

DEEL 1

Innovatie in de geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg: een nieuwe mindset?

Chantal Van Audenhove

SAMENVATTING

De vermaatschappelijking en de-institutionalisering van de geestelijke gezondheidszorg leiden tot veranderingen in de klinische praktijk. In dit artikel staan we eerst stil bij de intrede van een positieve visie en bij de veranderingen in de rol van de patiënt als actieve participant en ervaringsdeskundige. Meer zorg in de samenleving brengt mee dat ook de mantelzorger een belangrijke partner in de zorg wordt. De patiënt is in toenemende mate een volwaardige burger die deelneemt aan werk, educatie en vrije tijd. Toch is het niet enkel rozengeur en maneschijn. De strijd tegen het stigma dat nog steeds kleeft aan psychische ziek(t)en en de discriminatie die hiermee in onze samenleving gepaard gaat, blijven belangrijke uitdagingen. Ten slotte staan we stil bij de vooruitzichten voor de rol en taken van 'de klinisch psycholoog van de toekomst' in het licht van de geschetste ontwikkelingen.

Trefwoorden: vermaatschappelijking, participatie, herstel, burgerschap, klinisch psycholoog

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) in België is de laatste jaren voortdurend in beweging. Na de oprichting van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in de jaren 1970 werd de uitbouw van het beschut wonen in de jaren 1990 beschouwd als een belangrijke stap in de hervorming van residentiële zorg naar zorg in de samenleving. De innovatie- of transformatiebewegingen die we sedert 2010 meemaken, zijn echter van een heel ander kaliber. Het gaat nu niet meer om veranderingen in de zin van 'meer van hetzelfde' zoals uitbreidingen of het

omzetten van bedden of fte's in een subsector. We krijgen te maken met veranderingen die implicaties hebben voor de waarden die men centraal stelt, voor de relatie en machtsverhoudingen tussen professionals en patiënten, voor de naasten en voor de samenleving in al haar geledingen (Nelson, Kloos, & Ornelas, 2014).

De evoluties in de zorg hebben veel te maken met de wijze waarop men in de samenleving kijkt naar en denkt over (psychische) ziek(t)en en (psychische) kwetsbaarheid. Wereldwijd ontstaan immers nieuwe visies op beperking en handicap, waarbij men ook kijkt naar positieve aspecten van het functioneren in plaats van enkel naar onoverkomelijke belemmeringen. In toenemende mate erkennen samenlevingen dat er veel perspectieven zijn van waaruit men naar beperkingen in lichamelijke, psychische of sociale zin kan kijken. Vooral de visies op veerkracht en sterkte, en nieuwe soorten van competenties komen op de voorgrond te staan en openen perspectieven voor inclusie en participatie (Devlieger, Miranda-Galarza, Brown, & Strickfaden, 2016).

In België – zoals in de meeste rijke landen in West-Europa, de Verenigde Staten, Canada en Australië – evolueert men in de richting van volwaardig burgerschap: de persoon met psychische problemen heeft de rechten die elke burger heeft om als een volwaardig lid te kunnen participeren in de samenleving in al haar aspecten (Van Weeghel, 2010). Deze visie staat veraf van de vroegere visies, waarbij achtereenvolgens mensen met psychische problemen als gevaarlijk werden opgesloten, of sedert het begin van de vorige eeuw als 'zieken' in asielen levenslang verzorgd werden of, meer recent, als 'zieken' te genezen waren door de juiste somatische of psychologische therapieën (Kmita, 2005). Visies die overigens nog niet helemaal uitgestorven zijn; denken we maar aan de stigmatisering van mensen met psychische problemen of aan de wijze waarop men elders in de wereld nog steeds openlijk mensen met psychische problemen uitsluit en inhumain behandelt.

Het begrip 'vermaatschappelijking' wordt vaak gebruikt om te verwijzen naar zo'n nieuwe visie op de zorg en de implicaties ervan. Het is een verzamelnaam die verwijst naar zowel de sociale inclusie van patiënten als volwaardige burgers, de humanisering van de zorg, als naar de aandacht voor de maatschappelijke aspecten van psychische problemen. De financiële noodzaak om de ggz te hervormen in de richting van meer zorg in de samenleving (de-institutionalisering) manifesteert zich gelijktijdig met het opkomen van de 'herstelbeweging' die kritiek levert op de dominante zorgvisie in de residentiële ggz.

In dit artikel beschrijven we eerst de uitdagingen die de vermaatschappelijking in de context van de de-institutionalisering van de ggz met zich meebrengt. Vervolgens geven we een visie op herstel en de verandering in de rol van de patiënt, ex-patiënt, gebruiker als actieve participant en ervaringsdeskundige.¹ Meer zorg in de samenleving houdt ook in dat er meer aandacht komt voor de rol van de mantelzorger. Dat mensen met ernstige psychische problemen in de thuisomgeving geholpen en verzorgd worden, houdt noodgedwongen ook uitdagingen in voor de samenleving zelf: inclusie en participatie in werk, educatie en vrije tijd en omgaan met stigma en discriminatie. Tot besluit formuleren we een aantal uitdagingen en vooruitzichten voor de toekomstige generaties van klinisch psychologen. In dit artikel ligt de focus op België en Vlaanderen. We verwijzen waar mogelijk naar onderzoeksresultaten van

eigen bodem, maar ook naar relevante internationale bronnen; gelijkaardige trends doen zich immers in andere landen voor.

De vermaatschappelijking en de-institutionalisering van de ggz

België is een constante wereldleider als het gaat om het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden en het aantal opnames per honderdduizend inwoners (Eurostat, 2016; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2014). Buiten het feit dat dit historisch zo gegroeid is en dat de samenleving nog steeds veel verwachtingen koestert ten aanzien van het biomedische ziekte-genezingsmodel, zijn er geen goede redenen om dit hoge cijfer te verantwoorden. Het feit dat de betaalbaarheid van het systeem hierdoor onder druk komt te staan, leidt ertoe dat overheden in alle landen met een hoog beddenaantal naar afbouw hiervan en beperking van de opnameduur streven: de-institutionalisering. Maar een goed proces van afbouw van bedden vereist natuurlijk dat men de passende zorg ook kan bieden in de samenleving. Dat is echter niet steeds het geval (Meys, Hermans, & Van Audenhove, 2014). Puur op het organisatorische vlak is het aanbod in de eerstelijns-ggz op veel plaatsen niet goed gecoördineerd en versnipperd en werkt men vaak niet samen (Van Audenhove & Scheerder, 2010). De toegankelijkheid voor personen met ernstige psychische problemen is beperkt en de competenties in het omgaan met ernstige psychosociale en psychiatrische problemen schieten nog vaak tekort. De zorg voor de meest kwetsbare personen vertoont nog een ander, bijkomend knelpunt: vaak bestaat het netwerk van deze personen uit eveneens kwetsbare mensen of er is geen netwerk aanwezig, zodat misbruik, uitbuiting en criminaliteit op de loer liggen. De vermaatschappelijking van de zorg is dus een reële uitdaging.

Echte vermaatschappelijking van de zorg is meer dan mensen met psychische problemen in de samenleving laten wonen. Het impliceert ook volwaardig burgerschap van mensen met psychische kwetsbaarheid. De participatie in arbeid, educatieve en vrijetijdsomgevingen zijn hierbij basisvereisten, naast kwalitatieve woningen en woonbegeleiding. Ook op dat vlak is er veel in beweging en worden in toenemende mate mensen met psychische problemen gestimuleerd tot arbeidstrajectbegeleiding en toeleiding naar reguliere arbeid. De stigmatisering en sociale uitsluiting, die gepaard gaan met het 'etiket' van psychiatrische patiënt, zijn in onze samenleving nog steeds een belangrijke hinderende factor. De participatie van mensen met psychische problemen als volwaardige burger in het maatschappelijk leven is de krachtigste factor om daar verandering in te brengen.

De toegankelijkheid van de ggz is een ander belangrijk aandachtspunt. Het begrip 'behandelingskloof' verwijst naar het feit dat personen niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Thornicroft (2011) onderscheidt drie niveaus van *unmet need* of onvervulde zorgbehoeften. Een eerste niveau betreft het volledig ontbreken van een behandeling. In landen met hoge inkomsten zoals België krijgt ongeveer een op de drie patiënten een behandeling voor zijn probleem. Op een tweede niveau wordt er wel een behandeling geboden aan de persoon met een psychische problematiek, maar deze behandeling staat niet in verhouding tot de noden en zorgbehoeften van de persoon. Hierbij vermeldt Thornicroft (2011) dat sommige groepen, zoals migranten, personen in de forensische zorg, dak- en thuislozen, gemiddeld een complexere zorgbehoefte hebben die inhoudelijk en/of qua intensiteit niet overeenstemt met de feitelijk verkregen

hulp. Op een derde niveau gaat het om het verkrijgen van de gepaste psychiatrische zorg voor één problematiek, maar het ontbreken van zorg voor comorbide stoornissen, bijvoorbeeld een comorbide alcohol- of middelenverslavingsproblematiek of lichamelijke problematiek. Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bracht de mate van unmet need in Vlaanderen in beeld aan de hand van de data van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (Vanclooster, Vanderhaegen, Bruffaerts, Hermans, & Van Audenhove, 2013). In de analyse werden de prevalentie van psychische stoornissen, het zorggebruik en de onvervulde zorgbehoefte tot op provinciaal en stedelijk niveau in Vlaanderen berekend. Het probleem van de onvervulde zorgbehoefte komt in Vlaanderen vooral voor in de grootstedelijke omgevingen van Antwerpen en Gent (Brussel was niet opgenomen in de studie) en voornamelijk bij adolescenten. Verklaringen voor deze bevindingen houden verband met de aanwezigheid van meer kansengroepen² en personen met een migratieachtergrond in de grootsteden (Meys et al., 2014), en met het ontbreken van een toegankelijk ggz-aanbod voor adolescenten (Coppens et al., 2015). Op het organisatorische vlak heeft de Vlaamse overheid het initiatief genomen om door de invoering van een eerstelijnspsychologische functie de ggz-deskundigheid in de eerste lijn te versterken, de toegankelijkheid van eerstelijns-ggz te vergroten en een betere samenwerking met de gespecialiseerde ggz te installeren. Dat zijn belangrijke vernieuwingen en uitbreidingen van het werkveld van de klinisch psycholoog (zie infra).

De visie op herstel

De vermaatschappelijking van de ggz impliceert een nieuwe kijk op psychische problemen en op psychiatrische patiënten. Zij worden in toenemende mate gezien als mensen die een positieve bijdrage leveren aan de samenleving, als volwaardige burgers (Kmita, 2005; Lalsalvia et al., 2012; Van Weeghel, 2010). We mogen verwachten dat de visie op herstel het leidende paradigma is van waaruit men de hedendaagse ggz in toenemende mate organiseert. Het begrip ‘herstel’ kan op verschillende wijzen begrepen worden (Schrank & Slade, 2007; Slade, Amering, & Oades, 2008). Oorspronkelijk betekende herstel vooral klinisch herstel, met als belangrijk criterium de vermindering van symptomen van de psychiatrische problematiek, zoals gemeten met klinische instrumenten (Slade et al., 2008). Persoonlijk herstel daarentegen is gegroeid vanuit het gebruikersperspectief en verwijst naar het proces van hoop, positieve identiteit en controle over het eigen leven. De herstelbeweging ontstond als een reactie op de klinische definities van professionals waarin patiënten, ex-patiënten en gebruikers wezenlijke aspecten misten van wat zij zelf belangrijk vonden (Kerr, Crowe, & Oades, 2013; Schrank, Bird, Rudnick, & Slade, 2012; Werner, 2012; Yanos, Roe, & Lysaker, 2010). De definitie van Anthony (1993) kan beschouwd worden als een belangrijke mijlpaal in de paradigmaschift van de ggz. Hij definieerde *recovery* als:

“A deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.” (p. 527)

Recenter onderzoek brengt vijf onderliggende processen van herstel aan het licht, het zogenaamde CHIME-kader: *connectedness, hope and optimism, identity, meaning and purpose* en *empowerment* (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011; Van Audenhove, 2015).

De paradigmashift van een traditioneel klinisch paradigma naar een recoverymodel omvat meerdere aspecten (Le Boutillier et al., 2015). Zo komen de persoonlijke ervaringen van ggz-gebruikers centraal te staan in de studie van herstelprocessen. De herstelverhalen krijgen een centrale plaats en ze verleggen de focus van wat er fout loopt (disfuncties, gestoord gedrag, symptomen en klachten) naar de veerkracht en de positieve aspecten van de persoon (Anthony, 1993; Spaniol, 2008). Herstel is daarenboven een persoonlijk proces van de betrokkene en staat los van de interventies van professionals. De aandacht gaat vooral uit naar hoe men kan omgaan met de gevolgen van de ziekte, zoals het verlies van vrienden of financiële problemen. Immers, de gevolgen van de ziekte beschouwen veel patiënten als nefaster voor hun leven dan de klachten en de problematiek. Het geloof en de steun van anderen in de mogelijkheden tot herstel zijn bepalend voor het positieve verloop van het herstelproces (Van Audenhove, 2015). Het proces van herstel krijgt vandaag een zeer brede betekenis: het omvat het klinische herstel, evenals het persoonlijke en sociale herstel inclusief aspecten van participatie in het sociale leven, huisvesting, werk, studies en hobby's. Ook in België is de herstelbeweging sedert enkele jaren goed op gang gekomen.

De ervaringsdeskundigheid als belangrijke bron van kennis

Een centraal vertrekpunt in de visie op herstel is de eigen ervaringsdeskundigheid van de persoon met een psychische kwetsbaarheid. Het gaat hierbij in essentie om zijn vraag of doel en zijn visie op wat hem helpt om dat doel beter te bereiken. Professionals hebben in dit proces niet noodzakelijk een rol. De herstelbeweging heeft een belangrijke stroom van zelfhulpactiviteiten op gang gebracht, eerst in de Verenigde Staten, daarna in sommige koploperlanden in Europa, zoals Nederland (HEE; <https://www.hee-team.nl>) en het Verenigd Koninkrijk (ImROC; <https://imroc.org>), en recenter in België.

Herstelondersteunende zorg vertrekt dus niet van een 'objectieve' analyse van een probleem, symptoom of zorgbehoefte door professionals, maar wel van de vraag van de persoon zelf. Het aanbod houdt rekening met de sterkte van de persoon, met de veerkracht en met de positieve aspecten in de omgeving van de persoon. De zorgverstrekkers ondersteunen mensen om het stuur over hun eigen leven weer in handen te krijgen en om goede kwaliteit van leven te verwerven. Empowerment wordt een centraal concept.

Dit betekent uiteraard niet dat de klinische kennis en deskundigheid van de professionals overbodig zouden zijn. Maar het is niet meer de dominante visie van waaruit alles vertrekt. Integendeel, de ervaringsdeskundigheid van mensen met een psychische kwetsbaarheid wordt in toenemende mate als een belangrijke bron van kennis beschouwd, zowel door professionals als door de 'empowerde' (ex-)gebruikers van de ggz. Illustraties hiervan vinden we in de *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP)-beweging die wereldwijd opgang maakt. Op initiatief van Copeland ontwikkelde een groep gebruikers van ggz het WRAP, een zelfmanagementprogramma bedoeld om mensen met een psychische kwetsbaarheid te helpen om

zelf en met de hulp van lotgenoten interne en externe bronnen aan te boren om hun herstel te bevorderen en te behouden (Copeland, 2010).

De betrokkenheid van ervaringsdeskundigen in de zorg wordt in toenemende mate als een meerwaarde gezien, al is het nog niet overal zover en is er heel wat discussie over de wijze waarop dit kan worden verenigd met de gewone manier van werken. Een gelijkaardige discussie speelt zich af rond *peer support*, waarbij ervaringsdeskundigen als hulpverlener kunnen optreden en hiervoor ook in dienst worden genomen en betaald worden. *Peer support* vertrekt van de opvatting dat mensen die grote tegenspoed ervaren hebben en dit te boven zijn gekomen, zinvolle en nuttige hulp kunnen bieden. Ze geven steun en hoop en kunnen als mentor optreden voor mensen die in gelijkaardige situaties verkeren (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012). Formeel houdt *peer support* in dat mensen hulp- en dienstverlening kunnen verstrekken in autonome *peer-rundinsten* los van de ggz of als collega van professionals in de reguliere ggz of bij sociale diensten. *Peersupportwerkers* outen zich als een persoon met psychische kwetsbaarheid, en hun ervaringsdeskundigheid is de bron van kennis en competentie om anderen te helpen bij hun herstel.

Peer support is al lange tijd ingeburgerd in andere zorgdomeinen, zoals de zorg voor verslaafden, en bij trauma- en kankerbehandeling. In de ggz stonden stigma en de stereotiepe opvattingen over mensen met psychische problemen *peer support* geruime tijd in de weg. De koudwatervrees is nog zeer groot, maar koplopers met goede ervaringen banen een weg, ook in Vlaanderen. En ondertussen zijn er enkele studies die de effectiviteit van deze benadering onderbouwen (Davidson et al., 2012; Repper & Carter, 2011; Van Gestel-Timmermans, 2011).

Het behoeft geen betoog dat de geschetste transformatie en paradigmashift in de ggz niet zonder slag of stoot verloopt. Vooral psychiaters, wier inkomen verankerd is in de residentiële bedden, voelden zich bij aanvang van dat proces bedreigd door de veranderende machtsverhoudingen en klampten zich vast aan de oude vertrouwde klinische modellen (Slade et al., 2014). Anno 2015 zien we een nieuw soort psychiater verschijnen die zich niet alleen kritisch uit ten aanzien van de DSM-diagnostiek, maar die zich hiervan openlijk distantieert, alternatieven formuleert en die ondersteunt. Zo pleit Van Os (2014) voor een diagnostiek waarbij vooral het perspectief van de patiënt krachtig in beeld komt: de diagnose in de vragende wijs. Een belangrijke vraag voor een vernieuwde en eigentijdse ggz is evenwel: hoe kunnen klinici de persoonlijke herstelprocessen ondersteunen en hoe is een herstelondersteunende zorg het best te organiseren?

De herstelbeweging heeft ook een impact op de zorgorganisatie en het zorgbeleid. Zo stelt de *Housing First*-beweging (Tsemberis, 2010) dat patiënten niet eerst moeten ‘genezen’ vooraleer ze recht hebben op passende huisvesting in de samenleving. Zoals de meeste mensen, willen mensen met een psychische kwetsbaarheid een gewoon leven leiden in de samenleving en daaraan ook een bijdrage leveren. Maar de *treatment first*-visie, die nog steeds op grote schaal gangbaar is, stelt dat eerst aan een aantal genezingscriteria moet worden voldaan – bijvoorbeeld: de symptomen moeten verdwenen zijn, de verslavingsproblematiek opgelost – vooraleer men toe is aan een eigen woning. De klassieke beschutte woonvormen zoals we ze in Vlaanderen kennen, hebben de bewoners al van het begin af met ambivalente gevoelens onthaald (Van Audenhove et al., 1998). De bewoners voelen duidelijk aan dat ze het zelfstandig wonen om tal van redenen (isolement, financiën...) niet aankunnen, maar dat het samenwonen met andere patiënten ook niet is wat ze wensen. Met de vernieuwingen

van artikel 107,³ waarbij mobiele teams aan huis komen, wordt sedert 2010 eindelijk een passend antwoord geboden aan de behoeften en voorkeuren van de gebruikers: zorg in de gewone omgeving, zonder het stigma van de ggz-instellingen.

De laatste jaren zien we dus een grotere diversiteit ontstaan in het zorgaanbod. Maar het blijft een uitdaging om betaalbare woonvormen aan te bieden die aansluiten bij wat de bewoner zelf wil, en waarbij er toch op maat zorg en ondersteuning geboden kunnen worden, voor zover en op de momenten dat dit nodig is.

De mantelzorger als partner in de zorg

Familieleden, goede vrienden en behulpzame burens hebben een centrale rol in de zorg voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Meer zorg in de samenleving heeft tot gevolg dat er meer druk op de naaste omgeving komt te liggen en dat de verwachtingen ten aanzien van mantelzorgers toenemen. Een recent, veelomvattend onderzoek van de European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness bestudeerde de ervaringen van mantelzorgers van mensen met ernstige psychische problemen. Het peilt naar hun tevredenheid over de zorg en hun behoefte aan bijkomende ondersteuning (Vermeulen, Lauwers, Spruytte, & Van Audenhove, 2015). In 22 landen werd een surveyonderzoek uitgevoerd bij 1.111 respondenten. Deze studie toont aan dat de belasting over het algemeen als zeer zwaar wordt beleefd en een zeer groot engagement vraagt. De tevredenheid met de zorg laat eveneens te wensen over: bijna de helft van de mantelzorgers is ontevreden over de zorg en voelt zich niet (voldoende) ondersteund door de professionals, en een op de drie voelt zich niet serieus genomen door de hulpverleners. Vier op de tien zijn ontevreden over de wijze waarop men betrokken wordt bij belangrijke beslissingen in de behandeling en de zorgplanning. Er is een grote behoefte aan meer ondersteuning, onder andere bij de invulling van de rol als mantelzorger, maar ook in de vorm van *respite care* (een interventie bedoeld om de mantelzorger tijdelijk te verlichten van de zorg).

Een Belgische studie bij negentien ggz-netwerken (Helmer, Vermeulen, Vanderhaegen, Coppens, & Van Audenhove, 2016) toont aan dat mantelzorgers over het algemeen een grote waardering hebben voor de hulpverleners en vinden dat hun familielid voldoende informatie en zeggenschap krijgt over het zorgtraject. Mantelzorgers zijn echter minder tevreden over de ondersteuning die ze zelf krijgen om met de problemen van hun naaste om te gaan en over de mate waarin ze betrokken worden bij de behandeling. Deze problemen doen zich echter het minst voor bij de eerstelijns-ggz en bij de inzet van mobiele teams.

Deze studies bevestigen dat er meer aandacht zou moeten zijn voor de mantelzorger als persoon en niet uitsluitend voor de mantelzorger als helper van de persoon met een psychische kwetsbaarheid. Hierbij zou vooral ook de draagkracht van de mantelzorger in beeld moeten komen. Mantelzorg is echter niet alleen belastend, het wordt door veel mensen beleefd als een zinvolle en voldoening gevende invulling van het leven. Zo blijkt uit de Belgische studie (Helmer et al., 2016) dat meer dan de helft van de mantelzorgers vindt dat het zorgdragen voor een familielid met een psychische kwetsbaarheid tot positieve ervaringen leidt. En 80% van de mantelzorgers geniet van de leuke momenten met de hulpbehoevende. Door dat vaker te benoemen en te benadrukken, kunnen hulpverleners dat gevoel versterken zonder voorbij

te gaan aan de realiteit van de dagelijkse en soms levenslange belasting. Dat vereist een echte paradigmashift in het deficitdenken en een verbreding van de focus van de individuele zieke ‘patiënt’ naar de persoon in zijn context (Fleischhacker et al, 2014). Evenzo vereist het nieuwe competenties van de professionals om de mantelzorgers serieus te nemen als volwaardige partners in de zorg. Nieuwe rolpatronen en communicatievormen zijn dringend nodig wil men de zorg in de samenleving op een betere manier kunnen realiseren. Mantelzorgers zijn een belangrijke bron van informatie bij de diagnostiek van psychische problemen. Ze zijn een partner in het ondersteunen van de behandeling van de patiënt. Ze beschikken over een rijke ervaringskennis die een belangrijke aanvulling kan betekenen van de klinische kennis. Ze verdienen bevestiging in deze rol. In dat verband moet ook het beroepsgeheim onder de loep worden genomen. Een krampachtige houding bij sommige artsen draagt ertoe bij dat mantelzorgers vaak in de kou blijven staan en verstoken blijven van belangrijke informatie. We zijn toe aan een nieuwe invulling van een verouderde praktijk waarbij we het kind niet met het badwater weggooiden: professionele transparantie als een nieuw model voor teamwerk in de ggz.

Deelname aan arbeid, educatie en vrije tijd

Een belangrijke sleutel tot het volwaardig burgerschap is zelf een steentje bij te dragen aan de maatschappij. Arbeid is daartoe een geschikt middel: het geeft het leven zin en structuur, het geeft het gevoel erbij te horen. België scoort in vergelijking met andere landen echter ondermaats op het vlak van de werkzaamheids- en werkloosheidsgraad van mensen met een psychische gevoeligheid (OECD, 2013). Toch zijn de meesten van hen zeer gemotiveerd om te gaan werken (McQuilken et al., 2003; Secker, Grove, & Seebohm, 2001). Om hun zoektocht naar en het behoud van hun baan te ondersteunen, werd het Individuele Plaatsing en Steun (IPS)-programma voor begeleid werken ontwikkeld. In dat programma gaan begeleiders samen met de mensen met een psychische gevoeligheid op zoek naar een baan die past bij hun behoeften en wensen. Het is een *place then train*-benadering, waarbij men zo snel mogelijk de persoon aan een passende, reguliere en betaalde baan helpt, waarbij zowel de persoon zelf als de werkgever begeleid en ondersteund wordt. Dat verschilt van de meer traditionele *train then place*-benaderingen, waarbij de persoon eerst gedurende een lange tijd attitudes en vaardigheden aanleert buiten de werkcontext en pas daarna toegeleid wordt naar een reguliere baan. Er bestaat wereldwijde evidentie voor de grotere effectiviteit van de IPS-aanpak ten opzichte van de traditionele benaderingen: meer dan tweemaal zoveel deelnemers vinden werk (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001) en bovendien blijven ze langer aan het werk (Becker, Whitley, Bailey, & Drake, 2007). Op dit terrein is er in België nog een lange weg te gaan (Knaeps, DeSmet, & Van Audenove, 2012).

België scoorde jarenlang laag wat ‘inclusief onderwijs’⁴ betreft (OECD, 2013). Maar hier biedt zich een nieuw perspectief aan door de veranderingen die voortvloeien uit het M-decreet,⁵ waarbij personeel, lestijden en expertise verschuiven naar het inclusief onderwijs terwijl het aantal leerlingen in het buitengewoon onderwijs daalt. Vaak treden de eerste psychische klachten op tijdens de adolescentie of jongvolwassenheid waardoor het behalen van een diploma bemoeilijkt wordt. Hierbij kan een geïntegreerd aanbod van begeleid leren en begeleid werken van meerwaarde zijn (De Jaegere et al., 2011). Een dergelijk aanbod bestaat uit een nauwe samenwerking tussen een arbeids-/studiotherapeut, een arbeids-/studiespecialist

en anderen (ggz-hulpverleners, arbeidsbemiddelingsdiensten, studiebegeleidingsdiensten en een programmacoördinator). De arbeids-/studitherapeut heeft als taak ondersteuning te bieden op therapeutisch vlak (omgaan met stress en angst, probleemoplossende vaardigheden...); de arbeids-/studiespecialist ondersteunt de persoon bij de zoektocht naar en/of behoud van werk en biedt tevens ondersteuning aan de werkgever. Een geïntegreerd aanbod veronderstelt dat een arbeids-/studiespecialist bijvoorbeeld participeert in het ggz-overleg en op dezelfde locatie werkt als de ggz-hulpverlener (Drake, Becker, Bond, & Mueser, 2003). Tot slot speelt vrije tijd een niet te onderschatten rol in het tot stand komen van volwaardig burgerschap. Vrijtijdsbesteding laat vaak toe om op een ongedwongen manier het leven zin te geven, zichzelf beter en breder te ontplooiën, nieuwe contacten te leggen en zo deel uit te maken van de maatschappij.

Stigma en exclusie

Stigmatisering en uitsluiting van mensen met psychische problemen zijn constanten in de geschiedenis. In de ggz-literatuur onderscheiden we tegenwoordig de begrippen ‘publiek stigma’, ‘zelfstigma’ en ‘associatief stigma’ (Van Weeghel, Pijnenborg, Van ‘t Veer, & Kienhorst, 2016; Verhaeghe, 2008). Negatieve attitudes in de bevolking, waarbij mensen met psychische problemen bijvoorbeeld als gevaarlijk, onvoorspelbaar of onbetrouwbaar beschouwd worden, duidt men aan met het begrip ‘publiek stigma’. Het zelfstigma heeft betrekking op de ideeën van mensen met psychische problemen, waarbij men bepaalde negatieve ideeën overneemt en zijn gedrag hieraan aanpast. Zo vrezen veel (ex-)patiënten geen kans te maken op werk, waardoor ze beslissen om niet meer te solliciteren. Stigmatisering door associatie treft dan weer de familie en hulpverleners van mensen met een psychische ziekte (Verhaeghe & Bracke, 2012).

Het stigma ten aanzien van psychische problemen heeft veel negatieve gevolgen. Niet alleen brengt het voor de betrokken patiënten lijden met zich mee, het is ook een extra hinderpaal om toegang te vinden tot passende hulp, wat mede aan de basis ligt van hoge suïcidecijfers in sommige regio’s (Reynders, Kerkhof, Molenberghs, & Van Audenhove, 2016). Ook in de gezondheidszorg is er sprake van stigmatisering. Vaak wordt in de ggz het deficitaire, het zieke op de voorgrond geplaatst en werkt men hierdoor het zelfstigma en de hopeloosheid bij de patiënten in de hand. De visie op herstel, met hoop en empowerment als belangrijke doelstellingen, kan hier een tegengif bieden. Een ander niet-onbelangrijk fenomeen is *diagnostic overshadowing*, waarbij zorgverstrekkers de fysieke klachten van patiënten niet serieus nemen, waardoor een juiste diagnose niet of niet tijdig gesteld wordt (Thornicroft, Rose, & Mehta, 2007).

Van Weeghel et al. (2016) “houden vast aan het ideaal van de volledige sociale integratie voor iedereen” (p. 39). De strijd tegen het stigma dient zowel op individueel als collectief niveau te worden aangegaan. Zo zullen mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf actief moeten worden om weerstand en veerkracht op te bouwen en een zelfstigma tegen te gaan, terwijl ze samen zowel het zelfstigma als het publieke stigma kunnen bestrijden. Hulpverleners hebben een rol te spelen door de strijd aan te gaan tegen stigmatisering en discriminatie in de gezondheidszorg. En last but not least is het ook belangrijk dat alle maatschappelijke sectoren en de overheid stigmatiserende activiteiten en regels in de samenleving tegengaan.

Tot slot

Nieuwe praktijken van herstelgerichte zorg, zorg in de samenleving en partnerschap met mantelzorgers zijn volop in ontwikkeling en krijgen stilaan ook in Vlaanderen voet aan de grond. De klinisch psycholoog van de toekomst zal bijgevolg terecht komen in een realiteit die nieuwe rollen en competenties vereist. Hierbij denken we niet alleen aan werken vanuit de visie op herstel en aan de persoonsgerichte diagnostiek. Ook het werken in de thuisomgeving van patiënten met de mantelzorgers als partner, zal een aanpassing vragen van de professionals. Dat geldt ook voor het creëren van ruimte voor mensen met psychische problemen in omgevingen van werk, school, vrije tijd: het zogenaamde ‘kwartiermaken’ (Kal, 2011). Professionals zullen in de toekomst de samenwerking met peersupportwerkers en ervaringsdeskundigen meer dan vandaag als vanzelfsprekend vinden. Daarnaast zal er ook meer aandacht moeten zijn voor de bijzonder kwetsbare doelgroepen, zoals migranten en mensen met een dubbele diagnose (mentale beperking, verslaving en psychiatrische problematiek), evenals voor zorgwekkende zorgmijders waarbij outreachend werken nodig is. We stellen vast dat al heel wat herstelondersteunende praktijken effectief blijken te zijn (Slade et al., 2014) en we hopen dat die ook structureel voet aan de grond krijgen in Vlaanderen.

De bredere uitrol van de eerstelijnspsychologische functie draagt ertoe bij dat de kennis en kunde van de psycholoog gemakkelijker toegankelijk worden voor wie dat nodig heeft. Mensen moeten niet meer de drempels van specialistische ggz-voorzieningen overwinnen, inclusief de daarbij horende stigmatisering, om hulp te krijgen wanneer dat in hun huisartspraktijk kan plaatsvinden. Hierdoor zouden psychische problemen in een vroeger stadium gedetecteerd en behandeld kunnen worden. De interventies die hier thuishoren, zijn in principe kortdurend en empowerend. En enkel diegenen voor wie dit niet (voldoende) werkt, komen in de specialistische zorg terecht. Zo krijgen klinisch psychologen automatisch toegang tot een bredere maatschappelijke context en kan hun knowhow een centralere plaats krijgen in preventie en gezondheidspromotie dan tot nu toe het geval is. Daarnaast draagt *e-mental health* ertoe bij dat de psychologische hulpverlening weer andere doelgroepen op nieuwe wijzen kan bereiken (zie onder andere voor dit aspect het artikel van Ruwaard in dit themanummer).

In de omgekeerde richting verbreedt de psycholoog van de toekomst het perspectief op vele wijzen. Hij kijkt niet meer alleen of voornamelijk naar disfunctioneren, maar vooral naar de sterktes, kansen en mogelijkheden. De blik is vooral gericht op wat een persoon zelf onderneemt en hoe hij functioneert in tal van gewone omgevingen (thuis, school, werk) waar de psycholoog nu ook meer dan in het verleden zijn werkterrein heeft. Werken met groepen in educatieprogramma's en herstelcursussen, in een breed netwerk en teams van eerstelijnswerkers, kan bijdragen tot het multipliceren van de psychologische competenties via andere disciplines. En last but not least vormen een vanzelfsprekende en grotere aandacht voor en contact met alledaagse psychologische problemen mogelijk ook een sterke remedie tegen stigma en discriminatie.

Uiteraard is het niet zeker of die trends in de toekomst zullen doorzetten. Organisatorische factoren en het overheidsbeleid bepalen de context waarin het klinisch werk plaatsvindt. Immers, een belangrijke randvoorwaarde om deze ‘betere ggz’ verder uit te bouwen is de finan-

ciering van een toegankelijke eerstelijns-ggz dicht bij de huisarts. Hiervoor zijn in de eerste plaats budgetverschuivingen nodig, waarbij ggz-budget, dat in België tot nu toe overwegend naar ziekenhuisbedden gaat, beschikbaar komt voor goede zorg in de samenleving. Daarnaast is de toegang tot passende zorg voor ernstige psychische problemen in veel landen, ook in België, gebrekkig. Dat kan worden opgelost op voorwaarde dat men het budget voor de ggz vergroot op een wijze die recht doet aan de ernst van de problemen waar het om gaat (Thornicroft & Patel, 2014). Of, wanneer en hoe die veranderingen worden doorgevoerd, is de vraag. Ze zullen echter bepalend zijn voor de context waarin psychologen zullen werken.

Noten

1. Er is geen consensus over de juiste benaming van patiënten, ggz-gebruikers, ex-patiënten; in de internationale context spreekt men ook over *survivors*. We hanteren in deze tekst de begrippen door elkaar, afhankelijk van de context. We willen respect opbrengen voor de voorkeur van de lezer zonder de tekst te overladen met zeer lange termen die steeds herhaald worden.
2. Groepen in de samenleving die minder kansen hebben voor het vinden van een geschikte baan en minder aan het werk zijn.
3. Art. 107 van de Ziekenhuiswet maakt het voor de (psychiatrische) ziekenhuizen mogelijk om een deel van hun financiële middelen te gebruiken om de zorg voor de psychiatrische patiënt te vermaatschappelijken. Dat betekent dat de zorgverlening niet noodzakelijk aan 'bedden' gebonden is, maar dat die evengoed in de thuissituatie kan plaatsvinden.
4. Inclusief onderwijs is een alternatief voor speciaal onderwijs (Nederland) of buitengewoon onderwijs (Vlaanderen), waarbij de nadruk ligt op het aanvaarden van de verscheidenheid en gelijkwaardigheid door middel van inclusie. In plaats van kinderen met een handicap of leerstoornis uit de gewone schoolomgeving weg te halen, wordt bij inclusief onderwijs de specifieke hulp naar het kind gebracht in de gewone school. Waar geïntegreerd onderwijs de nadruk legt op integratie en het kind zich dus aanpast aan de bestaande schoolomgeving, wordt bij inclusief onderwijs de nadruk gelegd op het aanvaarden van de verscheidenheid: de school past zich aan de leerling en zijn mogelijkheden aan.
5. Het M-decreet stelt dat elk kind het recht heeft om zich in te schrijven in een gewone school, een logisch gevolg van het recht op redelijke aanpassingen. Ook een leerling die een individueel aangepast curriculum volgt, heeft het recht om zich in te schrijven in een gewone school. Zijn inschrijving kan pas ontbonden worden na een gesprek tussen de school, een Centrum voor Leerlingenbegeleiding en de ouders over de (on)redelijkheid van de aanpassingen.

Literatuur

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Becker, D.R., Whitley, R., Bailey, E.L., & Drake, R.E. (2007). Long-term employment outcomes of supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58, 922-928. doi:10.1176/ps.2007.58.7.922
- Copeland, M.E. (2010). *Wellness Recovery Action Plan* (2nd ed.). Dummerston, VT: Peach Press.

- Coppens, E., Vermet, I., Knaeps, J., De Clerck, M., De Schrijver, I., Matot, J.P., & Van Audenhove, C. (2015). *ADOCARE – A preparatory action related to the creation of an EU network of experts in the field of adapted care for adolescents with mental health problems*. Brussels: European Union.
- Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R., & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. *BMJ*, 322(7280), 204-208.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11, 123-128.
- De Jaegere, V., Knaeps, J., De Groof, M., De Coster, I., DeSmet, A., & Van Audenhove, C. (2011). *Integratie begeleid werken en begeleid leren: een transnationale project*. Leuven: LUCAS.
- Devlieger, P., Miranda-Galarza, B., Brown, S.E., & Strickfaden, M. (Eds.). (2016). *Rethinking disability: World perspectives in culture and society*. Leuven: Garant.
- Drake, R.E., Becker, D.R., Bond, G.R., & Mueser, K.T. (2003). A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 51-58.
- Eurostat. (2016). *Psychiatric beds in hospitals*. Geraadpleegd op 26 oktober 2016 via <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00047>
- Fleischhacker, W.W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T.R., Carpenter, W., Duckworth, K., & Woodruff, P. (2014). Schizophrenia: Time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 165-194. doi:10.1093/schbul/sbu006
- Helmer, E., Vermeulen, B., Vanderhaegen, J., Coppens, E., & Van Audenhove, C. (2016). *Betere GGZ 107: de ervaringen van hulpverleners, mantelzorgers en patiënten*. Leuven: LUCAS.
- Kal, D. (2011). *Kwartiermaken: werken aan ruimte voor anders-zijn*. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Kerr, D.J., Crowe, T.P., & Oades, L.G. (2013). The reconstruction of narrative identity during mental health recovery: A complex adaptive systems perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 108-109. <http://dx.doi.org/10.1037/h0094978>
- Kmita, M. (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions* (Report from the WHO European Ministerial Conference). København, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Knaeps, J., DeSmet, A., & Van Audenhove C. (2012). The IPS Fidelity Scale as a guideline to implement supported employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37, 13-23. doi:10.3233/JVR-2012-0596
- Lasalvia, A., Boggian, I., Bonetto, C., Saggiaro, V., Piccione, G., Zanoni, C., ... Lamonaca, D. (2012). Multiple perspectives on mental health outcome: Needs for care and service satisfaction assessed by staff, patients and family members. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1035-1045. doi:10.1007/s00127-011-0418-0
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M., (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V., Leamy, M., Bird, V.J., Macpherson, R., ... Slade, M. (2015). Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: A systematic review and narrative synthesis. *Implementation Science*, 10, 87. doi:10.1186/s13012-015-0275-4
- McQuilken, M., Zahniser, J.H., Novak, J., Starks, R.D., Olmos, A., & Bond, G.R. (2003). The work project survey: Consumer perspectives on work. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 59-68.
- Meys, E., Hermans, K., & Van Audenhove, C. (2014). *Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting* (Rapport KBS-project). Leuven: LUCAS.
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (Eds.). (2014). *Community psychology and community mental health*. Oxford, UK: Oxford University Press.

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). *Mental health and work: Belgium*. Paris: Auteur.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care* (OECD health policy studies, July, 2014). OECD iLibrary. doi:10.1787/9789264208445-en
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20, 392-411. doi:10.3109/09638237.2011.583947
- Reynders, A., Kerkhof, A., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2016). Stigma, attitudes, and help-seeking intentions for psychological problems in relation to regional suicide rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46, 67-78. doi:10.1111/sltb.12179
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74, 554-564. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.008
- Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325. doi:10.1192/pb.bp.106.013425
- Secker, J., Grove, B., & Seebohm, P. (2001). Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: The service user's perspective. *Journal of Mental Health*, 10, 395-404.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, ... Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13, 12-20. doi:10.1002/wps.20084
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 128-137.
- Spaniol, L. (2008). What would a recovery-oriented program look like? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 13, 57-66.
- Thornicroft, G. (2011, February). The mental health gap: Implementation science in deprived urban settings. Paper presented at *Faces in the Street Conference*, St Vincent's Hospital Sydney. Geraadpleegd via <http://www.youtube.com/watch?v=c2R4oSQORJM> en <http://www.youtube.com/watch?v=rhfwpxfGL4>
- Thornicroft, G., & Patel, V. (2014). Including mental health among the new sustainable development goals. The case is compelling. *British Medical Journal*, 349. bmj:g5189. doi:10.1136/bmj.g5189
- Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19, 113-122.
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual*. Center City, MN: Hazelden.
- Van Audenhove, C. (2015). *Herstellen kan je zelf: hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid*. Leuven: Lan-
nooCampus.
- Van Audenhove, C., & Scheerder, G. (2010). *Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg: eindrapport werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg*. Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.
- Van Audenhove, C., Van Rompaey, I., Carlassara, V., Spruytte, N., Van Humbeeck, G., Rosseel, T., & Nieuland, K. (1998). *Beschut wonen in de geestelijke gezondheidszorg in Oost-Vlaanderen: een onderzoek naar realisaties en behoeften*. Leuven: Garant.
- Vanclooster, S., Vanderhaegen, J., Bruffaerts, R., Hermans, K., & Van Audenhove, C. (2013). *Inschatting van de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: LUCAS.
- Van Gestel-Timmermans, H. (2011). *Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course* (Doctoral dissertation, Tilburg University). Geraadpleegd via https://pure.uvt.nl/portal/1330478/van_Gestel
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis.

- Van Weeghel, J. (2010). *Verlangen naar volwaardig burgerschap; maar wat doen we in de tussentijd?* Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Van Weeghel, J., Pijnenborg, M., Van 't Veer, J., & Kienhorst, G. (Red.). (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Coutinho.
- Verhaeghe, M. (2008). *Stigma, een wereld van verschil?* (Doctoraatsproefschrift, Universiteit Gent). Ge raadpleegd via <http://www.canonsociaalwerk.eu/Verhaeghe>
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53, 17-32. doi:10.1177/0022146512439453
- Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N., & Van Audenhove, C. (2015). *Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: An international exploration*. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 196, 214-219. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.012
- Yanos, P.T., Roe, D., & Lysaker, P.H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 73-93. doi:10.1080/15487761003756860

Summary

Mental health care: a new mindset?

The deinstitutionalization and evolution towards a community mental health care lead to new procedures in clinical practice, important for future clinical psychologists. In this article we focus first on the evolution towards a vision on recovery and towards the patient considered as an active participant and expert by experience. In these evolutions the informal caregivers become partners in care. The patient is seen as a full citizen, as much as possible involved in employment, education and free time opportunities. Important challenges remain: the fight against stigma and discrimination of psychiatric patients in diverse sectors and environments of our society. In this article we also focus on predictions on the future role and tasks of clinical psychologists in the light of these evolutions.

Keywords: community mental health care, participation, recovery, full citizenship, clinical psychologist

Personalia

Chantal Van Audenhove is doctor in de psychologie en professor psychologie en toegepaste communicatie aan de faculteit Geneeskunde van de KU Leuven. Zij is directeur van LUCAS – Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, en promotor-coördinator van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin 2016-2021.

E-mail: Chantal.Vanaudenhove@kuleuven.be