

Cahier De patiënt als burger

*Een initiatief van de
psychiatrische ziekenhuizen
van de vzw Emmaüs:*



Psychiatrisch Ziekenhuis
Sint-Norbertus Duffel



Psychiatrisch Ziekenhuis
Bethaniënhuis Zoersel



S Y M P O S I U M
25 januari 2008

COLOFON

Samenstelling redactie:

Ingrid Moerman

Lutgart Van Dongen

Fotograaf:

Nele De Win

Ingrid Moerman

Verantwoordelijke uitgever:

Dirk Armeé

Stationsstraat 22c

2570 Duffel

Opmaak:

www.hetgeelpunt.be

April 2008

met de steun van:

AstraZeneca 

Lilly
Answers That Matter.

Wyeth

 Bristol-Myers Squibb Belgium

Amgen 

 gsk
GlaxoSmithKline

 JANSSEN-CILAG


sanofi aventis
Groundbreak Service others

C a h i e r De patiënt als burger

S Y M P O S I U M

25 januari 2008

Voorwoord Als directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus mag ik u hartelijk **welkom** heten op het symposium ‘De patiënt als burger’, het vierde inmiddels in een reeks symposia in **gezamenlijke organisatie** met het Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis te Zoersel.

Wij behoren beiden tot de vzw Emmaüs en begeleiden samen dagelijks meer dan vijftienhonderd patiënten - een realiteit die tot denken aanzet. En dat doen wij vandaag samen met u. En omdat goede ideeën wel eens durven wegwaaien hebben wij van bij aanvang de gewoonte aangenomen een **symposiumcahier** te maken dat u nagestuurd krijgt en dat een aantal voorzieningen, diensten en beleidsverantwoordelijken ongevraagd in de bus krijgen. In het eerste cahier ‘Zo is het genoeg’ van 2005 over zorg voor complexe en langdurige psychiatrische problematiek lees ik: *‘In de lokale gemeenschap moet het begrip vergroten voor de psychiatrische patiënt. Belangrijk is dat het taboe verkleint. GGZ-voorzieningen moeten het overleg met de gemeenten aangaan. De patiënt komt immers terug in de gemeente en riskeert weer een vreemde eend in de bijt te worden’*. Ik citeerde mevrouw Caroline Westerman die in het debat sprak namens de familieorganisatie Similes. Debatmoderator, Bob Cools, sloot hierop aan met de suggestie dat een volgend symposium misschien beter zou mikken op een publiek van niet-GGZ-ers: burgemeesters, politici, leerkrachten, werkgevers, vrijwilligersorganisaties. Wel, dat doen we dan toch gewoon...

Wij hebben de gewoonte voor de titel van onze symposia wat met woorden te spelen. Dit keer is dat minder een spel van woorden dan wel een spel van een alternatieve zienswijze, een beetje zoals bij een hologram. Natuurlijk houdt een patiënt niet op met burger te zijn maar het vraagt toch een bepaalde invalshoek om dat licht te zien. Het gevecht om het aldus ontstane beeld vast te houden



noemt men ook wel eens ‘**vermaatschappelijking van de zorg**’. En in een advies van de Vlaamse Gezondheidsraad uit 2006 betekent dit:

- dat men mensen met psychische of psychiatrische problemen zoveel mogelijk **onderdeel van de samenleving** laat worden of blijven;
- dat zij zoveel mogelijk gebruik maken van de diensten die voor **iedere burger** toegankelijk zijn;
- dat de samenleving weer **plaats** moet **maken** voor deze mensen.

De idee van ‘vermaatschappelijking’ is in zoverre een **ideologie** dat zij er van uit gaat dat de leden van de samenleving bereid en in staat zijn mensen met beperkingen, ongeacht de aard van deze beperkingen, als volwaardige medeburgers tegemoet te treden. Anderzijds lijkt er verwacht te worden dat ook mensen met beperkingen, eenmaal ‘zelfstandig’, tot een gewone invulling van de sociale rollen van een lid van de samenleving zullen willen en kunnen komen. De idee is aantrekkelijk want in theorie bevestigt de sociale rol iemands identiteit, hij geeft een doel, positioneert iemand in een netwerk – kortom de persoon wordt een knooppunt in een zinvolle sociale matrix.

Onderzoek (Kwekkenboom) laat echter zien dat de beperkingen van cliënten vaak zo invaliderend zijn dat zij niet tot gewone rolvervulling komen. Het persoonlijke netwerk van psychiatrische patiënten is vaak kleiner dan gemiddeld. Burgers blijken wel bereid te zijn psychiatrische patiënten als buur of collega te accepteren maar slechts weinigen willen hen toelaten in hun privéleven of in de buurt van kwetsbare naasten. Zij hebben last bij het vinden van en houden van een baan, het vinden van een woning.

Mensen met psychische beperkingen bouwen in onze samenleving hun bestaan en zelfbeeld op in wat Van Weeghel

noemt ‘**de gevarendriehoek** tussen volledige afwijzing, verborgen aanwezigheid en halve acceptatie’. Zij hebben te lijden onder **stigma**, sociologisch gedefinieerd als een merkteken dat een individu of groep ongewenste eigenschappen toedicht en isoleert van de rest van de maatschappij (Catthoor).

Het psychiatrisch stigma wordt ook wel ‘de tweede aandoe-ning’ of, vanwege onderschatting van de ernst en gevolgen ervan, ‘de stille ziekte’ genoemd.

In een artikel met de titel ‘Maatschappelijke acceptatie van mensen met psychische beperkingen’ bespreekt Van Weeghel een aantal **antistigma-strategieën**.

Waar vroeger vaak extreme en radicale standpunten konden gehoord worden (die dan drastische psychiatrie- en maatschappijhervormingen inhielden), wordt tegenwoordig ingezien dat geleidelijkheid, stap-voor-stap toepassing van een effectieve sociale strategie het meeste effect heeft. Er kan haast gesproken worden van evidence-based strategieën. De beste blijken een combinatie in te houden van voorlichting en contact.

Cliënten zelf hebben dus hierbij een belangrijke rol.

Dit impliceert dat zij hun verhaal willen doen en daarbij in hun persoonlijk ‘empowerment’ worden ondersteund.

Hulpverleners kunnen met cliënten bespreken welke vooroordelen zij hebben ervaren of kunnen verwachten, en hoe ze zich ertegen kunnen wapenen. Hulpverleners kunnen hun cliënten leren hoe zij zelfstigma kunnen bestrijden via cognitieve gedragsbenadering.

Maar hulpverleners blijken vaak ook zelf een stigmatiserende houding ten aanzien van patiënten te hebben. Projecten als ‘Cliënten als docenten’ of ‘Conquest’ hebben de bedoeling hieraan te verhelpen door cliënten als ervaringsdeskundigen training te laten geven aan GGZ-medewerkers als aanvulling op hun opleiding. Hulpverleners kunnen zich hierdoor beter

verplaatsen in hoe cliënten hun omgeving ervaren en zo een effectieve partner worden in het werken aan weerbaarheid en meer adequate participatie.

Ons onderwerp van vandaag raakt aan vele terreinen – in dit land dus ook vele **politieke bevoegdheden**: gezondheid, welzijn, arbeid- en tewerkstelling, opleiding en vorming, cultuur, huisvesting, integratie, sociale economie, ... Gecoördineerd beleid vraagt interministeriële samenwerking, om niet te zeggen afstemming tussen het federale, het Vlaamse, het provinciale en het gemeentelijke niveau. Voorlopig dus nog complex. Na de staats hervorming die we straks zullen hebben, zal zoals u weet alles veel vlotter lopen.

En de politiek is zeer belangrijk. Want totdat de samenleving spontaan kwetsbare mensen kansen geeft zullen wetten en maatregelen nodig blijven die **discriminatie verbieden** enerzijds en **integratie bevorderen** anderzijds. De Nederlandse Wet Maatschappelijke Ondersteuning, die in de tweede lezing aan bod zal komen, lijkt van dit laatste een goed voorbeeld.

En soms kan een ondernemende burger ook wat. Misschien hebt u de uitzending gezien op kerstavond over **Ellen Baxter**. Zij bestudeerde een jaar lang de Geelse gezinsverpleging en geïnspireerd door die kennis en ervaring trok zij terug naar New York. Samen met een aantal verbeterde advocaten deed zij de stad New York een proces aan namens de 85.000 daklozen in New York City. Zij won haar zaak. Maar veel daklozen bleven liever op straat dan onderdak te zoeken in de door de stad ter beschikking gestelde leegstaande oude kazernes. De veldbedden van geesteszieken werden er omcirkeld met gele verf, die van aids-lijdende met rode verf. Omdat de stad geen oren had naar Ellen Baxters vraag naar kleinschalige tehuizen nam zij zelf ini-

tiatief. Inmiddels huizen er in haar '**Broadway Housing Communities**' 300 volwassenen en 100 kinderen. Alle bewoners zijn ex-daklozen en de helft kampt met psychische stoornissen.

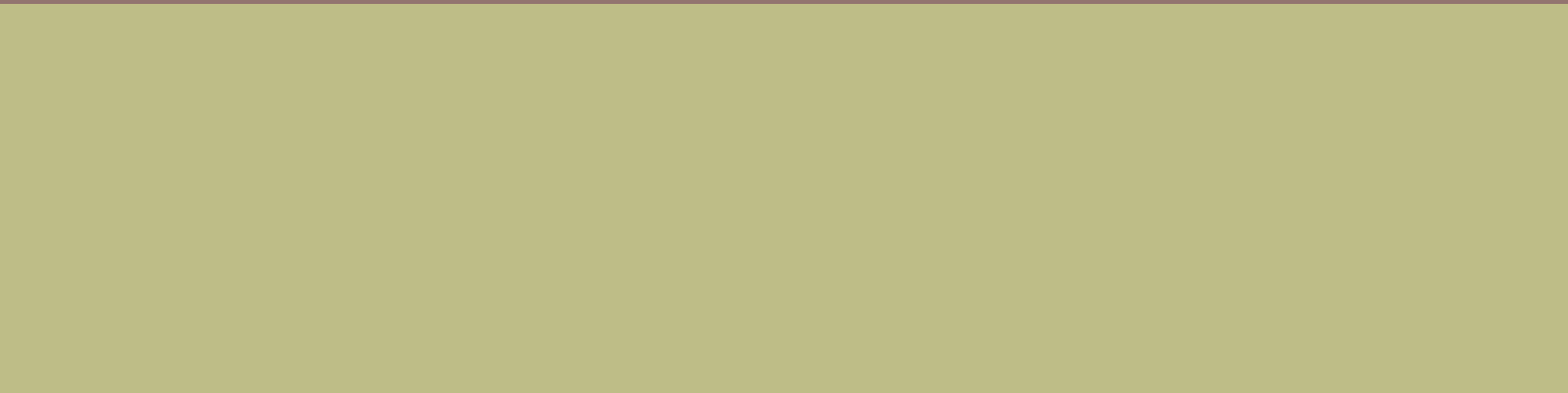
En als we dan toch in Amerika zitten, kan ik ineens verder gaan met een ander fenomeen dat haaks staat op de zorg die we hier vandaag delen. En dan heb ik het over de zogenaamde '**gated communities**', woonwijken achter hoge hekken, waar mensen veiligheid en 'niceness' zoeken en zich afschermen tegen alles wat afwijkt van hun waarden. Naar schatting leven vandaag al 16 miljoen Amerikanen in dergelijke ommuurde wijken met camerabewaking en veiligheidspatrouilles.

In augustus las ik in de krant dat we **bij ons in Vlaanderen** in Genk met het Bokrijckpark niet onderdoen voor de Amerikaanse voorbeelden.

Sommigen menen dat dergelijke 'gated communities' goed op weg zijn de wooncultuur van de 21ste eeuw te worden. Er wordt betwijfelbare veiligheid en geborgenheid verworven op basis van uitsluiting. Kinderen groeien er op tot angstige, xenofobe volwassenen. Ik vermoed dus dat men daar niet goed bezig is.

Maar ik stel voor dat we de vraag of en wie er dan goed bezig is voorleggen aan de sprekers van vandaag. Ik wens u allen een boeiende en leerrijke dag.

*Dirk Armée
Algemeen Directeur, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus,
Duffel*



‘GOED BEZIG?’ DE DEMOCRATIE OP DE PROEF GESTELD

DOOR DE ‘PSYCHIATRISCHE BURGER’.



Barbara Haverhals, docent wijsbegeerte, maatschappelijke vorming en ethiek aan de Hogeschool-Universiteit Brussel



Commentaar

Rudy Meurs, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel

In de vraag ‘goed bezig?’ wordt niet geëxpliciteerd om wie het gaat die al dan niet goed bezig zou zijn. Zijn *we* goed bezig? Is *men* goed bezig? Zijn *zij* goed bezig? Over wie gaat het als men zegt dat *de democratie* op de proef wordt gesteld? Over de politici, de burgers, de patiënten, de hulpverleners? Over iedereen en niemand, kan men gemakkelijks halve denken. Maar de vraag heeft dus wel degelijk betrekking op ons: over hoe wij ‘burgerschap’ en ‘samenleven’ zijn gaan denken en gestalte geven in onze maatschappij. Of misschien beter: over hoe wij ‘burgerschap’ en ‘samenleven’ *niét* zijn gaan denken en *niét* zijn gaan gestalte geven, want het gaat over een blinde vlek.

Barbara Haverhals situeert dit aan de hand van drie sleutelthema's: (1) de mens als autonoom wezen; (2) het verschil tussen de rechtvaardige en de goede samenleving; (3) zichtbaarheid in de publieke ruimte.

Vanuit de filosofie wordt de mens als individu niet als autonoom beschouwd. Naar Heidegger zegt men dat hij zijn existentie te dragen heeft. We hebben ‘te zijn’ aangezien onze

schepping ons voorafging. Dat we in die zin moeten zorgen voor ons bestaan, maakt ons als mensen kwetsbaar. De samenleving biedt een forum waar we aan het onbestemde karakter van het ‘te zijn’ een bestemming kunnen geven. Met andere woorden: de maatschappij biedt ons rollen om met ons bestaan om te gaan. In de huidige samenleving zou er echter, aldus Barbara Haverhals, een overschatting zijn van de autonomie van het individu, te begrijpen tegen de achtergrond van de ontknechting van de Kerk. Een verabsolutering van deze individuele autonomie maakt dat welzijn iets wordt waar het individu zelf voor moet kunnen instaan. Het vinden van welzijn wordt dan gereduceerd tot het maken van de juiste keuzes. Barbara Haverhals noemt hier politiek filosoof Axel Honneth die dit duidt als het effect van de liberale cultuur waar alles wordt doorverwezen naar het individu. Hij zou gewagen van een verziekt ethos waar men in een marktgedreven samenleving verwacht dat oplossingen *privaat* en niet door de markt geregeld worden.

Het ethos van een samenleving verwijst naar het goede in een samenleving en dat is iets anders dan het rechtvaardige in een samenleving. Het rechtvaardige gaat bijvoorbeeld over het principe van gelijkheid: ongeacht leeftijd, geslacht, beperkingen,... heeft men het recht met gelijk respect behandeld te

Samenvatting

Barbara Haverhals kiest voor een bifocale benadering om de problematiek open te trekken en tegelijk scherp in beeld te krijgen. Er zijn namelijk twee perspectieven mogelijk als men het heeft over de psychiatrische patiënt als burger. Door beide invalshoeken tegenover elkaar te plaatsen, reikt zij tezelfdertijd een denkkader aan waarin het zwaartepunt van deze hele discussie elders komt te liggen, dan waar men hem doorgaans lijkt te situeren.

Men kan de invalshoek van de zorgverlening kiezen waarbij de patiënt en de gezondheidszorg op de voorgrond staan en de maatschappij op de achtergrond. De maatschappij wordt dan als zodanig niet in vraag gesteld. Impliciet wordt aangenomen dat het er goed is om in samen te leven en zich te ontplooiën.

Hier stelt zich het acute probleem: welke oplossingen zijn er om de psychiatrische patiënt geïntegreerd te

krijgen in de maatschappij? En acute problemen nopen tot handelen. Ze vragen om praktische maatregelen die een beleid terzake moet mogelijk maken.

Wanneer men de invalshoek van de samenleving neemt, verschijnen de burger en de samenleving op de voorgrond en licht de patiënt in de psychiatrische instelling op vanuit de achtergrond. Vanuit dit oogpunt

worden. Dit recht kan institutioneel bekrachtigd worden (zie bijvoorbeeld in Nederland de WMO: Wet op Maatschappelijke Ondersteuning).

De maatschappij antwoordt met rechten op het publieke appèl van psychiatrische patiënten, terwijl zij echter in wezen iets aanklagen dat van een andere orde is, namelijk of de samenleving wel voldoende zorg besteedt aan zijn ethos. Dat ethos (het goede in de samenleving) schraagt de rechtvaardigheid in een maatschappij of vult die aan. Publieke manifestaties zoals de Mad Pride roepen op tot rechtvaardigheid, maar nog meer tot solidariteit en tolerantie. Volgens Barbara Haverhals schort er iets op dat vlak en ligt daar de blinde vlek waarmee protestbewegingen de samenleving confronteren.

We weten blijkbaar niet hoe we in de publieke ruimte zichtbaarheid¹ kunnen geven aan dat wat het betekent samen te leven met een ander die we zelf niet gekozen hebben (Hannah Arendt). Via de publieke ruimte zou men de verschillen die ons kwelen een zichtbare tegenwoordigheid kunnen geven. Visker geeft in dit verband het voorbeeld van een graf: dat gedenkt de overledene in mijn plaats en zo ontziet het mij. Een graf plaatst mijn verdriet in zekere zin buiten mij en stelt mij daardoor in staat er mee om te gaan.

Met betrekking tot onze thematiek: we vertoeven vaak liever

in de nabijheid van onze eigen vertrouwde groep en dat geldt ook voor de vreemde ander. Volgens Visker komt dit minstens ten dele omdat de vreemde ander ons confronteert met onze eigenheid. Die eigenheid benaauwt ons omdat ze ons vreemd is – ex-tiem zou Lacan zeggen. Er zijn waarden, overtuigingen, gewoonten, sferen, waar we ondanks onszelf aan verbonden zijn. Dit wil ook zeggen dat als het er op aankomt we onze eigenheid nooit volledig kunnen verantwoorden of ‘toe-eigenen’, ook al beseffen we dat datgene waaraan we gehecht zijn niet absoluut ‘is’. Een echo hiervan kunnen we misschien herkennen in de ongemakkelijkheid die we soms ervaren in de nabijheid van een ‘vreemde’ ander. Uiteraard laten de verschillen ‘an sich’ met die ander ons ook niet onverschillig. In plaats van die verschillen echter te minimaliseren (‘de ander is eigenlijk hetzelfde, dus ik moet sympathie voelen’) of op te blazen (‘de ander besmet mijn zuivere aard, dus ik moet bang zijn’) zouden we ze echter een plaats kunnen geven in de publieke ruimte. Wanneer ze ergens zijn gelokaliseerd, kunnen we ze daar in zekere zin achterlaten en hoeven ze ons niet voortdurend te bezwaren of op te vorderen.

Daarom is het belangrijk dat een samenleving erin slaagt voor zichtbaarheid te zorgen in de publieke ruimte wat betreft deze verschillen en meer bepaald waar ze ons als individu mee

begint zich een latente problematiek af te tekenen waar het acute probleem eerder een effect van is, namelijk: hoe is het gesteld met het vermogen van de samenleving om de psychiatrische patiënt te ontvangen?

Hier gaat de discussie over het maatschappelijk draagvlak waarop maatregelen (vanuit de eerste invalshoek) moeten kunnen steunen. De vraag hoe 'burgerschap' en 'samenleven' collectief worden geïnterpreteerd,

blijkt dan zeer relevant voor de problematiek van de patiënt als burger.

In deze vraag schuilt volgens Barbara Haverhals het eigenlijke zwaartepunt van deze hele discussie.

Het publieke optreden van burgers met psychiatrische problemen, zoals de eerste Mad Pride vorig jaar in Brussel, doet wellicht een appèl dat geadresseerd is aan de samenleving en niet zozeer aan de gezondheidszorg. En, betoogt Barbara Haverhals, in dat appèl

confronteert zij de samenleving met een blinde vlek in haar zienswijze van het samenleven. De democratie wordt, met andere woorden, op een zwakke plek gewezen wanneer we de maatschappijkritische ondertoon trachten te horen in hun claims om meer inspraak te krijgen in de zorg, om taboes te doorbreken, enz.

Rudy Meurs, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel ■

confronteren. Zo krijgen deze verschillen een plaats en creëren ze een maatschappelijk draagvlak waar tolerantie en solidariteit niet enkel wegen op ieder individu afzonderlijk. Door solidariteit op maatschappelijk niveau tegen deze achtergrond te situeren, besluit Barbara Haverhals haar geëngageerde lezing volgens mij met een kritische, maar wel hoopvolle boodschap. ■

¹ Het loont de moeite na te lezen wat de Leuvense filosoof Rudi Visker daarover te zeggen heeft. Zie bijvoorbeeld ter introductie: Rudi Visker (2005), 'Multiculturaliteit is een ongewilde heiligschennis', *Filosofie Magazine* 6. (<http://www.filosofiemagazine.nl/artikelDetail.lasso>)

REHABILITATIE EN STEUNSYSTEMEN.



A.C.M. Henkens, projectleider WMO en accountmanager Vermaatschappelijking GGzE (Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en De Kempen)

Commentaar

De Cuyper Marc, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel

Met vermaatschappelijking en herintegratie staat men ver bij onze noorderburen. Zowel clinici als beleidsmakers waren bij Hanneke Henkens aan het juiste adres om inspiratie en ideeën op te doen. Waar ze het in haar begeleidende tekst over context en achtergrond had van wat men onder de brede noemer van vermaatschappelijking verstaat, vertelde ze in haar lezing hoe één en ander in praktijk wordt gebracht.

1. Het Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-systeem.

Uit hoofde van haar functie heeft Hanneke Henkens een belangrijke rol in de maatschappelijke integratie en rehabilitatie van mensen met een psychische handicap. Daartoe is in 2007 in Nederland een specifieke wet aangenomen, de zogenaamde WMO of *Wet voor Maatschappelijke Ontwikkeling*. Zij is verantwoordelijk voor de regio Eindhoven en de Kempen (GGzE: Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen).

Naar analogie met Frankrijk en Italië wordt de geestelijke gezondheidszorg in Nederland immers regionaal georganiseerd. Het bijzondere hier is echter dat deze zorg zowel de intramurale als de ambulante zorg omvat, los van verzuiling of

functie en doel van de organisatie. Een tweede pluspunt van het Nederlandse model is dat de GGZ, in samenspraak met de lokale overheden, over een grote autonomie beschikt met betrekking tot beleid en besteding van de middelen. Zo wordt maximaal ingespeeld op heersende noden en behoeftes en kan er vrij snel geëvalueerd en bijgestuurd worden. In principe kan dus de toepassing van hetzelfde regelgevende kader tot heel wat verschillen tussen de regio's leiden. De GGZ's bieden hulp enkel en alleen aan personen afkomstig uit hun eigen regio, behalve wanneer het zeer specifieke interventies betreft die op landelijk vlak in slechts een paar centra worden geboden. We kunnen hier bijvoorbeeld denken aan hulp voor dissociatieve aandoeningen, ADHD of obsessief-compulsieve stoornissen. Opvallend is dat slechts 10% van de cliënten van de GGzE beroep deed op intramurale hulp (voor het werkjaar 2006).

Een GGZ heeft vier functies. Het organiseren van psychotherapeutische en psychiatrische hulpverlening, zowel ambulant als klinisch, blijft natuurlijk een belangrijke kerntaak. Preventie en het verstrekken van advies of informatie vormen een tweede taak. Hieronder vallen ook diverse voorlichtingscampagnes en projecten, bijvoorbeeld rond beeldvorming van psychiatrische patiënten. Veiligheid, bijvoorbeeld crisisinterventie en aandacht voor huiselijk geweld, is een andere belangrijke taak.

Samenvatting

Vóór 2007: Vermaatschappelijking en rehabilitatie

Vanuit de Nederlandse overheid wordt al sinds jaren een beleid van vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg gevoerd. Vermaatschappelijking is het proces dat leidt tot het vergroten van mogelijk-

heden voor mensen met psychische handicaps voor deelname aan het maatschappelijk verkeer. Bij participatie in de samenleving denken we aan een zo normaal en volwaardig mogelijk leven als burger, op alle relevante levensgebieden, zoals wonen, werken en sociale contacten. Andere woorden in beleidsnota's zijn ook: deïstitutionalisering, extramuralisering en ontcategorisering. In Eindhoven is dit beleid serieus ter hand genomen.

Vanuit het perspectief van de hulp en dienstverlening zijn allerlei vernieuwingen doorgevoerd, zoals een toename van beschermd en begeleid wonen, casemanagement, ACT (Assertive Community Treatment), arbeidsintegratie (IPS: Individuele Plaatsing en Steun), dagbesteding, begeleid leren, crisisinterventie aan huis. Belangrijke impuls is ook de ontwikkeling van rehabilitatiemethoden. De Individuele Rehabilitatie-



Hieronder valt ook de zogenaamde bemoeizorg, waarvoor er speciale teams zijn opgericht, best te vergelijken met ons systeem van gedwongen opnames of behandeling bij mensen die niet meer voor zichzelf kunnen instaan en hierdoor mogelijk een gevaar vormen voor zichzelf of anderen. Ten slotte wordt de GGZ verondersteld een voortrekkersrol te spelen in de vermaatschappelijking en in het bevorderen van de participatie en integratie van de psychisch zwakkere medemens, dit zowel op het vlak van wonen, werken, dagbesteding en vrije tijd.

Het is deze steeds belangrijker wordende taak die het onderwerp uitmaakte van de lezing.

2. De WMO als uitdaging.

In de periode van 2006 tot nu is de Nederlandse ziekteverzekering onderhevig geweest aan sterke verschuivingen op het gebied van wettelijke kaders en financiering. Van een enkele wet op de ziekteverzekering is men tot vijf wetten geëvolueerd in 2008. Maatschappelijk gezien niet onbelangrijk is dat de Zorgverzekeringswet, die de kortdurende, op genezing gerichte medische behandeling kadert, aan de particuliere sector is overgelaten. Voor een meer gedetailleerde analyse en rationale van deze wettelijke veranderingen verwijzen we naar de tekst van Hanneke Henkens.

Deze versnippering van de regelgeving heeft tot veel twijfels en onzekerheden geleid. De cliënten vreesden bijvoorbeeld voor een toenemende druk op de mantelzorgers, op de naaste omgeving dus. Er kwamen ook vragen zoals voor wat en tot hoeverre men nog verzekerd was, tot welke instantie men zich moet richten. Op instellingsniveau werd er gevreesd voor versnippering van het zorgaanbod en voor de daling van de kwaliteit. Vanuit de overheid maakte men zich zorgen over het kostenplaatje en de draagkracht van de gemeenschap. Veranderingen op het gebied van organisatie bleken minstens even belangrijk. De belangrijkste ommekeer werd echter teweeg gebracht door de WMO, die de lokale overheden en de GGZ verantwoordelijk stelde voor de diverse aspecten van niet-medische zorg, herintegratie en de uitbouw van diverse steunsystemen. We durven gerust spreken van een aardverschuiving op het gebied van de integratie en rehabilitatie van de fysisch of psychisch beperkte medeburger.

3. Kansen dicht bij huis.

De WMO heeft als ambitieuze doelstelling alle burgers evenwaardig te laten deelnemen aan de maatschappij en de onderlinge betrokkenheid tussen de diverse geledingen van de bevolking te stimuleren. Een belangrijk middel is het komen tot een samenhangend geheel van voorzieningen, deels door

benadering (IRB) is het meest bekend en toegepast. Rehabilitatie is hierbij een aanduiding voor een brede hulpverleningsvisie, die vertrekt van de gedachte dat mensen met psychische beperkingen de mogelijkheden hebben om deel te nemen aan de samenleving. Daarnaast is de IRB een specifieke methodiek en zijn er rehabilitatieprogramma's. De missie van de IRB is: 'Mensen met psychische beperkingen helpen beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en socialiseren in de omgeving van hun keuze,

met zo min mogelijk professionele hulp.'

In deze missie zijn een aantal belangrijke waarden opgenomen: het gaat in de eerste plaats om mensen die op verschillende levensgebieden wensen en dromen hebben. Ze kunnen en mogen zelf kiezen waar ze willen wonen, werken, anderen ontmoeten en naar school gaan. Het gaat om het verbeteren van hun functioneren in de context waarvoor ze zelf gekozen hebben. En het beoogde doel is dat zij er zelf tevreden over zijn en dat anderen het succes onderschrijven. Daarnaast

ervaren zij steun van een zoveel mogelijk natuurlijk netwerk, met zoveel en zomin als nodig professionele hulp. De IRB bestaat naast deze missie en uitgangspunten uit een uitgebreide gesprekstechniek, een hulpverleningsmethodiek, over hoe de hulpverlener de cliënt kan ondersteunen bij het verhelderen van zijn wensen, bij het vaststellen van zijn doelen, bij het zetten van stappen om deze doelen te bereiken, bij het leren van vaardigheden die nodig zijn en het inschakelen van hulpbronnen.

enigszins mensen met een handicap compensatie te bieden voor hun beperking (bijvoorbeeld het toegankelijk maken van voorzieningen voor rolstoelgebruikers), deels door het integreren van wettelijke kaders tot een overzichtelijk en werkbaar geheel. Hierdoor worden op lokaal vlak door de gemeentebesturen in samenspraak met de bevolking beleidsplannen opgesteld, die om de vier jaar geëvalueerd en bijgestuurd worden.

De werking strekt zich uit over negen zogenaamde prestatievelen die nagenoeg het ganse scala van het maatschappelijke gebeuren omvatten:

- bevorderen van sociale cohesie in en leefbaarheid van dorpen en wijken;
- bieden van preventieve ondersteuning aan probleemjongeren en aan ouders met problemen met opvoeden;
- informatie, advies en cliëntondersteuning op diverse gebieden;
- ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers;
- bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking, een chronisch psychiatrische aandoening en van mensen met een psychosociaal probleem;
- het verlenen van voorzieningen aan personen met bovenvermelde problemen ten behoeve van de toename van hun

- zelfstandig functioneren en deelname aan de maatschappij;
- maatschappelijke opvang, waaronder opvang van vrouwen en kwetsbare gezinsleden bij huiselijk geweld;
- bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van psychosociale hulp bij rampen (wat een nationale bevoegdheid blijft);
- tenslotte het bevorderen van het verslavingsbeleid.

Er komt dus heel wat bij kijken, geen wonder dat de lokale beleidsmensen soms met een onbehaaglijk gevoel blijven zitten. Het is de taak van de GGZ om de gepaste ondersteuning te bieden. Niet overal zullen deze prestatievelen even sterk geïmplementeerd worden. Dit is afhankelijk van de plaatselijke noden, wat precies de grote kracht van de Nederlandse opzet is.

4. De GGZ als facilitator.

Dankzij de opzet van de Wereld Gezondheidsorganisatie is er op gemeentelijk vlak een sterke aandacht gekomen voor mensen met een psychische problematiek. Men moet nu wel iets doen met de vragen die deze mensen stellen en met de problemen waarmee ze geconfronteerd worden. De diverse voorzieningen zijn nu toegankelijker geworden en er zijn lokale aanspreekpunten gecreëerd voor kwesties in verband met wonen, zorg en welzijn. In ieder geval heeft dit een

Vorbereiding en doorvoering grote veranderingen

In de meer recente beleidsvisies van het ministerie wordt de rol van de landelijke overheid neergezet als voorwaardenscheppend. Daartoe zijn maatregelen genomen, gericht op veranderingen in structuur, organisatie en financiering van de zorg. Het 'veld', dat wil zeggen: instellingen, verzekeraars en financiers, is zelf aanzet met betrekking tot de inhoud van de zorg. In de overheidsvisie staat de zorgbehoefte van de GGZ-client cen-

traal. Deze zorgvraag raakt niet alleen het domein van de GGZ. De GGZ is hiermee herleid tot gezondheidszorg, met andere woorden tot het behandelen van psychische stoornissen. Deze boodschap heeft allerlei grote consequenties voor de positie van de GGZ, voor de financiering van activiteiten en voor de organisatie van de zorg. Er is dus erg veel aan het veranderen in de financiële en wetgevende kaders van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Sinds 2008 valt de op genezing gerichte GGZ onder de verzekerde zorg en niet langer

onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ, waar voorheen alle geestelijke gezondheidszorg uit gefinancierd werd, is alleen nog maar bedoeld voor langdurig verblijf (langer dan één jaar). Het gedeelte van de GGZ dat tot doel heeft 'de op genezing gerichte zorg' is overgeheveld naar de particuliere ziektekostenverzekeraar. Daarmee heeft de marktwerking zijn intrede gedaan. Een andere grote verandering per 1 januari 2007 is de intrede van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Gemeenten zijn door de WMO



grotere betrokkenheid met zich meegebracht. Dit verloopt echter niet overal even vlot en rimpelloos. Daardoor is de impact op de benodigde verandering in denken en handelen te groot. Hier treedt de GGZ als moderator en ondersteuningspunt op de voorgrond.

In de eerste plaats moet ze de contacten met de gemeentebesturen vlot laten verlopen, ze informeren en motiveren om initiatieven te laten nemen en beleidsplannen te laten opstellen. Ook moeten doelgroepen in kaart worden gebracht om te bepalen wie behoefte heeft aan wat. Organisaties die belangen van cliënten en hun familie verdedigen, moeten ook ondersteund worden. Zij zijn immers de spreekbuis van een grote groep die anders geen stem heeft, terwijl zij op veel vlakken beter dan wie ook weten wat de behoefte is. Daarnaast moeten ook samenwerkingsverbanden met en tussen diverse maatschappelijke instanties gecreëerd worden, om zo tot een netwerk van personen en organisaties te komen die de psychisch zieke mens volwaardig aan de samenleving laat deelnemen. Het betreft hier niet alleen zorgorganisaties, maar ook bijvoorbeeld scholen, woningbouwverenigingen, uitkeringsinstanties of culturele verenigingen.

In die zin heeft de GGZ Eindhoven een gelijktijdig experiment opgezet in een wijk in Eindhoven, een plattelandsgemeente en een dorp. Hier wordt de inzet van zogenaamde kwartierma-

kers en ervaringsdeskundigen mee opgevolgd, geëvalueerd en bijgestuurd. Kwartiermakers zijn belast met het organiseren van maatschappelijke gastvrijheid voor mensen met psychische kwetsbaarheid, terwijl ervaringsdeskundigen anderen met een gelijkaardige problematiek kunnen ondersteunen door het aanbieden van hun kennis en inzicht in herstelprocessen in een voor iedereen begrijpbare taal.

De achterliggende filosofie en methodiek zijn die van het rehabilitatiedenken, een beproefd model dat uitgaat van de gezonde kern van mensen met psychische beperkingen, om ze te helpen met zo min mogelijk professionele ondersteuning zo volwaardig mogelijk te laten functioneren in de omgeving van hun keuze. Herstel verwijst hier niet naar het verdwijnen van symptomen, maar naar de mate van succes waarmee mensen met psychiatrische aandoeningen de draad van hun leven weer opnemen en het een nieuwe richting geven. Instrumenten zijn onder meer begeleid en beschut wonen, begeleiding op weg naar verder onderwijs of werk, centra voor dagbesteding en op rehabilitatie gericht casemanagement.

5. Tot besluit.

Het is duidelijk dat de Nederlandse benadering zonder meer een omwenteling genoemd kan worden: mensen worden terugdeel van een maatschappij die hen nog niet lang geleden uit-

verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning. Maatschappelijke ondersteuning omvat activiteiten die het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving. Dat kan bijvoorbeeld met vrijwilligerswerk en mantelzorg, maar ook met goede informatie en advies, opvoedingsondersteuning en huishoudelijke hulp. Het maatschappelijke doel van de WMO is 'meedoen'. De wet moet er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving, al dan niet geholpen

door vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge betrokkenheid tussen mensen. En als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit de gemeente. De gemeente kent de eigen inwoners beter dan de landelijke overheid. Ook weet de gemeente beter wat de inwoners nodig hebben. Daarom is de WMO een taak van de gemeente. De gemeente maakt de plannen voor maatschappelijke ondersteuning niet alleen. Dat doet de gemeente samen met de inwoners. Het doel van deze samenwerking is het opstellen van een samenhangend vier-jarig lokaal beleid

op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning, waarbij de gemeente de verantwoordelijkheid heeft om alle burgers te laten meedoen in de samenleving. Elke gemeente zal bij het opstellen van dit beleid eigen accenten leggen. Voor mensen die langdurige, zware zorg nodig hebben is en blijft er de AWBZ.

De WMO geeft de lokale overheid, de gemeenten, de regie over de ondersteuning van kwetsbare burgers en dus ook mensen met psychische beperkingen. Ook deze groep wordt expliciet in de WMO genoemd. Budget vanuit

sloot. Geestelijke gezondheid is een prioriteit en een zaak van iedereen geworden. Dit is een proces waar men zijn tijd moet voor nemen. Verbetering kan altijd, maar het feit dat een groep kwetsbare mensen plots een identiteit gekregen heeft en zichtbaar wordt is al een eerste stap vooruit. Het toont in ieder geval ook de noodzaak en de kracht van het uitbouwen van netwerken en samenwerkingsverbanden tussen diverse hulpinstanties, die anders in veel gevallen geïsoleerd op een eiland werken en hierdoor hun doel deels voorbij schieten. De regionalisering, waardoor men kan inspelen op lokale noden en het beleid snel kan bijsturen, is een ander sterk punt van dit model.

Toch bleef Hanneke Henkens aan het einde van haar lezing met een aantal dilemma's zitten. We noemen er enkele: in hoeverre blijven kwetsbaarheden een beperkende rol spelen? Loopt men al dan niet het risico te specialistisch en daardoor een van de maatschappij vervreemdend zorgcircuit uit te bouwen? En hoe staat het met de draaglast en draagkracht van de maatschappij?

Voor veel toehoorders was vooral deze laatste vraag cruciaal.



andere kaders (de AWBZ) is overgeheveld naar gemeenten. Ook een deel van het budget dat voorheen bijna als vanzelfsprekend naar GGZ instellingen ging. Daarmee hebben gemeenten een verantwoordelijkheid voor een nieuwe en voor hen relatief onbekende doelgroep erbij gekregen.

Na 2007: Ontwikkeling lokale steunsystemen en participatie cliënt als burger

Cliënten en familieorganisaties in de regio Eindhoven en ook GGzE maakten zich grote zorgen om deze operatie. Er rezen belangrijke vragen: Zouden al de opgebouwde 'maatschappelijke' voorzieningen voor GGZ-clianten nog wel blijven bestaan? Hoe zou het verder gaan met de continuïteit van GGZ programma's? Zouden GGZ-clianten binnen gemeenten nog wel gehoord worden? GGzE heeft, toen de WMO-operatie zich aankondigde, fors ingezet op het verbeteren van de relatie met gemeenten. We zijn met gemeenten en diverse andere maatschappelijke partners in gesprek gegaan. We hebben beter laten zien wat de GGzE is en doet. We hebben cijfers gepresenteerd over aantallen cliënten per gemeenten en over de prevalentie van psychische problematiek. We hebben een WMO-krant uitgegeven met daarin beschrijvingen van het aanbod en reacties van gemeente-ambtenaren en wethouders. Dat heeft veel opgeleverd. Op de eerste plaats financiële middelen voor het uitvoeren van een aantal maatschappelijke taken voor gemeenten. Maar ook inhoudelijk: we zijn meer naar buiten gericht, onze blik is beter gericht op de maatschappelijke verantwoordelijkheid

van de GGZ en op maatschappelijke problemen. Er zijn maatschappelijke steunsystemen ontwikkeld met diverse partners zoals woningbouwcorporaties, scholen, uitkeringsinstanties, politie, gemeentelijke diensten enz. Een maatschappelijk steunsysteem voor mensen met een psychische handicap bestaat uit een drietal met elkaar verweven netwerken:

- het onderlinge netwerk van cliënten, familieleden en andere mantelzorgers;
- het netwerk van professionele hulpverleners;
- het netwerk van lokale en regionale diensten en voorzieningen.

In het denken over maatschappelijke steunsystemen zien we een verbreding van betrokkenheid en inzet voor mensen met een psychische handicap. De professionele GGZ wordt als initiatiefnemer gezien in het verbinden van de diverse netwerken waarbij de vraag van de cliënt centraal staat. Belangenbehartiging, empowerment en werken aan positieve beeldvorming over mensen met een psychische handicap maken hier onderdeel van uit. Binnen de GGzE zijn hiertoe kwartiermakers aangesteld. Kwartiermaker gaat over het bevorderen van het maatschappelijk klimaat zodat mensen die nu met uitsluiting te maken hebben meer mogelijkheden krijgen. Een 'kwartiermaker' is een netwerkontwikkelaar, een motivator, een campagnevoerder, een inspirator die dit proces op gang brengt, vergelijkbaar met een opbouwwerker die voor de belangen van kwetsbaren opkomt. In praktijk betekent dit dat de kwartiermaker contact zoekt met reguliere voorzieningen zoals buurthuizen, sportclubs, organisaties en probeert de voorwaarden te scheppen zodat GGZ-clianten

zich welkom, veilig en geaccepteerd voelen. Het kan gaan om activiteiten in een buurthuis, het opzetten van een buurtwinkel, een buurtklussenproject, het organiseren van evenementen. Uiteindelijk is het de bedoeling dat mensen met en zonder GGZ-achtergrond elkaar ontmoeten. In dit hele proces is het van uiterst belang om cliënten zelf te betrekken. Immers zij zijn inwoners, burgers van gemeenten en hebben een eigen stem. Bij het laten horen van die eigen stem is GGzE ondersteunend. Bijvoorbeeld in het ondersteunen van individuele cliënten in de zogenaamde participatieraden van gemeenten. Maar ook zijn cliënten aangesteld als ervaringsdeskundige begeleiders. Zij geven voorlichting, verzorgen herstelgeoriënteerde trainingen voor lotgenoten en werken mee aan de opbouw van het steunsysteem.



INTEGRATIEKANSEN EN -BEPERKINGEN VOOR MENSEN

MET PSYCHIATRISCHE BEPERKINGEN IN VLAANDEREN.



*Yves Wuyts, stafmedewerker geestelijke gezondheidszorg,
Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw*

Commentaar

Ann De Maeyer, maatschappelijk assistent, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertus, Duffel

Gevat, duidelijk en prikkelend: dat is het minste wat je kan zeggen over de presentatie van Yves Wuyts. Hij legde de maatschappij (en ons!) het vuur aan de schenen met zijn betoog over 'Integratiekansen en –beperkingen voor mensen met psychiatrische beperkingen in Vlaanderen'.

Yves Wuyts weet waarover hij spreekt en durft met het nodige cynisme iedereen aansporen om actie te ondernemen met betrekking tot integratiekansen van burgers met een psychiatrische problematiek. Door zijn enthousiasme en zijn durf om zaken in vraag te stellen, was deze presentatie in een mum van tijd voorbij en bleef ik ietwat verbouwereerd achter. Stof tot nadenken...

Dus: 'Integratiekansen en –beperkingen voor mensen met psychiatrische beperkingen.'

Yves Wuyts sprak niet over patiënten. Hij had het bewust over mensen met GGZ-problematiek. Zijn opzet werd duidelijk in de inleiding:

De patiënt als burger.

Als je de klemtoon op het woord 'patiënt' legt, stigmatiseer je onmiddellijk. Je plakt mensen een etiket op. Het roept het 'anders zijn' op en brengt vrees en angst met zich mee. Hij illustreerde dit met een mooi voorbeeld en vroeg ons of er

patiënten in de zaal waren. Het was verwonderlijk dat er geen enkele 'patiënt' aanwezig was. Terwijl er vast en zeker mensen waren die een consult hadden bij een tandarts, naar de oogarts moesten die dag... Het woord 'patiënt' heeft een negatieve connotatie, zoveel was duidelijk. Zeker in de geestelijke gezondheidszorg. Misschien was het dus beter om te kijken naar...

Hoe zit het met de burger als patiënt?

Uit de Belgische Grondwet en de Universele Rechten van de Mens kunnen we afleiden dat alle mensen gelijk zijn. Er mag geen onderscheid gemaakt worden van welke aard ook en discriminatie wordt niet toegestaan. Verschil in status mag geen reden zijn tot vermindering van inspraak. Als we onder status mensen met een psychiatrische problematiek plaatsen, hoeft het geen verdere uitleg dat we geen recht hebben tot discriminatie.

Toch blijkt dat dit niet evident is, temeer omdat er geen duidelijk identificeerbare eigenschappen zijn van iemand met een psychiatrische problematiek. Hoe ziet zo iemand eruit? En toch... er wordt wel degelijk afbreuk gedaan aan zijn rechten. Mensen bestempelen psychiatrische patiënten als 'invaliden, leefloners, criminelen, overlastbezorgers' en ga zo maar door. Mensen met een psychiatrische problematiek hebben vaak te maken met moeilijkheden op verschillende levensdomeinen: wonen, werken, sociale contacten ... Van het basisprincipe 'Iedereen gelijk' is dus niet veel meer te merken. De maatschappij doet zijn best om het onderscheid klein te houden,

Samenvatting

De titel van het symposium 'De patiënt als burger' stelt de patiënt op de eerste plaats en niet de burger. Moeten we niet eerder de persoon als burger centraal stellen en slechts in specifieke omstandigheden deze burger als patiënt beschouwen? Dat zou pas integratie zijn.

Zowel de Belgische Grondwet als de Universele Rechten van de Mens

garandeert geen onderscheid in de aan individuen toegekende rechten. Als dusdanig is geen Belgische wetgeving bekend die mensen met een GGZ-problematiek discrimineert. Deze discriminatie zou ook moeilijk zijn gelet op de heterogeniteit van de groep van mensen met psychische problemen: deze groep is niet onder één hoedje te vangen. De heterogeniteit kan echter ook negatief werken ten aanzien van deze doelgroep en de doelgroep is ook niet aanspreekbaar voor positieve discriminatie. Bijgevolg kent België geen

personen met een psychische handicap en is er geen sprake van afgeleide rechten van dit statuut. De vraag wordt opgeworpen of België eens moet overwegen om deze positief discriminerende maatregel in te voeren.

Het feit dat er geen gerichte discriminatie bestaat ten aanzien van mensen met een GGZ-problematiek betekent niet dat de personen met een GGZ-problematiek in het algemeen en mensen met ernstige en langdurige GGZ-problemen in het bijzonder,



maar baseert zich teveel op voorspelbare gegevens. Men verwacht dat mensen met een GGZ-problematiek na verloop van tijd terug keren naar een stabiel beeld. Toch kunnen we met zekerheid stellen dat psychiatrische problemen meer dan eens zorgen voor schommelingen in een mensenleven. Het is allemaal niet vast te leggen en te voorspellen.

Als we deze visie toepassen op **arbeid**, komen we tot volgende vaststellingen:

Iedereen heeft het recht om de sociale rol van 'werknemer' op zich te nemen. Logischerwijze dus ook personen met een psychiatrische problematiek. In werkelijkheid zien we dat werkgevers het vaak moeilijk vinden om om te gaan met het fluctuerende niveau van stabilisatie.

Het statuut van arbeidsongeschiktheid is zwart – wit: je bent ziek of je bent het niet. Als je ziek bent, ben je volgens een arts arbeidsongeschikt. Hij velst een oordeel waardoor vele deuren dichtvallen. Je bent gedwongen om niets te doen. Je hebt als zieke geen recht op uitzendarbeid, je mag niet meedoen aan een opleidingsprogramma enz... Kortom, je moet thuis zitten en ziek zijn, je wordt gedwongen om niets te doen. Je kan het geluk hebben dat jouw adviserend geneesheer een goedkeuring geeft voor vrijwilligerswerk of progressieve tewerkstelling. Maar al deze maatregelen veronderstellen na verloop van tijd een verbetering in de situatie. Dit is in strijd met het instabiele beeld van een psychiatrische problematiek.

Stel dat je toch aan het werk bent en je wordt regelmatig

ziek. Je werkgever blijft niet tevreden, want die betaalt steeds de kosten van gewaarborgd loon. De kans dat men zijn C4 krijgt is groot. Je geraakt nadien moeilijker terug in het arbeidscircuit, want 'waarom ben je ontslagen en hoe komt het dat je een jaar uit het arbeidscircuit bent geweest?' We leggen de lat erg hoog voor psychiatrische patiënten. De integratiekansen dalen zienderogen. De overheid neemt maatregelen om de tewerkstellingskansen van deze mensen te verhogen, maar er zitten veel hiaten in.

Wanneer we deze problematiek eens bekijken op het niveau van **sociale zekerheid**, komen we tot dezelfde onlogische uitkomst. Enkele voorbeelden:

- mensen met een GGZ-problematiek hebben vaak een laag loon. Dit is al in tegenspraak met de dubbele kost die zij hebben: opnames, apotheekkosten en dit in combinatie met de huur van hun appartement, vaste kosten enz. Als mensen opgenomen worden, wordt er 28% van de integratietegemoetkoming afgetrokken. Hoe verklaar je dit?
- als je in een voorziening van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) opgenomen wordt en een rolstoel nodig hebt, heb je geluk. Hij wordt betaald door het VAPH. Heb je toevallig elders een opname nodig, moet je betalen voor deze hulpmiddelen. Waar zit de logica?
- evaluatieschalen die gebruikt worden om het recht op een tegemoetkoming vast te stellen, maken gebruik van termen als 'kunnen' in plaats van 'doen'. 'Kan je 's morgens

geen last zouden hebben van discriminatie. Denk maar aan labels als ‘arme, langdurige werkloze, leefloner, crimineel, arbeidsgehandicapte, broekenmaker, overlastbezorgers...’: allemaal omschrijvingen van groepen van mensen, in dewelke heel wat mensen met een GGZ-problematiek terug te vinden zijn.

Tijdens een eerste deel van de presentatie werden enkele Belgische grondrechten en soortgelijke bepalingen van de universele rechten van de mens getoetst aan de realiteit van het dage-

lijks leven met een (ernstige en langdurige) GGZ-problematiek. In het bijzonder werd stilgestaan bij de domeinen werk, sociale zekerheid, huisvesting. Vele concrete voorbeelden werden toegelicht waarin personen met een GGZ-problematiek de algemene rechten op arbeid, sociale zekerheid en huisvesting niet kunnen uitputten.

Bijvoorbeeld: als persoon met een statuut ‘invalides’ wordt men gedwongen tot niets doen en mag men geen arbeidsmatige activiteiten uitvoeren want de volgende pistes zijn niet of

zeer beperkt toegankelijk voor invaliden: vrijwillige werkloosheid, opleidingen via VDAB, herscholing, vrijwilligerswerk, uitzendarbeit, trajectbegeleiding, stages, supported employment, beschutte en sociale werkplaatsen, arbeidszorg, progressieve tewerkstelling, maatregelen voor arbeidsgehandicapten.

Mensen met een GGZ-problematiek vallen tussen de regels van verschillende systemen van sociale zekerheid. Bijgevolg kunnen ze hun rechten niet uitputten. Idem op het gebied van huisvesting.

opstaan en voor je ontbijt zorgen?’ Een depressieve patiënt is hier fysiek toe in staat maar hij doet het niet want hij mist er de energie voor.

- je moet maar geluk hebben dat je als man een kind ten laste hebt. De factuur van de opname is dan duidelijk verlaagd. Als moeder des huizes een opname nodig heeft, heeft ze pech. Zij betaalt meer, want heeft geen kind ten laste.

Welke minister moet zich over deze knelpunten buigen? Ze schuiven het af op hun collega’s: is dit de verantwoordelijkheid van de minister van Welzijn, Sociale Economie of Arbeid?

Yves Wuyts kan deze voorbeelden doortrekken op alle levensdomeinen en gaf ons nog een schets van integratieproblemen op het gebied van **wonen**. In principe heb je als burger recht op huisvesting.

Enkele situatieschetsen:

- je bent toevallig voor de tweede keer opgenomen op het moment dat je in aanmerking komt voor een sociale woning. ‘Heel spijtig, mijnheer of mevrouw, we moeten je schrappen. Je mag je wel terug inschrijven maar dan kom je na jouw opname achteraan op de wachtlijst.’ Weer jaren wachten en hopen dat je psychisch stabiel blijft!
- in de regelgeving van de huursubsidies vinden we dezelfde tegenstrijdigheden:
Je krijgt een huursubsidie als dakloze. Het OCMW bepaalt wie recht heeft. Als je opgenomen bent, ben je in sé niet

dakloos, dus je krijgt geen huursubsidie.

Neem iemand die vanuit beschut wonen alleen wil gaan wonen. In principe zou een installatiepremie van pas kunnen komen. Maar deze persoon had al een aantal meubeltjes van zichzelf. Hij had ook geen recht op de huursubsidie, want was niet dakloos. Deze persoon vist achter het net: hij moest eerst een huursubsidie krijgen vooraleer hij een installatiepremie kan ontvangen.

De integratie wordt op deze manier bemoeilijkt. We kunnen het volgende concluderen vanuit deze casussen: als je de achterpoortjes kent en er ingewikkelde constructies op na houdt, kan je de integratie bevorderen. Is dit de manier?

Wat verwachten burgers van de geestelijke gezondheidszorg?

Burgers willen meer duidelijkheid en herkenbaarheid in de sociale kaart. Kennis van de verschillende voorzieningen is geen overbodige luxe.

Het zou schitterend zijn moesten er geen wachttijden meer zijn. Beschikbaarheid buiten de kantooruren is een vereiste. Meer zorg in de maatschappij en meer begrip voor GGZ-problematieken... is het een utopie? We willen als samenleving plaatsmaken voor ‘patiënten’, maar dit kan alleen als we hen niet langer met dit etiket opzadelen. Waarom benaderen we hen niet als ‘klanten’? Geef hen inspraak en maak gebruik van hun ervaring. Hoe kunnen we dit doen? Luisteren naar wat de klant wil. We trachten dit te doen met tevredenheidsenquêtes.

De actoren uit de sector GGZ verwachten van de reguliere diensten (bijvoorbeeld VDAB, huisvestingsmaatschappijen, sociale en beschutte werkplaatsen) dat zij grotere integratiekansen creëren voor mensen met een GGZ-problematiek door zich meer open te stellen voor deze doelgroep en de rechten van deze doelgroep te verdedigen. Omgekeerd verwachten deze reguliere actoren dat de GGZ-actoren hen ondersteunen in het creëren van integratiekansen voor mensen met een GGZ-problematiek.

Bovendien verwachten deze niet-GGZ-actoren dat de GGZ-actoren aanspreekbaar zijn voor zorg en dit op een herkenbare en toegankelijke wijze, ook buiten de kantooruren. Dit impliceert een oproep naar de GGZ-sector om zich te beraden over organisatievormen van zorg in de samenleving. De GGZ-actoren kunnen nog andere stappen zetten om de integratiekansen van hun doelpubliek te verhogen, naast het kwartiermaken met een individuele patiënt: (lees: meelopen met een patiënt naar reguliere diensten om hem daar te helpen zijn rechten uit te putten).

Vooreerst kunnen de GGZ-actoren ook kwartiermaken op groepsniveau door bijvoorbeeld als GGZ-actor te zetelen in een raad van bestuur van een sociale of beschutte werkplaats om op deze wijze de openheid en toegankelijkheid van deze diensten voor mensen met een GGZ-problematiek te vergroten.

Veel fundamentele stappen op het gebied van integratie kunnen GGZ-actoren zetten door patiënten te beschouwen als klanten, of zelfs verdergaand: door patiënten te versterken in hun rechten, ook tijdens



Toch heeft dit vaak weinig betrekking op de zorg. Deze zijn vooral gebaseerd op de kwaliteit van de maaltijden, de infrastructuur enz.

Ons product moet aangepast worden aan de wensen van de klant. Hoe kunnen we dit realiseren? Yves Wuyts gooit een aantal visjes uit:

- klanten hun eigen zorg laten inkopen? Laten we hen hun eigen prioriteiten stellen?
- de keuzevrijheid van de zorg vergroten?
- het 'tevreden of geld terug'-systeem?
- service level agreement: dit garanderen we je, zoniet krijg je een toegeving of alternatief.
- cliënten meer betrekken in beslissingsorganen (bijv. RIZIV). Zij zijn tenslotte de ervaringsdeskundigen.

Besluit: in de wet zijn er geen specifieke beperkingen van de rechten van mensen met een psychiatrische problematiek. Maar toch: in realiteit zijn er heel wat moeilijkheden om de rechten van deze minderheid te laten gelden. Dit probleem is niet zo gemakkelijk aan te pakken. We zouden moeten gaan naar een systeem van 'burger tot burger': zowel de patiënt (klant) als de burger laten spreken en op die manier samen een uitgewerkt beleid op poten zetten. We moeten leren van elkaar en dit kan alleen als er openheid is en minder stigma. Door zijn enthousiasme heeft hij mij alleszins overtuigd om hier meer bij stil te staan. Nu de rest van de wereld nog...



een behandelingsfase.

Patiënten beschouwen als klanten gaat verder dan het hanteren van vragenlijsten over de dienstverlening.¹ Het impliceert ook dat de GGZ-sector haar aanbod en producten aanpast aan de verwachtingen van patiënten. Veel gehoorde verwachtingen van patiënten zijn:

- niet meer zorg dan nodig;
- zo weinig ingrijpende zorgvormen als mogelijk;
- zorg laten aansluiten op de mogelijkheden van de individuen, eerder dan op de beperkingen in het functioneren;
- zo veel mogelijk zorg in de natuurlijke leefomgeving van de patiënt en zo weinig mogelijk afgesneden van deze omgeving;
- zorg voor zowel de patiënt als voor zijn onmiddellijke omgeving: familie, mantelzorgers, werkgever, ...

Mogelijke antwoorden van de GGZ-sector op deze verwachtingen zouden kunnen zijn: assertive community treatment, supported employment, kleinschalige PVT's, in vivo training, casemanager die tegelijk individuele begeleider is, ...

In welke mate is de GGZ-sector tot deze omslag bereid?

De GGZ-actoren kunnen nog fundamenteeler opkomen voor de burgerrechten van mensen met GGZ-problematieken door deze mensen macht te geven. In de eerste plaats over hun eigen leven. Patiënten zouden minstens de (mede-)regie over hun behandelingsproces moeten kunnen voeren. Misschien zelfs als co-therapeut?

Enkele ideeën werden opgeworpen om GGZ-voorzieningen te stimuleren om de patiënten deze regiefunctie toe te spelen: financiering van de GGZ-

voorzieningen via een rugzakfinanciering per patiënt, de creatie van een persoonlijk zorgbudget, de verplichting aan voorzieningen om 'service level agreements' bekend te maken aan het brede publiek, de creatie van een grotere keuzevrijheid in de GGZ-zorg ?

Structureel kan de GGZ-sector meer zeggingschap geven aan haar klanten, de patiënten: door ervaringsdeskundigen te werk te stellen in de GGZ-voorzieningen, door vertegenwoordigers van patiënten op te nemen in lokale en nationale advies- en beslissingsorganen over de organisatie en de financiering van zorg in de regio of het land.

De presentatie sloot af met een oproep aan zowel de GGZ-actoren als aan de niet-GGZ-actoren om de handen in elkaar te slaan om te komen tot maximale integratiekansen voor burgers, die de pech hebben om gebukt te gaan onder een GGZ-problematiek.

¹ Vele tevredenheidsvragenlijsten focussen op contextvariabelen van de zorg (bijvoorbeeld maaltijden, comfort van de gebouwen) maar brengen amper de zorg in beeld.

EEN ZORGENDE GEMEENTE. GEEN RARITEIT.



Katrien Schryvers, burgemeester van Zoersel

Commentaar

Wouter Smits, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, Zoersel

In tegenstelling tot de andere sprekers horen we bij Katrien Schryvers niet het verhaal vanuit de sector geestelijke gezondheidszorg, maar maken we kennis met de visie van een kleine gemeente op de samenleving met een groot psychiatrisch ziekenhuis. Het betreft een praktijkverhaal van hoe het PZ Bethaniënhuis en de patiënten het leven in de (kleine) woongemeenschap Sint-Antonijs beïnvloeden en hoe het samenleven wordt ervaren. Voor deze lezing heeft het gemeentebestuur een praktische oefening gemaakt. Door het oplijsten van wat gebeurt op gemeentelijk bestuursniveau dat te maken heeft met het PZ Bethaniënhuis, kan het best een beeld worden geschetst van de impact van het ziekenhuis op het lokale beleid. Deze opsomming mag indrukwekkend worden genoemd. Om een beeld te geven van de inspanning van de gemeente is het nodig een stuk geschiedenis te kennen waarmee we de bespreking van de lezing starten.

Hoe kwam Zoersel tot stand?

Katrien Schryvers begint met ons te vertellen dat Zoersel momenteel een gemeente is met drie deelgemeenten en 20.800 inwoners. Het was en is nog steeds een landelijke gemeente in de groene rand van Antwerpen waar zich weinig bedrijven bevinden maar wel een groot aantal zorginstellingen waarvan het PZ Bethaniënhuis het grootste is. Toen het dorp

slechts een klein gehuchtje van Brecht was, begonnen de zusters de bouw van het hoofgebouw van het psychiatrisch ziekenhuis. Vanaf 1924 woonden patiënten op het domein. Opvallend en belangrijk is het gegeven dat de grootste woonkern van de gemeente Zoersel, het dorp Sint-Antonijs, groeide rond het ziekenhuis. Er ontstond dus vanaf de start een sterke verwevenheid tussen het dorp en de lokale gemeenschap. Zo vergrootten de middenstand en de woon- en werkgelegenheid door en dankzij het ziekenhuis. Ook kon het dorp als gemeenschap plaats bieden aan projecten voor zelfstandig en beschut wonen. De wisselwerking tussen dorp en ziekenhuis is dus vanuit de geschiedenis gegroeid en misschien blijft ze daarom tot op heden bestaan. Door dit gunstige vertrekpunt t.o.v. vele andere psychiatrische ziekenhuizen, die zich meestal aan de rand van de leefkernen situeren, is de toch steeds moeilijke maatschappelijke reïntegratie in Zoersel misschien iets gemakkelijker.

De missie van een gemeente

Men kan zich de vraag stellen of deze historische band nog steeds leeft. In 2005 schreef de gemeenteraad in haar missie duidelijk dat Zoersel een zorgende gemeenschap wil zijn. In tegenstelling tot vele buurgemeenten, waar het economische aspect belangrijk blijkt, staat voor Zoersel als gemeente het zorgende aspect op de voorgrond. Dit wordt duidelijk vertaald in de verschillende beleidsplannen zoals bijvoorbeeld op vlak van cultuur, sport, jeugdwerking. Steeds opnieuw staat de

Samenvatting

De missie van het gemeentebestuur van Zoersel bestaat erin de gemeente met respect voor de omgeving verder uit te bouwen tot een creatieve, dynamische en vooral ook zorgende gemeenschap waar mensen graag leven, werken en samenkomen.

Deze missie wordt vertaald in de verschillende beleidsplannen, waardoor ook het zorgende aspect expliciet in de beleidsplannen aan bod komt en de term zorgende gemeente een con-

crete invulling krijgt, o.a. in het Lokaal Sociaal Beleidsplan. Dit beleidsplan richt zich op verschillende doelgroepen, waaronder ook de psychiatrische patiënten van/in de gemeente.

Om tot dit beleidsplan te komen stelt men zich de vraag 'Welke zorg kunnen wij als gemeente bieden aan een psychiatrische patiënt?'. Uiteraard behoort het niet tot de taak van een gemeentebestuur om therapeutische zorg aan te bieden (dat is en blijft de taak van

professionele hulpverleners) maar het is wel de taak om een preventief beleid te voeren waardoor integratie bevordert en uitsluiting 'uitgesloten' wordt.

Dit (preventief) beleid vertaalt zich oa. in het organiseren van structureel overleg tussen burgemeester en directie psychiatrie, gemeente, middenstand en politie.

Dit (preventief) beleid vertaalt zich oa. ook in acties die kaderen in

aanwezigheid van zorgbehoevende mensen centraal.

Hoe vertaalt zich dat in de praktijk?

Zonder volledig te willen zijn, want de lijst met actiepunten is indrukwekkend, willen we u toch de krachtlijnen van de praktische vertaling van de missie meegeven. Vooreerst lijkt de parallelle evolutie van het beleid van psychiatrische ziekenhuizen en het gemeentebeleid opvallend: waar vroeger patiënten maatschappelijk geïsoleerd werden, staat nu het streefdoel van maatschappelijke reïntegratie centraal. Voor de mensen uit het dorp is het 'anders' zijn van de patiënten waarmee ze nu geconfronteerd worden wel vaak bevreemdend. Het vormt een hele uitdaging om hen te leren omgaan met de 'overlast' van de patiënten, die ze vaak ook niet begrijpen. Hier ligt blijkbaar een terrein open voor hulpverleners en projecten als 'Anders Gewoon' in een poging de kloof naar de vreemde ander (de psychiatrische patiënt) te overbruggen. Hopelijk kan dan een ander denken ontstaan in plaats van een afsplitsing van de lastige patiënt van de gezonde gemeenschap. Dit werd mooi geïllustreerd door een voorbeeld: sommige middenstanders begrijpen ondertussen de nood aan gesprek en sociaal contact van een patiënt die wekelijks één vuilniszak komt halen.

Op preventief vlak wordt veel werk verricht: samen met het Lokaal GezondheidsOverleg (LOGO) Antwerpen-Noord heeft de gemeente Zoersel geestelijke gezondheid als extra doelstelling opgenomen, een voorbeeld dat werd gevolgd door andere LOGO's.

De gemeente Zoersel wil ook faciliteiten bieden aan (ontslagen) patiënten. In het kader van tewerkstelling is het in hun voordeel dat de werkwinkel in Sint-Antonius gevestigd is. Ook biedt de gemeente ondersteuning in extramuraal woonprojecten (beschut en begeleid wonen) en werd een lokaal ter beschikking gesteld voor het Dagactiviteitencentrum Kameleon.

Het meest treffende zijn de diverse sensibiliserende acties. We horen bij Katrien Schryvers een duidelijk vertrouwen in de deskundigheid van hulpverleners. Hoewel er meer contact is met de gemeente dan vroeger schiet de hulpverlening ons inziens misschien toch nog tekort wat betreft de zorg voor ontslagen patiënten. Waarschijnlijk kan het belang van het bieden van juiste informatie over psychiatrische ziektebeelden moeilijk overschat worden als het gaat over de aanvaarding, het tegengaan van stigmatisering en het wederzijds begrip. Momenteel wordt het overleg tussen de burgemeester, de directie van het PZ, de middenstand van Sint-Antonius en de politieke diensten door allen sterk gewaardeerd. Het punt van onderling overleg en wederzijdse communicatie wordt echter terecht benoemd als een permanent aandachtspunt en een constante bezorgdheid. Zo zag het 'meldpunt overlast' het licht, dat door het PZ werd opgericht voor middenstanders met een klacht in verband met het gedrag van een patiënt. Deze gemelde klachten worden steeds behandeld en besproken zodat in dialoog het anders zijn een plaats kan

een meer globaal beleid zoals het opnemen van de aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg als expliciete doelstelling in het Lokaal GezondheidsOverleg (LOGO).

Dit (preventief) beleid betekent ook dat er faciliteiten geboden worden aan de 'burgers met psychiatrische problematiek', bijvoorbeeld op vlak van tewerkstelling, op vlak van woonprojecten voor psychiatrische patiënten.

De gemeente Zoersel heeft zich ook actief ingeschreven in het project 'Anders Gewoon' (allerhande artikels in lokale bladen, informatiedagen voor OCMW-raadsleden, gemeenteraadsleden, opendeurdag voor wijken in Zoersel 'Zoersel (s)Tript'. In oktober 2008 is er ook een informatiedag met betrekking tot geestelijke gezondheid gepland voor het grote publiek.

Vermits echte integratie betekent dat er 'permanent' aandacht moet zijn,

zijn er in de toekomst nieuwe projecten gepland: een vereniging die peterschap van een patiënt opneemt, aanleggen van een Fit-o-meter en Finse piste voor de gemeente Zoersel op het domein van de psychiatrie, het gemeentebestuur, het OCMW en de wijkpolitie verhuizen naar een locatie op het domein van de psychiatrie.

krijgen. Sprekend voor zichzelf krijgt de burgemeester natuurlijk regelmatig telefoons op de gekste uren van de nacht. Door te beseffen hoe belangrijk het voor mensen is om een luisterend oor te vinden, neemt ze een ontvangende en geen afwijzende houding aan. Het voorbeeld toont mooi hoe begrip kan leiden tot een beter samenleven.

Verder participeert de gemeente in het beeldvormingsproject 'Anders Gewoon' om een juister beeld te brengen van de mensen met psychiatrische problematiek in de hoop de toch vaak pijnlijke misverstanden te verminderen. Zo publiceerde de gemeente artikels en werden informatiedagen georganiseerd voor de gemeentelijke diensten (politie, OCMW,...) die regelmatig met patiënten in contact komen. Er zijn ook 'subtielere' manieren om het anders zijn te leren kennen zoals het ophangen van schilderijen van psychiatrische patiënten tijdens de gemeentelijke activiteit 'Zingen aan tafel'. Omgekeerd is de wandelclub van het ziekenhuis een vereniging in Zoersel geworden. Dit soort initiatieven laat u proeven van de wederzijdse betrokkenheid van het ziekenhuis en het dorp.

En de toekomst?

Veelzeggend is ook de toekomstdroom van de burgemeester om een pilootproject 'sociale economie' op te starten. Zo kunnen patiënten zich losmaken van het ziekenhuis, zich inbedden in het sociale netwerk van de gemeente en zich reïntegreren door te werken. Spijtig genoeg botst dit met allerlei wetten en blijft dit project voorlopig enkel een verlangen. Het

toont wel het hart van deze 'burgermoeder'.

We hoorden namelijk duidelijk een bereidheid van de gemeente om het plotse moment van het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis te helpen dragen, vooral door een heropname in de maatschappij via werk.

Besluit

De gemeente Zoersel toont een grote verbondenheid met en tolerantie ten aanzien van het psychiatrisch ziekenhuis. Vooral het engagement en de interesse waarmee de samenwerking tussen de 'gemeente' en het 'ziekenhuis' wordt beklemtoond, werken aanstekelijk en kunnen een inspiratiebron zijn. Hopelijk kan de verhuis van de administratieve diensten en het gemeentebestuur naar het oude hoofdgebouw van het PZ Bethaniënhuis deze binding versterken en kan dit de rehabilitatie van patiënten faciliteren. Toch blijft de toekomst moeilijk voor het (kleine) dorp: klachten van overlast zullen blijven bestaan. Maar we blijven dromen als hulpverlener dat mensen met psychiatrische problemen zich welkom mogen blijven voelen en dat de verdraagzaamheid erop vooruit blijft gaan. Als we daar zelf ons steentje toe kunnen bijdragen door onze expertise en kennis te delen en beleidsmensen hun engagement blijven tonen is dit alleszins een eerste stap in de goede richting.

AANDACHT VOOR PSYCHISCHE GEZONDHEID BINNEN HET LOKAAL SOCIAAL BELEID.

Commentaar

*Wouter Smits, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis
Bethaniënhuis, Zoersel*

Als beleidscoördinatrice maatschappelijke dienstverlening werkt Nika Dangez aan een lokaal sociaal beleidsplan voor de gemeente Brasschaat. Het lokale sociaal beleid wil vooreerst meer afstemming realiseren tussen diverse gemeentelijke diensten, het OCMW en derden. Verder moet de dienstverlening klantvriendelijk zijn en moet deze participatiemogelijkheden bieden voor organisaties en burgers. Door het betrekken van burgers kunnen immers maar de echte praktijkproblemen gehoord worden. In die zin is het lokaal sociaal beleidsplan een equivalent 'avant la lettre' van de Nederlandse Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

Men vertrekt van de basisstelling dat iedereen recht heeft op kwalitatief wonen, werken, onderwijs/opleiding, welzijn en een zinvolle vrijetijdsbesteding. Voor deze domeinen werden diverse werkgroepen opgericht. Zonder een duidelijke en goedgekeurde visie en algemene doelstellingen die op voorhand een duidelijke richting en eindbestreving aangeven, worden concrete acties en extra middelen soms moeilijk te plaatsen en te verantwoorden.

Een overkoepelend probleem is het tekort aan afstemming en coördinatie tussen diensten en organisaties. In de praktijk blijkt het zeer moeilijk om netwerken en concrete samen-

werkingsverbanden te realiseren. Het is dan ook moeilijk om informatie te verdelen en te verspreiden en er wordt daarom gepleit voor een meer actieve sociale kaart en een deontologische code om vlotte doorverwijzing te realiseren. Maar verhult de roep naar meer samenwerking niet dat het probleem onoplosbaar is? Zegt het niet iets over een politieke onmacht in confrontatie met het menselijke lijden? Is het aanbod van de GGZ soms ontoereikend en moeten we dit niet blijven signaleren naar de overheid?

Nu stelt zich de vraag welke problemen men betreffende psychische gezondheid tegenkomt in Brasschaat. Was dat niet die rijke gemeente met allemaal gelukkige mensen? Het vraagt naar onze mening politieke moed om verder te kijken. Er blijken immers arme wijken te zijn (in zoverre geestelijke gezondheid al samenhangt met armoede). Verder is er weinig eerstelijns geestelijke gezondheidszorg en voelen inwoners zich vaak eenzaam. Een ander merkwaardig fenomeen stelt zich voor minderjarige jongeren die niet terecht kunnen bij een Jongeren Advies Centrum aangezien het dichtstbijzijnde zich in Antwerpen bevindt. Ook zijn er in Brasschaat merkwaardig genoeg veel jonge OCMW-klienten met psychische problemen (ongeveer 30% van de mensen die aankloppen bij het OCMW zijn jongeren). Vaak is er sprake van (ex-)druggebruik en hebben de jongeren weinig structuur en copingvaardigheden. Bovendien valt op dat ze weinig probleembesef hebben. Wat moet er met hen en met hun ouders gebeuren die ook vaak machteloos staan toe te kijken?

*Nika Dangez, beleidscoördinator
maatschappelijke dienstverlening,
Brasschaat*



Doordat men deze en andere problemen constateerde heeft men vele actiepunten genoteerd om een aanbod op vlak van psychisch welzijn te kunnen realiseren. Concreet wordt bijvoorbeeld gedacht aan een project ‘opvoedingsondersteuning’ binnen een huis van het Kind waar ouders terecht kunnen met opvoedingsvragen. In de hoop de anonimiteit en eenzaamheid die vaak heerst te doorbreken worden ouders uitgenodigd om verder te denken over opvoedingsmoeilijkheden. Preventief is dit natuurlijk van enorme waarde want tegenwoordig is de opvoeding van jonge kinderen bijna het soloproject van twee ouders die weinig gesteund worden door hun omgeving/netwerk.

Ook wordt het ‘sociaal huis’ verder uitgebouwd waar elke hulpvraag die tijdens de intake wordt gesteld een gerichte doorverwijzing kan krijgen. Het idee werkt natuurlijk drempelverlagend en zo hoopt men meer zorg op maat te kunnen realiseren. Dergelijke projecten tonen dat het lokale bestuur oog heeft voor het psychisch welzijn binnen de gemeente.

Het is onmogelijk om alle problemen in kaart te brengen: niet alles kan gemeten worden. Het viel wel op dat de aandacht voor psychische problemen richting kan geven aan het beleid en aan de acties die ondernomen worden. Wetend dat dit alles gebeurt in Brasschaat, zou het andere gemeentes aan het denken moeten zetten. Is het nodig het thema ‘psychische gezondheid’ overal op de agenda te plaatsen van het lokale bestuur? Anders blijven we zitten met een onbekende

variabele, een ‘dark number’ of zelfs een ontkenning van het probleem. Door het agenderen en aandacht schenken aan psychisch welzijn kunnen we het thema uit de taboesfeer halen. Hopelijk kan het voorbeeld van de gemeente Brasschaat inspirerend werken voor andere lokale besturen zodat het probleem van het psychisch lijden gehoor en antwoorden kan vinden. Dit kan misschien meer mensen over de toch nog steeds hoge drempel van de geestelijke gezondheidszorg trekken, hoewel we moeten beseffen dat we nooit iedereen zullen kunnen bereiken. Toch valt op dat het in rekening brengen van de problematiek van het psychisch welzijn, een vertrekpunt biedt voor gemeentes om na te denken wat men kan doen voor mensen die nu vaak in de kou staan. Het engagement van de gemeente Brasschaat was voor de toehoorders alleszins aantekelijk.

KWARTIER MAKEN INZAKE HUISVESTING: DE SLEUTEL VOOR REHABILITATIE VOOR PERSONEN MET COMPLEXE PSYCHIATRISCHE PROBLEMEN.

Met invulling van good practices: ervaringen rond samenwerking met de Sociale Huisvestingmaatschappij De Ideale Woning te Berchem.

Jo Verstraeten, coördinator vzw De Vliering, Boechout

Rob Schelfout, directeur De Ideale Woning, sociale huisvestingsmaatschappij arrondissement Antwerpen



Commentaar

Ward Jansen, maatschappelijk assistent, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Norbertushuis, Duffel

Tijdens de pauze, na de eerste twee sprekers, ging ik nog snel even naar de afdeling voor een telefoontje dat ik zeker nog voor het weekend moest afhandelen.

Naar gewoonte zette ik mijn bril af om te telefoneren en werd nog snel in het staflokaal geroepen voor een inlichting, waardoor de tijd die mij restte om tijdig terug in het Congrescentrum te zijn beperkt werd tot een absoluut minimum. Ik haastte mij dan ook terug.

Terug in het Congrescentrum realiseerde ik mij dat ik mijn bril niet op had. De schermen lezen of enige visuele notie hebben van de spreker zat er dus niet meer in.

Zoals Yves Wuyts moeiteloos in zijn uiteenzetting benadrukte, zijn we allemaal patiënten op één of andere manier op een bepaald moment. Op dat moment had ik een beperking en voelde ik mij eigenlijk een patiënt. Als er geen syllabus was zou ik zelfs kunnen spreken over een handicap. Ik kon immers niet (ver) zien. Echter ik had nog een keuzemogelijkheid: ik kon een paar rijen naar voor opschuiven. Mijn handicap of beperking was daarmee niet opgelost, maar ik had verbetermogelijkheden. Dit symposium handelde onder meer over integratie (verbeteren van de situatie) van de (psychiatrische) patiënt in de samenleving. En dit op verschillende gebieden. We moeten eerlijkheidshalve toegeven dat we het hier in België en Vlaanderen niet slecht doen of hebben. Ook al

staan andere landen op sommige gebieden dan al wat verder of zijn ze progressiever of innovatiever op dat gebied. Toch moeten we onderkennen -zeker als hulpverlener die zijn cliënten zo veel mogelijk verbetermogelijkheden toewenst- dat er tekorten zijn, dat integratie in onze maatschappij als 'anders zijnde' niet evident is.

De psychiatrische patiënt heeft in onze maatschappij niet steeds de mogelijkheid om nog een bank vooruit te schuiven om zijn handicap of beperking (of de sociale en financiële gevolgen hiervan) minder te laten wegen op zijn functioneren. Soms is er gewoon geen bank. Soms is er enkel een lange wachtrij voor hem. Soms is er zelfs geen oogarts in de buurt die de bril kan voorschrijven of een optiker die hem kan maken. Hoe kan hij als gewone burger, laat staan als patiënt, zijn situatie dan verbeteren?

Het antwoord dat tijdens dit symposium wordt geformuleerd is eenvoudig samengevat: niet enkel de patiënt moet zoeken naar verbetermogelijkheden, maar ook zijn brede omgeving (mantelzorg, hulpverleners, locale besturen, beleidsmakers,...) moet initiatieven willen en kunnen nemen.

Ik volgde de workshop over: 'Kwartier maken betreffende huisvesting', door Jo Verstraeten en Rob Schelfout.

Het ging hierbij om de initiatiefnemende omgeving; De Vliering (Beschut Wonen, PTZ en Dagactiviteitencentrum) en de Ideale Woning.

Jo Verstraeten zette de workshop in met een korte beschrijving

van De Vliering en een toelichting bij de titel van de workshop. Kwartier maken moet verstaan worden als: cliënten een stem en ruimte geven in onze maatschappij.

Er wordt benadrukt dat huisvesting een fundament is voor vermaatschappelijking. Onze cliënten beschikken echter over weinig financiële mogelijkheden waardoor ze vaak gedepriveerd zijn van goede en betaalbare huisvesting. Belangrijke partners in het mogelijk maken van deze huisvesting zijn de sociale huisvestingsmaatschappijen en de sociale verhuurkantoren. Er wordt nogmaals aangehaald dat deze laatste voor onze cliënten een minder belangrijke rol zullen spelen voor wat betreft het bijstaan in het verkrijgen van een huursubsidie. Dit gezien de recente wijziging in de regelgeving, waardoor een verblijf in een ziekenhuis of beschut wonen van langer dan zes maanden geen mogelijkheid meer biedt om op basis hiervan het recht op een huursubsidie te laten onderzoeken. Verder lichtte Jo Verstraeten het concept woonzorgzone toe. Vrij vertaald heeft dit concept betrekking op een woonzone binnen een wijk of dorp voor mensen die zorg nodig hebben: een plaats waar wonen en snelle/nabije zorg mogelijk zijn. De te organiseren zorg kan ter harte genomen worden door een servicecentrum of een dienstencentrum van het OCMW. Om geen 'gettovorming' te krijgen van de doelgroep, worden er criteria gehanteerd wat betreft de aanwezigheid van specifieke woonvormen, minimum en maximum percentage bewoners behorende tot de doelgroep, afstand tot het zorgcentrum, aanwezigheid van 'diensten aan huis' en de veiligheid van de omgeving.

Het betreft dus ambitieuze projecten die veel geld en tijd kosten om ze te realiseren. Er wordt in het licht van de benodigdheden om dergelijke projecten te realiseren door de spreker betreurd dat de overheid massaal veel geld steekt in de uitbouw van residentiële zorgcomplexen. Dit kan echter niet beletten dat er een samenwerking is tussen De Ideale Woning en De Vliering. De Vliering stelt zich hierbij garant voor de betaling van de huur en de waarborg. Dit samenwerkingsverband is er nu al voor een gezinswoning en tien éénpersoonsappartementen. Er zijn tevens afspraken voor de verbouwing van tien éénpersoonsappartementen en zes éénpersoonsappartementen in een op te richten woonerf. Deze samenwerking is een begin van een op te richten woonzorgzone.

Vervolgens nam Rob Schelfout, directeur van De Ideale Woning het woord met bemerkings van zijn concrete ervaring uit de sector van de sociale huisvesting. De man

sprak vanuit het hart en vanuit de buik. Met een zeker cynisme kaartte hij een aantal moeilijkheden binnen zijn werkveld aan.

Eerst merkte hij op dat hij vanuit zijn werkveld niet spreekt over patiënten. Ook spreekt hij persoonlijk liever niet over burgers omdat dit een verwijzing inhoudt naar bezit. Hij houdt het dus liever gewoon op 'mensen'.

De Ideale Woning heeft één van de grootste werkterreinen in Vlaanderen. Ze beschikken over veel huizen, maar in vergelijking met bv Nederland of Duitsland is het percentage aan sociale woningen laag.

De overheid tracht de aanvraag te beperken door de inkomensgrenzen, om aanspraak te maken op een sociale huurwoning, zeer laag te houden. Toch staan er op de wachtlijst van De Ideale Woning meer dan 8.000 mensen. Het gaat al lang niet meer over mensen met een bescheiden inkomen, maar om mensen met een quasi minimum inkomen.

Dankzij reglementering kunnen mensen hun ééngezinswoningen kopen. Deze woningen zouden in principe na verkoop moeten vervangen worden door andere huurwoningen. Dit kan echter niet aan hetzelfde tempo gerealiseerd worden, waardoor het patrimonium van de sociale huisvestingsmaatschappijen nog dreigt te dalen.

De Ideale Woning was enige tijd terug een pionier op het gebied van huisvesting voor bijzondere doelgroepen. Dit is iets waar uiteraard met trots naar wordt teruggekeken. Door de huidige 'overmatige' reglementering op de sociale huisvestingsmaatschappijen is het echter tegenwoordig moeilijk om nog pionierswerk te verrichten.

Bovendien wordt het door de reglementering zeer moeilijk om de huurprijs te berekenen en hierover voorafgaandelijk de huurder correct in te lichten.

Rob Schelfout maakt verder de opmerking dat het zeer moeilijk is om binnen de woongelegenheden of -gebieden een gezonde sociale mix te maken wegens de zeer lage inkomensgrenzen om een sociale woning te huren.

De huidige wachttijd voor een appartement is ongeveer twee à vijf jaar. Voor een ééngezinswoning loopt dit zelfs op tot zeven jaar. Dit is betreuenswaardig gezien woningnood vaak een acuut probleem is.



PSYNET: HET BEGELEIDEN VAN STUDENTEN MET PSYCHISCHE PROBLEMEN.

Gert Christens, inhoudelijk coördinator PSYNET, Associatie Universiteit en Hogescholen Antwerpen

Danny Boeykens, administratief coördinator PSYNET, studentenbegeleider Universiteit Antwerpen

Commentaar

*Marc De Cuyper, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis
Bethaniënhuis, Zoersel*

Psynet is een functioneel samenwerkingsverband tussen studentenbegeleiders en psychologen die actief zijn binnen de Antwerpse instellingen voor Hoger Onderwijs enerzijds en diverse instellingen voor sociale voorzieningen of geestelijke gezondheidszorg en zelfstandige psychotherapeuten anderzijds. De kernopdracht is het begeleiden van studenten met psychische problemen. In 2004 is men van start gegaan. Alle instellingen die deel uitmaken van de Associatie Universiteit Hogescholen Antwerpen participeren in Psynet, ofwel via de instelling zelf ofwel via de aan de instelling verbonden sociale voorzieningen. Op 1 oktober 2005 werd ook de Lessius Hogeschool lid, hoewel geassocieerd met de Universiteit Leuven.

Dat er nood is aan een dergelijke voorziening blijkt uit onderzoek. Bijna één vijfde van de studentenpopulatie wordt met psychische problemen geconfronteerd, hoewel minder dan één op twintig hier echt professionele hulp voor nodig heeft. Voor de 26.000 studenten binnen de Antwerpse agglomeratie betekent dit echter een belangrijke nood aan opvang en hulpverlening, die pas met de oprichting van Psynet adequaat werd opgevangen.

Het bieden van snelle en efficiënte hulp is het sleutelwoord in deze opzet, wat doorheen de workshop geïllustreerd werd met

talrijke praktijkvoorbeelden. De student kan op alle momenten beroep doen op de dienst, dit op vrijwillige basis, waarbij volgens de aard van het probleem en in samenspraak met alle betrokkenen een behandeling of een begeleiding wordt uitgetekend. Het feit dat men met een overkoepelende organisatie werkt vergroot de kans dat dit snel gebeurt, waarbij bovendien ook expertise en kennis wordt opgebouwd en doorgegeven. Binnen een week na de aanmelding wordt de student een eerste gesprek aangeboden waarbij het probleem wordt geëxploreerd. Dit kan heel verschillende vormen aannemen, gaande van studiebegeleiding of heroriëntatie tot psychotherapie. Een combinatie van verschillende interventies is natuurlijk ook mogelijk. Naast de Centra voor Geestelijke GezondheidsZorg (CGGZ) wordt ook beroep gedaan op zelfstandig gevestigde psychotherapeuten, dit wegens het gekende probleem van de lange wachtlijsten bij de CGGZ's.

De reacties tijdens en na de workshop bleken alleen maar positief. Onder vele professionals leeft immers de overtuiging dat psychische problemen bij jongeren alleen maar toenemen. Sommigen hebben dit aan den lijve kunnen ondervinden in de omgang met stagiaires op hun diensten, waarbij problemen in de sfeer van het psychische een heel heikel punt vormen. We kunnen het alleen maar toejuichen dat hier nu een aanspreek-



adres voor is. Het studentenleven – de eerste keer weg van huis, het opnemen van zelfstandigheid en het zich een eigen plaats zoeken in de wereld – is nu eenmaal meer stresserend en ingrijpend als men geneigd is te denken. Bovendien sluit het heel goed aan bij het thema en de bekommernis van deze studiedag. Het project situeert zich niet alleen in het zorg dragen voor toekomstige collega's, maar ook in een poging om jongeren met psychische problemen al in een vroeg stadium gepaste hulp te bieden en hun de kansen op een volwaardige manier aan de samenleving deel te nemen niet te ontnemen.



VAN STEMMEN HOREN TOT JE STEM LATEN HOREN.

(Winnaar Lilly Reintegration Award 2007).



Liesbeth Schroven, GPS, Gids voor Participatie aan het Sociale Leven in PVT Schorshaegen

Peter Van Massenhoven, begeleider PVT Schorshaegen

Commentaar

Eva Paridaens, psychologe, Psychiatrisch Verzorgingstehuis Schorshaegen

Stemmen is een burgerplicht maar ook een recht. Zovele jaren geleden stond opname in een psychiatrisch centrum gelijk aan het verlies van dit recht en deze plicht. Opname in een psychiatrisch centrum betekende immers dat je ziek was, geestelijk in de war, niet in staat rationele keuzes te maken. Zelfs nu nog wordt door sommigen in vraag gesteld of mensen met een psychische ziekte wel bekwaam zijn om te gaan stemmen. Vroeger was het dan ook 'evident' om aan die mensen een medisch attest aan te reiken.

Mede dankzij de rehabilitatiegedachte, waar integratie in en participatie aan het maatschappelijk leven centraal staan, wordt de evidentie van het medisch attest meer en meer in vraag gesteld. Zo ook in het Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) Schorshaegen. Uit de discussie blijkt dat op de meeste afdelingen in psychiatrische zorginstellingen het medisch attest ook niet meer per definitie worden uitgereikt. Op sommige afdelingen is het nu zo dat mensen een goede reden moeten hebben om niet te gaan stemmen.

Een goede reden om niet te gaan stemmen voor veel van de mensen, die langdurig in een psychiatrische instelling verblijven, zou kunnen zijn dat ze niet weten hoe te stemmen. Velen onder hen hebben immers nooit de kans gekregen zich deze

vaardigheden eigen te maken, of hebben uit de overtuiging dat dit niet meer voor hen weggelegd is de interesse verloren. Wanneer we mensen in de stembureau's willen krijgen is het dus onze taak om hen van de kennis en vaardigheden te voorzien en om deze taak tot een goed einde te brengen. Dit laatste is echter redelijk paternalistisch van de hulpverlening. Inderdaad. PVT heeft de bewoners niet zonder meer verplicht om te gaan stemmen. Om mensen gemotiveerd te krijgen werd een werkgroep opgericht waar geïnteresseerden volop nadachten over de uitwerking van het project. Zo konden bewoners zelf uitdrukken welke pijnpunten er waren en mee nadenken over oplossingen.

In vele psychiatrische zorginstellingen probeert men bewoners te motiveren om te gaan stemmen door samen met hen de kranten door te nemen, door tijdens media-uurtjes aandacht te besteden aan dit thema, door samen met hen partijen en standpunten te overlopen, door hen met een computer vertrouwd te maken,... . Wat de werkwijze van PVT Schorshaegen tijdens afgelopen verkiezingen zo bijzonder maakte, was de aangepaste en structurerende aanpak op maat van bewoners. Het gehele project verliep in fasen. Een eerste fase was een informatiefase. Deze bestond uit een algemene vergadering en bijeenkomsten in kleinere groepen waarin thema's aan



bod kwamen als: het federaal parlement en hoe dit werkt, partijen en hun standpunten, wat is het nut van stemmen? Op deze manier werden bewoners zich bewust van hun rol als burger en werd de motivatie vergroot om hun recht uit te oefenen en hun plicht te vervullen. Hier werd gebruik gemaakt van een onafhankelijke organisatie die educatief materiaal verspreidt, dit om partijdigheid te voorkomen. In de oefenfase konden bewoners oefenen met een stemcomputer die hen in PVT ter beschikking werd gesteld. In de uitvoeringsfase gingen mensen effectief stemmen met de nodige ondersteuning. Uit de evaluatiefase, waarin gepeild werd naar de tevredenheid van bewoners, kwam vooral naar voor dat bewoners dit project als zeer positief, nuttig en nodig ervaren. Ze werden actief betrokken bij de actualiteit en hun zelfwaardegevoel werd vergroot. Het biedt bewoners een perspectief: niet dat van zieke maar dat van burger en dat van burger als lid van een gemeenschap. Het stigma dat mensen 'die psychisch ziek zijn' niet bekwaam zijn om te gaan stemmen werd doorbroken en zo werd een ingang gevonden naar eerherstel. Hopelijk ook een stap in het herstelproces van bewoners.

De Lilly Reintegration Award was een mooie bekroning op dit werk, alsook de contacten met de gemeente die hierdoor werden verbreed. Er werd ook al volop naar de toekomst

gekeken: volgende keer politici uitnodigen voor informatie en debat? Bezoek aan het parlement?

Liesbeth Schroven en Peter Vanmassenhove brachten hiermee een verhelderende uiteenzetting van het project dat in PVT Schorshaegen plaatsvond rond de verkiezingen. Zeer interessant is ook hun uitnodiging tot samenwerking met geïnteresseerden!



Sanne Fierens, sociale dienst activiteitencentrum Klimop, Psychiatrisch Ziekenhuis Sint Norbertus Duffel

Commentaar

Rudy Meurs, psycholoog, Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis Zoersel

Met een frisse aanpak wist Sanne Fierens onze aandacht te prikkelen voor de laatste etappe van dit boeiende symposium. Zij stippelde meteen het parcours van deze workshop voor ons uit: (1) eerst zouden we nadenken over wat arbeid voor iemand kan betekenen, in termen van meerwaarde; (2) dan zou zij een overzicht geven van de diensten die het ter beschikking heeft of gebruikt om patiënten naargelang hun noden te ondersteunen in hun traject naar een vorm van werk; (3) tenslotte zouden we ons bezinnen over de hindernissen die we ervaren wanneer we mensen op dat spoor naar werk trachten te brengen en te houden.

Arbeid kan iemand veel te bieden hebben: sociaal contact, persoonlijke ontplooiing, dagstructuur en –ritme, aanzien, meer financiële mogelijkheden, verhoging van zelfwaardegevoel, identiteit,... Deze lijst is uiteraard nooit volledig, maar dat arbeid zin kan geven aan iemands leven en in het bijzonder aan iemand met een psychiatrische problematiek trok niemand in twijfel.

Hoe worden psychiatrische patiënten in het PZ Sint-Norbertushuis Duffel geholpen in dat traject naar arbeid? Uit het verhaal van Sanne Fierens blijkt dat er verschillende voorzieningen zowel binnen als buiten het ziekenhuis zijn,

elk met hun eigen karakter en doelstellingen.

De Spie behoort tot het psychiatrisch ziekenhuis. Dit is een plek waar opgenomen patiënten op vrijblijvende basis aan metaal- en houtbewerking kunnen doen, herstellingen uitvoeren, kaarsen maken, ... Men werkt er zonder therapeutisch behandelplan. In het Psychiatrische Ziekenhuis is er ook het activiteitencentrum Klimop waar mensen overdag naartoe komen. Mensen komen daar wel van thuis uit, of verblijven nog in de instelling maar hebben al zicht op een woonvorm op meer zelfstandige basis. Hier heerst een afgelijnder werkklimaat: mensen worden verwacht zich voldoende stipt aan de werkuren te houden, tijdig verlof aan te vragen... Buiten de instelling is er een samenwerkingsverband met de Kringloopwinkel in Duffel. Mensen worden daar als vrijwilliger ingeschakeld in het logistieke team, het winkelteam of het atelier. Er is de beschutte werkplaats waar mensen aan de slag kunnen in een beschermd milieu, maar waar de werkdruk toch opmerkelijk hoger ligt, gezien de commerciële bewindvoering. In het reguliere arbeidscircuit kan men beroep doen op arbeidstrajectbegeleiding, beroepsopleidingen, het Steunpunt Vrijwilligerswerk...

Die diversiteit is nodig, aangezien de weg naar arbeid vaak een zeer individueel en gefaseerd proces is. Dit vraagt om



een multidisciplinaire betrokkenheid, die wordt gecoördineerd door de maatschappelijke assistente van de afdeling van de betrokken patiënt. Anderzijds is die diversiteit in voorzieningen uiteraard ook het resultaat van disparate initiatieven vanuit verschillende contexten, tijdsgeesten, maatschappelijke noden... Onvermijdelijk moet men zich bijgevolg voortdurend oriënteren in een vrij ingewikkeld landschap. Het vraagt ook heel wat overzicht en behendigheid om patiënten naar een geschikte werkplek te loodsen. En dat gebeurt in regel met vallen en opstaan¹. Patiënten worden in die zoektocht vaak geconfronteerd met wat niet meer lukt en zij ervaren heel wat stress door de onzekerheid die onlosmakelijk gepaard gaat met deze onderneming.

Men zou na deze workshop inderdaad kunnen concluderen dat de uitdrukking 'de weg naar werk' eigenlijk wat ongelukkig gekozen is. Zij suggereert dat het hier een soort baan met éénrichtingsverkeer zonder zijwegen betreft. Als er in deze workshop iets zeer helder werd, dan is het wel dat dit beeld niet beantwoordt aan de realiteit. Nochtans lijkt men daar wel vaak van uit te gaan, bijvoorbeeld in procedures, reglementeringen in verband met (verlies van) ontmoetkomingen, afspraken in verband met wonen-werken...

Deze reflecties en ervaringen konden in deze workshop in een open sfeer gedeeld worden met elkaar. Dat deed deugd en was ook verhelderend, maar toch bleef ik op mijn honger zitten. Misschien omdat we niet zijn toegekomen aan de vraag over hoe we ons tegenover die realiteit kunnen verhouden.



¹ In dit verband, bijvoorbeeld: Lieve Billiet, 'Two approaches to the incurable,' *Mental online, International Journal of Mental Health and Applied Psychoanalysis* 13, December 2003, pp. 78-81. (<http://www.mental-nls.com/MentalOnline13.pdf>)

OVERLEGPLATFORM PSYCHIATRISCH CENTRUM SLEIDINGE: INTENS WERKEN MET DE BUURT.

Peter Dierink, psycholoog en voorzitter Overlegplatform, Psychiatrisch Centrum Sleidinge

Commentaar

Roeland Depreitere, directeur Beschut Wonen Este, Duffel, Mechelen

Het verhaal van de workshop klinkt als een thriller.

Het psychiatrisch centrum (PC) waarvan sprake ligt midden in de dorpskern van een kleine, hechte gemeenschap in het Gentse, Sleidinge.

Het centrum werd destijds opgericht door de Broeders, die veel aanzien genoten in het dorp en het vaste aanspreekpunt waren tussen de burgers en de psychiatrie. Stilaan verdwijnen de Broeders en sinds een aantal decennia proberen ze met wisselend succes de 'burgers' van het PC te integreren in de dorpskern van Sleidinge.

Net als in andere 'psychiatrische dorpen' gaat het PC te Sleidinge zijn gangetje en zijn er weinig noemenswaardige problemen met de patiënten van het PC.

Tot op een dag een ex-patiënt in een frituur rechtover de instelling twee mensen neerschiet.

Het nieuws slaat in als een bom in de dorpsgemeenschap en er ontstaat een ware angstpsychose. De patiënt als burger wordt hervertaald als 'de psychiatrische patiënt als crimineel/gevaarlijk object'.

Er wordt in eerste instantie een vergadering gehouden met de buurtbewoners.

De emotie laait hoog op en door een aantal buurtbewoners wordt de participatie van patiënten in het dorpsleven

openlijk in vraag gesteld.

Er ontstaat een polarisatie waarbij men ofwel voor ofwel tegen de instelling was.

Een aantal zinsneden van buurtbewoners zijn me bijgebleven:

' Moeten de patiënten wel op straat lopen, jullie hebben toch een mooie tuin ... (de zin werd niet afgemaakt)'

' Er is geen probleem met patiënten die we al jaren kennen, maar wat met nieuwe patiënten. Kunnen die geen kenteken dragen, zodanig dat we weten wanneer we op onze hoede moeten zijn?'

Er is zelfs een buurtcomité opgericht met als doel te strijden tegen het psychiatrisch centrum.

De spreker van deze workshop herinnert zich deze dagen maar al te goed! Je moet maar op dat moment in het psychiatrisch centrum werken met de rehabilitatievisie en ervan overtuigd zijn dat uw psychiatrische patiënten het recht hebben zich te reintegreren in de maatschappij. Of nog erger, je moet tijdens deze periode maar een patiënt zijn van de instelling en in het dorp uw boodschappen doen.

Toch zijn ze niet bij de pakken blijven zitten. Ze hebben in de loop van de jaren twee zaken opgericht:



- een meldpunt, telefoonnummer waar buurtbewoners telefonisch contact kunnen opnemen met de instelling als er een probleem is met of rond een (vermoedelijke) patiënt van de instelling. Deze meldingen worden geregistreerd en teruggekoppeld op het overlegplatform
- het overlegplatform is een driemaandelijkse vergadering waarop personeelsleden en buurtbewoners aanwezig zijn. Hierin worden de meldingen van de afgelopen periode overlopen en worden activiteiten georganiseerd, zoals het jaarlijkse buurtfeest dat op de terreinen van het PC plaatsvindt.

Het resultaat is dat dankzij deze overlegkanalen de verstandhouding tussen het PC en de buurt verbeterd is.

Tijdens de workshop werd gedebatteerd of dergelijke instrumenten ook wenselijk zijn bij de andere psychiatrische centra in Vlaanderen. Het besluit was dat de meeste deelnemers van de workshop een overlegplatform een nuttig instrument vonden om elkaar te ontmoeten. Het meldpunt had zijn voor- en tegenstanders.



Inhoudstafel

Voorwoord *p. 5-7*

‘Goed bezig?’ De democratie op de proef gesteld door de ‘psychiatrische burger’.
p. 9-11

Samenvatting en commentaar

Rehabilitatie en steunsystemen. *p. 12-17*

Samenvatting en commentaar

Integratiekansen en -beperkingen voor mensen met psychiatrische beperkingen
in Vlaanderen. *p. 18-22*

Samenvatting en commentaar

Een zorgende gemeente. Geen rariteit. *p. 23-25*

Samenvatting en commentaar

Workshop 1

Aandacht voor psychische gezondheid binnen het lokaal sociaal beleid. *p. 26-27*

Commentaar

Workshop 2

Kwartier maken inzake huisvesting: de sleutel voor rehabilitatie voor personen
met complexe psychiatrische problemen. *p. 28-29*

Commentaar

Workshop 3

PSYNET, Het begeleiden van studenten met psychische problemen. *p. 30-31*

Commentaar

Workshop 4

Van stemmen horen tot je stem laten horen. *p. 32-33*

Commentaar

Workshop 5

De (moeizame) weg naar werk. *p. 34-35*

Commentaar

Workshop 6

Overlegplatform Psychiatrisch Centrum Sleidinge: intens werken met de buurt.
p. 36-37

Commentaar

