



**Bachelorproef**  
**Professionele Opleidingen**  
**Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

# **Eigen Kracht-conferenties in de Geestelijke Gezondheidszorg: voldoende kracht van het netwerk?**

Bachelorproef aangeboden door

**Kristine Donche**

tot het behalen van de graad van

**Bachelor in de Gezinswetenschappen**

**Odisee Campus Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen**

Huart Hamoirlaan 136, 1030 Brussel

T +32 (0)2-240 68 40

[www.odisee.be](http://www.odisee.be)

Oni



**Bachelorproef**  
**Professionele Opleidingen**  
**Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

# **Eigen Kracht-conferenties in de Geestelijke Gezondheidszorg: voldoende kracht van het netwerk?**

Bachelorproef aangeboden door

**Kristine Donche**

tot het behalen van de graad van

**Bachelor in de Gezinswetenschappen**

**Odisee Campus Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen**

Huart Hamoiriaan 136, 1030 Brussel

T +32 (0)2-240 68 40

[www.odisee.be](http://www.odisee.be)

## ABSTRACT BACHELORPROEF 2015-2016

Opleiding:	<b>Bachelor in de Gezinswetenschappen</b>	
	<b>Voornaam</b>	<b>Naam</b>
Student:	Kristine	Donche
Eindproefbegeleider	Kristien	Nys
<b>Titel bachelorproef</b>	Eigen Kracht-conferenties in de Geestelijke Gezondheidszorg: voldoende kracht van het netwerk?	
<b>Abstract publiceren</b>	Ja	

### **Kern- / trefwoorden bachelorproef:**

Geestelijke Gezondheidszorg, Eigen Kracht-conferenties, netwerk, empowerment, eigen regie

### **Korte samenvatting bachelorproef:**

Als besluitvormingsmodel heeft Eigen Kracht-conferenties (EK-c) heel wat ervaring in de Jeugdhulpverlening, maar vindt het moeilijk ingang in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Hoewel de vermaatschappelijking van de zorg gepaard gaat met (meer) krachtgericht en netwerkversterkend werken, komt dit te weinig aan bod in de GGZ. De reden hiervoor kan zowel worden geschetst vanuit een ecologisch, een ethisch als een economisch perspectief. Werken met de context van het gezin is nog niet hetzelfde als de ruimere context een plan te laten bedenken dat bepalend is voor de verdere hulpverlening. Ofschoon het empowermentparadigma meer ingeburgerd raakt in het brede zorglandschap, participeren mensen met een psychische problematiek nog te weinig in het hulpverleningsproces. Geestelijke gezondheidshulpverleners beschikken over te weinig tijd en tools om met het netwerk aan de slag te gaan. Niettegenstaande EK-c ondersteunend kan zijn in het herstelproces van de persoon met een psychische aandoening, twijfelen hulpverleners aan de positieve bijdrage die EK-c kan leveren in de GGZ. In deze eindproef gingen we op zoek naar de randvoorwaarden die moeten worden vervuld om de inzet van EK-c in het brede werkveld - en specifiek in de GGZ - te optimaliseren.

De cijfers leren ons dat steeds meer mensen te kampen hebben met psychische problemen. Enerzijds worden sociale problemen vlugger geproblematiseerd en gemedicaliseerd, anderzijds produceert onze prestatimaatschappij meer burn-outs, depressies, stemmings- en angststoornissen. Wie psychisch ziek wordt, dreigt in armoede terecht te komen, terwijl sociaaleconomische problemen zoals armoede, een verhoogd risico op psychische problemen met zich meebrengen. Meer investeren in de GGZ en preventie is zinvol op voorwaarde dat tegelijk maatschappelijke structuren worden aangepakt die leiden tot psychisch onwelzijn. Het is de taak van de overheid om een welzijnsbeleid uit te bouwen en uit te voeren dat verschillende welzijnsdomeinen bevat. Zolang niet iedereen over een menswaardig minimuminkomen beschikt en betaalbare huisvesting geen basisrecht is, leidt de grote kloof tussen rijk en arm, de winners en de losers, tot meer lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen. Hierin investeren is op lange termijn kostenbesparend en komt de economie ten goede. Mensen met een psychische problematiek worden gestigmatiseerd wat sociale participatie en hulp zoeken, verhindert. Net daarom is bij de verdere uitbouw van een

geestelijk gezonde samenleving een correcte beeldvorming omtrent geestelijke gezondheid en psychische aandoeningen een belangrijke opdracht. Hoewel campagnes als 'Fit in je Hoofd, Goed in je Vel' en 'Te Gek!?' een groot publiek bereiken, is het merkwaardig dat een belangrijke risicogroep, namelijk mensen in armoede, niet worden bereikt. Projecten opzetten in laagdrempelige ontmoetingshuizen en samenwerking met ervaringsdeskundigen kunnen hiertoe bijdragen.

Personen met een psychische problematiek hebben het vaak verleerd om de eigen regie te voeren. Door het netwerk van de hulpvrager samen te brengen en hen de nodige info te geven omtrent de aandoening en mogelijke hulpverlening, behouden mensen met een psychische aandoening de regie over hun eigen leven. Minstens even belangrijk als het uiteindelijke hulpplan dat ze samen met hun netwerk bedenken, is het proces dat hierbij op gang wordt gezet.

Te weinig zorgvragers en hulpverleners zijn op de hoogte van EK-c als participatief model. Inzetten op naambekendheid is voor de organisatie een prioriteit. Meer vormingen en bijscholingen voor (toekomstige) geestelijke gezondheidshulpverleners maken dat EK-c meer bekend wordt en meer kan worden ingezet in de GGZ. Daarnaast kunnen we er niet omheen dat EK-c één van de vele netwerkversterkende methodieken is. In plaats van elk op hun eiland bezig te zijn, opteren we voor meer samenwerking. Dit kan nieuwe perspectieven openen waardoor andere doelgroepen kunnen worden bereikt. Een meer diverse coördinatoren groep kan zowel culturele verschillen als taalproblemen verhelpen.

We hopen dat deze eindproef een oproep en stimulans kan zijn voor geestelijke gezondheidsmedewerkers om meer te geloven in de krachten en competenties van mensen met een psychische problematiek en hun netwerk. EK-c is een efficiënt instrument om krachtgericht en netwerkversterkend te werken en kan op die manier een positieve aanvulling zijn op het bestaande aanbod.

#### **Referentielijst:**

*Beleidsplan Geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.* (2010). Brussel: Kabinet van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen. Geraadpleegd op 26 november 2015 via [http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/Nota%20GGZ%20\\_2\\_.pdf](http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/Nota%20GGZ%20_2_.pdf)

Cools, B. (2014-2015). *Gezin, zorg en welzijn: Geestelijke gezondheidszorg.* [Cursus Gezinswetenschappen]. Brussel: Odisee.

Eigen Kracht-conferenties. Geraadpleegd op 28 november 2014 via [www.eigen-kracht.be](http://www.eigen-kracht.be)

Steyaert, J. (2012). Sociaal werk en sociale netwerken. Hoog tijd voor nieuwe verbindingen. *Alert* 38(3). Geraadpleegd op 16 september 2015 via [http://www.canonsociaalwerk.eu/1978\\_Hartman/2012%20ALERT%20Steyaert%20sociaal%20werk%20en%20sociale%20netwerken.pdf](http://www.canonsociaalwerk.eu/1978_Hartman/2012%20ALERT%20Steyaert%20sociaal%20werk%20en%20sociale%20netwerken.pdf)

Van Regenmortel, T. (2010). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers. Ervaringskennis als kracht.* Amsterdam: SWP B.V.

#### **E-mailadres:**

kristinedonche@live.be

# Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	10
2	Probleemverkenning .....	3
2.1	Vermaatschappelijking van de Geestelijke Gezondheidszorg.....	3
2.1.1	Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg .....	3
2.1.2	Vier mijlpalen in de Geestelijke Gezondheidszorg .....	4
2.1.3	Artikel 107 .....	6
2.1.4	Vermaatschappelijking van de zorg in een ziekmakende maatschappij.....	6
2.2	Mensen met een psychische aandoening .....	7
2.2.1	Wat zijn psychische stoornissen? .....	7
2.2.2	Hoe worden psychische stoornissen vastgesteld? .....	8
2.2.3	Mogelijkheden en beperkingen van de DSM .....	9
2.2.4	Gevolgen van een psychische beperking.....	10
2.2.4.1	Algemeen.....	10
2.2.4.2	Stigmatisering.....	11
2.2.5	Eigen kracht en psychische kwetsbaarheid.....	12
2.2.5.1	Eigen kracht .....	12
2.2.5.2	De eigen kracht van mensen met een psychische kwetsbaarheid.....	12
2.2.5.3	Eigen kracht = empowerment? .....	13
2.3	Hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg.....	14
2.3.1	Een omslag in denken en handelen.....	14
2.3.2	Geloof in de kracht van het netwerk.....	14
2.3.2.1	Het netwerk.....	14
2.3.2.2	Hoe ervaren hulpverleners netwerkversterkend werken? .....	16
2.4	Eigen Kracht-conferenties .....	17
2.4.1	Ontstaan Eigen Kracht-conferenties .....	17
2.4.2	Wat is een Eigen Kracht-conferentie en hoe verloopt het? .....	17
2.4.3	Waarvoor wordt Eigen Kracht-conferenties ingezet? .....	18
2.4.4	Empowerende elementen van een Eigen Kracht-conferentie .....	18
2.4.5	De coördinator is geen professional.....	19
2.4.6	Effectiviteit van Eigen Kracht-conferenties? .....	20
2.5	Uit het leven gegrepen: een Eigen Kracht-conferentie.....	20
3	Probleemanalyse .....	23
3.1	Sociaal-ecologisch perspectief .....	23
3.1.1	Het bio-ecologisch model van Bronfenbrenner .....	23

3.1.2	Van een neoliberal naar een ecologisch-relatieve mensbeeld .....	24
3.1.2.1	Ontstaan van de welvaartsstaat of verzorgingsstaat .....	24
3.1.2.2	Kritiek op de verzorgingsstaat .....	25
3.1.2.3	De opkomst van het neoliberalisme.....	26
3.1.2.4	Oplossing voor de crisis? .....	27
3.1.2.5	Een ecologisch-relatieve mensbeeld.....	28
3.1.3	Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid .....	29
3.1.3.1	Herstel .....	29
3.1.3.2	Empowerment.....	29
3.1.3.3	Ervaringsdeskundigheid .....	31
3.1.4	Casus vanuit een sociaal-ecologisch perspectief.....	32
3.1.4.1	Invloed van de macro-omgeving .....	32
3.1.4.2	Gevolgen op meso- en microniveau.....	33
3.2	Sociaal-ethisch perspectief.....	35
3.2.1	Ethiek en moraal, waarden en normen.....	35
3.2.2	Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg .....	37
3.2.2.1	Medische ethiek .....	37
3.2.2.2	Zorgethiek.....	39
3.2.3	Bemoeizorg in de Geestelijke Gezondheidszorg: modern paternalisme? .....	41
3.2.4	Vermaatschappelijking van de Geestelijke Gezondheidszorg: een ethische keuze? ....	41
3.2.5	Casus vanuit een sociaal-ethisch perspectief.....	42
3.3	Sociaal-economisch perspectief.....	44
3.3.1	Toegankelijkheid van de Geestelijke Gezondheidszorg .....	45
3.3.2	Investeren in de Geestelijke Gezondheidszorg bespaart kosten .....	46
3.3.3	Kwaliteit van zorg: meten is weten? .....	47
3.3.4	De resultaten van Eigen Kracht-conferenties: vooral een paradigma discussie? .....	48
3.3.5	Ogenschijnlijk mislukte Eigen Kracht-conferenties .....	50
3.3.6	Voorkomt Eigen Kracht-conferenties een gedwongen opname? .....	51
3.3.7	Casus vanuit een sociaal-economisch perspectief .....	51
4	Veranderingsstrategieën .....	53
4.1	Veranderingen op macroniveau.....	53
4.1.1	Enkele structurele hervormingsvoorstellen .....	54
4.1.1.1	Een menswaardig minimuminkomen.....	54
4.1.1.2	Betaalbare huisvesting .....	54
4.1.1.3	Diversiteit in het onderwijs .....	55

4.1.2	Investeren in de Geestelijke Gezondheidszorg .....	56
4.1.2.1	Preventie en promotie .....	56
4.1.2.2	Destigmatisering en positieve beeldvorming.....	57
4.1.2.3	Te Gek!? Een prachtig initiatief? .....	57
4.2	Veranderingen op mesoniveau .....	60
4.2.1	Vergroten naambekendheid Eigen Kracht-conferenties.....	60
4.2.2	Samenwerking .....	61
4.2.3	Uitbreiding doelgroepen .....	61
4.2.4	Meer diversiteit .....	62
4.3	Veranderingen op microniveau.....	63
5	Besluit.....	65
	Literatuurlijst .....	67





## Voorwoord

Beste lezer,

Met deze thesis laat ik u kennis maken met de wereld die ik doorheen mijn opleiding ‘Gezinswetenschappen’, maar vooral door te lezen over en te praten en te werken met mensen met een psychische problematiek, beter heb leren kennen. Ik neem u graag mee doorheen de geschiedenis van de Geestelijke Gezondheidszorg en zijn gebruikers, hun ondergesneeuwde en onbenutte krachten, hun verlangen om als een volwaardig mens gezien en behandeld te worden.

Er zijn organisaties en medewerkers die deze mensen au sérieux nemen en hen opnieuw in hun recht en kracht zetten. In het kader van mijn praktijkverdieping, werkte ik als onafhankelijke coördinator bij Eigen Kracht-conferenties. Dit besluitvormingsmodel richt zich op de kwaliteiten van de hulpvrager in plaats van op de beperkingen en legt de regie in zijn handen. Mijn oorspronkelijk en eerder stigmatiserend beeld van deze kwetsbare doelgroep heb ik gedurende die periode bijgestuurd. Ik hoop dat dit eindwerk ook uw blik verruimt of een bevestiging is van uw perceptie over mensen met psychische problemen.

Op latere leeftijd een bacheloropleiding volgen is niet evident, een eindproef schrijven al evenmin. Ik bedank dan ook alle mensen die mij de afgelopen jaren – en in het bijzonder dit laatste jaar – hebben gesteund en aangemoedigd. Enkele mensen verdienen mijn bijzondere dank. In de eerste plaats de mensen uit mijn dichtste omgeving. Mijn man Luc, bedank ik voor zijn begrip voor die ontelbare keren dat hij mij voor de computer aantrof. Mijn kinderen en kleinkinderen, voor hun support, straks heb ik opnieuw meer tijd en aandacht voor hen. Een extra dankjewel voor mijn jongste dochter Sofie, voor het nalezen van mijn teksten. De opleiding voor Eigen Kracht-coördinatoren overtuigde me om dit thema als eindwerk te nemen. Ik bedank Mirjam Beyers voor haar bezielend en begeistert enthousiasme als lesgever en coach. Ik wil eveneens de mensen waarvoor ik een Eigen Kracht-conferentie mocht organiseren, bedanken. Het was een hele verrijking om met hen samen te werken. Tenslotte wil ik mijn promotor, Kristien Nys, bedanken voor haar vele tips, goede raad en positieve feedback.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Kristine Donche

9 mei 2016



# 1 Inleiding

Sinds de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn begrippen zoals inclusie, actief en sociaal burgerschap, zelfregie, eigen kracht en netwerkversterking legio. Deze begrippen verwijzen naar denkwijzen om de verhouding tussen burger, overheid en professionele hulpverlening weer te geven. Streefdoel is om zorg zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving aan te bieden en om mensen met een fysische of psychische beperking te (re)integreren in de maatschappij.

De werkgroep Week van de Psychiatrie is evenwel van oordeel dat in de gezondheidszorg de stoornisgerichte benadering leidend is geworden waardoor de stem en de beleving van de cliënt te weinig waarde krijgt. Volgens hen is er behoefte aan een verschuiving naar meer persoonlijke regie (Week van de psychiatrie, 2015). Daarenboven leiden vooroordelen en een gebrek aan kennis over psychische ziekten tot stigmatisering van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Negatieve beeldvorming maakt dat deze mensen vaak als lui, wereldvreemd of zelfs gevaarlijk worden beschouwd (Beleidsplan GGZ in Vlaanderen 2010). Nochtans willen deze mensen, net als u en ik, sociaal en maatschappelijk kunnen participeren in de samenleving.

Eigen Kracht-conferenties (EK-c) pleit, als voorloper van deze verandering, voor het recht om eerst zelf, samen met het netwerk een plan op te maken om moeilijkheden aan te pakken. Op die manier zijn mensen niet enkel eigenaar van hun probleem, maar ook van de oplossing. De formele hulpverleners informeren en kunnen, indien nodig, een onderdeel zijn van het plan (Eigen Kracht-conferenties).

In de GGZ wordt weinig gebruik gemaakt van EK-c. Hoewel Eigen Kracht-coördinatoren van hulpverleners vaak te horen krijgen dat deze herstelgerichte benadering een prima methode is, schakelen ze die toch niet in voor hun cliënt met psychische problemen. Zij zijn ervan overtuigd dat mensen met een psychische kwetsbaarheid niet in staat zijn om met hun netwerk een plan op te maken omdat ze vaak leven in geïsoleerde omstandigheden en zorg uit de weg gaan. Volgens de Jong en Schout (2013) zijn dit net indicaties om een Eigen Kracht-conferentie te organiseren. Deze hulpvorm kan immers contacten herstellen en het isolement doorbreken. Door het laagdrempelige karakter van deze hulpvorm, de onpartijdigheid en gelijkwaardige positie van de Eigen Kracht-coördinator, kan bovendien het vertrouwen in de professionele hulpverlening worden hersteld.

Deze vaststellingen vragen dat we de relatie EK-c – psychische kwetsbaarheid vanuit verschillende perspectieven benaderen: hoe staan mensen met psychische problemen, hulpverleners, Eigen Kracht-coördinatoren en de samenleving tegenover de inzet van EK-c, het aanspreken van de 'eigen kracht' en het betrekken van familie en kennissen van mensen met psychische problemen?

Het antwoord op deze vragen zal ons toelaten om de (rand)voorwaarden in kaart te brengen om voor mensen met een psychiatrische problematiek een Eigen Kracht-conferentie te organiseren en zo de inzet van EK-c in het brede werkveld te optimaliseren.



## 2 Probleemverkenning

Vermaatschappelijking van de (geestelijke) gezondheidszorg is een actueel thema. De overheid pleit voor meer sociale integratie van de zieke, humanisering van de zorg en meer aandacht voor de maatschappelijke determinanten van psychische problemen. Afbouw van bedden maakt ambulante zorg en ondersteuning noodzakelijk zodat steeds meer mensen met een psychische kwetsbaarheid opnieuw of langer thuis kunnen verblijven. Er wordt verwacht dat zij zoveel mogelijk hun eigen kracht en mogelijkheden en die van hun netwerk aanspreken bij het aanpakken van hun problemen. Dit blijkt niet altijd evident voor hen. Hun dichtste kring heeft het vaak al heel zwaar en hun sociaal netwerk is meestal beperkt.

Eigen Kracht-conferenties (EK-c) kan deze mensen hierbij helpen door samen met hen creatief op zoek te gaan om hun kring groter te maken zodat het gezin en het netwerk een plan voor de toekomst kan bedenken. Zowel in Nederland als in Vlaanderen is EK-c heel actief in de jeugdhulp maar vond tot nu toe weinig ingang in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

De reden hiervoor proberen we tijdens deze eindproef te achterhalen. In de eerste fase beschrijven we hoe de verschillende actoren aankijken tegen het aanspreken van de eigen kracht en mogelijkheden van mensen met een psychische kwetsbaarheid: de doelgroep zelf, de hulpverleners, de Eigen Kracht-coördinatoren en de samenleving.

Aangezien dit alles kadert in de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg lichten we eerst dit begrip toe. Daarna zoomen we in op psychiatrische stoornissen.

### 2.1 Vermaatschappelijking van de Geestelijke Gezondheidszorg

#### 2.1.1 Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg

Volgens de WHO (2005) is geestelijke gezondheid een toestand van welbevinden die zowel een emotionele, psychologische als sociale component bevat. Iemand is geestelijk gezond wanneer hij zijn competenties realiseert, weet om te gaan met de normale druk van het leven en daarnaast bekwaam is om een bijdrage te leveren aan de gemeenschap.

Het Vlaams Decreet over de GGZ (1999) vermeldt hierover het volgende: *‘De GGZ heeft als opdracht verantwoorde zorg aan te bieden, met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren’.*

In de GGZ zijn vijf erkende en door de overheid gesubsidieerde zorgorganisaties actief: de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut Wonen, de psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) en de centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (Cools, 2014-2015).

De huidige maatschappelijke context maakt dat mensen meer dan vroeger de stap zetten naar de hulpverlening. Sociale en familiale ondersteuning blijken immers in onze sterk geïndividualiseerde maatschappij niet vanzelfsprekend. Media en sensibiliseringscampagnes verschaffen mensen een betere kennis van de psychische gezondheid en het hulpverleningsaanbod (Beleidsplan GGZ in Vlaanderen, 2010). Toch blijkt de psycho-emotionele toestand van de Belgische bevolking van 15 jaar en ouder verslechterd te zijn ten opzichte van 2008. In 2014 had één op drie personen psychische

problemen ten opzichte van één op vier personen in 2008 (Portzky, van Heeringen, & van Landschoot, 2015). Niettegenstaande ieder persoon recht heeft op gezondheidszorg, maakt deze toename het voor de overheid steeds moeilijker om dit recht te garanderen.

Daarenboven vergroten sociale, economische en demografische evoluties de kans dat zwakkeren in de samenleving worden gemarginaliseerd. Door complexere samenlevingsvormen en een prestatiegerichte maatschappij die steeds meer snelheid en flexibiliteit eist, lopen werkloze gezinnen, alleenstaanden, ouderen en allochtonen een groter risico om in de armoede terecht te komen (Beleidsplan GGZ in Vlaanderen, 2010).

De hierboven beschreven evoluties bepalen de zorgbenadering en wat er van zorg wordt verwacht.

### **2.1.2 Vier mijlpalen in de Geestelijke Gezondheidszorg**

Een terugblik in de geschiedenis laat zien dat mensen met een mentale aandoening vaak veroordeeld en uitgesloten werden. In de Oudheid heerste de opvatting dat ziekte het gevolg was van een boze geest. Op het einde van de Oudheid inspireerde de christelijke levenshouding om het lot van zieken en armen te verzachten. Tijdens de vroege middeleeuwen maakten mensen met een geestelijke stoornis deel uit van hun familie en het dorpsleven, maar met de verstedelijking werden ze als bezeten en verstoorders van de openbare orde beschouwd. In de periode van 1600 tot 1800 werden geesteszieken in erbarmelijke omstandigheden opgesloten in dolhuizen, gasthuizen en godshuizen, want ziek zijn was hun schuld (Frances, 2013).

De opkomst van de asielen situeerde zich tussen 1880 en 1950 en kan worden gezien als een eerste mijlpaal. Deze gestichten, die onder toezicht stonden van het ministerie van Justitie, bevonden zich op afgelegen plaatsen en voorzagen enkel in de basisbehoeften van de bewoners. In Vlaanderen hebben vooral Trust en Guislain hun stempel gedrukt op de psychiatrische zorg. Deze laatste ijverde zijn ganse leven voor een menselijke behandeling van geesteszieken.

Een tweede mijlpaal is de overdracht van psychiatrische instellingen naar het ministerie van Volksgezondheid. Voortaan hebben psychisch zieke mensen recht op een behandeling. Door de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in 1963 is er een financiële tussenkomst voor de opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Tijdens de jaren zestig komt de opkomst van de psychofarmaca op gang wat het opsluiten van psychiatrische patiënten overbodig maakt. Naast deze medicatie speelde psychotherapie in op de maatschappelijke veranderingen en de toenmalige tijdsgeest. De antipsychiatrische beweging bekritiseerde in de jaren zeventig de gebruikelijke praktijken binnen de psychiatrie.

Het einde van de alleenheerschappij van de institutionele psychiatrie kan worden beschouwd als een derde belangrijke mijlpaal in de GGZ. De zorg en verantwoordelijkheid voor een patiënt werd verdeeld over verschillende diensten en personen. In de dispensaria voor geesteshygiëne werd de nadruk gelegd op preventie en een vroegtijdige opsporing van psychische problemen. In 1975 evolueerden deze consultatiebureaus naar Centra voor Geestelijke Gezondheid (CGG) die de zorg van psychiatrische patiënten gedeeltelijk overnamen. Vanuit hun filosofie dat psychiatrische problemen niet enkel een medische benadering vereisen maar elementen uit het psychosociale veld ook kunnen bijdragen tot het oplossen van geestelijke gezondheidsproblemen, werd ambulante zorg voor deze mensen mogelijk. Om het zorgaanbod kwalitatief aan te passen aan de noden van mensen met psychische stoornissen was/is een herstructurering van de GGZ noodzakelijk (Beleidsplan GGZ in

Vlaanderen, 2010). Een eerste herstructureringsfase vond plaats in 1990 met een reconversie van bedden. De afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden werd omgezet in alternatieve vormen zoals beschut wonen en verzorgingstehuizen. Om de samenwerking tussen de verschillende actoren uit de GGZ meer te ontwikkelen werden overlegplatforms opgericht. Bij een tweede (vrijwillige) reconversie die startte in 1997, werd onderscheid gemaakt tussen leeftijd en specifieke problematiek. Voor iedere doelgroep werd getracht om een zorgcircuit en een zorgnetwerk te creëren. Een zorgcircuit omvat het geheel van zorgprogramma's dat wordt gerealiseerd door middel van een netwerk van voorzieningen. In totaal werden bijna 3.400 bedden geconverteerd naar bedden en plaatsen in de psychogeriatric, de neuropsychiatrie en de partiële hospitalisatie (Organisatie en financiering van de GGZ in België, 2011).

De vermaatschappelijking van de zorg, de vierde mijlpaal, is binnen de GGZ gericht op de groep van ernstig en langdurig psychisch zieken. Doel is een zo gering mogelijke institutionalisering van de zorg en een zo groot mogelijk maatschappelijke integratie van de persoon met een psychiatrisch probleem. In plaats van zich enkel te focussen op de beperkingen, ligt de nadruk op de competenties. Een vraaggestuurd aanbod in de vorm van zorgprogramma's, moet meer zorg op maat en een continuïteit van zorg garanderen. Daarnaast dient een maatschappelijk ondersteuningssysteem een gecoördineerd en samenhangend aanbod van diensten uit te werken. In het kader van een continue zorg op maat voor patiënten met een complexe en langdurige psychiatrische problematiek wordt sedert 2007 geëxperimenteerd met kleinschalige therapeutische projecten (Beleidsplan GGZ in Vlaanderen, 2010).

Driessens en Melis (2014) vinden de intentie van de vermaatschappelijking van de zorg onduidelijk. Ze vragen zich af wat hierbij het belangrijkste motief is: een beleidstendens die een antwoord poogt te geven op een veranderende vraag naar de beste zorg, of een beheersing van de overheidsuitgaven. Deze maatschappelijke noodzaak is hoe dan ook een uitdaging voor de hulpverlening, die kritisch dient om te gaan met een te ingrijpende en interveniërende begeleiding. Het dwingt de hulpverlener om de krachten en mogelijkheden van de zorgvrager en zijn omgeving te (h)erkennen. Deze omslag in het denk- en handelingspatroon creëert verwachtingen ten aanzien van alle betrokken actoren. Van de hulpvrager wordt integratie in de samenleving verwacht door hem meer inspraak en sturing te geven in het zorgproces. Het netwerk dient te fungeren als de zorgzame burger die daarbij, via onder andere netwerkversterkende methoden, door de overheid wordt ondersteund. Hulpverleners worden verondersteld een meer faciliterende in plaats van zorgende rol op te nemen. Van organisaties wordt onder meer verwacht dat ze een zo kort mogelijke zorg verstrekken en dat ze taken van residentiële voorzieningen overdragen naar ambulante voorzieningen. Hierbij is een samenwerking tussen diensten, hulpverleners en informele verzorgers een must.

Daarnaast dienen zowel partners, familie en mantelzorgers te worden ondersteund in hun zorgverstrekking. Participatie van psychiatrisch kwetsbaren behoeft bovendien een tolerantere maatschappij, en een non-discriminatie- en integratiebeleid in navolging van het gevoerde inclusiebeleid ten aanzien van personen met een handicap. Niettegenstaande er reeds heel wat stappen werden gezet om de GGZ meer in de samenleving te verankeren, is België met 152 bedden per 100.000 inwoners, nog steeds één van de koplopers van geïnstitutionaliseerde zorg. Psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische afdelingen in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) beschikken samen over 11.431 bedden. Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) begeleiden mensen met een langdurige gestabiliseerde psychische aandoening. Voor de meesten van hen is dit hun definitief verblijf. Beschut wonen (BW) biedt plaats aan 2.693 personen (Beleidsplan GGZ in



Vlaanderen, 2010). Volgens een rapport van de WHO in 2008 blijkt dat psychiatrische ziekenhuizen (PZ) te weinig inspanningen leveren om patiënten te re-integreren in de samenleving. Te veel patiënten verblijven langer dan één jaar in een PZ, waarvan één derde zelfs langer dan zes jaar (Gids naar een betere GGZ, 2010).

Vermaatschappelijking van de zorg vereist een grondige reorganisatie en deïstitutionalisering van de geestelijke gezondheidszorg. Dit werd mogelijk gemaakt door de hervorming van de ziekenhuiswet, artikel 107.

### **2.1.3 Artikel 107**

Dankzij artikel 107 kunnen psychiatrische ziekenhuizen met de subsidiëring van hun ziekenhuisbedden een alternatieve en meer vermaatschappelijkte zorgorganisatie uitbouwen. Dit proefproject van drie jaar dat van start ging in 2011 en liep tot 2014, richt zich in een eerste fase tot de doelgroep jongvolwassenen en volwassenen. Bedoeling is dat de zorgvrager in zijn thuisomgeving de nodige ondersteuning krijgt waardoor minder residentiële opname nodig is. In landen waar de GGZ meer gemeenschapsgericht werkt, worden psychische problemen hoe langer hoe meer met succes behandeld (Gids naar een betere GGZ, 2010).

Daems, De Bruyne, Matthysen, Van Hecke en Joos (2011) onderschrijven deze zorgvernieuwing maar waarschuwen voor de valkuilen van artikel 107. Ze baseren zich hierbij op een rapport van Verniest et al. (2008) en Sercu et al. (2010). Hierin wordt aangegeven dat voor een bepaalde groep mensen met een ernstige psychiatrische stoornis (EPA), zowel binnen de residentiële als bij de ambulante diensten, onvoldoende aangepaste zorg beschikbaar is. Vaak gaat het om mensen met schizofrenie of bipolaire stoornissen, recidiverende majeure depressies of persoonlijkheidsstoornissen. Deze mensen verblijven in de zogenaamde T-bedden, die oorspronkelijk werden opgericht om patiënten met een EPA sociaal te re-integreren. Voor deze 'longstay patients' wordt herstel op die manier structureel onmogelijk gemaakt. Daarnaast zijn deze auteurs van oordeel dat een herallocatie van de middelen onvoldoende is om een degelijke ambulante zorg te organiseren voor mensen met een EPA. Deze mensen, die vaak onvoldoende hersteld zijn om in hun eigen bestaansmiddelen te voorzien, dreigen in de armoede en marginaliteit, dakloosheid of criminaliteit te belanden. Er dient dan ook meer te worden geïnvesteerd in het verbeteren van de achterstandpositie van mensen met een EPA.

### **2.1.4 Vermaatschappelijking van de zorg in een ziekmakende maatschappij**

Verschillende auteurs zijn van mening dat de hoge individuele en maatschappelijke eisen ervoor zorgen dat mensen steeds sneller tegen hun psychische kwetsbaarheden aanlopen. Wie niet voldoet aan die hoge eisen en zich ongelukkig voelt, wordt als geestesziek bestempeld (Frances, 2013), of moet zich laten heropvoeden (De Dijn, 2012). Onze samenleving wordt steeds minder tolerant voor mensen die niet voldoen aan 'de norm'. Paradoxaal wordt net nu gepleit om deze mensen, in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg, te laten participeren. Vandenberghe (2015) vreest dat de samenleving hier nog niet klaar voor is. De Dijn (2012) beweert dat 60% van de personen die langdurig opgenomen zijn, in aanmerking komen voor een vertrek uit het ziekenhuis. Net als Vandenberghe vraagt hij zich af waar deze mensen terecht kunnen in dergelijke samenleving.

Volgens Verhaeghe (2012) maakt de maatschappij en hoe wij ermee omgaan, ons ziek. De neoliberale zelfzucht leidt tot meer ongelijkheid en dus tot meer sociale ellende, mentale stoornissen en medicatiegebruik. Dewachter (2012) spreekt van een borderline-maatschappij die perfect beantwoordt aan de criteria van borderline, de vaakst gestelde diagnose in de psychiatrie. De toenemende individualisering leidt tot eenzaamheid en onstabiele relaties, zinloos en agressief geweld, onze identiteit wordt bepaald door ons bezit. We doen alsof we alles en iedereen leuk vinden maar voelen ons toch ongelukkig. De Dijn (2012) stelt vast dat in onze maatschappij het aantal alleenstaanden steeds groter wordt, minder stabiele gezinnen het almaar drukker hebben en vaker krupper in meer anonieme buurten wonen. Dergelijke leefsituaties maken dat deze mensen enkel kunnen terugvallen op een kleiner, soms onbestaand netwerk.

Vandenbergh (2015) legt een link tussen het aantal gedwongen opnames en hoe we omgaan met veiligheid en vrijheid in onze samenleving. Hij verwijst hierbij naar de Britse socioloog Furedi die beweert dat we geobsedeerd zijn door veiligheid en angstvallig elk risico vermijden. Daarbij gaat het niet om een angst vanuit een tastbare bedreiging, maar vanuit een verondersteld onzichtbaar gevaar.

Niet enkel de maatschappij en hoe we ermee omgaan bemoeilijkt een vermaatschappelijkte zorg. Verhaeghe (2012) betreurt dat de gezondheidszorg doordrongen is van commerciële druk, marktgericht denken en zich teveel laat leiden door een ontspoorde diagnostendens. Voor iedere nieuwe stoornis bestaat er medicatie opdat we toch maar kunnen blijven meedraaien met de economische prestatiegerichte mallemlen.

Toch meent De Dijn (2012) dat we niet te pessimistisch mogen zijn. Hij merkt op dat de GGZ begint in te zien dat problemen niet puur professioneel of puur technisch op te lossen zijn. Naast politieke en sociale aspecten die in acht moeten worden genomen gaat het ook om keuzes die met een bepaalde visie op mens en maatschappij te maken hebben. Volgens De Dijn is vermaatschappelijkte zorg pas mogelijk in een niet-neoliberale context waar de zorg en niet de organisatie centraal komt te staan. Hij pleit voor paternale zorg, een middenweg tussen paternalisme en marktgerichte zorg. Deze zorg is erop gericht om tegelijk zoveel bescherming te geven als nodig en zoveel autonomie als mogelijk.

## **2.2 Mensen met een psychische aandoening**

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM ) maakt geen onderscheid tussen een psychische en psychiatrische aandoening. Het classificatiesysteem hanteert enkel het begrip 'psychische stoornis'. Ook in de geraadpleegde literatuur worden beide begrippen, net als in dit werk, door elkaar gebruikt.

### **2.2.1 Wat zijn psychische stoornissen?**

Ieder van ons voelt zich wel eens down, angstig of loopt piekerend rond. Door een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren kunnen deze klachten leiden tot een psychische aandoening. Frances (2013) merkt hierbij op dat problemen die vroeger gewoon bij het leven hoorden, door de ruimere definitie van een psychische stoornis, nu worden bestempeld en behandeld als een psychische stoornis.

Bij psychische stoornissen speelt erfelijkheid een belangrijke rol: 30 tot 70 % van de kinderen wiens ouders een psychische stoornis hebben, ontwikkelen er zelf een. Opmerkelijk is dat meer dan 90 %

van de personen die uit het leven stappen voordien te kampen hadden met een psychische aandoening. Een andere belangrijke vaststelling is de relatie met de socio-economische status. Van de Cloot en Van Herck (2013) verwijzen naar studies van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, waaruit blijkt dat 72% van de personen die een beroep doen op sociale ondersteuning, een vorm van psychisch onwelbevinden ervaren. Daarnaast zou één op drie Belgen een psychische stoornis hebben en is tussen 1999 en 2008 het aantal gedwongen opnamen met 42% gestegen. Aangezien er een verband is tussen psychisch onwelzijn en de impact van de huidige economische crisis, ligt dit cijfer vandaag hoogstwaarschijnlijk nog hoger. De levensverwachting van psychiatrische patiënten ligt 15 jaar lager als gevolg van lichamelijke problemen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voorspelt een toename van psychische problematieken terwijl de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) deze mening niet deelt. Bepaalde elementen wijzen inderdaad op een stijging. Door de toenemende levensverwachting en vergrijzing zou het aantal personen met dementie verdubbelen tegen 2030 en de aanslepende economische crisis heeft een duidelijke impact op ons psychisch (on)welbevinden. Daartegenover kunnen we stellen dat die stijging kan worden verklaard door vroegdetectie en een betere invulling van de zorgbehoefte.

### **2.2.2 Hoe worden psychische stoornissen vastgesteld?**

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is het meest gebruikte classificatiesysteem om mentale stoornissen vast te stellen. Het eerste diagnostisch handboek verscheen in 1952 en beschreef 106 stoornissen. Onlangs kwam de DSM-5 uit met maar liefst 347 stoornissen. Wanneer iemand voldoet aan de beschreven criteria heeft hij of zij die bepaalde stoornis (Vanheule, 2014 en 2015). Deze criteria wordt beoordeeld aan de hand van vijf assen. As één en twee brengen de klinische en persoonlijkheidsstoornissen in kaart. Op as drie worden somatische aandoeningen vastgelegd die belangrijk zijn voor de behandeling van de psychische stoornis. Psychosociale en omgevingsproblemen die zowel de vaststelling, behandeling en de verwachting van psychische problemen kunnen beïnvloeden, bevinden zich op as vier. Op as vijf wordt het globaal functioneren van de persoon vastgelegd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de 'Global Assessment of Functioning Scale' of GAF schaal (Jongedijk, 2001).

Een psychische stoornis wordt in de DSM als volgt omschreven:

*'A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities. An expectable or culturally approved response to a common stressor or loss, such as the death of a loved one, is not a mental disorder. Socially deviant behavior (e.g. political, religious, or sexual) and conflicts that are primarily between the individual and society are not mental disorders unless the deviance or conflict results from a dysfunction in the individual, as described above'* (Strijbos, 2014).

Wanneer we deze definitie ontleden, valt op dat er in de eerste plaats een verstoring dient te zijn op het gebied van cognitie, emotieregulatie of gedrag van het individu en dient die verstoring klinisch significant te zijn. Strijbos (2014) vraagt zich af hoe dit laatste kan worden bepaald. Waarom bestempelen we iemand met somberheidsklachten als depressief in plaats van ongelukkig? Naast het klinisch-wetenschappelijke spelen hierin duidelijk nog andere waarden en normen een rol zoals medisch-ethische, maatschappelijke en persoonlijke.

Bovendien dient de verstoring een weerspiegeling te zijn van een disfunctie van psychologische, biologische of ontwikkelingsgerelateerde processen die aan de basis liggen van dat psychisch functioneren en de stoornis gaat steeds gepaard met lijden of beperkingen in sociale, beroepsmatige en andere activiteiten.

In de laatste twee zinnen probeert het diagnostisch handboek een grens te trekken tussen psychiatrische stoornissen en psychische of gedragsmatige symptomen. Reacties op stresserende gebeurtenissen of verlies, zoals rouw, worden niet gezien als een psychiatrische stoornis, zolang het om 'normale' rouw gaat die binnen de (sub)cultuur als normaal wordt beschouwd. Afwijkend gedrag of conflicten die niet het gevolg zijn van één of andere disfunctie worden eveneens niet gezien als een psychiatrische stoornis. Zo wordt homoseksualiteit (nu) niet meer bestempeld als een psychiatrische stoornis.

Volgens Lammertyn en Van Audenhove (2003) hebben personen met ernstige en langdurige psychische problemen een ernstige psychiatrische stoornis die beantwoordt aan de DSM norm. Daarnaast is deze stoornis van lange duur of zelfs blijvend en beperkt het de persoon in het psychisch en sociaal functioneren. Hoewel deze mensen een aantal kenmerken delen, kan er nog een onderscheid worden gemaakt op basis van eigenschappen van de patiënt zoals leeftijd en/of op het zorggebruik van de patiënt. Zo kunnen subgroepen worden gevormd van personen die al in de zorg waren vóór de deinstitutionalisering en zij die daarna werden opgenomen. In de groep van personen met ernstige en langdurige psychische problematiek kan bovendien nog onderscheid worden gemaakt op basis van specifieke kenmerken zoals zorgwekkende zorgmijders. Deze heterogene groep, met verschillende capaciteiten en specifieke noden die afhankelijk zijn van de situatie waarin de patiënt zich bevindt, maakt dat zorg voor en begeleiding van deze mensen een complex gegeven is.

### **2.2.3 Mogelijkheden en beperkingen van de DSM**

Jongedijk (2001) is van oordeel dat sedert de invoering van de DSM en de uniformiteit van diagnostiek, individuele opvattingen worden voorkomen. Het gebruik van eenzelfde taal zorgt voor een betere communicatie tussen zowel hulpverleners en onderzoekers onderling als tussen beide groepen. Van Os (2014) vindt eveneens dat standaardisatie van diagnoses en beschrijvende criteria voor elke stoornis, verschillen in diagnostiek binnen en tussen landen uitsluiten. Hij benadrukt wel dat diagnostiek enkel zinvol is als er een verband is tussen de diagnose en de zorgbehoefte van de persoon.

Vanaf DSM-3 werden definities van de diagnostische categorieën aan strenge criteria onderworpen wat vergelijking van onderzoeksresultaten mogelijk maakt. Daarnaast zorgt categoriale diagnostiek voor een betere herkenbaarheid van stoornissen en dat sluit op haar beurt beter aan bij gerichte behandelingen van psychiatrische stoornissen. Het gebruik van het vijfassig systeem biedt, naast informatie over de psychiatrische aandoening, informatie over andere kenmerken van de patiënt. Op basis van deze bijkomende gegevens kan makkelijker worden bepaald welke klachten wel of niet in aanmerking komen voor een behandeling (Jongedijk 2001).

Frances (2013), lid van de DSM-3 task force en voorzitter van de DSM-4 betwijfelt deze mogelijkheden. Hij is van oordeel dat de definitie van een psychische stoornis niet bruikbaar is. Wanneer er geen duidelijk afgebakende omschrijving is voor 'ziekte' en 'normaal' kan een mentale aandoening niet helder worden omschreven. Zo wordt er bij de symptomen concentratieverlies en

lijden niet vermeld in welke hoeveelheid deze voorkomen. Deze onbruikbare definitie leidt volgens Frances tot twee onoplosbare problemen, namelijk op basis van welke criteria wordt beslist welke stoornissen al of niet in het diagnostisch handboek worden opgenomen en welke criteria bepalen of iemand een psychische stoornis heeft. Een DSM diagnose dient rekening te houden met de context en het levensverhaal van de betrokkene waarbij dat diagnostiek een klein onderdeel is van de volledige diagnose. Frances, die meeschreef aan de DSM-3, is van oordeel dat het handboek door zijn wereldwijde toepasbaarheid onmisbaar is, maar had nooit vermoed dat het handboek een schadelijke diagnostische inflatie zou ontketenen. Hij stelt vast dat de DSM-5 hierin nog verder gaat door lagere normen te hanteren waardoor heel wat mensen onterecht het label van psychisch ziek opgeplakt krijgen. Ondertussen is diagnostiek het allerbelangrijkste geworden en worden individuele verschillen genegeerd. Een ander onbedoeld gevolg van de diagnostische inflatie is de explosieve stijging van het gebruik van psychofarmaca.

Frances pleit ervoor om de ruime DSM criteria aan te scherpen zodat er van meer symptomen en/of een langere duur sprake moet zijn om te kunnen spreken van een psychiatrische stoornis. Daarnaast vindt hij het opportuun om de DSM los te koppelen van beslissingen die enkel en alleen afhankelijk zijn van het al of niet hebben van een psychiatrische stoornis. Hulp en ondersteuning op school, het krijgen van een uitkering en juridische procedures dienen gebaseerd te zijn op een grondige en degelijke evaluatie in plaats van op het al of niet hebben van een diagnose.

Hiermee beweert Frances niet dat psychiatrische stoornissen mythen zijn. Hij vindt het even gevaarlijk om te beweren dat psychische stoornissen niet bestaan als ze zodanig ruim op te vatten dat ze de normaliteit uitschakelen. Hij benadrukt echter dat er heel weinig mensen zijn met een ernstige psychiatrische aandoening. Mensen met een lichte psychische aandoening dienen volgens hem meer te vertrouwen in de genezende kracht van tijd, veerkracht en fysieke inspanning, de inzichten van psychotherapie en de ondersteuning van familie en vrienden in plaats van blindelings te vertrouwen op medicatie.

## **2.2.4 Gevolgen van een psychische beperking**

### **2.2.4.1 Algemeen**

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die langdurig in de psychiatrie verblijven of verbleven hebben, bevinden zich vaak in een achterstandspositie. Mede door stigmatisering en sociale uitsluiting voeren ze weinig regie met betrekking tot het nemen van dagdagelijkse beslissingen, vinden ze moeilijk werk en hebben ze weinig sociale contacten (GGZ Nederland, 2009).

Nochtans is een zo groot mogelijke vorm van zelfstandigheid noodzakelijk, wil men sociaal participeren. Maslow gaat ervan uit dat een aantal fundamentele behoeften dienen bevredigd te zijn om te kunnen streven naar een behoefte die hoger in de piramide staat en zo dichterbij het ultieme doel van de zelfverwerkelijking te komen. Afhankelijk van hun beperking hebben sommige mensen met een psychiatrische kwetsbaarheid moeite om die basisbehoeften te verwezenlijken. Zo kunnen ze pas werken aan sociaal contact wanneer er sprake is van veiligheid en stabiliteit in hun leven. Dit veronderstelt respect en begrip van hun omgeving (Van Oyen, 2014).

Psychische problemen worden nog te veel als een persoonlijk probleem beoordeeld en niet als een sociaal vraagstuk dat te maken heeft met regeling van de sociale verhoudingen in onze maatschappij.

Dit kan ertoe leiden dat mensen met een psychische aandoening te weinig worden behandeld als een gelijkwaardige partij in de hulpverlening. Het ontbreekt te vaak aan een positieve basishouding van de hulpverlener en er zijn te weinig effectieve interventies die gericht zijn op maatschappelijke participatie (Van Regenmortel, 2010).

#### **2.2.4.2 Stigmatisering**

Niettegenstaande de geestelijke gezondheidszorg beoogt om het welzijn van personen met psychische problemen te verbeteren, worden deze mensen ook vandaag nog gestigmatiseerd. Stigma kunnen we letterlijk vertalen als 'een slechte reputatie', 'brandmerk' of 'stempel'. De betrokkene krijgt van anderen een label of stempel opgelegd. Aan dat label hangen negatieve connotaties vast, die gebaseerd zijn op ongefundeerde oordelen. Hierdoor voelt de betrokkene zich minderwaardig en wordt hij bovendien door anderen afgewezen of genegeerd (Schoenmakers & Van Biezen, 2014). Het spreekt voor zich dat stigmatisering een negatieve invloed heeft op de levenskwaliteit, de sociale contacten en het zelfbeeld van de persoon met een psychische kwetsbaarheid. Dit maakt het voor hen moeilijk om te participeren in de samenleving.

De Amerikaanse socioloog en antropoloog Goffman observeerde in de jaren vijftig het functioneren van psychiatrische ziekenhuizen en het leven van de psychiatrische patiënt. Hij stelde vast dat er bij stigma een belangrijk en negatief verschil is tussen de verwachte of geprojecteerde en de werkelijke sociale identiteit van iemand. Hierdoor dreigen alle andere kenmerken van de persoon te worden overschaduwd en krijgt de gestigmatiseerde een sociale identiteit toegeschreven waarin het stigma centraal staat (Goffman, 1961 geciteerd door Steyaert, 2013).

Bracke en Verhaeghe (2013) maken een onderscheid tussen publiek stigma, zelfstigma, stigmaverwachtingen en associatief stigma. In de samenleving bestaan er negatieve denkbeelden over personen met een psychiatrische aandoening. Deze denkbeelden leiden tot angst en onbegrip, wat op zijn beurt kan leiden tot negatieve gedragingen tegenover deze mensen. Discriminatie op de arbeidsmarkt is een typisch voorbeeld van publiek stigma.

Zelfstigma is een subtieler stigmaproces. Wie professionele psychische hulp krijgt, wordt zelf sterk beïnvloed door het publiek stigma. De kans is reëel dat sommige zorggebruikers deze negatieve denkbeelden internaliseren tijdens hun socialisatieproces. Zij zijn zich bewust van de negatieve kijk op geestelijke gezondheidsproblemen en vermijden anderen. Het is ook mogelijk dat deze zorggebruikers niet akkoord gaan met die negatieve denkbeelden, maar ze zijn er zich wel van bewust dat deze in hun omgeving heersen en anticiperen op mogelijke reacties. Wanneer deze mensen vrienden of kennissen vermijden uit angst voor afwijzing, spreken we van stigmaverwachtingen. Zelfstigma en stigmaverwachtingen kunnen elkaar versterken.

Personen die worden geassocieerd met mensen met een psychische aandoening worden eveneens gestigmatiseerd. Zo worden familieleden van geestelijke gezondheidsgebruikers vermeden of ervaren ze zelf schaamte voor hun familielid met een psychische aandoening.

Opmerkelijk is dat psychiatrische patiënten zelfs worden gestigmatiseerd door huisartsen en studenten geneeskunde (Adriaensen, De Lepeleire, & Pieters, 2011). Huisartsen vormen nochtans een belangrijke toegangspoort tot de gespecialiseerde GGZ. Door de lange wachttijden zijn zij vaak genoodzaakt om de eerste zorgverlening op zich te nemen en volgen de patiënt verder op tijdens en na hun therapie (Beleidsplan GGZ in Vlaanderen, 2010).

## **2.2.5 Eigen kracht en psychische kwetsbaarheid**

### ***2.2.5.1 Eigen kracht***

Volgens Hilhorst en van der Lans (2014) heeft het begrip 'eigen kracht' alles te maken met de participatiesamenleving, wat neerkomt op een overheid die zich terugtrekt waardoor mensen meer zelf moeten doen. In deze context kan het worden begrepen als burgerplicht. De zorgvrager dient eerst beroep te doen op zijn naasten en andere vrijwilligers. Pas wanneer het niet anders kan, kan hij beroep doen op professionele hulpverlening. Door deze werkwijze wordt 'eigen kracht' voorgesteld als een individuele kwestie en wordt het opgevat als een synoniem voor eigen verantwoordelijkheid. Dit leidt tot bepaalde toestanden die volgend voorbeeld illustreren. Tijdens een gesprek tussen enkele dakloze Amsterdamse jongeren, vertelde één van hen dat je best niet vertelt aan een hulpverlener dat je contact hebt met bepaalde familieleden. Pas wanneer je blijft herhalen dat je niemand hebt, krijg je hulp. Beroep doen op je eigen kracht en dat van je netwerk is hier geen mogelijkheid, het is een verplichting.

Nochtans is 'eigen kracht' een begrip dat mensen de gelegenheid biedt om zelf een afweging te maken tussen verschillende mogelijkheden om zo tot een oplossing te komen, indien nodig met behulp van het netwerk of professionals. Het is vanuit deze omschrijving dat wij willen nagaan hoe mensen met een psychische problematiek aankijken tegenover het (weer) benutten van hun eigen kracht.

### ***2.2.5.2 De eigen kracht van mensen met een psychische kwetsbaarheid***

Uit onderzoek naar de inzet van eigen kracht in de Nederlandse GGZ en de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) blijkt dat GGZ-cliënten zelf aangeven dat ze meer eigen regie willen en meer in hun eigen kracht staan (Bouwsma & Numansen, 2014).

De veertigste editie van de Week van de Psychiatrie 'Baas in eigen leven!?' van 2014, sluit daarbij aan. Het is een pleidooi om mensen met een psychische problematiek regie te laten voeren over hun eigen leven. Dit betekent dat de persoon zelf beslissingen kan nemen die aansluiten bij zijn persoonlijke wensen en mogelijkheden. Hierbij wordt beroep gedaan op de eigen kracht wat niet betekent dat alles zelf moet worden gedaan. Soms kan het nodig zijn om bepaalde zaken uit handen te geven om een eigen leven te kunnen leiden. De werkgroep is dan ook van oordeel dat eigen regie het uitgangspunt van het beleid hoort te zijn.

Zoals reeds eerder aangehaald, hebben mensen met een ernstige en langdurige psychische kwetsbaarheid het echter afgeleerd om de regie over het eigen leven te voeren. Een GGZ-cliënte die eerder in een instelling verbleef en nu overgestapt is naar beschermd wonen haalt aan dat een GGZ-instelling meer uitgaat van wat je niet meer kan en daardoor meer zaken regelt. Dit maakt dat de betrokkene zelf niet meer weet wat ze wil. Bij beschermd wonen wordt er meer uitgegaan van haar eigen kracht. Door samen met de begeleider een plan op te maken heeft ze meer eigen regie over haar leven. Deze aanpak kan een opstap betekenen naar meer zelfstandigheid. Om eigen kracht te kunnen ontwikkelen hebben mensen met een psychische aandoening vaak steun en hulp nodig van de sociale omgeving (Bouwsma & Numansen, 2014). Daarbij is het belangrijk dat de omgeving juiste kennis heeft van de psychische problematiek waardoor ze ook oog kunnen hebben voor wat wel goed.

### **2.2.5.3 Eigen kracht = empowerment?**

*'Empowerment is een leerproces waarbij mensen meester worden over hun bestaan en in toenemende mate zelf keuzes maken, gebruik makend van eigen krachten en mogelijkheden zoals elementaire sociale vaardigheden en een goed sociaal netwerk'* (Penninck, 2004).

Omlo, (geciteerd door Scholte, Sprinkhuizen, & van Deur, 2013) maakt een duidelijk onderscheid tussen 'eigen kracht' en 'empowerment'. Zij refereren hierbij naar verscheidene auteurs (Boumans, 2012; Linders 2004; Penninx & Sprinkhuizen 2011; Omlo & Van der Maar 2011; Van Regenmortel 2008) die vinden dat bij 'eigen kracht' eenzijdig de nadruk wordt gelegd op de verantwoordelijkheden, talenten en mogelijkheden van de persoon. Dit zou de indruk kunnen wekken dat mensen zelf verantwoordelijk of schuldig zijn aan hun achterstandspositie. Empowerment daarentegen erkent dat kwetsbare individuen een bepaalde mate van autonomie kunnen realiseren, maar houdt tegelijk rekening met de kwetsbaarheid en sociale afhankelijkheid van deze mensen. Volgens Van Regenmortel (2011) overstijgt empowerment het klassieke schulddenken en is van oordeel dat de verantwoordelijkheid voor sociale problemen en de oplossing ervan, een gedeelde verantwoordelijkheid van de verschillende niveaus en actoren is.

Meer dan een nieuwe methodiek staat empowerment voor een denk- en handelingskader van waaruit krachtgerichte methodieken kunnen worden ontwikkeld. Empowerment onderscheidt zich van het deficitmodel door zich niet te focussen op pathologie en risicofactoren, maar op competenties en krachten, beschermende factoren en natuurlijke hulpbronnen. Mensen zijn immers meer dan hun ziekte of kwetsbaarheid. Empowerment gaat vooral om het versterken van personen en groepen, in het bijzonder de meest kwetsbaren, zodat ze meer greep krijgen op hun eigen leven. Van Regenmortel (2008) benadrukt dat empowerment een proces is waarbij de concrete invulling keuzevrijheid inhoudt. Het is aan de samenleving om keuzemogelijkheden uit te breiden en om begrip en waardering op te brengen voor de persoonlijke inkleuring ervan. Participatie op maat van de persoon is immers een kernaspect van empowerment. Deze visie sluit aan bij nieuwe ontwikkelingen als vermaatschappelijking van de zorg en cliëntenparticipatie en kan fungeren als denk- en handelkader voor nieuwe evoluties binnen de GGZ (zie 2.1.2). Samenwerking met de hulpvrager en zijn omgeving, preventief en dialooggericht werken en meer komen tot een samenlevingsgerichte zorg, vormen een goede basis om een meer positieve en krachtgerichte GGZ uit te bouwen.

Empowerment speelt zich af op drie niveaus: dat van het individu, het sociaal handelen in betekenisvolle contexten en het niveau van de samenleving. Verandering kan pas worden bereikt indien deze drie niveaus samenwerken. Bij empowerment gaat het niet zozeer om individuele zelfredzaamheid maar om het verleggen van grenzen tussen bepaald worden en zelf bepalen. Ook kwetsbare doelgroepen die afhankelijk zijn van anderen voor zorg en ondersteuning, dienen de mogelijkheid te krijgen om meer zelf te kunnen bepalen (Boumans, 2012).

Krachtgericht en netwerkversterkend werken, vraagt een omslag in het denken en handelen van de hulpverlening. In plaats van zelf hulp te bieden, dienen zij de eigen kracht van de zorgvrager en zijn netwerk te benutten. In wat volgt, gaan wij na hoe hulpverleners in de GGZ hiermee omgaan.



## **2.3 Hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg**

### **2.3.1 Een omslag in denken en handelen**

In het algemeen stellen hulp- en zorgbehoefte burgers andere eisen, ook aan de hulpverleners. Ze willen meer inspraak in hun zorgproces en zoveel mogelijk zelf sturing geven aan hun leven. Zelfregie en eigen kracht zijn belangrijke thema's geworden, ook voor mensen in een kwetsbare positie. De hulpverlening is ervan overtuigd dat hun afhankelijkheid moet worden doorbroken en dat het hulpaanbod meer gericht dient te zijn op de krachten en mogelijkheden van de zorgvrager (Stam, 2012). Reeds bij het stellen van de hulpvraag dient de zorgvrager te worden gesteund in wat hij zelf wil en kan. Volgens de Vries (2012) draagt deze aanpak ertoe bij dat de hulpverlening slaagt.

Voor mensen met een psychiatrische problematiek is dit niet anders, behalve dat ze hierbij vaak ondersteuning nodig hebben van hun netwerk en/of professionals. Dit vraagt een andere visie van de hulpverlening waarbij het klassieke, hiërarchische en medisch model moet worden opengebroken. Het goedbedoelde oplossingsgerichte denken is te eenzijdig. De meest kwetsbare mensen, zoals mensen met een psychische beperking, hebben meer nood aan een veelzijdig model waarin zij zelf en hun herstel het vertrek- en middelpunt zijn. In een herstelgerichte visie wordt herstel begrepen als het leren zien van de eigen kwetsbaarheden en talenten zodat deze kunnen worden aangewend om weer baas te worden van hun eigen leven. Hulpverleners dienen zich hierbij vooral op te stellen als een facilitator van de realisatie van wat voor personen met een psychische aandoening belangrijk is. Zorgverstrekking moet daarom een zaak van samenwerking worden met verschillende sectoren en met het eerste steunpunt van de patiënt, zijn omgeving (De Rynck & Vandenbroeck, 2014).

Van Regenmortel (2008) beschouwt het empowermentparadigma als een stimulerend en vruchtbaar denk- en handelingskader voor sociale inclusie en zorg waarbij de focus ligt op de potenties en krachten van de psychisch kwetsbare. Bij een empowerende hulpverlening gaat het eerder om een dialooggestuurde dan een vraaggestuurde zorg waarbij de hulpvrager een volwaardige kennisbron en actor wordt in het ganse zorgproces.

De GGZ dient zich dan ook vooral toe te leggen om krachtgericht en netwerkversterkend te werken. Hierbij dringt een samenwerking tussen formele en informele zorg zich op.

### **2.3.2 Geloof in de kracht van het netwerk**

#### **2.3.2.1 Het netwerk**

Netwerkversterkend werken lijkt de weg te zijn naar een duurzame ondersteuning die de hulpvrager weer greep geeft op zijn leven. Deze nieuwe visie vertaalt zich dan ook in een andere zorginhoud en zorgorganisatie.

Autonomie is pas mogelijk in verbinding met anderen. Hierdoor bouwen mensen een gevoel van eigenwaarde op, wat essentieel is voor autonomie en dus ook voor zelfregie (Hauwert, Metze, & Sedney, 2013). Met de vermaatschappelijking van de zorg is er meer aandacht voor wat mensen zelf met behulp van hun netwerk kunnen. Hierdoor ontstaat een toenemende onderlinge betrokkenheid die de sociale cohesie bevordert (Grootegoed, geciteerd door Kwekkeboom en Steyaert, 2012).

Net als Bartelink en Verheyden (2012) stelt Steyaert (2012) vast dat mensen met een psychische beperking vaak over een beperkt of zwak netwerk beschikken. Volgens Steyaert is hier sprake van het zogenaamde mattheuseffect: de meest sociaal weerbaren hebben een groot sociaal netwerk, wie

zorgbehoefstig is en nood heeft aan een gezond sociaal netwerk heeft moeite om die overeind te houden. Mensen met een grote zorgbehoefte zijn vaak zodanig bezig met hun problemen dat er weinig tijd en energie overblijft om te investeren in sociale contacten. Dit maakt dat ze niet enkel meer risico lopen op sociaal isolement en eenzaamheid maar dat er ook minder mogelijkheid voor ondersteuning is vanuit dit netwerk.

Steyaert (2012) benadrukt dat we ons niet mogen blindstaren op krachtige netwerken. Ook zwakke contacten kunnen betekenisvol zijn. Hij verwijst naar een studie van Granovetter uit 1973, die een onderscheid maakt tussen sterke en zwakke verbindingen ('strong' en 'weak ties'). Hij bracht aan het licht dat net die zwakke contacten meer informatie kunnen verschaffen bij het zoeken naar onder meer een nieuwe job. Een dicht netwerk beschikt vaak over dezelfde informatie, terwijl een uitgestrekter netwerk van zwakkere sociale contacten een grotere variatie aan informatie kunnen verschaffen. Het zijn net die zwakke contacten die als bruggen kunnen fungeren naar andere netwerken waar de persoon in kwestie geen deel van uitmaakt. Volgens Steyaert kunnen die zwakkere sociale relaties veel betekenen in de zorg.

Bartelink (2012) is van oordeel dat hulpverleners zich vooral moeten focussen op wat gezinnen met behulp van het netwerk zelf kunnen. Hierbij dienen ze vooral na te gaan hoe ze het netwerk kunnen versterken en inschakelen. Een netwerk blijkt immers een belangrijke beschermende factor te zijn die kan voorkomen dat problemen verergeren. Ze verwijst hierbij naar de netwerkcirkel van Paes (2008) die de drie verschillende lagen van sociale netwerken weergeeft. In de dichtste kring staan die mensen waarmee de betrokkene een goede vertrouwensrelatie heeft en bestaat vaak uit familie en vrienden. De indirecte relaties vinden we in de middelste kring. Deze mensen staan iets verder af van de betrokkene maar helpen hem indien nodig, zoals een klasgenoot, buur of collega. De buitenste cirkel zijn relaties met grotere groepen of instanties. Deze contacten duren zolang het nodig is. Hier vinden we de hulpverlener, arts of leraar. Een sociaal netwerk kan zowel praktische, psychologische of emotionele als een normatieve functie hebben. Bartelink stelt vast dat het versterken van sociale netwerken en eigen oplossingsmogelijkheden niet nieuw is, maar dat door de tijd heen hiervoor andere termen werden gebruikt waaronder empowerment, oplossings-, competentie- en vraaggericht werken en eigen kracht.

Zowel Steyaert (2012) als Bartelink en Verheyden (2012) zijn van mening dat hulpverleningstrajecten te weinig gebruik maken van de zorgkracht van sociale netwerken. Nochtans dragen sociale netwerken bij tot meer levenskwaliteit en dient er vooral te worden geïnvesteerd in het versterken van kleine en zwakke netwerken. Wanneer een netwerk tijdig in beeld wordt gebracht is bij de (na)zorg een vlotte overdracht tussen professionele en niet-professionele hulp mogelijk. Deze nieuwe aanpak in de zorg vraagt in eerste instantie een omslag in het denken van professionals.

Een belangrijke stap in de netwerkmethodiek is het in kaart brengen van het sociaal netwerk. Samen met de zorgvrager wordt gekeken naar die mensen die in zijn leven een rol spelen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van een genogram en ecogram. Een genogram geeft meerdere generaties schematisch weer waarbij relatiestructuren zichtbaar worden gemaakt. Met een ecogram worden de belangrijke sociale contacten in kaart gebracht. Zowel die relaties waarmee de betrokkene een persoonlijke binding heeft als de meer zakelijke of hulpverlenende contacten worden hierin opgenomen. Pijlen kunnen de aard van die relatie aangeven (Brink, Calis, Kruijswijk, Redeker, van de Maat, & van der Veer, 2014). Volgens Steyaert (2012) is het zinvol om niet enkel te werken met domeinen maar ook met namen.

Mensen voelen zich vaak onwennig en verlegen om hulp te vragen en om er te geven. Naast verlegenheid en acceptatieschroom (Linders, 2010) hebben mensen vaak niet de moed of de energie om hun netwerk om hulp te vragen. Ze zijn zodanig opgeslorpt door de invulling van hun zorgbehoefte dat ze een zetje in de goede richting nodig. In dat geval kunnen ze beroep doen op een netwerkversterkende methode zoals Eigen Kracht-conferenties die hen daarin ondersteunt. We komen hier later op terug.

### ***2.3.2.2 Hoe ervaren hulpverleners netwerkversterkend werken?***

Brink, Sok en Verschelling (2008) maken een onderscheid tussen een netwerkgerichte houding en netwerkgericht begeleiden. Waar een netwerkgerichte houding toepasbaar en effectief blijkt te zijn voor alle cliënten van het maatschappelijk werk is een netwerkgerichte begeleiding afhankelijk van het gedrag, de omstandigheden en problematiek van de cliënt. Zo blijkt dat maatschappelijk werkers van cliënten die structurele contactuele belemmeringen hebben, psychiatrisch of ernstig emotioneel labiel zijn of geen vaste woonst hebben, netwerkbegeleiding niet haalbaar vinden zonder samenwerking met andere professionele diensten.

In het actieonderzoek 'Werkt het Netwerk?' van Driessens en Melis (2015) werd nagegaan wat hulpverleners als drempels ervaren en wat ze nodig hebben om netwerkversterkend werken in hun begeleiding op te nemen. Werken met de krachten van mensen en hun netwerk lijkt voor de hulpverlener niet vanzelfsprekend. Vooral wanneer kwetsbare gezinnen een beperkt netwerk hebben vinden hulpverleners dat er eerst werk dient te worden gemaakt om deze mensen te ondersteunen bij het opbouwen van een netwerk. In residentiële settings waar men verantwoordelijk is voor de veiligheid van de kinderen, wil de dienst de garantie dat het netwerk betrouwbaar is. Indien niet worden de contacten tussen het netwerk en de kinderen niet gestimuleerd. Sommige begeleiders stellen hierbij de vraag of hun verwachting naar het netwerk niet te hoog is.

Netwerkversterkend werken, veronderstelt een organisatie die deze visie vooropstelt. Sommige begeleiders menen dat netwerkversterkend werken tegenstrijdig is met vraaggericht werken doordat de vraag om het netwerk in te schakelen meestal niet van de hulpvrager komt. Vaak weten ze niet hoe en wanneer het netwerk te betrekken, zien in sommige situaties de meerwaarde en/of haalbaarheid niet en is er de vrees voor het onbekende. Daarnaast vraagt het veel energie en tijd waardoor de eigenlijke begeleiding wordt vertraagd. Begeleiders beschikken bovendien over te weinig tools, kennis en vaardigheden om met het netwerk aan de slag te gaan. Ze dienen dus eerst zelf te worden overtuigd van de meerwaarde van netwerkversterking vóór ze de hulpvrager hierop kunnen aanspreken. Bijscholing over netwerk- en krachtgericht werken in de hulpverlening kan hieraan tegemoetkomen (zie 4.2.3).

In een eerder onderzoek van Driessens & Melis (2014) werd bekeken hoe professionele hulpverleners het krachtgerichte werken van de netwerkversterkende methodiek van persoonlijke toekomstplanning ervaren. Net als in het ander onderzoek stellen de hulpverleners zich vragen over de veiligheid van de kinderen. Het is ook niet altijd duidelijk wie de centrale persoon is, het kind of de ouder(s). In bepaalde casussen werd het netwerk niet ingeschakeld omdat de moeder een psychiatrische problematiek had. Sommige begeleiders vinden dat zij te weinig kennis hebben over de methode waardoor ze dit niet voorstellen aan het gezin.

Begeleiders die er wel in slagen om een netwerkgroep voor te stellen, geloven sterk in de potentiële krachten van de cliënt of zijn netwerk. De hulpverleners bleken achteraf overwegend positief over de methode. Vooral de verschuiving van de focus van wat er verkeerd loopt naar wat goed loopt benoemden ze als de grootste kracht. Ze zagen hoe het gezin hierdoor sterker werd. Vaak bleken de mogelijkheden van het netwerk sterker te zijn dan verwacht. Mensen bleken duidelijker te kunnen aangeven wat ze zelf willen. Een minpunt was dat de methodiek zeer veel tijd in beslag neemt. Een Eigen Kracht-conferentie kan deze taak overnemen.

## **2.4 Eigen Kracht-conferenties**

### **2.4.1 Ontstaan Eigen Kracht-conferenties**

Rob van Pagée, een van de bezielers van Eigen Kracht-conferenties, was in de jaren zeventig werkzaam als onderzoeker bij de Raad van de Kinderbescherming in Nederland. Hij vond dat er in de kindbescherming te vaak essentiële zaken over het hoofd werden gezien. Zaken waarvan de familie weet had, maar de hulpverleners niet. Het idee om het netwerk bijeen te roepen bij dreigende uithuisplaatsing van kinderen, pikte Van Pagée uit Nieuw-Zeeland op. Eind jaren tachtig belandden heel wat kinderen van etnische minderheden in de bijzondere jeugdzorg. De leiders van de Maori's, de oorspronkelijke bevolking van Nieuw-Zeeland, protesteerden tegen dit harde overheidsingrijpen en wilden zelf hun problemen in familiekring oplossen (van der Lans, 2013).

Deze succesvolle aanpak leidde ertoe dat het systeem 'family group conference' in Nieuw-Zeeland in 1989 grondwettelijk werd verankerd. Burgers hebben het recht om eerst zelf een plan op te stellen om hun problemen op te lossen. Deze wissel van de macht vond in de jaren negentig navolging in onder meer Australië, de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Zweden. In 2001 organiseerde Van Pagée zijn eerste Eigen Kracht-conferentie in Nederland (Van den Broeck, 2010). In Vlaanderen vond in 2007 de eerste Eigen Kracht-conferentie plaats.

### **2.4.2 Wat is een Eigen Kracht-conferentie en hoe verloopt het?**

Een Eigen Kracht-conferentie is een beslissingsmodel waarbij de hulpvrager samen met zijn netwerk een plan voor de toekomst bedenkt. Het is geen model tegen de hulpverlening maar vooral een aanvulling. Mensen beslissen, in overleg met hun netwerk, welke steun het netwerk biedt en waarvoor professionele steun nodig is (Eigen Kracht-conferenties).

In Vlaanderen is EK-c is één van de zeven onderzochte methoden van krachtgericht werken waarmee in de jeugdhulpverlening wordt geëxperimenteerd. Andere methoden zijn onder meer Familienetwerkberaad, het Columbusproject en Signs of Safety. Niettegenstaande deze methoden op een andere manier worden ingevuld, zijn ze gebaseerd op drie basisprincipes. Ten eerste wordt de regie voor het begeleidingstraject sterker bij de hulpvrager gelegd. Bij EK-c is de regie zelfs volledig in handen van de hulpvrager. Het overdragen van die regie is gebaseerd op het geloof in de eigen krachten en mogelijkheden van de hulpvrager. Tenslotte wordt beroep gedaan op het (versterkte) netwerk (Driessens & Melis, 2012).

Een gezin in moeilijkheden kan rechtstreeks of samen met de hulpverlener een probleem aanmelden bij EK-c. Een onafhankelijke coördinator neemt contact op met het gezin en ondersteunt hen bij de organisatie van een conferentie. Samen met de gezinsleden probeert hij na te gaan wat het gezin op dit moment nodig heeft en brengt het netwerk in kaart. Bedoeling is om die kring zo groot mogelijk

te maken. Hij contacteert, informeert en motiveert ieder van hen om de conferentie bij te wonen en met het gezin een plan voor de toekomst te bedenken. De coördinator neemt eveneens contact op met de hulpverleners. Daarnaast helpt hij bij de praktische voorbereiding van de conferentie.

De conferentie gaat steeds door op een neutrale plaats en bestaat uit drie fasen. Tijdens de informatieronde geven professionals in begrijpelijke taal, deskundige uitleg over de specifieke problematieken of ziektebeelden en over verschillende vormen van hulpverlening die te maken hebben met de hulpvraag. Wanneer sprake is van verplichte hulpverlening wordt nagegaan of het plan dient te voldoen aan bepaalde basisvoorwaarden.

Hulpverleners en coördinator verlaten daarna de ruimte zodat de besloten overlegfase kan starten. Het gezin beraadslaagt samen met het netwerk tot er overeenstemming bestaat over een concreet plan. Dit overleg kan verschillende uren in beslag nemen.

In de laatste fase wordt het plan gepresenteerd aan de coördinator die nagaat of het plan wettelijk en veilig is en of de gemaakte afspraken voor iedereen duidelijk zijn. Na de conferentie wordt afgesproken wie respectievelijk na één en na drie maanden wordt gecontacteerd voor een evaluatie en wie samenkomt wanneer het plan dient te worden bijgestuurd. Dit wordt eveneens in het plan opgenomen. De coördinator bezorgt iedereen een kopie van het plan en familie en hulpverleners kunnen aan de slag met de uitvoering ervan (Eigen Kracht-conferenties).

### **2.4.3 Waarvoor wordt Eigen Kracht-conferenties ingezet?**

Mensen kunnen op elk moment in hun leven en op elk gebied een Eigen Kracht-conferentie inzetten. Hoewel het besluitvormingsmodel in Nederland en Vlaanderen vooral wordt ingezet in de jeugdhulp kan het in zeer uiteenlopende situaties worden ingezet waaronder herstellbemiddeling en dreigende uithuisplaatsing of dwangopname (Eigen Kracht-conferenties). Beyers en Bouckaert (2012) zijn eveneens van oordeel dat het netwerk voor ieder probleem een besluit kan nemen.

Na haar gedwongen opname en verschillende verblijven in de isoleercel pleit Santegoeds (persoonlijke communicatie, 6 december 2015) al jaren voor een verbod van het isoleren van mensen in de psychiatrie. Ze hoopt dat de wet die een gedwongen opname in psychiatrische ziekenhuizen regelt, wordt vervangen door het Eigen Kracht model. Door een veilig plan op te maken kunnen onwenselijke GGZ interventies, zoals een gedwongen opname, worden afgewend.

### **2.4.4 Empowerende elementen van een Eigen Kracht-conferentie**

Eigen Kracht-conferenties is één van de vele methodieken binnen de ruime empowerment familie. Boumans (2012) ziet heel wat elementen uit de empowerment filosofie terug in dit besluitvormingsmodel en onderscheidt vier principes ter ondersteuning van empowerend werken. Ten eerste heeft empowerend werken als doel de mogelijkheden van de persoon te vergroten en in uitwisseling met zijn netwerk, een invulling te geven aan zijn leven op verschillende gebieden. Dit vinden we terug bij een EK-c waar mensen, samen met hun netwerk, op zoek gaan naar verschillende mogelijkheden om hun eigen problemen aan te pakken.

Vervolgens vereist de praktijk een aanbod van strategieën, samenwerkingsmogelijkheden, steun- en hulpbronnen of tools. Deze middelen dragen ertoe bij om de machteloosheid op te heffen, te leren omgaan met of vermijden van de invloed van belemmerende factoren en/of om de eigen

afhankelijkheid te leren accepteren. Bij een EK-c is de hulpvrager eigenaar van zijn probleem. Hij bepaalt zelf welk probleem centraal staat en de regie over de aanpak ligt volledig bij hem en zijn netwerk. De conferentie is hierbij een tool en biedt een platform om in dialoog te treden met het netwerk, obstakels en mogelijkheden te bespreken.

Empowerend werken creëert mogelijkheden voor dialoog en is integraal van aard. Dit betekent dat de gehele mens wordt erkend en voldoende wordt ondersteund om veranderingen mogelijk te maken. Een EK-c heeft geen vast protocol, de gerichtheid op de hulpvrager en zijn netwerk heeft een integraal en flexibel karakter. De hulpvrager beslist in overleg met zijn netwerk welke hulp door hen kan worden geboden en waarvoor hij professionele hulp wenst in te schakelen. Het duidelijk aangeven van bodemeisen maakt dat dialoog gemakkelijker tot stand komt. De coördinator ondersteunt de persoon bij de organisatie van de conferentie en biedt op die manier de mogelijkheid voor een samenwerking tussen de persoon en zijn netwerk. Dit stimuleert de steun van de omgeving die een veranderingsproces op gang kan zetten. De coördinator is niet aanwezig bij het opstellen van een behandelplan, maar blijft op de achtergrond beschikbaar.

Tenslotte heeft empowerment oog voor de individuele en de maatschappelijke mogelijkheden en beperkingen die de groei kunnen bevorderen of belemmeren. Hoe het uiteindelijke plan van een EK-c eruit ziet is afhankelijk van de aard van de problematiek.

#### **2.4.5 De coördinator is geen professional**

EK-c kiest bewust voor een niet-hulpverlener als coördinator. Dit biedt het voordeel dat het proces niet wordt gestuurd. De coördinator heeft ook geen weet van de gezinsgeschiedenis en kan dus zonder vooroordelen starten met het traject (Beyers en Bouckaert geciteerd door Antrop, Bal, De Corte, & Van den haute, 2012).

Bovendien is de coördinator een vrijwilliger die niet verbonden is aan een hulpverleningsorganisatie en geen enkel belang heeft bij de inhoud en uitvoering van het plan. Hij beschikt over communicatieve en sociale vaardigheden, kan goed luisteren, bemiddelen en is creatief. Tijdens een driedaagse opleiding ontdekt hij zijn eigen zwakke en sterke kanten. Via rollenspel leert hij luisteren en actief inspelen zonder advies te geven. Coördinatoren beseffen dat ze als burgers van een overwegend stigmatiserende samenleving alert dienen te zijn voor allerlei vormen van stigmatisering. Na een positieve evaluatie kan de coördinator, onder supervisie, een conferentie begeleiden.

Boumans (2012) vraagt zich af of de coördinator voldoende tools, samenwerking en begeleiding kan bieden om een veranderingsproces op gang te brengen. Beschikt hij over voldoende deskundigheid om integraal naar de hulpvrager en het probleem te kijken? Weet hij wanneer hij beter ingrijpt of afwacht, steun biedt of doorverwijst?

We kunnen ons hierbij de vraag stellen in welke mate het vereist is dat de Eigen Kracht-coördinator beschikt over enige deskundigheid. Het gaat er in de eerste plaats om wat de betrokkene op dit ogenblik nodig heeft om het leven te leiden dat hij wil en hoe hij hierbij kan worden ondersteund door zijn netwerk. De focus ligt niet op de beperking maar op de eigen kracht. EK-c gaat ervan uit dat de betrokkene en zijn netwerk weten wat zij kunnen bijdragen en waarvoor professionele hulp nodig is. De coördinator kan gedurende het ganse traject terugvallen op een ervaren coach en in complexe situaties kan beroep worden gedaan op GGZ professionals.

#### **2.4.6 Effectiviteit van Eigen Kracht-conferenties?**

In tegenstelling tot Vlaanderen werd in Nederland verschillende pogingen ondernomen om de effectiviteit van EK-c te bewijzen. In Vlaanderen worden de gegevens van de conferenties bijgehouden maar werd tot nu toe geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit. Onderzoek kost heel wat geld en EK-c Vlaanderen heeft onvoldoende middelen om dit te financieren.

Dijkshoorn (2012) gelooft dat EK-c werkt. Hij heeft echter bedenkingen bij de geloofwaardigheid van de onderzoeksresultaten. Gemeenten zouden zich te veel laten leiden door optimistische persberichten en hierdoor verkeerde conclusies trekken. Het is niet omdat EK-c verantwoord is bij multiprobleemgezinnen dat je ze kan inzetten voor mensen met een psychiatrische stoornis. Net als Boumans (2012) vreest hij dat onderliggende problemen over het hoofd worden gezien. Zo blijkt dat bij alcoholverslaving vaak een angststoornis het onderliggend probleem is. Door zich te focussen op die verslaving wordt het onderliggend probleem niet aangepakt en wordt het moeilijker om die verslaving aan te pakken.

Huysser (2012), psychiater in een instelling voor verslavingszorg, deelt deze mening niet. Hij vindt dat de verslaving eerst dient te worden aangepakt. Pas wanneer er sprake is van herstel kan worden gekeken of er sprake is van een onderliggend probleem.

Boumans (2012) betwijfelt of er tijdens iedere conferentie een gelijkwaardig en constructief gesprek kan ontstaan tussen alle betrokkenen laat staan dat ieder netwerk in staat is om een veranderingsproces te ondersteunen. Ze gelooft niet dat een eenmalige EK-c voldoende continuïteit biedt om het veranderingsproces te garanderen en vraagt zich af hoe men reageert in geval van dieperliggende oorzaken van de problematiek en een mogelijke terugval.

Onderzoek naar de effectiviteit van een EK-c is niet evident. We komen hier later uitgebreid op terug wanneer we EK-c vanuit een sociaal-economisch perspectief benaderen (zie 3.3.4).

### **2.5 Uit het leven gegrepen: een Eigen Kracht-conferentie**

Toen de ouders van Els scheidden, trok Els in bij haar vader en zijn vriend. Overdag werkte ze en 's avonds en in het weekend hielp ze mee in het café van haar vader. De relatie met haar moeder, haar oudere broer en jongere zus, verliep niet zo goed. Els werd als jong meisje verkracht door haar broer. Toen haar vader ziek werd, besteedde Els al haar tijd en energie aan de zorg voor haar vader. Ondertussen was ze werkloos en leefde ze heel geïsoleerd, had geen vrienden of andere sociale contacten. Na de dood van haar vader werd Els door de partner van haar vader uit huis gezet en leefde ze een korte periode op straat.

Els leerde Hans kennen en samen kregen ze twee kinderen: Daan (negen jaar) en Bram (zeven jaar). Nadat de relatie stuk liep was er sprake van ernstige hygiënische problemen waardoor de rechtbank besliste om Els het hoederecht te ontnemen. De kinderen verblijven enkele dagen bij de moeder van Els en enkele dagen bij Hans, de vader van de kinderen. Els heeft enkel bezoekrecht. Sedertdien heeft Els alle contact met haar ouderlijk gezin verbroken.

In die periode werd Els opnieuw zwanger en kreeg een derde zoontje Ruben (vijf jaar) bij wie een autismespectrumstoornis werd vastgesteld. Haar huidige vriend, David, die in een mannenopvang verblijft, is vader van het jongste kind, Lars, dat als prematuur geboren werd en nog steeds ademhalingsproblemen heeft. Het jongetje verblijft sedert de geboorte in een instelling en komt enkel in het weekend naar huis.

Els heeft, ten gevolge van een chemobehandeling als kind, een zwakke gezondheid. Wanneer ze een opstoot heeft, is ze heel ziek en bedlegerig waardoor ze niet in staat is om de meest elementaire zorg voor de kinderen te bieden. Als leefloontrekkende en alleenstaande mama is het voor haar niet evident om alles voor mekaar te krijgen. Er komen heel wat hulpverleners aan huis, die vaak vanuit tegenstrijdige belangen tewerk gaan.

Op dit ogenblik probeert Els, via gerechtelijke weg, haar twee oudste kinderen, Daan en Bram terug bij haar te hebben. Indien er een oplossing komt voor het hygiënisch probleem, is er kans dat ook Lars thuis mag wonen. Els woont momenteel in een klein appartement en staat al jaren op de wachtlijst voor een sociale woning. Ze wou graag de opleiding Maatschappelijk Werk aanvatten, maar voldeed niet aan bepaalde voorwaarden.

Samen met haar contextbegeleidster heeft Els een aanmelding voor het organiseren van een conferentie ingediend bij EK-c. In het kader van praktijkverdieping fungeer ik als coördinator. De hulpvraag van Els is vooral praktische ondersteuning op die momenten dat zij het niet aankan. Els heeft heel weinig vertrouwen in mensen, waardoor haar netwerk heel beperkt is. Op de conferentie zijn enkel vier lotgenoten uitgenodigd. Els kent hen van het plaatselijke ontmoetingshuis, waar ze af en toe wat vrijwilligerswerk doet.

Mijn taak als onafhankelijke coördinator van Eigen Kracht-conferenties is de kring van het netwerk zo groot mogelijk maken. Wegens de sociale isolatie en het grote wantrouwen van Els is dit netwerk heel beperkt. In een persoonlijk gesprek met ieder van hen leg ik de visie van EK-c uit en nodig hen uit om deel te nemen aan de conferentie zodat een plan voor de toekomst kan worden gemaakt. Ik hoor bij ieder van hen min of meer hetzelfde verhaal. Ze willen Els graag helpen, maar zitten in hetzelfde schuitje: geen of een beperkt netwerk, dezelfde problemen, zwakke gezondheid en weinig middelen. Ze kunnen zelf hulp gebruiken. Enerzijds is er wat twijfel of zij wel iets concreet kunnen doen, anderzijds is er een grote bereidheid om elkaar te helpen. Ze ondervinden zelf dagdagelijks hoe moeilijk het is om alles in je eentje te moeten beredderen.

In het plan dient rekening te worden gehouden met de bodemeis van de jeugdrechtbank. Het is vooral in het belang van Lars dat er dient te worden gezocht naar een oplossing voor het hygiënisch probleem. De hulpvraag waarrond het netwerk een plan dient te bedenken richt zich op drie vragen. Hoe kan Els concrete hulp krijgen bij de opvang van de kinderen? Hoe kan Els worden geholpen bij de hygiëne in huis? Hoe kan Els worden ondersteund in zelfzorg? Hoewel de middelen van het netwerk heel beperkt zijn, slagen zij er toch in om een concreet toekomstplan op te stellen. Iedereen is bereid om een taak op zich te nemen, de situatie op tijd en stond te evalueren en, indien nodig, bij te sturen.

Deze casus wordt vanuit drie verschillende invalshoeken toegelicht. Vanuit een sociaal-ecologische bril kijken we naar de mens met een psychische problematiek in relatie met zijn omgeving. Vervolgens wordt nagegaan in welke mate geestelijke gezondheidszorg beantwoordt aan ethische normen en waarden en welke meerwaarde een EK-c hierin kan bieden. Tenslotte gaan we vanuit een sociaal-economisch oogpunt, de effectiviteit van een EK-c na.





## 3 Probleemanalyse

### 3.1 Sociaal-ecologisch perspectief

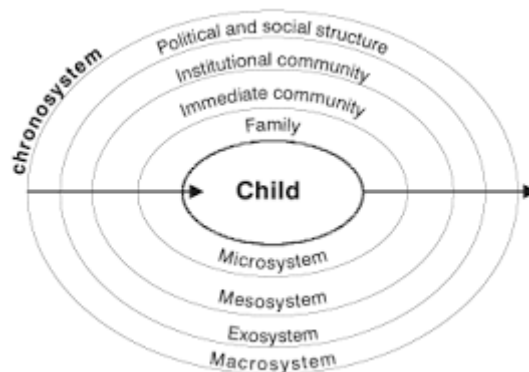
De begrippen 'sociaal' en 'ecologie' hebben op het eerste zicht niets met elkaar gemeen, of toch? De huidige ecologische en sociale vraagstukken wijzen op een crisis van het mondiale systeem en dat heeft gevolgen voor de verzorgingsstaat. De ecologische crisis is tegelijk een sociale crisis. Onze ecologische voetafdruk is te groot; onze noden overschrijden de mogelijkheden van de aarde. Door de grenzen van klimaatverandering en de biosfeer te overschrijden wordt het aardesysteem in een nieuwe toestand gebracht wat catastrofale gevolgen kan hebben voor onze samenleving. Er is een ongelijke en onrechtvaardige verdeling van mondiale hulpbronnen en de kloof tussen rijk en arm wordt steeds groter. Willen we uit deze mondiale crisis komen, dan dienen we de grondslagen van het systeem te veranderen en te ijveren voor een duurzame en rechtvaardige samenleving zowel op ecologisch als op sociaal vlak (Peeters, 2015).

In wat volgt wordt het belang van de invloed van onze omgeving verder uitgediept. Wie we zijn, hoe we ons gedragen en hoe we omgaan met tegenslagen of beperkingen hangt voor een deel af van aangeboren eigenschappen. Daarnaast wordt ons doen en laten bepaald door de plaats waar onze wieg stond: het land, de politiek en de cultuur, de levensbeschouwing, vrienden en collega's, het milieu en het gezin waar we opgroeien. De laatste decennia zijn er heel wat modellen ontwikkeld die de verschillende beïnvloedende systemen in kaart brengen. Veel van deze modellen zijn gebaseerd op dat van Bronfenbrenner.

#### 3.1.1 Het bio-ecologisch model van Bronfenbrenner

Een ecologische visie besteedt aandacht aan de context waarin mensen zich bevinden en welke invloed die op hen heeft. De Amerikaanse ontwikkelingspsycholoog Urie Bronfenbrenner (1917-2005) verrichtte onder meer onderzoek naar de impact van sociale processen op het welzijn van mensen. De menselijke leefwereld kan worden vergeleken met een ecologisch systeem, opgebouwd uit diverse subsystemen die dynamisch met elkaar samenhangen en zo het systeem in stand houden. Ingrijpende gebeurtenissen of druk van buitenaf kunnen verschuivingen in het systeem teweegbrengen. Een herschikking van posities, rollen en verantwoordelijkheden dringt zich op om tot een min of meer stabiel evenwicht te komen.

Het ecologische systeem wordt voorgesteld door vier in elkaar passende cirkels (zie figuur 1). In het midden bevindt zich het microsysteem. Dit betreft de directe interacties tussen het kind en de mensen uit de dichtste omgeving, waaronder de gezinsleden. De kwaliteit van de interacties die hier plaatsvinden en de processen die daaruit voortvloeien, de 'proximale processen', zijn heel bepalend voor de ontwikkeling van het kind. Het kind bevindt zich vaak in verschillende microsystemen (thuis, op school, enzovoort). De relatie tussen die verschillende microsystemen wordt aangeduid als het mesosysteem. Soms wordt een kind beïnvloed door andere systemen, waar het niet zelf aan deelneemt, maar wel de gevolgen van draagt. Deze exosystemen zijn grotere systemen zoals het werk van de ouders, het schoolbestuur en de media. Deze beïnvloeding heeft zowel een impact op het functioneren van meso- als op microsystemen en wordt door Bronfenbrenner 'distale processen' genoemd. Deze kunnen de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind heel erg beïnvloeden. De meer abstracte systemen zoals de maatschappij, cultuur en de politiek maken deel uit van het macrosysteem en bepalen de regels voor de drie andere systemen (Van Oers, 2010).



Figuur 1: Ecologisch model van menselijke ontwikkeling (Bronfenbrenner, 2004 geciteerd door Van Crombrugge, 2009, p. 74). )

Zowel het functioneren van onze samenleving als het overheersende mensbeeld hebben een grote impact op het leven van ieder van ons maar vooral op het leven van kwetsbare mensen. In de nasleep van de terreuraanslagen in Parijs van dertien november 2015, en met de schrijnende beelden en verhalen van Syrische bootvluchtelingen in gedachte, loont het de moeite om een aantal maatschappelijke veranderingen in kaart te brengen en ons af te vragen of we niet oogsten wat werd gezaaid.

### 3.1.2 Van een neoliberal naar een ecologisch-relacioneel mensbeeld

#### 3.1.2.1 *Ontstaan van de welvaartsstaat of verzorgingsstaat*

Na de tweede Wereldoorlog werd, om armoede en sociale uitsluiting te voorkomen, het sociaal vangnet verder uitgebouwd. Dit gebeurde onder het idee van 'de maakbaarheid van de samenleving' waarbij de overheid zich profileerde als zorgdrager. Sociale zekerheid werd een verworven recht en vele Westerse landen kenden een betere toegang tot sociale voorzieningen. Naast het bewaken van een welvaartsminimum bood de overheid ook een welzijnsgarantie. Mensen werden niet enkel beschermd tegen armoede en maatschappelijke ongelijkheid, de overheid verzekerde een goede zorg voor ouderen, zieken of arbeidsongeschikten. Een ander gevolg van deze overheidsinvloed was een explosieve groei van professionele gesubsidieerde zorg- en welzijnsvoorzieningen waar iedereen beroep op kon doen en zo niet langer afhankelijk was van familie, vrienden of burens. Hierdoor konden mensen los van de - soms beperkend ervaren - sociale verbanden leven, wat leidde tot meer autonomie en individualisering. Zo werd het begrip 'verzorgingsstaat' steeds meer een feit.

Ook op economisch vlak ging het voor de wind. De moderne samenleving slaagde erin om de werkgelegenheid op peil te houden, de inflatie terug te dringen en de economische groei te vergroten. Het fordistische tijdperk deed zijn intrede na de afsluiting van het Sociaal Pact, een ontwerp waarop later het sociale zekerheidsstelsel werd uitgebouwd. De fordistische consumptiemaatschappij had in de tweede helft van de twintigste eeuw een grote invloed op het waarden- en normenpatroon in de samenleving. Het fordisme kenmerkt zich door de manier waarop de verhoudingen worden geregeld tussen arbeid, kapitaal en overheid. Een stijgende productiviteit vertaalt zich in hogere lonen en koopkrachtige consumenten. De overheid maakt dit mogelijk door de uitbouw van de sociale zekerheid.

Het vooruitgangsoptimisme van de fordistische periode biedt de burger aanvankelijk stabiliteit en veiligheid maar stuit eind jaren zestig op zijn grenzen. Mede versterkt door de oliecrisis van 1973

en 1979, leidden inflatie en stagflatie, overproductie en werkloosheid tot recessie en financiële chaos. Door een steeds stijgende werkloosheid en dalende arbeidsparticipatiegraad nam de afhankelijkheidsgraad toe en stegen de uitgaven van de sociale zekerheid. De overheid zag zich genooddaakt om hogere sociale bijdragen op te leggen wat leidde tot arbeidsbesparing; een vicieuze cirkel die moeilijk te doorbreken is (Storme, 2009-2015).

### ***3.1.2.2 Kritiek op de verzorgingsstaat***

Naast de vele verworvenheden van de verzorgingsstaat werd de verhouding tussen overheid, individu en sociale verbanden meer en meer in vraag gesteld. Naast het verdwijnen van de vanzelfsprekende solidariteit tussen mensen zijn vooral de oplopende kosten, door een toename van de vraag naar zorg- en welzijnsvoorzieningen, belangrijke punten van kritiek op de verzorgingsstaat. Daarnaast wordt de groeiende bureaucratie en toenemende inmenging van de overheid in het leven van mensen eveneens veroordeeld.

Een eerste deel van de kritiek richt zich op de stijgende kosten door een toenemende vraag naar zorg- en welzijnsvoorzieningen. Vreugdenhil (2012) verwijst naar verschillende auteurs die, net als zij, menen dat de oorzaak hiervan te wijten is aan diverse trends in de samenleving. Spruyt (1999) meent dat ontzuiling, secularisering, democratisering, een verandering in normen en waarden en het immateriële verlangen naar meer, ertoe leiden dat de mondige burger steeds meer eist van de overheid. Zijderveld (1981) spreekt van een 'gedemocratiseerd hedonisme' waarbij zowel de burger als de overheid, instant-behoeftebevrediging ten aanzien van materiële en immateriële goederen, vanzelfsprekend vinden. Volgens Beck & Beck-Gernsheim (2002) gaat het om 'geïnstitutionaliseerde individualisering' wat veronderstelt dat er eerst sprake is van een toenemend individualisme dat daarna werd ingebed in instituties. Vreugdenhil stelt zich hierbij de vraag of het net niet de institutionalisering is die het individualisme mogelijk maakte. Waarschijnlijk zullen beiden elkaar hebben beïnvloed en versterkt.

Een andere kritische bemerking op de verzorgingsstaat is de bureaucrativering van zorg en welzijn. De zorgvrager dient vaak een parcours af te leggen langs een doolhof van loketten, formulieren en regels. Een versnippering van diensten en regelingen maakt het onmogelijk een volledig zicht te hebben op de totale levenssituatie van de hulpbehoevende waardoor de zorg niet effectief en efficiënt kan worden ingezet. Deze scheiding tussen mensen en systemen leidt volgens Van Doorn (geciteerd door Vreugdenhil, 2012) tot het koesteren van te hoge verwachtingen van het systeem en te lage verwachtingen van de burgers.

De verzorgingsstaat met zijn sociale zekerheid krijgt het hard te verduren. De radicale kritiek van de Angelsaksische landen, waaronder de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, bereikt in de jaren negentig ons land en wordt door het voormalige Vlaams Blok met open armen ontvangen. Deze partij is van mening dat armen worden betaald om niets te doen en zelfs worden aangemoedigd om in die situatie te blijven hangen. De Winter spreekt van 'uitkeringsverslaafden'. Hierdoor wordt, volgens De Winter en zijn aanhangers, een cultuur gecreëerd waar nutteloosheid, een gebrek aan verantwoordelijkheidszin, zwakke gezinswaarden, echtscheidingen en een overvloed aan tijd, leiden tot meer geweld, criminaliteit en middelengebruik. Ook het Tweede Burgermanifest van Verhofstadt is doordrongen van deze Amerikaanse kritiek en wordt door andere politieke strekkingen overgenomen. In 2013 werd in opdracht van het Socialistisch Ziekenfonds een bevolkingsonderzoek uitgevoerd om na te gaan in welke mate deze kritiek bij de Vlaamse bevolking aanwezig is. Hieruit blijkt dat de grote meerderheid de kernprincipes van het sociale zekerheidsstelsel - solidariteit via

een verplichte verzekering - steunen. De bereidheid om bij te dragen aan het sociale stelsel hangt wel grotendeels af van het vermoeden dat het geld al of niet terecht komt bij de juiste personen, het respecteren van de wederkerigheid (voor wat, hoort wat) en het al of niet bestaan van sociale fraude (Callewaert, Elchardus, & Hens, 2013).

Vreugdenhil (2012) merkt eveneens op dat een toename van zorg- en welzijnsvoorzieningen specialisatie en professionalisering met zich mee brengt wat enerzijds leidt tot een betere kwaliteit van de zorg maar anderzijds ertoe kan leiden dat mensen zich afhankelijker opstellen. Bovendien verdwijnt hierdoor de vanzelfsprekende solidariteit tussen mensen.

Om de negatieve effecten van de modernisering tegen te gaan zonder afbreuk te doen aan de verworvenheden van de verzorgingsstaat, wordt in het neoliberale klimaat van de jaren tachtig, gezocht naar een herschikking van de verhoudingen tussen overheden, individuen en sociale verbanden.

### ***3.1.2.3 De opkomst van het neoliberalisme***

Het liberalisme baseert zich op de ideeën van Adam Smith (1723-1790), een Schots moraalfilosoof en grondlegger van de economische wetenschap. Hij ging ervan uit dat, wanneer iedere burger zijn eigenbelang nastreeft, dit het maatschappelijk belang ten goede komt. Hij spreekt van een 'onzichtbare hand' die de vrije markt in goede banen leidt en pleit voor een overheid die zich beter niet bemoeit met de praktische zaken van de economie. Hoewel individuele vrijheid belangrijk is, pleit Smith voor solidariteit als basis voor een goed functionerende samenleving. Het neoliberalisme neemt enkele elementen op van het liberalisme zoals de vrije markt en de vrijheid van de burger, maar legt ook zijn eigen klemtonen. Murawski (2011) wijst erop dat 'neo' zowel kan wijzen op een terugkeer als op een radicalisering van de liberale principes. Zij verwijst naar verschillende auteurs, waaronder Klein, Harvey en Harman, die het neoliberalisme beschouwen als de oorzaak van de huidige crisis die leidt tot een grotere sociale ongelijkheid. De rijken worden rijker, de armen armer, waarbij geen belang wordt gehecht aan de oorzaken van relatieve armoede (Lazzarato, geciteerd door Murawski, 2011). Het kapitalistisch liberaal systeem dringt door tot alle facetten van de maatschappij. Zo dienen de waarde van arbeid, onderwijs, zorg en veiligheid niet enkel efficiënt en doelgericht maar ook meetbaar te zijn om een bijdrage te kunnen leveren aan kapitaalaccumulatie. Murawski vraagt zich af of dit de samenleving is die we willen.

Ook Achterhuis (2012) en Verhaeghe (2012) zijn niet te spreken over het neoliberalisme. Volgens Achterhuis leidt het reduceren van de hele wereld tot een markt, tot een verschraving van menselijke relaties, een toename van sociale ongelijkheid, uitsluiting van kwetsbare groepen en een vermindering van de politieke macht. Verhaeghe vindt eveneens dat teveel vrije markt schadelijk is voor de mens. Het neoliberale beleid bepaalt zowel de identiteit van de burgers als het mensbeeld. De mens wordt enkel gezien als een producent van een economische meerwaarde in plaats van een mens met kwaliteiten. Wie niet mee kan, is een loser en dat aantal stijgt voortdurend. Verhaeghe is ervan overtuigd dat werkonzekerheid, een stijgende werkloosheid en een steeds hogere flexibiliteitsverwachting leiden tot meer psychische aandoeningen. In plaats van de oorzaak aan te pakken gaat alle aandacht naar de gevolgen, namelijk de afwijkende, gestoorde anderen, zoals de psychiatrische patiënten, werklozen of allochtonen. Verhaeghe vreest dat we afglijden naar een praktijk waar psychiatrische diagnoses een vrijgeleide zijn voor sociale controle en behandeling neerkomt op disciplineren.

Nochtans heeft het beleid er alle voordelen bij om inkomensongelijkheid te bestrijden. Pickett en Wilkinson (2009) kwamen via vergelijkend onderzoek tot de vaststelling dat landen met een grotere inkomensongelijkheid het bijna altijd slechter doen dan landen met minder ongelijkheid. Een grote kloof tussen arm en rijk creëert niet enkel afstand en wantrouwen, mensen hebben meer te kampen met lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen. Opmerkelijk is dat niet enkel de minst begoede burgers hiervan slachtoffer zijn, het treft iedereen.

#### **3.1.2.4 Oplossing voor de crisis?**

Zowel rechts als links hebben hun eigen visie op de oorzaken van de crisis en oplossingen om de sociale zekerheid te redden. Rechtse partijen zijn voorstander van een 'workfare benadering' en dragen zelfredzaamheid en tewerkstelling voor iedereen, hoog in het vaandel. Zij pleiten voor een afbouw van de sociale zekerheid. Hierbij wordt geen rekening gehouden met het gegeven dat een betaalde job voor sommige mensen onvoldoende is om uit de armoede te geraken. De politieke linkervleugel ijvert voor een 'integratie-benadering' waarbij de nadruk op armoedebestrijding en sociale uitsluiting wordt gelegd. Passieve uitkeringen dienen te worden aangewend om mensen te activeren en hen te ondersteunen bij het zoeken naar een job. Op die manier wordt de werkzoekende voor zijn verantwoordelijkheid gesteld.

Recent werd door minister van Volksgezondheid De Block, een voorstel ingediend om langdurige zieken te re-integreren. Op het eerste zicht een goede zaak, ware het niet dat er sanctionerende maatregelen aan gekoppeld worden. Langdurige zieken, die onvoldoende inspanningen leveren om terug aan de slag te gaan, zouden een deel van hun ziekte-uitkering verliezen (Mertens, 12 oktober 2015). Brenda Froyen (2015) was in 2012 gedurende een jaar werkonbekwaam na een kraambedpsychose en daaropvolgende depressie. Zij reageert verontwaardigd op dit voorstel. Mensen met een psychische aandoening kennen soms een betere periode in de loop van hun herstel, maar zijn daarom nog niet in staat om ten volle mee te draaien in het arbeidscircuit. Een adviserend geneesheer moet dan bepalen of iemand wel of niet klaar is om terug aan de slag te gaan. Heel wat lotgenoten willen werken, maar vinden geen aangepaste job, behalve vrijwilligerswerk. Voor sommigen dreigt deze maatregel hen nog verder in de armoede te drijven.

Ook vanuit Europa worden de lidstaten aangemoedigd om een actief werkgelegenheidsbeleid te voeren en sociale inclusie te promoten. Hiervoor dienen uitkeringen te worden aangepast zodat het verschil tussen uitkering en betaalde arbeid werkzoekenden motiveert om aan de slag te gaan. De bedoeling van deze Europese activeringstendens, die deel uitmaakt van een ruimere macro-economische politiek, is een gunstig ondernemingsklimaat scheppen en een tewerkstellingsgroei mogelijk maken. Die activeringspolitiek vervult een belangrijke rol in de hervorming van de klassieke welvaartstaat. Wie werkt heeft een inkomen en maakt meer kansen om te participeren aan de samenleving. Sichien (2005-2006) maakt de bedenking dat integratie door betaald werk vaak onbereikbaar is voor sommige werkbereide mensen. Er is nu eenmaal onvoldoende plaats op de arbeidsmarkt. Maatschappelijke integratie is dan enkel mogelijk voor wie toch een betaalde job vindt. Dergelijke beperkte invulling van het recht op sociale inclusie maakt dat sociale integratie synoniem wordt van activering en kan sociale uitsluiting in de hand werken. Sociale integratie is veel ruimer dan arbeidsparticipatie. Sociale inclusie gaat over volwaardig kunnen deelnemen aan alle aspecten van het maatschappelijk leven.

Een participerende samenleving die sociale inclusie bevordert, lijkt een maatschappelijk ideaal te zijn. Op die manier wordt tegemoetgekomen aan de eisen van de burger: meer eigen regie en een

ondersteunende overheid die zich minder bemoeit met de praktische uitvoering. In de praktijk lijkt dit echter niet zo eenvoudig en stellen zich een aantal nieuwe problemen. Regels en wetgevingen maken het vaak onmogelijk om eigen initiatief te nemen. Bovendien vinden veel bestuurders of hulpverleners het moeilijk om regie of controle los te laten. Een ander probleem dat zich stelt, betreft de grote verschillen in zelforganisatie. Het zelforganiserend vermogen van bepaalde groepen is minder ontwikkeld. Kwetsbare mensen, waaronder personen met een psychische kwetsbaarheid, zijn vaak minder zelfredzaam en ondervinden problemen op diverse levensdomeinen. Stigmatisering en een beperkt netwerk maakt het voor hen extra moeilijk om deel te nemen in de samenleving (Postma, 2013).

### ***3.1.2.5 Een ecologisch-relatieve mensbeeld***

De maatschappelijke en ecologische crisissen van vandaag maken ons duidelijk dat een nieuw type van samenleving noodzakelijk is die gericht is op het bevredigen van behoeften en het creëren van welzijn voor ieder mens, dit in respect voor biofysische grenzen. Onze ecologische voetafdruk is te groot en ongelijk verdeeld. Het gebruik van de natuurlijke hulpbronnen overschrijdt de draagkracht van het ecosysteem aarde zodat dit gevolgen heeft voor de bestaansbasis van het leven op deze planeet (De Meyere, & Jones, 2009). Volgens Desmet (2013) staan we voor een keuze: een crash van het maatschappelijke systeem omdat het zijn grenzen heeft bereikt, of een bewuste systeemverandering waarbij we de grondprincipes van het systeem herzien. Peeters (2010) is eveneens van oordeel dat een nieuwe visie op mens en samenleving zich opdringt die een dematerialisering van de economie en een rechtvaardiger verdeling van de welvaart vereist. Een ecologisch wereldbeeld benadrukt het belang van systeemtheoretische inzichten en omvat een gelaagdheid van systemen: de economie is ingebed in de samenleving die op haar beurt is ingebed in het ecosysteem, de aarde. Het gaat om een 'relationeel' wereldbeeld waarbij het leven wederzijds afhankelijk is van ander leven en uiteindelijk van onze aarde en de zon. Een relationeel mensbeeld sluit aan bij een relationeel wereldbeeld. In tegenstelling tot het liberale mensbeeld wordt de mens meer mens via relaties en met de wereld (Peeters, 2010).

Dit beeld sluit tevens goed aan bij de contextuele benadering van het sociaal werk. Werken aan sociaal kapitaal is een belangrijke bijdrage van het sociaal werk om te werken aan duurzame ontwikkeling. Sociaal kapitaal wordt opgebouwd in relatie met de buitenwereld en bestaat uit formele en informele netwerken die als hulpbron kunnen worden gebruikt (Bogaerts, 2007).

Peeters (2015) maakt een onderscheid tussen 'bonding', 'bridging' en 'linking'. In de opbouw van sociaal kapitaal is 'bonding' een eerste stap waarbij verbanden worden gelegd binnen gemeenschappen ter bevordering van sociale cohesie. Bij kwetsbare doelgroepen is het vaak nodig om primaire vertrouwensrelaties op te bouwen, te ondersteunen of te herstellen. Belangrijk hierbij is het voorkomen of wegwerken van (zelf)stigma en stigmaverwachtingen (zie 2.2.4.2). 'Bridging' duidt op samenwerking tussen gemeenschappen en organisaties en hun onderlinge netwerking, om vooropgestelde doelstellingen te bereiken. Samenwerking biedt bovendien het voordeel om beleidsbeïnvloeding kracht bij te zetten. Hoewel 'bonding' en 'bridging' een zekere macht inhoudt, namelijk het vermogen tot handelen, is een goede samenwerking of 'linking' met de overheid belangrijk. Het spreekt voor zich dat deze overheid zich hierbij opstelt als een ondersteunende partner. In de opbouw van sociaal kapitaal neemt een empowerende visie en overeenkomstig handelen een centrale plaats in.

### **3.1.3 Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid**

#### **3.1.3.1 Herstel**

In de jaren negentig kwam binnen de cliëntengroeperingen de herstelbeweging op gang. Deze beweging, die gericht is op het versterken van eigenwaarde en zelfrespect, draagt empowerment hoog in het vaandel.

Herstel betekent niet hetzelfde als genezing. Persoonlijk herstel van kwetsbare mensen is een proces, zonder eindpunt of doel, waarbij zij zich bewust worden van hun eigen beperkingen en mogelijkheden, deze leren hanteren, zodoende opnieuw controle te vinden over het leven. Bij herstel gaat het om het hervinden van de eigen kracht, of om empowerment (De Haan, 2013).

De Rynck en Vandenbroeck (2014) stellen dat herstel start bij verbondenheid. In een dialoog tussen de psychisch kwetsbare persoon, zijn naasten en de professional, kunnen krachten worden gebundeld wat leidt tot een verhoogd handelingsvermogen van de betrokkene.

Ieder herstelproces is uniek en dient te vertrekken van de vraag wat herstel voor de persoon in kwestie betekent. Het is hij die bepaalt welke van de aangeboden steun- of hulpbronnen hij in zijn herstelproces wil integreren. Aangezien deze steunpunten zich zowel binnen als buiten de GGZ kunnen bevinden, vereist een herstelgerichte aanpak een sectoroverschrijdende samenwerking.

Herstel vraagt om 'vrijplaatsen' die ruimte bieden voor het herstelproces. Dit vage begrip kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd: een fysieke plaats of symbolische ruimte binnen of buiten de GGZ, een ontmoetingsplaats met lotgenoten of contact met de samenleving. Hoe dan ook betreft het een laagdrempelige ruimte, zonder stigma en voorgedefinieerde protocollen, maar waar gelijkheid, co-creatie en medebeheer centraal staan. Van Regenmortel (2011) spreekt over 'enabling niches', een stimulerende omgeving die mensen met een psychische kwetsbaarheid uitnodigt tot sociaal contact en sociale steun. In deze veilige, gastvrije omgeving worden groeikansen aangereikt en wordt medezeggenschap gestimuleerd.

Vrijplaatsen mogen echter geen 'getto's' vormen waar kwetsbare doelgroepen blijven hangen, maar dienen te fungeren als 'oefenplekken', een tussenstap naar de gewone samenleving. De Rynck en Vandenbroeck (2014) koppelen daaraan een kritische bedenking. Hoe moet worden omgegaan met mensen die zich liever nestelen en graag met rust worden gelaten? Is onze samenleving niet te veel gericht op het zoeken naar oplossingen, ook als die er misschien niet zijn?

#### **3.1.3.2 Empowerment**

Empowerment is een complex en gelaagd concept dat zowel van uit een sociaal-ecologisch als een sociaal-ethisch perspectief kan worden bekeken. Het begrip empowerment is populair en wordt gebruikt in verschillende domeinen en contexten waaronder zorg en welzijn, politiek en beleid. Zoals reeds eerder aangehaald ( 2.4.4), zorgde de invoering van het concept 'empowerment' voor een andere kijk op sociale problemen. Deze proactieve benadering focust zich op de krachten van het individu en zijn omgeving, in plaats van op de problemen. Naast dit individueel veranderingsaspect pleit een sociaal-ecologische benadering ook voor een aanpak van maatschappelijke systemen en structuren die onwelzijn voortbrengen (Boumans, 2012).

Een veel gebruikte definitie is deze van Van Regenmortel (2009, p. 24): *'Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen*



*situatie en hun omgeving en dit bereiken via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie’.*

Ook binnen de GGZ groeit de belangstelling voor empowerment. Dit paradigma sluit aan bij een vermaatschappelijkte zorg en kan functioneren als denk- en handelingskader voor de nieuwe evoluties binnen de GGZ. Empowerend handelen houdt in dat hulpverleners zich meer richten op de krachten, de competenties en de mogelijkheden van mensen met een psychische aandoening, in plaats van zich te focussen op behandelingen en beperkingen. Bedoeling is om meer preventief en dialooggericht te werken en daarbij de persoon zelf en zijn context erbij te betrekken (Van Regenmortel, 2009).

Participatie is geen doel op zich, het gaat om de kwaliteit van het proces. Participatie en empowerment kunnen niet los van elkaar worden gezien. Participatie, zonder versterking van de krachten en mogelijkheden van de cliënt, dreigt zich te beperken tot medezeggenschap en inspraak in een behandelingsplan. Empowerment zonder participatie kan ertoe leiden dat kwetsbare burgers, ondanks hun mogelijkheden, niet als volwaardige burgers worden beschouwd (Van Regenmortel, 2010).

Empowerment is zowel een proces als een uitkomst. De uiteindelijke betrachting van empowerment is volwaardig burgerschap, in het bijzonder voor kwetsbare burgers. Tegenwoordig spreekt men eerder van ‘actief burgerschap’ waarbij een grotere inzet en betrokkenheid wordt verwacht van iedere burger (Van Regenmortel, 2008). Beleidsmensen dagen de burger uit om eerst op eigen kracht problemen op te lossen. Actief burgerschap betekent niet dat de overheid haar maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorg voor de kwetsbare burger mag ontlopen (Bodd, Linders en Steyaert, 2005). Deze mensen zijn vaak heel afhankelijk van hun omgeving en krijgen niet de gelegenheid om zelf iets te geven of toe te voegen aan de samenleving. Ze worden niet aangesproken op hun eigen krachten terwijl hun eigen verantwoordelijkheid wordt benadrukt. Het beleid en de hulpverlening dient dan ook oog te hebben voor hun capaciteiten en inzet, hen daarin te ondersteunen en de nodige hulp- en steunbronnen toegankelijk te maken of te creëren (Van Regenmortel, 2010).

In dit kader kan empowerment worden begrepen als een ‘multilevel construct’. Zoals in 2.4.4 vermeld, situeert het versterkingsproces zich op drie met elkaar verbonden niveaus: het individuele, het niveau van de organisatie en dat van de maatschappij. Sociale problemen zoals armoede of psychiatrische problematieken en de hiermee gepaard gaande uitsluiting, ontstaan steeds door een samenspel van factoren of oorzaken op micro-, meso- en macroniveau. Hierbij gaat het om een gedeelde verantwoordelijkheid waarbij zowel de verantwoordelijkheid van de problemen als de oplossing ervan bij de verschillende niveaus en actoren liggen. Verhaeghe (2012) sluit zich aan bij Van Regenmortel en stelt dat iedere maatschappij zowel ziek- als gezondmakend is.

Daarnaast is empowerment een ‘open-ended’ construct dat het dynamisch proceskarakter benadrukt. De concrete invulling ervan kan verschillende vormen en gradaties aannemen naargelang de tijd, de persoon en de context en dient steeds op maat van de persoon of groep te worden bekeken (Van Regenmortel, 2010).

Het element ‘power’ in empowerment duidt zowel op kracht als op macht. Empowerment op het individuele niveau is erop gericht om individuen sterker te maken door het aanspreken van de eigen kwaliteiten en krachten. Het betreft hier een ‘psychologisch empowerment’ dat zowel een intra- als een interpersoonlijke invulling geeft. Op organisatorisch vlak kan een onderscheid worden gemaakt tussen ‘empowering’ en ‘empowered’ organisaties. Het eerste duidt op organisaties die

psychologisch empowerment onder hun medewerkers genereren. Empowerende organisaties streven naar een organisatorische effectiviteit door onder meer netwerkvorming en beïnvloeding van het beleidsproces. Empowerment op het maatschappelijk niveau omvat onder andere het stimuleren van samenwerkingsverbanden, het verhogen van de levenskwaliteit en het vergroten van burgerparticipatie (Steenssens, & Van Regenmortel, 2013).

### **3.1.3.3 Ervaringsdeskundigheid**

Mensen met psychische problemen hebben vaak een heel traject van hulpverlenende instanties afgelegd en weten wat hen daarin staande hield. Onderzoek laat zien dat hun ervaringskennis zowel op meso- als op macroniveau invloed kan hebben. Ervaringsdeskundigen kunnen met hun 'insidersperspectief' de kwaliteit van de hulpverlening verbeteren. Hieruit kunnen beleidsmaatregelen voortvloeien die beter aansluiten bij de noden en wensen van mensen met een psychische kwetsbaarheid (Van Regenmortel, 2011).

Ervaringskennis hebben betekent niet dat je een ervaringsdeskundige bent. Iedereen beleeft het omgaan met een psychische aandoening op een verschillende manier, elk heeft zijn eigen verhaal. Volgens van Haaster en van Wijnen (2005) ontstaat ervaringskennis door eigen ervaringen bewust te bekijken, ze te spiegelen aan anderen en ze te doordenken. Ervaringskennis geeft op die manier handvatten om het leven opnieuw in te richten zoals men het wil en draagt hierdoor bij tot empowerment. Een ervaringsdeskundige dient in staat te zijn, zijn persoonlijke ervaringen te overstijgen. Bij het overbrengen naar anderen put hij zowel uit eigen ervaringen als die van anderen.

Bovendien draagt het verwerven van ervaringsdeskundigheid bij tot hun eigen herstel. Het vergroot hun positief zelfbeeld doordat er sprake is van wederkerigheid. Een betaalde job in de GGZ vergroot hun kans om als volwaardige burger te participeren. Cliënten van de GGZ vinden het contact met ervaringsdeskundigen heel waardevol. Deze begeleiders zijn niet enkel begripvoller, ze bieden ook handvatten aan om met hun psychische problemen om te gaan. Ook op teamniveau hebben ze een positieve invloed. Door anders te kijken en om te gaan met de kwetsbare cliënt en meer rekening te houden met zijn zorgbehoeften wordt de toegankelijkheid van de hulpverlening vergroot en de 'wij-zij kloof' verkleind (Van Regenmortel, 2010). Dit beaamt ook Jolijn Santegoeds (persoonlijke communicatie 6 december 2015), ervaringsdeskundige en oprichtster van de Actiegroep 'Tekeer tegen de isoleer!' en Stichting 'Mind Rights', waarmee ze opkomt tegen dwang in de GGZ. Volgens haar kunnen ervaringsdeskundigen, ook in crisissituaties, vanuit hun eigen verwerkingsproces andere invalshoeken aanreiken en zo een tegenwicht vormen tegen de soms enge blik van de professionals.

Onderzoek van Boon en Plooy (geciteerd door Van Regenmortel, 2010) bracht aan het licht dat voorlichting vanuit ervaringskennis op scholen, over het leven met een psychiatrische problematiek, bijdraagt aan het verminderen van maatschappelijke kwetsbaarheid. Op die manier wordt het macroniveau beïnvloed. Stigmabestrijding is immers een belangrijk element in het empowerment proces.

In Vlaanderen worden ervaringsdeskundigen vooral ingezet in de context van armoedebestrijding. Nederlandse ervaringsdeskundigen zijn vaker tewerkgesteld binnen de GGZ.

### 3.1.4 Casus vanuit een sociaal-ecologisch perspectief

Een coördinator van EK-c is geen hulpverlener maar een vrijwilliger. Hij voert geen hulpverlenende gesprekken, maar luistert naar het verhaal van het betrokken gezin, het netwerk en de hulpverlener die de aanmelding voor een EK-c deed. Van hieruit kan een beeld worden geschetst van de gevolgen die overheidsmaatregelen hebben op organisatorisch en individueel niveau. Op basis van deze ervaring wordt de casus vanuit een sociaal-ecologisch perspectief toegelicht.

Hoewel de mens geen onbeschreven blad is dat enkel wordt gevormd door zijn omgeving, hebben zowel de macro-, meso- als de micro-omgeving een heel belangrijke invloed op het leven van ieder van ons en in het bijzonder op dat van kwetsbare mensen, waaronder personen met een psychische problematiek.

#### 3.1.4.1 Invloed van de macro-omgeving

Hoe onze samenleving in elkaar steekt, kwam hierboven al uitgebreid aan bod. Het neoliberale verhaal, dat onze cultuur beheerst, bepaalt niet enkel onze eigen identiteit maar ook dat van de samenleving. Bovendien determineert het onze verhouding naar de anderen en de daarbij gebruikte normen en waarden. De 'winners' raken aan de top dankzij hun inspanningen, de 'losers' zijn verantwoordelijk voor hun eigen falen. Met andere woorden, succes is de maatstaf voor een normale identiteit, falen een kenmerk van een gestoorde. Het is dan ook niet te verwonderen dat meer en meer mensen als 'gestoord' worden bestempeld en gebukt gaan onder vernedering, schuld en schaamte. De geschiedenis leert ons nochtans hoe iedere maatschappij afwijkingen produceert die ze verdient. Hoe meer mensen worden gestigmatiseerd, gediscrimineerd of uitgesloten, hoe meer dit leidt tot een sterke regressie en recessie van onze beschaving. Een aantal 'slachtoffers' reageren uit wrok en haat en keren zich tegen een samenleving die hen uitsluit. Het gevaar is reëel dat zij zich aansluiten bij een extreme identiteit of ideologie, wat ons weer brengt bij het verhaal van de zaaier. Sommigen berusten in hun lot en mijden alle aangeboden hulp. Enkelen hebben, ondanks constante uitsluiting, voldoende veerkracht om in moeilijke situaties telkens opnieuw recht te krabbelen en te zoeken naar een nieuwe uitgangsweg.

*In deze tijdsgeest groeide Els op, gefaald in de ogen van een neoliberale filosofie, maar met voldoende waardigheid en veerkracht om, met de hulp van steunbronnen, haar leven en dat van haar kinderen weer op de rails proberen te brengen. Het logge beleidssysteem met ingewikkelde wetten en regels houden onvoldoende rekening met haar specifieke noden en behoeften.*

Mede vanuit Europa worden lidstaten aangemoedigd om te investeren in mensen en initiatieven te nemen die sociale cohesie bevorderen. Het beleid kan empowerment faciliteren, maar ook verhinderen.

*Els wou een opleiding Maatschappelijk Werk volgen, maar komt door bepaalde voorwaarden hiervoor niet in aanmerking. Nochtans biedt scholing vaak inzicht in de eigen problematiek en kan de ervaringskennis worden ingezet om lotgenoten te ondersteunen. Hierdoor is er niet enkel sprake van 'wederkerigheid', het bevordert de sociale integratie.*

*Mensen met een psychische problematiek vinden moeilijk aangepast werk. Meestal leven ze, net als Els, van een leefloon of ziekte-uitkering, waardoor sociale contacten en participatiemogelijkheden heel beperkt zijn.*

Wil de overheid langdurig zieken zoals mensen met een psychische aandoening re-integreren dan is een flexibel werkaanbod een eerste vereiste. Door langdurig zieken te beboeten schuift de overheid alle verantwoordelijkheid in hun schoenen waardoor deze mensen nog dieper in de armoede terecht komen.

Zowel vanuit besparingsoverwegingen als de vraag van de burger naar meer zelfbeschikking, evolueren we naar een participatiesamenleving waar zorgvragers eerst hun eigen kracht en die van hun netwerk aanspreken vóór ze beroep doen op professionele hulp. Een participerende samenleving waar zorg in en door de maatschappij plaats vindt, brengt verandering in de verhouding tussen overheid en burger met zich mee. In deze context kan EK-c worden gezien als een belangrijke voorloper van kracht- en netwerkgericht werken.

### **3.1.4.2 Gevolgen op meso- en microniveau**

Zoals eerder aangehaald, kan achterstelling en uitsluiting worden verklaard door een samenspel van elkaar versterkende factoren op deze drie niveaus, waarbij beslissingen op beleidsniveau zowel gevolgen heeft op organisatorisch als op individueel niveau. De gevolgen op meso- en micro niveau zijn niet strikt te scheiden van elkaar en worden daarom door elkaar besproken.

Het is de taak van de overheid om een uitgebreid en flexibel aanbod te creëren voor kwetsbare mensen. Een gebrekkig aanbod leidt tot sociale uitsluiting. Inclusief burgerschap impliceert, naast een individuele en sociale component, ook een structurele. Domeinen zoals onderwijs, huisvesting, gezondheidszorg, werk en inkomen gaan hand in hand met sociale inclusie. Samenwerking over domeinen en diensten heen is dan ook een must. Kwetsbare mensen hebben vaak naast hun psychische problematiek een hele resem sociale en lichamelijke problemen die hun levenskwaliteit beperken. Net in een tijd waar heel wat mensen zorg en ondersteuning nodig hebben, wordt er gesnoeid op zorg en welzijn en wordt beroep gedaan op hun eigen kracht en dat van hun hulpbronnen.

*Het aanbod sociale woningen met een betaalbare huurprijs is gering, waardoor het gezin van Els jarenlang wacht op een ruimere woning. Bij een gebrek aan bergruimte stapelt de wanorde zich op met onhygiënische toestanden als gevolg.*

*Bij mensen met een psychische aandoening is er vaak een verband tussen psychische en lichamelijke klachten. Ten gevolge van eerdere behandelingen in combinatie met een zwakke gezondheid heeft Els vaak last van hevige opstoten waardoor ze niets aankan. Zelfs de meest noodzakelijke zorg voor haar kinderen en het huishouden lukt haar niet. Els heeft nu sporadisch huishoudhulp, maar vaak wordt voorrang gegeven aan hulpbehoevende mensen met een fysieke beperking. Bovendien is extra huishoudhulp te duur, waardoor het hygiënisch probleem niet opgelost raakt en het jongste kind niet naar huis kan. Een tandheelkundige ingreep wordt al jaren uitgesteld omdat de kosten hiervoor eveneens veel te hoog zijn. Op die manier raakt Els in een vicieuze cirkel waar ze door haar broze gezondheid en beperkte financiële en ondersteunende mogelijkheden zich niet verzorgt, wat leidt tot nog meer isolatie en uitsluiting.*

*Kwetsbare mensen vinden het vaak moeilijk om verbindingen te maken met zichzelf, hun omgeving maar ook met maatschappelijke instituties. Els heeft al zo hard moeten strijden voor haar kinderen waardoor ze het vertrouwen in mensen en instituties is verloren. Hulpverleners dienen vaak wetten en procedures te volgen waardoor het menselijke aspect te weinig aan bod komt.*

*Contact leggen is voor Els niet evident. Vanuit haar wantrouwen noemt ze haar relaties geen vrienden, het zijn kennissen, lotgenoten, die ze ontmoet in het plaatselijke ontmoetingshuis. Dit blijkt voor haar een 'enabling niche' te zijn waarover Van Regenmortel (2011) spreekt. Het is een ruimte waar zowel gezinnen met als zonder kinderen terecht kunnen voor een babbel, een activiteit of een vraag naar een of andere vorm van ondersteuning. Op die manier leerde Els enkele mensen beter kennen die nu tot haar netwerk behoren. Het gevaar is echter dat deze ruimtes de enige vrijplaatsen zijn waar kwetsbare doelgroepen zich veilig voelen, waardoor integratie en participatie in de samenleving uitblijft. Het valt op dat de weinige sociale contacten dat Els heeft, via het ontmoetingshuis plaatsvinden. Els heeft geen enkel contact met ouders van de school van haar kinderen. Vanuit de school zelf wordt er weinig of geen contact met haar gezocht. Els geeft aan dat de school haar niet ziet als een gelijkwaardige partner.*

*Kwetsbare mensen zitten vaak in een positie van veel ontvangen terwijl ze weinig of niets kunnen betekenen voor anderen. In het ontmoetingshuis werkt Els enkele uren als vrijwilliger. Dit is een manier om haar zelfwaardegevoel wat op te krikken. Het blijft echter beperkt tot deze plaats.*

*Els wordt reeds jarenlang ondersteund door verschillende hulpverleners. Haar complexe situatie maakt dat hulpverleners soms vanuit verschillende belangen elkaar eerder tegenwerken. Waar de ene meer begrip heeft voor de situatie van Els, heeft de ander meer begrip voor haar moeder of voor de ex-partner. Nochtans wordt Els omringd door enkele hulpverleners die empowerend handelen. Ze geloven in de kracht van Els en vermoeden dat er nog ongebruikte krachten aanwezig zijn in haar netwerk. De contextbegeleidster heeft, samen met Els, een aanmelding gedaan bij EK-c. Bedoeling is dat hierdoor duidelijk wordt waar het netwerk extra ondersteuning kan bieden.*

De formele zorg is meestal beperkt in tijd en mogelijkheden om op zoek te gaan naar andere steun- of hulpbronnen. Coördinatoren van EK-c zijn niet gebonden aan werktijden of contracten en zijn daardoor meer beschikbaar en aanspreekbaar.

*De contextbegeleidster bevestigde dat er geen tijd is om andere mogelijkheden uit te proberen. Voor haar is EK-c een ideale manier om de formele en informele krachten te bundelen.*

De visie en werkwijze van EK-c sluit nauw aan bij empowerment dat zich richt op de krachten in plaats van op problemen. Door samen met de hulpvrager de kring van het netwerk zo groot mogelijk te maken, kan samen worden nagedacht over een toekomstplan. Het netwerk beslist zelf welke steun ze kan bieden en waar nodig wordt professionele hulp ingeschakeld. Op die manier maakt EK-c de verbinding tussen formele en informele zorg en ondersteuning mogelijk.

*Tijdens een driedaagse opleiding voor coördinatoren wordt de nadruk vooral gelegd op de eigen regie van de hulpvrager. Een coördinator geeft geen advies en neemt een niet-wetende houding aan. Als vrijwilliger kan dat gemakkelijker dan als hulpverlener. Dit biedt het voordeel dat de betrokkene zelf beslissingen moet nemen en niet kan terugvallen op een hulpverlener die het voor hem of haar oplost. Els nam onmiddellijk zelf het initiatief om het netwerk te contacteren en te polsen naar hun bereidheid om samen rond de tafel te zitten.*

*Na de eerste uitnodiging door Els, haakten enkele mensen af. De burens en iemand van het ontmoetingshuis zullen niet aanwezig zijn op de conferentie, maar zijn wel bereid om, indien nodig, hulp te bieden. De ex-partner en zijn vriendin wilden hiervoor geen verlof nemen.*

*Bij het bezoek van het netwerk, viel het op dat deze mensen, hoewel ze vaak met dezelfde problematiek kampen, onmiddellijk bereid waren om te helpen nadenken. Wel twijfelden ze of ze*

*effectief zorg kunnen bieden aangezien ze ook zorgvrager zijn. Het is dan ook belangrijk om hen aan te moedigen en te bevestigen dat ze effectief een meerwaarde kunnen zijn in het proces van EK-c.*

Soms moeten contacten eerst hersteld, ruzies bijgelegd en emoties worden uitgeleefd voor er sprake kan zijn van overleg. Een coördinator gaat hierbij steeds op zoek welke drempels kunnen worden weggenomen. 'Wie kan voor jou een steunfiguur zijn als je weet dat die ander ook komt?' kan hen al helpen.

*Els is in therapie om haar trauma en kwetsuren te helen. In deze casus is herstel van de familiale band op dit moment niet mogelijk.*

Uit bovenstaande voorbeelden blijkt dat de omgeving van de psychisch kwetsbare persoon een prominente rol speelt in zijn leven. Dit kan zowel positief of negatief zijn. Daarnaast dragen mensen met een psychische kwetsbaarheid vaak al van in de kindertijd een hele rugzak met problemen met zich mee die ze aan hun kinderen doorgeven. Aangepaste beleidsmaatregelen die een optimale zorg en ondersteuning voor hen mogelijk maken zijn van essentieel belang.

*De weinige informatie over het ouderlijke gezin van Els laat dit al duidelijk zien. Els werd als jong meisje verkracht door haar oudere broer. Toen haar ouders scheidden woonde ze bij haar vader en zijn vriend in. De relatie met moeder, broer en zus is tot op vandaag niet hersteld.*

## **3.2 Sociaal-ethisch perspectief**

Het is de ethische plicht van de samenleving om zorg te dragen voor zorgbehoevende burgers door te investeren in een toegankelijke, op herstelgerichte GGZ. Zorgrelaties op microniveau kunnen nooit worden losgekoppeld van de maatschappelijke context. In onze huidige maatschappij zijn een aantal mechanismen aan het werk die de waarde van de zorg degraderen. Een van deze mechanismen is de sterke nadruk op het autonome en zelfredzame individu. Wie hieraan niet beantwoordt, wordt als een loser bestempeld en verantwoordelijk gesteld voor zijn minderwaardige positie in de samenleving. Zorgnood wordt eerder gezien als een teken van zwakte en afhankelijkheid. Hierbij wordt vergeten dat de mens een relationeel wezen is dat in zijn leven zorg geeft en ontvangt. Een ander mechanisme is het splitsen van zorgtaken. Wie de verantwoordelijkheid neemt om zorg te organiseren is niet de uitvoerder ervan en heeft weinig contact met de zorgvrager en met het effect van de zorg (Hermans & Vranken, 2009).

### **3.2.1 Ethiek en moraal, waarden en normen**

Oorspronkelijk betekende ethiek in de zin van 'ethos', het proberen overleven van een groep dieren of mensen in een gevaarlijke omgeving. Later kwam de mens tot inzicht dat mededogen een sterkere kracht was dan macht en geweld waarmee andere groepen werden overmeesterd. De Griekse Stoïcijnen en het Christendom brachten een ruimere en meer universalistische duiding van deze ethiek aan. Hierbij gaat het niet langer om het verdedigen van leden van een bepaalde groep of clan, maar om alle mensen. Deze visie resulteerde in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, de ethische kern van de moderne democratie (Abicht, geciteerd door Krikilion, 2008).

Ethiek betreft nadenken over wat goed is om te doen in concrete situaties. Daarnaast gaat ethiek ook over moraal, namelijk over wat in een gemeenschap als toelaatbaar gedrag is aanvaard, welke normen en waarden die gemeenschap weerspiegelt. Mensen handelen vanuit bepaalde waarden,

idealen die ze willen nastreven zoals vrijheid, rechtvaardigheid en respect. Ze dienen als leidraad bij hun handelingen. Normen kunnen worden gezien als handelingsvoorschriften die omschrijven wat wel en niet mag. De waarde 'respect voor het leven', wordt omschreven in de norm dat je een medemens niet mag doden. Zo zijn er juridische normen die vastgelegd zijn bij wet en sociale normen die enkel binnen een bepaalde gemeenschap gelden (Abicht, Alsulaiman, Charkaoui, Foblets, Torfs, & Vermeersch, 2006).

Morele normen en waarden verschillen van cultuur tot cultuur. Net zoals de verlichtingsfilosoof Hume, vindt De Dijn (geciteerd door Lemmens, 2008) dat er een harde kern van menselijke houdingen en passies universeel is. Hij beweert dat onze huidige laatmoderne cultuur een bedreiging vormt voor een aantal fundamentele principes van de katholieke moraal waarop het leven is gebaseerd. Doordat de hedendaagse ethiek te weinig oog heeft voor die grondprincipes wordt ethiek te vaak herleid tot het bepalen van regels en principes die het samenleven reguleren. Sinds de Verlichting wil de mens zelf bepalen hoe hij zijn leven vormgeeft en door welke waarden hij zich wel of niet wil laten aanspreken. De Dijn wijst erop hoe abstract deze illusie klinkt. Aan de ene kant propageert de ideologie van de liberale Verlichtingscultuur de maakbaarheid van het geluk en staat wantrouwend tegenover waarden. Dit maakt dat de hedendaagse mens individuele keuzevrijheid verkiest boven traditie. Aan de andere kant stelt hij vast dat mensen zich ook vandaag nog steeds laten leiden door waarden gebaseerd op traditionele morele betekeniskaders. Dit maakt dat de laatmoderne mens voortdurend op zoek is naar erkenning en inbedding van zijn verlichtingsfilosofie in een concrete levensvorm.

Verhofstadt (2013) deelt de mening van De Dijn niet en wil ethiek niet loskoppelen van alle religieuze ballast. Hij meent dat religie vaak oorzaak is van onderdrukking en andere ellende waarbij hij verwijst naar de houding van religie naar homoseksualiteit of het plegen van geweld in naam van een god. Volgens hem stoelt de basis van de moraal niet op religie, maar op overeengekomen normen en waarden. Hiermee sluit hij zich aan bij de eeuwenlange strijd voor emancipatie en het zelfbeschikkingsrecht. Als liberaal stelt hij de individuele vrijheid van het individu centraal. Hij beschrijft tien seculiere geboden ter vervanging van de tien Bijbelse geboden waarbij niet god maar het leven van iedere mens het hoogste doel is. Naast de vrijheid van expressie en het recht op zelfbeschikking moet de mens zich inzetten voor mens en dier, opkomen voor wie zwak en onderdrukt is en zorg dragen voor de natuur. Willen we een leefbare wereld nalaten aan de volgende generaties, dan dient onze leefwijze fundamenteel te veranderen. Hoewel Verhofstadt als liberaal, voorstander is van een vrijemarkteconomie, benadrukt hij dat dit systeem moreel blind is en leidt tot vernietiging van het milieu. Hij pleit voor een 'gecontroleerde vrije markt' die werkt binnen een ethisch en moreel kader.

De Dalai Lama (2013) vindt eveneens dat religie in onze gesecculariseerde wereld niet als basis voor een ethiek kan dienen. Een multicultureel wereldbeeld vereist een universele en seculiere ethiek die particuliere religies overstijgt. Mensen dienen fundamentele waarden als compassie en vergeving, tolerantie en geduld te ontwikkelen. Het gaat hierbij niet om het uitschakelen van religiositeit maar om een ethiek die iedereen kan waarderen en toepassen. Complexe wereldproblemen zoals zinloos oorlogvoeren en milieuproblemen, wijzen volgens hem vaak op een gemis aan innerlijke waarden en morele ethiek. In plaats van instituten of overheden met de vinger te wijzen, ligt volgens de Dalai Lama de bron van onze problemen op individueel niveau. Ieder van ons draagt de verantwoordelijkheid om van de wereld een betere plek te maken

### **3.2.2 Ethiek in de Geestelijke Gezondheidszorg**

In de GGZ wordt meer en meer aandacht besteed aan ethiek waarbij de vraag naar goede zorg centraal staat. Goede zorg speelt zich af op drie niveaus. Op microniveau gaat het om de relatie zorgvrager en zorgverlener. Is er sprake van een gelijkwaardige vertrouwensrelatie, is de zorgvrager voldoende geïnformeerd? Op niveau van de zorginstellingen hangt goede zorg vaak af van de middelen. Zijn er grenzen aan die zorg? Hoe wordt omgegaan met de spanning tussen medische ethiek en zorgethiek? Hoe er in de zorgpraktijk gehandeld wordt, wordt mede beïnvloed en bepaald door zowel de politiek, de economie en wetenschap als door de media en de publieke opinie. Verschillende ethische vragen stellen zich, zoals: "In welke mate mag de overheid zich bemoeien met wat er zich binnen de huismuren van een gezin afspeelt?" "Is het groter aantal mensen dat uit de boot valt de verantwoordelijkheid van de overheid, de economie of van de ganse samenleving?"

Ethische normen en waarden zijn afhankelijk van culturele en maatschappelijke veranderingen. Ethiek wordt niet enkel bepaald door de manier waarop onze samenleving in elkaar steekt (het huidige mensbeeld), maar heeft ook zelf opnieuw invloed op zowel individueel, organisatorisch als beleidsniveau. Doorheen de geschiedenis ontstonden in de hulpverlening verschillende ethische modellen die tot op vandaag nog nazinderen waaronder het paternalisme en de rechtenethiek. In wat volgt zoomen we uitgebreid in op de verschillende principes die de medische ethiek en de zorgethiek hanteren.

#### **3.2.2.1 Medische ethiek**

In de loop van de geschiedenis heeft de medische ethiek zich ontwikkeld van beroepsethiek naar een meer patiëntgerichte ethiek. Waar vroeger de artsen bepaalden wat de normen en regels voor het medisch handelen waren, neemt nu het patiëntperspectief een meer centrale plaats in. Het belang van de patiënteninbreng in de medische besluitvorming wordt in de medische ethiek gekenmerkt als het morele beginsel van respect voor autonomie.

Dit beginsel is gebaseerd op de werken van de filosofen Immanuel Kant en John Stuart Mill. Volgens Kant bepaalt de rede wat goed is om te doen, op voorwaarde dat deze persoon vrij is. Wie deze vrijheid of autonomie niet respecteert, blokkeert de rede en dus ook de mogelijkheid tot moreel handelen. Met zijn categorisch imperatief verkondigt Kant dat je een ander niet aandoet wat je zelf niet wilt. Berlin (geciteerd door ten Have, ter Meulen, & van Leeuwen, 2008) omschrijft dit imperatief als positieve vrijheid. Hiermee bedoelt hij dat er bepaalde condities moeten worden geschapen om zelf je leven in handen te nemen. Anckaert (2008) vraagt zich hierbij af of mensen kunnen worden ondersteund in het realiseren van hun autonomie en levensontwerp zonder hen aan te tasten in hun autonomie.

Waar bij Kant de redelijkheid centraal staat, is in de filosofie van Mill keuzevrijheid een centraal begrip. De liberale negatieve vrijheidsidee van Mill staat voor de afwezigheid van dwang en inmenging van buitenaf. Enkel indien de vrijheid van een ander individu wordt beperkt, mag worden ingegrepen. Alles wat van buitenaf wordt aangereikt om zich naar te richten, wordt als inmenging in de vrijheid gezien. De ethiek van Mill kan worden beschouwd als een sociale ethiek die de grens aftast tussen de vrijheid van het individu en de macht die de samenleving op hem mag uitoefenen. De medische ethiek is hoofdzakelijk gebaseerd op de filosofie van Mill, waarbij de patiënt individuele keuzevrijheid heeft. In plaats van zich af te vragen wat een goede invulling van de medische handeling of van het leven van de patiënt zou kunnen zijn, ligt de focus vooral op de vrijheid van dwang en bevoogding door de arts (ten Have, ter Meulen, & van Leeuwen, 2008).



Hoewel Berlin (geciteerd door ten Have, ter Meulen, & van Leeuwen, 2008) het belang van negatieve vrijheid beklemtoont, wijst hij op het gevaar voor paternalisme. Nys (2005) stelt vast dat in de GGZ vaak oplossingen worden gezocht om de negatieve connotatie van paternalisme te omzeilen of af te zwakken. Door verschillende categorieën van consent te hanteren en aan te tonen dat de behandeling tegemoetkomt aan de wensen van de patiënt, wordt een rechtstreekse en persoonlijke toestemming van de patiënt ontlopen. Nochtans wordt individuele autonomie in de medische praktijk vertaald in het gebruik van het 'informed consent'. Deze geïnformeerde toestemming verplicht artsen om de patiënt in te lichten over zijn toestand en de voorgestelde behandeling. Op basis van deze informatie kan de patiënt zelf beslissen of hij al of niet ingaat op het voorstel van de arts. Om zelf te beslissen dient de persoon wilsbekwaam te zijn. Wilsbekwaamheid is echter een gradueel begrip, niemand is volledig wilsbekwaam of wilsonbekwaam (ten Have, ter Meulen, & van Leeuwen, 2008). Nys (2005) merkt op dat een dwangbehandeling of –opname bij mensen met een psychische stoornis, vaak wordt uitgevoerd onder het mom van wils- of beslissingsonbekwaamheid. Het paternalistisch handelen zou in dit geval gerechtvaardigd zijn omdat het zowel leidt tot het verhelpen van de stoornis als tot het herstel van de autonomie. Het spreekt voor zich dat criteria voor incompetentiebepaling vaak te maken hebben met ongebruikelijk gedrag. Antipaternalisten zien deze verklaringen dan ook als een excuus voor paternalisme.

Paternalisme is een term met een negatieve connotatie. Bij paternalistisch handelen is er enerzijds sprake van vrijheidsbeperking waarbij geen rekening wordt gehouden met de persoonlijke wensen of verlangens van de betrokkene. Anderzijds zou dit optreden verantwoord zijn door te bewijzen dat het welzijn van de betrokkene wordt bevorderd. Nys (2005) merkt op dat het begrip 'welzijn' zowel objectief als subjectief wordt geïnterpreteerd. Vanuit een objectief perspectief wordt voor iedereen gelijk gehandeld. Naast deze paternalistische neiging bevat welzijn ook een subjectieve component. Wat welzijn betekent voor de ene persoon kan voor iemand anders een totaal andere inhoud hebben. In onze samenleving waar iedereen het recht heeft om vrij en autonoom te zijn, is er een tendens om welzijn enkel subjectivistisch op te vatten. Dit maakt dat paternalisme zo wordt gewantrouwd.

Hoewel autonomie en vrijheid belangrijke waarden zijn in onze samenleving worden ook vandaag nog in bepaalde situaties binnen de geestelijke gezondheidszorg vormen van drang en (informele) dwang toegepast. Bij gebrek aan duidelijke voorschriften en ethische legitimering roepen deze vormen van ingrijpen ethische vragen op. Bij drang wordt de patiënt in meerdere of mindere mate onder druk gezet om toe te stemmen met de voorgestelde behandeling of interventie. Dit kan gaan van adviseren, overtuigen, manipuleren tot en met dreigen. Wanneer iemand tegen zijn wil wordt gedwongen iets te doen of te laten, is er sprake van dwang. Waar bij drang de persoon minder keuzevrijheid heeft is er bij dwang geen sprake meer van vrijheid. De meest ingrijpende vorm van dwang is het separeren van de psychiatrische patiënt. Informele dwang doet zich voor buiten wettelijke kaders (Schermer, 2003).

Zowel Froyen (2014) als Santegoeds (persoonlijke communicatie, 6 december 2015) ervaren aan den lijve wat het betekent om dagenlang afgezonderd te leven zonder aandacht voor elementaire noden. Met hun getuigenissen willen ze benadrukken dat de psychiatrie zich dient te bezinnen over de aanpak van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. In zijn boek 'Zie de mens' pleit Keirse (2014) ervoor om de waarde en de waardigheid van de mens centraal te stellen en de mens te zien achter zijn gedrag.

### **3.2.2.2 Zorgethiek**

In de zorgethiek wordt een opvatting van autonomie als positieve vrijheid gehanteerd. Net als in de medische ethiek moet de persoon zijn leven naar eigen inzicht en normen kunnen vormgeven. Hiertoe kunnen van buitenaf condities worden geschapen om dit te bewerkstelligen. Autonomie wordt ontwikkeld in relatie met anderen waarvan men afhankelijk is, wat niet betekent dat autonomie hetzelfde is als onafhankelijk zijn. Vanuit dit perspectief hoeft niet elke keuze te worden gerespecteerd (Abma & Widdershoven, 2008).

Waar in de medische ethiek het begrip 'autonomie' centraal staat, is zorgethiek meer gericht op 'zorgen'. Hoewel goede zorg voor iedereen anders is, beschrijft Tronto (geciteerd door Bauduin & Graste, 2000) goede zorg in vier fasen waar morele kwaliteiten aan gekoppeld zijn. In de eerste fase 'caring about' gaat het om het herkennen van de noden, het zien dat er hulp nodig is. Dit vereist aandacht van de hulpverlener die zich dient open te stellen voor de signalen die de persoon geeft. 'Taking care of' betekent ervoor zorgen dat iets wordt ondernomen. De hulpverlener voelt zich verantwoordelijk en gaat na wat nodig is om zorg te organiseren. De derde fase is 'care giving' die het daadwerkelijk zorgen omvat. De hulpverlener zorgt, de hulpvrager ontvangt. Om goede zorg effectief te kunnen geven, is competentie vereist zowel op technisch als op menselijk vlak. In de laatste fase, 'care receiving', reageert de zorgvrager op de ontvangen zorg. Deze reactie geeft aan of de zorg tegemoetkomt aan de noden of behoeften van de zorgvrager. Wanneer één van de vier fasen ontbreekt kan er volgens Tronto niet worden gesproken van goede zorg.

Het model voor psychiatrische zorg, waar Liégeois (geciteerd door Krikilion, 2008) voor pleit, is gebaseerd op een relationeel personalistische visie. Het personalisme ziet de mens niet enkel als een individu maar als een persoon die tegelijk een relationeel wezen is. De relatie tussen zorgverlener en zorgvrager dient het uitgangspunt te zijn voor ethiek in de zorg. Deze relatie is wederkerig, beiden zijn immers betrokken op elkaar, en kan als gelijkwaardig worden beschouwd. De verhouding tussen zorgverlener en -vrager is echter niet symmetrisch vanwege hun verschillende rol in de zorgrelatie. De zorgvrager komt met zijn probleem bij de hulpverlener omdat hij het niet meer (alleen) kan oplossen, de zorgverlener beschikt over deskundige kennis en kunde om daarmee om te gaan. Deze asymmetrische relatie is een structurele machtsongelijkheid, het is immers een onontkoombaar gegeven. Aangezien hulpverleners meer macht hebben, dragen zij hierin de grootste verantwoordelijkheid. Bij gebruik van die machtsongelijkheid in hun eigen voordeel wordt de relatie onethisch.

In een zorgrelatie kunnen zowel de zorgvrager en zijn omgeving, als de zorgverlener reageren vanuit professioneel of persoonlijk perspectief. Een ethisch perspectief beperkt zich niet tot één bepaald standpunt maar staat open voor alle perspectieven en probeert deze te integreren. Dit kan door de feiten en interpretaties uit die verschillende perspectieven te waarderen en op basis daarvan een verantwoorde keuze te maken of handeling te stellen. Zorgverleners dienen een brug te kunnen slaan tussen deze algemene concepten en de persoonlijke situatie waar ze voor staan. Bij ethische reflectie staat een goede grondhouding en een open dialoog voorop. De basishouding van iedere hulpverlener dient te getuigen van respect voor de zorgvrager en de bereidheid om zichzelf kritisch te bevragen. Ethisch reflecteren, is een proces waarbij de zorggever de situatie analyseert, verschillende handelingsopties onderzoekt, zijn motieven verheldert en de gevolgen ervan probeert in te schatten. Volgens Liégeois (geciteerd door Krikilion, 2008) is de visie op de zorgrelatie, die gepaard gaat met een bepaald mens- of wereldbeeld, de fundamentele basis voor het ethisch handelen.

Vanmol (2011) spreekt van relationele autonomie waar onderlinge betrokkenheid, solidariteit, verbondenheid en gedeelde verantwoordelijkheid voorop staan. De hulpverlener treedt in dialoog met de zorgvrager en zijn naastbetrokkenen. Hierbij wordt de hulpvrager aangemoedigd zijn standpunt te verduidelijken en te verruimen zodat hij, in de gegeven situatie, een constructieve keuze kan maken. Peeters (2015) deelt deze zienswijze. Mensen zijn volgens hem geen onafhankelijke wezens. Het gaat om autonomie in verbondenheid, wat aansluit bij de ethische basis van empowerment. Daarnaast legt Peeters de nadruk op respect voor de menselijke waardigheid. Een relationeel mens- en wereldbeeld biedt een nieuw kader voor onze morele oordelen en werpt een ander licht op een aantal ethische verworvenheden van de laatste eeuw, waaronder de principes van menselijke waardigheid. Het is niet omdat rechten een soort ethisch minimum verwoorden dat mensen daarmee worden erkend in hun waardigheid. De ethische eis van 'betrokkenheid' is daarbij noodzakelijk om als betekenisvol te worden benaderd en erkend. Mensen moeten vaak vernederende procedures ondergaan om te krijgen waar ze recht op hebben en dit laatste is geen garantie om niet in eenzaamheid te verglijden. Volgens Peeters kan een rechtenethiek het morele veld nooit volledig dekken. Verantwoordelijk zijn voor zijn kwetsbare medemens houdt meer in dan enkel zijn plicht vervullen.

Krikilion (2008) is van mening dat mensen met een psychische beperking vanwege hun kwetsbaarheid, naast respect voor hun persoon, ook garantie op bescherming van hun eigenheid verdienen. Ethisch handelen, is een voortdurend balanceren tussen er als hulpverlener staan wanneer het nodig is en de mensen zelf aan de slag laten wanneer ze dit aankunnen. Het vinden van een juist evenwicht tussen autonomie en beschermwaardigheid vraagt oefening en intervisie. Daarnaast dient een routinematige begeleidingsaanpak te worden vervangen door het creëren van een vrije ruimte voor de persoon met een psychische beperking. Iedere persoon is uniek en zo dient ook de aanpak te zijn. Een open blik van de zorgverlener en een diepgaand contact tussen beiden maken de mogelijkheden van de psychisch kwetsbare persoon zichtbaar. Evenals Liégeois (geciteerd door Krikilion, 2008) meent hij dat, naast intervisie, zelfreflectie van de hulpverlener noodzakelijk is om de eigen kwetsbaarheden, beperkingen of opvattingen te zien die zijn open blik kunnen vertroebelen. Ethiek is, volgens Krikilion, meer dan een resem normen en principes. Naast het zoeken naar een juist evenwicht en de blik steeds open te houden, dient volgens hem op de klinische werkvloer te worden gezocht naar een 'gemeenschappelijke cultuur' waarop hulpverleners kunnen terugvallen. Intervisie maakt uitwisseling mogelijk, er kan worden gesproken over knelpunten en dilemma's en het draagt bij tot de gezamenlijke sensibiliteit. Dit alles vraagt een op ethiek betrokken organisatie waar een wederzijdse openheid heerst tussen hulpverleners en het beleid van de organisatie.

### **3.2.3 Bemoeizorg in de Geestelijke Gezondheidszorg: modern paternalisme?**

In de jaren zestig kwam alles wat met bevoogding en paternalisme te maken had scherp onder vuur te liggen. Er mocht niets meer worden opgedrongen, de zorgvrager was (en is nog steeds) zelf verantwoordelijk en kan alleen worden geholpen als hij zelf gemotiveerd is. Deze visie leidde tot het einde van de paternalistische bemoeizucht. Hoewel we eerder aanhaalden in 3.2.2.1, dat tot op vandaag het paternalisme-principe nog steeds sluimerend aanwezig is, betekende het einde van de paternalistische visie dat hulpverleners de voeling met de sociale werkelijkheid verloren en sociale problemen toenamen. In de jaren negentig werden de nadelige gevolgen van deze tendens meer voelbaar. Van der Lans en Medema (2004) merken op dat deze terugtrekking net plaatsvond op het moment dat sociale drama's toenamen. Bij elk drama vroeg men zich af hoe dit had kunnen

gebeuren en welke interventie dit had kunnen voorkomen. Deze onvrede leidde ertoe dat hulpverleners van de GGZ er weer op uit trekken, zich weer 'bemoeien' met het leven van mensen en hulp verlenen in de thuissituatie. Bemoeizorg werd een begrip en kan worden gedefinieerd als het aanbieden van ongevraagde zorg aan personen met een psychiatrische problematiek, die overlast bezorgen en zorg mijden. Vanuit een betrokkenheid wordt gepoogd om hun levenskwaliteit te verbeteren (Liégeois et al., 2014).

Sommige mensen met een psychische problematiek hebben vaak al een hele weg met negatieve ervaringen afgelegd in de hulpverlening. Naast het gegeven dat diagnostisering vaak leidt tot stigmatisering, hebben behandelingen dikwijls nevenwerkingen die fysieke problemen veroorzaken en emoties onderdrukken. Als ervaringsdeskundige stelt Kroet (2016) vast dat de problemen waarmee mensen oorspronkelijk bij de GGZ aankloppen niet worden opgelost, integendeel, mensen dienen vaak te herstellen van hun behandeling. Deze mensen verglijden in apathie, zijn hulpmoe en leven geïsoleerd. In bepaalde gevallen berokkenen deze (zorgwekkende) zorgmijders overlast waardoor de omgeving op den duur aanklopt bij een meldpunt overlast en bemoeizorg. Hoewel dit optreden gebeurt vanuit een menselijke betrokkenheid, meent Liégeois et al. (2014) dat de criteria voor de inzet van bemoeizorg voor verschillende interpretaties vatbaar is en vooral wordt bepaald door het perspectief van de hulpverleners en de maatschappij. Bemoeizorg kent verschillende gradaties: van informeren en adviseren over onderhandelen en onder druk zetten tot overnemen en dwingen. Door in dialoog te treden met het netwerk en het interdisciplinaire team wordt duidelijk of, en welke vorm van bemoeizorg al of niet is aangewezen. Dit kan de ethische vraag doen rijzen of deze mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun situatie en bijgevolg hun autonomie moet worden gerespecteerd, of hun welzijn voor een deel de verantwoordelijkheid is van de maatschappij en zorgverleners dienen in te grijpen? Vanuit een relationele visie hebben zowel de zorgverlener en zijn professioneel netwerk, als de psychisch kwetsbare mens en zijn naasten, als de maatschappij een gedeelde verantwoordelijkheid.

Vanmol (2011) sluit zich hierbij aan en meent dat, indien kwetsbare mensen door hun handelen hun situatie ondermijnen, hulpverleners tegen de keuzes van de patiënt mogen ingaan. Leijssen (geciteerd door Vanmol, 2011) benadrukt dat dit ingrijpen niet vanuit macht is maar vanuit de zorg om hen hun waardigheid opnieuw te laten vinden. Nochtans blijven professionals die investeren in bemoeizorg, tegen de stroom in roeien. Organisatorische vereisten halen het nog steeds op hun individuele professionaliteit. Een cultuur van bureaucratische afstandelijkheid met voorgeprogrammeerde kantooractiviteiten, meetbare resultaten en zichtbare statistieken doet een poging om deze outreachende hulpverlening in de pas te laten lopen. Van der Lans en Medema (2004) vrezen dat het blijft bij tijdelijke projecten die iets aan de organisatie toevoegen, maar niets aan het oude veranderen.

### **3.2.4 Vermaatschappelijking van de Geestelijke Gezondheidszorg: een ethische keuze?**

Een internationaal project over ethische aspecten van vermaatschappelijking van de GGZ bracht aan het licht dat zowel financiële, juridische als morele argumenten hiertoe een rol hebben gespeeld (Bauduin, 2002). Bij vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen is het vanuit ethisch perspectief belangrijk om de rangorde van doeleinden te respecteren. Vermaatschappelijking van de zorg, of anders gezegd, de zorgvorm, plaats en duur, is een middel om meer kwaliteit van zorg te bereiken. Een kwaliteitsvolle zorg draagt op haar beurt bij tot meer levenskwaliteit. De cliënt, naastbetrokkenen en hulpverleners dienen op regelmatige basis in dialoog

de zorgverlening kritisch te evalueren. Dergelijke evaluatie bepaalt de verdere zorg van de cliënt en heeft consequenties voor het zorgbeleid. Een evenwichtig zorgaanbod is nodig waar verder wordt ingezet op ambulante zorg en gespecialiseerde voorzieningen. Economische motieven zoals duur en betaalbaarheid van de zorgvorm zijn ethisch onverantwoord (Liégeois et al., 2010). Bovendien vereist een vermaatschappelijking van de GGZ een destigmatisering waardoor mensen met een psychiatrische problematiek kunnen participeren als een volwaardige burger. We zagen hierboven dat (re)integratie gepaard gaat met een zoeken naar evenwicht tussen respect voor autonomie enerzijds en goede zorg anderzijds.

Een empowerende zorg en hulpverlening heeft naast de kwetsbaarheid van deze mensen, oog voor hun eigen krachten en die van hun netwerk. Volgens Van Regenmortel (2011) verbindt het empowermentparadigma drie klassieke ethische perspectieven: de individuele bestaansethiek waar uniciteit en keuzevrijheid centraal staan, de rechtenethiek met gelijke sociale grondrechten voor iedereen en de zorgethiek die uitgaat van een wederzijdse verantwoordelijkheid van zorg voor elkaar. Een empowerende geestelijke gezondheidszorg focust zich op de krachten van de betrokkene zonder zijn kwetsbaarheid te negeren. Bovendien blijken burgers het meest geholpen te zijn door steun en hulp van betekenisvolle anderen uit hun omgeving. Deze houding sluit aan bij ons intuïtief weten. Wie tegenslag kent, valt spontaan terug op zijn dichtste omgeving. Van der Lans (geciteerd door Pels & Van Dijk, 2011) merkt op dat in de institutionele verzorgingsstaat het netwerk vaak pas als laatste in beeld komt.

De visie van Eigen Kracht-conferenties leunt sterk aan bij het empowermentparadigma en focust zich op de aanwezige en vaak onbenutte competenties van een persoon en zijn naastbetrokkenen. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen problemen die al of niet gelinkt zijn aan een psychische stoornis. Iedereen heeft het recht om een eigen plan te bedenken. Nochtans werkt de GGZ heel weinig met EK-c vanuit te weinig geloof en vertrouwen in de kracht van de psychisch kwetsbare mens en zijn netwerk (zie 2.3.2).

### **3.2.5 Casus vanuit een sociaal-ethisch perspectief**

Autonomie en zelfbeschikking zijn de meest gerespecteerde waarden in onze op rechten gebaseerde maatschappij. De onafhankelijke en geëmancipeerde burger die zelf beslist hoe hij zijn leven vorm geeft, sluit perfect aan bij het neoliberale gedachtegoed. Vermaatschappelijking van de GGZ houdt in dat mensen met een psychiatrische problematiek moeten kunnen participeren en integreren. Dit vraagt een samenleving die openstaat voor mensen die niet of onvoldoende beschikken over autonomie. Daarnaast dienen mensen die zorg nodig hebben, waaronder mensen met een psychische problematiek, meer beroep te doen op hun eigen krachten en steunbronnen. Dit betekent dat wordt verwacht dat mensen vanuit een solidariteitsgevoel zorg dragen voor anderen. Dit leunt eerder aan bij het sociale gedachtegoed. Van Den Heuvel (2013) vraagt zich af hoe deze twee verschillende uitgangspunten met elkaar te rijmen zijn.

Niettegenstaande het paternalisme op heel wat tegenkanting botst, wordt in de hulpverlening en zeker in de GGZ nog vaak paternalistisch opgetreden. De plicht om iemand te beschermen, maakt dat soms voorbij wordt gegaan aan de autonomie van de zorgvrager (zie 3.2.2.1). Een uithuisplaatsing is zowel voor het kind als voor de ouder(s) een ingrijpende beslissing. Bartelink (2013) onderzocht de impact van een uithuisplaatsing in de jeugdzorg. Hoewel de resultaten vaak tegenstrijdig zijn, valt het op dat op lange termijn veel uit huis geplaatste kinderen kampen met psychische problemen, verslavings- of gezondheidsproblemen. Het spreekt voor zich dat, wanneer de veiligheid van het kind

in het gedrang komt, een (tijdelijke) uithuisplaatsing onoverkomelijk is. Bartelink besluit dat het moeilijk is om te weten tot wanneer het verantwoord is om uithuisplaatsing te voorkomen en wanneer het noodzakelijk is om het kind effectief uit huis te plaatsen. In deze casus is de informatie over de reden van de uithuisplaatsing beperkt. De twee oudste kinderen, Daan en Bram, werden vermoedelijk bij de oma geplaatst op het moment dat Els dakloos was, maar verblijven daar nog steeds. Het jongste kind Lars, kampt met ademhalingsproblemen en werd geplaatst in een instelling wegens de onhygiënische leefomstandigheden in de thuissituatie.

Door dit paternalistisch ingrijpen legt de rechter de verantwoordelijkheid voor de onhygiënische leefomstandigheden volledig bij de moeder. Nochtans komen mensen als Els, vaak door een tekort aan ondersteuning, terecht in een draaikolk van problemen. Niet enkel Els, maar ook de samenleving en haar instituties dragen bij tot dergelijke probleemsituaties.

Bij de impact van de uithuisplaatsing van kinderen, zoals in deze casus, kunnen we ons enkele ethische vragen stellen. Is het gerechtvaardigd om een kind uit huis te plaatsen zonder alle andere mogelijke opties te hebben geprobeerd? Dient een uithuisplaatsing op basis van onhygiënische leefomstandigheden drie jaar te duren vooraleer men de moeder op dit vlak de nodige ondersteuning kan bieden? In welke mate heeft de moeder inspraak gehad bij het uit huis plaatsen van haar kinderen?

*Els probeert via gerechtelijke weg haar twee oudste kinderen opnieuw bij haar te laten wonen. Indien ze de onhygiënische toestand in haar woning aanpakt kan het jongste kind thuis wonen. De eis die de jeugdrechtbank hierbij stelt, is dat Els niet binnen mag roken en er geen huisdieren in de woning zijn. Met deze eis dient het EK-c plan rekening te houden.*

*De EK-c die op aanvraag van de contextbegeleidster wordt georganiseerd, probeert een antwoord te bieden op de nodige ondersteuning bij het huishouden van Els. Wat kan het netwerk hiertoe bijdragen en waarvoor is er professionele hulp nodig. Het jongste kind is drie jaar en verblijft sedert zijn geboorte in een instelling. Indien er reeds bij de vaststelling van de problemen een EK-c had doorgedaan, kon het netwerk vroeger worden ingeschakeld, werden de hygiënische problemen eerder aangepakt en kon de uithuisplaatsing van Lars misschien worden vermeden.*

EK-c gaat ervan uit dat mensen die tot een kwetsbare doelgroep behoren in staat zijn om, mits ondersteuning van hun netwerk, een veilige situatie te creëren voor hun kinderen. Deze mensen zijn niet enkel eigenaar van hun probleem maar ook van de oplossing. De focus ligt niet op de tekorten, maar op de onzichtbare aanwezige krachten en steunbronnen van de betrokkene en zijn omgeving. Deze opsporen en mobiliseren kan leiden tot een veilige leefbare situatie voor het gezin.

*Het beperkte netwerk van Els bestaat uit lotgenoten, mensen die vaak zelf niet weten hoe de eindjes aan elkaar te knopen. Nochtans is iedereen met Els begaan en bereid om haar te helpen.*

Hulpbehoeftige mensen zonder werk hebben recht op een leefloon. Dit recht betekent nog niet dat de persoon wordt erkend in zijn menselijke waardigheid.

*Els kreeg onlangs te horen dat haar appartement wordt verkocht. Ze krijgt zes maanden tijd om op zoek te gaan naar een andere woonst. Er is veel kans dat Els op zo'n korte termijn geen betaalbare woonst vindt. De vrouwenopvang is dan het enige alternatief. De twee oudste kinderen kunnen dan wel niet opnieuw bij haar wonen. Bovendien is de Jeugdrechter van oordeel dat de twee jongste kinderen dan moeten worden geplaatst. Els strijdt al enkele jaren om haar kinderen opnieuw bij haar*

*te laten wonen. Door structurele wantoestanden (lange wachtlijsten voor een betaalbare sociale woning) is zij genoodzaakt om in de vrouwenopvang te verblijven.*

Kwetsbare mensen als Els, bevinden zich op vele domeinen in een afhankelijke positie. Zolang anderen beslissen over hun kinderen, hun inkomen en hun woonst wordt er tekort gedaan aan hun autonomie. Wil een samenleving kwetsbare doelgroepen laten participeren, dan dient de overheid in te grijpen om een voldoende mate van zelfbeschikking voor iedereen te verzekeren. Het recht op wonen, vereist investering in degelijke en betaalbare woningen, garantie van de woonzekerheid en woonbegeleiding van de meest kwetsbare mensen.

### **3.3 Sociaal-economisch perspectief**

De economische welvaart van een land en de socio-economische status hebben invloed op de fysische en psychische gezondheid en vice versa. Wie als kind vaak ziek is, mist kansen op school en start in een moeilijkere positie op de arbeidsmarkt. Volwassenen met een beperkte gezondheid hebben meer risico op een lagere socio-economische status. Deze status heeft ook invloed op de gezondheid. Wie economisch op de laagste ladder staat zoals laagopgeleiden, hebben vaker ongezonde jobs, vinden moeilijker een gezonde woning en kopen minder gezonde voeding. Financiële zorgen leiden tot stress die op hun beurt negatieve gevolgen hebben voor de fysische en psychische gezondheid (Beck, 2001).

Volgens het jaarverslag van de Rijksdienst voor Invaliditeit en Ziekte (RIZIV) van 2012 vertegenwoordigt psychische invaliditeit één derde van het totale aantal invaliden (Cools, 2014-2015). De maatschappelijke en economische impact van psychische aandoeningen mag niet worden onderschat. Hermans, Meys en Van Audenhove (2014) verwijzen naar Thornicroft en Thansella die het verband aantonen tussen psychische stoornissen en armoede. Enerzijds kunnen psychische aandoeningen leiden tot financiële problemen waardoor deze mensen in de armoede terechtkomen. Anderzijds kan een armoedesituatie invloed hebben op het sociale en mentale functioneren van de persoon.

In een periode van economische besparingen en recessie hebben steeds meer mensen moeite om te overleven. Arm maakt ziek en ziek maakt arm, is een moeilijk te doorbreken vicieuze cirkel. De kloof tussen mensen in armoede en de rest van samenleving wordt steeds groter (Beck, 2001). Bovendien krijgen mensen met een psychische aandoening niet steeds een efficiënte behandeling. Ormel en zijn collega's (geciteerd door Hermans, Meys, & Van Audenhove, 2014) onderscheiden drie behandelingskloven. In landen met hoge inkomsten ligt de behandelingsgraad hoger dan in landen met lage en middelhoge inkomsten. Daarnaast valt op dat zowel in landen met hoge als met lage inkomsten er een lagere behandelingsgraad is voor psychische aandoeningen. Tenslotte zijn tussen regio's en/of buurten van een land met hoge inkomsten, grote verschillen in de toegankelijkheid merkbaar. In een land als België, met een sterk uitgebouwd GGZ, zijn er regio's of buurten waar mensen niet of te weinig een gepaste behandeling krijgen voor hun problematiek. Vooral grootsteden zoals Brussel, waar de sociale ongelijkheid heel uitgesproken is en er een grote concentratie van achtergestelde groepen is, is de behandelingsgraad te vergelijken met die van in landen met lage inkomsten. Om de gezondheidskloof weg te werken, zijn dan ook diepgaande structurele hervormingen nodig die armoede en inkomensongelijkheid bestrijden (Beck, 2001).

Investeren in gezondheidszorg is investeren in economische groei. Wie gezond is maakt meer kans op arbeidsparticipatie, heeft minder ziekteverzuim, werkt langer en is productiever. Door de vergrijzing,

de financiële en economische crisis, staat de gezondheidssector onder druk. Een toegankelijke en betaalbare zorg is dan ook één van de grootste uitdagingen van de nabije toekomst. Dit komt later uitgebreider aan bod.

### **3.3.1 Toegankelijkheid van de Geestelijke Gezondheidszorg**

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie bestaat een evenwichtige zorg uit een zeer toegankelijke en goedkope eerstelijnszorg en een minder dure residentiële zorg. Cools (2014-2015) merkt op dat de situatie in de Belgische GGZ net omgekeerd is. Verschillende factoren bepalen de (on)toegankelijkheid van de GGZ. Op psychisch ziek zijn rust nog steeds een taboe waardoor mensen niet gauw de stap zetten naar de GGZ. Bovendien kan een beperkt aanbod of moeilijke bereikbaarheid de toegankelijkheid remmen. Daarnaast kost goede zorg veel geld. Deze extra kosten zijn voor heel wat gezinnen moeilijk te dragen. Mensen met een psychische problematiek zijn trouwens vaak arbeidsongeschikt. Uitkeringen voor invaliditeit en/of werkloosheid meestal onvoldoende om naast de essentiële basisbehoeften de hoge medische kosten te betalen (Demets, 2010).

Lowet (2014) vindt het triest dat het makkelijker en vaak goedkoper is om pillen te slikken of zich te laten opnemen dan beroep te doen op betaalbare psychotherapie. Hoewel de terugbetaling nog wettelijk moet worden geregeld is de erkenning van het beroep van klinisch psycholoog als autonome zorgverstreker een stap in de goede richting. Cools (2014) sluit zich hierbij aan. Een consultatie in de GGZ kost slechts elf euro maar daar tegenover staan wachttijden van meer dan één jaar, waardoor heel wat mensen ofwel niet worden behandeld of uit moeten kijken naar een duurder alternatief.

Leus (2015) stelt de efficiëntie van de ziekteverzekering in vraag. Volgens hem is het niet verantwoord dat miljoenen worden uitgegeven aan kleine zorguitgaven van burgers voor wie deze kosten geen risico vormen voor hun levensstandaard, terwijl mensen met een laag inkomen en een chronische aandoening nog een flink deel zelf moeten betalen. Sommige geestelijke gezondheidsgebruikers vallen zelfs buiten de ziekteverzekering, niettegenstaande ze er wel recht op hebben. Vooral verslaafden of thuislozen zijn administratief niet in orde of betalen hun bijdragen niet bij gebrek aan middelen of door veronachtzaming. Bovendien is de ziekteverzekering een complex administratief kluwen met ingewikkelde procedures. Sociaal kwetsbaren hebben onvoldoende kennis van wetten en regels, rechten en plichten en lopen verloren in het hulpverleningssysteem (Danou, Nielandt, & Vranken, 2009).

Behalve het financiële aspect heeft de (on)toegankelijkheid van de GGZ ook te maken met het beperkte aanbod van ambulante en residentiële voorzieningen, met lange wachtlijsten van een maand tot een jaar als gevolg (Van de Cloot & Van Herck, 2013). Deze wachtlijsten worden mede bepaald door de vermaatschappelijking van de zorg waarbij mensen met een psychische aandoening minder lang worden opgenomen. Daarnaast doen steeds meer zorgvragers met financiële problemen beroep op de GGZ. Om aan deze stijgende zorgvragen en –noden te kunnen voldoen is een toegankelijke en betaalbare GGZ onontbeerlijk (Danou, Nielandt, & Vranken, 2009).

Als reactie op een overbevroegd GGZ en de ellenlange wachtlijsten, richtte De Jonghe in 2010 TEJO op. Deze therapeuten voor jongeren, bieden op vrijwillige basis, onmiddellijke psychotherapeutische hulp aan kinderen en tieners tussen tien en twintig jaar. Deze laagdrempelige, kortdurende dienstverlening is gratis en de therapie is erop gericht om jongeren terug in hun krachten te brengen.



Naast Antwerpen kunnen jongeren terecht in één van de TEJO huizen in Turnhout, Lier, Gent, Ronse en Kortrijk (Tejo). Dergelijke initiatieven zijn broodnodig. Kinderen en jongeren die opgroeien in een moeilijke gezinscontext met familiaal geweld kunnen probleemgedrag stellen, zich psychisch afsluiten of vluchten in drugs en alcohol. Bovendien kunnen deze risicofactoren leiden tot bepaalde psychische stoornissen. Deze jongeren een luisterend oor bieden en gepast begeleiden kan erger voorkomen (Snoek, van de Mheen, van der Stel, & Wits, 2010).

### **3.3.2 Investeren in de Geestelijke Gezondheidszorg bespaart kosten**

Het tijdig opsporen en behandelen van psychische klachten kan veel leed maar ook dure overheidskosten voorkomen. De gevolgen van psychisch onwelzijn zoals ziekteverzuim, werkloosheid en productiviteitsverlies, worden geschat op 3,5 tot 4% van het bruto nationaal product. Nochtans wordt van de 10,2 % middelen besteed aan de totale gezondheidszorg, slechts 6,1 % gespendeerd aan GGZ (Van de Cloot & Van Herck, 2013).

De maatschappelijke en economische kost van psychische problemen is gigantisch. Meer investeren in de GGZ is een goede zaak en werkt bovendien kostenbesparend. Meer psychologische begeleiding betekent dat mensen met een psychische problematiek minder zullen terugvallen op de sociale zekerheid. Enkele andere kostenbesparende effecten zijn een daling van het ziekteverzuim en een minder gebruik van psychofarmaca (Lowet, 2013). Academics van verschillende universiteiten pleiten daarom voor extra investeringen in preventie, nieuwe zorgstructuren en nieuwe behandelvormen (Baeken, Bervoets, Claes, De Fruyt, Demyttenaere, Lemmens, Matthys, Morrens, Sabbe, 4 november 2014).

Investeren in de GGZ heeft pas zin wanneer tegelijk maatschappelijke structuren en processen worden aangepakt die leiden tot psychisch lijden. Een voorbeeld hiervan zijn de huidige vluchtelingen en hun kinderen. Door een gebrekkig vluchtelingenbeleid en een gebrek aan psychologische opvang, is de kans reëel dat zij in de nabije toekomst de patiënten van de geestelijke gezondheid worden. Weerbaarheid en veerkracht, doorzetting en aanpassing kent grenzen. Wreedheden en vernederingen leiden tot onherstelbare schade waardoor deze mensen in een negatieve spiraal van onverschilligheid, afhankelijkheid en psychopathologie terechtkomen (Cathoor, 15 mei 2015). Net als andere kwetsbare doelgroepen, zoals mensen met een psychische problematiek, lijken participatie en sociale inclusie voor hen onbereikbare idealen. Vermaatschappelijking van de zorg vereist daarom sociaal werk die zowel inzet op individuele als structurele veranderingen. Driessens en Geldof (2009) vragen zich eveneens af of het zin heeft om personen en hun situatie te veranderen zolang de samenleving hen uitsluit. Zij besluiten dat krachtgericht sociaal werk aandacht heeft voor kwetsbaarheden en krachten, maar ook voor uitsluitings- en integratieprocessen op macro-, meso- en microniveau. Vandeurzen (2014) is daarom van mening dat een beleidsoverschrijdende samenwerking zich opdringt. Inclusie is pas mogelijk wanneer kwetsbare mensen perspectief hebben op werk, een gezonde woonst en een betaalbare zorg.

Of EK-c al of niet kostenbesparend is, is moeilijk te bepalen. Het hangt af van verschillende factoren die moeilijk vooraf te bepalen zijn. We geven hierna een overzicht van de werking van de afgelopen tien jaar. Tijdens die periode werden 247 aanmeldingen gedaan waarvan er 100 leidden tot een conferentie. Bij 89 van de 247 aanvragen werd het netwerk geactiveerd, bij 58 verzoeken stopte het traject na het kennismakingsgesprek. Dit betekent echter niet dat het om een mislukte conferentie gaat. Ook al weigert iemand om een traject op te starten, iemand ondersteunen bij deze beslissing is

even waardevol. Bovendien kan een kennismakingsgesprek een proces in gang zetten waardoor een conferentie niet meer nodig is. We komen hier later op terug (zie 3.3.6). In totaal namen 1.590 mensen deel aan een conferentie waarvan 355 kinderen. Bij het traject werden 287 hulpverleners betrokken, waarvan 122 aanwezig waren op de conferentie. Aan de opleiding voor coördinatoren namen 190 mensen deel, waarvan 117 personen zich als kandidaat coördinator opgaven.

Momenteel worden veertig trajecten voor gezinnen met kinderen onder de 23 jaar, gesubsidieerd door het departement Welzijn (Beyers, persoonlijke communicatie, 20 februari 2016). Opleidingen, vormingen en trajecten kosten een pak geld. Omgerekend kost dit per traject ongeveer een kleine 3.000 euro. Bij overleg, sessies of opnames in de jeugdhulp denken we meestal niet in termen van 'kostprijs', waardoor dit op een eerste zicht veel lijkt. Een belangrijke nuancering hierbij is, dat er bij een EK-c traject dikwijls meerdere kinderen bij betrokken zijn. Volgende tabel biedt een overzicht van enkele kostprijsramingen binnen de hulpverlening (Beyers en Bouckaert, geciteerd door Antrop, Bal, De Corte, & Van den haute, 2012).

Tabel 1 Enkele kostprijsramingen binnen de hulpverlening

Een crisisopname van 10 dagen op kinderpsychiatrie	ongeveer 3.500 €
Een jaar in een Medisch-Pedagogisch instituut	ongeveer 45.000 €
Een diagnostisch consult bij kinderpsychiater	176 €
Een jaar rilate	500 €
Een teamvergadering van 6 hulpverleners, 2 uur	480 €

### 3.3.3 Kwaliteit van zorg: meten is weten?

Kwaliteit van zorg kan zowel vanuit een ethisch als een economisch perspectief worden benaderd. Waar in de zorgethiek (zie 3.2.2.2) werd nagegaan wat een verantwoorde ethische zorg inhoudt, wordt kwaliteitszorg hier vanuit een economisch perspectief beschreven.

Net zoals veel andere termen in de zorg is 'kwaliteit van zorg' een ruim begrip die vanuit verschillende perspectieven anders wordt begrepen. De essentie van zorg is volgens Donabedian (geciteerd door Bisseling, Havenaar, & Heemskerk et al., 2002) zoeken naar een evenwicht tussen de positieve en schadelijke effecten van de zorg.

Sedert de jaren tachtig en negentig kreeg de zorgkwaliteit meer belangstelling. 'Patiënten' werden 'cliënten' en de gezondheidszorg evolueerde naar een meer bedrijfsmatige aanpak van zorginstellingen. Donabedian benadrukt het belang van objectiveerbare criteria en normen en pleit voor een wetenschappelijke benadering van het begrip 'kwaliteit van zorg'. Wat later besloot Berwick (geciteerd door Bisseling et al., 2002) om vanuit een bedrijfskundig perspectief de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Op die manier werd de gezondheidszorg meer een bedrijf dat zijn dienst (product) in de markt zet. De focus ligt voortaan op verbetering van het gehele dienstverleningsproces zoals de bereikbaarheid, klantvriendelijkheid en toegankelijkheid.

Het Vlaamse kwaliteitsdecreet van 2003 omschrijft verantwoorde zorg als doeltreffend en doelmatig. Deze zorg is maatschappelijk aanvaardbaar en gericht op de gebruiker. Daarbij moet zowel het respect voor de menselijke waardigheid, het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en –

behandeling, het informatieve luik als de inspraak van de zorgbehoefte gewaarborgd zijn. Met behulp van een kwaliteitshandboek ontwikkelen voorzieningen een kwaliteitsbeleid, hoe zij kwaliteit van zorg begrijpen en hoe ze dit zullen bereiken (Hermans, & Vranken, 2009).

De steeds stijgende zorgkosten leggen een nog grotere druk op de effectiviteit van de zorgverlening en een doelmatige inzet van de schaarse middelen. In navolging van projecten met kwaliteitsindicatoren in algemene ziekenhuizen en woon- en zorgcentra, worden in 2016 indicatoren in de GGZ ingevoerd waarbij op een systematische wijze de kwaliteit van de zorg wordt opgevolgd. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan de vraag van de overheid om verantwoording af te leggen over de geleverde diensten. Op basis van deze resultaten krijgt de overheid tevens een beter zicht op de kwaliteit van de GGZ en kunnen verbeterpunten worden aangebracht (Vandeurzen, 2013).

Maar het succes van een welzijnsinterventie wordt mede bepaald door de manier waarop de doelgroep deze interventie ervaart. Aangezien dit niet voorspelbaar is, zijn Hermans en Vranken (2009) van mening dat de kwaliteit van de relatie tussen de sociale werker en de doelgroep een belangrijke factor is voor het succes van een interventie. Niettegenstaande deze kwaliteit moeilijk te meten is, wordt de druk om prestaties te meten, steeds groter. Interventies dienen te worden gemeten op effectiviteit waardoor het gevaar bestaat dat aan de kern van de zorg wordt voorbij gegaan, namelijk de relatie. Het succes van een interventie bevat hier eveneens een ethische component die gebaseerd is op de relationeel personalistische visie zoals aangehaald in 3.2.2.2.

Verhaeghe (2014) sluit zich hierbij aan. Hij is zelfs van mening dat het meten van de kwaliteit vaak de echte zorgkwaliteit teniet doet. Volgens hem gaat het vooral om het sociale aspect. Zo kan een poetsvrouw bij wie de werkdruk niet zo hoog ligt, ook een sociale functie vervullen. Bovendien kadert een obsessionele aandacht voor cijfers in een neoliberaal mensbeeld dat vooral gericht is op controle, evaluatie en regelgeving waarbij totale beheersing het doel is. Door het kostenplaatje van deze dure controlesystemen komen de beschikbare middelen voor de eigenlijke zorg in het gedrang. Metingen en audits leiden niet enkel tot slechtere arbeidsverhoudingen en onproductieve tijd, kwantitatieve kwaliteitsmeting van zorg gaat steeds gepaard met een evaluatie van het personeel. Hierdoor zijn ze vooral gefocust op wat er letterlijk meetelt en krijgt de rest minder aandacht. Het motto 'meten is weten' gaat niet altijd op in de zorg. Meten kan pas wanneer er een objectieve maateenheid is, zoals meter voor de lengte, en indien er eenheden binnen een intervalschaal zijn. In de zorgsector wordt meestal gebruik gemaakt van ordinale metingen. Deze subjectieve gegevens worden vaak als objectieve gegevens verwerkt waarop het beleid zich verkeerdelijk baseert.

### **3.3.4 De resultaten van Eigen Kracht-conferenties: vooral een paradigma discussie?**

In het kader van de vermaatschappelijking van de zorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van krachtgerichte en netwerkversterkende methodieken zoals Eigen Kracht-conferenties. Aangezien het EK-c proces buiten de hulpverlening ligt, zijn Driessens en Melis (2012) van oordeel dat deze methode zich het best leent in het voorstadium van een hulptraject. Bij het stellen van de hulpvraag kan worden nagegaan welke hulp het netwerk kan invullen en waarvoor professionele hulp noodzakelijk is. Dit gericht vragen van professionele ondersteuning leidt tot een efficiënte inschakeling van professionele hulpverlening.

Een methodiek is effectief wanneer het een gewenste uitkomst bereikt bij de beoogde doelgroep. De inzet van Family group conference (FCG), de Nieuw-Zeelandse tegenhanger van EK-c, heeft tot grote veranderingen geleid. Kinderen van probleemgezinnen werden minder onder toezicht van de

overheid geplaatst en verbleven meer bij het netwerk. Dit sluit aan bij de cijfers verzameld door de Nederlandse Eigen Kracht Centrale: 48% van de uit huis geplaatste kinderen werden opgenomen in een minder ingrijpende verblijfplaats (Eigen Kracht Centrale, 15 mei 2007). Uit onderzoek van van Beek (2006) blijkt dat in gezinnen waar een EK-c wordt georganiseerd, het zorgplan voor 80% wordt ingevuld door het netwerk, voor de overige 20% is er professionele hulp nodig. Onderzoek in de jeugdbescherming van Bijl, Gramberg, Slot, van Beek, & Wijnen-Lunenburg (2008) laat eveneens zien dat er minder lang zorg nodig is in gezinnen waar een EK-c werd georganiseerd dan in gezinnen zonder conferentie. Op basis van deze dalende basisconsumptie kan worden aangenomen dat EK-c kostenbesparend is.

Het onderzoek van de Jong (2014) waarin veertig EK-c's die tussen begin 2011 en eind 2012 werden georganiseerd in de Groningse Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), leidde tot enkele bescheiden, doch opmerkelijke resultaten. Via een responsief evaluatieonderzoek werden de deelnemers gevraagd hoe de Eigen Kracht-conferentie was verlopen en wat deze voor hen opleverde. Hierbij werd vooral nagegaan in welke mate een EK-c de participatie bevordert, informele steun mobiliseert en sociale cohesie realiseert. Op een schaal van 0-10 steeg de eigen kracht van 4,09 tot 6,32; de leefsituatie van de hoofdpersoon verbeterde van 3,73 naar 6,64; de kwaliteit van de sociale steun steeg van 5,04 naar 6,73. Het aantal informele hulpbronnen waarop de betrokkene kon beroep doen, vermeerderde van 3,59 tot 6,67 terwijl de professionele hulp ongeveer gelijk bleef, namelijk van 2,26 naar 2,07.

Timmerman (2013) twijfelt aan dergelijke resultaten en vindt dat er in de zorg al te veel geld wordt verspild aan programma's waarvan de effectiviteit niet grondig is bewezen. Ze pleit daarom voor meer wetenschappelijk onderzoek. Zowel het Nederlands Jeugd instituut (geciteerd door Abma, de Jong, & Schout, 2014), Bartelink (2013) als de wetenschappers Stams en Van der Helm (geciteerd door Abma, de Jong, & Schout, 2014) eisen een gerandomiseerd onderzoek of 'randomized controlled trials' (RCT) vóór er uitspraken worden gedaan over de effectiviteit van EK-c. Deze methode uit de medische wetenschap, waarbij de effecten van de ene interventiegroep worden afgewogen ten opzichte van een groep met een 'placebo-behandeling' wordt als 'gouden standaard' beschouwd. Om de effectiviteit van een EK-c op die manier te onderzoeken betekent dit dat een groep gezinnen die in aanmerking komt voor een EK-c willekeurig of 'at random' in twee groepen wordt verdeeld. Bij de ene groep wordt er een conferentie georganiseerd, de andere wordt begeleid door de reguliere hulpverlening. Veranderingen tussen voor- en nametingen worden toegeschreven aan de interventie (Bijl, Gramberg, Slot, van Beek, & Wijnen-Lunenburg (2008).

De Jong, Landeweer, Meijers, Schout en van Dijk (2015) verklaren waarom de RCT geen betrouwbare onderzoeksresultaten kan bieden bij het nagaan van de effecten van een EK-c. Gezinnen die beroep doen op een EK-c leven niet in een klinische setting waar de interventie op een uitgerekend moment wordt uitgevoerd. Het gaat vaak om multiprobleemgezinnen waar oorzaak en gevolg van de problemen moeilijk te onderscheiden zijn. In tegenstelling tot personen die vrijwillig deelnemen aan medische proeven en hiervoor worden vergoed, is de motivatie om een EK-c te organiseren vaak veel lager, vooral bij een dreigende uithuisplaatsing. Waar bij geneesmiddelenonderzoek de proefpersonen constant worden opgevolgd is dit bij multiprobleemgezinnen niet mogelijk. Bovendien is een geneesmiddel voor ieder proefpersoon identiek, terwijl een EK-c wordt uitgevoerd door mensen die hun aanpak op de situatie en de behoeften van het gezin afstemmen. Een ander tekort om een gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van EK-c te kunnen uitvoeren is dat hiervoor veel grotere steekproeven nodig zijn zodat onbedoelde neveneffecten geen impact meer

hebben op de onderzoeksresultaten. Daarom gebruiken medische onderzoekers vaak grote steekproeven van 2.500 personen, wat bij EK-c niet mogelijk is.

Gerritsen (2013) twijfelt eveneens of de RCT-methode zich voor deze praktijk leent. Toch is hij van mening dat er een poging kan worden gedaan om op die manier de effectiviteit in kaart te brengen. Hermanns (geciteerd door Van Dam, 5 maart 2013) vindt het een goed idee dat de effectiviteit van interventies als EK-c wordt onderzocht maar benadrukt tegelijk dat veel miljoenen worden uitgegeven aan andere interventies zonder dat hun effectiviteit bewezen is. Van der Lans (2013) vreest dat door deze welles-nietesdiscussie de reeds geboekte winst van EK-c dreigt verloren te gaan. EK-c is geen nieuw goedkoop trucje, de winst betreft het terugdringen van institutionele vanzelfsprekendheden die mensen afhankelijk maken.

De discussie tussen voor- en tegenstanders van het meer invoeren van EK-c in Vlaanderen en in Nederland, gaat uiteindelijk om verschillen in wetenschapsopvatting, namelijk tussen evidence based practice (EBP) en practice based evidence (PBE). EBP is een begrip afkomstig uit de gezondheidszorg en betekent dat de professional bij een praktijkprobleem op zoek gaat naar een interventie waarvan de effectiviteit wetenschappelijk werd bewezen. Hierbij is er steeds een wisselwerking tussen de praktijkkennis, de effecten van het onderzoek en de behoeften van de zorgvrager. De bedoeling van een practice based evidence aanpak is de kwaliteit van interventies te verhogen. De ervaringskennis van de professional en de cliënt zijn onderwerp van het onderzoek en leidt tot de beste werkmethode (Smeijsters 2009).

Hermans (2008) benadrukt dat het beoordelen van de effecten van een interventie geen objectieve benadering is. Aanhangers van kwantitatief onderzoek beschuldigen kwalitatief onderzoekers van een gebrek aan betrouwbaarheid. Deze laatsten verdedigen zich door te stellen dat er bij kwantitatief onderzoek geen of onvoldoende rekening wordt gehouden met de complexe realiteit. Nochtans hebben beide methodes sterktes en zwaktes. Waar een kwantitatief onderzoek beter geschikt is om een kosten-batenanalyse uit te voeren, kan uit kwalitatieve onderzoeken onder meer blijken welke aanpak een bepaalde doelgroep wenst. Een pragmatische onderzoeksbenadering probeert mechanismen bloot te leggen die het slagen en het falen van interventies duiden, vanuit het besef dat perfecte beheersbaarheid van interventies onmogelijk is.

### **3.3.5 Ogenschijnlijk mislukte Eigen Kracht-conferenties**

In het eerder vermelde onderzoek van de Jong (zie 3.3.4) werden door de respondenten vijftien conferenties als mislukt bestempeld. In het kwalitatief onderzoek werden hierbij vier opvallende patronen vastgesteld. Een eerste is dat de contacten waarover een bepaalde groep van de GGZ gebruikers beschikken, zodanig verwaterd of beschadigd zijn dat eerst in contactherstel dient te worden geïnvesteerd. Vervolgens speelt schaamte meer dan in de hulpverlening een grote rol, waardoor dat vanuit die schaamte of zelfs vanuit trots, potentiële hulpbronnen niet worden uitgenodigd. Waar het in deze situaties hierdoor niet tot een EK-c kwam, bleek schaamte in conferenties die wel tot een plan leidden, nochtans een beschermende factor te zijn. Deze mensen willen hun omgeving niet nog eens dezelfde ellende aandoen, wat terugval voorkomt. Een ander patroon dat werd vastgesteld, is dat afwijkende meningen zodanig tegenover elkaar stonden, dat er geen compromis kon worden gesloten en het niet tot een plan kwam. Tenslotte bleek dat, bij gebrek aan een plan, deze mensen opnieuw hun heil zochten bij de reguliere hulpverlening. Niettegenstaande deze vijftien conferenties niet leidden tot een plan, werden tijdens de voorbereiding toch enkele elementen duidelijk die een verdere begeleiding ten goede komen.

Mensen krijgen in de eerste plaats, en ook vaak voor het eerst, een stem. Tijdens de voorbereiding worden de communicatieproblemen in het netwerk blootgelegd en de hulpverlening heeft meer zicht op wie tot het netwerk behoort en tot wat ze wel of niet bereid zijn (De Jong & Schout, 2013).

Zowel Schuurman (2010), Nuyts, (2011-2014) als Beyers (persoonlijke communicatie, 25 oktober 2014) zijn eveneens van mening dat een conferentie die niet tot een plan leidt, niet steeds negatief is. Vooral het proces dat op gang komt, is heel waardevol. Het brengt vaak een gezonde brainstorm op gang waarbij moeilijkheden worden gedeeld en naar oplossingen wordt gezocht. Op die manier worden soms poorten of perspectieven geopend. Zo kan de familie en het netwerk tot bepaalde afspraken komen, of er ontstaat een positievere dynamiek tussen het gezin en de hulpverlening doordat het gezin zich meer gehoord en betrokken voelt. In sommige gevallen komt het zelfs tot een plan vóór er een conferentie plaatsvindt.

### **3.3.6 Voorkomt Eigen Kracht-conferenties een gedwongen opname?**

Uit recent onderzoek van EK-c bij verplichte GGZ van de Jong et al. (2015) komt naar voren dat er geen causaal verband bestaat tussen EK-c en dwangreductie. In de meeste gevallen is er wel sprake van een toename van de eigen kracht van de hoofdpersoon, meer sociale steun van het netwerk en een afname van dwang. Een EK-c bracht nog andere positieve krachten vrij zoals het wegnemen van vooroordelen, verdeling van de zorglast, wederzijds begrip voor de situatie, het netwerk dat de hulpverlening beter leert kennen en vice versa. Deze uitkomsten kunnen worden gekaderd binnen de studie van Gerritsen (2011), waarin hij probeert te achterhalen waarom complexe situaties zo moeilijk op te lossen zijn. De eenzijdige, hiërarchische en rationele manier van kijken naar de werkelijkheid past in een functionalistisch veranderparadigma die uitgaat van een directe maakbaarheid, wat in multiprobleemsituaties stuit op beperkingen. Het sociaal-interpretatieve veranderparadigma neemt indirecte maakbaarheid als uitgangspunt en stimuleert leerprocessen en zelforganisatie. Gerritsen besluit dat het er in de praktijk op neerkomt om gebruik te maken van verschillende perspectieven. Het gaat erom in dialoog de complexiteit te leren hanteren.

Santegoeds (2010; 2015) is een groot voorstander voor het inschakelen van EK-c bij een gedwongen opname. Als ervaringsdeskundige ondervond zij de negatieve impact van dergelijke interventie (zie 3.1.3.3). Ze ontwikkelde in 2010 het Eindhovens model dat geïnspireerd is door EK-c, om zoveel mogelijk dwang te voorkomen. Santegoeds gaat ervan uit dat zelfs in een crisissituatie of in de aanloop daartoe, er nog onbenutte kansen en mogelijkheden zijn.

### **3.3.7 Casus vanuit een sociaal-economisch perspectief**

De sociaal-economische status van een persoon heeft invloed op de gezondheid en vice versa (zie 3.3). Een betaalde job draagt niet enkel bij tot eigenwaarde maar verrijkt ook de sociale contacten. Werkloosheids- en invaliditeitsuitkeringen of leeflonen zijn vaak ontoereikend om een sociaal actief leven uit te bouwen. Deze mensen zijn geneigd zich op te sluiten, wat zowel tot fysieke als psychische aandoeningen kan leiden. Arm maakt ziek, en ziekte maakt mensen nog armer, waardoor ze in een spiraal van problemen terecht komen.

*Werkloosheid en de zorg voor haar zieke vader leidden ertoe dat Els in een sociaal isolement terecht kwam. Wanneer ze na de uithuiszetting door de partner van haar vader op straat belandt, is ze niet in staat om voor haar twee kinderen te zorgen. De kinderen werden aan haar moeder toegewezen wat*

*leidde tot een definitieve breuk met haar ouderlijk gezin. Naast de zorg voor haar twee jongste kinderen vragen deze familiale problemen, financiële zorgen en stukgelopen relaties heel wat energie. Bovendien draagt Els vandaag nog steeds de gevolgen van haar chemobehandeling die ze als kind kreeg. Tijdens een opstoot heeft ze koorts, is ze bedlegerig en kan ze de zorg voor haar kinderen niet opnemen. Dit leidt ertoe dat Els haar appartement niet opruimt en de hygiëne te wensen overlaat. Pas wanneer ze in staat is om dit probleem op te lossen kan het jongste kind weer thuis wonen. Els doet reeds beroep op allerlei hulpverlening waaronder opvang voor de kinderen en krijgt opvoedingsondersteuning.*

*We kunnen ons hierbij de vraag naar efficiëntie stellen. De hulpverlening wordt vaak vanuit verschillende instanties opgestart, waarbij er te weinig wordt samengewerkt met andere diensten. Door tegelijk in te zetten op zowel de hygiënische problematiek als op opvoedingsondersteuning zou er meer vooruitgang worden geboekt dan tot nu toe het geval is.*

Daarom is het inschakelen van EK-c het meest effectief bij het begin van een hulptraject. Bij het stellen van de hulpvraag kan meteen worden nagegaan wat het netwerk kan opnemen en waarvoor professionele hulp nodig is. Vanuit economisch perspectief worden hulpvragers vaak geconfronteerd met lange wachtlijsten. Bovendien zijn de financiële middelen te beperkt om beroep te kunnen doen op extra gezinszorg of poetshulp.

*Els heeft iedere week vier uur gezins hulp. In plaats van die tijd te spenderen aan het poetsen, maakt Els van de gelegenheid gebruik om samen met de gezins helpster haar wekelijkse boodschappen te doen. Pas achteraf krijgt Els te horen dat dit niet tot het takenpakket van de gezins helpster behoort. Gebrekkige informatie zorgt voor misverstanden die bij beide partijen tot irritatie en onbegrip leiden.*

*Els geeft zelf aan dat ze nogal wanordelijk en chaotisch is waardoor het bij haar thuis allemaal wat overhoop ligt. Kasten nemen plaats in en kosten geld, waardoor Els niet grondig kan opruimen. Een wanordelijke woonst, haar zwakke gezondheid en andere psychisch belastende problemen demotiveren Els om haar appartement te poetsen. Hierbij kunnen we ons de vraag stellen wat het criterium is om te bepalen of een woonst voldoende hygiënisch is. Zelfs op dit domein zijn psychisch kwetsbare mensen die afhankelijk zijn van hulpverlenende instanties, niet vrij om te beslissen.*

Tijdens het informatief gedeelte van de conferentie geeft de consulente van de Jeugdrechtbank meer uitleg omtrent de bodemeis. Dit betreft het niet roken in huis, het niet houden van huisdieren en de hygiëne van de kinderen. Het valt op dat zowel het netwerk als de aanwezige hulpverleners aangeven dat reeds aan die eisen is voldaan. Een betere doorstroming van informatie en communicatie konden dergelijke misverstanden hebben vermeden.

## **4 Veranderingsstrategieën**

Vermaatschappelijking van de zorg beoogt om mensen met een fysieke, psychische of mentale beperking te laten participeren in de samenleving. Met de invoering van artikel 107 en de beddenreductie staat de GGZ voor nieuwe uitdagingen waaronder ambulante zorg en een herstelgerichte benadering. Hierbij wordt beroep gedaan op de eigen krachten en mogelijkheden van de persoon met een psychische beperking en zijn netwerk. Dit vraagt een omslag in het denken en handelen van de overheid, de professionals en de zorgvragers.

EK-c is ervan overtuigd dat ook mensen met een psychische aandoening samen met hun netwerk, de regie en verantwoordelijkheid over hun eigen leven kunnen nemen en houden. Door zich te focussen op de aanwezige competenties en onbenutte krachten van de persoon en zijn netwerk, biedt een conferentie de kans om een concreet toekomstplan te bedenken. Deze informele zorg maakt dat professionele hulp gericht en efficiënter verloopt waardoor mensen met een psychische aandoening opnieuw of langer thuis kunnen wonen.

Nochtans geloven geestelijke gezondheidsmedewerkers te weinig in deze - vaak onzichtbare - hulpbronnen. Zij zijn van mening dat ze reeds zoveel mogelijk contextgericht werken, maar dat het bestaande netwerk te beperkt en/of te beschadigd is om een positieve bijdrage te kunnen leveren. Bijgevolg twifelen ze aan de meerwaarde die een EK-c kan bieden. In wat volgt proberen we een antwoord te vinden op de vraag welke randvoorwaarden moeten worden vervuld zodat EK-c meer ingang kan vinden in de GGZ. We beschrijven een aantal oorzaken op macro-, meso- en microniveau, waarbij we een aantal veranderingsstrategieën voorstellen.

### **4.1 Veranderingen op macroniveau**

Het neoliberale wereldmarktkapitalisme met zijn groeiobsessie en winststreven biedt geen oplossing voor de huidige sociale en ecologische vraagstukken. Willen we de problemen bij de basis aanpakken dan moeten structuren, overtuigingen en gedrag worden veranderd. Meer en meer (beleids)mensen beseffen dat brede maatschappelijke veranderingen nodig zijn om zowel ecologische, sociale als economische duurzaamheid te bereiken (Transities & Transitie management, 2005).

Doordat steeds meer mensen kampen met psychische problemen wordt er gepleit om meer te investeren in de GGZ. Zoals eerder aangehaald (3.3.2) heeft dit enkel zin als tegelijkertijd maatschappelijke structuren en processen worden aangepakt die leiden tot psychisch lijden. Dit veronderstelt ingrijpende en omvangrijke transitie en kan decennia duren, maar het begin kan nu al worden gemaakt. Ziek maakt arm en arm maakt ziek. Mensen met een psychische aandoening zijn vaak langdurig ziek, wat het armoederisico verhoogt. Daarnaast heeft wie in armoede leeft, meer kans om een psychische aandoening te ontwikkelen. Bovendien worden kinderen die in dergelijk gezin opgroeien, geconfronteerd met de gevolgen van armoede. De strijd tegen armoede bij gezinnen met kinderen dient één van de belangrijkste prioriteiten te zijn voor het beleid. Niettegenstaande de goedkeuring van het armoededecreet in 2003 en de reeds genomen maatregelen, is de armoedesituatie in Vlaanderen en Brussel niet duurzaam verbeterd (Vlaams Actieplan Armoedebestrijding, 2015-2019). Zolang mensen in armoede met moeite kunnen overleven, is meer investeren in de GGZ voor deze mensen een druppel op een hete plaat. Om een dam te werpen tegen de groeiende inkomenskloof en de ermee gepaard gaande ongelijkheid in de samenleving, dient de herverdeling door de markt in vraag te worden gesteld. Dit betekent dat we moeten durven sleutelen aan ons sociaaleconomisch bestel (Pintelon, 2015).



#### **4.1.1 Enkele structurele hervormingsvoorstellen**

Geestelijke gezondheidsproblemen worden vaak gecreëerd en/of in stand gehouden door gebrekkige structuren en een onaangepast beleid. Zonder volledig te zijn geven we hierna enkele voorbeelden van structurele tekorten en voorstellen die hierop een antwoord kunnen bieden.

##### **4.1.1.1 Een menswaardig minimuminkomen**

Naast een aantal andere factoren blijkt een grote inkomensongelijkheid rechtstreeks en onrechtstreeks oorzaak te zijn van zowel sociale problemen zoals meer criminaliteit, als van fysieke en geestelijke gezondheidsproblemen (zie 3.1.2.3). Om directe en indirecte gevolgen van relatieve armoede tegen te gaan dient de overheid de gewaarborgde minimuminkomens op te trekken.

Storms en Van den Bosch (2009) berekenden aan de hand van de budgetmethode hoeveel iemand, zonder specifieke gezondheidsproblemen, minimum nodig heeft om menswaardig te kunnen participeren in onze samenleving. Zij stellen vast dat de minimuminkomenbescherming in België ontoereikend is. Vooral de kost voor kinderen bij eenoudergezinnen wordt sterk onderschat. Gezinnen die een lager leefloon of minimumloon ontvangen dan de berekende budgetstandaard kunnen niet ontsnappen aan de armoede. Tegelijk wijzen beide onderzoekers erop dat deze budgetstandaard geen armoedelijn is in de zin dat ook gezinnen waarvan het inkomen hoger ligt dan deze standaard, niet steeds een menswaardig leven kunnen realiseren. Hoge gezondheidskosten of slechte huisvesting kunnen dit verhinderen. Mestrum (2013) merkt op dat onze universele sociale zekerheidsstelsels vandaag tekortschieten. Zij is voorstander van een gegarandeerd minimuminkomen voor alle landen van de Europese Unie, die de armoedegrens bereikt. Dit voorstel is haalbaar mits een Europese solidariteit tussen rijke en arme landen en regio's.

##### **4.1.1.2 Betaalbare huisvesting**

Door de vermaatschappelijking van de GGZ, worden mensen met een psychische problematiek die voordien residentieel opgenomen waren, genoodzaakt om op zoek te gaan naar een geschikte woning. Voor wie over voldoende financiële middelen beschikt, schept dit weinig problemen. Mensen die leven van een uitkering worden in hun zoektocht naar een betaalbare sociale woning geconfronteerd met lange wachtlijsten. Het is onaanvaardbaar dat in een welvaartsland als België, heel wat mensen niet over de mogelijkheid beschikken om menswaardig te wonen. Het recht op huisvesting is nochtans zowel in de Belgische grondwet, de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens als het Europees Sociaal Handvest, ingeschreven. De overheid dient een beleid te voeren die dit recht helpt realiseren. Ondanks vele inspanningen slaagt de overheid hier onvoldoende in. De Vlaamse Woonraad (2013) pleit voor een gewaarborgd grondrecht op wonen. Net zoals onderwijs voor iedereen een basisrecht is, moet iedereen aanspraak kunnen maken op het recht op wonen. Door dit grondwettelijk te verankeren heeft de overheid de plicht om dit recht te eerbiedigen en te beschermen, te faciliteren en te realiseren. Deze beschermingsplicht laat toe om zowel discriminerende praktijken als alle vormen van schending van of inbreuk op dit grondrecht te bestrijden. Om het recht op wonen te kunnen realiseren dient de overheid een voldoende aanbod aan betaalbare kwalitatieve woningen te verwezenlijken. De Vlaamse Jeugdraad (2015) stelt voor om onder meer werk te maken van de leegstand van sociale woningen en een reconversie van andere leegstaande gebouwen, het invoeren van een systeem van righthuurprijzen en het fiscaal aantrekkelijker maken voor eigenaars die hun woning verhuren via een sociaal verhuurkantoor.

#### **4.1.1.3 Diversiteit in het onderwijs**

Diversiteit in het onderwijs betekent dat verschillen worden gerespecteerd. Dit brengt ons bij het M-decreet dat de poort opent voor meer inclusief onderwijs waarbij zowel kinderen zonder als met een beperking kunnen deelnemen aan het reguliere onderwijs. Onderwijs dat streeft naar maximale inclusie kan een stap in de goede richting zijn, die ertoe bijdraagt dat jongeren zelfstandig en constructief kunnen omgaan met de verschillen in de maatschappij. Dit brengt ons bij een ander aandachtspunt voor het onderwijs.

Vlaamse scholen doen het goed op vlak van kennisoverdracht, zij het voor een beperkte groep. Er blijkt namelijk een kloof te zijn tussen jongeren met een lage en jongeren met een hoge sociaal-economische status. Daarnaast scoort het Vlaamse onderwijs beduidend minder voor sociale en democratische attitudes van jongeren. Kennis en vertrouwen in instellingen, houding ten aanzien van gendergelijkheid en inspraak op school scoren zwak. De meest negatieve score betreft de houding van de schoolgaande jongeren tegenover immigranten en de multiculturaliteit.

Een te eng economisch gericht onderwijs benut te weinig diversiteit. Nochtans vereist het zakenleven mensen die kunnen samenwerken, in dialoog gaan, kritisch reflecteren, creatief nadenken en zo meer. Onderwijs dient dan ook meer in te zetten op burgerschapsvorming, waarbij vooral houdingen en vaardigheden van belang zijn. Door kinderen te leren hoe om te gaan met diversiteit en conflicten, verwerven ze de noodzakelijke competenties die de kenniseconomie nodig heeft (Sierens, & Van Avermaet, 2012).

Adriaenssens (2015) is ervan overtuigd dat de aanwezigheid van jongeren met psychische problemen in het reguliere onderwijs, voor hen maar ook voor de andere jongeren een leerproces is dat hen als volwassenen ten goede komt. Hij merkt hierbij op dat leraren hiervoor niet opgeleid zijn maar dat ze beroep moeten kunnen doen op de expertise van leerkrachten uit ziekenhuisscholen. Van Speybroeck (2010) verwijst naar verschillende auteurs waaronder de Goei, Plooy, & van Weeghel (2006), Van 't Veer, Kraan, Drossart, & Modde (2005) die het belang van de 'contactstrategie' benadrukken, waarbij het bevorderen van het contact tussen mensen met en zonder psychische problematiek, bijdraagt aan een positievere houding, hulpbereidheid en een meer duurzame destigmatisering. Deze strategie zou nog effectiever zijn dan voorlichting.

Daarnaast pleit Meganck (2015) ervoor om in het onderwijs ruimte vrij te maken voor mentale hygiëne en psycho-educatie zodat jongeren leren hoe ze signalen van psychische kwetsbaarheid kunnen herkennen. Op die manier kunnen scholen een belangrijke beschermende factor zijn en bijdragen tot geestelijke gezondheidspreventie en -promotie. We komen daar later op terug (zie 4.1.2.1).

Behalve in het onderwijs waar jongeren via projecten, werkplekleren of praktijkverdieping in contact komen met mensen met een psychische problematiek zijn er weinig mogelijkheden of maatschappelijke initiatieven waar mensen met en zonder psychische beperking samen aan deelnemen. We kunnen ons hierbij de vraag stellen of de reden hiervoor kan worden gezocht bij het angst- of schaamtegevoel van de persoon met een psychische beperking, of bij de samenleving die er niet klaar voor is om deze mensen als gelijkwaardige burgers te zien. Meer inzetten op destigmatisering en positieve beeldvorming is een beleidspunt dat bijzondere aandacht verdient (zie 4.1.2.2 en 4.1.2.3).

#### **4.1.2 Investeren in de Geestelijke Gezondheidszorg**

Naast het wegwerken van structurele oorzaken dienen er tegelijk voldoende voorwaarden worden gecreëerd waardoor mensen met een psychische problematiek en/of in armoede de kracht in zichzelf vinden om zich te emanciperen. Laagdrempelige ontmoetingshuizen en toegankelijke geestelijke gezondheidscentra's kunnen hiertoe positief bijdragen. Daarnaast zou iedere huisartsenpraktijk over een praktijkondersteuner geestelijke gezondheid moeten beschikken zodat mensen met psychische problemen er snel en laagdrempelig terecht kunnen (Meganck, 2015).

Behalve het aanpakken van de structurele oorzaken van armoede en psychische aandoeningen en het creëren van voldoende randvoorwaarden, is het hoog tijd om psychische problemen uit de taboesfeer te halen en bespreekbaar te maken. Verschillende studies (Portzky, geciteerd door Reynders, Molenberghs, Scheerder, & Van Audenhove, 2011; Reynders, 2016) brachten aan het licht dat de suïcidecijfers in Vlaanderen merkkelijk hoger liggen dan in Nederland. Nochtans komen er hier niet meer psychische problemen voor dan bij onze noorderburen. Naast het feit dat het zorgaanbod in Nederland beter gekend is en de zorg anders wordt georganiseerd, valt het op dat Vlamingen meer worstelen met schaamte en zelfstigma. Deze Vlaamse attitude bepaalt hoe wordt omgegaan met psychische problemen. Vlamingen grijpen eerder naar pillen in plaats van te praten over hun emoties of professionele hulp te zoeken voor hun psychische problemen. Verschillende campagnes die inzetten op gezondheids promotie, -preventie en vroegdetectie proberen dit moeilijk bespreekbare onderwerp onder de aandacht te brengen.

##### **4.1.2.1 Preventie en promotie**

Interventies met betrekking tot geestelijke gezondheids promotie en -preventie kunnen we onderverdelen in een aantal categorieën. De meest brede interventievorm is gezondheids promotie. Het verspreiden van informatie die de voordelen van een gezonde levensstijl benadrukt, heeft als doel het algemeen welbevinden te verhogen. Preventieve interventies richten zich meer tot specifieke stoornissen en zijn onderverdeeld in drie subgroepen. Waar universele interventies zich richten op de ganse bevolking, richten de selectieve interventies zich op bepaalde doelgroepen met een verhoogd risico, zoals de ondersteuning van kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek (KOPP-kinderen). Geïndiceerde interventies spitsen zich toe op personen bij wie reeds symptomen zijn vastgesteld en wordt geprobeerd om verdere schade te voorkomen (Cools, 2014-2015).

Hermans, Meys en Van Audenhove (2014) zijn van mening dat de GGZ voornamelijk inzet op behandeling en te weinig op preventie en gezondheids promotie. Nochtans is geestelijke gezondheid meer dan de afwezigheid van psychisch ziek zijn. Mensen die zich goed in hun vel voelen, de 'flourishing individuals', zijn minder afwezig op het werk en maken deel uit van een breed sociaal netwerk. Bovendien hebben ze minder last van psychische, cardiovasculaire en fysieke aandoeningen.

De basisprincipes van geestelijke gezondheids promotie en -preventie zijn het bestrijden van individuele, sociale en omgevingsrisicofactoren en het versterken van beschermende factoren. Cools (2014-2015) stelt vast dat er op Vlaams niveau een beginnende aandacht is voor de geestelijke gezondheids promotie, maar dat er te weinig bevoegdheden en financiële middelen zijn om die uit te voeren. Net als Coppens en Van Audenhove (2015) benadrukt hij dat preventie niet alleen een zaak is voor de GGZ. Andere actoren die hierin een rol kunnen spelen zijn onder meer beleidsmakers, media, politie, huisartsen, leraren, media, jeugdwerkers en ouders.

#### **4.1.2.2 Destigmatisering en positieve beeldvorming**

De vermaatschappelijking van de zorg heeft als doel mensen met een fysische of psychische beperking als gelijkwaardige burgers te laten participeren in de samenleving. Meer dan mensen met een fysische beperking worden mensen met een psychische problematiek gestigmatiseerd, zowel door zichzelf als door anderen. Psychische aandoeningen worden nog teveel beschouwd als een eigen falen, waardoor zowel zichzelf als hun omgeving minder tolerant zijn. Het negatief beeld van psychische problemen met vooroordelen en afwijzing als gevolg, is voor deze mensen als een tweede ziekte die ze erbovenop krijgen. Mensen met psychische problemen dreigen zich hierdoor af te zonderen, professionele hulp uit te stellen of ze vroegtijdig stop te zetten.

Om een geestelijke gezonde samenleving verder uit te bouwen, is het belangrijk om te komen tot een correcte beeldvorming omtrent geestelijke gezondheid en psychische problemen. Antistigma-campagnes en beeldvormingsacties hebben enkel zin als ze ingebed zijn in een globaal kader. Samenwerking tussen de GGZ-voorzieningen, onderwijs en cultuur, de bedrijfswereld en de non-profitsector, steden en gemeenten, is van cruciaal belang. Daarnaast dient de Provinciale en Vlaamse Overheid, de Lokale Besturen van steden en gemeenten en alle media actief mee te werken. Dergelijke campagnes en projecten beogen een attitudewijziging, wat een verhoogde kennis over de psychische aandoening vereist. Mensen krijgen info over specifieke hulpverlening en wat ze zelf kunnen doen.

Een inclusieve samenleving vereist een solidaire samenleving, waar geen plaats is voor discriminatie en uitsluiting van kwetsbare burgers. De overheid dient hierbij als voorbeeld te fungeren. Nochtans krijgen burgers vaak tegenstrijdige boodschappen. Waar enerzijds wordt gepleit voor meer inclusie en verdraagzaamheid tegenover mensen met een psychische problematiek, roepen sommige beleidsmensen als Decaluwé en Landuyt op om illegale vluchtelingen geen voedsel te geven. Chielens (2016), coördinator van het 'In Flanders Field Museum' van Ieper huivert van dergelijke uitspraken. Deze West-Vlaamse politici zondigen niet enkel tegen hun politieke principes, hun uitspraken werken beschadigend en spoort aan tot individualisme en groepsegoïsme. Als het menswaardige aspect van deze vluchtelingen door de politiek wordt bestraft, hoe geloofwaardig is het om andere kwetsbare doelgroepen te zien als gelijkwaardige mensen?

Een van de initiatieven die inzet op destigmatisering van psychische problemen is het project Te Gek!? Hierna bespreken we uitgebreid dit taboedoorbrekend initiatief dat wordt gesteund door de Vlaamse Regering, verschillende sponsors, mediapartners en De Standaard.

#### **4.1.2.3 Te Gek!? Een prachtig initiatief?**

Sinds begin jaren negentig probeert het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Annendaal uit Diest de drempel ten opzichte van alles wat met psychiatrie te maken heeft, te verlagen. Via infosessies, muzikale optredens en tentoonstellingen streven ze naar een correcte beeldvorming ten aanzien van personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit lokale taboedoorbrekend initiatief groeide uit in het project Te Gek!? dat ieder jaar meer en meer succes kent. Hierna volgt een overzicht van de belangrijkste initiatieven en de impact ervan.

## Initiatieven

In 2004 ging het project Te Gek!? van start met een CD om op die manier geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie bespreekbaar te stellen. Kristien Hemmerechts werd meter van het project. Zij groeide op met haar psychisch zieke zus en ondervond hoe moeilijk het is om daarover te praten. Het jaar daarop verscheen de eerste van een jaarlijkse Te Gek!? katern bij de krant De Standaard. Pakkende getuigenissen en heel wat achtergrondinformatie over de geestelijke gezondheid werden op die manier over gans Vlaanderen verspreid. In de Ancienne Belgique te Brussel werd een middag- en avondconcert georganiseerd en TV1 zond twee reportages uit over het project met getuigenissen van patiënten van Sint-Annendael en enkele bekende Vlamingen.

In 2006 werd een tweede CD uitgebracht en volgde er een resem concerten met gekende artiesten en speciaal gecomponeerde nummers. Daarnaast waren er allerhande kleinere initiatieven waaronder de samenwerking tussen Te Gek!? en Up With People. De Te Gek!? stempel zag in 2007 het levenslicht om de boodschap 'druk geen stempel op mensen' visueel te ondersteunen. In het voorjaar van 2008 toerde een infomobiel rond langs de culturele centra van Vlaanderen. Hierbij werd er samengewerkt met de plaatselijke geestelijke gezondheids- en welzijnsactoren. Nieuw was de literaire tournee 'Te Gek voor woorden' en de eerste 'Loop je Te Gek!? avondloop vanuit het idee dat sporten gezond is voor lichaam en geest en mensen samenbrengt.

In het najaar van 2009 ging de schoolvoorstelling 'Te Gek!? Intiem' van start waarbij 8.000 leerlingen van de tweede en derde graad van het Algemeen secundair onderwijs werden bereikt. Dagelijks werd op verschillende radiozenders een Te Gek!? spot uitgezonden. Een uitzending in 'Koppen' handelde over het psychiatrisch ziekenhuis en psychiatrische thuisbegeleiding. Naast Kristien Hemmerechts als meter werd in 2010 Guy Swinnen peter van het project. Nieuw in 2011 was de Tour de France, waarbij (ex)patiënten, personeel en directie van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Annendael in gezelschap van enkele bekende wielerveden, een parcours van de eigenlijke Tour de France reden. Waar in 2011 het thema van die fietstocht 'Tous fous du tour' was, werd depressie het thema van de tweede Tour de France in 2012. Daarnaast waren er nog verschillende acties en een reportage die de bipolaire problematiek bespreekbaar maakten. De nieuwe muziektheaterproductie 'Nerveuze Vrouwen' toerde in 2013 door Vlaanderen. Jongdementie was het thema voor de derde Te Gek!? Tour de France, terwijl in 2014 de focus lag op de preventie van zelfdoding en de bekendmaking van het digitaal platform en het nieuwe nummer van de Zelfmoordlijn. Hierbij werd onder meer samengewerkt met het Vlaams expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) en het Centrum ter Preventie van zelfdoding (CPZ).

Vanaf 2015 is Selah Sue meter van het project Te Gek!? Deze jonge zangeres vertelde in het praatprogramma van 'Reyers Laat' openhartig over haar strijd tegen depressie. Veel jongeren herkennen zich in haar verhaal. Zij wil jongeren aanmoedigen om te praten met vrienden, familie of een therapeut over hun niet goed voelen. Dit jaar staan de acties in het teken van 'Jongeren en geestelijke gezondheid'. Door de Rode Neuzen Dag van VTM, QMusic en Belfius te steunen, krijgen 75 jongeren die zijn opgenomen in een psychiatrische Kinder- of Jongerenafdeling in Vlaanderen, de kans om samen met hun begeleider het enige Belgische concert van Selah Sue bij te wonen.

In 2016 verlenen Dirk De Wachter, Eva de Roovere en Steven Janssens hun medewerking voor de nieuwe Te Gek!? muziektheatertour 'Liefde, een onmogelijk verlangen?'. In het voorjaar start een grote campagne voor de Vlaamse scholen. Naast Peter Adriaenssens als inhoudelijk deskundige, ondersteunen de minister van Welzijn en Volksgezondheid Jo Vandeurzen en minister van Onderwijs Hilde Crevits dit initiatief (Te Gek!?, 2016).

## Impact

Naar aanleiding van het tienjarig bestaan van het project Te Gek!? voerde LUCAS in samenwerking met Te Gek!? een enquête uit. 2010 Vlamingen tussen 18 en 79 jaar werden via online survey bevraagd omtrent hun ervaring met geestelijke gezondheidsproblemen en de GGZ en hoe ze er tegenover staan. Tegelijk werd gepolst in welke mate ze het project Te Gek!? kennen en wat ze ervan vinden. De resultaten van de bevraging geven een antwoord op de vraag of het project Te Gek al of niet bijdraagt tot het doorbreken van het taboe omtrent psychische problemen.

Negen op de tien bevroagde Vlamingen kregen in de loop van hun leven op een of andere manier te maken met psychische problemen, waarvan twee derde professionele hulp zocht. In 75% van de gevallen is de huisarts het eerste aanspreekpunt, een derde zoekt meer gespecialiseerde hulp. Vlamingen staan vrij positief tegenover het hulp zoeken en weten waar ze die kunnen vinden. Merkwaardig is dat vier op vijf personen toegeven dat ze opkijken naar mensen die hun problemen op eigen houtje weten op te lossen. Bovendien twijfelen drie op vier bevroagden of psychotherapie wegens de grote tijd- en geldinvestering, voor hen waardevol is. Vrouwen en personen die iemand in hun dichte omgeving kennen met een psychisch probleem, of zij die zelf eerder hulp zochten, staan wel positiever tegenover professionele hulp. Mensen met een lager inkomen en lagere opleiding vinden professionele hulp minder waardevol. Daarnaast lijkt praten over hun zoektocht of over hun psychische problemen veel moeilijker. Hoewel de bevroagde personen een redelijk positieve attitude hebben ten aanzien van mensen met psychische problemen, denken zij dat anderen meer stigmatiserend zijn. Opvallend hierbij is dat vooral West-Vlamingen, Vlamingen met een hogere opleiding en personen die iemand in hun omgeving kennen met een psychisch probleem, een hoger publiek stigma hebben. Wat betreft de tewerkstelling van mensen met een psychische problematiek, blijkt dat vier op vijf bevroagde Vlamingen van mening zijn dat anderen hierover een negatieve mening hebben.

Een op zes Vlamingen kent Te Gek!? Het zijn vooral vrouwen en Vlamingen die ervaring hebben met psychische problemen. Vlamingen met een hoger inkomen en hoger opleidingsniveau kennen het project Te Gek!? beter. Wie het kent, vindt het project heel zinvol en drie op de vier bevroagde personen is van mening dat Te Gek!? taboedoorbrekend werkt. De bevroagde Vlamingen die het project kennen, blijken minder stigmatiserend te zijn tegenover mensen met een psychische problematiek en schatten professionele hulp waardevoller in. Deze mensen zouden makkelijker steun zoeken bij familie en vrienden, praten over hun gevoelens en over het zoeken naar hulp (Coppens, Neyens, Van Audenhove, & Vermeulen, 2014).

Niemand zal betwijfelen dat dergelijke projecten een maatschappelijk destigmatiserend effect kan hebben. Toch kunnen hierbij enkele kanttekeningen worden geplaatst. Het valt op dat het project Te Gek!? vooral gekend is bij mensen met een hoger inkomen of opleidingsniveau. Hoewel deze mensen evengoed een psychische aandoening kunnen ontwikkelen, worden mensen met een laag inkomen of opleidingsniveau – die al vaker uit de maatschappelijke boot vallen - via dit project onvoldoende bereikt. Literaire tournees en muzikale theatervoorstellingen zijn niet afgestemd op mensen die leven in armoede. Door samen te werken met buurt- en ontmoetingshuizen zouden deze mensen kunnen worden bereikt. Daarnaast hebben kwaliteitskranten zoals De Standaard een ander lezerspubliek dan de meer populaire kranten zoals Het Laatste Nieuws, dat bovendien drie maal zoveel lezers bereikt. Een andere vaststelling is, dat bij de schoolvoorstelling van 2009 enkel leerlingen van het Algemeen secundair onderwijs werden bereikt. Opnieuw vallen jongeren uit lagere sociale milieus die meestal in het beroepsonderwijs schoollopen, uit de boot. Preventieve campagnes zijn blijkbaar net als de rest van onze hulpverlening te wit en te vaak gericht op de witte

middenklasse. Een meer aangepast aanbod voor risicogroepen waaronder mensen met een laag inkomen of in armoede, dringt zich dan ook op.

## **4.2 Veranderingen op mesoniveau**

De vermaatschappelijking van de GGZ en de hervorming onder het artikel 107 vereisen een omslag in het denken en handelen van professionals en instellingen waarbij diverse betrokken partijen nieuwe rollen aangemeten krijgen. Daarnaast maken samenwerkingsverbanden een betere balans tussen gespecialiseerde residentiële zorg en zorg in de samenleving mogelijk. Hoewel de herstelgerichte benadering meer ingang vindt in de GGZ is er nog heel wat werk aan de winkel. Herstel is een intern proces, een leren omgaan met de psychische aandoening. Daarnaast gaat het ook om een extern proces van maatschappelijke participatie en rehabilitatie.

Herstelgericht werken in de GGZ betekent dat professionals personen met een psychische aandoening ondersteunen in hun autonomie, verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid. Dit veronderstelt een gelijkwaardige relatie, waarbij wordt vertrokken vanuit de wensen en zorgbehoeften van de zorgvrager. Meer cliëntenparticipatie bevordert niet enkel de implementatiekansen van een zorgplan, het verbetert ook de kwaliteit van de GGZ (De Coster, De Jaegere, Desmet, & Van Audenhove, 2010). Meganck (2015) stelt vast dat mensen met een psychische aandoening nog te vaak als onmondige patiënten worden beschouwd en exclusief medisch-biologisch worden behandeld. Hierdoor blijven hun ondergesneeuwde krachten onbenut. Er is vandaag in de meeste psychiatrische afdelingen nog steeds een tekort aan ondersteuning en coaching van deze patiënten. Psychiatrisch verpleegkundigen of gezinswetenschappers zouden deze taak kunnen uitvoeren.

Inzetten op kracht- en contextgericht werken, kadert in een zorg in en door de gemeenschap. De GGZ heeft vaak te weinig middelen en mogelijkheden om het ganse netwerk in kaart te brengen en te betrekken bij het zorgplan. Hoewel EK-c eerder een besluitvormingsmodel dan een methodiek is, kan dit model een meerwaarde bieden in een herstelgerichte GGZ.

Veranderingen op mesoniveau worden voor een groot deel bepaald door beleidsbeslissingen en financiële middelen. In wat volgt omschrijven we enkele veranderingsstrategieën voor EK-c.

### **4.2.1 Vergroten naambekendheid Eigen Kracht-conferenties**

Het valt op dat weinig hulpverleners EK-c kennen. Nochtans wordt vanuit de overheid in het kader van de vermaatschappelijking van de zorg, aangestuurd op netwerkversterkende en krachtgerichte methodieken. Hulpverleners geven aan dat ze de context van hun cliënt reeds betrekken in het zorgtraject en zien de meerwaarde van een EK-c vaak niet in. Heel wat geestelijke gezondheidsmedewerkers geloven te weinig in de kracht en de mogelijkheden van mensen met een psychische problematiek en hun zwakke netwerk.

Inzetten op bekendmaking in de hulpverlening is voor EK-c een prioriteit. Dit kan door vormingen te geven voor hulpverleners die werken met kinderen, jongeren en gezinnen zowel binnen als buiten de GGZ. Daarnaast kunnen lezingen, studiedagen of bijscholingen worden georganiseerd in de opleiding maatschappelijk werk, gezins- en menswetenschappen. Deze jeugdige en volwassen studenten zijn de toekomstige hulpverleners.

Mirjam Beyers geeft op regelmatige basis bijscholingen van EK-c voor professionele en vrijwillige (jeugd)hulpverleners in Het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen (HIG), waar zij enkele jaren geleden afstudeerde. Tijdens onze opleiding aan het HIG werd EK-c een paar keer vermeld tijdens de lessen 'volwassenen en ouderen met een handicap'. We vinden het een gemiste kans dat we tijdens onze opleiding de kans niet kregen om uitgebreider kennis te maken met de visie en werking van dit besluitvormingsmodel.

#### **4.2.2 Samenwerking**

Tijdens het literatuuronderzoek kwamen we heel wat netwerkversterkende methodieken tegen die elk op hun eiland actief zijn. Naast hun specifieke werkwijze of doelgroep zijn er tegelijk overlappingsen. In het huidige zorglandschap, waar financiële middelen beperkt zijn en multidisciplinaire sectoroverschrijdende samenwerking wordt gepromoot, lijkt het ons evident dat er een samenwerking is tussen de verschillende vormen van krachtgericht- en netwerkversterkend werken. Nu is er een te grote versnippering. Het zou ideaal zijn als er een koepelorganisatie kwam die een onthaal zou zijn naar verschillende vormen van krachtgericht werken. De overheid is volop bezig met het wegwerken van de versnippering die ontstaan is door de projectsubsidies in het welzijnslandschap. Hierdoor gingen verschillende methodieken en organisaties elkaar als concurrenten zien. Er is nog veel werk aan de winkel, maar de eerste stappen naar samenwerking worden momenteel onderzocht en ondersteund door de overheid.

Netwerken van mensen met een psychische problematiek kunnen beperkt, verwaterd of beschadigd zijn (zie 3.3.5). In dergelijke situaties kan het aangewezen zijn zich eerst te focussen op de uitbreiding van deze netwerken of op het herstel van relaties. Samenwerking met een netwerkversterkende methode die zich hierop richt kan de kans op een werkbaar plan vergroten. Zo kan met behulp van EK-c een plan worden gemaakt waarin wordt vermeld dat er contact wordt opgenomen met een bepaalde dienst om het netwerk van de persoon met een psychische problematiek te vergroten (Beyers, 20 februari 2016).

#### **4.2.3 Uitbreiding doelgroepen**

Op dit ogenblik subsidieert de overheid EK-c voor gezinnen met kinderen jonger dan 23 jaar. Binnen de burgerbegroting werd EK-c dit jaar (2016) door de inwoners van het district Antwerpen gekozen met het project 'Eigen Kracht-senioren'. Dit project dat niet vertrekt vanuit de hulpverlening maar vanuit de burgers, richt zich op de doelgroep van kwetsbare senioren. Door het netwerk samen te brengen en een plan uit te werken kan de senior langer zelfstandig thuis blijven wonen. Het netwerk bepaalt voor welke taken zij zelf instaan en waarvoor professionele hulp nodig is.

Mits de overheid voldoende financiële middelen voorziet, kan EK-c worden ingezet voor verschillende doelgroepen die samen met hun netwerk een toekomstplan bedenken. Op die manier kan EK-c bijdragen aan een meer inclusieve samenleving.

Meer en meer mensen kampen met geestelijke gezondheidsproblemen. Voor een beperkte groep is residentiële opname de enige optie. Toch kan een Eigen Kracht-conferentie voor deze mensen en hun familie zinvol zijn. Door bepaalde zorgtaken te verdelen, vermindert de zorglast van de dichtste omgeving. Het grootste deel van mensen met een psychische beperking kan ondanks de aandoening,



met behulp van het netwerk participeren in de samenleving. Dit is de betrachting van een vermaatschappelijkte zorg.

Een vaak gestelde vraag is of een Eigen Kracht-coördinator voldoende is opgeleid om een Eigen Kracht-conferentie te organiseren voor iemand met een psychische aandoening. Vanuit de filosofie van EK-c heeft iedere hulpvrager het recht om de regie over zijn eigen leven te voeren, ook iemand met een psychische problematiek. De focus ligt niet op de beperking maar op wat de betrokkene op dit moment nodig heeft. Door het netwerk bijeen te roepen om na te denken over een toekomstplan, creëert EK-c kansen zodat de hulpvrager, mits ondersteuning van zijn netwerk, zijn leven naar eigen inzicht en waarden kan uitvoeren. EK-c kiest bewust voor niet-professionele coördinatoren. Dit biedt het voordeel dat de coördinator vanuit een gelijkwaardige positie handelt en niet stuurt. Tijdens de voorbereiding van een conferentie kan de coördinator steeds feedback vragen aan een ervaren coach en kan er in complexe situaties contact worden genomen met GGZ-professionals. Hulpverleners overtuigen dat een Eigen Kracht-conferentie een efficiënt instrument kan zijn in de GGZ is niet evident. Specifieke vormingen en opleidingen voor hulpverleners maken duidelijk dat een samenwerking tussen EK-c en de GGZ een meerwaarde kan zijn (zie 2.3.2.2 en 4.2.1). In die zin is het zinvol om in de toekomst op dergelijke vormingen en opleidingen te blijven inzetten.

Een andere doelgroep betreft de erkende vluchtelingen die in de nabije toekomst een nieuw leven proberen op te bouwen in ons land. Een deel van deze groep mensen zijn hoogopgeleid en maken meer kans om aan werk te raken. Daarnaast zijn er heel wat alleenstaande ouders met kinderen of laaggeschoolden die afhankelijk zullen blijven van sociale steun. Onverwerkte trauma's, financiële problemen en gebrekkige integratiekansen maken dat deze multiprobleemgezinnen in armoede dreigen terecht te komen en/of toekomstige geestelijke gezondheidsgebruikers worden (zie 3.3.2).

De Europese vereniging van EK-c (FGC Eu) maakte eind 2015 een statement op waarin alle aangesloten landen verklaren, vanuit de principes van FGC, een steentje bij te zullen dragen aan de vluchtelingen problematiek.

#### **4.2.4 Meer diversiteit**

Heel wat organisaties zetten meer in op diversiteit. Een belangrijk motief hiervoor is van bedrijfseconomische aard. Diversiteit is in dit geval een manier om efficiënter en effectiever organisatiedoelstellingen te realiseren. Een ander motief is moreel-ethisch van aard. De organisatie wil dat hun medewerkers representatief zijn voor de samenleving (Sociaal Economische Raad, 2009). De Ryck (geciteerd door De Looze, & Geerts, 2016), directeur van Monte Rosa, een organisatie binnen de Bijzondere Jeugdzorg, is eveneens van mening dat iedere organisatie een weerspiegeling dient te zijn van onze diverse samenleving.

Diversiteit betreft zowel zichtbare als onzichtbare verschillen. Naast de uiterlijke verschillen zoals leeftijd, geslacht en etniciteit gaat het ook om minder zichtbare verschillen waaronder werkstijlen, competenties en bepaalde fysieke of mentale beperkingen. Hoe diverser de organisatie, hoe meer elke groep zijn eigen specifieke bijdrage kan leveren. Mensen kunnen zich niet enkel meer identificeren met de verschillende medewerkers van de organisatie, ook medewerkers kunnen zich beter inleven in diverse doelgroepen. Daarnaast kan door samenwerking met een diversiteit van medewerkers, andere manieren van denken en handelen worden uitgewisseld. Op die manier levert

een meer diverse organisatie een positieve bijdrage aan een inclusieve maatschappij (Sociaal Economische Raad, 2009).

Wanneer we dit vertalen naar de organisatie van EK-c, dan zouden meerdere doelgroepen zich kunnen identificeren met de coördinatoren en vice versa. EK-c investeerde reeds in de opleiding van ervaringsdeskundigen tot coördinator. Via intervisiemomenten zou hun ervaringskennis andere coördinatoren kunnen inspireren in het omgaan met mensen met een psychische aandoening.

Toch is de groep Eigen Kracht-coördinatoren net als de rest van de hulpverlening, te wit. Willen we EK-c zien als een weerspiegeling van de samenleving dan dient meer te worden ingezet op etnische diversiteit. In deze multiculturele samenleving zullen in de toekomst steeds meer mensen van andere culturen beroep doen op EK-c. Meer kennis van andere culturen, hun specifieke omgangsvormen en manier van communiceren kan misverstanden vermijden. Meer etnische diversiteit binnen de groep coördinatoren kan bovendien een oplossing bieden voor het taalprobleem bij gezinnen van vreemde afkomst. Bij gebrek aan meer financiële middelen gaat EK-c creatief op zoek hoe ze kunnen inzetten op meer diversiteit, zowel in het bereiken van andere doelgroepen als in het aantrekken van kandidaat coördinatoren. Door zelf naar de doelgroepen toe te stappen, met hen in debat te gaan en de visie van EK-c uiteen te zetten, krijgen mensen van andere culturen de kans om zich als vrijwillige coördinator te engageren. Op 11 april 2016 organiseerde Campus Gelbergen een debatavond om over de EK-c methode te discussiëren. In het panel zaten Catherine Schnitzer, voorzitter van EK-c, Dyab Abou Jahjah, voorzitter van Movement X en columnist bij de Standaard, Mohsin Mouedden, voorzitter van 'De vredeambassadeurs' en Philippe Delstanche, gastprofessor aan de Vrije Universiteit van Brussel. Daarnaast diende EK-c een aanvraag in bij Het Fonds Julie Renson, het Koningin Fabiolafonds en de Koning Boudewijnstichting. De Fondsen en de Stichting willen herstelgerichte organisaties in de GGZ versterken en (financieel) ondersteunen.

Naast het feit dat inzetten op meer diversiteit een meerwaarde kan zijn, willen we benadrukken dat het bij EK-c vooral gaat om de houding van de coördinator. Hierbij wordt de hulpvrager ongeacht zijn beperking, afkomst of overtuiging, in de eerste plaats gezien als mens, die het op dit moment in zijn leven even moeilijk heeft. Om hem respectvol te beluisteren wat hij op dit moment in zijn leven nodig heeft en zijn netwerk bijeen te brengen is het niet noodzakelijk dat de coördinator kennis heeft van psychische beperkingen. De hulpvrager behoudt de regie over zijn eigen leven en bepaalt zelf wat hij nodig heeft. In bepaalde situaties kan (ervarings)kennis wellicht de omgang en de communicatie met sommige geestelijke gezondheidsgebruikers vergemakkelijken.

### **4.3 Veranderingen op microniveau**

Een solidaire en inclusieve samenleving vereist ook een omslag in het denken van iedere burger. De voortdurend stijgende zorgkosten brengen de houdbaarheid van de verzorgingsstaat in het gedrang. Hoewel steeds meer mensen beseffen dat ze niet meer alle heil van de staat kunnen verwachten, is in deze individualistische samenleving solidariteit niet vanzelfsprekend.

Ieder van ons wil zoveel mogelijk zelf beslissingen nemen om een kwaliteitsvol leven uit te bouwen. Sommigen, waaronder mensen met een psychische problematiek, hebben hierbij ondersteuning nodig. Wie zorg nodig heeft, wordt geconfronteerd met lange wachtlijsten of dure opnames. Daarom pleit de overheid voor een vermaatschappelijking van de zorg, een zorg in en door de maatschappij. Hiertoe dienen zorgvragers, samen met hun netwerk, meer verantwoordelijkheid te nemen voor zelfzorg. Dit vraagt dat deze mensen geloven in hun eigen mogelijkheden en krachten in plaats van te

berusten in de oplossingen die de hulpverlening aanreikt. Bovendien is praten over zorgen en hulp durven vragen aan de dichte omgeving niet zo vanzelfsprekend. We zagen eerder dat EK-c deze mensen hierbij kan ondersteunen.

Daarnaast zijn burgers ook verantwoordelijk voor anderen en dienen hen te helpen participeren. Dit impliceert een andere kijk op mensen die niet voldoen aan de norm, zoals mensen met een psychische beperking. Kennis inwinnen over bepaalde aandoeningen, gesprekken aangaan en hulp bieden waar nodig, is voor velen niet evident. Destigmatisering is niet enkel een taak van de overheid maar van ieder van ons. Onze samenleving heeft nood aan solidaire en betrokken mensen die zich niet blindstaren op de verschillen of beperkingen maar die oog hebben voor de competenties en krachten van mensen met een psychische beperking.

## 5 Besluit

Met de vermaatschappelijking van de Geestelijke Gezondheidszorg wil de overheid mensen met een (ernstige) psychische problematiek volwaardig laten participeren in de samenleving. Dit vraagt een omslag in het denken en handelen van de personen zelf, de hulpverleners, de samenleving en de overheid. Mensen met een psychische aandoening worden meer aangesproken op hun eigen kracht en dat van hun netwerk. Hulpverleners dienen in plaats van zelf hulp te bieden, de eigen kracht en mogelijkheden van personen met een psychisch probleem en hun netwerk te benutten. Een inclusieve samenleving vereist tolerantie ten aanzien van mensen met een psychische aandoening. Tenslotte dient de overheid een beleid te voeren die inclusie mogelijk maakt.

Netwerkversterkend en krachtgericht werken vormen de speerpunten van het welzijnsbeleid. De laatste jaren wordt steeds meer geëxperimenteerd met verschillende methodieken. Als besluitvormingsmodel is Eigen Kracht-conferenties (EK-c) een gekend fenomeen in de Jeugdhulpverlening maar vindt tot op heden weinig ingang in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De reden hiervoor kan zowel worden geschetst vanuit een ecologisch, een ethisch als een economisch perspectief.

EK-c verbindt mensen waaronder personen met een psychische problematiek, met hun verwaterd of beschadigd netwerk en de informele met de formele zorg. Dit kadert in een relationeel mens- en wereldbeeld dat haaks staat op het eigenbelang van het neoliberalisme. Mensen zijn relationele wezens die meer mens worden in relatie met anderen. Sociaal kapitaal opbouwen vereist een empowerende visie en handelen van de GGZ. Dit betekent dat hulpverleners mensen met een psychische aandoening aanspreken op hun krachten en competenties zodat ze meer greep krijgen op hun situatie. Door beroep te doen op hun ervaringskennis kan de kwaliteit van de hulpverlening worden verbeterd. We stellen echter vast dat geestelijke gezondheidshulpverleners te weinig geloven in de eigen kracht en mogelijkheden van de hulpvrager en zijn netwerk. Bovendien neemt deze manier van werken meer tijd en energie in beslag.

Zorg dragen voor kwetsbare en hulpbehoevende burgers is een ethische plicht van de samenleving. Mensen met een psychische aandoening worden nog te vaak als onmondige burgers beschouwd en overwegend medisch-biologisch behandeld. De grens tussen paternalistisch optreden en ongevraagde zorg aanbieden vanuit menselijke betrokkenheid is heel vaag. Goede zorg is zorg op maat van de persoon waarbij de focus niet ligt op de beperking maar op de (verborgen) aanwezige krachten. EK-c is van mening dat iedere hulpvrager, ook iemand met een psychische aandoening, de regie dient te behouden over zijn eigen leven en de noodzakelijke hulp. Geestelijke gezondheidsprofessionals hebben veelal nog te weinig zicht op en kennis over de werking van een Eigen Kracht-conferentie. Dit maakt dat zij het ongeoorloofd vinden dat niet-professionele coördinatoren een conferentie organiseren voor mensen met een psychische aandoening.

De uitgaven voor de GGZ stijgen voortdurend waardoor besparingen zich opdringen. Nochtans dient net nu meer te worden geïnvesteerd in de GGZ. Wie psychisch ziek wordt, is vaak voor lange tijd werkonbekwaam en dreigt hierdoor in een spiraal van problemen terecht te komen. Daarnaast heeft wie in armoede leeft, meer kans op psychische aandoeningen. De lange wachtlijsten en extra kosten maken dat mensen niet de nodige zorg krijgen die ze op dat moment nodig hebben. Meer investeren in de GGZ is op lange termijn kostenbesparend op voorwaarde dat tegelijk de structurele oorzaken van psychisch lijden worden aangepakt. Hiertoe is een domeinoverschrijdende samenwerking noodzakelijk. We stellen echter vast dat de complexiteit van bevoegdheden, de traagheid van besluitvorming en de korte termijndoelstellingen en planning (door de korte legislatuur) ertoe leiden

dat veranderingen omtrent de aanpak van de structurele oorzaken veeleer op lange termijn te situeren zijn.

Aangezien de nefaste relatie tussen armoede en psychische aandoeningen, zijn een menswaardig inkomen en betaalbare huisvesting cruciale schakels in de strijd tegen armoede. Scholen zijn bij uitstek de omgeving waar jongeren leren omgaan met diversiteit. Inclusief onderwijs laat toe dat jongeren met en zonder psychische problematiek van elkaar kunnen leren. Tegelijk dient de overheid in te zetten op een toegankelijke GGZ, preventiegerichte en destigmatiserende campagnes. Hoewel campagnes als 'Fit in je Hoofd, Goed in je Vel' en 'Te Gek!?' een groot publiek bereiken is het merkwaardig dat een belangrijke risicogroep, namelijk mensen in armoede, niet worden bereikt. Projecten opzetten in laagdrempelige ontmoetingshuizen en samenwerking met ervaringsdeskundigen kan hiertoe bijdragen.

Waar de GGZ tekortschiet in het mobiliseren van het netwerk, het bevorderen van participatie en het realiseren van sociale cohesie blijkt dat EK-c hiervoor een geschikt middel is. Daarom dient EK-c in te zetten op vorming en bijscholing van studenten en geestelijke gezondheidshulpverleners. Samenwerking met andere krachtgerichte en netwerkversterkende methodieken kan nieuwe perspectieven openen, waarbij uitwisseling van expertise en ervaring een grote meerwaarde vormt.

Een inclusieve samenleving veronderstelt tolerante en solidaire burgers die mensen met een psychische problematiek als gelijkwaardige burgers behandelt. Dit vraagt dat we ons niet blindstaren op de beperking of vooroordelen maar kijken naar wat ons verbindt.

Tijdens mijn praktijkverdieping stelde ik, als onafhankelijk Eigen Kracht-coördinator, vast hoe EK-c een belangrijke aanvulling kan zijn op de reguliere hulpverlening. Samen met haar beperkt netwerk slaagde een alleenstaande moeder erin om een plan te bedenken en afspraken te maken omtrent onder meer de hygiëne in huis, waardoor één van haar kinderen opnieuw thuis mag wonen. Tegelijk was het confronterend om te zien hoe structurele tekorten en paternalistische beslissingen haar leven overhoop gooien. De verkoop van haar huurappartement maakt dat ze in enkele maanden tijd een betaalbare sociale woning moet vinden. Ellenlange wachtlijsten bij sociale verhuurkantoren en onbetaalbare woningen op de privémarkt dwingen haar om te kiezen voor de vrouwenopvang. Alsof dit nog niet erg genoeg is, beslist de jeugdrechter dat in dit geval, de kinderen moeten worden geplaatst. De Eigen Kracht-conferentie leidde tot een concreet plan. Haar beperkt netwerk helpt haar waar het kan. Hoewel deze mensen zelf klein behuisd zijn en hulp en ondersteuning nodig hebben, zijn ze bereid om de moeder en de kinderen bij hen thuis op te vangen.

Het schrijven van deze eindproef was voor mij een heel intense maar boeiende ervaring. Theorie en praktijk werden met elkaar verweven tot één geheel. De uitgebreide literatuurstudie verruimde mijn visie over de GGZ en zijn gebruikers. Waar stigmatisering aanvankelijk, weliswaar onbewust, aanwezig was in mijn denken (deze mensen met hun zwak netwerk zullen nooit tot een plan komen!), steeg mijn vertrouwen in en respect voor deze mensen. Ik stond verwonderd van hun veerkracht, kameraadschap en menselijke betrokkenheid. 'Zie de mens' van Manu Keirse is hier zeker van toepassing. Kijken naar de mens achter de beperking en zijn kracht en competenties mogen ontdekken maakt het mogelijk om waarachtig en respectvol met elkaar om te gaan.

De opleiding Gezinswetenschappen en specifiek mijn eindproef hebben ertoe geleid dat ik mij verder wil engageren als Eigen Kracht-coördinator. Op die manier kan ik mijn steentje bijdragen aan een meer inclusieve samenleving, waar mensen met een psychische problematiek als volwaardige en gelijkwaardige burgers worden beschouwd.

## Literatuurlijst

- Abicht, A., Alsulaiman, A., Charkaoui, N., Foblets, M.C., Torfs, R., & Vermeersch, E. (2006). *Eindverslag Commissie ter invulling van de cursus maatschappelijke oriëntatie*. Geraadpleegd op 4 januari 2016 via <http://www.inburgering.be/sites/default/files/Eindverslag%20Commissie%20Waarden%20en%20Normen.pdf>
- Abma, T., de Jong, G., & Schout, G. (2014). *Teeven en Nji vragen onrealistisch bewijs van Eigen Kracht-conferenties*. Geraadpleegd op 15 november 2015 via <http://www.socialevraagstukken.nl/teeven-en-nji-vragen-onrealistisch-bewijs-van-eigen-kracht-conferenties/>
- Abma, T., & Widdershoven, G. (2008). Hulp en dwang vanuit zorgethisch perspectief. *Justitiële Verkenningen*, jrg. 34, nr. 3 pp 68-78. Geraadpleegd op 4 januari 2016 via [http://ethiekmwd.wikispaces.com/file/view/Hulp\\_en\\_dwang\\_vanuit\\_zorgetisch\\_perspectief\(15\).pdf](http://ethiekmwd.wikispaces.com/file/view/Hulp_en_dwang_vanuit_zorgetisch_perspectief(15).pdf)
- Achterhuis, H. (2012). *De utopie van de vrije markt*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Adriaensen, K., De lepeleire, J., & Pieters, G. (2011). Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie* 53(12). Geraadpleegd op 28 november 2015 via <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP11-12-p885-894.pdf>
- Adriaenssens, P. (29 april 2015). Leerkrachten te weinig opgeleid om leerlingen met psychische problemen op te vangen. *De Standaard*. Geraadpleegd op 2/04/2016 via [http://www.standaard.be/cnt/dmf20150429\\_01655755](http://www.standaard.be/cnt/dmf20150429_01655755)
- Anckaert, L. (2008). *De persoon is de maat van de ethiek*. Geraadpleegd op 4 november 2015 via <https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/183323/1/02De+persoon+is+de+maat+van+de+ethiek2.doc>
- Antrop, I., Bal, S., De Corte, K., & Van den haute, E. (2012). *Empowerment van de context. Een net van steun en stimulatie voor kwetsbare en gekwetste kinderen*. Antwerpen: Garant.
- Baeken, C., Bervoets, C., Claes, S., De Fruyt, J., Demyttenaere, K., Lemmens, G., Matthys, F., Morrens, M., & Sabbe, B. (4 november 2014). Investeren in geestelijke gezondheidszorg lijkt niet sexy, maar alle knipperlichten staan op rood. *De Morgen*. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via <http://www.demorgen.be/opinie/investeren-in-geestelijke-gezondheidszorg-lijkt-niet-sexy-maar-alle-knipperlichten-staan-op-rood-bce494c2/>
- Bartelink, C. (2013). *Effect van Eigen Kracht conferentie is nog niet aangetoond*. Geraadpleegd op 4 november 2015 via <http://www.socialevraagstukken.nl/effect-van-eigen-kracht-conferentie-is-nog-niet-aangetoond/>
- Bartelink, C., & Verheyden, E. (2012). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Geraadpleegd op 16 september 2015 via [http://www.nji.nl/nl/Watwerkt\\_Sociaalnetwerkversterken.pdf](http://www.nji.nl/nl/Watwerkt_Sociaalnetwerkversterken.pdf)

- Bauduin, D. & Graste, J. (2000). *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Bauduin, D. (2002). Ethische aspecten van vermaatschappelijking. *Nieuwsflits Trimbos Instituut*, 8|02 Nummer 8, 22 augustus 2002. Geraadpleegd op 15 november 2015 via <http://www.nieuwsbank.nl/inp/2002/08/22/T009.htm>
- Beck, M. (2001). *Beleidsinterventies ter vermindering van sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. Geraadpleegd op 6 januari 2016 via [http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub\\_ostc/agora/ragdd008bel\\_nl.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub_ostc/agora/ragdd008bel_nl.pdf)
- Beleidsplan Geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. (2010). Brussel: Kabinet van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren. Geraadpleegd op 26 november 2015 via [http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/Nota%20GGZ%20\\_2\\_.pdf](http://www.jovandeuren.be/sites/jvandeuren/files/Nota%20GGZ%20_2_.pdf)
- Beyers, M. (25 oktober 2014). Persoonlijke communicatie via opleiding coördinatoren. Antwerpen.
- Beyers, M. (20 februari 2016). Persoonlijke communicatie via informatie op bijeenkomst coördinatoren in Antwerpen.
- Beyers, M., & Bouckaert, M. (2012). *Eigen Krachtconferenties: (EKC)= empowerment<sup>2</sup>*. Geraadpleegd op 3 september 2015 via <http://www.eigen-kracht.be/userfiles/6-%20informatiemateriaal/2012%20artikel.pdf>
- Bijl, B., Gramberg, P., Slot, W., van Beek, F., & Wijnen-Lunenburg, P. (2008). *De familie aan zet. De uitkomsten van Eigen Kracht-conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie*. [Rapport]. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via <http://www.projuventute.nl/media/pages/page/10/dfaz.pdf>
- Bisseling, E., Havenaar, J., & Heemskerk, B. (2002). Kwaliteit Quo Vadis? De opkomst van kwaliteitszorg binnen de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44 (2). Geraadpleegd op 16 januari 2016 via [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_95pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_95pdf.pdf)
- Bodd, J., Linders, L., & Steyaert, J. (2005). *Actief Burgerschap. Het betere trek- en duwwerk rondom publieke dienstverlening*. Geraadpleegd op 16 november 2015 via <http://www.steyaert.org/jan/publicaties/2005ActiefBurgerschap.pdf>
- Bogaerts, S. (2007). *Gezinnen uitgedaagd*. Thema's uit de gezinssociologie. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen*. Geraadpleegd op 16 september 2015 via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Naar%20het%20hart%20van%20empowerment%20\[MOV-177839-0.3\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Naar%20het%20hart%20van%20empowerment%20[MOV-177839-0.3].pdf)
- Bouwsma, S., & Numansen, S. (2014). *Onderzoek inzet eigen kracht GGZ en de nieuwe WMO*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via <http://www.arcon.nl/uploads/pdf/publicaties/Onderzoek%20eigen%20kracht%20in%20GGZ.pdf>
- Bracke, P., & Verhaeghe, M. (2013). Stigmabestrijding in de GGZ. Effect op zorggebruikers, hulpverleners en hulpverlening. *Alert* 39(2). Geraadpleegd op 28 november 2015 via

[http://www.canonsociaalwerk.be/1971\\_stigma\\_VL/2013%20Alert%20Verhaeghe%20stigmatisering%20ggz.pdf](http://www.canonsociaalwerk.be/1971_stigma_VL/2013%20Alert%20Verhaeghe%20stigmatisering%20ggz.pdf)

Brink, C., Calis, W., Kruijswijk, W., Redeker, I., van de Maat, J., & van der Veer, M. (2014). Aan de slag met sociale netwerken. *Movisie* maart 2014. Geraadpleegd op 16 november 2015 via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20\[MOV-2237000-1.1\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20[MOV-2237000-1.1].pdf)

Brink, C., Sok, K., & Verschelling, M. (2008). *De kracht van het netwerk. Empowerend en netwerkgericht werken in het AMW*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Kracht%20van%20het%20netwerk%20\[MOV-238514-0.4\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Kracht%20van%20het%20netwerk%20[MOV-238514-0.4].pdf)

Callewaert, P., Elchardus, M., & Hens, E. (2013). De verzorgingsstaat: stevig en gegeerd, maar kwetsbaar. Solidariteit onder druk? *Samenleving en politiek*, jaargang 20 nr 10. Geraadpleegd op 17 november 2015 via <http://www.stichtinggerritkreveld.be/samenleving-en-politiek/zoeken-in-sampol/170-2013/december-2013/1652-de-verzorgingsstaat-stevig-en-gegeerd-maar-kwetsbaar>

Catthoor, K. (15 mei 2015). Het is gevaarlijk te geloven dat de GGZ kan redden wat de maatschappij zo fundamenteel heeft kapot gemaakt. We moeten beleidsmakers ook wijzen op hun verantwoordelijkheid. Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. *Artsenkrant*. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via <http://www.vvp-online.be/nieuws.php?news=51&year=2015>

Chielens, P. (2016). Dit heb ik van de oude getuigen geleerd: blijf altijd de mens zien. *Knack* (10), pp 9-12.

Cools, B. (2014-2015). *Gezin, zorg en welzijn: Geestelijke gezondheidszorg. [Cursus Gezinswetenschappen]*. Brussel: Odisee.

Coppens, E., Neyens, I., Van Audenhove, C., & Vermeulen, B. (2014). *Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen: ervaringen en attitudes in Vlaanderen*. [Rapport]. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via [http://www.sad.be/tegek/sites/default/files/agenda/2014/11/Rapport\\_Stigmatisering\\_PsychologischeProblemen\\_WEB.pdf](http://www.sad.be/tegek/sites/default/files/agenda/2014/11/Rapport_Stigmatisering_PsychologischeProblemen_WEB.pdf)

Coppens, E., & Van Audenhove, C. (2015). *Preventie van psychische problemen*. [PowerPoint]. Geraadpleegd op 2 februari 2016 via [http://www.verzekeringsgeneeskundevlaanderen.be/assets/upload/7.\\_van\\_audenhove.pdf](http://www.verzekeringsgeneeskundevlaanderen.be/assets/upload/7._van_audenhove.pdf)

Daems, V., De Bruyne, S., Matthysen, V., Van Hecke, J., & Van Loos, J. (2011). Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening? *Tijdschrift voor psychiatrie* 53(12). Geraadpleegd op 28 november 2015 via <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/TvP11-12-p917-926.pdf>

Dalai Lama, (2014). *Vrij van religie. Een pleidooi voor vrede, compassie en welzijn*. Nieuwerkerk aan de IJssel: Milanda.

Danou, D., Nielandt, B., & Vranken, J. (2009). *Onderzoek Armoede en Psychiatrie. Deel II: onderzoeksrapport*. Geraadpleegd op 16 februari 2016 via <https://doclib.uhasselt.be/dspace/bitstream/1942/9884/2/Deel%20II%20Armoede%20en%20psychiatrie.pdf>



- De Dijn (2011). *Autonomie en paternalisme in de maatschappelijke zorg*. [lezing]. Antwerpen: Symposium. Geraadpleegd op 30 december 2015 via <http://www.hermandedijn.be/viewpic.php?LAN=N&TABLE=PUB&ID=1562>
- De Dijn, H. (2012). *Vermaatschappelijking van de zorg. In welke maatschappij?* Geraadpleegd op 16 september 2015 via [http://www.pzolv.be/upload/HDD-Vermaatschappel\\_vd\\_zorg%202\\_2\\_.pdf](http://www.pzolv.be/upload/HDD-Vermaatschappel_vd_zorg%202_2_.pdf)
- De Haan, E. (2013). *'De herstel special'. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet?* Geraadpleegd op 10 december 2015 via [http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset\\_948983.pdf](http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf)
- De Jong, G. & Schout, G. (2013). Ogenschijnlijk mislukte Eigen Kracht-conferenties bij mensen met beperkte hulpbronnen. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, Volume 22, Issue 1. Geraadpleegd op 16 november 2015 via <https://www.journalsi.org/articles/abstract/10.18352/jsi.347/>
- De Jong, G., & Schout, G. (2013). *Eigen Kracht-conferenties in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Een onderzoek naar proces en uitkomsten*. Geraadpleegd op 15 november 2015 via <http://www.eigenkracht.be/userfiles/eindrapporteigenkrachtconferentiesindeoggzschoutdejongaugustus2013.pdf>
- De Jong, G. (2014). *Family Group Conferencing in Public Mental Health Care*. Amsterdam: Gildeprint.
- De Jong, G., Landeweer, E., Meijers, E., Schout, G., & van Dijk M. (2015). *Eigen Kracht-conferenties bij verplichte GGz. Een onderzoek naar proces en uitkomsten*. [Rapport]. Amsterdam: Vrije Universiteit. Afdeling Metamedica. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via [http://www.vumc.nl/4978246/64522/8559652/8591479/Rapport\\_Eigen\\_Kracht-confer1.pdf](http://www.vumc.nl/4978246/64522/8559652/8591479/Rapport_Eigen_Kracht-confer1.pdf)
- De Looze, S., & Geerts, F. (2016). *Oudere werknemers, veel burn-out, weinig diversiteit*. Geraadpleegd op 22 februari 2016 via <http://sociaal.net/analyse-xl/oudere-werknemers-burn-out-diversiteit/>
- De Meyere, V., & Jones, P.T. (2009). *Terra Reserva. De transitie naar rechtvaardige duurzaamheid*. Berchem/Utrecht: EPO/Jan Van Arkel.
- De Rynk, P., & Vandenbroeck, P. (2014). *Psychische kwetsbaarheid als kracht*. Geraadpleegd op 15 december 2015 via [http://www.opzgeel.be/nl/algemeen/gif/Psychische\\_kwetsbaarheid.pdf](http://www.opzgeel.be/nl/algemeen/gif/Psychische_kwetsbaarheid.pdf)
- De Vlaamse Jeugdraad. Advies 1501. Wonen in armoede. (2015)*. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via [https://vlaamsejeugdraad.be/sites/default/files/advies/1501\\_advies\\_wonen\\_in\\_armoede\\_0.pdf](https://vlaamsejeugdraad.be/sites/default/files/advies/1501_advies_wonen_in_armoede_0.pdf)
- De Vlaamse Woonraad. Naar een versterkt recht op wonen?* (2013). Brussel: Aanbevelingen van de Vlaamse Woonraad, met pleidooi voor een Vlaamse woonrechtcommissaris. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via [https://www.rwo.be/Portals/126/Vlaamse%20Woonraad/VWR\\_advies\\_versterkt\\_recht\\_op\\_wonen\\_def\\_web.pdf](https://www.rwo.be/Portals/126/Vlaamse%20Woonraad/VWR_advies_versterkt_recht_op_wonen_def_web.pdf)
- De Vries, S. (2012). *Eropaf...en dan? De rol van het Maatschappelijk Werk in het Nieuwe Welzijn*. Amsterdam: SWP.
- De Wachter, D. (2012). *Borderline Times. Het einde van de normaliteit*. Tielt: Lannoo.

- Decoster, I., De Jaegere, V., Desmet, A., & Van Audenhove, C. (2010). *Een starterskit voor betere GGZ: visie en methodieken*. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via [http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/2011\\_7\\_VDJ\\_AD\\_IDC\\_CVA\\_Een%20starterskit%20voor%20Betere%20GGZ.pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2011_7_VDJ_AD_IDC_CVA_Een%20starterskit%20voor%20Betere%20GGZ.pdf)
- Demets, A. (2010). *Toegankelijkheid binnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg*. [Masterproef]. Gent: Universiteit Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen. Geraadpleegd op 15 november 2015 via [http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/393/044/RUG01-001393044\\_2010\\_0001\\_AC.pdf](http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/393/044/RUG01-001393044_2010_0001_AC.pdf).
- Desmet, M. (2013). *Bruto Nationaal Geluk: Buthan inspireert de wereld*. Tiel: Lannoo.
- Dijkshoorn, P. (2012). Doe-het-zelf patiënt bespaart kosten. *Medisch Contact* 35(8). Geraadpleegd op 16 september 2015 via <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/119889/doehetzelf-patient-bespaart-kosten.htm>
- Driessens, K., & Geldof, D. (2009). *Individu en/of structuur? Of wat wil het sociaal werk aanpakken? Canon Sociaal werk Vlaanderen*. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via <http://www.canonsociaalwerk.be/essays/Driessens%20Geldof%20-%20Individu%20en%20of%20structuur.pdf>
- Driessens, K., & Melis, B. (2012). *Een vergelijking tussen methoden van krachtgericht werken ingezet in de Integrale Jeugdhulp*. Geraadpleegd op 3 december 2015 via <http://www.kennisplein.be/Documents/Krachtgericht%20werken/Een%20vergelijking%20tussen%20methoden%20krachtgericht%20werken%20-%20bijlagen%20bij%20rapport.pdf>
- Driessens, K., & Melis, B. (2014). *Samen sterk en ik beslis. Het verhaal van netwerkgroepen bij gezinnen die door een CKG worden begeleid*. Geraadpleegd op 26 november 2015 via [www.kdg.be/sites/default/files/rapport\\_plan\\_-\\_CKG\\_2.docx](http://www.kdg.be/sites/default/files/rapport_plan_-_CKG_2.docx)
- Driessens, K., & Melis, B. (2015). *Werkt het 'netwerk'? Mogelijkheden en drempels voor het netwerkversterkend werken in de jeugdhulp*. Geraadpleegd op 16 september 2015 via [www.kdg.be/sites/default/files/rapport\\_netwerk\\_in\\_jeugdhulp.docx](http://www.kdg.be/sites/default/files/rapport_netwerk_in_jeugdhulp.docx)
- Eigen Kracht Centrale. (15 mei 2007). *Opbrengst Eigen Kracht-conferenties: effecten en baten*. [Persbericht]. Geraadpleegd op 16 november 2015 via <http://www.eigenkracht.nl/resultaten/kosten-en-baten/>
- Eigen Kracht-conferenties. Geraadpleegd op 28 november 2014 via [www.eigenkracht.be](http://www.eigenkracht.be)
- Frances, A. (2013). *Terug naar normaal*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Froyen, B. (2014). *Kortsluiting in mijn hoofd. Over het beest dat psychose heet*. Antwerpen: Manteau.
- Froyen, B. (3 december 2015). Beste mevrouw De Block, ik was zo'n langdurig zieke. *De Morgen*. Geraadpleegd op 10 december 2015 via <http://www.demorgen.be/ opinie/beste-mevrouw-de-block-ik-was-zo-n-langdurig-zieke-b0d27fbb/>
- Geestelijke gezondheidszorg Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via [http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset\\_305955.pdf](http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf)

- Gerritsen, E. (2011). *De slimme gemeente nader beschouwd. Hoe de lokale overheid kan bijdragen aan het oplossen van ongetemde problemen*. [Proefschrift]. Amsterdam: University Press. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via <http://dare.uva.nl/record/1/370621>
- Gerritsen, E. (2013). *Het geloof in de Eigen Kracht-conferentie is terecht*. Geraadpleegd op 4 november 2015 via <http://www.socialevraagstukken.nl/het-geloof-in-de-eigen-kracht-conferentie/>
- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken* (2010). Geraadpleegd op 16 november 2015 via <https://www.mindbank.info/item/4529>
- Hauwert, S., Metze, R., & Sedney, P. (2013). *Zelfregie van mensen in kwetsbare posities*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via <https://www.hva.nl/binaries/content/assets/subsites/kc-mr/publicaties/publicaties-community-care/zelfregie-van-mensen-in-kwetsbare-posities-hauwert-print.pdf>
- Hermans, K. (2008). Evidence based practice: opportuniteit voor social werk. *Alert* 34 (2). Geraadpleegd op 16 januari 2016 via [http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/2008\\_1\\_AP\\_KH\\_NV\\_Evidence-based%20practice\\_Alert.pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2008_1_AP_KH_NV_Evidence-based%20practice_Alert.pdf)
- Hermans, K., & Vranken, R. (2009). *Project Zorginnovatie en welzijn*. Geraadpleegd op 4 januari 2016 via [http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/2008\\_7\\_RV\\_KH\\_Zorginnovatie\\_Deel%201.pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2008_7_RV_KH_Zorginnovatie_Deel%201.pdf)
- Hermans, K., Meys, E., & Van Audenhove C. (2014). *Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting*. [Rapport]. Leuven: KBS-project. Geraadpleegd op 16 november 2015 via [http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/KBS-rapport%20'GGZ%20en%20sociale%20uitsluiting'%2020150520.pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/KBS-rapport%20'GGZ%20en%20sociale%20uitsluiting'%2020150520.pdf)
- Hilhorst, P., & van der Lans, J. (8 oktober 2014). Eigen Kracht ontkracht. *De Groene Amsterdammer*. Geraadpleegd op 16 september 2015 via <https://www.groene.nl/artikel/ik-heb-niemand-ik-zie-niemand-niemand-kan-me-helpen>
- Huysser, J. (2012). Doe-het-zelf patiënt bespaart kosten. *Medisch Contact* 35(8). Geraadpleegd op 16 september 2015 via <http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/119889/doehetzelf-patient-bespaart-kosten.htm>
- Jongedijk, R.A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 43 (2001) 5. Geraadpleegd op 16 november 2015 via [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_232pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_232pdf.pdf)
- Keirse, M. (2014). *Zie de mens*. Tiel: Lannoo.
- Krikilion, W. (2008). *Ethiek in de psychiatrische kliniek*. Geraadpleegd op 30 december via [http://www.opzgeel.be/nl/nieuws/pdf/stdag/STUDIEDAG\\_brochure\\_ethiek.pdf](http://www.opzgeel.be/nl/nieuws/pdf/stdag/STUDIEDAG_brochure_ethiek.pdf)
- Kroet, A. (2016). *Ik ben een ontwikkelingscoach! De praktijk van een ervaringsdeskundige*. Geraadpleegd op 15 januari 2016 via <http://sociaal.net/opinie/ik-ben-een-ontwikkelingscoach/>

- Kwekkeboom, R., & Steyaert, J. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/De%20zorgkracht%20van%20sociale%20netwerken%20%5BMOV-177803-0.3%5D.pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/De%20zorgkracht%20van%20sociale%20netwerken%20%5BMOV-177803-0.3%5D.pdf)
- Lammertyn, F., & Van Audenhove, C. (2003). *De vermaatschappelijking van de GGZ*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via [http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/2003\\_7\\_KDR\\_GL\\_CVA\\_FL\\_Vermaatschappelijking%20van%20de%20GGZ.pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2003_7_KDR_GL_CVA_FL_Vermaatschappelijking%20van%20de%20GGZ.pdf)
- Lemmens, W. (2008). Ethiek is een soort trouw. De Dijn als filosoof en moralist. *Ethische perspectieven*, 18 (3), pp 388-402. Geraadpleegd op 30 december 2015 via <http://www.ethische-perspectieven.be/viewpic.php?LAN=N&TABLE=EP&ID=1130>
- Leus, I. (2015). *Hoe hou je de ziekteverzekering betaalbaar? Evaluatie van de doelmatigheid dringt zich op*. Geraadpleegd op 4 januari 2016 via <http://sociaal.net/opinie/hoe-hou-je-de-ziekteverzekering-betaalbaar/>
- Liégeois, A. (2009). *Waarden in dialoog: Ethiek in de zorg*. Leuven: Lannoo Campus.
- Liégeois et al. (2010). *Langdurige psychiatrische zorg*. Ethisch Advies GGZ. Geraadpleegd op 4 januari 2016 via <http://www.broedersvanliefde.be/sites/BVL/files/Ethisch%20advies%20GGZ%20-%20%20Langdurige%20psychiatrische%20zorg.pdf>
- Liégeois et al. (2014). *Bemoeizorg in de geestelijke gezondheidszorg*. Advies ethiek GGZ. Geraadpleegd op 16 december 2015 via [http://www.fracarita.org/sites/BVL/files/ethisch\\_advies\\_ggz\\_-\\_bemoeizorg.pdf](http://www.fracarita.org/sites/BVL/files/ethisch_advies_ggz_-_bemoeizorg.pdf)
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid*. [Proefschrift doctoraat]. Universiteit Tilburg. Geraadpleegd op 16 september 2015 via [https://pure.uvt.nl/ws/files/1195992/Proefschrift\\_Lilian\\_Linders\\_120310\\_\\_halfj\\_emb\\_.pdf](https://pure.uvt.nl/ws/files/1195992/Proefschrift_Lilian_Linders_120310__halfj_emb_.pdf)
- Lowet, K. (2013). Praten klaart de klus. *Test gezondheid* 115. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via [http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/sites/default/files/psychische-hulp-praten-klaart-de-klus\\_0.pdf](http://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/sites/default/files/psychische-hulp-praten-klaart-de-klus_0.pdf)
- Lowet, K. (2014). De erkenning van psychologen zorgt voor meer gezondheid. Begeleiden is besparen. *Weliswaar* nr 17. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via <https://www.weliswaar.be/sites/default/files/WELISWAAR-117.pdf>
- Meganck, H. (2015). *Meer budget, hulp en begrip. Ervaringsdeskundige geestelijke gezondheid schrijft een brief*. Geraadpleegd op 1 februari 2016 via <http://sociaal.net/opinie/meer-budget-hulp-en-begrip-2/>
- Mertens, P. (12 oktober 2015). De Block wil langdurig zieken verplicht aan het werk: schending van het beroepsgeheim en medische deontologie. *Knack*. Geraadpleegd op 10 december 2015 via <http://www.knack.be/nieuws/belgie/de-block-wil-langdurig-zieken-verplicht-aan-het-werk-schending-van-beroepsgeheim-en-medische-deontologie/article-opinion-616583.html>
- Mestrum, F. (27 augustus 2013). *Het basisinkomen, een oplossing?* Geraadpleegd op 2 februari 2016 via <http://www.dewereldmorgen.be/artikels/2013/08/27/het-basisinkomen-een-oplossing>

- Murawski, S. (2011). *Neoliberalisme: een ideeëngeschiedenis*. Geraadpleegd op 17 november 2015 via <http://socialisme.nu/blog/theoretisch/neoliberalisme-een-ideeengeschiedenis/>
- Nuyts, K. (2011-2014). *Project Eigen Kracht-conferenties 2011-2014. Een terugblik met het oog op de toekomst*. Geraadpleegd op 4 november 2015 via <https://www.kennisplein.be/Pages/Een-terugblik-met-het-oog-op-de-toekomst.aspx>
- Nys, T. (2005). Paternalisme en autonomie in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47 nr 8. Geraadpleegd op 30 december 2015 via [http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles\\_1390pdf.pdf](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/articles_1390pdf.pdf)
- Organisatie en financiering van de Geestelijke gezondheidszorg in België*. (2011). Sint-Gillis: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Geraadpleegd op 16 september 2015 via <http://www.ogm-ggo.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@datamanagement/documents/ie2divers/19073085.pdf>
- Peeters, J. (2010). Sociaal werk en duurzame ontwikkeling. *Alert*, 36 (1). Geraadpleegd op 17 november 2015 via [https://shared.khleuven.be/content/bijlagen/Sociaal\\_werk\\_en\\_duurzame\\_ontwikkelingArtikel\\_Alert\\_SOWEDO\\_2010\\_Jef\\_Peeters.pdf](https://shared.khleuven.be/content/bijlagen/Sociaal_werk_en_duurzame_ontwikkelingArtikel_Alert_SOWEDO_2010_Jef_Peeters.pdf)
- Peeters, J. (2015). *Veerkracht en burgerschap. Sociaal werk in transitie*. Berchem: EPO.
- Pels, D., & Van Dijk, A. (2011). *Vrijzinnig Paternalisme. Naar een groen en links beschavingsproject*. Amsterdam: Bert Bakker, 2011, pp. 173-193.
- Penninck, K. (2004). *Empowerment van kwetsbare mensen. Welzijnswerk als partner bij zelfstandigheid*. Geraadpleegd op 16 september 2015 via [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/Empowerment%20van%20kwetsbare%20mensen%20\[MOV-299139-0.2\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Empowerment%20van%20kwetsbare%20mensen%20[MOV-299139-0.2].pdf)
- Pickett, K., & Wilkinson, R. (2010). *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin Books Ltd.
- Pintelon, O. (24 augustus 2015). De omgekeerde herverdeling door de markt: van de (lagere) middenklasse naar de happy few. *Knack*. Geraadpleegd op 2 februari 2016 via <http://www.knack.be/nieuws/belgie/de-omgekeerde-herverdeling-door-de-markt-van-de-lagere-middenklasse-naar-de-happy-few/article-opinion-596611.html>
- Portzky, G., van Heeringen, K., & van Landschoot, R. (2015). *Epidemiologisch rapport omtrent geestelijke gezondheidsproblemen, suïcide, suïcidepogingen en suïcidale ideatie in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 16 september 2015 via <http://www.vlesp.be/pdf/27082015-113312-Epidemiologisch%20rapport%20omtrent%20geestelijke%20gezondheidsproblemen,%20su%C3%AFcide,%20su%C3%AFcidepogingen%20en%20su%C3%AFcidale%20ideatie%20in%20Vlaanderen%202015.pdf>
- Postma, D. (2013). *Actief burgerschap en participatie*. Geraadpleegd op 16 november 2015 via [http://www.bodyofknowledgesociaalwerk.nl/sites/default/files/uploads/bijlage\\_actief\\_burgerschap.pdf](http://www.bodyofknowledgesociaalwerk.nl/sites/default/files/uploads/bijlage_actief_burgerschap.pdf)

- Project Te Gek!? (2016). Geraadpleegd op 1 februari 2016 via <http://www.sad.be/tegek/>
- Reynders, A. (2016). *80% meer suicides in Vlaanderen dan in Nederland*. Geraadpleegd op 2 februari 2016 via <http://sociaal.net/analyse-xl/meer-suicides-in-vlaanderen-dan-in-nederland/>
- Reynders, A., Molenbergs, G., Scheerder, G., & Van Audenhove, C. (2011). *Rapport suicide in Vlaanderen en Nederland. Een verklaring vanuit sociaal cognitieve factoren en hulpzoekend gedrag*. Geraadpleegd op 2 februari 2016 via [http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/2011\\_7\\_AR\\_GS\\_GM\\_CVA\\_Rapport%20suicide\\_vl\\_nl.pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2011_7_AR_GS_GM_CVA_Rapport%20suicide_vl_nl.pdf)
- Santegoeds, J. (2010). *Eindhovens model. Intensieve Cliëntenparticipatie via de Eigen Kracht Conferentie in de GGZ*. Geraadpleegd op 7 december 2015 via [http://www.crisiskaartggz.nl/crisiskaart/download/rapporten-brochures-profs/handleiding\\_eindhovens\\_model\\_ic.pdf](http://www.crisiskaartggz.nl/crisiskaart/download/rapporten-brochures-profs/handleiding_eindhovens_model_ic.pdf)
- Santegoeds, J. (6 december 2015). *Persoonlijke communicatie, via interview*.
- Schermer, M. (2003). *Signalering Ethiek en Gezondheid 2003*. Drang en informele dwang in de zorg. Geraadpleegd op 4 januari 2015 via <https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/0308grrvz.pdf>
- Schoenmakers, Y., & Van Biezen, M. (2014). *Geestelijke gezondheid en zelfstigmatisering. Rapportage van een vragenlijstonderzoek over zelfstigmatisering*. Geraadpleegd op 16 september 2015 via <https://zonzh.files.wordpress.com/2014/02/rapportage-vragenlijstonderzoek-zelfstigmatisering.pdf>
- Scholte, M., Sprinkhuizen, A., & van Deur, H. Bijdrage Omlo, J. (2013). *DichtErBij. Wegen en overwegen in het sociaal werk*. AH Bussum: Coutingo.
- Schuurman, M. (2010). *De eigen kracht van mensen met een psychische en/of lichamelijke beperking en hun netwerk. Resultaten van onderzoek naar Eigen Kracht-conferenties binnen het project Zeggenschap en zorg*. Nieuwegein: Kalliope Consult. Geraadpleegd op 4 november 2015 via [http://kalliopeconsult.nl/images/8\\_68.pdf](http://kalliopeconsult.nl/images/8_68.pdf)
- Sichien, P. (2005-2006). De activeringsfunctie van de sociale zekerheid: een juridische analyse. De sociale zekerheid: hangmat, vangnet of springplank? *Jura Falconis*, 42 (2). Geraadpleegd op 18 november 2015 via <https://www.law.kuleuven.be/jura/art/42n2/sichien.html>
- Sierens, S., & Van Avermaet, P. (2012). Van de periferie naar de kern. Omgaan met diversiteit in onderwijs. Geraadpleegd op 2 februari 2016 via [http://www.vlor.be/sites/www.vlor.be/files/van\\_de\\_periferie\\_naar\\_de\\_kern\\_ucsia\\_boek\\_bijdrage\\_pva.pdf](http://www.vlor.be/sites/www.vlor.be/files/van_de_periferie_naar_de_kern_ucsia_boek_bijdrage_pva.pdf)
- Smeijsters, H. *Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen*. (2009). Geraadpleegd op 26 januari 2016 via <http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/01/Smeijsters-H.-Onderzoek-in-en-door-de-praktijk-en-practice-evidence-in-de-lerende-organisatie.pdf>
- Snoek, A., Wits, E., van der Stel, J., & van de Mheen. (2010). *Kwetsbare groepen. Kwetsbare groepen, jeugdigen en (problematisch) middelengebruik: visie en interviewmatrix*. [Rapport]. Geraadpleegd

- op 6 januari 2016 via [http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadable\\_PDFs\\_tabellen\\_en\\_overige/kwetsbare\\_groepen\\_resultaten\\_scoren.pdf](http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadable_PDFs_tabellen_en_overige/kwetsbare_groepen_resultaten_scoren.pdf)
- Sociaal Economische Raad. Advies. Diversiteit in het personeelsbestand. (2009).* Geraadpleegd op 2 februari 2016 via [http://www.talentnaardetop.nl/uploaded\\_files/document/2009\\_SER\\_advies\\_diversiteit\\_in\\_het\\_personeelsbestand.pdf](http://www.talentnaardetop.nl/uploaded_files/document/2009_SER_advies_diversiteit_in_het_personeelsbestand.pdf)
- Stam, M. (2012). *Geef de burger moed. Outreachend werken in tijden van transformatie van de verzorgingsstaat.* Geraadpleegd op 28 november 2015 via <https://hbo-kennisbank.nl/en/record/oai:hva.nl:445672>
- Steenssens, K., & Van Regenmortel, T. (2013). *Grondslagen en uitdagingen voor het meten van empowerment, VLAS-Studies 6*, Antwerpen: Vlaams Armoedesteunpunt. Geraadpleegd op 16 november 2015 via [http://www.brudoc.be/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=195](http://www.brudoc.be/opac_css/doc_num.php?explnum_id=195)
- Steyaert, J. (2012). Sociaal werk en sociale netwerken. Hoog tijd voor nieuwe verbindingen. *Alert* 38(3). Geraadpleegd op 16 september 2015 via [http://www.canonsociaalwerk.eu/1978\\_Hartman/2012%20ALERT%20Steyaert%20sociaal%20werk%20en%20sociale%20netwerken.pdf](http://www.canonsociaalwerk.eu/1978_Hartman/2012%20ALERT%20Steyaert%20sociaal%20werk%20en%20sociale%20netwerken.pdf)
- Steyaert, J. (2013). *Ervin Goffman. Sociale instituties.* Geraadpleegd op 16 september 2015 via [http://www.canonsociaalwerk.eu/int/details.php?canon\\_id=92](http://www.canonsociaalwerk.eu/int/details.php?canon_id=92)
- Storme, A. (2009-2015). *Globalisering en neoliberale (sociale) strategieën. Proeve van maatschappelijk referentiekader voor opbouwwerkers.* Geraadpleegd op 17 november 2015 via [https://www.google.be/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Storme+Meerjarenplan+Samenlevingsopbouw+Brussel.+Globalisering+en+neoliberale+\(sociale\)+strategie%C3%ABn.+Proeve+van+maatschappelijk+referentiekaders+voor+opbouwwerkers](https://www.google.be/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Storme+Meerjarenplan+Samenlevingsopbouw+Brussel.+Globalisering+en+neoliberale+(sociale)+strategie%C3%ABn.+Proeve+van+maatschappelijk+referentiekaders+voor+opbouwwerkers)
- Storms, B., & Van de Bosch, K. (2009). *Wat heeft een gezin minimaal nodig? Een budgetstandaard voor Vlaanderen.* Geraadpleegd op 2 februari 2016 via <http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/sites/default/files/wat%20heeft%20een%20gezin%20minimaal%20nodig.pdf>
- Strijbos, D. (2014). *Objectief gestoord? Het ziektebegrip in DSM-5.* Geraadpleegd op 28 november 2015 via <http://www.dejongepsychiater.nl/index.php/aandachtsgebieden/psychiatriefilosofie/419-derek-strijbos>
- TEJO. Missie en visie.* (z.d.). Geraadpleegd op 16 november 2015 via <http://www.tejo.be/missie-en-visie.html>
- Ten Have, H., ter Meulen, R., & van Leeuwen, E. (2008). *Medische ethiek.* Houten: Bohn Stafleu Loghum.
- Timmerman, G. (2013). *Veel programma's in de jeugdzorg zijn weggegooid geld.* Geraadpleegd op 4 november 2015 via <http://www.socialevraagstukken.nl/veel-programmas-in-de-jeugdzorg-zijn-weggegooid-geld/>

- Transities & Transitie management*. (2015). Rotterdam: Faculteit Sociale Wetenschappen Erasmus Universiteit. Geraadpleegd op 2 februari 2016 via [http://www.lne.be/themas/duurzaam-bouwen-en-wonen/duwobo%20-%20algemeen/transitiemanagement-duwobo/folder%20transities%20en%20transitiemanagement%20\(inleiding\).pdf](http://www.lne.be/themas/duurzaam-bouwen-en-wonen/duwobo%20-%20algemeen/transitiemanagement-duwobo/folder%20transities%20en%20transitiemanagement%20(inleiding).pdf)
- Van Beek (2006d). *Op de grens tussen bemoeizucht en zorg. Rapportage van het onderzoek naar Eigen Kracht-conferenties in Overijssel en de verhouding van Eigen Kracht op de Wet op de Jeugdzorg*. [Rapport]. Voorhout: WESP Jeugdzorg. Geraadpleegd op 16 november 2015 via <http://www.wespweb.nl/images/docs/pub32.pdf>
- Van Crombrugge, H. (2009). *Ouders in Soorten*. Antwerpen-Apeldoorn, Garant.
- Van Dam, J. (5 maart 2013). Effectiviteit Eigen-Kracht conferenties moet nog worden aangetoond. Sozio. Geraadpleegd op 4 november 2015 via <http://www.sozio.nl/effectiviteit-eigen-kracht-conferenties-moet-nog-worden-aangetoond/1024855>
- Van de Cloot, I., & Van Herck, P. (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen*. Geraadpleegd op 6 januari 2016 via [http://www.itinerainstitute.org/sites/default/files/articles/pdf/20120701\\_geestelijke\\_gezondheidszorg\\_pvh.pdf](http://www.itinerainstitute.org/sites/default/files/articles/pdf/20120701_geestelijke_gezondheidszorg_pvh.pdf)
- Van den Broeck, S. (2010). *Wissel van de macht: Eigen Kracht-conferenties*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via <http://www.eigen-kracht.be/userfiles/file/weliswaar%202010.pdf>
- Van Den Heuvel, B. (2013). Kwetsbaarheid van de vermaatschappelijking. Geraadpleegd op 4 januari 2016 via [http://www.academia.edu/6742733/Kwetsbaarheid\\_van\\_de\\_vermaatschappelijking\\_-\\_Bernadette\\_Van\\_Den\\_Heuvel\\_2013](http://www.academia.edu/6742733/Kwetsbaarheid_van_de_vermaatschappelijking_-_Bernadette_Van_Den_Heuvel_2013)
- Van der Lans, J., & Medema N. (2004). *Bemoeien werkt*. Amsterdam: Van Gennep B.V.
- Van der Lans, J. (2013). *Laat de winst van Eigen Kracht nu niet verloren gaan*. Geraadpleegd op 16 november 2015 via <http://www.socialevraagstukken.nl/laat-de-winst-van-eigen-kracht-nu-niet-verloren-gaan/>
- Van der Lans, J. (2013). *Mobiliseer het netwerk*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via [http://www.canonsociaalwerk.be/int/details\\_verwant.php?cps=0&verwant=238](http://www.canonsociaalwerk.be/int/details_verwant.php?cps=0&verwant=238)
- Van Haaster, H., & van Wijnen, A. (2005). *Ervaringskennis werkt! De inzet van ervaringskennis van mensen met een functiebeperking of chronische aandoening bij de ontwikkeling van instrumenten voor arbeidsparticipatie*. Den Haag: Atelier Rijksbouwmeester
- Van Oers, B. (2010). Het perspectief van Bronfenbrenner. Tussen leef- en belevingswereld. *Vakblad Het Jonge Kind*. Juni 2010. Geraadpleegd op 17 november 2015 via [http://tm.thiememeulenhoff.nl/assets/documentenservice\\_zen/hjk/archief/2010/10\\_juni\\_2010/jrg37\\_nr10\\_juni2010\\_B.van\\_Oers\\_Tussen\\_leef\\_en\\_beleavingswereld\\_pag\\_7\\_10.pdf](http://tm.thiememeulenhoff.nl/assets/documentenservice_zen/hjk/archief/2010/10_juni_2010/jrg37_nr10_juni2010_B.van_Oers_Tussen_leef_en_beleavingswereld_pag_7_10.pdf)
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Utrecht: Diagnosis.
- Van Oyen, J. (2014). *Robuust organiseren van beschermd wonen onder de WMO 2015*. Geraadpleegd op 16 september 2015 via [https://www.chapeau-woonkringen.nl/informatie/Beschermd\\_wonen\\_Wmo\\_2015.pdf](https://www.chapeau-woonkringen.nl/informatie/Beschermd_wonen_Wmo_2015.pdf)



- Van Regenmortel, T. (2008). Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. Geraadpleegd op 16 september 2015 via <http://www.kwartiermaken.nl/publicaties/zwanger-van-empowerment.-een-uitdagend-kader-voor-sociale-inclusie-en->
- Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* (2009). Volume 18, Issue 4. Geraadpleegd op 17 november 2015 via <https://www.journalsi.org/article/download/186/163/>.
- Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment in de GGZ. *Neuron* Vol 14 nr 8. Geraadpleegd op 18 november 2015 via <http://www.deervaringsdeskundige.nl/media/20146/empowerment.pdf>
- Van Regenmortel, T. (2010). *Empowerment en participatie van kwetsbare burgers. Ervaringskennis als kracht*. Amsterdam: SWP B.V.
- Van Regenmortel, T. (2011). *Lexicon van empowerment*. Geraadpleegd op 3 december 2015 via [https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/371751/2/R1429\\_lexicon\\_empowerment.pdf](https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/371751/2/R1429_lexicon_empowerment.pdf)
- Van Speybroeck, J. (2010). *Beeldvorming Geestelijke Gezondheid Vlaanderen*. Geraadpleegd op 2 februari 2016 via <http://www.vvvg.be/media/docs/Beeldvorming%20en%20destigmatisering/2012/Beeldvorming%20-%20info.pdf>
- Vandaele, J. (2010). Professor Richard Wilkinson over inkomensongelijkheid. *MO. Mondiaal Magazine*. 30 juni 2010. Geraadpleegd op 10 december 2015 via <http://www.mo.be/artikel/professor-richard-wilkinson-over-inkomensongelijkheid>
- Vandenbergh, J. (2015). *Psychische problemen zijn een spiegel voor de samenleving*. Geraadpleegd op 26 november 2015 via <http://sociaal.net/interview/psychische-problemen-zijn-een-spiegel-voor-de-samenleving>
- Vandeurzen, J. (2014). *De kracht van het engagement*. [Overheidspublicatie]. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via <http://jovandeurzen.be/nl/2014-de-kracht-van-het-engagement>
- Vandeurzen, J. (2015). *Kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 14 januari 2016 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/kwaliteitsindicatoren-voor-de-geestelijke-gezondheidszorg>
- Vanheule, S. (2014). *Het einde in zicht? Over diagnostiek met de DSM*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via <http://stijnvanheule.psychoanalysis.be/2014/04/20/438>
- Vanheule, S. (2015). *Psychodiagnostiek anders bekeken*. Geraadpleegd op 28 november 2015 via <http://stijnvanheule.psychoanalysis.be/2015/04/03/psychodiagnostiek-anders-bekeken/>
- Vanmol, A. (2011). Wat te zeggen... het gedeeld beroepsgeheim en de zorg voor goede hulpverlening. *Het Perron*. 27ste jaargang nr 2. Geraadpleegd op 4 januari 2016 via <http://www.ptcrustenburg.be/sites/default/files/2011-2.pdf>
- Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Verhaeghe, P. (april, 2014). Winst mag niet de motivatie zijn om voor mensen te zorgen. *LBC-NVK Non-profitgazel* april 2014, pp. 4, 5. Geraadpleegd op 16 januari 2016 via <https://lbc-nvk.acv-online.be/Images/20140403NPgazel-tcm181-320884.pdf>

Verhofstadt, D. (2013). *Atheïsme als basis voor de moraal*. Antwerpen: Hautekiet.

*Vlaams Actieplan Armoedebestrijding*. (2015-2019). Geraadpleegd op 2 februari 2016 via [http://www4.vlaanderen.be/wvg/armoede/vlaamsactieplan/Documents/20150702\\_ontwerptekst%20VAPA%20-%20DEFINITIEF%20-%20BIS.pdf](http://www4.vlaanderen.be/wvg/armoede/vlaamsactieplan/Documents/20150702_ontwerptekst%20VAPA%20-%20DEFINITIEF%20-%20BIS.pdf)

Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland: participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*. Amsterdam: University Press.

*Week van de psychiatrie. Spreek mensen met psychische aandoeningen aan op hun talenten*. (2014). Geraadpleegd op 15 december 2015 via <http://www.ggznieuws.nl/home/week-van-de-psychiatrie-spreek-mensen-met-psychiatrische-aandoeningen-aan-op-hun-talenten/>

*Week van de psychiatrie. Baas in je eigen leven*. (2014). Geraadpleegd op 15 december 2015 via <http://www.ggznieuws.nl/home/thema-week-vd-psychiatrie-baas-in-eigen-leven/>

*Week van de psychiatrie. De psychiatrie op de schop..?! De psychiatrie moet genezen*. (2015). Geraadpleegd op 15 december 2015 via [www.weekvandepsychiatrie.nl/week2015/PositionPapierWkps2015.pdf](http://www.weekvandepsychiatrie.nl/week2015/PositionPapierWkps2015.pdf)