



Koning Boudewijnstichting

BREDERODESTRAAT 21 B-1000 BRUSSEL
TEL +32-2-511 18 40 FAX +32-2-511 52 21
WWW.KBS-FRB.BE INFO@KBS-FRB.BE

Armoede en psychiatrie

Knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg

Syntheseverslag in opdracht van de Koning Boudewijnstichting

Dominique Danau
Bie Nielandt

November 2010

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Achtergrond: twee onderzoeksprocessen	4
Onderzoek naar de relatie armoede en psychiatrie: case studie OPZC Rekem.....	4
Armoede en psychiatrie: diepte interviews	4
Mapping van de GGZ in België	7
Kernboodschappen uit voorgaande onderzoeksprocessen	8
2. Knelpunten in de GGZ	9
Gevangen in een ijsberg.....	9
De top:klachten die blijven, symptoom van een ziek systeem.....	9
De basis: een stijgende hulpvraag.....	10
Het systeem faalt: versnippering en inertie	10
3. Een ruimer analysekader	11
Sterke punten.....	11
Zwakke punten.....	12
Kansen	13
Bedreigingen.....	13
4. Kernboodschappen.....	14
Nood aan een integrale aanpak	14
Nood aan een proces van fundamentele vernieuwing.....	14
Rol KBS	15
Bijlagen.....	17
1. Sleutelfiguren	17
2. Stuurgroep	18
3. Onderzoeksinstellingen en onderzoekers	19

Samenvatting

In opdracht van de Koning Boudewijnstichting gebeurde er tussen einde 2008 en begin 2010 een intensieve consultatie van de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België. Vertrekkend van een verkennend onderzoek in het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem, de case studie ‘Armoede en Psychiatrie’, kwamen een aantal structurele instellingsoverschrijdende knelpunten naar voor. Deze waren het uitgangspunt voor een verdiepend onderzoek met sleutelfiguren en experten uit de sectoren geestelijke gezondheidszorg en armoedebestrijding in Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Parallel hiermee was er in het kader van het actiedomein “gezondheid 2009-2011” van de Stichting een oriënterende en systemische mapping van de knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg in België. Er zijn dus twee onderzoeksprocessen, het ene ‘armoede en psychiatrie’ met een case studie en een toetsende fase en het andere de mapping van de ‘knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg’. Bij de keuze van de geïnterviewden voor de tweede fase van het onderzoek Armoede en Psychiatrie werd gezocht naar andere, complementaire stakeholders dan die bevroegd in het bovenvermeld mappingonderzoek GGZ.

De bevindingen en besluiten uit alle onderzoeksmateriaal werden voorgelegd aan een stuurgroep. Met als opdracht in te zoomen op de kernboodschappen met betrekking tot *armoede, geestelijke gezondheidszorg in België, knelpunten, behoeften en vooruitzichten*. De kernboodschappen zijn verwerkt in dit syntheseverslag dat in de eerste plaats bedoeld is als terugkoppeling voor de vele mensen die meewerkten aan de interviews.

In hoofdstuk 1 vind je een samenvatting van de twee onderzoeksprocessen die aan de basis liggen van dit verslag.

Hoofdstuk 2 beschrijft de knelpunten die uit de onderzoeken naar voor komen.

In hoofdstuk 3 vind je een ruimer analysekader en distilleren we de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen in de geestelijke gezondheidszorg.

In hoofdstuk tenslotte formuleren we de kernboodschappen en de visie op een proces van fundamentele vernieuwing.

1. Achtergrond: twee onderzoeksprocessen

In dit hoofdstuk vind je de twee onderzoeksprocessen die aan de basis liggen van dit syntheseverslag. In opdracht van de Koning Boudewijnstichting (KBS) gebeurde tussen einde 2008 en begin 2010 een intensieve consultatie van de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België.

Een eerste onderzoeksproces startte met de case studie armoede en psychiatrie in het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem. De stellingen die naar voor kwamen uit deze studie, en die het instellingsspecifieke overstegen, werden voorgelegd aan sleutelfiguren uit de sector in Vlaanderen en in Wallonië en Brussel.

Een tweede onderzoeksproces was de oriënterende en systemische mapping van de knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg op basis van een ruime bevragingronde bij relevante stakeholders in België.

Onderzoek naar de relatie armoede en psychiatrie: case studie OPZC Rekem

In oktober 2008 tot april 2009 voerde het onderzoeksinstituut SEIN (Universiteit Hasselt) met SAGO Onderzoek in samenwerking met de onderzoeksgroep 'Ongelijkheid, Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad' (OASeS) (Universiteit Antwerpen) een onderzoek uit naar de relatie tussen armoede en psychiatrie.

Dit omvatte naast een literatuurstudie ook veldwerk met diepte-interviews, dossierstudie en focusgroepen met personeel en patiënten in het OPZC Rekem.

Naast een aantal instellingsspecifieke vaststellingen overstijgt het merendeel van de conclusies en aanbevelingen de grenzen van de onderzochte instelling OPZC. Het onderzoek toont de complexiteit van de relatie tussen armoede en geestelijke gezondheid en het raakvlak met de fundamentele van de georganiseerde geestelijke gezondheidszorg in België.

Armoede en psychiatrie: diepte interviews

In juli 2009 werden de conclusies van het verkennend onderzoek in OPZC Rekem voorgelegd aan een stuurgroep (OPZC, Zorgnet Vlaanderen, KBS, UHasselt, SAGO, OASeS) en gebundeld in een tiental stellingen. Deze verwijzen naar gedetecteerde knelpunten en behoeften die ruimer zijn dan het niveau van één zorginstelling.

De (vraag)stellingen waren het uitgangspunt voor diepte interviews met sleutelfiguren¹ uit de sectoren armoedebestrijding en GGZ alsook uit de onderzoekswereld. Het onderzoek werd van september tot december 2009 synchroon uitgevoerd in Vlaanderen (door dezelfde onderzoeksgroepen als de case studie OPZC) en in Wallonië en Brussel (door Virginie De Potter, journaliste.)

¹ Sleutelfiguren zie in bijlage

Stellingen:

1. Hebben sociale uitsluiting en armoede een effect op de geestelijke gezondheid van mensen? Heeft geestelijke gezondheid anderzijds een effect op armoede en sociale uitsluiting?
2. Is er voor een doeltreffende en duurzame behandeling van psychiatrische patiënten een versterking van netwerken en partenariaten in de GGZ nodig?
3. Wat vindt u van de stelling dat de huidige financieringsstructuren intramurale zorg versterken en extramurale zorg ontmoedigen?
4. Leidt een gebrek aan passend extramuraal aanbod tot een 'te late' opname in de zorg en tot heropnames in intramurale zorg?
5. Kan de re-integratie van een psychiatrische patiënt enkel beperkt worden tot psychiatrische zorg? Zo niet, hoe dan?
6. Is het huidige Beschut Wonen een adequate vorm van zorgaanbod?
7. Wat vindt u van de stelling dat de maatschappij soms situaties psychiatriseert die meer te maken hebben met (kans)armoede? Kan dat worden voorkomen?
8. Beschikken we over genoeg gegevens in de sector van de geestelijke gezondheid/psychiatrie?
9. Zijn psychiatrische patiënten belangrijk voor de politiek?
10. Wat vindt u van de stelling dat een passend aanbod voor de patiënt vaak te duur is en voor de psychiatrische inrichting vaak niet rendabel?
11. Is het zo dat de financiële situatie van de patiënt de doorstroom naar een andere zorg-/woonvorm verhindert?
12. Wat denkt u over de stelling dat armoede en psychiatrie een dubbel maatschappelijk taboe zijn?
13. Stimuleren huidige beleidskaders nieuwe ontwikkelingen of houden ze deze net tegen?
14. Wat denkt u over het huidige GGZ aanbod?
15. Welke acties kan de Koning Boudewijnstichting ondernemen op gebied van armoede en psychiatrie?

Doel van dit onderzoek was tweeledig:

Eenzijds nagaan of de bevindingen uit de case studie, vertaald in de stellingen, beaamd, weerlegd en/of aangevuld werden door de bevroegde actoren.

Anderzijds de percepties in kaart brengen met betrekking tot knelpunten en mogelijke oplossingen.

Samenvatting van de bevindingen:

Vlaanderen:

De problemen die door de geïnterviewden worden aangehaald, kunnen als volgt worden samengevat:

- Tussen armoede en psychiatrie bestaat een relatie, echter niet per definitie, en waarvan de causaliteit (nog) niet genoeg is bestudeerd.
- De begin- en eindsituatie van psychiatrische patiënten die in armoede leven wordt als meer precair ingevuld door de geïnterviewden, vergeleken met patiënten die een gunstiger leefmilieu hebben. Leven in armoede betekent een (continue) extra belasting die niet wordt weggenomen tijdens behandeling, maar die dezelfde en misschien zelfs hoger is bij ontslag.
- Wanneer men zijn/haar eigen situatie als psychisch problematisch ervaart (eerste stap is het herkennen dat er een probleem is), wordt de drempel om hulp te zoeken (tweede stap), door mensen in armoedesituaties als hoger ervaren. Hier kunnen financiële overwegingen een rol spelen. Echter, eens die drempel overwonnen is en men een plek

heeft verworven binnen een instelling is het moeilijk voor deze patiënten om deze plek achter te laten, indien er geen alternatief is. Continuïteit in het zorgproject is dus essentieel.

- Verkokering waarbij schotten tussen beleidsdomeinen verdere ontwikkelingen binnen de GGZ in de weg staan.
- Een regelgeving die gebaseerd is op regelmaat in het ziektebeeld en die onvoldoende aansluit op aandoeningen met een wispelturig ziektebeeld.
- Weinig politieke interesse in de doelgroep van psychiatrische patiënten.
- Onbekendheid met de beleving van armoede en psychiatrische problemen, in het bijzonder wanneer ze in combinatie voorkomen.
- Onvoldoende samenwerking tussen betrokken instellingen en actoren binnen de GGZ en aansluitende beleidsdomeinen als welzijn, huisvesting, justitie, enz.
- Een maatschappelijk taboe op armoede en psychiatrische problemen.
- Een aanbod GGZ dat te zeer probleemgericht is en niet vertrekt van de kracht van de patiënt, te zeer medicaliserend is, de patiënt afhankelijk maakt van zorg, te weinig op maat is en geen continuïteit van zorgtraject aanbiedt.

De voorgestelde oplossingen zijn samen te vatten in de noodzaak aan vermaatschappelijking van de zorg, samenwerking in netwerken, preventie, outreachend werken en continuïteit van zorg.

Brussel en Wallonië:

- La question des rapports entre santé mentale/psychiatrie et pauvreté/précarité est extrêmement complexe. Des personnes cumulent des fragilités à différents niveaux qui forment un enchevêtrement. Et on a vu que problèmes sociaux en mentaux se renforcent mutuellement. Dans ces cas, il est difficile pour des professionnels, d'autant qu'ils sont pris dans une logique de spécialisation, de se décentrer. Sur le terrain il n'est pas toujours évident de voir la limite du psychiatrique, du neurologique, du social. Et de s'occuper de l'ensemble de la problématique.
- Cette logique de spécialisation se retrouve particulièrement marquée dans les liens entre hôpital et ambulatoire, qui se dénigrent mutuellement alors que les deux semblent nécessaires et complémentaires.
- Comment organiser les soins pour s'occuper de l'ensemble? Organisation d'un parcours de soins cohérent.
- En cas de crise, on va aux urgences (hospitalisation). Et c'est encore plus vrai pour le public défavorisé.
- La société actuelle créant des malades psychiatriques.
- Il y a parfois un encouragement insidieux à tomber plutôt qu'à tenir. Il ya de plus en plus de travailleurs pauvres et la tension entre les petits salaires et les revenus de remplacement est un problème.
- Les travailleurs sociaux sont débordés par l'explosion des demandes. Et découragés par le peu de temps et de moyens qu'ils ont.
- Il ya une question particulière de la grande précarité ou de grande exclusion.
- L'offre crée la demande, les consultations et les lits se remplissent mais la question de savoir ce dont la population a besoin doit être transversale et en relation avec le politique. Il ya un risque lorsque ces réflexions se font à l'intérieur des secteurs d'une auto-adaptation de l'institution sans vision d'ensemble.

Mapping van de GGZ in België

In het kader van haar actiedomein “gezondheid 2009-2011” investeert de KBS in ondersteunend onderzoek m.b.t. het thema geestelijke gezondheid. In het voorjaar 2009 werd beslist tot een oriënterende en systemische mapping van de knelpunten in de GGZ in België. Dit gebeurde door het onderzoeksbureau shiftN.

Zij deden een ruime bevragingronde bij relevante stakeholders in Vlaanderen, Wallonië en Brussel, met een relatief evenwicht tussen de verschillende regio's. Bij de actoren waren zowel expert, opinieleider, zorgverlener, ervaringsdeskundige en beleidsmaker vertegenwoordigd.

Op ruim 300 bladzijden transcripten werd de analyse uitgevoerd, die zich bedient van een systeemdiagramma als structurerend kader. Hierin worden knelpunten zichtbaar gemaakt in hun onderlinge verwevenheid.

Scope van de interviews:

- Wat onderscheidt GGZ fundamenteel van bredere gezondheidszorg?
- Wat moet het doel zijn van GGZ? Is iedereen het daar volgens u mee eens?
- Waar liggen de beleidsprioriteiten van de betrokken overheden? Zijn die onderling coherent?
- Hoe ziet u de verschillen in GGZ tussen de verschillende landsdelen?
- Hoe dragen brede maatschappelijke trends bij tot knelpunten in de GGZ?
- Als we de GGZ als een keten zien met verschillende schakels, waar ligt volgens u dan de zwakste schakel of bottleneck?
- Hoe ziet u de GGZ evolueren in de komende 10 jaar? Zijn er knelpunten die versterkt worden? Komen er nieuwe bij?
- Wat is de kleinste ingreep die het grootste verschil zou kunnen maken in de GGZ?
- Wat zijn de 3 grootste problemen in de GGZ in België/Wallonië/Brussel/Vlaanderen?
- Wat zijn de 3 grootste troeven van de GGZ in B/W/B/V?

Samenvatting van de bevindingen:

De knelpunten manifesteren zich op drie systematische niveaus: ‘symptomen’, ‘structuren’ en ‘maatschappelijke trends’. De mapping is opgevat volgens het ijsbergmodel: de symptomen moeten gezien worden als resultante van andere, meer systemische knelpunten die zich onder de waterlijn bevinden.

Symptomatische knelpunten omvatten onder meer de toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg, het ineffectief gebruik van bestaande middelen, de slechte toegankelijkheid van de diensten en een negatief sectorimago. Algemeen overheerst de indruk dat veel personen met psychische problemen niet adequaat worden opgevangen.

Dit heeft te maken met een aantal structurele gebreken: het gebrek aan ambulante capaciteit, een zwakke eerste lijn, zwakke detectie, preventie en nazorg, een gebrek aan gekwalificeerd personeel, het ontbreken van transversale zorgnetwerken. Deze problemen worden in de hand gewerkt door de institutionele en sectoriële versnippering eigen aan de Belgische context en de financieringsmechanismen die, naar voorbeeld van de somatische sector, gericht is op financiering van technische prestaties en ‘bedden’.

Om de leemten in het systeem te vullen worden ad hoc initiatieven genomen die op lokaal en op experimenteel niveau soms tot goede resultaten leiden. Zij krijgen echter onvoldoende weerklank

binnen een groter geheel en dragen zodoende bij tot de versnippering en onoverzichtelijkheid van de sector. Ze fungeren in zekere zin zelfs als veiligheidskleppen die een daadwerkelijke hervorming in de weg staan.

Op beleidsniveau ontbreekt het aan politiek leiderschap en een geïntegreerde overkoepelende visie. De situatie waarin de GGZ zich bevindt kan in haar geheel gekarakteriseerd worden als een lock-in, een blokkade die bestendig wordt door een aantal terugkoppelingen op diverse systemische niveaus. Deze situatie is ultra zorgwekkend als men in beschouwing neemt dat de druk op de sector in de toekomst niet zal afnemen.

Regionale verschillen:

In de analyse werden significante verschillen gevonden tussen de drie belangrijkste regio's in ons land. Deze verschillen en de coördinatieproblemen waar zij toe leiden werden geïdentificeerd als 'institutionele versnippering' en 'institutionele inertie'.

Verschillen situeren zich op het vlak van:

- relatief belang van de zuilen;
- inbedding van het residentiële en curatieve aanbod;
- organisatie van de ambulante zorg;
- ervaring met en interesse in de beweging naar vermaatschappelijking van de GGZ;
- conceptualisering van GG en de finaliteit van zorg;
- divergerende stellingnamen ten aanzien van wettelijke erkenning van beroepsgroepen als psychologen en psychotherapeuten.

Kernboodschappen uit voorgaande onderzoeksprocessen

In april 2010 organiseerde de KBS een stuurgroep om de bevindingen van beide onderzoeksprocessen te bespreken en te reflecteren rond de kernboodschappen die naar voor komen.

Voorliggend rapport is het syntheseverslag van deze bespreking.

De inhoud van de volgende hoofdstukken is gebaseerd op drie presentaties² die werden voorgelegd aan en besproken op de stuurgroep van april 2010. Voor de leesbaarheid wordt niet telkens expliciet verwezen naar de exacte bron maar is het een geïntegreerde weergave van topics uit de drie presentaties en reflectie hierop door de gesprekspartners tijdens de vergadering. Letterlijke citaten ter illustratie staan cursief vermeld. Voor ordening van de informatie is soms een bijkomend model gebruikt dat bij het begin van een hoofdstuk vermeld staat.

² De Potter, Virginie. Psychiatrie et pauvreté.
Danau, Dominique. Armoede en psychiatrie-stellingen getoetst.
Vandenbroeck, Philippe, Becher, Kim, Geeraerts, Guido. Knelpunten in GGZ.

2. Knelpunten in de GGZ

In dit hoofdstuk vind je de knelpunten die uit de onderzoeksprocessen naar voren komen. Knelpunten verwijzen naar medische, micro- en macrosociale en beleidsmatige elementen die vanuit het standpunt van de patiënt in de GGZ, zowel binnen als buiten de zorg, als hindernis gezien worden. Geestelijke gezondheidszorg omvat de beleidskaders, de instituties en infrastructuur die zich in ons land richten op verzorging en opvang van mensen met psychische problemen en ook op preventie van deze problemen en het ruimer welzijn. Als model voor ordening van de gegevens gebruiken we de ijsberg, ontwikkeld door shiftN in het kader van hun mapping.

Gevangen in een ijsberg

shiftN gebruikt de ijsberg als metafoor voor de systemische natuur van de problematiek. Voor buitenstaanders is enkel de top zichtbaar. Deze is echter een reflectie van meer fundamentele patronen en structuren. Door interacties en terugkoppelingen tussen deficiënties op de verschillende niveaus ontstaat er een *lock-in* waarbij het niet functionele systeem zichzelf in stand houdt.

De top:klachten die blijven, symptoom van een ziek systeem

- In de geestelijke gezondheidszorg is er gebrek aan zorg op maat ‘...*l’hôpital n’adapte pas son offre en fonction du public, propose souvent des séjours trop courts pour les personnes en grande précarité... ‘...veel meer patiënten dan nodig worden intramuraal behandeld..’* en gebrek aan continuïteit van zorg. ‘...*schotten tussen verschillende zorgvormen moeten flexibeler functioneren...’*
- Er is nood aan meer en aan meer gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg. ‘.. *les SSM s’occupent de souffrance psychologique et non de maladie mentale...’*
- De sector kampt met een negatief imago en een maatschappelijk taboe ‘...*in de maatschappij heerst een negatief beeld rond psychiatrische aandoeningen....’* ‘...*c’est surtout la santé mentale qui constitue un tabou...’*
- Het negatief imago leidt tot politieke desinteresse. ‘...*on ne s’occupe des patients psychiatriques que sur le versant sécuritaire...’*

De volgende kernboodschappen en besluiten uit de mapping vatten dit samen:

In feite worden weinigen beter van de situatie: patiënten krijgen niet de behandeling die ze verdienen, mensen in de sector moeten harder werken, overheid krijgt geen goede return voor de centen die het in de zorg investeert, sector geraakt niet los van een negatief imago.

Het negatieve imago van de sector maakt het moeilijker om (politiek) leiderschap te stimuleren of aan te trekken. Dit houdt de ontwikkeling van een holistische, strategische visie tegen, waardoor de inertie gevoed wordt.

De basis: een stijgende hulpvraag

Allerlei ontwikkelingen in de maatschappij leiden tot een verhoogde druk op de geestelijke gezondheid en een verhoogde vraag naar geestelijke gezondheidszorg. Doordat de ambulante geestelijke gezondheidszorg geconfronteerd wordt met een toenemend takenpakket op het vlak van psychologisch welbevinden dreigt er een tekort aan gespecialiseerde extramurale psychiatrische gezondheidszorg. Dit heeft ook te maken met de beleidsmatige vraag naar vermaatschappelijking van de GGZ.

'...société actuelle créant des maladies psychiatriques....'

'...capaciteit van CGG dient te worden aangepast aan huidige behoeften....'

De kernboodschappen en besluiten uit de mapping stellen het als volgt:

De toenemende vraag wordt gedreven door een veelheid van mekaar beïnvloedende maatschappelijke tendensen.

De suboptimale patiëntenervaring is één van de factoren die bijdragen tot de erosie van individuele weerbaarheid in onze maatschappij. Dit wakkert de vraag naar GGZ aan.

Het systeem faalt: versnippering en inertie

De voorbije jaren zijn er verschillende initiatieven ontstaan naar vernieuwing en samenwerking binnen de sector. Deze moeten het probleem van stijgende vraag en passend aanbod oplossen. In de praktijk lukt dit echter niet zo goed. De veranderingen/vernieuwingen hebben geen wezenlijke impact op de bestaande situatie. *'...huidige beleidskaders stimuleren nieuwe ontwikkelingen in woorden; daden blijven achter....'* *'verkokering staat verdere ontwikkeling in de weg....'* *'.....les cadres politiques sont un obstacle: morcellement des compétences; agrégation des hôpitaux par les régions; situation particulière de Bruxelles; économies faites sur le dos des communes.....'*

In de kernboodschappen en besluiten van de mapping luidt het als volgt:

De dynamiek van fragmentaire, ad hoc vernieuwing die de laatste tien jaar heeft plaatsgevonden draagt, hoe goed bedoeld ook, in feite bij tot de lock-in. Zij werken als drukventielen die het spanningsveld beheersbaar houden.

Daarbij komt dat het zorgsysteem, mede door de versnippering en slechte kennisdoorstroming, niet structureel van deze experimenten kan leren.

Ad hoc initiatieven leiden tot een bestendinging van de bestaande infrastructuur, waardoor die in het veld op een oneigenlijke, ineffectieve manier gebruikt wordt. Dit voedt dan weer de drang naar ad hoc initiatieven om deze praktijken te formaliseren.

3. Een ruimer analysekader

In dit hoofdstuk vind je een ruimere analyse dan enkel de knelpunten. Uit de knelpunten is duidelijk dat vernieuwing en verbetering van de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk is. Er zijn ideeën, visies en concrete plannen om dit aan te pakken. Door middel van een SWOT³ analyse brengen we dit in kaart.

Sterktes	Zwaktes
<p>Consensus over:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Netwerken en partnerschappen • Functies van zorg • Continuïteit van zorg • Integrale zorg • Beschut wonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Financieringsmechanismen • Medicalisering • Therapeutische projecten als drukafleiders • Armoede-blindheid van de zorg • Uitsluiting zwaksten • Gebrek aan onderbouwde kennis rond de relatie armoede en GG • Desinteresse van de politiek
Kansen	Bedreigingen
<ul style="list-style-type: none"> • Artikel 107 • Regionale platformen • Registratie 	<ul style="list-style-type: none"> • Machtsverhoudingen • Belangenbescherming

Sterke punten

- Er is een brede consensus rond het belang van netwerken en partnerschappen in GGZ. *‘.....samenwerking en netwerking zijn cruciaal gedurende het hele zorgproces....’ ‘...unanimité quant à l’importance du réseau..’*
- Het is algemeen aanvaard dat netwerken georganiseerd moeten worden rond functies binnen de GGZ en niet rond instellingen. *‘...welke functies zijn nodig binnen de GGZ en op welke manier en door wie dienen deze te worden ingevuld’ ‘..vertrekken vanuit opdrachten van instellingen en actoren en niet vanuit voorzieningen...’ ‘...différence entre réseau institutionnel et réseau clinique...’*
- Wat betreft netwerking en samenwerking is continuïteit van zorg een sleutelbegrip. *‘...zorg dient in en met de samenleving te gebeuren, dient tijdig en vroegtijdig te zijn en moet continuïteit verzekeren.’ ‘..il faut favoriser les projets transversaux: hospitalier/ extrahospitalier, social/ santé.’*

³ Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats.

- Alle sleutelfiguren zijn het eens dat GGZ integrale zorg moet zijn. *‘...alle levensdomeinen dienen in beschouwing te worden genomen...’* *‘Comment organiser les soins pour s’occuper de l’ensemble de la problématique?’*
- Het bestaande aanbod van beschut wonen wordt positief gewaardeerd. Al werd opgemerkt dat de differentiatie van het aanbod niet in alle regio’s even optimaal is. *‘...de differentiatie in het aanbod van beschut wonen is een positieve ontwikkeling.’* *‘Habitations protégées sont adéquates dans l’ensemble.’*

Zwakke punten

- De financiering schept problemen op diverse niveaus. Op beleidsniveau wil men bedden afbouwen terwijl de financiering gericht blijft op intramurale zorg. *‘.....het beleid is gericht op afbouw van bedden, bij financiering denkt men in termen van intramurale zorg.’*, *‘...unanimité sur le fait que l’ambulatoire manque de moyens financiers’*
Ook de verdeeldheid van bevoegdheden is een probleem. *‘...financement des hôpitaux par le fédéral et de l’ambulatoire par la communauté et Cocof.....’*
Tenslotte komt prestatievergoeding integrale GGZ niet ten goede. *‘...remises en question d’une médecine à l’acte.’*
- Medicalisering van de GGZ. Door problemen met geestelijke gezondheid als een ziekte te beschouwen en te behandelen, wordt de patiënt afhankelijk van externe zorg. Er wordt nochtans sterk op gewezen dat hulpverlening moet vertrekken van de kracht van de patiënt. Participatie en de invloed van patiëntenraden is over het algemeen eerder zwak. *‘...huidig GGZ te zeer probleemgericht, te weinig vertrekkend van kracht van de patiënt, te zeer medicaliserend, te weinig empowerment...’* *‘...critiques d’une société trop centrée sur l’hôpital et sur l’urgence..’* De huidige regeling rond GGZ in de ziekteverzekering en invaliditeit leidt tot bijkomende problemen van uitkeringsafhankelijkheid, inactiviteit en socio-economische verzwakking.
- In de huidige situatie dienen therapeutische projecten hoofdzakelijk als drukafleiders. Zij zijn niet geïntegreerd binnen een globale visie noch strategie op fundamentele verandering.
- Armoede en GG zijn met elkaar verbonden. Armoede is het niet kunnen realiseren van een minimale materiële levensstandaard. Armoede is tevens ook een netwerk van sociale uitsluitingen. De relatie tussen armoede en GG is niet eenduidig, niet per definitie en niet pathologie neutraal. *‘...théorie de la causalité (je suis malade parce que je suis pauvre): vrai pour dépression ou risque de suicide, théorie de la sélection (je suis pauvre parce que je suis malade):vrai pour la schizophrénie...’*
- Bepaalde groepen blijven uitgesloten. Vooral vanuit de situatie in Brussel en andere steden wordt gewezen op groepen die structureel tussen de mazen van het net vallen. Voorbeelden hiervan zijn mensen zonder papieren, daklozen en mensen levend in de marginaliteit. *‘...problématique particulière pour le public en grande précarité.’*
- De relatie tussen armoede en psychiatrie en de impact hiervan op het debat rond GGZ is onvoldoende onderzocht. Er zijn vaststellingen maar er zijn nog weinig wetenschappelijk onderbouwde verbanden noch verklaringsmodellen.

- De stelling dat psychiatrische patiënten geen interessante groep zijn voor politiek noch beleid wordt unaniem bevestigd. Men geeft hiervoor diverse verklaringen zoals de verschillen in bevoegdheidsverdeling, een niet adequate regelgeving op basis van somatische ziektepatronen, een versnipperde sector en een niet mondigde doelgroep.

Kansen

- Artikel 107 uit de federale ziekenhuiswet wordt door sommigen beschouwd als een mogelijk instrument om de middelen meer gedifferentieerd en geïntegreerd in te zetten. Echter, volgens sommigen is hier sprake van een Matheus effect: “diegene die heeft zal krijgen”. Kleinere ziekenhuizen hebben enerzijds wachtlijsten voor bedden en anderzijds worden zij gestimuleerd om bedden af te bouwen. Dit betekent niet dat deze instellingen de extramurale zorg niet willen versterken. De intentie om extramurale zorg uit te bouwen is goed, de aanpak hiervan door middel van artikel 107 wordt zeker niet onverdeeld toegejuicht. Bovendien wordt het vrijwillige karakter van de toepassing van Art. 107 in vraag gesteld. Psychiatrische ziekenhuizen kunnen bedden afbouwen, maar worden hiertoe niet verplicht. Bovendien werden geen concrete doelen gesteld (bijvoorbeeld binnen x jaar afbouw van y aantal bedden).
- De regionale platformen worden door de sleutelfiguren aanvaard als een aanspreekpunt voor de coördinatie van het aanbod in de GGZ. Tegelijkertijd wordt gesteld dat hun rol op dit ogenblik nog zwak is.
- Er worden gegevens geregistreerd maar deze zijn onderbenut. Doordat het nut niet ingezien wordt gebeurt de registratie zelf ook vaak gebrekkig. Nochtans hebben registratie en gegevens de mogelijkheid om beleid onderbouwd te ondersteunen. *‘...MPG kunnen niet gebruikt worden door gebrek aan systematiek in de registratie.’ ‘..on a suffisamment de données mais elles ne sont pas exploitées, ni centralisées.’*

Bedreigingen

- Machtsverhoudingen en belangenbescherming die primeren en de veranderingskracht van de sector verlammen.

4. Kernboodschappen

Nood aan een integrale aanpak

Uit de onderzoeksprocessen en de reflectie op de bevindingen komt naar voren dat in de huidige problemen met geestelijke gezondheidszorg veel aspecten systemisch op elkaar inwerken en een negatieve spiraal veroorzaken.

Armoede is multi-aspectueel en omvat een serie van sociale uitsluitingen. Indien armoede en problemen met GG samengaan is dit een complexe problematiek die integraal moet benaderd worden. Een integrale aanpak eist samenwerking van diverse partners, niet enkel binnen de GGZ, maar ook met gerelateerde sectoren als gezondheid, huisvesting, tewerkstelling, vrije tijd, e.a. Een integrale zorg gaat uit van de persoon als geheel binnen diens context en met al diens problemen, zoals bijvoorbeeld verslaving, opvoedingsproblemen, financiële moeilijkheden.

Integrale zorg vraagt een reorganisatie van het zorgaanbod waarbij preventie en extramurale hulpverlening veel meer uitgebouwd moeten worden. Bij deze uitbouw moet zorg gedragen worden voor continuïteit van zorg met vloeiende overgangen tussen de hulpvormen. Het zorgcircuit verbindt preventie, sociale inclusie, welzijn en gespecialiseerde zorg en nazorg in trajecten. Dit betekent ook dat er een minimum is aan dossiervorming en aanspreekpunten. Meer zorg in de maatschappij betekent ook dat GGZ meer dan nu, bereikbaar en beschikbaar is naar openingstijden, afspraakbeleid.

Integrale zorg houdt vanzelfsprekend rekening met de sociaaleconomische toestand van de persoon en is voor iedereen, ook de meest zwakke groepen, toegankelijk. Integrale zorg waakt er over geen financiële moeilijkheden noch sociale ongelijkheid te creëren. De relatie tussen armoede en psychiatrie moet specifiekler onderzocht worden zodat oplossingen op diverse niveaus en rekening houdend met de situatie en pathologie kunnen uitgewerkt worden.

Integrale GGZ is versterkend en bekrachtigend. De doelstelling is om mensen binnen hun mogelijkheden te ondersteunen naar zelfredzaamheid. Integrale zorg is niet stigmatiserend en zij beoogt de menselijke waardigheid te herstellen/versterken. Ook de structurele participatie van betrokkenen moet gegarandeerd zijn, o.a. door goed werkende patiëntenvertegenwoordiging.

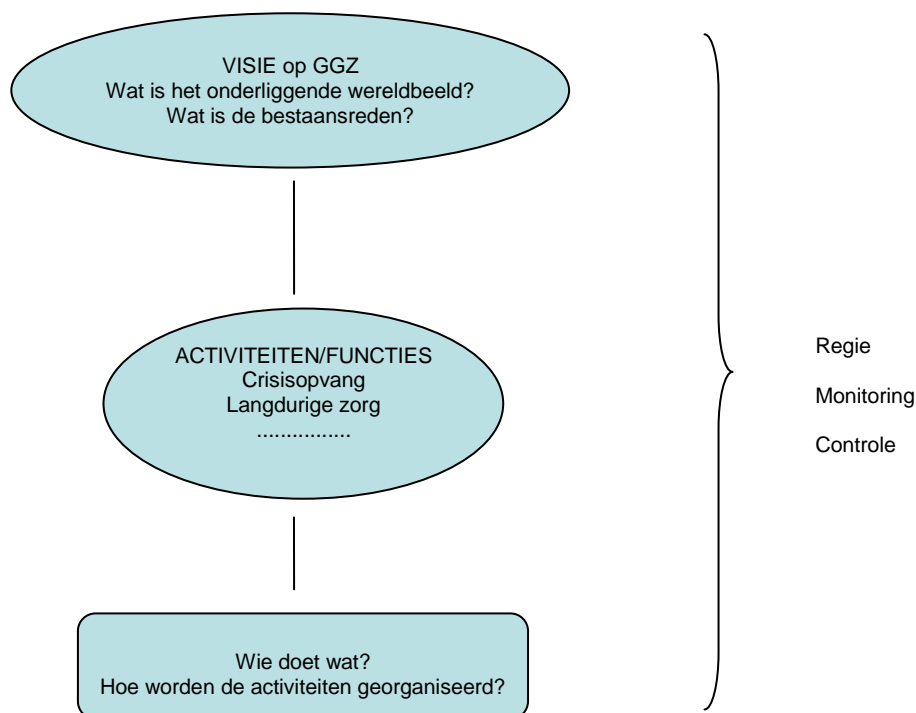
Nood aan een proces van fundamentele vernieuwing

In de gesprekken komt tot uiting dat er visie, ideeën en plannen zijn rond wat goede GGZ in België zou moeten zijn. Hoe daar te geraken is nog niet zo duidelijk.

Wat wel zeker is, is dat samenwerking en netwerkvorming sleutelbegrippen zijn.

Integrale GGZ is maar mogelijk als het perspectief van alle betrokken actoren mee in beschouwing genomen wordt. Zoals ook uit de gesprekken blijkt is er nood aan een gedeelde visie, afspraken en congruentie tussen de betrokken actoren. Vanuit een holistische en systemische benadering wordt de *samenhang van de zorg rond en met het patiëntensysteem* de focus.

Schematisch:



Besluitend met een kernboodschap uit de mapping is dit als volgt:

Zoals alle grote veranderingen moet er in essentie een proces van co- evolutie tussen structuren en visievorming in gang gezet worden. Gevoed door een voortdurend proces van sociaal leren.

Rol KBS

De KBS kan een rol spelen op diverse vlakken.

In de eerste plaats kan de KBS werken aan de beeldvorming en destigmatisering van problemen met de geestelijke gezondheid door het opzetten van creatieve campagnes en informatie naar het brede publiek. Dit moet onderbouwd zijn door reflectie over de relatie tussen vermaatschappelijking en (de)stigmatisering. Er is nood aan vermaatschappelijking van de zorg rekening houdend met het 'not in my background' fenomeen.

De KBS kan een rol opnemen in het sociaal leren over de reorganisatie van de sector GGZ naar integrale zorgcircuits. Hoe de diverse sectoren (preventie, huisvesting, huisvesting, arbeid, onderwijs, justitie, enz.) hierbij betrekken? Hoe de schotten tussen huidige voorzieningen en beleidsdomeinen afbreken?

Er moeten voldoende fora worden gecreëerd om dit sociaal leren te ondersteunen. Het formuleren van een gemeenschappelijke visie en het vertalen naar een congruent aanbod vraagt een denk/leerproces voor alle betrokken actoren. Er wordt naar de KBS verwezen als instantie om dit proces te initiëren/faciliteren.

Vanuit het streven naar een integrale aanpak, het destigmatiseren en onder de aandacht brengen van armoedesituaties en sociale ongelijkheid kan de KBS een initiatief nemen naar professionalisering rond deze thema's van beroepsbeoefenaars in de GGZ.

Ook kan de KBS aanzetten tot verklarend en probleemoplossend onderzoek naar de relatie tussen armoede en psychiatrie. Thema's die binnen een (liefst permanente) onderzoekslijn armoede en psychiatrie onderzocht kunnen worden zijn o.a. betaalbaarheid en toegankelijkheid van GGZ, sociale inclusie van psychiatrische patiënten, patiëntenparticipatie en de rol van patiëntenvertrouwenspersonen.

De KBS kan goede praktijken ondersteunen door deze op een onderbouwde manier te monitoren en te evalueren. Door middel van goed opgevolgde pilootprojecten wordt op een experimentele wijze kennis en ervaring ontwikkeld.

Bij voorbeeld ook in het stimuleren en promoten van stakeholders/patiëntenparticipatie en belangenbescherming van patiënten kan de KBS een signaal geven en goede praktijken laten ontwikkelen en verspreiden.

Tenslotte is het niet onbelangrijk dat de KBS blijft ijveren om het thema armoede en psychiatrie onder de aandacht en op de politieke agenda te krijgen.

Bijlagen

1. Sleutelfiguren

1.1. Sleutelfiguren case OPZC Rekem

- Nadette Berrevoets – hoofd sociale dienst
- Sabine Bringmans – sociaal assistente PVT
- Inge Colson – verpleegkundige forensische zorglijn
- Annemie Crijns – sociaal assistent psychose resocialisatie
- Luc Eyckmans – directeur patiëntenzorg
- Paul Gevers – sociaal assistent PVT min Antwerpen
- Domien Kuijpers – verantwoordelijke MPG
- Maddy Moonen – beheer patiëntengoederen
- Cindy Snijders – verpleegkundige neuroselijn
- Danny Van Damme – directeur PVT
- Kris Van Eerdewegh – hoofd nursing
- Frank Wirix – verpleegkundige resocialisatie en thuiszorg
- Rudy Wouters – verantwoordelijke PVT min Antwerpen

- 12 groepsinterviews met 90 medewerkers en 4 groepsinterviews met 18 patiënten

- Stuurgroep OPZC Rekem: Johan Alleman (KBS/FRB), Dominique Danau (Sago), Luc Eyckmans (OPZC Rekem), Annouschka Laenen (coördinator MPG/UHasselt), Bie Nielandt (UHasselt/SEIN), Jan Vranken (OASeS/Universiteit Antwerpen), John Vanacker (OPZC Rekem).

1.2. Sleutelfiguren diepte interviews Vlaanderen

- Griet Briels – Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen
- Caro Bridts – samenlevingsopbouw Brussel
- Lode Geladé – psychiatrisch centrum St. Truiden
- Gie Goyvaerts – PZ Stuivenberg Antwerpen
- Jos Lievens – federatie diensten GGZ
- Peter Reynders – provinciaal steunpunt arbeidszorg Limburg
- Tine Van Regenmortel – HIVA/KU LEUVEN
- Stefaan Vanroey – vereniging van openbare verzorgingsinstellingen
- Koen Vansevenant – Bind-kracht
- Yves Wuyts – Zorgnet Vlaanderen
- Ilse Weeghmans – Vlaams patiëntenplatform

1.3. Sleutelfiguren diepte interviews Brussel en Wallonië

- Christiane Bontemps - Institut Wallon pour la Santé Mentale I.W.S.M.
- Pascal Minotte et Marie Lambert - I.W.S.M.
- Christine Clarembaux - Service intégré d'aides et de soins psychiatriques dans le milieu de vie
- François Wyngaerden - Centre Franco Basaglia
- Christophe Davenne - Centre Franco Basaglia

- Pascale De Ridder - SSM Ulysse Bruxelles.
- Laurent Dumoulin - Diogènes Bruxelles
- Docteur Benoît Gillain - Clinique Saint-Pierre Ottignies
- Ivan Godfroid - Hôpital Vincent van Gogh C.H.U. Charleroi
- Manu Gonçalves - S.S.M. Le Méridien Bruxelles
- Anne Herscovici - Centre Public d'Action Sociale (CPAS) d'Ixelles
- Michel Roland - Maison médicale Santé Plurielle Saint-Gilles
- Docteur Serge Zombek - CHU St-Pierre

1.4. Sleutelfiguren mapping GGZ in België

- Brigitte Bouton - SPW-DGASS
- Joël Boydens – Landsbond CM Alliance Nationale MC
- Charles Burquel – Le Méridien, PFCSM Bruxelles-Capitale
- Bob Cools – CGG De Pont
- Mieke Craeymeersch – Similes
- Rafaël Daem/Stéphane De Geest – UilenSpiegel
- Ann d'Alcantara – Saint Luc, pedopsychiatrie
- Peter De Deyn – ZNA Middelheim
- Benjamin Delaunoy – CHP Les Marronniers
- Ri De Ridder – RIZIV-INAMI
- Raf De Rycke – Broeders van liefde
- Vincent Dubois – UCL
- Marc Garcet – AIGS
- Muriel Gerkens – Ecolo, députée
- Luc Goutry – CD&V, volksvertegenwoordiger
- Liliane Leroy – Socialistische mutualiteiten Mutualité Socialiste
- Vincent Lorent – UCL
- Manu Moreels – FOD volksgezondheid SPF Santé Publique
- Pablo Nicaise – UCL
- Guy Tegenbos – De Standaard
- Raoul Titeca – COBEPRIVE Clinique Sans Souci
- John Vanacker – OPZC Rekem
- Chantal Van Audenhove – Lucas
- Michèle Van Den Eynde – Centre de jour Le Gué
- Jef Van Holsbeke – Zorgnet Vlaanderen
- Greet Van Humbeeck – Vlaams agentschap GGZ
- François Wyngaerden – Centre Franco Basaglia

2. Stuurgroep

- Johan Alleman – KBS/FRB
- Kim Becher – shiftN
- Dominique Danau – Sago onderzoek
- Virginie De Potter – journaliste
- Christina Dervenis – KBS/FRB
- Luc Eyckmans – OPZC Rekem
- Brigitte Kessel – KBS/FRB
- Annouschka Laenen – U Hasselt

- Vincent Lorent – UCL
- Bie Nielandt – U Hasselt/SEIN
- John Vanacker – OPZC Rekem
- Philippe Vandenbroeck – shiftN
- Tinne Vandensande – KBS/FRB
- Jef Van Holsbeke – Zorgnet Vlaanderen
- Jan Vranken – OASeS
- Yves Wuyts – Zorgnet Vlaanderen

3. Onderzoeksinstituten en onderzoekers

Universiteit Hasselt/SEIN *Identity, Diversity & Inequality Research*

www.sein.uhasselt.be

Bie Nielandt

Sago onderzoek

www.sagoonderzoek.nl

Dominique Danau

Universiteit Antwerpen/OASeS

www.ua.ac.be/oases

Prof.dr. Jan Vranken

ShiftN

www.shiftN.com

Philippe Vandenbroeck

Kim Becher

Guido Geeraerts

Virginie De Potter, journaliste