

***Stand van zaken van de geestelijke gezondheid  
in Brussel vandaag.***

Olivier Gillis en Elise Mendes da Costa, Observatorium voor Gezondheid en  
Welzijn van Brussel-Hoofdstad, februari 2020.

([ogillis@ccc.brussels](mailto:ogillis@ccc.brussels) - [emendesdacosta@ccc.brussels](mailto:emendesdacosta@ccc.brussels))

Tekst geschreven voor de notulen van het Colloquium van de "Ligue  
Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale" van 9 december 2019  
*"Gouverner le soin, soigner à contrecourant. De la contradiction à la  
réalisation."*

---

## Colloquium “Gouverner le soin, soigner à contrecourant. De la contradiction à la réalisation.” Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale - 9 december 2019

---

### Stand van zaken van de geestelijke gezondheid in Brussel vandaag

De presentatie had drie doelstellingen. De inleiding was bedoeld om enkele algemene kenmerken van de Brusselse sociaal-economische context te schetsen voor zover die een belangrijke bepalende factor is voor de geestelijke gezondheid van de Brusselaars. Vervolgens werden enkele gegevens geanalyseerd en besproken die een beeld kunnen schetsen van de geestelijke gezondheidstoestand van de Brusselaars. Tot slot werden enkele resultaten voorgesteld van het kwalitatieve onderzoek “Parcours.Brussel”. Daarin wordt de organisatie van het geestelijke gezondheidssysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geanalyseerd vertrekkende van de zorgtrajecten van de gebruikers die een beroep doen of deden op de geestelijke gezondheidszorgdiensten in dit gewest.

#### 1. Brusselse sociaal-economische context<sup>1</sup>

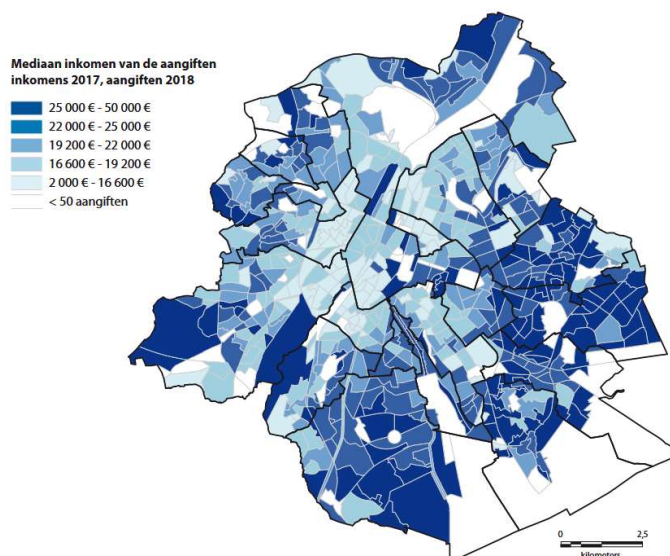
De **armoederisicograad** in het Brussels Gewest blijft hoog en is op tien jaar tijd niet veranderd: een Brusselaar op drie heeft een inkomen onder de armoederisicogrens (1 187 € voor een alleenstaande, 2 572 € voor een huishouden met twee volwassenen en twee kinderen). In het Brussels Gewest zijn er onder de gemeenten sterke verschillen in het (jaarlijks) mediaan inkomen van de aangiften: het bedraagt 15 421 € in Sint-Joost-ten-Node (het laagste mediaan inkomen van het land op gemeentelijk niveau) en loopt op tot 25 833 € in Sint-Pieters-Woluwe. De statistische sectoren met de laagste mediane inkomens liggen grotendeels in de “arme sikkel” (zie kaart 1).

In de zone van de “**arme sikkel**” zijn de meest kwetsbare bevolkingsgroepen geconcentreerd. Deze wijken vormen een sikkel rond het stadscentrum. Het zijn de historische arbeiderswijken van de negentiende eeuw die in Laag-Vorst gelegen zijn en zich uitstrekken tot in Sint-Joost-ten-Node. In deze zone zijn oudere woningen van vaak lagere kwaliteit geconcentreerd. De zone wordt bewoond door een relatief hoog aantal gezinnen met kinderen.

---

<sup>1</sup>Tenzij expliciet vermeld, komen de gegevens in het onderdeel over de Brusselse context uit de Welzijnsbarometer die het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn elk jaar publiceert: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publicaties/welzijnsbarometer-0>

## Kaart 1: mediaan inkomen van de aangiften, per statistische sector, Brussels Gewest, inkomsten 2017



Bron: FOD Economie - Fiscale statistieken 2018; kaart: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

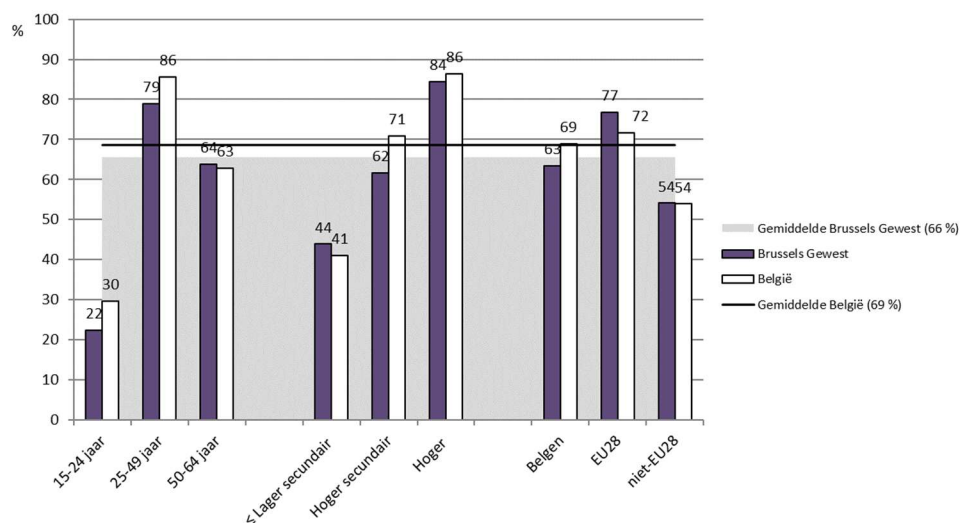
Een fatsoenlijk en regelmatig inkomen uit **arbeid** ontvangen, is een van de eerste verdedigingslijnen tegen armoede. Op Belgisch niveau ligt de armoederisicograad immers meer dan tien keer hoger voor werklozen (49 %) dan voor werkende mensen (5 %).<sup>2</sup> Er bestaan aanzienlijke ongelijkheden in de toegang tot tewerkstelling in functie van leeftijd, opleidingsniveau en nationaliteit. Jongeren, laaggeschoolden en personen die afkomstig zijn uit een niet-Europees land bevinden zich in een bijzonder ongunstige situatie op de arbeidsmarkt in het Brussels Gewest (zie figuur 1).

Tewerkstelling vormt een belangrijke tweesprong in het traject van de gebruikers, ongeacht hun sociaal-economische status. De interacties tussen geestelijke gezondheid en tewerkstelling worden in verschillende omstandigheden waargenomen, zowel op de werkplaats als in de gezondheidszorg. Ze beïnvloeden zowel het gebruik van het geestelijke gezondheidssysteem als de toegang tot of terugkeer naar tewerkstelling. Bovendien zijn deze interacties gelinkt aan onderliggende dimensies van tewerkstelling, zoals beroep, sociaal netwerk, waardering en sociale inclusie.<sup>3</sup>

<sup>2</sup>FOD Economie - Statistics Belgium, EU-SILC 2018.

<sup>3</sup> Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. *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*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Beschikbaar op: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/parcoursbrussel-kwalitatieve-evaluatie-van-het-geestelijke>

**Figuur 1: activiteitsgraad volgens leeftijd, opleidingsniveau en nationaliteit, België en Brussels Gewest, 2018**



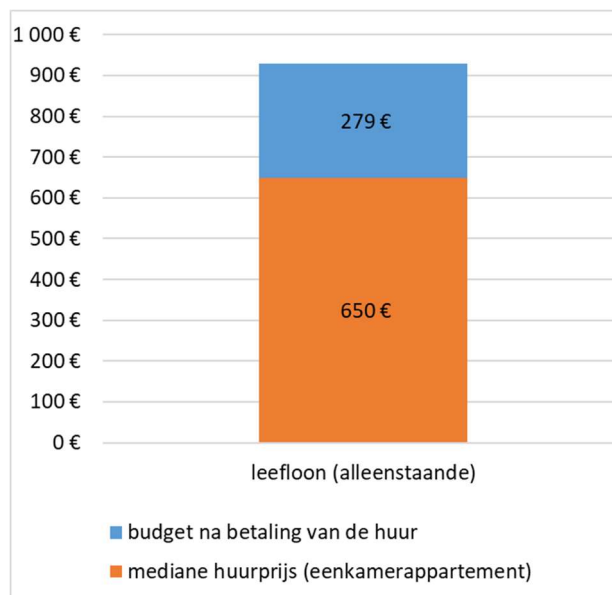
Bron: FOD Economie - Statistics Belgium, Arbeidskrachtenenquête; berekeningen voor nationaliteit van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Bovendien heeft een aanzienlijk aantal Brusselaars grote moeilijkheden om toegang te krijgen tot een **degelijke woning**. In het Brussels Gewest kost een woning beduidend meer dan in de overige gewesten en steden van het land. Als bijvoorbeeld een alleenstaande die een leefloon krijgt de mediane huur zou moeten betalen voor een eenkamerappartement in het Brussels Gewest (650 €), zou die gemiddeld bijna 70% van zijn of haar budget aan huur moeten besteden (op de private huurmarkt). Dan zou er nog 250 tot 300 € overblijven voor alle andere maandelijkse uitgaven. De meerderheid van de Brusselaars huurt: in het Brussels Gewest wordt 61% van de woningen verhuurd, tegenover 34% in Wallonië, 29% in Vlaanderen en ongeveer 50% in het merendeel van de overige grote Belgische steden.

De problemen met de toegankelijkheid van woningen in het Brussels Gewest dragen bij tot de **verzadiging van het geestelijke gezondheidszorgsysteem**. Deze problemen treffen diverse bevolkingsgroepen en beïnvloeden het dagelijkse werk van geestelijke gezondheidswerkers, waardoor de overgang van het ziekenhuis naar gemeenschapszorg, de continuïteit van de zorg en de sociale re-integratie worden belemmerd.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. *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*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Beschikbaar op: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/parcoursbrussel-kwalitatieve-evaluatie-van-het-geestelijke>

**Figuur 2: aandeel van de mediane huur voor een (eenkamer)appartement in het budget van een alleenstaande met een leefloon, 2018**



Bron: POD Maatschappelijke Integratie; De Keersmaecker, 2019

## 2. Geestelijke gezondheid van de Brusselaars in enkele cijfers: belangrijkste gegevensbronnen<sup>5</sup>

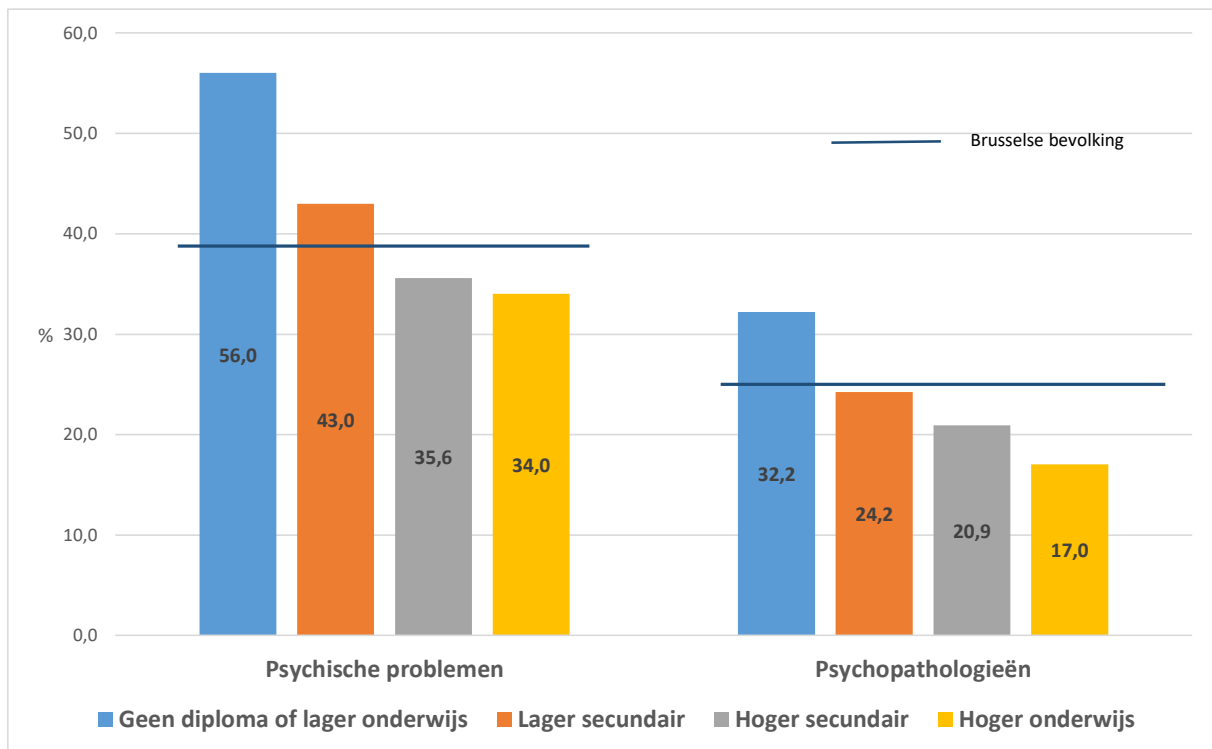
Er zijn verschillende gegevensbronnen beschikbaar, of dat nu enquête-, administratieve of facturatiegegevens zijn, die informatie kunnen verschaffen over de geestelijke gezondheid van de Brusselaars. Tijdens het colloquium hebben we op basis van enkele cijfers uit een aantal van deze databanken geprobeerd om een overzicht te geven van de geestelijke gezondheid van de Brusselaars. De beperkingen van deze gegevens werden ook besproken.

De **gezondheidsenquête (Sciensano)**, een transversale enquête, wordt regelmatig gevoerd sinds 1997. Ze beschrijft de algemene gezondheidstoestand van de bevolking (gezondheidstoestand, gezondheidsdeterminanten, preventie, enz.) en verzamelt ook informatie over het welzijn en de geestelijke gezondheid. De cijfers over welzijn en geestelijke gezondheid uit de enquête van 2018 waren nog niet beschikbaar op het moment van het colloquium. Daarom werden de cijfers van 2013 voorgesteld.<sup>6</sup> Uit de gegevens van deze enquête blijkt onder meer dat het aandeel van de Brusselse bevolking van 15 jaar en ouder dat kampt met psychische problemen, wijzende op een verlaagd welbevinden of op een waarschijnlijke geestelijke aandoening, toeneemt naarmate het opleidingsniveau van het huishouden daalt, ook nadat rekening is gehouden met de leeftijd en het geslacht van de personen (figuur 3).

<sup>5</sup> In het tweede deel werden verschillende referenties gebruikt. De lijst van die referenties is op het einde van het document weergegeven.

<sup>6</sup>De cijfers over welzijn en geestelijke gezondheid uit de gezondheidsenquête van 2018 zijn beschikbaar sinds 28 januari 2020.

**Figuur 3: percentage van de bevolking (15 jaar en ouder) dat kampt met psychische problemen (score GHQ >=2) of een psychopathologie (score GHQ >=4), volgens opleidingsniveau\* (gestandaardiseerde cijfers\*\*), Brussels Gewest, 2013**



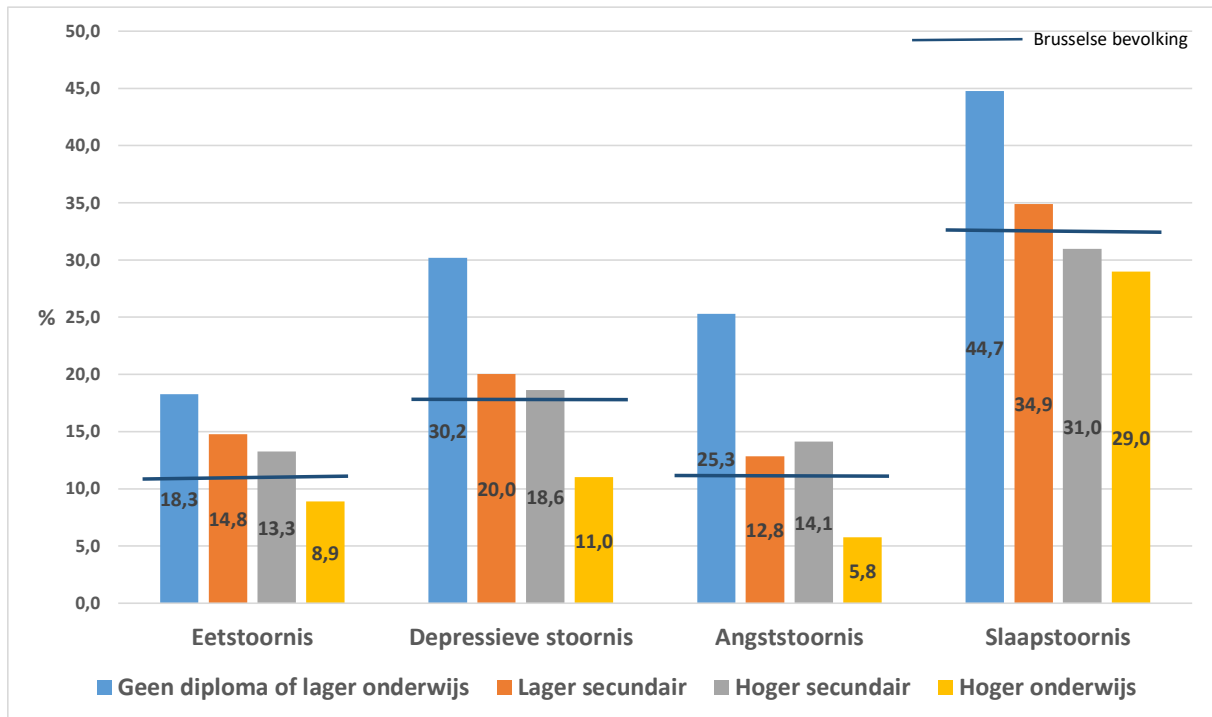
\* Hoogste opleidingsniveau van het huishouden

\*\* Gestandaardiseerd voor geslacht en leeftijd (Europese referentiebevolking, 2013)

Gegevensbron: Sciensano, Gezondheidsenquête, 2013; berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

We zien dezelfde tendens voor eetstoornissen, depressieve stoornissen en slaapstoornissen (figuur 4). Voor de angststoornissen worden ook verschillen volgens opleidingsniveau waargenomen. Ze komen het vaakst voor bij personen uit huishoudens met als hoogst behaalde diploma een diploma van het lager onderwijs. Ze komen het minst voor bij personen uit huishoudens met als hoogst behaalde diploma een diploma van het hoger onderwijs (figuur 4).

**Figuur 4: percentage van de bevolking (15 jaar en ouder) dat symptomen vertoont die overeenstemmen met bepaalde specifieke psychologische aandoeningen, volgens opleidingsniveau\* (gestandaardiseerde cijfers\*\*), Brussels Gewest, 2013**



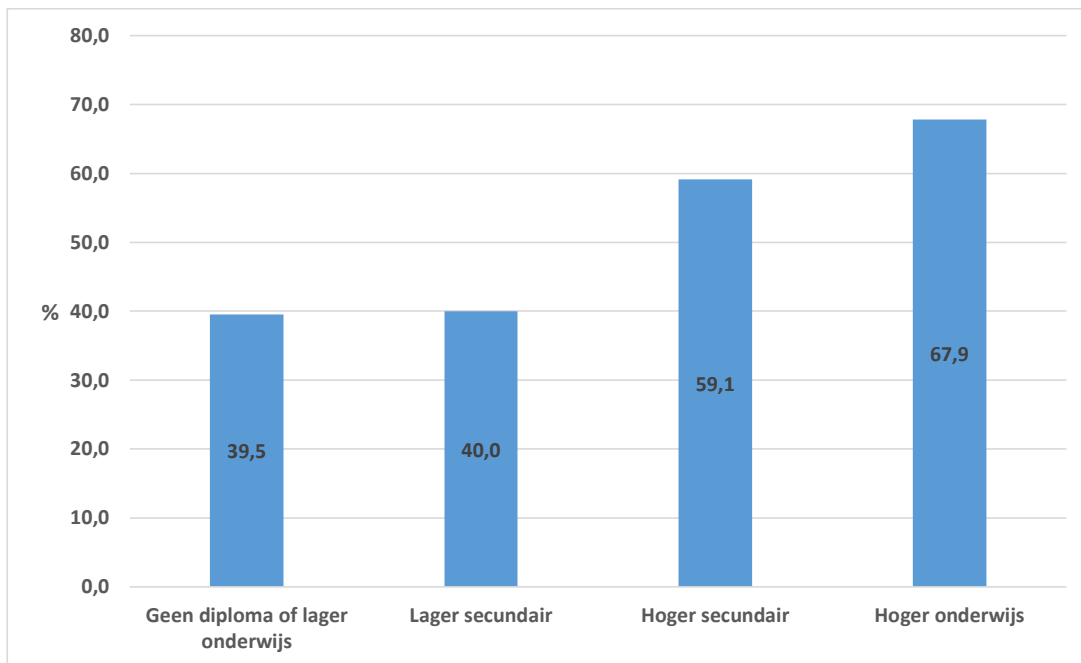
\* Hoogste opleidingsniveau van het huishouden

\*\* Gestandaardiseerd voor geslacht en leeftijd (Europese referentiebevolking, 2013)

Gegevensbron: Sciensano, Gezondheidsenquête, 2013; berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

Terwijl depressieve stoornissen vaker voorkomen naarmate het opleidingsniveau daalt, is de relatie omgekeerd voor het aandeel van de Brusselse bevolking van 15 jaar en ouder met een gerapporteerde depressie in de afgelopen twaalf maanden dat psychotherapie heeft gevolgd. Dit aandeel is kleiner bij mensen met een lager opleidingsniveau (figuur 5).

**Figuur 5: aandeel van de bevolking (15 jaar of ouder) dat lijdt aan een depressie en psychotherapie heeft gevolgd, volgens opleidingsniveau\* (gestandaardiseerde cijfers\*\*), Brussel Gewest, 2013**



\* Hoogste opleidingsniveau van het huishouden

\*\* Gestandaardiseerd voor geslacht en leeftijd (Europese referentiebevolking, 2013)

Gegevensbron: Sciensano, Gezondheidsenquête, 2013; berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

De gezondheidsenquête is een rijke bron van informatie over de gezondheidstoestand die niet uit administratieve en factureringsgegevens kan worden afgeleid. De gegevens van deze enquête hebben echter bepaalde beperkingen, waaronder het feit dat de enquête niet alle bevolkingsgroepen bestrijkt, zoals personen die niet in het Rijksregister zijn ingeschreven. Ook wordt er geen rekening gehouden met personen die in zorginstellingen wonen (met uitzondering van rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen voor ouderen). De informatie uit de gezondheidsenquête betreft dan ook de meer courante gezondheidsproblemen en geeft weinig tot geen informatie over ernstigere aandoeningen, zoals psychotische stoornissen. De resultaten van de enquête zouden bijgevolg kunnen leiden tot een onderschatting van de werkelijke prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen. Ook het gebruik van screeningsinstrumenten en subjectieve antwoorden van mensen op verschillende vragen om in te schatten hoe vaak geestelijke gezondheidsproblemen voorkomen, kan leiden tot een lichte onderschatting van dit soort problemen.

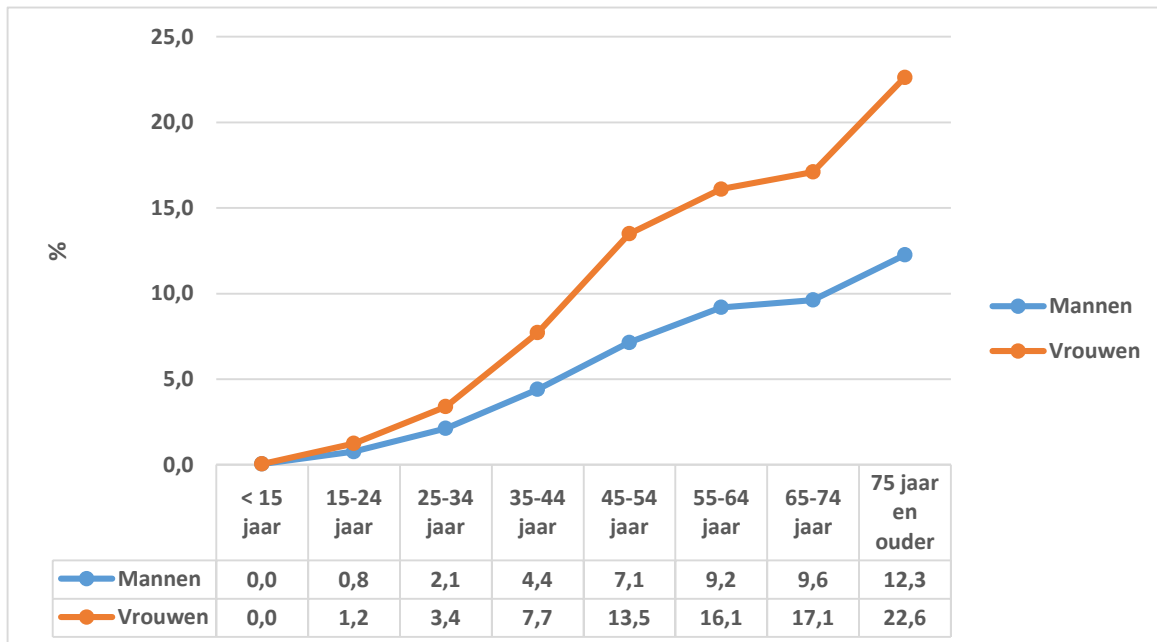
Het **Intermutualistisch Agentschap (IMA)** beschikt over administratieve en factureringsgegevens over terugbetaalde verzorging en geneesmiddelen voor alle begunstigden van de verplichte ziekteverzekering in België. Op basis van deze gegevens kunnen we ondermeer vaststellen dat in 2016 6,4% van de Brusselse bevolking een dosis antidepressiva gebruikte gelijk aan of hoger dan 90 DDD,<sup>7</sup>

<sup>7</sup> DDD: “defined daily dose” = “vastgestelde dagelijkse dosis” of “gebruikelijke dagelijkse dosis van een geneesmiddel, voor de belangrijkste indicatie, bij een volwassene van 70 kg”. Het is de onderhoudsdosis die in aanmerking wordt genomen (niet de begindosis van de behandeling) en het betreft het therapeutische gebruik en niet het profylactische gebruik. (Cf. <http://www.afphb.be/doc/afphb/grtr/gga/DDAdoc.pdf> (laatst geraadpleegd op 01.12.2019))



d.w.z. een dosis die overeen stemt met een behandeling van drie maanden. Dit aandeel is hoger bij vrouwen (8,4%) dan bij mannen (4,3%), en neemt geleidelijk toe met de leeftijd (figuur 6).

**Figuur 6: aandeel van de bevolking dat antidepressiva neemt (>= 90 DDD) volgens leeftijd en geslacht, Brussel, 2016**



Gegevensbron: Intermutualistisch Agentschap (IMA); berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

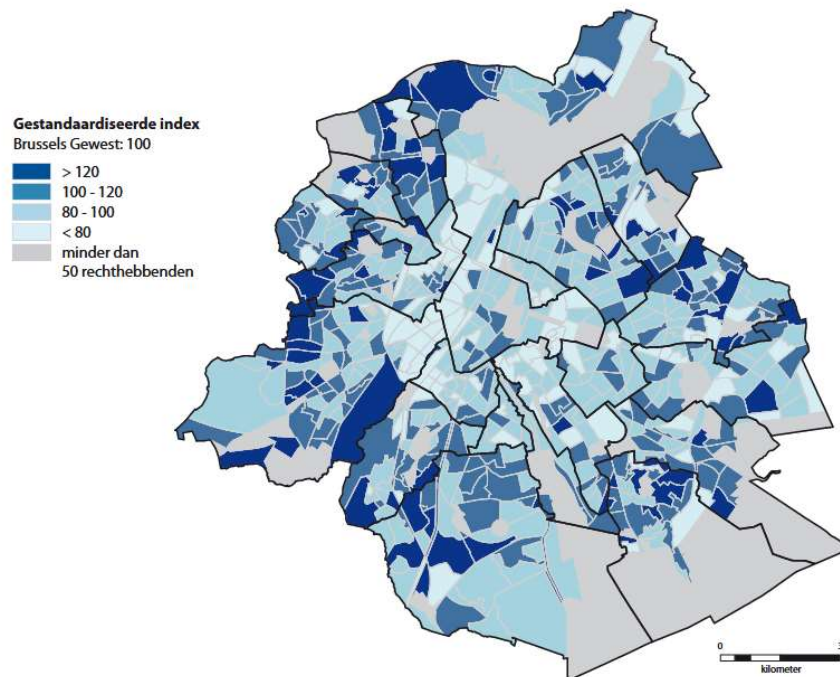
Op basis van de gegevens van het IMA werden in het kader van een dossier over sociale gezondheidsongelijkheden van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad<sup>8</sup> ook verschillende kaarten opgesteld die de geografische spreiding van verschillende gezondheidsindicatoren in Brussel per statistische sector<sup>9</sup> weergeven. Uit de kaart van het antidepressivagebruik per statistische sector in Brussel in 2016 (kaart 2) blijkt dat de arme sikkels van Brussel hierbij tegen de verwachtingen ingaat. Het antidepressivagebruik is er namelijk lager dan gemiddeld voor het Brussels Gewest. In de rest van het gewest is de situatie wisselend en volgt het gebruik van antidepressiva niet dezelfde geografische spreiding als de inkomensverdeling.

<sup>8</sup> Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. *Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid*. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019. Beschikbaar op: [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier\\_2019-2\\_sociale\\_ongelijkheden\\_in\\_gezondheid\\_nl.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_sociale_ongelijkheden_in_gezondheid_nl.pdf)

<sup>9</sup> De statistische sector is het geografische niveau, de territoriale eenheid, het kleinste niveau waarop analyses kunnen worden gemaakt.

## Kaart 2: gebruik van antidepressiva, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016

Referentiepopulatie: alle Brusselaars

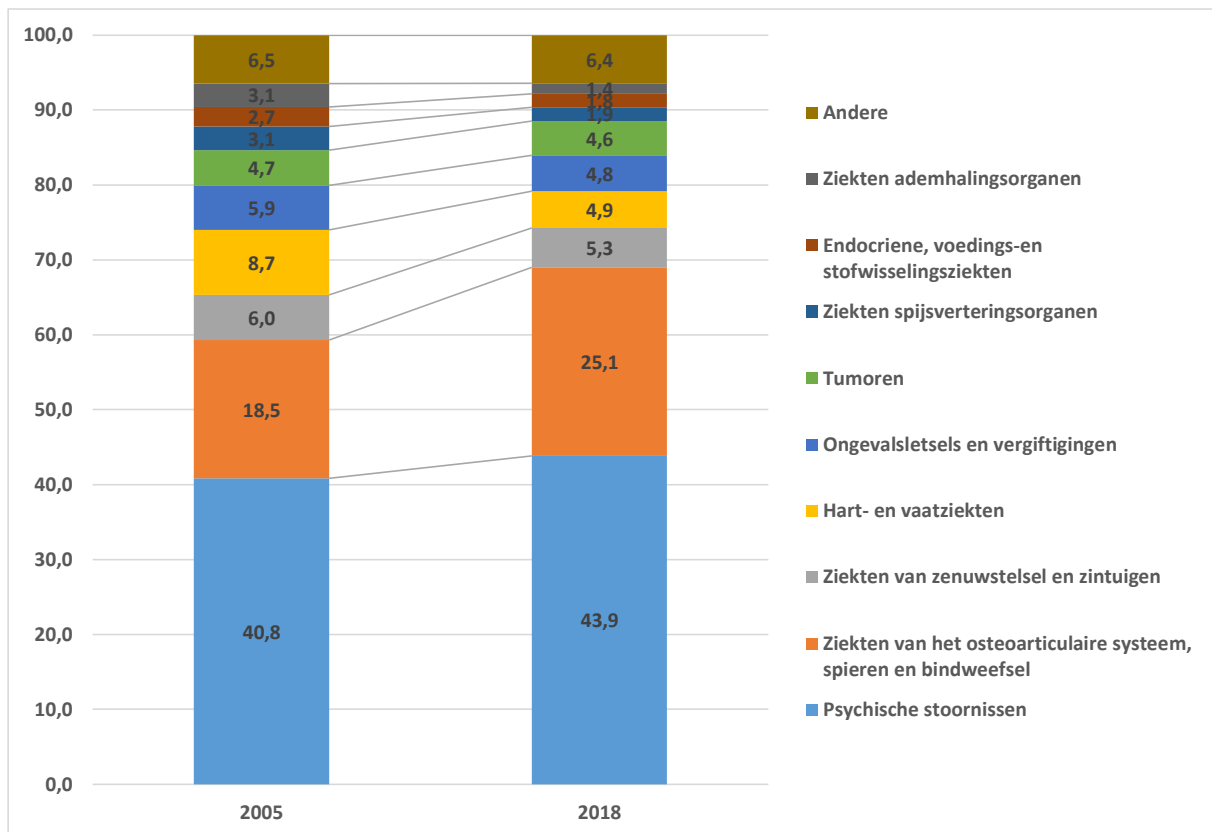


Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

De gegevens van het IMA zijn voor Brussel vrij exhaustief. Ze dekken immers 93,3% van de bevolking die is ingeschreven in het Rijksregister in 2016. Bovendien zijn deze gegevens - terugbetalingsgegevens - vrij objectief en maken ze analyses per wijk en statistische sector mogelijk. Toch vertonen ze ook bepaalde beperkingen. Zo heeft het IMA immers geen gegevens over personen die niet aangesloten zijn bij de verplichte ziekteverzekering en personen in illegaal verblijf bijvoorbeeld. Het IMA heeft ook geen gegevens over personen die voor een ziekte niet worden behandeld of verzorgd of personen die niet weten dat ze ziek zijn. Bovendien zijn de gegevens van het IMA - gegevens over de zorgconsumptie van zorg - niet altijd een goede indicator voor de prevalentie van bepaalde gezondheidsproblemen.

Het **Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering** (RIZIV) beschikt onder meer over informatie over het aantal personen dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft ontvangen en over de "oorzaak" van deze arbeidsongeschiktheid. Deze cijfers hebben betrekking op personen die als gevolg van een ziekte of ongeval langer dan twaalf maanden niet kunnen werken en niet op kortdurende arbeidsongeschiktheid (minder dan een jaar). Deze gegevens laten ons zien dat psychische stoornissen de meest voorkomende oorzaak van arbeidsongeschiktheid onder loontrekkenden zijn; in 2018 vertegenwoordigen zij bijna 45% van de arbeidsongeschiktheidsgevallen in deze categorie werknemers (figuur 7).

**Figuur 7: verdeling (in %) van de oorzaken van invaliditeit, loontrekkenden, Brussel, 2005-2018**



Gegevensbron: RIZIV

De **Minimale Psychiatrische Gegevens** (MPG) is een verplichte gegevensverzameling over alle patiënten die zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ), op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), in een initiatief voor beschut wonen (IBW) of in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT). Ze vormen een databank die rijk is aan een veelheid van informatie, onder meer over het aantal verblijven, het aantal erkende bedden, de verblijfsduur, enz. Zoals blijkt uit tabel 1, schommelt het totale aantal verblijven van Brusselaars (in en buiten Brussel) in een PZ, PAAZ, IBW of PVT van jaar tot jaar, maar neemt het tussen 2007 en 2018 globaal genomen toe. Het aantal verblijven in een PAAZ en het aantal verblijven in een IBW stegen, terwijl het aantal verblijven in een PZ daalde, evenals het aantal verblijven in een PVT, dat lichtjes is gedaald. Tegelijkertijd steeg het aantal erkende bedden tussen 2007 en 2018 met 25% in de PAAZ's en IBW's, terwijl dat aantal met ongeveer 10% daalde in de PZ's en PVT's.

**Tabel 1: aantal psychiatrische verblijven van Brusselaars (in en buiten Brussel), totaal en per type instelling, 2007 tot 2018 - verdeling van het aantal erkende bedden in psychiatrische instellingen in Brussel, tweede semester van 2007 en 2018**

	Psychiatrische ziekenhuizen (PZ)	Psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ)	Initiatieven voor Beschut Wonen (IBW)	Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)	Totaal
<b>Aantal psychiatrische verblijven van Brusselaars, in en buiten Brussel, totaal en per type instelling, 2007 tot 2018</b>					
2007	4 048	5 089	595	311	10 043
2008	3 915	4 846	582*	318	9 661*
2009	3 936	5 014	578	331	9 859
2010	4 210	5 252	577*	339	10 378*
2011	4 164*	5 214	604*	325	10 307*
2012	3 950*	5 214	584*	355	10 103*
2013	3 901*	5 006	601*	198*	9 706*
2014	3 555	5 413	648	304	9 920
2015	3 482	6 028	696	292	10 498
2016	3 536	6 551	734	306	11 127
2017	3 629	7 137	732	357	11 855
2018	3 626	7 501	753	284	12 164
<b>Verdeling van het aantal erkende bedden in psychiatrische instellingen in Brussel, tweede semesters 2007 en 2018</b>					
2de semester 2007	890 (40,9 %)	566 (26,0 %)	464 (21,3 %)	257 (11,8 %)	2 177
2de semester 2018	803 (34,6%)	711 (30,6%)	580 (25,0%)	230 (9,9%)	2 324
Evolutie 2007-2018	-9,8%	+ 25,6%	+ 25%	-10,5%	+ 6,8%

\* Sommige instellingen deelden geen gegevens mee --> onderschatting van het aantal verblijven

Gegevensbron: MPG, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, Brussel - voorbereidende analyses

Wanneer alle psychiatrische verblijven van Brusselaars (in en buiten Brussel) in de vier beschouwde soorten instellingen in aanmerking worden genomen, zijn de drie meest gerapporteerde diagnoses: 1) schizofrenie en andere psychotische stoornissen, 2) middelenmisbruik (alcohol, drugs en medicijnen), 3) depressie (tabel 2). Afhankelijk van het type instelling kunnen de drie meest voorkomende diagnoses verschillen (tabel 2).

**Tabel 2: top drie van de vaakst voorkomende diagnoses\* (in %) van de psychiatrische verblijven van de Brusselaars, in en buiten Brussel, volgens type instelling, 2018**

	Totaal (11 495)	Psychiatrische ziekenhuizen (PZ) (3 225)	Psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) (7 248)	Initiatieven voor Beschut Wonen (IBW) (740)	Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) (282)
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	33,6 (1 <sup>ste</sup> )	41,8 (1 <sup>ste</sup> )	24,5 (2 <sup>de</sup> )	68,7 (1 <sup>ste</sup> )	80,9 (1 <sup>ste</sup> )
Middelenmisbruik (alcohol, drugs, medicijnen)	20,9 (2 <sup>de</sup> )	17,6 (2 <sup>de</sup> )	24,9 (1 <sup>ste</sup> )		
Depressie	16,2 (3 <sup>de</sup> )	10,1 (3 <sup>de</sup> )	19,9 (3 <sup>de</sup> )	9,5 (2 <sup>de</sup> )	6,7 (2 <sup>de</sup> )
Persoonlijkheidsstoornissen				8,0 (3 <sup>de</sup> )	
Kinder- en jeugdstoornissen					3,6 (3 <sup>de</sup> )

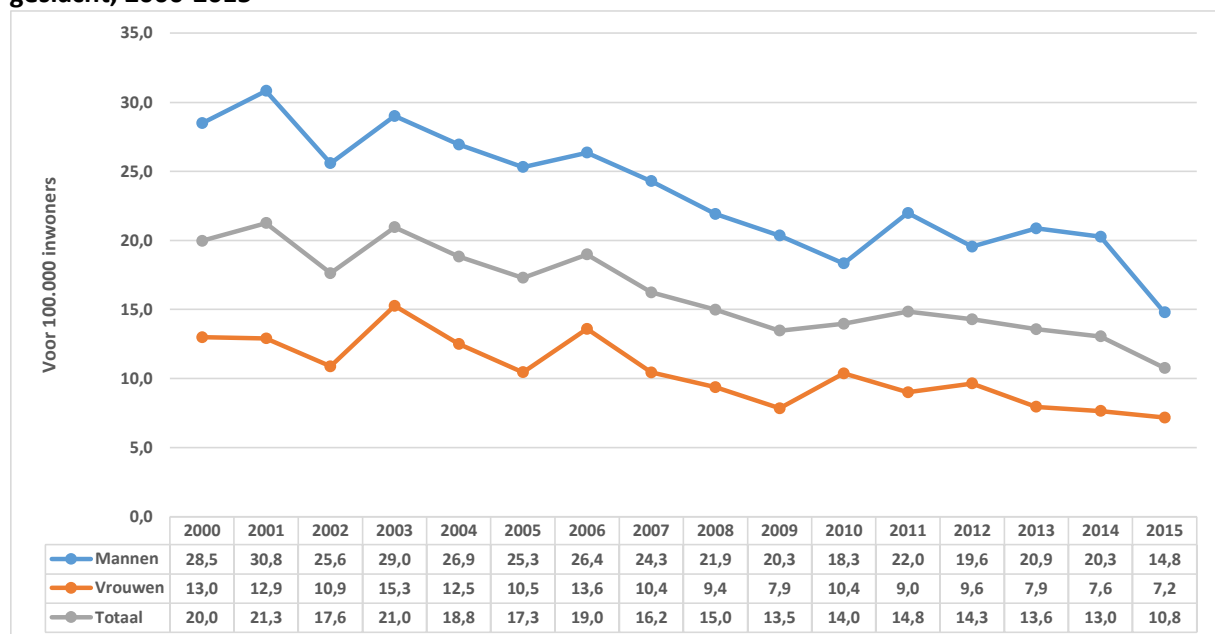
\*Diagnose: DSM-IV-classificatie

Gegevensbron: MPG - FOD Volksgezondheid; berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, Brussel - voorbereidende analyses

Hoewel de in de MPG beschikbare gegevens in verschillende opzichten interessant zijn, moeten bepaalde beperkingen worden benadrukt. De belangrijkste doelstelling van de MPG is niet om epidemiologische gegevens te verzamelen, maar eerder het registreren in functie van organisatie- en financieringsdoeleinden van de instellingen. Voorts kunnen er vraagtekens worden geplaatst bij de kwaliteit van de gegevens over de diagnoses, met een codering volgens de DSM-IV-classificatie,<sup>10</sup> die ook verschillende beperkingen heeft en waarvan het gebruik in vraag wordt gesteld.

Voor elk overlijden in België moet er een **statistisch formulier voor overlijden** worden ingevuld. Deze formulieren bevatten diverse gegevens, waaronder de doodsoorzaak. In 2015 tekenden we 115 overlijdens door zelfdoding op in Brussel. Het ging om 76 mannen en 39 vrouwen. Dit komt overeen met een algemeen gestandaardiseerd (of "gecorrigeerd") sterftecijfer van 10,8 overlijdens per 100.000 inwoners. De gestandaardiseerde cijfers voor sterfte door zelfdoding schommelen van jaar tot jaar, maar vertonen sinds het begin van de jaren 2000 een algemene daling (figuur 8). Voor de volledige Brusselse bevolking alsook voor mannen en vrouwen afzonderlijk beschouwd, zijn deze cijfers tussen 2000 en 2015 met bijna de helft gedaald en liggen ze hoger voor mannen dan voor vrouwen (figuur 8).

**Figuur 8: evolutie van de gestandaardiseerde sterftecijfers door zelfmoord bij de Brusselaars volgens geslacht, 2000-2015**



\* Cijfers gestandaardiseerd voor leeftijd (Europese referentiebevolking 2013)

Gegevensbron: Statistische formulieren voor overlijden; berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, Brussel

Deze gegevens over overlijdens door zelfdoding moeten met enig voorbehoud worden geïnterpreteerd. Zo is de opzettelijkheid van de daad is niet altijd gemakkelijk met zekerheid vast te stellen en bij sommige overlijdens blijft de oorzaak onzeker. Sommige zelfdodingen kunnen worden "gemaskeerd" als ongevallen of het kan in bepaalde omstandigheden of in bepaalde milieus problematisch zijn om het overlijden als een zelfmoord te bestempelen.

<sup>10</sup> DSM-IV: Diagnostisch en Statistisch handboek van psychische stoornissen - versie IV

**Tot besluit:** verschillende databanken (enquêtegegevens, administratieve gegevens, facturatiegegevens) werden geraadpleegd en laten toe om een overzicht te maken van de geestelijke gezondheid van de Brusselaars. Er zij op gewezen dat er nog andere gegevensbronnen bestaan, zoals de gegevens van de Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale over de door de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF) erkende diensten voor geestelijke gezondheidszorg, of de gegevens van andere enquêtes (zoals de HBSC<sup>11</sup>-enquête). Deze gegevens kunnen het hierboven geschetste beeld verder aanvullen.

De verschillende cijfers die tijdens het colloquium werden voorgesteld komen uit databanken met verschillende doelstellingen, niet altijd in de eerste plaats epidemiologisch. Bovendien hebben deze databanken verschillende beperkingen. Vooral de meest kwetsbare personen en degenen die het meeste risico lopen op geestelijke gezondheidsproblemen, ook de ernstigste vormen, zijn niet noodzakelijkerwijs in deze databanken opgenomen. De factureringsgegevens van het IMA houden bijvoorbeeld geen rekening met personen die niet bij de verplichte ziekteverzekering zijn ingeschreven en personen die geen verzorging hebben ondergaan. De gezondheidsenquête houdt geen rekening met mensen die niet in het Rijksregister zijn ingeschreven, zoals daklozen of personen in instellingen.

Heel wat factoren buiten het domein van de geestelijke gezondheid, zoals bijvoorbeeld tewerkstelling, huisvesting en sociaal netwerk beïnvloeden de geestelijke gezondheid. Met deze multifactoriële aard moet rekening worden gehouden wanneer men zich over deze thematiek buigt. Hoewel de gegevens die wij hebben gepresenteerd informatie verschaffen over verschillende aspecten van de geestelijke gezondheid, stellen zij ons niet in staat de invloed van deze verschillende factoren op de geestelijke gezondheid samen te bekijken.

Tenslotte is het van essentieel belang, ook al verschaffen de verschillende voorgestelde gegevens informatie, om betekenis en menselijkheid aan deze cijfers te kunnen geven, om ze beter te kunnen begrijpen, om de ervaringen te kennen van de mensen zelf, van hun naaste familieleden, of van de betrokken zorgverleners. Daarom is het interessant en belangrijk om deze kwantitatieve, cijfermatige aanpak te combineren met een kwalitatieve aanpak.

### **3. Voorbij de cijfers, het ontwikkelen van de kwalitatieve analyse: het voorbeeld van het onderzoeksproject "Parcours.Brussel"<sup>12</sup>**

Het project "*Parcours.Brussel*" analyseert de organisatie van het geestelijke gezondheidszorgsysteem in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vertrekkende van de trajecten van gebruikers die contact hebben of gehad hebben met de diensten voor geestelijke gezondheidszorg in dit gewest. Het project onderzoekt de werkelijke samenwerkingsverbanden tussen organisaties die zich in het Brussels Gewest ontwikkelden na de hervorming naar aanleiding van artikel 107, vertrekkende van de trajecten van de gebruikers. Het analyseert de beroepspraktijken, de aard en de determinanten van de samenwerkingen tussen de diensten voor geestelijke gezondheidszorg onderling en met andere eerstelijns-, sociale en culturele diensten. Het illustreert de invloed van deze praktijken en relaties op de trajecten van de gebruikers, meer bepaald wat betreft inclusie, uitsluiting, continuïteit en

---

<sup>11</sup>Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

<sup>12</sup> Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. *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*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Beschikbaar op: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/parcoursbrussel-kwalitatieve-evaluatie-van-het-geestelijke>

discontinuïteit van de zorg. Tot slot schuift "Parcours.Brussel" pistes voor verbetering naar voren. Deze betreffen de relaties met het beleid, binnen de beroepssfeer van de geestelijke gezondheidszorg, en met de sociale, tewerkstellings- en huisvestingssector.

In dit deel stellen we enkele elementen voor van het onderzoek "Parcours.Brussel" die verband houden met de samenwerkingskwesties binnen het Brusselse geestelijke gezondheidszorgsysteem. Dit systeem wordt als rijk en gediversifieerd omschreven. De toegang tot zorgdiensten is evenwel problematisch 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 zorgverleners, gebruikers en naaste familieleden als **complex** ervaren. Deze complexiteit verwijst naar de onduidelijkheid of de onbekendheid van de rollen die vervuld worden door de zorgdiensten. Voor de zorgvragers en hun naaste familieleden vormt deze complexiteit een ernstig obstakel bij de toegang tot zorg. Voor de zorgverleners is het de oorzaak van doorverwijsproblemen of onaangepaste doorverwijzingen binnen het geestelijke gezondheids-systeem.

Aan de manier waarop doorverwijzingen gebeuren tussen de zorgdiensten zit vaak een **willekeurige en onderhandelde** kant waardoor de toegankelijkheids- en de doorverwijzingsproblemen van het geestelijke gezondheidssysteem geaccentueerd worden. Ten eerste worden de toelatingscriteria in de diensten binnen het systeem niet altijd op dezelfde manier geïnterpreteerd. Deze uiteenlopende interpretaties onder de zorgverleners zorgen voor problemen bij doorverwijzing. Ten tweede zijn de voorgestelde doorverwijzingen, gezien de complexiteit en het gebrek aan kennis van het systeem, hoofdzakelijk gebaseerd op het persoonlijke netwerk en het organisatienetwerk van de zorgverleners: hoewel er veel mogelijkheden zijn, is het gebruik ervan dus beperkt. Ten slotte ontwikkelen er zich, gegeven het gebrek aan hulpbronnen om tegemoet te komen aan 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 beroepskrachten van het Brusselse geestelijke gezondheidssysteem vinden dat **samenwerking** noodzakelijk is in het licht van de kenmerken van de doelgroep van de geestelijke gezondheidszorg, en in het bijzonder de erg complexe situaties en lange zorgtrajecten. Deze samenwerking is nog onvoldoende. Het gebrek aan samenwerking leidt tot frequente onderbrekingen in het zorgtraject van gebruikers, zeker bij de overgang van het ziekenhuis naar ambulante zorg. Hiervoor werden drie belangrijke oorzaken aangegeven:

- een onbekendheid met de 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 beroepsculturen 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 resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat zorgverleners expliciet vragende partij zijn voor **systematische intervisies en immersies tussen en bij de verschillende organisaties**. De gebruikers circuleren in het systeem en om die realiteit beter te begrijpen en gepaste antwoorden te bieden op

hun complexe problemen en trajecten, willen ook de zorgverleners kunnen circuleren. Deze praktijken kunnen de relaties verbeteren en bevorderen het vertrouwen tussen de zorgverleners. Het vermeerderen van de contacten 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: de formalisatie van netwerken moet gepaard gaan met een veelheid aan flexibele en interpersoonlijke banden die de wederzijdse kennis en aanpassing bevorderen en zonder dewelke deze formalisatie zou kunnen leiden tot de uitsluiting van de meest kwetsbare gebruikers.

Bovendien zijn immersies in een andere dan de eigen dienst een vorm van bijscholing, doordat zorgverleners ervaring opdoen met andere zorgmethodes in andere contexten. Zij dragen ook 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 ook nuttig om beroeps culturen die soms de samenwerking ernstig belemmeren te laten veranderen.

## Referenties

- (1) Sciensano. *Gezondheidsenquête*. Site van de enquête: <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx>
- (2) Mistiaen P., Cornelis J., Detollenaere J., Devriese S., Farfan-Portet MI, Ricour C. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE report 318Bs. D/2019/10.273/49. Beschikbaar op: <https://kce.fgov.be/nl/organisatie-van-geestelijke-gezondheidszorg-voor-volwassenen-in-belgi%C3%AB>
- (3) Iweps. *Indicateurs statistiques. Etat de santé*. 2019. Beschikbaar op: <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/etat-de-sante/>
- (4) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. *Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid*. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019. Beschikbaar op: [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier\\_2019-2\\_sociale\\_ongelijkheden\\_in\\_gezondheid\\_nl.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_sociale_ongelijkheden_in_gezondheid_nl.pdf)
- (5) Inter mutualistisch Agentschap (IMA). Website van het agentschap: <https://aim-ima.be/?lang=nl>
- (6) Hoge Gezondheidsraad. *DSM (5): toepassing en status van de diagnose en classificatie van gezondheidsproblemen*. Brussel: HGR; 2019. Advies nr. 9360. Beschikbaar op: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/hgr\\_9360\\_dsm5.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9360_dsm5.pdf)
- (7) Mazina D., Hercot D., Englert M., Verduyck P., Deguerry M. *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest - Invaliditeit*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Brussel 2016. Beschikbaar op: <https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-/2017-gi-invaliditeit-brussel.pdf>
- (8) Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. *Welzijnsbarometer 2019*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/welzijnsbarometer\\_2019\\_3tma.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/welzijnsbarometer_2019_3tma.pdf)



- (9) Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. *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*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Beschikbaar op: <https://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/parcoursbrussel-kwalitatieve-evaluatie-van-het-geestelijke>