



Vrije Universiteit Brussel

Een kwalitatief onderzoek naar mogelijke
netwerkscenario's voor een dagactiviteitencentrum
(Dac) dat zich richt tot personen met een
psychiatrische problematiek;
Een case study aan de hand van het Dac Den Teirling.

Eindverhandeling tot licentiaat in de Sociale- en Culturele Agogiek

Optie: Sociale Agogiek

Student: Sophie Nys

Promotor: Prof. Dr. F. Louckx

Organisatie: Den Teirling vzw

Academiejaar 2006-2007

WETENSCHAPSwinkel
Brussel

Samenvatting

In deze verhandeling onderzoeken we mogelijke netwerkscenario's voor een dagactiviteitencentrum (Dac) dat zich richt tot personen met een psychiatrische problematiek. Uitgaand van het Dac Den Teirling verkennen we verschillende netwerkpistes opdat in heel het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een aanbod van dagactiviteit op maat van personen met een psychiatrische problematiek kan gerealiseerd worden. Momenteel wordt Den Teirling vooral bezocht door personen uit de onmiddellijke omgeving, namelijk Elsene. De andere bezoekers komen uit het hele Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het Dac stelde vast dat de vraag naar deze ontmoeting- en activiteitenmogelijkheid zich vooral in de regio noordwest Brussel situeert. Uitbreiding en verbreding van de activiteiten dringt zich op. Gezien Dac's niet erkend worden door de overheid, gaan we eveneens na of dit financieel haalbaar is.

We bevroegen 19 organisaties - enerzijds GGZ voorzieningen, anderzijds maatschappelijke organisaties - aan de hand van kwalitatief semi-gestructureerde diepte-interviews. Uit de analyses van onze onderzoeksresultaten kunnen we besluiten dat de vraag naar aanbod van dagactiviteit, vooral een vraag van GGZ voorzieningen is en zich situeert in het noorden en het centrum van Brussel. Vervolgens bevestigt ook ons onderzoek dat de vermaatschappelijking van de GGZ nog steeds zeer moeizaam verloopt. Tot slot kan netwerking, afhankelijk van de organisatie, vorm krijgen door activiteiten en/of doorverwijzing, wordt het Dac meer geassocieerd met partners uit de GGZ en dient netwerkvorming gecoördineerd te worden door instanties die voeling hebben met het werkveld. Over de financiering en haalbaarheid bestaat nog enige onduidelijkheid.

Belangrijke aanbevelingen situeren zich op drie niveaus. Op het niveau van de activiteiten is er voornamelijk nood aan expertise om de toegankelijkheid van personen met een psychiatrische problematiek te vergroten. Op het niveau van doorverwijzing is er nood aan meer kennis over de werking van een Dac. Op beleidsniveau wordt het voeren van een kwalitatief beleid dat uitgaat van doelstellingen aanbevolen.

Dankwoord

Ongeveer een jaar geleden begon ik aan deze eindverhandeling. Ik heb steeds een plaats in mijn hart gehad voor de zwakkeren in onze maatschappij. Ook in mijn studies en mijn stage wilde ik graag mensen die het even wat moeilijker hadden, verder helpen. Zelfs in dit werk zou ik proberen een klein steentje bij te dragen aan een beetje meer warmte en geluk voor ieder.

Nu ik met een bescheiden maar gemeente trots de laatste hand leg aan mijn eindverhandeling, denk ik terug aan alle mensen die geholpen hebben. Alleen had ik het nooit kunnen doen. Alleen had ik het bovendien nooit willen doen. De sterkte van deze eindverhandeling ligt net in de verscheidenheid van vele mensen en diensten die wilden meedenken over de gestelde vragen.

Aan

mijn promotor Prof. Dr. F. Louckx die steeds tijd vrij maakte om me te helpen en goede raad te geven,

Ils De Bal van de wetenschapswinkel die mijn werk opvolgde en de juiste richting instuurde,

Marijke Bosserez van het Dac Den Teirling die me de nodige informatie gaf om mijn zoektocht te starten,

Leen Meskens van het CGGZ Zuid-Brussel die me met de glimlach hielp bij het vele en soms vervelende typwerk,

aan de organisaties en diensten die allen tijd vrij maakten om vanuit hun expertise en ervaring antwoord te geven op al mijn vragen,

mijn kotgenoten Marjan, Ine, Sarah en Thomas die wanneer ik de muren opliep wegens het vele werk mij terug naar beneden brachten met een leuke babbel of een goed glas wijn,

mijn vrienden Karen, Hanne, Sandy, Annemie, Bert, Rob en Pieter die steeds in mij geloven en ook tijdens de drukke dagen klaarstonden,

mijn broer Frederick om mijn klein broertje te blijven terwijl hij me er toch af en toe geruststellend aan kan herinneren dat ik niet de enige student ben met veel werk,

mijn mama en papa voor al de liefde die nu ook ik kan geven, voor de troostende schouder, de aanmoedigingen en de vele mooie kansen die ik kreeg en krijg,

alle mensen die vinden dat ook mensen met een psychische beperking mensen zijn zoals u en ik en op tijd en stond een beetje hulp verdienen,

heel erg bedankt!

Sophie

Lijst met afkortingen

ACT.....	Assertive Community Treatment
BOT	Brussels Overleg Thuiszorg
BWR.....	Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad
BGDA	Brusselse Gewestelijke Dienst Arbeidsbemiddeling
CAW.....	Centrum Algemeen Welzijn
CGGZ	Centrum Geestelijke GezondheidsZorg
Dac	Dagactiviteitencentrum
FOD	Federale OverheidsDienst
GDT	Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
(I)BW	(Initiatief) Beschut Wonen
ICCD	International Center For Clubhouse Development
ITB	Individuele TrajectBegeleiding
IRB	Individuele RehabilitatieBenadering
JIMHO	Justice In Mental Health Organization
LOK.....	LOkale Kwaliteitsgroep
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OOTB	Overleg- Opleiding en Tewerkstellingprojecten Brussel
P(AA)Z	Psychiatrisch(e) (Afdeling Algemeen) Ziekenhuis
PSC	Psycho-Sociaal Centrum
PVT.....	Psychiatrisch VerzorgingsTehuis
RIZIV	RijksInstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering
RVT.....	Rust- en VerzorgingsTehuis
SIT's	SamenwerkingsInitiatief Thuiszorg
VGC	Vlaamse GemeenschapsCommissie

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Dankwoord	3
Lijst met afkortingen	4
Inhoudsopgave	5
Inleiding	8
Deel I Literatuuronderzoek	10
1 De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg	10
1.1 Van institutionalisering naar deinstitutionalisering	10
1.1.1 Definiëring en evolutie	10
1.2 Psychosociale rehabilitatie	12
1.2.1 Definiëring en invalshoeken	12
1.2.2 Zorg op maat en continuïteit van de zorg	13
1.2.3 Organisatorische aspecten van de psychosociale rehabilitatie	14
1.3 Maatschappelijk steunsysteem	15
1.3.1 Omschrijving, elementen	15
1.3.2 Organisatie, implementatie en aanbevelingen	17
2 Beperkingen in de ontwikkeling van personen met een psychiatrische problematiek	22
2.1 Beperkingen veroorzaakt door de pathologie	22
2.1.1 Mogelijke tegemoetkomingen	23
2.2 Beperkingen versterkt door stigma vanuit de maatschappij	24
2.2.1 Mogelijke tegemoetkomingen	25
2.3 Oplossingen	25
3 Het dagactiviteitencentrum	27
3.1 Een groeiende aandacht voor dagbestedingsmogelijkheden	27
3.2 Omschrijving	27
3.3 Profiel van de Dac-bezoeker	28
3.4 Voordelen bij bezoek aan het Dac	29
3.5 Karakteristieken, doelen, functies	29
3.6 Behoeftte aan een activiteitenaanbod buiten het Dac	30
4 De keuze voor een netwerk als samenwerkingsvorm	33
4.1 Mogelijke samenwerkingsvormen	33
4.2 De netwerkorganisatie	34
4.2.1 Ontstaan	34
4.2.2 Omschrijving	35
4.2.3 Kenmerken	35
4.2.4 Voor- en nadelen	35
4.3 Soorten netwerken	36
4.3.1 Sociale versus (inter)organisationele netwerken	36

4.3.2	Typologie van netwerken	37
4.4	Netwerkvorming in de zorgsector	40
4.4.1	Groeiende aandacht voor netwerkvorming in de zorgsector	40
4.5	Netwerkvorming over de zorgsector heen	40
5	Case study: het dagactiviteitencentrum Den Teirling	42
5.1	Den Teirling als clubhuis	42
5.1.1	Ontstaan, ligging, contactgegevens en bereikbaarheid	42
5.1.2	Bestuur en team	44
5.1.3	Visie, doelstellingen en activiteitenaanbod	44
5.2	Profiel van de bezoekers	46
5.2.1	Geslacht	46
5.2.2	Leeftijd	47
5.2.3	Woonvorm	47
5.2.4	Woonplaats	47
5.2.5	Conclusie	48
5.3	Het Dac Den Teirling als partner in netwerkvorming	48
5.3.1	Netwerkvorming in de werking van Den Teirling	48
5.3.2	Netwerkvorming binnen de GGZ	49
5.3.3	Netwerkvorming over de grenzen heen	52
Deel II	Empirisch onderzoek	54
1	Probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvragen	54
2	Onderzoeksoptzet	56
2.1	Onderzoekspopulatie	56
2.2	Onderzoeksmethode	56
2.3	Verwerking van de gegevens	57
2.4	Validiteit	57
3	Vraag naar aanbod van dagactiviteit	59
3.1	Interesse	59
3.2	Doorstroom	59
4	Het aanbod van dagactiviteit in Brussel	62
4.1	Verscheidenheid in visie	62
4.2	Behoeftes	62
5	Het dagactiviteitencentrum Den Teirling	64
5.1	Troeven	64
5.2	Knelpunten	64
5.3	Oplossingen	64
6	Bereiken van personen met een psychiatrische problematiek	66
6.1	GGZ voorzieningen	66
6.2	Socio- culturele organisaties	66
6.3	Vorming-, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven	66

7	Gemeenschappelijke visie en doelstellingen	67
7.1	Gemeenschappelijke visie	67
7.1.1	Bedenkingen en eventuele oplossingen	67
7.2	Gemeenschappelijke doelstellingen	69
7.2.1	Bedenkingen en eventuele oplossingen	69
8	Netwerkvorming met een dagactiviteitencentrum	70
8.1	Bereidheid	70
8.1.1	Reden	70
8.1.2	Mogelijke knelpunten en eventuele oplossingen.....	71
8.2	Visie	72
8.3	Netwerkpartners	73
8.3.1	Partners	73
8.3.2	Redenen.....	73
8.3.3	Schaal.....	74
8.4	Voor- en nadelen	75
9	Concrete invulling van het vormen van een netwerk met een dagactiviteitencentrum.....	78
9.1	Activiteiten.....	78
9.1.1	Knelpunten	79
9.2	Doorverwijzing	79
9.2.1	Knelpunten	80
10	Toegankelijkheid	81
10.1	Toegankelijkheid bij de bevroagde organisaties	81
10.2	Toegankelijkheid in de maatschappij.....	82
10.3	Doorstroom naar de arbeidsmarkt	83
10.3.1	Aanbevelingen.....	84
11	Coördinatie van netwerkvorming.....	85
11.1	Coördinerende instantie	85
11.2	Knelpunten	86
12	Financiering van netwerkvorming.....	87
12.1	Financieringsvorm.....	87
12.2	Knelpunten	88

Deel III	Concluderende reflecties op de empirische resultaten.....	89
-----------------	--	-----------

Bibliografie.....	98
--------------------------	-----------

Bijlage
----------------------	--------------

Inleiding

Dac's waren ten tijde van de vermaatschappelijking een tastbaar bewijs dat de GGZ zijn cliënten voortaan meer in de maatschappij wilde ondersteunen (Hoeyberghs & De Hert, 1997). Vermaatschappelijking impliceert cross-over netwerking tussen GGZ en maatschappelijke voorzieningen zodat integratie van personen met een psychiatrische problematiek mogelijk wordt. Net zoals andere Dac's, wenst ook het Dac Den Teirling - een Dac voor personen met een psychiatrische problematiek gelegen te Elsene - hiertoe een bijdrage te leveren. Momenteel speelt de integratie van personen met een psychiatrische problematiek zich voornamelijk af op lokaal vlak.

Over de jaren heen bereikt Den Teirling een vaste groep van ongeveer 60 regelmatige bezoekers. Daarvan komen er een tiental uit de onmiddellijke omgeving, Elsene. De overigen komen uit gans Brussel, voornamelijk noordwest Brussel. Ook in de woonregio is er dus een vraag naar deze ontmoeting- en activiteitenmogelijkheid. Daar de afstand een belemmering vormt voor vele personen, vroeg het Dac Den Teirling een onderzoek te doen naar mogelijke netwerkscenario's opdat in heel het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een aanbod van dagactiviteit op maat van personen met een psychiatrische problematiek kan gerealiseerd worden. Een bijkomende vraag die daarbij hoort is, gezien de beperkte financiële middelen die voorhanden zijn, is uitbreiding en verbreding van de activiteiten van Den Teirling haalbaar? Momenteel worden Dac's in Vlaanderen, Brussel en Wallonië immers niet erkend door de overheid.

Aan de hand van kwalitatieve diepte-interviews bij 19 organisaties in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, willen we mogelijke netwerkscenario's in kaart brengen. Enerzijds zullen we hulpverleners interviewen, waarvan we met zekerheid weten dat ze met de doelgroep te maken hebben en vragende partij zijn, zoals voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Anderzijds zullen we maatschappelijke organisaties opzoeken, waarvan we weten dat ze ook met de doelgroep in aanraking komen, maar het aanbod van Den Teirling niet echt kennen en dus geen vraag hebben, zoals socio-culturele organisaties en vorming-, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven.

Om de vraag van Den Teirling theoretisch ruimer te kaderen, zullen we in het literatuuronderzoek (deel I) in eerste instantie de vermaatschappelijking van de GGZ in kaart brengen. Vervolgens gaan we dieper in op de beperkingen in de ontwikkeling van personen met een psychiatrische problematiek. In hoofdstuk drie werpen we een blik op het Dac en gaan we in op de behoefte van bezoekers om een stimulerende uitvalsbasis of springplank naar andere activiteiten in de maatschappij te bieden. Verder beschrijven we de keuze voor een netwerk als samenwerkingsvorm en tot slot gaan we dieper in op de werking en netwerking van het Dac Den Teirling.

In het empirisch onderzoek (deel II) zullen we op verkenning gaan naar mogelijke netwerkpistes. Op basis van de interviews schetsen we het aanbod en de vraag naar dagactiviteit in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Vervolgens gaan we dieper in op de troeven en knelpunten van het Dac Den Teirling. Ook peilen we naar de mate waarin personen met een psychiatrische problematiek bereikt worden en in welke mate men zich kan vinden in de visie en doelstellingen van een Dac.

Tot slot gaan we na hoe netwerkvorming concreet vorm kan krijgen en hoe het gecoördineerd en gefinancierd dient te worden.

In de conclusie (deel III) worden de belangrijkste onderzoeksresultaten weergegeven en leggen we waar mogelijk de link met eerdere bevindingen uit de literatuur. Tot slot geven we nog enkele aanbevelingen.

We hopen dat deze eindverhandeling de basis kan vormen voor het uitbreiden van activiteiten van het Dac Den Teirling zodat personen met een psychiatrische problematiek die behoefte hebben aan dagbesteding, waar dan ook in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, beter bereikt worden. Dat de band tussen GGZ en maatschappelijke voorzieningen verbeterd wordt en dat maatschappelijke organisaties meer toegankelijk worden voor personen met een psychiatrische problematiek. Op die manier kan het Dac een stimulerende uitvalsbasis en een springplank naar andere activiteiten in de maatschappij bieden waardoor personen met een psychiatrische problematiek (h)erkend worden als volwaardige burgers.

Deel I Literatuuronderzoek

1 De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg

In dit hoofdstuk willen we het proces van vermaatschappelijking of deinstitutionalisering van de GGZ schetsen. Vanaf de jaren zeventig kwam na een periode van institutionalisering, een beweging die erin bestond mensen met psychische problemen in de maatschappij te reïntegreren.

“De vermaatschappelijking van de GGZ verwijst naar de sociale integratie van de cliënt, de humanisering van de zorg en de aandacht voor maatschappelijke aspecten van de psychische problemen” (Van Audenhove, Van Humbeeck & Van Meerbeeck, 2005).

De sociale integratie van cliënten als volwaardige burger impliceert dat men het herstel van de mogelijkheden van cliënten bewerkstelligt via rehabilitatie en door in de samenleving zelf de acceptatie van personen met psychische problemen als volwaardige medeburgers te stimuleren.

De humanisering van de zorg gebeurt door intramurale zorg te vervangen door maatschappelijk geïntegreerde voorzieningen voor opvang, zorg en behandeling; immers ‘zo normaal mogelijk leven’ en ‘zo thuis mogelijk verzorgd worden’.

Deinstitutionalisering houdt ook in dat men aandacht heeft voor de maatschappelijke aspecten van psychische problemen. In toenemende mate wordt men zich ervan bewust dat psychische problemen niet louter en alleen vanuit een ziektemodel genezen kunnen worden. Een beter inzicht in de maatschappelijke determinanten van psychische problemen en in de veranderingen in de sociale omgeving is dus noodzakelijk. Een sterkere samenwerking met instellingen van welzijn en maatschappelijke dienstverlening en met de eerstelijnsgezondheidszorg wordt alsmaar belangrijker.

Hieruit mag blijken dat de veranderingen in de zorg die met de vermaatschappelijking gepaard gaan, worden aangeduid met het begrip ‘psychosociale rehabilitatie’. Deze rehabilitatie kan pas worden gerealiseerd wanneer er een gedifferentieerd zorgaanbod is, waarbij het strikt medisch-psychiatrisch kader overstegen wordt en wanneer verschillende voorzieningen met elkaar samenwerken. Aan die voorwaarden kan worden voldaan door het ontwikkelen van maatschappelijke steunsystemen (Van Audenhove et al., 2005).

De drie aspecten - de deinstitutionalisering, de psychosociale rehabilitatie en het maatschappelijk steunsysteem –, die we zonet aanhaalden, zullen we in dit hoofdstuk verder bespreken.

1.1 Van institutionalisering naar deinstitutionalisering

1.1.1 Definiëring en evolutie

Definiëring

De tendens van ‘deinstitutionalisering’ wordt in onderzoek meestal gedefinieerd in termen van drie processen: 1) een vermindering van het aantal cliënten dat in de psychiatrische ziekenhuizen verblijft, 2) een diversificatie van de zorg en 3) de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de

zorg voor een bepaalde cliënt over verschillende voorzieningen en personen (De Rick, Loosveldt, Van Audenhove & Lammertyn, 2003).

Evolutie

Maatschappelijke evoluties die de deinstitutionalisering stimuleerden, waren de opkomst van de burgerrechtenbeweging en de tegenstand tegen segregatie en uitsluiting die in vele landen gepaard ging met de opkomst van krachtige patiënten- en familieorganisaties (Van Audenhove et al., 2005).

In België werd de deinstitutionalisering in een eerste beweging in 1975 gestuurd door de oprichting en de reglementering van de Centra Geestelijke GezondheidsZorg (CGGZ). In 1990 werd door de reconversiebesluiten, de 'cure-opdracht' van de psychiatrische ziekenhuizen versterkt. Dat betekent dat de zorgverlening in een psychiatrisch ziekenhuis intensief en specialistisch moet zijn. Daarnaast werd de reïntegratie en resocialisatie van de cliënten met ernstige en langdurige psychische problemen gestimuleerd door de ontwikkeling van alternatieve voorzieningen zoals psychiatrische verzorgingstehuizen en voorzieningen voor BW (Beschut Wonen). Ten slotte werden verschillende voorzieningen uit de GGZ verplicht met elkaar samen te werken en werden provinciale overlegplatforms opgericht. Hieraan waren maatregelen gekoppeld met betrekking tot het aantal bedden en plaatsen in voorzieningen, budgetten, personeelsomkadering, medische honoraria en infrastructuur. Deze maatregelen leverden globaal gezien een besparingseffect op (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Naast veranderingen van zorg op organisatorisch vlak bestaan er binnen het proces van 'vermaatschappelijking' ook veranderingen in zorg op inhoudelijk vlak. Hier wordt de laatste jaren door het Belgische en Vlaamse overheidsbeleid toenemende aandacht aan besteed.

De beleidsnota van de federale ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken Aelvoet en Vandenbroucke (2001) geeft aan dat men 'erkenning wil geven aan elke cliënt(e) als unieke persoon en hem of haar volwaardig wil laten participeren in de maatschappij'. Deze ministers gaven in 2001 het startschot voor de zorgvernieuwingsprojecten 'activering' en 'psychiatrische zorg voor cliënten in de thuissituatie'. Die pilotprojecten waren de voorzichtige stappen waarmee overheden het proces van deinstitutionalisering probeerden te beïnvloeden en een aangepaste regelgeving wilden voorbereiden. We komen hier in hoofdstuk 5, in het kader van netwerkvorming, uitgebreid op terug.

Op Vlaams niveau stellen zowel minister Vogels (Beleidsnota Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen 2000-2004) als haar opvolger minister Vervotte (Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2004-2009) dat met het zorgaanbod op het vlak van GGZ wordt beoogd dat mensen de 'competenties verwerven of ontwikkelen, die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren'.

Beide ministers beklemtonen ook het belang van samenwerking in netwerken en zorgcircuits, van geïntegreerd werken 'over de muren heen'. Daarbij wordt niet alleen de samenwerking tussen extramurale en intramurale voorzieningen nagestreefd, maar ook de samenwerking met de

algemene gezondheidszorg, de welzijnszorg en andere maatschappelijke sectoren zoals onderwijs en justitie. Het belang van psychiatrische thuiszorg, ambulante zorg en intersectorale samenwerking binnen de GGZ, met name voor personen met een chronisch psychische aandoening, wordt door minister Vervotte in haar beleidsnota in verband gebracht met verschuivingen in de richting van een gemeenschapsgerichte zorg. Zij vestigt de aandacht op hulp en begeleiding in maatschappelijke (her)integratie en rehabilitatie als minstens zo belangrijk als de medische behandeling van de psychische aandoening. Hierbij lijkt het haar aangewezen om in enkele regio's in Vlaanderen experimenten te laten opstarten die een integrale (intersectorale) GGZ tot stand kunnen brengen. Mensen met een psychiatrische problematiek moeten geholpen worden om optimaal te kunnen functioneren in de samenleving, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van henzelf én van hun omgeving. Bovendien impliceert minister Vervotte dat een gemeenschapsgerichte GGZ de ambulante zorg versterkt, vanuit de filosofie: "ambulant als het kan, residentieel als het moet én kort als het kan, lang als het moet."

1.2 Psychosociale rehabilitatie

1.2.1 Definiëring en invalshoeken

Definiëring

Van Wel, Persoon, Felling, De Valk, en Schrijven (2002) stellen dat door de verscheidenheid aan definities het begrip psychosociale rehabilitatie nogal wat verwarring scheidt bij professionals, terwijl deze bij een nieuwe hulpverleningsvorm juist behoefte hebben aan een duidelijke positionering. Conceptuele onhelderheid geeft de indruk dat de deskundigen er zelf nog niet uit zijn wat rehabilitatie precies is. Het belang om tot consensus te komen is groot. Om deze reden wordt er door Van Wel e.a. (2002) een voorstel gedaan voor een algemene definitie van rehabilitatie als hulpverleningsvorm in de GGZ: "Psychosociale rehabilitatie is het proces waarbij men directe hulpverlening aan de cliënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving, met als doel de activiteiten en participatie zoveel mogelijk te vergroten en aanwezige capaciteiten zo goed mogelijk te gebruiken in een zo normaal mogelijk sociaal kader."

Invalshoeken

Binnen de psychosociale rehabilitatie zijn drie invalshoeken te onderscheiden (Dröes & Van Weeghel, 1994; Van Audenhove et al., 2005): de probleemgerichte, de ontwikkelingsgerichte en de milieugerichte benadering.

In de probleemgerichte benadering staat de behandeling van de klachten of de problemen van de cliënt centraal bvb. door medicatie of psycho-educatie. Aan de hand van een anamnese en van een beschrijving of onderzoek van de huidige situatie wordt een probleemdiagnose geformuleerd. Zorgplannen en interventies hebben in deze benadering tot doel het probleem op te lossen of te verminderen. De rol van de cliënt is die van patiënt. Professionals die hebben geleerd vooral probleemgericht te werken zijn artsen en verpleegkundigen. De meeste vormen van 'behandeling' worden als probleemgericht werken beschouwd.

In de ontwikkelingsgerichte benadering vormt een wens of behoefte van de cliënt het uitgangspunt. Groeien en leren zijn hier de kernbegrippen. Bij ontwikkelingsgericht werken wordt

de cliënt geholpen om (bij voorkeur door de cliënt) vooropgestelde doelen te bereiken en de vaardigheden of hulpbronnen te verwerven die hij daarbij nodig heeft. De rol van de cliënt is hier te karakteriseren als deelnemer in een leerproces. Disciplines die veel met ontwikkelingsgerichte methodieken werken, zijn bvb. pedagogen, agogen, psychologen, arbeidskundigen, revalidatiewerkers. 'Rehabilitatie' wordt hier beschouwd als een vorm van ontwikkelingsgericht werken.

De derde benadering of de milieugerichte benadering is gericht op integratie van de cliënt in een (sociale) omgeving. Vanuit de hulpverlener gezien gaat het vooral om de vormgeving van de fysieke en relationele omgeving. Vanuit het perspectief van de cliënt gaat het om de plaats, de tijd en de personen met wie hij bij het nastreven van zijn doelen of het te lijf gaan van zijn problemen te maken heeft. In de milieugerichte benadering gaat de diagnostiek over de rollen, relaties en interacties van de cliënt en de anderen. Plannen worden in het milieugerichte werk gemaakt in teamvergadering. De cliënt participeert hierin vanuit de rollen die hij in de omgeving vervult. Interventies zijn er op gericht de cliënt in een milieu geïntegreerd te krijgen of te houden. Men streeft ernaar om de cliënt zo goed mogelijk te laten functioneren in een zo normaal mogelijke omgeving. De cliënt is hier dan ook bij voorkeur een groepslid. Professionals die milieugericht werken zijn bvb. groepswerkers, sociotherapeuten en groepstherapeuten. Een veel gebruikt begrip voor milieugericht werken is 'begeleiding'.

Volgens Dröes (1994) en Van Audenhove e.a. (2005) zijn deze benaderingen complementair aan elkaar en zijn ze dus alledrie nodig voor een integrale rehabilitatie.

1.2.2 Zorg op maat en continuïteit van de zorg

In de psychosociale rehabilitatie staan de principes van zorg op maat en continuïteit in de zorg centraal. Omdat elke persoon met ernstige en langdurige psychische problemen een uniek behoeftepatroon heeft, is het belangrijk dat de zorg en de begeleiding afgestemd worden op de individuele cliënt (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005). Dat is een zeer belangrijke taak voor de hulpverleners, maar ze is niet gemakkelijk: men dient er bvb. over te waken dat men de cliënt niet overschat, maar ook niet onderschat (Wolf, 1993; Hermsen, 1996; De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005) en men dient een goed evenwicht te vinden tussen (af)wachten en de cliënt zelf actief benaderen (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005; Boevink, 2005). Het is bovendien belangrijk dat professionals de 'totale' hulpvraag van de cliënten onderzoeken vanuit een omvattend holistisch perspectief en als resultaat daarvan zal er voor elke cliënt sprake zijn van een unieke combinatie van verschillende interventies (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Continuïteit in de zorg is van belang omdat personen met een psychiatrische problematiek gedurende zeer lange tijd ondersteuning nodig hebben en dit vaak tegelijkertijd op verschillende terreinen (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005). Volgens Bachrach (1993) is er sprake van continuïteit wanneer de ordelijke, ononderbroken gang van de patiënten door het zorgsysteem gegarandeerd is. De idee van individuele en continue zorg stelt vele eisen aan de organisatie van de zorg voor ernstig en langdurig psychisch zieken. Sommige hebben voortdurend zorg en

begeleiding nodig, anderen met tussenpozen. De intensiteit van de zorg kan sterk variëren en ook de locatie waarin de zorg verleend wordt is niet steeds dezelfde. Het is ook mogelijk dat op een gegeven moment verschillende elementen van zorg tegelijkertijd nodig zijn. Een goede coördinatie van de zorg is dus vereist. Het is van belang dat de hulpverleners die hierbij betrokken zijn met elkaar samenwerken, informatie uitwisselen, de verschillende zorgelementen op elkaar afstemmen en dergelijke meer. Continuïteit verwijst ook naar de blijvende behoefte aan zorg. Hierbij kan men ondermeer denken aan de planning van ontslag en aan vlotte en snelle overgangen van de ene vorm van zorg naar de andere of aan de duur van de interventies (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Tansella & Thornicroft (2001) waarschuwen er wel voor dat een te sterke gerichtheid op continuïteit bij de patiënten tot een ongezonde afhankelijkheid van dienst- en zorgverlening kan leiden en zijn daarom voorstanders van een variabele continuïteit. In dit opzicht is het belangrijk om rekening te blijven houden met de (veranderlijke) behoefte aan zorg bij de patiënt (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

1.2.3 Organisatorische aspecten van de psychosociale rehabilitatie

In het kader van de psychosociale rehabilitatie is het belangrijk dat zoveel mogelijk aangesloten wordt bij de waarden die een cliënt belangrijk vindt. Wil men mensen in beweging krijgen, dan is het van belang dat er ruimte is voor de zaken die de betrokkenen graag wil, ook als het nut en de maatschappelijke relevantie van bepaalde behoeften niet direct in dezelfde lijn liggen met de waarden, normen en opvattingen van de hulpverlener of het instituut. Dit brengt met zich mee dat hulpbronnen een zeer breed scala van mogelijkheden moeten bestrijken en zeker niet bij voorbaat verenigd dienen te worden tot mogelijkheden die een begeleider of een instelling op dat moment te bieden heeft.

Rehabilitatie vraagt flexibiliteit in het verstrekken van diensten: de organisatie moet ingericht zijn op het genereren en mobiliseren van hulpbronnen in het kader van het individuele ontwikkelingstraject van een cliënt. Dit vraagt externe gerichtheid van medewerkers, waar het vinden, initiëren en opzetten van activiteiten, die een hulpbron kunnen zijn voor cliënten, centraal staan. Het invoeren van rehabilitatie brengt verandering met zich mee in een organisatie.

Rehabilitatie vereist intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders en maatschappelijke instituties zoals welzijnsorganisaties, opleidingsinstituten en werkgevers. Het vereist kennis van elkaars mogelijkheden en het kunnen inschakelen van elkaars deskundigheden en voorzieningen. Tussen instellingen zullen de overlegstructuren tot stand moeten komen, afspraken over taakverdeling, wederzijdse inzet van personeel, de eventuele verrekening van kosten en waar nodig coördinerende verantwoordelijkheden.

Meer en meer zal bij medewerkers de nadruk komen te liggen op een faciliterende in plaats van een verzorgende, toezichthoudende en regelende rol. Men zal meer buiten de instelling actief moeten zijn om hulpbronnen te vinden en te mobiliseren en doelen te helpen realiseren, bvb. in de rol van begeleider of casemanager.

Hiertoe moet men kunnen netwerken in de omgeving van de cliënt, met de overheid en maatschappelijke instanties en potentiële werkgevers. Een grotere kennis van de hele sociale kaart van een regio is hiertoe noodzakelijk (Hermsen, 1996).

1.3 Maatschappelijk steunsysteem

1.3.1 Omschrijving, elementen

Omschrijving

Men kan een maatschappelijk steunsysteem omschrijven als een geheel van behandelelementen, ondersteunings- en rehabilitatiemogelijkheden die mensen met ernstige problemen in staat moeten stellen hun plaats in de samenleving in te nemen (Van Weeghel, 1996; Mos & Van Weeghel, 1999; Van Weeghel & Dröes, 1999). In het steunsysteem is dus niet alleen de GGZ betrokken, maar ook algemene diensten bvb. voor huisvesting, arbeid, inkomen en opleiding. Zowel formele als informele verzorgers kunnen er een rol in opnemen.

Volgens Carling (1995) wordt het maatschappelijk steunsysteem echter te sterk gedomineerd door de GGZ. Hij pleit er dan ook voor om de volgende hiërarchie te respecteren: 1) zelfhulp, 2) informele zorg, 3) steun van algemene maatschappelijke diensten en 4) GGZ.

In de eerste plaats is zelfhulp belangrijk: net zoals anderen beschikken personen met een psychische ziekte over capaciteiten en vaardigheden om zelf iets aan hun problemen te doen en om te werken aan hun herstel of recovery.

In de tweede plaats moet de ondersteuning door vrienden en familie worden gestimuleerd. Indien dat niet voldoende is (of indien er geen informeel netwerk is), is het aangewezen een beroep te doen op algemene maatschappelijke diensten. Pas als het niet anders kan of voor specialistische aspecten dient de deskundigheid van de GGZ te worden ingeschakeld. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de GGZ in de eerste plaats de zelfzorg van de cliënten en het sociaal netwerk, en de andere diensten moet ondersteunen, veeleer dan de verantwoordelijkheden van de anderen over te nemen (Van Weeghel & Dröes, 1999, Van Audenhove et al., 2005).

Het begrip 'maatschappelijk steunsysteem' wordt in twee betekenissen gebruikt (Van Weeghel & Dröes, 1999). Enerzijds verwijst het naar het steunsysteem van een individuele cliënt, anderzijds verwijst het ook naar een samenhangend geheel van diensten en particuliere steungevers en bevat het ook de mechanismen om de inspanningen van die partijen te coördineren. In deze eindverhandeling kiezen we ervoor deze term uitsluitend in de tweede betekenis te gebruiken.

Elementen

Een maatschappelijk steunsysteem is opgebouwd uit vele elementen aangezien het een antwoord moet kunnen bieden op alle behoeften van de doelgroep (Mos & Van Weeghel, 1999; Van Audenhove et al., 2005). Een goed steunsysteem is een systeem dat een integrale op rehabilitatie gerichte zorgverlening mogelijk maakt.

Mos en Van Weeghel (1999) beschreven de standaardelementen van een maatschappelijk steunsysteem en stelden het voor als een zorgprogramma, een samenhangend hulpaanbod voor een specifieke doelgroep (Franx, Eland & Verburg, 2002). De inhoud van het steunsysteem wordt

bepaald door de doelen die men ermee moet kunnen bereiken, namelijk de cliënt ondersteunen bij herstel, probleemvermindering en probleemhantering, bij het dagelijks functioneren, het aanleren en onderhouden van vaardigheden en het vergroten van zelfredzaamheid, alsook de cliënt ondersteunen bij de individuele ontwikkeling.

Hierbij is het ook belangrijk dat de vastgestelde doelgroep wordt bereikt en dat er waarborgen zijn voor een goede hulpverlening. De precieze onderdelen worden schematisch weergegeven in onderstaande figuur. Het is niet zo dat voor elke cliënt elk element uit het maatschappelijk steunsysteem nodig is, maar naargelang de behoeften van de cliënt kan met de elementen uit het systeem een individueel zorgaanbod worden samengesteld (Mos & Van Weeghel, 1999; De Rick et al. 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Vaststellen en bereiken van de doelgroep en vaststellen van de zorgbehoefte

Signalering en informatievoorziening

Toegankelijke en outreachende hulpverlening

Vaststellen van de zorgbehoefte

Zorgverlening gericht op herstel, probleemvermindering en probleemhantering

Psychiatrische en psychotherapeutische behandeling

Crisisopvang, (acute) thuiszorg en opname faciliteiten

Somatische en tandheekkundige zorg

Ondersteuning bij het dagelijks functioneren

Vormen van huisvesting, woonbegeleiding en praktische ondersteuning

Ondersteuning bij het verwerven van een inkomen

Ondersteunen van en betrekken van de familieleden

Ondersteunen van en betrekken van andere personen en instanties

Contact met en ondersteuning door lotgenoten

Ondersteuning bij de persoonlijke ontwikkeling

Individuele rehabilitatiemethoden

Leren en studeren

Werken

Vrijtijdsbesteding

Sociale contacten en intieme relaties

Randvoorwaarden en coördinatie

Bescherming en belangenbehartiging

Coördinatie en continuïteit in de individuele begeleiding

Scholing en deskundigheidsbevordering

Coördinatie van het programma als geheel

Figuur 1: Standaardelementen van een maatschappelijk steunsysteem

Zowel in het werk van Mos en Van Weeghel (1999), De Rick e.a. (2003) en Van Audenhove e.a. (2005) vinden we deze standaardelementen terug.

Het eerste hoofdonderdeel, het vaststellen van de zorgbehoefte en het bereiken van de doelgroep, is nodig om het programma te laten werken. De elementen van dit hoofdonderdeel zijn signalering en informatievoorziening, een toegankelijke en outreachende hulpverlening alsook het vaststellen van de zorgbehoefte van de doelgroep.

Het tweede hoofdonderdeel gaat over probleemgericht werken met de doelgroep. Het doel is het stabiliseren van de ziekte en het voorkomen van herval. Psychiatrische en psychotherapeutische behandeling is het eerste kernelement van dit hoofdonderdeel. Het tweede kernelement bestaat uit crisisopvang, (acute) thuiszorg en opnamefaciliteiten. Somatische en tandheelkundige hulp is het laatste kernelement van dit onderdeel.

Als derde hoofdonderdeel vinden we de sociale integratie en maatschappelijke participatie van de patiënt. Deze wordt bevorderd door de cliënt te ondersteunen bij het dagelijks functioneren. Hiervoor zijn de volgende elementen nodig: ondersteuning bij het wonen, ondersteuning bij het verwerven van een inkomen, ondersteuning aan en bijdragen van de familieleden en andere personen en instanties en contact met en ondersteuning van lotgenoten.

Daarna komt, als vierde hoofdonderdeel, de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt. Dit kan gestimuleerd worden door individuele rehabilitatie op het vlak van leren en studeren, werken, vrijetijdsbesteding en sociale relaties. Om tot een kwalitatief goede zorg te komen, is het ten slotte belangrijk dat een aantal voorwaarden vervuld zijn, zoals cliëntenbescherming en belangenbehartiging, coördinatie van en continuïteit in de individuele begeleiding, scholing en deskundigheidsbevordering van de hulpverleners en de coördinatie van het programma als geheel.

De verschillende modellen van maatschappelijke steunsystemen die in de literatuur voorgesteld worden, verschillen niet zo sterk van elkaar. Van Weeghel en Kroon (2000) kwamen op basis van een literatuurstudie echter tot de conclusie dat er toch nieuwe klemtonen worden gelegd. Zo wordt er bvb. uitdrukkelijk meer aandacht gevraagd voor moeilijk bereikbare cliënten en zorgmijders, de eigen inbreng van cliënten, de mobilisatie van familieleden en andere burgers, voor de continuïteit van de zorg, voor de overzichtelijkheid en toegankelijkheid van het aanbod in het maatschappelijk steunsysteem en voor de sturing en coördinatie van het programma als geheel.

1.3.2 Organisatie, implementatie en aanbevelingen

Organisatie

De uitwerking van een maatschappelijk steunsysteem is afhankelijk van de lokale situatie (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005). Er zijn in de literatuur verschillende principes terug te vinden die kunnen worden toegepast bij de organisatie van een maatschappelijk steunsysteem. Een aantal principes hebben te maken met culturen binnen organisaties en een aantal principes met structuren waarin de verschillende diensten en voorzieningen ingebed zijn.

Wat betreft de organisatiecultuur moeten de betrokken diensten, voorzieningen en hulpverleners een bepaalde visie delen en een gemeenschappelijk doel hebben (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005; Greenley, 1992). Dat is niet vanzelfsprekend, zo blijkt uit onderzoek naar

cultuurverschillen tussen organisaties, tussen professies of tussen hulpverleners en managers (Hodiamont, Berting & Van Hezewijk, 1998). Men kan echter pas tot gedeelde visies en doelen komen wanneer er bij alle participanten een fundamentele bereidheid is tot overleg (Dröes & Van Weeghel, 1994). Daarbij hoort een goede communicatie tussen de verschillende diensten en voorzieningen. Dat kan men bvb. bevorderen door overlegstructuren tussen instellingen te creëren (Hermsen, 1996). Andere mogelijke strategieën zijn volgens Bachrach (1993) het organiseren van 'community-wide case conferences' en hulpverleners de mogelijkheid geven om in verschillende settings te werken (Van Audenhove et al., 2005). Ook de communicatie tussen de verschillende niveaus binnen een organisatie is een aandachtspunt (Van Audenhove et al., 2005). Een attitude van gelijkwaardigheid, van het openlijk uitwisselen van beschikbare kennis en informatie is essentieel (Van Tuijn & Van der Burg, 1997). Het opbouwen van een gemeenschappelijke cultuur wordt vaak verwaarloosd, maar is noodzakelijk voor de ontwikkeling van systemen van GGZ (Greenley, 1992).

Een bijzonder aandachtspunt is de verhouding tussen de GGZ en de algemene maatschappelijke diensten. Vaak kan men spreken van een kloof tussen de sectoren en tot nu toe zijn er nog niet zoveel pogingen ondernomen om deze kloof te dichten (Wolf, 1993). Het zorgcircuit heeft al enige tijd ontdekt dat iemand niet alleen 'patiënt' is met behoefte aan zorg en behandeling maar tegelijkertijd ook 'burger' met beperkingen en mogelijkheden in het dagelijks functioneren. Het welzijnscircuit ('welzijn' breed opgevat: van de arbeidsvoorzieningen tot het sociaal-cultureel werk) daarentegen, lijkt nog steeds uit te gaan van de 'patiënt' en heeft de burger met beperkingen nog niet als markt ontdekt (Van Weeghel, 1996). Of hier door de tijd heen, al dan niet veranderingen zijn in gekomen, leest u in hoofdstuk 4 'netwerkvorming over de zorgsector heen'.

Naast een specifieke cultuur vereist een maatschappelijk steunsysteem ook een specifieke organisatiestructuur. Een verregaande samenwerking tussen voorzieningen die voorheen autonoom functioneerden, is namelijk niet evident (Van Tuijn & Van der Burg, 1997). Het blijft altijd zeer moeilijk om voorrang te geven aan de inhoud van de zorg en niet aan de belangen van de eigen voorziening (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005). Verschillende auteurs pleiten daarom voor een centrale sturing (Van Weeghel & Dröes, 1999; Hoge & Howenstine, 1997; De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005; Greenley, 1992). Volgens Elpers (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005) moet het centraal orgaan zeggenschap hebben over het volledig geïntegreerde systeem zodat het erop kan toezien dat het systeem in evenwicht is, dat onevenwichten worden opgemerkt en dat oplossingen ervoor worden gevonden.

Een goede organisatiestructuur wordt mede mogelijk gemaakt door het respecteren van de taken en de verantwoordelijkheden van de verschillende diensten en voorzieningen (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005). In de praktijk, onder meer op het vlak van psychiatrische thuiszorg, gebeurt het vaak dat voorzieningen uit de GGZ hun domein uitbreiden, bvb. door taken van algemene maatschappelijke diensten over te nemen. Van der Laan (1994) spreekt over een stoelendans waarin van functie gewisseld wordt zonder dat de verantwoordelijkheden duidelijk zijn. Op korte termijn lijkt dat een goede oplossing, maar op lange termijn gaat dit waarschijnlijk de vermaatschappelijking tegen (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

In België pleiten sommigen voor een andere organisatie-model van de GGZ dan de huidige, om tot een GGZ te komen die vermaatschappelijking mogelijk maakt. Het begrip dat hierbij herhaaldelijk valt, is 'zorgcircuit' (De Brouwere, 1997; Igodt, 1997; Ouvry, 1997). Men mag daarbij wel niet vergeten dat een organisatiestructuur die alle onderdelen tot een systeem verbindt geen voldoende voorwaarde is voor een geïntegreerde zorg op het niveau van de patiënt. Een belangrijk probleem is dat veel diensten naast elkaar bezig zijn met dezelfde patiënt, maar ook wanneer er wel samenwerking is, is er zelden een centrale regie of duidelijke leiding. Dat heeft tot gevolg dat men zeer moeilijk tot een goede rol- en taakverdeling komt (Van Audenhove et al., 2005).

Implementatie

Zoals uit vorige paragrafen mag blijken, is het geen sinecure om een maatschappelijk steunsysteem te realiseren. Afgaand op de ervaringen van andere onderzoekers lijkt het aangewezen om de volgende zaken te verwezenlijken (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

In de eerste plaats is het belangrijk dat de verwezenlijking van een maatschappelijk steunsysteem opgenomen wordt in beleidsstandpunten en in de opdrachtverklaringen van de meewerkende diensten en voorzieningen (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005). Carling (1995) pleit ervoor dat de leidende principes uit de rehabilitatiebenadering, zoals de voorkeur voor zelfstandig leven en het recht op zelfbeschikking, worden benadrukt (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Voor men verdere stappen zet, is het belangrijk dat men een goed inzicht heeft in de situatie. Hoe werkt het huidige systeem? Waarom moet het worden veranderd? Op welke manier moet het worden veranderd? De fase van de probleemstelling is erop gericht om de betrokkenen rond de tafel te brengen zodat men tot een dialoog kan komen. Kenmerkend voor deze fase is onder meer dat men komt tot een gedeelde omschrijving van het probleem en dat men zich engageert om samen te werken. Om tot een bevredigende samenwerking te komen, is het nodig dat verschillende betrokkenen het met elkaar eens zijn over wat nu precies de belangrijkste zorg is en over de nood tot samenwerking om het probleem aan te pakken. Voor een volledig begrip van het probleem is het belangrijk dat in de samenwerking alle legitieme betrokkenen met een essentiële expertise opgenomen worden. Hoe beter men zicht heeft op de verschillende facetten van het probleem, hoe groter de kans dat er een effectieve strategie ontworpen wordt om het probleem aan te pakken. De betrokkenen zullen meer geëngageerd zijn om samen te werken naarmate ze ervan overtuigd zijn dat de huidige situatie niet voldoet of verbeterd kan worden, dat de samenwerking tot positieve resultaten kan leiden, dat er een redelijke overeenkomst mogelijk is, dat de betrokkenen gelijkwaardige partners zijn en dat ook de anderen bereid zijn om samen te werken (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Enmaal de probleemsituatie omschreven is, worden de prioriteiten voor de actie bepaald. Dat dient te gebeuren in samenspraak met alle belangrijke betrokken partijen, zoals de cliënten, hun familieleden, partners uit het maatschappelijk domein (algemene maatschappelijke diensten en

burgers) en de professionals uit de GGZ (Van Weeghel & Dröes, 1999). Hierbij is het van belang dat de doelen die men stelt concreet en haalbaar zijn (Wolf, 1993).

Daarna moet de informatie die nodig is voor de verandering worden verzameld (Carling, 1995). Het is niet onwaarschijnlijk dat de verschillende groepen betrokkenen over verschillende bronnen van informatie beschikken of dat de beschikbare informatie ontoereikend is. Het uitwisselen van informatie en het gezamenlijk bestuderen van relevante gegevens kan helpen bij het ontwikkelen van een gemeenschappelijke basis van de besprekingen. Het is eveneens belangrijk dat verscheidene mogelijkheden worden bestudeerd, aangezien het niet waarschijnlijk is dat één oplossing voor alle betrokkenen even bevredigend is (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Zeer belangrijk is de samenstelling van de groep die (een deel van) het proces van vermaatschappelijking trekt. Ook het leiderschap dient goed uitgewerkt te zijn: de instemming van de partners om mee te werken is immers nog geen garantie voor de uitvoering van de plannen (Wolf, 1993). Bij het samenstellen van de groep van betrokkenen moet er worden rekening gehouden met de totale omvang van de groep. Het aanduiden van vertegenwoordigers van een (te grote) groep van betrokkenen kan helpen om de omvang van de groep hanteerbaar te houden. Het is ook niet altijd nodig dat de volledige groep van betrokkenen in dezelfde mate of op hetzelfde moment deelneemt aan het veranderingsproces. Indien deze groep goed samengesteld is, vergroot de kans op wat Huxham (1996) 'collaborative advantage' noemt: iets wat bereikt wordt dat geen enkele partij alleen had kunnen realiseren, en wanneer elke partij door de samenwerking zijn eigen doelstellingen op een betere manier kan bereiken (Van Audenhove et al., 2005).

Volgens Shepherd (1984) is het ook van belang dat er maatregelen getroffen worden om de groep in stand te houden. De overlevingskans van samenwerking hangt sterk af van de vaardigheid en oordeelkundigheid van de betrokkenen om een toegevoegde waarde te creëren en te beheersen (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Ten slotte is het belangrijk dat het proces van vermaatschappelijking goed opgevolgd wordt. Dat betekent dat men de uitgevoerde acties evalueert en dat men een goed plan maakt voor verdere acties (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

Van Weeghel en Dröes (1999) pleiten voor jaarlijkse regionale bijeenkomsten, 'werkconferenties'. Essentieel hierbij is volgens Carling (1995) dat aan de gebruikers rekenschap gegeven wordt over de ontwikkeling van het systeem en dat bij de evaluatie rekening wordt gehouden met de effecten op de gebruikers en hun tevredenheid (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005).

De implementatie van maatschappelijke steunsystemen is een proces van lange duur. Voor grote veranderingen heeft men al snel vijf jaar of meer nodig. Het is ook belangrijk aandacht te besteden aan de continuïteit in het samenwerkingsproces, zeker wanneer de implementatie uitgevoerd wordt door anderen die niet hebben deelgenomen aan het beslissingsproces (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005). Tevens is het nuttig om op lange termijn te denken en een structuur uit te werken om onverwachte problemen aan te pakken of om indien nodig bepaalde beslissingen te herzien.

Aanbevelingen voor het beleid

In drie Vlaamse regio's werden door de overheid maatschappelijke steunsystemen ontwikkeld. De ervaringen waren positief (De Rick et al., 2003; Van Audenhove et al., 2005). Knelpunten situeren zich op het vlak van de sectoroverschrijdende organisatie en de centrale regie. Bijzondere aandachtspunten zijn de samenwerking tussen de GGZ en de algemene maatschappelijke diensten, tussen psychiatrie en welzijnswerk, tussen ambulante en residentiële zorg. Vooral de zeggenschap door één centraal orgaan is een delicaat punt in de meeste regio's.

De inbreng van de verschillende partners in de zorg is vanuit een structureel oogpunt nog sterk gefragmenteerd. De huisarts, de thuisverpleegkundige, de mantelzorger, de gezinshulp en de psychiater hebben elk hun inbreng in de zorg los van elkaar. Dat zij samen rond de tafel zitten en overleggen over de beste aanpak van een bepaald gedragsprobleem van de patiënt of dat zij samen een strategie bepalen om de sociale isolatie van de mantelzorger tegen te gaan, is in de huidige regelgeving voorzien in de SamenwerkingsInitiatieven Thuiszorg (SIT's) en de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's). Die blijken in de meeste regio's echter niet zo goed te werken. Het is nochtans een wezenlijk aspect van een goede kwaliteit van zorg (Van Audenhove et al., 2005).

Volgens Van Audenhove e.a. (2005) kunnen we op basis van de onderzoekservaringen in Vlaanderen stellen dat het nodig is dat op drie niveaus maatregelen worden genomen om de organisatie en het functioneren van maatschappelijke steunsystemen mogelijk te maken. Op federaal niveau is er nood aan een centrale regelgeving over alle sectoren heen (gezondheidszorg, welzijnzorg, ouderenzorg en zorg voor personen met een handicap), alsook aan een centrale continue monitoring van een beperkt aantal sleutelindicatoren voor vermaatschappelijking. Op regionaal niveau is het aanbevolen de maatschappelijke steunsystemen te organiseren vanuit een gemeenschappelijke visie op langdurige zorg in de samenleving en met één centrale regie. De vereisten op het niveau van de zorg zelf zijn: evidence based methodieken van casemanagement, een gemeenschappelijk zorgcoördinatieplan, bezielde leiderschap, ondersteuning en vorming van personeel.

2 Beperkingen in de ontwikkeling van personen met een psychiatrische problematiek

Zonet bespraken we het maatschappelijk steunsysteem. In dit hoofdstuk zouden we ons graag focussen op het vierde hoofdonderdeel van een maatschappelijk steunsysteem nl. de ondersteuning bij de persoonlijke ontwikkeling (zie figuur 1, hoofdstuk 1). We zullen enerzijds beperkingen veroorzaakt door de pathologie, anderzijds beperkingen veroorzaakt door discriminatie vanuit de maatschappij bespreken. Voor beide aspecten gaan we op zoek naar mogelijke tegemoetkomingen en oplossingen.

2.1 Beperkingen veroorzaakt door de pathologie

Psychische stoornissen en symptomen zijn zeer divers. Afhankelijk van symptomen, ernst en duur van de ziekte zijn de beperkingen verschillend voor elk individu (Dielis, 2000).

In een onderzoek van Van Audenhove, Carlassara, De Brouwere en Vijverman (1996) werd binnen de verschillende vormen van hulpverlening (zoals IBW, CGGZ, PAAZ, ...) de *beroepsrol* bij mensen met psychische problemen onderzocht. Hierin onderscheidde men de dimensies 'zich aanpassen aan de dagelijkse routine', 'omgang met collega's of medestudenten', 'werkprestaties' en 'uitoefening van dagelijkse bezigheden'. Uit de resultaten bleek dat 29 % ernstig beperkt, 38 % matig beperkt en 28 % licht beperkt is in het uitoefenen van de beroepsrol. Beperkingen op het vlak van werk kunnen zich uiten bij het vasthouden van een bepaald werkritme of werktempo, het nemen van initiatieven of volbrengen van een dagtaak, het omgaan met tijdsdruk en deadlines, het wisselen van taken, het tegelijk uitvoeren van meerdere taken, het aanleren van nieuwe taken of wennen aan nieuwe situaties, het communiceren met collega's en leidinggevendenden en het omgaan met feedback of kritiek (Dielis, 2000).

Uit datzelfde onderzoek bleek ook dat de sociale contacten van mensen met psychische problemen beperkt zijn. Aan de hand van twee dimensies nl. 'de kwaliteit van de contacten met vrienden en kennissen' en 'de frequentie en omvang van de contacten met vrienden en kennissen' werd de *sociale rol* gemeten. Slechts bij 5 % van de patiënten treedt er geen beperking op. Bij 37 % treedt een lichte tot matige beperking op en 26 % kent een ernstige beperking in de sociale rol. Link & Peek (1999) concludeerden dat veel mensen met ernstige psychische stoornissen wel in de samenleving verblijven maar er nauwelijks deel van uit maken. Doorgaans beschikken zij over weinig sociale hulpbronnen, hebben zij minder sociale banden dan andere mensen en is het aantal maatschappelijke rollen die zij vervullen zeer beperkt. Velen hebben immers een klein sociaal netwerk, dat wordt gedomineerd door enkele familieleden en een paar hulpverleners. Wat vooral ontbreekt zijn intieme relaties en vriendschappen, die zo belangrijk zijn voor het verkrijgen van emotionele en praktische steun in tijden van nood (Van Audenhove et al., 1996; Van Weeghel, 2000).

Wat betreft de *partnerrol* onderscheidde Van Audenhove e.a. (1996) de dimensies 'emotionele band', 'seksuele relatie' en het 'verkrijgen van een relatie met een vaste partner'. Hieruit bleek dat slechts 6 % geen beperkingen heeft, bij 23 % is er een lichte beperking, terwijl 36 % een matige

en 36 % een ernstige beperking in deze rol heeft. Bij de meerderheid van de patiënten verwijzen de problemen in deze rol naar 'ernstige problemen bij het verkrijgen van een vaste relatie'.

De dimensies 'algemene interesse voor het maatschappelijk leven', 'deelname aan het maatschappelijk leven' en 'rekening houden met de belangen van anderen in de maatschappij' meten de *burgerrol*. Slechts 7 % vertoont geen beperking in de burgerrol. Bij 42 % treden lichte beperkingen op, terwijl 35 % een matige en 16 % een ernstige beperking in de burgerrol heeft. Vooral in de dimensie 'deelname aan het maatschappelijk leven' treden frequent ernstige (31 %) en matige beperkingen (28 %).

2.1.1 Mogelijke tegemoetkomingen

Hieronder reiken we mogelijke tegemoetkomingen aan die een positieve invloed kunnen hebben in het vervullen van een welbepaalde rol. We bieden een kort overzicht van mogelijke tegemoetkomingen wat betreft leren en studeren, werken, vrijetijdsbesteding en sociale contacten. Deze tegemoetkomingen kunnen personen met een psychische beperking mogelijk minder het gevoel geven beperkt te zijn.

Leren en studeren

Op het vlak van leren en studeren beschrijven Mowbray, Bybee en Shriner (1996) het supported education program. Supported education programs bieden personen met psychische problemen hulp, bereiden ze voor en ondersteunen ze bij het volgen van een postsecundaire opleiding. Het programma is door rehabilitatiedeskundigen erkend als een veelbelovende methode om de kans op werk voor personen met psychische problemen te vergroten. De resultaten van het onderzoek van Mowbray e.a (1996) wijzen erop dat supported education inderdaad een haalbaar alternatief vormt voor veel personen om doelen te bereiken in verband met educationele vooruitgang, persoonlijke ontwikkeling en betere jobs.

Werken

Werkaanpassing voor mensen met psychische beperkingen is maatwerk. Hierbij dient rekening gehouden te worden met zowel de mogelijkheden en onmogelijkheden van de werknemer als van de werksetting, de inhoud van het takenpakket, de begeleidingsmogelijkheden en de financiële haalbaarheid van de aanpassing (Dielis, 2000).

Granger en Gill (2000) formuleerden in hun studie concrete werkaanpassingen voor de doelgroep. Eén van de belangrijkste aanpassingen zijn flexibele werktijden. Deze dienen afgestemd te zijn op de noden en mogelijkheden van de persoon. Verlofmogelijkheden, extra pauzes en werkonderbreking zijn een uitkomst voor mensen die last hebben van vermoeidheid, verminderde energie of concentratieverlies. Ook flexibele werkcontracten met eventuele terugkeergarantie na ziekte kunnen extra stress of angst voor het verlies van werk wegnemen.

Taakaanpassing is een andere mogelijkheid om mensen beter te laten functioneren. Vaak is hun taak te omvangrijk of onoverzichtelijk en vergt het lange tijd om een nieuwe taak aan te leren of is het soms zelfs teveel gevraagd. Ondersteuning van een ervaren werknemer kan een grote hulp zijn om te wennen of nieuwe taken en vaardigheden te leren. Ook aanpassingen voor communicatie en ondersteuning opdat de interactie met collega's en leidinggevende wordt bevorderd, is wenselijk.

Dit kan gebeuren door psycho-educatie bij werknemers en leidinggevenden, jobcoaching en coaching van de werkleider in het omgaan met en begrip vragen voor specifiek gedrag. Aanpassingen in de werkplek kunnen ook bevorderend zijn opdat personen met een psychische beperking zich beter zouden kunnen concentreren. Er wordt hier gedacht aan een rustruimte, vervoersfaciliteiten, ...

Vrijtijdsbesteding

Een middel om ondersteuning te bieden aan mensen met psychische problemen in hun zoektocht naar een passende vorm van vrijwilligerswerk of andere vormen van vrijetijdsbesteding, bij voorkeur buiten het GGZ-circuit, wordt aangehaald door Tammes en Henkes (1995). Zij spreken in dit verband van activiteitenbemiddeling. De bemiddeling richt zich op het kiezen, het verkrijgen en het behouden van een geschikte plaats voor activiteiten.

Ketelaars, Van Hoof en Van Weeghel (2001) bevelen de inclusie van activiteitenbemiddeling in het vrijetijdsaanbod van een Dac sterk aan, wil het Dac als maatschappelijk steunsysteem functioneren.

Sociale contacten

Het Dac kan hierin een rol vervullen. Dac's bieden immers ontmoetingsmogelijkheden aan en voor hen die dat wensen kan een Dac een opstap zijn naar meer reguliere vormen van dagbesteding (Van Hoof, Ketelaars & Van Weeghel, 1999).

Het mag duidelijk zijn dat zowel op het vlak van leren, werk, vrije tijd en sociale contacten het Dac een belangrijke rol kan vervullen. In het volgende hoofdstuk zullen we hier dieper op ingaan.

2.2 Beperkingen versterkt door stigma vanuit de maatschappij

Het stigma van psychiatrische patiënten wordt in onderzoek vaak gemeten met de 'sociale afstandschaal'. Uit onderzoek van Angermeyer en Matschinger (1997) en Link, Phelan, Bresnahan, Stueve en Pescosolido (1999) kwam doorgaans een duidelijk afwijzende attitude van de bevolking naar voren. Vooral ouderen, lager opgeleiden en mensen in minder verstedelijkte gebieden blijken eerder geneigd tot een afstandelijke houding (Martin, Pescosolido & Tuch, 2000). Een bepalende factor voor de sociale afstand is de kennis over de bekendheid met (in de zin van persoonlijke ervaringen) psychiatrische aandoeningen. Zo duidt kennis over de oorzaken van en het onderscheid tussen verschillende ziektebeelden op een meer 'ontwikkelde kijk' op de psychiatrie, waarmee ook de sociale distantie afneemt (Martin et al., 2000). Mensen met persoonlijke ervaring met psychiatrie blijken minder in stereotiepe beelden te denken en dat heeft een gunstige uitwerking op de gewenste sociale afstand (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001; Angermeyer et al., 2004; Van't Veer, Kraan, Drossaert & Modde, 2005).

De algemene bevolking blijkt steeds beter in staat om psychiatrische stoornissen te herkennen en ook de kennis van de oorzaken ervan is toegenomen (Van't Veer et al., 2005); helaas wordt desondanks het beeld nog grotendeels bepaald door negatieve stereotypen en vooroordelen, in het bijzonder over persoons- en gedragskenmerken (Link et al., 1999; Martin et al., 2000). Psychiatrische patiënten worden gezien als minder betrouwbaar, minder intelligent en minder

competent (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen & Phelan, 2001; Angermeyer & Matschinger; 2003).

Link e.a. (2001) deden onderzoek naar het effect van stigma op het gevoel van eigenwaarde bij leden van een clubhuis. Ze stelden bij 73 % een laag gevoel van eigenwaarde vast. De meeste leden verwachten dat ze verworpen zullen worden in een relatie met hun werkgever, een vriendschappelijke of intieme relatie. De meerderheid ervaart dan ook minder stress om contacten aan te gaan met lotgenoten.

2.2.1 Mogelijke tegemoetkomingen

Corrigan e.a. (2001) tonen in hun onderzoek aan dat deconcentratie een oplossing kan bieden voor stigmatisering. Toegenomen contact tussen patiënt en maatschappij leidt immers tot een grotere bekendheid met de psychiatrie en haar patiënten, wat stigma vermindert en sociale integratie bevordert. De bevindingen Van't Veer e.a. (2005) komen hiermee overeen, zij stellen vast dat mensen met persoonlijke ervaring met psychiatrie iets minder afstandelijk zijn ten aanzien van de psychiatrische patiënt en minder negatieve stereotypering toeschrijven aan de psychiatrische patiënt. De bevindingen zijn in grote lijn conform de zogenaamde 'contacthypothese' (Cook, 1984), die stelt dat persoonlijk contact een destigmatiserende werking kan hebben, mits dit contact voldoet aan voorwaarden als onderlinge gelijkwaardigheid, ongedwongenheid, voldoende duur en intensiteit, het hebben van gemeenschappelijke doelen en niet te sterke negatieve stereotypering voorafgaand aan het contact (Van't Veer et al., 2005).

Kwekkeboom (2000) reikt oplossingen aan wanneer er bij de betrokken bevolking een (sterk) negatieve beeldvorming heerst, kan er volgens haar gedacht worden aan een gericht voorlichtingsbeleid (Van't Veer et al., 2005). Voor verdere en tevens meer duurzame destigmatisering (en integratie) van de psychiatrische patiënt lijkt volgens Van't Veer e.a. (2005) het bevorderen van daadwerkelijk contact tussen psychiatrische patiënt en sociale omgeving de beste strategie. Dit heeft waarschijnlijk de meeste kans van slagen bij een niet te nadrukkelijk van buitenaf opgelegd beleid, waarbij destigmatisering niet te expliciet als thema wordt genoemd en waarbij beide partijen baat hebben. Initiatieven die deze punten inhoud kunnen geven, leveren waarschijnlijk ook de benodigde voorwaarden voor destigmatiserend contact, zoals ongedwongenheid, onderlinge gelijkwaardigheid en een maatschappelijk doel (waarbij bij voorkeur de psychiatrische achtergrond niet centraal staat).

2.3 Oplossingen

De mogelijke tegemoetkomingen die hierboven werden beschreven liggen in de vermaatschappelijking. Zoals we in hoofdstuk 1 al beschreven, is vermaatschappelijking een middel tot emancipatie van patiënten tot volwaardige burgers. Om dit te realiseren zijn er twee complementaire bewegingen nodig.

De ene is dat de GGZ mensen met psychiatrische problemen niet meer alleen of vooral als psychiatrisch patiënt moet zien, maar als cliënten die vanzelfsprekend deel uitmaken van de maatschappij. Bij vermaatschappelijking staan rehabilitatie, het eerherstel van de veelal uitgestoten patiënt naar burger, centraal. De daarbij horende nieuwe taak van de GGZ is om actief

van maatschappelijke hulpbronnen gebruik te maken en zich ook te richten op versterking van de maatschappelijke positie van haar cliënten.

Ten tweede houdt vermaatschappelijking in dat de samenleving er rekening mee houdt dat met sommige mensen 'iets is', maar dat dit niet betekent dat deze mensen niet mee zouden mogen doen op het werk, in het buurthuis, de sportclub, het vrijwilligerswerk. Maatschappelijke organisaties moeten zich inspannen om van betekenis te zijn voor deze niet-standaardmensen, met respect voor hun anders-zijn (Bauduin & Kal, 2000).

In het volgende hoofdstuk zullen we uitvoerig het Dac bespreken. Het zal duidelijk worden dat zij van deze complementaire beweging gebruik maken om hun doelstellingen te realiseren.

3 Het dagactiviteitencentrum

Dac's waren ten tijde van vermaatschappelijking een tastbaar bewijs dat de GGZ zijn cliënten voortaan meer in de maatschappij wilde ondersteunen. Het Dac past dan ook in het model van psychosociale rehabilitatie als één van de elementen in het netwerk van omvattende en continue zorg (Hoeyberghs & De Hert, 1997).

In dit hoofdstuk willen we dieper ingaan op de groeiende aandacht voor dagbesteding. We geven een definitie van Dac's en beschrijven de karakteristieken, functies en doelen. Ten slotte willen we, aan de hand van een onderzoek, dieper ingaan op het fungeren van een Dac als maatschappelijk steunsysteem, zodat ook 'een stap naar buiten' mogelijk wordt.

3.1 Een groeiende aandacht voor dagbestedingsmogelijkheden

De ontwikkeling van clubhuizen startte in 1948, toen in New York op initiatief van een groep psychiatrische cliënten het eerste clubhuis, het Fountain House, werd opgericht. Wat begon als een ontmoetingsplaats voor cliënten groeide uit tot een dagbehandelingprogramma, een programma voor het opdoen van werkervaring en voorziening voor beschermd of begeleid wonen. Ongeveer veertig jaar later zette een verdere verspreiding van het clubhuismodel zich verder in Nederland en later ook in Vlaanderen (Van Erp & Van Weeghel, 2004).

Deze verspreiding speelde zich af tegen de achtergrond van de geleidelijke deinstitutionalisering van de GGZ. Zoals we eerder al in hoofdstuk 1 beschreven, werden hierdoor mensen minder en vooral korter opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (Zeldenrust & Van Zuthem, 1996; Hoeyberghs et al., 1997).

Zeldenrust en Van Zuthem (1996) halen ook nog twee andere redenen aan voor de groeiende aandacht voor dagbestedingsmogelijkheden. In de jaren zeventig werden dagbestedingprojecten opgezet vanuit kritiek op de psychiatrie. Vele mensen met een psychiatrische problematiek ondervonden immers ernstige problemen in hun sociale contacten en bij het vinden van werk en een zinvolle dagbesteding. Niet zelden leidde deze situatie tot een toename van de psychiatrische problematiek en een heropname in een psychiatrisch ziekenhuis (Zeldenrust & Van Zuthem, 1996). Ten slotte speelt mee dat in de jaren tachtig opnieuw belangstelling ontstond voor arbeid voor (ex-) psychiatrische patiënten (Zeldenrust & Van Zuthem, 1996).

3.2 Omschrijving

In de literatuur is er nog geen éénduidige definitie terug te vinden. Zoals hierboven beschreven, kent de ontwikkeling van Dac's zijn oorsprong in Amerika. Bij ons is die ontwikkeling redelijk nieuw en is er nog weinig over geschreven. Voor de definiëring en omschrijving willen we ons daarom vooral baseren op de Amerikaanse literatuur. Hier worden Dac's, 'clubhouses' of 'drop-in centers', genoemd.

Het International Center For Clubhouse Development (ICCD) omschrijft een clubhuis als een plaats waar mensen die een geestelijke ziekte hebben (gehad) naartoe komen om hun leven terug op te

bouwen. De deelnemers worden 'leden' genoemd, niet patiënten en er wordt aandacht besteed aan hun sterke in plaats van aan hun zwakke punten. Het werken in het clubhuis - of het nu secretariaatswerk is, of het ingeven van gegevens of het klaarmaken van maaltijden of andere leden helpen - zorgt voor de kern van het helingsproces. Elke kans die tot stand komt is het resultaat van de inspanningen van de leden en de medewerkers die zij aan zij werken, in een uniek samenwerkingsverband. Eén van de meest belangrijke stappen die leden dichter bij zelfstandigheid brengt, zijn de doorstroombanen, waar zij in de gemeenschap werken. Leden krijgen ook 'begeleid wonen' waardoor hun opleiding verbetert dankzij goede psychiatrische en medische zorg. Zij krijgen ook steun van de overheid. Het 'lidmaatschap' is voor het leven, dus leden hebben alle tijd die ze nodig hebben om hun leven in de gemeenschap op te bouwen.

Van Erp & Van Weeghel (2004) stellen dat een clubhuismodel uitgaat van de gedachte dat cliënten met ernstige en langdurige psychiatrische problemen gebaat zijn bij een ontmoetingsplek waar zij sociale ondersteuning ontvangen en arbeidsmatige werkzaamheden kunnen uitvoeren.

Volgens een zelfhulpgroep, genoemd Justice In Mental Health Organization (JIMHO) is een drop-in center een plaats die sociale steun kan bieden aan mensen met mentale en emotionele problemen. Drop-in centers willen individuen de kans geven om te leren leven in een gemeenschap en te zorgen voor controle op de mensen hun leven.

3.3 Profiel van de Dac-bezoeker

Uit onderzoek naar het profiel van Dac-bezoekers (Ketelaars et al., 2001) blijkt dat Dac's meer door mannen dan door vrouwen worden bezocht. Bezoekers wonen vrijwel allemaal zelfstandig, de meeste alleen en een kwart met partner of gezin. De gemiddelde Dac-bezoeker is 42 jaar en heeft een vrij intensief GGZ-verleden. Het betreft een groep mensen met een uitgebreide psychiatrische achtergrond.

In datzelfde onderzoek geeft het merendeel van de bezoekers aan voor 100 % arbeidsongeschikt verklaard te zijn. Wel zegt men een actief persoon te zijn en zelfstandig te kunnen functioneren. Bij de meeste bezoekers leveren alledaagse bezigheden geen probleem op. De bezigheden die in verhouding nog het vaakst problemen geven, gaan over onderhoud van eigen woning en bezigheden waarbij sociale contacten op de voorgrond staan. De meeste bezoekers geven aan over de nodige 'informele' steun te beschikken. In het dagelijks leven heeft men het meest contact met andere Dac-bezoekers en Dac-personeel (Ketelaars et al., 2001).

Van Hoof, Ketelaars en Van Weeghel (2000) stellen vast dat het Dac een grote groep GGZ-cliënten bereikt maar zeker niet alle. Cliënten van casemanagementprogramma's of projecten voor psychiatrische thuiszorg - cliënten die vaak weinig of niets om handen hebben - gaan nauwelijks naar het Dac. Een mogelijke verklaring die Van Hoof e.a. (2000) hiervoor aangeven is dat men er uit zichzelf moeilijk toe komt het Dac te bezoeken, of men haakt na een paar pogingen weer af of men ziet überhaupt weinig in een samenzijn met lotgenoten.

Volgens Hoeyberghs e.a (1997) lijken Dac's de 'echte' chronische patiënten nauwelijks te kunnen bereiken. Dit wordt mede veroorzaakt door een tekort aan efficiënte gecoördineerde organisatie van verzorging en preventie op lokaal, regionaal en nationaal vlak. Het meer toegankelijk maken van de Dac's voor chronische patiënten zou volgens hen dan ook de eerste prioriteit moeten zijn.

3.4 Voordelen bij bezoek aan het Dac

Volgens Van Gijn (1983) biedt het Dac een minder stigmatiserende werking en kan het regressie tegengaan (Hoeyberghs et al., 1997). Bovendien kan het Dac ertoe bijdragen dat men zijn eigen leefstijl handhaaft en kan de bezoeker zijn sociale rol in de gemeenschap behouden; voorts ontlast hij zijn familie en kan hij ook daar zijn rol behouden (Hoeyberghs et al., 1997).

Van Hoof e.a. (2000) bevestigen dit; uit hun onderzoek blijkt immers dat het Dac-aanbod, het welzijn van de bezoeker kan bevorderen. Zó geeft vier op vijf bezoekers (79 %) aan erop vooruit te zijn gegaan sinds zij het Dac bezoeken (terwijl maar 1 % zegt erop achteruit te zijn gegaan). De meeste bezoekers zijn naar eigen zeggen meer met mensen in contact gekomen. Deze contacten lijken veel bezoekers ook te helpen bij hun dagelijks functioneren. Velen hebben ook het idee dat ze actiever (57 %) en zelfstandiger (51 %) geworden zijn. Verder meent een groot deel van de bezoekers meer zelfvertrouwen te hebben gekregen (60 %) en geestelijk stabiel(er) te zijn geworden (49 %) (Van Hoof et al., 2000; Van Erp & Van Weeghel, 2004).

3.5 Karakteristieken, doelen, functies

Karakteristieken

Volgens Bond (1993) kan een Dac gekarakteriseerd worden als een laagdrempelige omgeving waar bezoekers vrijwillig, zonder enige verplichting deelnemen aan diverse activiteiten.

Doelen

De belangrijkste doelen van het Dac zijn: het bieden van een veilige thuishaven waar men anderen kan ontmoeten, het bieden van een stimulerende uitvalsbasis of springplank naar andere activiteiten in de maatschappij (Van Hoof et al., 2000).

Om deze doelen te realiseren, dient het Dac een aantal functies te vervullen die in het aanbod terug te vinden zijn: een sociale, een recreatieve, een educatieve en een arbeidsmatige functie (Zeldenrust & Van Zuthem, 1996; Van Hoof et al., 2000). We bespreken ze hieronder.

Functies

Sociale of ontmoetingsfunctie. Alle Dac's bieden hun bezoekers ten minste een vrijblijvende 'inloop'-mogelijkheid; dat wil zeggen dat men op een Dac in een huiskamer- of kantine-achtige ruimte koffie kan drinken, een praatje kan maken met andere bezoekers, de krant of tijdschrift kan lezen. Vaak kan men er ook een maaltijd krijgen (Zeldenrust & Van Zuthem, 1996; Van Hoof et al., 2000; Van Erp & Van Weeghel, 2004).

Recreatieve functie. De meeste Dac's beschikken over aparte ruimtes waar geïnteresseerde bezoekers kunnen meedoen aan recreatieve bezigheden, doe-het-zelf activiteiten en allerhande cursussen (Van Hoof et al., 2000). Hoeyberghs e.a. (1997) spreken in dit verband van een vrijetijds- en bezigheidstherapie.

Educatieve functie. Deze bestaat uit het organiseren van cursussen zoals koken, taalcursussen en tekstverwerking (Van Erp & Van Weeghel, 2004).

Arbeidsmatige functie. Een kleiner deel van de Dac's biedt hun bezoekers ook de mogelijkheid tot werken, hetzij vrijwilligerswerk ten behoeve van het Dac zelf (bardienst, kookploeg, schoonmaakploeg), hetzij in een beschut werkproject of in het kader van een arbeidstrajectbegeleiding (Van Hoof et al., 2000).

Wat betreft de aard van het aanbod lijken veel Dac's op elkaar, maar ieder Dac brengt wel zijn eigen accenten aan (Van Hoof et al., 2000).

3.6 Behoeftte aan een activiteiteanaanbod buiten het Dac

In deze paragraaf baseren we ons op het onderzoek van Ketelaars e.a. (2001) waarbij 500 Dac-bezoekers, afkomstig uit 14 verschillende Dac's bevestigd werden. De bezoekers werden op twee tijdstippen geinterviewd, met een tussenliggende periode van 15 maanden. Dit met de bedoeling om bij hen veranderingen in het Dac-gebruik en in hun totaal activiteitenpatroon op het spoor te komen.

De onderzoekers stelden vast dat de doelstelling van een Dac als veilige thuishaven veel beter bereikt wordt dan het bieden van een stimulerende uitvalsbasis. Toch blijkt aan deze laatste vermeldde een zekere behoefte te zijn. Zo geeft 56 % van de bevestigden aan meer activiteiten buiten het Dac te willen ondernemen. Het grootste probleem dat bezoekers aangeven om dit te verwezenlijken is een gebrek aan geld, gevolgd door gebrek aan energie en faalangst.

Ketelaars e.a. (2001) stellen dat ook het Dac meer zou kunnen doen om de overstap naar activiteiten elders te bevorderen. Bijna de helft van de bezoekers wil dat het Dac meer aan educatie doet en een iets minder groot aantal wil dat het Dac meer voorbereidt op werk buiten het Dac. Ook vindt de helft dat het Dac meer externe contacten moet leggen. Overigens vindt ook steeds de helft dat dit allemaal niet zo nodig is.

Van de bezoekers die deze wens uitte, slaagde - zo mag blijken uit de tweede interviewronde - slechts 38 % erin dit ook te realiseren. Succesfactoren voor het actief-worden buiten het Dac kunnen enerzijds vanuit de persoon, anderzijds vanuit de omgeving verklaard worden. Een succesvolle bezoeker blijkt gemiddeld vier jaar jonger, optimistischer en te beschikken over meer sociale steun en een uitgebreider sociaal netwerk. Opmerkelijk is dat men ook vaker enige vorm van GGZ aan huis ontvangt (begeleid wonen, psychiatrische thuiszorg, casemanagement). Mogelijk draagt ook het wat intensievere en persoonlijker begeleiderschap van deze zorgvormen er aan bij dat bezoekers hun wensen ten aanzien van dagbesteding realiseren.

Overigens is de wens om actief te worden buiten het Dac groter in steden (61 %) dan in de plattelandsregio's (39 %). Bezoekers in grote steden blijken tijdens de tweede interviewronde ook vaker iets nieuws te hebben gevonden dan de bezoekers in middelgrote steden en de plattelandregio's. Wellicht komt dit doordat er in een grote stad meer mogelijkheden voorhanden zijn. Uit dit onderzoek waren er twee Dac's waarvan bezoekers er het meest in slaagden activiteiten buiten het Dac te vinden. Kenmerkend voor deze twee Dac's is dat men een activiteiten- of werkbemiddelaar in dienst heeft.

De Groot (2001) formuleerde kritiek op dit onderzoek. Hij stelt dat er door Ketelaars e.a. (2001) een te scherp onderscheid wordt gemaakt tussen de twee doelstellingen: een veilige thuishaven en een stimulerende uitvalsbasis bieden. De Groot (2001) stelt dat in de praktijk het onderscheid vervaagt omdat het Dac als veilige thuishaven voor vele bezoekers een maatschappelijk steunsysteem wordt. En juist vanuit zo'n veilig steunsysteem kunnen sommige bezoekers de (begeleide) stap naar buiten maken. De Groot (2001) haalt voorbeelden aan van het Dac Alkmaar (Nederland).

Dac Alkmaar biedt tweemaal per week inloopactiviteiten aan in een buurthuis omdat ze activiteiten in de woonomgeving van de cliënt willen aanbieden. Op die manier hoopte men dat er in de woonomgeving sociale contacten zouden ontstaan en dat mensen ook buiten de georganiseerde uren naar het buurthuis kunnen gaan. Voor een deel is men er in geslaagd. Zó zijn er sociale contacten ontstaan tussen Dac-bezoekers en andere bezoekers; Dac-bezoekers gaan ook onderling meer buiten deze uren met elkaar om. Helaas wordt het buurthuis buiten de Dac-uren slechts met mondjesmaat bezocht.

Dac Alkmaar heeft onder begeleiding van een Dac-medewerker ook een voetbalteam. Enkele Dac-bezoekers zijn doorgestroomd naar andere voetbalteams of draaien kantinedienst bij de club.

Om tegemoet te komen aan de behoefte om betaald werk te verrichten heeft Dac Alkmaar werkprojecten opgezet. Voorbeelden van betaald werk zijn het werken aan het onderhoud van het dorp Egmond aan Zee en het werken in een kaarsenfabriek. Steeds onder begeleiding van een Dac-medewerker.

Uit deze voorbeelden blijkt dat Dac Alkmaar fungeert als een veilig vangnet van waaruit bezoekers aan activiteiten gaan deelnemen. Voor enkelen zijn de aangeboden activiteiten de aanzet tot activiteiten zonder de paraplu van het Dac. Door de deur echter open te houden blijft de veiligheid bestaan waardoor deze stap niet te bedreigend wordt. Door gebruik te maken van de reguliere voorzieningen in stad of dorp vervreemden mensen niet van de voorzieningen en wordt het Dac niet een te geïsoleerde instelling.

Aanbevelingen

Ketelaars e.a. (2001) hebben naar aanleiding van hun onderzoek (zie hierboven) enkele aanbevelingen voor Dac's geformuleerd. Deze kunnen een bijdrage leveren opdat bezoekers buiten het Dac actiever worden.

Dac's dienen het persoonlijk steunsysteem van bezoekers te verstevigen, zowel in de vorm van professionele ondersteuning als in de vorm van informele steun. Dit kan door bezoekers nieuwe mogelijkheden te bieden en betere ondersteuning te geven zodat de hoop licht terugkeert. Intensievere vormen van professionele hulp (zorg aan huis) lijken eveneens bij te dragen.

Dac's kunnen meer mogelijkheden in de regio creëren. Ze kunnen de banden aanhalen met allerlei verenigingen en werk- en opleidingsvoorzieningen. Ook is het mogelijk aan te sluiten bij initiatieven voor andere bewoners van de regio.

Er dient meer individuele aandacht geschonken te worden aan de dagbestedingwensen van cliënten. Dat is des te meer nodig omdat bij Dac-bezoekers uiteenlopende factoren (weinig zelfvertrouwen, psychische instabilisatie en/of het ontbreken van een sociaal netwerk en sociale steun) een rol kunnen spelen bij het al dan niet vinden of behouden van activiteiten buiten het

Dac. De invoering van activiteitenbemiddeling en trajectbegeleiding is dan ook geen overbodige luxe.

Dac's kunnen hun bezoekers motiveren om niet alleen individueel maar ook gezamenlijk te ontdekken hoe zij de activiteitenmogelijkheden in de samenleving kunnen benutten en hun maatschappelijke positie kunnen versterken. Bezoekers kunnen bvb. gezamenlijk aansluiting zoeken bij een wijk- of activiteitscentrum of bij andere organisaties die voor hen aantrekkelijk zijn. Vervolgens kunnen Dac's hun bezoekers hierin verder helpen, bvb. door samen met hen bijeenkomsten over deze veelzijdige thema's te beleggen en door actief te bevorderen dat bezoekers hierin elkaar gaan ondersteunen.

De Haan e.a. (1997) pleiten er bvb. voor dat Dac's actiever worden in het organiseren van onderlinge steun, onder andere bij activiteiten buiten het Dac. Zo zouden Dac's als informatiecentrum voor (en door) GGZ-cliënten kunnen gaan functioneren. Van Hoof e.a. (1999) denken hierbij aan voorlichtings- of themabijeenkomsten waarbij andere betrokkenen en buitenstaanders worden uitgenodigd. Een dergelijk Dac zou niet alleen tegemoet komen aan de individuele behoeften van bezoekers maar ook als belangenbehartiger van de groep als geheel fungeren. Een belangrijk winstpunt zou zijn dat de betrokken cliënten gezamenlijk in plaats van ieder voor zich aan de verbetering van hun sociale omstandigheden en hun maatschappelijke positie werken (Van Hoof et al., 1999).

Van Weeghel (2000) stelt vast dat Dac's effectiever zijn naarmate ze goed zijn ingebed in een regionaal maatschappelijk steunsysteem. Daarbij gaat het om netwerkvorming op verschillende niveaus. De persoonlijke netwerken van cliënten zijn hierbij zeer belangrijk. Verder dient er een georganiseerd netwerk van professionals en vrijwilligers te komen dat de opbouw van individuele ondersteuningsarrangementen faciliteert. Een aggregatieniveau hoger moet dit weer mogelijk worden gemaakt door een stevig netwerk van maatschappelijke organisaties en instanties in de regio, waarvan de samenwerkende professionals en vrijwilligers deel uitmaken. De activiteiten op het tweede en derde niveau zijn voorwaardenscheppend om de activiteiten op het eerste niveau te realiseren. In het volgend hoofdstuk zullen we hier verder op in gaan.

4 De keuze voor een netwerk als samenwerkingsvorm

In dit hoofdstuk willen we aantonen waarom Den Teirling kiest voor een netwerk als samenwerkingsvorm. Om dit te verduidelijken zullen we eerst een overzicht bieden van mogelijke samenwerkingsvormen in de zorg. Vervolgens zullen we dieper ingaan op de netwerkorganisatie en soorten netwerken. Tot slot willen we zowel netwerkvorming in de zorgsector als netwerkvorming over de zorgsector heen van naderbij bekijken.

Bij het lezen van dit hoofdstuk zal het al gauw duidelijk worden dat netwerkvorming een veel omvattend en complex begrip is. Wij maakten de keuze om gebruik te maken van literatuur gericht op non-profit organisaties, zo mogelijk netwerkvorming in de zorg.

4.1 Mogelijke samenwerkingsvormen

De Wulf & Daelemans (2005) bieden een overzicht van mogelijke samenwerkingsvormen bij zorgorganisaties. Wellicht is dit overzicht niet exhaustief, dat zou ons immers te ver leiden in het kader van deze eindverhandeling.

Ten eerste onderscheiden zij de *verplichte samenwerkingsovereenkomst*. Een verplichte samenwerkingsovereenkomst waarin de wet voorziet, zoals bvb. deze in het kader van de functionele normen voor de ziekenhuizen (een A-dienst of acute behandelingsdienst in een psychiatrisch ziekenhuis moet een samenwerkingsovereenkomst hebben met een D-dienst voor interne geneeskunde in een algemeen ziekenhuis).

Een volgende vorm van samenwerking tussen gezondheidsvoorzieningen krijgt ook een specifieke juridische betekenis nl. de *groepering*. Hierbij is sprake van een erkend juridisch geformaliseerd duurzaam samenwerkingsverband waarbij afspraken worden gemaakt tussen ziekenhuizen over taakverdeling en complementariteit op het vlak van aanbod, disciplines of uitrusting, om beter te beantwoorden aan de behoeften van de omgeving en de kwaliteit van de geboden diensten te verhogen.

Een ander, eveneens juridisch geformaliseerd samenwerkingsverband is de *associatie*. Deze is gericht op het gezamenlijk exploiteren van één of meer zorgprogramma's, diensten of functies. Hier wordt geen nieuwe organisatie opgericht. De inhoud van de associatie hoort tot de kerntaken van de initiatiefnemers.

Joint venture onderscheidt zich hierin doordat er wel een nieuwe, gezamenlijke organisatie opgezet wordt voor een nieuw doel. Joint venture ontstaat wanneer zorgorganisatie A besluit om samen met zorgorganisatie B iets nieuws te ontwikkelen. De organisatievorm wordt opgericht samen met anderen omdat geen van de initiatiefnemende organisaties dit alleen zou kunnen. Het doet zich vooral voor wanneer een nieuw initiatief een grote investering vraagt in materiële en/of personele middelen en wanneer de doelstelling van het nieuwe initiatief complementair is aan de kerndoelen van de initiatiefnemers.

Ten vijfde onderscheid men een *fusie*. Hierbij worden twee of meerdere afzonderlijke entiteiten, die al of niet van een verschillende inrichtende macht afhangen, en op al of niet verspreide locaties gelegen zijn, onder één enkel bestuur en één erkenning gebracht. De entiteiten gaan in elkaar op en vormen een nieuwe entiteit, zodat er geen sprake meer is van een samenwerking.

Als laatste onderscheiden De Wulf & Daelemans (2005) de *netwerkorganisatie*. Hierbij gaat het om een vrijwillig samenwerkingsverband waarbij de deelnemende organisaties op een niet-vrijblijvende manier een deel of meerdere delen van hun werking met elkaar delen, zonder in elkaar op te gaan.

De Wulf & Daelemans (2005) merken op dat een aantal van de reeds genoemde samenwerkingsvormen bvb. de associatie, de groepering, die een door de wet voorziene juridische formalisering kennen, te interpreteren zijn als een netwerkorganisatie. Eén vorm is duidelijk geen netwerkorganisatie: dat is de fusie, omdat hier geen behoud is van autonomie.

Uit het bovenstaande kunnen we afleiden dat een netwerkorganisatie een organisatievorm, meer bepaald een samenwerkingsvorm is. Oosterwijk (1995) wijst erop dat een netwerk echter geen synoniem voor samenwerking is. Wel heeft het enkele kenmerken van een samenwerking nl. het is opgebouwd uit afzonderlijke actoren en richt zich op het realiseren van bepaalde doeleinden. Het verschilt enkel op het punt van duurzaamheid en hiërarchische opbouw. Duurzaamheid als een toestand van onderlinge afhankelijkheid verbindt actoren met elkaar maar laat ze nog niet noodzakelijkerwijs samenwerken. De hiërarchische opbouw dient men in een netwerkorganisatie te verstaan als gelijkwaardigheid (Oosterwijk, 1995). Deze is gebaseerd op het feit dat netwerken zijn samengesteld uit autonome actoren. De wijze waarop de onderlinge verhoudingen worden uitgewerkt, kan in de praktijk wel degelijk patronen van boven- en onderschikking te zien geven. In de besluitvorming rond het opbouwen van een coördinatie - of gezagstructuur is sprake van principiële gelijkwaardigheid van actoren. Met andere woorden, er ontbreekt een dwingend criterium (bvb. doelgroepenbereik, budgetomvang, maatschappelijk gewicht, ...) dat op voorhand bepalend is voor de organisatiestructuur.

In het kader van het onderzoek en de wensen van de initiatiefnemende partner, het Dac Den Teirling, om een netwerk op te zetten, kunnen we stellen dat het Dac wenst uit te groeien tot een netwerkorganisatie.

4.2 De netwerkorganisatie

4.2.1 Ontstaan

De oorsprong van netwerkorganisaties vinden we binnen het bedrijfsleven in de jaren 80 (De Wulf & Daelemans, 2005). Veel bedrijven slankten toen fors af en gingen zich op hun kerncompetenties concentreren; managementlagen werden geschrapt en secundaire activiteiten werden afgestoten. Hierdoor ontstonden zelfstandige leveranciers en distributeurs, waar het 'moederbedrijf' een intensieve relatie mee bleef onderhouden. Dit resulteerde in netwerken van samenwerkende zelfstandige bedrijven met een hoge mate van onderlinge afhankelijkheid. In hun zoektocht naar nieuwe markten, producten en diensten bleek deze flexibele organisatievorm soelaas te bieden om de snelle evolutie in de markten bij te houden: een wendbaarheid waar de grote, traditionele structuren hopeloos moesten voor onderdoen.

Desondanks het feit dat de oorsprong van netwerkorganisaties zich in het bedrijfsleven afspeelt, kiezen we ervoor de managementaspecten op de achtergrond te plaatsen en ons meer toe te spitsen op de ontwikkeling van netwerkvorming in welzijn en zorgvoorzieningen.

4.2.2 Omschrijving

Eerder gaven we hierboven al een omschrijving van een netwerkorganisatie (cfr. De Wulf & Daelemans, 2005). In de literatuur vinden we echter geen éénduidige omschrijving terug. Wel onderscheid men een aantal kenmerken, zoals u in de volgende paragraaf kan lezen.

4.2.3 Kenmerken

Volgens De Wulf en Daelemans (2005) is een netwerkorganisatie een expliciet samenwerkingsverband dat zich kenmerkt door relatief stabiele relaties tussen autonome organisaties, waarbij meerwaarden voor de gezamenlijke klantenkring ontstaan door gebruik te maken van elkaars kerncompetenties en specifieke positioneringen. We zetten de kenmerken van een netwerkorganisatie even op een rijtje.

Een netwerkorganisatie is geen statistische, stabiele constructie maar het verandert onder invloed van de betrokken mensen, hun ambities en de externe ontwikkelingen.

Een netwerk ontstaat doordat partners zich vrijwillig verbinden aan gemeenschappelijke doelen en waarden. Niemand kan hiertoe gedwongen worden, want dit schaadt het klimaat van openheid en vertrouwen. Belangrijk hierbij is dat netwerking geen doel is, maar het dient een doel. Het is een strategische keuze om een doel te bereiken dat ontstaat vanuit een gemeenschappelijk belang van twee of meer autonome entiteiten.

Een netwerk drijft op verbinding, deze ontstaat door een gemeenschappelijk doel te creëren en gedeelde waarden te ontwikkelen. Het gaat om een doel dat deelnemende partners moeilijk alleen kunnen bereiken, maar wel als samenwerkend netwerk. De onderdelen zijn met betrekking tot het gekozen doel onderling van elkaar afhankelijk. Wanneer de banden binnen het netwerk niet bewust worden aangetrokken of wanneer het gemeenschappelijke doel verdwijnt, heeft het netwerk geen meerwaarde meer en valt het uit elkaar.

Netwerking impliceert een wederkerig, duurzaam, niet vrijblijvend traject. Onder duurzaam verstaan we hier een samenwerkingsrelatie waar partners zich ten volle in engageren voor de duur van de overeenkomst, die kort of lang kan zijn.

4.2.4 Voor- en nadelen

Een aantal voordelen van netwerkorganisaties volgen uit het bovenstaande.

Partners behouden hun autonomie.

Strategische ontplooiing in netwerkverband kan leiden tot een breder marktgebied, door verbinding van organisaties ontstaat toegevoegde waarde in de vorm van schaalvoordeel, synergie of nieuwe expertise die binnen bereik komt.

De innoverende kracht van de organisatie kan worden verhoogd en door de uitbreiding van het dienstenportfolio afgestemd op de reële behoeften, kan de dienstverlening versterkt of verbreed worden (De Wulf & Daelemans, 2005). Hiertoe worden volgens Vanheule en Verbeek (1999) de competenties van personeelsleden optimaal benut.

Ook het aanpassingsvermogen kan versterkt worden door in te spelen op wisselende omstandigheden van de omgeving (Vanheule & Verbeek, 1999; De Wulf & Daelemans, 2005).

Wellicht is deze opsomming niet exhaustief. Nadelen voor een netwerkorganisatie hebben we niet meteen gevonden in de literatuur, wel mogelijke risico's. Bvb. het feit dat elke medewerker inspraak wil hebben, dat er te weinig draagvlak is doordat het netwerk wordt in stand gehouden door gemeenschappelijke waarden in plaats van dat de doelen voldoende duidelijk geformuleerd zijn, ... (Oosterwijk, 1995).

Onafhankelijk van de organisatiestructuur zullen er altijd risico's zijn. Wanneer we deze voordelen in verband brengen met de probleemstelling, kunnen we stellen dat Den Teirling bijna genoodzaakt is om aan netwerking te doen, wil men zijn bereik vergroten.

4.3 Soorten netwerken

Verbeke, Snyers, Kwanten en Hasevoets (2004) onderscheiden (inter)organisationele netwerken en sociale netwerken. In tegenstelling met de netwerkorganisatie staat bij sociale en (inter)organisatienetwerken het netwerk op zich centraal.

Het mag duidelijk zijn dat we in deze eindverhandeling ons vooral focussen op (inter)organisationele netwerken. Toch is het niet onbelangrijk om er op te wijzen dat deze laatste een belangrijke bijdrage kunnen leveren in het vormen van sociale netwerken. Deze kunnen immers voortvloeien uit (inter)organisationele netwerken.

4.3.1 Sociale versus (inter)organisationele netwerken

Sociale netwerken zijn netwerken tussen mensen. Het betreft alle relatiepatronen tussen individuen. Het kan zowel gaan om professionele relaties die niet noodzakelijk vriendschap insluiten maar wel een informeel karakter kunnen hebben als relaties en verbindingen die zich voordoen tussen mensen in de private levenssfeer en de directe leefverbanden. Hier gaat het over betrekkingen tussen mensen die gepaard gaan met zekere vormen van affiniteit, positieve bejegening en ruilrelaties van goederen en diensten. Bvb. informele contacten tussen vrienden, familieleden, burens, clubgenoten of soortgenoten op vlak van levensbeschouwing, etnische groep of ideologie. De intensiteit, de frequentie en de aard van contacten zijn binnen dit type zeer verscheiden. Sociale netwerken zijn zeer belangrijk voor ontmoeting en sociaal contact, materiële en emotionele steun, identificatie, integratie binnen een groepsverband, ... (Verbeke et al., 2004)

Naast sociale netwerken onderscheiden Verbeke e.a. (2004) ook (inter)organisationele netwerken. Deze gaan over samenwerkingsrelaties tussen organisaties. Organisaties zijn gestructureerde entiteiten met een eigen missie, kerntaken en werkwijzen, werkstructuren, organisatiecultuur en werkingsmiddelen.

4.3.2 Typologie van netwerken

Binnen de (inter)organisationele netwerken onderscheiden Verbeke e.a. (2004) een vijftal types: vrijwilligersnetwerken, professionele netwerken, beleidsnetwerken, issuenetwerken en organisatienetwerken.

Vrijwilligersnetwerken

Deze groepen kan men typeren als particuliere organisaties die behoren tot het maatschappelijke middenveld. Vrijwilligersnetwerken zijn vooral horizontale samenwerkingsverbanden, deze beschikken over een vrij grote autonomie inzake doelen, optreden en interne organisatievorm. Hun werking heeft dikwijls een informeel, weinig geïnstitutionaliseerd karakter. De groepsbinding lijkt los en incidentieel, maar collectief ervaren noden en behoefte zijn de drijvende kracht achter hun activiteiten. Zij investeren in sociale betrokkenheid. De meeste vrijwilligersorganisaties opereren in een vrije marktsfeer en ontvangen weinig of geen subsidies. De meest opvallende verschijningsvormen binnen dit type zijn de ondersteuningsnetwerken en de burgerinitiatieven.

Ondersteuningsnetwerken kunnen gericht zijn op ondersteuning van de eigen leden, zoals bvb. bij zelfhulpgroepen. Deze ondersteuning kan bestaan uit informatieverschaffing, ervaringsuitwisseling, meningsvorming, ontplooiing en versterking als individu of groep, alsook emotionele steun bij levenskwesaties, steunverwerving bij de publieke opinie of de overheid.

Burgerinitiatieven omvatten strevende groepen met een collectief doel en maatschappelijke of sociale inzet. Voorbeelden hiervan zijn vrijwilligersinitiatieven voor hulp- of zorgbehoevenden, actiegroepen en verenigingen.

Professionele netwerken

Een professionele organisatie kan omschreven worden als een geïnstitutionaliseerd werkverband met arbeidsdeling, relatief stabiele structuren en gezagsverhoudingen, dat professionele diensten of producten levert. Hier gaat het in tegenstelling tot de vrijwilligersorganisaties, overwegend om organisaties die overheidssubsidies ontvangen met een eigen rechtsvorm en een sterk uiteenlopende organisatiestructuur. In ruil voor overheidssubsidie en een relatieve autonomie worden ze geacht bepaalde kerntaken te verzorgen die meestal worden vastgelegd in een wettelijke regeling.

Professionele netwerken bestaan uit organisaties die zich engageren tot samenwerking rond een gemeenschappelijk issue.

Beleidsnetwerken

Dit type onderscheidt zich op twee punten van professionele netwerken. Als eerste bestaan deze netwerken uit een mengeling van private organisaties en overheidsinstellingen en diensten. Tegelijk moeten de interacties binnen het netwerk hoofdzakelijk betrekking hebben op overheidsbeleid, d.w.z. zowel op beleidsvoorbereiding, -advisering, -uitvoering en -controle. Meestal worden deze netwerken op initiatief van of met actieve steun van de overheid opgezet of in stand gehouden in functie van beleidsplanning en beleidsuitvoering. Een voorbeeld van een beleidsnetwerk zijn bvb. de pilootprojecten activering. Deze zijn een initiatief van de overheid waar onderzoek wordt aan gekoppeld ter formulering van beleidsadviezen. We komen in een volgend hoofdstuk uitgebreid terug op het project activering.

Issuenetwerken

Bij issuenetwerken vormt het issue of de gemeenschappelijke kwestie het vertrekpunt voor netwerkvorming. Gemotiveerde partners die aangesproken worden door een acute of actuele kwestie, vinden elkaar. Vaak zit achter zo'n netwerk een drijvende kracht die actoren kan enthousiasmeren om snel en flexibel in te spelen op een gebeuren. Een voorbeeld hiervan in de GGZ is het Te Gek project. Dit is een concert dat elk jaar plaatsvindt in de Ancienne Belgique en een bijdrage wil leveren aan de destigmatisering van de GGZ.

Belangrijk hierbij is dat het gaat om sterk probleemgerichte netwerken die dikwijls tijdelijk van karakter zijn. Als een probleemsituatie is opgelost, heeft een issuenetwerk dan ook geen bestaansgrond meer.

Binnen issuenetwerken is men handelingsgericht en zal men via campagnes, acties, activiteiten en projecten een kwestie onder aandacht brengen. De inspanningen binnen het netwerk zijn weinig gecoördineerd, maar levendig en attractief.

Organisatienetwerken

In tegenstelling tot issuenetwerken hebben organisatienetwerken meestal een langdurige werking. De gestelde kwesties vereisen hier een continu samenwerkingsverband. Het netwerk heeft dikwijls een meer formele samenstelling en bestaat uit vertegenwoordigers van deelnemende organisaties, die samenwerken op een structurele en strategische manier. De netwerkpartners behouden hun autonomie en identiteit als afzonderlijke organisaties. Meestal zijn deze samenwerkingsverbanden gericht op de uitbouw van een kwalitatieve diensverlening, het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen of het uitstippelen van een beleid. Voorbeelden hiervan zijn: arbeidstrajectbegeleiding voor personen met een psychiatrische problematiek, een systeem van crisisinterventie voor jongeren ontwikkelen en verbeteren, ... We zullen hier in de volgende paragraaf dieper op ingaan.

Verbeke e.a. (2004) wijzen erop dat niet elk van deze netwerktypes in zijn zuivere vorm hoeven voor te komen, er kunnen zich ook allerhande mengvormen voordoen of zelfs zachte overgangen tussen netwerktypes of de overgang van een 'gewoon' samenwerkingsverband naar een netwerk.

4.3.3 Organisatienetwerken

In de literatuur vinden we ook hier geen éénduidige definitie terug.

In het zopas verschenen boek organisatienetwerken in de zorg (Leo Broekman & Theo Camps, 2006), spreekt men van organisatienetwerken als open verbanden tussen meerdere partijen met een gemeenschappelijke doeloriëntatie. Partijen en individuen die met elkaar in zo'n netwerk verkeren, hebben onderling een solide vertrouwensbasis. Dat vertrouwen is gebaseerd op consistent en voorspelbaar gedrag. Men weet wat men aan elkaar heeft. Partijen die met elkaar in een netwerk samenwerken zijn extra succesvol wanneer ze dat doen vanuit vergelijkbare sets van waarden en normen. Dat draagt bij aan de stabiliteit van het netwerk. Als er in een netwerk al sprake is van leiding, is deze voortgekomen uit toewijzing of op basis van overleg. Zodra deze factoren worden ingevuld, krijgt een netwerk stabiliteit en daarmee effectiviteit. De gemeenschappelijke doeloriëntatie kan worden ingevuld.

Verbeke, Snyers, Kwanten en Hasevoets (2004) onderscheiden in de verscheidenheid van definities twee grote benaderingen, namelijk netwerken in ruime zin en in enge zin.

Definities in ruime zin kan men definiëren als "een patroon van onderlinge betrekkingen en verhoudingen, dat tussen organisaties en organisatieleden wordt opgeroepen door een toestand van onderlinge afhankelijkheid." Er zijn veel oorzaken voor het ontstaan van afhankelijkheden. Sommige actoren richten zich tot dezelfde doelgroepen of werken in dezelfde wijk, gebruiken gelijkaardige werkmethodes, delen dezelfde infrastructuur, richten zich tot dezelfde subsidieverstrekkingen of sponsors, ...

Opmerkelijk is dat men in de literatuur spreekt van een netwerk, ook al onderhouden organisaties geen enkele relatie met elkaar. Indirect beïnvloeden zij elkaar wel door standpunten, initiatieven, inzet van middelen, waarbij de ene rekening moet houden met de andere. Soms spreekt men slechts van een netwerk wanneer tussen organisaties ook interactie en relatiepatronen bestaan. Deze interactiepatronen kunnen zowel gekenmerkt zijn door samenwerking en onpartijdigheid als door conflict en concurrentie. Deze organisaties maken deel uit van een netwerk in de brede betekenis.

Een netwerk in de enge zin wordt gedefinieerd als "een specifieke vorm van samenwerking tussen organisaties of organisatieleden. Deelnemende actoren besluiten op basis van onderlinge afhankelijkheid ten aanzien van een issue tot gezamenlijke activiteiten en dit op gelijkwaardige en vrijwillige basis. Dit gebeurt met het oog op het verwerven van bepaalde voordelen of het vermijden van bepaalde nadelen. De gezamenlijke activiteiten hebben betrekking op centrale aspecten van de eigen werking of worden opgezet omwille van het strategisch belang van het issue."

Netwerken vormen dan constructies tussen partners met het oog op realisaties zoals maatregelen, procedures, projecten, campagnes, diensten of het verwerven van invloed of werkingsmiddelen. Hierbij hoeft (nog) geen sprake te zijn van gemeenschappelijke doelstellingen. Typisch is dat

partners besluiten tot netwerkvorming na een gunstige kosten-baten analyse. De samenwerking moet voor alle partijen voordeel opleveren of minstens bepaalde nadelen neutraliseren.

4.4 Netwerkvorming in de zorgsector

4.4.1 Groeiende aandacht voor netwerkvorming in de zorgsector

De groeiende aandacht voor netwerkvorming in de zorgsector zijn volgens De Wulf en Daelemans (2005) toe te schrijven aan externe factoren. In het kader van de vermaatschappelijking moeten welzijns- en gezondheidsvoorzieningen immers flexibele organisaties zijn die een strategisch antwoord kunnen bieden op de twee belangrijkste uitdagingen uit de sector. De voorzieningen moeten volgens De Wulf en Daelemans (2005) een afdoend antwoord kunnen geven op de wijzigende zorgvraag van de cliënten en de beschikbare middelen. Deze heeft betrekking op steeds nieuwe mogelijkheden op gebied van behandeling, maar ook de wijzigende verwachtingen van de cliënt. Hierdoor worden management en besturen in hun strategische opdracht gefocust op de ontwikkeling van steeds nieuwe zorgconcepten die aan de behoeften van de zorgvragen en de maatschappij tegemoetkomen (dichterbij, naadloos, in continuüm). Zorgverandering vraagt innoverend management en die innoverende kracht vinden we in de verbinding met andere zorgverleners in een netwerksysteem, aldus De Wulf en Daelemans (2005). Het valt buiten het bestek van deze eindverhandeling om hier verder op in te gaan.

Naast deze wijzigende zorgvraag moeten voorzieningen de beschikbare middelen op de meest doeltreffende manier kunnen aanwenden. Met andere woorden meer proberen te doen met minder.

Bracke en Verhaeghe (2005) schrijven de groeiende aandacht voor netwerken van contacten tussen instellingen in de zorgsector toe aan interne factoren nl. de ontwikkelingen die meer eigen zijn aan de organisatie van de zorg zelf. Het aantal voorzieningen neemt gestaag toe, ze werken met een diversiteit van benaderingen en hebben verschillende doelstellingen. Feit is dat deze uitbreiding aanleiding geeft tot een exponentiële stijging van de contacten tussen instellingen en dat deze contacten zich organiseren in regionale netwerken van relaties tussen organisaties.

4.5 Netwerkvorming over de zorgsector heen

Het doel van de vermaatschappelijking is de integratie van mensen met een psychiatrische problematiek te bevorderen. De realisering hiervan verloopt nog moeizaam (Van Erp & Kroon, 2004). In dit hoofdstuk wordt een onderzoek weergegeven dat dit aantoont. We willen hierbij wel benadrukken dat het gaat om een onderzoek uitgevoerd in Nederland. De vraag stelt zich in hoeverre de onderzoeksresultaten kunnen veralgemeend worden voor België. We willen er op wijzen dat met de veralgemening van de onderzoeksresultaten met enige voorzichtigheid dient omgesprongen te worden.

Van Erp en Kroon (2004) hebben een inventarisatie uitgevoerd naar Dac's en werk- en scholingsprojecten voor mensen met een psychiatrische problematiek. Ze vroegen de onderzochte voorzieningen naar hun ondersteuningsaanbod en de voorzieningen waar zij mee samenwerken.

Uit het onderzoek blijkt dat Dac's worden gekenmerkt door een breed aanbod: veel voorzieningen begeleiden deelnemers bij het kiezen van een gewenste dagbesteding of arbeidsmatige activiteit, bieden vrijwilligers- of beschut werk, leiden toe naar andere vormen van beschut of vrijwilligerswerk en - meer of minder incidentieel - naar betaald werk of onderwijs. De veelzijdigheid biedt als voordeel dat ingespeeld kan worden op alle voorkomende behoeften van deelnemers. Een nadeel is dat activiteiten met een specialistisch karakter, bvb. bij het verkrijgen en behouden van regulier werk of opleiding, minder goed uit de verf komen. Veel voorzieningen hebben dit wel in hun 'pakket' maar de specifieke deskundigheid (van arbeidsmarkt, sociale voorzieningen) ontbreekt veelal. De meeste voorzieningen gebruiken hiertoe één of meerdere methodieken om mensen met een psychiatrische problematiek te begeleiden naar werk en dagbesteding. De meest voorkomende methodiek is individuele trajectbegeleiding (ITB) en de individuele rehabilitatie benadering (IRB).

Uit het onderzoek blijkt dat Dac's intensief samenwerken met (en vaak een onderdeel vormen van) GGZ-instellingen, maar dat de samenwerking met maatschappelijke instellingen, zoals bvb. welzijnsinstellingen nog beperkt is. Van Erp en Kroon (2004) stellen dat netwerkvorming er voor zorgt dat deelnemers gemakkelijker doorstromen naar andere werk- of scholingsprojecten en dat samenwerking met algemene welzijnsorganisaties (voor alle burgers) als voordeel heeft dat de deelnemers uit het GGZ-circuit in contact komen met 'gewone' burgers.

Intensieve samenwerking met maatschappelijke organisaties blijkt voorzichtig van de grond te komen: 15 % van de voorzieningen werkt namelijk in het kader van sociale activering nauw samen met gemeente en 4 tot 8 % van de voorzieningen heeft structurele contacten met arbeidsorganisaties, onderwijsinstellingen en/of met welzijnsorganisaties. Deze gegevens gelden voor zorgboerderijen, werkprojecten, arbeidstoeleidingsprojecten, begeleid werken en begeleid leren projecten. De samenwerking lijkt hier vooral gebaseerd te zijn op financiële noodzaak: gemeenten en reïntegratiebedrijven fungeren vaak als opdrachtgever en/of als financier van ITB. Bij Dac's is die noodzaak er niet en is samenwerking met maatschappelijke organisaties dus minimaal.

Eerder is de samenwerking tussen GGZ en maatschappelijke organisaties al door diverse auteurs geproblematiseerd. Volgens Kwekkeboom (2001) verschillen de GGZ organisaties en andere actoren teveel van elkaar in deskundigheid en financiële opvattingen om structurele samenwerkingsrelaties lonend te maken. Wennink, De Wilde, Van Weeghel en Kroon (2001) voegen hieraan toe dat samenwerkingsprojecten vaak kampen met financiële perikelen als gevolg van verschillende financieringsstromen, afwenteling van financiële verantwoordelijkheden en tijdelijke financiering. Om dit te vermijden worden projecten, bij voorkeur in eigen huis opgezet. Van Hoof, Geelen, Van Rooijen, Van Weeghel, Boevink en Kroon (2004) merken op dat sommige maatschappelijke voorzieningen (welzijnsorganisaties) onvoldoende zijn toegerust om personen met een psychiatrische problematiek te ondersteunen en andere voorzieningen (reïntegratiebureaus) onvoldoende toegankelijk zijn. Het gevaar volgens Van Hoof e.a. (2004) schuilt erin dat de maatschappelijke participatie van deze doelgroep in een niemandsland terecht komt, waarbij de GGZ zich steeds meer terugtrekt (of terug moet trekken) en reguliere voorzieningen nog onvoldoende in staat zijn om een aanbod voor deze groep te creëren.

5 Case study: het dagactiviteitencentrum Den Teirling

In eerste instantie willen we een voorstelling van het Dac Den Teirling als clubhuis geven. We zullen zowel het ontstaan, de contactgegevens en de bereikbaarheid alsook het bestuur en het team met zijn visie, doelstellingen en het activiteitenaanbod van naderbij bekijken. In tweede instantie zullen we het profiel van de bezoekers schetsen om al dan niet te besluiten of we te maken hebben met een (a)typisch Dac-bezoekersprofiel. Als laatste wensen we Den Teirling te schetsen als partner in de netwerkvorming zowel binnen de GGZ als over de grenzen van de GGZ heen.

5.1 Den Teirling als clubhuis

Den Teirling baseert zijn werking op de omschrijving van het Dac als clubhuis. De idee van het clubhuis betekent dat ieder een taak kan opnemen in de organisatie: zo heeft elk een verantwoordelijkheid in een activiteit die bijdraagt aan het clubhuis, in hoofdstuk 3 haalden we dit al even aan (cfr. Van Erp & Van Weeghel, 2004).

Als clubhuis is Den Teirling een huis, gemaakt voor en door de bezoekers/clubleden. 'Voor' betekent dat de mensen er steeds terecht kunnen voor een activiteit, een babbeltje bij een kopje koffie, dat ze hun ding kunnen doen en zichzelf kunnen zijn. 'Door' betekent dat men participeert in de werking van het clubhuis, dat men de verantwoordelijkheid neemt zowel in de ledenvergadering als bij het onthaal, de bar, de administratie of in het onderhoud (Den Teirling, 2006). Aan het onthaal ontvangt men de bezoeker, neemt men telefoons aan, noteert men de keuze voor activiteiten en regelt men betalingen. Hier wordt gewerkt in een ploeg met shiften: zo is het niet te zwaar en is er geregeld overleg met de hele groep.

De barman/vrouw is onmisbaar voor de drankbediening. Frisdrank, koffie, thee, een babbeltje: het kan allemaal bij de bar, waar men bedient, ontvangt, stock aanvult enz. Men kan er ook de muziekinstallatie bedienen. Hier werkt men in een shift en is er regelmatig overleg. Daarnaast is er ook wel wat licht administratief werk.

Een onderhoudsploegje ruimt dagelijks kopjes en asbakken op, vult zeep en handdoekjes aan en zet tweemaal per week vuilniszakken klaar.

Clubhuis wil ook zeggen samen plannen maken, overleggen, afspraken maken, problemen van de baan helpen. Elke maand gebeurt dit in de ledenvergadering waar heel wat punten ter sprake komen en ieders inbreng wenselijk is (VGC, 2007).

5.1.1 Ontstaan, ligging, contactgegevens en bereikbaarheid

Ontstaan

Den Teirling vzw is een Nederlandstalig initiatief dat zich richt tot personen met een psychische problematiek in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het Dac is in april 1998 gesticht door een samenwerkingsverband van partners in de GGZ: het CGGZ Brussel (toen nog 7 centra, nu in één fusie), de unicommunautaire Nederlandstalige IBW's (Nieuwe Thuis, Festina Lente en De Dessa,

Bereikbaarheid

Bus: 38, 60 (halte Malibran); 95, 96 (halte Blyckaerts); 71 (halte De Hennin)

Tram: 81, 82 (halte Flagey plein)

Metro: lijn 2 (halte Naamse Poort)

5.1.2 Bestuur en team

De raad van bestuur van Den Teirling is voornamelijk samengesteld uit acht vertegenwoordigers uit de GGZ: een vertegenwoordiger van IBW Nieuwe Thuis, IBW Festina Lente, PSC-Elsene Nachthospitaal, de PAAZ afdeling AZ VUB, Citizenne (vormingsinstelling), een expert van psychiatrisch ziekenhuis Sans Souci en twee vertegenwoordigers van CGGZ-Brussel.

In de algemene vergadering zetelen bovendien nog een vertegenwoordiger van de bezoekers van Den Teirling, van Uilenspiegel vzw (patiëntenorganisatie) en van CGG Antonin Artaud.

Het team dat instaat voor de dagelijkse begeleiding van de bezoekers bestaat uit 6 vaste medewerkers. Aanvullend is er onderhoudspersoneel (1) en begeleiding van het muziek- (2) en het kookatelier (1). De taak van de hulpverleners bestaat uit het begeleiden van de bezoekers en hen te ondersteunen in hun rehabilitatieproces. Hiertoe staat communicatie en het zoeken naar hun interesses en voorstellen doen rond mogelijke activiteiten centraal (Den Teirling, 2006).

5.1.3 Visie, doelstellingen en activiteiten aanbod

Visie

De visie van Den Teirling is onderbouwd door de rehabilitatiegedachte. Deze gaat ervan uit dat elke persoon recht op kansen en mogelijkheden heeft om zijn leven naar eigen wens in te richten en dit in het geheel van een sociale context.

Personen met beperkingen als gevolg van een psychiatrische ziekte kunnen werken aan 'herstel': dat wil zeggen dat ze functioneren volgens eigen mogelijkheden en hun rol als burger kunnen opnemen.

Den Teirling wil een ondersteunende rol innemen 'op maat' van elke persoon.

Men wil de bezoekers aanzetten om het leven meer in eigen hand te nemen, om gemakkelijker toegang te vinden in de sociale en culturele omgeving om naar buiten te komen, zonder gestigmatiseerd te worden.

Om dit te bereiken werkt men aan het toegankelijker maken van structuren van bvb. gemeenschapscentra, vormingen, culturele en artistieke evenementen (Den Teirling, 2006).

Doelstellingen

Den Teirling richt zich tot personen met een langdurige psychiatrische problematiek in Brussel die behoefte hebben aan ondersteuning voor het invullen van hun dag. Vaak kunnen deze personen niet terecht in bestaande opleiding- of tewerkstellingsinitiatieven. Ze integreren zich moeilijk in het sociale milieu en dreigen geïsoleerd te raken of door ziekteherval in opname te gaan.

Voor deze personen wil Den Teirling een laagdrempelige ontmoetingsplek aanbieden. Hieronder verstaat men vrij toegankelijk, geen financiële drempel en een plek waar mensen zich thuis voelen, erkenning en herkenning vinden.

Naast een ontmoetingsplek biedt Den Teirling een aanbod van dagactiviteiten die aansluiten bij het gewone leven. We zullen hier later verder op in gaan.

Ook biedt het Dac ondersteuning in een persoonlijk traject naar vorming, opleiding en eventuele tewerkstelling.

Door het activiteitenaanbod wil men stimulansen geven om zelfredzaamheid te bevorderen en motivatie te ontwikkelen om eigen keuzes te realiseren.

Deze doelstellingen realiseert Den Teirling met een team dat als 'begeleider' optreedt. De bezoekers worden uitgenodigd de rol van 'clublid' op te nemen en verantwoordelijkheden te delen in de diverse activiteiten die het Dac mogelijk maakt.

Overleg en motivatie zijn essentieel in het ontwikkelen van de activiteiten. Het is ook mogelijk minder actief te zijn en enkel voor ontmoeting langs te komen, wat voor sommigen reeds een activiteit op zich kan zijn (Den Teirling, 2006).

Activiteitenaanbod

Hieronder willen we een overzicht geven van het activiteitenaanbod van Den Teirling (Den Teirling, 2006). De activiteiten gaan door op vaste momenten. Op die manier wil men structuur aanbrengen in het leven van de bezoekers. Deze kunnen vrij deelnemen aan de activiteiten.

Kookatelier. Drie keer per week maken de bezoekers samen een maaltijd. Ze doen samen boodschappen, bereiden de maaltijd en doen de afwas.

Kruiden snuiven. Bezoekers verzorgen samen de planten en met de geogste kruiden worden koekjes en thee bereid.

Computerles. In de computerles krijgen bezoekers de kans om te leren surfen op het net. Basisbeginselen worden op een ontspannen manier aangeleerd, wat zelfvertrouwen geeft aan de cursist.

Sport. Bezoekers maken samen een maandkalender op zodat diverse sporten aan bod komen en op een ontspannen manier beoefend kunnen worden.

Muziekatelier. Hier krijgen de bezoekers de kans om enerzijds naar hartenlust te jammen, improviseren en experimenteren met allerlei ritmes, al dan niet met elektronische percussie en ritme-instrumenten. Anderzijds kan men het repertoire van de huisband, 'The Rolling Dice', bijschaven en vernieuwen.

Kunst en beeldend atelier. Dit atelier biedt de mogelijkheid om te tekenen, schilderen en te werken met klei. Verschillende kunstenaars van het atelier stellen hun werken ten toon.

Babbeluurtje. Hier krijgen de bezoekers de gelegenheid om samen actuele onderwerpen en/of problemen in de werking te bespreken.

Soms vinden er ook *tijdelijke workshops* plaats bvb. in het kader van het kunstatelier, een workshop textiel, schilderen op zijde, pottendraaien in klei, digitale fotografie, ... en kunnen er ook extra activiteiten gepland worden zoals deelnemen aan evenementen in de stad of gemeente, een vorming in groep, een daguitstap, ...

Of een aantal *projecten* zoals het project Digidice, dat de bezoekers de mogelijkheid biedt om digitaal om te gaan met muziek en beeld of het theaterproject waarin bezoekers onder begeleiding een scenario uitschrijven en uitvoeren op de planken.

Jaarlijks gaan de bezoekers van Den Teiriling ook steeds een week op *vakantie* met enkele begeleiders.

Naast dit rijk en divers aanbod wil Den Teiriling ook de mogelijkheid bieden om in te gaan op de behoefte van het moment bvb. naar de bibliotheek gaan, op de computer werken, tekenen, praten, een gezelschapsspel spelen, ...

5.2 Profiel van de bezoekers

Den Teiriling richt zich tot personen met een psychiatrische problematiek voor wie het leven niet zo evident is, omwille van hun psychisch lijden. Personen die het vanwege hun psychiatrische problematiek niet aankunnen in het gewone arbeids- of recreatieve circuit, die een invulling van de dag zoeken en graag eens andere mensen ontmoeten, kunnen er terecht. In het Dac wordt geen therapie gegeven, de mensen worden er dan ook niet gescreend op hun ziektebeeld.

We schetsen hieronder het profiel van de vaste bezoeker (Den Teiriling, 2005) en de nieuwe aanvragen (Den Teiriling, 2006). Op basis van een aantal kenmerken: geslacht, leeftijd, woonvorm en woonplaats gaan we na of de bezoeker van Den Teiriling een (a)typisch profiel heeft in vergelijking met de gemiddelde Dac-bezoeker. De woonplaats heeft geen invloed op het bepalen van het al dan niet typische Dac-profiel. We plaatsen het er wel graag bij omdat het hoort tot het profiel van de bezoeker van Den Teiriling en van belang is voor dit onderzoek.

5.2.1 Geslacht

Naar geslacht	Vaste bezoekers	Nieuwe aanvragen	Totaal
Mannen	28	34	62
Vrouwen	14	23	37

Tabel 1: geslacht

5.2.2 Leeftijd

Naar leeftijd	Nieuwe aanvragen
Tussen 20 - 30 jaar	7
Tussen 30 - 40 jaar	14
Tussen 40 - 50 jaar	17
Tussen 50 - 60 jaar	14
Tussen 60 - 70 jaar	5
Totaal	57

Tabel 2: leeftijd

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de leeftijd van de vaste bezoeker.

5.2.3 Woonvorm

Woonvorm	Vaste bezoekers	Nieuwe aanvragen
Alleen	12	17
Bij familie	8	13
BW Elsene	5	3
BW elders	10	7
Beschermd	2	/
Nachthospitaal Elsene	2	9
Nachthospitaal Wops	2	3
Opvangtehuis	/	1
PZ	/	3
RVT	1	1
Totaal	42	57

Tabel 3: woonvorm

5.2.4 Woonplaats

Woonplaats	Vaste bezoekers	Nieuwe aanvragen
Anderlecht	10	7
Brussel	/	2
Elsene	9	13
Etterbeek	2	3
Evere	3	1
Ganshoren	2	/
Jette	1	/

Laken	2	6
Molenbeek	/	4
Neder over Heembeek	/	1
Schaarbeek	2	3
Sint-Gillis	2	2
Ukkel	2	4
Sint-Lambrechts-Woluwe	/	3
Watermaal-Bosvoorde	1	1
Rand Brussel	6	7
Totaal	42	57

Tabel 4: woonplaats

5.2.5 Conclusie

Uit tabel 1, 2 en 3 kunnen we afleiden dat Den Teirling meer door mannen dan door vrouwen wordt bezocht, dat de meerderheid van de bezoekers alleen woont en gemiddeld tussen 40 en 50 jaar is. Deze gegevens komen overeen met het eerder beschreven profiel van de Dac-bezoeker (cfr. hoofdstuk 3).

De Dac-bezoeker zoals blijkt uit hoofdstuk 3 heeft daarbovenop ook een intensief GGZ-verleden en een uitgebreide psychiatrische achtergrond. Dit kunnen we niet direct uit de gegevens hierboven afleiden, wel kunnen we dit veronderstellen op basis van tabel 3. De meeste bezoekers wonen immers in een voorziening van de GGZ, mogelijk wijst dit op een psychiatrische achtergrond en/of een intensief GGZ-verleden.

Hoewel we met deze laatste veronderstelling in alle voorzichtigheid dienen om te gaan kunnen we sterk vermoeden dat het profiel van de gemiddelde bezoeker van Den Teirling typisch is. Dit blijkt immers uit de gelijkenissen met het profiel van de Dac-bezoeker die we eerder beschreven in hoofdstuk 3 (cfr. Ketelaars et al., 2001).

5.3 Het Dac Den Teirling als partner in netwerkvorming

Hieronder bieden we een overzicht van projecten waar Den Teirling mee in participeert. In eerste instantie gaat het om initiatieven binnen de werking van Den Teirling. Vervolgens gaat het om initiatieven in de GGZ, met name projecten psychiatrische thuiszorg en de zeer recente therapeutische projecten. Anderzijds projecten over de grenzen van de GGZ heen, zoals het project activering. Zoals eerder al uit onderzoek bleek (cfr. hoofdstuk 4), zijn de cross-overnetwerken redelijk beperkt en weinig intensief, voor het Dac Den Teirling is dit niet anders.

5.3.1 Netwerkvorming in de werking van Den Teirling

Op gemeentelijk vlak werkt Den Teirling nauw samen met gemeenschapscentrum Elzenhof in Elsene. Concreet realiseert Den Teirling samen met hen artistieke activiteiten in het kader van de week van de amateurkunsten en bij gelegenheid werkt ze mee aan initiatieven van het gemeenschapscentrum zelf.

Door de gemeente Elsene zelf wordt het Dac erkend en gesteund als vereniging en neemt men actief deel aan evenementen zoals het Vlaams feest in juli.

In 2007 loopt een artistiek project in samenwerking met Psychiatrisch VerzorgingsTehuis (PVT) Sanatia (een bicommunautaire instelling, in dezelfde wijk gelegen als Den Teirling). Het wordt een ruimer buurtgebonden evenement met tentoonstellingsmoment, waarbij artiesten uit de buurt uitgenodigd zijn.

Op regionaal vlak werkt Den Teirling samen met RHOK, academie voor beeldende kunsten te Etterbeek. Er zijn contacten in functie van laagdrempelig maken van deze opleidingen voor bezoekers van Den Teirling. Ook werkt Den Teirling samen met de vormingsinstelling Citizenne. Enerzijds realiseert men vorming op maat voor personen met een psychiatrische problematiek. Anderzijds doet Citizenne een beroep op de infrastructuur van Den Teirling om haar aanbod laagdrempelig te maken. Tot slot werkt Den Teirling op dit niveau nog twee maal per jaar samen met enkele welzijnsorganisaties voor het organiseren van een fuif.

Op Vlaams niveau heeft Den Teirling contacten met atelierwerkingen en de galerij Art en Marge te Brussel. In 2006 waren er twee overlegmomenten om te zoeken naar een mogelijk platform voor de kunstatelierwerkingen en erkenning binnen het kunstendecreet van de Vlaamse Gemeenschap in 2006. Voor 2006 is Den Teirling erkend als participatieproject door het ministerie van Cultuur van de Vlaamse gemeenschap.

5.3.2 Netwerkvorming binnen de GGZ

Den Teirling werkt samen met IBW's en een CGGZ. Veelal bestaat die samenwerking uit het ter beschikking stellen van personeel. Ook het nachthospitaal en de PAAZ afdeling zijn belangrijk te vermelden als verwijzende instantie naar Den Teirling.

Met deze en andere instanties zit Den Teirling in samenwerkingsverbanden zoals projecten psychiatrische thuiszorg en Lila, we bespreken ze hieronder.

Projecten psychiatrische thuiszorg 'Lila' en 'Psycot'

Lila. Begin 2001 werd het federaal project psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie goedgekeurd. De initiatiefnemer van het project is een samenwerkingsverband tussen alle Brusselse unicommunautaire Nederlandstalige voorzieningen in de GGZ (IBW, ziekenhuizen, Dac Den teirling en het CGGZ), de Brusselse huisartsenkringen en het Brussels Overleg Thuiszorg (BOT).

Lila heeft tot doel mensen met een chronische psychiatrische problematiek op een zo kwaliteitsvolle wijze in hun vertrouwde omgeving te laten leven, hulpverleners hierbij te ondersteunen, te coachen, adviseren en informeren en de eerstelijns hulpverlening te sensibiliseren. Op vraag van de thuiszorg start men een netwerk op van hulpverleners rond de patiënt. Hierbij staat zowel het begeleiden van de patiënt als het ondersteunen van de hulpverlener centraal. De kwaliteit van het zorgaanbod verbeteren door samenwerking, coördinatie en vorming en hierdoor inzicht krijgen in de complementariteit en de win-win situatie die sectoroverschrijdend samenwerken met zich meebrengt.

Het opbouwen van know-how vanuit het terrein m.b.t. sectoroverschrijdend samenwerken rond een concreet dossier. Door het aanbieden van naadloze zorg meewerken aan de ontschotting tussen ambulante en residentiële hulpverlening in de GGZ, tussen GGZ en belendende sectoren (welzijn, lichamelijke gezondheidszorg, arbeid, justitie, cultuur enz.)

De genoemde doelstellingen tracht Lila met de methodiek van het casemanagement te realiseren. Hierbij organiseert men een samenhangend hulppakket/zorgenplan bij een (meestal) complexe hulpvraag van een patiënt, met als doel het coördineren en het afstemmen van de hulp door verschillende disciplines en/of voorzieningen en/of netwerk(en) én het garanderen van de continuïteit van de hulp. Verder staat de methodiek van het ondersteunen, sensibiliseren, adviseren en informeren van hulpverleners centraal (Therapeutische projecten, 2006).

Na drie jaar verlenging van het pilootproject kondigde Federaal minister Rudy Demotte ook de verlenging aan voor het jaar 2007 (Demotte, 2007).

Psycot. Het project 'Psycot' is net als Lila een project voor psychiatrische thuiszorg. Toch verschilt het van deze laatste in die zin dat Psycot een bicommunautair project is. Het initiatief gaat uit van de Coördinatie voor beschut wonen Brussel-Centrum en is onderschreven door diverse voorzieningen waaronder langs Nederlandstalige zijde het B.O.T. Psycot wil de (kwaliteit van de) thuiszorg voor volwassenen met een chronische psychiatrische problematiek bevorderen door de coördinatiefunctie tussen minimum drie betrokken hulpverleners op te nemen (BWR, 2005).

Den Teirling is hierin geen partner, maar kan wel beroep doen op deze zorgfunctie, als dit zich zou voordoen rond een bezoeker.

Therapeutische projecten, het project 'Hermes'

Therapeutische projecten. Voor de omschrijving van de therapeutische projecten baseren we ons op de Beleidsnota inzake GGZ (Demotte, 2005) en de nota therapeutische projecten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) 2006.

Met de therapeutische projecten, zoals binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid in 2004 overeengekomen, wil men op termijn komen tot een uitbreiding en betere organisatie van het zorgaanbod in de GGZ.

In dit zorgaanbod staan de noden van de patiënt centraal. Daarbij dient te worden uitgegaan van bevolkingsgroepen gebaseerd op leeftijd en de daarmee samenhangende sociologische kenmerken. Voor elke doelgroep dient een specifiek aanbod of zorgcircuit te worden uitgetekend. Op organisatorisch vlak dient zich dit te vertalen in een netwerk tussen alle betrokken zorgaanbieders.

Belangrijk is dat het binnen elke doelgroep moet gaan om patiënten met een chronische en complexe problematiek. Bij deze is de waarschijnlijkheid om verscheidene actoren te moeten ontmoeten groot. Het is bijgevolg interessant het overleg tussen die actoren te stimuleren om een goede zorgcontinuïteit te waarborgen.

Een eerste stap om te komen tot zorgcircuits en netwerken is het uitbouwen van een overlegfunctie, enerzijds tussen de zorgaanbieders op het niveau van een doelgroep (patiënt) - 'het overleg rond de patiënt' - en anderzijds op het niveau van het netwerk – 'het transversaal overleg'.

Om op langere termijn structurele vorm te geven aan het 'overleg rond de patiënt' wordt in het kader van de therapeutische projecten verwacht dat men overleg organiseert en/of coördineert rond de patiënt binnen een patiëntendoelgroep. Dit zou moeten leiden tot 'verzorging op maat' en het ondermeer mogelijk maken dat de patiënt vanuit een verblijfsstructuur in de GGZ kan terugkeren naar de maatschappij of beter nog, dat een opname kan worden vermeden.

Dit overleg moet zich inschrijven in een functionele samenwerking, waarbij zowel de 'raakvlakken' als de 'ontbrekende schakels' tussen de acties van de zorgverleners worden gedefinieerd. Dit moet leiden tot een optimale continuïteit van verzorging die rekening houdt met de complementariteit van de 'aanwezige' actoren, maar ook met de complementariteit van de actoren die in gevolge het overleg betrokken moeten worden in de verzorging van de patiënt.

Het overleg rond de patiënt moet kaderen in een ruimer perspectief van overleg om zo te komen tot een coherent beleid inzake de organisatie en/of coördinatie van zorgcircuits. Hierbij spreekt men van 'transversaal overleg'. De bedoeling is op korte termijn een overleg tot stand te brengen tussen therapeutische projecten binnen éénzelfde doelgroep, om op die manier op termijn te komen tot een structureel voorstel van zorgcircuit en netwerk.

Aangezien het overleg rond de patiënt zich situeert rond de zorg die de patiënt krijgt, wordt hiervoor een budget vrijgemaakt op niveau van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (RIZIV). Het transversaal overleg beoogt veeleer aspecten op vlak van de volksgezondheid: gegevensinzameling, organisatie van zorg, zorginhoud en op termijn het uitwerken van richtlijnen, normen en financiering; daartoe wordt een budget vrijgemaakt op niveau van de Federale OverheidsDienst (FOD) Volksgezondheid.

Den Teirling is partner in een therapeutisch project van Nederlandstalige voorzieningen met als doelgroep personen met complexe en een langdurige psychiatrische problematiek. Het project 'Hermes' is hier een voorbeeld van.

Het project 'Hermes'. In het kader van de therapeutische projecten maakt Den Teirling deel uit van het project 'Hermes'. Naast Den Teirling stappen ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, CGGZ, projecten psychiatrische thuiszorg, IBW's, ... gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, mee in het project. 'Hermes' richt zich tot 18 tot 65-jarigen met een psychotische stoornis en stoornissen in het humeur. Het betreft patiënten zonder of met een beperkt sociaal netwerk.

In het project beoogt men het problematisch verwijzingsproces tussen instellingen waardoor cliënten 'verdwijnen uit de hulpverlening', te vermijden. Het gebeurt dat cliënten zich - buiten hun wil en de wil van de hulpverleners - plots onvoorbereid thuis bevinden, tijdelijk worden opgevangen

in de onthaalsector, terecht komen in structuren die onvoldoende ingericht zijn voor het huisvesten van personen met psychiatrische moeilijkheden of onderdak vinden bij vrienden of familie, ... Dikwijls heeft dit proces ook als gevolg dat de hulpverlening niet, onduidelijk en beperkt is georganiseerd, of faalt.

Vaak vormt dit verstoord proces de aanzet tot een nieuwe hulpvraag bij andere zorgvoorzieningen of hulpverleners. Dit leidt dikwijls onnodig tot een herhaling van het vorige hulpverleningsproces. Dit wil men vermijden door 'een instrument van overleg' te organiseren dat de cliënt tijdens deze 'overgangsfase' kan opvolgen. Het project situeert zich in deze 'overgangsfase' die de cliënt en zijn hulpverleners doormaken.

Heel concreet wordt voor cliënten die tot de doelgroep van het project behoren telkens een netwerk van hulpverleners georganiseerd dat aansluit bij de realiteit van de cliënt. Hiervoor wordt gerefereerd naar de locatie, de taal, de hulpverleningsvraag, het hulpverleningsaanbod, ... Op deze wijze zullen netwerken van hulpverleners ontstaan die onderling van cliënt tot cliënt verschillen.

Door gebruik te maken van 'een instrument van overleg' wil men een vergelijkbare tot identieke methode van werken ontwikkelen voor elke cliënt (Hoe kom je erin? Hoe wordt het overleg georganiseerd? Wie is aanwezig? Hoe wordt gerapporteerd? Hoe wordt opgevolgd? Wat en hoe wordt geëvalueerd? ...). Niet tegenstaande dat het netwerk van cliënt X zal verschillen van het netwerk van cliënt Y.

Deze werkwijze moet leiden tot een circuit dat open is, dat zich niet beperkt tot de hulpverleners die er bij aanvang deel van uitmaakten. De deelnemende partners engageren er zich toe het project te formuleren, te formaliseren, te ontwikkelen en administratief en financieel op te volgen (Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad vzw, 2007).

Het project Hermes is heel recent goedgekeurd. Een evaluatie wordt verwacht na de driejarige overeenkomst, vermoedelijk in het jaar 2010.

5.3.3 Netwerkvorming over de grenzen heen

Pilootproject activering

Het pilootproject activering had als voornaamste doelstelling de deelnemers te ondersteunen bij het zoeken naar gepast werk of opleiding binnen het regulier circuit en dit met als doel sociale reïntegratie te bevorderen (Demotte, 2005). Hiertoe konden 19 organisaties/instellingen, waaronder Den Teirling sedert 2001, rekenen op Federale middelen om dit te realiseren.

Eén van de vooropgestelde objectieven om deze doelstelling te bereiken bestond in het creëren van netwerken en onderhouden met partners in de Brusselse GGZ-voorzieningen en partners in vorming- en tewerkstellingsinitiatieven evenals met mogelijke werkgevers, teneinde continuerende en opstartende individuele trajecten te garanderen (Den Teirling, 2004). Den Teirling onderhield enerzijds cliëntgebonden contacten. Dit zijn hulpbronnen in het maatschappelijk steunsysteem van een bezoeker. CGGZ, project psychiatrische thuiszorg Lila, ... maken hier o.a. deel van uit. Anderzijds onderhield men contacten met partners in tewerkstelling en vorming zoals bvb. CAD De Werklijn, De Werkwinkel Elsene, Het Punt vzw, Atelier Groot Eiland, De Link, Centrum voor Basiseducatie Brusselseer, ...

In het Jaarverslag van het Pilotproject Activering (2004) erkent Den Teirling dat netwerkvorming zich zowel kwantitatief als kwalitatief ontwikkelde. Hierdoor stegen de mogelijkheden op herintegratie van mensen met een psychiatrische problematiek. Meer nog door de netwerkontwikkeling werd de problematiek, eigen aan de doelgroep, bekender bij mogelijke werkgevers of vormingsinstanties en socio-culturele verenigingen. Toch stelt Den Teirling dat er heel wat werk aan de winkel is om het nodige begrip te vinden bij deze instanties en stigmatisering weg te werken.

Toen uit de praktijk echter bleek dat de deelnemers aan het pilotproject vooral de nadruk hebben gelegd op vrijetijdsbesteding in plaats van het vooropgestelde werk of opleidingscomponent van de activeringsfunctie uit te bouwen, heeft men in 2005 beslist de pilotprojecten activering stop te zetten (Demotte, 2005).

Bijgevolg worden Dac's nog steeds niet erkend. IBW's krijgen de opdracht om met bijkomend personeel via het sociaal akkoord personen van de doelgroep in en buiten het eigen BW te activeren. De Vlaamse minister verwacht daarbovenop dat de IBW's een intentieverklaring indienen om een zorgfunctie activering met partners in de regio te realiseren. Den Teirling stapt mee in de intentieverklaring betreffende een zorgfunctie activering in Brussel met de partners: IBW Nieuwe thuis, IBW Antonin Artaud, IBW Festina Lente. Deze partners stellen hun bijkomend personeel, een halftijdse functie per BW ter beschikking van Den Teirling voor uitvoering van de activering. De samenwerking met Den Teirling past in de ruime en specifieke opdracht om activiteiten voor de bewoners mogelijk te maken in het kader van een betere maatschappelijke integratie, naar eigen wensen en mogelijkheden (Den Teirling, 2006).

Deel II Empirisch onderzoek

1 Probleemstelling, doelstelling en onderzoeksvragen

Dit onderzoek werd uitgevoerd op vraag van het Dac Den Teirling, waarvan we de werking in het vorige deel reeds uitvoerig bespraken.

Samen met Professor Dr. F. Louckx, Ils De Bal van de Wetenschapswinkel en Marijke Bosserez van het Dac Den Teirling werd de probleemstelling duidelijk geschetst en de onderzoeksvraag afgebakend.

De probleemstelling kan gelinkt worden aan het eerder beschreven profiel van de bezoekers van Den Teirling. Hieruit bleek dat er elk jaar ongeveer 50 nieuwe aanvragen zijn voor dagbesteding. Daarvan blijven er na het eerste kennismakingsgesprek ongeveer 20 regelmatig komen voor activiteiten en ontmoeting. Op jaarbasis is er een gemiddelde deelname van 17 bezoekers per dag. Per maand ziet Den Teirling het aantal schommelen tussen 300 en 400 bezoekers. Er is een vaste groep regelmatige bezoekers over de jaren heen van ongeveer 60 personen. Daarvan komen er een tiental uit de onmiddellijke omgeving, Elsene. De overigen komen uit gans Brussel, voor zover zij zich zelfstandig weten te verplaatsen. Vooral in de woonregio noordwest Brussel (cfr. tabel 4), blijkt er een vraag naar ontmoeting- en activiteitenmogelijkheid te zijn. De afstand vormt echter een knelpunt waardoor personen met een psychiatrische problematiek niet bereikt worden of afhaken.

Netwerkvorming tussen verschillende organisaties die openstaan voor het werken met mensen met een psychiatrische problematiek kan de bezoeker bredere perspectieven bieden. Op lokaal vlak heeft den Teirling dit al voor een deel gerealiseerd. Zó werkt het Dac nauw samen met het gemeenschapscentrum Elzenhof en de gemeente Elsene. Door dit samenwerkingsverband beoogt men de bezoekers van Den Teirling hun positie als volwaardige burgers in de maatschappij te versterken. Contacten die via Den Teirling op lokaal vlak gelegd worden, door deelname aan evenementen, cursussen, enz. helpen de drempel verlagen voor bezoekers van het Dac en maken bestaande structuren toegankelijker.

Den Teirling wil door deze samenwerking de integratie bevorderen maar beseft dat deze integratie zich nu eerder op lokaal vlak in Elsene afspeelt. Het probleem voor de doelgroep is de bereikbaarheid en de behoefte om in eigen woonplaats dagbesteding te vinden. Hiertoe wil Den Teirling samenwerkingsverbanden aangaan met andere organisaties in de woonregio opdat zó elke bezoeker optimale kansen krijgt en ook beroep kan doen op een aangepast aanbod op maat. Den Teirling wil door ondersteuning van de doelgroep het bestaande aanbod in de woonplaats van de bezoeker toegankelijker maken of voor de bezoeker de weg ernaartoe mogelijk maken. Ook ontmoetingsgelegenheid creëren is een belangrijk element daarin.

De vraag die zich stelt is: wat zijn mogelijke netwerkscenario's voor een Dac dat zich richt tot personen met een psychiatrische problematiek opdat in heel het Bussels Hoofdstedelijk Gewest een aanbod van dagbesteding op maat van deze personen kan gerealiseerd worden? Hiertoe dienen we de vraag naar aanbod, alsook het bestaande dagactiviteitenaanbod in Brussel, in kaart te brengen. Om dit geheel specifieker te maken gaan we ook even verder in op onze case Den Teirling.

In het kader van de vermaatschappelijking zijn we benieuwd in welke mate organisaties personen met een psychiatrische problematiek bereiken en in hoeverre visie en doelstellingen van de organisaties overeenkomen met deze van een Dac. Vervolgens gaan we na waarom men een netwerk wil vormen met een Dac, welke netwerkpartners deel dienen uit te maken van het netwerk en hoe die netwerking concreet gerealiseerd kan worden.

Ten slotte staan we even stil bij de toegankelijkheid van organisaties en peilen we naar coördinatiemogelijkheden en eventuele financieringskanalen. Gezien de beperkte financiële middelen die voorhanden zijn, gaan we na of uitbreiding en verbreding van de activiteiten van Den Teirling haalbaar is. Momenteel worden Dac's in Vlaanderen, Brussel en Wallonië niet erkend door de overheid. Den Teirling kan wel rekenen op een jaarlijkse subsidie van de Vlaamse GemeenschapsCommissie (VGC), tewerkstelling via de Brusselse Gewestelijke Dienst Arbeidsbemiddeling (BGDA) en gemeentelijke toelagen in Elsene. Ook de partnerorganisaties binnen het samenwerkingsverband dragen bij door personeel ter beschikking te stellen.

2 Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk baseren we ons op het Basisboek Kwalitatief Onderzoek (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005).

2.1 Onderzoekspopulatie

Om een antwoord te vinden op onze gestelde onderzoeksvragen kozen we voor het bevragen van enerzijds hulpverleners, waarvan we met zekerheid weten dat ze met de doelgroep te maken hebben en vragende partij zijn, zoals GGZ voorzieningen.

Anderzijds kozen we ervoor hulpverleners en contactpersonen op te zoeken, waarvan we weten dat ze ook met de doelgroep in aanraking komen, maar het aanbod van Den Teirling niet echt kennen en dus geen vraag kunnen hebben, zoals socio-culturele organisaties en vorming-, opleiding-, en tewerkstellingsinitiatieven.

Bij het selecteren van de organisaties maakten we gebruik van enkele criteria. In eerste instantie vestigden we onze aandacht op organisaties gelegen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Ten tweede wilden we organisaties gelegen in de regio die minder bediend werd door de huidige werking omwille van afstand en bereikbaarheid betrekken in het onderzoek. Als laatste sprak het voor zich om ons te richten op organisaties die Nederlandstalige cliënten bereiken.

2.2 Onderzoeksmethode

Op basis van een aantal bronnen zoals het Brussels zakboekje en de sociale kaart van de Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad (BWR) maakten we een lijst op van organisaties die voldeden aan de voorvernoemde selectievoorwaarden. Oorspronkelijk kregen we een ellenlange lijst van organisaties die we konden onderbrengen in drie categorieën namelijk organisaties in de GGZ, socio-culturele voorzieningen en vorming, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven.

Vervolgens trokken we hieruit een ad random steekproef van 19 organisaties¹ waarbij we zoveel mogelijk streefden naar een representatief aantal organisaties per categorie. Er werden acht diepte-interviews afgenomen in de GGZ (IBW's, nachthospitaal, projecten psychiatrische thuiszorg, CGGZ) waarvan één met een huisarts, vijf in de socio-culturele voorzieningen (gemeenschapscentra, ontmoetingsgroep van het Centra Algemeen Welzijn (CAW), dienstencentra) en zes in de vorming, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven. De laatste twee categorieën worden in het onderzoek waar nodig, samengebracht onder de noemer maatschappelijke voorzieningen.

Op basis van kwalitatieve semi-gestructureerde vragenlijsten² werden de organisaties mondeling bevraagd. Een interview duurde gemiddeld één uur.

¹ Deze 19 organisaties werden elektronisch gecontacteerd. U kan de brief terugvinden in de bijlage.

² Deze vragenlijst kan u terugvinden in de bijlage.

Daar de vraag naar mogelijke netwerkscenario's met een Dac uniek is, beschikken we over weinig voorkennis over het onderwerp, hierdoor zullen we exploratief te werk gaan. Aan het einde van het onderzoek verwachten we niet dat er een sluitend antwoord geformuleerd kan worden op de onderzoeksvraag. Wel hopen we een oriënterend besluit te kunnen bieden, eventueel aangevuld met suggesties voor verder onderzoek. Verder willen we de respondenten aanzetten om na te denken over hun organisatiecultuur en werking.

Tot slot willen we, zoals op vraag van enkele respondenten, de anonimiteit van de onderzoeksgegevens bewaren. Hierdoor zullen we sommige zaken anoniemer weergegeven dan werkelijk het geval was en zullen we in de onderzoeksanalyse enkel spreken van respondent (1) en (2), ...

2.3 Verwerking van de gegevens

De gesprekken werden geregistreerd met een digitale recorder en verwerkt met ATLAS Ti 5.0, een softwarepakket voor kwalitatief onderzoek.

Dit programma biedt de mogelijkheid de tekst onder te verdelen in tekstfragmenten, die telkens informatie geven over één onderwerp. Hierdoor konden we de relevante van de niet-relevante informatie onderscheiden en werd info die niet gerelateerd kon worden aan de probleemstelling geschrapt. Vervolgens werden geselecteerde tekstfragmenten samengevat in één of enkele kernwoorden, die kenmerkend zijn voor het tekstfragment.

Omwille van de verscheidenheid in antwoorden, werden volgende vragen als leidraad gebruikt voor de weergave en interpretatie:

- Welke zijn vaak voorkomende elementen? Welke antwoorden worden herhaald?
- Zijn er tegenstrijdige elementen?
- Zijn er uitzonderlijke antwoorden?
- Zijn er opvallende verschillen of gelijkenissen in de antwoorden van de respondenten (binnen de GGZ of de socio-culturele voorzieningen of vorming-, opleiding en tewerkstellingsinitiatieven)?

Hierbij dienen we op te merken dat we bij de weergave van de onderzoeksresultaten zo min mogelijk wensen te werken in categorieën maar waar het relevant blijkt, voelen we ons genoodzaakt om dit te doen.

2.4 Validiteit

Hoewel de antwoorden niet controleerbaar zijn maar de interviews in een vertrouwelijke omgeving werden afgenomen, de respondenten steeds over dezelfde info beschikten, de garantie op anonimiteit gegarandeerd werd en de interviews letterlijk werden uitgetypt³, kunnen we aannemen dat de interne validiteit en dus, de betrouwbaarheid van de verkregen informatie relatief groot is.

Mogelijk zouden de verkregen resultaten ook extern valide zijn en dus geldig zijn in een andere regio dan Brussel, maar dit is niet zeker. Om de externe validiteit te bewerkstelligen, beslisten we in de vraagstelling nooit over Den Teirling te spreken, maar te veralgemenen naar 'Dac'. Hierbij valt op te merken dat de meeste organisaties wanneer ze spreken over hun Nederlandstalige

³ Indien u de volledige interviews wenst in te kijken, kan u altijd contact opnemen; hierbij zal ook de anonimiteit gerespecteerd worden.

cliënten, Den Teirling aanhalen. Dit is te begrijpen als je weet dat dit het enige Nederlandstalige initiatief in Brussel is. We zullen het dan ook niet laten om hier in hoofdstuk 5 wat dieper op in te gaan.

Ook de complexe Brusselse situatie en het feit dat elk Dac zijn eigen accenten legt, maakt het onderzoek wellicht wat beperkt om de externe validiteit te garanderen. Er dient dan ook in alle voorzichtigheid met de veralgemening van de resultaten te worden omgesprongen.

3 Vraag naar aanbod van dagactiviteit

In dit eerste onderzoeksdeel willen we de vraag naar aanbod van dagactiviteit schetsen. Deze blijkt uit de interesse in het aanbod van een Dac en uit de werkelijke doorstroom naar een Dac.

3.1 Interesse

De meeste organisaties tonen interesse in het aanbod van een Dac.

Eenzijds stellen respondenten de cliënt hierbij centraal, ze willen immers tegemoet komen aan datgene wat de cliënt nodig heeft en zullen hiertoe meestal doorverwijzen. We komen hier uitgebreid op terug in de volgende paragraaf.

Eén organisatie geeft echter aan binnen de werking zelf maandelijks een activiteit te organiseren, hoewel dit niet direct behoort tot hun doelstellingen, bleek hier toch een grote interesse voor te zijn.

"We proberen nu al één activiteit per maand, een etentje meestal. Maar we hebben ook al andere dingen gedaan. Met kerst en Nieuwjaar zijn we ook naar de film geweest met de bewoners, in de zomer daguitstapjes, een boottocht. We doen het ook voor de bewoners, wat je merkt is dat ze er helemaal naar uitkijken om samen iets te doen: een etentje, samen op stap gaan. Naar een activiteit van Den Teirling, dat kan het ook zijn. Ze kijken er echt naar uit. Moest het van hen afhangen zou een activiteit één keer in de week of zelfs elke dag plaatsvinden." (1)

Anderzijds vloeit de interesse voort uit de vraag van mantelzorgers die ten einde raad zijn.

"We zitten vaak met de vraag van familie wat moet er met die gebeuren." (8)

Enkele respondenten stellen minder geïnteresseerd te zijn in het ontmoetingsaanbod omdat zij meer het accent op arbeid leggen. Werkgerichte activiteiten of activiteiten in het kader van arbeidszorg⁴ lijken hen meer te interesseren.

"Als het in het kader van arbeidszorg is, dan is die interesse er wel... Ik bedoel eigenlijk sociale werkplaatsen ..., daar kunnen ze onbetaald gaan werken en daar zit al meer structuur bij. Bij dagbesteding is er ook structuur maar het is eerder vrijblijvend. Terwijl we bij arbeidszorg meer nood hebben aan structuur, afspraken nakomen, daar ook op aanwezig zijn om nadien de stap te zetten naar betaald werk." (17)

Deze organisaties geven wel aan dat het Dac eventueel een opstap kan betekenen naar hun organisatie indien de persoon voldoende gestabiliseerd is. We komen hier later op terug (cfr.9.2).

3.2 Doorstroom

Alle GGZ voorzieningen geven aan ooit te hebben doorverwezen naar een Dac. Momenteel zijn er vijf van de zeven GGZ voorzieningen die één of meerdere cliënten hebben, die naar een Dac gaan. De redenen waarom mensen niet doorstromen, terwijl het volgens de hulpverleners wel wenselijk is, zijn zeer verschillend.

⁴ Een andere respondent (15) definieerde dit als een vervangende activiteit aanbieden aan mensen die niet of niet meer klaar zijn voor de arbeidsmarkt. "Wat dat voor mensen belangrijk is, is dat het een economische activiteit is. We werken hier voor klanten, dat is voor de mensen hier heel belangrijk. Wat zij maken of leveren aan dienst is iets dat een waarde heeft in de maatschappij en iets wat een economische waarde heeft."

Buiten het feit dat men een andere dagbesteding (bvb. werken, studeren, sport, vrijwilligerswerk) heeft gevonden of geen Nederlands spreekt, geven vier respondenten aan dat er een stigmatiserende sfeer hangt rond een Dac, waardoor de doorstroom bemoeilijkt wordt.

"Mensen zijn ook niet altijd even fier dat ze naar een Dac gaan. Het zorgt voor een bepaalde gêne bij een aantal mensen." (2)

Ten tweede weerhoudt de afstand naar het Dac personen om er naar toe te gaan. We komen hier later op terug.

Vervolgens erkend men verschillen tussen hulpverleners. Men geeft aan vanuit de sociale psychiatrie eerder door te verwijzen dan vanuit therapie. De reden hiervoor is dat therapeuten een andere doelgroep bereiken, die sociaal sterker staat. Een ander verschil tussen hulpverleners is dat bvb. huisartsen de werking van een Dac moeilijk kunnen uitleggen.

"De kennis van die Dac's is te beperkt, vind ik. Dat beperkt ook mijn doorverwijsmogelijkheden, je aarzelt veel langer, je kunt niet duidelijk voorstellen aan de patiënten wat het juist is, je bent beperkt, absoluut... Bvb. In mijn opleiding, misschien is het nu aan het veranderen, ben ik zelfs nooit in een Dac geweest, ik weet niet of ze bestonden in de jaren 70, ik ben er nooit mee in contact gekomen. Het is iets wat ik gaande weg ontdekt heb, maar waarvan ik eigenlijk de mogelijkheden niet genoeg ken... Als je elkaar in theorie kent, als je nooit gezien hebt hoe de andere werkt en hoe de andere de problematiek ziet, dan heb je het des te moeilijker om te verwijzen." (8)

Deze respondent doet eveneens een voorstel om dit probleem op te lossen binnen de stages en de navorming.

"Dit probleem kan volgens mij opgelost worden door het in de opleiding te integreren. De jongeren, toch van Leuven hebben nu een week, toch zeker tien dagen waar ze in allerlei plaatsen komen bvb. bij kind en gezin, in een dagcentrum, in CGGZ, in verpleging, kine. Zodat wat ze noemen de netwerkstage, de kennismaking met de eerste lijn, met al de mogelijkheden die er zijn, dat ze dit gewoon kunnen meemaken is het eerste denk ik,... Het levendig laten zien, is toch wel een verschil met het uitleggen. Dus dat binnen de stages en dan misschien dat er momenten zouden moeten zijn binnen onze navorming van de artsen waar een aantal centra zich zouden kunnen komen voorstellen, dat denk ik wel. Verschillende organisaties die patiënten van ons kunnen opvangen, die zich is komen voorstellen. Als je zegt wij nodigen u uit met een groep artsen, ik denk dat dat de enige methode is. Dus dat is zo gebeurd. Dat zie ik als een mogelijkheid, ik zou dat ook kunnen voorstellen binnen onze Lok, het lokaal overleg van de huisartsenkring, dat je zo eens zou kunnen gaan kijken wat er gebeurt." (8)

Ten vierde geeft een respondent aan dat er een culturele drempel heerst.

"Ik heb vooral jonge patiënten die met een psychotische problematiek zitten bvb. schizofrenie en die ik dus vanuit een andere cultuur, dus de Noord-Afrikaanse of de Turkse moeilijker dan de Europese naar een activiteitencentra kan krijgen. Ik heb bvb. een aantal Italianen die er naar toe gaan zonder teveel problemen en ook een Griekse die ik naar l'équipe, bedoel ik, gestuurd heb. De Noord-Afrikanen hebben wat meer moeilijkheden omdat ze misschien onvoldoende aangepast zijn aan dat type cultuur. De reden waarom ik ze er moeilijk naar toe krijg is omdat ze vinden dat praatgroepen en activiteiten als boetseren, met kleuren werken niets voor hen is. De patiënten die ik tot nu toe heb gehad, hebben het er moeilijk mee om zich hier in te passen... Bij Marokkanen blijven die dan thuis, ze helpen wat in het huishouden, maar er komt zeer weinig de vraag. Er zijn een aantal van die mensen die niet genoeg aangepast zijn om in de beschermde werkplaats te werken. Je kan dan zeggen, een Dac waarom niet? Maar dan heb ik de ervaring dat dat voor hen een hele stap is en dat wij dat ook slecht kunnen uitleggen." (8)

Ten slotte is de doorstroom afhankelijk van individu tot individu en van periode tot periode. Hierbij verwijst men naar het dagactiviteitsaanbod op een bepaald moment. Zó wenst men bvb. enkel mee op vakantie te gaan met Den Teirling.

Het aantal voorzieningen buiten de GGZ die ooit hebben doorverwezen naar een Dac zijn evenredig aan diegene die nog nooit hebben doorverwezen. Waarom deze laatste nog nooit hebben doorverwezen, heeft veelal te maken met het feit dat dit hun 'taak' niet is. Wanneer het echter noodzakelijk blijkt, zijn zij wel bereid door te verwijzen naar eerstelijnsdiensten (OCMW, CGGZ) of een Dac. Het Brussels zakboekje blijkt hiertoe een handig instrument te zijn. Toch wijst een respondent op belangrijke tekortkomingen van dit instrument.

"Er zijn nog enorme gaten zelfs als je het Brussels zakboekje neemt, Dac l'équipe zal er niet instaan. Dat vind ik al spijtig dat die Franstalige, dat zelfs sommige bicommunautaire er niet instaan. De Herfstzon en Den Teirling staan er wel in, zie je dat is echt spijtig. Als we le guide social zouden nemen, wat de Franstaligen gebruiken, daar staan alle organisaties in." (8)

4 Het aanbod van dagactiviteit in Brussel

Het Dac-aanbod in Brussel is vooral gericht op Franstalige personen met een psychiatrische problematiek. Er is slechts één optie voor Nederlandstalige personen, namelijk het Dac Den Teirling. Zoals mag blijken uit de interviews zijn er verschillende visies binnen het Dac aanbod in Brussel. We willen in dit hoofdstuk die verscheidenheid in visie weergeven alsook de behoefte aan een aanbod van dagactiviteit. Bij dit laatste vestigen we de aandacht niet enkel op Dac's maar meel algemeen, ook op de nood aan laagdrempelige ontmoetingsplaatsen en netwerkvorming in het institutionele aanbod van Brussel.

4.1 Verscheidenheid in visie

Het aanbod van Den Teirling is erg laagdrempelig. De andere Dac's blijken minder laagdrempelig te werken in die zin dat men verplicht is een aantal keer per week minimum 15 u per week te gaan. Soms is men zelfs verplicht een aantal programma's te volgen. Meestal gaat het om geconventioneerde RIZIV instellingen die een aantal formele criteria moeten realiseren zoals bvb. het opnemen van aanwezigheid. Als men niet aanwezig kan zijn dient men een ziektebriefje binnen te brengen.

Hoewel enkele respondenten stellen dat deze streng gereguleerde Dac's niet afgestemd zijn op de doelgroep, wordt de verscheidenheid in visie eerder positief ervaren.

"Dagactiviteitencentra hebben soms andere doelstellingen, merk ik en ik vind dit ook wel goed. Omdat je ook wel kan zoeken wat wil mijn patiënt en waar kan mijn patiënt zich goed in voelen. Soms bieden ze een vrije structuur aan en kunnen mensen binnen en buiten lopen; bij andere centra zijn cliënten verplicht een aantal dingen te volgen. Sommige cliënten hebben ook meer structuur nodig. In die zin is het wel goed dat ieder centrum verschillende doelstellingen heeft. Zo kunnen wij wat gaan shoppen, zoeken naar wat wilt onze cliënt precies daarin en waar voelt hij zich het beste in." (4)

Naast de verscheidenheid in visie is er ook een verschil in profilering van deze visie.

"Wat je wel voelt is dat sommige Dac's in het begin heel streng lijken, maar naarmate de tijd vordert versoepelen ze. Dat is wel goed, maar het wordt niet aangegeven van bij het begin terwijl eigenlijk Den Teirling er echt voor uitkomt, voor ons moet het niet." (2)

4.2 Behoefte

Eén respondent stelt dat er nood is aan meerdere Dac's in Brussel.

"Vroeger tot 2001 hadden we een andere RIZIV conventie die zegt dat mensen in een dagcentrum van de RIZIV mogen zijn. Tot dan toe waren er geen moeilijkheden met een dagcentrum... De mensen die hier zijn mogen nu niet in een RIZIV dagcentrum... Er is nood aan Franstalige dagcentra, als ze verschillend zijn met Dac van de RIZIV ". (3)

Uit bovenstaand citaat blijkt dat er nood is aan een Franstalig laagdrempelig initiatief verschillend met dat van de RIZIV. Zoals we daarnet al aanhaalden zijn de meeste Franstalige initiatieven gebonden aan het RIZIV en vaak strenger gereguleerd. De respondent geeft aan geen personen te kunnen doorverwijzen naar de RIZIV omdat ze net zoals een daghospitaal door hen erkend en gesubsidieerd worden. Een patiënt kan dus niet opgenomen zijn in twee instellingen op kosten van de RIZIV, dat is immers een dubbele hospitalisatie.

Bovendien zijn er volgens dezelfde respondent te weinig ontmoetingsplaatsen voor personen met een psychiatrische problematiek.

"Ik denk dat er in Brussel niet genoeg ontmoetingsplaatsen zijn en als ze bestaan zijn ze voor de mensen die geen woning hebben." (3)

Sommige andere respondenten vinden het institutioneel aanbod in Brussel versnipperd en chaotisch. Twee organisaties stellen dat netwerkvorming hiertoe een oplossing kan bieden.

"Ik denk eigenlijk wel dat netwerkvorming moet aangemoedigd worden vanuit de overheid. Ik denk het echt wel, zeker hier in Brussel, omdat het aanbod zo versnipperd is en omdat je merkt dat toch heel veel mensen de weg naar de hulpverlening niet of zeer moeilijk vinden. Alleen al dat wij geconfronteerd worden met mensen die uit het niets opduiken en nergens gekend zijn, dat is geen uitzondering, terwijl als je ziet in welke situatie ze soms zitten, dan denk je oei in godsnaam, hoe is het mogelijk." (18)

Indirect vloeit de behoefte aan netwerkvorming ook voort uit het volgende citaat:

"Het is belangrijk dat mensen met die problematiek, die gewoon anders zijn, kansen, mogelijkheden krijgen om op hun manier hun leven in te vullen en ook aan de slag te gaan en gebruik te maken van de voordelen en instellingen, zoals iedereen uiteindelijk en dat zij echt een plaats krijgen binnen de maatschappij en niet zomaar in de psychiatrie gestoken worden of uitgebannen worden. Nu langs de andere kant kan psychiatrie ook niet afgeschaft worden. Zij hebben ook wel hun specifieke taak/opdracht namelijk mensen die het heel moeilijk hebben, om die tijdelijk te "containen", behandelen, op te vangen, waar wij dit niet kunnen "ambulant"." (4)

5 Het dagactiviteitencentrum Den Teirling

In dit hoofdstuk zullen we even stilstaan bij de aangehaalde troeven, knelpunten en de hiervoor mogelijke oplossingen, van het Dac Den Teirling.

5.1 Troeven

Wat door de organisaties en hun doelgroep vooral wordt gezien als positief is de laagdrempelige werking van Den Teirling. Ook het feit dat het Dac niet op de psychiatrische problematiek werkt maar de mensen ziet als individu zonder de problematiek te beklemtonen wordt als positief ervaren.

Wat betreft de activiteiten wordt de werking met de creatieve ateliers gezien als een ongelooflijk sterktepunt.

Als laatste apprecieert men ook dat Den Teirling zich openstelt voor Franstaligen, die het Nederlands min of meer beheersen.

"Het is goed dat ze zich openstellen voor mensen die Nederlands spreken want als het weer een francophoneclub werd." (3)

5.2 Knelpunten

Er bestaat bij bijna één derde van de respondenten eensgezindheid over de afstand naar het Dac Den Teirling. Voor de meeste personen is het te ver en ook het feit dat men gebruik moet maken van het openbaar vervoer houdt veel mensen tegen. Voor anderen vormde dit knelpunt de reden om af te haken.

"Wij hebben mensen die vroeger gingen naar Den Teirling maar die toch afgehaakt hebben omdat het te ver is." (2)

Eén respondent geeft aan nog nooit doorverwezen te hebben naar Den Teirling omwille van de afstand.

Een andere geeft het tegendeel weer van datgene wat door de meeste organisaties als knelpunt werd gezien.

"De afstand belet ons niet om mensen door te verwijzen naar Den Teirling omdat het bereikbaar is... Ik denk ook niet dat de mensen het zelf te ver vinden om naar ginder te gaan, ze zijn mobiel binnen Brussel, er zijn ook mensen die van Sint-Alexius naar hier komen." (15)

5.3 Oplossingen

Een uitbreiding van de activiteiten van Den Teirling is volgens de meeste een goede oplossing. Heel concreet drukt men de nood uit om dagactiviteiten uit te breiden in Jette en in het centrum van Brussel. Volgens enkele respondenten moeten de activiteiten gezien worden als aanloopadres.

"Als aanloopadres wel, dit doe je niet 1x/maand, het moet wel bijna altijd open zijn, omdat je het niet kan voorspellen... Ik merk dat cliënten dit een periode wel en een periode niet willen. Die aanwezigheid fluctueert... Ik vind zo'n aanloopidee een goede gedachte, want daar ga je zelf naar toe omdat je dit zelf

wil; vanaf het moment dat er wat groepsdruk of wat druk van de begeleiding is om zo'n dingen te doen, omdat de begeleiding vindt dat je zo'n dingen moet doen of dat dit beter is dat je dit zou doen, dan heb ik zoiets van oei dit zou wel eens kunnen of ook wel eens niet kunnen." (7)

Deze respondenten geven ook weer dat er heel recent een conventie was tussen hun organisatie en Den Teirling om activiteiten in Jette en het centrum te realiseren. Het is een proces dat nog maar pas op gang is en dat nu nog moeilijk kan geëvalueerd worden.

Echter één respondent stelt deze oplossing in vraag, zoals mag blijken uit onderstaand citaat.

"Mensen zeggen soms dit ligt veel te ver, maar soms voor andere dingen, kunnen ze zich wel verplaatsen met bus en tram lukt dit wel, terwijl een Dac dan weer niet kan. Prioriteiten? Dat zal wel de logica zijn als het dichter komt..." (4)

Een andere respondent erkent geen nood om een Nederlandstalig aanbod van activiteiten aan te bieden in Anderlecht.

6 Bereiken van personen met een psychiatrische problematiek

In dit hoofdstuk geven we weer in welke mate en hoe personen met een psychiatrische problematiek GGZ voorzieningen, socio-culturele organisaties en vorming-, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven bereiken.

6.1 GGZ voorzieningen

GGZ voorzieningen richten zich enkel en alleen tot mensen met een psychiatrische problematiek. Veelal bereiken deze personen de voorziening via doorverwijzende instanties zoals (psychiatrische) ziekenhuizen. Vervolgens via CGGZ en sociale diensten. Ten slotte via huisartsen, medische diensten, Dac, justitiehuisen, onthaalcentra, dienstencentra of vroegere cliënten. Slechts zelden zullen patiënten zelf GGZ-voorzieningen contacteren.

6.2 Socio- culturele organisaties

Socio-culturele organisaties als gemeenschapscentra bereiken geen tot weinig personen met een psychiatrische problematiek. Soms krijgen zij indirect via organisaties als BW of een Dac wel te maken met de doelgroep. In de zin dat deze soms een beroep doen op hun infrastructuur voor het realiseren van activiteiten.

Om het bereik te vergroten wordt er door twee van deze respondenten een voorstel gedaan tot het bekendmaken van het programma bij de doelgroep.

"Ik zou bvb. we hebben hier 2x per jaar onze programmabrochure, daar staat alles in: theater, cursussen, activiteiten van verenigingen,... Ik zou bvb. zelf in een Dac dat kunnen uitleggen en zo mensen proberen te bereiken." (10)

Andere socio-culturele organisaties als dienstencentra en CAW (ontmoetingsgroep), werken naar doelgroepen toe en hebben een meer laagdrempelig aanbod. Hierdoor krijgen ze meer te maken met personen met een psychiatrische problematiek. Ze bereiken deze via het onderhouden van contacten met diensten uit de buurt (zowel voorzieningen in de GGZ als socio-culturele organisaties) of door mond aan mond reclame.

6.3 Vorming-, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven

De vorming-, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven werken veelal met doelgroepen (kort- en anders geschoolden, kansarmen, laaggeschoolde werkzoekenden,...) of meer specifiek met personen met een beperking. Deze organisaties bereiken personen met een psychiatrische problematiek via organisaties in het werkveld (bvb. werkwinkel, BGDA, beschutte werkplaatsen, scholen,...) maar ook via BW of Dac.

7 Gemeenschappelijke visie en doelstellingen

We zagen eerder al in de literatuur dat het beleid vermaatschappelijking aanmoedigt door netwerkvorming. Een op elkaar afgestemde organisatiecultuur is hierbij aangewezen. In dit hoofdstuk gaan we eerst na in hoeverre organisaties zich in de visie⁵ en doelstellingen⁶ van een Dac kunnen vinden. Vervolgens geven we enkele bedenkingen en mogelijke oplossingen weer, indien men deze aanhaalde.

7.1 Gemeenschappelijke visie

Bijna alle organisaties kunnen zich vinden in de visie van een Dac. Het merendeel van de respondenten hanteert zelfs een visie die geheel in dezelfde lijn ligt dan de visie van een Dac. Soms geeft men echter aan andere accenten te leggen. Men verwijst hierbij naar zaken waar men in mindere mate mee bezig is of men vervult een 'passievere' rol in het verwezenlijken van de visie.

"De rol die we hierin spelen is het instrumentarium mee ter beschikking stellen. De rol kan niet zijn dat wij daarin deskundigen worden, of gelijk welke deskundige opdracht opnemen. Met het gegeven dat deze functie op die manier vertaald wordt in een visie, denk ik dat dat perfect inpasbaar is." (9)

7.1.1 Bedenkingen en eventuele oplossingen

Eén enkele organisatie heeft echter bedenkingen bij de rehabilitatiegedachte, ook hier gaat het om een andere rolinvulling.

"Ik wil ook wel dat cliënten hun leven naar eigen wens inrichten, maar wij hebben hier toch regelmatig mensen die ambities hebben die volgens ons niet goed realiseerbaar zijn en dan moet je samen een weg afleggen en dat is niet altijd evident. Dat roept soms heel veel verdriet op wat wij heel goed kunnen verstaan maar op een of andere manier moeten ze dat doormaken... Ik denk dat je sterk rekening moet houden met die context. Als je werkt in een context van een arbeidsmarkt, dat geeft bepaalde rechten maar ook bepaalde verplichtingen. Je moet daarbij een stuk rekening houden met de realiteit. Soms kreeg je tussen de regels door de boodschap dat we te weinig doen voor de mensen maar we zitten in een arbeidsrealiteit en dat is iets anders dan een welzijnsrealiteit. Ik kan me voorstellen als je een begeleider bent in een Dac, psychiatrische kliniek of CAW, dan heb je een andere rol ten opzichte van uw cliënt dan hier. Als mensen hier op afspraak komen en wij merken dat die te laat komen, het spijt me zeer, dan moet je niet gaan werken." (18)

Een andere organisatie heeft haar bedenkingen bij het werken aan 'herstel', meer bepaald 'de rol als burger opnemen'.

"De rol als burger opnemen is wat hoog gegrepen precies... Ik merk al dat het voor ons als begeleider niet altijd evident is om bij maatschappijen van gas, elektriciteit, telefoon, verhuurkantoren iets te verkrijgen. We voelen hoe moeilijk het is voor ons om contacten te leggen met sommige instanties, dat ik zoiets heb, voor onze mensen is dat dan helemaal niet te doen. Ik wil dit niet veralgemenen, je hebt ook instanties die wel ok zijn. Soms worden ze niet beschouwd als mensen maar als zaken. De kennis van de doelgroep is heel belangrijk. Bvb. bij activiteitencentra ondervinden we dat eigenlijk niet." (2)

Deze respondent wees er zonet al op dat een betere kennis van de doelgroep noodzakelijk is. Toch stelt men dat hier eigenlijk geen oplossing voorhanden is, tenzij sensibiliseren.

⁵ De visie die de respondenten aangereikt kregen vindt u terug in hoofdstuk 5 (cfr.5.1.3).

⁶ De doelstellingen die de respondenten aangereikt kregen vindt u terug in hoofdstuk 5 (cfr.5.1.3)

"Dit kan niet opgelost worden. De maatschappij is veel te moeilijk, dan zou de maatschappij moeten veranderen. Tegenwoordig als je niets afweet van internet, je moet gsm, pc hebben... ik denk dat het ligt aan de maatschappij. Ik vrees dat er niet echt iets meer kan gebeuren. Misschien is het ook een beetje de taak van BW om te sensibiliseren, te bemiddelen. Wij sensibiliseren door samen contacten te leggen met de mensen. We proberen zoveel mogelijk door hen te laten gebeuren. We gaan echt naar de mensen, ze hebben dan geen telefoon, we nemen de telefoon van het werk mee en stimuleren hen tot bellen. Achteraf wordt dat gesprek geëvalueerd met de bewoner: had je dat niet beter gezegd of... Het sensibiliseren is miniem. Ik denk dat door mensen te begeleiden naar bepaalde plaatsen, samen met hen naar de winkel gaan, de bank of de politie. Alleen al door daar samen te staan, dat maakt wel een verschil, denk ik." (2)

Een volgende respondent geeft aan dat de ondersteunende rol een zeer voorname doelstelling is, maar heeft haar bedenkingen hierbij.

"...ik denk dat wij inderdaad allemaal trachten te werken naar het leven in eigen handen teruggeven en de mensen autonoom te laten functioneren. Dat is zeker onze voornaamste doelstelling, maar ik merk dat we dat zeker niet altijd bereiken, dat dat niet altijd lukt, en dat we soms dossiers hebben tot de dood ons scheidt, het is wel een ideaalbeeld... maar het is soms ook redelijk utopisch, er zal zeker nog een zekere hulp moeten worden geboden, toch bij de zwaardere psychiatrische patiënten." (6)

Netwerkvorming zou een oplossing kunnen bieden voor deze zorgafhankelijkheid maar dit vraagt tijd. Zoals mag blijken uit onderstaand citaat, heeft het beleid hier weinig begrip voor.

"Ik denk wel dat je het na een tijdje aan het netwerk kunt overlaten, dat is soms een hele weg, maar dat is dan ook inderdaad een veel jarenplan. In de overheid denken ze soms heel lineair: ze kunnen dat op een half jaar of op een jaar toch wel klaar krijgen; van dit denken ben ik helemaal geen voorstander, ik denk dat je die dingen niet in tijd kunt omzetten. Een relatie aangaan gebeurt met de ene in 4 of 5 maanden en voor een ander heb je daar 4 of 5 jaar voor nodig, eer dat je de relatie goed vindt om een netwerk te gaan installeren. In tijd denken vind ik een zeer gevaarlijke stap. Dat is dan heel persoonlijk natuurlijk." (6)

Het toegankelijker maken van structuren wordt door drie respondenten aangehaald als een moeilijk na te streven visie. Er is immers een financiële en sociale drempel binnen de socio-culturele omgeving.

"Mensen gaan ook altijd naar hun eigen hokje, uiteindelijk zijn sociaal restaurants ontmoetingsplaatsen voor mensen die minder mogelijkheden hebben. De psychiatrie blijft toch maar een kotje, zal ik zeggen... De cinema is te duur. Als er dan door ons of een Dac een film wordt aangeboden, dan gaan ze er wel naar toe maar dan blijven ze binnen de doelgroep... wordt het in een gemeenschapscentrum aangeboden dan is het goedkoper maar nog niet betaalbaar." (1)

Een mogelijke oplossing wordt weergegeven door een andere respondent maar deze stelt hierbij meteen ook de haalbaarheid in vraag.

"Ik vraag me af of dat organisaties de tijd hebben om dat erbij te nemen. De organisaties komen naar hier om hun vrijwilligersmanagement bij te scholen, vormingen die we al gehad hebben zijn karakterverschillen bij vrijwilligers, daarop focussen wij wel. En de organisaties hebben wel interesse maar of zij echt interesse gaan hebben om vorming te krijgen; hoe ga ik om met mensen uit de psychiatrie, hoe pas ik mijn organisatie erop aan, dat gaat te ver gewoon. Ze kunnen dat niet meer bolwerken, dat gaat niet. Wij staan daar zeker heel erg achter en die organisaties gaan daar ook heel erg achter staan, het is niet haalbaar omdat iedereen zijn doelstelling moet bereiken." (19)

Een volgende bedenking bij het toegankelijker maken van structuren is de administratieve rompslomp.

"...vooraleer iemand een traject kan starten bij ons heeft hij al zes keer zijn handtekening gezet bij mij. Dat dat allemaal een beetje vereenvoudigd kan worden... Voor die persoon is dat gewoon 'ik wil gewoon gaan werken of een dagbesteding hebben', maar dan moet er heel wat in orde gebracht worden." (17)

7.2 Gemeenschappelijke doelstellingen

Wat betreft de doelstellingen van een Dac, zien we ongeveer hetzelfde als bij de visie. Vrijwel alle organisaties kunnen zich hierin vinden. Het enige verschilpunt is dat verscheidenheid in accenten vaak gebaseerd is op het type organisatie.

Het spreekt voor zich dat organisaties in de GGZ, voornamelijk de nadruk leggen op het bereiken van personen met een psychiatrische problematiek.

Hoewel de maatschappelijke voorzieningen zich niet in eerste instantie richten tot deze doelgroep, geeft een grote meerderheid het bereiken van deze doelgroep weer als doelstelling. Meestal zien ze deze in het kader van dienstverlening of belangenbehartiging. Sommige maatschappelijke voorzieningen koppelen indirect wel voorwaarden aan de toegang tot de organisatie. Meer informatie vindt u hierover in hoofdstuk 10.

Een ontmoetingsplek aanbieden wordt vooral erkend door de socio-culturele organisaties en in mindere mate door de GGZ en vorming-, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven.

Maatschappelijke voorzieningen bieden vooral activiteiten aan die aansluiten bij het gewone leven. Bijna alle GGZ voorzieningen geven aan, in het kader van ontmoeting en activiteiten aanbod, door te verwijzen (naar een Dac).

Ten slotte geven ook bijna alle respondenten, ongeacht welke categorie aan de zelfredzaamheid te bevorderen en de motivatie te ontwikkelen.

7.2.1 Bedenkingen en eventuele oplossingen

Hierbij werd er noch een bedenking, noch een eventuele oplossing weergegeven voor een probleem dat zich stelt.

8 Netwerkvorming met een dagactiviteitencentrum

Uit het vorige mag blijken dat het komen tot gedeelde visies en doelen geen sinecure is. In de literatuur haalden we al aan dat er bij alle participanten een bereidheid moet zijn tot overleg. Bij de bereidheid tot overleg hoort een goede communicatie tussen verschillende voorzieningen. In dit hoofdstuk peilen we naar die bereidheid tot overleg via netwerkvorming.

8.1 Bereidheid

De helft van de organisaties wenst een netwerk te vormen met een Dac. Sommige anderen kunnen er geen antwoord op geven. Persoonlijk zijn ze er voorstander van maar het dient intern overlegd te worden. Anderen geven aan reeds een netwerk te vormen met een Dac omdat men voldoende contact heeft met het Dac of omdat men officieel personeel ter beschikking stelt of omdat men cliënten doorverwijst als men dat nodig acht.

Eén respondent wil liever geen netwerk vormen met één Dac, wel met meerdere partners uit de GGZ zoals nu reeds het geval is door overleg.

"... In het begin bij het opstarten van de steunpunten waren er in sommige steunpunten problemen omdat er eigenlijk alleen maar mensen uit de psychiatrie kwamen... dat is een problematiek die wij niet aankunnen en die wij ook niet kunnen opvolgen met de middelen die we hebben en dat we ook willen dat specialisten dat doen... Ik denk dat de begeleiders het best geplaatst zijn om te weten wat die mensen kunnen en waar ze naar toe kunnen georiënteerd worden. Het is niet aan ons om dat te doen. Ze zijn dat een beetje gaan kanaliseren, het steunpunt Vlaams-Brabant heeft daar nogal een voortrekkersrol en een project rond gemaakt, dat ook toegepast wordt bij die Brusselse... de bedoeling is dat mensen met een psychiatrische problematiek, die vrijwilligerswerk willen doen, dat die eigenlijk toch wel goed begeleid worden. De Brusselse centra die werken met psychiatrische patiënten kennen deze infomap jobcoaching in het vrijwilligerswerk voor mensen met een verhoogde psychische kwetsbaarheid... Het overleg is er al dikwijls geweest en dan komt vaak het vrijwilligerswerk aan bod. Het gaat om centra die regelmatig samen komen, ik word er ook op uitgenodigd maar wie er juist in zit, dat weet ik niet van buiten... Het is al een tijdje geleden, PSC Sint Alexius Grimbergen, PSC Sint Alexius Elsene, Den Teirling, CGGZ Brussel Oost; Elsene is toch wel goed vertegenwoordigd (info uit 2004).

...Dat netwerk is belangrijk omdat wij daar kunnen naar doorverwijzen en omdat zij deze infomap zouden moeten beheren." (19)

8.1.1 Reden

De voornaamste redenen waarom men een netwerk zou willen vormen met een Dac is omdat men wil voldoen aan de noden van de cliënt en/of omdat men eigen doelstellingen beter wenst te bereiken. Het volgende citaat getuigt hiervan.

"Om de gepaste activiteiten voor de verschillende personen te vinden, ik denk dat nu mogelijkheden niet maximaal benut worden, zowel van ons als van het Dac." (12)

Gezien de specificiteit van de organisatie wordt dit laatste door één respondent in twijfel getrokken.

"Ik weet niet of we met netwerkvorming onze doelstellingen beter kunnen realiseren voor ons is één van onze specifieke dingen het feit dat we met een heel verscheiden werking zitten... Dus we zitten enerzijds met een doelpubliek dat komt voor opleiding en anderzijds mensen met bvb. een psychiatrische problematiek die komen voor vervangende arbeid." (15)

Anderzijds stelt deze respondent wel: *"Alle contacten die je hebt met partnerorganisaties bevordert de eigen werking. Ik denk hoe meer samenwerking je hebt, hoe beter je eigen werking wordt." (15)*

Andere redenen waarom men een netwerk wenst te vormen is omdat het Dac een laagdrempelige werking heeft en omdat de creatieve ateliers hen zeer interessant lijken voor samenwerking. Hier verwijst men naar de troeven van Den Teirling (cfr.5.1)

8.1.2 Mogelijke knelpunten en eventuele oplossingen

Er worden verscheidene knelpunten weergegeven. De voornaamste knelpunten zijn het gebrek aan deskundigheid van de bevroegde organisatie en spanningen in het netwerk omdat er verschillende organisatieculturen zijn.

*“Wat knelpunten kunnen zijn, zijn dingen die op een Dac worden gehoord over hoe dat in bepaalde instellingen gehandeld wordt met cliënten. Wat doe je ermee? Is dit waar of niet? Indien dit waar is? Hoe doe je dit dan? Hoe bespreek je dit?
Knelpunten gaan dikwijls over... bvb. binnen de doelstellingen van Den Teirling gaat het op een bepaald ogenblik over een cliënt en je stelt vast in Den Teirling dat de instelling vanwaar de cliënt komt absoluut niet op hetzelfde spoor zit? Wat doe je dan? Kan soms wel fricties, spanningen geven? Of dit dan een knelpunt is?” (7)*

Een oplossing die voor dit probleem wordt aangehaald is enerzijds het feit dat netwerkvorming altijd rekening moet houden met de eigen cultuur en met de eigen gewoontes van de organisatie. Sommigen vrezen hiervoor. Een respondent beschrijft het knelpunt en beaamt dit aan de hand van een ervaring.

“In hoeverre is een netwerk bindend, en kun je nog soepel omgaan met dat buiten jouw netwerk nog andere netwerken zitten, het gevaar van verzuiling op den duur... angst dat je gaat verglijden, de verzuiling, mensen die je als een netwerk gaan zien, vrijheid is belangrijk en dat moeten we behouden; dat we op den duur niet met die vaste structuren zitten; de mensen gaan shoppen en dat is hun recht... uw eigenheid behouden is belangrijk in een samenwerking. Dat is soms wel een risico... Veel hulpverleners vrezen dikwijls hun eigenheid te verliezen: zitten we niet op elkaars vlak en neem je mijn cliënten niet af? ...als ze naar een overleg komen, dat mensen beginnen te aarzelen: waarom? hoe? we doen hetzelfde werk en dan krijgen ze angst dat hun werk wordt afgenomen of dat ze hun cliënten kwijt geraken of overgenomen worden. Dat zijn toch dingen die uitgesproken worden. Mensen zeggen dit achteraf: ik had schrik dat je mijn cliënt ging afnemen. Bvb. Dokters of psychiaters in ziekenhuizen: “ok samenwerken, maar hoeveel cliënten krijg ik dan van jullie?” Ok ik wil doorverwijzen, maar hoeveel cliënten kan je mij leveren.” Dat is realiteit. “Elke cliënt is geld voor mij; dat is broodwinning.” Wij zitten in een ander systeem van werking. Daar worden gelden voor vrijgemaakt. Naarmate de mensen dit kennen en dit weten verandert dit wel. Zo zit ik ook in een netwerk. Ik ken mijn job en ik weet wat een ander kan en laten we aftasten hoe we een mooi aanbod kunnen bieden in functie van een zorgplan naar onze cliënt of naar een mogelijke samenwerking voor cliënten met een psychiatrische problematiek dan. Dan is het ruimer. Dat we ook weten dat we op elkaar beroep kunnen doen daarvoor.” (4)

Anderzijds geeft men aan dat er naar de medewerkers toe duidelijke afspraken dienen gemaakt te worden om mogelijke spanningen te voorkomen.

Enkele respondenten geven aan dat men over te weinig middelen of personeel beschikt. Ook het feit dat men beperkt is door de overheid wordt gezien als knelpunt.

“...misschien dat wij vroeger in tijd, ik weet niet of het met de organisatie of subsidies te maken heeft. Vroeger was er gewoon veel meer vrijheid om inderdaad tijd te besteden in het gaan naar den Teirling. Ik merk dat wij nu ook heel sterk gedreven worden naar het zien van zoveel cliënten per week of zoveel gesprekken per week. Wij proberen dat zoveel mogelijk tegen te gaan omdat dat helemaal niet onze visie is, maar je voelt wel dat de overheid daar naar tracht.” (6)

Een andere respondent meent dat personen uit een Dac meestal roken en dat dit de activiteit kan storen. Ook wordt door deze respondent aangehaald dat het werken met teveel personen met een

psychiatrisch problematiek invloed heeft op de sfeer in de groep. We komen hier later (cfr.8.4 en 10.1) nog op terug.

Een volgende stelt dat de doelgroep die de organisatie bereikt ook een knelpunt kan vormen. In die zin dat deze minder openstaan voor personen met een psychiatrische problematiek. Voor dit laatste mogelijke knelpunt wordt een oplossing geboden in onderstaand citaat.

“Noodzaak aan permanent bewaken van de openheid van iedereen, niet enkel van mensen die het centrum trekken, maar van alle personeelsleden en zoveel mogelijk gebruikers... Ik zou wel geïnteresseerd zijn om expertise op te doen als er nog instellingen zoals de onze of vergelijkbare instellingen zijn die zeggen we zouden met Den Teirling willen samenwerken en hoe doe je dit eigenlijk, hoe kan je je publiek daar toegankelijk, open voor maken... Ik zou daar wel graag iemand laten een stuk vorming rond brengen of een expert inroepen... Je mag ook je publiek niet choqueren; iedereen moet mee zijn... We hebben kleine groepen, bvb. een aquarelatelier, het moet eigenlijk in de groep kunnen beslist worden want anders ik ga dat niet in hun plaats beslissen maar ik zou wel het pad kunnen effenen.

Oplissing: zoveel mogelijk praten, intern de zaak bespreekbaar houden, ook uitnodigen van expert. Verkeerde meningen worden zo uitgesloten. Dat is haalbaar, maar niet evident. Het is goed van met veel mensen samen te leven, maar het maakt de zaak niet eenvoudig, het is niet altijd ideaal. Je moet elkaar voldoende zien en overleggen, om misverstanden te voorkomen.” (11)

Een laatste respondent stelt het nut van netwerkvorming met een Dac in vraag omdat er immers weinig cliënten doorstromen naar een Dac.

“Als daar niet direct cliënten naar doorstromen, dan is dat misschien niet direct noodzakelijk. Het zou wel nuttig kunnen zijn als er heel wat cliënten daar naar doorstromen... Niet dat ik negatief sta ten opzichte van een Dac. Ikzelf sta er wel voor open, maar ik vraag me op dit moment af, wat zou dan de meerwaarde kunnen zijn als er geen cliënten naar elkaar doorstromen.” (17)

8.2 Visie

Ondanks het feit dat elke respondent een definitie van netwerkvorming⁷ kreeg waarop ze zich konden baseren, merkten we dat er verschillende nuances werden gelegd bij de invulling van het begrip.

De meesten stelden de cliënt centraal.

“Wij denken eerder in functie van onze cliënten, niet zozeer in netwerken... ik denk dat wij die naam daar niet aan geven. Ik zit bvb. in het BOT, misschien is dit ook een klein netwerk, die thuisgezondheidsdiensten die maandelijks samenkomen zoals TGZ-kern... in hoever is dit ook geen netwerk, maar ik zou nooit die TGZ-momenten als een netwerk zien. Het moment van erover na te denken, denk ik... misschien is dit ook een netwerk.” (4)

Voor anderen staan hierbij de doelstellingen (ook) centraal.

“Doelstellingen kunnen beter bereikt worden, als er een netwerk rond een bepaalde doelstelling is gecreëerd. Ik denk dat je netwerken krijgt rond doelstellingen, niet rond instellingen, dat je samen met anderen rond een cliënt of rond een activiteit kunt werken, maar misschien stopt het wel daar... Het feit dat Den Teirling bestaat omdat verschillende instellingen zich daartoe engageren omdat in een soort samenwerkingsverband... dat is eigenlijk een samenwerkingsverband, een samenwerkingsverband is daarom geen netwerk. Dat is mijn definitie. Ik denk dat je een samenwerkingsverband kunt creëren om zoiets in stand te houden; een netwerk gaat rond samenwerken rond een doelstelling van één of meerdere cliënten. Een netwerk gaat over doelstellingen, niet over instellingen. Samenwerkingsverbanden gaan over formele dingen, over geld en materiële dingen; daartegenover netwerken gaan over doelstellingen, niet over organisaties die vinden dat de andere het zelfde moet doen.” (7)

⁷ Netwerkvorming is het vormen van een vrijwillig samenwerkingsverband doordat partners zich verbinden aan gemeenschappelijke doelen en waarden. De deelnemende organisaties delen hierbij op een niet-vrijblijvende manier een deel of meerdere delen van hun werking, zonder in elkaar op te gaan (De Wulf & Daelemans, 2005).

Uit beide citaten mag de complexiteit van het begrip blijken.

Ten slotte stelt men netwerkvorming gelijk aan regelmatig overleg. Volgens enkelen moet dat overleg structureel ingepast (maandelijks of tweemaandelijks) worden. De meesten stellen dit echter in vraag en vinden dat overleg enkel moet gebeuren als dat nodig is.

8.3 Netwerkpartners

8.3.1 Partners

De meest vernoemde partners, die deel dienen uit te maken van een netwerk, zijn psychiater of psychiatrische diensten, CGGZ, ziekenhuizen en een dokter.

Vervolgens beschut wonen, het OCMW en belangenbehartigers (Inclusie Vlaanderen, partners van het thuis gezondheidsoverleg) en ten slotte ATB, BGDA, cultuur- of gemeenschapscentra en onderwijsinstellingen.

De organisaties die slechts één keer vernoemd werden, zijn vooral eerstelijnsdiensten (CAW, teleonthaal, familiehelp, centrum voor psychotherapie, daghospitaal, projecten voor personen met een psychiatrische problematiek), maar ook maatschappelijke organisaties als vrijetijdsorganisatie Kapruin, de dienst begeleiding naar tewerkstelling CAD De Werklijn, turnverenigingen en avondscholen.

Eén respondent heeft ervaring met het vormen van een netwerk met deze laatste. Uit onderstaand citaat zal blijken dat dit niet gepaard gaat zonder problemen.

"Ook bvb. turnverenigingen, dat deden we vroeger wel, nu lukken we daar niet meer in. We krijgen ze er niet meer naar toe, de mensen haken vlug af. Ook van de kant van de turnvereniging, mensen doen wat raar, komen niet altijd, ze worden aan de kant gezet. Mensen gaan ook niet graag meer als ze niet onthaald worden.

Ook met avondscholen hebben we samengewerkt, nu werkt dat ook niet meer zo. Sommigen lukken daar wel in maar dat is heel sporadisch." (5)

Opvallend is dat alle geïnteresseerde maatschappelijke organisaties minstens één netwerkpartner uit de GGZ vernoemen terwijl slechts de helft van de GGZ voorzieningen spontaan denkt aan maatschappelijke organisaties.

Bovendien haalt één derde van de respondenten enkel en alleen partners aan binnen de categorie waartoe men behoort. Deze betrekken dus geen GGZ voorzieningen (wanneer men tot maatschappelijke organisaties behoort) of geen maatschappelijke organisaties (wanneer men tot een GGZ voorziening behoort). Hierbij dient opgemerkt te worden dat we bij de GGZ partners ook eerstelijnsdiensten rekenen (huisarts, OCMW, CAW, ziekenhuis), omdat zij belangrijke doorverwijzers zijn naar de GGZ en vaak ook een verzorgende functie hebben.

8.3.2 Redenen

Er komen vier hoofdredenen naar voren om met de vernoemde netwerkpartners samen te werken. Als eerste wil men tegemoet komen aan de noden. Het ligt dan ook niet echt vast welke organisaties precies deel zullen uitmaken van het netwerk.

"... Er komt iemand binnen met bepaalde noden en afhankelijk van die noden wordt een netwerk opgestart. Ja, zo gebeurt dat en na verloop van tijd krijg je toch die organisaties die met elkaar gaan

overleggen. Gans het aanbod ligt open en afhankelijk van de keuzen en het moment van leven van je cliënt, ga je samen met hem zoeken welke organisaties het best kunnen helpen." (4)

In dit verband oefent men kritiek uit op de therapeutische projecten.

"...dat is nu gebeurd met therapeutische projecten; psychotische mensen: wie zouden zij allemaal kunnen gebruiken op hun weg, als ze hun traject afleggen... Ok, intramurale sector, Beschut Wonen, een huisarts, gezins- en bejaardenhelpster, project Lila,... met hoeveel ga je op den duur rond de tafel gaan zitten in overleg. Als ik met mijn casus kom,... ik moet die directeur van die organisatie niet hebben, ik moet een veldwerker hebben, ik moet die 200 mensen niet rond de tafel hebben, want mijn cliënt moet enkel huisarts en gezins-bejaardenhelpster hebben. Wat betreft therapeutische projecten: ik vind het spijtig dat het vanuit de organisaties gecreëerd wordt." (4)

"Het is een goed gedacht dat netwerkvorming wordt gestimuleerd en ik vind het zeer intelligent om dat te doen rond doelstellingen en niet rond instellingen." (7)

Ten tweede wil men niet stigmatiseren en werken aan integratie.

"Als je zegt psychiatrische patiënten integreren, maar je houdt ze in de zorgverlening of organisaties die met psychiatrische patiënten bezig zijn dan gaan ze niet integreren, maar nog meer afzonderen. Integreren wil ook zeggen dat ze een voet zetten ergens in het gewone sociale leven. En dan niet als psychiatrische patiënt maar als volwaardige burger. Ik denk bvb. dat je een tentoonstelling kan organiseren met mensen met een psychiatrische problematiek en dat ook zo aankondigen dan blijft het een tentoonstelling van psychiatrische patiënten. Eigenlijk zou je het moeten mixen met werken van niet-psychiatrische patiënten." (5)

Vervolgens haalt men doorverwijspartners aan. Het gaat hierbij zowel om partners die doorverwijzen naar een Dac als eigen doorverwijspartners.

Een andere reden die vernoemd werd is omdat men soortgelijke activiteiten doet als de bevraagde organisatie of omdat men met dezelfde doelgroep werkt als een Dac.

Ten slotte valt het op dat sommige respondenten vooral instellingen in de buurt aangeven, maar dit wordt niet steeds expliciet als reden vermeld.

8.3.3 Schaal

De meeste respondenten spreken over een kleinschalig netwerk. Eén respondent geeft de voorkeur aan een wijkgericht netwerk.

"Een voorwaarde voor een goed netwerk is dat de verschillende partners niet te ver van elkaar liggen. Dat het eventueel wijkgericht gebeurt. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waar den Teirling op mikt, lijkt me bvb. te groot." (3)

De reden waarom men kleinschalig wenst te werken is enerzijds omdat men vreest dat een grootschalig netwerk niet bevorderend is voor de cliënt.

"Ik denk dat de mensen zot zullen worden van netwerking. We moeten hier heel voorzichtig mee zijn, ik denk dat er mensen zijn die een beetje angstig zijn. Als Den Teirling en ik en misschien de dokter een netwerk hebben... het mag niet te groot zijn, dat lijkt me niet goed." (3)

Een andere respondent geeft in dit verband de voorkeur aan een vertrouwenspersoon.

"Wij hebben dat gehad zo'n netwerk rond een bepaald persoon. Ik denk dat ze veel meer hebben aan één vertrouwenspersoon dan aan een volledige groep. Wat je vaak meemaakt zijn zo van die bijeenkomsten waarbij psychiaters, psychologen rond tafel zitten, dat zijn niet de meest efficiënte vergaderingen, je komt dan buiten en weet niet wat er gezegd is. Ik zie het meer onder de vorm van een vertrouwenspersoon." (2)

Anderzijds wil men kleinschalig werken omdat dit efficiënter is.

"Het is ook moeilijk om iedereen samen te brengen om een vergadering te organiseren. We merken dat het al moeilijk is met 2 of 3, laat staan met grotere groepen. Ik denk ook dat tijdverlies het resultaat zal zijn. Alles zal veel meer tijd in beslag nemen tegen dat er één of twee. De meerkost zit hem vooral in tijdverlies, qua personeel binnen uw uren moet je extra personeel hebben om je te vervangen. Ook al zou er maandelijks een netwerkvergadering zijn, je zou ervan verstedd staan hoeveel mensen er veel moeten vergaderen. Er moet natuurlijk vergaderd worden, er moet in groep nagedacht worden, maar dat mag niet teveel worden... dit is onze bureau, als wij hier willen vergaderen, wij hebben niet veel ruimte om hier met acht of negen rond de tafel te zitten. Dat is persoonlijk, maar ik werk veel liever kleinschalig." (2)

Een andere respondent, zoals mag blijken uit onderstaand citaat, gelooft eerder in een kleinschalig netwerk om op die manier uit te groeien.

"Je moet beginnen met dingen die er zijn. Je moet niet grootschalig beginnen denken en vanalles opnieuw beginnen maar gewoon van onderliggende structuren, dan denk ik één aan individuele contacten met bezoekers van een centra. Mensen die u kennen en vertrouwen. Je moet het allemaal niet zo groots bekijken: klein beginnen en individuele contacten en contacten met bestaande partners. En zo stilletjes aan beginnen te verweven. Een beetje een domino effect." (14)

Een andere respondent daarentegen, ziet verscheidene voordelen in van een grootschalig netwerk.

"De voordelen zijn zeker wel dat je ontlast bent op zeker niveau. Daar waar je soms in een cliëntsituatie de enige hulpverlener bent of je werkt met drie samen. Hoe groter het netwerk, hoe meer ontlasting bij ieder van de deelnemers, elke persoon zal meer ontlast worden. Als je met één cliënt bezig bent, voel je je heel erg belast, heel erg verantwoordelijk. Ik merk ook hoe meer je het netwerk kan inschakelen, hoe meer je je zelf geroepen voelt om de dingen te gaan opnemen of hoe meer je zal zeggen daarvoor kan je naar Den Teirling of daarvoor kan je best naar de maatschappelijk werker van het OCMW. Hoe groter het netwerk hoe meer ruimte ook voor alle hulpverleners." (6)

Anderzijds stelt zij ook: *"Hoe groter het netwerk, hoe groter de kans, dat sommige mensen in dossiers tegen elkaar uitgespeeld worden." (6)*

8.4 Voor- en nadelen

Hieronder geven we een overzicht van de voor- en nadelen van netwerkvorming die door de respondenten werden aangehaald. We brengen ze onder in volgende subcategorieën.

Organisatorisch

Het feit dat men een netwerk wil vormen om doelstellingen beter te bereiken, wordt eveneens erkend als het belangrijkste voordeel.

Ook de extra verwijsmogelijkheden die netwerkvorming biedt, worden gezien als een meerwaarde.

Andere voordelen zijn elkaar kunnen steunen naar de overheid toe op allerlei vlakken (financieel, accommodatie,...).

"Ik denk vooral dat een voordeel van een netwerk kan zijn... samen eventueel aan de overheid een geluid te kunnen geven van kijk daar hebben wij nood aan, om sterker te staan, want met één of twee organisaties ga je nooit zo sterk staan als met een hele groep dat een samenwerking of een netwerk heeft opgezet om iets nieuw op poten te zetten of een project te realiseren of knelpunten aan te kaarten aan de overheid. Het is belangrijk dat je met een aantal organisaties gegroepeerd bent om dat aan te kaarten. Ik denk dat dit een zeer groot voordeel zal zijn." (17)

Een voorwaarde die aan deze voordelen gekoppeld wordt zijn duidelijke afspraken en netwerkvergaderingen. Hoewel dit gezien wordt als een meerwaarde, bleek uit citaat 2 (cfr. 8.3.3) al dat netwerking tijd en energie vergt.

Financieel

"Financieel denk ik dat je sterker naar de overheid staat als je gaat samenwerken. Of dat meer subsidies zal opleveren weet ik niet, omdat Den Teirling echt in welzijn zit en wij zitten in de sector van opleiding en tewerkstelling. Dus dat zijn twee andere uitvalsbasisen, ik weet niet of daar financieel iets te rapen valt." (15)

Naast het sterker staan naar de overheid, zoals uit bovenstaand citaat mag blijken, levert samenwerking met maatschappelijke organisaties ook financieel voordeel op. Zij stellen immers gratis materiaal (bvb. zaal, tentoonstellingsruimte,..) ter beschikking, bieden gratis werkopleiding en de meeste vormingen zijn zeer laagdrempelig en dus financieel haalbaar voor bezoekers van een Dac. Het kan gaan van uitwisseling van materiaal, tot uitwisseling van schoonmaakpersoneel. Er worden geen nadelen in dit verband onderschreven.

Materieel

Deze voordelen vloeien voort uit het financiële en worden door enkelen expliciet aangehaald, nl. het delen van locatie, tentoonstellingsruimtes.

"Delen van locatie en infrastructuur die gebouwd is door de overheid optimaal gebruiken. Materieel hetzelfde, als een Dac in staat is een computerlokaal in te richten, het staat er." (8)

Ook hier worden er in dit verband geen nadelen onderschreven.

Doelgroep

Eén respondent stelt dat door het delen van een locatie, de stap naar zelfstandigheid vergemakkelijkt zal worden.

"Als Den Teirling bvb. meer activiteiten hier gaat doen, kan dit voor sommige mensen de stap naar zelfstandiger worden vergemakkelijken... mensen zullen makkelijker de weg naar onze activiteiten vinden... en anderzijds diegene die hier niet kunnen komen en meer op hun plek zouden zijn in Den Teirling, dat die stap ook gemakkelijker kan gemaakt worden." (12)

Volgens anderen zullen personen met een psychiatrische problematiek beter bereikt worden, zal men de problematiek beter leren kennen en wordt integratie mogelijk.

Een voorwaarde die men hiertoe aanhaalt is voldoende aandacht voor laagdrempeligheid.

Zoals we eerder ook al aanhaalden kan het werken met personen met een psychiatrische problematiek invloed hebben op de sfeer in de groep (cfr.8.1.2). Ook onderstaand citaat getuigt hiervan. De respondent biedt hiervoor eveneens een oplossing aan.

"Een voordeel zou kunnen zijn een groter bereik van de doelgroep maar ik weet uit ervaring dat als er één cursist is met een psychiatrische problematiek binnen de groep dat dat belemmerd kan werken voor de hele groep. We hebben dat echt wel meegemaakt en dan moeten we ook echt die persoon op maat begeleiden, op maat een cursus geven omdat dat niet kon... We nemen contact op met de begeleider van die persoon..., de persoon die doorverwezen heeft en dan kunnen we een beter aanbod aan die cursist bieden op maat, zonder dat het nadelig werkt voor de huidige groep. We hebben zo bvb. een psychiatrische patiënt gehad, die geen problemen had met gewone lessen Nederlands te volgen, maar wel met informatica. Als hij nog ok was, gezond was, werkte ze nog met een typemachine dat gaat prima maar met een pc werken dat ging niet. We hebben met een begeleider van ATB samengewerkt, zodat ie begeleid kon worden tijdens de cursus en niet alle aandacht opeiste van de begeleider van de cursus. Het is allemaal mogelijk maar het vraagt heel veel tijd en energie. De kwaliteit van de lessen ging ook naar beneden. Daar moeten we ook oog voor hebben... Methodieken kunnen altijd aangepast worden naar een bepaalde doelgroep toe. Ook hier zijn er voordelen." (16)

Aanbod

Het voornaamste voordeel is dat zowel het aanbod van het Dac als het aanbod van de bevroegde organisatie kan verruimd worden. Eén respondent stelt hierbij dat het aanbod van netwerkpartners misschien ook meer laagdrempelig zal worden.

Ook hier worden er in dit verband geen nadelen onderschreven.

Deskundigheid

Door netwerkvorming kan de kennis en de knowhow van bepaalde methodieken, uitgewisseld worden.

“Bvb. als wij een methodiek ontwikkeld hebben voor de basisopleiding bediende, wij doen dat voor deze opleiding maar eigenlijk kunnen wij dat ook gebruiken voor andere organisaties die gelijkaardige opleidingen hebben. Bvb. nu doen we dat met een Franstalige partner maar we zouden dat even goed met andere partners kunnen doen. We hebben ook een project jobcoaching, dat gefinancierd is door de VGC met de bedoeling het ook te verspreiden. Ik heb het niet gevolgd, ik weet niet wat er van geworden is om het te verspreiden aan organisaties in Brussel maar dat zou bvb. ook een doelstelling kunnen zijn.” (16)

Hiernaast kan er ook info uitgewisseld worden rond goede lesgevers.

Ten slotte kan kennis over de cliënten en eventuele begeleidingstips uitgewisseld worden. Al blijkt dit niet altijd vlot te verlopen, zoals mag blijken uit volgend citaat.

“Ik denk dat het interessant is dat we bij nieuwe kandidaten achtergrondinformatie krijgen met eventueel begeleidingstips bij... Soms is het handig van bij het begin achtergrondinfo te hebben omdat het dikwijls nogal zoeken is. Het hangt ervan af op de manier hoe de persoon hier is terecht gekomen, vooral dokters en psychiaters zijn nogal weerspanning om daar niets over te lossen, omdat het beroepsgeheim is, ik kan daar inkomen maar wij zijn evengoed gebonden aan beroepsgeheim. Of ze het nu vertellen aan een verpleegster binnen het ziekenhuis of ze vertellen het hier aan een gekwalificeerde kracht, voor mij maakt dat geen verschil uit, voor die mensen blijkbaar wel. Meestal lukt het wel via sociale diensten... meestal komen de mensen ook naar hier via een sociale dienst, via die sociale dienst is er dan achtergrondinformatie. Dat begint wel te vlotten in vergelijking tot een aantal jaar geleden. Ik spreek van dokters, als je de tussenpersoon van een sociale dienst niet hebt, omdat je uiteindelijk toch ook het beste wil voor de persoon, het is niet dat wij die info gaan misbruiken.” (15)

De nadelen haalden we eerder al aan (cfr.8.3.3).

9 Concrete invulling van het vormen van een netwerk met een dagactiviteitencentrum

In dit hoofdstuk bekijken we hoe een netwerk concreet vorm kan krijgen. Afhankelijk van het type organisatie kan netwerkvorming mogelijk gemaakt worden door ofwel doorverwijzing of door samen activiteiten te realiseren. Ook een combinatie van beiden wordt aangehaald door sommige voorzieningen.

9.1 Activiteiten

Tien organisaties (alle socio-culturele organisaties en vorming- en opleidingsinitiatieven en enkele GGZ voorzieningen) kunnen de mogelijkheid bieden om samen met een Dac activiteiten te verwezenlijken.

Alle bevroegde socio-culturele organisaties kunnen samen met een Dac activiteiten verwezenlijken of hiervoor lokalen, tentoonstellingsruimtes e.d. ter beschikking stellen. In principe kunnen personen met een psychiatrische problematiek op eender welk moment deelnemen aan het socio-culturele aanbod.

Concrete activiteiten die worden aangehaald zijn creatieve ateliers maar ook het organiseren van sportcompetities en feesten.

Eén respondent benadrukt expliciet om geen aparte activiteiten voor personen met een psychiatrische problematiek te organiseren.

"Ik ben vooral voorstander om als er zoiets georganiseerd wordt, om er geen aparte activiteiten voor te doen. Maar met mensen uit het dagcentrum, met enkele of met een leefgroep... er mee naar hier te komen en een activiteit doen." (10)

Welke activiteit precies, waar en hoeveel keer deze zal plaatsvinden dient besproken te worden.

Wat betreft de begeleiding blijkt het wenselijk een medewerker van het Dac te betrekken bij de activiteit.

"Afhankelijk van de activiteit,... iemand van bij ons en iemand van het Dac. Het hangt er ook van af hoe 'diep' dat die mensen zitten." (10)

Ook alle vorming- en opleidingsinitiatieven kunnen in een netwerk activiteiten met een Dac realiseren. Concreet stellen zij vormingen op maat voor of wenst men samen een fietsproject te realiseren.

Enkele GGZ voorzieningen hebben het over zeer concrete activiteiten. Het gaat voornamelijk over uitstappen. Hiernaast ook nog tentoonstellingen, concerten, een ijsje eten of iets gaan drinken. Eén respondent benadrukt dat dit enkel op zaterdag kan omdat er enkel dan plaats wordt gemaakt voor activiteiten met (ex-)cliënten en cliënten van andere voorzieningen. Heel concreet wordt volgend idee door deze respondent voorgesteld.

"We zouden misschien kunnen zeggen aan Den Teirling als er mensen bij jullie zaterdag niets te doen hebben, willen ze dan misschien met ons naar Bastogne gaan met de camionette? We hebben dat gedaan met het dagcentrum van de RIZIV, het was het enige dagcentrum dat openbleef zaterdag. Ze zijn maar met één werker, dat is niet veel dus als ze zaterdag willen wandelen, is er niemand die daar kan blijven. We zijn zo met twee camionetten en twee mensen gegaan. Nu hebben de RIZIV zo weinig centen dat ze niet meer op zaterdag kunnen werken. Het is dus mogelijk en ik vond dat niet mis. Onze patiënten die werken overdag en naar hier komen 's avonds en mensen die niet werken en naar een dagcentrum gaan en alleen leven, het is een mix van twee centra's. Als je een bier vraagt mag je er één hebben, hier niet. Er dienen goede afspraken gemaakt te worden, een dagcentrum is geen nachtcentrum." (3)

9.1.1 Knelpunten

De knelpunten die worden aangehaald bij het verwezenlijken van deze activiteiten zijn zeer divers. Volgens een respondent, die reeds samenwerkt met Den Teirling, is het verwezenlijken van activiteiten twee keer per jaar voldoende omdat meerdere activiteiten financieel niet haalbaar zijn. Bovendien laat het uurrooster dit ook niet toe.

Een andere daarentegen meent dat mensen moeten kunnen komen wanneer ze willen.

"Stel, wij zijn donderdag een antennetje voor sommige is dat niet ideaal want die moeten kunnen komen als ze zich goed voelen." (11)

Ten slotte haalt men aan dat er wellicht mensen in het doelpubliek van een Dac moeilijk te integreren zijn in de werking.

"Misschien is het publiek toch niet helemaal hetzelfde; ik denk dat het publiek van het dagcentrum toch wel zwaardere problemen heeft; dat die moeilijker te integreren zijn binnen een werking zoals de onze... Ik zie misschien onvoldoende het publiek van Den Teirling. Ik kan mij voorstellen dat er mensen zijn die moeilijker te integreren zijn, ik denk wel dat de meeste activiteiten mogelijkheden bieden." (12)

9.2 Doorverwijzing

Zes organisaties bieden naast de mogelijkheid om samen activiteiten te realiseren ook nog een doorverwijsmogelijkheid aan (enkele GGZ voorzieningen, enkele socio-culturele organisaties en alle opleidingsinitiatieven).

Negen organisaties (vooral GGZ voorzieningen en alle tewerkstellingsinitiatieven), hebben enkel een doorverwijsmogelijkheid. Om de simpele reden dat zij geen of in mindere mate activiteiten aanbieden.

Die doorverwijsmogelijkheid dient wederzijds bekeken te worden en gebeurt het meest binnen de GGZ voorzieningen. Enerzijds verwijst het Dac door naar voorzieningen in de GGZ, anderzijds verwijzen GGZ voorzieningen door naar een Dac.

"Ja, we werken heel sterk samen met Den Teirling; langs de twee kanten, zij verwijzen naar ons door en omgekeerd en het is meer dan verwijzen, zij worden opgenomen in het geheel van de hulpverleners. Ik vind dat we meer samenwerken. Doorverwijzing is meer van ok we verwijzen door en jullie nemen over." (4)

Zoals we eerder al aanhaalden (cfr.3.2) wordt binnen opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven die wederzijdse doorverwijsmogelijkheid met een Dac in mindere mate benut. Twee respondenten geven aan dat het Dac een opstap kan betekenen naar hun aanbod.

"... deelname aan den Teirling zou eventueel vooraf kunnen gaan aan een begeleiding door ons... Dit lijkt me nuttig omdat het Dac er is voor mensen die een invulling van de dag zoeken... Vaak zijn mensen inactief als ze hier komen en hebben ze wel een periode nodig van en dat kan dan wel aan die nood beantwoorden. Mensen moeten de kans krijgen om terug op gang te kunnen komen en dat kan een piste zijn. Om op gang te komen, om minder geïsoleerd te zijn... Aan het begin van een traject gebruik maken van den Teirling zou een piste kunnen zijn." (18)

Een andere respondent geeft dit ook aan maar ziet hier meteen een knelpunt in.

"Een Dac zou eventueel wel een goede oplossing zijn maar dan moet ik dat ook verkocht krijgen aan een cliënt: wat is een Dac, voor welke mensen is het, en dan kom je terug bij het benoemen van die psychische problematiek. Ik kan het ook in kaart brengen van vrijwilligerswerk te doen en daar gaan mensen veel sneller heen omdat het de stempel niet geeft van dat psychische." (17)

9.2.1 Knelpunten

De redenen waarom de doorstroom naar een Dac vaak bemoeilijkt wordt, haalden we eerder al aan (cfr.3.2). In de omgekeerde richting wijzen twee respondenten uit de GGZ erop dat maatschappelijke organisaties meestal wel open staan voor de doelgroep maar dat zij veelal weinig ervaring hebben met deze doelgroep, dit maakt het niet evident om met hen te werken. Dit wordt ook door de maatschappelijke organisaties zelf erkend.

"Zij staan daarvoor open voor die andere doelgroep, maar het is niet evident om daarmee te werken. Hier werd ook geen rekening gehouden in hun opleiding, vorming en ze vinden dit dan heel moeilijke mensen, zitten soms met hun handen in hun haar en gaan veel gemakkelijker hulp afhouden of "trek je plan"... Terwijl dit juist tot de pathologie van de persoon hoort. Maar als je dan die ondersteuning gaat bieden of als je hen verstaanbaar maakt waarom die mensen soms zo reageren of waarom ze dit doen, dat hulpverleners daar anders mee gaan omgaan en wel meer geduld gaan hebben of zeggen je zit in een netwerk, je staat niet alleen misschien is het goed dat je een psycholoog inschakelt, dat ze dan wel voelen "ik sta niet alleen", "ik kan die last wat delen"." (4)

In een volgend hoofdstuk gaan we verder in op de knelpunten die de doorstroom naar maatschappelijke organisaties bemoeilijken.

10 Toegankelijkheid

Indirect blijkt dat de beperkingen van personen met een psychiatrische problematiek ook van invloed zijn op de toegankelijkheid van de bevroagde maatschappelijke organisaties. Deze laatste ervaren op hun beurt ook problemen met de toegankelijkheid in de maatschappij, voornamelijk bij de doorstroom naar de arbeidsmarkt.

10.1 Toegankelijkheid bij de bevroagde organisaties

We willen hieronder enkele instapdrempels bespreken, deze worden veelal aangehaald door respondenten uit opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven.

Een eerste organisatie vereist dat personen met een psychiatrische problematiek drie dagen per week kunnen werken, voldoende stabiel zijn en een zeker intelligentieniveau hebben om zich te engageren. Een ander initiatief binnen dezelfde organisatie vereist dat personen een paar halve dagen in de week beschikbaar zijn om dit werk uit te voeren. Beide activiteiten kaderen in de arbeidszorg, zoals uit onderstaand citaat mag blijken, moet men ook met een arbeidsstructuur weten om te gaan.

“Ook de structuur van de arbeid wordt aangehouden, de uren, ze moeten verwittigen als ze niet komen, worden aangesproken als ze te laat komen, enkel het loon kunnen we niet geven... Ze krijgen wel een vrijwilligersvergoeding.” (15)

Een tweede organisatie haalt eveneens aan dat men stabiel dient te zijn:

“...het aanvaarden dat er iets gaande is, dat ook beseffen en dan kan je maar pas gaan werken aan die problematiek en er over communiceren... ik denk dan ook vooral aan zelfinzicht en het bespreekbaar maken van zijn problematiek. Vaak moet er bij mensen met een psychische problematiek daar nog aan gewerkt worden tegen dat iemand een fysieke problematiek heeft. Er moet eerst gewerkt worden aan zelfinzicht, aanvaarden, vooraleer je daar eigenlijk mee naar werk kan gaan, want anders lukt dat niet.” (17)

Bij een volgende organisatie wordt een intakegesprek gehouden. Hieruit moet blijken of de persoon in kwestie een zeker niveau heeft en vooral voldoende gemotiveerd is.

“Een intake methode om te zien welke cursisten we willen gebruiken, welke cursisten kunnen doorstromen en kansen maken op een tewerkstelling. Hiervoor hebben we een methodiek ontwikkeld met verschillende domeinen: info over opleiding, tewerkstelling, persoonlijke achtergrond. Aan de hand daarvan beslissen we met het team of iemand de opleiding zou kunnen volgen, of die iets kan leren en kans maakt om te werken... Vragen over gezondheid, de privésfeer, kunnen niet gesteld worden maar met goedkeuring van de cursist zou het wel kunnen. Misschien moeten we dat in het team nagaan of we dat item kunnen tussenvoegen, mee opnemen en er ook aandacht aan besteden. Ik ga het zeker meenemen want het komt echt te weinig aan bod.” (16)

Een laatste organisatie is minder toegankelijk omwille van het niet kunnen begeleiden van personen met een mutualiteitstatuut.

“Mensen op mutualiteit kunnen we wel begeleiden maar we worden daarvoor niet gesubsidieerd. De BGDA zegt: “die mensen zijn niet arbeidsgeschikt, die kunnen niet ingeschreven worden als werkzoekenden en tellen dus ook niet mee voor jullie cijfers.” Op een bepaald moment werd dat aandeel zodanig groot dat onze raad van bestuur gezegd heeft dat dat niet meer gaat. Dus is er een overeenkomst gemaakt met ATB Vlaams Brabant Brussel dat zij die begeleidingen doen... En ATB wordt daar wel voor betaald omdat ze erkend worden door het Vlaams Fonds.” (18)

Merkwaardig genoeg stelt de organisatie die zich wel richt tot mensen met een mutualiteitsstatuut dat *"...als ge de berekening maakt is het soms beter financieel om op mutualiteit te blijven staan omdat die niet zoveel meer geld verdienen."*(17)

Eén socio-culturele organisatie wil een evenwicht houden binnen de groep om niet te veel psychiatrische patiënten te hebben omdat dat doorweegt op de sfeer in de groep.

Hiertoe maakt men ook gebruik van de intakemethode.

"...dat evenwicht willen we bereiken door mensen vooraf te zien en na te gaan of hun doelstellingen en die van ons compatibel zijn. Als we bvb. merken dat die mensen nog niet helemaal stabiel zijn of heel veel behoeften hebben om over zichzelf te praten in de groep dan vragen we wel om nog eventjes te wachten en daar eerst nog aan te werken." (13)

10.2 Toegankelijkheid in de maatschappij

Knelpunten wat betreft de toegankelijkheid in de maatschappij worden door alle opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven bevestigd en situeren zich op drie niveaus. Enerzijds de knelpunten die de economische realiteit met zich mee brengt, anderzijds werkgevers die een verkeerd beeld hebben van personen met een psychiatrische problematiek. Ten slotte de tewerkstellingsbevorderende maatregelen die niet effectief blijken te zijn.

De economische realiteit maakt het voor personen met een psychiatrische problematiek op de arbeidsmarkt niet evident. De stress van de arbeidsmarkt ligt veel te hoog, de informatisering en het feit dat alles in het teken van winst staat, maakt het niet gemakkelijk voor personen met een psychiatrische problematiek.

Vele vzw's werken ook met een doelgroep, waardoor deze personen niet in aanmerking komen.

Een respondent haalt aan dat men cliënten soms 'onnodig' doorstuurt naar de beschutte werkplaats.

"Vaak zijn er cliënten die men nu doorstuurt naar een beschutte werkplaats die nog wel geschikt kunnen zijn voor bodewerk (kopies maken, brieven schrijven,...). Maar op dat vlak is er geen geld genoeg bij de werkgever om die persoon in dienst te nemen. Dus wat doen veel bedrijven, ze creëren die functie niet en ze laten dat werk doen door een persoon die ze meer betalen. Bvb. bij de Vlaamse Overheid werft men een licentiaat aan, die dan ook zelf kopies dient te maken, zelf moet klasseren,... Terwijl als je dat kan uitbesteden aan iemand anders, dan kan hij zich nog meer focussen op zijn werk, bvb. als hij onderzoek moet doen, dan kan hij zich daar beter mee bezig houden. Natuurlijk moeten ze dan geld behouden voor die andere, die bode eigenlijk in dienst te nemen." (17)

Ook blijkt dat de meeste werkgevers er niet voor open staan. De administratieve rompslomp die het voor hen onoverzichtelijk maakt en hun onwetendheid, zowel over de problematiek als over de mogelijkheid om aangepaste hulpmiddelen te gebruiken, weerhouden werkgevers om personen met een psychiatrische problematiek aan te werven.

"De meeste mensen hebben een verkeerd beeld van een handicap, ze denken aan een rolstoel, je ziet het ook niet altijd aan mensen dat er problemen zijn bvb. mensen met een licht verstandelijke handicap dat manifesteert zich niet; soms zijn mensen verbaal heel sterk maar kunnen ze wel niet goed functioneren." (18)

Zoals blijkt uit onderstaand citaat ervoer dezelfde respondent ook dat het anders kon. Toch stelt deze expliciet dat personen met een psychiatrische problematiek hetzelfde moeten behandeld worden als de andere werknemers.

"Je kan niet zeggen van die werkgevers dat het allemaal geldwolven zijn, ik heb toch al een aantal keer gezien dat ze dingen tolereren die ze van ander werk niet tolereren, puur om hun tewerkstelling te doen lukken. Ondanks het feit dat er dingen serieus mislopen, dat je dan al bijna moet zeggen ontsla ze dan toch. Ik denk dat het vaak te maken heeft met de persoonlijke achtergrond van die werkgever omdat die iemand met een handicap heeft in de familie." (18)

Ten slotte zijn er de tewerkstellingsbevorderende maatregelen zoals bvb. CAO 26 die niet blijken te werken, zoals men het voorstelt.

"Mijn ervaring is dat een werkgever nooit alleen daarom ja gaat zeggen, en als hij het wel doet dan is er iets niet juist. Met die maatregelen wordt gezwaaid en geschermd, ik ga niet zeggen dat het niets doet maar als een werkgever op zich al zegt die persoon wil ik in dienst nemen want die kan volgens mij die taak doen. Dan mag je nog met 100 maatregelen staan zwaaien dat haalt niets uit." (18)

Anderzijds blijkt die maatregel indirect meer gebruikt te worden voor fysiek gehandicapten.

"De gewone arbeidsmarkt staat er niet voor open, met cao 26 krijg je denk ik gewoon de klassiek gehandicapten mee tewerkgesteld. Cao 26 geldt in principe voor iedereen die met een handicap te maken heeft, maar ik denk dat die kloof te groot is tussen de arbeidsmarkt en de belevingswereld van de psychiatrische patiënt en zeker naar stress toe te groot is. Bvb. iemand die in een rolstoel zit, die ga je duidelijk niet vragen ga de trap op daarvan weet je wat hij kan en niet kan, van iemand met een psychiatrische problematiek zie je niet aan zijn gezicht wat hij kan en niet kan." (15)

Of komt de cliënt er niet voor in aanmerking omdat hij bvb. nog niet lang genoeg werkloos is.

10.3 Doorstroom naar de arbeidsmarkt

Voor de meeste organisaties was het moeilijk hier een percentage op te plakken. Men benadrukte wel dat de doorstroom van mensen met een psychiatrische problematiek niet groot is. Eén organisatie gaf wel exacte cijfergegevens, waaruit bleek dat het toch niet al te slecht loopt.

"50 % van de personen met een psychiatrische problematiek stromen door naar opleiding/begeleiding/bemiddeling, dit is ongeveer 5% lager dan andere doelgroepen, mede omwille van het feit dat hier meer cliënten een mutualiteitstatuut hebben. Ze stromen minder door, vinden minder dan gemiddeld werk, haken sneller af. Van de groep van 200 vindt uiteindelijk jaarlijks ongeveer 25 % werk (met RVA-statuuat ligt dit percentage iets hoger), d.w.z. ongeveer 35 à 40 cliënten per jaar. De resultaten met dit doelpubliek bereiken we veel trager en moeizamer dan andere doelgroepen. Het effect van opleiding ligt bij cliënten met psychische problemen ook veel lager dan gemiddeld: 55 % ten opzichte van 72 %. Onze cijfers zijn naar mijn oordeel goed. Binnen de psychiatrie is men reeds heel tevreden indien een tewerkstellingspercentage wordt behaald van meer dan 11 % (= gemiddelde in de sector op basis van onderzoek)." (17)

Deze organisatie haalt een knelpunt aan waar personen met een mutualiteitstatuut die in Brussel wonen mee te maken krijgen.

"Er zijn wel heel veel tewerkstellingsmogelijkheden voor mensen die op BGDA staan maar mensen die op mutualiteit staan en in Brussel wonen kunnen zich niet inschrijven bij een BGDA. De BGDA erkent die niet. Ik kan ze wel inschrijven bij de VDAB maar de VDAB heeft geen organisaties in Brussel. Wat hiermee?" (17)

Een andere organisatie stelt dat personen met een psychiatrische problematiek vooral tewerkgesteld worden in de sociale organisaties, veelal gaat het om partners van de sociale sector waarmee men samenwerkt. Meestal worden ze tewerkgesteld in zeer laag uitvoerend werk of als

onderhoudspersoneel of technisch assistent. Ook de VGC en de Vlaamse gemeenschap blijken er voor open te staan omdat zij werken met een diversiteitsplan.

"Bvb. de VGC daar werken we nu heel fel mee samen, zij hebben een aantal functies gereserveerd voor die doelgroep en zij weten dat ze zich richten tot die doelgroep en die functies omdat ze dan ook begeleiding voorzien, die begeleiding vind je niet overal." (16)

10.3.1 Aanbevelingen

Op het eerste niveau haalden we zojuist de knelpunten aan die de economische realiteit met zich meebrengt. Volgens een respondent staat het vast dat personen met een psychiatrische problematiek zich zullen moeten bewijzen naar de arbeidsmarkt toe. Een opleiding of stage, die drempelverlagend werkt, lijkt de beste aanbeveling te zijn om doorstroom naar de arbeidsmarkt te bevorderen.

"Het beste wat helpt is ze via opleiding of stages te bemiddelen, omdat mensen dan de kans krijgen om te laten zien wat ze kunnen en dat dat voor hen ook drempelverlagend is, dat is de beste praktijk." (18)

Op een tweede niveau hadden we het over werkgevers die een verkeerd beeld hebben van deze personen. Een mogelijke aanbeveling voor zowel de bedrijven als de organisaties als het beleid is het nemen van initiatieven waardoor de kennis bij werkgevers over deze doelgroep wordt bevorderd. Mogelijk kan sensibilisering hiertoe een middel zijn. Verder dient er een draagvlak gecreëerd te worden.

Op het laatste niveau haalden we de ineffectiviteit van de tewerkstellingsbevorderende maatregelen aan. Er bestaan websites waar men de maatregel op maat van de persoon weergeeft, het probleem ligt hem niet echt bij de bekendheid. Het gaat over het gebruik van de maatregelen. Men geeft hier niet meteen een aanbeveling naar het beleid toe. Een andere maatregel of meer maatregelen op maat van de persoon blijkt geen oplossing. Zoals een respondent eerder al aanhaalde: *"Dan mag je nog met 100 maatregelen staan zwaaien dat haalt niets uit." (18)*

11 Coördinatie van netwerkvorming

Bijna alle organisaties vinden het nodig dat netwerkvorming gecoördineerd wordt. Al zijn de meningen nogal verdeeld over welke instantie het netwerk zal coördineren en wat deze taak precies inhoudt. Enkelen stellen dit in vraag en zien er knelpunten in.

11.1 Coördinerende instantie

Zes organisaties spreken van een overkoepelend orgaan dat deze taak op zich neemt. Eén respondent meent dat het de taak is van de overkoepelende instantie om financiering te volgen.

Twee respondenten denken hierbij aan de BWR, een andere respondent meent dat Overleg-, Opleiding-, en Tewerkstellingsprojecten Brussel (OOTB) deze coördinerende taak op zich kan nemen. Uit onderstaand citaat mag blijken, wat de troeven zijn van deze laatste overkoepelende organisaties.

"We hebben er goede ervaring mee. Die mensen kennen alle organisaties van de sociale sector. Ze hebben een hele brede kennis van alle domeinen en sectoren. Ze volgen het ook heel nauw op, het is een ideale partner bvb. als wij een nieuw project willen opstarten... Dan houden we een soort brainstorming, we vragen OOTB erbij om mee na te denken omdat ze zo'n grote kennis hebben van organisaties in Brussel om mee na te denken waar zijn er nog noden, welke gaten kunnen we nog bedekken. Dus we vragen ook expertise en know how van OOTB." (16)

Eén respondent stelt zich de vraag of het gecoördineerd moet worden door een coördinator of vertrouwenspersoon. Zoals uit onderstaand citaat mag blijken, biedt zowel het ene als het andere voordelen.

"... Er is een verschil tussen een coördinator en een vertrouwenspersoon, wie ga je er effectief zetten? Ik denk ook wel dat die persoon er meer bij gebaat is voor die ene vertrouwenspersoon die dan contacten legt met die en die en die instanties. Eerder dan al die mensen samen te brengen. Het voordeel is dat je zelf als begeleider ook vertrouwenspersoon kan blijven van de persoon. Terwijl als je het coördineert ga je op een bepaald moment partij moeten trekken voor iemand... Het kan voordelen hebben, het biedt ook een zekere houvast en afstandelijkheid wat soms ook goed is." (2)

Een andere stelt de keuze tussen een coördinator, die stimuleert en juridische en financiële implicaties kent of een bemiddelaar, die gekozen wordt door de verschillende deelnemers.

"Ik denk dat er wel nood is aan een zorgcoördinator of een zorgbemiddelaar. Dan zou je bijna de term zorgcoördinator moeten gebruiken, iemand die dat mogelijk maakt, die dat stimuleert, die de juridische en financiële implicaties kent. Wie die gaat leveren is voor mij niet duidelijk, tenzij, als dat nog tot hun taak behoort, tot de GDT's. Maar het gaat niet om thuiszorg maar om ambulante zorg. Ofwel moet je de titel zorgbemiddelaar nemen, dan is dat iemand die gekozen wordt vanuit één van de verschillende deelnemers om dit tijdelijk op gang te zetten en dan heb je een bepaald mandaat binnen de gemeenschapsmaterie. Ik denk niet dat er nog iets boven moet komen daarom zou ik eerder pleiten voor een bemiddelaar en de partners kiezen onder elkaar een persoon uit die voor een tijd die zaken runt en het wordt eventueel gezamenlijk beslist om er zoveel geld en tijd voor vrij te maken. Dat lijkt mij de beste oplossing en dat voor een meer bepaald dossier rond een psychiatrische problematiek, dat daar de bemiddelaar zou zijn een psychiater. Gaat het om een maatschappelijke problematiek, een maatschappelijk werker, hoewel dat ook kan wisselen, maar dat hoeft ook niet, dat er tenminste iemand is die de opdracht krijgt." (8)

Nog een andere stelt dat één van de partners een stuk verantwoordelijkheid moet nemen om het netwerk te structureren en ervoor moet zorgen dat verschillende partners beter samenwerken. Een respondent ziet in deze formule minder slaagkansen.

"Misschien heeft een overkoepelende organisatie op lange termijn meer kansen om te lukken dan als je het overlaat aan één van de partners die waarschijnlijk met andere zaken in hun hoofd zitten." (8)

Een laatste schrijft deze coördinerende functie toe aan een stuurgroep, hierin zetelt iemand van een Dac, iemand van deze organisatie en een deskundige.

Ten slotte is een ander meer voorstander van een overlegplatform, dat eventueel zou kunnen uitgroeien tot een coördinerende instantie.

"Eerst en vooral moet de hogere instantie zorgen dat er middelen zijn. Als de middelen er zijn en er groeien initiatieven naar een overlegplatform. Ik geloof hier eerder in dan dat van bovenuit zou gestuurd worden. Mensen zijn beroepskrachten en hebben nood aan professioneel overleg. Het moet van onderuit gestuurd worden omdat het van hogerhand ook vaak een andere doelstelling zou kunnen hebben. Als het overlegplatform uitgroeit tot het oprichten van een coördinatiecel dan is dit een goede zaak, maar niet dat er een coördinatiecel is die het overleg regelt." (11)

Drie organisaties hebben er geen zicht op hoe netwerkvorming kan gecoördineerd worden. Evenveel anderen wensen liever geen coördinerende instantie, zij zien hier enkele knelpunten in die we in de volgende paragraaf samenvatten.

11.2 Knelpunten

Met betrekking tot coördinatie erkent een respondent een probleem in de betrokkenheid naar de cliëntsituatie. Deze spreekt uit ervaring en stelt:

"Ik merk dat hier al, als er iemand wordt gevraagd om in overleg te gaan. De voorwaarde is dan ook dat die persoon helemaal niet met de cliëntsituatie bezig is of daar ook helemaal niks van weet, zijn zwakke punten niet kent. In overleg kan dat soms, wat er ook door de overheid opgesteld mag worden, ik merk dat dat vreemd kan zijn aan dat wat op de werkvloer gebeurt. Moest het dan al georganiseerd worden dan moeten er heel veel reflecties van de werkvloer naar boven zijn. Het mag niet zomaar geponeerd worden en vanalles gaan opleggen aan mensen beneden die er toch wel echt mee bezig zijn." (6)

Een andere respondent ziet eveneens het belang in om samen te werken met iemand die voeling heeft met de basis maar stelt dat hier extra personeel binnen de eigen organisatie voor nodig is.

"Ik denk dat er nood is aan extra personeel om dat te doen, ons personeel zit meer dan vol qua takenpakket, als we dat dan er ook nog eens moeten bijnemen om op een deftige manier een netwerk te vormen. Op den duur heb je tijd te weinig." (15)

Een laatste ziet een coördinerende instantie als inmengend en doet om deze reden hier liever geen beroep op.

"Ik ben persoonlijk niet voor veel inmenging, dit wil altijd zeggen dat diegenen die best geïnformeerd zijn, altijd het meeste macht hebben en de zaken naar zich toe trekken." (7)

Samenvattend kan gesteld worden dat deze organisaties zich keren tegen een hogere instantie die coördineert. Misschien moet de oplossing in een vertrouwenspersoon of een bemiddelaar gezocht worden. De respondenten die eerder al een voorstel deden voor het aanstellen van een bemiddelaar of vertrouwenspersoon, blijken ook geen voorstander te zijn van een hogere instantie die coördineert.

"Als het kleinschalig is en ze gaan er nog iemand boven zetten, dan ga je het opgelegd krijgen dat een netwerk moet." (2)

12 Financiering van netwerkvorming

In dit hoofdstuk geven we weer door wie en hoe netwerkvorming kan gefinancierd worden en welke knelpunten hier aan verbonden zijn.

12.1 Financieringsvorm

Vier organisaties vinden dat netwerkvorming structureel gesubsidieerd moet worden.

“Een vaste enveloppe lijkt me de enige manier; je moet ervoor zorgen dat de cliënten de vrijheid hebben om te komen of niet en als het financiële afhangt van de aanwezigheid van cliënten dan krijg je natuurlijk systemen waarbij wie dat altijd komt goed is en wie minder komt slecht is. Subsidieering moet ervoor zorgen dat de doelgroep nog bereikt kan worden. Een systeem waarbij je een vast bedrag en dat nog gezocht kan worden naar bijkomende middelen. Dat vergt ook tijd en de vraag is kost dit niet meer geld dan dat het opbrengt. Dus ik denk dat dit eigenlijk vast moet gesubsidieerd worden.” (7)

Eén respondent haalt aan dat dit het best kan via het departement welzijn.

“Ik denk vooral aan het departement welzijn. Psychische problematiek is toch wel welzijn dat die daar subsidies voor moeten kunnen vrijmaken. Dat netwerk richt zich niet enkel tot werk maar tot integratie in de samenleving voor mensen met een psychische problematiek, dat is allesomvattend, dat is niet enkel werk maar ook sociale contacten, vrije tijd. Ik denk dat dat dan eerder bij welzijn moet gezocht worden.” (17)

Vier andere organisaties menen dat er een projectfinanciering moet gekoppeld worden aan netwerkvorming. Eén respondent haalt de mogelijkheid aan om dit via activering te doen.

Drie respondenten vervangen het begrip financiering liever door ‘belonen’. Zij stellen dat netwerkvorming tijd vraagt en dient beloond te worden, zeker voor huisartsen.

“Ik denk eerder beloond dan gefinancierd. Ik denk dat de partners voor het overleg omdat het tijdsinvesterend is voor artsen en zij hebben ook altijd het gevoel dat ze dat gratis doen, terwijl anderen daar zitten in hun dagtaak en dus dat geeft altijd spanningen. Ik dacht misschien dat via dat Federaal initiatief van geïntegreerde diensten thuiszorg, de GDT's zoals ze noemen, misschien zouden langs daar mogelijkheden zijn om financiering te krijgen voor aanwezigheden op die overlegvergaderingen. Ik denk dat het langs daar moet gaan. Ik denk dat je op zich ook wel wat werkingsmiddelen kan krijgen om activiteiten te organiseren. Of dat binnen het budget voorzien is, of ze daar een extra voor zullen krijgen weet ik niet. Ik denk wel dat het nuttig zal zijn, het is een sneeuwbaaleffect. Eén keer als je mensen ermee in contact brengt, zullen ze er sneller aan denken en zal de kwaliteit verhogen.” (8)

Volgens een andere respondent dienen de financiën niet van de GDT's te komen maar zou het mogelijk kunnen via zorgenplannen.

Enkele vinden dat de financiering vanuit beide werkingen moet komen, dit wordt echter door één organisatie in vraag gesteld.

“...ofwel zeg je een paar organisaties die samenwerken, maar dan moet je zorgen dat je daarvoor de middelen hebt, of zelf bij overheden gaan aankloppen en zeggen zo en zo, met stevige argumenten komen en daar de meerwaarde van bewijzen. En mijn ervaring is als je zo'n dingen doet dan moet je maar zorgen dat je zelf die kosten ophoest of anders moet je het goed kunnen uitleggen.” (18)

Zes organisaties weten niet precies hoe netwerkvorming gefinancierd dient te worden. Eén respondent stelt door de VGC. Twee anderen erkennen de noodzaak aan meer personeel om netwerkvorming mogelijk te maken. Een volgende respondent formuleert echter een alternatieve wijze van financieren, zoals uit onderstaand citaat mag blijken.

"Misschien is het mogelijk bvb. er worden nog steeds bedden afgebouwd binnen de psychiatrische ziekenhuizen, die financies voor een stuk voor netwerking gebruiken, ik weet het niet. In een netwerk kan familiehelp, ziekenhuizen, bijkomende thuiszorg zitten, BW, een Dac, een ACT project kan daar inzitten. In plaats van dat je zegt aan elk apart geld te geven, ga je al het geld aan één koepelorganisatie geven en je geeft het geld waar een patiënt is. Bvb. als ik een patiënt heb en die zit momenteel in het ziekenhuis, geef dan het geld van de patiënt aan het ziekenhuis. Komt hij terug naar mij, dan gaat het weer naar mij. Bvb. als je 100 patiënten in uw bestek hebt, 20 in het ziekenhuis, 50 in een dagcentra, 10 bij familiehelp. Je verdeelt het geld over die dingen." (5)

Ten slotte stellen twee respondenten de financiering van netwerkvorming in vraag.

"Moet dat gefinancierd worden, is het niet gewoon mensen samenbrengen. Netwerken vormen, samenwerken." (19)

Een andere speelt hier op in door de financiering van therapeutische projecten in vraag te stellen maar meent wel dat overleg en samenwerking gefinancierd dienen te worden.

"De therapeutische projecten is netwerkfinanciering. Je hebt verschillende mogelijkheden. Die therapeutische projecten krijg je vanuit het RIZIV en Federale Overheid. Ik weet niet of dit goed is dat die gaan gefinancierd worden. D.w.z. dat je een samenwerkingsakkoord moet afsluiten, dat je daar geld voor krijgt, dat je bindend bent. Ik weet niet of ik dit wel wil. Ik vind wel overleg en samenwerking belangrijk en daar een financiering voor te geven zoals voor die dokters die dan wel komen naar een overleg is belangrijk. Dat wil ik wel afwachten met die therapeutische projecten of het nu dat is, want je krijgt een financiering voor netwerkvorming uiteindelijk. Gaat er dan meer cliëntenoverleg zijn dan wat er nu reeds aanwezig is aan de basis, mensen die wel samenkomen rond een cliënt op vrijwillige basis, waar je dan financiering hebt van GDT, BOT (zorgenplannen)... Hoe gaan ze dit dan allemaal op elkaar afstemmen? Hoe dit gefinancierd moet worden? Op welk niveau?" (4)

12.2 Knelpunten

Zoals we daarnet zagen dienen huisartsen volgens sommige respondenten beloond te worden. Eén respondent ziet in het financieel belonen, als oplossing voor de spanningen tussen huisartsen en andere hulpverleners, een knelpunt. Volgens haar draait het eerder om erkenning dan beloning.

"Ik merk wel dat er een soort erkenning, plaats moet komen voor overleg. Vroeger kreeg je geld als je een consultatie deed, maar het overleg op zichzelf werd niet gefinancierd als een activiteit of als een waardering. Ik vind wel dat dit gewaardeerd moet worden. Moet dit nu financieel gewaardeerd worden? Een arts die naar een overleg komt: het uur dat ik in overleg kom, word ik niet vergoed, verdien ik niets, dus ik wil hiervoor betaald worden. Terwijl ik zeg, ik word niet per uur gefinancierd, ik krijg een maandloon en ik kan wel tijd vrij krijgen hiervoor. Moet die dokter dan geld krijgen en ik niet om te komen? Dat zit toch niet juist. Dit moet wel een soort erkenning of plaats krijgen in de hulpverleningswereld. Maar hoe dan?" (4)

Het feit dat enkelen stellen dat financiering van beide werkingen moet komen, wordt door andere als een discussiepunt gezien.

"Financieel denk ik dat het een probleem is aan wie ze de centen moeten geven, dat zal goed bestudeerd moeten worden. Als je met verschillende mensen gaat samen zitten, dan moeten er centen gegeven worden. De vraag is aan wie dat wordt gegeven, dat zal een discussiepunt zijn en een groot discussiepunt." (5)

Deel III Concluderende reflecties op de empirische resultaten

In dit laatste deel willen we de resultaten van het onderzoek linken aan de literatuur en een antwoord bieden op de gestelde onderzoeksvragen. Om het geheel af te ronden willen we graag nog enkele aanbevelingen meegeven.

1 De vraag naar aanbod van dagactiviteit

De vraag situeert zich in het noorden en het centrum van Brussel

De vraag naar aanbod van dagactiviteit situeert zich vooral in het noorden en het centrum van Brussel. In Anderlecht lijkt de nood om een Nederlandstalig aanbod van activiteiten te creëren niet te bestaan, vermoedelijk is dit omwille van de sterk interculturele omgeving. Dit is enigszins tegenstrijdig met wat we in het profiel van de bezoeker van Den Teirling terugvonden. Een groot aantal bezoekers van het Dac Den Teirling woont immers in Anderlecht.

De vraag komt meer van GGZ voorzieningen

De vraag naar aanbod van dagactiviteit komt meer van GGZ dan van maatschappelijke voorzieningen. Dit blijkt uit een grotere interesse in het aanbod van een Dac en een grotere doorstroom naar een Dac. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat GGZ voorzieningen zich primair richten tot personen met een psychiatrische problematiek, terwijl maatschappelijke voorzieningen zich richten tot alle doelgroepen of enkel kansengroepen, waaronder personen met een psychiatrische problematiek.

Er blijkt zelfs nood te zijn aan meerdere ontmoetingsplaatsen en Franstalige laagdrempelige Dac's die verschillend zijn van de RIZIV voorzieningen omdat deze veelal streng gereguleerd zijn.

2 De staat van de vermaatschappelijking van de GGZ

In de literatuur werd al vastgesteld dat één van de doelen van de vermaatschappelijking, namelijk de sociale integratie van personen met een psychiatrische problematiek, moeizaam verloopt. Ook uit onze onderzoeksresultaten kunnen we dit afleiden. In eerste instantie blijkt dit uit de mate waarin een Dac een uitvalsbasis biedt naar maatschappelijke voorzieningen, ten tweede uit de mate waarin de bevroegde maatschappelijke organisaties personen met een psychiatrische problematiek bereiken en ten slotte uit het al dan niet vernoemen van maatschappelijke netwerkpartners.

De samenwerking met maatschappelijke voorzieningen komt ook bij het Dac Den Teirling voorzichtig van de grond

In de literatuur zagen we dat Dac's een bijdrage willen leveren aan de vermaatschappelijking door te zorgen voor een stimulerende uitvalsbasis of een springplank naar andere activiteiten in de maatschappij. Terwijl er wel een zekere behoefte naar activiteiten buiten het Dac blijkt te zijn, wordt dit doel volgens onderzoek in mindere mate bereikt. Uit de literatuur blijkt dat de

samenwerking tussen het Dac Den Teirling en maatschappelijke voorzieningen eerder beperkt en lokaal is, in vergelijking tot de samenwerking met GGZ voorzieningen. Net zoals eerder onderzoek bevestigde, kunnen we stellen dat ook bij Den Teirling de samenwerking met maatschappelijke voorzieningen voorzichtig van de grond aan het komen is.

Hoe meer laagdrempelig het aanbod is en hoe meer men zich richt tot doelgroepen des te groter het bereik van personen met een psychiatrische problematiek

Vorming, opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven en socio-culturele organisaties als dienstencentra en CAW (ontmoetingsgroep) bereiken meer personen met een psychiatrische problematiek dan gemeenschapscentra omdat zij zich richten tot doelgroepen en een meer laagdrempelig aanbod hebben. Gemeenschapscentra daarentegen bereiken meestal enkel personen met een psychiatrische problematiek doordat BW of Dac een beroep doen op hun infrastructuur voor het realiseren van activiteiten.

We kunnen hieruit besluiten hoe meer laagdrempelig het aanbod is en hoe meer men zich richt tot doelgroepen, hoe groter de kans is dat men personen met een psychiatrische problematiek bereikt.

GGZ voorzieningen vernoemen minder netwerkpartners uit maatschappelijke organisaties

Ten slotte valt op dat alle geïnteresseerde maatschappelijke organisaties bij het vernoemen van netwerkpartners, minstens één partner uit de GGZ vernoemen terwijl slechts de helft van de GGZ voorzieningen spontaan denkt aan maatschappelijke organisaties.

3 Netwerkvorming met een Dac

De invulling van het complex begrip stemt in grote mate overeen met de reden tot netwerkvorming

In de literatuur zagen we eerder al dat netwerkvorming een complex en veel omvattend begrip is. In het onderzoek werd dit bevestigd doordat er verschillende nuances naar voren komen bij de invulling van het begrip. De meesten stelden de cliënt centraal, voor anderen stonden (ook) de doelstellingen centraal. Sommigen stelden netwerkvorming gelijk aan regelmatig overleg.

De voornaamste redenen waarom men een netwerk wil vormen met een Dac is omdat men wil voldoen aan de noden van de cliënt en/of omdat men eigen doelstellingen beter wenst te bereiken. Uit het onderzoek blijkt dat de invulling van het begrip in grote mate overeenstemt met de reden tot netwerkvorming.

Specifiek met betrekking tot Den Teirling wordt 1) de laagdrempelige werking, 2) het feit dat men zich richt tot het individu zonder de problematiek te beklemtonen, 3) openstaat voor Franstaligen, die min of meer het Nederlands beheersen en 4) de werking met de creatieve ateliers sterk geapprecieerd. Voor sommige respondenten vormt dit zelfs de reden tot netwerkvorming met een Dac.

Meer voor- dan nadelen

Zoals uit de literatuur bleek, zijn er meer voor- dan nadelen aan netwerkvorming verbonden. Ook door onze respondenten werd dit erkend. De voor- en nadelen situeren zich op verscheidene

niveaus. Ten eerste zullen op het niveau van de organisatie 1) de doelstellingen beter bereikt worden, 2) er extra verwijsmogelijkheden zijn en zal 3) het aanbod zowel van het Dac als zijn partner(s) verruimt worden, misschien zelfs meer laagdrempelig worden, 4) kan men elkaar op allerlei vlakken naar de overheid toe steunen en 5) kan kennis en knowhow zowel van bepaalde methodieken als van personen uitgewisseld worden. Dit laatste is omwille van het beroepsgeheim vaak enkel realiseerbaar via sociale diensten.

Op financieel niveau levert netwerkvorming met maatschappelijke organisaties, voornamelijk gemeenschapscentra, financieel voordeel op doordat deze gratis materiaal ter beschikking stellen (bvb. lokalen, ...). Bovendien zijn de meeste opleidingen en vormingen gratis of financieel zeer laagdrempelig en dus haalbaar voor bezoekers van een Dac.

Doordat men in een andere omgeving dan het Dac activiteiten kan volgen, zal op het niveau van de doelgroep, de stap om zelfstandig elders activiteiten aan te vatten vergemakkelijkt worden. Ook zullen personen met een psychiatrische problematiek beter bereikt worden en zal men de problematiek beter leren kennen waardoor integratie mogelijk wordt.

Knelpunten met betrekking tot netwerkvorming: structureel en op het niveau van de doelgroep

De knelpunten die worden weergegeven situeren zich op het structurele niveau of op het niveau van de doelgroep. Structureel vreest men voor spanningen in het netwerk omwille van verschillende organisatieculturen. Enkele respondenten vrezen immers hun eigenheid te verliezen. Ook het gebrek aan middelen of (deskundig) personeel en het gebrek aan tijd doordat de overheid een minimum van x aantal patiënten/gesprekken per week oplegt, wordt gezien als knelpunt.

Op het niveau van de doelgroep stelt een respondent dat personen uit een Dac roken en dat dit de activiteit kan storen. Ook teveel personen met een psychiatrische problematiek zou volgens deze respondent invloed hebben op de sfeer in de groep. Een andere respondent geeft aan dat wanneer de bestaande doelgroep hier te weinig voor open staat, dit ook een knelpunt kan vormen. Ten slotte stelt een respondent het nut van netwerkvorming in vraag omdat er immers weinig cliënten doorstromen naar een Dac.

Spanningen om te komen tot een op elkaar afgestemde organisatiecultuur

We zagen eerder al in de literatuur dat het beleid vermaatschappelijking aanmoedigt door netwerkvorming. Een op elkaar afgestemde organisatiecultuur is hierbij aangewezen. Ons onderzoek gaf aan dat alle organisaties zich in mindere of meerdere mate kunnen vinden in de visie en doelstellingen van een Dac. Doch hebben sommige organisaties bedenkingen bij de visie van een Dac. Uit de literatuur bleek echter dat men pas tot gedeelde visies en doelen kan komen wanneer er bij alle participanten een fundamentele bereidheid tot overleg is.

De helft van de organisaties toont bereidheid om een netwerk te vormen met een Dac. Anderen vormen al een netwerk met een Dac of kunnen er niet op antwoorden omdat dit intern overlegd dient te worden. Eén respondent wenst liever geen netwerk te vormen met een Dac, wel met meerdere partners uit de GGZ zoals nu reeds het geval is door overleg.

Met betrekking tot de bereidheid tot overleg zien we enkele spanningen. In eerste instantie vormt het overleg een discussiepunt: volgens enkele respondenten dient dit structureel ingepast te

worden, volgens anderen moet er enkel een overleg zijn wanneer dat nodig blijkt. Vervolgens wordt er kritiek uitgeoefend op de therapeutische projecten. Overleg dient uit te gaan van doelstellingen en niet van instellingen. Ten slotte zijn er spanningen tussen huisartsen en hulpverleners. Overleg vergt immers tijd en energie, vooral voor huisartsen blijkt dit een probleem. Zij hebben vaak het gevoel dat ze dit gratis doen terwijl anderen daar zitten in hun dagtaak.

Netwerkvorming krijgt vorm door doorverwijzing en/of het samen realiseren van activiteiten

- Alle socio-culturele organisaties en vorming- en opleidingsinitiatieven kunnen samen met een Dac activiteiten realiseren

Welke activiteit men precies samen zal realiseren, waar en hoeveel keer deze zal plaats vinden, dient besproken te worden met het Dac. Wat betreft de begeleiding blijkt het wenselijk een medewerker van het Dac te betrekken bij de activiteit.

Socio-culturele organisaties beschikken veelal over de mogelijkheid om accommodatie ter beschikking te stellen.

Enkele GGZ voorzieningen beschikken ook over de mogelijkheid om samen activiteiten te realiseren. Tewerkstellingsinitiatieven beschikken niet over deze mogelijkheid.

Specifiek met betrekking tot het samen realiseren van activiteiten worden volgende knelpunten weergegeven. Volgens een respondent, die reeds samenwerkt met Den Teirling, is het verwezenlijken van activiteiten twee keer per jaar voldoende omdat dit financieel niet haalbaar is en omdat het uurrooster dit niet toelaat. Een andere respondent meent dat mensen moeten komen wanneer ze zich goed voelen. Eén vaste dag blijkt in dit opzicht niet ideaal. Als laatste haalt men aan dat er wellicht mensen in het doelpubliek van een Dac moeilijk te integreren zijn in de werking.

- Doorverwijzing kan vooral mogelijk worden gemaakt door GGZ voorzieningen en opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven

Hierbij valt er wel een verschil op te merken. Binnen de GGZ is de doorverwijsmogelijkheid wederzijds, binnen opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven wordt die wederzijdse doorverwijsmogelijkheid in mindere mate benut. De reden hiervoor is dat men het niet aangeeft als hun taak om personen door te verwijzen naar een Dac. Voor sommigen opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven kan het Dac wel een opstap betekenen in die zin dat men weer 'op gang komt' en 'minder geïsoleerd' is.

De andere categorieën beschikken ook over die mogelijkheid maar in mindere mate.

Specifiek met betrekking tot doorverwijzing naar een Dac worden volgende knelpunten gegeven. Wanneer personen niet doorstromen naar een Dac terwijl dit wel wenselijk is, is dit in eerste instantie te wijten aan de stigmatiserende sfeer die rond een Dac heerst en de afstand tot een Dac.

Dit laatste wordt zeer expliciet aangehaald als knelpunt van Den Teirling. In tweede instantie zijn er verschillen tussen hulpverleners: vanuit de sociale psychiatrie zal men eerder doorverwijzen dan vanuit therapie. Ook de kennis van een Dac blijkt een rol te spelen bij het doorverwijzen. Zó geeft een huisarts aan de werking van een Dac moeilijk uit te kunnen leggen, waardoor er minder doorstroom is. Vervolgens geeft deze respondent aan dat er een culturele drempel heerst; niet-Europeanen stromen immers moeilijker door. Ten slotte geeft men aan dat de doorstroom afhankelijk is van individu tot individu en van periode tot periode.

Een opmerking hierbij is dat maatschappelijke voorzieningen wel bereid zijn door te verwijzen naar eerstelijnsdiensten of een Dac wanneer dit noodzakelijk blijkt. Het Brussels zakboekje blijkt hiertoe een handig instrument. Al geeft een respondent aan dat hier de Franstalige en zelfs sommige bicommunautaire Dac's niet instaan. In de literatuur kwam al naar voren dat elk Dac zijn eigen accenten legt. Ook in het Dac-aanbod in Brussel blijkt dit het geval. De meeste respondenten ervaren deze verscheidenheid als positief omdat dit doorverwijzing op maat mogelijk maakt. De gaten in het Brussels zakboekje kunnen echter de doorverwijzing op maat bemoeilijken.

Wat betreft de doorverwijzing van het Dac naar maatschappelijke organisaties, wijzen enkele respondenten uit de GGZ erop dat maatschappelijke organisaties wel open staan voor de doelgroep maar dat zij veelal weinig ervaring hebben met deze doelgroep. Dit knelpunt wordt ook erkend door de maatschappelijke organisaties zelf.

Ook de beperkingen van personen met een psychiatrische problematiek kunnen de doorstroom naar deze organisaties bemoeilijken. Indirect halen respondenten, veelal uit opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven aan dat men vereist dat personen met een psychiatrische problematiek voldoende stabiel dienen te zijn, een zeker intelligentieniveau hebben, voldoende gemotiveerd zijn en/of minstens een aantal halve dagen per week kunnen werken. Enkele van deze respondenten geven wel aan dat het Dac een opstap kan betekenen naar hun werking. Uit literatuurstudie blijkt immers dat Dac bezoekers voordelen ervaren (bvb. geestelijk stabiel(er) zijn geworden), mogelijk zou een opstap via een Dac een goede oplossing bieden om in opleiding- en tewerkstellingsinitiatieven te stappen. Een ander knelpunt in de toegankelijkheid van maatschappelijke organisaties is het niet kunnen begeleiden van personen met een mutualiteitstatuut of het opleggen van een beperkt aantal personen met een psychiatrische problematiek om de sfeer niet te verstoren.

Netwerkpartners: het Dac wordt meer geassocieerd met de GGZ

De meest vernoemde partners die ook deel dienen uit te maken van een netwerk met een Dac zijn psychiater of psychiatrische diensten, CGGZ, ziekenhuizen en een dokter. Vervolgens BW, OCMW en belangenbehartigers. Ten slotte ATB, BGDA, cultuur- of gemeenschapscentra en onderwijsinstellingen. Hierbij valt het op dat het Dac in meerdere mate geassocieerd wordt met voorzieningen uit de GGZ dan met maatschappelijke organisaties. Bovendien vernoemt één derde van de respondenten enkel en alleen partners in de categorie waartoe men behoort.

Er zijn vier hoofdredenen waarom men deze organisaties vernoemt. Ten eerste wil men tegemoet komen aan de noden van de cliënt. Vervolgens wil men niet stigmatiseren en wil men werken aan integratie. Ten derde haalt men doorverwijzpartners aan zowel van het Dac als eigen

doorverwijspartners. Ten slotte vernoemt men deze netwerkpartners omdat men soortgelijke activiteiten doet als de bevroegde organisatie of omdat men met dezelfde doelgroep werkt als een Dac.

De meeste respondenten spreken over een kleinschalig netwerk omdat dit efficiënter werken is en omdat men vreest dat een grootschalig netwerk niet bevorderend is voor de cliënt.

4 Coördinatie

Vertrouwenspersoon of bemiddelaar vormt een oplossing voor de knelpunten

Bijna alle organisaties vinden het nodig dat netwerkvorming gecoördineerd wordt. De meningen zijn nogal verdeeld over welke instantie het netwerk zal coördineren. Eén derde van de respondenten spreekt van een overkoepelend orgaan (bvb. BWR, OOTB).

Anderen stellen dat dit de taak is van één van de partners, een stuurgroep waarin o.a. iemand van een Dac zetelt of een overlegplatform dat kan uitgroeien tot een coördinerende instantie. De vraag wordt gesteld of het netwerk gecoördineerd dient te worden door een vertrouwenspersoon, dit kan ook een begeleider zijn die contacten legt met instanties, of een coördinator die houvast en afstandelijkheid biedt. Ook stelt men de keuze tussen een coördinator, die stimuleert en juridische en financiële implicaties kent of een bemiddelaar, die gekozen wordt door verschillende deelnemers.

Enkelingen keren zich tegen een coördinerende instantie. Het voornaamste knelpunt dat men hier inziet is het belang van de betrokkenheid met de cliëntsituatie. Vervolgens geeft men aan dat er extra personeel binnen de eigen organisatie nodig is. Ten slotte vreest men voor inmenging en doet men om deze reden liever geen beroep op de instantie.

Een oplossing voor deze knelpunten moet eerder gezocht worden bij een vertrouwenspersoon of een bemiddelaar. Enerzijds omdat de respondenten die eerder al een voorstel deden voor het aanstellen van een bemiddelaar of vertrouwenspersoon geen voorstander blijken te zijn van een hogere coördinerende instantie. Anderzijds omdat uit de invulling van een bemiddelaar of vertrouwenspersoon blijkt dat deze instanties meer voeling hebben met de werkvloer.

5 Financiering en haalbaarheid

Financiering: geen eenduidigheid

Enerzijds wordt een structurele subsidie als mogelijkheid gezien, anderzijds ziet men een projectfinanciering als mogelijk. Sommige vervangen het begrip financiering liever door 'belonen'. Volgens deze respondenten dient netwerkvorming beloond te worden omdat het tijdinvesterend is, zeker voor huisartsen. Volgens deze respondenten is er hier een mogelijkheid tot financiering via GDT's of zorgplannen. Een andere respondent ziet het (financieel) 'belonen' als knelpunt, volgens haar draait het eerder om 'erkenning': een arts die naar een overleg komt, wordt vergoed, het uur dat een hulpverlener naar een overleg komt, wordt deze niet vergoed. Hulpverleners worden niet per uur gefinancierd maar krijgen een maandloon. De vraag die zich stelt is, moet die dokter dan geld krijgen om te komen en de hulpverlener niet?

Enkelingen vinden dat de financiering vanuit beide werkingen moet komen, maar dan moet er wel voor gezorgd worden dat hier middelen voorhanden zijn en aan wie zal men het geld geven?

Eén derde van de organisaties weet niet precies hoe netwerkvorming gefinancierd dient te worden. Enkelen halen hier de noodzaak van meer personeel aan om netwerkvorming mogelijk te maken.

Ten slotte wordt financiering voor netwerkvorming in vraag gesteld. Enerzijds omdat het niet meer is dan mensen samenbrengen. Anderzijds baseert een respondent zich op de therapeutische projecten. Deze stellen dat als je een samenwerkingsakkoord afsluit dat je daar geld voor krijgt, op die manier zijn organisaties bindend. De vraag die zich hierbij stelt is: in hoeverre wil men dit?

Haalbaarheid: geen eenduidigheid nochtans zullen enkele factoren bevorderend werken

In de literatuur zagen we al dat Dac's momenteel niet erkend worden door de overheid. Of uitbreiding van activiteiten haalbaar is voor een Dac als Den Teirling, is nog onduidelijk. Wel staat vast dat het Dac om de financiële kant van de zaak te verlichten, beroep kan doen op gemeenschapscentra voor het gebruik van infrastructuur. Vervolgens stellen de meeste organisaties, zoals reeds gezegd, zich open om een netwerk te vormen met een Dac. Dit biedt als voordeel dat men samen sterk staat, dat men een geluid kan geven aan de overheid om de noden kenbaar te maken. Of dit meer subsidies zal opleveren blijft echter een vraagteken?

6 Aanbevelingen

Door de respondenten werden zowel direct als indirect verschillende aanbevelingen weergegeven met betrekking tot de onderzoeksvraag.

Aanbevelingen met betrekking tot het realiseren van activiteiten

- Gemeenschapscentra wensen hun activiteiten aanbod uit te leggen aan bezoekers van een Dac om het bereik van personen met psychiatrische problematiek te vergroten

Daar gemeenschapscentra enkel personen met een psychiatrische problematiek bereiken via IBW en Dac, doen enkele van hen voorstellen om hun aanbod uit te leggen aan de bezoekers van een Dac om deze aldus te prikkelen voor activiteiten in het reguliere aanbod.

- Gemeenschapscentra hebben nood aan expertise om toegankelijkheid voor personen met een psychiatrische problematiek te vergroten

Wanneer het gemeenschapscentrum personen met een psychiatrische problematiek bereikt, wordt het door een respondent ook sterk aanbevolen om de openheid van iedereen, zowel van personeelsleden als gebruikers, permanent te bewaken. Dit door zoveel mogelijk te praten, intern de zaak bespreekbaar te houden en het uitnodigen van een expert die adviezen geeft over hoe men het publiek daar toegankelijk en open voor maakt.

Aanbevelingen met betrekking tot doorverwijzing

- Om doorverwijzing mogelijk te maken dient de kennis van een Dac bij artsen verhoogd te worden

De doorverwijzing naar een Dac wordt voor huisartsen beperkt doordat men te weinig kennis heeft van een Dac. Een respondent biedt drie voorstellen om dit op te lossen.

In de eerste plaats dient men tijdens de opleiding arts, binnen de netwerkstage, een bezoek aan een Dac te integreren. Vervolgens stelt deze respondent voor om momenten binnen de navorming van artsen te integreren waarop een Dac en andere centra waar patiënten van hen worden opgevangen, zich komen voorstellen. Een laatste mogelijkheid is dat men met het Lok een bezoek brengt aan de werking van een Dac. Op die manier weten artsen wat er reilt en zeilt in een Dac en kunnen zij ook doorverwijzing op maat mogelijk maken.

In dezelfde lijn van wat deze respondent aanbeveelt, werd in de literatuur aangegeven dat het Dac als informatiecentrum voor (en door) GGZ-cliënten zou kunnen gaan functioneren. Men denkt hierbij aan voorlichtings- of themabijeenkomsten waarbij andere betrokkenen en buitenstaanders worden uitgenodigd. Op die manier zou men niet alleen tegemoet komen aan de individuele behoeften van bezoekers maar kan men ook als belangenbehartiger van de groep als geheel fungeren. Het voordeel hierbij is dat betrokken cliënten gezamenlijk in plaats van ieder voor zich aan de verbetering van hun sociale omstandigheden en hun maatschappelijke positie werken.

- Het Brussels zakboekje dient doorverwijzing op maat mogelijk te maken door het gehele Brusselse aanbod weer te geven

De verscheidenheid in het Dac-aanbod wordt als positief ervaren omdat dit doorverwijzing op maat mogelijk maakt. Het Brussels zakboekje blijkt een handig instrument om door te verwijzen maar geeft in tegenstelling tot zijn Franse tegenhanger le guide social, niet het gehele aanbod weer. Een aantal bicommunautaire en alle Franse Dac's ontbreken. Daar hulpverleners de ambitie hebben om doorverwijzing op maat mogelijk te maken, kunnen we stellen dat de BWR in zekere zin achterloopt op datgene wat hulpverleners wensen. Het is dan ook sterk aanbevolen dat deze doorverwijzing op maat mogelijk maakt, dit kan door zich te richten op het ganse bicommunautaire en Franstalige aanbod. De guide social blijkt een voorbeeld te zijn.

Aanbeveling voor het beleid

- Er dient ruimte gemaakt te worden voor een kwalitatief beleid dat uitgaat van doelstellingen

De overheid moet in haar beleid ruimte maken voor netwerkvorming. Door x aantal patiënten in de week op te leggen, voert men een kwantitatief beleid in plaats van een kwalitatief beleid. Deze visie dient te wijzigen. Ook werd er kritiek uitgeoefend op de therapeutische projecten deze gaan uit van instellingen in plaats van doelstellingen. Ook hier mag verandering in komen.

- Netwerkvorming veronderstelt een integraal beleid

Hieronder verstaan we een sectoroverschrijdend beleid dat maatregelen neemt om de achterstand van personen met een psychiatrische problematiek in de maatschappij te bestrijden. Op die manier worden deze personen op verschillende levens- en beleidsdomeinen (h)erkend. Een gebundelde inzet vanuit meerdere beleidsdomeinen (wonen, werken, onderwijs, welzijn, enz.) is hiervoor noodzakelijk. Het voeren van een integraal beleid verhoogt de kans dat personen met een psychiatrische problematiek beter bereikt worden, dat stigmatisering afneemt en dat de staat van de vermaatschappelijking van de GGZ verbeterd wordt.

- Het vergroten van de toegankelijkheid op de arbeidsmarkt

Andere beleidsaanbevelingen die verder gaan dan het vormen van een netwerk met een Dac maar die zeker het vermelden waard zijn, zijn aanbevelingen met betrekking tot de toegankelijkheid op de arbeidsmarkt.

Voor de knelpunten die de economische realiteit met zich meebrengt beveelt men een opleiding of stage aan die drempelverlagend werkt. Vervolgens kan het beeld dat werkgevers van personen met een psychiatrische problematiek hebben, door zowel bedrijven als organisaties als het beleid bevorderd worden. Mogelijk kan sensibilisering of het creëren van een draagvlak hiertoe een oplossing bieden.

Ten slotte geeft men aan dat de ineffectiviteit van de tewerkstellingsbevorderende maatregelen niet aan de bekendheid maar aan het gebruik van de maatregelen ligt. Een aanbeveling op dit niveau wordt niet gegeven. Wel blijken andere of meer maatregelen geen oplossing.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Met betrekking tot de werking van Den Teirling, zou het nuttig zijn onderzoek uit te voeren waarin men de nood aan het Dac als stimulerende uitvalsbasis of springplank naar andere activiteiten in de maatschappij nagaat en vergelijkt met eerder onderzoek.

Nadat het Dac Den Teirling haar activiteitenaanbod heeft uitgebouwd in Brussel, lijkt het ons interessant om na te gaan of de hypothesen die gesteld worden in dit onderzoek stroken met de praktijk. Zorgt uitbreiding van activiteiten er inderdaad voor dat personen met een psychiatrische problematiek ook in hun woonregio worden bereikt? Of is het een kwestie van prioriteiten zoals een respondent meende? Zorgt netwerkvorming met een Dac voor een groter bereik bij maatschappelijke organisaties? Met andere woorden slaagt het Dac erin om een stimulerende uitvalsbasis of springplank naar andere activiteiten in de maatschappij te bieden, zodat ook deze een positieve bijdrage kan leveren aan de staat van de vermaatschappelijking?

Bibliografie

Aelvoet, M., & Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg? Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: Federaal Ministerie van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu.

Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.

Bachrach, L.L. (1993). Organizational issues and expertise in care innovation: applying the principles of continuity of care. In J. Wolf & J. Van Weeghel (eds.), *Changing community psychiatry. Care innovation for persons with long-term mental illness in the Netherlands*. Utrecht: NcGV.

Bauduin, D., & Kal, D. (2000). Vermaatschappelijking van de zorg. In J. Graste & D. Bauduin (red.), *Waardevol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.

Boevink, W. (2005). Over leven na de psychiatrie. In: J. Dröes (red.), *Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel van mensen met psychiatrische problematiek*. Amsterdam: SWP.

Bond, G.R. (1993). *The role of drop-in centers in mental health services*. Indianapolis: Indiana University-Purdue University.

Bracke, P., & Verhaeghe, M. (2005). Invloed, erkenning en samenwerking in de welzijnszorg en geestelijke gezondheidszorg. In: Voca Training & Consult (red.), *Netwerken en samenwerken van zorgorganisaties. Over draken en prinsessen*. Leuven: LannooCampus.

Broekman, L., & Camps, T. (2006). *Organisatienetwerken in de zorg. Een verkenning*. Deventer: Kluwer.

BWR (2005). *Jaarverslag 2005. Brusselse Welzijns en Gezondheidsraad vzw*. Brussel: BWR.

Corrigan, P., W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M., & Penn, D.L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 953-958.

De Brouwere, J. (1997). De centra voor geestelijke gezondheidszorg anno 1997. *Hospitalia*, 2, 54-57.

De Groot, H. (2001). Mét het Dac naar buiten. *Passage*, 10 (1), 15-18.

De Rick, K., Loosveldt, G., Van Audenhove, Ch., & Lammertyn, F. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: Lucas.

Demotte, R. (2005). *Beleidsnota inzake geestelijke gezondheidszorg. Minister van sociale zaken en volksgezondheid*. Geraadpleegd op 8 april, 2007, op http://rudymotte.be/communiques_asp/samnl.doc

Den Teirling (2004). *Pilootproject activering, jaarverslag 2004*. Brussel: Den Teirling vzw.

Den Teirling (2005). *Den Teirling, jaarverslag 2005*. Brussel: Den Teirling vzw.

Den Teirling (2006). *Den Teirling, jaarverslag 2006*. Brussel: Den Teirling vzw.

De Wulf, R., & Daelemans, G. (2005). Kiezen voor samenwerking bij zorgorganisaties: een afweging. In: Voca Training & Consult (red.). *Netwerken en samenwerken van zorgorganisaties. Over draken en prinsessen*. Leuven: LannooCampus.

Dielis, L. (2000). Werkaanpassing bij psychische beperkingen: een literatuuronderzoek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55 (4), 336-348.

Dröes, J., & Van Weeghel, J. (1994). Perspectieven van psychiatrische rehabilitatie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49 (8), 795-810.

Franx, G., Eland, A., & Verburg, H. (2002). Transparante zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57 (11), 1036-1050.

Granger, B., & Gill, P. (2000). *Strategies for assisting people with psychiatric disabilities to assert their ADA rights and arrange job accommodations*. Niet gepubliceerd artikel.

Greenley, J.R. (1992). Neglected organization and management issues in mental health system development. *Community Mental Health Journal*, 28 (5), 371-385.

Hermesen, C. (1996). Organisatorische aspecten van de invoering van rehabilitatie. *Passage*, 5 (4), 196-202.

Hodiamont, P.P.G., Berting, M.W., & Van Hezewijk, W.J.M. (1998). Cultuurverschillen binnen een integrerende GGZ-instelling. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 40 (4), 231-237.

Hoeyberghs, L., & De Hert, M. (1997). Dagactiviteitencentra voor chronisch psychiatrische patiënten in Vlaanderen. *Passage*, 6 (4), 200- 204.

Hoge, M.A., & Howenstine, R.A. (1997). Organization development strategies for integrating mental health services. *Community Mental Health Journal*, 33 (3), 175-187.

ICCD. *International Center for Clubhouse Development*. Geraadpleegd op 17 maart, 2007, op <http://www.iccd.org/>

Igodt, P. (1997). Geestelijke gezondheidszorg in het hele perspectief van een nieuw gezondheidszorgbeleid. Ervaringen vanuit het buitenland. Ervaringen vanuit trends in de gezondheidszorg. *Acta Hospitalia*, 37, 1156-1160.

JIMHO. Justice in Mental Health Organization. Geraadpleegd op 17 maart, 2007, op <http://jimho.net/dropin.htm>

Ketelaars, D., Van Hoof, F., & Van Weeghel, J. (2001). Door het Dac naar buiten. *Passage*, 10 (1), 5-14.

Kwekkeboom, M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 89 (9), 1328-1333.

Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J.C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626.

Martin, J.K., Pescosolido, B.A., & Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the Role of 'disturbing behavior,' labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (2), 208-223.

Mos, M.C., & Van Weeghel, J. (1999). *Zorg in de samenleving. Een basisprogramma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen*. Utrecht: Trimbo's-instituut.

Mowbray, C.T., Bybee, D., & Shriner, W. (1997). Characteristics of participation in a supported education program for adults with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 47 (12), 1371-1377.

Ouvry R. (1997). Enkele krachtlijnen voor een visie op de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. *Acta Hospitalia*, 2, 23-45.

Oosterwijk, H. (1995). *Netwerken voor organisaties. Hulpmiddelen bij het bestuderen en ontwerpen van netwerken in een interorganisationele omgeving*. Utrecht: Lemma

Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad vzw (2007). *Invulformulier. Oproep tot samenwerking in het kader van therapeutische projecten*. Geraadpleegd op 8 april, 2007, op <http://www.therapeutischeprojecten.be/documenten/brussel/oproepen/HERMES.pdf>

Therapeutische projecten (2006). *Psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie in Brussel. Activiteitenverslag 10/2005- 3/2006*. Niet gepubliceerd.

Tammes, A., & Henkes, H. (1995). Activiteitenbemiddeling voor mensen met een psychiatrische achtergrond. De individuele rehabilitatiebenadering in de praktijk. *Passage*, 4 (5), 30-37.

Van Audenhove, Ch., Carlassara, V. De Brouwere, J., & Vijverman, J. (1996). *Chronische psychiatrische patiënten in de Geestelijke Gezondheidszorg. Nieuwe mogelijkheden?* Leuven: Acco.

Van Audenhove, Ch., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Onderzoek, praktijk en beleid*. Leuven: LannooCampus.

Van Erp, N., & Kroon, H. (2004). *GGZ & partners bieden dagbesteding, werk en scholing. Een inventarisatie van voorzieningen en samenwerkingsverbanden in Nederland*. Utrecht: Trimbos instituut.

Van Erp, N., & Van Weeghel, J. (2004). Naar een Nederlands clubhuismodel? Literatuurstudie en beleidsverkenning naar de mogelijkheden van een clubhuismodel in Nederland. *Passage*, 13 (2), 36-43.

Van Hoof, F., Geelen, K., Van Rooijen, S., Van Weeghel, J., Boevink, W., & Kroon, H. (2004). *Meedoen: maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Utrecht : Trimbos-instituut.

Van Hoof, F., Ketelaars, D., & Van Weeghel, J. (1999). Bezoekers bezocht. Achtergronden en dagbesteding van de bezoekers van dagactiviteitencentra. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54 (2), 136-149.

Van Hoof, F., Ketelaars, D., & Van Weeghel, J. (2000). *Dac in, Dac uit. Een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Van Tuijn, A., & Van der Burg, G. (1997). Management, een kritische succesfactor voor zorgvernieuwing. *Maandblad geestelijke Volksgezondheid*, 6, 595-608.

Van't Veer, J.T.B., Kraan, H.F., Drossaert, C.H.C., & Modde, J.M. (2005). Destigmatisering door deconcentratie? Een Nederlands bevolkingsonderzoek naar het stigma van psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 47 (10), 659-669.

Van Weeghel, J. (1994). *Goed bezig. Op weg naar een regionaal beleid voor dagbesteding en arbeidsrehabilitatie*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.

Van Weeghel, J. (1996). Een maatschappelijk steunsysteem: venster op de wereld? *Passage*, 5 (4), 171-179.

Van Weeghel, J., & Dröes, J. (1999). Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54 (2), 150-165.

Van Weeghel, J., & Kroon, H. (2000). Maatschappelijke steunsystemen. In G. Pieters & M. Van der Gaag (red.) *Rehabilitatiestrategieën bij schizofrenie en langdurig zorgafhankelijke patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van Weeghel, J. (2000). Persoonlijke netwerken en maatschappelijke steunsystemen. In Ch. Van Audenhove, S. Opdebeeck & F. Lammertyn. *De informele zorg en haar randvoorwaarden*. Leuven: Acco.

Van Wel, T., Persoon, J., Felling, B., De Valk, G., & Schrijven G. (2002). Wat is rehabilitatie? Een voorstel om tot consensus te komen. *Passage*, 11 (4), 196- 205.

Verbeke, L., Snyers, K., Kwanten, L., & Hasevoets, G. (2004). *Netwerken en lokaal welzijnsbeleid: model, meetinstrument en praktijk*. Leuven: ACCO.

Vervotte, I. Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2004-2009. Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 12 november, 2007, op http://www.wvc.vlaanderen.be/welzijnengezondheid/download/beleidsnotawvg/welzijn_volksbeleid_snotawvg_2004-2009.pdf

VGC (2007). *Den Teiriling*. Geraadpleegd op 11 april, 2007, op <http://denteiriling.vgc.be>

Wolf, J. (1993). Care innovation in the Netherlands. In J. Wolf & J. Van Weeghel (red.) *Changing community psychiatry. Care innovation for persons with long-term mental illness in the Netherlands*. Utrecht: NcGv.

Wennink, H.J., De Wilde, G.W.M.M., Van Weeghel, J., & Kroon, H. (2001). De metamorfose van de GGZ. Kanttekeningen bij vermaatschappelijking. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56, 917-937.

Zeldenrust, W., & Van Zuthem, J.W. (1996). Dagbesteding en arbeidsrehabilitatie in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51 (1), 3-17.

Bijlage

Bijlage 1: Brief

Bijlage 2: Vragenlijst

Bijlage 1: Brief

Sophie Nys
O.L.V. Van Vaakstraat 26
1000 Brussel
GSM 0472 29 39 80

2007-01-08

Geachte Mevrouw/Heer,

In het kader van mijn eindverhandeling 'Een kwalitatief onderzoek naar mogelijke netwerkscenario's voor een dagactiviteitencentrum dat zich richt tot personen met een psychiatrische problematiek', had ik graag uw organisatie geïnterviewd.

Hierbij is het de bedoeling inzicht te verwerven in de interesse voor en de mogelijkheden tot netwerkvorming met een dagactiviteitencentrum.

Graag had ik maandag 12 februari telefonisch met u contact opgenomen om datum en uur van het interview vast te leggen. Ik hoop van harte dat u bereid bent hieraan mee te werken.

Dank bij voorbaat.

Met vriendelijke groeten

Sophie Nys
2^e licentie Sociale Agogiek
Vrije Universiteit Brussel

Bijlage 2: Vragenlijst

1. Vragen aan de geïnterviewde organisatie

Naam van de organisatie:

Naam van de geïnterviewde:

Functie van de geïnterviewde:

Taakomschrijving van de geïnterviewde binnen de organisatie:

1. Doelgroep

Tot welke doelgroep richt uw organisatie zich?

Hoe bereikt u deze doelgroep?

2. Doelen

Wat zijn de doelstellingen van de organisatie?

Hoe worden deze bepaald, gemeten en geëvalueerd?

3. Methodieken

Welke methodiek(en) gebruikt de organisatie om haar doelstellingen te realiseren?

4. Middelen

Vanwaar komen de middelen?

(werkingskosten, personeel, infrastructuur, eigen opbrengsten, subsidies, ...)

Volstaan de huidige middelen om uw doelstellingen te realiseren?

Zo nee, wat kan hier volgens u toe verbeterd worden?

2. Vragen met betrekking tot netwerkvorming met een dagactiviteitencentrum zoals bvb. Den Teirling

Een dagactiviteitencentrum voor mensen met een psychiatrische problematiek richt zich tot personen die het omwille van deze problematiek niet aankunnen in het gewone arbeid - of recreatieve circuit te functioneren en die een invulling van de dag zoeken en graag eens andere mensen ontmoeten⁸.

1. Werken met personen met een psychiatrische problematiek

Bereikt uw organisatie ook personen met een psychiatrische problematiek?

Zo ja, welke initiatieven neemt uw organisatie om deze personen te bereiken?

Welke voor- en nadelen leverde dit op voor de organisatie?

(organisatorisch, financieel, materieel, doelgroep, aanbod, deskundigheid, locatie, bereik,...)

Zo nee, wat is hier de oorzaak van?

Indien uw organisatie geïnteresseerd is in het werken met personen met een psychiatrische problematiek, hoe zou de toegankelijkheid voor deze personen bevorderd kunnen worden?

2. Ervaring

Werkt u in een netwerk met een dagactiviteitencentrum voor personen met een psychiatrische problematiek?

Zo ja, hoe kwam dit netwerk tot stand?

Welk doel wil u hiermee bereiken?

Slaagt u erin dit doel te bereiken?

Welke voor-/ nadelen heeft het werken binnen dit netwerk?

(organisatorisch, financieel, materieel, doelgroep, aanbod, deskundigheid, locatie, bereik,...)

Zo nee, hebt u met andere organisaties een netwerk gevormd? Welke en waarom?

3. Doorverwijzing

Gebeurt er via uw organisatie een doorverwijzing naar een dagactiviteitencentrum voor personen met een psychische problematiek?

Zo ja, hoe is deze tot stand gekomen?

Bestaat er binnen jullie organisatie een grote interesse voor het aanbod van een dagactiviteitencentrum?

Hoeveel personen stromen via jullie organisatie werkelijk door naar een dagactiviteitencentrum?

Zo nee, is er via uw organisatie doorverwijzing mogelijk naar een dagactiviteitencentrum?

Indien uw organisatie hiervoor interesse heeft, hoe denkt u dit te realiseren?

⁸ Dit is de definitie die door Den Teirling gebruikt wordt.

4. Gemeenschappelijke visie/waarden

Kan de organisatie zich vinden in de visie⁹ van een dagactiviteitencentrum?

Zo ja, welke voor- en nadelen van deze visie ziet u bij het vormen van een netwerk waar een dagactiviteitencentrum deel van uitmaakt?

5. Gemeenschappelijke doelen

Beoogt uw organisatie doelstellingen¹⁰ die een dagactiviteitencentrum eveneens voor ogen houdt?

Zo ja, welke?

Welke voor- en nadelen m.b.t deze doelstellingen ziet u bij het vormen van een netwerk waar een dagactiviteitencentrum deel van uitmaakt?

6. Realisatie van de netwerkvorming met een dagactiviteitencentrum

Zou uw organisatie een netwerk willen vormen met een dagactiviteitencentrum?

Zo ja, waarom zou uw organisatie een netwerk willen vormen met een dagactiviteitencentrum?

Welk doel wil u bereiken door middel van deze netwerkvorming?

Welke voor- en nadelen zou netwerkvorming kunnen opleveren voor uw organisatie? (organisatorisch, financieel, materieel, doelgroep, aanbod, deskundigheid, locatie, bereik,...)

Ziet u in het werken met een dagactiviteitencentrum tekorten, kwaliteiten, knelpunten (en mogelijke oplossingen)?

Dienen er naast een dagactiviteitencentrum nog andere noodzakelijke partners deel uit te maken van het netwerk? Waarom deze organisaties precies?

Zo nee, waarom zou u geen netwerk willen vormen met een dagactiviteitencentrum?

Met welke andere organisaties zou u dan wel een netwerk willen vormen? Waarom? (STOP INTERVIEW)

7. Concrete realisatie van de netwerkvorming met een dagactiviteitencentrum

Kan uw organisatie in een netwerk de mogelijkheid bieden samen met een dagactiviteitencentrum één of meerdere activiteiten¹¹ te realiseren?

Zo ja, hoe denkt u dit te realiseren?

Aan welke concrete activiteiten denkt u hierbij?

Hoe vaak kan deze activiteit plaats vinden?

Wordt er hierbij samengewerkt met een andere doelgroep dan die van het dagactiviteitencentrum?

Door wie zal deze activiteit worden begeleid?

Waar zal deze activiteit doorgaan?

⁹ De geïnterviewde krijgt de visie van Den Teirling.

¹⁰ De geïnterviewde krijgt de doelstellingen van Den Teirling.

¹¹ De geïnterviewde krijgt een overzicht van het activiteitenaanbod van Den Teirling.

Is uw organisatie gemakkelijk bereikbaar? Hoe?

Op welke vlakken kan u nog samenwerken of zaken delen? Hoe denkt u dit te realiseren?

Welke voordelen levert dit op?

Zijn er ook nadelen aan verbonden?

Hoe kan dit gefinancierd worden?

Is er nood aan een hogere instantie die deze netwerkvorming zal coördineren?

Zo ja, aan welke instantie denkt u?

Zo nee, waarom niet? (STOP INTERVIEW)

Wilt u aan dit interview nog iets toevoegen?

Bedankt voor uw medewerking!