



SAMENVATTING VAN HET RAPPORT

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



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

INHOUDSTAFEL

Inleiding.....	2
Deel I : Geestelijke gezondheid en samenleving	4
1. Huisvesting.....	4
2. Werk en activiteiten	5
3. Sociaal netwerk en stigmatisatie.....	5
Deel II : Het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.....	7
1. De voornaamste spelers in het geestelijke gezondheidssysteem	7
2. Toegang tot geestelijke gezondheidszorg: moeilijk, willekeurig en onderhendeld.....	8
3. Samenwerking	9
4. Coördinatie van het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels gewest	10
5. Conclusie.....	12
Deel III : Aanbevelingen.....	14
1. Huisvesting en geestelijke gezondheid.....	14
2. Werk en geestelijke gezondheid	14
3. Het social netwerk	15
4. Circulez!	15
5. Centralisatie en sturing van de regionale coördinatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.....	15

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*. De geestelijke gezondheid en de trajecten die erin worden afgelegd slagen of falen altijd binnen welbepaalde sociale omstandigheden die gekarakteriseerd worden door onder andere toegang of geen toegang tot adequate huisvesting, en doorheen interacties, met name op de werkvloer. Het project Parcours.Brussel conceptualiseert daarom de geestelijke gezondheid als een *collectieve actie/onderneming* die het domein van de zorg overstijgt. Dit vertaalt zich in het gebruik van de term “geestelijke gezondheidssysteem” in plaats van “geestelijke gezondheidszorgsysteem”.

Parcours.Brussel **onderzoekt de werkelijke samenwerkingen die zich ontwikkelen tussen organisaties in het Brussels Gewest als gevolg van Hervorming 107, vertrekkende van het zorgtraject van de gebruikers. De beroepspraktijken worden bestudeerd, alsook de aard en de determinanten van de samenwerkingen tussen geestelijke gezondheidsdiensten en andere eerstelijns-, sociale en culturele voorzieningen.** Het illustreert de invloed van deze praktijken en relaties op de gebruikersparcours, met name wat het al dan niet toegang krijgen tot zorg en de continuïteit of discontinuïteit van die zorg betreft. Parcours.Brussel stelt tenslotte ook pistes ter verbetering voor. Deze richten zich op de relaties met de politieke wereld, binnen de beroepswereld van de geestelijke gezondheidszorg en met de sociale, arbeids- en huisvestingswereld.

Er werd voor dit project voornamelijk gebruik gemaakt van semi-gestuurde interviews, focusgroepen, en etnografische gesprekken en 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 individuele levensloop en het zorgtraject van

gebruikers beïnvloedt. De resultaten zijn dus verankerd in diepgaande discussies, collectief en individueel, met beroepskrachten en gebruikers, binnen en buiten de zorg.

Het project *Parcours.Brussel* kadert in de **context van de doorvoering van de hervorming van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg in België, de zogenaamde “Hervorming (psy)107”. De eerste “verkennende” fase werd opgestart in 2010 onder impuls van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid**, en de tweede “veralgemenende” fase werd aangevat in 2016. In België werden van 2010 tot vandaag drieëntwintig netwerken opgezet, met de bedoeling om het hele grondgebied af te dekken. Het Brussels Gewest telde er tot 2016 echter slechts twee; het eerste dekt een gebied in het oosten van Brussel, het tweede dekt het centrum en een aantal aanpalende wijken). In het kader van de tweede fase van Hervorming 107 is er overleg opgezet tussen de federale en gewestelijke autoriteiten en de actoren uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg in Brussel, over het oprichten van eventuele bijkomende netwerken om het hele gewestelijke grondgebied af te dekken.

De algemene filosofie van deze hervorming is om **een zorglogica te ontwikkelen die is gebaseerd op de behoeften van de doelgroepen, en niet uitsluitend op het bestaande zorgaanbod**. 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**, of de regularisatie van de verschillende pilootprojecten, zowel federale als van de gemeenschappen en gewesten, in het geglobaliseerd geestelijk gezondheidszorg-concept.

Een zorgmodel gebaseerd op vijf functies moet, volgens de hervormingslogica toelaten om al deze doelstellingen te bereiken. Deze functies omvatten activiteiten in het domein van preventie en promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling, de **ambulante intensieve behandelingsteams**, de **rehabilitatieteams**, de **intensieve residentiële behandelingsunits** en de **specifieke woonvormen**.

De vervanging van een zorgmodel gebaseerd op het aanbod door een zorgmodel dat de gebruiker centraal stelt werd progressief ingevoerd aan de hand van verkennende projecten die elk de 5 functies voorzien in de hervorming 107 uitbouwden. Deze projecten doen een beroep op de creativiteit van de terreinactoren om het model aan te passen aan de lokale realiteit, met respect voor de algemene filosofie van de hervorming.

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 activiteit, 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.

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)

Geestelijke gezondheid is intrinsiek verbonden met de sociale context. De gerapporteerde parcours van de gebruikers binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg laten toe om drie belangrijke richtingbepalende factoren te identificeren: **huisvesting, werk of bezigheid en het sociaal netwerk en stigmatisatie**. Deze drie factoren kwamen bij alle ontmoette gebruikers naar voren en werden nader onderzocht tijdens de uitdiepende gesprekken met de beroepskrachten en de gebruikers.

1. HUISVESTING

De **moeilijke toegang tot huisvesting in het Brussels Gewest** draagt bij tot de **verzadiging van het geestelijke gezondheidssysteem**. De huisvestingsproblematiek is aanwezig bij diverse doelgroepen en beïnvloedt het dagelijks werk van de geestelijke gezondheidszorgverleners door de belemmering van de overgang van het ziekenhuis naar vermaatschappelijkste 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 in armoede leven**. 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.

“Huisvesting” betreft hier woonvormen met verschillende niveaus van autonomie, waarbij elke woonvorm met specifieke toegangsproblemen kampt:

- **Zelfstandig wonen:** Een onvoldoende hoog inkomen en discriminatie door de huiseigenaars vormen een ernstige beperking voor de toegang tot zelfstandige wonen.
- **Sociale woningen, IBW's en PVT's:** deze zijn dan weer moeilijk toegankelijk wegens **lange wachtlijsten**. Bovendien gelden voor plaatsen in IBW's en PVT's **strengere 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 deze problemen.

2. WERK EN ACTIVITEITEN

« Wanneer je vandaag de dag werk vindt krijg je een burnout, maar als je geen werk vindt word je psychotisch. » (Gebruiker)

Werk is in het zorgtraject van gebruikers een belangrijke richtingbepalende factor, en dat in alle sociaal-economische categorieën. De interacties tussen geestelijke gezondheid en werk vertonen zich in verschillende omstandigheden, zowel op de werkvloer als in de zorg, en beïnvloeden zowel het al dan niet terecht komen in het geestelijke gezondheidssysteem als de toegang tot of terugkeer naar een job. Deze wisselwerking houdt onder andere verband met factoren die met werk samenhangen, zoals het hebben van een bezigheid, en het bieden van een netwerk, sociale erkenning en inclusie.

Werkloze gebruikers die op straat of in extreme armoede geleefd hebben, wijten hun geestelijke gezondheidsproblemen in overwegende mate aan hun moeilijke integratie op 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 verwijzen dan weer naar de moeilijke werkomstandigheden die ze hebben ervaren, waaronder de hoge werkdruk, pesterijen en moeilijke interpersoonlijke relaties op de werkvloer.

Een terugkeer naar de arbeidsmarkt na een tijd van afwezigheid wegens geestelijke gezondheidsproblemen was of is voor de gebruikers die aan dit onderzoek meewerkten **erg moeilijk**, 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 ("hertewerkstelling tot elke prijs"), terwijl die houding door anderen wordt afgewezen waarbij wordt onderstreept dat deze net de ongelijkheid in de hand werkt.

Dat een eventuele terugkeer naar de arbeidsmarkt controversieel is, heeft alles te maken met het probleem van discriminatie, en meer in het algemeen met de pessimistische verwachtingen van de zorgverleners inzake de mogelijkheid om in de werkomgeving den nodige aanpassingen te kunnen bekomen. Er werd opgeworpen dat stimulansen voor werkgevers een verschil zouden kunnen maken, maar niet alle

zorgverleners zijn ervan overtuigd dat dit voldoende is. Talrijke huisartsen zien met lede ogen aan hoe werkgerelateerde gezondheidsproblemen hand over hand toenemen, en hameren op het **noodzakelijk belang van preventieve maatregelen, bedoeld om de werkomstandigheden voor de hele bevolking te verbeteren.**

De plaats die het onderwerp "werk" inneemt in de getuigenissen van gebruikers en de werkgerelateerde controverses in de gesprekken met zorgverleners tonen aan dat het **zingevingaspect van werk** van groot belang is. **Werk als zingeving breidt de traditionele interpretatie van "werk" uit tot alle initiatieven die dagactiviteiten van de bevolking stimuleren**, waarbij er een kruisbestuiving ontstaat 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.

3. SOCIAAL NETWERK EN STIGMATISATIE

« [...] 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)

De resultaten getuigen van sterke interacties tussen het sociaal netwerk en de geestelijke gezondheid. Met sociaal netwerk wordt het netwerk bedoeld van kennissen en naasten die de gebruiker omgeven, alsook de kwaliteit van interpersoonlijke relaties. 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.

De resultaten brengen anderzijds ook problemen van discriminatie aan het licht, waarbij dit sociale mechanisme leidt tot een systematische gedifferentieerde behandeling van een groep ten opzichte van de rest van het collectief op basis van afgebakende criteria zoals een geestelijke gezondheidsdiagnose. **De discriminatie van gebruikers, vaak op de**

woningmarkt en de arbeidsmarkt, draagt bij aan de geestelijke gezondheidsproblemen doordat zij **sociale uitsluiting** in de hand werkt.

Met betrekking tot sociale inclusie:

- De vertegenwoordigers van gebruikers die aan het onderzoek meewerkten gaven aan dat **lotgenoten-contact een grote steun** kan vormen, waarbij een gebruiker wordt begeleid door een zogenaamde “ervaringsdeskundige”, die in het verleden zelf geestelijke gezondheidszorg nodig had.
- Zowel de gebruikers als de beroepskrachten valoriseren de **initiatieven die sociale inclusie stimuleren** en onderschrijven hun invloed op de geestelijke gezondheids-toestand. Ze geven duidelijk aan dat **het verenigingsleven en de culturele sector**, en de verschillende “**laagdrempelige ontmoetingsplekken**” waaruit die zijn samengesteld, een grote bron van steun zijn. De gebruikers zijn blij dat er daar **niet in medische termen over hun situatie wordt gesproken**, wat ruimte maakt voor de **valorisatie van andere aspecten van hun identiteit**, maar ook dat die plaatsen in alle vrijheid bezocht kunnen worden en de **mogelijkheid bieden om zich onder een meer heterogeen publiek te kunnen mengen**.
- Ook de steun van geloofsgenoten (in gebedshuizen e.d.) wordt door talrijke gebruikers 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**, een houding gelijkaardig aan deze in de “laagdrempelige ontmoetingsplekken”.

DEEL II: HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

Dit deel gaat over de organisatie van het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Geest. Het telt vier hoofdstukken, die respectievelijk gewijd zijn aan de **sleutelactoren van het geestelijke gezondheidssysteem**; de **toegankelijkheid van de zorg**; de **samenwerking tussen de diensten en de beroepskrachten**; en de **coördinatie van het systeem** in zijn geheel. Het beeld van het systeem dat wordt geschetst in dit deel is verankerd in de opvatting van de geestelijke gezondheid als een collectieve onderneming, die niet alleen de zorgdiensten beschouwd maar evenzeer de diensten buiten de zorg die geconfronteerd worden met een publiek met soms zware geestelijke gezondheidsproblemen. Dit deel pretendeert niet volledig te zijn, maar wil een visie bieden van een geestelijke gezondheidssysteem dat diensten binnen en buiten de zorg integreert waarbij aandacht wordt besteedt aan de organisationele aspecten die een invloed hebben op de parcours van de gebruikers zoals beschreven in het eerste deel.

1. DE VOORNAAMSTE SPELERS IN HET GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM

Het onderzoek Parcours.Brussel belicht **drie soorten diensten** die met elkaar gemeen hebben dat ze praktijken ontwikkelen waardoor zij invloed hebben op de door de gebruikers geïdentificeerde mogelijke pistes op het vlak van huisvesting, werk en sociaal netwerk. De *zorgdiensten* waarvan de beroepskrachten en de gebruikers hun tussenkomst vermelden zijn in hoofdzaak: **de Initiatieven voor Beschut Wonen (IBW)** en **de Mobiele Teams (MT)**. Wat de diensten *buiten de zorg* betreft vermelden zij vooral de **“laagdrempelige ontmoetingsplekken”**.

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.

De IBW's zijn kleine residentiële instellingen die de gebruikers toelaten om onafhankelijk te leven maar hen tegelijk een begeleiding te bieden op vlak van geestelijke gezondheid. **Het gebrek aan beschikbare plaatsen in de IBW's wordt zowel door de gebruikers als de**

hulpverleners vastgesteld en kan worden verklaard door het feit dat de meeste personen er voor een lange periode verblijven omwille van een gebrek aan woonalternatieven in Brussel. Om deze moeilijkheden op te vangen treden sommige IBW's op als bemiddelaar tussen de gebruikers en de verantwoordelijken voor sociale huisvestingsinitiatieven, door zelf met deze laatste contact op te nemen. Deze manier van werken laat het IBW een zekere flexibiliteit toe in het gebruik van hun eigen middelen en maakt het mogelijk om meer rekening te houden met de familiale en financiële hulpbronnen van de gebruikers. Het kan daarnaast ook een middel zijn om de door de gebruikers ervaren discriminatie op de woningmarkt te verminderen.

Het werk dat wordt verricht door de **mobiele teams** speelt zich af in de thuisomgeving van de gebruiker, en bestaat in hoofdzaak uit het (her)opbouwen van een netwerk rond een situatie. Hun interventies leiden evenwel in bepaalde gevallen toch tot een hospitalisatie en dit volgens sommige zorgverleners voornamelijk wanneer het team onder de verantwoordelijkheid valt van een psychiatrisch ziekenhuis. De Brusselse mobiele teams kenmerken zich door een antwoord te bieden op de vragen die rechtstreeks worden geformuleerd door gebruikers en hun naaste omgeving en vervullen zo **een essentiële functie in het toegankelijker maken van zorg voor bevolkingsgroepen die daarvan zijn uitgesloten**, waaronder ook zorgweigerars. De toename in het beroep doen op een mobiel team die door de beroepskrachten wordt aangehaald lijkt vooral te maken te hebben met de algemene verzaaiing van de Brusselse diensten en de doorverwijzingsmogelijkheden binnen het systeem. Een adequate verbinding tussen de mobiele teams en het geheel van het geestelijke gezondheidssysteem, met inbegrip van ambulante en sociale diensten, vergemakkelijken de toegang tot zorg door de ziekenhuisopnames te beperken. In die zin lijkt de samenwerking tussen MT's en IBW's veelbelovend voor een makkelijkere overgang naar zelfstandig wonen door de negatieve gevolgen van een potentiële vereenzaming te vermijden.

De **“laagdrempelige ontmoetingsplekken”** zijn plaatsen die hoofdzakelijk tot het verenigingsleven en de culturele sector behoren. **Deze plekken bieden geen zorg aan maar een mogelijkheid om opnieuw een sociaal netwerk op te bouwen en een plaats te vinden in de samenleving door middel van culturele en sociale activiteiten.** Gezien de afwezigheid van toelatingscriteria en –procedures zijn deze plekken erg toegankelijk en verwelkomen zij regelmatig een publiek dat uitgesloten

is van zorgdiensten. De gebruikers en de zorgverleners geven verschillende redenen aan waarom deze plekken zo belangrijk zijn. Ten eerste bieden zij de gebruikers een plaats waar de professionele of medische invalshoek minimaal tot niet aanwezig is waardoor zij makkelijker kunnen integreren in een gemengd gezelschap. Ten tweede bieden zij activiteiten en bezigheden aan die een invulling kunnen zijn van “werk als zingeving”, zonder evenwel de druk van de arbeidsmarkt met zich mee te brengen. Ten derde **verminderen zij de gevolgen van discriminatie, vooral op het vlak van huisvesting, door te bemiddelen tussen eigenaars en gebruikers.** Deze laagdrempelige ontmoetingsplekken lijken dus een antwoord te bieden op de drie belangrijkste parcourswendingen van de gebruikers. Daarenboven zijn ze een voorbeeld van een mogelijke ‘hefboom’ die toelaat om verschillende visies en manieren van aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen samen te brengen. Ze dragen bij aan de destigmatisatie, zowel op individueel als op collectief niveau en zowel binnen als buiten het zorgsysteem.

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

Het brusselse systeem van geestelijke gezondheid wordt als rijk en divers omschreven. De toegang tot zorgdiensten is evenwel problematisch en dit om de volgende redenen: **de complexiteit van het systeem, het gebrek aan middelen voor hospitalisatie** en voor **specifieke doelgroepen**, en het **willekeurige en onderhandelde karakter** van de doorverwijzingen binnen het systeem en bij de toegang tot de diensten.

Het systeem wordt door de beroepskrachten, de gebruikers en hun naasten als complex ervaren. Deze complexiteit verwijst naar de **onduidelijkheid of de onbekendheid van de rollen die vervuld worden door de zorgdiensten.** Voor de gebruikers en hun naasten vormt deze complexiteit een ernstig obstakel bij de toegang tot zorg. Op het niveau van de zorgverleners ligt zij aan de oorsprong van doorverwijsmoeilijkheden of onaangepaste doorverwijzingen binnen het geestelijke gezondheidssysteem. **Het tekort aan middelen betreft vooral de schaarste aan beschikbare plaatsen voor hospitalisatie. Het opnemen van gebruikers die niet in het Brussels Gewest wonen** draagt bij aan de verzaaiing van de diensten. Dit probleem wordt nog

geaccentueerd door het gebruik van ziekenhuisdiensten als vorm van onderdak voor uitgesproken achtergestelde doelgroepen en/of om problemen bij de toegang tot huisvesting en alternatieve woonvormen zoals de PVT's en de IBW's te ondervangen. De **mobiele teams** spelen tenslotte een belangrijke rol in het toegankelijk maken van zorg, met name in het ziekenhuis, van een publiek in moeilijke psychosociale omstandigheden waar eerder geen zorg aanwezig was of zorg geweigerd werd. Deze verhoogde toegang is wenselijk maar draagt bij aan de vergroting van de vraag aan ziekenhuisdiensten. Een betere kennis van de hulpbronnen die er binnen het systeem bestaan, andere dan ziekenhuisdiensten, en een betere verbinding tussen de mobiele teams en deze diensten lijken aangewezen verbeterpistes.

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.**

De kwestie van de toegankelijkheid stelt zich in het bijzonder voor de zogenaamde “uitgesloten” bevolkingsgroepen. Tot deze profielen behoren vooral personen in precaire levensomstandigheden, migranten, verslaafden, lichamelijk gehandicapten en situaties waarbij verschillende sociale, psychische of fysieke problematieken samen voorkomen. **Deze profielen voldoen niet aan de toelatingscriteria** van de zorginstanties. Ze vereisen meer tijd en een sterker aanpassingsvermogen van de institutionele kaders en van de zorgverleners. Bij gebrek aan tijd en flexibiliteit worden deze profielen voortdurend en e indeloos doorverwezen binnen het geestelijke gezondheidssysteem en vinden zij weinig of geen antwoord op hun behoeften bij de zorgdiensten. **Laagdrempelige voorzieningen met een medische functie leveren een adequate bijdrage in het doorbreken van deze uitsluiting.**

De manier waarop doorverwijzingen gebeuren tussen de zorgdiensten is vaak van willekeurige en onderhandelde aard waardoor de toegankelijkheidsproblemen en de doorverwijzingsproblemen van het geestelijke gezondheidssysteem nog meer uitgesproken worden. Ten eerste worden de toelatingscriteria in de diensten binnen het systeem niet altijd op dezelfde manier geïnterpreteerd. Deze **uiteenlopende interpretaties** onder de zorgverleners zorgt voor

problemen bij doorverwijzing. Ten tweede, gegeven de complexiteit en het gebrek aan kennis van het systeem baseren de voorgestelde doorverwijzingen zich hoofdzakelijk op **het persoonlijk en organisationeel netwerk van de hulpverlener**: hoewel er vele mogelijkheden zijn is het gebruik ervan dus beperkt. Tenslotte ontwikkelen er zich, gegeven het gebrek aan adequate hulpbronnen voor de behoeften van sommige doelgroepen, de starheid van de institutionele kaders en de variabele interpretatie van de toelatingscriteria, informele strategieën om toch toegang te krijgen tot zorg, waaronder de opname voor observatie met instemming van de gebruiker.

De toegang tot zorgdiensten en de doorverwijzingen binnen het systeem kunnen dus omschreven worden als complex, willekeurig en onderhandeld. Voor de gebruiker is het echter essentieel om goed te worden doorverwezen, 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

Samenwerking is een vorm van relatie tussen organisaties die karakteristiek is voor zorgnetwerken. Ze veronderstelt dat organisaties die geen deel uitmaken van dezelfde hiërarchische lijn binnen het netwerk worden geïntegreerd. Samenwerking wordt vaak voorgesteld als een oplossing voor de problemen van differentiatie tussen de diensten en fragmentatie van de zorg. Gezien de autonomie van zorgdiensten en het bestaan van sectoriële en organisationele scheidingslijnen, zowel structureel als cultureel, is samenwerking evenwel eerder een uitdaging dan een oplossing.

De zorgverleners getuigen dat ze deze uitdaging willen aangaan. 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. Hiervoor werden drie belangrijke verklaringen aangegeven:

- Een **onbekendheid met de verschillende mogelijkheden**, met andere woorden met de hulpbronnen die beschikbaar zijn in het globale netwerk.
- Een zekere **padafhankelijkheid**, waardoor **de samenwerking beperkt blijft tot de nabije omgeving of het bestaande institutionele netwerk**.
- Verschillende beroeps culturen en **uiteenlopende visies op geestelijke gezondheid** die een invloed hebben op de relatie tussen zorgverleners, en op hun openheid tegenover de samenwerkingsinstrumenten, instrumenten 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. Volgende instrumenten werden besproken:

- **IT-oplossingen voor het delen van gegevens** maken het doorverwijzen binnen het netwerk makkelijker (ze laten toe een beeld te krijgen van de zorgtrajecten en de zorgverleners en diensten te identificeren die al contact hadden met de gebruiker). Er bestaat evenwel ook heel wat weerstand tegen deze gegevensdeling. Deze weerstand heeft vooral te maken met de bescherming van het beroepsgeheim en de zorgrelatie, alsook met het soort informatie dat wordt doorgegeven en de toestemming van de gebruiker.
- **Overleg** dat verduidelijkt wie in een bepaalde situatie welke taak en welke verantwoordelijkheden heeft is bevorderlijk 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. Ze laten ook toe om de situatie van gebruikers die bij sommige instellingen op de “zwarte lijst” staan te deblokken door oplossingen voor te stellen die in gelijkaardige situaties zouden kunnen worden toegepast; versterken de erkenning voor paramedische expertises en zorgen voor een beter zicht op het werk van andere instellingen wat een betere doorverwijzing van gebruikers mogelijk maakt. Dankzij **immersies** leren diezelfde actoren elkaar ook beter kennen en wordt een inenting gegeven tegen de onzekerheid van zorgverleners ten aanzien van sommige doelpublieken met complexe situatiemarken of waarmee zij zelf niet gewend zijn te werken. In het algemeen komen de vertrouwensrelaties die door deze praktijken worden gestimuleerd ten goede aan de autonomie van de gebruikers waarbij discontinuïteit op het niveau van de instelling aanvaard kan worden en de doelstelling van zorgcontinuïteit naar het netwerk wordt verschoven.

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 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSSYSTEEM IN HET BRUSSELS GEWEST

De coördinatie van het zorgnetwerk in de geestelijke gezondheid, die het bestaan van een hiërarchische lijn veronderstelt en de erkenning van een autoriteit in het toekennen van financiële en personeelsmiddelen, is bijzonder moeilijk in te stellen in systemen van gedecentraliseerde gezondheidszorg. Dit is het geval in België, waar de bevoegdheden gefragmenteerd zijn en verdeeld over verschillende bevoegdheidsniveaus alsook over verschillende agentschappen die elk verantwoordelijk zijn voor specifieke aspecten in het beheer van bepaalde sectoren, zoals de residentiële en de ambulante zorg. **In het Brussels Gewest kunnen twee coördinatieniveaus van de geestelijke gezondheidszorgnetwerken worden onderscheiden:** enerzijds de **politieke coördinatie** (A), dat wil zeggen uitgevoerd door een actor buiten het systeem, en anderzijds de **gewestelijke coördinatie** (B), waarbij de vraag rijst aan welke interne actor die moet worden toevertrouwd.

Op politiek niveau (A) brengt het onderzoek Parcours. Brussel twee belangrijke aspecten van coördinatie naar voor: het **functionele model** dat de rode draad vormt bij de reorganisatie van het systeem; en de **beheersmechanismen**.

Het functionele model dat in de hervorming 107 sterk wordt aanbevolen wil de geestelijke gezondheidszorg organiseren volgens vijf zorgfuncties, waarbij een verschuiving van een organisatorische logica naar de behoeften van de gebruikers in plaats van deze van de structuren. De functionele logica blijkt erg omstreden te zijn. Terwijl de strategische waarde van het model met de vijf functies – als motor voor verandering – wel wordt erkend, rijzen er ook vragen over de toepassing ervan in de praktijk. De opsplitsing in zorgfuncties, met de bijhorende organisatie in functiecomités, wordt op het terrein sterk aangepast of alleen op papier behouden. In bestuurlijke termen tonen deze op het terrein in vraag gestelde elementen de moeilijkheden aan die de

publieke overheden ondervinden bij het coördineren van de reorganisatie van het systeem volgens het functionele model. Deze moeilijkheden hangen samen met het ontbreken van een geïntegreerde coördinatie op het niveau van de bevoegde overheden. Bijgevolg 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 waardoor er een groot verschil ontstaat tussen de formele taken van de antennes, zoals die door de overheid worden bekeken, en hun reële activiteiten.

De reguleringsmechanismen die naar voor kwamen in het onderzoek *Parcours.Brussel* betreffen 2 soorten instrumenten die gebruikt worden bij de coördinatie van de implementatie van het functionele model dat door de hervorming wordt naar voor geschoven: de **financieringsmechanismen** en de **coördinatiefunctie**.

- Het financieringsmechanisme voor de implementatie van de hervorming baseert zich op Artikel 107 van de ziekenhuiswet, dat toelaat om een deel van de toegekende middelen voor de financiering van bedden voor langdurige hospitalisatie te gebruiken om de vijf functies te ontplooiën, en dan in het bijzonder de tweede functie, zijnde de ontwikkeling van mobiele teams. Deze door de federale overheid bepaalde strategie wordt door de hulpverleners sterk in vraag gesteld, omdat het twee onbedoelde neveneffecten heeft. Ten eerste wordt de **externalisatie van het psychiatrische ziekenhuis bevorderd**, en daarmee volgens sommige zorgverstrekkers ook de biomedische ideologie die daar onderliggend is. Deze ideologie wordt sterk in vraag gesteld door de ambulante sector die op haar beurt vaak een sociale ideologie omtrent geestelijke gezondheid voorstaat. Ten tweede lokt deze strategie een onderfinanciering uit van de ambulante zorg en de beperkte integratie van het mobiele aanbod in de gemeenschapsgerichte zorg. De zorgverleners brengen aan dat een versterking van de ambulante zorg en een betere integratie van het mobiele aanbod kan toelaten om **het aanhoudende ideologische conflict** tussen ziekenhuis en ambulante zorg enerzijds en psychiatrie en geestelijke gezondheid anderzijds, **te sussen**, dat **de bestaande expertise in de ambulante sector naar waarde geschat wordt, en dat er uitwisseling mogelijk wordt gemaakt met de medewerkers van de mobiele teams** en dat er mogelijkheden gevonden kunnen worden om alternatieven te vinden voor de mobiele teams als de gebruiker zich wenst te verplaatsen naar de ambulante

diensten en de gemeenschap, liever dan thuis te zitten wachten op hun interventie.

- De Coördinatiefunctie, die toelaat instellingen en sectoren op elkaar af te stemmen waarvan de belangen en visies uiteenlopen, heeft een belangrijke invloed op de ontwikkeling van een netwerk (of “antenne”). De lokale coördinatoren nemen zo een centrale rol in bij de implementatie van de hervorming, wat op het Brusselse terrein niet in vraag wordt gesteld. De aandachtspunten over coördinatie houden eerder verband met de noodzaak om de coördinatoren een statuut toe te kennen en een aangepaste vorming aan te bieden om zich van hun taak te kunnen kwijten, waarbij de voorkeur wordt gegeven aan de ontwikkeling van vaardigheden op het vlak van proces- en projectbeheer.

Op gewestelijk niveau (B) werden een aantal belangrijke twistpunten blootgelegd omtrent de 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.

In 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**, waarbij de interventies van de netwerkleden coherent zouden zijn met de doelstellingen van hervorming 107.

Het onderzoek *Parcours.Brussel* toont dus aan dat de coördinatie van het systeem zich richt op een 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 vertalende en afstemmende rol speelt. Het komt er dan ook op aan om die zelfgestuurde antennes te integreren, in het bijzonder door samenwerkingsmechanismen naar voor te schuiven die de wederzijdse kennis tussen de zorgverstrekkers versterken en het vertrouwen binnen het Brusselse netwerk in zijn geheel ondersteunen.

5. CONCLUSIE

Het project Parcours.Brussel onderscheidt zich door de prioriteit die werd gegeven aan het parcours van de gebruikers, om er de belangrijkste wendingen in te kunnen identificeren. De wendingen die zo naar voor kwamen hebben vervolgens als leidraad gediend om de organisatie, samenwerkingen en de coördinatie van het geestelijke gezondheidssysteem te analyseren en zo een beter inzicht te verwerven in hoe deze dimensies een impact hebben op het parcours van de gebruikers.

TRAJECTWENDINGEN – GEESTELIJKE GEZONDHEID EN SAMENLEVING

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**. 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.

ZORGSYSTEEM – KWETSBAARHEID EN UITSLUITING

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.

Daarnaast toont het onderzoek Parcours.Brussel 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**. 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. Deze vaststellingen in verband met de uitsluiting van de meest kwetsbare bevolkingsgroepen worden bevestigd door de getuigenissen van zorgverleners. Zij maken gewag van **grote moeilijkheden bij het doorverwijzen binnen het zorgsysteem van gebruikers met een complexe situatie. Enerzijds 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. Anderzijds omdat die diensten overvol zitten.**

ZORGSYSTEEM – CULTUREN, STRATEGIEËN EN PROFESSIELE NETWERKEN

Dit onderzoek heeft ook duidelijk gemaakt hoe verschillende beroepsculturen de toegang tot zorg en de doorverwijzing van gebruikers binnen het systeem beïnvloeden. Achter de beroepsculturen gaan verschillende zienswijzen op de psychiatrie en de geestelijke gezondheid schuil, met onderliggend ook verschillende professionele gewoonten in het werken met bepaalde doelgroepen die worden bepaald door de diagnose maar ook door het sociaal-economisch statuut. **Een verschil in beroepscultuur 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 onderhandeld** met behulp van diverse strategieën. Het kennisnetwerk van bepaalde zorgverleners zou eveneens bepalend zijn voor de gekozen doorverwijzingen. Enerzijds kunnen zij de opname vergemakkelijken van moeilijke doelgroepen in bepaalde diensten. Anderzijds ligt een sterke “padafhankelijkheid” samenhangend met bestaande interpersoonlijke of interorganisatorische netwerken en sterk gelokaliseerd, aan de basis van **de onbekendheid met de mogelijkheden** op het niveau van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

ZORGSYSTEEM – WELKE VERANDERINGSSTRATEGIE

Het project Parcours.Brussel onderstreept het belang van samenwerkingsmechanismen die de onderlinge bekendheid tussen zorgverleners te ondersteunen en het onderlinge vertrouwen binnen het Brusselse netwerk in zijn geheel te versterken. Die mechanismen kunnen in twee categorieën worden opgedeeld. Ten eerste zijn er **de interprofessionele vergaderingen, ook wel “intervisies” genoemd, waarbij op basis van een klinische situatie een oplossing kan worden gezocht op vragen van organisatorische aard.** Specifiek aan dit type vergaderingen is dat ze doorgaan binnen een professionele logica en met een bottom-up-benadering, waarbij een concrete organisatorische 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. Vergaderingen van de laatste soort ontwaarden veelal in een debat over beroeps cultuur en beroeps ideologie waar de deelnemers inmiddels de buik van vol hebben. Aan de andere kant worden door de zorgverleners ook **de immersies tussen de diensten** gevaloriseerd. Deze laten niet alleen toe om **contacten te leggen met collega’s en andere werkwijzen te kunnen observeren, maar waarmee ook bijgeleerd kan worden over doelgroepen** waar men gewoonlijk niet mee in aanraking komt. **Intervisies 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.**

ZORGSYSTEEM – WELKE VERANDERINGSLOGICA (STRUCTUREN VERSUS ZORGFUNCTIES)

In het project Parcours.Brussel werd de coördinatie op politiek en gewestelijk niveau onder de loep genomen. Er kwamen **belangrijke meningsverschillen naar boven betreffende de functionele zorglogica die de coördinatie van de hervorming 107 op het federale niveau beheerst.** Daarenboven hebben de financieringsmechanismen van de hervorming tot gevolg dat de scheidingen in stand worden gehouden tussen residentiële zorg en ambulante zorg. De zorgverleners zijn het dus allesbehalve eens met de organisatielogica en de coördinatie die gezien worden als door een externe, administratieve en politieke speler 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 hecht veel belang aan beroeps- en sectoriële belangen, terwijl de tweede actielogica vertrekt vanuit de lokale dynamiek en de algemene filosofie van hervorming 107.** Door de juxtapositie van deze twee logica’s ontbreekt het in het gewestelijk netwerk aan een duidelijke lijn voor de coördinatie en de afstemming van de interventies van de leden zodat deze stroken met de doelstellingen van Hervorming 107.

“LAAGDREMPELIGE ONTMOETINGSPLEKKEN”: GEESTELIJKE GEZONDHEID IN DE SAMENLEVING

De instanties die wij “laagdrempelige ontmoetingsplekken” hebben genoemd, spelen een belangrijke rol voor de doelgroepen die door hun ingewikkelde situatie niet meteen toegang krijgen tot (de juiste) zorg. Zij bieden ook een alternatief of aanvullend antwoord op de zorgdiensten en de medische logica. Kenmerkend voor die instanties is hun laagdrempeligheid. **Zij ontwikkelen een vorm van praktijkexpertise waarvan de belangrijkste aspecten zijn: een voorkeur voor een sociale en culturele benadering in plaats van een medisch discours, het tijd nemen om in dialoog te gaan, en een grote flexibiliteit in de momenten van ontmoeting en de bepaling van de activiteiten. Deze diensten bieden dus een aanvullende werking op de zorgdiensten als dusdanig, net omdat ze soepeler omgaan met de regels.**

Om deze reden werden deze diensten in dit onderzoek voorgesteld als deel uitmakend van de “averechtse” kant van het zorgsysteem. Niet alleen verhelpt deze averechtsheid aan een aantal problemen, in hoofdzaak de uitsluiting van zorg voortkomende uit de werking en socio-historische evolutie (specialisatie en formalisatie) van geestelijke gezondheidszorgdiensten en psychiatrische diensten. Ze zorgt ook voor een aanvulling op de eigen logica van de zorgdiensten door de geboden flexibiliteit en de nadruk die wordt gelegd op het sociale en culturele. **Het project Parcours.Brussel onderstreept deze complementariteit en de onderlinge afhankelijkheid van het “rechtse” en het “averechtse”, en bevat een duidelijke uitnodiging om het respectieve belang van beide kanten meer in evenwicht te brengen en hun onderlinge aansluiting te bevorderen.**

DEEL III: AANBEVELINGEN

De opvatting van de geestelijke gezondheid als een collectieve onderneming waarvoor in het project Parcours.Brussel werd gekozen heeft toegelaten om verschillende sferen van het sociale leven te beschouwen waarbinnen geestelijke gezondheid gemaakt en gekraakt kan worden. **De resultaten nodigen uit om het nadenken over geestelijke gezondheid uit te breiden, verder dan het zorgsysteem.** Het bestaande zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is rijk en gediversifieerd. De organisatie ervan, de samenwerking tussen de actoren en de coördinatie van het systeem verbeteren is een manier om het maatschappelijke antwoord op geestelijke gezondheidsproblemen te verbeteren. Het onderzoek heeft evenwel ook aangetoond dat dit antwoord ontoereikend is als er geen complementaire acties worden ondernomen in andere domeinen van de samenleving, hoofdzakelijk op vlak van huisvesting, werk en sociaal netwerk. De noodzakelijk uitbreiding van het nadenken over publieke acties met een invloed op de geestelijke gezondheid werd gestaafd met de parcours die de gebruikers aflegden en de ervaringen van de zorgverleners. Bovendien lijkt deze uitbreiding ook voort te vloeien uit de **globale filosofie van de hervorming 107**. Het onderzoek bracht evenwel ook aan het licht dat tot nu toe de ondernomen acties slecht partieel zijn en neigen beperkt te worden tot het geestelijke gezondheidssysteem of zelfs maar een deel daarvan.

1. HUISVESTING EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Het project Parcours.Brussel 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. De resultaten ondersteunen de **ontwikkeling van collectieve en individuele woningen, de vergemakkelijking van de toegang tot bestaande woningen, en de verbetering van de overgang tussen zorg en zelfstandig wonen.** In de eerste plaats zou er prioritair werk kunnen worden gemaakt van het ontwikkelen van initiatieven voor **groeps- en gemengde woningen** die samen worden beheerd door personen met en zonder geestelijke gezondheidsproblemen. Ten tweede zou er daarnaast zou er op het vlak van zelfstandig wonen steun kunnen komen voor actoren van het zorgsysteem, met name de IBW's, om hen aan te moedigen **samenwerkingsakkoorden te sluiten met de verantwoordelijken van sociale huisvestings-**

maatschappijen. Het creëren van nieuwe IBW-plaatsen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is een niet te missen kans om deze praktijken te formaliseren en te subsidiëren. Ten derde zouden de mobiele teams kunnen worden aangemoedigd om meer systematisch tussen te komen bij **de overgang naar zelfstandig wonen om het risico van vereenzaming,** wat regelmatig tot een heropname on het ziekenhuis leidt, **zo klein mogelijk te houden.** Tenslotte zou er ook een sterkere ondersteuning kunnen geboden worden aan initiatieven van het type **Housing First, waarbij de toegang tot huisvesting wordt bevorderd voor bijzonder kwetsbare doelgroepen waarbij ruimte wordt gemaakt voor het inbrengen van eventuele zorgvragen.**

2. WERK EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Op het vlak van werk en werkgelegenheid brengt het onderzoek naar voren dat **maatregelen** in verband met de link tussen werk en geestelijke gezondheid **niet beperkt mogen blijven tot het geestelijke gezondheidssysteem.** Een maatregel als het instellen van de functie van job coach komt slechts tegemoet aan een beperkt aantal situaties en pakt het probleem maar eenzijdig aan: het re-integreren van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen op de arbeidsmarkt. Zij leggen de verantwoordelijkheid voor de professionele inschakeling bij het geestelijke gezondheidssysteem zonder de werking van de arbeidswereld in vraag te stellen. **De preventie en gezondheidsbevordering met betrekking tot geestelijke gezondheid op de werkplek zou werknemers individueel en collectief moeten sensibiliseren over dit aspect van hun beroepsleven. Ze zouden ook moeten leiden tot een denkoefening over mogelijke aanpassingen om het werk aan te passen of flexibeler te maken zodat geestelijke gezondheidsproblemen niet langer synoniem hoeven te zijn met uitsluiting van de arbeidsmarkt. 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" – met andere woorden waken over de geestelijke gezondheid op het werk, gekoppeld aan een denkoefening over mogelijke aanpassingen van het werk.

3. HET SOCIAAL NETWERK

De verenigingen die wij “**laagdrempelige ontmoetingsplekken**” hebben genoemd spelen een belangrijke rol. Zij geven niet alleen de gebruikers van geestelijke gezondheidszorg een plaats in de samenleving, maar ook de mensen die buiten de zorg vallen. Zij dragen bij aan de **ontwikkeling van een identiteit en een sociaal netwerk, wat het herstel van de gebruikers op een andere manier bevordert, sociaal, cultureel en humaan**. Gebruikers zijn daarbij niet louter gebruikers. Het belang daarvan wordt door zorgverleners en gebruikers even hard benadrukt. Deze verenigingen vormen een reële brug tussen de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappij als geheel. De resultaten van het onderzoek nodigen duidelijk uit om zulke initiatieven, die er in Brussel nog te weinig zijn, te steunen door te **helpen bij de oprichting van nieuwe verenigingen of de ondersteuning aan bestaande initiatieven uit te breiden**. 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**. Dit type initiatieven dragen bij aan het doorbreken van stigma's en zijn een geschikte vehikel om geestelijke gezondheid een volwaardige plaats te geven in de samenleving.

4. CIRCULEZ!

Met betrekking tot het onderwerp “samenwerking” leren de onderzoeksresultaten dat de **zorgverleners expliciet vragende partij zijn voor een systematische invoering van intervisies en immersies tussen en bij de verschillende organisaties**. De gebruikers circuleren immers 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 circuleren. Dit verslag beschreef uitvoerig hoe die ervaringen **het contact kunnen verbeteren en 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**, een veelheid aan flexibele interpersoonlijke relaties waarbij de wederzijdse kennis en aanpassing bevorderd wordt moet

noodzakelijkerwijze samenlopen met de formalisatie van netwerken, om te voorkomen dat de meest kwetsbare gebruikers worden uitgesloten. Bovendien zijn dienstoverschrijdende intervisies 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 immersies en intervisies zijn ten slotte nuttig om beroepsculturen te doen evolueren en verschillen in beroeps cultuur die de samenwerking storen te overbruggen. Het is dan ook aangewezen **om intervisies en immersies op te nemen in een permanent bijscholingsprogramma voor zorgverleners in de geestelijke gezondheidssector in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest**.

5. CENTRALISATIE EN STURING VAN DE REGIONALE COÖRDINATIE IN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

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 (organisatie van de zorg wordt gestuurd vanuit het aanbod en de beroepsbelangen) en functionele (organisatie van de zorg wordt gestuurd door de vraag en de behoeften van de gebruikers) 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 actor binnen de professionele wereld** een geschikt organisatiemodel. 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 met een duidelijk streefdoel dat het voor de leden van het netwerk mogelijk maakt 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 de coördinatie die door een externe politieke**

en administratieve speler wordt gecentraliseerd voor de tenuitvoerlegging van Hervorming 107; de 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, de politiek aan de ene kant en het lokale aan de andere kant. Die denkoefening zou begeleid kunnen worden door een derde.

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