

Steunpunt beleidsrelevant onderzoek



Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (I)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag?

Ann DeSmet, Koen Hermans, Evelyn Verlinde, Sara Willems,
Jan De Maeseneer & Chantal Van Audenhove, Onderzoeksgroep KANS

Achtergrond

In een getrapte zorg is het essentieel dat de signalen van depressie en suïcidale ideatie goed worden herkend in eerstelijnszorg zodat een doelmatige aanpak kan gestart worden of hiervoor kan doorverwezen worden (Everaert, e.a., 2007; Scheerder, 2009). In de eerstelijnszorg in Vlaanderen komt men in principe bij een huisarts terecht of bij een welzijnsvoorziening zoals OCMW, CAW, ICAW¹.

De weg naar doeltreffende hulpverlening bij depressie wordt in belangrijke mate vergemakkelijkt doordat de eerstelijns hulpverleners de signalen herkennen en een passend aanbod hebben of gericht doorverwijzen. Daarnaast is het ook van belang dat de depressieve persoon zelf een nood aan ondersteuning ervaart en positieve verwachtingen heeft ten aanzien van professionele hulpverlening (van Beljouw et al, 2010). Deze nood wordt positief beïnvloed door het vertrouwen dat gebruikers heb-

ben in hulpverleners en hun evaluatie van eerder verkregen of door bekenden verkregen hulpverlening (Prins et al, 2009).

In verschillende studies in de eerstelijnszorg werden een negental kernaspecten gedefinieerd als kwaliteitsindicatoren voor de dienstverlening. Hiertoe behoren het krijgen van informatie, betrokkenheid in beslissingen, tijd hebben om te praten, goede toegankelijkheid en bereikbaarheid, op dezelfde hulpverlener een beroep kunnen doen, ondersteunende houding van het personeel, goede samenwerking of doorverwijzing naar andere instanties (Jung et al, 2000; Coppen & Verhaak, 2007). De perceptie door gebruikers van de aanwezigheid van deze kernaspecten zal wellicht in positieve zin bijdragen tot hun motivatie om van deze dienstverlening gebruik te maken indien zij die nodig hebben en vice versa.

Een hinderende factor in het zoeken of aanvaarden van hulp of behandeling bij depressie is het stigma dat er heerst ten aanzien van psychische ziekten en ten aanzien van hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg (Cooper-Patrick et al, 1997; Roeloffs et al, 2003; Gary, 2005; Verhaeghe 2008). Stigma kan men omschrijven als een negatieve stereotypering op basis van een bepaald persoonskenmerk, zoals het hebben van psychische of psychiatrische problemen. Vooral het zichzelf vereenzelvigen met de negatieve beelden die men heeft van personen met psychische problemen en het verwachten dat anderen hier ook zo over denken, kan een drempel zijn in het herkennen van het probleem en zoeken naar hulp (Roeloffs et al, 2003). Deze zelfverwerping, schaamtegevoelens en de lage zelfwaardering zijn niet enkel een struikelblok in het zoeken naar behandeling, maar zorgen ook voor een negatieve spiraal in het psychisch onwelbevinden en verhogen mogelijk het risico op suicidaliteit (Eagles et al, 2003).

Onderzoeksvragen

De volgende vragen zijn het uitgangspunt in deze studie:

- 1 Hoe ervaren welzijnszorggebruikers de zorg in eerste lijn?
 - In welke mate beschouwen zij de kernaspecten van kwaliteit als belangrijk?
 - In welke mate beschouwen zij de kernaspecten als gerealiseerd?
 - Welke verbeterpunten kunnen er afgeleid worden voor CAW, ICAW en OCMW op basis van discrepanties tussen de perceptie van belangrijkheid en realisatie?
- 2 In welke mate ervaren de gebruikers stigmatisering, gevoelens van schaamte en verlies aan zelfwaarde-

Tabel 1. Overzicht van screeningscriteria voor psychisch onwelbevinden en financiële kwetsbaarheid
Psychisch onwelbevinden (Whooley, 1997)

		<i>Enkel psychisch onwelbevinden</i>	Zowel psychisch onwelbevinden als financieel kwetsbaar
▪ Heeft u gedurende de voorbije maand vaak last gehad van neerslachtigheid, een depressief of hopeloos gevoel?		Op minstens 1 van beide 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die psychisch onwelbevinden ervaart	
▪ Heeft u gedurende de laatste maand minder plezier of interesse in wat u doet?			
Financiële kwetsbaarheid		<i>Enkel financieel kwetsbaar</i>	
▪ Geniet u een verhoogde tegemoetkoming in het kader van de ziekteverzekering?		Op minstens 1 van deze 'ja' antwoorden om beschouwd te worden als een persoon die zich in een financieel kwetsbare positie bevindt	
▪ Werd u het OMNIO-statuut toegekend in het kader van de ziekteverzekering?			
▪ Is uw bruto belastbaar gezinsinkomen lager dan 13.543,71 euro verhoogd met 2.507,30 euro per gezinslid ander dan de aanvrager? Hierbij is één gezinslid iedereen die officieel of hetzelfde adres woont.			

Het bieden van een positieve ervaring met de eerstelijnszorg is daarom van cruciaal belang in de preventie van suïcide en voor de toegankelijkheid van de specialistische hulpverlening voor depressie. De perceptie van de gebruikers met onwelbevinden van de aanwezigheid van de kernaspecten en hun indruk over het belang van deze kernaspecten beschouwen we in deze studie als een belangrijke kwaliteitsindicator voor de eerstelijns hulpverlening.

ring ten gevolge van het gebruik van diensten in de eerstelijnszorg?

Methodologie

De gegevens die gebruikt worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn afkomstig uit een enquête van het programma Kans van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin².

Er was vooropgesteld dat alle gebruikers tussen 18 en 65 jaar van de eerstelijns welzijnsvoorzieningen in 8 Vlaamse regio's in de periode tussen december 2008 en april

2010 gescreend werden op de aanwezigheid van gevoelens van psychisch onwelbevinden. Indien de betrokken voorzieder vond dat het deelnemen aan de studie de respondent onnodig in de war zou brengen, dat die zich hierdoor slechter zou voelen of het invullen van de vragenlijst een te zware belasting zou vormen voor de respondent, werd deze persoon uitgesloten van deelname aan de studie.

Hierbij is het niet duidelijk welke fractie van de totale gebruikersgroep aan de inclusiecriteria beantwoordt. Onze studie beperkt zich dus tot uitspraken over de gebruikers van eerstelijns welzijnsvoorzieningen met financiële kwetsbaarheid en/of onwelbevinden zoals gedefinieerd in ons screeningsinstrument. In het onderzoeksrapport zal een schatting gemaakt worden van de verhouding t.a.v. de totale gebruikersgroep van deze diensten.

Deze personen komen in aanmerking voor de studie indien ze:

- voldoende Nederlands beheersen
- in 1 van de 8 geselecteerde regio's verblijven
- tussen 18 en 65 jaar zijn
- minstens psychisch onwelbevinden of financiële kwetsbaarheid ervaren (zie tabel 1)

De 8 regio's die voor deze studie geselecteerd werden zijn: Ieper, Oostende, Genk, Gent, Oudenaarde, Tielt-Winge, Geel en Antwerpen. Deze regio's werden gekozen om een zo groot mogelijke diversiteit te weerspiegelen naar: 1. socio-economische kenmerken van de aanwezige bevolking in deze regio; 2. de graad van stedelijkheid en 3. naar provinciale spreiding (Hermans et al, 2008).

Tabel 2. Regionale verdeling van totale steekproef

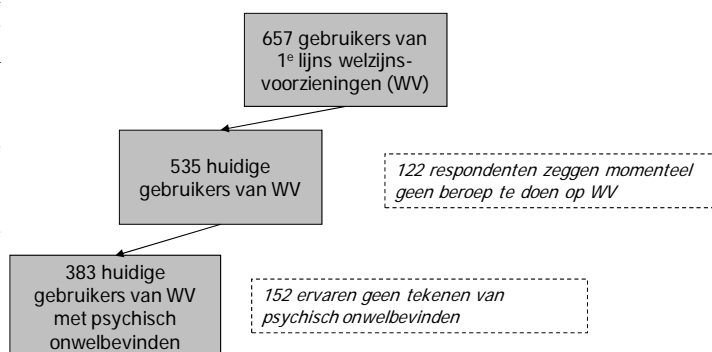
	Aantal respondenten
Antwerpen Noord	118
Geel	76
Genk	109
Gent 1	131
Ieper	76
Oostende	60
Oudenaarde	40
Tielt-Winge	35

Onderzoeksgroep

In totaal beantwoordden 657 gebruikers van de eerstelijns welzijnsvoorzieningen aan de inclusiecriteria en namen ze deel aan de studie. De spreiding over de regio's is weergegeven in tabel 2³.

Deze studie handelt over de perceptie en ervaring van verkregen welzijnszorg bij de 356 zorggebruikers met psychisch onwelbevinden die aangeven momenteel in begeleiding te zijn bij een van de eerstelijns welzijnsvoorzieningen (zie schema 1).

Schema 1: deelnemers aan het onderzoek



Instrumenten

De negen kwaliteitsindicatoren uit de literatuur werden aan de gebruikers voorgelegd in negen uitspraken, telkens toegespitst op de betreffende eerstelijns welzijnsvoorziening bv. “de hulpverlener is voor mij gemakkelijk bereikbaar”, “de hulpverlener neemt voldoende tijd om met mij te spreken”, “in het ... kan men steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener”, “... houdt men rekening met mijn mening bij belangrijke beslissingen”, “... wordt iedereen gelijk behandeld”, “... informeert mij goed over de stappen in de hulpverlening”, “... behandelt mij met respect”, “... werkt goed samen met andere instanties als dat nodig is”, “... komt de gemaakte afspraken na.”

Voor ieder item werd gevraagd in welke mate de gebruiker dit belangrijk vond (uiterst onbelangrijk 1 tot uiterst belangrijk 5) en in welke mate hij dit gerealiseerd vond (nooit waar 1 tot altijd waar 5). Bij grote verschillen tussen de percentages van beide scores (verschillen van 10% of meer) menen we te mogen wijzen op verbeterpunten voor de sector.

Voor de beleving van stigma ten gevolge van het gebruik van de hulpverlening, maakten we gebruik van de Zelfverwerpingsschaal van Verhaeghe (2008, p 87). Aan iedere respondent is gevraagd een oordeel uit te spreken over de mate waarin men het eens is met een stelling (van helemaal oneens tot helemaal eens). De stellingen luiden: “door het gebruik van deze dienst ben ik me minderwaardig gaan voelen, ben ik me nutteloos gaan voelen, ben ik me minder bekwaam gaan voelen dan voordien, ben ik gaan twijfelen aan mezelf, schaam ik me soms hiervoor.”

Resultaten

1. Perceptie van de kernaspecten door de gebruikers van eerstelijns welzijnsdiensten

In de ondervermelde tabel wordt een overzicht geboden van het percentage van respondenten dat een extreem positieve score gaf aan de mate van belangrijkheid en aan de mate van realisatie. Waar het verschil tussen beide percentages minstens 10% bedraagt, is het cijfer voor de mate van realisatie onderlijnd om aan te geven dat we hier een verbeterpunt zien voor de sector.

Tabel 3. Mate van belang en realisatie van kernaspecten in kwaliteit van zorg

	OCMW (n=267)		CAW (n=119)		ICAW (n=55) ³		Totaal over drie diensten (n=383)	
	<i>Zeer belang- rijk</i>	<i>Altijd waar</i>	<i>Zeer belang- rijk</i>	<i>Altijd waar</i>	<i>Zeer belang- rijk</i>	<i>Altijd waar</i>	<i>Zeer belang- rijk</i>	<i>Altijd waar</i>
<i>Is voor mij gemakkelijk bereikbaar</i>	56%	61%	66%	61%	67%	<u>51%</u>	60%	60%
<i>Neemt voldoende tijd om met mij te spreken</i>	68%	<u>58%</u>	71%	66%	71%	<u>58%</u>	69%	60%
<i>Kan steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener</i>	67%	68%	68%	59%	56%	<u>36%</u>	66%	62%
<i>Houdt rekening met mijn mening bij belangrijke beslissingen</i>	65%	<u>47%</u>	70%	<u>51%</u>	57%	50%	65%	<u>48%</u>
<i>Iedereen wordt gelijk behandeld</i>	65%	<u>34%</u>	70%	<u>55%</u>	61%	<u>42%</u>	66%	<u>41%</u>
<i>Informeert mij goed over de stappen in de hulpverlening</i>	63%	<u>53%</u>	69%	62%	65%	56%	65%	56%
<i>Behandelt mij met respect</i>	76%	73%	84%	76%	78%	78%	78%	74%
<i>Werkt goed samen met andere instanties, als dat nodig is</i>	63%	<u>51%</u>	67%	65%	58%	51%	63%	55%
<i>Komt de gemaakte afspraken na</i>	70%	66%	75%	67%	74%	<u>63%</u>	72%	66%

Gepercipieerd belang van de kernaspecten door gebruikers van CAW, ICAW en OCMW met onwelbevinden

Het belangrijkste vinden de welzijnszorggebruikers dat ze met respect behandeld worden, dat de hulpverlener de gemaakte afspraken nakomt en voldoende tijd neemt om met hen te spreken. Het minst belangrijk is de bereikbaarheid van de voorziening.

Bereikbaarheid wordt door meer CAW- en ICAW-gebruikers als heel belangrijk beschouwd dan door personen die op OCMW diensten een beroep deden. Steeds een beroep kunnen doen op dezelfde hulpverlener en naar hun mening gevraagd worden bij belangrijke beslissingen vinden ICAW-gebruikers dan weer minder belangrijk dan OCMW- of CAW-gebruikers.

Gepercipieerde realisatie van de kernaspecten door gebruikers van CAW, ICAW en OCMW met onwelbevinden

Het best ingelost is het dienstverleningsaspect dat de hulpverlener hen met respect behandelt en gemaakte afspraken nakomt.

De minst gerealiseerde elementen in de zorg zijn de gelijke behandeling voor iedereen en dat er rekening wordt gehouden met de mening van de gebruiker bij belangrijke beslissingen. Een gelijke behandeling van iedereen laat vooral in het OCMW en ICAW te wensen over volgens de gebruikers met psychisch onwelbevinden.

Mate waarin kernelementen die belangrijk zijn voor gebruiker worden gerealiseerd

In het algemeen blijven de voorkeuren voor een gelijke

behandeling en het rekening houden met de mening van de gebruiker het meest onvervuld. Voor bepaalde gebruikersgroepen en in bepaalde eerstelijnswelzijnsvoorzieningen is de onbeantwoorde voorkeur groter dan voor andere. De belangrijkste verschillen worden hieronder beknopt weergegeven.

Gelijke behandeling, inspraak en respect

Bij een aantal hulpvragers met psychische problemen ligt het ongenoegen over gelijke behandeling, inspraak en respect hoger dan bij anderen. Hiertoe behoren:

- personen met zowel financiële kwetsbaarheid als psychisch onwelbevinden die in het OCMW of in het CAW in begeleiding zijn
- personen in de structuurondersteunende kleinstedelijke gebieden die beroep doen op het OCMW
- werklozen die een beroep doen op het OCMW
- de jongste groep welzijnszorggebruikers (18-25 jaar)
- mannen die een beroep doen op het CAW, vrouwen die beroep doen op het OCMW
- naarmate men minder het gevoel heeft rond te komen met inkomen.

Afspraken en samenwerking

- Werklozen ervaren hierin een grotere onvervulde voorkeur dan tewerkgestelden, zowel in het CAW als OCMW.
- Personen met financiële kwetsbaarheid vinden hun verwachtingen naar nakomen van afspraken en samenwerking met andere instanties minder

ingelost dan personen met enkel psychisch onwelbevinden.

Voldoende tijd

Naarmate men aan een ernstigere vorm van depressiviteit lijdt, heeft men een grotere onvervulde behoefte met betrekking tot de tijd die men krijgt om zijn verhaal te vertellen in het OCMW. Dit is niet het geval in het CAW.

Cliënten van het CAW die de grootste moeilijkheden ervaren om rond te komen met het inkomen vinden dan weer dat er te weinig tijd wordt uitgetrokken om met hen te spreken. Dit gemis wordt niet ervaren door gebruikers van het OCMW die het moeilijk hebben om rond te komen met het inkomen.

2. Ervaring van stigma omtrent het zorggebruik

Een op drie gebruikers van OCMW-diensten voelt zich minderwaardig of schaamt er zich voor van deze dienst gebruik te maken. Dit komt bij het OCMW tweemaal zo vaak voor als bij gebruikers van CAW- of ICAW-diensten.

Naarmate welzijnzorggebruikers ernstiger depressief zijn, ervaren ze ook meer negatieve gevolgen van het beroep doen op hulpverlening, voornamelijk in het OCMW en het ICAW. Ze zijn zich minderwaardig, nutteloos, minder bekwaam gaan voelen, schamen zich ervoor en zijn aan zichzelf gaan twifelen doordat ze een beroep doen op hulpverlening.

Tabel 4. % Eerder tot helemaal eens met ervaren stigma ten gevolge van het zorggebruik

Door het zorggebruik ...	OCMW (n=267)	CAW (n=119)	ICAW (n=55)
ben ik me minderwaardig gaan voelen	33%	9%	11%
ben ik me nutteloos gaan voelen	25%	10%	13%
ben ik me minder bekwaam gaan voelen dan voordien	22%	8%	17%
ben ik gaan twifelen aan mezelf	24%	19%	13%
schaam ik me soms hiervoor	33%	14%	11%

Dit geldt ook voor de mate waarin men moeilijker kan rondkomen met het inkomen: hoe moeilijker men het heeft om met het inkomen rond te komen, hoe meer men zich minderwaardig, nutteloos en incompetent gaat voelen door het gebruik van de OCMW-diensten. Dit komt in veel minder sterke mate voor in het CAW. In de buitengebieden (kleinere gemeenten) wordt dit trouwens minder sterk aanvoeld dan in grootsteden en structuurondersteunende kleinstedelijke gebieden.

Besluit

Een meerderheid van de gebruikers van CAW, ICAW en

OCMW met onwelbevinden vindt dat alle kernaspecten van kwaliteitsvolle dienstverlening goed gerealiseerd worden.

Het tonen van respect en nakomen van de afspraken zijn in de perceptie van de gebruikers met psychisch onwelbevinden belangrijke kwaliteitsaspecten van de dienstverlening en men is tegelijk van mening dat deze eerstelijnswelzijnsvoorzieningen hieraan ook goed tegemoetkomen.

Inspraak en gelijke behandeling voor iedereen zijn eveneens uiterst belangrijk vanuit het perspectief van de welzijnzorggebruikers met psychisch onwelbevinden. Op deze vlakken vertoont de feitelijke dienstverlening vanuit hun visie grote discrepanties met de mate waarin de gebruikers het vervuld zouden willen zien. Dit is vooral zo in het OCMW, waarop de meerderheid van de zorggebruikers met psychische zorgen in deze studie een beroep doet.

Het beroep doen op eerstelijnswelzijnsvoorzieningen leidt bij een derde van de OCMW-gebruikers en ongeveer een tiende van de CAW- en ICAW-gebruikers met psychisch onwelbevinden tot gevoelens van minderwaardigheid en nutteloosheid. De stigmatisering door het gebruik van dienstverlening is het sterkst bij de personen met de meest ernstige depressieve gevoelens of met de grootste financiële problemen. Dit bevestigt dat personen met zowel psychische problemen als financiële problemen een dubbele (zelf-) stigmatisering ervaren (Mickelson & Williams, 2008)

Het gevoel dat niet iedereen gelijk behandeld wordt hangt sterk samen met gevoelens van schaamte wegens het zorggebruik.

Dit onderzoek roept vele vragen op over het aanbod van de huidige eerstelijnswelzijnsvoorzieningen ten aanzien van mensen met psychisch onwelbevinden. Op basis van eerdere resultaten (feiten en cijfers 01) werd reeds de vraag gesteld of de sector in zijn huidige functioneren wel uitgerust is voor een adequate herkenning en begeleiding van psychische problemen.

Uit de hier vermelde resultaten stellen we vast dat vooral in het OCMW onvoldoende tijd zou zijn om ernstige psychische problemen aan bod te laten komen bij mensen met grote noden op financieel vlak. In het CAW stellen we net de omgekeerde trend vast. Daar is te weinig tijd beschikbaar voor personen met grotere noden op financieel vlak, terwijl dit niet als dusdanig ervaren wordt door mensen met meer psychische problemen.

Aanbevelingen voor de eerstelijnswelzijnsvoorzieningen

Het verdient aanbeveling dat de eerstelijnswelzijnsvoorzieningen bijzondere aandacht besteden aan de kernaspecten van kwaliteitsvolle zorg voor mensen met psychisch onwelbevinden. Meer bepaald dient men positieve zelfwaardering te ondersteunen en barrières om hulp te zoeken uit de weg te ruimen. Dit kan o.i. gebeuren door meer aandacht voor het perspectief van de gebruikers met psychisch onwelbevinden, met meer inspraak en participatie voor de gebruikers en aandacht voor de

betekenis van gelijke behandeling.

Vooraf bij die mensen die de meest ernstige vormen van depressiviteit ontwikkelen en die het meest financiële problemen ervaren moet werk worden gemaakt van het verhogen van zelfwaardering en verlagen van barrières ten aanzien van hulpzoeken. De eerstelijnswelzijnsvoorzieningen en vooral de OCMW moeten ook waakzaam zijn voor de mogelijke negatieve invloed die zij hebben op het welbevinden van de cliënten.

Werklozen, jongeren en personen die in structuurondersteunende kleinstedelijke gebieden wonen, vormen een gebruikersgroep waar de hulpverlening voor een meer positieve ervaring moet kunnen zorgen. Zij ervaren nu meer onvervulde voorkeuren.

Aanbevelingen voor het management

Naast de hogervermelde aanbevelingen op het microvlak tussen begeleider en cliënt zijn we ook van mening dat er voor de voorzieningen zelf een rol is weggelegd om de gepercipieerde barrières weg te werken. Bijvoorbeeld door frequenter op een meer positieve wijze in beeld te komen, zowel in de pers als naar de lokale gemeenschap en naar de onmiddellijke buurt. Ook is het belangrijk dat hulpverleners in de eerstelijnsvoorzieningen en vooral in het OCMW over voldoende tijd kunnen beschikken. Een realistische caseload voor sociaal werkers in de OCMW is dus een absolute vereiste om kwaliteitsvolle zorg te kunnen aanbieden. De Raad voor Maatschappelijk Welzijn van de OCMW die de uiteindelijke beslissingen neemt in individuele dossiers moet in zijn beleid meer aandacht bieden aan de gelijkheid van behandeling. Mogelijke sporen zijn hier uniformering van de hulpverlening door het uitwerken van steunnormen en -criteria. Ook dienen de OCMW na te denken over hoe ze in hun besluitvorming door de Raad het perspectief van de cliënt beter kunnen inbrengen.

Verder onderzoek

Verdere verdiepingstudies van KANS over de zorgtrajecten van de gebruikers zullen mogelijk meer zicht bieden op sterktes en zwaktes in de samenwerkingsverbanden tussen welzijnsvoorzieningen onderling, tussen welzijnszorg en gezondheidszorg en tussen eerstelijns en tweedelijns. Tevens hopen we hieruit te kunnen afleiden voor welke klachten men een meer gespecialiseerde hulpverlening inschakelt en welk effect dit heeft op het welbevinden van de gebruikers.

Aanbeveling voor het beleid

Onderscheiden sectoren leiden volgens deze studie tot onbeantwoorde zorgvragen en tot stigmatisering. Het is o.i. dus wenselijk dat de overheid de lokale samenwerking tussen en integratie van hulpverlening op financieel vlak en op het psychosociale vlak in de eerstelijns sterk aanmoedigt en krachtig uitbouwt. Aangezien de groep met beide problemen samen (psychisch onwelbevinden en financiële problemen) het sterkst vertegenwoordigd is bij de gebruikers van eerstelijnswelzijnsvoorzieningen, is het wenselijk dat hulpverleners uit

OCMW en CAW competenties op beide terreinen integreren in hun aanbod zodat gebruikers met complexe noden en zorgvragen niet steeds voor een deel van hun probleem op hun honger blijven. De CAW worden hiertoe door de Vlaamse overheid aangemoedigd. De vraag stelt zich hoe de OCMW en de lokale besturen hiertoe aangezet kunnen worden. Een mogelijkheid bestaat erin om het Kaderdecreet lokaal sociaal beleid te versterken.

Maar aan het integreren van het aanbod zijn ook grenzen. Men kan niet verwachten dat hulpverleners van alle markten thuis zijn en superspecialist kunnen zijn in alle aspecten van de problematiek. We pleiten voor een "integrale" opstelling van hulpverleners en voor de ontwikkeling van "generieke competenties" over alle probleemdomeneinen heen, met de ondersteuning van gespecialiseerde GGZ hulpverleners.

Een sterke uitbouw van specialistische GGZvoorzieningen in aansluiting op de eerstelijnswelzijns- en gezondheidszorg blijft immers nodig en wenselijk. Hierbij is meer dan ooit nood aan afstemming en samenwerking, door bijvoorbeeld zorgcoördinatie, feedback over gescreende patiënten, faciliteren van doorverwijzingen en supervisie (Bower, 2002).

Hier stelt zich vooral de vraag hoe in de toekomst de samenwerking tussen voorzieningen als CAW, OCMW, CGG en andere gespecialiseerde ambulante voorzieningen verder versterkt kunnen worden. Het model van "stepped care" kan hier een goede leidraad in bieden (Everaert, 2007; Bower, 2002).

Referenties

- Bower, P. (2002). Primary care mental health workers: models of working and evidence of effectiveness. *British Journal of General Practice*, 52, 926-933
- Cooper-Patrick, L., Powe, N.R., Jenckens, M.W., Gonzalez, J.J., Levine, D.M. & Ford, D.E. (1997). Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12, 431-438
- Coppen, R., Verhaak, P.F.M. (2007). Indicatoren in de eerstelijns GGZ. Een voorstudie naar de informatievoorziening in de eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en verzekeraars. Nivel, 2007
- De Groof, M., Daems, A. & Hermans, K. (2008). *Ontwikkelen van indicatoren en een programmatie voor het algemeen welzijnswerk*. Leuven, Lucas publicatie in opdracht van Vlaamse Gemeenschap
- Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I., Van Audenhove, Ch. (2007) *Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg. Analyse, evaluatie en optimalisering van het zorgaanbod*. Leuven: LUCAS.
- Gary, F.A. (2005). Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 979-999
- Hermans, K., Demaerschalk, M., Declercq, A., Vander-

faeillie, J., Maes, L., De Maeseneer, J. & Van Audenhove, Ch. (2008). Werknota "De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's". Programma 1- Kencijfers en monitoring. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Jung, H.P., Wensing, M., de Wilt, A. & Grol, R. (2000). Comparison of patient's preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. *Family Practice*, vol 17, no 3, 236-242

Mickelson, K.D. & Williams, S.L. (2008). Perceived stigma of poverty and depression: examination of interpersonal and intrapersonal mediators. *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol 27, no 9, 903-930

Prins, M.A., Verhaak, P.F.M, van der Meer, K., Penninx, B.W.J.H., Bensing, J.M. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders*, 119, 163-171

Roeloffs, C., Sherbourne, C., Unützer, J., Fink, A., Tang, L. & Wells, K.B. (2003). Stigma and depression among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 25, 311-315

Scheerder, G. (2009). The Care of Depression and Suicide: Attitudes, Skills, and Current Practices of Community and Health Professionals. Doctoral thesis in Medical Sciences, Leuven

Van Beljouw, I., Verhaak, P., Prins, M., Cuijpers, P., Penninx, B. & Bensing, J. (2010). Reasons and Determinants for Not Receiving Treatment for Mental Disorders. *Psychiatric Services*, vol. 61, no.3, 250-257

Verhaeghe, M. (2008). Stigma: een ereld van verschil. Sociologische studie naar de beleving van stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg. Niet-gepubliceerd doctoraatsproefschrift UGent.

Wensing, M., Hermsen, J., Grol, R. & Szecsenyi, J. (2008). Patient evaluations of accessibility and coordination in general practice in Europe. *Health Expectations*, 11, 384-390

¹Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) en ICAW (Centrum voor Algemeen Welzijnswerk in het kader van de Ziekenfondsen)

²Voor de volledige beschrijving van de onderzoeksmethode en resultaten verwijzen we naar het onderzoeksrapport van Kans.

³Voor 10 personen kon de regio van woonplaats niet vastgesteld worden, wat bijv. kan voorkomen doordat deze personen

Contactgegevens SWVG

U kan contact opnemen met het Steunpunt WVG via swvg@med.kuleuven.be



SWVG

Kapucijnenvoer 39
B-3000 Leuven

0032 16 33 70 70

swvg@med.kuleuven.be
www.steunpuntwvg.be

V.U.: Ch. Van Audenhove