



Over armoede
en geestelijke
gezondheid

**oog voor elkaar
ook met elkaar**



Met dank aan de voltallige Vlaamse stuurgroep van 'Oog voor elkaar, ook met elkaar', alle betrokken partners binnen elk van de vier projecten voor hun inzet en motivatie om samen dingen te veranderen. Bijzondere dank aan alle mensen in armoede en opgeleide ervaringsdeskundigen die bij dit project betrokken waren en zich durfden openstellen voor vele verschillende hulpverleners. En hulpverleners voor hen. Dit heeft in grote mate bijgedragen tot het goede verloop van dit project.

April 2014



Voorwoord

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

We beleven al een tijdje een periode van economische recessie en besparingen. Steeds meer mensen in Vlaanderen hebben het moeilijk om de eindjes aan elkaar te knopen. Mensen die in armoede leven, zijn daar het eerste slachtoffer van. Op het vlak van gezondheid merken we dat armoede ziek maakt en dat langdurig ziek zijn het armoederisico verhoogt. We weten uit onderzoek dat meer dan 100.000 personen in Vlaanderen hun gezondheidszorg uitstellen om financiële redenen. Dat is ontoelaatbaar in onze welvarende regio. Er manifesteert zich een kloof tussen de leefwereld van mensen in armoede en de rest van de samenleving. Die kloof kunnen mensen in armoede niet alleen op eigen kracht overbruggen.

Als beleidsverantwoordelijken hebben de ministers van de Vlaamse Regering inmiddels duidelijke en meetbare engagementen in de armoedebestrijding genomen. Het staat vast dat die engagementen op lange termijn moeten genomen worden. Het is ook duidelijk dat beleidsverantwoordelijken maar in hun opzet zullen slagen wanneer het middenveld, de welzijns- en gezondheidssector, de arbeids- en de huisvestingssector, de onderwijs- en cultuursector inspanningen leveren om de kloof te verkleinen met mensen die in armoede leven.

Er bestaan heel wat hulp- en dienstverlenende voorzieningen en organisaties met als taak de meest kwetsbare mensen te bereiken en te helpen. De Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW) bijvoorbeeld, ontwikkelen initiatieven die gericht zijn op het verhogen van de toegankelijkheid van de hulpverlening voor armen en op het verder uitbouwen van hulp- en dienstverlening op maat van kwetsbare mensen. Ook de geestelijke gezondheidszorg levert al geruime tijd inspanningen om hun opdrachten beter te laten aansluiten bij de behoeften van mensen in armoede en om te zorgen dat de hulp- en dienstverlening zo dicht mogelijk bij de mensen zelf georganiseerd wordt. Denk maar aan de artikel 107-projecten die via mobiele teams voor acute en voor chronische zorg aan huis komen én aan de experimenten eerstelijnspsychologische functies die via een laagdrempelige multidisciplinaire samenwerking gemakkelijker in contact komen met mensen met psychische problemen. De ervaring leert ons dat dat met vallen en opstaan gebeurt. De belangrijke knelpunten in de toegang tot maatschappelijke dienst- en hulpverlening voor mensen in armoede

zijn immers gekend: ze situeren zich zowel bij de diensten, bij de hulpvragers als in de relatie tussen beide. Er is vaak wederzijdse onbekendheid, er zijn vooroordelen en miscommunicatie. Er is een gebrek aan kennis over de leefwereld van mensen in armoede. De niet-zichtbare binnenkant van armoede blijft verborgen voor mensen die niet weten hoe het is om in armoede te leven.

Met het project “oog voor elkaar, ook met elkaar” wilden we gedurende twee jaar CAW, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en verenigingen waar mensen in armoede het woord nemen de kans geven om in vier verschillende regio's te experimenteren en samen te werken met als doel om de toegankelijkheid van mensen in armoede te verhogen in de geestelijke gezondheidszorg. Het zijn vier boeiende zoektochten geworden met soms verschillende invalshoeken, maar ook met uitdagende coalities die gesmeed werden met een wijkgezondheidscentrum of met een lokaal OCMW of met een eerstelijnspsychologische functie in de zoektocht naar een betere toegankelijkheid.

Wat we vooral leren uit de projecten, is dat er nog veel werk aan de winkel is om inzichten over armoede te bevorderen bij hulpverleners in CAW en CGG. Via vormingen en participatieve samenwerking met de verenigingen behoort een laagdrempelig en een beter geestelijk gezondheidszorgaanbod tot de mogelijkheden. Dat vereist evenwel een duurzame en intensieve samenwerking tussen nulde-, eerste- en tweedelijnsdiensten. Wanneer geestelijke gezondheidszorg ingebed is in bestaande laagdrempelige en multidisciplinair werkende initiatieven met een duidelijke afbakening en kader voor de doelgroep die men wil bereiken, verhoogt de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Projecten die met bvb. een eerstelijnspsychologische functie werkten in zulke laagdrempelige initiatieven, bereiken gemakkelijker mensen in armoede, op voorwaarde dat er een goede samenwerking is met maatschappelijk werkers en artsen. Voor mensen in armoede is het tevens belangrijk dat de hulpverlening gebeurt op plaatsen die voor hen vertrouwd zijn. Op zulke plaatsen ontstaan dan ook makkelijker preventieve groepsactiviteiten voor mensen in armoede of werken sensibiliseringsacties i.v.m. geestelijke gezondheid beter.

Wat tot slot ook duidelijk is, is dat we brugfiguren moeten vormen bij verschillende organisaties : hulpverleners in de Welzijns – en Gezondheidssector die via vorming en dagelijkse praktijk inzichten hebben verworven in armoede en deze ervaringen kunnen overbrengen naar andere hulpverleners en directies.

Ik wil de vier projecten danken voor het engagement en de betrokkenheid die ze getoond hebben. De draaiboeken van deze vier projecten zullen een belangrijke inspiratiebron zijn voor tal van organisaties die in aanraking komen met kwetsbare mensen. Daarnaast dank ik CERA voor de opnieuw vlotte samenwerking, het Netwerk tegen Armoede zonder wiens steun deze projecten niet gerealiseerd konden worden en professor Corveleyn onder wiens deskundige voorzitterschap deze projecten verlopen zijn.

Kennis

Ik heb niet geleerd

Wat jij hebt geleerd

Ik weet niet wat jij weet

Alleen weet ik dat niet en jij ook niet

Ik durf het niet te vragen

Misschien denk je dan dat ik dom ben

Ik heb geleerd wat jij niet hebt geleerd

Ik weet wat jij niet weet

Alleen weet jij dat niet

Je vraagt het niet

Omdat je denkt dat je het weet

Heidi den Hollander
(opgeleide ervaringsdeskundige,
vrijwilliger Ons Gedacht)



Inhoud

Voorwoord	2		
Inhoud	6		
Inleiding	8		
1. 'Oog voor elkaar, ook met elkaar'	10		
1.1 Aanloop	10		
1.2 De vier projecten	11		
1.3 Projectverloop en ondersteuning	14		
2. Een analyse van de vier projecten	17		
2.1 Bereik van mensen in armoede	18		
2.2 Wat werkte	20		
2.2.1 Geestelijke gezondheidszorg aanbieden in de nulde en de eerste lijn	20		
2.2.2 Een groepsaanbod op maat	21		
2.2.3 Vanuit geestelijke gezondheidszorg naar andere organisaties stappen	22		
2.2.4 Toenadering zoeken en samenwerken	23		
2.2.5 Dankzij toenadering een juister beeld krijgen	24		
2.2.6 Kruisbestuiving op basis van verschillende expertise	24		
2.2.7 Betrokkenheid van mensen in armoede	25		
2.2.8 Werken op maat van mensen in armoede	25		
2.2.9 Vorming	26		
2.2.10 Geen financiële drempels	27		
2.3 Waar het soms pijn deed	28		
2.3.1 Opstarttijd	28		
2.3.2 Doorstroom en doorverwijzing	28		
2.3.3 Taakverdeling	29		
2.3.4 Geografische spreiding	30		
2.3.5 Een vast stramien willen volgen	30		
2.3.6 Een groep mensen blijft onbereikbaar	30		
2.3.7 Onvoldoende financiële middelen	31		
2.3.8 Weinig vertrouwdheid met de leefwereld van mensen in armoede	31		
2.3.9 Mensen werven op de 'courante' manieren werkt niet	31		
2.3.10 Werken aan beeldvorming en preventie is moeilijk	32		
3. Een ruimere blik	33		
3.1 Geestelijke gezondheid	34		
3.1.1 Definiëring	34		
3.1.2 Hoe geestelijk gezond zijn we	35		
3.1.3 Geestelijke gezondheidszorg	37		
A. In evolutie	37		
B. Pijnpunten	38		
C. Nieuwe ontwikkelingen	41		
3.2 De link met armoede	43		
3.2.1 Armoede en geestelijke gezondheid: dubbel stigma, dubbele kwetsbaarheid	43		
3.2.2 Van kwetsbare ouders naar kwetsbare kinderen	47		
3.2.3 (On)toegankelijke geestelijke gezondheidszorg	48		
4. Naar een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede: aanbevelingen	55		
4.1 Aanbevelingen naar beleidsmakers	55		
4.2 Aanbevelingen naar het werkveld	59		



Inleiding

Een aanzienlijke groep mensen in ons land krijgt vroeg of laat te maken met psychische problemen. Psychische problemen hebben een grote impact op het individu en op de samenleving. Ook armoede heeft een grote impact op het individu en op de samenleving.

De geestelijke gezondheid van mensen in armoede en hun toegang tot geestelijke gezondheidszorg zijn kritieke punten. Werken aan de beeldvorming over armoede en geestelijke gezondheid en de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg is een belangrijke uitdaging. Daarom besloten Cera, de Vlaamse overheid en het Netwerk tegen Armoede de handen in elkaar te slaan in het project Armoede en geestelijke gezondheid 'Oog voor elkaar, ook met elkaar'.

In deze publicatie geven we u een beeld over dit project. Op basis van een projectoproep selecteerden we vier pilootprojecten waarin telkens minstens een CGG (Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg), CAW (Centrum voor Algemeen Welzijnswerk) en een vereniging waar armen het woord nemen samen aan de slag gingen. Ze werkten rond toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede en rond beeldvorming. We staan stil bij wat er werkte en wat er moeilijk liep.

Vervolgens plaatsen we 'oog voor elkaar, ook met elkaar' in een ruimer kader door achtergrondinformatie en enkele inzichten mee te geven over geestelijke gezondheidszorg en armoede. De geestelijke gezondheidszorg is in volle evolutie. Hoe kijken we hiernaar en welke pijnpunten zien we? Hoe kijken we naar armoede en wat is de link met geestelijke gezondheid? Welke drempels zien we met betrekking tot toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg?

De projecten 'Oog voor elkaar, ook met elkaar' tonen dat het kan; een geestelijke gezondheidszorg die ook voor mensen in armoede toegankelijk is. Op basis van wat we leerden, formuleren we aanbevelingen naar beleidsmakers en naar het werkveld. Elk project maakte een draaiboek. Hierin bespreken de lokale projectpartners de afgelegde weg en de uitkomsten van hun project. Deze draaiboeken zijn beschikbaar op <http://netwerktegenarmoede.be/onze-mening/gezondheid/geestelijke-gezondheid>.



hoofdstuk I

Oog voor elkaar,
ook met elkaar



I. 'Oog voor elkaar, ook met elkaar'

1.1 Aanloop

De geestelijke gezondheid van mensen in armoede en hun toegang tot geestelijke gezondheidszorg zijn kritieke punten. Werken aan de beeldvorming over armoede en geestelijke gezondheid en de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg is een belangrijke uitdaging. Daarom besloten Cera, de Vlaamse overheid en het Netwerk tegen Armoede de handen in elkaar te slaan in het project Armoede en geestelijke gezondheid 'Oog voor elkaar, ook met elkaar'.

"Het project moet resulteren in een zichtbare stijging van het aantal aanmeldingen en behandelingen, preventie en dienstverlenende activiteiten in het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg met betrekking tot mensen in armoede", stelde Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bij de start (www.zorg-en-gezondheid.be).

Het opzet was om samenwerkingsinitiatieven te stimuleren tussen lokale verenigingen waar armen het woord nemen, CGG's en CAW's. Door lokaal een brug te bouwen tussen deze organisaties, wilden we de stigma's die aan armoede en geestelijke gezondheid (szorg) kleven bespreekbaar maken en leren over toegankelijkheid, toeleiding en samenwerking. Zo werd een laagdrempeliger aanbod van geestelijk gezondheidszorg voor en met mensen in armoede gefaciliteerd.

In hun samenwerking betrokken de drie partners in elk project ook andere relevante lokale partners (bv. Wijkgezondheidscentrum of OCMW) in hun dialoog. Er werd lokaal ook gewerkt rond beeldvorming en het doorbreken van taboes betreffende geestelijke gezondheid (szorg).

Voorop stond participatie van mensen in armoede op basis van een gelijkwaardige en krachtgerichte dialoog. Hierdoor werden mensen in armoede aangesproken op hun capaciteiten. Door de opgezette samenwerking kregen mensen in armoede de kans om zich een realistisch beeld te vormen van het aanbod en de werking van een CGG en een CAW. Omgekeerd kregen CGG en CAW de kans om met mensen in armoede in dialoog te treden over (de toegankelijkheid van) hun aanbod. Het rechtstreeks contact bood daarnaast de kans om een eventueel eenzijdig beeld van elkaar bij te stellen.

De projecten hadden verder tot doel om een draagvlak te creëren voor een betere lokale samenwerking en om een hefboomeffect te creëren in Vlaanderen. Ze wilden ook ruchtbaarheid geven aan het project, aan de inzet van elk van de partners en van de resultaten die eruit voortvloeiden.

1.2 De vier projecten

In februari 2012 werd de projectoproep 'Oog voor elkaar, ook met elkaar' gelanceerd.

We zochten pilootprojecten waarin telkens minstens een vereniging waar armen het woord nemen, een CGG en een CAW samen wilden werken in functie van toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg en van beeldvorming over geestelijke gezondheid en armoede. Een jury met Jozef Corveleyn als voorzitter, selecteerde vier projecten.

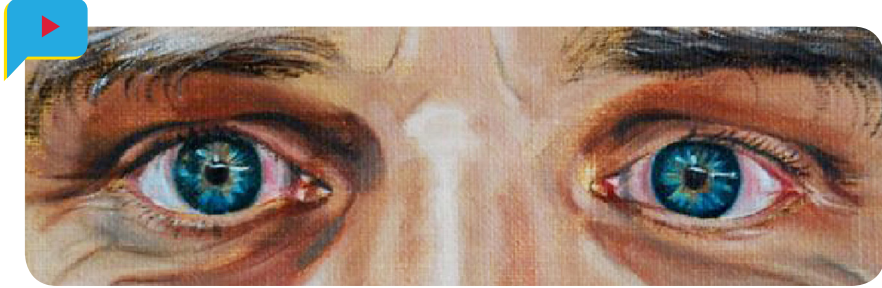
Volgende projecten werden geselecteerd:

- 'Samen op de eerste lijn, het WERKT!' in Lier
- 'OOG'enblik' in Mol en Balen
- 'Geestkracht' in Maasmechelen
- 'Goed Weekend!' in Leuven.

De projecten hadden een duur van twee jaar en liepen van mei 2012 tot mei 2014. Alle projecten werkten outreachend: een medewerker van het CGG verliet zijn vaste werkomgeving om de stap naar mensen in armoede te zetten. In drie van de vier projecten zat een vormingsluik vervat, dat zich zowel richtte naar hulpverleners als naar mensen in armoede.

Voor uitgebreidere informatie over start, samenwerking, effectieve uitwerking, succesfactoren, drempels... verwijzen we naar de vier draaiboeken die de projecten uitwerkten. Die hebben tot doel hun werkwijze, de afgelegde weg en de uitkomsten van hun project ruim kenbaar te maken ter inspiratie van anderen. **De draaiboeken zijn beschikbaar op <http://netwerktegenarmoede.be/onze-mening/gezondheid/geestelijke-gezondheid>.**

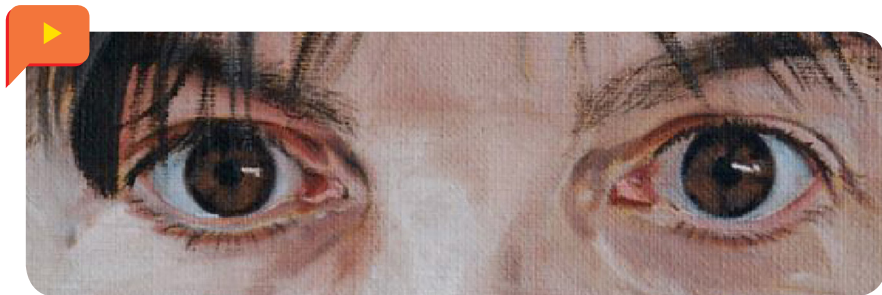
1. 'Samen op de eerste lijn, het WERKT!' in Lier



Partners: CGG De Pont, CAW Boom Mechelen Lier, Ons Gedacht (vereniging waar armen het woord nemen) en wijkgezondheidscentrum De Zilveren knoop.

Opzet: Een psycholoog van het CGG werd een aantal uur per week ingezet in het wijkgezondheidscentrum. Daar had deze na doorverwijzing van de huisarts consultaties op afspraak. De doelgroep werd dus afgebakend tot patiënten van het wijkgezondheidscentrum. De psycholoog bleef verbonden aan het CGG en nam ook deel aan het teamoverleg van het wijkgezondheidscentrum, bestaande uit een arts, een sociaal verpleegkundige en een maatschappelijk werker. In samenwerking met Ons Gedacht werden ook een aantal sensibiliserende en preventieve acties in groepsverband opgezet over het thema geestelijke gezondheid.

2. OOG'eblik' in Mol en Balen



Partners: CGG Kempen, CAW Kempen, Ons Huis (vereniging waar armen het woord nemen), OCMW Mol en OCMW Balen.

Opzet: Een psycholoog van het CGG werd een halve dag per week ingezet in Ons Huis, een halve dag per week in het OCMW van Mol en een halve dag per week in het OCMW van Balen. De doelgroep bestond uit cliënten van beide OCMW's en bezoekers van Ons Huis. Op elk van de drie locaties deed de psycholoog consultaties op afspraak. De psycholoog bleef verbonden aan het CGG en had informele tussentijdse contacten in beide OCMW's en in Ons Huis. Daarnaast probeerde men ook groepswork rond geestelijke gezondheid uit.

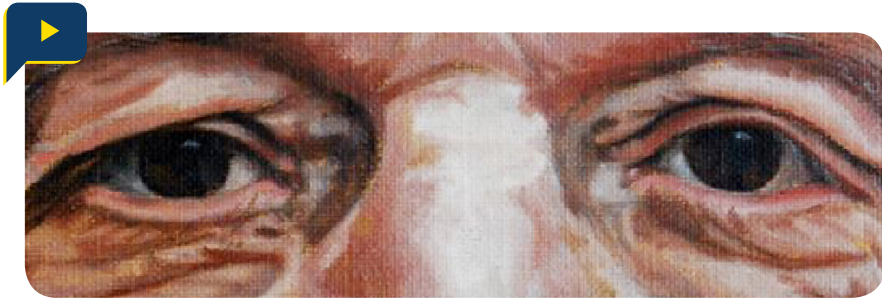
3. 'Geestkracht' in Maasmechelen



Partners: CGG Maasland, CAW Limburg, SOMA (vereniging waar armen het woord nemen), RIMO Limburg (samenlevingsopbouw) en Mozaïek (dienst voor psychiatrische thuiszorg).

Opzet: Een maatschappelijk werker van het CGG bood samen met een medewerker van het CAW een preventief groepsaanbod aan in een bestaande groep van SOMA over geestelijke gezondheid. Dit evolueerde van een vooraf uitgewerkt aanbod naar het samen met de betrokken mensen in armoede vormgeven van het aanbod. De medewerker van het CGG was één dagdeel per week in SOMA aanwezig in functie van het groepsaanbod. Het andere dagdeel bleef zij er beschikbaar voor persoonlijke bekommernissen van mensen. Dit gebeurde niet op afspraak. Er werd ter plaatse geen therapie aangeboden. De bedoeling was eerder om een vertrouwd gezicht te worden en de brug te maken naar het CGG, waaraan ze verbonden bleef. Er vond een uitwisseling plaats tussen mensen in armoede en hulpverleners van verschillende lokale organisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Samen bracht men krachten en drempels in kaart.

4. “Goed weekend” in Leuven



Partners: CGG Vlaams-Brabant Oost, CAW regio Leuven, Leren Ondernemen (vereniging waar armen het woord nemen) en De Mobil (inloopteam).

Opzet: Een psycholoog uit het CGG was op geregelde tijdstippen aanwezig in Leren Ondernemen, in De Mobil en in het inloopteam van het CAW vanuit een houding die presentie voorop stelt. Er werd niet gewerkt op afspraak. De psycholoog bood ook geen therapie aan ter plaatse. De doelgroep waren ouders uit de betreffende basiswerkingen. Er werd gefocust op het weekend met mentale ruimte voor ouder en kind. Ze deden drie groepsuitstapjes met ouders en kinderen. Er werd een themagroep van ouders en jonge kinderen opgezet. Voorts werd gefocust op de spanning tussen presentie en interventie. De psycholoog bleef verbonden aan het CGG.

1.3 Projectverloop en ondersteuning

Startdag

Op 21 mei 2012 vond een startdag plaats voor alle betrokken partners. Het verloop van ‘Oog voor elkaar, ook met elkaar’ werd globaal gekaderd. Algemene doelstellingen werden kenbaar gemaakt en de vier projecten stelden zichzelf voor. Er was een panelgesprek over armoede en geestelijke gezondheid met als speerpunten een andere organisatie van zorg en hulpverlening, preventie en beeldvorming over mensen in armoede en geestelijke gezondheidszorg. De communicatietoolkit voor de projecten werd voorgesteld en de voorzitter van de projecten Jozef Corveleyn sloot de dag af met een motiverende toespraak.

Men ging verder aan de slag op basis van de input tijdens de startdag en de krijtlijnen die elk project vooraf al uitgetekend had in haar projectaanvraag. De inhoud kreeg vorm. Visies werden uitgewisseld en op elkaar afgestemd.

Interactiedag

Op 28 maart 2013 organiseerden we tussentijds een interactiedag. Daar werd uitgewisseld tussen de verschillende projecten over wat werkt, wat werkt niet, duurzame inbedding... Er was ook praktische informatie over het vervolg van het project en de draaiboeken voorzien. De dag werd afgesloten met een uitwisselingsmoment tussen de projecten waarbij getracht werd de input van de dag een plaats te geven in het eigen project.

Studienamiddag

Op 27 maart 2014 werd de projectperiode beëindigd met een studienamiddag (waarna wel nog een periode van nazorg volgde). Bedoeling was om de afgelegde weg kenbaar te maken en het thema ruimer te benaderen door middel van een panelgesprek en een wetenschappelijke inbreng. De boodschap was dat het geen ‘eindpunt’ mocht zijn, maar eerder een stimulans om de aandacht rond dit thema niet te laten verslappen en om anderen te inspireren hierrond aan de slag te gaan. De studienamiddag wilde aanzetten tot actie en deed daartoe ook aanbevelingen aan het beleid.

Stuurgroep

De Vlaamse stuurgroep behield het overzicht en stuurde aan. Zo werden er meermaals tips en reflectievragen meegegeven aan de projecten. Zo zorgde de stuurgroep voor feedback op de draaiboeken en deze publicatie. De stuurgroep bestond uit Stéphanie De Smet en Dr. Carmen Mathijssen van Cera, Bart Van Hoof van het kabinet van minister Jo Vandeuren, Frederic Vanhauwaert, Griet Briels en Nele Lenaerts van het Netwerk tegen Armoede en professor Dr. Jozef Corveleyn die ook het voorzitterschap op zich nam.

Concrete ondersteuning

Een stafmedewerker van het Netwerk tegen Armoede was verantwoordelijk voor de concrete ondersteuning van de projecten. Zij maakte ook de verbinding tussen de Vlaamse stuurgroep en de projecten. Er vonden meerdere projectbezoeken plaats met daarbuiten regelmatige tussentijdse overlegmomenten en contacten.

Driemaandelijks kwamen de betrokken armoedeverenigingen samen in de overleggroep geestelijke gezondheid. Ze wisselden uit over de tussentijdse stand van zaken vanuit het perspectief van mensen in armoede. Ze bekeken het thema 'armoede en geestelijke gezondheid(szorg)' ook ruimer. Door de verenigingen apart samen te brengen wilden we voldoende stem kunnen geven aan de ervaringen van mensen in armoede in het project.

Cera werkte een communicatietoolkit uit voor het project en gaf tijdens het hele traject ondersteuning voor alles wat met communicatie te maken had. Het Netwerk tegen Armoede realiseerde deze publicatie.

Adviesgroep

Er werd een adviesgroep samengesteld die drie keer samenkwam en tussentijds advies verleende. Deze adviesgroep wilde het thema ruimer benaderen, een helikopterperspectief bieden, aanvullende expertise verlenen, samenwerking verbreden, aan netwerking doen en de communicatie over de projecten verbreden.

De adviesgroep bestond uit: Ann Moens (Zorgnet Vlaanderen), Like Van Damme (FDGG – Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg), Kris Raemdonck (CAW Archipel en vrienden van het Huizeke), Peter Brepoels (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk), Christof Piron (WGC Daenshuis), Carmen Mathijssen (Cera), Stéphanie De Smet (Cera), Chris Leenaerts (Recht-Op), Caro Bridts (Samenlevingsopbouw), Frederic Vanhauwaert (Netwerk tegen Armoede), Nele Lenaerts (Netwerk tegen Armoede), Bart Van Hoof (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), Jozef Corvelyn (KULeuven & voorzitter stuurgroep).



hoofdstuk II

Een analyse van
de vier projecten

II. Een analyse van de vier projecten

Wat leren we uit de vier projecten? We staan eerst stil bij enkele cijfers over het bereik van mensen in armoede in de projecten. Vervolgens bespreken we wat werkte en wat moeilijker liep.

2.1 Bereik van mensen in armoede

Aan elk van de betrokken CGG's werd gevraagd om de cijfers van het bereik van mensen in armoede bij aanvang van het project te vergelijken met de cijfers na afloop van het project.

In de praktijk werden cijfers van 2011 vergeleken met die van 2013. We baseerden ons hiervoor op de **registratie gevraagd door de Vlaamse overheid. Hierbij worden vijf kenmerken gebruikt, namelijk leefsituatie, opleiding, inkomsten, beroep en burgerlijke staat.** Mensen die voldoen aan minstens vier van deze vijf criteria worden beschouwd als sociaal en financieel zwakker. Dit is een strenge norm, want mensen die aan minstens twee criteria voldoen zijn mogelijks ook sociaal en financieel zwakker. Toch kozen we voor de strenge norm van minstens vier criteria aangezien deze groep zeker als arm kan bestempeld worden.

Het gekozen registratiesysteem bleek niet ideaal om een goed beeld over de projecten te geven. De doorstroom naar de reguliere werking van het CGG bleek immers een pijnpunt binnen de projecten.

De vele contacten die de CGG-medewerkers in de projecten met mensen in armoede hadden, waren dus niet zomaar te registreren als nieuwe 'cliënten' van het CGG. Bovendien ging het om pilootprojecten waarin kwaliteit en samen zoeken prioriteit kreeg op kwantiteit. In ieder geval stelden we vast dat mensen in armoede in de projecten veel beter bereikt werden dan in de reguliere sector.

Zo kwamen mensen in armoede opvallend vlotter op afspraak bij de eerste-lijnspsycholoog in Lier in vergelijking met de reguliere CGG-werking daar.

Hieronder proberen we u per project een impressie te geven in enkele cijfers.

Samen op de eerste lijn, het WERKT! (Lier)

- Het wijkgezondheidscentrum berekende dat 52% van de populatie die men bereikt, gediagnosticeerde psychische problemen heeft. Psychische kwetsbaarheid of last van psychisch onwelbevinden werd daar niet bij gerekend.
- Het CGG betrokken bij dit project in Lier, registreerde in 2013 290 volwassenen in armoede op een totaal van 1903 volwassenen (8%) tegenover 222 op een totaal van 1737 volwassenen (= 12,8%) in 2011.
- Men bereikte in totaal iets meer dan 115 mensen in armoede en twintig hulpverleners. Er kwamen 58 personen meermaals op consultatie bij de eerstelijnspsycholoog in het wijkgezondheidscentrum.

OOG'enblik (Mol, Balen)

- Twee sessies van vier bijeenkomsten van de 'goed-gevoel-stoel': in totaal tien deelnemers (najaar 2013 in Balen vier deelnemers; januari 2014 in Mol zes deelnemers).
- Consultaties van de psycholoog op drie locaties: 104 personen.
- In 2013 bereikte het CGG 205 mensen in armoede (11,29 %).
- Informele contacten tijdens de aanwezigheid in Ons Huis en in de twee OCMW's. Hiervan werden geen aantallen geregistreerd.

Geestkracht (Maasmechelen)

- In 2011 registreerde het CGG ongeveer 70 personen in armoede (10 tot 15%). Er zijn geen wijzigingen voor 2013. Er is vooral een kwalitatief effect heeft op de werking en de wederzijdse beeldvorming.
- Er werden 43 groepsbijeenkomsten georganiseerd. Telkens waren minstens tien deelnemers aanwezig met een totaal van 48 unieke deelnemers.

- Lunch@SOMA: Tijdens het project namen beduidend meer welzijnswerkers deel aan de lunch, variërend tussen 15 en 25. In totaal werden een 50-tal nieuwe hulpverleners vanuit een twintigtal organisaties en verenigingen bereikt.



Goed weekend! (Leuven)

- De psycholoog was op vaste tijdstippen op verschillende locaties aanwezig en ging daar informeel in gesprek met mensen. Gezien het niet ging om formele afspraken werd hierover geen concreet cijfermateriaal bijgehouden.
- Er werden drie weekenduitstappen georganiseerd. Er waren telkens ongeveer 50 deelnemers.
- Het CGG registreerde 367 ‘actieve zorgperiodes’ die betrekking hadden op mensen in armoede voor 2012. Voor 2013 registreerde men 388 actieve zorgperiodes.

2.2 Wat werkte?

We sommen hier eerst op welke elementen werkten, daarna wordt elk element apart kort beschreven:

- Geestelijke gezondheidszorg aanbieden in de nulde en eerste lijn;
- Een groepsaanbod op maat;
- Vanuit geestelijke gezondheidszorg naar andere organisaties stappen;
- Toenadering zoeken en samenwerking;
- Dankzij toenadering een juister beeld krijgen;
- Kruisbestuiving op basis van verschillende expertise;
- Betrokkenheid van mensen in armoede;
- Werken op maat van mensen in armoede;
- Vorming;
- Geen financiële drempel

2.2.1 Geestelijke gezondheidszorg aanbieden in de nulde en de eerste lijn

In Lier konden de leden van het wijkgezondheidscentrum na doorverwijzing door de huisarts terecht bij een eerstelijnspsycholoog. In Mol en Balen konden mensen in

de vereniging waar armen het woord nemen en het OCMW terecht bij een psycholoog voor een gesprek. **Zowel in Lier, Mol als Balen zagen we dat het werken op afspraak geen grote hinderpaal hoeft te zijn voor mensen in armoede indien er aan een aantal belangrijke randvoorwaarden is voldaan.** We denken dan aan het belang van de vertrouwde omgeving, het vertrouwen in de eventuele doorverwijzer (de werker in de vereniging, de huisarts in het wijkgezondheidscentrum...), het feit dat mensen snel een (eerste) gesprek hadden en niet op wachtlijsten botsen. In geval van het wijkgezondheidscentrum speelde voor sommige mensen ook de anonimiteit. Niemand weet dat je er binnen stapt voor een afspraak met de psycholoog waardoor schaamte minder een rol speelt. In Lier dichtte men het succes ook toe aan de multidisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld door geregeld overleg tussen de psychologe en de sociaal verpleegkundige. Hierdoor werd de integrale aanpak mogelijk die zo belangrijk is voor mensen in armoede. De continuïteit van de zorg wordt ook beter gegarandeerd. Voor de huisartsen werkte het geruststellend dat ze mensen konden doorverwijzen naar dit aanbod.



Mensen in armoede geven aan dat ze zich beter voelen na een afspraak. Iemand vertelde daarover tijdens een projectbezoek: *“Het is niet dat zij al onze problemen oplost. Dat is ook onmogelijk, want wij hebben er veel. Maar mijn hart eens kunnen luchten tegen iemand die goed kan luisteren en die mij kan verder helpen met tips, dat is toch anders dan met iemand van de vereniging praten, al luisteren die ook altijd naar mij. Na een gesprek bij haar kan ik er precies weer veel beter tegen”.*

“Als ik naar de psycholoog ga, dan ga ik binnen met 10 ongeordende dozen en ik ga weer buiten met 2 geordende dozen.” (Heidi Den Hollander, ervaringsdeskundige, studienamiddag 27 maart 2014).

“Alleen al weten dat ik bij iemand (eerstelijnspsycholoog) terecht kan, brengt rust. Want vroeger wist ik dat als het met mij opnieuw bergaf ging, ik bij niemand terecht kon die mij daar uit kon halen. En ik wist dat die crisis ging komen. Ik vind die eerstelijnspsycholoog dus heel positief” (projectbezoek Lier).

2.2.2 Een groepsaanbod op maat

Naast een individueel aanbod experimenteerden de projecten ook met een groepsaanbod. De uitwisseling van ervaringen met lotgenoten en het gevoel er niet

alleen voor te staan, bleken erg waardevol. Belangrijke randvoorwaarden zijn dat de groepswerking wordt opgezet vanuit een bestaande groep en plaatsvindt op een plek die voor de meeste deelnemers al gekend is. Het aanbod vertrok vanuit de noden en sterkten van de deelnemers en het was belangrijk om niet vast te houden aan een vooraf bepaald stramien of een methodiek.

In Maasmechelen bijvoorbeeld, waar het groepsaanbod de rode draad van het project vormde, startte men met de bestaande groep in de vereniging waar armen het woord nemen. **Men vertrok vanuit een vastgelegd aanbod, maar stelde na evaluatie vast dat dit moest losgelaten worden.** *“Dat is als hulpverlener best beangstigend, om je vertrouwde kader los te laten en niet te weten waar je zal uitkomen. Maar het heeft duidelijk zijn vruchten afgeworpen” vertelde de maatschappelijk werkster van het CGG, die instond voor de groepssessies.*



2.2.3 Vanuit geestelijke gezondheidszorg naar andere organisaties stappen

In elk van de projecten verlieten medewerkers uit de geestelijke gezondheidszorg hun vaste werkplek om naar mensen in armoede toe te stappen. Geestelijke gezondheidszorg werd ingebed in laagdrempelige initiatieven die mensen al kenden zoals vereniging waar armen het woord nemen, OCMW, wijkgezondheidscentrum, inloopteam... Dit verkleinde letterlijk de afstand en maakte een integrale aanpak mogelijk van welzijn en (geestelijke) gezondheid. Heel wat mensen die niet tot bij de reguliere geestelijke gezondheidszorg geraken of daar uit de boot vallen, vonden in de projecten wel hun weg naar de geestelijke gezondheidszorg.

Door geestelijke gezondheidszorg meer in de alledaagse omgeving van mensen te plaatsen, werd het ook ‘gewoner’. **“Waar spreken over geestelijke gezondheid vroeger een taboe was voor mensen, wordt er in Ons Huis (de vereniging) nu veel openlijker over gesproken. Het is sinds het project veel meer een gewoon onderwerp geworden”.**

In Leuven was een therapeut aanwezig in het sociaal restaurant van de vereniging. Hierdoor werd deze man een vertrouwd figuur.

2.2.4 Toenadering zoeken en samenwerken

Tussen organisaties en sectoren

Tijdens de projectlooptijd groeiden de verschillende projectpartners naar elkaar toe. De wil was aanwezig om samen drempels weg te werken. In Maasmechelen groeide gaandeweg zelfs het aantal organisaties dat mee nadacht over een gepast zorgaanbod voor mensen in armoede. **“Het is opvallend hoeveel goodwill en open communicatie er is bij de werkers van alle verschillende organisaties om samen een andere weg in te slaan”.** De samenwerking zorgde voor een grotere verbondenheid en verwevenheid tussen de partners. Dit vonden alle betrokkenen zeer waardevol en noodzakelijk om aan toegankelijkheid en beeldvorming te kunnen werken.

Het nauwere contact bracht ook heel wat praktische elementen en (verschil in) visies naar boven. De partners moesten hierbij stilstaan en hierover afspraken maken. Op basis van hun ervaringen in het project zijn de partners overtuigd geraakt van het nut van intersectorale samenwerking en van de uitwisseling tussen de eerste en de tweede lijn (CAW en CGG) en willen ze dit na afloop van het project bestendigen.

Tussen mensen in armoede en hulpverlening

Het rechtstreeks contact tussen mensen in armoede en hulpverleners werd als zeer belangrijk ervaren. Even belangrijk was dat dat contact plaatsvond buiten de voor de hulpverlener gekende setting. In elk project gingen mensen in armoede en hulpverleners het gesprek aan over armoede, geestelijke gezondheid en hulpverlening.

Bijvoorbeeld, Lunch@Soma zorgde op een creatieve manier voor informeel contact tussen mensen in armoede en hulpverleners. Bij aanvang was er nood aan een duwtje in de rug zodat hulpverleners en mensen in armoede niet te veel bleven ‘samenklitten’ aan aparte tafels. Door middel van naamkaartjes namen hulpverleners en mensen in armoede naast elkaar plaats. Eens het concept goed vertrokken was, werd het door beide partijen zeer gesmaakt.

2.2.5 Dankzij toenadering een juist beeld krijgen

Van elkaar

Toenadering had een invloed op beeldvorming. Organisaties en professionals kregen een juist beeld van elkaar, waardoor de afstand kleiner werd. Ook hulpverleners en mensen in armoede stelden hun beeld ten opzichte van elkaar bij. Het concrete contact met bijvoorbeeld een psycholoog was voor de meeste mensen een heel positieve ervaring. Het negatieve beeld dat mensen in armoede vaak hebben van hulpverleners (omwille van wantrouwen of negatieve ervaringen in het verleden), werd daarmee voor heel wat mensen bijgesteld. Wat op zich al heel positief is omdat het de eerste stap is richting hulp. Ook hulpverleners kregen een juist beeld over mensen in armoede.

Over armoede en geestelijke gezondheid

In de betrokken verenigingen bleek daarnaast dat het project ervoor zorgde dat geestelijke gezondheid en het CGG geen beladen begrippen meer zijn. Het werden 'gewone' gespreksonderwerpen. Werkers voelen zich daardoor gesterkt om verder te blijven inzetten op openheid rond het thema geestelijke gezondheid bij mensen in armoede.

In de OCMW's van Mol en Balen was het project de aanzet om het thema bespreekbaar te maken voor hun cliënten. Het was belangrijk om erover te kunnen spreken, en ook dat men er een mogelijke oplossing tegenover kon zetten, in dit geval het aanbod van een eerstelijnspsycholoog. Voordien zat het daar strop (zie ook punt 2.3.4). ***“Dit is misschien wel de grootste verdienste van het project”, vindt men bij één van de betrokken OCMW's, “de afstand tussen doelgroep en psychische hulpverlening is enorm verkleind, en dit langs beide zijden”.***

2.2.6 Kruisbestuiving op basis van verschillende expertise

Het samenbrengen van verschillende partners met elk een eigen deskundigheid ging verder dan alleen maar toenadering. Het zorgde ook voor kruisbestuiving. Vanuit de verenigingen komt men veelvuldig in contact met mensen met psychische problemen of een psychische kwetsbaarheid, maar mist men de expertise van de geestelijke gezondheidszorg. Andersom waren de partners in de geestelijke gezondheidszorg tevreden dat de verenigingen en de ervaringsdeskundigen expertise inbrachten vlak van armoede, die zij dan weer misten. De groep van mensen bereik-

ten in het project, bereiken ze niet in hun reguliere werking. De verenigingen waar armen het woord nemen werden alerter voor geestelijke gezondheid, bijvoorbeeld door mensen sneller te wijzen op mogelijkheid van gesprek met de psycholoog of deelname aan het groepsaanbod. Hulpverleners werden alerter voor de armoede-problematiek.

De wederzijdse wisselwerking zorgde ook voor doorverwijzing. Het ging daarbij niet altijd om grote aantallen omwille van de bestaande drempels.

2.2.7 Betrokkenheid van mensen in armoede

In alle projecten waren mensen in armoede betrokken bij de opmaak en uitwerking van het project. Die betrokkenheid zorgde ervoor dat hulpverleners in contact kwamen met een andere realiteit. Daardoor stelden ze hun eigen referentiekader in vraag. Heel wat betrokken hulpverleners beschouwen dat als een belangrijke uitkomst van het project. Zoals één van de betrokken hulpverleners het uitdrukte tijdens een uitwisselingsmoment: *“Onbekend maakt onbemind. En daarom was net de betrokkenheid van de doelgroep bij dit project zo belangrijk. Als hulpverlener ga je daardoor zelf de drempels zien die je eigen werking voor deze mensen inhoudt. Je zit in zo een andere leefwereld dat je dat zelf anders niet of onvoldoende ziet.”*

In bijna alle projecten raakten projectmedewerkers overtuigd van de nood van een andere aanpak. Ze wilden drempels voor mensen in armoede aankaarten. Uiteindelijk werden ze daar zelf de pleitbezorger van in de eigen organisatie... of hoe bekend plots heel bemind wordt.

2.2.8 Werken op maat van mensen in armoede

‘Je moet er zijn op de momenten dat het voor mensen in armoede nodig is’ liet men in Leuven optekenen. Waar er in de geestelijke gezondheidszorg sterker wordt vertrokken van een vooraf bepaald aanbod, werkte men in de projecten veel meer op maat. Er werd sterker gewerkt aan vertrouwen. Dat startte al door de inbedding in een plaats waar mensen al komen. *“Het was belangrijk dat geestelijke gezondheidszorg met de psycholoog bij ons in huis nu letterlijk een gezicht heeft gekregen,”* vertelde een medewerker van Ons Huis. Tijd werd genomen om op het ritme van de mensen te werken. Deze psychologe kreeg eerst de ruimte om de vereniging waar armen het woord nemen te leren kennen en deel te nemen aan activiteiten.

Er was extra aandacht voor opvolging en motivering wanneer mensen niet op hun afspraak waren. Niet opdagen werd niet geïnterpreteerd als een gebrek aan motivatie. Men zocht naar de achterliggende redenen en probeerde samen naar een oplossing te zoeken. Mensen werden geregeld opgebeld om hen te herinneren aan een vormingsmoment enzomeer. Verschillende partners waren daarbij betrokken en deze aanpak wierp zijn vruchten af.



2.2.9 Vorming

In drie van de vier projecten was er een vormingsluik voorzien voor zowel de betrokken hulpverleners als voor mensen in armoede. Het aanbod voor hulpverleners spitste zich toe op armoede, op het beter begrijpen van mensen in armoede, op drempels die de geestelijke gezondheidszorg (en vaak ook andere hulpverlening) voor hen inhoudt en wat drempelverlagend kan werken. Heel wat hulpverleners hadden in de loop van het project aangegeven te weinig betrokken te zijn op de leefwereld van mensen in armoede, en ervoeren de vorming als positief. De vorming werd telkens gegeven samen met mensen in armoede.

De vorming voor mensen in armoede spitste zich toe op geestelijke gezondheid en had een meer preventief karakter: bespreekbaar maken van geestelijke gezondheid, verhogen van draagkracht, reduceren van stress en handvaten aanreiken om er na de vorming zelf mee verder te kunnen. De reacties van mensen in armoede die deelnamen waren positief. Omwille van een aantal drempels was het aantal deelnemers aan deze vormingssessies meestal beperkt. (Zie de draaiboeken voor toelichting over drempels en cijfers over deelname).

2.2.10 Geen financiële drempels

In de projecten dienden mensen die gebruik maakten van het aanbod hiervoor niet te betalen. Zo werd de belangrijke financiële drempel weggenomen.

Naar aanleiding van de vernieuwde patiëntenbijdrage in CGG's werden hierover in één van de projecten afspraken gemaakt. Dit omdat men voorzag dat het aanrekenen van kosten aan de mensen die intussen gebruik maakten van het aanbod bij de eerstelijnspsycholoog, vrijwel zeker tot afhaken zou leiden. Dat dit een belangrijk aspect is waarmee men in de geestelijke gezondheidszorg altijd rekening moet houden, vertelt Heidi Den Hollander in Weliswaar (2014):



'Zo'n eerstelijnspsycholoog kan het verschil tussen leven en dood betekenen. Ooit werd ik door mijn huisarts doorverwezen naar een psycholoog. Toen ik belde voor een afspraak, bleek het 45 euro per uur te kosten. Terwijl ik moest rondkomen met 50 euro per week! Denk er toch maar eens goed over na, zei die psycholoog. Ik mag nog een jaar nadenken, dat geld zal er nooit zijn. Terwijl het soms heel donker kan worden in mijn hoofd. Maar als je gratis hulp wil in een CGG, moet je bijna een jaar wachten. Ik ken genoeg mensen die in zo'n geval te veel pillen slikken, in de hoop toch opgenomen te worden via de spoed. Om heel even van hun problemen af te zijn. Nu stap ik geregeld naar de eerstelijnspsycholoog als alles me te veel wordt. Dan kom ik hier met tien dozen vol problemen binnen en keer ik met twee geordende doosjes weer terug. Zo'n psycholoog kan je financiële put natuurlijk niet dichten. Maar je wordt er tenminste niet armer van, zoals bij een gewone psycholoog. En je krijgt weer wat ademruimte om je problemen beter aan te pakken.'

2.3 Waar het soms pijn deed...

Ook hier sommen we eerst de pijnpunten op vooraleer ze hieronder één voor één kort worden toegelicht:

- Opstarttijd;
- Doorstroom en doorverwijzing;
- Taakverdeling;
- Geografische spreiding;
- Een vast stramien willen volgen;
- Een groep mensen blijft onbereikbaar;
- Onvoldoende financiële middelen;
- Weinig vertrouwdheid met de leefwereld van mensen in armoede;
- Mensen werven op de 'courante' manieren werkt niet;
- Werken aan beeldvorming en preventie is moeilijk.

2.3.1 Opstarttijd

Bij aanvang van de projecten was er een opstartfase nodig waarin de verschillende partners elkaar leerden kennen en afspraken dienden te maken over de projectinhoud. Dit nam meer tijd in beslag dan aanvankelijk ingeschat. **Het bevestigde het aanvoelen dat er nog te weinig linken zijn tussen de geestelijke gezondheidszorg en mensen in armoede en dat ook in de geestelijke gezondheidszorg en het welzijnswerk ieder nog te veel op zijn 'eilandje' zit.**

Wanneer het landschap zelfs voor hulpverleners niet duidelijk is, dan geraken mensen in armoede zeker moeilijk tot bij de hulpverlening. Eén van de ervaringsdeskundigen zei daarover tijdens een projectbezoek: *“Er is zoveel, dat mensen door het bos de bomen niet meer zien, hoor ik soms zeggen. Maar dan denk ik, wij weten niet eens dat er een heel bos is! Ik dacht vroeger dat er alleen een OCMW bestond. Het CAW, daar had ik nog nooit van gehoord. Het OCMW stuurde mij alleen door naar de voedselbank en dat was het”.*

2.3.2 Doorstroom en doorverwijzing

Hoewel de projecten heel wat positieve ervaringen konden voorleggen op vlak van geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede en ook de doelgroep

zelf enthousiast reageerde, bleef doorverwijzen naar de reguliere werking van CGG of CAW tot op het einde van de projecten een pijnpunt.

Wat de hulpverleners daarbij zelf als drempels aangaven, waren de wachtlijsten bij het CGG, de te grote afstand tussen de vertrouwde omgeving en vertrouwde eerstelijnspsycholoog en het onbekende CGG, het vastere kader gehanteerd in CGG's waarbinnen mensen in armoede moeilijk passen.

Er werd ook vastgesteld dat organisaties regels en procedures inbouwen die negatieve effecten blijken te hebben op de toegankelijkheid. Zo bleek een van de betrokken organisaties het cruciaal te vinden dat de cliënt zichzelf aanmeldt, want voor de organisatie bleek hieruit onder andere een bereidheid tot hulp te zoeken of aanvaarden. Een andere organisatie vond het cruciaal dat een hulpverlener de aanmelding deed, want hieruit bleek voor hen onder andere dat de hulpvraag belangrijk was. Dergelijke goedgebedoelde regels verhogen de drempel.

2.3.3 Taakverdeling

Het bleek niet overal evident om tot een goede, duidelijke taakverdeling tussen de verschillende projectpartners te komen. Dit zowel in functie van de uitvoering van het project, maar evengoed veel breder als hulpverleningsorganisaties onderling.

Zo bleken CGG en CAW meestal geen zicht te hebben op elkanders aanbod. Van eventuele onderlinge afstemming over dit aanbod (bijvoorbeeld over het inzetten op specifieke doelgroepen) was nog minder sprake. Idealiter zou het aanbod vanuit CGG, CAW, via artikel 107... samen een zinvolle puzzel moeten vormen.



2.3.4 Geografische spreiding

Het aanbod geestelijke gezondheidszorg is geografisch op ongelijke wijze gespreid. Dat gaf geregeld problemen om door te verwijzen. Soms kunnen mensen in hun nabije omgeving terecht voor een intake, maar moet men eens de hulpverlening effectief opstart een veel grotere afstand afleggen. Voor veel mensen in armoede is dit niet haalbaar: ze zijn vaak afhankelijk van openbaar vervoer.

Maatschappelijk werkers van de OCMW's in Mol en Balen maken sinds het project gebruik van de mogelijkheid tot een gesprek bij de eerstelijnspsycholoog wanneer ze aanvoelen dat cliënten worstelen met psychische problemen. Voordien gebeurde dat niet omdat men in de regio moeilijk kon doorverwijzen. Zo moeten mensen vanuit Mol zo'n 25 kilometer afleggen naar het reguliere aanbod.

2.3.5 Een vast stramien willen volgen

Waar er in de projecten gewerkt werd met vooraf vastgelegde stramienen (bv. voor een vorming of groepsaanbod), was het niet evident voor mensen om het hele aanbod te volgen. Dat had onder andere te maken met dagelijkse problemen van mensen in armoede of afspraken bij diensten.

Een doorsnee aanbod is vaak gericht op 'praten'. Dit is niet voor iedereen evident. In het project in Maasmechelen verlegde men de focus van een door de hulpverleners vooraf vastgelegd aanbod naar een creatiever groepsaanbod.

2.3.6 Een groep mensen blijft onbereikbaar

Hoewel er binnen de projecten op een laagdrempelige manier gewerkt werd en men heel wat mensen bereikte die men in het reguliere aanbod van de geestelijke gezondheidszorg niet bereikte, blijft een groep mensen ook in deze projecten uit de boot vallen. In het project in Lier ging het daarbij om mensen die zeer zwaar in de problemen zitten en ook moeite hebben om op afspraak te komen bij de huisarts. Zij hebben eerst een langer voortraject nodig. *"Toch blijft het belangrijk dat ook voor deze groep mensen, hoewel ze er niet geraken, de mogelijkheid blijft om naar de psycholoog te gaan. Door het aanbod ook voor hen open te houden, geraken zij er op termijn misschien toch"* vertelde men daarover in Lier.

2.3.7 Onvoldoende financiële middelen

In de projecten werd aangevoeld dat er meer middelen in de geestelijke gezondheidszorg geïnvesteerd moeten worden. Een tekort aan middelen kan een sterke druk zetten op de toegankelijkheid voor kwetsbare groepen.

Hoewel de projecten als erg waardevol werden ervaren, is het niet eenvoudig om nu middelen te vinden om dit verder te zetten. Een van de projecten vertelt hierover: *"Iedereen erkent het belang van geestelijke gezondheidszorg, maar er zijn geen extra middelen of ze worden er niet voor vrijgemaakt"*.

2.3.8 Weinig vertrouwdheid met de leefwereld van mensen in armoede

Hulpverleners gaven in de projecten aan niet of onvoldoende vertrouwd te zijn met de leefwereld van mensen in armoede. Er was onder andere nood aan vorming. In Maasmechelen vertelden hulpverleners daarover: *"In onze opleiding hebben we nooit iets vernomen over deze doelgroep. In onze lessen is er nooit aandacht geweest voor mensen in kansarmoede". "We leerden heel veel moeilijke termen en woorden. We leerden over allerlei ziektebeelden beschreven in de DSM. We leerden niet om om te gaan met deze doelgroep"* (draaiboek Geestkracht).

2.3.9 Mensen werven op de 'courante' manieren werkt niet

In de projecten werd opnieuw duidelijk dat het bekend maken van een aanbod bij mensen in armoede niet werkt op de 'courante' manier. Folders uitdelen of verspreiden maakt mensen niet warm. Vertrouwensfiguren kunnen mensen beter toeleiden. **Mensen blijvend motiveren bleek zelfs voor kortdurende vormingsreeksen nodig, maar was tijdsintensief en niet evident.** Voor een kortdurend groepsaanbod belde men in het project in Lier mensen vooraf steeds op telkens er een nieuwe groepsbijeenkomst gepland was.

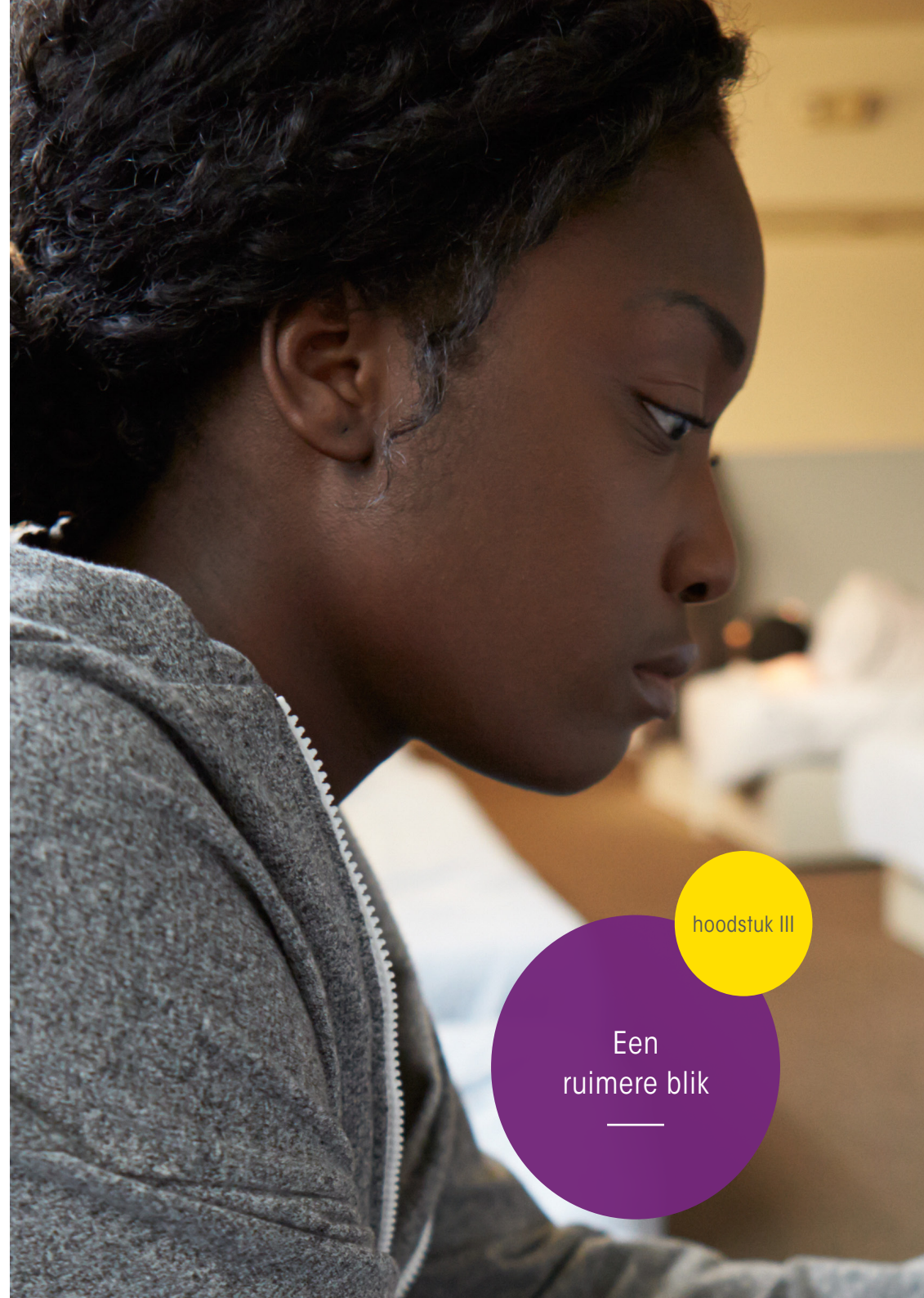
Er dient daarnaast aandacht te zijn voor bereikbaarheid (veel mensen zijn aangewezen op het openbaar vervoer) en afstemming van taal en/of oefeningen op de deelnemers. Mensen haken af wanneer de taal te moeilijk is of de meditatieoefeningen te lang (in het project in Maasmechelen bood men één reeks mindfulness aan). Voor kwetsbare groepen is het moeilijk om deel te nemen aan een 'nieuwe' groep los van hun veilige uitvalsbasis (vereniging waar armen het woord nemen of andere plaats). Dat was een van de redenen voor de beperkte aantallen van

deelname aan de goed-gevoel-stoel sessies in Mol en Balen, ondanks de inzet op werving.

2.3.10 Werken aan beeldvorming en preventie is moeilijk

Expliciet werken aan beeldvorming of preventie is moeilijk. Een meer positieve beeldvorming bleek wel een uitkomst van de projecten. Algemene campagnes en het doelgericht proberen veranderen van attitudes missen vaak hun doel, net vanuit een algemene opzet (VVG, 2014).

Een aantal initiatieven bleek wel preventief te werken en effect op de beeldvorming te hebben: Lunch@Soma, geestelijke gezondheidszorg die letterlijk een gezicht krijgt, de eerstelijnspsycholoog in het wijkgezondheidscentrum, een meer integrale aanpak...



hodstuk III

Een
ruimere blik

III. Een ruimere blik

Hieronder plaatsen we het project 'Oog voor elkaar, ook met elkaar' in een ruimer kader. We geven achtergrondinformatie en een kijk op geestelijke gezondheid(s-zorg) en armoede mee.

3.1 Geestelijke gezondheid

3.1.1 Definiëring

Geestelijke gezondheid maakt deel uit van de algemene gezondheid. Wanneer er wordt gesproken over geestelijke gezondheid, dan wordt dat meestal geassocieerd met geestelijke gezondheidsproblemen. Daaronder worden psychische stoornissen, symptomen en problemen verstaan die een vorm van lijden inhouden voor de persoon in kwestie en vaak ook voor diens omgeving. Maar geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische problemen of van psychische ziekte (1)*. De WHO (World Health Organisation) hanteert een definitie die verwijst naar mogelijkheden en sterkten. Ze omschrijft positieve geestelijke gezondheid als **“een toestand van welzijn waarin het individu zich bewust is van zijn of haar bekwaamheden, de gewone stress van het leven aan kan, productief en renderend kan werken, en in staat is een bijdrage te leveren tot zijn of haar gemeenschap”**.(2)

Geestelijk gezond zijn is dus van belang om goed te kunnen functioneren en begint bij een subjectief gevoel van welbevinden. Dat laatste wordt bepaald door het op elkaar inspelen van verschillende factoren zoals persoonlijke veerkracht, sociale relaties, culturele omgeving en fysieke leefomgeving. Het gaat ook om vervulde basisvoorwaarden zoals betrouwbare omgeving, goede huisvesting, leefbare economie, positieve ervaring met onderwijs... Deze factoren verwijzen naar een ontwikkelingsproces doorheen de tijd, en zijn niet slechts een momentopname.

Het ingewikkelde samenspel van de vele biologische, psychologische en sociale factoren die iemands geestelijke gezondheid bepalen, kan doorheen de tijd een beschermende rol spelen of daarentegen mee de basis leggen voor het ontstaan van psychische problemen. Iemands huidige psychische toestand is daarom in sterke mate het resultaat van zijn of haar persoonlijke levensgeschiedenis. Bepaalde

groepen in de samenleving kunnen door hun hogere blootstelling aan factoren of door hun cumulatieve impact kwetsbaarder zijn voor psychische problemen (3).

3.1.2 Hoe geestelijk gezond zijn we?

Enkele cijfers

Psychische stoornissen komen vaak voor. Wereldwijd voldoet tien tot twintig procent van de bevolking aan de criteria van een psychische stoornis (4). Ook in onze eigen samenleving hebben veel mensen last van psychische problemen. **Over de periode van een jaar kampen in Vlaanderen ongeveer 700.000 mensen met een psychisch probleem.** Dat komt bijna overeen met de totale bevolking van de twee grootste Vlaamse steden Antwerpen en Gent samen (5). Over een gans leven krijgt één op vier Belgen af te rekenen met ernstige psychische problemen (6). Eén Belg op zeven wordt depressief (7). Heel wat organisaties kaarten aan dat ze steeds meer mensen met psychische problemen over de vloer krijgen. Dat geldt ook voor verenigingen waar armen het woord nemen (8).

Psychische problemen gaan soms vanzelf weer over, maar ze kunnen ook lang aanslepen. Ze hebben bovendien een grote weerslag op alle levensdomeinen. Onder meer op werk. In 2012 zaten bijna 100.000 Belgen langer dan een jaar thuis met een depressie of een aanverwante ziekte (9).

Ook maatschappelijke oorzaken

Naast de hoge prevalentie van psychische problemen stellen vooraanstaande psychiaters en psychotherapeuten, zoals Dirk De Wachter en Paul Verhaeghe, vast dat een stijgend aantal mensen kampt met gelijkaardige psychische problemen. De belangrijkste daarvan zijn burn-out en depressie. De oorsprong situeren ze in grote mate in onze maatschappij. **Onze maatschappij stelt steeds meer eisen aan het individu en genereert een hoge druk. Daar staat tegenover dat het (informele) vangnet steeds kleiner wordt en 'verbinding' in het algemeen een steeds groter probleem vormt.** Ook de VVGG (10) stelt dat oorzaken van psychische problemen zeer divers zijn en sterk ingebed in de sociale omgeving, de leefgemeenschap en de bredere maatschappij.

Als de oorzaak in de samenleving ligt, dan dient ook de aanpak van psychische problemen zich op dit niveau te situeren, en dus niet enkel op dat van het individu. We halen een voorbeeld aan van Verhaeghe (11). In heel wat psychologische behandel-

modellen ligt de focus op het aanleren van weerbaarheid. Voor de behandeling van bijvoorbeeld stress ligt het accent op de perceptie van stress. Het behandelingsdoel is de wijziging van de manier waarop de patiënt stress ervaart. Hij moet deze anders leren percipiëren. Deze aanpak wordt door de WHO bekritiseerd, want *“de belangrijkste therapeutische interventie wordt dan het veranderen van de manier waarop de patiënt denkt, in plaats van de patiënt te helpen op die cruciale punten die met mentale problemen te maken hebben, met name schulden, huisvesting, geweld en misdaad.”* (12). Er is dus nood aan maatschappelijke interventies.

Taboe

Ondanks de frequentie en de impact rust er een groot taboe op psychische problemen. Vooral in Vlaanderen spreken we er nauwelijks over (13). Dat hangt wellicht samen met het beeld dat er globaal genomen over heerst en het gebrek aan kennis over de ziektebeelden en de beschikbare zorg. Veel mensen hebben een negatieve houding tegenover personen die psychisch ziek zijn. Dat uit zich in rechtstreekse of meer subtiele vormen van stigmatisering en leidt tot uitsluiting en discriminatie van de personen in kwestie en hun familie. Stigmatisering speelt ook een aanzienlijke rol bij het uitstellen of volledig afstellen van psychische hulpverlening (14). Wat grote gevolgen kan hebben. Eén ervan is wellicht ons hoog suïdecijfer. Vlaanderen heeft één van de hoogste zelfmoordcijfers van Europa en op vlak van vrouwelijke zelfmoorden zijn we procentueel gezien trieste koploper. Aan het merendeel van de zelfdodingen gaan psychische problemen vooraf (15).

Conclusie

Psychische problemen of psychisch onwelzijn maakt voor zeer veel mensen op een bepaald moment in hun leven deel uit van hun realiteit, omdat ze er zelf mee te maken krijgen of omdat mensen uit hun nabije omgeving ermee geconfronteerd worden. Psychische problemen beïnvloeden in sterke mate het functioneren van iemand en hebben een weerslag op vrijwel alle levensdomeinen. Ondanks de grote impact op individu en samenleving, ligt de drempel om erover te spreken en om hulp te zoeken nog steeds bijzonder hoog. Volgens de VVGG liggen aan de basis daarvan onder meer angst voor negatieve reacties van

anderen, schaamte- en minderwaardigheidsgevoelens maar ook de negatieve beeldvorming die vaak nog heerst over de geestelijke gezondheidszorg zelf.

3.1.3 Geestelijke gezondheidszorg

A. In evolutie

Vanuit een sterk residentiële traditie

De geestelijke gezondheidszorg in ons land kent een sterke residentiële traditie. Die traditie blijft ook vandaag nog voelbaar in het residentiële aanbod dat bij ons groter is dan in andere landen en bepaalt nog steeds mee het beeld over geestelijke gezondheidszorg (16). Kort schetsend stond geestelijke gezondheidszorg vroeger zowat gelijk aan opname in een psychiatrische instelling. **Mensen werden weggehaald uit hun omgeving en opnames duurden vaak lang.** Vanaf de jaren zestig kwam er een sterke diversificatie van zorg vanuit het idee dat geestelijke gezondheidszorg moet bestaan uit meer dan enkel psychiatrische ziekenhuizen. Vanuit de gedachte dat wie psychische problemen ondervindt, zorg moet kunnen ontvangen terwijl hij in zijn thuisomgeving verblijft, ontstonden de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Zij staan in voor ambulante zorg en werken met multidisciplinaire teams (17). Ambulante gesprekstherapieën werden via privé-praktijken aangeboden. Er is de opkomst van anti-psychotica en plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen werden gaandeweg afgebouwd ten voordele van nieuwe zorgvormen. Er ontstonden psychiatrische verzorgingstehuizen (voor mensen met een gestabiliseerde problematiek die niet voldoende zelfstandig zijn om individueel of in Beschut Wonen te wonen) en plaatsen Beschut Wonen (voor mensen die omwille van hun problematiek of sociale omstandigheden niet terug naar huis kunnen). Er werden ook psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) opgericht. Men ging bij dit laatste uit van een grotere nabijheid, minder stigma en een kortere opnameduur.

Naar meer zorg in de samenleving

Er vond een verschuiving plaats van residentiële zorg naar meer zorg in de samenleving. Van een bijna uitsluitend medische benadering naar multidisciplinair

teamwerk. Van een eenzijdig aanbod naar een gedifferentieerder aanbod en van sterk aanbodgerichte zorg naar meer oog voor de noden van personen met psychische problemen (18). Patiënten en familieleden krijgen steeds meer een plaats en rol in het herstelproces en in de organisatie van de zorg.

Dit alles gaat samen met een bredere ontwikkeling, namelijk de vermaatschappelijking van de zorg. Dat houdt in dat mensen met (psychische) beperkingen een zo ‘gewoon’ mogelijk leven moeten kunnen leiden met zo weinig mogelijk aparte structuren (19). Het beleidsplan van minister Jo Vandeurzen (2010) stelt dat *“vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg verwijst naar een zo gering mogelijke institutionalisering van de zorg en een zo groot mogelijke maatschappelijke integratie van de persoon met psychische problemen. Dit komt neer op een verschuiving van grootschalige intramuraal georiënteerde zorg naar zorg aan huis met begeleiding op het gebied van wonen, werk en dagbesteding in de samenleving. De maatschappij wordt hier duidelijke partner in de zorg. Ze voert een niet-discriminerend en integrerend beleid opdat personen met ernstige psychische problemen als gewone burgers kunnen leven. Vermaatschappelijking berust bij de competenties, meer dan bij de beperkingen van de mens. Door de beweging naar vermaatschappelijking moeten ook zorgaanbieders hun aanbod aanpassen: ze moeten meer zorg op maat en continuïteit van zorg kunnen aanbieden. Beide zijn sleutelbegrippen in de ontwikkeling van een nieuw concept voor de geestelijke gezondheidszorg. **Het voorzieningsgerichte aanbod maakt plaats voor een vraaggestuurd aanbod in de vorm van zorgprogramma’s voor leeftijdsdoelgroepen, die voorzieningsoverschrijdend georganiseerd worden”**.*

B. Pijnpunten

De huidige geestelijke gezondheidszorg kampt met een aantal algemene pijnpunten. We halen de belangrijkste hieronder kort aan. Verderop in deze publicatie staan we uitgebreider stil bij de pijnpunten die mensen in armoede ervaren met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg.

1 Treatment Gap

Hoewel psychische problemen vaak voorkomen en ondanks hun impact op het dagelijkse leven, zoekt slechts één op drie professionele hulp. Men spreekt hier over een ‘treatment gap’. Het gros van de behandelingen gaat bovendien naar personen die het in strikte zin niet of minder nodig hebben en niet iedereen krijgt de juiste behandeling (20).

2 Medicalisering

Verder is er de hoge mate van medicaliseren en het onderbenut blijven van psychotherapie. In plaats van te praten, grijpen we in hoge mate naar medicatie. Aan de grond daarvan liggen onder meer lange wachttijden bij heel wat Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en een hoge kostprijs bij privé-therapeuten. Ook het taboe dat nog steeds rust op psychische problemen en het stigma dat kleeft aan een bezoek aan de psycholoog, hebben hier een impact. De opstart van professionele zorg komt daardoor vaak te laat waardoor het risico op de noodzaak van een langere of zelfs levenslange behandeling voor de patiënt groter wordt (21).



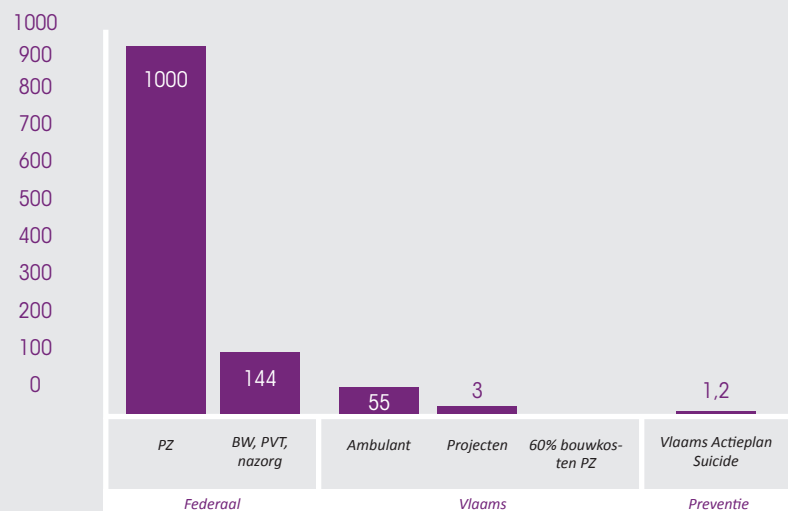
3 Budget

Wanneer het totale budget voor gezondheidszorg vergeleken wordt met dat voor geestelijke gezondheidszorg, dan valt de ongelijke financiering op. Chantal Van Audenhove (22) wijst erop dat in 2010 het totale budget voor gezondheidszorg 23 miljard euro bedroeg (zie tabel). Daarvan ging er slechts 1,2 miljard euro naar geestelijke gezondheidszorg. Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg is de financiering ongelijk (zie tabel). Het gros van het budget gaat naar psychiatrische ziekenhuizen. Er is wel de omschakeling van residentiële zorg naar meer zorg in de samenleving, onder meer via de experimentele projecten artikel 107. Dit geldt echter momenteel voor maximaal 10% van de residentiële capaciteit en de omschakeling gebeurt bovendien traag (23). Verhoudingsgewijs vloeit er daardoor nog steeds veel meer budget naar residentiële dan naar ambulante hulp. Preventie en kortdurende behandeling kan vaak erger voorkomen. Dit rendeert zowel voor de persoon in kwestie als voor de samenleving (op financieel en op sociaal vlak). Inzetten op vroegtijdige detectie en tegemoet komen aan werkelijke preventie- en zorgnoden, gebeurt voorlopig nog te weinig (24).

Budget gezondheidszorg in 2010 (in miljard euro)



Budget gezondheidszorg in 2010 (in miljoen euro)



Bron: Van Audenhove, 27 maart 2014

4 Zorgaanbod

Niettegenstaande de verbreding van het aanbod vormt de zorg voor geestelijke gezondheid nog steeds geen duidelijk aaneengesloten geheel van voorzieningen en zorgaanbieders. Vaak wordt er nog onvoldoende onderling samengewerkt (25). Er zijn schotten op organisatorisch en op beleidsniveau (26). **Door deze versnippering hebben mensen vaak moeite om hun weg te vinden in een ingewikkeld zorglandschap. Dat blijkt ook voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg en daarbuiten vaak een kluwen.**

De evolutie in het denken over de geestelijke gezondheidszorg gaat steeds meer de richting uit van 'continuïteit van zorg', 'zorg op maat' en 'de zorg volgt de cliënt'. Volgens die principes moet de zorgvraag primeren op het zorgaanbod. De hulpverlening is tot op heden echter nog niet op die manier georganiseerd (27).

De discussie over de vermaatschappelijking van de zorg is daar nauw mee verbonden. De samenleving moet zich daarop voorbereiden. De acceptatie van personen met psychische stoornissen vormt nog een groot probleem. Het is voor een psychiatrische patiënt bijvoorbeeld erg moeilijk om een woning te vinden (28). **Vermaatschappelijking van zorg mag ook het recht op en de toegang tot zorg niet ondergraven.** Kwetsbare mensen hebben meestal geen uitgebreid netwerk. De inschakeling van vrijwilligers en mantelzorgers kan en mag professionele zorg niet vervangen.

De moeilijke zoektocht naar aangepaste hulp en de bespreekbaarheid van psychische problemen zijn pijnpunten, maar het zorgaanbod zelf is dat zeker ook. In het beleidsplan geestelijke gezondheid Vlaanderen van minister Jo Vandeurzen (2010) lezen we daarom dat ons land op vlak van geestelijke gezondheid beter kan.

C. Nieuwe ontwikkelingen

De laatste jaren ontstaan er in de geestelijke gezondheidszorg meer en meer initiatieven die antwoorden trachten te bieden op een aantal van deze belangrijke uitdagingen. Vaak gaat het daarbij om experimenten met een andere organisatie van zorg met daarin meer oog voor preventie of overkoepelende zorg. We staan hieronder kort stil bij enkele voorbeelden.

1 Artikel 107

Op basis van ‘artikel 107’ van de ziekenhuiswet lopen er momenteel projecten waar de meest verregaande veranderingen betrekking hebben op de (verdere) **afbouw van de nog sterk geïnstitutionaliseerde zorg en een daaraan gekoppelde opbouw van gemeenschapsgerichte zorg**. Er wordt geëxperimenteerd met zorgcircuits, waarbij een aanbod van zorg georganiseerd wordt en met zorgnetwerken waarin verschillende zorgaanbieders in een bepaalde regio verschillende zorgcircuits realiseren (29). Binnen de zorgcircuits en zorgnetwerken dienen minstens een aantal kernfuncties te worden uitgebouwd. Ambulante mobiele teams bieden bijvoorbeeld zorg aan huis. Er dient oog te zijn voor preventie, vroeg detectie en herstelgerichte zorg (voor een volledig overzicht zie www.psy107.be).

2 Eerstelijnspsychologische functie

Verder lopen er momenteel zeven projecten eerstelijnspsychologische functie (van december 2011 tot december 2014), waarbij geëxperimenteerd wordt met **geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn door middel van inbedding van een psycholoog in een eerstelijnswerking**. De focus ligt op een kortdurende, laagdrempelige en generalistische aanpak en oog voor preventie (voorkomen dat problemen escaleren). Een nauwe samenwerking met andere hulpverleners wordt uitgebouwd. Vroegdetectie en vroeginterventie bij psychische problemen wordt bevorderd.

3 Erkenning klinisch psychologen en psychotherapeuten

Na jarenlang ijveren is de erkenning voor klinisch psychologen en psychotherapeuten per 1 januari 2016 een feit. Dit is een voorwaarde om verdere stappen te kunnen zetten in de richting van de terugbetaling van consultaties bij een psycholoog of psychotherapeut, die er momenteel nog niet is.

4 Inzet op beeldvorming

Daarnaast is er veel meer dan vroeger aandacht voor beeldvorming over geestelijke gezondheid. Meerdere campagnes, initiatieven en een website (www.geestelijkgezondvlaanderen.be) proberen een attitudewijziging rond psychische problemen en kennis over pathologie en de beschikbare zorg op een positieve manier bij te sturen.

5 Preventief en gezondheidsbevorderend werken

Het nieuwe Vlaams actieplan suïcidepreventie zet via verschillende strategieën in op de bevordering van de geestelijke gezondheid van het individu en de samenleving en op het terugdringen van het aantal suïcides en suïcidepogingen in Vlaanderen. Het nieuwe noodnummer 1813 en het daaraan gekoppelde digitale platform www.zelfmoord1813.be tracht mensen met suïcidale gedachten vroegtijdig te bereiken.

3.2 De link met armoede

3.2.1 Armoede en geestelijke gezondheid: dubbel stigma, dubbele kwetsbaarheid

Armoede in cijfers

Armoede is een ruim begrip. ‘De arme’ bestaat niet. Het gaat om een zeer diverse groep van mensen, die niet zomaar met elkaar te vergelijken vallen. Wat ze met elkaar gemeen hebben, is dat hun levensconditie op een bepaald moment fragiel en arm aan kansen wordt (30).

In België leeft 15,3% van de bevolking onder de armoederisicodrempel (EU-SILC, 2011). Voor een gezin bestaande uit twee volwassenen en twee kinderen ligt de armoederisicodrempel op 2.101€/maand, voor een alleenstaande ouder met een kind op 1.300€ en voor een alleenstaande op 1.000€. Iets meer dan één op zeven Belgen (één op tien in Vlaanderen en bijna één op vijf in Wallonië) moet maandelijks rondkomen met minder dan 1.000€ (31). De subjectieve armoede ligt nog een stuk hoger op 20,8% (15% in Vlaanderen, 27,6% in Wallonië). Over een periode van vier jaar was 27,8% of meer dan één op vier Belgen minstens een jaar arm (32). Onderzoek leert dat hoe langer men in armoede leeft, hoe kleiner de kans wordt om er ooit nog uit te geraken (33). Er wordt daarnaast een stijgend armoederisico vastgesteld bij kinderen en jongeren. Het financiële armoederisico bij kinderen steeg van 15,3% in 2005 naar 18,7% in 2010 (34).

Dit zijn verontrustende cijfers en ook in het jaarboek armoede en sociale uitsluiting (2013) wordt alarm geslagen. Ondanks de aanzienlijke groep van mensen waarover het gaat, slagen we er niet in om de armoedecijfers te laten dalen. De cijfers voor kinderarmoede stijgen en de kloof tussen arm en rijk wordt steeds groter.

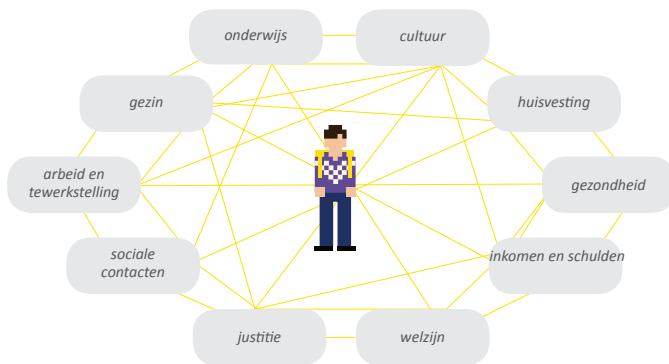
Maatschappelijke effecten

Het maatschappelijk bewustzijn rond armoede blijkt slechts moeizaam aan te wakkeren. Armoede en uitsluiting leggen nochtans een grote druk op mensen in armoede én op de samenleving. Verschillende auteurs halen aan dat de gevolgen van de groeiende kloof tussen arm en rijk voor een samenleving nauwelijks te overschatten valt. Eén van hen is de Britse socioloog Richard Wilkinson (35), wiens onderzoek effectief aantoonde dat ongelijkheid de maatschappij schaadt. Hoe groter de ongelijkheid, hoe meer mentale problemen, criminaliteit, drugs- en middelengebruik. Dezelfde factoren spelen ook in functie van stigmatisering. In landen met meer welvaart en meer sociale gelijkheid heeft men minder negatieve attitudes tegenover personen met psychische problemen (36).

Buitenkant en binnenkant van armoede

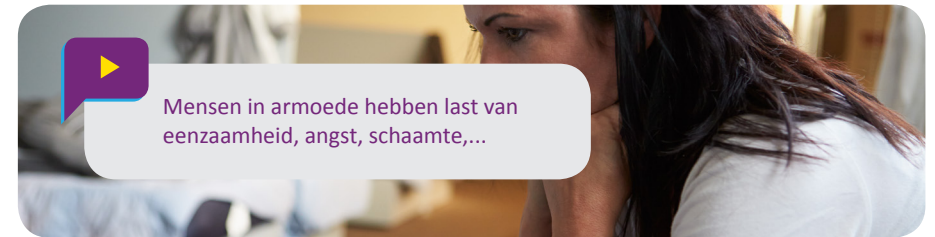
Armoede gaat over een veelheid aan problemen op verschillende vlakken. Alles is verweven en problemen op één levensdomein versterken de problemen op andere levensdomeinen. Leven in armoede gaat gepaard met een harde dagelijkse realiteit van voortdurende 'kopzorgen' over onbetaalbare rekeningen, over (de toekomst van) de kinderen, een slechte huisvesting...

Die realiteit wordt door mensen ervaren als een belangrijke bepalende factor voor hun welzijn (37). In één van de verenigingen verwoordt iemand het als volgt: *"Ik zou graag rust willen en een goei huisvesting. Want ge hebt altijd maar zorgen. Over de kinderen, over uw huisvesting, over de tandarts die ik niet kan betalen. Het houdt nooit op"*.



Het web van Armoede

'Vanbinnen' hebben mensen in armoede last van eenzaamheid, angst, schaamte, een gebrek aan perspectief, het gevoel nergens invloed op te kunnen uitoefenen en geen controle te hebben, weinig vertrouwen in zichzelf en in de maatschappij. Dit zijn de kwetsuren door armoede veroorzaakt, die slechts moeizaam herstellen. Of hoe "armoede niet enkel gaat over 'hebben' maar ook over 'zijn'" (38).



Effect op geestelijke gezondheid

Het subjectieve gevoel van controle en de daarmee samenhangende voorspelbaarheid van interne en externe gebeurtenissen, zijn belangrijke criteria voor een positieve geestelijke gezondheid. Net zaken waaraan het mensen in armoede ontbreekt. Dit afwezige controlegevoel en de neiging om gebeurtenissen toe te schrijven aan factoren die men niet zelf kan beïnvloeden, kan op zich al aanleiding geven tot psychische problemen (39).

Naast het afwezige controlegevoel, zorgt de opeenstapeling van stressfactoren en een gebrek aan positieve ervaringen bij mensen in armoede voor een enorme mentale belasting. Meervoudige uitsluiting en zich afsluiten gaan hand in hand. In combinatie met hun gekwetste binnenkant, met structurele mechanismen van uitsluiting en een beperkt of afwezig sociaal netwerk, maakt dit mensen in armoede extra kwetsbaar voor psychische problemen. *"Wanneer de binnenkant te zwaar belast wordt en voortdurend onder druk staat, is de kans op psychische problemen zeer reëel."* (40) Of hoe een samenspel van factoren voor mensen in armoede geen beschermende rol speelt, maar mee de basis legt voor het ontstaan van psychische problemen.

Onderaan de maatschappelijke ladder zijn er daarom meer mensen die zich niet goed voelen, die depressies, angsten en slaapproblemen hebben (41). Uit onderzoek blijkt dat 72% van de personen die beroep doen op een OCMW of op een CAW zich psychisch niet goed voelen. Dit zijn veel hogere cijfers dan personen die geen

beroep doen op sociale ondersteuning (42). Er is ook een relatie tussen het niet kunnen rondkomen met je inkomen en de kans op het ontstaan van depressie (43). Omgekeerd kennen psychiatrische patiënten een hoger risico op armoede (44).

De meerderheid van de mensen die ooit arm zijn, is dat voor een korte periode. 9 % is in ons land langdurig arm (45). Heel wat mensen die al geruime tijd in armoede leven, dragen daarenboven lasten mee uit het verleden. Dat geldt het meest voor mensen die in generatiearmoede leven. De 'rugzak' die ze meedragen, maakt het bijzonder moeilijk om op eigen kracht uit de vicieuze cirkel van armoede te geraken. Psychologisch gezien is generatiearmoede van een andere orde dan armoede die iemand in de loop van zijn leven treft. Het gaat om een fundamentele kwetsbaarheid. De chronische stress verbonden aan een leven in generatiearmoede weegt nog sterker op iemands psychische weerbaarheid (46).

Conclusie

Heel wat mensen krijgen te maken met psychische problemen. Hetzelfde geldt voor armoede. Aan beide problemen kleeft een stigma en beide hebben een stevige impact op het individu en op de samenleving. **De combinatie van armoede en problemen op vlak van geestelijke gezondheid, zorgt voor een dubbel stigma.** Beide problemen zijn gerelateerd en versterken elkaar. Wie kampt met ernstige psychische problemen, heeft meer kans om in armoede terecht te komen. En armoede maakt (psychisch) ziek. Ondanks de creativiteit en veerkracht die mensen in armoede vaak aan de dag leggen, tast armoede de sterkte en de slagkracht van mensen aan. Het maakt hen kwetsbaarder voor psychische problemen dan mensen die niet in armoede leven. Omwille van diezelfde reden hervallen zij ook vaker dan mensen die niet in armoede leven: *“Wie zijn hele leven stress heeft, lijdt psychisch en heeft vaker hulp nodig”* (47)

3.2.2 Van kwetsbare ouders naar kwetsbare kinderen

Ook kinderen lijden onder de armoede waar ze via hun ouders in terecht komen. Dit niet enkel door de materiële beperkingen, maar ook omwille van de spanning en onzekerheid die hun leefomgeving tekent (48). Ouders die in armoede leven kunnen de basisvoorwaarden voor een gezonde ontwikkeling van hun kind, zoals basisvertrouwen en erkenning, niet altijd bieden. Kinderen die in armoede geboren worden, hebben daarom veel kans om in hun eerste ontwikkelingsmogelijkheden beperkt te worden. De negatieve effecten van armoede werken bovendien cumulatief door: ze stijgen naarmate een kind ouder wordt (49). Het gebrek aan basisvertrouwen en erkenning, zet zich versterkt door in de latere schoolloopbaan, werkomgeving en persoonlijke relaties. De eerste levensjaren zijn zo een (gedeeltelijke) afspiegeling voor later. Jonge kinderen in armoede zijn op dit vlak dus kwetsbaar. Ze lopen ook gevaar om op hun beurt weinig psychologisch kapitaal op te bouwen en de keten van armoede en van armoedegerelateerde problemen verder te zetten (50). Het door hen ervaren tekort aan affectie en erkenning wordt doorgegeven in de opvoeding aan hun eigen kinderen. Een gezin, relaties of maatschappelijke contacten zijn nooit evident voor kinderen die opgroeien zonder veilige gehechtheid en ontwikkeling (51). Gelinkt aan de stijgende cijfers voor kinderarmoede in Vlaanderen bij de jongste kinderen, is hier sprake van een alarmerende situatie.

Uit onderzoek blijkt daarnaast dat 30 tot 70% van de kinderen van ouders met een psychische stoornis, zelf een psychische stoornis ontwikkelen (52). **Kinderen in armoede lopen dus een dubbel risico: De armoedesituatie op zich zorgt voor een verhoogde psychische kwetsbaarheid. Daarnaast is er de hogere kans op een ouder met psychische problemen.**

Dit alles onderstreept het belang van geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede. Preventieve en curatieve aandacht voor geestelijk welbevinden kan voor ouders in armoede betekenen dat er meer ruimte komt voor een beter thuis- en opvoedkundig klimaat. Dit helpt om de zorg voor de kinderen beter aan te kunnen en om ook op andere vlakken de kracht te vinden om stappen te zetten die hun situatie ten goede kan komen. Wie mentaal in de knoop zit, vindt immers nog moeilijker werk, een geschikte betaalbare woning of een gepaste opleiding voor zichzelf of de kinderen (53). Gezien het belang van het klimaat waarin kinderen opgroeien, biedt dit kans op het doorbreken van de armoedecirkel en op een verminderde kwetsbaarheid op vele vlakken. Een goede geestelijke gezondheid van ouders straalt met andere woorden ook af op de kinderen en kan voor kwetsbare groepen een verschil maken.

3.2.3 (On)toegankelijke geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheid van mensen in armoede staat extra onder druk. Het is dan ook belangrijk dat het hulpverleningsaanbod aansluit bij de noden van deze doelgroep en dat geestelijke gezondheidszorg voor hen toegankelijk is (54). De ervaring leert echter dat mensen in armoede de stap naar hulp moeilijk zetten. Wanneer mensen in armoede op zoek gaan naar psychische hulp, vinden ze maar moeilijk aansluiting bij het bestaande hulpverleningsaanbod (55).

Andere leefwereld

Hulpverleners en mensen in armoede hebben weinig voeling met elkaars leefwereld. *“Hun leefwereld staat zo ver weg van die van de hulpverlening, dat die kloof een extra probleem vormt. In plaats van hulpverlening op hun maat, moeten zij zich aanpassen aan de codes, normen en waarden van de hulpverlening. Hulp zoeken wordt dan soms een extra probleem. Zij weten ook niet hoe het er in de hulpverlening aan toe gaat. Dat verhoogt de drempel”* (56).

Versnipperd aanbod, focus op individuele problemen

Mensen in armoede krijgen vaak met veel verschillende hulpverleners te maken, die elk focussen op hun eigen specialiteit (opvoedingsondersteuning, budgetbegeleiding...). Hierdoor wordt vaak vanuit goede bedoelingen hun situatie fragmentarisch en probleemgericht bekeken. Het focussen op deelaspecten en op het individu staat voorop. **Mensen worden aangesproken op hun persoonlijk aandeel, er wordt gewerkt met handelingsplannen voor personen en/of gezinnen, de hulp/dienstverlening wordt gemoduleerd... terwijl nochtans structurele oorzaken van armoede een belangrijke rol spelen** (57). De focus wordt gericht op het individu en de context verdwijnt naar de achtergrond. Het toont opnieuw het belang aan van de combinatie van een individuele aanpak én interventies op maatschappelijk vlak.

Dit soort hulpverlening heeft vaak een negatief effect op het hulpverleningsproces. Het leidt tot frustraties bij mensen in armoede en bij hulpverleners (we komen hier verder op terug). Daarnaast wordt de stap naar zorg vaak te laat gezet en is het aanbod voor mensen in armoede niet gekend of onduidelijk.

“Het is moeilijk om je weg te vinden in het kluwen van hulpverlening. Mensen in armoede worden soms overstelpt door hulpverleners, met elk hun eigen wetenschap: maatschappelijk werkers van het OCMW of elders, buurtwerkers, budgetbegeleiders, CLB's, wijkagenten, thuishulp, thuisverplegers... Elke hulpverle-

ner houdt zich met zijn eigen opdracht bezig en niemand heeft het overzicht. Welke hulpverlener heeft aandacht voor geestelijke gezondheidszorg? En als iemand een dringend probleem heeft of in een crisis zit, waar moet hij dan naar toe? Dat kluwen van organisaties is zo onoverzichtelijk, dat het bijzonder moeilijk is om te weten waar je terecht kan. Er zijn veel drempels om hulp te zoeken. Voor wie toch de stap zet, zijn er daarna ook nog veel drempels om de juiste hulp te vinden” (58).

Te weinig op maat

Wanneer mensen wel hun weg vinden naar een hulpverleningsaanbod, dan botsen ze vaak op vooraf vastgestelde trajecten waar ze moeilijk in passen. Er is een grotere investering van tijd nodig om samen met hen tot positieve resultaten te komen; ze komen vaker dan anderen niet opdagen op afspraken... **De spreidstand tussen het werken op maat en het doen afnemen van de wachtlijsten, is er één die moeilijk houdbaar is. Dit leidt er vaak toe dat men niet uitdrukkelijk kiest voor deze doelgroep.** Bovendien wordt er in ons land relatief weinig budget uitgetrokken voor geestelijke gezondheidszorg. De huidige projecten konden wel inzetten op deze specifieke aanpak en de andere organisatie van zorg, met de reeds aangehaalde positieve resultaten als gevolg. Door de verkregen financiële ruimte konden ze zich onttrekken de vicieuze cirkel van efficiëntie-denken en werken met makkelijk bereikbare groepen. Dat is door de beperkte budgetten veel minder evident binnen hun reguliere werking. We zien in dit efficiëntie-denken en in de bijhorende kostenbatenredenering een uitloper van ons huidig maatschappelijk model.

“Mijn ervaringen in het dagcentrum waren heel positief! Het enige nadeel aan het dagcentrum was dat ik er maar een jaar kon blijven. Ik moest toch steviger in mijn schoenen staan. Een maand nadien herviel ik in angsten waar ik nu medicatie voor moet nemen. De steun van het dagcentrum was plots weg. Je wordt in de wereld losgelaten terwijl ik nog zoveel problemen had die ik wilde oplossen. Daar had ik steun en vertrouwen – er zijn weinig mensen die ik vertrouw - en mensen die me konden wakker schudden. Ik heb ‘t gevoel dat ik daarmee verder zou komen en de medicatie niet nodig zou hebben” (59).

Financiële drempels

“Ik werd naar de spoed gebracht door politieagenten die dachten dat ik in een crisis verkeerde. Er kwam een psychiater. Ik zei meteen dat ik geen geld had om de consultatie te betalen. De psychiater zei: “Dan kan ik u niet helpen. Ga maar naar huis” (60).

Afsluiting en zorgvermijding

Uitsluiting gaat hand in hand met afsluiting. Personen en families die soms generatie na generatie dieper wegzinken in armoede, belanden aan de rand van de maatschappij. Ze worden maatschappelijk uitgesloten. Om zich psychisch te beschermen, trekken ze zich meer en meer terug. De negatieve reacties van de maatschappij tasten hun zelfvertrouwen aan, waarop zij op hun beurt wantrouwig en afwijzend reageren en zo de negatieve reactie versterken (61).

Mensen in armoede hebben het gevoel te moeten ondergaan in plaats van zelf te kunnen sturen. In combinatie met faalervaringen wanneer ze de stap naar (geestelijke) hulpverlening toch zetten, leidt het tot ‘aangeleerde hulpeloosheid’ (62).

Er worden geen inspanningen meer ondernomen omdat men niet meer gelooft in enige kans op succes. Daar komt bij dat het fundamenteel wantrouwen dat heel wat mensen in armoede door de jaren heen in hun contacten met de samenleving hebben opgebouwd, afstraalt op een hulpverlener die er in hun ogen onderdeel van uitmaakt of deze samenleving vertegenwoordigt. Uiteindelijk sluiten mensen zich af en gaan ze hulp mijden. Men spreekt dan over zorgvermijding (63).



Zorgverlamming bij hulpverlening

Zorgvermijding door mensen in armoede gaat hand in hand met zorgverlamming door zorginstellingen. **Zorgverlamming staat voor het mijden of uit de weg gaan van moeilijke cliënten door zorginstellingen** (64). Aan de basis liggen institutionele kaders waardoor hulpverleners kunnen vervallen in het mechanisme van ‘afroming’. Om interne indicatoren te halen, richt men zich eerder op ‘gemakkelijkere en gemakkelijk bereikbare’ cliënten waarvan men er ook meer kan helpen. Het

heersende efficiëntie-denken dat zich vanuit de ruimere maatschappelijke context doortrekt naar zorgverlening in het algemeen, speelt daarin ook een rol. Een voorbeeld hiervan zijn psychiatrische patiënten die tijdens hun opname weerbarstig zijn of de rekening niet kunnen betalen, en daarna in sommige instellingen niet meer welkom zijn (65).

Ook de reeds aangehaalde versnippering in het hulpverleningsaanbod (op inhoudelijk vlak, maar ook in de verschillende fases in het hulpverleningsproces: onthaal, intake, begeleiding, nazorg) draagt bij tot zorgverlamming. **Herstel wordt bemoeilijkt omdat het totaalbeeld verdwijnt en niemand de eindverantwoordelijkheid heeft.** Zeker in contact met mensen in armoede met problemen op vele domeinen en wiens geestelijke gezondheid sterk bepaald wordt door een ruimere maatschappelijke context, kan dit leiden tot machteloosheid bij hulpverleners die het nochtans goed menen. Daarnaast wordt het mechanisme van zorgvermijding door de omgeving (en dus ook door hulpverleners) vaak geïnterpreteerd als passiviteit of als een gebrek aan motivatie. Het is voor hulpverleners moeilijk om te gaan met het fundamentele wantrouwen dat heel wat mensen in armoede met zich meedragen. Zorgverlamming kan uiteindelijk het resultaat zijn (66). Hulpverleners gaan zich dan eerder richten naar andere cliënten waarvoor men naar eigen gevoel en omwille van de organisatie van de hulpverlening meer kan betekenen. Ook in de geestelijke gezondheidszorg gaan isolement en uitsluiting zo samen.

Efficiëntie-paradox

Jansen, Chioncel & Dekkers (67) bekritisieren dat mensen hun handelen alleen nog maar verantwoordten ten aanzien van de criteria efficiëntie en kostenbeheersing: we voelen ons moreel niet meer verantwoordelijk voor de ander. Ethiek wordt een zaak van persoonlijke keuze en stijl. Het verdwijnen van ethische vragen en belangen uit de publieke ruimte en uit de sociale instituties zorgt zo voor een privatisering van de moraliteit. Jansen, Chioncel & Dekkers roepen op tot een re-moralisering van de publieke ruimte.

Geldof & Driessens (68) verwijzen in deze context naar de efficiëntie-paradox, die inhoudt dat er door het zoeken naar meer efficiëntiewinst op een zeker moment gekomen wordt tot kwaliteitsverlies en uiteindelijk dus ook tot efficiëntieverlies. De voortdurend toenemende productiviteitsdruk zorgt ervoor dat er steeds minder ongeplande tijd meer is. Alle tijd wordt ingevuld, grondig gepland en met een maximaal rendement benut. Voor relationele diensten is er echter ook ongeplande tijd nodig.

Kunneman (69) maakt onderscheid tussen ‘prestatietijd’ en ‘betekenistijd’. Prestatietijd is planbare en berekenbare tijd, waarin alleen maar gebeurt wat van te voren bedacht werd. De uitdaging bij prestatietijd is om hem efficiënter te besteden en liefst zo ‘tijd’ te besparen. Betekenistijd heeft intrinsieke betekenis en is niet al op voorhand bepaald door een extern doel, “maar is tot op zekere hoogte open, en precies die openheid maakt dat betekenistijd met zin gevuld kan worden” (70). Betekenistijd is niet te plannen, maar er kunnen wel voorwaarden gecreëerd worden “waaronder betekenisvolle ervaringen en momenten meer kansen krijgen om op te treden” (71). Kunneman (72) adviseert professionals om “deze activiteiten niet alleen laten regeren door prestatietijd, maar ook en vooral gericht blijven op de voorwaarden waarbinnen mensen intrinsieke betekenis ervaren”.

Gekleurde armoede

Onze maatschappij wordt steeds multicultureler. Armoede bij mensen van vreemde origine ligt veel hoger dan het nationale armoedecijfer. Zo sprak professor Van Audenhove (73) over de verhoogde incidentie van psychoses in migratiegemeenschappen. Daar komt bij dat er binnen verschillende culturen anders wordt omgegaan met geestelijke gezondheid. **De toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede van vreemde origine verdient specifieke aandacht. Voor mensen zonder papieren is de situatie uiterst precair.**



Vermaatschappelijking van de zorg voor iedereen?

Mensen in armoede kunnen vaak niet terugvallen op een netwerk of ze ervaren hun netwerk niet als positief ondersteunend. De verantwoordelijkheid die binnen de vermaatschappelijking van de zorg gelegd wordt bij de cliënt en zijn omgeving, is voor hen dus problematisch. **Het Netwerk tegen Armoede vangt signalen op van verenigingen waar armen het woord nemen over een toestroom van mensen met**

psychische problemen en een psychiatrische problematiek. De oorzaak ligt wellicht bij een combinatie van factoren en toont onder andere de nood aan laagdrempelige ontmoetingsplekken. Het gevaar dat deze laagdrempelige plekken overbelast worden is niet denkbeeldig.

Conclusie

Een grote groep mensen met psychische problemen vindt nog steeds geen toegang tot de zorg. Kwetsbare groepen zijn daarin oververtegenwoordigd. Mensen in armoede behoren tot die groep. Het noopt minister Jo Vandeuren om in zijn beleidsplan (2010) te stellen dat “*De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede in het bijzonder een blijvende bezorgdheid is*”. Tot die conclusie kwam ook de werkgroep geestelijke gezondheidszorg (2010) ter voorbereiding van de conferentie eerstelijnszorg. Ze stelt verder onder andere dat er voor deze groepen specifieke methodieken en zorgvormen nodig zijn en dat de geestelijke gezondheidszorg ook naar buiten zal moeten komen om deze doelgroepen beter te bereiken.



IV. Naar een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede: aanbevelingen

De projecten ‘Oog voor elkaar, ook met elkaar’ tonen dat het kan; een geestelijke gezondheidszorg die ook voor mensen in armoede toegankelijk is. De vier projecten verlenen ons inzicht in wat kan werken en wat er moeilijk loopt. Op basis hiervan formuleren we aanbevelingen aan beleid en werkveld.

4.1 Aanbevelingen naar beleidsmakers

① Doe aan globale armoedebestrijding

Indien men de geestelijke gezondheid van mensen in armoede echt wil verbeteren, moet men armoede aanpakken op een structurele en krachtgerichte manier. Hiervoor zijn investeringen en inspanningen nodig op verschillende domeinen. Zo heeft inkomensongelijkheid niet alleen een negatieve invloed op de sociale samenhang, maar ook op de (geestelijke) gezondheid.

In het project in Maasmechelen verwoordt men dit als volgt: *“Mensen wachten vaak heel lang om hulp te gaan zoeken. En als ze de stap dan zetten, komen ze vaak terecht op een wachtlijst. Dit is naar ons aanvoelen omdat er nog steeds een taboe rust op hulp zoeken, het gevoel van mislukt te zijn, het alleen niet redden... Deze schaamte is het gevolg van het maatschappelijk fenomeen dat het individu verantwoordelijk geacht wordt voor de invulling van zijn/haar leven. Vele mensen worden in een hokje geduwd met een uitkering, waar ze het maar mee moeten redden. Anderen komen in de problemen na een echtscheiding of een andere tegenslag in hun leven. Geestelijke gezondheid heeft met zoveel aspecten te maken. Er moet veel breder gewerkt worden dan alleen in de geestelijke gezondheidssector. Mensen moeten terug een plaats kunnen krijgen in de maatschappij”.*

② Zet in op een sterke, brede eerste lijn

Mensen in armoede worden geconfronteerd met verschillende zorg- en hulpverleners die elk focussen op hun specialisatie. Veel meer dan deze fragmentarische aanpak is er nood aan een meer generalistische manier van werken. Veel mensen in

hoofdstuk IV

Toegankelijke
geestelijke
gezondheid

armoede hebben geen vaste huisarts. In een van de projecten was een wijkgezondheidscentrum betrokken en zagen we de vele positieve effecten van toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg.

Er is dan ook nood aan een sterke, toegankelijke eerste lijn in zowel zorg als welzijn. Deze dient vanuit een globale kijk te werken. Vanuit zo'n eerste lijn kunnen er stappen gezet worden naar andere lijnen. Zorg- en hulpverleners in die eerste lijn dienen grondige kennis te hebben van het zorg- en hulpverleningslandschap.

3 Geef geestelijke gezondheidszorg een plaats in de eerste lijn

Momenteel is er geen duidelijk aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Sommige CAW's doen hier een aanbod, net als een aantal OCMW's, huisartsenpraktijken, wijkgezondheidscentra, privé-praktijken, enzovoort. Dit aanbod is erg ongelijk gespreid en niet altijd toegankelijk voor mensen in armoede. We vragen dan ook dat de uitbouw van een toegankelijke eerste lijn in de geestelijke gezondheidszorg. We vinden het erg goed dat er projecten eerstelijnspsychologische functie werden opgestart en hopen dat de lessen uit deze projecten worden vertaald in toekomstig beleid.

Uit onze projecten leerden we dat een eerstelijnspsycholoog idealiter in een laagdrempelige, multidisciplinaire setting werkt (bijvoorbeeld een wijkgezondheidscentrum). Zo'n psycholoog moet voldoende zicht hebben op en samenwerken met andere organisaties in bijvoorbeeld zorg en welzijn. Verder moet je snel terecht kunnen bij deze psycholoog en moet het aanbod betaalbaar zijn, ook voor mensen in armoede. Deze eerstelijnspsycholoog moet voldoende inzicht in armoede hebben en een opdracht krijgen voor mensen in armoede zodat dit in de praktijk niet een aanbod voor middenklassers wordt.

Twee projecten deden een aanbod rond geestelijke gezondheid in de vereniging waar armen het woord nemen. Er is geen vraag om in alle verenigingen een aanbod rond geestelijke gezondheid uit te bouwen. Ook in deze twee projecten dient nog bekeken te worden hoe men de samenwerking op langere termijn ziet.

4 Investeer in laagdrempelige ontmoetingsplaatsen

Mensen in armoede wijzen telkens opnieuw op het belang van laagdrempelige ontmoetingsplaatsen – los van hulpverlening - zoals verenigingen waar armen het woord nemen, buurthuizen... Zo'n initiatieven hebben een preventieve rol omdat mensen er vertrouwen opbouwen of andere mensen ontmoeten. Ze spelen ook een

belangrijke rol in het sturen van hulpverlening in de richting van een meer generalistische aanpak onder andere door hun eigen generalistische kijk (74).

Er moeten dus voldoende laagdrempelige ontmoetingsplaatsen zijn, die hun rol ten volle kunnen spelen. Zo mag een vereniging geen plek worden waar zorg standaard naar doorverwijst in functie van vrijwilligerswerk of als nazorg.

5 Zorg voor een voldoende en uitgebouwd aanbod

Geografische spreiding en bereikbaarheid van aanbod bleek een van de knelpunten in de projecten. Het is belangrijk dat hulp en zorg voldoende nabij en bereikbaar zijn. Schaalvergroting in organisaties hoeft geen negatieve effecten te hebben op bereikbaarheid indien men lokaal voldoende aanwezig kan zijn.

Mensen botsen op wachtlijsten bij CGG's, CAW's enzovoort. De drempel naar bijvoorbeeld een CGG is voor mensen in armoede al hoog. Een wachtlijst verhoogt deze drempel. Hulpverleners in de projecten spraken over de onmogelijke spreidstand tussen werken op maat voor mensen in armoede en wachtlijsten wegwerken.

We denken dat onder meer geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn aanbieden een positieve impact kan hebben op wachtlijsten. Heel wat mensen in de projecten gaven aan goed geholpen te zijn door bijvoorbeeld een aantal gesprekken bij een eerstelijnspsycholoog.



6 Stimuleer intersectorale samenwerking

Het is opvallend dat organisaties mekaar aanbod en manier van werken niet kennen en dat veel mensen in armoede het gevoel hebben nergens echt geholpen te worden. Goedbedoelde regels en procedures (bijvoorbeeld over aanmeldinmo-

gen niet als effect hebben dat mensen niet de nodige zorg en hulp krijgen
Samenwerking kan hier voor vooruitgang zorgen.

Samenwerking moet het niveau van overleg overstijgen. Samenwerking moet leiden tot een afgestemd aanbod, taakafspraken en verantwoordelijkheden. Oplossingen zoeken in de plaats van het doorschuiven van mensen of hen aan hun lot overlaten. Het resultaat moet zorg en hulp zijn die beter aansluit bij de noden van de cliënt. Idealiter vormen een aanbod vanuit CGG, CAW, via artikel 107... een zinvolle puzzel.

7 Stimuleer vraaggericht werken/ werken op maat

Veel mensen in armoede vinden niet de geschikte ondersteuning wanneer ze psychische problemen ondervinden en op zoek gaan naar hulp. Ze worden geconfronteerd met dubbeldiagnoses die hen uitsluiten van gepaste ondersteuning, botsen op hulpverleners die tot de middenklasse behoren en (te) weinig voeling hebben met leven in armoede. Ze botsen op 'hokjes' die binnen de geestelijke gezondheidszorg worden gecreëerd en waarin zij niet passen.

Therapie of hulp dient te worden aangepast aan de cliënt, niet andersom. Investeer meer in vraaggerichte hulpverlening en minder in het uitbouwen van een standaardaanbod. Dit hoeft niet haaks te staan op het wegwerken van wachtlijsten; zie bijvoorbeeld het voorstel om geestelijke gezondheidszorg een plaats te geven in de eerste lijn.



8 Bouw geen financiële drempels in

De financiële drempel is nooit de enige, maar wel een belangrijke drempel in functie van toegankelijkheid. Het is zinvol om samen met kwetsbare groepen te bekijken wat een haalbare bijdrage is voor bijvoorbeeld een consultatie bij een eerstelijnspsycholoog.

9 Geef zorg- en hulpverlening een duidelijke taak ten dienste van kwetsbare groepen zoals mensen in armoede

Kwetsbare groepen zoals mensen in armoede vallen vaak uit de boot in zorg- en hulpverlening. Een manier om te vermijden dat zorg- en hulpverlening voornamelijk gaat werken met 'meer rendabele' of 'makkelijker bereikbare' doelgroepen is hen een duidelijke taak te geven ten dienste van kwetsbare groepen. Zorg voor het juiste kader en budget en de juiste handvaten zodat men met deze groepen aan de slag kan.

Een van de handvaten die hulpverleners nodig hebben, is voldoende inzicht in armoede. Inzicht verwerven in armoede moet onder andere voldoende aan bod komen in alle opleidingen.

10 Werk op een bredere manier aan preventie en beeldvorming

Expliciet werken aan preventie en beeldvorming bleek omwille van diverse redenen niet vanzelfsprekend. Bij dit expliciet werken denken we bijvoorbeeld aan een vorming over geestelijke gezondheid aanbieden, infomateriaal verspreiden over geestelijke gezondheid... Toch zorgden de projecten voor zeer positieve effecten op vlak van preventie en beeldvorming op een meer indirecte manier. Bijvoorbeeld doordat geestelijke gezondheidszorg een gezicht kreeg, keken mensen in armoede positiever naar geestelijke gezondheidszorg. Geestelijke gezondheid werd bespreekbaar gemaakt in de projecten. Problemen escaleerden minder snel omdat mensen ergens terecht kunnen.

Eerder dan te investeren in campagnes en methodieken is er nood aan het bestrijden van armoede, laagdrempelige ontmoetingsplaatsen, een eerstelijnspsycholoog...

4.2 Aanbevelingen aan het werkveld

1 Maak kennis met organisaties in de buurt en stem af

Zicht hebben op elkaars aanbod en werking is een voorwaarde om juist te kunnen doorverwijzen en te vermijden dat mensen aan hun lot worden overgelaten. Maak afspraken over wie welke taken opneemt en probeer tot een meer afgestemd aanbod te komen.

Ga in dialoog met mensen in armoede en met hun verenigingen. “Onbekend is onbemind”, zo verwoordde een hulpverlener het in één van de projecten. Bij de analyse werd duidelijk hoe belangrijk het is om kwetsbare hulpvragers te leren kennen. Alleen zo zal er uiteindelijk meer op maat gewerkt worden. Toon hierbij respect voor de eigenheid van verenigingen; het is niet hun taak om bijvoorbeeld aan hulpverlening, screening of nazorg te doen. Ze kunnen wel meer inzicht in armoede creëren of drempels benoemen inzake toegankelijkheid.

2 Sta stil bij je houding als hulpverlener

De vele negatieve ervaringen van mensen in armoede met hulpverlening stippen onder meer het belang aan van een goede basishouding bij hulpverleners. Ook op de startdag voor de projecten lichtte Cis Dewaele (75) het belang van de houding van hulpverleners toe. Een participatieve basishouding is essentieel. Men moet vertrekken vanuit de krachten van mensen. Betrouwbaarheid en respect zijn belangrijk. Volg vorming om de leefwereld van mensen in armoede beter te leren kennen.

3 Werk op maat van mensen

Vertrek niet van een vooraf vastgelegd stramien. Zo bleek groepswork een krachtig medium indien men niet een standaard aanbod openstelde of bekendmaakte, maar wél naar een bestaande groep toestapte en samen een gesprek over geestelijke gezondheid aanging.

Probeer – zeker in de eerste lijn - zo integraal mogelijk te werken. Bekijk of de specialisatie of fragmentatie in de eigen organisatie leidt tot betere zorg voor kwetsbare groepen.

4 Probeer eigen drempels weg te werken

Durf bijvoorbeeld kritisch te kijken naar de procedures en regels die je als organisatie – goedbedoeld of onbewust - inbouwt (zie bijvoorbeeld 2.3.2 doorstroom en doorverwijzing). Resulteren deze in betere zorg of verhogen ze de drempel?

Zorg dat iemand in je organisatie blijvend de aandacht vestigt op kwetsbare groepen.

5 Breng geestelijke gezondheidszorg naar de mensen

Een psycholoog in een wijkgezondheidscentrum, samen met een vereniging waar armen het woord nemen een groepswerking uitbouwen, aanwezig zijn op een activiteit van een organisatie uit de nulde of eerste lijn... Vanuit geestelijke gezondheidszorg naar mensen en organisaties toe stappen bleek drempelverlagend te werken.

Het kost mensen in armoede vanuit hun voorgeschiedenis moeite om een vertrouwensrelatie aan te gaan met hulpverleners. Wanneer men kan vertrekken vanuit een vertrouwde uitvalsbasis, of als die als ‘link’ benut kan worden, ontstaat er



Referenties

- 1, 3, 4, 10, 13, 18, 20 24, 25, 27, 36, 39 VVGG (2014). Omgaan met geestelijke Gezondheidsproblemen voor Overheden en Organisaties. Brussel: Politeia.
- 2 <http://who.int/en/>
- 5, 6, 7, 9, 42, 44, 52 www.geestelijkgezondvlaanderen.be
- 8 Sempels, Q. & Ketelslegers, B. (2014). De Aanwezigheid en Betrokkenheid van Personen van buitenlandse Herkomst in Verenigingen waar Armen het Woord Nemen. Brussel: Netwerk tegen Armoede.
- 11 Verhaeghe, P. (2014). Waar is de sociale psychiatrie naartoe? Studienamiddag Armoede en geestelijke Gezondheid 'Oog voor Elkaar, ook met Elkaar', Brussel, 27 maart 2014.
- 12 WHO (2009) geciteerd op p. V door Verhaeghe, P. (2014). Waar is de sociale psychiatrie naartoe? Studienamiddag Armoede en geestelijke Gezondheid 'Oog voor Elkaar, ook met Elkaar', Brussel, 27 maart 2014.
- 14 Van Audenhove, C. & Scheerder, G. (2010). Conferentie Eerstelijnsgezondheidszorg: Eindrapport Werkgroep 6 geestelijke Gezondheidszorg. Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg.
- 15 Vandeurzen, J. (2012). Vlaams Actieplan Suïcidepreventie 2012 – 2020. Brussel: Vlaamse Overheid.
- 16, 20, 21, 23, 24, 25 Van Herck, P. & Van De Cloot, I. (2013). Hoe Gezond is de geestelijke Gezondheidszorg in België? De Feiten achter de Mythen. Itinera institute.
- 17, 19, 29 www.psy107.be
- 22, 23, 26, 73 Van Audenhove, C. (2014). De eerstelijnspsychologische functie en haar meerwaarde voor mensen in armoede. Studienamiddag Armoede en geestelijke Gezondheid 'Oog voor Elkaar, ook met Elkaar', Brussel, 27 maart 2014.
- 28, 65 Vandekerckhove, S. (2014, 21 februari). Psychiatrie werkt met "zwarte Lijsten". De Morgen, pp. 2-3.
- 30, 46, 48, 49, 50 Geenen, G. & Corvelyn, J. (2010). Helpende Handen: Gehechtheid bij kwetsbare Ouders en Kinderen. Leuven: Lannoo Campus.
- 31, 32, 34, 45 Coene, J. (2013). Over inkomen en rondkomen. In D. Dierckx, J. Coene, A. Van Haarlem, & P. Raeymaeckers (Eds.). Armoede en sociale Uitsluiting: Jaarboek 2013 (pp. 47 – 65). Leuven: Acco.
- 33, 43 Levecque, K. & Vranken, J. (2007). Het verband tussen armoede en depressie: een tipje van de sluier opgelicht. In J. Vranken, G. Campaert, K. De Boyser & D. Dierckx (Eds.). Armoede en sociale Uitsluiting: Jaarboek 2007 (pp. 179 – 191). Leuven: Acco.
- 35 Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). The Spirit Level: Why more equal Societies Almost Always Do Better. London: Allen lane.
- 37 Vanhee, L., Laporte, K. & Corveleyn, J. (2001). Kansarmoede en Opvoeding: Wat de Ouders erover Denken. Leuven: Garant.
- 38, 40, 41, 47, 51, 58, 61, 62 Recht-Op (2008). Het zit Vanbinnen: Mensen in Armoede Vertellen hoe ze best geholpen Worden in de geestelijke Gezondheidszorg. Antwerpen: Recht-Op.
- 53 Corveleyn, J., Van Audenhove, C., Verhaeghe, P. & Vanhauwaert, F. (2014, 27 maart). Geestelijke Gezondheidszorg moet Mensen in Armoede Opzoeken. De Standaard, opinie
- 54, 55, 56 Ons Gedacht (2010). Ons Gedacht over geestelijke Gezondheid: Over de geestelijke Gezondheid en de geestelijke Gezondheidszorg in Lier. Lier: Ons Gedacht.
- 55, 59, 60, De Keeting (2009). Beroofd door je Hoofd: Geestelijke Gezondheidszorg en Armoede. verslagboek denk- en dialoogdag, Mechelen: De Keeting.

- 57, 62 't Schoederkloptje (2014). Beleidsdossier: Armoede en geestelijke Gezondheidszorg. 't Zarren: Schoederkloptje.
- 63, 64, 66 Schout, G. (2008). Zorgvermijding en zorgverlamming: Naar een praktijktheorie voor de openbare geestelijke gezondheidszorg, Tijdschrift Sociale Interventie, 17 (1), 15-26.
- 67 Jansen, T., Chioncel, N., & Dekkers, H. (2006). Social cohesion and integration: Learning active citizenship. British Journal of Sociology of Education, 27 (2), 189-205.
- 68 Geldof, D., & Driessens, K. (2003). Tijd voor aanwezigheid als voorwaarde voor duurzame hulpverlening: Kritische reflecties bij de presentietheorie. Sociale Interventie, 12 (2), 18-30.
- 69, 70, 71, 72 Kunneman, H. (1996). Van Theemutscultuur naar Walkman-ego: Contouren van Postmoderne Individualiteit. Amsterdam: Boom.
- 74 Raeymaeckers, P. & Van Riel, K. (2014). Generalistisch sociaal werk: Overbodige luxe of noodzakelijk goed? POW Alert, 40 (1), 55 – 62.
- 75 www.reachout.be

Van den Broeck, S. (2014). Op consultatie bij de huispsycholoog: Denk je gezond, Weliswaar, 117 (april-mei), 14-15.

Vandeurzen, J. (2010). Beleidsplan geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen. Brussel: Vlaamse Overheid.

Draaiboeken projecten

'Samen op de eerste lijn, het WERKT!', 2014 - 'OOG'eblik', 2014 - 'Geestkracht', 2014 - 'Goed weekend!', 2014.

Ogen

De schilderijen van ogen in deze publicatie werden geschilderd door Lies Daenen.



Samen armoede en sociale uitsluiting uitbannen.

In het Netwerk tegen Armoede werken 58 verenigingen in Vlaanderen en Brussel samen met het uiteindelijke doel armoede en sociale uitsluiting uit te bannen. In de verenigingen staan mensen in armoede centraal. Zij nemen er op alle niveaus het woord.

De verenigingen kunnen voor ondersteuning van hun werking beroep doen op het team van het Netwerk tegen Armoede. Ook de onderlinge uitwisseling van ervaringen, visies, succesverhalen en leerprocessen tussen de verenigingen is een belangrijke opdracht voor het Netwerk. Op basis van de ervaringen en de meningen van de mensen maken de verenigingen en het Netwerk dossiers op en stappen daarmee naar de overheid, de betrokken diensten, het brede middenveld en de publieke opinie. Dit met het oog op armoedebestrijding. Het Netwerk tegen Armoede werkt ook aan de verbetering van de beeldvorming rond mensen in armoede en het wegwerken van vooroordelen.

Samen investeren in welvaart en welzijn

Samen: Cera is een coöperatie van zo'n 412.000 vennoten en investeert samen met hen op financieel en maatschappelijk vlak. Onze investeringen dragen bij tot de welvaart van alle betrokkenen en tot het welzijn van de hele samenleving.

Investeren: Cera is een van de kernaandeelhouders van KBC Groep. Deze investering zorgt voor de stabiliteit en de verdere ontwikkeling van deze groep. Zo creëren we kansen voor directe en indirecte werkgelegenheid.

Welvaart: De investeringen van Cera bezorgen alle vennoten meer welvaart. Ze krijgen interessante voordelen, zoals kortingen op producten en evenementen en een financieel dividend.

Welzijn: Cera investeert in de samenleving via maatschappelijke projecten, op regionaal, nationaal en internationaal vlak. Deze projecten sluiten aan bij de waarden van onze coöperatie: samenwerking, solidariteit en respect voor het individu.

Meer info via www.cera.be





Colofon

Dit is een publicatie van het Netwerk tegen Armoede voor het project 'Oog voor elkaar, ook met elkaar'.

Redactie

Nele Lenaerts en Griet Briels

Eindredactie

Peter Heirman en Carmen Mathijssen

Promotorschap

Prof. Dr. Jozef Corveleyn

Vormgeving

Els Verzele | 125colors

Verantwoordelijke uitgever

Frederic Vanhauwaert
Netwerk tegen Armoede
Vooruitgangstraat 323 b6, 1030 Brussel

Info

www.netwerktegenarmoede.be

De geestelijke gezondheid van mensen in armoede en hun toegang tot geestelijke gezondheidszorg zijn kritieke punten. Werken aan de beeldvorming over armoede en geestelijke gezondheid en de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg is een belangrijke uitdaging. Daarom besloten Cera, de Vlaamse overheid en het Netwerk tegen armoede de handen in elkaar te slaan in het project Armoede en geestelijke gezondheid 'Oog voor elkaar, ook met elkaar'. In deze publicatie willen we u een beeld geven over dit project.

