

EEN WETGEVEND THEATER VOOR 25 JAAR SECTOR- OVERSCHRIJDEND WERKEN

ZES VOORSTELLEN OM
DE TOEGANG TOT HULP-EN
ZORGVERLENING TE VERBETEREN



Samen werken
voor mentale gezondheid
& sociale inclusie

“Het is vooral een kwestie van de sociale en gezondheidszorg uit te rusten om mensen te ondersteunen en te behandelen, in een situatie van (zelf)uitsluiting.”



Somen werken
voor mentale gezondheid
& sociale inclusie

REDACTIE

Mathieu De Backer (Smes), Stéphanie Devlésaver en Alain Willaert (CBCS), Nicolas De Kuyssche, Fanny Laurent, Sébastien Lo Sardo, Lolita Sandron (Le Forum – Bruxelles contre les inégalités)

FOTOGRAFIE

© Laurent Gilson (behalve de omslagfoto)

LAY-OUT

In-Octavo

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Mathieu De Backer – Smes
Rue du Rempart des Moines 78 – 1000 Brussel

MET DE STEUN VAN



GEWESTELIJKE OVERHEIDSDIENST BRUSSEL



GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



INHOUD

INLEIDING

Wetgevend theater in een empowermentdynamiek 5

VOORSTEL 1

Harmonisering van de gebruiken van de OCMW-diensten 13

VOORSTEL 2

Sociale en gezondheidsvaardigheden dichter bijeen brengen en networking bevorderen 19

VOORSTEL 3

Een netwerk van laagdrempelige solidaire zorgverlening 25

VOORSTEL 4

Laten we in deze crisiscontext het aanbod van psychiatrische bedden versterken ! 29

VOORSTEL 5

Alternatieven voor psychiatrische noodgevallen ontwikkelen 33

VOORSTEL 6

Verzorgen via het grondgebied en intersectorieel werken 37

INLEIDING



WETGEVEND THEATER IN EEN EMPOWERMENT- DYNAMIEK

Op 29 november 2018 namen meer dan 150 personen deel aan een tot dan ongezien experiment in onze regio's: een wetgevende theatervoorstelling. Dit toneelconcept maakt deel uit van het theater van de onderdrukking, dat door Augusto Boal ontwikkeld werd, en waarvan de bedoeling is om kwetsbare bevolkingsgroepen in staat te stellen om in een empowermentdynamiek de politieke vertegenwoordigers aan te spreken over hun situatie.

Om het 25-jarige bestaan van Smes te vieren kozen we deze formule om de Brusselse sociale en gezondheidsmedewerkers samen te brengen: begunstigen, eerstelijnsprofessionelen, bestuurders van instellingen op het gebied van algemeen sociaal beleid, gezondheidszorg, hulp aan daklozen, geestelijke gezondheid, verslavingen, jeugdzorg... Met z'n allen hebben ze de dagelijkse moeilijkheden van hun vakgebieden blootgelegd, en hebben ze samen mogelijke oplossingen bedacht.

Deze overlegwerkwijze werd voortgebracht met behulp van twee toneelstukjes die geschreven en gespeeld werden door begunstigen en professionelen uit DIOGENES, DoucheFLUX en Smes, die maandenlang bijeenkwamen onder leiding van het Theatercollectief Libertalia.

Het eerste stuk ging om een dakloze die zich met een ernstige kiespijn tot verschillende bevoegde personen richtte om zich te laten behandelen, en voortdurend van de ene naar de andere dienst werd gestuurd. Het tweede voorbeeld gaf weer hoe moeilijk het is

voor sociaal werkers om psychiatrische zorg te krijgen voor iemand die een zelfmoordcrisis ondergaat.

Na elk toneelstuk kregen de toeschouwers de kans om hun aanbevelingen te formuleren. Zo werden er meer dan 200 voorstellen voortgebracht omtrent onderwerpen zoals : de opleiding van de professionelen, onderlinge steun, automatische en onvoorwaardelijke rechten, het ontkoppelen van het OCMW en het grondgebied en het unieke daklozenstatus, outreaching, de mobiliteit van geestelijke gezondheidszorgen en ziekenhuizen, het opzetten van mobiele teams.

Vervolgens werden twee groepen bestaande uit verenigingsvertegenwoordigers en politieke gezagdragers gevormd, die elk drie voorstellen aan het publiek aanboden, op wie men daarna kon stemmen. De zes gekozen aanbevelingen zullen op volgende bladzijden uitgebreid besproken worden.

In elk artikel komen we terug op de bevindingen die tot de opstelling van het voorstel hebben geleid, alsmede diverse overwegingen met betrekking tot het verkozen voorstel, die hetzij op de dag zelf door het publiek, hetzij achteraf door leden van de vooraf gevormde groepen of andere relevante belanghebbenden over de uitgesproken kwestie, werden uitgesproken. Sinds het theaterevenement een jaar geleden plaatsnam, is deze publicatie bovendien de gelegenheid om de stand van zaken in het debat over elk van deze voorstellen opnieuw te evalueren.

Sindsdien heeft Smes namelijk gewerkt aan het voortbrengen van deze aanbevelingen via een memorandum dat in het kader van de verkiezingen van mei 2019 bij de politieke partijen werd verkondigd... En in juli hebben we meerdere sporen van deze voorstellen in de Brusselse regeringsakkoorden kunnen terugvinden.

De kwestie is nu om deze politieke intenties om te zetten in effectieve maatregelen die de toegang van de meest kwetsbare groepen tot hulp en zorg zouden verbeteren. We zullen er nauwlettend op toezien dat deze maatregelen worden uitgevoerd.

SMES MET EEN THEATRALE BENADERING OM SOCIALE ONZEKERHEDEN TE LATEN HOREN

Smes vierde op 29 november 2018 de 25ste verjaardag van de vereniging. Dit was de gelegenheid om de sociale werkkraacht bijeen te brengen en samen te vieren, maar ook om de sociale en gezondheidskwesties aan te duiden. Om al de gasten te betrekken en om de voornaamste belanghebbenden, namelijk de gebruikers, het woord te geven, heeft Smes het middel van het wetgevend theater¹ gekozen. Op deze manier kon de kwestie van de positie van de gebruikers, de mobiliteit van de medewerkers en het intersectorieel werken, rechtstreeks aangesproken worden. Hieronder volgt een kijk op deze unieke ervaring die iedereen inschakelt, de lichamen ontbindt en de stemmenwisselwerking wekt.

“Om al de gasten te betrekken en om de voornaamste belanghebbenden, namelijk de gebruikers, het woord te geven, heeft Smes het middel van het wetgevend theater/1 gekozen.”

Een sigaretje om alles aan te steken...

Woensdag ochtend 28 november, 10u s'ochtends. Op het Sint-Katelijneplein vindt men juist naast de installatie van de Winterpretstructuren de ingang van Café Via Via. Eens men binnenloopt bevinden we ons in een volledig andere omgeving : we staan in een zeer ruime

1/ Het wetgevend theater is een werktuig van deelnemende democratie. Deze techniek gebruikt het toneelspel en de theatervorm van democratische vergadering om het woord te geven aan de burgers, met de bedoeling om de dialoog te openen met de politieke en economische leiders, zodat men in samenwerking mogelijke oplossingen kan zoeken aan de hedendaagse problematieken.

-binnenplaats, zalen op de gelijkvloers en verdieping- voormalige drukkerij waarvan de rode steenmuren nog het industriële verleden uitstralen.

Sommige toneelspelers komen nog toe, anderen zijn al ter plaatse. Franck, Rabat, René, Jonathan, Dieter, Tony, Sébastien... In totaal zijn ze met negen. Gebruikers, vrijwilligers, sociaal werkers... zonder onderscheid, alle acteurs zijn hier amateurspelers. Met behulp van een indiaanse “pow pow” begint de vergadering onder leiding van Carine en Robin, beiden professionele spelers en animatoren van Libertalia², een toneel- en “actietheater”gezelschap: “Vandaag is een belangrijke dag, we gaan op het toneelpodium oefenen voor het optreden dat morgen plaatsvindt. We gaan het rustig aan doen, want oefenen is vermoeiend.”, waarschuwen ze samen.

“Ik was gedurende 10 jaar dakloos dus heb ik wat dingen te zeggen over dakloosheid! Net een jaar geleden kwam ik terug van drie jaar op straat.” De groep zondert zich dan af in een klein zaaltje op de zolder om wat te oefenen terwijl de regisseurs het nodige gereedschap klaarzetten. We roken een laatste sigaret, vertellen nog een paar geestige anekdoten – “Weet je wat SDF betekent? Sans Difficulté Financière!” – vooraleer het gezelschap zich op de zolder schuilt om te repeteren. Ondanks de kou, de vermoeidheid en de geïrriteerde kelen, is de goede sfeer tastbaar. “Kijk, er mag dan geen zon schijnen, maar ik ben een zonnestraal op mezelf met mijn Bob-Marley-muts en mijn jointje!”

Wanneer het herhalingsoptreden echt begint wordt de sfeer wat serieuser. Scène 1. Opeens wordt het donkerder en luidt de muziek, dit is het signaal. De spelers nemen de ruimte in, lopen tussen elkaar, en veranderen zichzelf in hun onderlinge rollen voor zolang

het spel duurt. De woorden gaan heen en weer: “Ik, mijnheer, heb mezelf opgevreten, met m’n eigen saus!” en de aanwijzingen om het acteespel duidelijker te maken, ook: “Overdrijf je rugpijn!”, “Kijk hogerop boven de hoofden om je blik te openen”, “Alles wat jullie zeggen moet belangrijk klinken alsof jullie leven ervan afhangt. Of ja, ik overdrijf een beetje, maar goed...”, concludeert Carine met een glimlach. “Het vraagt hard werk hè!” roept één van de spelers met een welbewuste knipoog. “Kom mannen, nog eens opnieuw!”

Tijdens de pauze lichten meerdere leden van de groep toe waarom ze deze uitnodiging van Smes positief beantwoordden. “Om me te laten horen zonder uitgelachen te worden”, legt Jonathan uit. “Ik was gedurende 10 jaar dakloos dus heb ik wat dingen te zeggen over dakloosheid! Net een jaar geleden kwam ik terug van drie jaar op straat... Mijn zoon zal zo dicht mogelijk bij het toneelpodium moeten zitten”, beseft hij bezorgd, “hij komt me morgen zien optreden!”

Voor Tony, die vrijwilliger is bij DoucheFLUX, is het een challengekwestie. Van Sébastien horen we dat hij al vier jaar improvisatietoneel heeft gespeeld in Charleroi. Dankzij deze ervaring heeft hij zijn verlegenheid overwonnen en heeft hij meer zelfvertrouwen gekregen. Iemand die in het begin wat aarzelde, is Christian, die de dagopvang “Chez Nous – Bij Ons” frequenteert. “Ik was de oudste van de groep... Wat zit ik hier te doen?” vroeg hij zichzelf af op de tweede dag van de workshop. “Maar dan kreeg ik mijn rolletje... En de sfeer is tof”, voegt hij toe. Met zijn Costa Rica pet stevig op zijn hoofd trekt hij met zijn ene hand aan zijn sigaret, en met de andere leunt hij op zijn zelf uitgesneden houten wandelstok.

Verschillende leden van de groep kenden elkaar nog niet, “Maar de groep hechtte snel” vat René samen. “Ik moest ongeduldig wachten op elke oefendag”.

2/ Libertalia is een theatergezelschap dat uit toneelspelers, animatoren, en theaterdirecteurs bestaat, en waarvan de hoofdzakelijke bedoeling is om gemeenschappelijk een invloed uit te oefenen op hun omgeving. In deze zin beschrijven zij hun methode dus als actietheater. Via elk toneelstuk of theateratelier dat ze voortbrengen proberen de acteurs telkens om op gespeelde wijze hun manier waarop ze de wereld omvatten te uiten. Theater spelen om in het echte leven een actieve speler te worden.

Over zichzelf vertellen, improviseren, beschermen

De sessie gaat voort. Scène 2. “Op deze kerstavond hebben we een gedachte voor ieder die op straat leeft terwijl anderen kalkoen mogen eten!” Om de dialogen en toneelstukken op te bouwen, “Hebben ze eerst gewoon verteld”, blikt Carine terug. “Ze hebben veel te zeggen! Ze hebben ook veel geïmproviseerd.”

De totstandkoming van de twee delen verliep wat verschillend. Voor het eerste stuk vertrokken de spelers vanuit hun eigen ervaringen; voor het tweede deel bracht Smes argumenten betreffend het sociale werk vanuit problematieken waar ze zelf mee botsten.

“Er waren ongeveer 10 oefendagen, die we telkens per twee dagen na elkaar groepeerden”, specificeert Robin. “En vooraleer we de toneelstukken in elkaar konden zetten, hebben we eerst gewerkt aan de samenstelling van de groep en aan het bouwen van een vertrouwelijke ruimte.” Om aan deze hechting te geraken hebben de animatoren een paar vertrouwde groepsoefeningen gebruikt: “We vertrekken vanuit elkaars voornamen en stellen oefeningen voor die lichamelijk contact vereïssen.” Dit is een manier om elkaar te leren beschermen en om zich samen te hechten rond een gemeenschappelijk project.

De leden van Libertalia weten uit hun toneelervaring met zeer verschillende publieken, dat elke groep zijn eigen verhaal heeft, waar de personen ook vandaan komen. “De groep was ontzettend motiverend. Ze waren zorgvuldig en telkens stipt op tijd – ze verwittigden altijd wanneer iemand niet kon komen – en hebben een ongelofelijke energie met ons gedeeld” onthoudt Robin uit dit avontuur. De reden voor zulke inzet? “Aan de ene zijde de wil om deel te maken van een project dat vorm neemt, en aan de andere kant het onderwerp -dakloosheid, positie van de gebruiker, sociaal werk- dat deze mensen rechtstreeks raakt.” Volgens de animator is dit hun kans om zich te laten horen en om deze zaken samen te kunnen bespreken.

Dit is inderdaad de bedoeling en de uitdaging van het forum-theater dat in de voormiddag, tijdens het eerste deel, door Smes voorgesteld wordt. Libertalia vat deze werkwijze in een paar woorden samen: “We bouwen een klein toneelstukje op, waarin alles regelrecht fout loopt. De situatie verergert zich voortdurend tot we uiteindelijk aan een rampfinale geraken. De joker nodigt dan het publiek uit om mee te spelen. “Wat zou er gebeurd zijn moest de ene of andere persoon anders gereageerd hebben?” Hij vervangt een van de personages et herspeelt een deel van de scène. De spelers aarzelen niet om hem stokken in de wielen te steken en proberen hem te dwarsbomen. Als conclusie legt de Joker uit hoe de situatie zich ontwikkelde, en duidt de tegengekomen beperkingen aan. “We gebruiken het toneelmedium als discussieterrein om gezamenlijk te kunnen denken”, vat Robin samen. “Het is een manier om verder te denken vanuit elkaars ervaringen.”

D day : Tussen warm en koud

Hier zijn we op D day. De Via Via krioelt van de professionelen uit de sociale en gezondheidssector, politieke leiders... en ook een paar gebruikers die aan de ontmoeting wensen deel te nemen. Aan de kant van de toneelspelers begint de stress zich te laten voelen, maar ze zijn klaar. Het licht gaat uit en de muziek luidt, dit is het signaal! “Bent u afhankelijk van het OCMW?” “Ik ben altijd zelfstandig geweest!”

Na de scènes spoort de joker de deelnemers aan om te reageren. En het publiek wordt snel meegesleept! Professionelen, gebruikers... Met z'n allen spelen ze enthousiast mee. “Het voelt goed om eens op een andere manier te werken”. “Het verschilt van de gewoonlijke conferenties waarbij we passief naar een paar gekozen woordvoerders luisteren. Hier is het levendiger en meer bezielde” hoorden we van de gasten.

De scènes worden herspeelt met een meer horizontale houding van de sociaal werker, met een menselijkere, rustigere attitude: “Laten we eerst neerzitten meneer.” “Ik ben een ervaringsdeskundige, zullen we samen naar het OCMW gaan?” “Ik ken een hele toffe

vrijwillige tandarts. Zullen we hem nu eens bellen ?” Soms komt er ook een beetje dromerigheid naar boven. “Wanneer krijgen we recht op een straat-OCMW waarbij het niet uitmaakt uit welke gemeente we komen ?”

Na elk toneelstukje wordt aan de deelnemers gevraagd om voorstellen te formuleren, om “structurele, institutionele, zelfs politieke suggesties voor te leggen.” Een verkozen groep van verenigingsverantwoordelijken en politieke leiders bespreekt de voorgebrachte ideeën dan onder elkaar, en spreekt daarna terug met het publiek over drie voorstellen. Het publiek mag dan voor of tegen de voorstellen stemmen. Dit is een andere manier om iedereen te laten meewerken.

Onder deze voorstellen vinden we bijvoorbeeld de nood om “een netwerk van laagdrempelige solidaire zorgverlening te vormen”, “de intersectoriele samenwerking te herstellen” in de zin dat deze nog “menschelijker” moet worden, of ook nog de nood om een stand van zaken te doen van de sociale en gezondheidspraktijken in de 19 Brusselse OCMW’s (zie volgende pagina’s).

De aanwezige verkozenen onderlijnen ook het belang om sociale banden te herscheppen in het sociaal werk. “De maatschappelijk assistenten van het OCMW zijn eigenlijk weinig beschikbaar voor de mens”, geeft Jean Spinette (PS) toe, “ze worden overweldigd door de controle dat door de gemeentelijke, maar ook federale beleiden geëist worden, waardoor ze geen echt begeleidingswerk kunnen uitvoeren.” Luc Detavernier (DéFI) beklaagt de institutionele complexiteit en het gebrek aan gemeenschappelijke doelstellingen. In functie van waar men woont heeft men een verschillende toegang tot sommige diensten; om dit territoriumprobleem te voorkomen haalt Zakia Khattabi (Ecolo) de overdraagbaarheid van rechten op regionale schaal naar boven.

Uiteindelijk klinken de gehoorde thema’s al bekend : de sociale en gezondheidssectoren decompartmenteren, verspreid verenigingswerk voorkomen en dus beter netwerken, de gegeven hulp van de verschillende OCMW’s harmoniseren... Iedereen is ermee

eens dat deze problemen herhaaldelijk aangeduid moeten worden zolang ze niet worden aangepakt, maar één van de deelnemers merkt echter op dat we geen enkel voorstel hebben in verband met het nodige kader om de huidige situatie feitelijk te kunnen verbeteren ! Hier zien we duidelijke kloof tussen de noodsituaties die de toneelspelers uitbeelden -de meesten onder hun hebben zelf op straat geleefd of zijn nog steeds dakloos- en de politieke verklaringen die vaak streven naar een ideaalbeeld en soms weinig concreet overkomen. Waarschijnlijk botsen we op dat moment tegen de beperking van deze techniek waarbij we namelijk in één namiddag groepsoverleg en concrete voorstellen willen combineren. Ondanks deze beperkingen hadden we dankzij deze werkwijze een echte samenwerking in een horizontaal groepsgesprek tussen sociaal werkers, gebruikers, en in mindere mate, politieke gezagsdragers.

Vanuit deze conclusies werkt Smes eraan om de voorgestelde suggesties op te volgen na deze ene namiddag, door de suggesties toe te passen in de werkelijke praktijk, en door het woord van de meest kwetsbare voortdurend aan de overheidsinstanties te laten horen.

VOORSTEL 1



HARMONISERING VAN DE GEBRUIKEN VAN DE OCMW DIENSTEN

Sinds 1976 is één van de werkstukken van het OCMW om de toegang tot gezondheidszorg te garanderen. Het hiervoor meest gekende hulpmiddel is de financiële steun bij apotheek- of huisartskosten. Met deze “gezondheidszorg” doelstelling compenseert het OCMW wat de sociale zekerheid niet in beslag wil nemen. Ook al weten we het vaak niet, vormt het OCMW hiermee één van de hoofdzakelijke gezondheidsverenigingen. Historisch gezien waren de Brusselse OCMW's zelfs belangrijke ziekenhuisstichters.

Een flinke puinhoop

In het Brussels gewest geniet elk van de 19 OCMW's van een brede zelfstandigheid bij het bepalen van hun gedragslijnen. Politieke en ideologische opvattingen hebben een invloed op de manier waarop de toegang tot gezondheidszorg wordt toegepast. Het gevoerde beleid hangt ook af van de specifieke bevolking van elke gemeente (eerder jonger, vergrijzend, of migrerend). Dit alles werkt mee aan de grote praktijkverschillen tussen verscheidene OCMW's. Een Brusselse bewoner die van de ene gemeente naar de andere verhuist, zal hierdoor een verschil in behandeling onderkennen tussen het OCMW dat hij verlaat en het OCMW waar hij toekomt. Wanneer iemand van OCMW verandert, kan bijvoorbeeld de vergoeding van zijn farmaceutische kosten dalen. In Brussel veranderen de OCMW gebruikers immers vaak van gemeente, en zijn degene die het vaakst verhuizen vaak ook de meest kwetsbare

“Harmonisering is alleen wenselijk indien het via een opwaartse nivellering in het voordeel van de gebruiker gebeurt.”

personen. De problematiek is dezelfde in Wallonië, maar in Brussel wordt deze mobiliteit van de OCMW-gebruikers versterkt door een complex stedelijk weefsel : Door aan de andere kant van de straat te verhuizen kan men in een verschillende gemeente belanden.

De autonomie en de specifieke territoriale kenmerken van de 19 OCMW's zijn op zich niet de enige oorzaak van deze verschillende praktijken. Om verder te kunnen gaan moeten we kijken naar de manier waarop deze verenigingen gefinancierd worden. Om de kassa te vullen is elke OCMW afhankelijk van een gemeentelijke bijdrage. Hier zoeken we echter de kwadratuur van de cirkel, want daar waar de OCMW's het meeste geld moeten besteden aan gezondheidszorg, is in de gemeenten waar de bevolking net het armste is – volgens het principe van de sociale en gezondheidsdeterminanten. De gemeenten waar de bewoners het armste zijn en de kassa's van het OCMW dus de leegste, zijn daar waar het OCMW ook het meeste moet uitgeven.

Dit heeft in vele OCMW's geleid tot het stellen van nieuwe voorwaarden voor de verstrekking van medische hulp. Het doel is om de uitgaven te beperken, die voor sommigen van hen al een van de belangrijkste in hun totale begroting vormt. Deze financiële onmacht is vaak de “oorspronkelijke zonde” dat de verschillen tussen de OCMW-praktijken veroorzaakt.

Voor een harmonisering

In 2014 publiceerden RIZIV en Artsen Zonder Grenzen een “groen boekje”³, waarin de tekortkomingen van het OCMW bij het verstrekken van financiële hulp voor medische uitgaven, werden aangeduid. De Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen volgde na⁴. Dit moedigde het Brusselse OCMW aan om deze kwestie van harmonisering van praktijken en beleid in de gezondheidszorg rechtstreeks aan te pakken. Wat dit deels mogelijk maakte was een

3/ <https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/acces-soins-recommandations-systeme-plus-inclusif.aspx>

4/ <http://famgb.be/uploaded/2225/cpas/20150513LivreBlancDroitSoinsSante.pdf>

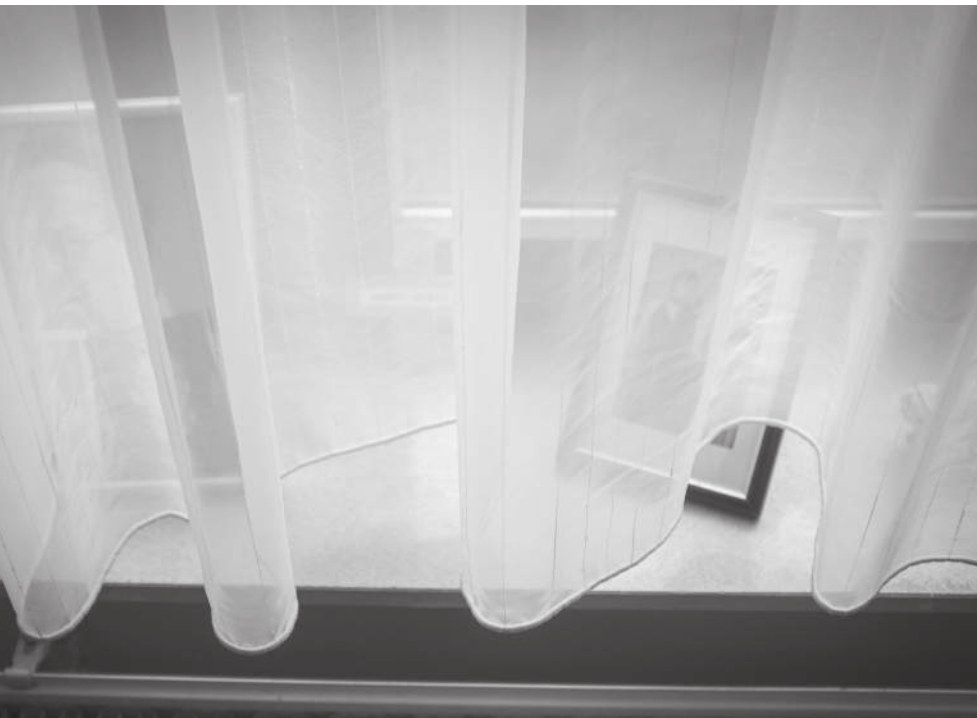
recente studie die de Federatie van Brusselse OCMW's over de kwestie leidde. Dankzij een kwantitatief en een kwalitatief hoofdstuk, legde deze studie de beginselen klaar voor een totstandkoming van deze harmonisering.

Het gevaar van harmonisering is net zo duidelijk als een basisschool-opgave dat de vraag stelt van de kleinste en de grootste gemene deler. Harmonisering is alleen wenselijk indien het via een opwaartse nivellering in het voordeel van de gebruiker gebeurt. Het risico is natuurlijk dat men ons zouden richten op kortetermijnpraktijken in plaats van op de meest ambitieuze.

Om dit te voorkomen stelt de Federatie van Brusselse OCMW's voor dat er eerst aan de harmonisering van alles wat “systemisch” is wordt gewerkt : de administratieve en computerprocedures, de dekkingsduur, de overdraagbaarheid van de medische kaart, de goedkeuring van de artsen, enz. Met deze systemische harmonisering komt een administratieve vereenvoudiging dat de sociaal werkers van het OCMW met open armen verwelkomen. Dankzij deze vereenvoudiging kunnen ze zich immers beter investeren in het menselijke contact en de banden die ze met de gebruikers ontwikkelen. En zoals we weten, is deze investering in een vertrouwensband al een eerste stap naar de genezing.

Om de voortzetting van de zorgen te garanderen moet de harmonisering een “overdraagbaarheid” van de hulp van het OCMW mogelijk maken. Wanneer iemand een bepaalde hulp kreeg in het ene OCMW zou deze hulp dan onveranderd blijven indien deze persoon naar een ander OCMW overstapt. De uitvoering van zulke overdraagbaarheid is, namelijk door de kwestie van het professionele geheim, wel niet zo simpel. Deze ambitie ligt nochtans binnen handbereik indien we het bouwen op de goede gebruiken die al bestaan.

Deze plannen vragen echter om de steun van de autoriteiten waar het OCMW ondermeer op regionaal niveau van afhangt, via de uitkering van menselijke en informaticamiddelen. Hier kunnen we ons dus verheugen dat de meerderheid van de nieuwe Brusselse



regering daar positief op stemde, zodat men “ongeacht de woonplaats op het regionale grondgebied, de toegang tot dezelfde medische en farmaceutische zorg, evenals dringende medische hulp, garandeert”.

De communicatie tussen de actoren van het veld bevorderen

De tegenwoordige problematiek gaat echter verder dan enkel de harmonisering de OCMW-praktijken. De gebruikers beklagen het gebrek aan communicatie tussen de verschillende actoren en netwerken, voornamelijk wat de dakloze bevolking betreft. Om de decompartmentering van de verschillende diensten te vorderen, zou men in elke gemeente de banden tussen het OCMW en de lokale medewerkers (huisartsen, apotheken) moeten versterken. Ook hier stelt de nieuwe Brusselse regering een belovende vooruitgang voor : “plaatselijke sociale en gezondheidscontracten” die “specifieke beleidsvormen voor sociale actie moeten voorstellen, en die de behoeften van elke wijk en alle verschillende lokale sociale contexten beantwoorden.” “Deze zouden geleid worden door een eenheid van het OCMW die zou voortkomen uit een samenwerking met de gemeente, de COCOM, de verenigingen en de bewoners.” Het actorenterrein wacht met enige spanning op de uitvoering van deze engagementen die jaren oude eisen zouden voldoen...

VOORSTEL 2



SOCIALE EN GEZONDHEIDS- VAARDIGHEDEN DICHTER BIJEEN BRENGEN EN NETWERKSAMENWERKING BEVORDEREN

Hoe kunnen wij als sociale en gezondheidsprofessionelen beter samenwerken met de overheidsinstanties, tussen sectoren en tussen verenigingen, in het voordeel van de gebruikers ?

Hoewel dit debat al even duurt, heeft de samenkomst waarmee Smes zijn vijftienvingste verjaardag vierde, de verdienste gehad om aan te tonen dat er een zeker mate van overstemming bestaat wat betreft de remmingen, en dat er een grote verscheidenheid aan standpunten bestaat over de nodige middelen om een verbetering te bereiken. Het tweede voorstel die de deelnemers naar voor brachten betreft de decompartmentering van het sociaal-gezondheidsmilieu, en een betere networking.

Betere samenwerking tussen overheidsinstanties en verenigingen

De vier federale entiteiten waaronder de bevoegdheden die rechtstreeks van belang zijn voor Brussel zijn verdeeld, bestaan samen met de federale staat, waarvan de keuzes een grote invloed hebben op het regionaal beleid. De sociale en gezondheidsvaardigheden, of de vaardigheden in direct verband ermee, zijn verbrokkeld – zonder veel denkwerk, naar de mening van het veld – tussen een reeks politieke leiders. De institutionele en gemeenschapsversnipperingen bemoeilijken de ingreep van de actoren op het terrein en bemoeilijken het leven van de burgers aanzienlijk, door soms zelfs de toegang tot bepaalde rechten op 't spel te zetten.

Wat de Franse Gemeenschapscommissie betreft, had de invloedverdeling van de partijen in de regering, tot deze legislatuur van 2019-2024, niet toegestaan om te voldoen aan een (bijna) unanieme eis: De samenvoeging van sociale en gezondheidsvaardigheden binnen éénzelfde ministerie. Gedurende de 2014-2019 legislatuur was de sociale kwestie onder verantwoordelijkheid van Céline Fremault (cdH), en werd het Gezondheids gedeelte bestuurd door Cécile Jodogne (DéFI). Dankzij de steeds grotere druk van het terrein werd deze hindernis nu overwonnen. Met het akkoord van de meerderheid dat te Brussel in juli 2019 plaatsnam, werd een minister van sociale gezondheid uitverkozen voor de Cocom. De vaardigheden van deze minister gelden ook voor de Cocom (Alain Maron – Ecolo – samen met een Vlaamse minister van de zusterpartij Groen, Elke Van den Brandt). De Gezondheids promotie bestaat zelfstandig verder in een ander ministerie onder beleid van Barbara Trachte, die evenals Ecolo is⁵. Hiermee kunnen we een grote stap naar meer samenhang vaststellen. Op weg naar een decompartmentering van de competentiegebieden, met als ambitie om met het Gewest een doeltreffende bestuursmethode te vormen waarmee de Gemeenschappen hulp en gezondheidszorg efficiënt kunnen beheren ?

Op gemeentelijk niveau is de samenhang nog lang niet bereikt. Zoals we weten zijn er zoveel sociale belevingsvormen als er burgemeesters zijn. Het terrein pleit voor harmonisering onder andere betreffend de medische kaart. We weten echter dat de meerderheid van het Brusselse parlement uit overtuigde municipalisten bestaat, dus kunnen we terecht twijfels uiten over de ontwikkeling van het regionale bestuur van de OCMW's!

Betere samenwerking tussen de sociale actie en de gezondheidssector

Het bezuinigingsbeleid dat door het triomferende neoliberalisme wordt toegepast heeft een kwalijke uitwerking op onze sectoren :

5/ Het hulpbeleid voor mensen met een beperking blijft apart en gaat van cdH naar PS over (Rudi Vervoort). De Sociale cohesie blijft ter handen van PS, meer bepaald van Nawal Ben Hanou.

het algemene budget voor de financiering van de hulp-en zorgverlening is niet gedaald, desondanks neemt dit budget ook niet evenredig toe met de toenemende nood aan mobiele diensten.

Om de schade te beperken probeert iedereen alles te herstructureren om beter te kunnen doen met de middelen die voor ons verstrekt zijn. Ook hier heeft de vorige zittingsperiode een reeks (geplande) hervormingen meegedragen: ontwerpwijziging van het mobiele decreet van de Cocom en aanname van een bevel voor de eerstelijnsorganisatie van de Cocom, ontwikkeling van een gezondheids promotieplan voor de Cocom en van een Brussels gezondheidsplan voor de Cocom. Wat is er buiten deze edelmoedige toezeggingen concreet nodig op het terrein en voor welke verbeteringen pleiten wij voor de gebruikers ?

Het is een kwestie van een samenhangend gemeenschaps-overschrijdend en regionaal beleid te bepalen. Om zover te geraken moeten we aan een overeenkomst komen omtrent een politieke visie op gemiddelde en lang termijn, voor de opstelling van een sociaal en gezondheidsaanbod in Brussel. Zo zouden wij vertrekken uit volgende thematieken :

- ▶ een territoriale aanpak van het aanbod (ruimtelijke rechtvaardigheid) : aan elke Brusselse bewoner moet gelijke toegang tot het basis hulp-en zorgaanbod worden geboden (nader te bepalen)in zijn nabijgelegen omgeving (ook nader te bepalen, indien gemakkelijk te voet of per openbaar vervoer bereikbaar) ;
- ▶ een nabijheidsbenadering : het minimale basisaanbod moet op plaatselijke schaal en zo dicht mogelijk bij de betrokken burgers voorzien worden ; deze lokale aanpak maakt het mogelijk om de vereiste rechtvaardigheid (gelijke basisdiensten voor iedereen) en nabijheid te combineren met de nodige afstemming op elke specifieke behoefte ;
- ▶ Garantie omtrent de toegang en het behoud van het aanbod : het medewerkersnetwerk aanpassen aan elke situatie zodat men efficiënt kan ingrijpen ;
- ▶ een actieve rol voor de betrokken burger : De tevredenheid en tegemoetkoming aan de behoeften van de gebruikers moet de

maatstaf en het uiteindelijke doel van de dienstenorganisatie zijn. Dit vereist dat ze als volwaardige partners worden betrokken bij de uitgevoerde stappen.

Kortom, een gestaafde visie schrijven van de Brusselse sociale en gezondheidszorg die een enthousiast engagement opwekt en de troepenmacht op gang brengt ! De nieuwe Brusselse regering lijkt op dezelfde golflengte te zijn, sinds zij verklaren een “Algemene Vergadering van de Brusselse sociale en gezondheidszorg” te willen ondernemen, “met als toekomstperspectief het opstellen van een geïntegreerd Plan voor Sociale en Gezondheidszorg omtrent met name een Brusselse eerstelijns sociale en gezondheidszorg. De Brusselse overheid zal zich inzetten voor co-constructieve samenwerking tussen publieke en verenigingsactoren, tussen gebruikers en onderzoekers, met inbegrip van de methode. (...) Onderhand zal de regering werken aan een wetgevingscoördinatie tussen de bevoegde instellingen zodat de teksten elkaar aanvullen.”

Betere samenwerking tussen de verenigingen

Ten slotte blikken we in de wetenschappelijke literatuur om de netwerking aan te kaarten. Zo onderscheidt Maguelone Vignes (UCLouvain, Centrum voor Interdisciplinair Onderzoek Democratie, Instellingen, Subjectiviteit) drie organisatie modellen: het geïnstitutionaliseerde netwerk van verenigingen (bijvoorbeeld de “107” hervorming van de geestelijke gezondheidszorg), het interstitiële netwerk rond de gebruiker (bijvoorbeeld het BOOST-project), en het geïntegreerde sociale- en gezondheidscentra (SGC)/6. Daarnaast stelt Myriam De Spiegelaere (ULB, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) dat hoe meer een gebruiker gedesocialiseerd wordt, hoe beter een gesloten model voor dit persoon geschikt zal zijn, terwijl integendeel een zelfstandiger persoon al zijn problemen liefst niet op dezelfde plaats zal willen deponeren.

6/ Voor meer details over deze modellen, zie BIS 176/2018:
<https://www.cbcs.be/Reorganiser-le-social-sante-a-Bruxelles>

Is de beste manier om zo goed mogelijk aan de behoeften van de bevolking en aan de verzoeken die de diensten krijgen, te voldoen, niet om de ontwikkeling van deze verschillende en aanvullende modellen te bevorderen, om zo de valkuil die met de standaardisering en sociaal-sanitaire actie meekomt, te kunnen voorkomen ? En zouden we zo via de legislaturen die ons omkaderen ook geen beter inzicht hebben op de tijd die aan samenwerking wordt besteed ?

Tot slot was deze Smes-dag de gelegenheid om nog eens terug te komen op wat er al vaker werd gezegd, maar desondanks nooit genoeg benadrukt kan worden: De absolute nood om onze werkomgeving te kennen, zodat men weet op wie we mogen rekenen op ons interventiegebied. Op dit niveau zijn de hulpmiddelen waarover we beschikken weinig overeenstemmend of worden ze onderbenut. Zou de overheid niet kunnen samenwerken met de OCMW's, om via de gemeentelijke sociale coördinaties een echte, territoriale onderlinge professionele kennis op touw te zetten? Dit is de kans om aan de verdieping van het regionale feit te werken, aan een bewustzijn van Brussel als gewest. Het begin van deze zittingsperiode is een gelegenheid om op deze schaal een effectief hulp- en zorgsysteem te bedenken.

Om verder te gaan:

- ▶ <https://www.cbcs.be/Les-4-etapes-de-la-gestion-publique-du-secteur-associatif-a-Bruxelles>
- ▶ <https://www.cbcs.be/Gouverner-par-appel-a-projet-domptier-l-associatif>
- ▶ <https://www.cbcs.be/La-fonction-d-organisateur-communautaire-au-Quebec-Et-pourquoi-pas-a-Bruxelles>
- ▶ <https://www.cbcs.be/Huile-ou-grain-de-sable-Que-fait-l-associatif-aux-rouages-du-systeme>
- ▶ <https://www.cbcs.be/L-appel-a-projet-une-nouvelle-maniere-de-reduire-l-action-associative>

VOORSTEL 3



EEN NETWERK VAN LAAGDREMPELIGE SOLIDAIRE ZORGVERLENING

Voor een dakloos persoon is de toegang tot zorgverlening een werkelijke strijd : niet in het bezit zijn van de nodige documenten (identiteitskaart, medische kaart), gebrek aan communicatie tussen de verschillende straatmedewerkers, verzoeken die niet serieus genomen worden, stigma die voortkomt uit verwante problemen (verslaving, hygiëne...).

Om de administratieve grenzen te omzeilen [ZIE VOORSTEL 1] stelden de deelnemers een netwerk van laagdrempelige solidaire zorgverlening voor. Het idee ? Het Verzamelen en zichtbaar maken van alle verzorgers en structuren die gratis, of tegen symbolische kosten, zorg verlenen in de verschillende wijken van Brussel. Deze zijn waarschijnlijk talrijker dan men denkt, maar blijven onbekend door een gebrek aan gecentraliseerde informatie. Naast de zichtbaarheids- en beschikbaarheidskwestie is het van belang om werkelijke netwerkvoorwaarden mogelijk te maken. Een lijst opstellen voldoet niet aan de opbouw van een netwerk. Hiermee is iedereen het eens : De terreinwerkers moeten elkaar leren kennen en uitgerust zijn om oplossingen te kunnen bieden aan de zorgverleningproblematieken [ZIE VOORSTEL 2].

De 0,5-functie versterken

De bedoeling is hier om de “0,5-functie”, zoals ontworpen in het Witboek over toegang tot gezondheidszorg in België, geschreven door RIZIV en Artsen zonder Grenzen, te verstevigen. Deze werd oorspronkelijk “lijn 0,5” benoemd, en was bedacht als “een tussenliggende zorglijn [bestaande uit een verzameling] van structuren en/of diensten met een multidisciplinaire, flexibele en proactieve aanpak, waarbij personen die van de gezondheidszorg zijn uitgesloten in aanmerking komen voor primaire gezondheidszorg”. We noemen het nu een “functie” om het nagestreefde doel te benadrukken : de patiënt op termijn terug integreren in de traditionele

eerste lijn, waarin gezondheidskwesties op brede schaal worden behandeld en ook algemene zorgdiensten worden opgenomen. Zo komen we terecht bij een van de belangrijkste kritiekpunten die in het wetgevend theater opnieuw bevestigd werd omtrent de “lijn 0,5”: We stellen de ontwikkeling van een tweeledige geneeskunde vast, met één goedkope versie voor de meest kwetsbare bevolking, en één voor de rijkere personen.

Deze tussenliggende functie tussen de eerste lijn en tussen wat we het nulniveau kunnen noemen (de gemeenschap waarin personen, die in zeer precare situatie zijn, optreden) versterkt echter het sociaal-gezondheidsverbond. Op deze manier verlaagt ook het toegangsniveau tot zorgdiensten en kan men systemische hulp en ondersteuning bieden aan mensen die mogelijk meerdere problemen cumuleren. Dit is bijzonder belangrijk in een systeem waarin de procedures en de toegang tot verzorging tamelijk complex kunnen zijn. Het is vooral een kwestie van de sociale en gezondheidszorg uit te rusten om mensen te ondersteunen en te behandelen, in een situatie van (zelf)uitsluiting van zorg en van onwetendheid van hun rechten, met de bedoeling om het associatieve netwerk te investeren met een “overgang”-of “verbindingstaak” betreffend zorg, op een manier dat het stigmatiserende aspect ontwijkt.

Een netwerk... om gebouwd en gesteund te worden

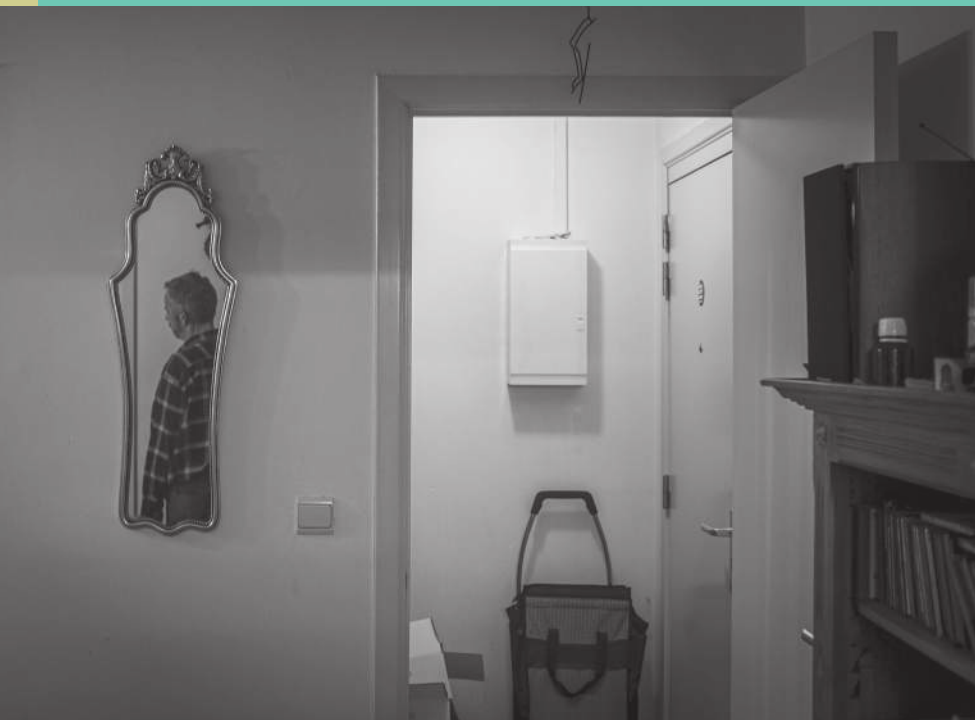
Om dit voorstel van laagdrempelige solidaire zorgverlening efficiënt te maken, zullen we dus verder moeten zoeken dan de simpele oplijsting van de verenigingen en verzorgingsplaatsen die het kwetsbare publiek hulp verlenen. Het intersectoriele wantrouwen moet overwonnen worden indien de professionelen en verenigingen een zodanig breed netwerk willen vormen. Het doel is hier om verschillende medewerkers in contact te brengen zodat men in geval van een medisch verzoek, directere actiemiddelen kan inzetten. Samen zullen zij ideeën en middelen ontwikkelen voor gezamenlijke en gecoördineerde begeleiding en zorg, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van de bevolking, en ernaar wordt gestreefd deze terug te leiden naar de klassieke gezondheidszorg. Een voorbeeld van hoe we deze personen kunnen benaderen en

toegang geven tot het zorgsysteem, is via “outreach”, of het in dienst nemen van ervaringsdeskundigen. Deze beschouwingen en hulpmiddelen ontwikkelen, of nog nieuwe methoden ontwerpen en aanleren, vragen tijd en middelen waarmee we rekening moeten houden en die vergemakkelijkt zouden moeten worden.

De toegangs- en mobilisatiemiddelen van dit netwerk vragen ook vereenvoudiging. Afgezien van het denkwerk over de toegang tot en de opvang van mensen in de gezondheidszorg, moeten we verder kijken dan de sectoroverschrijdende scheidelijnen, en de huidige institutionele en financiële logica achter ons laten. Dit impliceert dat de financiering van bepaalde initiatieven, zoals het bovenstaande voorbeeld, herbedacht dienen te worden. Daarom is er nood aan engagement, financiële en logistieke middelen, samen met een sterke politieke wilskracht. De signalen die we hieromtrent hebben vernomen zijn aanmoedigend. Zo heeft het Brussels Gezondheidsplan dat op het einde van de 2014-2019 legislatuur werd aangenomen, het eerste zwaartepunt van dit project toegeweid aan de strijd tegen de ongelijkheden in de gezondheidszorg, en stelt onder meer voor “dat de toekomstige ontwikkeling van het aanbod van eerstelijnszorg een tussenliggende lijn omvat, de zogenoemde “lijn 0,5”. Er wordt met name bepaald dat “De actoren van lijn 0,5 de mensen die geen toegang hebben tot gezondheidszorg dienen te helpen, onder meer door naar hen te gaan. Ze ondersteunen hun behoeften en helpen hen om toegang te krijgen tot het klassieke zorgsysteem, ongeacht de reden(en) waarom ze deze toegang tot dan niet kregen.”

Wat betreft de nieuwe regering, werd er in de meerderheidsovereenkomst het volgende aangekondigd: “de sociale dekking van 100 procent van de bevolking die op het grondgebied aanwezig is, met het oog op een evenredig universalisme en volksgezondheid, ongeacht de administratieve status van de uitgesloten personen. (...) De overheid zal dan ook elke specificiteit, elk uitsluitingsmechanisme en elke toegangshindernis tot de gezondheidszorg achterhalen. Op basis hiervan zal men de “0.5”-functie in Brussel instellen, met behulp van de middelen en de interventievermogens van de actoren in de gezondheidszorg en hulpverlening.” Een sprankje hoop voor de meest kwetsbaren? De komende maanden en jaren zullen het ons laten weten.

VOORSTEL 4



LATEN WE IN DEZE CRISISCONTEXT HET AANBOD

AAN PSYCHIATRISCHE BEDDEN VERSTERKEN !

Hoewel de “mobiele wending” van de geestelijke gezondheidszorg, die tot doel heeft om de opvolging in de levensomgeving in plaats van in instellingen te laten gebeuren, nu brede overeenstemming lijkt te bereiken over de doelstellingen ervan, zijn veel vooraanstaande spelers van mening dat crisisperiodes (zelfmoordneigingen...) nog steeds “binnen de muren” moeten worden aangepakt.

In Brussel blijkt dit echter vaak heel moeilijk of zelfs onmogelijk te zijn, in het bijzonder voor complexe publieken die meerdere problematieken moeten doorstaan (geestelijke gezondheid, verslavingen, precariteit...). Verscheidene werkzaamheden hebben deze problemen trouwens regelmatig aan het licht gebracht, zoals het actie-onderzoek “Dakloosheid en geestelijke gezondheid” dat door het overlegplatform voor geestelijke gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor de Gemeenschappelijke Commissie (2014) is uitgevoerd, of nog de “kwalitatieve beoordeling van het geestelijke gezondheidssysteem en van de gebruikers’ trajecten in het kader van de hervorming van Psy 107 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest” studie, dat uitgevoerd werd door het UCL Onderzoeksinstituut voor Gezondheid en Maatschappij voor het Waarnemingscentrum voor Gezondheid en Sociale zaken van de Gemeenschappelijke Commissie (2019).

In tegenstelling met Vlaanderen en Wallonië die over teveel ongebruikte psychiatrische bedden beschikken, biedt het Brussels gewest onvoldoende plaatsen ten aanzien van historische

programmationormen. Brussel is echter niet enkel een grote stad, maar ook een hoofdstad. Dit draagt een aantal gevolgen met zich mee, zoals een hogere concentratie van personen die meer kans hebben om aan lichamelijke of geestelijke aandoeningen te lijden, (precariteit, migratie...), samen met een grotere aantrekkingskracht in vergelijking met de naburige regio's (We schatten dat 30% van de bezette capaciteiten van de geestelijke gezondheidsdienst gebruikt worden door patiënten uit de twee andere gewesten).

Het psychiatrische beddenaanbod in evenwicht brengen

Welke oplossingen zijn er op dit beddentekort mogelijk? Één van de meegenomen voorstellen tijdens het wetgevend theater pleit voor "het in evenwicht brengen van het beddenaanbod" en bracht hiervoor een origineel idee, namelijk om een "voorraad" van ziekenhuisbedden te verzamelen, zodat deze in geval van gebrek, gemobiliseerd kunnen worden – net zoals de "portefeuille"bedden in de rusthuissector. Het idee ?

“Het idee ? Kunnen rekenen op een bedden-voorraad dat enkel om financiering vraagt wanneer gebruikt, en wanneer er helemaal geen andere plaatsen beschikbaar zijn.”

dat enkel om financiering vraagt wanneer gebruikt, en wanneer er helemaal geen andere plaatsen beschikbaar zijn. Om de toegangsmoeilijkheid van het zeer geprecarieerd publiek te overkomen, zou men hiernaast een vergemakkelijkte toegang aanbieden voor de mobiele diensten (zowel van de sociale als de geestelijke gezondheidssector), zodat zij een specifieke overdagbegeleiding kunnen aanbieden.

Andere leden van de groep bedachten de mogelijkheid om psychiatrische bedden in de opvangstructuren van de daklozensector te voorzien, met een eventuele samenwerking met de Geestelijke Gezondheidsdiensten (SSM – services de santé mentale) zodat zij op deze manier huisvestingsoplossingen voor hun dakloze patiënten zouden kunnen vinden. Aan SSM laten we dan de verantwoordelijkheid om het zorgverleningsnetwerk tot stand te brengen. Het voordeel van deze formule : het stelt in staat om "gemeenschappelijk

gebruik" te maken en bruggen te bouwen tussen actoren die met hetzelfde publiek worden geconfronteerd, maar die moeilijk weten om te gaan met de ene of andere problematiek (soms huisvesting, soms geestelijke gezondheid). De interventies kunnen dan als volgt verdeeld worden : SSM garandeert dagopvang, en de opvanghuizen-of centra garanderen de nachtopvang. Verder heeft het publiek benadrukt dat SSM een belangrijke rol speelt in crisissituaties, en dat deze sector een herfinanciering zou kunnen gebruiken om vervolgens deze noodsituaties efficiënt te kunnen opvangen.

Een utopisch voorstel ?

Is het realistisch om in een context waar zowel het budget-als het volksgezondheidsbeleid neigen het beddenaantal te beperken, zulke voorstellen voor te leggen? Terwijl sommige deelnemers beschouwen dat men op de solidariteit van de andere gewesten moet kunnen rekenen (met bijvoorbeeld het "overdragen" van hun extra bedden), durven andere actoren behoorlijk te twijfelen over de mogelijkheid dat de publieke diensten (zowel federaal als regionaal) bijkomende bedden zouden financieren.

Afgezien van deze kwesties van politieke uitvoerbaarheid wordt ook de vraag gesteld over de wenselijkheid van systematische ziekenhuisopname : "De vraag is of de betrokken persoon in zulke slechte staat is dat deze "binnenshuis" (in bijvoorbeeld een ziekenhuis) behandeld moet worden, of indien een andere aanpak zou kunnen voldoen?", hierbij stellen we immers ook de volgende vraag of een ziekenhuisopname voor de behandeling van een crisis wel altijd noodzakelijk is. Deze vraagstelling werd tijdens onze bijeenkomst vaak ter tafel gebracht, zodanig dat het volgende voorstel de ontwikkeling van alternatieven betreft. Op volgende pagina's lezen we hier meer over.

VOORSTEL 5



ALTERNATIEVEN VOOR PSYCHIATRISCHE NOODGEVALLEN ONTWIKKELEN

We stellen vast dat de aangepaste hulp bieden aan personen die zich in een psychische kwetsbaarheidsperiode bevinden vaak problematisch is. Daarom werd er voorgesteld om niet-medische alternatieve ruimtes te bedenken voor psychische noodsituaties, zodat mensen er een paar dagen (hoogstens twee of drie) kunnen uitrusten en opgevolgd kunnen worden. In een flexibeler kader dan dat van het ziekenhuis zouden deze personen de sociale band, de kleine vonk en de menselijke warmte kunnen vinden, die zij nodig hebben om de beproeving waarmee zij worden geconfronteerd te doorstaan. Het verblijf op deze plaatsen zou vrijwillig heel kort zijn: De bedoeling is niet om het tekort aan psychiatrische bedden in ziekenhuizen te compenseren.

De doelgroep bestaat uit personen die met de steun van sociaal werkers een pad ondernamen naar betere levenstoestanden, en die zich ten gevolge van een bruusk voorval minder goed voelen. Werkers worden vaak geconfronteerd met “terugval” en hebben slechts één oplossing binnen hun bereik : het ziekenhuis. Deze oplossing is desondanks niet de meest geschikte, en is bovendien vaak niet toegankelijk omdat er simpelweg plaats ontbreekt.

Dit idee zou dus het tekort in Brussel aanpakken en zou verder ook niet zo veel kosten, met name dankzij de ondersteuning van de

“Een paar bedden voorzien in de geestelijke gezondheidsstructuren zou aan de lijdende personen toestaan om een paar dagen te rusten.”

geestelijke gezondheidszorg. Een paar bedden voorzien in de geestelijke gezondheidsstructuren zou aan de lijdende personen toestaan om een paar dagen te rusten, zoals bijvoorbeeld al in de huizen voor respijtzorg voor zieke kinderen gebeurt. De bedoeling is dus om een fysieke plaats te vormen waar personen die een moeilijkheid ondergaan een paar dagen zouden mogen rusten en hulp vinden. Dit is natuurlijk niet overal mogelijk en zou de oprichting van een bepaald kader vereisen, maar de kosten van deze formule zouden minder prijzig zijn dan die van psychiatrische bedden. Dit zou ook een manier zijn om een flexibelere en minder emotionele omgeving te creëren dan het ziekenhuis.

Om dit initiatief waar te maken lijkt de beste aanpak een proefproject te zijn, dat wil zeggen dat we beginnen met een structuur die een paar bedden aanbiedt om het idee te testen, zodat men de efficiëntie van de methode kan nagaan.

Te vermijden valkuilen

In het publiek is bezorgdheid geuit over een mogelijke “ontslagning” van de instellingen die belast zijn met het crisisbeheer, en over een vorm van definanciering (aangezien mobiele zorg goedkoper is dan het ziekenhuis, zou deze formule een meevaller kunnen zijn voor een overheid die op de meeste bezuinigingen uit is). Deze bezorgdheden zijn gegrond. Het is waar dat de geestelijke gezondheidsinstellingen via de Sociale Zekerheid en het RISIV, van de federale overheid afhankelijk zijn. De federale overheid beschikt immers over meer middelen als de gewesten, en in het bijzonder voor Brussel. De bedoeling is dus niet om een lowcostoplossing voor te stellen voor de lijdende personen die zorgen nodig hebben.

Het is dus belangrijk om het oorspronkelijke idee van dit voorstel te behouden, in de zin dat dit geen alternatief is voor een mogelijke herfinanciering van de psychiatrische bedden (deze bespreken we in het vorige voorstel), en dat de bedoeling ervan ook niet is om de bedden te “leggen”, maar wel degelijk om aan de lijdende personen en aan de sociaal werkers een alternatief voor het ziekenhuis te geven, wanneer deze optie niet absoluut nodig is. Dit zou ook in

overeenstemming zijn met de doelstellingen van de Verklaring van Helsinki over geestelijke gezondheid (Wereldgezondheidsorganisatie, 2005), die onder meer tot doel heeft mensen met geestelijke gezondheidsproblemen “een plaatselijke dienst die afgestemd is op de behoeften van gemarginaliseerde groepen” aan te bieden.

Een andere pluspunt van dit voorstel is de onderlijning van het intersectoraal werken. De uitvoering van zulke samenwerking blijkt vaak echter complex te zijn: Het neerhalen van de afbakeningen tussen de verschillende sectoren heeft grote gevolgen op het dagelijks werk, vereist dat we uit onze comfortzone komen, dat we de praktijk veranderen, en vraagt dus om investering en tijd. Deze investering zou daarom een noodzakelijke voorwaarde zijn voor het welslagen van het proefproject, evenals de kwesties van financiering en wettelijk kader.

Wat de financiële middelen betreft, beschouwen meerdere actoren dat de proefprojectformule een goede manier zou zijn om dit idee te testen, terwijl in afwachting van overheidssteun die mogelijk zou zijn nadat er duidelijke resultaten zijn geboekt, zoals het bijvoorbeeld het geval was bij de “laagdrempelige opvangcentra” die zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld in het gebied van geestelijke gezondheid (Club Norwest, Pianocktail, enz.). Deze centra zouden immers als model of basis kunnen dienen voor de oprichting van deze respijtzorgplaatsen, met name rekening houdend met het feit dat zij door de begunstigden zelf worden beheerd. Een participatief opzicht die het originele en alternatieve karakter van dit project, tegenover de traditionele crisisaanpak, definitief zou verankeren.

VOORSTEL 6



VERZORGEN VIA HET GRONDGEBIED EN INTERSECTORIEEL WERKEN

De professionals uit de geestelijk-sociaal-medische sector klinken unaniem : de zware problematieken – die grote precariteit, geestelijke en lichamelijke gezondheid koppelen – zijn in Brussel nog nooit zo fel geweest. Deze sociale en gezondheidsproblemen worden nog verergerd door het fenomeen van niet-inschakeling en de ontmanteling van de socialebeschermingsmechanismen. Tegenwoordig heeft een aanzienlijk deel van de Brusselse bevolking amper toegang tot hulp en zorg. Voor deze mensen is het praktisch onmogelijk om hun lijden te beschrijven, of het nu om sociaal, psychisch of fysiek lijden gaat. Om deze situatie vast te grijpen stelde het laatste voorstel van de dag voor dat men een intersectorieel en territoriaal zorgaanbod bieden.

Naast de voorstellen omtrent de versterking van wat er al bestaat [ZIE VOORSTEL 4] of de ontwikkeling van nieuwe hulpmiddelen [ZIE VOORSTEL 5], bespraken de deelnemers ook de mogelijkheid tot herconfiguratie van het huidige aanbod, zodat het beter zou functioneren. Het gaat erom dat we gebruik maken van de deskundigheid van de mensen op het terrein en dat we hun klinische praktijk en hun begeleidende vormen valoriseren.

Bovendien is het voordeel van de al bestaande geestelijk-sociaal-medische hulpmiddelen dat deze al in specifieke grondgebieden verankerd zijn. Een medisch huis, een centrum voor geestelijke gezondheid of nog een sociaal restaurant, zijn vaste onderdelen van de geschiedenis van een gemeente of van het uitzicht van een wijk. De intersectoraliteit die we hier bespreken moet deze territoriale verankering benutten. Op een gegeven grondgebied zou het de bedoeling zijn om zich collectief nuttig te maken voor de bevolking door

een overlegcultuur te bevorderen: de professionelen dienen leren samenwerken binnen soepele, bijna informele, netwerken. Deze geleding moet het mogelijk maken op een bepaalde situatie, met behulp van meervoudige en gebogen toegangsdeuren, doeltreffend te reageren.

Professionelen weten het immers wel: de meest kwetsbare personen zullen uiteindelijk altijd een deur doorlopen. Zelfs degenen die het verst van de hulp-en zorgverlening lijken afgezonderd, zullen ooit naar een medisch huis, een gezinsplanning of een centrum voor geestelijke gezondheid toestappen. Het gaat er dus om dat men deze mobiele en willekeurige dynamieken systematiseert zodat ze efficiënter verlopen. Elke doorlopen deur, ook al is het maar per toeval, moet een ingangspoort worden. Men moet mensen die in een situatie van sociale onderbescherming verkeren kunnen opvangen en richten naar hulpvormen die aan hun behoeften voldoen.

Samenwerken tussen professionelen...

Het idee is dus dat men tewerk gaat vanuit verankerde doorgangplaatsen in gegeven grondgebieden. Een rustplek, een ruimte waar een preciaire en kwetsbare bevolking een toevluchtsoord kan vinden om enkele uren rond een warme kop koffie of thee neer te zitten. De sociale diensten die actieve zorgverlening bieden in dit gegeven gebied – een wijkgezondheidscentrum, een gezinsplanning, een sociale dienst of nog een thuishulpstructuur – zouden regelmatig een paar werkers ter plaatse kunnen toesturen. Deze mobiele werkers zouden dan in de doorgangplaats aanwezig zijn, zodat het publiek en de professionelen elkaar kunnen leren kennen. De vestiging van een vertrouwensplaats is immers noodzakelijk om de lijdende personen een kans te geven om hun behoeften te uiten, zodat ze dan gericht kunnen worden naar de structuren die het best hun behoeften kunnen beantwoorden.

Voor de hulp-en zorgprofessionelen zou dit intersectoraal werk de mogelijkheid geven om zicht niet meer geïsoleerd te voelen in situaties die soms extreem zwaar en complex kunnen zijn. De grensoverschrijdendheid biedt ook een diverser paneel van benaderingen, en geeft het publiek de garantie dat een probleem, op basis

van meerdere complementaire invalshoeken, aangepakt kan worden.

... zonder de begunstigden opzij te laten

Net zoals bij de vorige voorstellen, zijn er bepaalde beperkingen, zoals ten eerste de beschikbaarheidsbeperking. Intersectoraal werken vereist dat werkers uit verschillende instellingen met elkaar overleggen. Deze nodige gemeenschappelijke conversatie botst soms met de realiteit van het sociaalwerk, met de financiële en tijdsbeschikbaarheidsbeperkingen van het milieu. Anders gezegd heeft een sociaalwerker onvoldoende tijd om bijna constant met zijn collega's te discussiëren, want hij moet zelf beschikbaar zijn voor de gebruikers. Ook hier lijkt het doeltreffender om te steunen op de bestaande lokale hulpmiddelen – bijvoorbeeld de sociale coördinaties van het OCMW – in plaats van bijkomende, tijdrovende discussieruimtes te verveelvuldigen.

Voor intersectorale werkzaamheden is het bovendien noodzakelijk dat er wordt samengewerkt tussen vakmensen van verschillende disciplines. Maar deze samenwerking moet ook in overleg met de eerst betrokkenen kunnen plaatsvinden. Misschien wil een begunstigde namelijk dat bepaalde informatie uitsluitend tussen vier muren blijft met zijn of haar huisarts, maatschappelijk medewerker, of specialist die zich bezighoudt met het beperken van de risico's verbonden aan het middelengebruik. Dat professionelen uit verschillende structuren met elkaar kunnen communiceren over dezelfde persoon, mag niet betekenen dat ze alles moeten uitwisselen, dat alles gezegd moet worden.

Voor elk van deze voorstellen blijft één van de voorwaarden voor het welslagen van een intersectoraal hulpmiddel, de deelname van de begunstigden. Dit werd tijdens het wetgevend theater meermaals door het publiek onderlijnd en herhaald, en is bij elk voorstel telkens van belang. Naar het woord van de begunstigden luisteren, rekening houden met hun eigen expertise en kennis, gebruik maken van ervaringsdeskundigen... zijn zoveel elementen die tegenwoordig noodzakelijk zijn om het meest kwetsbare publiek doeltreffend te kunnen bijstaan.



*“Op een gegeven
grondgebied zou het de
bedoeling zijn om zich
collectief nuttig te maken
voor de bevolking door een
overlegcultuur te
bevorderen.”*

MET DANK AAN

Deze dag en deze publicatie zou niet mogelijk geweest zijn zonder de inzet van :

de spelers van DIOGENES en DoucheFLUX : Frank, Christiaan, Amdad, Tony, Sébastien, Jonathan, Rabah, René, Dieter en Julie ;

Luc Gaudet, deskundige in sociale kunst, die ons begeleidde in de uitvoering van het wetgevend theater ;

de vereniging Libertalia , in het bijzonder Robin Carton en Carine Dubois ;

de leden van het stuurcomité en de gespreksgroepen :
Sébastien Alexandre (FEDITO Bruxelles), Muriel Allart (Smes),
Sophie Céphale (En Route), Christine Dekoninck (sp.a), Laurent Demoulin (DIOGENES), Luc Detavernier (DéFi), Manu Gonçalves (Le Méridien),
Laurent Hacken (cdH), Stéphane Heymans (Médecins du Monde),
Zakia Khattabi (Ecolo), Jenny Krabbe (Rivage – Den Zaet),
Céline Nieuwenhuys (FDSS), Jean Spinette (PS), Mahe Aja (Smes),
Youri Caels (PFCMS), Mathieu De Backer (Smes), Nicolas De Kuysseche (De Forum – Brussel tegen ongelijkheden), Marine Harmel (Smes),
Isabelle Heymans (Artsen zonder Grenzen), Éric Husson (Project Lama),
Reza Kazemzadeh (Exil), Jean-Louis Linchamps (ISFSC), Sandrine Rochez (Smes), Patricia Thiebaut (CBPS), Alain Willaert (CBCS) ;

de teams van het CBCS et de Forum – Brussel tegen ongelijkheden ;

de L'heure Atelier, centrum voor de expressie en creativiteit van de geestelijke gezondheidsdienst La Gerbe ;

en natuurlijkde teamleden en het raad van bestuur van Smes.

Al deze medewerkers willen we hartelijk bedanken !

*“Één van de voorwaarden
voor het welslagen van
een intersectoraal
hulpmiddel is de deelname
van de begunstigen.”*



Samen werken
voor mentale gezondheid
& sociale inclusie