voorbijschiet, of ... laten we zeggen dat de hervorming tot doel had om het aantal ziekenhuisbedden te verlagen... en dus om... te komen tot een beter evenwicht tussen residentiële en ambulante zorg.... Maar wat gebeurt er ? Het zijn de ziekenhuizen die... mobiele teams samenstellen, bemannen met het nodige personeel... En dus maakt het verstrekken van ambulante zorg de ziekenhuizen nog belangrijker...”* (Netwerkcoördinator).

Het eerste onbedoelde neveneffect is dus dat *“het ziekenhuis externaliseert”*. Daardoor wordt de aloude concurrentie tussen ambulante en residentiële zorg verder versterkt, zij het in een licht hertekende vorm : de geestelijke gezondheidssector wordt nu geconfronteerd met de psychiatrie van een “mobiel ziekenhuis”. Dat perverse lijkt op het bestaan van een ideologisch conflict te wijzen, omdat sommige psychiaters van de mobiele teams expliciet aangeven hun werk minder vanuit een medische invalshoek te benaderen, zoals ook al bleek in het stuk over de verschillen in beroeps cultuur (hoofdstuk Samenwerking). De ideologieën zijn belangrijk omdat zij, zoals wij hebben aangetoond, de relaties tussen zorgverleners sterk beïnvloeden.

MOBIELE TEAMS EN HET GEMEENSCHAPSWEEFSEL

Het tweede onbedoelde neveneffect is concreter : doordat het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen vermindert en de ziekenhuisverblijven korter worden, zijn er te weinig middelen om een meer doorgedreven opvolging te garanderen in de leefomgeving. De mobiele teams, die een nieuw publiek aantrekken, kunnen de geschrapte bedden niet vervangen. Bovendien kunnen zij maar een beperkte tijd begeleiding bieden. Het is dan ook nodig dat niet alleen de ziekenhuizen, waar de verblijven korter worden, maar ook de mobiele teams worden aangevuld met andere vormen van ambulante en vermaatschappelijke zorg. Net dat punt ligt echter problematisch. Enerzijds krijgt de ambulante zorg noch de benodigde middelen, noch een duidelijke oproep om zijn stem te laten horen in de hervorming. Anderzijds zijn de mobiele teams, als verlengstuk van de ziekenhuizen, niet overal op dezelfde manier geïntegreerd in de vermaatschappelijke zorg.

Om dat aan te pakken, zet het federale niveau voor het ogenblik vooral in op het versterken van de mobiele teams. Volgens de zorgverleners kan het ook helpen om erop toe te zien dat *“de rest beter werkt”*, met andere woorden dat de begeleiding door de mobiele teams kan worden overgenomen door een dienst voor vermaatschappelijke zorg, niet alleen door meer middelen te voorzien voor ambulante en vermaatschappelijke zorg, maar ook door de mobiele teams aan te moedigen om op zoek te gaan naar opvolgers.

Netwerkcoördinator : *“Ik denk dat de mobiele teams voor chronische zorg niet bij de ziekenhuizen zouden moeten horen, maar bij de DGG’s... Bij mentale handicap werd de psychiatrische functie geschrapt. Als je geconfronteerd wordt met een dubbele diagnose worden de zaken dan wel moeilijk. En nu wil men veel geld uittrekken voor een mobiel team dat gaat proberen om als tussenpersoon te fungeren, te sensibiliseren, enz. Hetzelfde geldt voor de DGG’s, voor hen wordt het steeds moeilijker om psychiaters te vinden. Dan hebben de DGG’s geen psychiater meer, en dus gaat het mobiel team er dan maar heen... Dat is toch niet de bedoeling !”*

De zorgverleners die aan het onderzoek meewerkten zien drie mogelijke voordelen in het versterken van de ambulante zorg : ten eerste, het feit dat het bovenvermelde ideologisch conflict gesust wordt ; vervolgens dat de bestaande expertise in de ambulante sector naar waarde geschat wordt en kan worden doorgegeven aan de leden van mobiele teams ; en ten slotte, de mogelijkheid om snel een alternatief te vinden voor de mobiele teams als de gebruiker niet langer thuis wil zitten te wachten :

Netwerkcoördinator : *“Laten we onthouden dat de mensen nog mobiel zijn, en aanvaarden dat dat zo is, dat is ook een vorm van respect en herstel... Ze moeten niet thuis zitten te wachten tot iemand langskomt... Ik heb een patiënt die zijn huis niet meer uit kan omdat er 5 dagen per week iemand bij hem langskomt. Hij zit vast, omdat hij thuis moet zijn als de zorgverleners langskomt.”*

Samengevat : de zorgverleners hebben kritiek op twee perverse effecten van het financieringsmechanisme van de hervorming : enerzijds de externalisering van het psychiatrisch ziekenhuis, die het conflict tussen residentiële en ambulante zorg omvormt tot een conflict tussen psychiatrie en geestelijke gezondheid, en anderzijds het gebrek aan middelen in de ambulante zorg en het feit dat het mobiele aanbod maar erg weinig geïntegreerd is in het vermaatschappelijke zorgweefsel. Het moet evenwel vermeld worden dat die controverse niet uitmondt in algemene kritiek op psychiatrische ziekenhuizen. Zoals blijkt uit het onderstaande fragment

uit een focusgroepgesprek zijn de zorgverleners vooral ontevreden over de kloof tussen de uitgangspunten en visie van de hervorming, en de luttele middelen die worden uitgetrokken om die visie in de praktijk toe te passen.

Psycholoog, DGG : *“Het moet toch wel gezegd dat die hervorming niet van beneden uit komt, en daarom fout is ! De WHO heeft gezegd dat het aantal ziekenhuisbedden in België te hoog was. België heeft het aantal bedden in de psychiatrie moeten terugdringen, en de ziekenhuizen hebben gezegd : ‘Oké, dat doen we, maar we houden wel het geld’. Zo is het gegaan ! [Algemene instemming]*

Huisarts, WG : *“Maar het idee van de WHO, patiënten verzorgen zo dicht mogelijk bij de thuisomgeving, dat werd wel overgenomen. Het is een heel mooi idee, maar om die mensen in hun leefomgeving te kunnen helpen zijn er middelen nodig, en die middelen zijn er niet gekomen. En tegelijkertijd weten we dat we de psychiatrische instellingen ook nodig hebben”.*

Administratief directrice, opvangcentrum voor mensen in precare levensomstandigheden : *“Ja, natuurlijk, die moeten we te vriend houden !”*

Huisarts, WG : *“Absoluut, voor sommige mensen is zorg in een instelling de beste oplossing. Het is sowieso beter om ze op te nemen in een instelling waar ze zorg krijgen dan om ze op straat te laten leven. In de straten van Brussel zie je er steeds meer op de grond zitten !”*

Administratief directrice, opvanghuis voor mensen in precare levensomstandigheden : *“Vreselijk is dat !”*

Huisarts, WG : *“Ik denk dat we stilaan terugkeren naar 19de-eeuwse toestanden. We moeten de instellingen beschermen, die hebben we net zo nodig.”*

Psycholoog, DGG : *“Als de rest beter zou werken, zouden we kunnen evolueren naar kortere ziekenhuisverblijven, dan zou er een netwerk zijn, zouden we meteen van start kunnen gaan...”*

4.3 DE COÖRDINATOREN VAN NETWERKEN 107 OF “ANTENNES”

Bij de coördinatie op lokaal niveau gaat het niet om “harde” financiering, maar om “zachte” mechanismen, gericht op het “doen sporen” van de verschillende elementen. Er komt van de zorgverleners geen kritiek op het feit dat de coördinatoren van plaatselijke netwerken voor de implementatie van de hervorming een centrale rol werd toebedeeld, maar er komen wel opmerkingen in verband met de vaardigheden die voor het uitvoeren van die functie vereist zijn. Dat aspect wordt hieronder verder uitgediept.

De Brusselse antennes hebben elk hun specifieke activiteiten en zienswijze, met meer of minder samenwerking. De plaatselijke coördinatoren kunnen een grote invloed hebben op de ontwikkeling van hun netwerk of “antenne”, doordat zij hun stempel kunnen drukken op het plaatselijke project : bepalen van een zienswijze, organiseren van vergaderingen, selecteren van deelnemers, bepalen van de agenda, opstellen van verslagen, en doorgeven van informatie.

Kenmerkend voor het werk van de coördinatoren is dat zij enerzijds van het federale niveau de taak kregen om Hervorming 107 uit te voeren met respect voor het globale karakter ervan, terwijl zij anderzijds gebonden zijn aan de realiteit van de financiering. Dat houdt bijvoorbeeld in dat hun functie voor de mobiele teams via de psychiatrische ziekenhuizen gaat. De coördinatoren zijn dus contractueel afhankelijk van de ziekenhuizen. Dat statuut schept problemen in verschillende Belgische netwerken en subsectoren, omdat de coördinatoren ofwel beschouwd worden als “ambtenaren van de FOD Gezondheidszorg”, ofwel als “marionetten van de psychiatrische ziekenhuizen”. (Thunus, 2015). In Brussel lijkt dat probleem evenwel niet te bestaan : de coördinatoren worden er in het algemeen beschouwd als personen die “werken voor het netwerk” (netwerkcoördinator). Volgens de coördinatoren zelf is hun taak ingewikkeld, en vereist die specifieke vaardigheden die niet noodzakelijk overal in dezelfde mate aanwezig zijn.

De coördinatoren werken per definitie in een erg onstabiel werkveld. Zij bevinden zich op een kruispunt van instellingen en sectoren met uiteenlopende belangen en moeten desondanks proberen om bij iedereen goede wil los te weken – zij kunnen worden omschreven als “boundary-spanners” (Paul, 2011). Zij laveren voortdurend tussen verschillende beroeps culturen en zienswijzen en moeten proberen om iedereen op één lijn te krijgen, en zijn daarom ook “knowledge brokers” (Weber & Khademian, 2008). Bovendien bekleden zij contractueel en hiërarchisch gezien een delicate positie, omdat ze zowel controleren als gecontroleerd worden (Radaelli & Sitton-Kent, 2016), en tegelijk staan ze “in” en “tussen”

het psychiatrisch ziekenhuis waar ze voor werken, en het federale niveau dat hen opdroeg om de implementatie van de hervorming op het terrein in goede banen te leiden.

Voor het succesvol uitvoeren van hun taak zijn zij dus altijd afhankelijk van andere personen, groeperingen of organisaties, die er verschillende zienswijzen op nahouden. Zij staan niet boven die personen. Hun belangrijkste werkmiddelen zijn *van relationele aard*: de banden die zij smeden, de samenhang die zij creëren, de formele en informele steun die hen wordt toegezegd, en hun vermogen om al die elementen samen ten dienste te stellen van een welbepaalde visie :

Netwerkcoördinator : *“Wij moeten alert zijn wanneer iemand iets signaleert... kleine dingen die gaan in de richting van wat wij willen. We moeten dan die persoon ondersteunen, zo wordt alles beetje bij beetje opgebouwd. Mijn taak is om mensen te ondersteunen. Ik kom niet aandragen met mijn eigen standpunt of eigen beloften. Als ik al iets bepaal, dan gaat dat vooral via mijn selectie van wie en wat ik ga steunen.”*

Banden smeden tussen verschillende onderdelen van het netwerk vereist talrijke verplaatsingen. De coördinatoren zijn nomaden : *“Mijn nuttigste werkmiddel ? ... Mijn rugzak. Die reist de hele regio rond”* (Netwerkcoördinator). Het coördineren wordt makkelijker voor coördinatoren die beschikken over een aantal specifieke vaardigheden. Wij stelden vast dat voor het opzetten van het Regionaal netwerk een aantal vergader- en projectgebonden vaardigheden lijken te ontbreken. In de antennes zijn dan weer vele vaardigheden aanwezig, maar ongelijk verdeeld. Met andere woorden : alle antennecoördinatoren zijn kampioen in een van de hierboven vermelde vaardigheden, maar bezitten de andere minder of niet.

In het algemeen worden de antennecoördinatoren in Brussel niet beschouwd als vazallen van de ziekenhuizen ; zij *“werken voor het netwerk”*, en zijn in staat om te zeggen *“Nee, dat is mijn taak, u gaat mij niet vertellen wat ik wel of niet moet doen.”* (Netwerkcoördinator).

Op het vlak van de vereiste bijzondere vaardigheden benadrukken sommige coördinatoren in de loop van het onderzoek dat het belangrijk is om een overkoepelend doel te hebben, wat de inspanningen in een bepaalde richting stuurt : *“Voor ons is het gemakkelijk... wij moeten de zorg vermaatschappelijken... onze inspanningen zijn gericht op dat doel”* (Netwerkcoördinator). Het doel kan voortvloeien uit een ideologie en een beroepservaring, en/of uit de wetenschappelijke literatuur, die : *“een idee geeft van wat mogelijk is, van wat in andere landen al gebeurde”* (Netwerkcoördinator). Zoals een coördinator suggereert, stuurt een dergelijke doelstelling de inspanningen in een bepaalde richting, het is niet *“een gedetailleerd*

plan van wat we samen gaan doen, want dat hangt van de spelers zelf af” (Netwerkcoördinator). Ten tweede, en bijgevolg, zou het werk van de coördinatoren vergeleken kunnen worden met maieutiek – *“Ik help ze om uiteindelijk te komen tot een gezamenlijke visie op de organisatie van de zorg”* (Netwerkcoördinator), wat *“maatwerk vereist, voor de verschillende zorgculturen, en soms helaas veel tijd vraagt”* (Netwerkcoördinator). Dat maatwerk om de visie telkens opnieuw te vertalen volgens de parameters van een specifieke constellatie is nooit af, en het resultaat ervan is doorgaans onzeker :

Netwerkcoördinator : *“Soms botsen twee ideologieën met elkaar... Kom je met de hervorming, en krijg je te horen ‘maar wij zitten helemaal niet in dat zorgmodel’... Kom je met organisatorische aspecten om bijvoorbeeld de zorgcontinuïteit of de toegankelijkheid van de zorg te onderbouwen... dan zien ze dat meteen als een cognitieve gedragsbenadering, enz. Je moet dat dan altijd weer vertalen naar hun realiteit, door bijvoorbeeld te wijzen op het kader. Alles is klaar, het werk kan van start gaan... Maar die inspanning van uitleggen en vertalen, die is telkens opnieuw nodig... Soms lukt het, soms niet.”*

Met goed beheerde projecten en vergaderingen zou de vertaalinspanning volgens sommige coördinatoren gevoelig kleiner worden, omdat er op die manier een *“sereen klimaat”* ontstaat (Netwerkcoördinatoren), in een context waar, zoals reeds vermeld, de actoren soms uitgeput/gefrustreerd zijn door de talrijke vergaderingen en de inhoud van de discussies. De coördinatoren in Brussel zijn niet allemaal even onderlegd in het leiden van vergaderingen. Zij leerden uit ondervinding dat het belangrijk is om te beschikken over :

Netwerkcoördinator : *“duidelijke agenda’s, duidelijke vergaderverslagen, coherente beslissingen... Een zo helder en doorzichtig mogelijk kader... om een continuïteit in de reflecties mogelijk te maken... weten waar je op steunt als je beslissingen neemt. Ik moest daar zelf extreem streng op zijn... En dus heb ik ook van meet af aan gelet op de manier waarop de dingen worden voorgesteld, georganiseerd. De manier van werken, conventies voor het houden van vergaderingen opdat vergaderingen altijd volgens hetzelfde stramien zouden verlopen. Dat geeft zekerheid, helpt om te weten waar je mee bezig bent, waar je precies zit.”*

Voor projectbeheer leggen zij de nadruk op communicatie en het doorgeven van informatie. Documenten, op papier en elektronisch, zijn een belangrijk werkmiddel voor de coördinatoren, die daarmee bepaalde aspecten van het netwerkdenken naar voren schuiven en beslissen op welke manier welke informatie verspreid zal worden. Zij geven daarbij echter

grif toe dat zij niet allemaal even bedreven zijn in het samenvatten en verspreiden van informatie en in het promoten van het netwerk via bestaande technologische kanalen en hulpmiddelen.

De bovenstaande resultaten laten zien dat de vaardigheden van de coördinatoren op het vlak van projectbeheer en het leiden van vergaderingen, versterkt moeten worden. Vergaderingen zijn voor hen het werkmiddel bij uitstek, daarmee smeden en onderhouden zij de banden in het netwerk. Maar als de vergaderingen niet goed verlopen, ontstaat er wantrouwen en frustratie. Vaardigheden versterken kan aan de hand van specifieke opleidingen, maar ook door meer overleg met andere Brusselse, Vlaamse en Waalse netwerken, waar ook niet altijd alle benodigde vaardigheden in dezelfde mate aanwezig zijn. Tot slot vormen doelgerichtheid en kennis over “wat elders gebeurt” en “wat mogelijk is” belangrijke hulpmiddelen. Het lijkt dan ook geen slecht idee om de coördinatoren aan te moedigen om nu en dan een kijkje te gaan nemen bij andere netwerken.

In het voorgaande werden de “harde” mechanismen besproken, die verband houden met de financiering, en “zachtere”, flexibelere mechanismen. De beide soorten zijn van strategisch belang om tot een paradigmawissel te komen (Hall, 1993); een verandering in de waarden en organisatieprincipes die in een systeem dominant zijn. De vaststellingen die in dit hoofdstuk werden opgenomen maken echter duidelijk dat verdere aanpassingen aan de doelstellingen van de hervorming nodig zijn: enerzijds door een evenwichtiger verdeling van de middelen over de residentiële en de ambulante zorgsector, en anderzijds door een betere opleiding van de netwerkcoördinatoren.

4.4 DE COÖRDINATIE OP GEWESTELIJK NIVEAU

De vorige onderdelen gingen over de coördinatie op politiek niveau, door een speler van administratieve aard die buiten het professionele systeem staat, namelijk de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Wat nu volgt zal gaan over de interne coördinatie binnen het professionele systeem. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is die vraag sinds de oprichting van een “Regionaal netwerk” bijzonder actueel.

De ontwikkeling van een gewestelijke coördinatie is volgens de betrokkenen een gevolg van het feit dat de huidige minister van Volksgezondheid streeft naar één enkel Project 107 in het Brussels Gewest. Dat streven wordt echter ervaren als tegenstrijdig, zowel met “*de opzet van de hervorming, die de zorg wil verlenen in de dichte leefomgeving van de patiënt, wat inhoudt dat de drempel van ongeveer 300 000 inwoners niet wordt overschreden*” (netwerkcoördinator), als met de diversiteit van het Brussels model waar velen graag prat op gaan. Dat model,

dat weliswaar “*enigszins chaotisch*” is en “*niet geordend volgens een welomlijnde theorie*” (Netwerkcoördinator), maakt het mogelijk om met het gespecialiseerd en gedifferentieerd aanbod qua instanties en binnen de antennes, creatieve en flexibele antwoorden te bieden die aangepast zijn aan de specifieke behoeften van bepaalde doelgroepen en/of gebieden. De gewestelijke coördinatie wil dat aanbod behouden en tegelijk komen tot een “*samenbundeling*” gericht op “*de dingen die samen besproken kunnen worden*” (Netwerkcoördinator). De betrokkenen die aan het onderzoek meewerkten zijn het erover eens dat het Brussels model een meerwaarde biedt en dat gewestelijke coördinatie als “*compromis*” (Netwerkcoördinator) een antwoord kan bieden op de politieke verwachtingen zonder dat model helemaal overhoop te gooien. Over hoe deze “coördinatie van de coördinaties” er precies uit moet zien lopen de meningen echter bijzonder sterk uiteen.

WIE SLOKT WIE OP?

Om de “coördinatie van de coördinaties” te organiseren, werden zowel een Regionaal netwerkcomité (CCR) als gewestelijke werkgroepen opgericht. Bij het instellen van het CCR is de vraag “*wie verslindt wie*” (Netwerkcoördinator). Het probleem komt “*van de overlappende bevoegdheden van het Overlegplatform voor de geestelijke gezondheid gebied Brussel-Hoofdstad (OPGG) en van het CRR... die zich beide op hetzelfde grondgebied bevinden en een gelijkaardige taak hebben*” (Netwerkcoördinator). De overlappende bevoegdheden hebben te maken met de vertegenwoordiging van en het overleg tussen de leden van het OP enerzijds, en de antennes anderzijds. Bovendien heeft de recente wijziging van de taken van het OP daar nog de coördinatie van het geestelijke gezondheidsbeleid aan toegevoegd.

Het is duidelijk dat de verdeling van de taken tussen het jonge CCR en het platform, die allebei belast zijn met het coördineren van de implementatie van het geestelijke gezondheidsbeleid en de regionale projecten, een uitdaging vormt. Voor sommige zorgverleners “*dient het regionale comité zich alleen bezig te houden met projectbeheer op macro-niveau. ... En eventueel met het nemen van beslissingen als er geselecteerd moet worden...*” (Netwerkcoördinator). Andere zorgverleners willen dan weer de taak van het OPGG overnemen, “*het opstellen van strategische plannen voor het gezondheidsbeleid in de regio. ... Gevalideerde projecten... die moeten worden uitgevoerd. Ik denk dat die taak meer weggelegd is voor de mensen van het werkveld, dus voor het CRR en in tweede instantie de antennes...*” (Netwerkcoördinator). Die twee standpunten staan niet noodzakelijk lijnrecht tegenover elkaar, maar zijn wel de bron van mogelijke bevoegdheidsconflicten. Een duidelijke afbakening van de verantwoordelijkheden van zowel het CRR en het OPGG op het vlak van besluitvorming en coördinatie van het gezondheidsbeleid op het terrein lijkt zich dus op te dringen.

De gewestelijke coördinatie kan gebeuren via verschillende modellen, van volledige fusie tot volledige onafhankelijkheid. Volledige fusie zou inhouden dat de Raad van Bestuur van het platform omgevormd wordt tot een Regionaal netwerkcomité, bevoegd voor het coördineren van de vier antennes, zijnde de geestelijke gezondheidsnetwerken voor volwassenen. Het platform telt echter nog andere netwerken, met andere doelgroepen qua leeftijd en problematiek. Het fusiemodel was dus geen optie, net zomin als het model van volledige onafhankelijkheid, dat niet strookte met de politieke wil om tot één enkel netwerk te komen in het Brussels Gewest. Het eerste tussenmodel hield in dat er binnen het platform een werkgroep voor regionale coördinatie zou worden opgericht; het tweede dat het Regionaal netwerk een afzonderlijke vzw zou worden. Er is uiteindelijk geopteerd voor het tweede model, maar met de belofte om het CRR een plaats te geven in het platform en om een aantal bestaande werkgroepen die verband houden met het zorgaanbod in de antennes om te vormen tot gezamenlijke werkgroepen.

De actoren kozen dus voor gewestelijke coördinatie die voor haar besluitvorming niet afhankelijk is van het platform. Volgens sommige zorgverleners geeft dat een idee van het belang dat men hecht aan de vertegenwoordiging van zowel de "lokale dynamiek" (Netwerkcoördinator) – de antennes – als de beroepsfederaties – het OPGG:

Netwerkcoördinator : *"Het verschil zit hem in de manier waarop de vertegenwoordiging is georganiseerd. De vertegenwoordiging op gewestelijk niveau is gebaseerd op de vier antennes. Het zijn dus de vier antennes die mensen gaan afvaardigen naar het Regionaal netwerk... Het platform is er dan weer voor vertegenwoordigers van de sector. Er is een evenwicht, niet geografisch, maar wel tussen residentiële zorg, ambulante zorg, ... En doorgaans sturen de beroepsfederaties hun vertegenwoordigers wel."*

De lokale dynamiek lag aan de basis van de ontwikkeling van de antennes en omvat spelers uit de sociale, culturele en verenigingssector, waarvan de logica – een antwoord bieden op lokale behoeften – mijlenver af staat van de politieke logica van de federaties – gericht op het bewaken van het evenwicht tussen sectoren, voorzieningen en beroepen:

Netwerkcoördinator: *"Ik denk dat het platform daar te ver van af staat... Er is geen overkoepelende visie. Voor ons is het niet moeilijk... wij hebben een visie op gewestelijke zorg... en onze acties gebeuren in dat kader"*

Netwerkcoördinator : *"Wij zijn er om de plaatselijke samenwerking met de wijkverenigingen, met... je weet wel. Wij ondersteunen de dynamiek op dat niveau. Het platform daarentegen is er om een zeker machtsevenwicht te bewaren tussen de grote*

macrodimensies... vertegenwoordigd door federaties die de hele Brusselse sector vertegenwoordigen."

Niet alle zorgverleners zijn het echter eens met de beslissing om de lokale dynamiek en de gemeenschapslogica te laten primeren op de professionele en sectorale belangen: *"Voor mij is het platform een interessant element... Sommigen willen er de hoofdrolspeler van maken, anderen voelen meer voor een bijrolletje... Nu zijn we tot een soort evenwicht aan het komen"* (netwerkcoördinator). Zij wijzen nog op andere uitdagingen in verband met de samenstelling van het CRR, zowel algemeen als met betrekking tot de antennes. *"De openheid tegenover spelers die van buiten de geestelijke gezondheid komen" blijft problematisch: "De mensen... gaan moeten zien dat het werkt... daar is tijd voor nodig"* (Netwerkcoördinator). Wat de vertegenwoordiging van de antennes binnen het CRR betreft, *"mag het niet zo zijn dat vier plaatselijke baronnen elkaar naar de kroon steken... en dat onze taak erin bestaat om te zeggen 'als het zo zit... een kwart voor jou, een kwart voor jou, enzovoort'"* (Netwerkcoördinator).

De regionale werkgroepen ten slotte zouden de vijf functies op gewestelijk niveau moeten vertegenwoordigen. Het lijkt aanvaard "dat zij werken waar de expertise zich bevindt, en vooral ook de actoren". Die expertise van het werkveld vormt input voor het coördinatiewerk van het CRR. De afbakening van de groepen zouden overeenkomen met de functies, en de regionale werkgroepen integreren die bestaan in het OP wanneer daar de tijd rijp voor is:

Netwerkcoördinator : *"Wij hebben één werkgroep per functie, dus vijf in totaal. We hebben daarnaast ook regionale werkgroepen per doelgroep... thematische werkgroepen ook nog... en we staan echt open... de werkgroepen bedoel ik, die staan helemaal open voor anderen. ... De huidige werkgroepen, bijvoorbeeld de werkgroep Huisvesting... daar moeten een paar actoren aan worden toegevoegd, en ook de werkwijze zal licht gewijzigd moeten worden."*

Kort gezegd verraadt de controverse over de oprichting van het CRR de gelijktijdige aanwezigheid van twee organisatiemodellen voor de zorg: ofwel aan de hand van voorzieningen vertegenwoordigd door federaties; ofwel aan de hand van antennes en de functies die zij vertegenwoordigen. Die twee principes worden gesteund door verschillende groepen spelers (Thunus & Schoenaers, 2017) die kunnen opgevat worden als een belangencoalitie of "advocacy coalition" (Sabatier, 2010), en een "epistemische gemeenschap" (Haas, 1992). Kenmerkend voor de belangencoalitie is dat zij verankerd is in de institutionele fundamenten van een systeem. Zij neemt de vorm aan van belangengroepen, waarin alle niveaus van het systeem zijn vertegenwoordigd. In ons geval worden de professionele, institutionele en sectorale belangen inderdaad vertegenwoordigd op politiek

niveau in het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering, en binnen het geestelijke gezondheidssysteem in de overlegplatforms. De “epistemische gemeenschap” is vager en gaat niet terug op een institutionele basis, maar eerder op ideeën die op internationaal niveau werden ontwikkeld en nationaal worden toegepast door “change managers”, onder wie de coördinatoren, zowel federaal als lokaal. De epistemische gemeenschap vormt evenwel de ruggengraat van Hervorming 107.

Het debat over de regionale coördinatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest laat zien hoe moeilijk het is om de belangen en waarden van de twee groeperingen met elkaar te verzoenen. De beslissing om de regionale coördinatie toe te vertrouwen aan een afzonderlijke structuur van het platform houdt in dat de afzonderlijke werklogica's naast elkaar zullen blijven bestaan, en niet geïntegreerd raken. Dat betekent voor de coördinatie dat het netwerk geen duidelijke en consensuele richting zal vinden, die nodig is om de activiteiten van de leden af te stemmen op de doelstellingen van de hervorming. In een dergelijke conflicterende context bestaat het risico dat de functionele logica, die de aandacht wilde verschuiven naar de patiënt en diens belangen, uiteindelijk even goed uitmondt in een hardnekkige verdediging van bevoegdheidsbelangen, met als enige verschil dat het nu om de belangen gaat van de werkgebieden van de antennes, eerder dan de structurendie vertegenwoordigd worden door de federaties. Het opnemen van spelers “van buiten de gezondheidszorg” in organen die kunnen beslissen over de verdeling van de middelen blijft omstreden : alle zorgverleners vrezen dat hun middelen zullen worden overgeheveld naar andere sectoren.

CHANGE MANAGEMENT

Het opzetten van regionale coördinatie brengt nog twee elementen in verband met *change management* met zich mee : het toegenomen aantal werkgroepen en vergaderingen, en de mogelijkheden en bevoegdheden die de coördinatoren hebben om de verandering in een bepaalde richting te sturen.

Eenzijds is het zo dat sommige zorgverleners, zoals eerder werd aangehaald, aan zeer veel vergaderingen moeten deelnemen, terwijl zij niet altijd overtuigd zijn van het belang van hun aanwezigheid. De coördinatoren die betrokken zijn bij het oprichten van het Regionaal netwerk vrezen dat het aantal werkgroepen en bijgevolg het aantal vergaderingen nog verder zal toenemen. Het integreren van de bestaande functie- en themawerkgroepen binnen het OP zou aangemoedigd kunnen worden. Er is ook meer duidelijkheid nodig over het statuut van de zorgverleners die worden uitgenodigd om aan de vergaderingen deel te nemen.

Anderzijds blijkt het opzetten van het Regionaal netwerkcomité niet van een leien dakje te gaan : *“Eigenlijk zijn die vergaderingen erg onaangenaam”* (Netwerkcoördinator). Twee elementen die helpen om die situatie te begrijpen zijn de taakverdeling bij de “coördinatie van de coördinaties”, en de overvolle agenda's en soms ontbrekende ervaring met het voorzitten van vergaderingen. Een zorgverlener vertelt : *“De gewestelijke coördinatoren die daarvoor verantwoordelijk zijn, hebben niet... hoe zal ik het zeggen... Zij kunnen eigenlijk geen leiding geven aan een groep... Ze slagen er niet in om bij het onderwerp te blijven, een gesprek in meerdere fases als een logisch geheel in goede banen te leiden, de bereikte conclusies vast te leggen... Zij laten het gesprek zijn gang gaan, laten iedereen zijn zegje doen maar het gaat alle kanten op... Sommige situaties zijn pijnlijk omdat het samenzijn niet geleid wordt, alle deelnemers worden er doodmoe van, en niemand heeft de indruk dat er iets bereikt werd.”*

Veel zorgverleners zijn de talrijke vergaderingen die bovendien niet goed geleid worden meer dan beu. Zij geven bovendien aan dat het gebrek aan leiding en focus in de vergaderingen de deur wagenwijd openzet voor vertegenwoordigers van organisationele en professionele belangen die hun standpunt maar al te graag uit de doeken doen en er zodoende voor zorgen dat de vergaderingen het vooropgestelde doel niet bereiken.

SAMENGEVAT

Dit hoofdstuk was gewijd aan de coördinatie van het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Er werden twee coördinatieniveaus onderscheiden : enerzijds de politieke coördinatie, uitgevoerd door een externe actor, en anderzijds de gewestelijke coördinatie, waarbij de vraag rijst aan welke interne actor die moet worden toevertrouwd.

In het politieke luik werden twee aspecten van de coördinatie behandeld : de functionele logica die de rode draad vormt bij de reorganisatie van het systeem ; en de beheersmechanismen. De functionele logica blijkt erg omstreden te zijn. De strategische waarde van het model met de vijf functies – als motor voor verandering – wordt wel erkend, maar er rijzen vragen over de toepassing ervan in de praktijk. De opsplitsing in zorgfuncties, met de bijhorende organisatie in functiecomités, bestaat op het terrein niet of louter op papier.

We overliepen zowel “harde” beheersinstrumenten, die verband houden met de financiering, als “zachte” instrumenten – die verband houden met de coördinatiefunctie. Het financieringsmechanisme wordt sterk in vraag gesteld, omdat het twee onbedoelde neveneffecten heeft. Ten eerste worden psychiatrische ziekenhuizen geëxternaliseerd, waardoor de aloude spanning tussen residentiële en ambulante zorg verwordt tot spanning tussen psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Ten tweede is er de onderfinanciering van de ambulante zorg en de beperkte integratie van het mobiele aanbod in de gemeenschapsgerichte zorg. Wat in Brussel evenwel niet in vraag wordt gesteld, is de keuze om de coördinatiefunctie een centrale plaats te geven : het werk van de coördinatoren wordt beschouwd als “inzet ten dienste van het netwerk”. De opmerkingen over coördinatie houden eerder verband met het feit dat de coördinatoren behoefte hebben aan een aangepast statuut en dito bevoegdheid om zich van hun taak te kunnen kwijten. Het gaat daarbij onder meer om vaardigheden op het vlak van change management en procesbeheer.

Dit hoofdstuk heeft een aantal grote twistpunten blootgelegd in de regio Brussel rond het aanwijzen van een actor binnen het systeem die verantwoordelijk wordt voor de coördinatie van het netwerk. Deze meningsverschillen getuigen van het feit dat verschillende niet-geïntegreerde actielogica's naast elkaar bestaan, die bovendien gedragen worden door twee groepen actoren die er verschillende ideeën op na houden en verschillende belangen dienen. Voor de eerste actielogica geven

beroeps categorieën en sectoren de doorslag, terwijl de tweede actielogica meer belang hecht aan de lokale dynamiek en het globale karakter van Hervorming 107. Het gevolg daarvan is dat de coördinatie in het Regionaal netwerk niet gebeurt aan de hand van een duidelijke lijn, en dat de inspanningen van de netwerkleden in het kader van Hervorming 107 allesbehalve coherent zijn.

Dit hoofdstuk toont dus aan dat het systeem gebaat zou zijn bij centrale coördinatie, op politiek niveau door een externe speler, en op gewestelijk niveau door een interne speler. Ook de omvang van het/de netwerk/en pleit daarvoor, net als het feit dat het kernprincipe van het hervorming omstreden is, en het gebrek aan vertrouwen tussen de verschillende actoren. Het staat daarbij evenwel buiten kijf dat de doelstellingen van de politieke en gewestelijke coördinatie absoluut op één lijn moeten worden gebracht. In die context zou de integratie van de plaatselijke netwerken in een Regionaal netwerk, en algemener in de hele beweging van Hervorming 107, problematisch kunnen worden. In de plaatselijke netwerken – de antennes – lijkt de coördinatie de vorm aan te nemen van een zelfsturend model, waarbij één coördinator een bemiddelende rol speelt. Het komt er dan ook op aan om die zelfgestuurde antennes, die in sterke mate afhangen van de samenwerkingsmechanismen uit het vorige hoofdstuk, op een goede manier te integreren in een coherente gewestelijke en federale transformatie.

CONCLUSIE

Ter afsluiting zullen wij eerst de belangrijkste kenmerken van het onderzoek "Parcours.Brussel" hernemen en opnieuw kort de context ervan schetsen. Daarna presenteren wij een dwarsdoorsnede van "wat dit onderzoek ons vertelt" over de zorgtrajecten van gebruikers en de organisatie van het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Tot slot volgt "wat dit onderzoek ons toelaat te zeggen", in de vorm van aanbevelingen voor toekomstige hervormingen van het geestelijke gezondheidssysteem in de regio Brussel.

ONS ONDERZOEK

Ons onderzoek kadert in de context van de implementatie van Hervorming 107, een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België. Hervorming 107 werd gelanceerd in 2010, en wordt sinds 2016 over het hele grondgebied uitgerold. Hoewel de vorige hervormingen op het gebied van de geestelijke gezondheid al gebeurden volgens de logica van zogenaamde "vermaatschappelijking" van de zorg, wil Hervorming 107 nu een volledige verschuiving teweegbrengen: zorg in maatschappelijke context wordt de norm, en het progressief re-integreren van de gebruikers in hun maatschappelijke omgeving vormt het doel.

Om die doelstellingen te bereiken, zet de hervorming in op zorg die niet langer volgens het aanbod wordt georganiseerd, maar volgens de vraag, m.a.w. volgens de behoeften van de bevolking op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. Daarvoor wil de hervorming de vorming van netwerken van geestelijke gezondheidszorg stimuleren, waarbinnen spelers uit verschillende sectoren samenwerken om zorgfuncties te bieden die gaan van preventie tot curatieve zorgen. De spelers in kwestie komen zowel uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg als uit de eerstelijnszorg, de werkgelegenheidssector, en de sociale en juridische sector.

Dit onderzoek sluit aan op voorgaande onderzoeken over de impact van de implementatie van hervormingsinitiatieven in de geestelijke gezondheid op de werkwijze van zorgverleners en de samenwerking tussen zorgdiensten. Die onderzoeken leidden tot opmerkelijke vaststellingen. Zo zou met name de progressieve specialisatie van de zorg geleid hebben tot een toenemende formalisering, waarbij de zorgdiensten steeds preciezere toelatingscriteria gingen formuleren, met als ongewenst gevolg dat steeds meer gebruikers geen toegang meer hadden tot zorg. De grootste slachtoffers van deze evolutie zijn de zogenaamde "complexe" of kwetsbaarste doelgroepen, bij wie het geestelijk gezondheidsprobleem vergezeld gaat van andere kwetsbaarheden, vooral precare levensomstandigheden, fysieke

handicap, verslavingen of onregelmatige administratieve situaties.

Uit de vorige onderzoeken bleek bovendien dat zorgverleners en zorggebruikers van mening zijn dat de grote diversiteit van het zorgaanbod het systeem dermate complex maakt dat er onvoldoende of verkeerd wordt doorverwezen. Zij brachten verder de versnippering van het systeem aan het licht, en het probleem van discontinuïteit in de zorgtrajecten van gebruikers, nog verergerd door de moeilijke toegang tot huisvesting.

Het onderzoek "Parcours.Brussel" wilde dus nagaan of en in welke mate de resultaten uit de vorige analyses kloppen in de specifieke context van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en in kaart brengen welke werkwijzen en echte samenwerkingen ontstaan zijn als gevolg van Hervorming 107. Een bijkomende invalshoek was het onderzoeken van de impact van de organisatie en bestaande samenwerkingsmechanismen op het zorgtraject van gebruikers, met name inzake de toegang tot zorg en de discontinuïteit in de zorgverlening. Daarvoor werd in het onderzoek voorrang gegeven aan de trajecten van gebruikers, om aan de hand daarvan te kunnen bepalen wat de belangrijkste wendingen zijn.

Met "zorgtraject" wordt het parcours bedoeld dat mensen afleggen die contact hebben of hadden met diensten voor geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dankzij een grote flexibiliteit op het vlak van gegevensvergarig konden de trajecten van gebruikers die geen zorg kregen eveneens in dit onderzoek worden opgenomen. De gebruikers werden gerekruteerd via uiteenlopende structuren, niet alleen psychiatrische ziekenhuizen maar ook huisartsenpraktijken, culturele verenigingen en onthaalcentra voor migranten.

De belangrijkste wendingen die binnen de zorgtrajecten werden geïdentificeerd vormden vervolgens de rode draad bij het onderzoeken van de organisatie, de samenwerkingen en de coördinatie van het geestelijke gezondheidssysteem. De onderzoeksvragen werden dan ook als volgt geformuleerd: Hoe kan het zorgtraject van gebruikers van geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bepaald en beschreven worden? Wat is de aard en wat zijn de bepalende factoren in de organisatie van het zorgaanbod en de samenwerking tussen de diensten voor geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? Heeft die organisatie gevolgen voor het zorgtraject van de gebruikers die al dan niet toegang krijgen tot geestelijke gezondheidszorg?

WAT HET ONDERZOEK “PARCOURS.BRUSSEL” ONS VERTELT :

Dit onderzoek maakt duidelijk dat de zorgtrajecten van gebruikers met uiteenlopende profielen toch gelijkaardige wendingen vertonen. Die wendingen op het vlak van huisvesting, werkgelegenheid, en sociaal netwerk, hangen sterk samen met de geestelijke gezondheidstoestand, en bepalen daardoor mee of er al dan niet hulp wordt gezocht bij het geestelijke gezondheidssysteem. Tussen de geestelijke gezondheidstoestand en de problematieken op het vlak van huisvesting, werkgelegenheid en sociaal netwerk is er een dubbel verband. Gebeurtenissen in die levensdomeinen kunnen de geestelijke gezondheidsproblemen triggeren of verergeren, ongeacht de diagnose, of bijdragen tot het stabiliseren van de geestelijke gezondheidstoestand van de gebruiker en tot diens stapsgewijze re-integratie in de samenleving na een crisis of ziekenhuisverblijf. Aangezien de geestelijke gezondheid als domein niet duidelijk afgebakend is maar zichzelf voortdurend heruitvindt in verschillende domeinen van het sociaal leven, werd geestelijke gezondheid in dit onderzoek beschouwd als een collectieve actie. Dat bood dan weer de mogelijkheid om rekening te houden met zorgtrajecten van zorggebruikers met uiteenlopende profielen, en telkens de interventie van heterogene diensten te bestuderen binnen en buiten het geestelijke gezondheidssysteem in enge zin.

Hoewel de getuigenissen van de gebruikers talrijke parallellen vertoonden, leert het onderzoek ons dat binnen het systeem niet iedereen op dezelfde manier benaderd wordt. Zo komt het voor dat gebruikers die zich in een gelijkaardige situatie bevinden op verschillende plaatsen terechtkomen: bij klassieke zorgverlening, gespecialiseerde of eerstelijnszorg, of laagdrempelige diensten die zich bewust concentreren op cultuur of sociale contacten en niet zozeer op geestelijke gezondheid. Het is ook mogelijk dat getracht wordt een gebruiker te stabiliseren buiten het geestelijke gezondheidssysteem in enge zin, onder meer door aanpassingen op de werkplek of het regulariseren van een complexe administratieve situatie.

Daarnaast toont het onderzoek aan dat gebruikers met de meest complexe problemen en in de meest kwetsbare sociale situaties veel vaker een opvallend discontinu zorgtraject hebben of van zorg uitgesloten zijn. Sommigen onder hen werden in de loop van het onderzoek door de zorgdiensten eerst toegelaten en vervolgens weer uitgesloten, en vinden bij alternatieve

diensten, laagdrempelige initiatieven of culturele verenigingen een meer duurzame ondersteuning.

Onze bevindingen in verband met de zorgtrajecten van gebruikers komen overeen met die uit vorige onderzoeken, die aan het licht brachten dat door de veeleisende toelatingscriteria net de meest kwetsbare doelgroepen uitgesloten worden van zorg. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, met zijn specifieke sociaal-demografische kenmerken en het hoge percentage sociaal kwetsbare personen met moeilijke toegang tot de huisvestings- en arbeidsmarkt, vormt die uitsluiting een ernstig probleem.

Onze vaststellingen in verband met die uitsluiting worden bevestigd door de getuigenissen van zorgverleners. Zij maken gewag van grote moeilijkheden bij het doorverwijzen van gebruikers met een complexe situatie, zeker naar DGG's en residentiële zorgstructuren van het type IBW en PVT. Ten eerste omdat die diensten toelatingscriteria en -procedures hanteren terwijl de situatie, het parcours en de tijdsbeleving van gebruikers niet altijd met die criteria te verzoenen zijn. Ten tweede omdat die diensten overvol zitten – wat verband houdt met de moeilijke toegang tot huisvesting in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In het algemeen heeft dit onderzoek ook duidelijk gemaakt hoe verschillende beroeps culturen de toegang tot zorg beïnvloeden. Nu eens gaan achter de beroeps culturen verschillende zienswijzen van de psychiatrie en de geestelijke gezondheid schuil, dan weer dienen zij als rechtvaardiging voor de routinematige benadering van bepaalde doelgroepen, afhankelijk van de diagnose of het sociaal-economisch statuut. Een verschil in beroeps cultuur kan ertoe leiden dat in gelijkaardige situaties anders wordt gehandeld. Dat verklaart waarom bepaalde zorgverleners hun toevlucht nemen tot informele praktijken, waarbij de toegang tot bepaalde diensten wordt bewerkstelligd met behulp van diverse strategieën. Het kennisnetwerk van bepaalde zorgverleners zou bovendien een hulp vormen om complexe doelgroepen toegang te verlenen tot diezelfde diensten. Om al die redenen werd de toegang tot geestelijke gezondheidszorg in dit onderzoek bestempeld als moeilijk, willekeurig en onderhandeld.

Voor doelgroepen met een bijzonder complexe situatie en een lang zorgtraject met talrijke onderbrekingen kan de moeilijke toegang tot zorg uitmonden in uitsluiting van zorg wanneer de gebruikers op een “zwarte lijst” van ziekenhuizen terechtkomen of zelf actief zorg

gaan weigeren. De instanties die wij “laagdrempelige ontmoetingsplekken” hebben genoemd, spelen voor die gebruikers een belangrijke rol, net als voor alle doelgroepen die door hun ingewikkelde situatie niet meteen toegang krijgen tot (de juiste) zorg. Kenmerkend voor die instanties is hun laagdrempeligheid. Zij geven blijk van een flinke portie creativiteit om tegemoet te komen aan de behoeften van personen die bij hen komen aankloppen of waar zij zelf actief naar op zoek gaan, en vergaren zo veel praktische ervaring in het omgaan met die doelgroepen. Tijdens ontmoetingen met zorgverleners en gebruikers konden bepaalde facetten van die expertise en de bijhorende werkwijzen worden geëxpliciteerd. Daarbij bleken het feit dat er afstand genomen wordt van het medische verhaal, dat er tijd gemaakt wordt voor een echt gesprek, en dat het onthaal, ontmoetingen en activiteiten bijzonder flexibel georganiseerd worden, doorslaggevende factoren te zijn.

In het kader van dit onderzoek kunnen we niet anders dan vermelden dat die diensten een aanvulling vormen op de eigenlijke zorginstanties, net omdat zij de regels ervan versoepelen of helemaal overboord gooien. Daarom hebben wij die diensten gecategoriseerd als zijnde de “averechtse kant” van het geestelijk gezondheidssysteem. Die averechtse kant komt, als een soort *deep state*, de problemen oplossen – vooral bij uitsluiting van zorg – die het gevolg zijn van de normale werking en evolutie van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie. Het is inderdaad zo dat de specialisatie van de diensten aan de “rechtse kant” van het systeem geleid heeft tot een sterke formalisering, waarmee in eerste instantie getracht werd om categorieën van “rechthebbenden” te bepalen, en in tweede instantie – bij de introductie van zorgnetwerken – om tegemoet te komen aan het verzoek om transparantie en verantwoordelijkheid, zowel tussen de diensten onderling als tegenover de overheid.

Maar is er een scheiding tussen rechts en averechts? Beter gezegd: komen zij elkaar alleen tegen in de zorgtrajecten van gebruikers? De zorgverleners die aan dit onderzoek meewerkten benadrukken dat het contact in de huidige vorm niet volstaat om te komen tot echte samenwerking. Het gebrek aan samenwerking is kenmerkend voor de betrekkingen tussen de instanties van de rechtse kant, maar ook voor die tussen rechts en averechts. Een eerste verklaring daarvoor is te vinden in het feit dat de zorgverleners het Brussels netwerk onvoldoende kennen. Bovendien is er een sterke padafhankelijkheid: zorgverleners hebben de neiging om de zoektocht te beperken tot hun bestaande, sterk lokaal gekleurde interpersoonlijke of interorganisatiele netwerken, waardoor zij niet op de hoogte zijn van alle andere eventuele mogelijkheden.

Nochtans geeft dit onderzoek aan dat de zorgverleners beseffen dat zij met elkaar verbonden worden door de zorgtrajecten van gebruikers. Bovendien is er een grote bereidheid om de ander te leren kennen en te leren van diensten met wie nog geen samenwerking bestaat, waaronder de instanties van de averechtse kant, onder meer culturele verenigingen. De zorgverleners zijn dan ook voorstander van samenwerkingsmechanismen om elkaar te leren kennen: dat komt het vertrouwen binnen het netwerk in ruime zin ten goede, en kan helpen om onderbrekingen in het zorgparcours of uitsluitingen te vermijden.

Die mechanismen kunnen we in twee categorieën onderverdelen. Ten eerste zijn er de interprofessionele vergaderingen, ook wel “interviews” genoemd. Die worden als erg waardevol beschouwd, omdat op basis van een klinische situatie een oplossing kan worden gezocht op vragen van organisatorische aard. Zoals in dit onderzoek aan bod kwam, kaderen die vergaderingen in een professionele en bottom-up-benadering, waarbij een concrete oplossing wordt gezocht voor een concreet geval. Dat is iets heel anders dan de administratieve top-down-benadering, waarbij oplossingen worden gezocht aan de hand van modellen, concepten of instrumenten die de overheid van bovenaf suggereert en die een zekere kijk op geestelijke gezondheid en de organisatie van de zorg laat doorschemeren. Vergaderingen van die soort ontaarden altijd weer in een debat over beroeps cultuur en beroeps ideologie waar de meeste zorgverleners inmiddels de buik van vol hebben. Ten tweede is er de “immersie” in een andere dienst: een gewaardeerde praktijk waardoor niet alleen contact kan worden gelegd met collega’s en andere werkwijzen kunnen worden geobserveerd, maar waarmee ook bijgeleerd kan worden over doelgroepen waar men niet mee in aanraking komt. Interviews en immersies doen het vertrouwen tussen zorgverleners binnen het netwerk groeien. Zij werken wederzijdse aanpassingen tussen zorgverleners en zelfsturing van het netwerk in de praktijk in de hand, door contact van mens tot mens naar aanleiding van een concrete situatie.

Ten slotte kon dit onderzoek nagaan hoe het zit met de integratie van het systeem als geheel. Daarvoor werd de coördinatie op politiek en gewestelijk niveau onder de loep genomen. Eerst werd duidelijk dat het principe voor de organisatieloga van Hervorming 107 hevig omstreden is. Het model met de zorgfuncties wordt door de zorgverleners zeer sterk in vraag gesteld, en zij respecteren de organisatorische bepalingen ervan doorgaans alleen maar op papier. Bovendien wijzen zij erop dat de coördinatie van de uitrol van Hervorming 107 ongewenste gevolgen teweegbrengt. De financieringsmechanismen van de hervorming houden inderdaad de barrières in stand tussen residentiële zorg en ambulante zorg, psychiatrie en geestelijke gezondheid. De zorgverleners zijn het dus allesbehalve eens met de

organisatielogica en de coördinatie die volgens hen door een externe, administratieve en politieke speler werden opgelegd.

Op gewestelijk niveau ontdekte het onderzoek twee actielogica's die naast elkaar bestaan en niet geïntegreerd zijn, en gedragen worden door twee groepen spelers die verschillende ideeën en belangen hebben. De eerste actielogica zweert bij beroepen en sectoren, terwijl de tweede actielogica vertrekt vanuit de lokale dynamiek en de globale strekking van Hervorming 107. Daardoor ontbreekt het in het gewestelijk netwerk aan een duidelijke lijn voor de coördinatie, en om erop toe te zien dat de interventies van de leden coherent zijn en stroken met de doelstellingen van Hervorming 107.

Dit onderzoek toont dus aan dat de doelstellingen van het gewestelijk netwerk zelf in vraag wordt gesteld, net als de geschiktheid van de actoren die bevoegd zijn om beslissingen te nemen met betrekking tot de coördinatie ervan – waardoor het netwerk als zodanig maar gedeeltelijk strookt met de logica van Hervorming 107.

AANBEVELINGEN

Onze keuze om geestelijke gezondheid in dit onderzoek te beschouwen als collectieve actie, bracht ons in alle domeinen van het sociale leven waar geestelijke gezondheid gemaakt of gebroken wordt. Uit dit onderzoek komt naar voren dat het maatschappelijk antwoord op geestelijke gezondheidsproblemen niet beperkt mag blijven tot het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg. Het bestaande aanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is rijk en divers. Dat aanbod verbeteren op het vlak van organisatie, samenwerking tussen de verschillende spelers en coördinatie van het systeem zal helpen om als maatschappij een beter antwoord te bieden op geestelijke gezondheidsproblemen. Maar dat vormt nog maar het professionele luik, en heeft bovendien alleen maar te maken met de organisatie van de zorg.

Uit dit verslag blijkt dat dat onvoldoende is: het moet vergezeld gaan van andere inspanningen in andere maatschappelijke domeinen, vooral huisvesting, werkgelegenheid en sociaal netwerk. Dat de maatschappij geestelijke gezondheid in een ruimere context moet benaderen, wordt zowel onderbouwd door de zorgtrajecten van gebruikers als door de ervaringen van zorgverleners die de kern vormen van dit verslag. Die verruiming strookt trouwens met het globale karakter van Hervorming 107. Dit onderzoek heeft evenwel aan het licht gebracht dat er tot nu toe alleen onvolledige acties werden ondernomen, die doorgaans beperkt blijven tot het systeem van de geestelijke gezondheidszorg of een deel ervan.

De onderzoeksresultaten maken duidelijk dat de overheidsinspanningen met betrekking tot het geestelijke gezondheidssysteem eerst en vooral globaal en geïntegreerd moeten zijn; wat inhoudt dat de verandering van meet af aan ook rekening houdt met de benodigde middelen en de beschikbare expertise bij zowel de residentiële als de ambulante zorgsector, en bij de psychiatrie en de geestelijke gezondheid. Uit dit onderzoek blijkt immers dat de hervorming wel degelijk dingen in beweging heeft gezet, maar tegelijk zijn de inspanningen erg versnipperd, en is het gebrek aan coördinatie van het veranderingsproces voor de betrokken spelers erg vermoeiend – een veranderingsproces dat talrijke vergaderingen doet plaatsvinden waarvan de zin op den duur niet meer duidelijk is.

Het onderzoek geeft daarenboven aan dat het voor de collectieve actie interessant is het onderscheid te maken tussen de rechtse en de averechtse kant van het systeem. De beide kanten houden er immers verschillende maar complementaire actiologica's op na. Hun complementariteit geldt niet alleen ten aanzien van de aangeboden diensten, waarbij de averechtse

kant problemen oplost die voortvloeien uit de normale werking en evolutie van de rechtse kant. Integendeel: de antwoorden van de rechtse kant – professionele, gespecialiseerde antwoorden die beperkt en onder voorwaarden toegankelijk zijn – en van de averechtse kant – toegankelijk, flexibel en nieuw – vullen elkaar ook aan in de zorgtrajecten van gebruikers. De afwisseling tussen de beide kanten lijkt in die zorgtrajecten zelfs van fundamenteel belang te zijn. De overheidsinspanningen op het vlak van geestelijke gezondheid zouden dan ook gebruik moeten maken van die complementariteit en afwisseling, door de dienstverlening van de averechtse kant te steunen zonder die evenwel te formaliseren en regelen. Trachten om de werking van de averechtse kant vast te pinnen met allerlei procedures zou de hele werkingslogica immers tenietdoen.

Ten slotte vormt het beschouwen van geestelijke gezondheidszorg als collectieve actie zoals deze in dit verslag werd uitgewerkt een oproep om de denkoefening met betrekking tot geestelijke gezondheid open te trekken naar de sociale sector, de huisvestings- en de werkgelegenheidssector. Inspanningen op die vlakken zouden niet alleen een antwoord bieden op bestaande geestelijke gezondheidsproblemen, maar tegelijk een context scheppen waarbinnen een toestand van geestelijke gezondheid opgebouwd of heropgebouwd wordt, en niet afgebroken. Dit onderzoek toont aan dat er een dubbel verband bestaat tussen geestelijke gezondheid enerzijds, en het hebben van een sociaal netwerk, werkgelegenheid en huisvesting anderzijds: die drie domeinen spelen een rol bij het verbeteren van een geestelijke gezondheidstoestand, maar kunnen net zo goed geestelijke gezondheidsproblemen doen ontstaan of verergeren. Helaas lijken er minder gevallen te zijn waarbij hun aanwezigheid bijdraagt tot herstel, dan gevallen waarbij hun afwezigheid leidt tot achteruitgang. Gezien de aard van ons onderzoek is het niet mogelijk om al de mogelijke inspanningen in die domeinen op te lijsten. Wij beperken ons dan ook tot het schetsen van algemene lijnen, maar vragen expliciet en met aandrang om bijkomend wetenschappelijk onderzoek om de complexe verbanden tussen die drie elementen in beeld te brengen, en dan vooral die tussen werk en geestelijke gezondheid. De verbanden tussen werk – als status, als zingeving of als bezigheid – en geestelijke gezondheid zijn inderdaad talrijk, veelzijdig, en bijzonder complex. De wisselwerkingen hebben dan ook grote gevolgen niet alleen voor individuele trajecten, maar ook op sociaal vlak.

In het algemeen vormt dit onderzoek een uitnodiging om de overheidsinspanningen op het vlak van geestelijke

gezondheid horizontaal te bekijken. De zorgtrajecten van gebruikers zijn dwarsdoorsnedes, en het zijn in de eerste plaats trajecten van personen, en niet zozeer van gebruikers. Een veelomvattende en geïntegreerde denkoefening rond geestelijke gezondheid blijft dan ook niet beperkt tot bepaalde maatregelen – op het vlak van preventie, promotie, zorg en behandeling – of specifieke domeinen – werk, sociale sector, geestelijke gezondheid, psychiatrie. Integendeel : een globale, geïntegreerde overheidsbenadering neemt maatregelen in alle betrokken sectoren en houdt rekening met de sectorspecifieke effecten ervan.

Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen wij de volgende aanbevelingen formuleren :

1. DE ONTWIKKELING VAN INITIATIEVEN VOOR GEMENGD- EN GROEPSWONEN STIMULEREN/ DE TOEGANG TOT ZELFSTANDIG WONEN VERBETEREN VIA DE TANDEM IBW-MOBIELE TEAMS

Dit onderzoek heeft laten zien hoe moeilijk het is om huisvesting te vinden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in het algemeen maar zeker voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Uit het onderzoek blijkt ook dat het de moeite waard is om de ontwikkeling van en de toegang tot groepswoonings en individuele woningen te stimuleren. Welke woonvorm in een bepaalde situatie het meest geschikt is hangt af van het profiel van de gebruiker en moet in overleg met de zorgverleners worden bepaald. Op basis van de onderzoeksresultaten lijkt het raadzaam om prioritair werk te maken van het ontwikkelen van initiatieven voor gemengd groepswoon, beheerd door een samenwerking van personen met en zonder geestelijke gezondheidsproblemen. Zulken initiatieven zouden niet alleen positief zijn voor het sociaal netwerk, maar tevens helpen om het maatschappelijk stigma rond geestelijke gezondheidsproblemen te doorbreken. Daarnaast zou er op het vlak van zelfstandig wonen steun kunnen komen voor de praktijken ontwikkeld door IBW's, die contact zoeken en samenwerken met verantwoordelijken voor sociale woningen. Het creëren van nieuwe IBW-plaatsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is een niet te missen kans om die praktijken te formaliseren en te subsidiëren. Tot slot zou de overgang naar zelfstandig wonen, mogelijk gemaakt door IBW's, opgevolgd moeten worden in

samenwerking met de mobiele teams, om het risico van vereenzaming zo klein mogelijk te houden.

2. GEESTELIJKE GEZONDHEID OP HET WERK BEVORDEREN, “WERKBAAR WERK EN GEESTELIJKE GEZONDHEID GAAN HAND IN HAND”

Op het vlak van werk en werkgelegenheid stelt dit verslag dat maatregelen in verband met de link tussen werk en geestelijke gezondheid niet beperkt mogen blijven tot het geestelijke gezondheidssysteem. Een recente maatregel als het instellen van de functie van job coach komt weliswaar tegemoet aan bepaalde reële behoeften, maar pakt het probleem maar eenzijdig aan: het re-integreren van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen op de arbeidsmarkt. Bovendien worden de meeste problemen die verband houden met de arbeidsmarkt op die manier afgewenteld op de geestelijke gezondheidssector. Het promoten van geestelijke gezondheid op de werkplek zou werknemers niet alleen individueel en collectief aansporen tot een alertere houding tegenover dat aspect van hun loopbaan, maar ook tot een denkoefening over mogelijke aanpassingen om het werk bijvoorbeeld flexibeler te maken. Om te achterhalen welke promotie- of preventie-inspanningen nodig zijn in specifieke bedrijfsmodellen en economische sectoren is evenwel bijkomend onderzoek nodig. Op basis van onze ervaringen in dit onderzoek suggereren wij dat het bevorderen van geestelijke gezondheid op de werkplek in eerste instantie zou kunnen gebeuren in publieke diensten en organisaties en zich focussen op het thema “geestelijke gezondheid en werk” – aandacht schenken aan geestelijke gezondheid op het werk, gekoppeld aan een denkoefening over mogelijke aanpassingen van het werk.

3. HET SOCIAAL NETWERK ONTWIKKELEN AAN DE AVERECHTSE KANT VAN HET SYSTEEM, DE RECHTSE KANT VAN DE MAATSCHAPPIJ

De verenigingen die wij “laagdrempelige ontmoetingsplekken” noemen spelen een belangrijke rol: zij geven niet alleen de gebruikers van geestelijke gezondheidszorg een plaats onder de zon, maar ook mensen die al dan niet als gevolg van een bewuste beslissing buiten de zorg vallen. Zij helpen bij het opbouwen van een identiteit en een sociaal netwerk, wat het herstel van de gebruikers op een andere manier bevordert. Gebruikers zijn daarbij niet louter gebruikers. Het belang daarvan wordt door zorgverleners en gebruikers even hard benadrukt. De verenigingen van de averechtse kant vormen een brug tussen de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappij als geheel. Wij roepen op om zulke initiatieven die er in Brussel nog te weinig zijn te steunen, door te helpen bij de oprichting van nieuwe verenigingen of meer financiering toe te kennen aan bestaande initiatieven. De erg lokale verankering van de laagdrempelige ontmoetingsplekken lijkt hierbij doorslaggevend te zijn. De ontwikkeling van nieuwe initiatieven zou geprivilegieerd kunnen worden. Ten slotte zou het versterken van de laagdrempelige ontmoetingsplekken gepaard kunnen gaan met stimulansen om als samenleving meer initiatieven en activiteiten te ontwikkelen die voor iedereen openstaan, en zo het maatschappelijk stigma te doorbreken. De aanknopingspunten zijn een geschikte vehikel om geestelijke gezondheid een volwaardige plaats te geven in de samenleving.

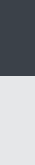
4. GA OP WANDEL DOORHEEN HET SYSTEEM

Met betrekking tot het onderwerp “samenwerking” leren de onderzoeksresultaten niet alleen dat de zorgverleners interviews en immersies in andere organisaties een warm hart toedragen; ze zijn er zelfs expliciet vragende partij voor. De gebruikers reizen immers rond in het systeem. Om die realiteit beter te begrijpen en gepaste antwoorden te bieden op hun complexe problemen en trajecten, willen ook de zorgverleners kunnen rondreizen. Dit verslag beschreef uitvoerig hoe die ervaringen het contact kunnen verbeteren en zo kunnen zorgen voor meer vertrouwen tussen de zorgverleners. Meer contact tussen de diensten is nodig om het rijke en diverse zorgsysteem in staat te stellen op elke zorgvraag flexibel en creatief te reageren. Dat is de kracht van losse verbindingen, net als bij de metafoer van het zandstrand: een karrevracht aan kleine zandkorreltjes past zich veel beter aan aan veranderde omgevingsfactoren dan een monolithisch rotsblok.

Bovendien zijn dienstoverschrijdende interviews een vorm van bijscholing, doordat zorgverleners ervaring opdoen met andere zorgmethodes in andere contexten. Zij dragen tevens bij tot innovatie, doordat verschillende werkwijzen uitgewisseld worden, en tot het destigmatiseren van de doelgroepen waar de zorgverleners in hun beroepspraktijk doorgaans niet mee geconfronteerd worden. Dienstoverschrijdende interviews en immersies zijn ten slotte nuttig om beroeps culturen te doen evolueren en verschillen in beroeps cultuur die de samenwerking storen te overbruggen. Het is dan ook aangewezen om interviews en immersies op te nemen in een permanent bijscholingsprogramma voor zorgverleners in de geestelijke gezondheidssector in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

5. DE REGIONALE SAMENWERKING IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST CENTRALISEREN EN STUREN

Dit onderzoeksverslag bracht aan het licht dat er geen consensus bestaat over het basisprincipe voor de coördinatie van het Regionaal netwerk, noch inzake doelstellingen, noch inzake de organisatie. De structurele en functionele benaderingen bestaan naast elkaar en zijn nauwelijks geïntegreerd. Voor een netwerk met de omvang van het Regionaal netwerk, waarin bovendien te weinig vertrouwen heerst tussen verschillende sectoren – met name de residentiële en ambulante zorg – lijkt centralisatie door een interne actor een geschikt organisatie model. Voordat de centralisatie en coördinatie kan worden toevertrouwd aan een klein aantal instanties en organisaties moet er echter een consensus zijn over de te volgen richting: een duidelijk streefdoel maakt het voor de leden van het netwerk mogelijk om hun inspanningen op elkaar afstemmen. Er moet ook klaarheid komen over de structuur van het netwerk, de link met de antennes en de coördinatie van Hervorming 107. Daarom suggereert dit verslag om een onderscheid te maken tussen coördinatie die door een externe politieke en administratieve speler wordt gecentraliseerd voor de tenuitvoerlegging van Hervorming 107; coördinatie gecentraliseerd door één of een klein aantal interne professionele actoren voor de coördinatie van het Regionaal netwerk; en voor de antennes een zelfsturend netwerkmodel dat berust op samenwerking tussen organisaties en zorgverleners en horizontale betrekkingen gebaseerd op vertrouwen tussen zorgverleners en diensten. Die verduidelijking van de structuur zou het uitgangspunt kunnen vormen voor een grondige denkoefening over de doelstellingen en waarden van het regionale netwerk, en de interactie met de twee andere niveaus, politiek en lokaal. Die denkoefening zou begeleid kunnen worden door een derde.



REFERENTIELIJST

- Abbott, A. (1995). Things Of Boundaries. *Social Research*, 62(4), 857-882.
- Abbott, A. (2014). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*: University of Chicago Press.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75-88. doi:10.1002/hpm.826
- Becker, H. S. (2008). *Outsiders*: Free Press.
- CNEH. (1997). *Note d'avis concernant l'organisation et le développement futur des soins de santé mentale*. Retrieved from <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Nationalcouncilforhospitalfaci/index>.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. doi:10.1186/1472-6963-8-188
- De Munck, J., Genard, J.-L., Olgierd, K., Vrancken, D., & Delgoffe, D. (2003). *Santé mentale et citoyenneté: Les mutations d'un champ de l'action publique*.
- Demiris, G., Afrin, L. B., Speedie, S., Courtney, K. L., Sondhi, M., Vimarlund, V., Lynch, C. (2008). Patient-centered applications: use of information technology to promote disease management and wellness. A white paper by the AMIA knowledge in motion working group. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(1), 8-13.
- Exworthy, M., Berney, L., & Powell, M. (2002). 'How great expectations in Westminster may be dashed locally': the local implementation of national policy on health inequalities. *Policy & Politics*, 30(1), 79-96. doi:10.1332/0305573022501584
- Friedberg, E. (1992). Les quatre dimensions de l'action organisée. *Revue française de sociologie*, 531-557.
- Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins, Service Public Fédéral Affaires Sociales et Santé Publique (2010).
- Haas, P. M. (1992). Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination. *International Organization*, 46(1), 1-35.
- Hall, P. A. (1993). Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296. doi:10.2307/422246
- Innopsy107.be. (2016). *Manuel des pratiques innovantes*. Retrieved from Bruxelles: http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf
- Lascombes, P., & Simard, L. (2011). L'action publique au prisme de ses instruments. Introduction. [Public policy seen through the prism of its instruments]. *Revue française de science politique*, 61(1), 5-22. doi:10.3917/rfsp.611.0005
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1-47. doi:10.2307/2391211
- Lega, F., Longo, F., & Rotolo, A. (2013). Decoupling the use and meaning of strategic plans in public healthcare. *BMC Health Serv Res*, 13, 5-5. doi:10.1186/1472-6963-13-5
- Luhmann, N. (2006). System as difference. *Organization*, 13(1), 37-57.
- Muller, P. (2000). L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, 189-208.
- Paul, W. (2011). The life and times of the boundary spanner. *Journal of Integrated Care*, 19(3), 26-33. doi:10.1108/14769011111148140
- Provan, K. G., & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252. doi:10.1093/jopart/mum015
- Radaelli, G., & Sitton-Kent, L. (2016). Middle Managers and the Translation of New Ideas in Organizations: A Review of Micro-practices and Contingencies. *International Journal of Management Reviews*, 18(3), 311-332. doi:doi:10.1111/ijmr.12094
- Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2018). Organizing Health Care Networks: Balancing Markets, Government and Civil Society. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 6. doi:10.5334/ijic.3960
- Rhodes, R. A. W. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652-667. doi:10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x

- Robelet, M., Serré, M., & Bourgueil, Y. (2005). La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. [Coordination in Healthcare Networks: Between Management Logic and Professional Dynamics]. *Revue française des affaires sociales*(1), 231-260.
- Rodríguez, C., Langley, A., Béland, F., & Denis, J.-L. (2007). Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society*, 39(2), 150-193. doi:10.1177/0095399706297212
- Sabatier, P. A. (2010). Advocacy coalition framework (ACF) *Dictionnaire des politiques publiques* (pp. 49-57). Paris: Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).
- Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2005). Health care reform in Belgium. *Health Economics*, 14(S1), S25-S39. doi:doi:10.1002/hec.1027
- Schon, D. A. (1984). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think In Action*: Basic Books.
- Thunus, S. (2015). *The System for Addressing Personal Problems – From Medicalisation to Socialisation: shifts in Belgian Psychiatric and Mental Health Institutions*. University of Liège.
- Thunus, S., & Schoenaers, F. (2012). When policy makers consult professional groups in public policy formation: Transversal consultation in the Belgian Mental Health Sector. *Policy and Society*, 31(2), 145-158.
- Thunus, S., & Schoenaers, F. (2017). How does policy learning occur? The case of Belgian mental health care reforms. *Policy and Society*, 36(2), 270-287. doi:10.1080/14494035.2017.1321221
- Verhaegen, L. (1987). The evolution of Belgian psychiatry. *International Journal of Mental Health*, 16(1/2), 42-57.
- Verniest, R., Laenen, A., Daems, A., Kohn, L., Vandermeersch, G., Fabri, V., . . . Leys, M. (2008). *Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T (84B)*. Retrieved from Brussels:
- Vrancken, D., Schoenaers, F., Cerfontaine, G., & Thunus, S. (2010). *La santé mentale en Belgique. De l'asile aux réseaux et circuits de soins*. (Rapport intermédiaire). Retrieved from
- Walker, C., & Thunus, S. (2018). *Mental health systems meet society*. Working Paper. Catholic University of Louvain. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2078.1/201696>
- Weber, E. P., & Khademian, A. M. (2008). Wicked Problems, Knowledge Challenges, and Collaborative Capacity Builders in Network Settings. *Public Administration Review*, 68(2), 334-349. doi:10.1111/j.1540-6210.2007.00866.x
- Weick, K. E. (1976). Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 1-19. doi:10.2307/2391875
- Weick, K. E. (2015). Ambiguity as Grasp: The Reworking of Sense. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 23(2), 117-123. doi:10.1111/1468-5973.12080
- WHO-Europe. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges*. Retrieved from Copenhagen:

BIJLAGEN

BIJLAGE I : GESPREKSHANDLEIDING – NETWERKCOÖRDINATOREN

Voorstelling	<ul style="list-style-type: none"> - Beroep - Parcours (belangrijkste etappes) - Functie 	Partners	<ul style="list-style-type: none"> - Identificatie en definitie van de rollen - Belangrijke, onmisbare, vervangbare, ontbrekende, onverwachte (aan wie niet gedacht werd maar die een sleutelrol spelen) partners - Partners geestelijke gezondheid/eerstelijnszorg/ buiten gezondheidssector (werkgelegenheid, OCMW, justitiehuis,...) - Partners waarvan de rol nog moet evolueren of die volgens u hun rol niet ten volle spelen - Visie : wat is volgens uw kijk op het netwerk de spilfiguur ervan ?
Regionaal Netwerk Psy 107	<ul style="list-style-type: none"> - Geholpen om dit netwerk op te richten, zo ja : - Hoedanigheid (deelname als vertegenwoordiger van) - Evaluatie van de oprichting van het netwerk : wat hielp, wat stoorde - Nagestreefde of na te streven doelstellingen 	Coördinatie	<ul style="list-style-type: none"> - Functie : formele definitie - Kijk op de rol - Bevoegdheden en kennis van doorslaggevend belang van de netwerkcoördinator - Primaire en secundaire activiteiten - Communicatie : met de partners, met de overheid, gericht op het netwerk - Belang van standaardisering en formalisering - Gebruik van instrumenten - Belang van interpersoonlijke relaties - Obstakels : wat de coördinator mist om de eigen rol naar behoren te kunnen vervullen - Troeven : hefbomen die de coördinator gebruikt om de eigen rol naar behoren te kunnen vervullen
Netwerk	<p>1. Beschrijving</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naam - Geschiedenis : ontstaan en belangrijkste stappen in de evolutie - Formele doelstellingen: primair en secundair - Werkgebied : dekking, "gaten", concentratie van diensten, probleemgebieden, overlappende wijken met een ander Netwerk 107, homogeen/heterogeen karakter - Organisatie : netwerkorganen (stuurcomité, strategisch comité, functiecomité, ...), taakverdeling en verdeling van de beslissingsbevoegdheid over de verschillende organen, gecentraliseerd of gedecentraliseerd netwerk (wordt overwogen om de middelen samen te voegen ?) - Publiek : toegang tot of uitsluiting van zorg, problematisch, kenmerken (o.a. sociaal-economisch) van het hoofdpubliek - Vorming van het netwerk : strategieën om partners te mobiliseren, doelstellingen te bepalen, ... <p>2. Visie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kijk op de identiteit en de rol van uw netwerk, zijn alle partners het eens met die zienswijze ? - Kijk op het publiek : op wiens behoeften zou het netwerk prioritair moeten reageren, en wat zijn die behoeften? <p>3. Evaluatie en voorstel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voorstel tot aanpassing van het organisatorisch kader (structuur, financiering, wetgeving) - Troeven en voornaamste obstakels bij het instellen van het netwerk 	Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Bestaande samenwerkingen : welke diensten, voor welk publiek, in welke gevallen - Onmisbare, ontbrekende, gewenste samenwerkingen - Formele/informele samenwerkingen - Rol van formalisering van de samenwerking en de communicatie - Instrumenten voor interorganisatorische en interprofessionele samenwerking - Instrumenten voor communicatie tussen partners en gericht op het publiek - Belangrijkste hefbomen en obstakels
		Trajecten	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe definieert u een zorgtraject ? - Wat zijn de voornaamste moeilijkheden waar een gebruiker van uw organisatie in het eigen traject mee te maken zou kunnen krijgen ? - Hoe draagt uw netwerk bij of hoe zou het kunnen bijdragen tot het verbeteren van de zorgtrajecten ?

BIJLAGE II : GESPREKSHANDLEIDING – ZORGVERLENERS

Voorstelling	<ul style="list-style-type: none"> - Beroep - Parcours (belangrijkste etappes) - Functie 	Trajecten	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe definieert u een zorgtraject ? - Wat zijn de voornaamste moeilijkheden waar een gebruiker van uw organisatie in het eigen traject mee te maken zou kunnen krijgen ? - Hoe draagt uw netwerk bij of zou het kunnen bijdragen tot het verbeteren van de zorgtrajecten ?
Organisatie en aangeboden diensten	<ul style="list-style-type: none"> - Naam - Formele taken - Gepresteerde diensten: primair, secundair en uitzonderlijk, onmisbaar, problematisch, ontbrekend - Algemeen aanbod : stabiel of flexibel, homogeen of heterogeen - Omschrijving van de sociale rol van uw organisatie vandaag : welke functies vervult zij in de praktijk ? Welke functies zou zij moeten vervullen om welke uitdagingen aan te gaan ? Komen die functies overeen met het formele takenpakket ? - Voorstel tot aanpassing van het organisatorisch kader (structuur, personeelsbestand, financiering, wetgeving) - Voornaamste troeven en obstakels 	Netwerken	<ul style="list-style-type: none"> - Kennis van het Regionaal Netwerk Psy 107 - Rol binnen het Regionaal Netwerk Psy 107; zo ja : taak/ evaluatie - Kennis van het netwerk Psy 107 van uw zone - Rol binnen het netwerk Psy 107 van uw zone, zo ja : taak/ evaluatie
Spelers	<ul style="list-style-type: none"> - Besluitvorming : gecentraliseerd/gedecentraliseerd - Zorgverlening : beroepen - Belangrijke, onmisbare, vervangbare, ontbrekende spelers - Spelers waarvan de rol nog moet evolueren of die volgens u hun rol niet ten volle spelen - Visie : wat is volgens uw zienswijze de spilfiguur in uw organisatie ; hoe ziet u uw huidige rol (als...) 		
Doelpubliek	<ul style="list-style-type: none"> - In aanmerking komend, uitgesloten, voornaamste, problematisch, stabiel of variabel doelpubliek - Visie : hoe zou u de gebruikers van psychiatrische en geestelijke gezondheidszorg vandaag omschrijven ? Wat zijn de behoeften van dat publiek ? Wordt daaraan tegemoet gekomen ? Zo nee : - Voornaamste obstakels en hefbomen - Voorstellen voor verbeteringen 		
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Bestaande samenwerkingen : welke diensten, voor welk publiek, in welke gevallen - Onmisbare, ontbrekende, gewenste samenwerkingen - Formele/informele samenwerkingen - Rol van formalisering van de samenwerking en de communicatie - Instrumenten voor interorganisationele en interprofessionele samenwerking - Instrumenten voor communicatie tussen partners en gericht op het publiek - Belangrijkste hefbomen en obstakels 		

BIJLAGE III : GESPREKSHANDLEIDING – FOCUSGROEPEN MET ZORGBEUKERS

I. Voorstelling van het onderzoek

- Onderzoek over geestelijke gezondheidszorg
- Beter begrijpen hoe de zorg in Brussel is georganiseerd
- *Rekrutering* – Wij hebben de coördinatoren / leden van verschillende knooppunten ontmoet.
- Primaire aandacht voor mensen die contact hebben / hadden met diensten in verband met geestelijke gezondheidszorg
- Dit onderzoek vertrekt van de ervaringen van die personen om hun traject beter te begrijpen en te achterhalen wat de belangrijkste fasen ervan zijn (niet nodig om tijdens de presentatie uit te leggen wat verstaan wordt onder een traject – bij de Franstalige groepen zal een van de onderzoekers op het einde van de voorstellingsronde kort ingaan op de betekenis van “traject”, om het vervolg van het gesprek voor te bereiden, zie verder).
- Doelstellingen : Beleidsadvies formuleren om de geestelijke gezondheidszorg te verbeteren.
- Vertrouwelijkheid
- Opnames (twee dictafoons klaarmaken, één aan elke kant van de tafel leggen)

II. Voorstellingsronde

De onderzoekers stellen zichzelf ook voor maar nemen alleen in de hoedanigheid van onderzoeker deel aan het gesprek. De moderator begint, de tweede moderator sluit af. De drie onderzoekers gaan niet naast elkaar zitten.

- Voorstelling EN antwoord op de volgende vraag: «Waarom ben ik vandaag gekomen om deel te nemen aan dit focusgroepgesprek ?»

III. Trajecten

1. Tekeningen als ondersteuning

- De moderator vraagt de deelnemers om hun traject te tekenen. Hoe kan het traject grafisch worden voorgesteld? Wat zijn de belangrijke wendingen in dat traject (*wat ? wie ?*)
- Benadrukken dat het resultaat niet mooi hoeft te zijn, maar alleen dient als basis voor het gesprek.
- Als deelnemers angstig reageren of liever niet willen tekenen, voorstellen om te zoeken naar een drietal woorden om hun zorgtraject te omschrijven.
- De onderzoekers mogen ook hun traject tekenen maar nemen niet deel aan het gesprek.

2. Gesprek over de zorgtrajecten

- Bedoeling : Stapsgewijze komen tot gezamenlijke vaststellingen aan de hand van individuele ervaringen – interactie stimuleren.
- Niet het rijtje afdraaien, wie wil mag kort uitleg geven bij de eigen tekening, wat betekent dat voor hem/haar ?
- Vragen of iemand wil reageren op wat de spreker net zei (over de eigen tekening) OF of iemand de eigen tekening wil toelichten ?

3. Om het gesprek weer op gang te brengen

Enkel en alleen als een onderwerp nog niet voldoende aan bod kwam. Goed herformuleren, aansluiten op wat sprekers zeiden om deze vragen in te leiden.

TRAJECTEN :

- Wat waren de grote fasen in uw traject / welke momenten waren voor u cruciaal ?
- Hoe reageerde uw omgeving / de maatschappij op elk van die fasen ?
– *Stigmatisering/ Integratie/ Uitsluiting*
- Zijn er personen of evenementen die een stempel hebben gedrukt op uw traject ?

BEHOEFTE :

- Wat zou u nodig gehad hebben tijdens die belangrijke wending ?
Waarom ?
– Hoe zou dat uw traject veranderd hebben ?
- En wat is voor u contraproductief geweest ?
– Hoe zou dat uw traject veranderd hebben ?
- Wat zou u vandaag kunnen helpen ? Wat heeft u nodig ??
- Wat is vandaag voor u contraproductief ?

ZORG-EVALUATIE / BESLUITVORMING :

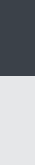
- Hebben de zorgdiensten een belangrijke rol gespeeld in uw traject ?
Hoe ? Waarom ?
- Wie / wat heeft u vooruit geholpen ? Hoe ? Waarom ?
- Wat was contraproductief ? Waarom ?
- Hoe werden de beslissingen genomen in de verschillende fasen van uw zorgtraject ?
– Wie was betrokken bij die beslissing ?
– Werd u betrokken bij het nemen van beslissingen ?
– Was u liever betrokken geweest bij het nemen van beslissingen ?
- Als uw ervaring zou moeten dienen om anderen te helpen, wat zou volgens u in de toekomst dan moeten veranderen aan het zorgsysteem ?
(*Onderwerpen : contacten tussen zorgverleners, delen of niet van informatie, overgangen, betrekken van familieleden, eigen inbreng, instrument, inclusie, toelating,...*)

IV. Afsluitende ronde

- Wil u nog iets toevoegen ?
- Of is er iets dat u prettig vond of betreurt ?

V. Afronding

- Zijn er nog vragen ?
- Formulier van geïnformeerde toestemming ondertekenen voor vertrek.





De dossiers van het Observatorium

Het project **Parcours.Brussel** onderzoekt hoe het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is georganiseerd aan de hand van de zorgtrajecten van personen die in contact staan of stonden met diensten voor geestelijke gezondheidszorg uit die regio. Wat het anders maakt dan andere projecten is de bewuste keuze om te vertrekken vanuit de *ervaringen van personen die zorg krijgen of van zorg uitgesloten zijn* en om bijzondere aandacht te schenken aan de *sociale- en verzorgingsdimensie van de zorgtrajecten*.

Het resultatenrapport van het project Parcours.Brussel bevat **twee grote delen**. Het eerste deel, **Geestelijke gezondheid en samenleving**, behandelt de thema's huisvesting, werk en activiteiten, en het sociaal netwerk – aspecten die telkens weer doorslaggevend bleken te zijn bij de belangrijke wendingen in het traject van huidige of voormalige zorggebruikers binnen en buiten de zorg. Het tweede deel, **Het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest** is gewijd aan de samenstelling van het systeem, de toegankelijkheid van de zorgen, de samenwerking binnen het systeem en de coördinatie van de diensten binnen het kader van de implementatie van de hervorming.

<http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/accueil>

Dit document is ook beschikbaar in het Frans

Ce document est également disponible en français sous le titre :
**Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale
et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale.**