



Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale Overlegplatform
Geestelijke Gezondheidszorg Gebied Brussel-Hoofdstad

De toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg vanuit de Brusselse OCMW's: een stand van zaken

Mei 2019

Rapport van de pool Armoede-Geestelijke gezondheid van het Brusselse Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg (OPGG), opgemaakt naar aanleiding van een kwalitatief onderzoek uit 2018 in de Brusselse Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW's).

Onderzoek en redactie: Cécile Vanden Bossche

Inhoudstafel

1. Inleiding	6
2. Onderzoeksmethodologie	6
3. Economische en politieke context.....	7
3.1. De context in cijfers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (OGW):.....	7
3.2. De OCMW's als ultieme strohalm tegen uitsluiting	8
3.3. De context door de ogen van de geestelijke gezondheidssector.....	9
3.3.1. De context en de impact van ongelijkheid	9
3.3.2. Een toenemend fenomeen.....	10
3.3.3. Een controlemaatschappij.....	10
3.3.4. Overbelasting van de diensten	10
4. De context van de geestelijke gezondheidshervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.....	11
5. Analyse van de antwoorden op de vragenlijst	12
5.1. Inleiding	12
5.2. Geestelijke gezondheid en kwetsbaarheid: wat is hun onderling verband?	13
5.3. Eerstelijnsopvang bij het OCMW.....	14
5.4. Doorverwijzingen binnen de gemeente	17
5.4.1. "Afstand is dodelijk voor doorverwijzingen"	17
5.4.2. Medische diensten als onderdeel van de OCMW's.....	17
5.4.3. Kennismaking met het aanbod.....	17
5.4.4. De conventies	18
5.4.5. Welke moeilijkheden ervaren de medewerkers bij het doorverwijzen van de begunstigden?.....	19
5.4.6. Leidt een verzoek al dan niet tot een resultaat?.....	19
5.4.7. Vragen rond follow-up en zorgcontinuïteit.....	21
5.5. De interventies van de mobiele teams.....	22
5.6. Doorverwijzingen buiten de gemeente.....	23
5.6.1. Moeten we begunstigden vergezellen naar hun afspraak?	24
6. Specifieke doorverwijzingen.....	25
6.1. Per geslacht	26
6.2. Per leeftijdscategorie.....	26
6.3. In geval van dubbele diagnoses.....	27
6.4. Voor niet-aangeslotenen bij een ziekenfonds.....	27
6.5. Bij gebrek aan huisvesting	28
6.6. Wat bij een taalbarrière?.....	30

6.7. Wat bij verslavingen?	31
7. Financiële tussenkomst van de OCMW's	32
8. Het Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie (GPMI)	35
8.1. Wat behelst het contract?	36
8.2. Verloop van het contract	37
8.3. Sancties	37
8.4. Vrijstelling	37
8.5. Wat dan?	39
8.6. Een taak die ingaat tegen de waarden van het maatschappelijk werk	39
9. Hinderpalen en knelpunten voor de OCMW-begunstigden	40
10. Hinderpalen en knelpunten voor de OCMW-medewerkers	41
10.1. Een structurele context die het gevoel geeft achter de feiten aan te lopen	41
10.2. Overbelast: “we hebben geen tijd”	41
10.3. Vage taken: “Wij zijn geen dokters”	42
10.4. Medewerkers tussen twee vuren: bijstand- én controletaken	43
10.5. Ontoegankelijke spoeddiensten: “Verhouding in mineur”	43
10.6. Geestelijke gezondheid? Nog steeds een ‘taboe’	43
10.7. Communicatieprobleem	44
11. Oplossingen voorgesteld door de medewerkers om bepaalde problemen op te vangen	45
11.1. Nood aan ‘concrete’ communicatie	45
12. Door de OCMW's opgesomde aanbevelingen	46
12.1. Aanbevelingen in het kader van het netwerk en de hervorming 107	47
12.2. Aanbevelingen op het vlak van opleiding	48
12.3. Aanbevelingen op het vlak van lokale praktijken	48
13. Enkele voorbeelden van goede praktijken, toegepast in de OCMW's	49
14. Conclusies	50
14.1. De resultaten van de enquête	50
14.2. De beperkingen van het sociaal werk binnen de OCMW's	52
14.3. “Draaideurpatiënten”	52
14.4. De gevolgen van het GPMI	53
14.5. De kracht van het netwerk in de huidige context	53
15. Concrete voorstellen	54

“We mogen ervan uitgaan dat de meeste zorgverleners in hun praktijk alles in het werk stellen om hun patiënten met zorgwekkende financiële problemen bij te staan. De ‘officiële stemmen’ uit de psychiatrie, die voor het grote publiek als referentie gelden, horen we echter niet.

Het lijkt alsof deze zogenaamd gezaghebbende stemmen niets te zeggen hebben over de sociaaleconomische impact en het leed dat eruit voortvloeit. En als je eenmaal de ‘schade hebt opgemeten’, zoals wij hebben gedaan, rest er alleen die verbazingwekkende, schokkende stilte waarvan je je afvraagt wat de oorzaken ervan zijn.” Claude Halmos, psychoanalyticus

“Een klok geeft 15 uur aan. Een Coca-Cola-automaat staat te trillen en een affiche tegen de muur verwelkomt de bezoekers. Een lange rij stoelen met 14 wachtenden. Vijf van hen zitten met het hoofd tussen de handen. Recht tegenover de stoelenrij hangen twee digitale schermen: het ene met een foto van een Caraïbisch strand, het tweede met een volgnummer: 179.”

Sfeerbeeld uit een wachtkamer in een Brussels OCMW.

Met dank aan:

Het OPGG dankt de Federatie van Brusselse OCMW's van Brulocalis (de Vereniging van de Stad en de Gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (VSGB)) voor haar hulp en ondersteuning bij de opmaak van deze 'stand van zaken', in het bijzonder de heren Jean Spinette, voorzitter, Christian Lejour, adviseur, mevrouw Cécile Daron, adviseur en de voorzitters van de 19 Brusselse OCMW's.

Onze bijzondere dank gaat uit naar alle OCMW-medewerkers die tijd hebben uitgetrokken om te getuigen en de vragen van het OPGG te beantwoorden.

1. Inleiding

Dit onderzoek kwam er op initiatief van het OPGG en werd uitgevoerd in 2018 met de steun van de Federatie van de Brusselse Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn.

De doelstellingen waren driedelig:

1. Onderzoeken hoe de OCMW-medewerkers het aanbod van geestelijke gezondheidszorg vanuit de 19 Brusselse OCMW's percipiëren en ervaren.
2. Een beter inzicht verwerven in het aanbod en de noden op het vlak van toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg voor kwetsbare personen, zowel op lokaal als gewestelijk niveau.
3. In het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor kwetsbare volwassenen (Psy 107) de terugkerende problemen in kaart brengen m.b.t. de doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

2. Onderzoeksmethodologie

Het betreft hier niet zozeer een sociologisch onderzoek, maar eerder een kwalitatieve peiling, die uitgaat van de ambitie om diverse, concrete situaties op het terrein aan het licht te brengen.

De bevraging werd uitgevoerd in 2018 op basis van semigestructureerde interviews (vragenlijsten met voornamelijk open vragen) afgenomen onder de verantwoordelijken voor de algemene sociale diensten. Ze werden individueel bevraged of samen met een of meerdere leidinggevende sociaal assistenten en maatschappelijk werkers van alle Brusselse OCMW's, met uitzondering van het OCMW van Anderlecht dat niet aan het onderzoek heeft meegewerkt. Het rapport bevat bijgevolg een verzameling van de antwoorden afkomstig van 18 van de 19 OCMW's op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De interviews vonden plaats binnen de OCMW's met uitzondering van het OCMW van Evere dat de ingevulde vragenlijst heeft doorgemailed.

Het doelpubliek bestond uit professionals werkzaam binnen de sociale diensten van het OCMW¹. De standpunten van de OCMW-begunstigden werden in het kader van dit onderzoek niet in aanmerking genomen.

Let wel, in het kader van dit onderzoek werden zorgverleners die werken met kwetsbare personen buiten de OCMW's om (de CASG of Centra voor Globale Sociale Actie, de dagcentra voor thuis- en daklozen en diverse

¹ Dit onderzoek laat voornamelijk leidinggevend en op de sociale diensten en sociaal assistenten aan het woord. Er werd geen rekening gehouden met het aantal dienstjaren van de medewerkers binnen een bepaalde functie. De anciënniteit op de verschillende werkposten varieert van 1 jaar tot 40 jaar (één persoon met 40 jaar dienst).

verenigingen en ngo's die steun verlenen aan migranten) niet gehoord. Een verruiming van het onderzoeksterrein en inzichten in de standpunten van dit doelpubliek zouden in een later stadium onze huidige gegevens kunnen verfijnen en een vollediger beeld schetsen van alle kwetsbare groepen in het Brussels Gewest.

De interviews verliepen aan de hand van een vragenlijst (zie bijlage) in de periode februari-december 2018. Dankzij de open vragen werden er getuigenissen verzameld over ervaringen en praktijken waarmee de maatschappelijk werkers dagelijks worden geconfronteerd. Ze vormen een afspiegeling van de moeilijkheden die ze ondervinden en de beperkingen waartegen ze regelmatig moeten opboksen in een structureel geworden crisis. Het onderzoek beoogt de verscheidenheid van de situaties in kaart te brengen en tegelijkertijd diverse signalen te benadrukken.

3. Economische en politieke context

- De bezuinigingen en het neoliberale beleid scherpen aspecten zoals ongelijkheid, kwetsbaarheid en armoede aan.
- De financiering voor privé-organisaties ligt hoger, maar stemt niet meer overeen met de toegenomen vraag en noden van de bevolking.²

De overheidsfinanciering voldoet niet langer aan de noden van de behoeftige bevolking en aan de eisen die aan de diensten worden gesteld. De aanhoudende bezuinigingspolitiek ten aanzien van de bevolking vormt de belangrijkste oorzaak van de overbevraagde diensten. Het huidige beleid ontwricht talloze mechanismen van de verzorgingsstaat.

3.1. De context in cijfers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (OGW):

- In 2018 stonden 43.170 gezinnen op de wachtlijst voor een sociale woning. De gemiddelde wachttijd bedroeg 9 jaar.
- Volgens schattingen van de BBRoW (Brusselse Bond voor het Recht op Wonen) staan er tussen 15.000 en 30.000 woningen leeg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
- Ruim een vijfde (21 %) van de totale beroepsbevolking overleeft op een bijstandsuitkering of een vervangingsinkomen (OGW).
- Het aantal leefloners is in een tijdspanne van 10 jaar (2007-2017) met 73 % toegenomen in het Brussels Gewest, een stijging die in heel België merkbaar is.

² Alain Willaert en Jacques Moriau, Rapport Intersectoriel 2018, Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018 : analyses et recommandations, septembre 2018 (Sectoroverschrijdend rapport 2018, Evolutie van de sociale en gezondheidsproblematieken 2013-2018: analyses en aanbevelingen, september 2018)

- Meer dan een kwart van de Brusselse bevolking (26 % in 2016) heeft recht op een verhoogde tegemoetkoming in de gezondheidszorg (RVV).
- 1/5 van de beroepsbevolking is er werkloos, een cijfer dat oploopt tot wel 40 % in de armste wijken.
- In 2018 leefde 33 % van de Brusselaars onder de armoedegrens.
- La Strada, het steunpunt voor daklozenzorg in Brussel, telde in november 2018 ruim 4.187 daklozen en slecht gehuisveste personen.
- Een kwart van de Brusselse gezinnen moest ooit al gezondheidszorg uitstellen om financiële redenen.

De conclusies van de Welzijnsbarometer voor 2018 van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn liegen er niet om: “Net als de voorgaande jaren (...) leeft een steeds groter aantal Brusselaars in moeilijke omstandigheden. Het Brussels Gewest kampt met een flagrante sociale ongelijkheid die een duidelijke impact heeft op de ongelijkheden inzake gezondheid. Het is belangrijk om de situatie van alle Brusselaars op sociaaleconomisch en gezondheidsvlak zichtbaar te maken en op te volgen, ook van personen die van alle vormen van maatschappelijke bescherming verstoken blijven.”³

3.2. De OCMW's als ultieme strohalm tegen uitsluiting

In deze crisistijd zijn de OCMW's de laatste schakel in de ketting, de laatste bastions van sociale bescherming voordat de maatschappelijke uitsluiting ertoe leidt dat kansarme groepen hun sociale basisrechten verliezen (leefloon, financiële tegemoetkoming op het vlak van gezondheidszorg, betaling van onderhoudsgelden enz.).

De OCMW's staan onder druk en ondervinden dat hun begunstigden, de problemen en de opdrachten permanent veranderen⁴. Ze krijgen voortdurend af te rekenen met nieuwe invullingen van hun opdrachten (waaronder de controleopdrachten die kaderen in een activeringslogica) en de uitbouw van nieuwe diensten.

De OCMW's stellen onder hun begunstigden een toenemende kwetsbaarheid vast en complexere behoeften die voortvloeien uit de armoede, maar evenzeer uit onze geglobaliseerde, multiculturele maatschappij, in combinatie met de afbouw van wetten wat betreft de toegankelijkheid tot sociale rechten. De behoefte aan sociale bijstand (huisvesting, energie ...) neemt toe. De economische crisis speelt in op verschillende aspecten van de dagelijkse realiteit van de burgers. In het licht van die stijgende vraag is het personeelstekort bij de OCMW's zorgwekkend.

Naast het toenemende aantal begunstigden, is het publiek ook veel diverser geworden: een toename van het aantal door de RVA gesanctioneerde werklozen die geen uitkering meer ontvangen (effect van communicerende vaten tussen twee overheidsinstanties), meer studenten, jongeren, daklozen, mensen die bij kennissen wonen, werkende armen ...

³ <http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publications/2018-welzijnsbarometer>

⁴ Recherche action sur l'accompagnement des personnes dans les CPAS bruxellois, 2013, Véronique Degraef (Onderzoek naar actiemogelijkheden in de begeleiding van personen in de Brusselse OCMW's)

Om gericht in te spelen op de noden van de burgers en een antwoord te bieden op het stijgende aantal dossiers, hebben sommige OCMW's hun sociale diensten gedecentraliseerd. Op het grondgebied van een OCMW kunnen zich nu meerdere (soms tientallen) sociale antennes bevinden.

Enkele cijfers:

Barema's voor het leefloon op 1 september 2018:

- Alleenwonende: € 910,52
- Samenwonende: € 607,01
- Persoon met gezinslast: € 1.257,82

Het gemiddelde aantal dossiers per sociaal assistent dat in de algemene sociale diensten van de OCMW's wordt behandeld, varieert en loopt vaak op tot meer dan 100 per medewerker.

Getuigenis: "Ik heb in die 11 jaar als OCMW-medewerker de evolutie van ons publiek meegemaakt. De aanvragen veranderen, er zijn steeds meer mensen die het alleen niet meer redden en er is vooral een grote groep die moeilijk huisvesting vindt. Er kloppen ook mensen bij ons aan die werk hebben, maar hun loon is zo laag dat ze de eindjes niet aan elkaar kunnen knopen."

"Sommige werknemers kunnen momenteel geen aanspraak maken op onze bijstand omdat ze 'net meer dan het minimaal toegelaten bedrag verdienen'. Ze slagen er echter niet in om de basisuitgaven rond te krijgen en laten alles wat geen basisgezondheidszorg is achterwege omdat zelfs de kleinste extra uitgave hun hele budget in onevenwicht brengt."

3.3. De context door de ogen van de geestelijke gezondheidssector

De geestelijke gezondheidssector⁵ doet een soortgelijke vaststelling en wijst al enkele jaren op de funeste gevolgen ervan op psychisch vlak.

Drie fragmenten uit het rapport over de geestelijke gezondheidssector (2016) schetsen de situatie⁶:

3.3.1. De context en de impact van ongelijkheid

"Ruwe, meedogenloze maatschappelijke situaties bestendigen de schrijnende omstandigheden waarin individuen en groepen leven. Ze maken hun kwetsbaarheid alleen maar erger en beknotten hun toegang tot de zorgverlening. De verarming van een deel van de Brusselse bevolking neemt toe. Dagelijks worden sociale ongelijkheden vastgesteld en sommige bevolkingsgroepen zitten veeleer in overlevingsmodus dan dat ze een menswaardig bestaan leiden. De psychische en psychiatrische gevolgen daarvan zijn enorm. Talloze stabiele psychiatrische situaties ontvlammen wanneer de basiszekerheden worden afgebouwd, maar evenzeer wanneer systematische achterdocht de regel wordt. Dergelijke situaties leiden logischerwijs tot een toename van de aanvragen en een structurele overbelasting van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg (DGGZ), maar evenzeer voor opvangrealiteiten die het functioneren beïnvloeden en belangrijke aanpassingen vergen." (p.3) "Het sociale aspect van de problemen onder de bevolking blijft toenemen en creëert gevoelens van angst en onzekerheid. Deze evolutie zorgt ervoor dat mensen onophoudelijk achter de feiten aan hollen en dat hun emmer constant overloopt. Hun problemen zijn zo talrijk en met elkaar verweven dat ze het overzicht hebben verloren. Ze worden aangestuurd door wat hen

⁵ Het gaat hier om de sector van de 22 Franstalige, Brusselse geestelijke gezondheidsdiensten (GGD) die door de Cocof worden gefinancierd.

⁶ Alain Willaert et Jacques Moriau, Rapport Intersectoriel 2018, Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018 : analyses et recommandations, septembre 2018 (Sectoroverschrijdend rapport 2018, Evolutie van de sociale en gezondheidsproblematieken 2013-2018: analyses en aanbevelingen, september 2018)

overkomt en kunnen zelf nauwelijks nog ingrijpen. Ze zijn op zoek naar een instant oplossing om hun sociale situatie te doen kantelen. De dienst voor geestelijke gezondheidszorg wordt gebruikt in noodsituaties, vaak als een soort van wanhoopspoging.” (p.4)

3.3.2. Een toenemend fenomeen

Het rapport van de geestelijke gezondheidssector vermeldt dat “uit de gesprekken met vertegenwoordigers van de teams werkzaam in de DGGZ blijkt dat er een unanieme bezorgdheid aanwezig is. Alle standpunten die naar voor komen hekelen een fenomeen met structurele proporties. De laatste jaren werden er in de wetgeving of regelgeving wijzigingen doorgevoerd. Ze kaderen in het beleid dat in dit land wordt gevoerd en leiden tot een aanscherping van de financiële en materiële kwetsbaarheid, een moeilijkere toegankelijkheid tot huisvesting, tot werkgelegenheid, tot uitkeringen, tot de OCMW’s en tot de gezondheidszorg. Sommige bevolkingsgroepen verzeilen daardoor in uiterst problematische leefomstandigheden. De respondenten zien dit fenomeen alleen maar aangroeien. Sommigen beschouwen bepaalde patiënten als ‘een nieuwe categorie van outcasts die verstoken blijft van alle overlevingsmiddelen’. Ze zijn het slachtoffer van een zorgwekkende ongelijkheid en discriminatie.” (p.6)

Een complex kluwen van instellingen en een versnippering van de bevoegdheden: het rapport van de geestelijke gezondheidssector vermeldt dat “we op het wetgevende vlak onder ogen moeten zien dat het federale beleid altijd een regionale uitwerking heeft die een veel intensievere samenwerking vereist met de voogdijministers. Daarom vinden we het van essentieel belang dat de sectoren middelen krijgen voor onderzoek en studies waarin de problemen objectief worden bekeken en voorzien van de passende antwoorden. En dit om de politiek met de neus op de feiten te drukken.” (p.22)

3.3.3. Een controlemaatschappij

“De sociale actoren doen steeds vaker een beroep op onze expertise om de gevolgen van het sociaal beleid om te buigen. Het is een nieuwe vorm van psychologisering en psychiatrische invulling van het sociale luik die de professionals uit de sector de nodige tools in handen geeft. Alle sectoren worden hierbij betrokken: sociale bijstand (OCMW), sociale huisvesting, ziekte-uitkeringen ...” (p.21)

3.3.4. Overbelasting van de diensten

“Niets nieuws onder de zon. Alle teams krijgen steeds vaker af te rekenen met een overbelasting van hun dienst. Het toenemende aantal vragen leidt tot langere wachttijden, problemen om vaak en regelmatig genoeg follow-ups uit te voeren, minder tijd om preventieacties op het getouw te zetten, onmogelijke keuzes tussen de noden op het vlak van psychiatrische zorgverlening en de behandeling van psychische ontreddering door sociale factoren, en een langere behandelingsduur waardoor de toegang tot ambulante psychische zorg moeilijker wordt.” (p.20)

4. De context van de geestelijke gezondheidshervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Sinds 2010 streeft Psy 107, het Belgische hervormingsmechanisme voor de geestelijke gezondheidszorg⁷, in heel België naar een afbouw van een deel van de psychiatrische bedden om ze te vervangen door nieuwe, mobiele teams binnen de leefomgeving⁸. De initiatieven rond de-institutionalisering van de zorgverlening dateren al uit de jaren 70: de zorgverlening in de leefomgeving wordt regionaal aangestuurd terwijl de ziekenhuizen nog steeds onder federale bevoegdheid vallen⁹.

De hervorming beoogt de ontwikkeling van een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om een omvorming van een voornamelijk residentieel aanbod naar een meer gedifferentieerd zorgaanbod, gebaseerd op de noden van de betrokkenen vanuit hun leefomgeving, hun concrete levensomstandigheden.

In het kader van de geestelijke gezondheidshervorming bestaat er sinds 1 januari 2018 één regionaal netwerk voor de geestelijke gezondheidszorg dat het volledige Brusselse grondgebied moet bestrijken. Door de oprichting van mobiele teams kan de zorgvraag van de patiënten in hun leefomgeving worden ingevuld, onder meer door het residentiële aanbod gaandeweg om te vormen tot een ambulante aanbod. De doelstellingen zijn:

- een gemeenschapsgerichte benadering en patiëntenzorg in de eigen leefomgeving aanmoedigen.
- zorgcircuits opzetten binnen het unieke Brusselse netwerk.
- een zo inclusief mogelijk aanbod ontwikkelen voor het Brusselse publiek. In 2010 lanceerde de federale overheid een projectoproep voor de ziekenhuizen om een aantal psychiatrische bedden te 'bevroeren' en de vrijgekomen middelen te gebruiken voor personeel betrokken bij de oprichting van mobiele teams in verschillende delen van het Brussels Gewest.

Vanuit dit nieuwe zorgmodel moet elk netwerk streven naar deze vijf functies:

- Functie 1 behelst preventie en opsporing; diagnosticering, eerstelijns hulp
- Functie 2 behelst de opvolging aan huis bij crisissituaties en chronische situaties door de inzet van mobiele teams
- Functie 3 behelst de psychosociale revalidatie (via socioprofessionele inschakeling ...)
- Functie 4 behelst de hospitalisatie en de intensifiëring ervan
- Functie 5 betreft de specifieke woonvormen (initiatieven beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen ...)

In Brussel kwamen zo twee experimentele projecten tot stand: het netwerk Brussel-Oost en het netwerk HERMESplus. Na enkele jaren proefdraaien van die pilootprojecten wil de overheid de inplanting van netwerken veralgemenen over het volledige Brusselse grondgebied. De beleidsinstanties en administratieve organen willen dat er één enkel netwerk komt voor het hele Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Uitgaande van de vaststelling dat er al twee antennes werden opgericht tijdens de proeffase en van de wens om meer spelers te betrekken bij de oprichting van het netwerk 107, stelden de gewestelijke coördinaties een

⁷ <http://www.psy107.be/index.php/nl/2014-09-28-21-32-42/5-sleutelfuncties>

⁸ 1986, 1990, 2015: moratoria van psychiatrische ziekenhuisbedden

⁹ Voor meer info, zie: https://www.gibbis.be/images/20171017_PP_107_octobre_2017_ING_bilingue.pdf
La Belgique, 40 ans de réformes successives (pagina 3).

organisatie voor die uitgaat van twee ‘niveaus’: een regionaal netwerk dat bestaat uit vier lokale antennes (Brussel-Oost, HERMESplus, Rézone en Norwest) met voor elk van hen een coördinatie.

Het erkenningsdossier met alle modaliteiten voor de oprichting van het Brusselse netwerk voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen werd naar de overheid gestuurd en kreeg in januari 2018 groen licht. Dit netwerk bestaat uit alle Brusselse interventieorganen voor geestelijke gezondheidszorg die worden samengebracht via een Gewestelijk Netwerkcomité (GNC) dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van de hervorming op het volledige Brusselse grondgebied. In januari 2019 werden een Nederlandstalige en een Franstalige coördinator aangeworven. Tegelijkertijd krijgen twee antennes geleidelijk aan vorm; het gaat om een antenne in het zuidwesten (Rézone) en in het noordwesten (Norwest) van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De financiering van vier antennes is voorsnog niet eenduidig. De antennes Norwest en Rézone kunnen sinds 2018 via de COCOF (Franse Gemeenschapscommissie) aanspraak maken op een budget dat overeenstemt met een halftijdse medewerker om hun werk als lokaal netwerk uit te bouwen. De antennes Brussel-Oost en HERMESplus putten momenteel nog uit eigen middelen.

De hervorming vindt plaats in een economisch moeilijke context. Ze spruit voort uit aanbevelingen van de WHO die een stapsgewijze afbouw van de psychiatrische bedden bepleit waarbij de aldus vrijgekomen middelen worden toegewezen aan voorzieningen die de patiënten in hun eigen leefomgeving ondersteunen. In tegenstelling tot de andere gewesten van het land heeft het Brussels Gewest te kampen met een tekort aan psychiatrische bedden ten opzichte van de historische programmeringsnormen. Het financieringsmechanisme van de mobiele teams is gebaseerd op de ‘bevriezing’ van bedden, wat betekent dat het budget dat werd uitgetrokken voor ziekenhuisbedden – op basis van artikel 107 van de ziekenhuiswet – wordt gebruikt voor de financiering van de mobiele teams. De gangbare benamingen ‘teams 107’ en ‘projecten 107’ die initieel werden gebruikt in het kader van de hervorming, verwijzen dan ook naar dit artikel 107. De ziekenhuisactoren hebben de overheid laten weten dat ze erg weinig marge hebben om bedden te bevriezen omwille van de overbelasting van de sector in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

5. Analyse van de antwoorden op de vragenlijst

5.1. Inleiding

Dankzij de diepgaande interviews zijn we erin geslaagd om een reeks getuigenissen, ervaringen en bevindingen te belichten die betrekking hebben op een zeer specifiek aspect van het maatschappelijk werk voor de overheid: het (al dan niet) opvangen van personen met psychische aandoeningen en hen doorverwijzen naar de geestelijke gezondheidszorg.

In de 18 gecontacteerde OCMW’s treffen we 18 verschillende situaties en evenveel methodologieën aan, ook al zijn een groot aantal van de vermelde problemen gemeenschappelijk.

Het was niet zozeer de bedoeling om in dit onderzoek de verschillende OCMW’s met elkaar te vergelijken, dan wel om **de belangrijkste tendenzen en een beeld van de situatie in de 19 gemeenten van het Brussels Gewest onder de aandacht te brengen**. Met de situatie van 2017 in het achterhoofd moet het mogelijk zijn om een huidige stand van zaken op te maken en de evolutie in het kader van de geestelijke gezondheidshervorming zo goed mogelijk te bevatten.

5.2. Geestelijke gezondheid en kwetsbaarheid: wat is hun onderling verband?

De situaties en problemen waarvoor men bij het OCMW aanklopt, worden steeds complexer. De analyse van de onderlinge samenhang tussen geestelijke gezondheid en kwetsbaarheid, opgemaakt door de sociaal assistenten, moet worden bestudeerd.

Al in 2016 lanceerde de CSSA (Sociale Coördinatie van Schaarbeek) tijdens een studiedag over het onderwerp de vraag: 'Kwetsbaarheid en geestelijke gezondheid. Wie heeft de touwtjes in handen?'¹⁰.

Eerste belangrijk punt: wanneer de medewerkers het over 'geestelijke gezondheid' hebben, interpreteren ze dit begrip in de ruime zin van het woord en beperken ze het concept niet tot mentale ziektebeelden of stoornissen. Volgens hen kunnen geestelijke gezondheidsproblemen verder gaan dan het strikt medische kader.

Hoewel slechts een deel van de begunstigden met geestelijke gezondheidsproblemen kampt, wordt hun aandeel door de medewerkers toch omschreven als 'stijgend'. Ze benadrukken dat kwetsbaarheid verschillende aspecten van het dagelijkse leven beïnvloedt: sociale omgang, gezondheid, beroepsactiviteit, vrije tijd, actief leven ...

De medewerkers baseerden zich op waarnemingen tijdens hun werkzaamheden voor de definiëring van begrippen als 'kwetsbaarheid' en 'geestelijke gezondheid'. Volgens de meeste OCMW-medewerkers houdt het ene verband met het andere. Bij sommige medewerkers primeert de stelling dat kwetsbaarheid geestelijke gezondheidsproblemen veroorzaakt. Andere medewerkers zijn van mening dat geestelijke gezondheidsproblemen kunnen leiden tot kwetsbaarheid of de bestaande situatie in de hand werken. De vraag of de ene hoedanigheid leidt tot de andere is complex. De meningen hierover zijn uitermate verdeeld.

Getuigenissen: "De toestand rond dakloosheid en geestelijke gezondheid is verslechterd. Het ging de afgelopen vijf jaar duidelijk van kwaad naar erger."

"Kwetsbaarheid en geestelijke gezondheid? Van het ene komt het andere en vice versa", "We zien duidelijk dat het in beide richtingen werkt, we komen echt de twee gevallen tegen."

Heel wat getuigenissen leggen de volgende tendenzen bloot: een algemene toename van zware problemen en een stijging van het aantal jonge begunstigden met geestelijke gezondheidsproblemen en dubbele diagnoses.

Getuigenis: "We krijgen steeds vaker te maken met zware psychiatrische ziektebeelden bij mensen die niet in behandeling zijn of die hun therapie hebben stopgezet. Ze zijn zodanig gedestructureerd dat het moeilijk wordt om hen op te volgen."

De optelsom van deze problemen maakt de opvang extra moeilijk voor de maatschappelijk werkers. Een groot aantal van hen geeft aan dat het moeilijk is om snel in te grijpen en een geïntegreerde aanpak van de problemen op poten te zetten.

Structurele benadering

Alle OCMW's wijzen op een **ontredding op velerlei vlakken waarvan de hoofdoorzaak van sociaaleconomische aard is**. De geïnterviewde medewerkers kaarten de volgende problemen van hun begunstigden aan: de uitzichtloosheid van hun kwetsbare sociale situatie, de traagheid waarmee oplossingen worden aangereikt voor hun situatie en een context die geen antwoorden biedt ter verbetering van hun dagelijkse bestaan. Hun gevoelens van woede, frustratie, angst voor later, aanhoudende stress,

¹⁰ <https://www.cass-cssa.be/fr/nos-actions/les-colloques/sante-mentale-et-precarite>

uitputting, depressie, ontmoediging, onbehagen om niet te kunnen reageren, worden in deze gevallen als gerechtvaardigd aangehaald en beschreven.

Sommige medewerkers zijn echter een andere mening toegedaan: volgens hen primeren de ‘aan de basis’ aanwezige geestelijke gezondheidsproblemen. Aantoonbare, ernstige psychische stoornissen of psychiatrische ziektebeelden (psychose, bipolaire stoornis ...) kunnen aanleiding geven tot sociale problemen. Het OCMW biedt deze mensen administratieve bijstand die voor hen moeilijk of onmogelijk is geworden.

Getuigenis: “Sommige mensen bij wie een diagnose werd vastgesteld, riskeren niet in orde te zijn met hun administratieve beslommeringen. Het is belangrijk dat wij dat voor hen kunnen regelen of hen hierbij helpen”.

Tot slot vermeldt bijna iedereen dat geestelijke gezondheid en kwetsbaarheid problemen zijn die zelfs los van elkaar moeilijk te benaderen zijn. Een combinatie van de twee of hun verwevenheid maakt de aanpak alleen maar complexer zowel voor de begunstigden als voor de maatschappelijk werkers.

Getuigenissen: “Ik zie hoe kwetsbaarheid langzaam binnensluipt als mensen het met minder geld moeten doen, minder toegang hebben tot vrijetijdsactiviteiten, meer zorgen hebben om uit de situatie te geraken, ook al doen ze hun uiterste best.”

“Een typisch terugkerend voorbeeld? Een gezin met twee kinderen verkeert in een psychosociale noodsituatie. De moeder werkt niet, de vader heeft gezondheidsproblemen en is niet in staat om te werken. De ouders hebben moeite om de huur te betalen van hun woning (die idealiter drie slaapkamers moet hebben) en te zorgen voor een gezinsinkomen. Eens ze in een kwetsbare situatie zijn aanbeland, voelen ze zich slecht omdat ze hun verantwoordelijkheden niet kunnen opnemen.”

5.3. Eerstelijnsopvang bij het OCMW

Het OCMW is een openbare dienst die in 1976 werd opgericht door de Belgische Staat en georganiseerd is op lokaal niveau. Het OCMW ondersteunt de gemeenten. OCMW-medewerkers moeten als werknemers in een openbare dienst fundamentele, wettelijke taken vervullen waarvan het recht op maatschappelijke integratie (het leefloon onder voorwaarden) op de eerste plaats komt en het recht op sociale bijstand (inclusief gezondheidszorg) op de tweede. Het doel is om ervoor te zorgen dat elk individu een menswaardig bestaan kan leiden.¹¹

Bij aankomst in een OCMW-kantoor heeft de begunstigde eerst contact met ofwel een onthaalmedewerker die een rol heeft op het raakvlak met de overige functies binnen het OCMW, ofwel een steward die vaak een opleiding als veiligheidsagent genoot om de gebruikers door te verwijzen, een oogje in het zeil te houden in de wachtzalen en de spanningen in goede banen te leiden. Deze medewerkers werden niet geïnterviewd in het kader van dit onderzoek.

¹¹ http://www.ocmw-info-cpas.be/fiche_FV_nl/le_cpas

De meeste ondervraagde OCMW-medewerkers hebben een diploma sociaal assistent op zak, al dan niet met een specialisatie. Het merendeel van de Brusselse OCMW's beschikt over psychologen in hun personeelsbestand, maar dan vooral binnen hun Diensten Socioprofessionele Inschakeling (SPI). Deze psychologen zijn aangeworven voor de uitvoering van maatschappelijk werk. Ze voeren geen klinische taken uit. De OCMW's vertonen sterke verschillen qua samenstelling. Sommige SPI's bestaan uitsluitend uit psychologen, andere werken alleen met sociaal assistenten en nog andere hebben de twee.

Specifiek voorbeeld van een OCMW met een interne dienst voor gratis psychologische raadplegingen

Het OCMW van Sint-Agatha-Berchem nam in 2018 een klinisch psychologe in dienst voor de opvolging en psychologische begeleiding van mensen die een moeilijke periode doormaken (familiale problemen, verslavingen, depressie, afzondering ...). Deze aanwerving kwam er nadat de gemeente had vastgesteld dat 'nogal wat begunstigden psychologische en psychiatrische problemen vertoonden en dat doorverwijzing niet altijd mogelijk was door de geringe omvang van het grondgebied'.

De dienstverlening is gratis voor alle OCMW-begunstigden. De psychologe maakt psychische verslagen op om de problemen van de mensen die bij haar aankloppen, in kaart te brengen. Ze fungeert dus als verbindingspersoon met de andere OCMW-diensten. Deze gesprekken worden eventueel afgerond met een doorverwijzing buiten het OCMW naar een andere, specifieke begeleiding zoals psychotherapie of gezinsbemiddeling. Het doel is om ondersteuning te vinden die aangepast is aan de noden en de vraag van de betrokkenen. De psychologe reserveert anderhalve dag per week voor noodgevallen.

De begunstigden krijgen van de sociaal assistenten van het OCMW het advies om deze psychologe 'eens op te zoeken'. Die doorverwijzing kan ook worden aangemoedigd door het comité van het OCMW. De meeste begunstigden komen op die manier bij de psychologe terecht. Tot slot zijn er ook een aantal begunstigden die zich spontaan aanmelden bij de dienst voor psychologische raadplegingen (affiches, mond-tot-mondreclame). De verslagen van de psychologe leveren voor het comité het 'sprekende bewijs van de noodzaak'.

Het merendeel van de eerstelijnsmedewerkers getuigt van uitermate moeilijke werkomstandigheden. Door de aanhoudende toename van begunstigden, is er vaak te weinig ruimte. Tijdens het onderzoek waren in heel wat OCMW's trouwens uitbreidingswerken aan de gang (Jette, Etterbeek, Sint-Gillis). De administratieve werklast steeg evenzeer en neemt behoorlijk wat tijd in beslag, mede door het activeringsbeleid¹².

Getuigenis: "Op de dienst krijgt het administratieve werk voorrang. We krijgen de tijd niet meer om uit te zoeken welke eigenheden en problemen elke persoon heeft."

5.3. De vaakst voorkomende situaties waarin begunstigden worden doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg

In volgorde van frequentie zoals aangegeven door de 18 OCMW's:

In het algemeen, op vraag van de begunstigde of op basis van een 'indruk' van de medewerker

Worden zeer vaak aangehaald: depressie, verslavingen, dubbele verslavingsdiagnoses en comorbiditeit inzake geestelijke gezondheid, ernstige psychiatrische problematieken zonder precieze benoeming van het

¹² Meer info: https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/eindrapport_pod_mi_studie_werklastmeting.pdf en zie hoofdstuk geïndividualiseerd project van maatschappelijke integratie

probleem of de problemen, wanhoop, zieke mensen in een ontkeningsfase, isolement, isolement dat gepaard gaat met gezondheidsproblemen, eenzaamheid, mensen die het gevoel hebben dat ze in een individualistische maatschappij leven, zieke daklozen.

Worden vaak aangehaald: 'de stoppen slaan door'¹³, zelfmoordrisico, ouderen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, personen die hun toestand miskennen, gevoel van maatschappelijke waardeloosheid, gebukt gaan onder een schuldgevoel, lijden onder het onvermogen om de gezinsverplichtingen of -behoeften te kunnen inlossen.

In mindere mate aangehaald: 'zelfmoordchantage'¹⁴, relatieproblemen tussen kinderen/jongeren en ouders

Aangehaald in verband met migranten of asielzoekers

Worden zeer vaak aangehaald: oude trauma's, migratiegerelateerde trauma's, posttraumatische stresssymptomen ...

Worden vaak aangehaald: angst, wanhoop, depressie ...

Sommige OCMW's bieden meer opvolging aan een migrantenpubliek dan andere omdat ze over lokale opvanginitiatieven (LOI) beschikken. Het gaat om asielzoekers die op vraag van de federale overheid worden opgevangen¹⁵. Hun huisvesting wordt georganiseerd door een OCMW, in samenwerking met Fedasil (het federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers). Deze huisvesting is voorbehouden voor asielzoekers in de eerste fase van hun aanvraagprocedure van het vluchtelingenstatuut (ontvankelijkheidsonderzoek van hun dossier). De organisatie van deze LOI's lijkt niet meteen grote problemen op te leveren wat betreft de toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg aangezien de geestelijke gezondheid van asielzoekers al wordt opgevolgd via een overeenkomst tussen Fedasil en het OCMW.

De problematiek rond vluchtelingen zonder papieren die in de clandestiniteit leven is veel complexer en minder zichtbaar. OCMW-begunstigden bij wie geen evolutie merkbaar is, worden omschreven als 'vastgeroest in hun situatie'. Sommigen zijn ook letterlijk stille getuigen die gewoonweg de stap niet durven te zetten om een afspraak te maken met een maatschappelijk werker van het OCMW uit vrees om met hun situatie naar buiten te komen.

Getuigenis: "Een vluchteling zonder papieren komt regelmatig naar het onthaal van ons OCMW om zijn hart uit te storten bij onze onthaalmedewerkster. Hij durft alleen met haar over zijn problemen spreken, omdat hij weet dat er tijdens dat gesprek geen oordeel wordt geveld, geen controle is en er niets kan gebeuren dat een risico vormt voor hem. Dat is niet het geval als hij een afspraak zou maken met de maatschappelijk werkers. Daarom gaat hij nooit verder dan die eerste fase."¹⁶

De aanvragen voor bijstand aan mensen die al in een zorgprotocol zijn opgenomen

Ten slotte komen er ook vaak vragen naar financiële tussenkomst voor personen die zich al in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg bevinden. Deze verzoeken worden geuit in alle OCMW's, maar blijken toch vooral voor te komen in bepaalde OCMW's uit de Brusselse rand¹⁷.

¹³Als dusdanig verwoord in het Frans, vrije vertaling

¹⁴Als dusdanig verwoord in het Frans, vrije vertaling

¹⁵Voor meer informatie https://www.avcb-vsgb.be/nl/subsidies.html?sub_id=727

¹⁶Lees over dit onderwerp "Vlucht zonder einde", het rapport van Artsen zonder Grenzen over de humanitaire hub in Brussel, <https://press.msf-azg.be/rapport-azg-vlucht-zonder-einde-psychische-hulp-in-de-humanitaire-hub-in-brussel>

¹⁷Evere en Ganshoren

5.4. Doorverwijzingen binnen de gemeente

5.4.1. “Afstand is dodelijk voor doorverwijzingen”¹⁸

Drie belangrijke factoren maken doorverwijzing makkelijker: de kennis van het aanbod binnen de gemeente, het bestaan van medische diensten die afhangen van het OCMW en het bestaan van conventies met bepaalde medische diensten of rechtstreekse samenwerkingsverbanden met bepaalde zorgverleners.

De doorverwijzing gebeurt voornamelijk binnen de gemeente omdat de meeste OCMW's enerzijds conventies hebben uitgewerkt met bepaalde, dichtbijgelegen zorgdiensten en anderzijds omdat de kwetsbare, onzekere begunstigden laten uitschijnen dat ze niet graag ver uit hun vertrouwde omgeving willen behandeld worden.

De begunstigden worden vaak omschreven als personen die “zelden een huisarts hebben, zich volgens het systeem van ‘one shot’ laten behandelen en systematisch naar een ziekenhuis trekken wanneer het probleem erger wordt.”

De doorverwijzing naar lokale hulpverlening kadert in de filosofie van bepaalde OCMW's die ‘trapsgewijze geneeskunde’ aanmoedigen. Ze raden de patiënten aan om eerst bij een huisarts of medisch centrum langs te gaan voor ze naar een ziekenhuis trekken. Dat is duidelijk het geval in Sint-Gillis dat niemand doorverwijst buiten de gemeente, behalve wanneer een begunstigde al buiten de gemeente wordt opgevolgd voordat hij zich bij het OCMW van Sint-Gillis aanbood.

Getuigenis: “(...) zorgverlening in de buurt is beter omdat de huisartsen zeer goed op de hoogte zijn van de situatie van hun patiënten. Ze vormen een eerste houvast voor hun patiënten en zijn bijgevolg ideaal geplaatst om hen in dezelfde logica door te verwijzen naar een nabije gezinsplanning. Afstand is nu eenmaal dodelijk bij een doorverwijzing ...”.

5.4.2. Medische diensten als onderdeel van de OCMW's

Wanneer een medische dienst of consultatiebureau met permanenties van huisartsen of verpleegkundigen, rechtstreeks deel uitmaakt van de centrale administratie van het OCMW, is eerstelijnsdoorverwijzing zeer gebruikelijk. Niet alle OCMW's beschikken echter over een medische dienst. Dat is het geval in Koekelberg, Ukkel en Sint-Joost-ten-Node.¹⁹

5.4.3. Kennismaking met het aanbod

De keuze om begunstigden naar bepaalde voorzieningen door te verwijzen, hangt samen met de specifieke gewoonten van de OCMW's, die voornamelijk via informele circuits en mondeling tussen de collega's worden uitgewisseld. We mogen stellen dat het hier om een ‘adviesuitwisseling’ gaat onder collega's op basis van de kennis van het bestaande zorgnetwerk en de positieve ervaringen van de sociaal assistenten. De kennis van het Brusselse zorgaanbod en -netwerk verschilt zeer sterk per OCMW. Daarnaast is er ook een verschil qua intra muros aanpak, omdat zowat elke medewerker zijn eigen manier van werken heeft.

De doorverwijzing kan ook in mindere mate gebeuren op basis van informatie die werd gevonden in de dossiers van de begunstigden die eerder al werden doorverwezen, maar evenzeer ‘op goed geluk’ via

¹⁸Citaat van een medewerkster

¹⁹In Ukkel en Sint-Joost-ten-Node kunnen de begunstigden vrij kiezen om er al dan niet naartoe te gaan.

informatie die men toevallig op internet tegenkomt, meer bepaald wanneer een structuur geen beschikbaarheid heeft.

Uit het onderzoek is gebleken dat *Sociaal Brussel online*²⁰ een relatief onbekende tool blijft onder de maatschappelijk werkers van de OCMW's. Bijna de helft van de geïnterviewde medewerkers kent de tool van het Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie (CMDC). De website voor professionals bevat betrouwbare, gestandaardiseerde informatie over een kleine 3500 Franstalige, Nederlandstalige en tweetalige organisaties en diensten die actief zijn in de welzijns- en gezondheidssector in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De tool lijkt voornamelijk gebruikt te worden voor het opzoeken van informatie over diensten die veel minder bekend zijn. Toch wordt de tool nog niet door iedereen gebruikt, enerzijds door tijdsgebrek en anderzijds omdat men de voorkeur geeft aan informatie-uitwisseling tussen collega's.

Bovendien geven sommige OCMW-medewerkers aan dat ze geen toestemming hebben om op de website in te loggen omdat specifiek geïnstalleerde software op hun pc het aantal toegankelijke websites beperkt.

5.4.4. De conventies

Heel wat OCMW's sluiten conventies met verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg en geneesmiddelen, vaak om eerstelijnsgezondheidszorg op het grondgebied van de gemeente te stimuleren. De conventies voor geestelijke gezondheidszorg worden afgesloten met huisartsen, met artsen in medische centra, artsen, psychologen en psychiaters in gezinsplanningsbureaus en minder vaak met diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Wanneer een van de geconventioneerde diensten overbelast is of de deuren sluit, wordt de doorverwijsproblematiek extra acuut. Het wegvallen van een 'zorgpartner' binnen de gemeente die voorheen door het desbetreffende OCMW werd gebruikt, laat een leemte achter.

Geconventioneerde psychiaters en etnopsychiaters zijn eerder zeldzaam, ongeacht of ze werkzaam zijn in de diensten voor geestelijke gezondheidszorg, consultatiebureaus voor gezinsplanning, medische centra of als zelfstandige. De maatschappelijk werkers geven aan dat de nood aan psychiatrische zorgverlening groter is dan vroeger. Velen onder hen melden een stijging van diagnoses van bewezen psychiatrische ziektebeelden onder hun publiek. Deze opmerking moet wel met de nodige omzichtigheid worden geïnterpreteerd. In het kader van dit rapport worden geen statistische gegevens verstrekt over de psychiatrische zorgverlening, maar uit diverse publicaties²¹ blijkt wel een toename van het aantal OCMW-begünstigden.

Getuigenissen: "In de gemeente zijn er niet veel voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. Op gebied van netwerk, moet ik zeggen dat we nergens staan. We kunnen bijvoorbeeld geen beroep doen op een door het OCMW erkende psychiater, laat staan een etnopsychiater. In de medische centra zijn er bijna geen deskundigen in geestelijke gezondheidszorg te vinden."

Andere, minder vaak aangehaalde factoren, bevorderen eveneens de doorverwijspraktijken:

- het feit dat er al patiënten naar deze voorziening werden doorverwezen en men tevreden is over de blijvende contacten
- het feit dat de diensten worden aanbevolen door collega's

²⁰<https://sociaal.brussels/>

²¹Voor meer info, ga naar: <https://www.mi-is.be/nl/pers-multimedia/leeflooppopulatie-groeide-2016-aan-tot-maandelijks-124748-personen>

-het feit dat de diensten worden aanbevolen door artsen

5.4.5. Welke moeilijkheden ervaren de medewerkers bij het doorverwijzen van de begunstigden?

Als belangrijkste knelpunt bij doorverwijspraktijken verwijst men naar de vragen “wie kan ik opbellen” en “tot wie kan ik me wenden”. Daarnaast wordt ook de problematiek van de wachttijden zeer prangend genoemd. Beide pijnpunten hebben gevolgen op de keuzes inzake doorverwijslocaties.

De medewerkers vinken herhaaldelijk deze punten aan:

-gebrek aan beschikbare, actuele tools en hulpmiddelen

-gebrek aan duidelijkheid in de beschikbare informatie, een weinig overzichtelijk aanbod

-een gebrek aan communicatie vanuit de geestelijke gezondheidssector in de brede zin van de term (ondersteunende structuren, verschillende diensten op het terrein, rond de hervorming voor volwassenen Psy 107)

-het feit dat men geen tijd heeft om permanent op de hoogte te blijven

-de wachttijden door het plaatsgebrek in de structuren en/of het tekort aan beschikbare zorgverleners

Getuigenissen: “We hebben een tekort aan informatie, communicatie en tools waardoor het doorverwijssysteem niet naar behoren functioneert.”

“Het klopt dat we doorverwijzen op basis van onze kennis ter zake, maar we missen 95% van privé-organisaties omdat ze niet tot ons terrein behoren.”

“Van een groot aantal van de diensten die ik aanbeveel, weet ik dat ze een positieve uitkomst hadden voor andere begunstigden. Er kunnen uiteraard altijd andere, nog betere structuren bestaan, maar ik ken ze niet.”

“Wat de ‘mobiele antennes’ betreft, stroomt de informatie over het aanbod en wie we daarvoor moeten bellen, niet door. Die informatie bereikt ons alleszins niet naar behoren.”

“Als je weet dat het toch niets uithaalt om een bepaalde dienst te bellen omdat ze sowieso overbevraagd zijn, probeer je meteen elders een afspraak te regelen.”

“Ik krijg veel telefoontjes van mensen die niet bij het OCMW aangemeld zijn. Ik stuur ze in dat geval door naar de consultatiebureaus voor gezinsplanning, maar dat bewijst toch hoezeer er nood is aan referentiecontacten. Ik werd zelfs al opgebeld door een begunstigde van het OCMW van Molenbeek, dus van een andere gemeente dan de onze. Ik heb haar geantwoord dat ik haar niet kon ontvangen en voor welke hulp zij terecht kan bij het OCMW van haar gemeente.”

5.4.6. Leidt een verzoek al dan niet tot een resultaat?

De wachttijden om een afspraak te kunnen maken zijn veel te lang. Uitzonderingen hierop zijn de gevallen met een opvangverplichting en situaties die snel worden opgelost. Deze bezorgdheid komt telkens terug, zowel op gemeentelijk, lokaal als op gewestelijk niveau. De minimale gemiddelde wachttijd bedraagt drie maanden, maar kan stukken langer uitlopen (tot meer dan 6 maanden).

Sommige DGGZ moeten voorrang geven aan de aanvragen uit hun gemeente of hun grondgebied. Heel wat zorgverleningsdiensten die voorrang geven aan de opvang van patiënten die in hun gemeente

gedomicilieerd zijn, worden dus gedwongen om de behandeling te weigeren van begunstigden die niet onder de territoriale bevoegdheid van het lokale OCMW vallen.²²

Aangezien er tussen de OCMW's, de ziekenhuizen en ambulante diensten onderling weinig opvolging is wat betreft de situatie van de patiënten kunnen sommige sociaal assistenten gewoonweg niet antwoorden op de vraag of hun doorverwijzing enig resultaat heeft opgeleverd. Het is pas wanneer een begunstigde afrekeningen heeft gekregen en zijn bewijsstukken voor geneeskundige verzorging komt afgeven, dat er enige feedback plaatsvindt.

Sommige OCMW's verklaren dat bepaalde aanvragen geen resultaat opleveren. Dat is in de eerste plaats zo wanneer de patiënt niet bereid is om een medische afspraak te maken. Ten tweede, en dat moet veranderen, wanneer de situatie als 'ernstig' wordt beschouwd omdat de overbelaste diensten voor geestelijke gezondheidszorg geen tijd kunnen vrijmaken voor een complexe behandeling.

Wanneer de medewerkers in dergelijke problematische situaties geen uitkomst meer zien, moeten ze wel de politie inschakelen. Voor de begunstigde betekent dat ofwel de straat ofwel de gevangenis.

De opvangmogelijkheid op de spoeddiensten wordt vaak aangegeven als 'erg moeilijk', vooral wanneer het om daklozen gaat. Zelfs wanneer de betrokkene voldoet aan de criteria van de Nixon-procedure²³ wordt vaak opgemerkt dat er ook dan nog moet worden 'onderhandeld' met de spoeddiensten.

Een ander zeer vaak aangehaald probleem is het feit dat patiënten na de behandeling op de spoedafdeling bijzonder snel uit het ziekenhuis worden ontslagen. Mensen die in spoed worden opgenomen staan vaak 's anderendaags of twee dagen later terug op de stoep bij het OCMW. De uitdrukking 'de spoeddiensten sturen terug naar af' komt heel vaak voor in de interviews.

De maatschappelijk werkers zijn op de hoogte van de interneringsmaatregelen vastgelegd in de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Sommigen vinden dat deze ziekenhuisopnames nutteloos zijn omdat ze overhaast gebeuren en geen uitkomst bieden voor de vastgestelde problematiek. Des te groter is het onbegrip voor het feit dat de medewerkers niet op de hoogte worden gebracht van het ziekenhuisontslag van hun begunstigden die 'in no time' opnieuw aankloppen bij het OCMW. Ze hebben daarbij de indruk dat niet aan de problematiek werd gewerkt en dat de situatie muurvast zit.

Getuigenis: "Er lag een dakloze vrouw te slapen voor de deur van het OCMW. Je moest over haar heen stappen om binnen te kunnen. We hebben dan buiten een sociale diagnose gesteld en zagen dat ze veel gezondheidsproblemen had. We hebben een ziekenwagen opgeroepen voor een sociale ziekenhuisopname in St. Luc. Die is er gekomen, maar de vrouw werd daar 'buitengegoid'. 's Anderendaags lag ze hier gewoon terug op onze stoep."

"Sommigen krijgen gewoon geen toegang tot de psychiatrisch noodhulp. Een voorbeeld: een patiënt komt op spoed terecht met overgesneden polsen. De wonden worden gehecht en men zegt dat er geen bed beschikbaar is. Enkele uren later staat die persoon terug buiten. Ik heb het daar toch moeilijk mee."

"Als we de hulpdiensten bellen en zeggen dat het om een ernstig geval gaat, krijgen we als antwoord: Misschien is het niet nodig dat we komen ... helaas kunnen wij het zelf ook niet oplossen."

"Er is een algemeen gebrek aan verantwoordelijkheidszin van de psychiaters. Ze hebben er geen moeite mee om mensen aan de deur te zetten. Vooruit, hier heb je het adres van Samusocial (...)."

²²Er werd meermaals aangekaart dat sommige DGGZ werden gedwongen om begunstigden te weigeren.

²³De wet van 26 juni 1990 legt duidelijke regels op ter omkadering van deze zorgplicht met respect voor de rechten van het individu.

5.4.7. Vragen rond follow-up en zorgcontinuïteit

De OCMW-medewerkers betreuren het dat er na de doorverwijzing over het algemeen weinig of geen opvolging is vanuit de zorgverleningsdiensten.

De meesten verklaren dat ze niet makkelijk feedback krijgen van instellingen en zorgverleners. Als er al feedback komt, is het omdat ze zelf stappen hebben gezet in die richting.

Sommige institutionele sociale diensten lijken proactiever te werken dan andere. In situaties waarin de begunstigde de afspraken naleeft, blijken ‘bepaalde diensten of bepaalde zorgverleners’²⁴ of ziekenhuizen bereid om samen te werken en nemen ze af en toe contact op met de OCMW’s. Die praktijk lijkt minder vaak voor te komen bij consultatiebureaus voor gezinsplanning. Volgens de medewerkers is die situatie toe te schrijven aan het tekort aan sociaal assistenten binnen de diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Vooraf aan het begin van het zorgtraject, wanneer voor de begunstigde een eerste medische afspraak wordt vastgelegd, is er contact tussen de sociaal assistent en de zorgverlener. Als er al een opvolgingsproces werd voorzien, verloopt het niet regelmatig. De opvolging moet het lopende zorgtraject vooral bevestigen. Zodra de behandeling is opgestart, geven de sociaal assistenten aan dat ze slechts sporadisch of zelfs helemaal niet op de hoogte worden gehouden van de evolutie van de situatie. Ze weten vaak niet of de begunstigde de afspraakdata nakomt, en dat terwijl ze dezelfde begunstigde ondertussen verder moeten opvolgen en spreken. Uitzonderingen hierop zijn begunstigten die tijdens hun afspraak met de sociaal assistent van het OCMW zelf een stand van zaken opmaken, iets wat toch niet voor iedereen zo evident is.

De communicatie over het opvolgingsproces wordt soms zomaar aan de begunstigde overgelaten. Aangezien het merendeel van de gehospitaliseerde patiënten mag telefoneren, gebeurt het soms dat ze zelf het OCMW opbellen om verslag uit te brengen over hun situatie.

Het feit dat de medewerkers zelf het initiatief moeten nemen om de zorgverleners op te bellen, ligt bij iedereen gevoelig. Sommigen zeggen dat ze een opvolgingsproces proberen in te voeren of het zelfs ‘opleggen’ met de gedachte dat dit hun werk zal vergemakkelijken. Telkens weer botsen ze op bepaalde zorgverleners die daartoe niet bereid zijn. Als artsen hen rechtstreeks opbellen, is het meestal met de vraag naar bewijzen m.b.t. de zorgtrajecten of geneesmiddelen²⁵.

Dat zorgverleners hun beroepsgeheim inroepen om niet in te gaan op de vragen, die effectief noodzakelijk zijn in het kader van het opvolgingsproces, wordt door de OCMW-medewerkers ervaren als een ‘rem op de follow-up’. Het lijkt wel of zorgverleners zich achter hun beroepsgeheim verschuilen om elke vorm van communicatie met het OCMW te kunnen weigeren.

De sociaal assistenten willen op de hoogte worden gebracht van ziekenhuisontslagen nog voor ze effectief plaatsvinden, zodat ze kunnen anticiperen op de terugkeer van de begunstigde en dan, geval per geval contact opnemen met de verschillende zorgpartners om de OCMW-ondersteuning via het netwerk (administratie, organisatie van thuiszorg, thuisbezorging van maaltijden ...) te verbeteren of op te drijven.

Getuigenissen: “Wij reiken de hand naar de zorgverleners. Slechts een paar enkelingen bellen ons op. Als er op de betrokken dienst sociaal assistenten werkzaam zijn, is de kans groter dat zij contact met ons opnemen. Ook dan blijft het contact eerder oppervlakkig.”

“Ziekenhuizen communiceren niet graag. Dat voelt toch heel dikwijls als een belemmering.”

²⁴Als dusdanig verwoord in het Frans, vrije vertaling

²⁵Een van de manieren om overmatig gebruik van medicatie te vermijden

“Als je naar een stand van zaken vraagt, is het echt knokken om te worden gehoord. Je mag niet opgeven.”

Wat de zorgcontinuïteit betreft, wijzen heel wat maatschappelijk werkers trouwens op de moeite die sommige begunstigen hebben met het ‘doorknippen’ van de band die ze met een sociaal assistent hebben opgebouwd wanneer ze elders een afspraak moeten maken. Dat probleem wordt nog bemoeilijkt door de lange wachttijden, het gebrek aan omkadering en de mogelijkheid om een zorgtraject te volgen via het ambulante netwerk.

Getuigenissen: “Deze sprong naar de buitenwereld is soms zo moeilijk dat ze ons niet willen loslaten. Het is erg lastig om het opvolgingsproces stop te zetten wanneer er niet snel een oplossing is om elders te gaan. Er gaan maanden voorbij en ze geven het op. Ze worden op dat ogenblik niet begeleid door een ambulante netwerk. Er was enkel die ene persoon. Daardoor krijgen ze de indruk dat ze worden afgewezen en elders helemaal opnieuw moeten beginnen.”

“Er zijn er die ons niet willen loslaten, sommigen voelen zich in de steek gelaten als we hen doorsturen. Ze hebben een vertekend beeld van wat er achter de woorden zit en ervaren dit advies als een afwijzing. En dat geldt niet alleen voor mensen met de geestelijke gezondheidsproblemen.

5.5. De interventies van de mobiele teams

Het idee van mobiele teams is er niet gekomen in het kader van het hervormingsproject 107. De psychiatrische zorg voor patiënten die thuis wonen (SPAD), bestaat al sinds de jaren 80. Daarnaast bieden diverse begeleidingsdiensten in de verslavingszorg of daklozenwerking al jarenlang medische en psychosociale ‘thuiszorg’: DIOGENES, straathoekwerkers, Dokters van de Wereld en de vzw DUNE met hun Medibus, Straatverplegers, organisaties die op het terrein actief zijn ...

De antennes die zorgen voor de inzet van interdisciplinaire mobiele teams zijn tot stand gekomen in het kader van de geestelijke gezondheidshervorming en kenden een geleidelijke evolutie. Het zijn dus nog ‘jonge’ projecten. Het netwerk werd in januari 2018 officieel goedgekeurd. Dat verklaart ongetwijfeld voor een deel waarom de bestaande mobiele teams op het ogenblik van dit onderzoek zelden worden aangehaald als ‘doorverwijzing’ (slechts vier of vijf keer)²⁶. In die paar gevallen waarin de medewerkers het bestaan vermelden van de mobiele teams die een deel van het Brussels Gewest bestrijken, weten ze heel vaak niet welk team actief is in hun gemeente en hoe ze het kunnen contacteren. Er rijst ook heel vaak verwarring tussen de antennes van het netwerk en de mobiele teams die er deel van uitmaken. De spelers op het terrein staan om velerlei redenen de facto zeer ver af van het overleg in het kader van de hervorming en van de informatie. De noodzaak dringt zich op om aan alle OCMW-medewerkers en de eerstelijnszorgverleners duidelijk te maken hoe het netwerk en de mobiele teams functioneren en het contact met die diensten te onderhouden.

Sinds 1 januari 2017 is een ‘Mobiel Team 107 Precariteit’ actief voor interventies bij personen in kwetsbare situaties. Het team werd opgericht in het kader van de hervorming en steunt op drie instellingen: SMES, Samusocial en Source. Het initiatief valt onder de contractuele verantwoordelijkheid van het Centre Hospitalier Jean Titeca.

Het team kadert in de F2B-opdracht²⁷ van de huidige geestelijke gezondheidshervorming. Mobiel Team 107 Precariteit werd in 2018 opgericht met 4 VTE’s afkomstig uit de leidende instellingen en staat in voor de begeleiding van zeer kwetsbare, meerderjarige daklozen die nood hebben aan geestelijke

²⁶Bestaande mobiele diensten op het ogenblik van het onderzoek: mobiele diensten afhankelijk van HermesPlus, mobiele diensten afhankelijk van Brussel-Oost, mobiel crisisteam 2A (Saint-Luc), het Mobiel Team 107 Precariteit.

²⁷Mobiel crisisteam voor permanente opvolging

gezondheidszorg²⁸. De interventies vinden plaats met of zonder uitdrukkelijke vraag. Het gaat om een onvoorwaardelijke hulpverlening die laagdrempelig en gratis is, ook voor mensen zonder officieel verblijfsstatuut²⁹.

Het bestaan van deze mobiele eenheid 'Precariteit' werd enkele malen aangehaald, maar omschreven als 'werkt niet meer' en/of een dienst 'die de vraag niet kan inlossen'. Het team komt ook naar voor als 'moeilijk bereikbaar' omdat het met co-interventie werkt, maar niet beschikt over een eigen werkplek waar alle medewerkers kunnen samenkomen, of over een specifiek nummer. Deze reacties zijn begrijpelijk omdat het mobiele team 'Precariteit' onderbezet is³⁰ en zijn medewerkers daarnaast ook tewerkgesteld zijn binnen hun respectieve instellingen. Hun functie wordt niet volledig overgedragen aan het mobiele team en aan hun werkzaamheden buiten hun instellingen.

In 2018 bedroeg het aantal follow-ups per mobiel team Precariteit 135 personen. Het aantal begunstigden van instellingen waartoe de medewerkers behoren (SMES, Samusocial, Source)³¹, bedroeg 442 personen. In 2017 werden 3.271 aanvragen (oproepen en rechtstreekse vragen) genoteerd en in 2018 waren dat er 4.418. Het tekort aan middelen om aan deze vragen te kunnen tegemoetkomen, is aanzienlijk.

De grafieken in het activiteitenrapport 2018 van het mobiele crisisteam 107 tonen aan dat de werking zeer positieve resultaten oplevert. "Het team slaagt erin om de crisis in te dijken, zowel in instellingen als op straat, door zijn aanwezigheid en dankzij de opgebouwde band met de begunstigden (minder doorverwijzing naar ziekenhuizen, geen psychiatrische noodhulp of gedwongen opname). Wat de wachttijden betreft: "Er werd veel moeite gedaan om wachttijden van langer dan een week te vermijden, d.w.z. dat er meer dan een week verstrijkt tussen de eerste oproep en het eerste contact met de betrokken persoon."

5.6. Doorverwijzingen buiten de gemeente

Anders dan bij de 'intra muros' doorverwijzingen binnen de gemeenten, bestaan er buiten de gemeente geen doorverwijspraktijken op maat.

Er wordt voorrang gegeven aan doorverwijzingen waarvoor een conventie werd afgesloten met zorgverleningsdiensten buiten de gemeente. Meestal worden om praktische redenen – de afstand – conventies afgesloten met de diensten in de naburige gemeenten.

Doorverwijzingen buiten de gemeente hebben over het algemeen betrekking op gespecialiseerde zorgverlening met gewestelijke uitstraling: ziekenhuizen van het Irisnetwerk, psychiatrische ziekenhuizen, centra voor ontwenning en nazorg, maar evenzeer de instellingen buiten de gemeente waar de begunstigden reeds werden behandeld.

Het argument van de 'goede naam' van bepaalde diensten, samen met de tips van collega's die gebaseerd zijn op de praktijken eigen aan alle OCMW's, spelen natuurlijk ook een rol bij doorverwijzingen buiten de gemeente.

²⁸Het doelpubliek van het netwerk wordt omschreven als "de kwetsbaarste personen die het minste vragen naar steun of groepen voor wie begeleiding niet kan worden georganiseerd zonder de proactieve tussenkomst van '107 Precariteit'"

²⁹Voor het overige heeft het MT 107-Precariteit zichzelf criteria en inclusiemodaliteiten opgelegd die verschillen van de andere mobiele crisisteams: meer tolerantie voor non take-up, gecombineerde verslavingen, meervoudige diagnoses en crisissen.

³⁰Het aantal VTE's werd beperkt aangezien een afwezige medewerkster sinds 2017 nooit werd vervangen.

³¹Bron: Activiteitenrapport van het mobiele team 107 – Precariteit, 2018

5.6.1. Moeten we begunstigden vergezellen naar hun afspraak?

Om een afspraak te kunnen nakomen, moet de begunstigde over een aantal impliciete vaardigheden beschikken (een adres vinden, zich alleen verplaatsen in de stad, het openbaar vervoer gebruiken ...), wat niet altijd het geval is.

Wanneer een sociaal assistent of een psycholoog van het OCMW een begunstigde vergezelt tot op de plaats van afspraak, is dat vaak omwille van twee redenen:

-omdat zijn agenda het toelaat;

-omdat de omstandigheden dit absoluut vereisen (bijv. begunstigden die veel moeite hebben om zich alleen te verplaatsen).

Dat is echter geen standaardprocedure. **Alle sociaal assistenten wijzen erop dat deze manier van werken eerder zeldzaam is. Begeleiding komt het vaakst voor in kleinere OCMW's in minder dichtbevolkte zones waar de medewerkers zich op bepaalde momenten kunnen vrijmaken om deze hulp te bieden.** Deze gemeenten bevinden zich voornamelijk in het zuidoosten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Watermaal-Bosvoorde, Oudergem, Ukkel, Sint-Pieters-Woluwe ...). In sommige van die gemeenten kunnen de sociaal assistenten vrij hun agenda beheren en eventueel begunstigden vergezellen naar hun plaats van afspraak. Slechts enkele medewerkers gaven aan dat ze aanwezig mochten zijn tijdens het intakegesprek in een dienst voor geestelijke gezondheidszorg om hun begunstigde op het gemak te stellen.

Begeleidingsdiensten

Heel wat OCMW's doen een beroep op de vzw 'Les Amis d'Accompagner', een vrijwilligersvereniging die zorgt voor fysieke begeleiding van personen die zich moeilijk naar bepaalde plaatsen kunnen begeven. Zo krijgen de begunstigden de kans om hun rechten te herwinnen en hun verantwoordelijkheden als burger op te nemen. Het OCMW van Etterbeek heeft met deze vzw zelfs een overeenkomst afgesloten voor alle diensten binnen het OCMW.

De meningen over de dienstverlening van 'Les Amis d'Accompagner' zijn over het algemeen positief. Al is hier wel enige nuance op zijn plaats.

Voor elke begeleidingsaanvraag moet de begunstigde een onlineformulier invullen op de website van de vzw. Voor sommige mensen is dat moeilijk, maar voor begunstigden die de taal niet spreken of geen computer hebben is het ronduit onmogelijk. De sociaal assistenten worden bijgevolg verzocht om deze formaliteit in hun bijzijn uit te voeren.

Daarnaast bezitten de vrijwilligers van de vereniging geen specifieke kennis of opleiding op het vlak van geestelijke gezondheid. Volgens de sociaal assistenten verliepen sommige begeleidingsopdrachten niet zo vlot omdat de vrijwilligers de neiging hadden om 'op kinderlijke manier' om te gaan met de begeleide personen.

Getuigenis: "De vrijwilligster dwong de begunstigde in kwestie om haar doorverwijsbrieven en haar handtas af te geven. Ze beweerde dat ze beter de weg kende dan de patiënte die evenwel vertrouwd was met het ziekenhuis. Dat is slecht afgelopen. Sindsdien ben ik terughoudender om hen te bellen."

Het OCMW van Koekelberg doet een beroep op de vzw 'Accompagner'³², een kleinere structuur die gelinkt is aan 'Les Amis d'Accompagner' en gelijkaardig werk doet.

³²De vereniging "Accompagner" uit Koekelberg werd opgericht in 2001 als antwoord op een schrijvende behoefte die onvoldoende werd ingevuld in noodsituaties van kwetsbaarheid en hulpbehoefte van sociaal ontwrichte personen: hun begeleiding op het terrein in de stappen om (te proberen) een oplossing te vinden voor hun situatie.

Het OCMW van Elsene doet een beroep op de vzw *Le Contre-pied* die actief is in het vervoer en de begeleiding van minder mobiele personen tijdens hun verplaatsingen. Deze diensten zijn niet gratis, maar de vzw is erkend voor dienstencheques.

OCMW's doen maar zelden een beroep op sociale taxi's voor personen met een ernstig mobiliteitsprobleem.

Ten slotte worden enkele medische centra vermeld die zelf fysieke begeleiding organiseren voor hun patiënten.

Straathoekwerkers

In sommige gemeenten is het mogelijk een beroep doen op straathoekwerkers als gemeentelijke begeleiders. Het gaat helaas vaak om overgangprojecten die uitsluitend worden gefinancierd in het kader van wijkcontracten. Zodra het wijkcontract afloopt, is het tekort voelbaar.

Het feit dat straathoekwerkers kunnen worden ingezet als begeleider is niet bekend onder het ruime OCMW-publiek. De sociaal assistenten wijzen erop dat alleen dakloze personen een beroep doen op de straathoekwerkers als begeleiders omdat zij van hun bestaan afweten en vaker met hen in contact komen.

De ondersteuning en taken van de straathoekwerkers variëren naargelang de OCMW's, het interne beleid en vooral hun beschikbare tijd.

In Brussel-Stad maakt het begeleidingswerk deel uit van de opdrachten van gespecialiseerde straathoekwerkers. In Sint-Gillis werden onlangs trouwens twee sociaal assistenten aangeworven om langs te gaan bij de daklozen op straat. Een specifieke opdracht die het werk van het OCMW kan verlichten.

Getuigenissen:

“Iets wat zeer positief uitpakte, was de aanwezigheid van een maatschappelijk begeleider in het kader van een wijkcontract. Hij hield zich bezig met de veeleer complexe dossiers van sommige begunstigden, met vooropnames voor een ontwenningsskuur enz. Tot ieders tevredenheid boekte hij wezenlijke vorderingen in onze dossiers en kwam er een coherent vervolg op ons werk.”

“Als S.A.³³ zelf mensen kunnen begeleiden die daar nood aan hebben, zou zeer fijn zijn. Het komt helaas alleen in onze stoutste dromen voor.”

“Hier in Watermaal doet de S.A. het op haar eigen manier. Ze gaat soms mee, vooral naar de ontwenningssentra.”

“Het is onze bezorgdheid om in het kader van de sociale coördinatie, de overgang van onze begunstigden van de ene voorziening naar de andere in goede banen te kunnen leiden, want er is geen enkele structuur die echt tijd heeft om zich daarop toe te leggen.”

6. Specifieke doorverwijzingen

Deze drie situaties doen zich regelmatig voor:

³³ Sociaal assistent

1: Een begunstigde doet een zorgaanvraag in het kader van een vertrouwensrelatie met zijn vertrouwde sociaal assistent.

2: Een sociaal assistent die een begunstigde ziet 'afglijden' probeert de betrokkene op de hoogte te brengen van het zorgverleningsaanbod en zijn instemming te verkrijgen voor een doorverwijzing. Het duurt soms maanden of jaren voor de begunstigde bereid is om het onderwerp te bespreken.

3: Het ziekenhuis of de sociale dienst van het ziekenhuis neemt contact op met het OCMW voor een financiële tussenkomst van een opgenomen persoon.

6.1. Per geslacht

Geen enkel OCMW wijst personen door naar specifieke voorzieningen op basis van het geslacht van de betrokkene.

Vrouwen blijken hun problemen makkelijker toe te vertrouwen aan de sociaal assistenten en zijn ook minder terughoudend of onwillig om een doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg te aanvaarden.

6.2. Per leeftijdscategorie

Er bestaan heel weinig specifieke, leeftijdsgebonden doorverwijzingen voor de begunstigden. Over het algemeen worden dezelfde soorten diensten aangeboden, ongeacht de leeftijd van de betrokkene.

- **Kinderen en jongeren:**

Kinderen en jongeren maken geen deel uit van het specifieke OCMW-publiek. Wat wel als constante wordt opgemerkt, is de **sterke toename van kwetsbare jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen.**

In geval van problemen bij kinderen vermeldt men de voorzieningen voor kinderen en jongeren die al bestonden voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg: het ONE (FR) of Kind & Gezin (NL), de CLB's³⁴ in de scholen en de centra voor psychosociale en educatieve begeleiding van jongeren³⁵, de buurthuizen en de SAJ's³⁶. Bru-Stars, het Brusselse netwerk voor geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren dat actief is sinds 2015, wordt geen enkele keer aangehaald. Slechts een heel kleine minderheid van de medewerkers die wij hebben geïnterviewd, kennen het netwerk.

De medewerkers vermelden eveneens 'problematische ouder-kindrelaties', meer bepaald ouders die in conflict zijn met hun kinderen die 'jongvolwassenen' zijn geworden (meestal rond 18 jaar) en nog thuis wonen. Soms gaat het ook om oudere kinderen die hun werk kwijt zijn en terug thuis komen wonen.

Jongeren van wie wordt vermoed dat ze een verstandelijke beperking hebben, worden doorverwezen naar Phare (Franstalige Brusselse dienst voor personen met een handicap) zodat ze eventueel aanspraak kunnen maken op een erkenning voor hun handicap.

Het probleem rond de opvang van minderjarigen van wie de alleenstaande ouder plots wordt opgenomen in een ziekenhuis voor geestelijke gezondheidszorg en die niet kunnen terugvallen op hun informele netwerk, komt vaker voor bij het OCMW dan vroeger. Deze situatie is sowieso toe te schrijven aan het toenemende aantal eenoudergezinnen en vluchtelinggezinnen die vrij geïsoleerd leven. Het gebeurt dat er zich in

³⁴Centra voor Leerlingenbegeleiding, <https://www.vgc.be/aanbod/leren/leerlingen-begeleiden/clb>

³⁵Centre d'Orientation Educative, <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=368>

³⁶Services d'aide à la jeunesse, <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=359/>

dergelijke omstandigheden een bevoegdheidsconflict voordoet onder de diensten die een oplossing moeten zoeken voor de opvang van de kinderen.

Getuigenis: “De Service Aide à la Jeunesse (SAJ) beweert dat deze situatie onder de bevoegdheid van het OCMW valt. Dan maak ik de bedenking: ze mogen dan wel overbelast zijn bij de SAJ, maar als wij nu ook nog minderjarigen moeten huisvesten ...”

- **Senioren:**

In tegenstelling tot andere leeftijdsgroepen onder de begunstigden, worden familieleden van senioren met geestelijke gezondheidsproblemen bijna altijd door het OCMW op de hoogte gebracht van de situatie. Dat is het grote verschil met andere leeftijdscategorieën waarbij in het geval van geestelijke gezondheidsproblemen zelden rechtstreeks contact wordt opgenomen met de familie.

In het geval van senioren worden ook heel vaak afspraken vastgelegd met de psychologen van OCMW-rusthuizen, wanneer ze beschikbaar zijn, of met de plaatsingsdiensten van rusthuizen.

Ook de doorverwijzing naar huisartsen wordt vaak aangehaald. Dionysos³⁷ is een mobiele eenheid ter ondersteuning van het zorgnetwerk voor ouderen en kwetsbare 60-plussers. De vzw kende veel succes vanwege zijn snelle interventies, maar moest helaas in september 2018 de activiteiten staken door een stopzetting van de subsidies. Een situatie die veel OCMW's uiteraard betreuren.

6.3. In geval van dubbele diagnoses

Uit de bevindingen blijkt dat de dubbele diagnoses met een verstandelijke beperking toenemen.

Tegelijkertijd zijn de opvangmogelijkheden zeer schaars en de wachttijden buitensporig lang.

Getuigenis: “We zijn overboekt. Opvang vinden voor een begunstigde met een ‘dubbele diagnose’ is onbegonnen werk. Ik kan gerust diensten opbellen, maar besef heel goed dat er nog 20 tot 30 wachtenden voor mij zijn. En dat zelfs voor een persoon wiens verstandelijke beperking erkend is en die een zorgnoed heeft van slechts één dag.”

6.4. Voor niet-aangeslotenen bij een ziekenfonds

Een van de opdrachten van het OCMW is het regelen van de ziekenfonsaansluiting van de begunstigden.

Wanneer de persoon niet aangesloten is door nalatigheid, komt de overheid niet tussen. Als de begunstigde zelf geen keuze maakt tussen de bestaande ziekenfondsen wordt hij op aangeven van het OCMW aangesloten bij de HZIV³⁸.

Er bestaan echter ‘niet-aansluitbare personen’ (het adjectief bestaat niet, maar wordt wel door het OCMW gebruikt):

-Ofwel mensen die ambtshalve geschrappt zijn;

-Ofwel mensen met een ‘tijdelijke verblijfstitel’. Deze personen zijn niet meer illegaal in het land, maar deze verblijfstitel is zo onzeker dat de ziekenfondsen hun aansluiting weigeren.

³⁷Mobiele eenheid ter ondersteuning van het zorgnetwerk voor ouderen en kwetsbare 60-plussers, werkzaam in de 19 Brusselse gemeenten.

³⁸Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Terugbetaling door de overheid is wel mogelijk, maar net zoals in het geval van ‘illegalen’ moet de persoon een attest van dringende medische hulp (DMH) kunnen voorleggen. Dat brengt extra werk met zich mee voor zowel de sociaal assistenten als de artsen.

6.5. Bij gebrek aan huisvesting

Alle OCMW's wijzen zonder uitzondering op de enorme moeilijkheden die ze ondervinden om huisvesting te vinden voor hun begunstigden.

In de OCMW's die over een interne huisvestingsdienst beschikken (wat niet overal het geval is), worden de begunstigden meteen naar deze dienst doorverwezen³⁹.

Thuislozen vinden nog moeilijker een oplossing voor hun nood aan geestelijke gezondheidszorg.

De begunstigden worden eveneens doorgestuurd naar de Sociale Verhuurkantoren (SVK's) en de maatschappijen voor sociale woningen op basis van de lijsten die door het OCMW worden verstrekt. De medewerkers wijzen er echter op dat de wachtlijsten alleen maar langer worden. In een poging om koste wat het kost oplossingen te vinden, trekken de OCMW's op prospectie langs woningen van privé-eigenaars die bereid zijn om 'het verhuurrisico' aan te gaan, zoals over 'verhuren aan OCMW-begunstigden' wordt gedacht. Het is vaak een samenloop van vooroordelen. **Wanneer een mogelijke huurder kampt met geestelijke gezondheidsproblemen, wordt de zoektocht zo goed als onmogelijk.**

Sommige OCMW's sluiten een principeovereenkomst af: ze staan in voor de betaling van de huurwaarborg aan mogelijke verhuurders, voornamelijk voor personen die over een referentieadres beschikken, die een woning hebben verloren, die uit hun woning zijn verdreven of gehuisvest zijn bij derden.

Sommige OCMW's maken zich grote zorgen over de problematische toegankelijkheid tot huisvesting: het OCMW van Sint-Gillis, met het Zuidstation op zijn grondgebied, telt een groot aantal daklozen onder zijn begunstigden. Dat is eveneens het geval voor het OCMW van Brussel-Stad waar de stations Brussel-Centraal en Brussel-Noord zich bevinden.

Het probleem van personen die een instelling verlaten en een woning zoeken

Ook de talloze problemen die zich stellen voor mensen die een instelling verlaten (gevangenis, SAJ, opvanghuis voor daklozen ...), komen aan bod in de interviews; vooral om aan te geven hoe moeilijk, zeg maar onmogelijk, het is om toegang te krijgen tot huisvesting. **Deze situatie heeft uiteraard ook een psychologische impact op de betrokkenen.**

Getuigenissen: "Het is voor ons heel moeilijk om mensen te helpen die de gevangenis verlaten met een vrij zwaar strafblad en op zoek gaan naar een woning en socioprofessionele inschakeling. In dergelijke situaties kunnen hun stoppen al snel doorslaan of glijden ze af in een depressie. Waar kunnen ze terecht?"

"Alle OCMW's zijn het erover eens dat de problematische toegang tot huisvesting mensen echt tot het uiterste kan drijven."

Doorverwijzing van thuislozen met geestelijke gezondheidsproblemen gebeurt gewoonlijk:

-Naar de nachtopvang:

³⁹Daarom zou het interessant zijn om in aansluiting op dit onderzoek de huisvestingsdiensten te interviewen om inzicht te verwerven in hun doorverwijzingen van personen die het niet alleen moeilijk hebben om huisvesting te vinden, maar ook te kampen hebben met geestelijke gezondheidsproblemen.

- Bij Samusocial, althans wanneer de dakloze persoon daartoe bereid is.
- In het centrum voor dringend onthaal Ariane, waar de plaatsen echter beperkt zijn. Het centrum Ariane maakt eventuele, beschikbare plaatsen bekend in de opvanghuizen (gewoonlijk één tot twee plaatsen per week).

-Op straat of in de openbare ruimten wanneer de begunstigden om diverse redenen niet bij Samusocial willen aankloppen.

‘De straat’ wordt dus als doorverwijspraktijk geciteerd, wat niet zonder risico is voor de maatschappelijk werkers.

-Naar een tijdelijke huisvesting voor een veranderlijke periode

- In opvanghuizen (vrij zeldzaam)

Er wordt op gewezen dat het merendeel van de opvanghuizen voor daklozen volzet zijn en dat ze niet bereid zijn om begunstigden met aangetoonde psychiatrische ziektebeelden op te vangen⁴⁰. De sociaal assistenten die contact opnemen met deze opvanghuizen hebben dus geen andere keuze dan te ‘liegen’ door de toestand van de doorverwezen persoon te verzwijgen in de hoop dat hij zal worden opgevangen.

- **Binnen de familie van de persoon (zeer zelden)**
- **Op hotel (zeer uitzonderlijk omdat de geestelijke gezondheid van de persoon vaak een probleem vormt)**

Het schrijnende gebrek aan laagdrempelige opvangplaatsen voor huisvesting, maar evenzeer voor dagopvang, in combinatie met het permanente tekort aan eerstelijnsvoorzieningen voor extreem kwetsbare personen, leidt tot vroegtijdige sterfgevallen. Tijdens het onderzoek werden verschillende situaties aangehaald waarin de zorgverleners met een erg slecht gevoel achterblijven wanneer ze geconfronteerd worden met hun onmacht om een oplossing te vinden voor de personen die ze opvolgen, of met het overlijden of verdwijnen van daklozen. Sommige medewerkers geven trouwens te kennen dat ze schrik hebben voor de **strafrechtelijke aansprakelijkheid** (het niet-bijstaan van personen in gevaar na hun ontslag uit instellingen, met name voor mensen die op straat leven of riskeren om op straat terecht te komen).

Het kost heel wat tijd om met daklozen een vertrouwensrelatie op te bouwen en hulp te kunnen bieden. Dat aspect zet een rem op de uitbouw van een relatie met mensen op de dool. Als er dan toch uiteindelijk een vertrouwensband tot stand komt, is die vaak sterk en duurzaam op lange termijn.

De hierna aangehaalde getuigenissen wijzen op de vele struikelblokken waarmee men geconfronteerd wordt in de daklozenwerking: toename van de problematiek, gebrek aan concrete oplossingen, mensen die na hun verblijf in een instelling zomaar op straat worden gezet, moeilijke opvolgingsprocessen ...

Getuigenis: “(over een dakloze) Hij wil alleen mij spreken. Hij zegt dat ik zijn sociaal assistente ben en wil geen afspraken maken met iemand anders. Soms kan het maanden duren voor ik hem terugzie, maar hij keert toch altijd terug. Zelfs al heb ik niet altijd iets concreets wat ik hem kan voorstellen ...”

⁴⁰Het heeft vaak te maken met de opvangmiddelen en -problemen die deze situatie teweegbrengt onder het publiek dat al in de infrastructuur aanwezig is. Worden in dit verband genoemd: niet-naleving van het onthaalkader door onaangepast gedrag, gebruik van drugs of symptomen die rechtstreeks te maken hebben met de geestelijke gezondheidsproblemen van de betrokken persoon.

Getuigenissen: “Het huisvestingsprobleem is momenteel een zeer groot struikelblok in Brussel waar de daklozen niet langer overeenstemmen met het cliché van de ‘alleenstaande, alcohol drinkende man’.”

“Een ex-dakloze, uitermate verwarde man was in een OCMW-woning getrokken (...). Hij kon niet langer een beroep doen op de dienst Straatverplegers omdat hij niet meer dakloos was. We hebben nooit iemand gevonden die hem kon bijstaan. Het mobiele team dat we hadden opgebeld mocht niet buiten de grenzen van Oudergem (...) werken. Er kwam geen oplossing uit de bus en de man is overleden.”

“Ze was dakloos en ik wist dat ze het niet zou redden als ze te snel de spoeddienst zou verlaten. Eenmaal buiten heeft ze bijtende soda ingenomen om zich van het leven te beroven. Ik heb toen toch de psychiater opgebeld die haar van de spoeddienst had laten vertrekken en hem het nieuws gemeld. Zijn reactie was: “Dat was haar keuze.” Maar wie is in dat geval verantwoordelijk voor het niet verlenen van bijstand aan een persoon in nood? De psychiater of ik?”

“Thuislozen met geestelijke gezondheidsproblemen verplaatsen zich constant. Ze zijn in overlevingsmodus en slapen zelden een nacht door waardoor ze uitgeput geraken. Wanneer ze zo uitgeput zijn dat ze domme dingen doen en categoriek weigeren om naar Samusocial te gaan, gooi ik het over een andere boeg en stuur ik hen naar een spoedafdeling met de boodschap dat ze daar wel hulp zullen krijgen om wat te rusten. Maar dat geldt slechts voor een klein aantal begunstigden.”

“Zelfs de bewindvoerders kunnen rondzwervende daklozen niet meer opvolgen. Het is mij al eens overkomen dat ik via een DGGZ te weten kwam dat de toestand van een begunstigde veranderd was, terwijl de bewindvoerder die ik daarover aansprak, zelfs niet op de hoogte was van de situatie. Dat voorval toont aan dat de beslissingen van de bewindvoerder niet altijd gelijke tred houden met wat de begunstigde doormaakt.”

6.6. Wat bij een taalbarrière?

In sommige situaties geraken vluchtelingen die problemen ondervinden om een verblijfstitel te bemachtigen, niet tot bij de OCMW's. Redenen daarvoor zijn heel vaak taalbarrières en analfabetisme die leiden tot een gebrek aan zelfredzaamheid waardoor deze groep constant op zoek moet naar hulp. Deze situatie komt frequent voor bij mensen die medische noodhulp vragen, voornamelijk Afghanen, Irakezen, Syriërs en Ethiopiërs.

De sociaal assistenten wijzen erop dat het erg moeilijk is om een eventueel of potentieel geestelijk gezondheidsprobleem op te sporen bij deze mensen omwille van het taal- en cultuurverschil.

Heel wat OCMW's doen een beroep op vertaal-/tolkdiensten om deze begunstigden te begrijpen en proberen de vertaalkosten voor eigen rekening te nemen, wat lang niet eenvoudig is. De aangehaalde instanties waarop ze dan een beroep doen zijn: SeTIS (Traduction et interprétariat en milieu social), CIRÉ (Coordination et initiative pour réfugiés et étrangers), de vertaaldienst Exil⁴¹, ... De meeste OCMW's hebben conventies afgesloten met deze diensten, maar niet allemaal.

De maatschappelijk werkers vestigen de aandacht op de toegenomen nood aan vertaal-/tolkdiensten en het gebrek aan vertalers/tolken in Brussel voor zeer specifieke talen zoals diverse Afrikaanse dialecten en het Nepalees.

⁴¹Psycho-medisch-sociaal centrum voor politieke vluchtelingen en slachtoffers van foltering

De doorverwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg vinden gewoonlijk plaats bij zorgverleners die de vereiste taal spreken. Er wordt regelmatig een beroep gedaan op de DGGZ 'D'ici et d'ailleurs' voor zijn dienstverlening in Arabische talen en op ziekenhuisartsen die verschillende talen spreken. Deze artsen staan echter zelden op een lijst bij de OCMW's. Doorverwijzen gebeurt dus steeds geval per geval, door te surfen op internet, ook op websites van privépsychotherapeuten die verschillende talen spreken (Turks, Arabisch ...).

De nood aan etnopsychiaters werd aangekaart, onder meer om mishandelde migranten te behandelen, maar niet alleen daarvoor. De OCMW's krijgen sowieso een publiek over de vloer met zeer uiteenlopende culturele achtergronden en nationaliteiten⁴².

Nederlandstalige begunstigden die aankloppen bij Franstalige OCMW's worden meestal doorverwezen naar de CIG's (Centra voor integrale gezinszorg), wat geen noemenswaardige problemen lijkt op te leveren.

Wanneer de begunstigden zelf een oplossing aanreiken

In superdringende gevallen komt het vaak voor dat de OCMW-medewerkers een beroep doen op naasten van de begunstigde als tolk (hetzij familieleden, of volslagen onbekenden die zich in de wachtzaal bevinden). Deze oplossingen die als 'de eenvoudigste en snelste' worden beschouwd, blijken toch niet ideaal: de persoon die als tolk fungeert, verwoordt de zaken op zijn eigen manier, of brengt het gesprek niet waarheidsgetrouw over of beheerst onvoldoende het Frans. Toch zien de medewerkers hierin een voordeel: door een naaste in te zetten als tolk kan het vangnet van de familie of vrienden makkelijker worden geactiveerd om de begunstigde hulp te bieden.

Getuigenis: "Om het probleem te begrijpen moeten we creatief zijn en ons behelpen. Heel wat begunstigden brengen naasten mee die voor hen tolken."

6.7. Wat bij verslavingen?

Het is voor OCMW-medewerkers over het algemeen niet eenvoudig om uit te maken wat het gevolg is van een psychische aandoening en wat het gevolg is van een eventuele verslaving. Zij werden daarin niet opgeleid en zijn ook niet bevoegd om een diagnose te stellen.

De wachttijden voor een opname in een psychosociale revalidatiedienst en ontwenningkuren zijn veel te lang. Dat geldt eveneens voor de intakegesprekken die als te talrijk worden ervaren en te ver uiteen liggen voor een publiek dat nood heeft aan regelmatige begeleiding en zorgcontinuïteit. De afwezigheid van noodhulp voor laagdrempelige zorg is eveneens voelbaar.

Mensen met een verslavingsprobleem hebben het door hun levensstijl enorm moeilijk om hun afspraken na te komen. De situatie is vaak problematisch wanneer afspraken bijvoorbeeld 's morgens vroeg worden ingepland, of wanneer er te veel tijd tussenin is, of wanneer de urregelingen variabel zijn. Enkel patiënten die beschikken over een minimale zelfredzaamheid en sociale capaciteiten slagen erin om hun 'zorgprogramma' nauwgezet op te volgen. **Deze knelpunten, in combinatie met bijzonder lange wachttijden, zowel voor ontwenningen, nazorg als opvolgingstrajecten, zorgen voor onderbrekingen in het zorgproces.**

Heel wat medewerkers zouden willen dat de geestelijke gezondheidsdiensten wat meer flexibiliteit aan de dag zouden leggen in hun planning van de afspraken met deze bijzonder kwetsbare patiënten (afspraken op

⁴² Volgens het BISA verblijven er 179 nationaliteiten op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

regelmatige tijdstippen inplannen, op hetzelfde uur om de gewoonte aan te leren om naar de raadplegingen te gaan en werken aan een betere naleving van de instructies).

In de meeste gevallen wordt de begunstigde doorgestuurd naar zijn huisarts (of zoekt men er een voor hem) die de patiënt de weg moet tonen naar een ontwenningsskuur. De doorverwijzing naar ontwenningssklinieken is voornamelijk een keuze van het centrum en wordt daarom overgelaten aan de huisarts. Nazorgsessies worden meestal georganiseerd door de ontwenningsscentra wat de taak van de maatschappelijk werkers van het OCMW verlicht.

Het gebeurt regelmatig dat begunstigden op ontwenningsskuur worden gestuurd naar centra op het platteland om hen uit de buurt te houden van 'de slechte invloeden en verkeerde vrienden in de stad'. (Bijv.: Centre des Hautes-Fagnes of centra in de streek van Doornik of Namen). De betrokken OCMW's geven aan dat ze geen informatie meer ontvangen over begunstigden die voor relatief lange periodes op ontwenning trekken naar centra buiten Brussel. Op die manier verdwijnen de betrokkenen vanonder hun radar⁴³.

Het driedaagse verslavingsprogramma van het UVC Brugmann, het LAMA-project en de vzw Transit worden ook vaak vermeld als kwalitatieve diensten, ondanks de lange wachttijden. De Cannabis Clinic van het UVC Brugmann wordt geciteerd als een dienst waar de wachttijden buitensporig lang oplopen (vaak tot 4 maanden).

Getuigenis: "Een drugsverslaafde die op straat leefde, zei me op zijn 40e verjaardag: 'ik kan zo niet verder'. Ik kreeg een eerste afspraak voor hem te pakken en dus iedereen blij. De tijd tussen de verschillende intakegesprekken bleek uiteindelijk zo lang dat hij ondanks zijn motivatie toch is hervallen."

"Is het nog normaal dat je je als S.A. moet afvragen wie eigenlijk de voorschriften voor medicatie moet verstrekken wanneer de geestelijke gezondheidsvoorzieningen ontoereikend zijn? De huisartsen?"

7. Financiële tussenkomst van de OCMW's

Het OCMW verleent in principe financiële hulp aan personen die over onvoldoende inkomsten beschikken om een "waardig" leven te kunnen leiden.

Als het inkomen van de aanvrager lager is dan het leefloon, zal het verschil worden bijgepast door het OCMW.

Om na te gaan of er al dan niet financiële hulp wordt toegekend, zal het OCMW bij de aanvrager een 'middelenonderzoek' uitvoeren. Er wordt rekening gehouden met zijn inkomsten (loon, uitkeringen ...) maar ook met die van zijn partner, of zijn ouders wanneer het een jongere betreft. Niet-aangegeven inkomsten kunnen eveneens worden meegeteld.

De wet is overal dezelfde, maar de richtlijnen verschillen per OCMW. De beslissingen worden genomen door de raad (BCSD - Bijzonder Comité voor de Sociale Dienst) en de voorwaarden kunnen verschillen per gemeente.

Modaliteiten voor tussenkomst

De berekening gebeurt op basis van de middelen van de betrokkene: de inkomsten (als de persoon de middelen heeft om zelf te betalen, moet hij dat ook doen) en in het merendeel van de gevallen na een

⁴³Ze weten bijgevolg niet of de patiënt de ontwenningsskuur wel degelijk voltooit.

onderzoek van de rekeninguittreksels⁴⁴ om na te gaan of er sporen zijn van terugbetalingen van het ziekenfonds voor voorgaande geestelijke gezondheidszorg.

Op het vlak van gezondheidszorg

Het OCMW heeft ook de taak om mensen die niet aangesloten zijn bij een ziekenfonds te helpen door hun aansluitingskosten en een aanvullende bijdrage te betalen. Als de begunstigde zich uit eigen beweging niet aansluit, wordt hij automatisch aangesloten bij de HZIV⁴⁵.

Het OCMW kan een medische tegemoetkoming toestaan waarmee de betrokkenen toegang krijgen tot de gezondheidszorg zonder hun eigen middelen te moeten aanspreken.

-Als de eigen middelen niet volstaan, levert het OCMW een requisitoir af. Daarmee kan de gebruiker aan de zorgverlener (huisarts, psychiater, psycholoog of apotheker) bewijzen dat het OCMW zal instaan voor de betaling.

In de praktijk kunnen de stappen voor het verkrijgen van een tussenkomst enige tijd duren:

Per stap: een sociaal assistent opent het dossier > de leidinggevende sociaal assistent brengt correcties aan > stap 3 (bij ontbrekende documenten, opmaakfouten gaat het dossier terug naar de sociaal assistent die de procedure overdoet) > stap 4 > verzoek om te ondertekenen > als het om een specifieke vraag gaat, wordt het dossier overgemaakt aan het Bijzonder Comité van de Sociale Dienst (BCSD) > sociaal onderzoek naar de middelen en de noden > beslissingname > al dan niet aflevering van een requisitoir

Over het algemeen nemen alle OCMW's de financiële tussenkomsten om gezondheidsredenen voor hun rekening, behalve wanneer de persoon in kwestie over voldoende financiële middelen beschikt. Niet-terugbetaalde sessies worden geval per geval beoordeeld, overeenkomstig het 'beleid van het huis'. Deze visie verschilt dus per gemeente. Dat geldt eveneens voor het aantal geconventioneerde diensten waarop de OCMW-gebruikers een beroep kunnen doen.

De terugbetaling van geneesmiddelen gebeurt enkel tegen het terugbetalingstarief van het ziekenfonds. Wat de psychiatrische raadplegingen betreft die duurder zijn dan de sessies bij psychologen in loondienst bij een gesubsidieerde vzw⁴⁶, past het OCMW het verschil bij dat niet door het ziekenfonds wordt terugbetaald.

De begunstigde moet hierin zijn medewerking verlenen, de nodige documenten indienen (zijn rekeninguittreksels voorleggen), ingeschreven zijn bij een huisarts met een RIZIV-nummer, een globaal medisch dossier hebben en steeds naar dezelfde apotheker gaan in de gemeente als het OCMW een conventiesysteem heeft ingevoerd.

Het is ook mogelijk om zich tot de OCMW-voorzitter te richten voor de toekenning van dringende sociale bijstand.

De gevallen van weigering van financiële tegemoetkoming door de Raad, waarbij wel degelijk aan de voorwaarden werd voldaan, blijken zeldzaam te zijn. Geen enkele van de bevroegde OCMW's heeft gevallen van weigering gemeld. Volgens de respondenten krijgt de nood aan geestelijke gezondheidszorg over het algemeen evenveel aandacht als de nood aan fysieke gezondheidszorg. Deze aanpak wordt trouwens vaak naar voor geschoven als een 'beleid van het huis'.

⁴⁴Met uitzondering van het OCMW van Vorst dat ze niet opvraagt.

⁴⁵Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

⁴⁶Privépsychologen rekenen vaak meer aan dan geconventioneerde privépsychiaters.

Toch zijn er sociaal assistenten die aanklaarten dat er “OCMW’s bestaan waar de toekenning van financiële tegemoetkomingen voor geestelijke gezondheidszorg minder vlot zou lopen dan elders.

Getuigenis: “Er zijn plaatsen waar de financiële tussenkomst nogal mager uitvalt. Als we aan de talloze fysieke gezondheidsproblemen nog eens de geestelijke gezondheidsproblemen toevoegen, wordt het teveel.”

De OCMW’s van de dichtbevolkte, centraal gelegen gemeenten (Sint-Joost, Etterbeek ...) ⁴⁷ lijken niet ‘automatisch’ een financiële tegemoetkoming toe te staan voor psychologische behandelingen. Toch blijkt uit de getuigenissen van maatschappelijk werkers dat er een ‘grotere bereidheid is om psychische zorg op zich te nemen’ dan voorheen. Veel OCMW’s verwezen de begunstigen jarenlang alleen maar door naar openbare ziekenhuizen. Door een mentaliteitsverandering zijn ze ook hun heil gaan zoeken bij andere zorgverleners, in de eerste plaats in hun eigen gemeente: poliklinieken, medische centra, en in een tweede fase van deze ‘mentaliteitsverandering’, gaandeweg naar de privéverzorging.

Op basis van de voornoemde voorbeelden kunnen we echter niet bevestigen dat er op bepaalde plaatsen automatisch minder aandacht wordt geschonken aan medische zorgtrajecten, met inbegrip van de geestelijke gezondheidszorg, dan elders. Bepaalde factoren kunnen rechtstreeks of onrechtstreeks de toekenning van financiële hulp afremmen. Dat is onder meer merkbaar in het feit dat het thema geestelijke gezondheid moeilijk ligt in sommige OCMW’s. Een andere factor heeft uiteraard te maken met het aantal te verwerken dossiers en de financiële middelen waarover elk OCMW beschikt.

Dringende medische hulp

Het OCMW heeft de plicht om behoeftige personen op het grondgebied van de gemeente te helpen bij een onmiddellijke zorgbehoefte als gevolg van een ongeval of ziekte. Die ondubbelzinnige verplichting geldt ook voor personen die illegaal op het grondgebied verblijven.

Het dringende karakter moet worden aangetoond met een medisch attest of een ‘attest van dringende medische hulp’, ondertekend door een arts.

Het principe van de medische kaart

Alle OCMW’s werken tegenwoordig met een systeem van medische kaarten die geldig zijn voor een bepaalde periode. Met deze kaart is het niet meer nodig een requisitoir aan te vragen bij het OCMW voor elke prestatie of terugbetaling van geneesmiddelen, wat uiteraard tijdswinst oplevert. De naam van de zorgverlener staat op de kaart waardoor de gebruiker niet langer vooraf de toelating moet vragen voor prestaties die door de kaart worden gedekt. Het OCMW betaalt het grootste deel van de factuur. Deze kaart wordt echter niet automatisch uitgereikt. Ze moet worden aangevraagd.

De kaart dekt evenmin automatisch alle vormen van psychologische opvolging. De zorgverstrekking die verschilt per OCMW, wordt toegekend door het comité op basis van economische criteria of op basis van ‘bijzondere omstandigheden’, bijvoorbeeld als de betrokkene ‘net over voldoende financiële middelen beschikt om geen recht op terugbetaling te hebben’, maar ondertussen wel een hele reeks andere problemen opstapelt.

Op enkele uitzonderingen na is het niet mogelijk om met de medische kaart OCMW-tussenkomst te verkrijgen voor zorgverlening op eender welke plaats. De kaart is vaak gekoppeld aan conventies tussen OCMW’s en zorgverleningsdiensten en/of zorgverleners en aan conventies met ziekenhuizen van het IRIS-netwerk en andere lokale zorgstructuren. Het is een maatregel om voorrang te geven aan zorgverlening uit

⁴⁷ Dat kan ook het geval zijn van andere OCMW’s.

de buurt. Er wordt trouwens vastgesteld dat de begunstigden vaak op 'bekend terrein' willen blijven en in de gemeente worden verzorgd.

Sommige OCMW's hechten echter veel belang aan de vrije plaatskeuze van de begunstigden voor hun behandeling. Dat is het geval in Koekelberg (VERIFIER) en het OCMW van Sint-Lambrechts-Woluwe waar de secretaris en de voorzitter van het OCMW vasthouden aan de keuzevrijheid van de begunstigde wat betreft de zorgverlener, op voorwaarde dat er voor die laatste subsidies zijn.

Sommige OCMW's reiken verschillende kaarttypes uit, meestal met een andere kleur: (groen = in orde, oranje = in behandeling om in orde te brengen en rood = dringende medische hulp).

Sommige sociaal assistenten melden dat ze problemen ondervinden als ze bij het comité terugbetalingen van gezondheidszorgen aanvragen voor bepaalde mensen die beweren langdurig ziek te zijn. Het comité eist als bewijs daarvan de kwijtschriften voor geneeskundige verstrekkingen van het ziekenfonds (vaak over een variabele periode). Op basis daarvan kan men nagaan welke behandelingen er nodig waren en hun kostprijs inschatten. Nu is het wel zo dat die sporen naar voorgaande behandelingen bij veel begunstigden onbestaande zijn. Zonder financiële middelen laten ze zich nu eenmaal niet behandelen, zelfs al zijn ze al geruime tijd ziek. In dergelijke gevallen moeten de sociaal assistenten vaak lang pleiten om het comité ervan te overtuigen dat deze behandelingen noodzakelijk zijn, ook wanneer de betrokkene zichzelf niet verzorgt.

Tot slot komen er bij het OCMW ook mensen die geestelijke gezondheidszorgen krijgen, maar niet door het OCMW worden ondersteund omdat ze nooit steun hebben aangevraagd.

8. Het Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie (GPMI)

In 2016, besliste Willy Borsus, minister van Maatschappelijke Integratie om alle nieuwe leefloners een 'geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie' op te leggen.

De ondertekening van een contract of een geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie (GPMI) is verplicht voor iedereen die een leefloon krijgt⁴⁸. **De niet-naleving ervan wordt bestraft met de intrekking van het recht op leefloon gedurende één maand** (drie maanden in geval van recidive). De OCMW's kunnen echter wel via een gemotiveerde beslissing aanvoeren dat de persoon om 'gezondheids- en billijkheidsredenen' niet aan een GPMI kan deelnemen.

⁴⁸Voordien was de ondertekening van een overeenkomst met een geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie enkel verplicht voor leefloners jonger dan 25 jaar.

Uittreksel uit de toepasselijke wetgeving die het niet afsluiten van een GPMI rechtvaardigt⁴⁹ om gezondheids- of billijkheidsredenen:

Gezondheidsredenen

Het OCMW kan de aanvrager die gezondheidsredenen inroept, al dan niet door een medisch attest van de behandelende arts gestaafd, aan een **medisch onderzoek** onderwerpen dat uitgevoerd wordt door een arts die gemandateerd en betaald door het OCMW. **(15)** In dit geval meldt de persoon zich op vraag aan bij de arts aangeduid door het centrum, tenzij hij om gezondheidsredenen daartoe niet in staat is. De arts gaat na of er gezondheidsredenen door betrokkene kunnen worden ingeroepen. De verplaatsingskosten van de persoon naar de arts worden door het OCMW gedragen volgens de modaliteiten bepaald door het centrum.

Voorbeelden:

- Een jongere die zou kunnen werken, maar die zich vooraf moet laten verzorgen wegens zware drugsverslaving.
- Zwaar werk is niet mogelijk voor een vrouw die al verschillende maanden zwanger is of die medisch erkende rugproblemen heeft.

Billijkheidsredenen

Het OCMW beoordeelt de **billijkheidsredenen** in het licht van de omstandigheden. De beoordeling hangt af van verschillende factoren.

Voorbeelden:

- Studies kunnen bijvoorbeeld een uitzondering vormen op de werkbereidheid. De studenten moeten wel het nut van hun studie voor hun beroepstoekomst bewijzen, een zekere studievaardigheid aan de dag leggen en aantonen dat ze hun levensomstandigheden willen verbeteren door het verrichten van occasioneel of deeltijds werk dat verenigbaar is met hun studies.
- De toestand van een alleenstaande moeder die verschillende jonge of gehandicapte kinderen heeft, kan een reden zijn om vrijgesteld te worden van deze voorwaarde.

De wet van 2016 heeft een belangrijke nieuwe bepaling toegevoegd inzake gezondheids- en billijkheidsredenen. Wanneer de persoon recht heeft op het leefloon maar verplicht is een GPMI af te sluiten, **is het OCMW voortaan verplicht om het niet-afsluiten van een GPMI te motiveren met gezondheids- of billijkheidsredenen (16).**

8.1. Wat behelst het contract?

De OCMW's bepalen nog steeds zelf de inhoudelijke voorwaarden van het GPMI. Het 'geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie' bevat een aantal engagementen of verplichtingen van de

⁴⁹Bron: http://www.ocmw-info-cpas.be/fiche_FT_nl/le_droit_a_lintegration_sociale_dis_ft#m11

uitkeringsgerechtigde die positieve resultaten moet aantonen met betrekking tot zijn situatie, zijn studies enz. De OCMW's van hun kant verbinden zich ertoe het leefloon uit te betalen en ondersteuning en bijstand te verlenen.

Het contract kan concreet betrekking hebben op een beroepsgericht project (bijv.: de gekozen studies met succes afronden, een opleiding volgen, zich inschrijven voor een workshop rond werk zoeken enz.), en/of op een project rond maatschappelijke integratie (bijv. een andere woning zoeken, aankloppen bij een schuldbemiddelingsdienst enz.). Het contract moet gebaseerd zijn op de vaardigheden, ambities en behoeften van de betrokkene.

Het contract bevat doelstellingen en deadlines. Het wordt ondertekend voor bepaalde duur (voor de looptijd van de studies als het contract betrekking heeft op studies met voltijds leerplan).

Het contract wordt ondertekend door de begunstigde van de steun en door de OCMW-vertegenwoordiger. Andere personen kunnen ook eventueel het contract ondertekenen (een verantwoordelijke van het opleidingscentrum of eender wie te maken heeft met de inhoud van het contract).

8.2. Verloop van het contract

Wanneer men een integratiecontract of GPMI ondertekent, moet het OCMW een maatschappelijk werker aanstellen die als referentiepersoon zal fungeren bij de uitvoering van het contract. Het wordt regelmatig geëvalueerd, en indien nodig, bijgestuurd. Na afloop van de contractperiode wordt een eindevaluatie opgemaakt. De OCMW-raad of het specifieke comité ad hoc worden daarvan op de hoogte gesteld.

8.3. Sancties

Als de bepalingen in de overeenkomst niet worden nageleefd, kan het OCMW de uitkeringsgerechtigde of begunstigde een sanctie opleggen, onder meer door een gedeeltelijke of volledige opschorting van de uitkeringen gedurende een bepaalde periode. Voor het daadwerkelijk tot een sanctie komt, moet het OCMW de uitkeringsgerechtigde via schriftelijke verwittigingen op de hoogte brengen van de 'risico's' (nalatigheden m.b.t. het contract) die hij neemt.

8.4. Vrijstelling

Wanneer de medewerkers merken dat doorslaggevende gezondheids- of billijkheidsredenen een persoon beletten een GPMI af te sluiten, zullen ze de betrokkene intern doorverwijzen naar een specifieke dienst, in zoverre die bestaat. De benamingen van deze diensten variëren naargelang de OCMW's en niet elk OCMW heeft er een (bijv. *Cel maatschappelijke participatie, dienst Impulsion, dienst maatschappelijke activering ...*). Onder de personeelsleden van deze diensten bevinden zich psychopedagogen en/of psychologen. Het OCMW van Schaarbeek heeft trouwens een psycholoog in dienst genomen om specifiek met mensen die geen GPMI kunnen ondertekenen, te werken en hen te traceren.

Niet alle OCMW's kiezen ervoor om psychologen aan te werven die moeten uitmaken welke groepen in aanmerking komen voor een vrijstelling van een GPMI.

De begunstigten die we in deze diensten aantreffen zijn voornamelijk alleenstaande moeders met meerdere jonge kinderen, vrouwelijke 50-plussers (weduwes of gescheiden vrouwen) die weinig uitzicht hebben op een job, 'geesteszieken'⁵⁰.

Het is de bedoeling om een psychosociaal activeringstraject op te zetten en vervolgens te werken aan kwesties rond maatschappelijke participatie. Of zoals de maatschappelijk werkers het verwoorden: "sociale banden creëren, de mensen losmaken van hun dagelijkse, harde realiteit" om hen door te verwijzen naar diensten die ondersteuning bieden in de zoektocht naar werk.

⁵⁰ Als dusdanig verwoord in het Frans, vrije vertaling

Samengevat is dit het traject dat volgens maatschappelijk werkers impliciet wordt verwacht van een persoon die vrijgesteld is van het GPMI omwille van zijn geestelijke gezondheid:

‘Beginnen van nul’ > ‘zich laten behandelen’⁵¹ > maatschappelijke activering (via specifieke diensten die zorg bieden aan deze begunstigden) > socioprofessionele inschakeling > een job vinden

Getuigenissen: “Wanneer de problematiek waarmee de persoon kampt voor ons moeilijk te beoordelen is, sturen we de betrokkene intern door naar de psychologe. Als blijkt dat het om een geestelijk gezondheidsprobleem gaat, wordt deze persoon vrijgesteld van het GPMI.”

De invoering van deze wet leidde tot fundamentele discussies binnen de OCMW-instanties die er, uiteraard, niet allemaal voorstander van waren⁵². Aangezien de praktijken en opvattingen binnen de OCMW’s verschillen, zijn benaderingen van het maatschappelijk activeringsbeleid evenzeer uiteenlopend. Waar het GPMI eerst bedoeld was als sociale begeleidingstool is het ondertussen ook een middel geworden om druk uit te oefenen op de begunstigde en zijn ‘werkberedheid’⁵³ te testen.

De manier waarop de naleving van het GPMI wordt beoordeeld, hangt af van de sociaal assistent en is subjectief en willekeurig. De hierna geciteerde voorbeelden spreken voor zich. Ze leggen de voornaamste zwakheden en ontwrichtende aspecten bloot die dit activeringsbeleid teweegbrengt. De maatschappelijk werkers worden ertoe aangezet om eventuele geestelijke gezondheidsproblemen op te sporen bij de betrokkenen terwijl ze daarvoor helemaal niet zijn opgeleid.

Getuigenis: “Medewerkers moesten de begunstigde evalueren; ze zeiden dat ze zich opzettelijk van de domme hield ... terwijl de vrouw in werkelijkheid zwakbegaafd was. Ze werd behandeld in een medisch-pedagogisch instituut en is al 8 jaar erkend door de DGH⁵⁴.”

“Collega’s zeggen mij: Die man moet een sanctie krijgen, want hij kan wel werken. Zo dom is hij niet. Maar dat is eigenlijk niet het probleem.”

“Ik heb me moeten bezighouden met het afdrucken van een lijst met symptomen om aan te tonen dat de betrokkene wel degelijk mentaal zwakbegaafd was ... (de psychologe van het OCMW van Berchem).”

Gedrag dat kan gelinkt worden met geestelijke gezondheidsproblemen of cognitieve/mentale achterstand wordt soms verkeerd geïnterpreteerd. In het onderzoek wordt aangekaart dat psychische aandoeningen in sommige gevallen niet als dusdanig worden herkend. Soms gaat men af op indrukken om de reacties van de begunstigde te evalueren, soms op basis van morele beoordelingen, waardoor de begunstigden een sanctie opgelegd krijgen. Een gewaarwording die onder maatschappelijk werkers als klassiek wordt ervaren is het feit dat ze zich laten ‘inpakken’ door begunstigden die ‘sjoemelen’, ‘de lui lak uithangen’ of de OCMW’s ‘proberen naar hun hand te zetten’.

Omwille van deze interpretatiefouten worden sommige OCMW-psychologen soms gevraagd om een maatschappelijk verslag op te maken in de plaats van de sociaal assistenten die instaan voor de begunstigde. Deze ‘rolverwisseling’ valt niet altijd in goede aarde onder collega’s.

⁵¹Als dusdanig verwoord in het Frans, vrije vertaling

⁵²<https://www.levif.be/actualite/belgique/la-generalisation-du-piis-est-risqueuse-selon-une-etude-commandee-par-willy-borsus/article-belga-503579.html>

⁵³‘To PIIS or not to PIIS? Le PIIS, outil du travail social’, onderzoek onder leiding van Abraham Franssen, universiteit Saint-Louis-Brussel, Centrum voor Sociologische Studies

⁵⁴Directie-generaal Personen met een handicap <https://handicap.belgium.be/nl/index.htm>

We mogen besluiten dat er blijkbaar geen specifiek juridisch advies bestaat om begunstigden te verdedigen die, op basis van foutieve interpretaties, gesanctioneerd worden wegens het 'niet naleven van het GPMI'. Wat nog problematischer is, is het feit dat onterecht bestrafte begunstigden vaak niet in staat zijn om hun rechten te laten gelden, vooral wanneer hun gedrag verband houdt met een cognitieve of mentale achterstand.

8.5. Wat dan?

Dan stelt zich de vraag hoe de GPMI-vrijgestelden verder worden begeleid. Wanneer de wetgeving het niet afsluiten van een GPMI om gezondheidsredenen rechtvaardigt, staan de OCMW's in voor de toepassing van het recht op sociale integratie.

De hamvraag op dit ogenblik is de betekenis die men hecht aan de termen 'sociale integratie' en 'samenlevingsopbouw'. De maatschappelijke activeringsmechanismen kunnen ook persoonlijke voordelen opleveren: nieuwe contacten leggen, uit het isolement komen. Uit het onderzoek blijkt echter dat de OCMW's niet altijd over pasklare oplossingen beschikken om de kwetsbare situatie van hun publiek daadwerkelijk te verbeteren. Deze begunstigden die aan de zelfkant van de maatschappij leven, zouden diverse mogelijkheden moeten krijgen waarbij de OCMW's samenwerken met de diensten voor sociale cohesie en alle diensten die aan samenlevingsopbouw doen.

De inschakelingsdiensten voor GPMI-vrijgestelde begunstigden worden door de medewerkers omschreven als 'grijze zones' voor begunstigden die zich in complexe situaties bevinden die niet makkelijk om te buigen zijn. Heel wat medewerkers vragen zich af "welke oplossingen uiteindelijk reële hoop kunnen brengen op een re-integratie van de betrokkene in de maatschappij".

Getuigenissen: "Sommige mensen worden vrijgesteld van het GPMI en het zoeken naar werk om 'even op adem te komen ...'"

"Bij ons is 30 % van de OCMW-begunstigden niet 'beschikbaar' voor de arbeidsmarkt of voor een opleiding. Het zijn mensen met wie we niet veel kunnen aanvangen. Tot die groep behoren personen die zich niet willen laten behandelen, jongeren die hun 'plaats niet vinden in de maatschappij', jonge, alleenstaande, ongeschoolde moeders met jonge kinderen die soms al heftige ervaringen achter de rug hebben."

"Wanneer het te veel problemen oplevert om deze mensen een GPMI te laten ondertekenen of hen naar een SPI-dienst door te verwijzen, blijven ze bij ons. Het is niet dat we daarvoor kiezen. Wij willen ze eigenlijk niet bij ons houden, maar doen het toch omdat hun situatie te onzeker, te acuut is. En aangezien we niet de tijd of de middelen hebben om uiteindelijk iets te doen, trappelen we ter plaatse. We doen wat we kunnen binnen onze mogelijkheden."

8.6. Een taak die ingaat tegen de waarden van het maatschappelijk werk

Veel medewerkers geven aan dat ze er moeite mee hebben om de begunstigden die een GPMI hebben ondertekend tegelijk te controleren en te begeleiden, omdat deze handelingen elkaar tegenspreken.

De OCMW's worden evenwel gecontroleerd door het ministerie van Maatschappelijke Integratie die bepaalde dossiers er uitpikt om de toepassing van het GPMI door de OCMW's te controleren. De manier waarop het ministerie van Maatschappelijke Integratie de dossiers bestudeert 'is erg verschillend' van de manier waarop de sociaal assistenten dat doen. In 2018 werd een bepaald OCMW gesanctioneerd omdat het geen enkele begunstigde had bestraft.

Getuigenis: "De GPMI's worden ons opgedrongen. Dat systeem holt onze opdracht uit. We hebben daar geen tijd voor. We zijn zo al overstelpt met werk."

"We staan daar helemaal niet achter. Ik ben tegen het GPMI in zijn huidige vorm."

“We moeten mooi in het gelid lopen ten koste van onze band met de begunstigde. Als we het GPMI zouden toepassen zoals de minister het oplegt, jagen we de kwetsbaarste groep de straat op. Wat gebeurt er met deze mensen als wij hen als OCMW in de steek laten? Terwijl wij eigenlijk hun laatste strohalm zijn ...”

“We moeten sommige begunstigten absoluut duidelijk maken dat ze rechten hebben en dat de hulp die ze bij ons zoeken wel degelijk een recht is en geen ‘geschenk’. Deze situatie waarbij begunstigten niet over hun problemen durven spreken, wordt in de hand gewerkt door de invoering van de activeringsmaatregelen en het GPMI.”

9. Hinderpalen en knelpunten voor de OCMW-begunstigten

In volgorde van frequentie, aangehaald door de 18 OCMW's:

Zeer vaak vermeld:

- De economische draagkracht van de persoon
- De begunstigde heeft andere prioriteiten die te maken hebben met de sociale basisbehoeften en primaire behoeften (zie: piramide van Maslow⁵⁵)
- De afstand tot de zorgverleningsplaats
- Alleen de verplaatsing moeten maken in geval van desoriëntatie, pleinvrees, handicap, verslavingen ...
- De lange wachttijden
- Het niet aanvragen van bijstand of de ontkenning als onderdeel van het psychiatrisch ziektebeeld
- Het isolement of het gebrek aan middelen binnen het informele netwerk van de betrokkene
- Stigmatisering
- De mate van zelfredzaamheid op het vlak van de taal
- Het negatieve beeld of de negatieve ervaringen van de betrokkenen met de geestelijke gezondheidszorg
- Onwetendheid over de invloed van de geestelijke gezondheidszorg op de situatie van de betrokkene
- De zorgcontinuïteit, meer bepaald, de problemen om “de band met een sociaal assistent te doorbreken” en elders een afspraak te maken

Minder vaak vermeld:

- Het probleem om een zorgaanvraag te formuleren
- Een afspraak maken
- De zin van beslissingen in de geestelijke gezondheidszorg begrijpen zonder grondige uitleg
- Bereidheid om in een zorgprotocol te stappen
- Afwijzen van elke vorm van ‘follow-up’, iets wat in het verleden van de betrokkene vaak werd opgelegd. Getuigenis: “Ik ben begeleid geweest door psychologen en psychiaters, en toch zit ik nog altijd in de shit ...”
- Ontgoocheling in de zorgpraktijken die geen resultaten opleveren
- Onwetendheid over mogelijke terugbetalingen voor bepaalde geestelijke gezondheidszorgen
- Onderling verweven vicieuze cirkels die de gezondheid ondermijnen
- Alle factoren die bepalend zijn voor het welbevinden en de gezondheid
- Culturele en/of familiale verboden
- Culturele gewoonten (psychiatrie als norm van onze hedendaagse Europese maatschappij)

⁵⁵ https://nl.wikipedia.org/wiki/Piramide_van_Maslow

- Gebrek aan kennis over het netwerk
- Begunstigden die niet weten dat ze hun rechten kunnen opeisen

10. Hinderpalen en knelpunten voor de OCMW-medewerkers

10.1. Een structurele context die het gevoel geeft achter de feiten aan te lopen

Het gebrek aan preventieve inspanningen die het bezoek aan het OCMW voorafgaan, samen met het feit dat het onmogelijk is om tijdig in te grijpen om erger te voorkomen.

In sommige situaties is de armoede nog niet bepalend en de geestelijke gezondheidsproblematiek nog niet 'overheersend'. Men zou nog rekening kunnen houden met de moeilijke situatie van de betrokkene, maar door het gebrek aan informatie over het aanbod en het tekort aan beschikbare plaatsen, wordt er niet doorverwezen, althans toch niet 'op het ideale moment' om efficiënt werk te kunnen leveren.

Deze structurele context maakt het niet langer mogelijk om bij het OCMW echt aan sociaal werk te doen in gezonde omstandigheden, waardoor het onbehagen van de begunstigden toeneemt. In dergelijke werkomstandigheden worden de medewerkers steeds vaker geconfronteerd met begunstigden die verbale en fysieke agressie vertonen of zich afreageren.

Doordat ze op heel korte termijn een uitkomst moeten vinden voor problemen die onoplosbaar zijn, hebben de sociaal assistenten de indruk dat ze werken met het mes op de keel.

Getuigenis: "De behoeften zijn complex, de wachttijden voor afspraken zijn te lang en privépsychiaters weigeren mensen te behandelen die in armoede leven."

"Het is onmogelijk om oplossingen te vinden omdat er geen respons is, geen opvolging, en onvoldoende structuren waar men deze specifieke groepen opvangt. Voor mensen die niet in hokjes passen, is dit een rampzalige toestand."

"Mochten we minder werk hebben en minder druk ondervinden, zouden we de problemen van de mensen toch iets kunnen verlichten. We zijn sterk in administratie en minder goed in het sociale luik. Wij voelen de impact van de antisociale overheidsmaatregelen. De mensen worden aan hun lot overgelaten."

10.2. Overbelast: "we hebben geen tijd"

Het gevoel van constante verstikking door de druk vanuit administratief en managementoogpunt in combinatie met de gejaagdheid om de uitbetalingen binnen de opgelegde termijnen rond te krijgen, is een constante bij de OCMW's.

Sommigen krijgen de laatste jaren steeds meer dossiers op hun bureau (meer bepaald Sint-Joost, Brussel-Stad, Sint-Gillis, Schaarbeek). De spreiding van het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg op het Brusselse grondgebied is echter niet gelijkmatig. De beslissing over de vestiging van een medische dienst of zorgverlener gebeurt niet noodzakelijkerwijs op basis van de maatschappelijke noodzaak en de behoeften van de bevolking. **De ondervraagden geven aan dat ze geen tijd hebben om nieuwe informatie bijeen te sprokkelen over het bestaande zorgaanbod of om uit te zoeken wat er op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en op het terrein leeft. Terwijl ze dat echt wel zouden willen.**

De gemeente Jette scoort bijvoorbeeld relatief goed op het vlak van doorverwijzingen. Het netwerk is er bijzonder goed ontwikkeld en het OCMW heeft de oprichting van het netwerk 107 niet afgewacht om aan samenlevingsopbouw te doen samen met de gezinnen, naasten en bewindvoerders. Het opzetten van dergelijke initiatieven is echter tijdrovend en met het toenemend aantal dossiers in het achterhoofd kunnen de sociaal assistenten niet garanderen dat er voor elke begunstigde een netwerk kan worden aangemaakt. Ze moeten dus kiezen.

Getuigenissen:

Getuigenis: “Mochten we minder werk hebben en minder druk ondervinden, zouden we de problemen van de mensen toch iets kunnen verlichten. We zijn sterk in administratie en minder goed in het sociale luik. Wij voelen de impact van de antisociale overheidsmaatregelen. De mensen worden aan hun lot overgelaten.”

“Onze begunstigten gaan erop achteruit omdat we hen niet langer de ondersteuning kunnen geven die ze nodig hebben. We hebben daar geen tijd meer voor.”

“In het kader van onze maatschappelijke coördinatietaak bestaat er een werkgroep geestelijke gezondheidszorg, maar onze medewerkers zijn zo bedolven onder het werk dat ze er niet heen gaan.”

10.3. Vage taken: “Wij zijn geen dokters”

De uitvoering van de OCMW-taken rond de toegankelijkheid van de rechten op sociale bijstand bestaat uit het onthaal en de afspraken met de begunstigde. Op basis van deze gesprekken kunnen de medewerkers een sociaal onderzoek uitvoeren met het oog op een nauwkeurige diagnose. Concreet stellen de sociaal assistenten de begunstigten enkele vragen en vormen ze zich een indruk op basis van symptomen die zouden kunnen wijzen op geestelijke gezondheidsproblemen. Deze oefening om een probleem te identificeren aan de hand van externe signalen wordt hen ‘standaard’ opgelegd, terwijl ze daarvoor niet zijn opgeleid. Velen onder hen blijven het herhalen: “We zijn geen dokter”.

De onderstaande door de medewerkers aangehaalde vragen en punten illustreren die problematiek:

-Hoe moeten we het verzoek beoordelen van iemand die op zoek is naar geestelijke gezondheidszorg?

-Hoe kunnen we gezondheidsproblemen opsporen, herkennen en begrijpen als we daarvoor niet zijn opgeleid? De perceptie van mogelijke geestelijke gezondheidsproblemen is vaak alleen op ‘indrukken’ gebaseerd. De medewerkers zijn niet bevoegd om een diagnose te stellen en dat maakt ook geen deel uit van hun functie. Een veel voorkomend geval is het moeilijke onderscheid tussen de gevolgen van een psychische aandoening en van verslavingen. De meeste medewerkers zeggen dat ze doen wat ze kunnen om de problematieken die zich aanmelden zo goed mogelijk aan te pakken (empathie, luisterbereidheid, advies, hulp ...).

-Sommige gedragingen van begunstigten met ernstige ziektebeelden worden soms verkeerd begrepen (bijv. plotse hallucinaties die als chantagepogingen worden beschouwd).

-Ook meningsverschillen met zorgverleners op basis van nooddiagnoses (vaak tijdens een eenmalige ontmoeting) worden vermeld. Medewerkers die zeggen de begunstigde beter te kennen dan wie ook op basis van de regelmatige afspraken, zijn ervan overtuigd dat dokters de zaken vaak fout interpreteren.

-Het valt veel medewerkers zwaar om een problematiek te bespreken met een begunstigde waarbij die laatste wordt aangespoord om een medisch of psychologisch onderzoek te ondergaan. Dit advies kan een heftige reactie teweegbrengen. Deze gesprekken vereisen volgens de medewerkers een zekere ‘discretie’

waarvoor de medewerkers niet opgeleid zijn. Een aantal onder hen vermeldt dat begunstigden zich 'aangevallen' voelen tijdens die gesprekken. Een klassiek antwoord waarmee ze geconfronteerd worden in dergelijke omstandigheden: "Ik ben niet gek".

Getuigenis: "We zijn niet opgeleid om diagnoses te stellen bij iemand met een psychische stoornis. We gaan dus volledig op ons gevoel af."

"De sociaal assistent moet alle taken op zich nemen, origineel uit de hoek komen, leren leven met frustraties, oplossingen zoeken voor alles en nog wat."

10.4. Medewerkers tussen twee vuren: bijstand- én controletaken

(Zie in dit verband de passage over het GPMI)

10.5. Ontoegankelijke spoeddiensten: "Verhouding in mineur"

De relatie met de spoeddiensten wordt voorgesteld als problematisch om de volgende redenen:

Er heerst **onbegrip** over het feit dat sommige begunstigden extreem snel worden ontslagen uit de spoeddiensten door een gebrek aan beschikbare bedden, terwijl de maatschappelijk werkers ervan overtuigd zijn dat deze mensen een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen.

Er komen regelmatig meldingen over **meningsverschillen** met spoedartsen over de perceptie van de oorzaak van het probleem, dat volgens sommige zorgverleners bij de sociale context ligt, terwijl de sociaal assistenten van mening zijn dat het probleem 'inherent is aan de persoon' en dat er zonder medische tussenkomst geen sociaal werk kan plaatsvinden.⁵⁶

Deze problematiek lijkt in de hand te worden gewerkt door problemen met de verschillende statuten en functies, onenigheden tussen de verschillende actoren (maatschappelijk werkers, psychiaters, psychologen, psychoanalytici en hun stromingen en tegenstellingen).

Tot slot geven de sociaal werkers aan dat ze **niet op de hoogte worden gebracht van het ontslag van de begunstigden**. Dat is voor hen een vereiste om een sociaal begeleidingsprogramma op te zetten zodra de patiënten het ziekenhuis effectief verlaten.

Getuigenis: "In het ziekenhuis beweert men dat het niet goed gaat met de man omdat er eerst andere, sociale problemen, moeten worden opgelost. Volgens ons is het net andersom. Wij boeken geen vooruitgang met die persoon omdat hij met een wezenlijk psychisch probleem kampt. Daarom hebben we onze inspanningen stopgezet en beslist om een beroep te doen op een arts."

10.6. Geestelijke gezondheid? Nog steeds een 'taboe'

Het onderwerp 'geestelijke gezondheid' blijft een moeilijk thema binnen de huidige werking van de OCMW's. Intern gesprekken voeren over geestelijke gezondheid is vaak lastig. Sommige sociaal assistenten proberen de aandacht te trekken op profielen met geestelijke gezondheidsproblemen, meer bepaald op mensen die een GPMI hebben ondertekend, maar vinden vaak geen gehoor bij hun leidinggevenden.

⁵⁶ De mogelijkheid bestaat dat er zich tegenoverstelde situaties hebben voorgedaan, maar hier werden twee voorbeelden van dit type aangehaald

Getuigenis: “Binnen dit OCMW wordt het thema geestelijke gezondheid doodgezwegen, omdat het extra middelen, opleidingen en praktijkwijzigingen zou vergen, en ervoor zou zorgen dat we ‘de controle verliezen’.”

“Spreek over geestelijke gezondheidsproblemen verstoort de interne gang van zaken. Het RIZIV sluit steeds vaker de deuren voor psychische aandoeningen, net als de DGH⁵⁷ en de arbeidsmarkt; het ultieme vangnet blijft het OCMW. Dat is de huidige situatie (...).”

“We zijn geconfronteerd met noodsituaties van zelfmoordpogingen of het risico op zelfdoding waar niets aan gedaan werd. Een moeder was erg ongerust over haar 15-jarige dochter die in een situatie van cyberpesten verzeild was geraakt. Ze vreesde dat haar dochter zelfmoord zou plegen. De gezondheidsdienst die we opbelden, vroeg ons het teamoverleg van maandag af te wachten vooraleer een afspraak te maken.”

10.7. Communicatieprobleem

De communicatietools voor het zorgaanbod inzake geestelijke gezondheid zijn niet beschikbaar of niet aangepast aan de noden van de medewerkers. Nagenoeg alle medewerkers achten het noodzakelijk om te weten welke diensten er zijn en welk publiek er terecht kan, de sociale tarieven en de gemiddelde wachttijden te kennen, te weten welke talen de zorgverleners en de geconventioneerde psychiaters spreken ...

Als we weten dat doorverwijzingen voornamelijk gebeuren op basis van praktijken die collega's onderling aan elkaar doorgeven, kaarten sommigen toch een gebrek aan interne communicatie aan dat te wijten is aan een groot personeelsverloop (varieert per OCMW).

Getuigenis: “Ik heb nooit meer iets over die mobiele dienst gehoord. Daarom gebruik ik mijn eigen agenda en overloop ik de contacten waarmee ik vertrouwd ben.”

“We weten niet wie we kunnen bellen, of liever, er is niemand bij wie we terecht kunnen. Er is geen dienst die zich toelegt op deze brede groep in de schemerzone.”

Worden eveneens vernoemd als problemen waarmee de OCMW-medewerkers moeten afrekenen:

- Persoonlijke inzet en gevoel van onmacht;
- Situaties waarin ze een door het comité geweigerd zorgtraject moeten uitleggen aan een begunstigde;
- Energieverslindende gesprekken met mensen die geestelijke gezondheidsproblemen hebben;
- Omgaan met mensen die volledig door het lint gaan tijdens gesprekken: agressiviteit en/of verlies van zelfbeheersing. In dergelijke situaties wordt er vaak een beroep gedaan op de hulpdiensten of de politie. Wanneer mensen weigeren om vrijwillig in te stappen in een ziekenwagen is politietussenkoms de oplossing van de laatste kans;
- Medewerkers die de vergaderingen van het netwerk – die in het leven geroepen werden in het kader van de hervorming – niet kunnen bijwonen (lokaal netwerkcomité van Brussel-Oost, het strategisch comité Rézone en HERMESplus, de raad van bestuur van Norwest), vooral omdat telkens dezelfde medewerker aanwezig moet zijn;
- De begunstigten uitleggen dat de terugbetalingen in het kader van een aanvullende verzekering (ondertussen verplicht) niet altijd hoog zijn (het gaat op jaarbasis vaak om 8 uitbetalingen van €10);

⁵⁷ Directie-generaal Personen met een handicap <https://handicap.belgium.be/nl/index.htm>

- Opgeroepen worden door een derde partij (politie, buren, eigenaars ...) om tussen te komen op het adres van een persoon die 'voor problemen zorgt', die niet financieel wordt bijgestaan door het OCMW en zich niet kan verplaatsen. Wanneer men een poging onderneemt om een klein netwerk op te zetten, gaat het contact of de opvolging vaak verloren. Dit soort ervaringen die gepaard gaan met angst, komen ook vaak voor in de getuigenissen (confrontatie met een ziek persoon bij hem thuis) en hebben te maken met het falen van de pogingen om een zorgnetwerk op te zetten;
- Het aanhoudende gebrek aan begeleiders om mensen fysiek te vergezellen naar hun plaats van afspraak;
- De erkenning van expertise tussen de verschillende disciplines/instellingen/regelgevingen;
- De beschikbaarheid van vertalers/tolken op aanvraag;
- Het extreme isolement van personen zonder enige band met de buitenwereld, die zelfs niet worden opgevolgd door een huisarts en voor wie de tussenkomst van het OCMW in allerijl wordt gevraagd. Aangezien deze mensen geen enkel persoonlijk vangnet hebben, kan men niet navragen naar ziektebeelden en worden er evenmin zorgen verstrekt. Deze situaties worden dan ook als 'zeer ernstig', of zelfs 'chronisch' omschreven.

Getuigenissen: "We moesten op huisbezoek bij een vrouw die niet werd opgevangen door het OCMW. De eigenaar had ons gebeld omdat hij zich zorgen maakte over zijn huurster. Ze was helemaal in trance. Ze had een verwilderde blik in haar ogen en haar stem veranderde. Ik stond te trillen op mijn benen. De vervangende arts wou geen ziekenwagen bellen. En dat was het dan. Er kwam geen verdere opvolging. We zijn die vrouw uit het oog verloren omdat ze niet door ons werd opgevolgd."

"Wij troffen een lichamelijk zieke vrouw aan in ontkenningfase, die ook geen hulp had aangevraagd. Ze was al twee weken thuis, zonder verwarming en zonder mogelijkheid om naar het toilet te gaan. Ze had geen geldige identiteitskaart meer waardoor we haar administratief niet konden helpen. We hadden een foto van haar nodig, maar ze weigerde."

11. Oplossingen voorgesteld door de medewerkers om bepaalde problemen op te vangen

Alle hierna opgesomde aanbevelingen werden aangereikt door de maatschappelijk werkers en zijn gebaseerd op hun vaststellingen en ervaringen bij het OCMW.

11.1. Nood aan 'concrete' communicatie

Zo goed als door iedereen aangehaald:

- "Over een hulpprogramma kunnen beschikken, een register met het bestaande aanbod op het vlak van geestelijke gezondheidszorg in Brussel, de bestaande sociale tarieven, de gesproken talen, de wachttijden ..."
- "Over één enkel noodnummer beschikken. Er is een poging geweest om met het 'Dispositif Relais' in Vorst een dergelijke, lokale dienst in het leven te roepen, maar dat is op niets uitgedraaid." (Vaak aangehaald)
- "Over een vereenvoudigde gegevenskaart beschikken van het bestaande aanbod om niet zonder doorverwijsvoorzieningen te vallen. (Boomstructuur of sociale gids met de te volgen trajecten naargelang de problematiek en het aanbod op gemeentelijk niveau)."

Vaak aangehaald:

- “Over een mobiel team ‘precariteit’ beschikken dat kan tussenkomen bij het OCMW en andere personen die er nood aan hebben.”
- “Meer laagdrempelige opvangdiensten openen waar iedereen terecht kan, waar men zijn verhaal kwijt kan en waar de gesprekspartners aan de slag kunnen met de informatie, waar regelmatig een mobiel psychiatrisch team aanwezig is zodat het OCMW niet altijd een antwoord zou moeten bieden binnen een veel te korte termijn.”

Zelden aangehaald:

- “Het register *Sociaal Brussel online* volstaat niet. Er is een zoekmachine nodig waarin per criterium en per geografische zone meer data kunnen worden ingevoerd.”
- “Over een eerstelijnsafdeling beschikken voor laagdrempelige opvang, waar mensen zich vrijuit kunnen aanmelden zonder dat ze in hokjes worden gestopt en waar veel sociale problematieken in de ruime zin van het woord kunnen worden aangepakt (isolement, gezondheidszorg ...).”
- “Uit het stramien breken, in het verzet gaan. **De goede praktijken zijn verborgen.**”
- “In alle OCMW’s over equivalenten beschikken van cellen voor psychiatrische zorg of welzijnscellen.”
- “In alle OCMW’s beschikken over psychologen als eerstelijnszorgverleners. Ze kunnen de mensen opvangen die aan het einde van hun Latijn zijn en de tijd nemen om inzicht te verwerven in al hun problemen.” (citaat van een OCMW-psycholoog).

12. Door de OCMW’s opgesomde aanbevelingen

- Het evenwicht herstellen van de psychiatrische bedden, hun aantal optrekken om tegemoet te komen aan de behoefte in het Brussels Gewest (federale beslissingsbevoegdheid);
- De communicatie verbeteren tussen de sociale diensten van ziekenhuizen en het OCMW;
- Systematisch het ontslag van de meest kwetsbare individuen uit instellingen aankondigen aan de OCMW’s om alvast een netwerk te kunnen opzetten (vermijden dat mensen zomaar op straat worden gezet);
- Zorgen voor een onvoorwaardelijk, laagdrempelig onthaal;
- De ‘actieve benadering’ van rondzwerfende personen bevorderen door de middelen van het mobiel team 107-Precariteit te verhogen tot het niveau van geuite noden;
- De steun voor de ontwikkeling van nieuwe initiatieven optrekken: geïntegreerde sociale gezondheidscentra met meervoudige erkenningen en nieuwe netwerkmodellen, ongevaarlijke ruimten voor druggebruik ... en de plaatsbepaling van de sites inplannen.
- Over meer gegevens beschikken van mensen die na hun ontslag uit instellingen geen dak meer boven hun hoofd hebben en voor wie geen huisvestingsoplossing voorligt.
- Het aantal plaatsen in opvanghuizen voor daklozen met geestelijke gezondheidsproblemen drastisch optrekken.

- Het huisvestingsprobleem aanpakken: aandringen op de systematische integratie van sociale woningen in vastgoedprojecten.
- Zorgen voor menswaardige opvangomstandigheden (niet overbelast, met redelijke wachttijden en gewaarborgde follow-up) in ziekenhuizen, in ambulante voorzieningen, maar ook in de huisvesting: Psychiatrische Verzorgingstehuizen en Initiatieven Beschut Wonen die een zorgcontinuïteit in de geestelijke gezondheidszorg mogelijk maken.
- Afstappen van de GPMI-praktijk in de OCMW's en de uitwassen die hiermee gepaard gaan, bekend maken.
- Ervor zorgen dat de juridische diensten van de OCMW's rekening kunnen houden met de ervaringen van de begunstigden wat betreft GPMI en activering.
- Fysieke begeleiding organiseren die onder alle omstandigheden beschikbaar is voor wie er nood aan heeft.
- Het aantal transitwoningen in de gemeenten optrekken.
- Sneller een medische kaart uitreiken.
- In samenwerking met de OCMW's en de Sociale Coördinaties communicatietools ontwikkelen op het vlak van geestelijke gezondheid.
- Gratis kunnen gebruikmaken van tolkdiensten.
- Zorgen voor eerstelijnsonthaal met activiteiten en maatregelen op het vlak van samenlevingsopbouw.
- Binnen de OCMW's een dienst voor geestelijke gezondheidszorg oprichten (zoals in Charleroi en Berchem). Getuigenis: "We zouden mensen die moeite hebben om tegenslagen te verwerken, intern moeten kunnen helpen."

12.1 Aanbevelingen in het kader van het netwerk en de hervorming 107

Vaak aangehaald:

- "De tegenstelling tussen de overheidssector en de verenigingssector overstijgen, beter samenwerken."
- "Realtimewhulp inschakelen in probleemsituaties waarbij een mensenleven in gevaar is."
- "Er is nood aan een mobiel team dat zich toespitst op kwetsbare groepen en beschikbaar is voor alle OCMW's"⁵⁸ (6x aangehaald).
- "Een netwerk dat nadrukkelijker aanwezig is, met meer contact tussen de mobiele teams en de OCMW's. Deze band beter uitbouwen."
- Het aantal partners binnen het netwerk verhogen: "Om het netwerk beter te laten functioneren, hebben we nood aan een totaalbeeld van de problemen van de betrokkenen (geestelijke gezondheid inclusief) om doorverwijzingen tot stand te kunnen brengen. Alle spelers op het terrein kunnen hun steentje bijdragen op medisch, psychisch en sociaal niveau. De persoon in kwestie helpen is het ultieme doel."

⁵⁸ Sommige OCMW's die deze aanbeveling uiten, weten van het bestaan van het MT-107 af, maar gaan ervan uit dat het team overbevraagd is en onvoldoende middelen heeft om op hun aanvragen in te gaan.

-Werken vanuit een samenlevingsopbouwende benadering “waarbij het ambulante netwerk uitgaat van de relationele en sociale omgeving van elke patiënt”.

- “Beschikken over een ‘achterdeur’ om crisissituaties te beheren waarmee medewerkers zich geen raad meer weten. In dergelijke gevallen zou iemand uit de geestelijke gezondheidssector het kunnen overnemen.”

-Minimale opvolging kunnen garanderen: “Meer contacten onderhouden met de gezondheidsdiensten op lokaal niveau, zoals de DGGZ. Vanuit deze contacten zouden we her en der informatie kunnen sprokkelen over personen die bij het OCMW van onder de radar zijn verdwenen.”

- “Op zoek gaan naar een multidisciplinair partnerschap met de actoren die op straat werken, door soepele, reactieve modaliteiten in te voeren op het vlak van overleg en de toegang tot de zorgvoorzieningen, om aan het werk te kunnen gaan met de persoon in kwestie.” Het ontbreekt deze diensten echter aan middelen.

- Meer contact onderhouden met het netwerk binnen de OCMW's: “Als de geestelijke gezondheidssector niet in hokjes zou denken en ons publiek zou tegemoetkomen, zouden we een flinke stap vooruit kunnen zetten richting samenlevingsopbouw. Onze deuren staan alvast open, nu is het aan hen om ons op te zoeken.”

12.2. Aanbevelingen op het vlak van opleiding

Door de onvoorspelbare, labiele en eigenzinnige manier waarop sommige begunstigden reageren, vragen de sociaal assistenten naar basisinzichten waarop ze kunnen terugvallen bij dergelijke situaties.

Het onderzoek toont aan dat de Waalse opleidingen beter bekend zijn dan het aanbod in Brussel.⁵⁹

Dit zijn de aanbevelingen:

- “Het bestaande opleidingsaanbod in verband met geestelijke gezondheid in Brussel duidelijker in kaart brengen.”

- “Alle OCMW-medewerkers moeten meer erkenning en waardering krijgen. Om personeelsverloop te voorkomen, zou het loon moeten worden aangepast aan het geleverde werk en de ervaring.”

- “Het vak ‘geestelijke gezondheid’ zou deel moeten uitmaken van het opleidingscurriculum.”

- “Het personeel moet op lange termijn beter voorbereid zijn op geestelijke gezondheidskwesties en de OCMW-voorzitters moeten zich bewust worden van het belang van opleidingen.”

12.3. Aanbevelingen op het vlak van lokale praktijken

⁵⁹ Tijdens de studiedag georganiseerd door de CSSA (Sociale Coördinatie van Schaarbeek) kwamen drie basisvragen aan bod over de concrete nood aan opleiding:

-Hoe ga je om met ‘vreemd en/of storend’ gedrag van een begunstigde die de werking van de instelling en/of zijn eigen toekomstgericht project in gevaar brengt?

-Hoe reageer je op onsamenhangende uitspraken van een persoon die hulp weigert, zijn eigen leven in gevaar brengt of de sociale bijstand waarop hij recht heeft, weigert?

-Tot hoe ver reikt de sociale begeleiding van mensen die in extreme armoede leven en tegelijk met psychische en psychiatrische problemen kampen?

De eerste twee punten worden unaniem onderschreven:

- Een toenadering en onderlinge afstemming van de praktijken tussen de verschillende OCMW's is noodzakelijk.
- Het aanbod aan laagdrempelige zorgvoorzieningen met geestelijke gezondheidszorg (bijv. in 2016 werden in het kader van het project 'Winter 86.400' psychologische permanentiediensten opgezet om daklozen tijdens de winter overdag te begeleiden⁶⁰, maar wegens een gebrek aan middelen werden de permanenties nadien afgevoerd) moet worden uitgebreid.
- "De afschaffing van referentieadressen voor daklozen 'met bewezen psychiatrische problemen', mensen met een handicap en patiënten met dubbele diagnoses (mentale achterstand en comorbiditeit) zou moeten worden verboden."
- Uitzonderingen voorzien op de algemene regel van de 'territoriale bevoegdheid'⁶¹ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. NB: Dat is al het geval voor mensen die opgevangen worden bij Transit (verslavingszorg).
- "Vaker een beroep kunnen doen op de wijkagenten, onder meer voor fysieke begeleiding."
- "Over psychiaters kunnen beschikken in de medische centra."

In de Brusselse medische centra vindt men doorgaans geen specialisten, het zijn voornamelijk huisartsen. De situatie is anders in landelijke gebieden. In Brussel fungeren de medische centra als eerstelijnszorgverleners. Doorverwijzingen worden van binnenuit naar de diensten voor geestelijke gezondheidszorg georganiseerd. Sommige van deze centra doen 'uit noodzaak' zelf aan geestelijke gezondheidszorg: ze werken samen met specialisten in de geestelijke gezondheidszorg, zoals psychologen die af en toe ter plaatse komen.

13. Enkele voorbeelden van goede praktijken, toegepast in de OCMW's

- Een maatschappelijk begeleider aanwerven die instaat voor de ondersteuning van mensen in de meest complexe situaties. Dergelijke aanwervingen vinden vaak plaats in het kader van een wijkcontract en worden als zeer efficiënt beschouwd door de OCMW's, maar eindigen meestal tegelijkertijd met het wijkcontract.
- Middelen voorzien om straathoekwerk op gemeentelijk niveau te organiseren (rondes waarbij de daklozen worden opgezocht) om te kunnen werken met een mobiel publiek dat niet altijd zichtbaar is (voorbeeld van het OCMW van Brussel: recente aanwerving door het OCMW van twee maatschappelijk werkers om deze straatrondes uit te voeren).
- Het aantal medewerkers in bepaalde OCMW-diensten optrekken met het oog op een betere ondersteuning.
- Beschikken over een modelnetwerk om met alle betrokken partijen overleg te kunnen plegen voordat een gehospitaliseerde begunstigde ontslagen wordt. Ook de familie van de begunstigde en de daklozenhulp worden hierbij betrokken + oproep tot overlegbijeenkomst als er zich een probleem voordoet.
- Mensen die zich uit de slag kunnen trekken, aanmoedigen om zelfstandig stappen te ondernemen door hen een contactenlijst te bezorgen die opgemaakt is door het OCMW. Voorbeeld: de wegbeschrijving tot op een plaats van afspraak afdrukken van internet met vermelding van de nummers van het openbaar vervoer.

⁶⁰ <http://www.86400.be/nl/>

⁶¹ <https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/gebruikersgids.docx>

- Een interventienetwerk op poten zetten met de sociale coördinatiediensten en verschillende verenigingen (begeleiding en multidisciplinaire ondersteuning met respect voor de waardigheid van de persoon: contact leggen en de follow-up uitwerken, mensen aanleren hoe ze een onderscheid kunnen maken tussen de verschillende diensten).
- Zo veel mogelijk spelers binnen het netwerk tegelijk proberen samen te brengen (coördinatievergadering: ziekenhuis, familie, thuiszorg ...) om praktische zaken beter op elkaar af te stemmen (zorgfrequentie enz.).
- Gezins hulp proberen in te schakelen voor uiterst geïsoleerde personen of hen uitnodigen in een dagcentrum.
- Infosessies organiseren over het OCMW, over de rechten van de begunstigde, over het leefloon ... Dat schept vertrouwen en werkt meestal geruststellend.
- Afspraken maken aan het onthaal om bijvoorbeeld de weg naar de 'dienst maatschappelijke participatie' te tonen.
- Hulp inroepen voor de huisvesting van de meest kwetsbare groepen. Bijvoorbeeld: subsidies voor de huisvesting van kansarme groepen zoals de Roma (vaak grote gezinnen). Tot op heden heeft alleen het OCMW van Vorst dit gedaan (Molenbeek en Anderlecht zouden moeten volgen).
- Een paar keer per jaar bijeenkomsten organiseren waarbij erkende zorgverleners (huisartsen, apothekers, tandartsen, recent erkende verpleegkundigen in het kader van het ingekorte ziekenhuisverblijf na een bevalling) hun bevindingen, noden ... kunnen uitwisselen. Ze kunnen hun vragen vooraf doormailen.
- Een referentiepersoon geestelijke gezondheidszorg aanwerven voor een beter overzicht van het dienstverleningsaanbod van de overheid en van privé zorgverleners die de RIZIV-tarieven toepassen.

14. Conclusies

Getuigenissen: "Wanneer armoede en geestelijke gezondheid met elkaar verweven zijn, kunnen we ze tijdens het zorgtraject niet van elkaar losmaken. We moeten echter snel ingrijpen. Hoe langer we wachten, hoe chronischer en ernstiger de situatie kan worden. En we moeten alle problemen aanpakken."

"Ik heb soms het gevoel dat wij alles moeten oplappen ... We zijn een lokaal steunpunt voor ontzettend veel dingen. Dat is op de keper beschouwd ongelofelijk, omdat we eigenlijk totaal niet gespecialiseerd zijn. Dat is feitelijk niet onze opdracht, maar toch moeten we het doen."

"Psy 107, allemaal goed en wel, maar welke hulp komt er concreet? Ze vinden een auto uit, maar pas nadien denken ze aan een rijbewijs ..."

14.1. De resultaten van de enquête

In het licht van de tekortkomingen behoeft het geen betoog dat een beleid dat inzet op armoedebestrijding de eerste vereiste is. Enkel via een gezamenlijke aanpak van alle overheden van dit land kunnen we deze uitdaging aangaan.⁶² Moeten speerpunten worden in de nieuwe legislatuur: armoedebestrijding, specifieke actieplannen doorvoeren en opvolgen.

⁶² De eisen van de OCMW's om elk individu tegen 2024 een menswaardig bestaan te bieden.

De getuigenissen in dit rapport wekken de indruk dat de OCMW-medewerkers vinden dat ze 'te laat' komen om op efficiënte wijze te reageren op geestelijke gezondheidsproblemen en dat ze snel 'oplossingen moeten vinden die niet bestaan'.

Voor sociaal assistenten die aan de slag zijn onder gunstige omstandigheden in kleinere OCMW's, in minder dichtbevolkte gemeenten (meestal buiten de Vijfhoek), is het duidelijk aangenamer werken. Overal in het Brussels Gewest noteren we echter een stijging wat het aantal OCMW-begunstigden betreft. De dalende uitgaven van de RVA door de vele uitsluitingen in het kader van de 'activeringsmaatregelen van het zoekgedrag naar werk' zorgen voor een regelrechte explosie van de OCMW-uitgaven.

Het rapport zet onder meer vraagtekens bij de draagkracht van ons gezondheidssysteem ten aanzien van een publiek met geestelijke gezondheidsproblemen, en dat voordat de problematiek uitdijt, chronische vormen aanneemt en leidt tot een verslechtering van bepaalde situaties waarvoor geen behandeling meer mogelijk is via een afsprakensysteem.

Ondanks de bestaande gezondheidszorg die het hele Brussels Gewest bestrijkt, vallen bepaalde kwetsbare mensen volledig uit de boot, verstoken van elke vorm van zorgverlening. De door de OCMW's vaakst genoemde voorbeelden zijn die van patiënten met ernstige ziektebeelden die alle contact vermijden, personen die uit instellingen worden ontslagen en voor wie niets werd voorzien op het vlak van opvolging en begeleiding (de zogenaamde 'sorties sèches'), personen bij wie dubbele diagnoses worden vastgesteld (verslavingen en geestelijke gezondheid) en mensen die makkelijk hervallen in hun patroon van rondzwerven.

Welke zorgvoorzieningen bestaan er voor die onzichtbare groep die zich verstopt of voor de personen die we nooit horen?⁶³

Na meerdere doorlichtingen werd het systeem van de gezondheidszorg in het Brussels Gewest beschreven als een systeem met twee snelheden. De situatie is echter alarmerend. Door de 'verschoppelingen' buiten beschouwing te laten, met middelen die ontoereikend zijn om aan de noden te voldoen, worden we geconfronteerd met situaties waarbij mensen in gevaar niet worden bijstaan, wat absoluut in vraag moet worden gesteld.

Het hoofddoel van de geestelijke gezondheidshervorming is om die zorg in te passen in de thuisomgeving van deze mensen. Sommigen onder hen, een stijgend aantal, hebben echter geen 'thuis' meer, aldus de getuigenissen over een aantal van deze volledig op zichzelf aangewezen personen (daklozen, extreem geïsoleerde mensen die elk contact met de medische wereld weigeren ...). Daardoor heeft een groot aantal personen geen toegang tot zorgverlening: uit de laatste tellingen van La Strada (2018) blijken 759 personen op straat en in openbare ruimten te verblijven. Diverse laagdrempelige opvangdiensten stellen vast dat het aantal daklozen met psychische of psychiatrische aandoeningen in stijgende lijn gaat, waaronder heel wat rondzwervende patiënten met psychoses⁶⁴. Ook mensen met een onzekere verblijfsvergunning maken deel uit van die min of meer onzichtbare groep. Ze brengen zichzelf daardoor in gevaar.

De beginselen wat betreft populatieverantwoordelijkheid, solidariteit en universele toegankelijkheid tot zorgverlening worden niet nageleefd en niets wijst erop dat deze situatie zich positief zal

⁶³ AZG pleit voor de oprichting van een open onthaal- en doorverwijscentrum in Brussel, naar Frans model, met een ruimte waarin men tot rust kan komen en waar informatie voorhanden is over de toegang tot basisrechten

⁶⁴ Tussen 2008 en 2016 is het aantal daklozen in het BHG volgens de tellingen zo goed als verdubbeld (+96 %)

ontwikkelen voor de hele Brusselse bevolking. Met de huidige middelen lopen kwetsbare personen het risico dat hun problemen enkel vanaf de zijlijn worden aangepakt.

14.2. De beperkingen van het sociaal werk binnen de OCMW's

De OCMW's leveren grote inspanningen om een antwoord te bieden op de stijgende armoede. De sociaal assistenten worden overstelpt, de tijd waarin ze naar begunstigden kunnen luisteren wordt steeds korter door de administratieve taken die voorrang krijgen. Ze kunnen niet meer in fatsoenlijke omstandigheden werken waarin essentiële informatie-uitwisseling mogelijk is⁶⁵.

Hun rol bevordert trouwens sterk de toegankelijkheid tot de sociale rechten: nabijheid, informeel aspect en uitbouw van de soms met veel moeite gesmede vertrouwensbanden. Deze sterke punten komen momenteel in het gedrang door de invoering van het GPMI en de sociale controlefunctie die de oorspronkelijke rol van de OCMW's vertekenen. De vele voorbeelden aangehaald door de maatschappelijk werkers leveren daarvan het bewijs.

We kunnen besluiten dat **de OCMW's op dat vlak onderling erg verschillen**. Het belang van de plaatsgebonden sociale ongelijkheden binnen het erg heterogene Brusselse grondgebied, heeft een duidelijke impact op de overbelasting van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in de centrale, dichtbevolkte gemeenten en in het westelijke gedeelte van het Brussels Gewest (Sint-Joost, Schaarbeek, Sint-Gillis, Brussel-Stad, Molenbeek). De discrepanties op het vlak van armoede tussen de Brusselse wijken en gemeenten zijn veelzeggend. De hoogste werkloosheidsgraad wordt genoteerd in Sint-Joost-ten-Node (24 %) waar de vermelde problematieken ernstig zijn. Sint-Pieters-Woluwe kent de laagste werkloosheidsgraad (9 %). Het is een gemeente met een vrij welgestelde, oudere bevolking waar de eventuele geestelijke gezondheidsproblemen voornamelijk verband houden met ouderdomsdementie.

Ook de problematische toegankelijkheid tot een betaalbare woningmarkt keert regelmatig terug. Eens te meer een teken aan de wand dat een snelle reactie op deze uitdaging geboden is.

14.3. "Draaideurpatiënten"

Het syndroom van de 'draaideurpatiënten' is een uitdrukking die vanuit Frankrijk is overgewaaid om de situatie in psychiatrische spoeddiensten weer te geven. Het fenomeen doet zich ook in Brussel voor waar men patiënten steeds sneller ontslaat terwijl er buiten de ziekenhuizen, via ambulante zorg of netwerken helemaal geen opvangmogelijkheden worden voorzien. Hoe kwetsbaarder een persoon is, hoe zwaarder de situatie doorweegt. De interventies van de mobiele teams bij de kwetsbare groepen moeten veel beter op de huidige situatie worden afgestemd dan nu het geval is.

De extramurale voorzieningen zijn eveneens dichtgeslibd. Een verschuiving naar ambulante zorg kan geen zoden aan de dijk brengen als de bijkomende middelen niet beschikbaar zijn: tekort aan bedden en personeel, tijdsgebrek en toegenomen noden. De gevolgen zijn funest voor de arbeidsomstandigheden van de zorgverleners. Alle Brusselse schakels in deze ketting zijn in hetzelfde bedje ziek: ziekenhuizen, geestelijke gezondheidsdiensten, instellingen voor eerstelijnszorg, OCMW's.

⁶⁵ In OCMW's die over een interne psychologische dienst beschikken, zoals in Sint-Agatha-Berchem, komen dit soort gesprekken – tot opluchting van sommige begunstigden – vlotter tot stand.

14.4. De gevolgen van het GPMI

Het gebrek aan kennis van het aanbod, de lange wachttijden in de zorgverlening en de controletaken die aan de OCMW's worden opgelegd, ondermijnen het vertrouwen van de OCMW-begunstigden om zich te wapenen met de wettelijke middelen van onze maatschappij: gebruikmaken van hun rechten, en in dit specifieke geval, van de toegang tot zorg.

Het moet mogelijk zijn om de arbeidsomstandigheden in de OCMW's te verbeteren door tegen de activeringslogica van het GPMI in te gaan. De OCMW's moeten vasthouden aan hun rol als begeleider en bemiddelaar tussen de begunstigden en de zorgverstrekende instanties. De controlerende taken die de OCMW's worden opgelegd met betrekking tot de GPMI's druisen volledig in tegen de missie van ondersteuning en sociale bijstand van de centra en leiden op hun beurt tot uitsluiting. In het licht van de getuigenissen zijn er redenen tot bezorgdheid over de manier waarop de nieuwe, opgelegde beleidsmaatregelen en 'sociale' praktijken agressie veroorzaken en gaandeweg de basisprincipes van het maatschappelijk werk uithollen.

14.5. De kracht van het netwerk in de huidige context

Zonder de nodige middelen zal de gebrekkige toegang tot de zorgverlening nooit op een behoorlijke manier opgelost raken. Van een vlotte doorstroming is er op dit ogenblik geen sprake: het zorgaanbod volstaat niet, de geboden hulp wordt onderbroken en op praktisch vlak is er onvoldoende terugkoppeling van informatie. De OCMW's wijzen op de nood aan een degelijk communicatiebeleid binnen de 'geestelijke gezondheidssector' met een uniek telefoonnummer en een communicatieplan dat het enige Brusselse netwerk, zijn 4 antennes, mobiele teams, de gedekte zones en verschillende doelgroepen, zichtbaar maakt.

De OCMW-medewerkers brengen verslag uit van de problematieken die ze aantreffen bij sommige begunstigden. Er moeten nieuwe, therapeutische samenwerkingsverbanden worden opgezet op lokaal vlak: langsgaan bij de daklozen, het mobiele team 'precariteit', netwerken, OCMW's die contacten leggen met de kwetsbaarste groepen en hun rol als bemiddelaar opnemen. Door die mogelijkheden te gebruiken om contacten te herstellen en het vertrouwen te heroveren, creëert men de mogelijkheid om preventieve interventies en zorgengagementen tot stand te brengen. Het idee om opnieuw een kwalitatieve sociale cohesie binnen de wijken, gemeenten en gemeenschappen te creëren kan enkel vorm krijgen door de onderlinge banden nauwer aan te halen tussen de overheidsinstanties, de communautaire spelers en de verantwoordelijken voor de externe problematieken op het gebied van de gezondheidszorg (sociale cohesie ...) die de patiënten en buurten goed kennen.

De geestelijke gezondheidszorg moet deze kwesties dan ook oordeelkundig aanpakken: hoe kunnen maatschappelijk werkers van het OCMW in de huidige situatie de begunstigden zo goed mogelijk bijstaan in het kluwen van de geestelijke gezondheidszorg? Welke partnerschappen en wisselwerkingen tussen de OCMW's en de overige sociale actoren m.b.t. dit luik van het maatschappelijk werk zouden voorrang moeten krijgen?

Om die doelstelling te bereiken is het absoluut noodzakelijk om in eerste instantie het lokale aanbod in aanmerking te nemen en nieuwe samenwerkingsverbanden te creëren tussen professionele zorgverleners die alle eerstelijnsvoorzieningen ondersteunen, specifiek voor kwetsbare burgers.

15. Concrete voorstellen

Als oplossing voor de problemen die in het kader van dit onderzoek worden aangekaart, stelt het OPGG voor om samen met de Brusselse OCMW's een communicatieplan uit te werken dat uit vier luiken bestaat:

- 1) Per gemeente op zoek gaan naar een aanspreekpersoon die bereid is om met het platform te communiceren over de evolutie van de lokale voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg en sociale cohesie. Dat is bij voorkeur iemand die werkzaam is bij een van de sociale coördinatiediensten omdat het onmisbare partners zijn op het vlak van kennis over de gemeentelijke en lokale voorzieningen
- 2) Een nieuwe, door het OPGG gecoördineerde werkgroep oprichten, die deze aanspreekpersonen uit de OCMW's en/of sociale coördinatiediensten samenbrengt om communicatietools uit te werken over het sociale zorgaanbod inzake geestelijke gezondheid op lokaal niveau: website, voorzieningen met sociale tarieven, beschikbare talen, openingsuren, beschikbare begeleidingsdiensten ...
- 3) Dit aanbod per gemeente in kaart brengen
- 4) Specifiek voor de OCMW's opleidingen op maat ontwikkelen rond geestelijke gezondheid (aangepast aan de noden: bewustmaking, omgaan met moeilijke situaties)
- 5) Immersiemogelijkheden creëren binnen de gemeentelijke diensten die geestelijke gezondheidszorg aanbieden.

Bijlagen

- Omschrijving van de term OCMW door het CRISP
- Blanco vragenlijst
- Tabel met door de OCMW's vaakst vermelde problemen
- Tabel met doorverwijzingen in de gemeenten
- Tabel met doorverwijzingen buiten de gemeenten

Bronnenverzameling in het kader van het onderzoek

-Interviews afgenomen in 2018 bij de algemene sociale diensten van de 19 Brusselse OCMW's (behalve Anderlecht) en schriftelijke getuigenissen (via e-mail van het OCMW van Evere)

Bibliografie

- Verslag van de studiedag van de Sociale Coördinatie van Schaarbeek (CSSA) over de vraag 'Kwetsbaarheid en geestelijke gezondheid. Wie heeft de touwtjes in handen?', 2016
- Degraef Véronique, Recherche-Action sur l'accompagnement des personnes dans les CPAS bruxellois. Note de synthèse, 2013 (Onderzoek naar actiemogelijkheden in de begeleiding van personen in de Brusselse OCMW's. Samenvattende nota, 2013)
- Degraef Véronique, Derache Claire, Coppens Kathleen, Recherche –action 'Sans-abrisme et Santé mentale', 2014 (Onderzoek 'Sans-abrisme et Santé mentale', 2014)
- Willaert Alain, Moriau Jaques, Evolution des problématiques sociales et de santé, 2013-2018 : analyse et recommandations : secteurs social et santé à Bruxelles, 2018 (Sectoroverschrijdend rapport 2018, Evolutie van de sociale en gezondheidsproblematieken 2013-2018: analyses en aanbevelingen, september 2018)

- Mondelaers Nicole, Thuisloenzorg – OCMW's: drempels tot sociale grondrechten wegwerken
- Activiteitenverslag van Brulocalis, 2018
- Jaarverslag 2017 van de Federatie van Brusselse OCMW'S
- Développer et améliorer des services d'appui aux professionnels des soins (Ondersteuningsdiensten voor zorgprofessionals ontwikkelen en verbeteren), 2018, RMLB
- Activiteitenrapport van het mobiele team 107 – Precariteit, 2018
- Cocu Christophe, Dubois Fanny, Memorandum 2018-2019 van de Fédération des Maisons médicales. Enjeux locaux, régionaux, fédéraux, européens. 10 recommandations, 101 propositions pour une autre politique de santé (Lokale, gewestelijke, federale, Europese uitdagingen. 10 aanbevelingen, 101 voorstellen voor een ander gezondheidsbeleid)
- Welzijnsbarometer 2018, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Omschrijving van het begrip OCMW door het Crisp (Centre de Recherche et d'Information sociopolitique - Centrum voor sociopolitiek onderzoek en informatie):

Autonome overheidsdienst die in elke gemeente voorkomt en belast is met de toekenning van algemene sociale bijstand.

De wet verplicht elke [gemeente](#) om een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) te voorzien, voorheen 'commissie voor openbare onderstand' (COO) genoemd. Het OCMW staat in voor het verlenen van sociale bijstand aan alle inwoners van de gemeente die daarom vragen en voldoen aan de vooropgestelde voorwaarden. De toetsing van de voorwaarden omvat een inkomensonderzoek. Deze bijstand kan verschillende vormen aannemen: financiële tegemoetkoming, medische bijstand, voorschot op onderhoudsgeld, psychologische bijstand, crisisopvang enz. Het OCMW is onder meer bevoegd voor de toekenning van het leefloon (voorheen 'bestaansminimum' genoemd). Het OCMW kan eveneens instellingen en diensten met een sociaal karakter oprichten en beheren (rusthuizen, thuiszorgdiensten enz.). De wetgeving op de OCMW's valt grotendeels onder de bevoegdheid van de [gemeenschappen](#), of in het tweetalig Brussels Hoofdstedelijk Gewest onder de bevoegdheid van de [Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie](#). Wat het Franse taalgebied betreft, heeft de [Franse Gemeenschap](#) de uitoefening van haar bevoegdheden ter zake overgedragen aan het [Waals Gewest](#). Het leefloon blijft een federale bevoegdheid.

Het OCMW wordt beheerd door de raad voor maatschappelijk welzijn. De raadsleden worden verkozen door de gemeenteraadsleden (behalve in acht [gemeenten met een bijzonder taalstatuut](#), waar ze rechtstreeks en tegelijkertijd met de gemeenteraadsverkiezingen worden verkozen). Hun aantal staat in verhouding tot het inwonersaantal van de gemeente. De OCMW-raadsleden kiezen onder hun leden een voorzitter die dezelfde vergoeding ontvangt als een schepen. Elk OCMW heeft eveneens een ontvanger en een secretaris. De financiële middelen waarover de OCMW's beschikken, hangen deels samen met de rijkdom van de gemeente, wat een bron van ongelijkheid creëert voor de begunstigden.

Het [college van burgemeester en schepenen](#) (in Wallonië het 'collège communale') is belast met de controle en de [voogdij](#) op het OCMW. Sommige materies vallen onder de voogdij van de gemeenschappen of van de gewesten.