KU LEUVEN

LUCAS

Koning Boudewijnstichting

Samen werken aan een betere samenleving






Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting

Rapport KBS-project

Evy Meys
Prof. dr. Koen Hermans
Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Leuven
2014

LUCAS
Centrum voor Zorgonderzoek &
Consultancy
Kapucijnenvoer 39 bus 5310
3000 Leuven
Tel. + 32 16 37 34 31
Fax. +32 16 33 69
www.kuleuven.be/lucas

RAPPORT KBS-PROJECT

'GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN UITSLUITING'

Evy Meys

Prof. dr. Koen Hermans

Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Leuven, 28 oktober 2014

Colofon

Opdrachtgever

Koning Boudewijnstichting

Onderzoeksleiding

Prof. dr. Koen Hermans

Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Financiering

Koning Boudewijnstichting

Wetenschappelijk medewerkers

Evy Meys

Administratieve ondersteuning

Kevin Agten

Leuven, augustus 2014

Inhoudstafel

Inleiding **5**

GGZ en uitsluiting: situering in de literatuur **7**

1 ‘Treatment gap’ in de geestelijke gezondheidszorg **8**

2 ‘Unmet need’ **10**

3 ‘Unmet need’ in Vlaanderen **10**

4 Etnisch-culturele achtergrond als bijzondere risicofactor **11**

4.1 Een verhoogde incidentie van psychosen 11

4.2 Suïcidegedrag bij migranten en etnisch-culturele minderheden in Europa 12

5 Verklaringen voor ‘unmet need’: drempels in de hulpverlening **13**

5.1 Institutionele barrières 13

5.2 Culturele barrières 17

6 De relatie tussen psychische stoornissen en armoede **18**

7 Sociale kwetsbaarheid **20**

8 Dak- en thuisloosheid als extreme vorm van sociale kwetsbaarheid **21**

9 Vindplaatsen **22**

10 Goede praktijken **23**

Eerste rondetafelbijeenkomst **29**

1 Thema 1: De omschrijving van de doelgroep **29**

2 Thema 2: Wat is er nodig om de behandelingskloof te verkleinen? **30**

3 Thema 3: Interculturalisering als bijzondere uitdaging **32**

Tweede rondetafelbijeenkomst **35**

1 De basisvisie **35**

2 De politieke keuzes : de financiering van zorg in de samenleving **37**

3 De zorgorganisatie **38**

4 Een toegankelijke en persoonsgerichte zorg en behandeling voor iedereen **39**

Aanbevelingen **43**

1 Beleidsaanbevelingen **43**

2 Aanbevelingen op micro-niveau **45**

3 Aanbevelingen voor opleidingen **46**

4 Aanbevelingen voor onderzoek **46**

Bronnen **47**

Figuren

Figuur 1: De vicieuze cirkel tussen armoede en psychische stoornissen. Bron: WHO (2001) 19

Figuur 2: Uitsluitingscyclus. Bron: SEE (2004) in: Thornicroft & Thansella (2009) 19

Figuur 3: Sociale uitsluiting, een proces... 21

Tabellen

Tabel 1: Kloof tussen de behandeling en de prevalentie in landen met lage, middelhoge en hoge inkomsten 9

Inleiding

Het fluisternetwerk van de Koningboudewijnstichting heeft als opdracht om sluipende sociale onrechtvaardigheden op te sporen. Dit netwerk bracht onder de aandacht dat er een groep van mensen bestaat met zeer ernstige psychische en psychiatrische problemen, die geen toegang vinden tot passende hulp en zorg. Deze vaststelling leidde tot een opdracht aan LUCAS, het Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven om meer duidelijkheid te brengen in de problematiek en beleidsaanbevelingen te formuleren.

In dit rapport wordt een overzicht geboden van de verschillende stappen in dit project. Op basis van een literatuurstudie werd de problematiek beter omschreven en gesitueerd in de internationale literatuur (hoofdstuk 1). De verworven inzichten werden getoetst in een eerste rondetafelbijeenkomst op 15 mei 2014 met sleutelfiguren uit sectoren die vertrouwd zijn met de problematiek. Dit leidde tot een overzicht van goede praktijken en tot een eerste reeks van aanbevelingen voor het beleid (hoofdstuk 2). Vervolgens vond een tweede rondetafelbijeenkomst plaats op 18 september 2014 waarin de aanbevelingen centraal stonden (hoofdstuk 3). De onderzoekers ronden het rapport af met de formulering van een aantal globale aanbevelingen op basis van het gehele traject.

Dit rapport kon maar tot stand komen dankzij de vrijwillige inbreng van vele betrokken experten en professionals. We vermelden hen hieronder:

- Johan Alleman (Koning Boudewijnstichting)
- Griet Briels (Vlaams Netwerk Armoede)
- Paul De Bock (DG Gezondheidszorg)
- Roel De Cuyper (PC Gent-Sleidinge)
- David de Vaal (De 8: Antwerps Integratiecentrum)
- Isabel Debuysere (WGC De Sleep)
- Pascal Delheye (Faber KULeuven)
- Aafje De Wacker (De Biekorf, CAW Antwerpen)
- Cis Dewaele (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk)
- Steven Gillis (Stad Gent)
- Patrick Janssens (CGG Brussel)
- Jenny Krabbe (Psychiater in Brussel)

- Chris Lenaerts (Recht-Op vzw)
- Hild Meyleman (Dokters van de Wereld)
- Wim Meyvis (De Spiegel, vzw)
- Tineke Oosterlinck (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)
- Ann Moens (Zorgnet Vlaanderen)
- Eva Pokelé (OCMW Antwerpen)
- Kimberley Van Daele (OCMW Gent)
- Kris Van der Sype (CGG Eclips en AZIS netwerk Gent)
- Paul van Deun (De Spiegel vzw)
- Steven Van Hemelryck (De Zuidpoort vzw)
- John Vanacker (OPZC Rekem)
- Jan Vanhauwere (Politie Demendal, Diest, Scherpenheuvel en Zichem)
- Annemie Vermassen (Psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg)
- Jan de Clerq (Federatie voor Diensten van geestelijke gezondheidszorg)

GGZ en uitsluiting: situering in de literatuur

Voor de eerste rondetafelbijeenkomst stelden de onderzoekers een basisnota op, waarin een aantal relevante invalshoeken toegelicht worden die helpend kunnen zijn om de relatie tussen geestelijke gezondheid(szorg) en uitsluiting te begrijpen en om de gesprekken in de rondetafelbijeenkomst vanuit een generiek kader te laten plaatsvinden. De belangrijkste inzichten en concepten werden bij wijze van inleiding voorgesteld aan de deelnemers, voorafgaand aan het overleg.

Eerst en vooral werden de begrippen 'treatment gap' en 'unmet need' gedefinieerd en toegespitst op Vlaanderen en België. Vervolgens is aandacht besteed aan factoren die bepalend zijn voor het gebrek aan toegang tot zorg voor kwetsbare groepen. De relatie tussen migratie, armoede en psychische problematiek en sociale kwetsbaarheid kreeg hierbij bijzondere aandacht. Tot slot zijn de vindplaatsen beschreven naast een aantal gekende goede praktijken die pogen de behandelingskloof te dichten.

In wat volgt geven we de tekst van de basisnota weer nadat deze is aangepast en vervolledigd op basis van de commentaren en kritische suggesties van de deelnemers.

1 'Treatment gap' in de geestelijke gezondheidszorg

De WHO omschrijft het fenomeen waarbij personen met een geestelijke gezondheidsproblematiek geen efficiënte behandeling krijgen, als de 'treatment gap' (Thornicroft & Tansella, 2013). Thornicroft en Tansella (2013) omschrijven de behandelingskloof als de discrepantie tussen de werkelijke prevalentiegraad van het aantal personen met een psychische stoornis en het aantal personen dat hiervoor ook de juiste behandeling krijgt. Ormel en collega's (2008) leveren empirische evidentie voor de 'treatment gap'. Hiervoor werden in zes landen met lage en middelhoge inkomsten en negen landen met hoge inkomsten[1] de prevalentie en de behandeling van zowel fysieke als psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden onderzocht. België was ook in deze studie betrokken. Een *eerste vaststelling* is de discrepantie tussen landen met lage en middelhoge inkomsten en landen met hoge inkomsten. Er wordt vastgesteld dat de behandelingsgraad voor personen uit landen met hoge inkomsten voor zowel fysieke als psychische aandoeningen hoger ligt dan deze voor personen uit landen met lage en middelhoge inkomsten. De mate van behandeling hangt dus samen met het inkomensniveau van een land. Een *tweede discrepantie* is deze tussen de behandeling van fysieke en psychische aandoeningen. De behandelingsgraad voor de onderzochte psychische aandoeningen ligt beduidend lager dan deze voor de fysieke aandoeningen, zowel in de landen met lage en middelhoge inkomsten als de landen met hoge inkomsten. Onderstaande tabel geeft de exacte cijfers. Zo zien we bijvoorbeeld dat de behandelingsgraad voor diabetes 94,4% (voor landen met hoge inkomsten) en 76,6% (voor landen met lage en middelhoge inkomsten) bedraagt. Voor depressie bedraagt de behandelingsgraad 29,3% (voor de landen met hoge inkomsten) en 8,1% (voor de landen met lage en middelhoge inkomsten).

[1] Deze betreffen voor de landen met lage en middelhoge inkomsten: Colombia, Libanon, Mexico, China, Zuid-Afrika en Oekraïne. De betrokken landen met hoge inkomsten zijn België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Japan, Nederland, Nieuw-Zeeland, Spanje en de Verenigde Staten.

We spreken in dit hoofdstuk over landen met lage, middelhoge en hoge inkomsten. Deze indeling is gebaseerd op het inkomen per capita van een land, zoals deze berekend wordt aan de hand van de Wereldbank Atlas (Thornicroft & Tansella, 2013).

Tabel 1: Kloof tussen de behandeling en de prevalentie in landen met lage, middelhoge en hoge inkomsten

	Landen met hoge inkomsten		**Landen met lage en middelhoge inkomsten**	
	Prevalentie	Behandeling	Prevalentie	Behandeling
Fysieke stoornissen				
Diabetes	4,6%	94,4%	3,9%	76,6%
Hartziekten	4,7%	77,7%	5,9%	50,9%
Astma	10%	51%	3,5%	61,4%
Psychische stoornis				
Depressie	5,7%	29,3%	5,2%	8,1%
Bipolaire stoornis	1,4%	29,1%	0,7%	13,4%
Paniekstoornis	1,6%	33,1%	0,7%	9,4%

Bron: Ormel et al. (2008)

Thornicroft (2011) wijst in navolging van deze cijfers op een *(derde) type van behandelingskloof,* met name de discrepantie tussen regio's in eenzelfde land. De grootte van de behandelingskloof hangt dus niet enkel af van het land of het type aandoening, maar ook van de regio binnen een land waarin men zich bevindt. Binnen een land met hoge inkomsten heeft immers niet iedereen een gelijke toegang tot de geestelijke gezondheidszorg. Thornicroft spreekt bijgevolg van van 'settings met lage inkomsten' of 'derde wereldsites' die zich in sterk ontwikkelde landen te situeren zijn. 'Settings' kan in dit verband zowel verwijzen naar bepaalde regio's of buurten als naar de voorzieningen in deze regio's of buurten. In deze settings sluit de grootte van de 'treatment gap' eerder aan bij de cijfers van de minst ontwikkelde landen. Dus binnen landen met een sterk ontwikkeld GGZ-systeem van voorzieningen kunnen regio's en buurten onderscheiden worden waarin mensen in veel mindere mate de juiste behandeling krijgen voor hun problematiek. En deze settings situeren zich voornamelijk in de (groot)steden die in sterkere mate gekenmerkt zijn door sociale ongelijkheden en in buurten met een grote concentratie van achtergestelde groepen.

2 'Unmet need'

De behandelingskloof verwijst dus naar het feit dat personen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Thornicroft (2011) onderscheidt drie niveaus van 'unmet need' of onvervulde zorgbehoeften. Een *eerste niveau* vormt het volledig ontbreken van een behandeling. We verwijzen hier ook terug naar bovenstaande tabel, waarbij de behandelingsgraad voor depressie in landen met hoge inkomsten 29,3% is. Dus ongeveer één op drie krijgt een behandeling voor zijn probleem. Op een *tweede niveau* wordt er wel een behandeling geboden aan de persoon met een psychische problematiek, maar staat deze behandeling niet in verhouding tot de noden en zorgbehoeften van de persoon. Hierbij haalt Thornicroft (2011) aan dat sommige groepen, zoals migranten, personen in de forensische zorg, dak- en thuislozen, gemiddeld een complexere zorgbehoefte hebben die inhoudelijk en/of qua intensiteit niet overeenstemt met de feitelijk verkregen hulp. Een *derde niveau* bestaat uit het verkrijgen van de gepaste psychiatrische zorg voor één problematiek, maar het ontbreken van zorg voor comorbide stoornissen, bijvoorbeeld een comorbide alcohol- of middelenverslavingsproblematiek of lichamelijke problematiek.

3 'Unmet need' in Vlaanderen

Recentelijk brachten we de mate van 'unmet need' in Vlaanderen in beeld in aan de hand van de ESEMED-data (later uit te geven onderzoeksrapport SWVG, 2013). In de analyse werden de prevalentie van psychische stoornissen, het zorggebruik en de onvervulde zorgbehoefte tot op provinciaal en stedelijk niveau in Vlaanderen berekend.

Qua prevalentie van stoornissen stellen we vast dat 9% van de Vlaamse bevolking (18+) in het laatste jaar een psychische stoornis doormaakte. Zowel de prevalentie van psychische stoornissen in het algemeen als van stemmingsstoornissen en angststoornissen is hoger bij vrouwen. Een alcoholstoornis komt dan weer vaker voor bij mannen. Qua lifetime prevalentie stellen we vast dat één op vier van de Vlamingen ooit in zijn of haar leven een psychische stoornis doormaakt.

Qua hulpzoekgedrag blijkt dat ongeveer één derde van de personen met een psychische stoornis het afgelopen jaar professionele hulp zocht. De 'lifetime' prevalentie van zorggebruik ligt beduidend hoger. 90% heeft ooit in zijn/haar leven professionele hulp gezocht omwille van psychische problemen. Dit wijst erop dat mensen uiteindelijk wel zorg krijgen, maar dat er heel wat tijd overheen gaat voordat dit gebeurt.

De onvervulde zorgbehoefte hangt samen met het type stoornis. Bij een stemmingsstoornis krijgen veel meer patiënten effectief een behandeling (50%) dan bij een angststoornis (36%) of een alcoholstoornis

(13.9). Opvallend is tevens dat één op vijf personen met meerdere stoornissen in het afgelopen jaar geen behandeling heeft gekregen na het zoeken van hulp.

Wat betreft provinciale en regionale verschillen stellen we vast dat er geen significante verschillen zijn qua prevalentie van stoornissen, maar wel qua niet-vervulde zorgbehoefte. Zo kent 7.4% van de Antwerpse bevolking een onvervulde zorgbehoefte, gevolgd door Oost-Vlaanderen met een 7.2% en Limburg met 3.9%. Wanneer we verder afdalen naar een lager geografisch niveau, dan blijken de grootsteden Antwerpen en Gent de grootste onvervulde zorgbehoefte te hebben.

4 Etnisch-culturele achtergrond als bijzondere risicofactor

4.1 Een verhoogde incidentie van psychosen

Uit onderzoek blijkt dat er een verhoogde incidentie bestaat (van alle vormen) van psychosen in verscheidene migrantengemeenschappen en etnische minderhedengroepen (Morgan et al., 2010). Een voorbeeld van een dergelijke studie is deze van Coid et al (2008) die vaststelt dat er zowel voor eerste- als voor tweedegeneratie migranten een verhoogde incidentie bestaat van (niet-)affectieve psychosen voor de 'zwarte en etnische minderhedengroepen' in vergelijking met wat zij omschrijven als de 'blanke Britse individuen'. Dit verhoogde risico verschilt echter naar gelang van de etnische groep (Coid et al., 2008). De reden(en) voor deze verhoogde incidentie zijn onduidelijk. Morgan et al (2010) bespreken in hun onderzoek volgende mogelijke verklaringen: (1) selectieve migratie, (2) genetische factoren, (3) neurologische factoren, (4) virale infecties, (5) obstetrische complicaties, (6) een tekort aan vitamine D, (6) middelenmisbruik, (7) (psycho)sociale factoren. Hierbij geven Morgan et al (2010) enerzijds aan dat deze mogelijke verklaringen tot dan toe weinig op een directe manier onderzocht werden en dat waar dit wel gebeurde, voornamelijk gefocust werd op een specifieke groep. Anderzijds toont het beperkte onderzoek aan dat de hogere prevalentie van psychosen bij migranten en etnisch-culturele minderheden een gevolg is van een grotere blootstelling aan verschillende vormen van tegenspoed en problematische sociale contexten doorheen hun levensloop (Morgan et al., 2010).

Een specifieke doelgroep bij personen met een etnisch culturele achtergrond vormen de mensen met een migratieachtergrond en/of een posttraumatische stress stoornis, waarbij migratie als een vorm van stress erkend kan moeten worden. Ook is er een groep (jonge) kinderen die opgroeit in precaire en mogelijk traumatische omstandigheden (vb. Romakinderen), waarbij preventief werken aangewezen is. Tot slot wijzen we op de studie van Kirkbride et al (2008.) waaruit blijkt dat het hogere risico op een psychotische stoornis blijft bestaan bij deze minderheidsgroepen, ook als er gecontroleerd wordt voor socio-economische achtergrondkenmerken.

4.2 Suïcidegedrag bij migranten en etnisch-culturele minderheden in Europa

Van Bergen, Montesinos en Schouler-Ocak (2015) geven een overzicht van de huidige literatuur rond suicidegedrag bij migranten en etnisch culturele minderheden. In onderstaande paragrafen baseren we ons op dit literatuuroverzicht om migratie in Europa en meer specifiek de problematiek van suicide bij deze groepen te bespreken.

Sinds 1975 is het aantal migranten in de wereld verdubbeld. Een meerderheid van deze migranten is gehuisvest in Europa. De komende decennia verwacht men een stijging van de migratie naar Europa ten gevolge van een politieke, economische en sociale instabiliteit in de wereld. Dit zet Europa, en meer specifiek de gezondheidszorg in de Europese landen voor een aantal specifieke uitdagingen. Deze uitdagingen variëren van het uitzetten van een algemeen gezondheidsbeleid met aandacht voor etnisch-culturele minderheden tot het toegankelijk maken van het huidige zorglandschap voor en het tegemoet komen aan de (zorg)noden van deze minderheden.

Migranten vormen een heterogene groep, gezien zij samengesteld zijn uit populaties overheen de gehele wereld. Dit maakt dat zij geen algemeen psychopathologisch risico bezitten voor geestelijke gezondheidsproblemen of meer bepaald voor suicidegedrag. Omstandigheden voorheen, gedurende of na het migratieproces kunnen echter een invloed uitoefenen op de geestelijke gezondheid van deze personen. Verscheidene studies in Europa wijzen uit dat bij immigranten en etnisch culturele minderheden een verhoogde incidentie van suicide voorkomt.

Algemeen schat de WHO het suicidecijfer in Europa op 13,9 suicides per 100.000 personen (Bergen, Montesinos & Schouler-Ocak, 2015). Indien men de verhoogde incidentie voor suïcide bij migranten en etnisch-culturele minderheden nader bekijkt, blijken de suïcidecijfers hoger te liggen voor vrouwen rond de leeftijd van 25 jaar of jonger met een migratie- en/of etnisch culturele minderheidsachtergrond. Exacte cijfers hierover zijn zeldzaam, maar de beschikbare cijfers suggereren dat vrouwen uit deze groepen dubbel zoveel suïcidepogingen ondernemen als mannen met een migratie- en/of etnisch culturele minderheidsachtergrond.

Intussen zijn in Europa verscheidene studies uitgevoerd om een beter begrip te verkrijgen van suïcidegedrag bij etnisch culturele minderheden en immigranten. Deze inzichten kunnen bijdragen aan het uitbouwen van een suïcidepreventiebeleid op maat van deze groepen. Enerzijds betreft dit onderzoek naar de risicofactoren die bijdragen tot een verhoogde incidentie. Anderzijds is er onderzoekt nodig naar de rol van cultuur als een belangrijke manier van kijken op basis waarvan mensen de realiteit (en ook suïcide) op een eigen (cultuurspecifieke) manier construeren, definiëren en interpreteren.

Algemeen komen uit deze studies volgende risicofactoren naar voren:

- Een verhoogde incidentie van aanpassingsproblemen (en een lagere prevalentie van psychiatrische stoornissen, in tegenstelling tot suïcideproblematiek bij de Westerse bevolking)

- Etniciteit
- Racisme en discriminatie in het gastland
- Sociale isolatie
- Gebrek aan sociale steunbronnen in land van herkomst en/of gastland
- Drempels in hulpzoekend gedrag en (resulterende) lage participatie aan zorg: (angst voor) racisme, gebrek aan cultuursensitiviteit bij hulpverleners, beperkte kennis van de taal van het gastland, beperkte kennis over het hulpverleningssysteem en (angst voor) sociale stigma

Daarnaast worden een aantal risicogroepen opgelicht (vrouwen, jongvolwassenen, vluchtelingen en asielzoekers). Voor deze groepen komen volgende risicofactoren naar voren (Van Bergen, Montesinos en Schouler-Ocak (2015):

- Genderspecifieke risicofactoren bij vrouwen: intra-familaal geweld, migratie-gerelateerde onderdrukking en onderdrukking door (schoon)familie, partner en/of etnische gemeenschap
- Leeftijdsspecifieke risicofactoren bij adolescenten: conflicten met ouders

Factoren specifiek voor vluchtelingen en asielzoekers: (mogelijke) ervaringen met geweld, oorlog of vervolging in het land van herkomst, maar eveneens (sociale) problemen die zij ervaren in het gastland (illegaliteit, verblijf in asielcentra, onzekerheid over verblijfsstatuut, werkloosheid, moeilijke toegang tot (therapeutische) zorgverlening, ...).

5 Verklaringen voor 'unmet need': drempels in de hulpverlening

België is gekenmerkt door enerzijds een toenemende zorgvraag en anderzijds een groeiend, sterk gediversifieerd en op wetenschappelijke kennis gebaseerd ambulant en residentieel zorg- en behandelingsaanbod voor mensen met psychische problemen. Niettegenstaande we tot de groep van landen met hoge inkomsten behoren stoten we in de praktijk nog steeds op een aanzienlijke onvervulde zorgbehoefte. Zo lijken professionals het moeilijkst te bereiken voor de groep die de hulp het meest nodig heeft (Kal, 2001). Een aantal institutionele en culturele barrières liggen aan de basis van deze onvervulde zorgbehoeften (Van Doorn, 2002; 2004a).

5.1 Institutionele barrières

Van Doorn (2004a) onderscheidt vier institutionele barrières: de categoriale organisatie van het aanbod, de rationalisering van het aanbod, het gebrek aan continuïteit en de vermaatschappelijking van de zorg.

5.1.1 De categoriale organisatie van het aanbod

De institutionele barrières hebben in de eerste plaats te maken met de categoriale organisatie van de hulpverlening. Voor elk deelprobleem is er een ander deel van de voorziening of zelfs een heel andere voorziening verantwoordelijk. Personen melden zich aan met een kluwen van problemen, maar het zorgaanbod stelt één of enkele doelen centraal en probeert daar, op een specialistische wijze, mee aan de slag te gaan. Ook het therapeutisch aanbod wordt in toenemende mate specialistisch en meer en meer afgestemd op welomschreven doelgroepen of problematieken. Sommige groepen van zorgbehoevenden komen hierdoor in het bestaande aanbod niet of onvoldoende aan hun trekken. Zij hebben complexe en/of multipele problemen die niet zomaar passen bij een bepaald programma of therapeutisch aanbod. Hierdoor vallen ze nogal eens tussen wal en schip. Wanneer men zwakbegaafd is, tegelijk aan schizofrenie lijdt en een ernstige verslavingsproblematiek heeft, zal het niet gemakkelijk zijn om toegang te vinden tot een zorgaanbod. Bovendien worden de problemen van thuislozen met verstandelijke beperkingen of psychische problemen niet altijd bij het eerste contact duidelijk en zullen zij vaak ook geen hulp zoeken (Brandt, 2001).

De categoriale organisatie leidt tot een zekere verkokering, waarbij er als het ware schotten worden opgetrokken tussen verschillende voorzieningen. Dit geldt voor Vlaanderen bijvoorbeeld voor de afstemming tussen welzijnsvoorzieningen en gezondheidsvoorzieningen (de eerstelijns CAW's en de tweedelijns CGG's), tussen welzijnsvoorzieningen en het huisvestingsbeleid, tussen de thuislozenzorg en huisvestingsvoorzieningen. Gebrek aan kennis over het aanbod zorgt ervoor dat ze op de verkeerde plaats terechtkomen (Thompson e.a., 2006; Kal, 2001) of dat geen enkele plaats leidt tot een aanpak van de situatie van de persoon in zijn totaliteit.

5.1.2 Rationalisering en fragmentering van het aanbod

Hulpverleners ervaren ten tweede een hoge werklast en voelen de nood aan het boeken van resultaten. Zij worden gevraagd om de effectiviteit van hun interventies aan te tonen. Professionele dienst- en hulpverlening betekent niet langer enkel dat hulpverleners dit vorm geven, maar vooral dat dit gepland, gecoördineerd, gemeten en geëvalueerd wordt. Ook de kosteneffectiviteit van interventies neemt aan belang toe. Men gaat op zoek naar de meest efficiëntie organisatievorm en men is ervan overtuigd dat deskundigheid op een klein gebied en routinehandelingen binnen dat gebied tegen lagere kosten uitgevoerd worden door specialisten die snel kunnen werken (RMO, 2001). Deze specialisatie is zowel horizontaal als verticaal:

- verticaal: bestuurders en topmanagers, management van organisatie, uitvoering van de hulp en zorg en controle en onderzoek naar effecten
- horizontaal: het probleem wordt uiteengelegd in verschillende aspecten (lichamelijk, psychisch,

financieel en geestelijk) en voor elk probleem wordt een andere specialist ingezet.

Specialisatie is op zich niet negatief, want het levert hoogwaardige kennis op, zowel over oorzaken als over gevolgen. Het wordt fragmentatie wanneer organisaties en mensen langs elkaar heen werken, geen of onvoldoende informatie uitwisselen, vooral gericht zijn op het overleven van de organisatie, zich fixeren op hun fragment van het probleem en dat fragment geïsoleerd van de gehele mens benaderen (RMO, 2001).

Daartegenover staan personen met een complexe zorgbehoefte. De complexiteit van hun problemen past niet binnen de categorialisering van het aanbod. Bovendien zijn ze net een doelgroep die als gevolg van de rationalisering van het aanbod, uit de boot valt. Als gevolg van deze negatieve ervaringen verdragen zij geen interventies en adviezen meer. Zij zouden meer geholpen zouden zijn met een persoon die hen als persoon beluistert en met een grote frustratietolerantie bij hen aanwezig blijft ook al loopt het fout. In veel reguliere voorzieningen ontbreekt hiervoor in de eerste plaats de tijd. Ten tweede vraagt dit ook een andere houding van de hulpverleners. Zij moeten niet zozeer handelen in termen van 'behandelen', 'interveniëren', 'helpen', 'problemen oplossen', maar eerder naast de thuisloze gaan staan en er voor hem zijn. Dit blijkt verre van evident te zijn.

Een voorbeeld hiervan vinden we in het onderzoek van Koekkoek e.a. (2007) die op systematische wijze het onderzoek naar moeilijke patiënten in de geestelijke gezondheidszorg uit de periode 1979-2004 analyseerde. Moeilijke patiënten zijn onredelijk, egoïstisch en niet in staat de geleverde zorg naar waarde te schatten. Met deze groep ontstaat al snel een machtsstrijd. Er zijn een aantal kenmerken van de hulpverlener die de relatie met moeilijke patiënten bemoeilijken: grote behoefte om de andere te genezen of voor de ander te zorgen en moeite met het accepteren van een mislukking en een confronterende of beschuldigende houding van de hulpvrager. Moeilijke patiënten roepen bij de hulpverlener ook gevoelens op van incompetentie en machteloosheid. Wanneer de werkdruk hoog is, zullen hulpverleners sneller geneigd zijn om te investeren in "goede" patiënten of in patiënten waarbij de interventies en de goede bedoelingen "effect" hebben. De meest complexe problematieken dreigen bijgevolg uit de boot te vallen.

5.1.3 Een gebrek aan continuïteit

Een derde institutionele barrière vormt het gebrek aan continuïteit in de hulpverlening. Er is de alom gekende breuk tussen jeughulpverlening en hulpverlening aan volwassenen. Specifiek voor de jongvolwassenen stelt zich het probleem van de schotten tussen de bijzondere jeugdzorg en het algemeen welzijnswerk voor volwassenen (Van Regenmortel, e.a., 2006). De begeleiding of opvang van de bijzondere jeugdzorg stopt wanneer de jongere meerderjarig wordt. Bijstand en hulp kunnen wel verdergezet worden, maar enkel als de jongere hier zelf om vraagt. Bovendien wordt de begeleiding in

ieder geval ingeperkt. Het gevaar bestaat dat net die jongeren die instellingsmoe zijn maar wel de grootste nood aan begeleiding hebben, afhaken. Gezien hun instellingsverleden kunnen zij ook minder beroep doen op een sociaal netwerk en nog minder op hun ouders.

Maar ook voor andere doelgroepen is het gebrek aan continuïteit in de hulpverlening een breekpunt en een reden om af te haken. Zo kan men vaststellen dat mensen met ernstige psychische problemen na hun ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis in de thuissituatie terechtkomen bij andere hulpverleners die hun voorgeschiedenis niet of onvoldoende kennen.

5.1.4 Vermaatschappelijking en deïnstitutionalisering van de zorg

Een vierde institutionele barrière is de deïnstitutionalisering en de vermaatschappelijking, . De zorg in instellingen maakt plaats voor meer zorg in de samenleving. Organisatorisch heeft deze trend via de GGZ hervorming in België een vertaling gekregen in regionale zorgcircuits en netwerken van voorzieningen. Mobiele equipes kunnen de persoon met ernstige psychische problemen ook in de thuissituatie behandelen en gedurende een langere periode begeleiden samen met zijn mantelzorgers. Tot op heden is echter de thuiszorg nog lang niet ontwikkeld op een wijze dat de zorg en ondersteuning overal op een effectieve wijze kan geboden worden. Dit heeft tot gevolg dat een (te snelle) afbouw van residentiële voorzieningen het risico kan inhouden dat mensen geen goed alternatief vinden en op straat belanden. De uitbouw van een 'balanced care' waarbij de passende zorg in de gewone omgeving kan geboden worden is een uitdaging voor de toekomst. We staan nog maar aan het begin van deze evolutie. Zowel op het organisatorische vlak, als op het vlak van de deskundigheidsbevordering van hulpverleners is er nog een lange weg te gaan. Een extra uitdaging hierbij vormt de vermaatschappelijking van de zorg voor de meest kwetsbare personen. Het netwerk van deze personen bestaat immers vaak eveneens uit kwetsbare personen of is volledig afwezig waardoor deze mensen at risk zijn voor misbruik, uitbuiting en criminaliteit. Als die knelpunten niet ten gronde aangepakt worden, dreigt de vermaatschappelijking van de zorg perverse effecten te creëren.

Een echte vermaatschappelijking van de zorg impliceert ook volwaardig burgerschap van mensen met psychische kwetsbaarheid. Een participatie aan arbeid en educatieve en vrijetijdsomgevingen naast kwalitatieve woningen en woonbegeleiding, zijn hierbij basisvereisten. Ook op dit vlak is er veel in beweging en worden in toenemende mate mensen met psychische problemen gestimuleerd tot arbeidstrajectbegeleiding en toeleiding naar reguliere arbeid. De stigmatisering, sociale uitsluiting en victimisatie die gepaard gaat met het "etiket" van psychiatrische patiënt is in onze samenleving echter nog steeds zeer sterk aanwezig als een hinderende factor. Participatie aan het maatschappelijk leven als volwaardig burger van mensen met psychische problemen is de meest krachtige factor om hier verandering in te brengen. Daarnaast kunnen beeldvormingscampagnes zoals Te Gek! eveneens bijdragen tot het doorbreken van dit soort barrières. Maar ook hier is nog een lange weg te gaan.

5.2 Culturele barrières

Met culturele barrières bedoelt Van Doorn (2004a) dat mensen met een zorgbehoefte en hulpverleners er mogelijks tegenstrijdige werkelijkheidsopvattingen op nahouden.

5.2.1 Kosten en baten van een beroep op de hulpverlening

Het niet-gebruik van reguliere hulpverlening schrijft Van Doorn in de eerste plaats toe aan beeldvorming, het afwegen van baten en kosten en de opvattingen van hulpverleners. Qua beeldvorming spelen enerzijds persoonlijke ervaringen en anderzijds opvattingen van mensen met psychische problemen. Teleurstellende persoonlijke ervaringen worden geprojecteerd op de hele hulpverlening.

5.2.2 Afstand versus betrokkenheid

Hulpverleners hebben specifieke verwachtingen ten aanzien van hulpvragers die niet overeenstemmen met de werkelijkheid. Sommige mensen met een zorgbehoefte voldoen niet echt aan het profiel van een goede cliënt. Hulpverleners zijn vaak gericht op gemotiveerde cliënten die verbaal voldoende onderlegd zijn en intelligent zijn. Andere hulpverleners willen mensen van hun probleem af helpen, terwijl dit voor sommige doelgroepen niet lukt. Hun problemen zijn immers zeer complex en vereisen ze langdurige en intensieve begeleiding zonder dat het probleem daardoor definitief opgelost geraakt. Daarnaast zijn sommige personen claimend of agressief. Ook de afstandelijkheid van de hulpverlener soms een rol. Een professionele hulpverlener is een hulpverlener die een goed evenwicht vindt tussen distantie en betrokkenheid. Hulpvragers verwachten soms meer van een hulpverlener. Zij verlangen niet zozeer een hulpverleningsrelatie, maar wel een relatie die verwantschap vertoont met een vriendschapsrelatie.

5.2.3 Ongeschreven regels van de hulpverlening

In de hulpverlening zijn er een aantal ongeschreven regels. Zo wordt verondersteld dat de cliënt zelf contact moet opnemen en ook dit contact moet onderhouden. Er wordt dus al vertrokken van een zekere eigen activiteit van de cliënt. Bovendien verwachten hulpverleners dat er een vraag wordt geformuleerd. Daarnaast dient de hulpvraag zo geformuleerd te worden dat het past binnen het zorgaanbod. Is dit niet het geval, dan volgt er een doorverwijzing. Daarom proberen thuislozen een eigen verhaal te ontwikkelen om toch binnen te geraken. Maar als dan blijkt dat dit niet de waarheid is, leidt dit opnieuw tot een vertrouwensbreuk met de hulpverlener. Deze vraag moet ook gesteld worden tijdens de openingsuren. Ook verschilt de perceptie van een mogelijke oplossing. Koekkoek e.a. (2007) beschrijft een aantal ongeschreven regels van de (geestelijke) gezondheidszorg:

- De patiënt is zelf niet verantwoordelijk voor zijn situatie
- De patiënt doet alle moeite om beter te worden.

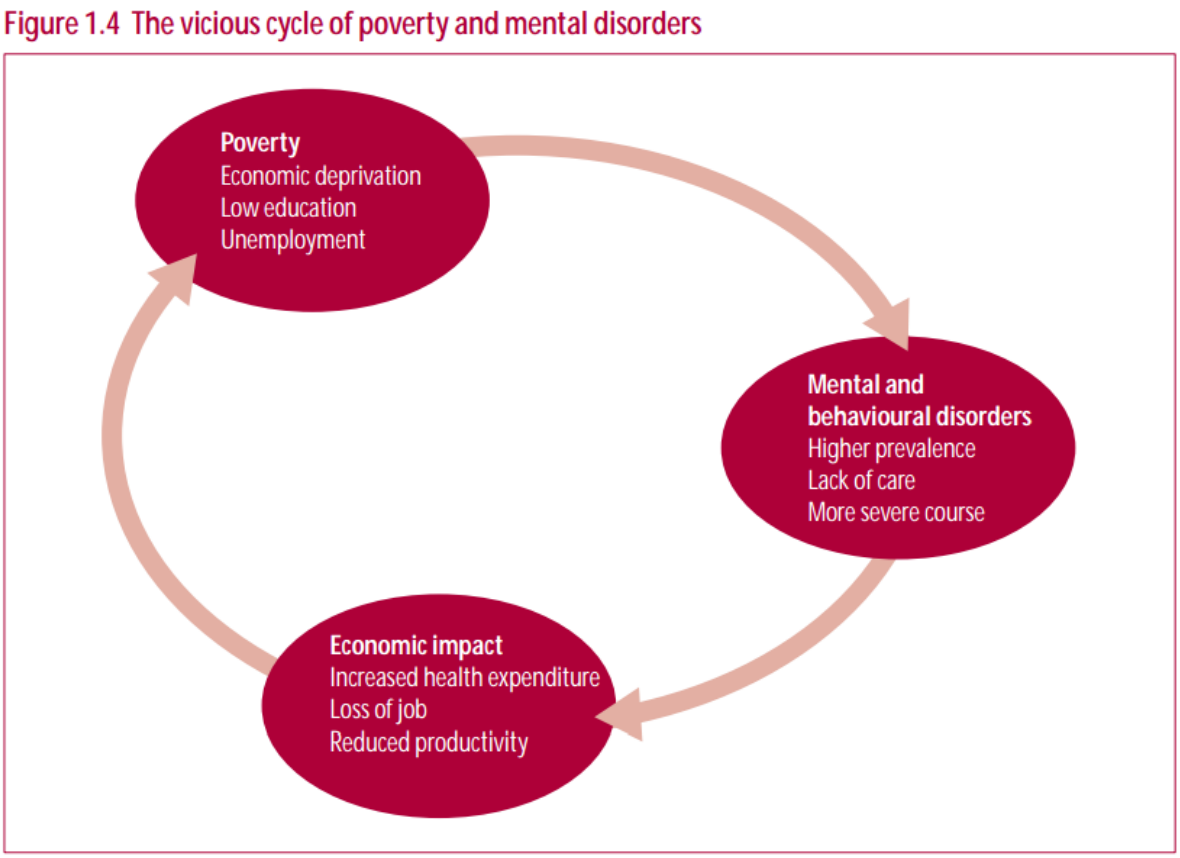
- De ziekte is duidelijk afgebakend, herkenbaar en behandelbaar
- Na de behandeling is de ziekte genezen en verlaat de patiënt het systeem
- Het therapeutisch contact ondersteunt de genezing
- Het zorgsysteem is niet verantwoordelijk wanneer de ziekte niet genezen wordt

Wie niet aan deze regels voldoet, zal het des te moeilijker hebben om een gepast zorgaanbod te verkrijgen.

6 De relatie tussen psychische stoornissen en armoede

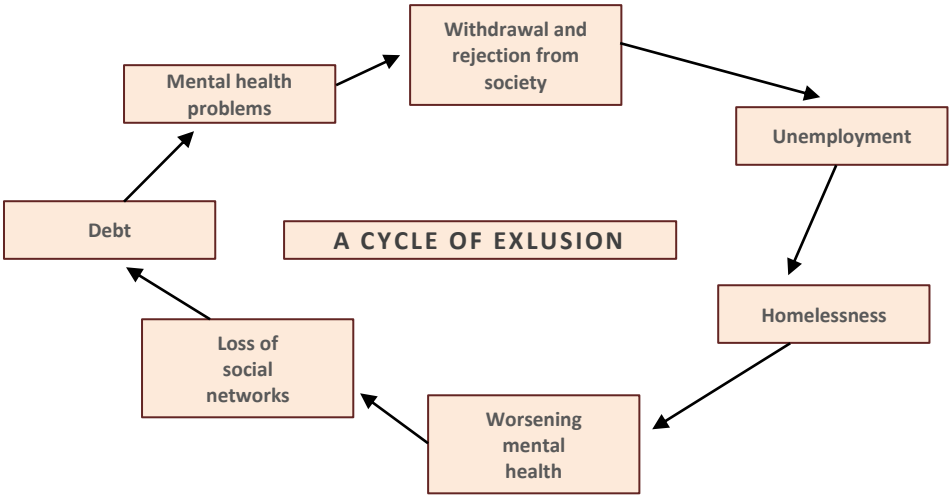
Een psychische stoornis komt vaak niet alleen. In navolging van de WHO (2001) wijzen Thornicroft & Thansella (2009) op de vicieuze cirkel tussen armoede en psychische stoornissen. Enerzijds kan het optreden van psychische stoornissen leiden tot een verlies aan economische productie die op zijn beurt bijdraagt tot een verslechtering van de financiële situatie en tot armoede. Anderzijds is er een cumulatieve impact van armoede zelf die duurzame effecten kan hebben op het mentale en sociale functioneren van een persoon. Dit betekent echter niet dat elke persoon met een psychische problematiek sociaal uitgesloten is of arm is. Wel is het zo dat binnen de populatie van mensen met een psychische stoornis een specifieke groep kan onderscheiden worden die op verschillende levensdomeinen problemen ervaren en die zich in een armoedesituatie bevinden.

Figuur 1: De vicieuze cirkel tussen armoede en psychische stoornissen. Bron: WHO (2001)



De Britse 'Social Exclusion Unit' (2004) wees tevens op de relatie tussen psychische stoornissen, uitsluiting en armoede. Zij spreken van een uitsluitingscyclus die ervoor zorgt dat mensen minder deelnemen aan de samenleving. Geestelijke gezondheidsproblemen kunnen aan de basis liggen van dat uitsluitingsproces, maar kunnen tegelijkertijd ook optreden nadat zich andere sociale problemen hebben voorgedaan (schulden, werkloosheid, vereenzaming,…).

Figuur 2: Uitsluitingscyclus. Bron: SEE (2004) in: Thornicroft & Thansella (2009)



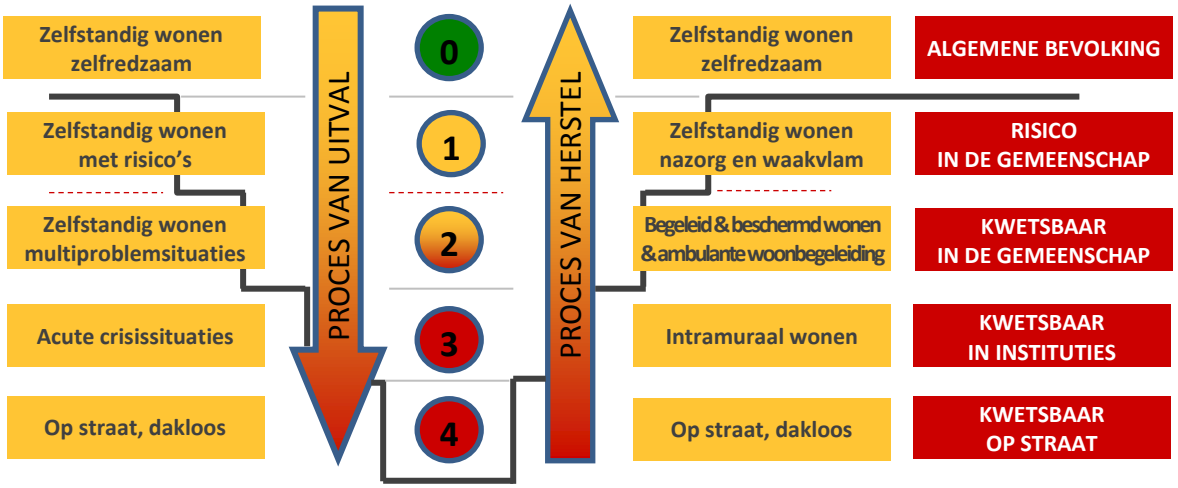
7 Sociale kwetsbaarheid

Een volgend concept dat we na onvervulde zorgbehoefte en armoede willen bespreken, is sociale kwetsbaarheiddat in Nederland ontwikkeld werd om de doelgroep van de openbare geestelijke gezondheidszorg te vatten. De Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) omvat preventieve zorg voor de gehele bevolking, preventieve zorg voor risicogroepen en zorg voor kwetsbare personen die zelf geen hulp zoeken en zorgschuw geworden mensen (de zogenaamde zorgwekkende 'zorgmijders'). De OGGZ is een bevoegdheid van de lokale overheden in Nederland. Sociale kwetsbaarheid verwijst naar een specifieke populatie verwezen die niet beschikt over voldoende hulpbronnen om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen en het leven op de gewenste manier vorm te geven (RMO, 2001; Wolf, 2002). Ze hebben vaak meerdere problemen tegelijk (schulden, verwaarlozing en sociaal isolement) en krijgen vanuit het perspectief van de hulpverleners niet de zorg die nodig is. Kenmerkend voor deze groep is dat ze zelf geen hulpvraag stellen, maar wel de familie, buren of omstanders vragen dat er hulp geboden wordt. Sociale kwetsbaarheid hangt samen met factoren op het individuele niveau (schulden, alcohol- en drugsmisbruik, eenzaamheid, verstandelijke beperking, psychische problemen), met gebeurtenissen uit de jeugd (mishandeling, uithuisplaatsing), maar ook met factoren die te maken hebben met de organisatie van de hulpverlening die voor deze groepen niet altijd even toegankelijk is. Deze groep van sociaal kwetsbaren is vooral in de (groot)steden aanwezig.

De verschillende gradaties van die kwetsbaarheid worden gevat als een ladder. De treden op de ladder zijn gebaseerd op belangrijke aspecten en uitkomsten van sociale kwetsbaarheid: zelfredzaamheid, het soort hulp dat nodig is om een volwaardig leven te leiden en de hoeveelheid, ernst, duur en complexiteit van de problemen waarmee mensen te kampen hebben. Bovenaan de ladder zoeken en vinden mensen, als dit nodig is, zelf hulp. Onderaan de ladder is intensieve outreachende zorg nodig. Links in de ladder bevinden zich mensen die nog geen of inadequate zorg ontvangen en daarmee een risico lopen op een verdere marginalisering. Rechts in de ladder bevinden zich degenen die wél gepaste zorg ontvangen, en daarmee een grotere kans maken op herstel. Typisch voor de Nederlandse aanpak is dat zij de mate van zelfstandig wonen als een belangrijk aangrijpingspunt beschouwen om de groep te definiëren. In de afgelopen 8 jaar hebben de lokale overheden in Nederland en dan vooral de vier grote steden (Den Haag, Amsterdam, Rotterdam en Utrecht) ingezet op de zorg voor sociaal kwetsbaren, in samenwerking met de landelijke overheid. Er is in 2006 een grootschalig ‘Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang’ gelanceerd, bestaande uit twee fasen. In de eerste fase werd vooral gefocust op de daklozen. In de tweede fase, vanaf 2010 was er meer aandacht voor sociaal kwetsbaren die weliswaar een eigen woonst hebben, maar zich kenmerken door sociaal isolement, vereenzaming, verloedering.

Personen met ernstige en langdurige psychische problemen kunnen als een specifieke deelgroep van sociaal kwetsbaren beschouwd worden. In 2002 werd het aantal in Vlaanderen geschat op 16.000-17.000 personen (Van Audenhove et al, 2005).

Figuur 3: Sociale uitsluiting, een proces...



Bovenstaande figuur maakt duidelijk dat sociale uitsluiting, verloedering of marginalisering geen stabiele fenomenen zijn, maar opgevat kunnen worden als proces. Dit betekent dat er aangrijpingspunten of kritische momenten zijn waarop mensen wegzakken in de samenleving of juist weer aansluiting vinden.

8 Dak- en thuisloosheid als extreme vorm van sociale kwetsbaarheid

Dakloosheid is de meest extreme vorm van sociale uitsluiting. Het leven op straat is niet alleen een gevolg van psychische problemen. Het kan ook tegelijk een oorzakelijke factor zijn. Dak- en thuisloosheid (en wat ermee gepaard gaat aan traumatische ervaringen, angst en ontreddering) kan op zich immers leiden tot ernstige psychische problemen. De afgelopen 10 jaar is de aanpak van dak- en thuisloosheid een steeds belangrijkere prioriteit geworden in het armoedebeleid. Dit is onder andere het gevolg van het feit dat de Europese Unie dakloosheid als één van de prioriteiten heeft gekozen in het Europees armoedebeleid (naast kinderarmoede en activering). In 2010 is er een European Consensus Conference on homelessness georganiseerd onder het Belgisch voorzitterschap. Op deze conferentie werd een gemeenschappelijke definitie van dak- en thuisloosheid goedgekeurd en werden ook de krachtlijnen van een effectieve aanpak benoemd. Waar men in het verleden vooral focuste op mensen die op straat leven of een beroep doen op residentiële opvangcentra, zet men nu veel meer in op een preventieve aanpak. Men focust daarbij niet zozeer op al de oorzaken van dak- en thuisloosheid, maar net op die 'triggers' die ervoor zorgen dat mensen dreigen dakloos te worden. Dit heeft geleid tot de omschrijving van vijf prioritaire doelstellingen om dak- en thuisloosheid te bestrijden. Die vijf doelstellingen zijn:

1. Niemand mag genoodzaakt zijn om tegen zijn wil op straat te moeten overnachten bij gebrek aan opvang die aangepast is aan zijn situatie

2. Niemand mag genoodzaakt zijn om langer dan nodig te moeten verblijven in de opvang bij gebrek aan doorstroommogelijkheid naar (begeleid) wonen
3. Niemand mag uit een instelling ontslagen worden (ziekenhuis, psychiatrie, gevangenis, jeugdinstelling …) zonder voldoende nazorg en een oplossing voor zijn woonsituatie
4. Niemand mag uit huis worden gezet bij gebrek aan begeleidings- en herhuisvestingsmogelijkheden
5. Niemand die jongvolwassen wordt of is mag thuisloos worden als gevolg van de overgangssituatie naar volwassenheid.

Deze vijf doelstellingen brengen vijf specifieke risicogroepen in beeld: (1) buitenslapers, (2) thuislozen in opvangvoorzieningen, (3) instellingsverlaters, (4) mensen die dreigen uit huis gezet te worden, (5) jongvolwassenen. Deze vijf groepen bevinden zich op schakelmomenten, maar komen ook in aanraking met voorzieningen. Zo maken buitenslapers vaak gebruik van de inloopcentra in de steden en andere laagdrempelige voorzieningen (waaronder straathoekwerk). Thuislozen in opvangvoorzieningen maken al gebruik van een bestaand aanbod. Instellingsverlaters kunnen beroep doen op de instelling voor nazorg. Als personen uit huis gezet worden, moet daarvoor het vredegerecht ingeschakeld worden. Indien de eigenaar zo'n verzoekschrift indient, dan dient het vredegerecht op zijn beurt het OCMW in te lichten over de dreigende uithuiszetting. Het OCMW beslist vervolgens welke stappen het onderneemt om dit alsnog te voorkomen. Een laatste groep zijn jongvolwassenen met een instellingsverleden die in de overgang van jeugdhulp naar volwassenhulp dreigen niet de gepaste hulp te krijgen.

9 Vindplaatsen

Op basis van de hoger vermelde inzichten onderscheiden we een aantal doelgroepen binnen de diffuse groep van mensen die geen aangepaste zorg krijgen. In de grootsteden zijn er een aantal diensten en centra die met de doelgroep van mensen met psychische problemen die uitgesloten zijn van hulp, in aanraking komen. Zo denken we aan de onthaalwerkingen van de CAW in Gent, Antwerpen en Brussel die zich richten op mensen met een precair verblijfsstatuut. Daarnaast er ook de minderhedencentra in Antwerpen en Gent als specifieke vindplaatsen voor deze doelgroep.

We onderscheiden zeven groepen vanuit het perspectief van de vindplaatsen:

1. Jongvolwassenen die zich bevinden tussen jeugdhulp en volwassenenhulp
2. Instellingsverlaters (met inbegrip van gevangenissen)
3. OCMW-cliënten met een (al dan niet gediagnosticeerde psychiatrische) problematiek
4. Nieuwkomers (vluchtelingen, mensen met een onzeker verblijfsstatuut)

5. Personen die gebruik maken van laagdrempelige inloopcentra voor daklozen

6. Mensen die dreigen uit huis te worden gezet (omwille van overlast, hygiëneproblemen…)

7. Op straat en in de stations verblijvende, kwetsbare, zieke en vereenzaamde mensen.

Typisch voor deze groepen is dat zij weliswaar zorg en aandacht krijgen, maar dat de zorg onvoldoende afgestemd is op (de ernst van de) problematiek. De contacten met de hulpverleners op de genoemde vindplaatsen, bieden ook een aangrijpingspunt voor het beleid om preventief op te treden en het proces van uitval en unmet need tegen te gaan. Dit zijn immers vindplaatsen om mensen met een onvervulde behoefte aan GGZ-ondersteuning te detecteren en hen een gepaste ondersteuning te bieden. Vaak doen deze personen een beroep op eerstelijns welzijnsdiensten (CAW, OCMW, huisvestingsdiensten) of komen ze met laagdrempelige initiatieven in aanraking. Er kan nog heel wat winst geboekt worden om deze diensten te versterken in het detecteren en (toeleiden tot) behandelen van ernstige psychische problemen

10 Goede praktijken

In dit gedeelte geven we een aantal binnenlandse (goede) initiatieven weer die reeds inspelen op de behandelingskloof. We wensen geen exhaustieve lijst van alle mogelijke praktijken in Vlaanderen op te stellen, maar belichten enkele initiatieven die de deelnemers van de eerste rondetafelbijeenkomst aandragen, gecombineerd met enkele initiatieven van de onderzoekers. Per initiatief wordt telkens een korte omschrijving gegeven.

AZIS + (Gent)

AZIS (Assertieve Zorg In de Samenleving) omvat een intensieve samenwerking van verschillende partners over de grenzen van de lijnen en organisaties heen. Aan de hand van een wekelijks overleg met vaste partners worden zorgtrajecten op casusniveau uit getekend. Er wordt een vangnet-, advies- en bemiddelingsfunctie vooropgesteld[2].

RAPS (Brussel)

De psychosociale begeleiders van RAPS (Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux) hebben tot doelstelling om een brug te slagen tussen de sociale diensten en de geestelijke gezondheidszorg door de

2 http://www.azis.be/WAT.html, geraadpleegd op 30 juli 2014

betrokken personen fysiek te vergezellen bij hun afspraken in de verschillende structuren. Op deze manier kan de toegang tot de zorg en behandeling vergemakkelijkt worden[3].

Pilootproject overgang residentiële naar ambulante zorg (Brussel)

Dit pilootproject werd opgericht voor cliënten die vanuit een (psychiatrisch) ziekenhuis in afwachting van andere hulpverlening in een onthaaltehuis of andere voorziening terechtkomen. Voor deze cliënten wordt een overleg georganiseerd met de voorziening waar de cliënt verbleef, de voorziening waar de cliënt momenteel verblijft en de voorziening waarvoor de cliënt op de wachtlijst staat.

Sociale woningbouw (Brussel)

De koepel sociale woningbouw vereniging Brussel probeert een brug te slaan tussen de sociale assistent van de sociale huisvestingsmaatschappijen en de geestelijke gezondheidszorg. Door het inzetten van een extra sociale assistent stelt men voorop om enerzijds uithuiszettingen te voorkomen en anderzijds de huidige sociaal assistent van de huisvestingsmaatschappij te ondersteunen in zijn/haar contacten met cliënten met een eventuele psychiatrische problematiek.

Samenwerking CAW-CGG

Voor een inventarisatie van de samenwerkingen tussen CAW en CGG verwijzen we naar de publicatie die door het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk werd opgemaakt: *'Inspirerende samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en algemeen welzijnswerk in de schijnwerper: een overzicht in vogelperspectief'.*

Eerstelijnspsychologische functie (samenwerking CGG – CAW, Brussel)

Psychologen vanuit het CGG worden ingeschakeld op de eerste lijn (in huisartsenpraktijken) om de drempel naar hulpverlening te verlagen. Deze gesprekken op eerste lijn hebben als doel om een korte interventie te doen waar deze volstaat, of om cliënten aan te haken en een screening te doen om in te schatten welke vervolghulpverlening aangewezen is en deze dan ook door te verwijzen. Het CAW is een mogelijke doorverwijzing. Tegelijkertijd is het CAW bereid om mee permanenties te doen in de huisartsenpraktijken.[4]

Bruggen na(ar) 18 (Gent)

Het project heeft tot doelstelling om jongeren sneller te laten kennismaken met de eerstelijns volwassenen-hulpverlening en (liefst) op een 'gedeproblematiseerde' manier. Er wordt geredeneerd dat

3 RAPS, rapport de recherche version finale du 14 décembre 2012, geraadpleegd op 30 juli 2014, via file:///C:/Users/u0088899/Downloads/raps-version-definitive-fr.pdf

[4] Goede praktijken, SAW, p. 11

als het (wederzijds) aanbod gekend is, wordt voor jongeren én hulpverleners de drempel lager om er gebruik van te maken[5].

De Biekorf (Antwerpen)

De Biekorf biedt nachtopvang aan meerderjarige daklozen met een verslavings- en/of psychiatrisch probleem uit Antwerpen. Er wordt bed, bad en brood voorzien. Daarnaast wordt er voor mensen die daar om vragen of voor wie het aangewezen is, gezorgd voor toeleiding naar de hulpverlening[6].

Housing First Belgium

Dit project is gebaseerd op het Amerikaanse Housing First model en beoogt naast het verzorgen van toegang tot huisvesting voor dak- en thuislozen, het aanbieden van een professionele en multidisciplinaire begeleiding om bij te dragen tot de ontwikkeling van gunstige omstandigheden voor het behouden van een woonst en sociale integratie. In het Housing First Belgium-project worden zes begeleidingsexperimenten die gebaseerd zijn op Housing First in vijf grootsteden opgevolgd om op basis van dit experiment concrete aanbevelingen te formuleren voor de uitvoering en verruiming van Housing First in België[7].

Preventieve woonbegeleiding – CAW's

In preventieve woonbegeleiding van de CAW's werken de begeleiders samen met de cliënten aan aspecten die nodig zijn om de woning te kunnen behouden. Deze begeleiding gebeurt op vraag van een huisbaas-verwijzer, zoals een OCMW, een sociaal verhuurkantoor of een sociale huisvestingsmaatschappij. De aanleiding tot het opstarten van deze begeleiding is een signaal van de huisbaas over een probleemsituatie, waarbij een risico is dat de cliënt uithuisgezet wordt indien deze probleemsituatie niet verbetert[8].

Mobiele teams (artikel 107)

De mobiele teams in het kader van artikel 107 zijn behandelteams in de thuisomgeving. Enerzijds richten deze teams zich naar personen in een (sub)acute toestand, anderzijds richten zij zich naar personen met

[5] http://www.jacgent.be/nl/images/BrochureBN18.pdf, geraadpleegd op 30 juli 2014

[6] http://www.cawantwerpen.be/de-biekorf-0, geraadpleegd op 30 juli 2014

[7] http://www.housingfirstbelgium.be/nl/, opgevraagd op 6 augustus 2014.

[8] http://www.caw.be/preventieve-woonbegeleiding, opgevraagd op 6 augustus 2014

chronisch psychiatrische problemen. Met deze teams kan de geestelijke gezondheidszorg sneller toegankelijk zijn en aangepaste zorg bieden aan mensen in hun thuisomgeving. De intensiteit en de duur van een interventie door deze diensten wordt aangepast naargelang de cliënten die zij behandelen (crisissituaties versus cliënten met een chronische problematiek)[9].

Armoede en GGZ: oog voor elkaar, ook met elkaar

Tussen 2012 en 2014 worden vier lokale samenwerkingsinitiatieven gefinancierd door CERA en de Vlaamse overheid. Deze projecten zijn samenwerkingen tussen verenigingen waar armen het woord nemen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en Centra voor Algemeen Welzijnswerk, waarbij deze diensten overtuigd zijn van de meerwaarde van een betere lokale samenwerking rond het thema geestelijke gezondheid. Samen met andere relevante lokale partners gaan ze de dialoog aan over (de toegankelijkheid van de) geestelijke gezondheidszorg en over armoede in hun regio. Ze bespreken de knelpunten en de mogelijkheden om extra in te zetten op de toeleiding van deze kwetsbare doelgroep[10].

Internationaal netwerk van goede praktijken rond jongvolwassenen en geestelijke gezondheidszorg (ADOCARE)

ADOCARE vormt een consortium tussen Action for teens aisbl en LUCAS KULeuven, ondersteund door de Europese Commissie. Hierbij staat het installeren van een netwerk van diverse betrokken actoren rondom jongeren centraal. Deze betrokken actoren zijn gespecialiseerde zorgverleners (psychiaters, psychologen,…), experten, onderzoekers, stakeholders, zorggebruikers, ouders en jongeren zelf. ADOCARE heeft het ontwikkelen en ondersteunen van innovatieve en aangepaste zorgstructuren voor jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen tot doelstelling. In functie hiervan voeren zij enerzijds onderzoek uit en werken zij anderzijds aan bewustzijnsverhoging, deskundigheidsbevordering en een uitwisselings- en consultatiefunctie van de verzamelde informatie[11].

Trauma & Exil: Dokters van de Wereld, Antwerpen

[9] Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Opgevraagd op 6 augustus 2014, via http://www.psy107.be/SiteFiles/Vlaanderen.pdf%20def.pdf

[10] http://netwerktegenarmoedebe.webhosting.be/documents/Gezondheid_standpunt_120511_2.pdf, opgevraagd op 6 augustus 2014

[11] http://adocare.eu/, opgevraagd op 8 augustus 2014.

Een vrijwilligersnetwerk van zelfstandige psychologen/psychotherapeuten werd opgericht omwille van de moeilijke toegang tot de diensten GGZ en de Centra voor Levens- en Gezinsvragen van de CAW voor de doelgroep van de dokters van de wereld in Antwerpen. De professionals van het netwerk behandelen/begeleiden in hun privé-praktijk elk één vluchteling op vrijwillige basis. Het T&E-netwerk verenigt professionals die zich willen engageren in een vrijwilligersengagement 'light'. De cliënten/patiënten worden doorverwezen door het centrum van DvW Antwerpen naar T&E (na stabilisatie) wanneer ze stuiten op te lange wachtlijsten en omslachtige en onaangepaste toegangsprocedures in de GGZ en CAW. In het project onderzoeken ze tevens welke de meest gepaste doorverwijsmethodiek is voor deze doelgroep. Dokters van de Wereld Antwerpen biedt ondersteuning aan de medewerkers/vrijwilligers van dit netwerk, in de vorm van een helpdesk, uitwisselings- en vormingsbijeenkomsten en een Linked In-groep[12].

[12] http://www.gastvrijegemeente.be/initiatieven/vrijwilligersnetwerk-trauma-en-exil, opgevraagd op 26 september 2014

Eerste rondetafelbijeenkomst

Na de toelichting en de bespreking van de basisnota 'Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting' vormen de deelnemers tijdens de eerste rondetafelbijeenkomst vier subgroepen om telkens één vraag in verband met geestelijke gezondheid en uitsluiting te bespreken. Deze vier vragen behandelen de volgende thema's: doelgroep, goede initiatieven, wat is er nodig om de behandelingskloof te verkleinen en interculturalisering als bijzondere uitdaging. Het thema 'goede initiatieven' namen we reeds op in het voorgaande gedeelte van dit rapport (basisnota). In wat volgt, geven we een synthese van de overige drie thema's.

1 Thema 1: De omschrijving van de doelgroep

De zeven geselecteerde doelgroepen in de basisnota zijn:

- jongvolwassenen die zich bevinden tussen jeugdhulp en volwassenenhulp,
- instellingsverlaters (met inbegrip van de gevangenissen),
- OCMW-cliënten met een (al dan niet gediagnosticeerde psychiatrische) problematiek,
- nieuwkomers (vluchtelingen, mensen met een onzeker verblijfsstatuut),
- personen die gebruik maken van laagdrempelige inloopcentra voor daklozen,
- mensen die dreigen uithuis te worden gezet (omwille van overlast, hygiëneproblemen, …) en
- op straat en in de stations verblijvende, kwetsbare, zieke en vereenzaamde mensen

- **Is dit een volledige selectie: wie ontbreekt?**
- **Wie moet prioritair aandacht krijgen?**

In het algemeen stellen de deelnemers van de rondetafelbijeenkomst dat er ruim gewerkt zou moeten worden en ook doelgroepen betrokken zouden moeten worden die niet 'in the picture lopen'. Ze stellen immers dat er een aantal doelgroepen bestaan die moeilijker zichtbaar zijn. De mobiele teams 'ontdekken' bijvoorbeeld personen die tot hiertoe een manier van (over)leven ontwikkelden die aansluit bij hun pathologie. Ze denken hierbij aan volgende (moeilijk zichtbare) groepen.

Vooreerst zijn er de *personen die sociaal geïsoleerd zijn*, maar wel over een (eigen) woning beschikken. Dit is een doelgroep die bijvoorbeeld AZIS+ in Gent sterk opmerkt. Vaak gaat het hierbij over *oudere vrouwen*. Preventiever werken met deze doelgroep zou moeilijke situaties kunnen vermijden.

Een tweede doelgroep vormen de *personen waarbij sprake is van comorbiditeit*. Een voorbeeld hiervan zijn de personen met psychische problemen in combinatie met een verstandelijke beperking en/of een verslaving, waarbij onduidelijk is of zij in de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg of de gehandicaptenzorg thuishoren.

Een derde groep die de deelnemers benoemen, is de *palliatieve zorg in de verslavingszorg*, waarbij men een laagdrempelige vorm van zorg vooropstelt waarbij geen enkel criterium gehanteerd wordt en niet (meer) curatief gewerkt wordt.

Een vierde groep vormen de *personen die geen gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg* omwille van het gebruik van andere opvangmogelijkheden in de samenleving of die geen hulp vragen omwille van het stigmatiserende effect van (geestelijke gezondheids)zorg of hulpverlening of die niet weten waar zij terechtkunnen.

De deelnemers vermelden ten vijfde ook de *geïnterneerden* als een doelgroep die in de basisnota ontbreekt.

Naast deze aanvullingen bij de doelgroepen, formuleren de deelnemers nog volgende bemerkingen. Vooreerst zou er volgens hen meer aandacht geschonken moeten worden aan het genderonderscheid in de verschillende groepen. Dit gaat bijvoorbeeld over de verslavingszorg, de daklozenzorg, de bijzondere jeugdzorg, de criminaliteit, … De tweede meer fundamentele opmerking heeft betrekking op het denken in termen van doelgroepen. Het opdelen in doelgroepen houdt het gevaar in dat mensen tussen wal en schip vallen.

2 Thema 2: Wat is er nodig om de behandelingskloof te verkleinen?

De deelnemers aan deze subgroep van de eerste rondetafelbijeenkomst benoemen vooreerst een aantal knelpunten en nadien een aantal voorstellen om de behandelingskloof te reduceren.

De knelpunten die de deelnemers ervaren zijn vooreerst de *wachtlijsten* in de huidige initiatieven. Vaak is er een eerste aanspreekpunt waar mensen terechtkunnen, maar ervaart men dat de tijd tussen deze aanmelding en een eerste gesprek lang kan duren. De deelnemers spreken ook van een toeleidingskloof, in de praktijk blijkt het moeilijk om bepaalde groepen te bereiken en eens deze bereikt zijn om ze door te laten gaan naar een passende vorm van zorg. Een andere (aansluitende) valkuil die de deelnemers vermelden, is dat bij gebrek aan vervolgbegeleiding *hulpverleners in hun eigen dienst (meer) taken beginnen op te nemen* die niet bij hun oorspronkelijke takenpakket horen om toch een vorm van (vervolg)hulp aan de cliënt te bieden.

De deelnemers formuleren volgende voorstellen om de behandelingskloof te verkleinen:

- Het inzetten op een structurele aanpak van armoede.
- Het inzetten op eerstelijnspsychologen: de verwachtingen zijn hooggespannen. Door hun laagdrempelige en generalistische manier van werken en de (mogelijke) inbedding in een multidisciplinaire praktijk blijken cliënten vaak de stap te zetten naar deze vorm van hulpverlening. Idealiter zouden deze eerstelijnspsychologen verbonden zijn aan een huisartspraktijk of aan een plaats waar veel kansarmen komen (bv. OCMW, CAW, laagdrempelige voorzieningen). Momenteel zijn er al initiatieven of projecten met eerstelijnspsychologen in het werkveld. De structurele verankering hiervan is echter nog een belangrijke uitdaging.
- Het belang van (vertrouwen in) de toeleiders en schakelfiguren die een 'vertaalfunctie' kunnen opnemen door hun affiniteit met een bepaalde (kwetsbare) doelgroep.
- Het (meer) structureel regelen van samenwerkingen, waarbij er ruimte blijft voor de organische groei van samenwerkingen. Op deze manier kunnen de samenwerkingen ook aangepast worden aan de noden van de stad.
- De aandacht voor het stigma dat in Vlaanderen leeft met betrekking tot het beroep doen op een psycholoog of psychiater. Dit vormt een aspect dat de huidige behandelingskloof vergroot en is dubbel zo groot bij maatschappelijk kwetsbare personen.
- De persoonsvolgende financiering (die in de gehandicaptenzorg toegepast wordt). Deze vorm van financiering werkt moeilijk voor een groep kwetsbare, weinig geïnformeerde mensen. Belangrijker is dat (maatschappelijk) kwetsbare personen geraken waar ze moeten zijn, zonder financiële beslommeringen.
- Het meer vraaggericht en minder gestandaardiseerd werken.
- Een betere afstemming van de hulpverlening zodat cliënten niet meer 'moeten gaan shoppen'. Onder meer het werken met een vaste persoon (casemanager, trajectbegeleider, …) kan op navolging rekenen in de groep. In eerste instantie zou hiervoor bij de cliënten zelf gehoord moeten worden wie zij zien als vaste (vertrouwens)persoon. Een voorstel hiervoor is ook om (sociaal) psychiatrische verpleegkundigen te betrekken op de eerstelijn.
- Tot slot vermeldt men de nood aan een laagdrempelige en outreachende zorg waarbij mensen een vertrouwenspersoon in hun eigen omgeving hebben en de nood aan een vorm van aanklampende zorg omdat men merkt dat mensen soms het huidige aanbod aan zorg mijden, zonder hierbij de zorg zelf te willen mijden.

3 Thema 3: Interculturalisering als bijzondere uitdaging

- **Wat zijn goede praktijken?**
- **Wat is er nodig om interculturalisering te verbeteren?**

De deelnemers formuleren vier niveaus waarop de toegankelijkheid voor etnisch culturele minderheden verbeterd kan worden.

Een eerste niveau in het verbeteren van de interculturalisering vormt volgens de deelneme.rs het *toeleiden van personen uit een etnisch culturele minderheid naar het bestaande aanbod*, Op dit niveau speelt enerzijds het omgaan met taal een belangrijke rol ('hoe kan men hulp verlenen in een tweede taal'). Belangrijke figuren hierbij zijn de tolken en de intercultureel bemiddelaars. Anderzijds zijn de toeleiders naar de zorg (bijvoorbeeld de sociale adviseurs[13] in Antwerpen of de onthaalbureaus) belangrijk om de interculturalisering van het bestaande aanbd te verbeteren.

Een tweede niveau om de interculturalisering te verbeteren vormt *de gerichte informatieverstrekking en het aanpassen van het eigen hulpverleningsaanbod*. De deelnemers geven hierbij als voorbeeld een onderzoek naar de drempels in de hulpverlening waaruit bleek dat één van de drempels het (grotere) belang is dat men hecht aan privacy. Hulpverleners bleken zich echter weinig bewust van deze drempel. Interculturalisering betekent dus ook het bestaande aanbod bijschaven.

Een derde niveau vormt het *onderscheid tussen lichaamsgerichte therapie versus gesprekstherapieën en pharmacologische therapie*. Zo ervaart men bijvoorbeeld dat emoties moeilijk bespreekbaar zijn in sommige culturen, en men dit liever in lichamelijke klachten uitdrukt. Bij de goede praktijken benadrukken de deelnemers het belang van multidisciplinair werken. Een belangrijke persoon in deze context is de *kinesitherapeut*. Door het inzetten van kinesietherapie wijst men de klacht van de persoon niet af, kan lichaamsgericht gestart worden en kan gemakkelijker de stap gezet worden naar een psycholoog en naar een meer gespreksgerichte interventie. In deze multidisciplinaire setting vormt de geestelijke gezondheidszorg slechts één (noodzakelijke) speler, gezien de complexiteit van de problematiek.

Het vierde niveau zijn de *initiatieven vanuit de etnisch-culturele gemeenschappen zelf* die door de genezers en de traditionele genezingsvormen in te zetten mee de toegankelijkheid van de GGZ bevorderen. Een voorbeeld van een dergelijk project is 'Mindspring[14]'.

[13] De sociale adviseurs zijn vijwilligers die via een tupperware methodiek bij gezinnen thuis komen spreken over verschillende thema's.

[14] Mindspring is een initiatief dat vanuit Nederland gegroeid is en waarbij vluchtelingen opgeleid worden om in hun eigen taal een reeks van een zevental sessies te geven, bijgestaan door een therapeut. Dit is een

Daarnaast zien de deelnemers heil in *het benutten van godsdienst als een kracht*. Westerse hulpverlening hebben hier eerder weinig oog voor, hoewel het een enorme krachtbron kan vormen. Een voorbeeld dat gegeven wordt, is dat men in de praktijk veel suïcidale personen tegenkomt, maar waarbij religie hen tegenhoudt. Een ander voorbeeld zou religiesensitieve hulpverlening voor palliatieve zorg of voor intrafamiliaal geweld zijn. Deze initiatieven vanuit de gemeenschappen zijn ook *vindplaatsen*, waarbij outreachende hulpverlening kan ingezet worden. Een voorbeeld hiervan vormen de voedselbedelingen die de gemeenschappen zelf organiseren. Een bemerking van de deelnemers is echter dat hulpverlening vaak vastloopt nadat een eerste contact gemaakt is met de cliënten omwille van de (lange) wachtlijsten.

Naast deze algemene bemerkingen vernoemen de deelnemers volgende goede praktijken:

- *Laagdrempelige methadonverstrekking bij Free Clinic*: men focust de hulp op de meest precaire situaties wat zorgt voor een aanpak van de comorbiditeit. Momenteel staan deze werkingen echter sterk onder druk in Antwerpen. Het huidige stadsbestuur wenst de subsidiëring af te bouwen.
- *Goed gevoel stoel* (LOkaal GezondheidsOverleg (LOGO)): Dit project werkt rond het stigma dat aanwezig is rond de geestelijke gezondheidszorg, wat zorgt voor een drempel in de toegankelijkheid van de zorg (vb 'mijn man denkt dat ik zot ben omdat ik naar een psycholoog ga'). Deze drempel is in sterkere mate aanwezig bij etnisch culturele minderheden
- *Toekomstoriëntering:* het stimuleren en versterken van mensen om vanuit hun oorspronkelijke migratie en op basis van hun huidige situatie nieuwe mogelijkheden te verkennen om hun migratieproject alsnog te realiseren of er een zinvolle wending aan te geven[15].

voorbeeld van preventie door psycho-educatie. Een CLG of een CAW zou een geschikte plaats zijn om deze interventie te geven. Hierbij is het belangrijk om nazorg te garanderen aan de deelnemers. Men ervaart echter dat de GGZ-werkingen hun deuren sluiten voor deze mensen.

[15] http://www.steunpunt.be/media/document/70040, opgevraagd op 20 augustus 2014

Tweede rondetafelbijeenkomst

De tweede rondetafelbijeenkomst bestaat uit het verder concretiseren van de aanbevelingen die tijdens de eerste rondetafelbijeenkomst reeds naar voren zijn gekomen. De onderzoekers werkten voort op deze eerste versie van aanbevelingen en destilleerden vier thema's met bijhorende stellingen. De deelnemers kregen aan de hand van de praatcafé-methodiek (Slocum, 2006) de kans om deze stellingen verder te concretiseren en aan te vullen waar nodig. In wat volgt, geven we per thema de belangrijkste inzichten en bijdragen van de deelnemers weer.

1 De basisvisie

Een eerste thema betreft de basisvisie in de zorg en de zorgorganisatie. Hier stellen de onderzoekers het 'balanced care model' (WHO, 2003) van de Wereldgezondheidsorganisatie voor als een goede basisvisie. Deze visie vormt eveneens de grondslag voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg ('artikel 107') die in 2010 startte.

> *"Evenwichtige zorg met een waaier aan zorgvoorzieningen in de maatschappij die alle zorg biedt die nodig is, zonder de negatieve impact van opname: (1) in de natuurlijke omgeving, (2) mobiel, (3) gericht op beperkingen en symptomen, (4) specifieke zorg voor omschreven diagnose en problemen, (5) in overeenstemming met de internationale verklaring van de mensenrechten, (6) gefocust op de prioriteiten van de gebruikers, (7) gecoördineerd."* (WHO, 2003)

De beleidsaanbevelingen die de onderzoekers hierbij naar voren schuiven, formuleren zij in de volgende stellingen:

- De vermaatschappelijking van de GGZ, zoals ingezet met artikel 107 in zorgnetwerken en zorgcircuits, dient verder doorgezet te worden. De projecten 107 zijn een eerste stap. De volgende stappen zijn: (*aan te vullen tijdens de rondetafel*)
- De verbreding van de netwerken 107 naar andere doelgroepen zoals jeugd en ouderen. (TEJO kan hierbij als een model gezien worden.)

De deelnemers concretiseren en vullen deze beleidsaanbevelingen aan met onderstaande zaken:

- De basisvisie wordt door de deelnemers onderschreven. De volgende hulpverleningsprincipes moeten structureel ingebed worden:
    - Het vraaggericht werken
    - Het werken vanuit de eigen kracht van de cliënten
    - Het werken met ervaringsdeskundigen

  - Het betrekken van de mantelzorgers

  De nood aan homogene bevoegdheidspakketten : er zou één minister moeten zijn die verantwoordelijk is voor de geestelijke gezondheidszorg om te komen tot een geïntegreerd en samenhangend beleid.
- Om deze visie te realiseren is er nood aan een ander financieringsmodel. De deelnemers schuiven hierbij volgende opties naar voren:
  - De regiofinanciering of financiering voor de netwerken. Als voorbeeld vernoemen de deelnemers het netwerk OGGZ Gent
- Een bijzondere aandacht dient te gaan naar de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede. Belangrijk hierbij is de vindplaatsen in kaart te brengen, deze blijvend te ondersteunen en een volwaardige plaats te geven in de regionale netwerken. Een voorbeeld hiervan vormt SMES (zie ook het overzicht van de goede praktijken).
- Deze visie vereist het optimaliseren van de communicatie tussen organisaties en netwerken. Ook de mantelzorgers zouden in deze communicatie een volwaardige partner moeten zijn.
- Het mobiel werken in dit evenwichtige zorgmodel vereist ook mobiele psychiaters.
- De (andere) GGZ-partners in de eerste lijn hebben een evenwaardige plaats in de regionale zorgnetwerken.
- De vermaatschappelijking van de zorg is enkel mogelijk mits een volwaardig aanbod aanwezig is in alle regio's. Ook wordt dit aanbod best aangepast aan de lokale/regionale situatie, die sterk verschillend kan zijn.
- Een bijzondere groep vormen de dakloze personen. Momenteel vormt dakloosheid een uitsluitingsfactor voor sommige vormen van zorg en behandeling. Nochtans zou dit eerder een inclusiefactor moeten zijn, die voorrang geeft op zorg en behandeling. Dit is volgens de deelnemers een verantwoordelijkheid die best regionaal opgevangen wordt.
- De uitsluiting in één instelling zou geen uitsluiting in een andere instelling mogen betekenen.
- De nieuwe modellen van gedwongen nazorg kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.
- Het intrafamiliaal geweld wordt als een belangrijke problematiek gesignaleerd. Wat betreft de aanpak van'intrafamiliaal geweld' komen volgende zaken naar voren:
  - Het hanteren van een ketenaanpak (zoals bijvoorbeeld in het CO3-project in de provincie Antwerpen)
  - De detectie van 'stilzwijgend hulpgeroep'
  - Een betere registratie van intrafamiliaal geweld, met bijzondere aandacht voor de psychische problematieken die hiermee gepaard (kunnen) gaan.
  - Het inzetten op een betere detectie en actieve screening

2 De politieke keuzes : de financiering van zorg in de samenleving

Het tweede thema betreft de politieke keuzes in verband met de financiering van zorg in de samenleving. De onderzoekers stellen dat een grondige herverdeling van het budget van de gezondheidszorg nodig is: het onevenwicht tussen het budget voor de gezondheidszorg (95%) en het budget voor de geestelijke gezondheidszorg (5%) moet rechtgetrokken worden. Dit zou moeten gebeuren in verhouding tot de draaglast of de burden op de samenleving. Zonder budget is geen passende zorg in verhouding met de noden mogelijk . De vragen die men hierbij formuleert, zijn: 'Hoe moet de herverdeling gebeuren?' en 'Welke overbodige interventies en behandelingen moet men afvoeren om welke in de plaats te stellen?'.

Dit concretiseren de onderzoekers in volgende beleidsaanbevelingen:

- Nog meer psychiatrische bedden afbouwen (bijvoorbeeld naar 20% ipv naar 10% evolueren tegen 2020).
- Een betaalbare huisvesting die toegankelijk gemaakt wordt voor mensen uit alle kwetsbare groepen.

De deelnemers benadrukken het streven naar een geïntegreerd beleid en concretiseren de aanbevelingen:

- Het aandeel van de GGZ binnen het totale gezondheidszorgbudget moet minimaal aangepast worden aan internationale normen, zoals vooropgesteld door de WHO.
- In ieder geval moeten de perverse effecten van de huidige ziekenhuisfinanciering vermeden worden. Nu dreigen de opbrengsten die gegenereerd worden door het vermijden van opnames weg te vloeien uit de geestelijke gezondheidszorg. Er dienen mechanismen in de financiering ingebouwd te worden zodat de besparingen die door het vermijden van opnames worden bekomen, gaan naar de vermaatschappelijking van de zorg.
- De verschillen tussen de 'rijke' en de 'arme' regio's dienen weggewerkt te worden. De bedden zijn ongelijk verdeeld in Vlaanderen. Dat zorgt er tevens voor dat de middelen die gegenereerd worden door de afbouw van bedden ongelijk verdeeld worden.
- Een bijzondere aandacht wordt gevraagd voor de gevolgen van het overhevelen van de drughulpverlening naar Vlaanderen. De drughulpverlening wordt hierdoor uit de ziekteverzekering weggetrokken. Het is afwachten welk financieringsmechanisme gehanteerd zal worden: prestatiefinanciering of enveloppefinanciering. Dit vereist echter een grondige denkoefening over de financiering. Daarnaast mogen de nieuwe regels de toegankelijkheid niet inperken, maar zouden ze deze juist moeten vergroten. De toegankelijkheid van de drughulpverlening moet dus een leidend principe worden in dit debat.

- Een toegankelijke eerstelijn uitbouwen voor mensen met een precair verblijfsstatuut. Dit houdt onder meer het versterken van de wijkgezondheidscentra in. Ook moet het recht op dringende medische hulp (met inbegrip van hulp naar aanleiding van psychische problemen) gegarandeerd worden door de OCMW's.
- Het bijkomend afbouwen van de psychiatrische bedden is inderdaad nodig, maar er dient goed nagedacht te worden welke bedden precies worden afgebouwd.
- De middelen die nu vrijkomen door het verminderen van de ziekenhuisopnames, moeten specifiek ingezet worden voor de mensen die nu niet bereikt worden.
- Het uitbouwen van de eerstelijnspsychologische functie wordt onderschreven, niet enkel bij de huisarts maar ook bij het OCMW. De reden hiervoor is dat de meest kwetsbaren vaak geen vaste huisarts hebben of het bezoek aan de huisarts uitstellen omwille van financiële redenen.
- E-mental health dient verder uitgebouwd te worden, met bijzondere aandacht voor de vraag of zulke tools ook effectief zijn bij de meest kwetsbare groepen.

3 De zorgorganisatie

Het derde thema betreft de zorgorganisatie. De onderzoekers achten het verder doorzetten van de op gang gekomen evolutie in de richting van 'evenwichtige zorg in de samenleving' (balanced care) belangrijk in dit thema. Meer bepaald kan dit verder doorgezet worden door:

- De laagdrempelige initiatieven als de inloopcentra, het straathoekwerk, de opvangcentra en de eerstelijnswelzijnsvoorzieningen (CAW, OCMW) een volwaardig deel te laten zijn van de netwerken GGZ.
- Het resoluut te gaan voor de ontwikkeling van integrale zorg als basismodel in de praktijk, de opleidingen en het onderzoek.
- Het drastisch te breken met de modellenstrijd. Het streven naar generieke denkkaders en instrumenten.

De deelnemers concretiseren en vullen deze aanbevelingen omtrent de zorgorganisatie verder aan met volgende zaken:

- Het uitbreiden van de inzet van GGZ-werkers in laagdrempelige werkingen (zoals bijvoorbeeld de outreachende projecten van de CGG).
- Het uitbreiden van een regionale financiering en de erbij horende verantwoordelijkheid voor de zorgorganisatie met het vooropstellen van kwaliteitscriteria met betrekking tot de samenwerking (AZIS kan hierbij als voorbeeld dienen). Dit dient ook voor artikel 107 te gebeuren. Evenwicht en solidariteit tussen de regio's is hierbij cruciaal.

- Er wordt bijzondere aandacht gevraagd voor de plaats van de politie in de zorgnetwerken. Een ketenregie waarbij de politie een volwaardige partner is, wordt als een mogelijke oplossing naar voren geschoven.
- De intersectorale samenwerkingsmethodieken en –instrumenten:
    - Een intersectoraal handelingsplan als een voorbeeld van intersectorale samenwerking op het niveau van de patiënt
    - Een gedeeld case-management en het werken met referentiepersonen. Deze referentiepersonen vertalen in functie van vertrouwen en verbinden vanuit de verschillende sectoren.
- De organisaties die niet betoelaagd worden door de bevoegde overheid, zijn eveneens cruciaal in de zorg en dienen ook hun plaats te krijgen in lokale en regionale netwerken. Dit zijn bijvoorbeeld Dokters van de wereld, de Verenigingen waar armen het woord nemen, het Vlaams Netwerk tegen Armoede, de vertrouwenspersonen, de zelforganisaties van de verschillende etnische gemeenschappen (deze organisaties zijn zeer laagdrempelig en werken vaak dagelijks met de doelgroep), Similes, …
- Er moet ruimte zijn voor experiment en vernieuwing. Het bottom-up werken blijft noodzakelijk. Dit zou gekoppeld moeten worden aan wetenschappelijke ondersteuning en onderzoek. Men verwijst hierbij naar de rol van de provincies, die in het verleden vaak een facilitator waren (ook financieel) van bottom-up vernieuwingen.
- Er is nood aan wetenschappelijk onderzoek naar de meerwaarde van overleg, regie en samenwerking.

4 Een toegankelijke en persoonsgerichte zorg en behandeling voor iedereen

Het vierde thema betreft het voorzien van een toegankelijke en persoonsgerichte zorg voor iedereen. De onderzoekers formuleren voor dit thema de volgende beleidsaanbevelingen:

- Vertrekkende vanuit een mensenrechtenbenadering heeft iedereen recht op gezondheidszorg. Elk individu, los van zijn statuut of etnisch-culturele achtergrond, moet minimaal basiszorgen kunnen krijgen.
- Er moet passende zorg voorzien worden voor de mensen met ernstige psychische problemen die verstoken zijn van elke hulp (cf. doelgroep uit de basisnota).
- De door WHO ontwikkelde toolkit is een essentieel instrument en geschikte leidraad om basis geestelijke gezondheidszorg te realiseren op maat van mensen met ernstige psychiatrische

problemen uit de door ons vermelde doelgroepen[16]. Dit moet onmiddellijk geïmplementeerd worden.

De deelnemers vullen deze aan en concretiseren met volgende aanbevelingen:

- Het belang van de figuur van de zorgverlener in zorgrelaties wordt sterk benadrukt, en meer bepaald de basishouding. Dit vormt een essentieel aspect van de psychologische toegankelijkheid van de zorg. Cliënten moeten zich kunnen 'thuisvoelen' bij de zorgverlener en deze zou voldoende begrip en empathie voor de cliënt moeten kunnen opbrengen. Om dit te bevorderen, kan opleiding en een degelijk VTO- beleid een grote rol spelen. Het gaat hierbij over de basishouding van de zorgverlener. Ook de diversiteit van zorgverleners achten de deelnemers belangrijk. Dit in de brede zin: het gaat hierbij om meer dan louter de etnische diversiteit. Een laatste aspect van deze zorgverlener betreft zijn/haar aanwezigheid in (diverse) vindplaatsen.
- Het betaalbaar maken van de zorg. Een voorstel vormt het veralgemenen van het derdebetalerssysteem, ook in de geestelijke gezondheidszorg.
- Ook de erkenning van de therapeut verhoogt de toegankelijkheid.
- Een ander aspect van de toegankelijkheid betreft de organisatie van de zorg. De deelnemers halen groepswerk (zoals in toekomstoriëntering gebeurt) aan als een manier om de toegankelijkheid te verhogen.
- De rol van de vertrouwenspersoon zou duidelijker gezien en erkend moeten worden in de zorg. Niet alleen in het gedeelte 'toeleiding', maar doorheen het gehele zorgtraject van de cliënt. Een vertrouwenspersoon definiëren we hierbij als 'de persoon die de cliënt aanduidt als vertrouwenspersoon'. Dit kan heel breed ingevuld worden door de cliënt.
- De WHO-toolkit:
    - Deze zou in het onthaal van verscheidene, niet geestelijke gezondheidssectoren gebruikt kunnen worden (bijvoorbeeld de politie en de sociale diensten van het OCMW)
    - Dit kan bij hulpverleners zorgen voor de contextinformatie om gepast te reageren in bepaalde situaties. Meer bepaald heeft de toolkit tot doel om professionals die niet vertrouwd zijn met ernstige psychiatrische problematiek te helpen om deze toch te detecteren en toe te leiden naar passende hulp en zorg en hierdoor erger te vermijden.
    - Hierbij is de opleiding die bij deze WHO-toolkit gegeven wordt, belangrijk. De toolkit is een detectie-instrument en geen diagnose-instrument. Door de opleiding zou men de detectie-competenties van de frontlijn werkers kunnen versterken en professionaliseren. Men krijgt er houvasten aangereikt in plaats van enkel op basis van het buikgevoel of het niet-pluisgevoel mensen te verwijzen naar specialistische zorg.

[16] [16] World Health Organisation, 2010, *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings*.

    - Deze kan ook verbreed worden naar mantelzorgers of cliënten (het inzichtelijk maken van de problematieken).
- In de geestelijke gezondheidszorg zou meer aandacht moeten bestaan voor de meest kwetsbaren. Naast deze aandacht zou ook gewerkt moeten worden aan meer affiniteit voor deze doelgroep (omgekeerd aan de WHO-toolkit waarin niet-geestelijke gezondheidssectoren affiniteit krijgen met geestelijke gezondheidsproblematiek, zou de geestelijke gezondheidszorg meer affiniteit moeten verkrijgen met thema's als armoede, specifieke doelgroepen, dakloosheid, …). Ook hierin heeft opleiding en VTO-beleid een belangrijke rol.
- Het wegwerken van de wachtlijsten blijft een belangrijk probleem. In tussentijd zou een andere vorm van zorg aangeboden moeten worden (overbruggingshulp).
- Een moeilijkheid bij de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen voorzien, is: hoe omgaan met zorgwekkende zorgmijders?'
    - De zorg moet aanklampend zijn vanuit een bezorgdheid voor de cliënt.
    - Bij herval: afspraken maken voor wat te doen indien de situatie verslechtert of uit de hand loopt?
    - Het belang van vertrouwenspersonen voor de cliënt.
    - Oog hebben voor het feit dat deze cliënten 'meer' en andere vormen van opvolging nodig hebben. Een praktisch voorbeeld hiervan is het nauwer opvolgen van afspraken (bv sms'en of bellen de dag voordien).
- Het inzetten op e-hulpverlening voor groepen bij wie dit werkt: dit kan zorgen voor een effectievere verdeling van tijd bij een hulpverlener en voor (extra vrijgekomen) ruimte zorgen voor kwetsbare doelgroepen.
- De vroegdetectie van maatschappelijk kwetsbare personen die moeilijk bereikt worden door de huisarts is nodig.
    - Maar eens ze gedetecteerd zijn, blijkt doorverwijzing vaak moeilijk omwille van de reeds vermelde probleem van wachtlijsten aan de ingang van de gespecialiseerde zorg. Ook worden cliënten soms teruggestuurd omdat ze niet 'klaar' zijn voor gespecialiseerde zorg, of toch niet volgens de impliciete regels die hierover binnen de GGZ gehanteerd worden.
    - Wat is zorg? Ook luisteren en erkenning geven is zorg. Hierop zou sterker ingezet moeten worden.

Aanbevelingen

De situering in de literatuur en de geschetste gedachtewisselingen met experten in de twee rondetafelbijeenkomsten vormen een basis voor de formulering van beleidsaanbevelingen.

De onderzoekers formuleren hieronder een aantal beleidsvoorstellen die moeten toelaten om de toegankelijkheid van passende zorg voor de meest kwetsbare groepen met (ernstige) psychische problemen te verbeteren.

Daarnaast wijzen we op een aantal documenten waarin beleidsaanbevelingen worden geformuleerd die aansluiten bij dit thema. Dit zijn onder meer de aanbevelingen die het Vlaams Netwerk tegen Armoede formuleerde over armoede en geestelijke gezondheidszorg[17], de rondetafel geestelijke gezondheidszorg 'van psychiatrisering naar vermaatschappelijking' waarin de Kievitgroep enkele voorstellen formuleerde in verband met geestelijke gezondheidszorg (KBS, 2014) en het groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België (2014).

De aanbevelingen die hier geformuleerd worden, zijn specifiek gericht op het verbeteren van de zorg voor de meest kwetsbare groepen, met name de personen in armoede, de personen met chronische psychiatrische problematieken en de etnisch-culturele minderheden (en in het bijzonder de personen met een precair verblijfstatuut).

1 Beleidsaanbevelingen

Betreffende de financiering

- Een **uitbreiding van de financiële middelen** voor de geestelijke gezondheidszorg binnen het totale gezondheidszorgbudget en de overheveling van substantiële budgetten naar de eerstelijnszorg.Het GGZ budget bedraagt tot 6% van het totale gezondheidszorg budget. Dit staat absoluut niet in verhouding tot de maatschappelijke belasting die uitgaat van de psychische problematiek. Deze onrechtvaardige verhouding is internationaal erkend en er gaan stemmen op vanuit de WHO om hier een prioriteit van te maken (Thornicroft en Patel, 2014).

- Een **ander financieringsmodel** voor de geestelijke gezondheidszorg
  - Minimaal het wegwerken van de huidige perverse effecten van de ziekenhuisfinanciering.
  - De financiering van een lokale regio voor de uitbouw van netwerken of rechtstreekse financiering van de netwerken. Hierbij zouden criteria voor samenwerking vooropgesteld moeten worden.

[17] Oog voor elkaar, ook met elkaar (Vlaams Netwerk tegen Armoede, 2014)

- Een bijkomende afbouw van psychiatrische bedden, waarbij de vrijgekomen middelen ingezet worden voor de meest kwetsbare groepen en die groepen die op dit moment niet bereikt worden.

- De **betaalbaarheid** van de gezondheidszorg verbeteren met bijzondere aandacht voor geestelijke gezondheidszorg. Dit kan gebeuren door middel van volgende zaken:
  - De veralgemening van de derdebetalersregeling, ook in de geestelijke gezondheidszorg.
  - De erkenning van de therapeuten, zodat terugbetaling voor deze vorm van hulpverlening mogelijk wordt.
  - Het recht op dringende medische hulp moet beter gewaarborgd worden door het OCMW (met inbegrip van hulp omwille van dringende psychische problemen)

Betreffende de zorgorganisatie

- De uitbreiding van de **eerstelijnspsychologische functie** binnen de eerstelijnszorg (ruimer dan enkel de huisarts(praktijk), maar ook in de OCMW's, de CAW's en de wijkgezondheidscentra)
- De verdere uitbouw van **intersectorale eerstelijnsinitiatieven**, zoals de wijkgezondheidscentra
  - Deze eerstelijnsinitiatieven moeten toegankelijk zijn voor mensen met een precair verblijfsstatuut.
  - Het uitbreiden van de inzet van GGZ-werkers in laagdrempelige werkingen.
- De uitbreiding **en de versterking van de vermaatschappelijking van de zorg (art.107)** met prioritaire aandacht voor de toegankelijkheid van de zorg voor de meest kwetsbare groepen (o.m. mensen met een precair verblijfsstatuut, mensen in armoede en dakloze personen) en de zorgwekkende zorgmijders
  - De bijkomende afbouw van ziekenhuisbedden
  - Het verhogen van de affiniteit met de meest kwetsbare doelgroepen bij GGZ-werkers.
  - De nieuwe modellen en competenties ontwikkelen voor de (na)zorg van zorgwekkende zorgmijders.
- Het inzetten op de **integrale zorg** door het faciliteren en versterken van volgende samenwerkingsverbanden:
  - Tussen *de laagdrempelige initiatieven* (straathoekwerk, nachtopvang, verenigingen waar armen het woord nemen, inloopcentra) *en de zorgnetwerken* binnen de geestelijke gezondheidszorg.
  - Tussen de geestelijke gezondheidszorg, de zorg voor personen met een beperking en de verslavingszorg in functie van een integrale zorg voor personen met een dubbele diagnose.
  - Tussen *de geestelijke gezondheidszorg en de politiediensten*.
  - Het optimaliseren van de communicatie tussen *organisaties en netwerken*.
  - Het betrekken van de mantelzorgers en de familieleden in de zorg
  - De samenwerking met *vertrouwens/referentiepersonen* doorheen het gehele zorgtraject.

- Andere cruciale partners in de zorg: *organisaties die niet betoelaagd worden door de bevoegde overheid* (zoals het Vlaams Netwerk tegen Armoede, de Dokters van de Wereld, Similes en de organisaties van etnisch culturele minderheden).

- De integrale zorg zoals hierboven geschetst vereist een integrale aansturing ipv een versnipperde sectoriële aansturing. We pleiten bijgevolg voor een herorganisatie van de beleidsbevoegdheden die bijdraagt tot de afbouw van de versnippering van het werkveld.
- Op het vlak van het personeelsbeleid vereist dit dat men sterker inzet op diversiteit van de GGZ-medewerkers.
- Op het vlak van het vormings, trainings, opleidingsbeleid (VTO-beleid) in de zorgvoorzieningen dienen thema's van diversiteit, armoede, kwetsbaarheid, sociale uitsluiting en de basishouding van de hulpverleners als prioritaire basisonderdelen vooropgesteld te worden.

2 Aanbevelingen op micro-niveau

- De ontwikkeling en het aanbieden van een **toegankelijke elementaire basiszorg voor iedere persoon die ernstig psychisch ziek** is.
- Dit vereist dat men inzet op de detectie van psychische problemen via sleutelfiguren in alle sectoren van de samenleving (werk, vrije tijd, scholen, politie, thuiszorg, etc).
- De noodzakelijke competenties hiertoe kunnen verworven worden door het hanteren van de toolkit die de WHO ontwikkelde als reactie op de 'treatment gap'
  - Deze toolkit kan geïmplementeerd worden in de onthaalwerkingen van verschillende (niet-geestelijke gezondheidszorg) organisaties (bv politie).
  - Deze toolkit verschaft contextinformatie aan zorgverleners zodat deze op een goede manier ernstig psychisch lijden kunnen detecteren en verwijzen naar passende zorg.
  - Door de bijhorende opleiding en gedeelde ervaring in de samenwerking ontstaat er een gedeelde competentie tussen eerstelijnsgeestelijke gezondheidszorg, meer specialistische geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrie, wat bijdraagt tot zorgcoördinatie en continuïteit.
  - Door het gebruik van de toolkit kan men op een meer transparante wijze in dialoog gaan met de cliënt zelf en met de mantelzorgers (psycho-educatie) wat ook naar de ruimere samenleving toe een positief effect kan hebben door een grotere vertrouwdheid met en kennis van psychische gezondheidsproblemen.
- Het voorkomen is beter dan genezen: het inzetten op en een goede gezondheidspromotie in de verschillende lagen van de samenleving: werk, vrije tijd, school, jeugdwerk, etc.
- Gezien het belang van tewerkstelling in deze context, dient men krachtig in te zetten op 'supported employment' of arbeidsrehabilitatie voor de meest kwetsbare groepen
- Het wegwerken van de wachtlijsten voor de (gespecialiseerde) zorg zal enerzijds het resultaat zijn van een meer correcte detectie (cf. het gebruik van de toolkit) en van de eerstelijns psychologische functie in nauwe relatie met de huisarts, de CAW's en de sociale diensten in de eerste lijn. Anderzijds dient men ook vormen van zorg te ontwikkelen en te hanteren die men in tussentijd reeds kan aanbieden. (bv. e-hulpverlening, psycho-educatie).

- Een sterk doorgedreven persoonsgerichtheid in de zorg: het belang van een goede (empathische) basishouding van de hulpverlener, met bijzondere aandacht voor de invulling van de basishouding bij personen uit andere culturen, mensen in armoede en daklozen en vooral ook zorgwekkende zorgmijders en zogenaamde “uitbehandelde mensen” die “op zwarte lijsten staan”. Dit vereist de ontwikkeling van specifieke competenties in de eerstelijnsgeestelijke gezondheidszorg. Hiervan verwachten we een sterke reductie van de maatschappelijk onrechtvaardige exclusie.
- Het vindplaatsgericht werken van de geestelijke gezondheidszorg, waarbij men de meest kwetsbare mensen met een ernstig lijden, maar zonder hulpvraag met bindende zorg verleidt om de noodzakelijke zorg te aanvaarden.

3 Aanbevelingen voor opleidingen

- Meer aandacht in de basis- en vervolgopleidingen voor beroepen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg (huisartsen, psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, sociaal werkers) voor volgende thema’s:
  - De interculturalisering en diversiteit
  - De armoede
  - De basishouding van de hulpverlener
  - De meest kwetsbare groepen : zorgwekkende zorgmijders
- Idem voor VTO-beleid in geestelijke gezondheidszorg- en andere eerstelijnsvoorzieningen (cf.supra)
- Het verbeteren van de diversiteit qua instroom in de hoger vermelde opleidingen

4 Aanbevelingen voor onderzoek

- Het verwerven van meer inzicht in de noden en de zorgvragen van etnisch culturele minderheden als vertrekbasis om de interculturalisering (van de zorg) te verbeteren.
- De kennis verwerven over de prevalentie van de psychische en psychiatrische problematiek bij mensen uit de zogenaamde derde wereld sites in België via het screeningsinstrument van de Wereldgezondheidsorganisatie[18] en het onderzoek naar de impact van het gebruik van de toolkit op de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor wie dit nodig heeft.
- De ruimte laten voor experiment en vernieuwing. Het bottom-up werken blijft noodzakelijk, samen met een koppeling aan wetenschappelijke ondersteuning, evaluatie en onderzoek.
- Het wetenschappelijk onderzoek naar de meerwaarde van overleg, regie en samenwerking. Het vertalen van indicatoren van de betoelaging is hierbij belangrijk.

[18] World Health Organisation, 2010, *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings*.

Bronnen

Coid, J.W., Kirkbride, J.B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., & Jones, P.B. (2008). Raides incidence rates of all psychoses among migrant groups. Findings from the East London first episode psychosis study. *Arch Gen Psychiatry, 65* (11), 1250-1258.

De Groof, M., Daems, A., & Hermans, K. (2008). *Ontwikkelen van indicatoren en een programmatie voor het algemeen welzijnswerk.* Leuven: LUCAS.

Koning Boudewijn Stichting. (2014). *Rondetafel geestelijke gezondheidszorg 'Van psychiatrisering naar vermaatschappelijking'.* Opgevraagd op dinsdag 23 september 2014, via http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/2012-KBS-FRB/05)_Pictures,_documents_and_external_sites/12)_Report/Ronde%20tafel%20Geestelijke%20Gezondheidszorg_24.06.2014.pdf

Kirkbride, J.B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., Jones, P.B., & Coid, J.W. (2008). Psychoses, ethnicity and socio-economic status. *The British journal of psychiatry, 193*, 18-24.

Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., & Murray, R.M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: Toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia Bulletin, 36* (4), 655-664

Ormel, J., & Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., et al. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *The British journal of psychiatry, 192*, 368-375.

RIZIV, Kluwer, Dokters van de Wereld. (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België.* Opvraagd op 19 september 2014, via http://www.doktersvandewereld.be/sites/www.doktersvandewereld.be/files/publicatie/attachments/groenboek.pdf?width=950px&height=90%25&inline=true#pdf-58515416dbf25ec91

Slocum, K. (2006). *Participatieve methoden. Een gids voor gebruikers. Praatcafé.* Opgevraagd op 26 augustus 2014, via http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/NL/PUB_1599_Methode_13_PraatCafe.pdf

Thornicroft, G. (2011). *The mental health gap. Implementation science in deprived urban settings.* Faces in the Street Conference, February 2011, St Vincent's Hospital Sydney. Opgevraagd op 20 november, 2013 via http://www.youtube.com/watch?v=c2R40SQORJM en http://www.youtube.com/watch?v=rhfwp7xfGl4

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care for global mental health. *Psychological medicine, 43* (3), 849-863.

Thornicroft, G. & V. Patel, (2014). Including mental health into the new sustainable health goals. The case is compelling. BMJ2014;349:g5189

Van Bergen, D., Montesinos, A., & Schouler-Ocak., M. (2015). *Suicidal Behavior of Immigrants and Ethnic Minorities in Europe*. Canada: Hogrefe publishing

Vlaams Netwerk tegen Armoede. (2014). Oog voor elkaar, ook met elkaar. Opgevraagd op 21 augustus 2014, via http://netwerktegenarmoede.be/documents/Gezondheid_dossier_publicatie-oog-voor-elkaar.pdf

World Health Organisation. (2003). *What are the arguments for community-based mental health care?* Opgevraagd op 26 september, 2014, via http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf

World Health Organisation. (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings*. Opgevraagd op 2 december, 2013, via http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.html

LUCAS
Centrum voor Zorgonderzoek
& Consultancy
Minderbroedersstraat 8 bus 5310
3000 LEUVEN, België
tel. + 32 16 37 34 31 • fax + 32 16 33 69 22
www.kuleuven.be/LUCAS

LID VAN ASSOCIATIE KU LEUVEN

v.u.: Prof. dr. Chantal Van Audenhove, Kapucijnenvoer 39 bus 5310 3000 leuven