



# OPEN MINDS

**DUURZAAM INNOVEREN  
VOOR MEER GEESTELIJKE GEZONDHEID**

**VAN VISIE NAAR ACTIE**



# COLOFON

**Redactie:** Yvonne Denier, Lieve Dhaene, Gorik Kaesemans,  
Isabel Moens, Ludewei Pauwelyn Yves Wuyts

**Vormgeving:** [www.dotplus.be](http://www.dotplus.be)

D/2016/12607/1  
ISBN 9789491323218

*2016 ©Zorgnet-Icuro, Guimardstraat 1, 1040 Brussel*

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgezonderd zijn korte fragmenten, die uitsluitend ten behoeve van recensies geciteerd mogen worden.

Citeren als: *Open Minds. Duurzaam innoveren voor meer geestelijke gezondheid. Van visie naar actie.*

Zorgnet-Icuro, Brussel: 2016.

**DUURZAAM INNOVEREN**  
**VOOR MEER GEESTELIJKE GEZONDHEID**  
**OPEN MINDS**  
**VAN VISIE NAAR ACTIE**



<b>WOORD VOORAF</b>	<b>7</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>8</b>
<b>PROLOOG</b>	<b>12</b>
<b>1. Typologieën van innovatie</b>	<b>12</b>
Product- en procesinnovatie	13
Marktinnovatie	13
Sociale innovatie	14
<b>2. Veranderingseffecten: stapsgewijs of radicaal</b>	<b>15</b>
<b>3. Innovatie voor de kwetsbare burger van de toekomst</b>	<b>16</b>
Het gouden cirkelmodel van Simon Sinek	16
Relatie, context & tijd	18
Het reframing-model	20
<b>HET HEDEN</b>	<b>24</b>
<b>1. Wat wil de burger vandaag?</b>	<b>25</b>
Werkwijze: brainstorming en interviews	25
Resultaten	27
Voorbij het stigma	27
Patiënt aan het roer	30
Zorg op maat	31
Toegankelijkheid	33
Technologie	35
Wetenschap en meten	36
<b>2. Waarom wil de burger wat hij vandaag wil?</b>	<b>38</b>

## DE TOEKOMST

44

### 1. Verwachte ontwikkelingen in 2026

45

Toename kwetsbaar makende omstandigheden	45
Gebrek aan betekenisvolle tijd	47
Preventie: noodzakelijk maar moeilijk te realiseren	48
Marktwerking in de zorg	50
Balans tussen menselijkheid en beheersbaarheid	51
Relatie patiënt-aanbieder in de zorg: van hiërarchie naar partnership	52
De ‘nieuwe mens’	53
Individualisering : isolement versus aanpassingsvermogen	54
Nabijheid en verbondenheid als antwoord op (mentale) kwetsbaarheid	56
Autonomie heeft twee gezichten	56
Superman, superwoman	57
Stigma	58
De polariserende rol van de media	58
De moeilijke netwerksamenleving	59
Nog meer versnippering van politieke verantwoordelijkheden	60

### 2. Samenspel tussen de verwachte ontwikkelingen

61

Twee dimensies	61
Het referentiekader van waaruit mensen gedrag stellen	61
De wijze waarop mensen reageren op kwetsbaar makende situaties	62
Drie lagen	63
Twaalf gedragingen in vier kwadranten	64
Kwadrant 1 : humane motieven – reactief op kwetsbaar makende situaties	65
Kwadrant 2 : bio-evolutionaire motieven - reactief op kwetsbaar makende situaties	66
Kwadrant 3: humane motieven - proactieve vermijding van kwetsbaar makende situaties	69
Kwadrant 4 : bio-evolutionaire motieven - proactieve vermijding van kwetsbaar makende situaties	71

<b>ONZE KEUZES</b>	<b>74</b>
<b>1. De strategische positionering van Zorgnet-Icuro</b>	<b>75</b>
Keuzes in kwadrant 1 : humane motieven – reactief op kwetsbaar makende situaties	77
Keuzes ten aanzien van de burger als individu	77
Keuzes ten aanzien van de burger als onderdeel van een groep	78
Keuzes ten aanzien van de burger als onderdeel van de brede maatschappij	79
Keuzes in kwadrant 2 : bio-evolutionaire motieven – reactief op kwetsbaar makende situaties	79
Keuzes ten aanzien van de burger als individu	79
Keuzes ten aanzien van de burger als onderdeel van een groep	80
Keuzes ten aanzien van de burger als onderdeel van de brede maatschappij	81
Keuzes in kwadrant 3: humane motieven - proactieve vermijding van kwetsbaar makende situaties	82
Keuzes ten aanzien van de burger als individu	82
Keuzes ten aanzien van de burger als onderdeel van een groep	82
Keuzes ten aanzien van de burger als onderdeel van de brede maatschappij	83
Keuzes in kwadrant 4 : bio-evolutionaire motieven - proactieve vermijding van kwetsbaar makende situaties	84
Keuzes ten aanzien van de burger als individu	84
Keuzes ten aanzien van de burger als onderdeel van een groep	85
Keuzes ten aanzien van de burger als onderdeel van de brede maatschappij	86
<b>2. Onze keuzes vertaald in enkele voorbeelden van nieuwe producten en diensten</b>	<b>87</b>
Inventarisatie van de eerste ideeën per kwadrant	87
Kwadrant 1 : humaan-reactief	87
Kwadrant 2 : evolutionair-biologisch reactief	90
Kwadrant 3 : humaan-proactief	92
Kwadrant 4 : evolutionair-biologisch proactief	93
Uitgewerkt voorbeeld: Regizel	96

# WOORD VOORAF

‘Panta Rhei’ – ‘Alles stroomt’  
(Heraclitus, 540-480 v.C.)

Verandering is een constant gegeven in de samenleving van vandaag. Innovatie is een *buzzword*. Iedereen neemt het in de mond, het wordt te pas en te onpas gebruikt in allerlei situaties. In tijden van economische en maatschappelijke veranderingen wordt innovatie immers als middel en techniek naar voren geschoven om de sputterende economie aan te zwengelen en een antwoord te bieden op maatschappelijke uitdagingen. Ook in de welzijns- en gezondheidszorg zijn we druk bezig met veranderen, hervormen, netwerken en innoveren. In al die drukte is het noodzakelijk om momenten van bezinning in te bouwen en samen na te denken over het ‘Waarom’ en het ‘Hoe’ van die veranderingen. Gezondheid en welzijn maken deel uit van een dynamische wereld waar een voortdurende aanpassing aan de veranderende omgeving geboden is. Ondernemers in de geestelijke gezondheidszorg getuigden de afgelopen jaren van een sterke wil tot vernieuwing. Ze gingen met diverse partners samenwerken in netwerken en ontwikkelden nieuwe diensten. Heel wat innovatie ontstaat door samen opportuniteiten te zoeken en te vinden in verschillende disciplines en in verschillende domeinen. Dat is over het muurtje durven kijken. De uiteindelijke doelstelling is een betere zorg voor zij die het nodig hebben.

Zorgnet-Icuro nam het initiatief voor het congres Open Minds. Met een ‘open mind’ willen we samen met zoveel mogelijk mensen reflecteren over onze zorg voor geestelijke gezondheid. We stellen ons de vraag: waar willen we precies naartoe met onze geestelijke gezondheid? Hoe kunnen we ons voorbereiden op de toekomst? Hoe kunnen we op een duurzame manier innoveren? Zorgnet-Icuro wil hiermee een bijdrage leveren aan het brede maatschappelijke debat over de toekomst van de zorg voor geestelijke gezondheid.

In voorbereiding naar het congres doorliepen we een heel reflectieproces. De neerslag daarvan vindt u in dit inspiratieboek. We blijven hierin niet neutraal op de achtergrond. Integendeel. Geleid door de vraag ‘Waarom organiseren we de dingen op een bepaalde manier?’ blijven we gericht op ons ethisch kompas en de waarden waarvoor we staan. Dat is het fundamenteel engagement tot menswaardige zorg voor iedereen, een goede geestelijke gezondheid en een warme, ondersteunende samenleving voor elke burger. We hopen dat deze oefening ook anderen aanzet tot reflectie, verandering en innovatie. We willen doen nadenken en roepen iedereen op, de GGZ –actoren in het bijzonder, om een maatschappelijke opdracht op te nemen en te gaan innoveren. Net zoals de ‘Alles stroomt’-gedachte van Heraclitus, willen we dat deze reflecties worden meegenomen naar de toekomst, dat ze doorlopen, en dat ze iedereen bewust maken van de bredere maatschappelijke opdracht die we hebben - als individu, als groep, en als samenleving – in de zorg voor een betere geestelijke gezondheid voor iedereen.

Isabel Moens  
Directeur geestelijke gezondheidszorg

Peter Degadt  
Gedelegeerd bestuurder

# INLEIDING

Met het project en het congres **Open Minds** wil Zorgnet-Icuro een fundamentele bezinning op gang brengen over de toekomst van onze geestelijke gezondheid. Centraal staat het bewustzijn dat zorg voor de geestelijke gezondheid in alle geledingen van de maatschappij geworteld is, en dus **elke** burger aanbelangt. Open Minds gaat in de eerste plaats over geestelijke gezondheid en niet alleen over geestelijke gezondheidszorg. We willen de interesse wekken van iedereen die begaan is met geestelijke gezondheid, die bewust creatief en constructief met geestelijke gezondheid wil bezig zijn.

Onze samenleving evolueert snel, ook de technologie, de sociaal-economische context, het onderwijs, woon- en gezinsvormen, gezondheidszorg enz. Alles hangt nauw met elkaar samen. Daarom is het belangrijk dat er vanuit verschillende invalshoeken naar de toekomst van onze geestelijke gezondheid wordt gekeken, dat velen hun input kunnen geven voor een nieuwe langetermijnvisie: zorgverleners uit diverse hoeken, patiënten, familieleden, vertegenwoordigers van de overheid, maar ook deskundigen uit de domeinen welzijn, wonen, werk, onderwijs, enzovoort.

## Methodiek: reframing-model

Aan het congres Open Minds ging een lang voorbereidingstraject en een breed gedragen reflectieproces vooraf. Van meet af aan werd de koppeling gemaakt met de idee van innovatie. In een eerste fase werden in het voorjaar van 2015 onder de deskundige begeleiding van Flanders DC twee grote brainstormsessies georganiseerd. Meer dan 250 personen uit alle segmenten van de samenleving konden in groepen van 12 tot 15 personen brainstormen over actuele trends en ontwikkelingen in de geestelijke gezondheid om van daaruit innoverende ideeën in kaart te brengen.

In een tweede fase werd een ruime stakeholdergroep gevormd. Die ging aan de slag onder leiding van het Nederlandse Reframing Studio. Reframing Studio ontwikkelde samen met de Technische Universiteit Delft een unieke innovatiemethodiek. Centraal staat een doelgerichte vorm van innovatiedenken. In plaats van te concentreren op innovatieve middelen of technieken, wordt de concentratie gericht op nieuwe doelen. Wat willen we eigenlijk beogen met mensen? Hierbij is de **'Waarom'**-vraag altijd belangrijker dan de **'Wat'**- of **'Hoe'**-vraag. Waarom is een bepaalde vernieuwing betekenisvol voor mensen? Meer concreet luidt de vraag dan: waarom bijvoorbeeld biedt deze of gene organisatievorm een betere zorg voor geestelijke gezondheid?

Uniek aan deze methode was het feit dat de focus van de reflectie niet lag op de ideale organisatie van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg anno 2016, maar wel op hoe de samenleving er in 2026 zal uitzien en wat dat betekent voor de geestelijke gezondheid(szorg) van de burger. Aangezien onze maatschappijvisie mee bepalend is



voor de organisatie van de gezondheidszorg, vereist het engagement tot fundamentele bezinning over de toekomst van de gezondheidszorg dan ook dat we vertrekken vanuit de maatschappelijke context in 2026. Een niet-evidente opdracht.

In plaats van te vertrekken vanuit de bestaande context en het huidige zorgaanbod en dat te gaan hervormen ('productinnovatie'), wilden we de blik verruimen en het perspectief van de burger anno 2026, zijn noden en gedragingen en de maatschappelijke context waarin hij leeft, als uitgangspunt nemen ('sociale innovatie'). We wilden kijken vanuit het perspectief van de hele samenleving. De manier waarop we de zorg aanbieden en organiseren is immers een reflectie van de samenleving en de belangen van de burger hierin. Welke gedragingen openbaren zich in de samenleving van 2026? Hoe willen wij onze zorg hierop afstemmen? Welke interventies zullen ook in de toekomst nog betekenisvol zijn voor ieder van ons?

## Opbouw

Het voorbereidingstraject voor Open Minds leidde tot inspirerende ideeën en voorstellen, die we in deze publicatie graag met de lezer delen. Dit boek is dan ook meteen een inspiratieboek waarmee iedereen zelf creatief en constructief aan de slag kan gaan.

In de proloog laten we ons leiden door de vraag: 'Wat maakt innovatie betekenisvol voor de toekomstige zorgvrager?' Het komt er immers op aan om de juiste types en het juiste tempo van innovatie te vinden om kans te kunnen maken op duurzaam succes. Verschillende types en veranderingseffecten van innovatie komen aan bod. We zoomen in op de verschillende dimensies van innovatie, zoals relatie, tijd en context, en presenteren de perspectieven en tijdsassen van het reframing model. Belangrijk in deze is het vierstappenmodel: (1) de deconstructiefase, of het in kaart brengen van de huidige context, (2) de visie op de toekomstige samenleving, (3) de strategische positie en de bepaling van onze missie en (4) enkele voorbeelden van toekomstige interventies.

In het deel over '**Het heden**' staan we stil bij de situatie zoals ze nu is, in 2016. Hoe ziet de samenleving er momenteel uit? Hoe wordt de zorg georganiseerd? En wat zijn de problemen van personen met een psychische kwetsbaarheid? We willen beter begrijpen waarom we de zorg organiseren zoals we die vandaag organiseren. Het is de start van ons innovatiedenken. We benoemen wat we willen behouden en wat we willen hervormen, en gaan na op welke manieren dat mogelijk is. De ideeën voor deze reflectie werden geformuleerd tijdens de twee brainstormsessies en in een reeks interviews met sleutelfiguren uit verschillende beleidsdomeinen.

In het deel '**De toekomst**' maken we de stap van het heden naar de toekomstige samenleving. Hoe zal de wereld er over tien jaar uit zien? Welke zullen de bepalende elementen zijn die een invloed zullen uitoefenen op mensen in een kwetsbare situatie? Wat zal de kwetsbare burger nodig hebben? Om tot die toekomstvisie te komen werden factoren verzameld uit interviews met experts en stakeholders, aangevuld

met literatuurstudie. Daaruit werden 15 krachtlijnen of *driving forces* gedistilleerd. Samen vormen ze het krachtenspel in de toekomstige wereld dat van invloed is op mensen in een kwetsbare positie. Vervolgens worden deze 15 krachtlijnen in een model samengebracht. Dat model biedt een nieuw kader waarin de kwetsbare burger zich in 2026 zal bevinden. De krachtlijnen zijn onderling verbonden via drie dimensies (individu, groep, samenleving) en tonen ons twaalf gedragingen van de toekomstige burger ten aanzien van kwetsbaar makende situaties. Iedere burger kan elk van de beschreven gedragingen vertonen, afhankelijk van de situatie waarin hij of zij zich bevindt.

Daarna is het tijd om onze strategische keuzes en waardebevestigingen te maken. Waarvoor willen we gaan? Welke nieuwe interventies, producten of diensten willen we ontwikkelen? Zorgnet-Icuro wil samen met alle stakeholders hierbij niet aan de zijlijn blijven staan. We nemen een standpunt in. Welk gedrag willen we stimuleren, ontmoedigen of veranderen? Als organisaties actief in de toekomstige samenleving willen we immers samen onze maatschappelijke verantwoordelijkheid opnemen. En dat is geen neutrale keuze. We vertrekken vanuit een gezamenlijk waarde kader, een doelbewust ethisch engagement. We kiezen duidelijk voor ontwikkelingen die we willen stimuleren en ondersteunen. In het deel '**Onze keuzes**' beschrijven we aan de hand van het kwadrantenmodel onze keuzes, telkens vanuit de waarden van waaruit mensen zich gedragen, en vanuit de dimensie waarop mensen reageren op kwetsbaar makende situaties. Vervolgens stellen we ook een aantal concrete innovatieve producten en diensten voor, als specifieke vertaling van onze strategische positionering en waarden. Dit deel sluit af met de presentatie van Regizel, een nieuwe concrete interventie die tijdens het reframing-traject werd uitgewerkt en in de praktijk getest.

## Inspiratieboek

We willen de lezer in de eerste plaats laten delen in een uitgebreide strategische denkoefening die werd gevoerd in voorbereiding op het congres Open Minds. Het is niet louter een handleiding voor verandermanagement of een procedureboek om te komen tot een nieuw product of dienst in een organisatie. Wat voorligt, is in de eerste plaats een inspiratieboek dat elementen aanreikt voor een kritische reflectie. Het is een nieuw denkkader dat iedereen kan gebruiken om kritisch na te denken over zijn rol en bijdrage in de zorg voor geestelijke gezondheid. Elk individu of organisatie kan, vertrekkend van dit waarde kader, met het reframing-model aan de slag. De kwadranten dienen als richtsnoer voor een eigen denkoefening over innovatie. Wat bied je bijvoorbeeld als zorgvoorziening momenteel aan? Hoe wil je in de toekomst zorg aanbieden die voor de mensen betekenisvol is? Waarom? En op welke wijze ga je dan innovatief te werk? Kortom, deze publicatie biedt een reflectiekader aan om het antwoord te zoeken op de vraag: 'Is ons huidige zorgaanbod nog afgestemd op wat belangrijk is voor de burger in de huidige en toekomstige samenleving?'

Deze publicatie is bedoeld voor iedereen die geïnteresseerd is in geestelijke gezondheid en zijn steentje wil bijdragen om onze samenleving te maken tot een betere samenleving voor kwetsbare medemensen, om een andere organisatie van welzijn en zorg te realiseren, en om te komen tot een meer aangepast beleid.

## Engagement voor een betere samenleving

Een bijzondere methodiek vraagt om een eervolle vermelding. Onze dank gaat uit naar alle participanten aan de brainstormsessies in Aalter en Leuven voor hun tijd en onmisbare bijdragen. We danken expliciet alle personen die bereid waren om hun ideeën en visies met ons te delen in een afzonderlijk interview: Lieven Annemans, Katrien Bressers, Jürgen De Fruyt, Gerd Dekeyser, Grieke Forceville, Kristof Hillemans, Lon Holtzer, Mark Leys, Maria Nyman, Guy Scheijnen, Else Tambuyzer, Bruno Vanobbergen en Rebekka Verniest.

De stakeholdergroep bestond uit Hanne Claessens, Mieke Craeymeersch, Jürgen Defruyt, Gerd Dekeyser, Hendrik Delaruelle, Chris D'Espallier, Wim D'Hanis, Grieke Forceville, Lut Gailly, Niek Geuens, Kristof Hillemans, Johan Kips, Harmen Lecoc, Peter Marissen, Koen Oosterlinck, Gert Peeters, Guy Scheijnen, Else Tambuyzer, Paul Van Tendeloo, Damien Versele en Inge Vervotte. We zijn hen zeer erkentelijk voor hun onvermoeibare inzet op werksessies en bijeenkomsten. Samen met het GGZ-stafteam van Zorgnet Icuuro werden onder leiding van Reframing Studio (Matthijs Van Dijk, Emilie Tromp en Beatrijs Voorneman) alle inzichten verzameld en in een inspirerend toekomstmodel gegoten. Dank aan iedereen!

Met Open Minds wil Zorgnet-Icuuro in de eerste plaats een stimulans bieden voor een nieuwe kijk op zorg voor geestelijke gezondheid, elementen aanreiken ter inspiratie om innovatie en vernieuwing in de welzijns- en gezondheidszorg voor te bereiden en uit te werken. Of zoals een van de geïnterviewde experts het treffend verwoordde: *“De GGZ-voorzieningen moeten nu op dit ogenblik hun perspectief op de maatschappelijke verantwoordelijkheid meer gaan herdefiniëren. Voor wie verlenen wij zorg? Wat willen we bereiken met die zorg? En wat zijn de randvoorwaarden voor die zorg?”* (Marc Leys) Om op die vraag een antwoord te bieden, geven we in wat volgt een zicht op de wereld in 2026, op de positie van de kwetsbare burger hierin, op de invloed van de samenleving, de rol van de verschillende stakeholders, en op hoe wij als koepelorganisatie hierin ondersteunend willen zijn. Het ultieme doel: een betere samenleving met een betere geestelijke gezondheid voor iedereen.

## PROLOOG

Met Open Minds willen we in de eerste plaats een stimulans bieden voor een nieuwe kijk op zorg voor geestelijke gezondheid. Hiervoor willen we elementen aanreiken ter inspiratie om innovatie en vernieuwing in de welzijns- en gezondheidszorg voor te bereiden en uit te werken. Wanneer we gaan nadenken over innovatie, dan zien we dat er verschillende types van innovatie zijn, dat er variatie is in het tempo van toepassing, en dat innovatie zich kan afspelen op verschillende niveaus en domeinen. De cruciale vraag waardoor we ons lieten leiden is: ‘Wat maakt innovatie betekenisvol voor geestelijke gezondheid en de toekomstige zorgvrager?’ Het komt er immers op aan om de juiste types en het juiste tempo van innovatie te vinden om kans te maken op duurzaam succes.

Daarom gaan we in deze proloog eerst op zoek naar de essentiële elementen om duurzame innovatie voor de burger in de toekomst te realiseren. We lieten ons inspireren door het gouden cirkelmodel van Simon Sinek, waarin de drie vragen ‘**Wat? Hoe? Waarom?**’ richtinggevend zijn voor ons denken, handelen en communiceren. Samen met een ruime schare betrokkenen probeerden we met een ‘Open Mind’ naar de toekomst te kijken. Achtereenvolgens komen verschillende types en veranderingseffecten van innovatie aan bod. We zoomen in op de verschillende dimensies van innovatie, zoals relatie, tijd en context, en presenteren de perspectieven en tijdsassen van het reframing-model. Vervolgens lichten we kort het vierstappenmodel toe dat we in de volgende hoofdstukken van deze brochure verder zullen uitwerken: (1) de deconstruc-tiefase, of het in kaart brengen van de huidige context, (2) de visie op de toekomstige samenleving, (3) de strategische positie en de bepaling van onze missie en visie, en (4) enkele voorbeelden van toekomstige interventies.

### 1. Typologieën van innovatie

Innovatie kan op verschillende manieren worden omschreven. Het begrip wordt ook steeds breder geïnterpreteerd. Oorspronkelijk werd er vooral een onderscheid gemaakt tussen technologische en marktinnovatie enerzijds en radicale of stapsgewijze innovatie anderzijds. Daarnaast werd innovatie ook meer en meer toegepast op sociale structuren: nieuwe organisatievormen, nieuwe instituties en (ver)nieuwe(nde) samenlevingen.

In de literatuur bestaan er veel definities van innovatie. De OESO definieert het als volgt: *An innovation is the implementation of a new or significantly improved product (good or service), or process, a new marketing method, or a new organisational method in business practices, workplace organisation or external relations* (The Oslo Manual, 2005). Volgens die definitie wordt het type van innovatie ingedeeld naargelang het gaat over een nieuw product (productinnovatie), een nieuw productieproces (procesinnovatie), nieuwe markten (marktinnovatie) of vernieuwingen in organisaties (sociale innovatie).

## PRODUCT- EN PROCESINNOVATIE

De OESO definieert technologische product- en procesinnovatie als volgt: *De geïmplementeerde technologische nieuwe producten en processen en significante technologische verbeteringen in producten en processen* (OECD, 1997, 31). Nieuwe inzichten en nieuwe technologieën kunnen worden gebruikt voor de ontwikkeling en verbetering van producten en processen. Onder de noemer product worden zowel goederen als diensten verstaan. Die technologiegedreven visie op innovatie domineerde sterk het innovatiedenken tot de jaren 1990.

### Aramis

Een voorbeeld: in Frankrijk werd in de periode 1970-1987 het project Aramis opgezet. Aramis wilde een vooruitstrevend mobiliteitssysteem ontwikkelen voor de burger. De bedoeling was dat het systeem met een eigen netwerk en haltes 24u per dag in werking zou zijn en 10.000 reizigers per uur zou vervoeren. Elk voertuig kon zich bij de bestemmingshalte loskoppelen van een keten van voertuigjes, een speciaal stopspoor oprijden om erna weer rijdend aan de keten te worden aangekoppeld. De technologie bleek echter veel te complex en niemand stond nog achter het project waardoor het in 1987 werd stopgezet. Een belangrijke les die men hieruit trok is dat bedrijven en overheden een fortuin kunnen verliezen als ze te gefixeerd zijn op technologische oplossingen en de eigenlijke noden van de gebruiker uit het oog verliezen.

## MARKTINNOVATIE

Marktinnovatie is de implementatie van een nieuwe marketingmethode met significante veranderingen in ontwerp of verpakking, productpromotie of prijsstelling. Marktinnovaties zijn gericht op een betere beantwoording aan de behoeften van klanten, het openen van nieuwe markten, of het brengen van een nieuw product op de markt. Bij marktinnovatie worden mensen bevraagd naar hun wensen en preferenties. Die zijn echter veelal gerelateerd aan de momentane, huidige situatie en zijn weinig toekomstgericht.

**Mastercard**

Een voorbeeld: betaalkaarten worden niet langer alleen door banken uitgegeven, maar ook door retailers, telecomproviders en zelfs overheden om op die manier andere markten en doelgroepen aan te spreken. BPost lanceerde bv. in 2012 een prepaid-kaart voor aankopen op het internet en voor betalingen in winkels en restaurants die verbonden zijn aan het netwerk van Mastercard. Bpost haalde de mosterd bij de Italiaanse post die een gelijkaardig product met veel succes in de markt zette. In België slaat deze betaalkaart minder aan bij de burger wegens beperkingen op het kaartgebruik en de hoge kosten voor geldopnames aan de geldautomaat. Test-Aankoop stelt dat de kaart wel nuttig kan zijn voor jongeren die lange tijd naar het buitenland gaan maar veel minder nuttig is voor de doorsneeconsument die reeds over een kredietkaart beschikt. De verdere promotie van betaalkaarten zal in de toekomst misschien helemaal achterhaald zijn wanneer mobiel betalen via smartphone realiteit wordt. De doelgroep van jongeren, waarvoor de BPost betaalkaart bedoeld was, hebben quasi-allemal een smartphone. De vraag is in welke mate deze betaalkaart toekomstbestendig zal zijn.

**SOCIALE INNOVATIE**

De SERV omschrijft sociale innovatie als: “concepten en toepassingen met betrekking tot de processen inzake arbeidsorganisatie en bedrijfsvoering. Doel is zowel de prestatie als de kwaliteit ervan duurzaam te verhogen. Deze concepten en toepassingen vloeien voort uit de visie en missie van de organisatie en komen tot stand in overleg met de (rechtstreeks) betrokkenen” ([www.serv.be](http://www.serv.be)).

**Bedrijfsvoering en organisatie**

Een voorbeeld: innovatie in bedrijfsvoering heeft betrekking op de implementatie van nieuwe methoden voor de ontwikkeling van medewerkers en het verbeteren van retentie bij de werknemer, zoals onderwijs en opleiding. Een ander voorbeeld zijn kwaliteitsmanagementsystemen. Een voorbeeld van een organisatorische innovatie op de werkplek is de eerste implementatie van een organisatie-model dat de medewerkers van het bedrijf meer autonomie geeft bij de besluitvorming en hen aanmoedigt om hun ideeën aan te dragen.

Sociale innovatie is echter niet beperkt tot organisaties maar leent zich ook voor maatschappelijke noden. Men gaat er dan van uit dat een samenleving bestaat uit complexe sociale relaties tussen mensen en hun omgeving. Als samenlevingspatronen en omgeving veranderen, dan is innovatie nodig om daar antwoorden op te bieden.

## LETS

Een voorbeeld: LETS (*Local Exchange and Trade System*). De eerste Letsgroep ontstond in 1983. Het was een sociale innovatie opgezet door Michael Linton in Canada. Door het wegvallen van de economische activiteit was er grote werkloosheid. De plaatselijke bevolking beschikte zelf over vele capaciteiten, maar geraakte niet meer via loon aan het nodige geld om levensnoodzakelijke goederen en diensten te verwerven. Die paradox wilde Linton oplossen door rechtstreeks capaciteiten te gaan uitwisselen zonder tussenkomst van harde dollars. Zijn oplossing was het opzetten van een *Local Exchange and Trade System*, vrij vertaald 'Lokale ruilkring'. Vanaf 1994 staken mensen in België de handen uit de mouwen en richtten nieuwe Lets-groepen op die tussen hun leden vriendendiensten uitwisselen en dit met een puntensysteem verrekenen.

Kortom, innovatie is mogelijk op vele niveaus en domeinen. Hierbij is het vooral belangrijk om innovatief te zijn op zoveel mogelijk vlakken en die innovaties goed te combineren. Toch merken we dat lang niet alle innovaties leiden tot een duurzaam resultaat. Dat brengt ons bij de vraag: welke elementen zijn essentieel om te komen tot duurzame innovatie voor de burger in de toekomst?

## 2. Veranderingseffecten: stapsgewijs of radicaal

Veel hangt af van het juiste tempo. Of ook: hoe radicaal is de innovatie ten opzichte van de bestaande technologie (Freeman & Soete, 1997)? In de literatuur wordt het onderscheid gemaakt tussen incrementele en radicale innovatie:

- **Incrementele innovatie** gebruikt het potentieel van het bestaande product en brengt kleine wijzigingen aan. We krijgen dan bv. verschillende versies van eenzelfde product zoals het elektronisch patiëntendossier 2.0 of het indicatorenproject 2.0.
- **Radicale innovatie** steunt op een volledig nieuwe basis van wetenschappelijke en ontwikkelingsprincipes en opent meestal nieuwe markten en toepassingen.

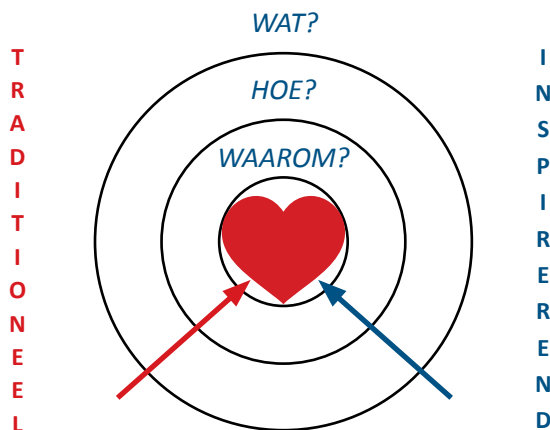
Die twee types van innovatie vragen van de onderneming ook wijzigingen in hun organisatie. Waar incrementele innovatie de reeds bestaande mogelijkheden van de bestaande ondernemingen versterkt (goede dingen behouden en versterken) vraagt radicale innovatie ook geheel nieuwe vormen in organisatie, regelgeving en financiering (vanaf nul beginnen en *out of the box* denken).

### 3. Innovatie voor de kwetsbare burger van de toekomst

Wat maakt innovatie betekenisvol voor de kwetsbare burger van de toekomst? Hoe kunnen we een betekenisvolle nieuwe kijk op zorg voor geestelijke gezondheid ontwikkelen? Hoe kunnen we duurzame elementen aanreiken ter inspiratie om innovatie en vernieuwing in de welzijns- en gezondheidszorg voor te bereiden en uit te werken? Om deze vragen te kunnen beantwoorden en als dusdanig kans te maken op duurzaam succes, dienen we niet alleen stil te staan bij welk type innovatie we willen beogen ('**Wat?**'), en aan welk tempo ('**Hoe?**') maar vooral ook stil te staan bij de vraag waarom we de dingen doen die we vandaag doen en in de toekomst willen ondernemen ('**Waarom?**'). Het gouden cirkelmodel van Simon Sinek kan ons hierbij helpen.

#### HET GOUDEN CIRKELMODEL VAN SIMON SINEK

Simon Sinek onderzocht het succes van inspirerende leiders en bedrijven over de hele wereld. Hij stelde een patroon vast in de manier van denken, handelen en communiceren en legt dit patroon uit aan de hand van het gouden cirkelmodel.



Het model bestaat uit drie concentrische cirkels:

- **Wat?:** duidt op de producten en diensten die een onderneming levert. Je kan het vergelijken met de types van productinnovatie zoals hierboven beschreven.
- **Hoe?:** een beschrijving van de manier waarop organisaties producten en diensten leveren. De 'Hoe?'-vraag wordt vaak gebruikt om uit te leggen waarom bv. een bepaalde behandeling beter is dan een andere. Soms denkt men dat dit de motiverende factoren zijn voor de hulpvrager in het zorgverleningsproces. In dit verband kan je het vergelijken met de focus op procesinnovatie zoals hierboven beschreven.
- **Waarom?:** dit gaat niet over het maken van winst maar om de waarden van de organisatie, om wat hen drijft. Geïnspireerde leiders en bedrijven denken, handelen en communiceren van binnen de cirkel naar buiten (*inside out*).



Wat leren we uit dit model van concentrische cirkels voor onze eigen reframing-oefening inzake de toekomst van onze zorg voor geestelijke gezondheid? Wellicht is dit het volgende: cruciaal voor duurzaam succes van sociale innovatie is het feit dat je de drie cirkels samen dient te bekijken. Indien je verandering enkel voorstelt als het ontwikkelen of bijschaven van het product en zijn eigenschappen ('Wat?') en/of je enkel het proces van productie bekijkt ('Hoe?') zal innoveren zonder de maatschappelijke relevantie ervan te bevragen, het risico inhouden dat mensen niet begrijpen, niet geïnspireerd zijn door met wat je bezig bent en hiervoor niet zullen kiezen. Fundamenteel dienen de Wat- en de Hoe-vraag ingebed te zijn in de bredere Waarom-vraag. Waarom doen we wat we doen? En waarom willen we dit veranderen? Waartoe dient het allemaal?

### De gebroeders Wright

Sinek gebruikt als voorbeeld de vergelijking tussen de gebroeders Wright en Samuel Pierpont Langley in de ontwikkeling van de luchtvaart. In tegenstelling tot Pierpont, hadden Orville en Wilbur Wright geen geld, ze waren niet opgeleid en ze hadden geen machtige vrienden. Eén ding dat ze wel hadden was een sterke visie of doel: als ze erin zouden slagen om met een machine te kunnen vliegen dan zouden ze de wereld veranderen. Met hun sterk gevoel van 'Waarom' inspireerden zij ook anderen om hen te volgen en slaagden zij in hun doel. Interessant genoeg is dat hun naaste rivaal Pierpont die wel intelligent was, een goede kennissenkring en de benodigde middelen had geen sterk gevoel had van doel of waarom. Hij wilde een vliegtuig maken die hem rijkdom en roem zou bezorgen. Toen de gebroeders Wright erin slaagden om voor de eerste keer de lucht in te vliegen, stopte hij met zijn plannen.

Vanuit een biologisch perspectief maakt Sinek de vergelijking tussen de drie cirkels en het menselijk brein. We zijn voornamelijk geneigd om ons te richten op het 'Wat' en het 'Hoe'. Die cirkels corresponderen met het gedeelte van ons brein dat verantwoordelijk is voor onze taal, het **rationele** en het **analytische**. Het is dol op data, feiten, analyses: de NeoCortex. Gedrag wordt echter niet aangestuurd vanuit de NeoCortex maar wel door het limbisch systeem dat verantwoordelijk is voor ons **gevoel** en voor **emoties** zoals vertrouwen en loyaliteit. Als je mensen wil inspireren, dan moet je starten met het 'Waarom' omdat je hiermee het deel van de hersenen aanspreekt dat gedrag aanstuurt.

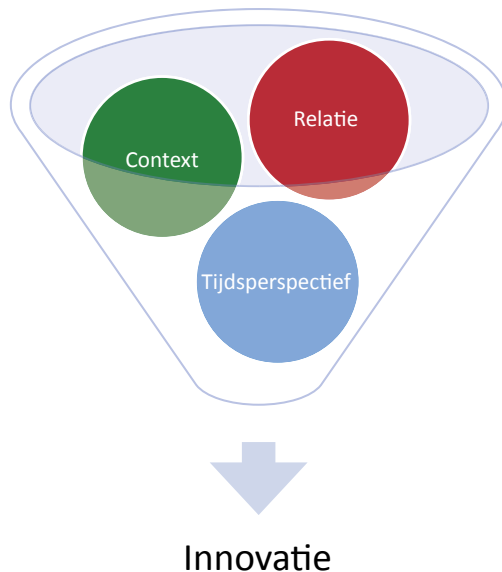
Niet het 'Hoe' of het 'Wat' brengt mensen in beweging maar wel het 'Waarom'. Je spreekt dan immers mensen aan op emotioneel niveau. Het zijn de emoties die mensen in beweging brengen: *People don't buy what you do, they buy why you do it*. Door middel van het 'Hoe' en het 'Wat' zijn we in staat met feiten en aanvullende informatie onze keuzes te rationaliseren en te onderbouwen. Visie en missie zijn bij organisaties in de zorg niet nieuw. In onze competitieve en snel veranderende tijden mag datgene wat ons verbindt – het 'Waarom' – echter niet verloren gaan in de voortdurende drang en druk om te voldoen aan doelstellingen, timing enz.

Toegepast op onze opdracht in het herdenken van onze zorg voor geestelijke gezondheid houdt het cirkelmodel in dat we nadenken over het 'Waarom?' van wat we doen als zorgorganisaties en dat we nadenken over onze maatschappelijke relevantie over tien à twintig jaar. Wanneer we nu, op dit ogenblik, ons perspectief op maatschappelijke verantwoordelijkheid voor geestelijke gezondheid moeten herdefiniëren, dan moeten we nadenken over de vragen: 'Wat willen we in de samenleving bereiken met die zorg en voor wie doen we dat?' 'Wat gaan we concreet realiseren?' 'Hoe gaan we hiervoor aan de slag?' 'Wat zijn de randvoorwaarden voor die zorg?'

Kortom, Sineks benadering kan worden gebruikt als een 'opwarmer' om het proces te begrijpen dat we samen met Reframing Studio hebben doorlopen. Het gaat ons niet om innovatie, louter om te innoveren. Innovatie moet vertrekken van het 'Waarom'. En dat 'Waarom' wordt bepaald door **gemeenschappelijke waarden** die we als basis gebruiken in onze relaties met mensen voor ons denken, doen en communiceren. Dat is de reden waarom het 'Waarom' voor organisaties, en voor onze hulpvragers, zo belangrijk is. Het geeft de mogelijkheid aan mensen om te voelen, te vertrouwen en te geloven in wat we doen, op een manier die feiten en cijfers nooit kunnen realiseren.

### RELATIE, CONTEXT & TIJD

In wat volgt nemen we jullie mee in een experiment. Stel dat je wordt uitgedaagd om in de huid van een ontwerper te kruipen. Je vergeet even je huidige functie, je eigen organisatie en je moet de logica van een ontwerper volgen om tot innovatieve ideeën te komen. Die logica is gebaseerd op drie uitgangspunten.



Een eerste belangrijk uitgangspunt van een ontwerper is de **relatie**. Producten en diensten zijn een middel om een relatie tot stand te brengen met de kwetsbare burger. Die relatie zegt iets over hoe bv. een zorgvrager de behandeling ervaart. In die relatie definieer je met andere woorden het effect, de *outcome* en de middelen die je hiervoor hebt gebruikt. Het is wegens die interactie dat een product of een dienst ook een betekenis krijgt en zinvol is. We spreken dus niet over de patiënt die centraal staat maar wel over de relatie, de interactie die centraal is. Populistische slogans zoals: 'U vraagt, wij draaien' of 'De klant is koning' werken niet en kan je niet waarmaken. We bevinden ons immers in het publieke domein waar zowel collectieve als individuele belangen spelen. De kern van zorginnovatie is dus niet bevragen wat de zorgvrager verlangt van de hulpverlening (zoals het marketingdenken doet) maar in de eerste plaats kijken naar de relatie tussen de zorgvrager en de hulpverlener.

Het tweede uitgangspunt is de **context**. De omgeving van vandaag maar ook die van de toekomst is belangrijk om te begrijpen hoe mensen zich daarin (zullen) gedragen. Als we bv. zouden zien dat de kloof tussen rijk en arm in de toekomstige samenleving groter wordt, dan zal een bepaald gedrag zich uiten door de omstandigheden waarin die mensen zich bevinden. Als ontwerper is het belangrijk om ook die toekomstige omgeving te voorspellen.

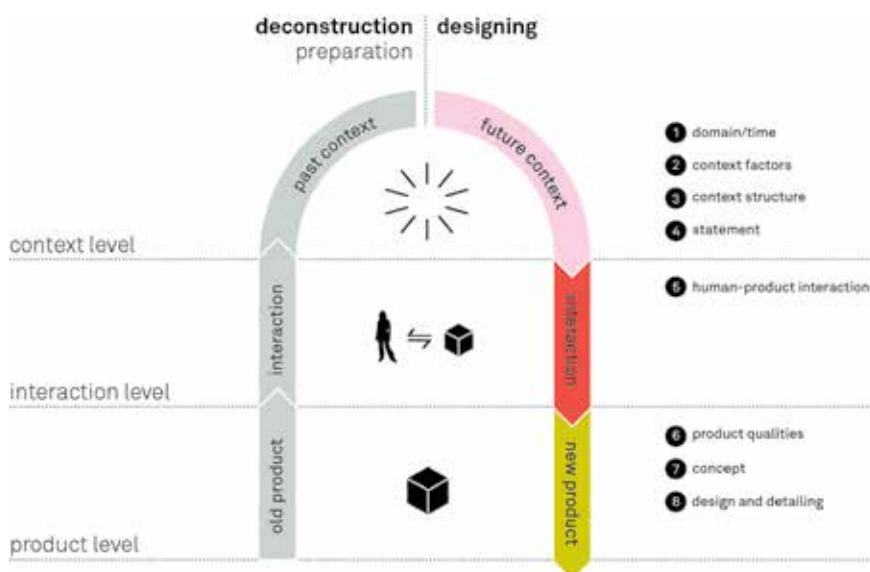
Het derde uitgangspunt voor de ontwerper zijn de mogelijkheden voor de **toekomst** in plaats van het oplossen van je dagelijkse problemen. Je stelt je dan waarschijnlijk de vraag: waarom ben je geïnteresseerd in de toekomst? Gaat de toekomst niet over het oplossen van de huidige problemen?

Als ontwerper van de toekomstige zorg voor geestelijke gezondheid en welzijn hebben we dus drie ingrediënten nodig: de **relatie** tussen de hulpverlener en de kwetsbare burger, de **context** waarin die relatie tot stand komt en het voorspellen van de factoren die de **toekomstige** samenleving in kaart brengen.

Innovatie, zoals hierboven beschreven, kan dus niet louter worden gedefinieerd als het geheel van technologische mogelijkheden (*technology push*) en ook niet als het antwoord op wat mensen wensen of prefereren (*marketing pull*). Wij vertrekken van de volgende omschrijving van ontwerpen: 'Betekenisvol en haalbaar innoveren voor de kwetsbare burger van morgen (2026).'

## HET REFRAMING MODEL

De drie uitgangspunten komen terug in het reframing-model. Dat omvat drie perspectieven in de manier waarop we naar de wereld kijken en twee tijdsassen.



### *Drie perspectieven & twee tijdsassen*

Het eerste perspectief beschrijft wat je ziet op productniveau (de 'Wat'-vraag). Zoals reeds eerder gesteld kan het product ook een dienst zijn of een regeringsverklaring, of nog iets anders... Op dit niveau beschrijf je de eigenschappen van bv. de dienstverlening zoals: 'Wat is de verscheidenheid van zorg die we leveren? Welke organisaties nemen dit op? Hoe wordt dit gefinancierd? Het tweede perspectief is dat van de relaties die tot stand komen tussen het product en de eindgebruiker (de 'Hoe'-vraag). Het derde perspectief is het perspectief van de context die mee de relaties bepaalt van vandaag (de 'Waarom'-vraag). We zitten vandaag bv. in een context met strakke en beperkte budgetten. Voor we het goed en wel beseffen gaat de discussie over wat we nog kunnen doen met het beschikbare budget. In het reframing-proces bekijken we het anders. We gaan kijken naar wat we willen realiseren en pas daarna kijken we hoe we dat kunnen verwezenlijken met de middelen die we ter beschikking hebben.

Het model bevat ook twee tijdsassen: de linkerkant gaat over het verleden en het heden; de rechterkant gaat over de toekomst.

### *Vierstappenmodel*

Het model werd doorlopen in vier stappen die achtereenvolgens worden besproken: de deconstructiefase, de visie op de toekomstige samenleving, de strategische positie en de bepaling van de missie, en de toekomstige interventies.



## STAP 1: DECONSTRUCTIEFASE OF HET IN KAART BRENGEN VAN DE HUIDIGE CONTEXT

De eerste stap is de deconstructiefase. Wanneer we het over de toekomst hebben, zijn we soms geneigd om de wereld van vandaag weg te gooien. Directies en bestuurders van organisaties die een visie willen ontwikkelen kijken dikwijls naar wat er verkeerd loopt. Men vergeet dan vaak dat er ook heel veel dingen goed lopen. In de reframing-oefening spreken we geen waarde-oordeel uit over wat goed is of slecht. We schetsen wel de huidige context zodat we beter begrijpen waarom het huidige geestelijke gezondheidssysteem in Vlaanderen is zoals het is. De deconstructiefase is de eerste stap in het reframing-proces. Dat gebeurt op de drie niveaus: het 'Wat', het 'Hoe' en het 'Waarom'.

- Het '**Wat**': we onderzoeken welke **eigenschappen** de huidige zorg heeft, welke stakeholders erbij betrokken zijn, wat hun rollen zijn, maar ook wat de overkoepelende kwaliteit en het karakter van de zorg zijn.
- Het '**Hoe**': op dit niveau onderzoeken we welke **relaties** er bestaan tussen de zorgvrager, de zorg en de zorgverstreker. Welke diversiteit bestaat er en waardoor wordt die veroorzaakt? Welke effecten heeft de huidige zorg op de zorgvrager. Welk gedrag, emoties en ervaringen zien we?
- Het '**Waarom**': tot slot willen we begrijpen **welke factoren**, 'de bouwstenen van de samenleving', hebben bijgedragen aan de zorg zoals die nu georganiseerd is. Wat zijn de omgevings-, sociale, culturele, demografische en politieke factoren die het huidige gedrag van zorgvragers beïnvloeden en hoe hangen ze samen? Hoe worden nu (en ook vanuit een historisch perspectief) bepaalde gedragsopties gestimuleerd en andere ontmoedigd? Hoe 'toekomstbestendigheid' en veranderlijk zijn deze factoren?

De deconstructie heeft tot resultaat dat we met het stakeholderteam een gezamenlijk uitgangspunt ontwikkelen en we samen de *sense of urgency* tot verandering delen. Dit staat beschreven in het deel '**Heden**'.



## STAP 2: VISIE OP DE TOEKOMSTIGE SAMENLEVING

In deze stap wordt de kwetsbare burger in de toekomstige samenleving in Vlaanderen in kaart gebracht. Dat doen we door de bouwstenen van de toekomst te verzamelen. Wij noemen dit factoren. De relevante factoren uit de huidige context worden meegenomen naar de toekomst en aangevuld met andere wetmatigheden, culturele factoren, ontwikkelingen en trends op het gebied van zorg in het algemeen en specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg, economische, sociale, technologische factoren... De factoren werden verzameld uit interviews met experts en met een aantal stakeholders. Tot slot werd ook een literatuuronderzoek verricht. Dit onderzoek omvat onder andere rapporten, onderzoek en literatuur aangedragen door de stakeholderpartijen.

De belangrijkste stappen in dit proces zijn het clusteren en de samenhang tussen de factoren samenbrengen in een nieuw model. Dit staat beschreven in het deel '**Toekomst**'.



### STAP 3: STRATEGISCHE POSITIE EN MISSIE

Op basis van het ontwikkelde model neem je als organisatie een standpunt in: welk gedrag wil je stimuleren, ontmoedigen of veranderen en vanwege welke belangen? We hebben ook als organisaties een verantwoordelijkheid en een rol op te nemen in de toekomstige samenleving. Vervolgens worden door middel van analogieën de kenmerken gedefinieerd die nodig zijn om de gewenste relatie te realiseren. Met andere woorden: welk karakter moet de nieuwe interventie hebben om die gewenste relatie tussen hulpverlener en kwetsbare burger tot stand te brengen? Die strategische positie en missie is de horizon die we willen bereiken in 2026 en zullen we als filter gebruiken om te kijken welke interventies die we vandaag reeds doen al dan niet toekomstbestendig zijn. Dit staat beschreven in het deel '**Onze keuzes**'.



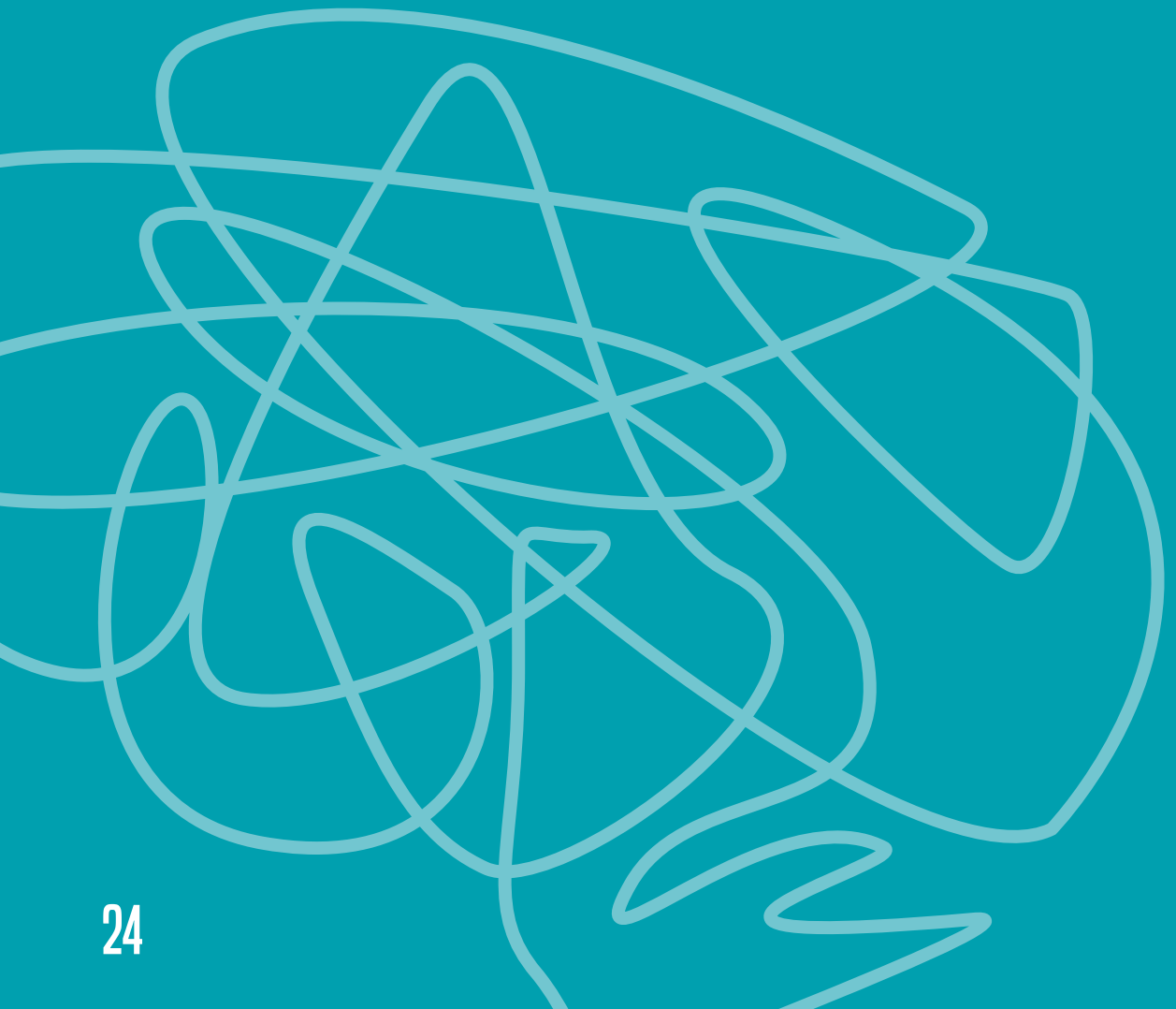
### STAP 4: TOEKOMSTIGE INTERVENTIES

In deze stap worden concepten en producten ontwikkeld op basis van het (in stap 3) ingenomen standpunt in de toekomstige samenleving. De hele oefening blijft met andere woorden niet beperkt tot een nieuwe visie en missie maar we gaan er ook op korte termijn concreet mee aan de slag. De interventies die we vandaag reeds doen en die passen in de nieuwe visie, gaan we stap voor stap verder ontwikkelen en op die manier toekomstgericht werken. We stellen geen radicale veranderingen voor omdat de operationalisering van de visie gaat over acceptatie. We willen geen radicale maar een stapsgewijze en haalbare vernieuwing. Vandaar dat we stap voor stap, op basis van een roadmap, interventies willen realiseren om de visie om te zetten in concrete realisaties.



**DEEL 1**

# **HET HEDEN**





# 1.

## WAT WIL DE BURGER VANDAAG?

De eerste fase van het deconstructieproces vertrekt vanuit de situatie zoals ze nu is, in 2016. Hoe ziet de maatschappij eruit? Hoe is de zorg georganiseerd? Wat zijn de problemen van mensen met een psychische kwetsbaarheid? Wat willen ze veranderen? Waarvan liggen ze wakker? Het is de klassieke manier om innovatie te benaderen: we analyseren het huidige systeem, benoemen wat we willen gaan hervormen en gaan na op welke manieren dat mogelijk is. We spreken hier geen waarde-oordeel uit over de uitspraken of voorstellen tot verandering: het gaat om een inventarisatie en beschrijving van ideeën, gegroepeerd rond een aantal thema's.

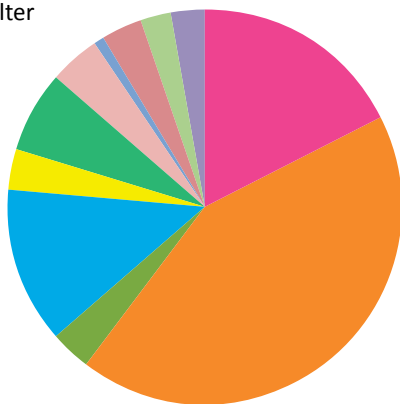
### **Werkwijze: brainstorming en interviews**

Om te kunnen inschatten wat de psychisch kwetsbare burger vandaag wil, hanteerden we een tweeledige techniek. We organiseerden twee brainstormsessies waarop een ruime schare geïnteresseerden uit alle segmenten van de samenleving hun ideeën konden samenbrengen. Daarnaast voerden we uitgebreide interviews met een reeks sleutelfiguren uit verschillende beleidsdomeinen (zorg, welzijn, wonen, werken, onderwijs).

Voor de brainstormsessies kregen we ondersteuning van Flanders DC. Flanders DC wil een sterker en toekomstgericht creatief ondernemerschap in Vlaanderen bevorderen en ondersteunen. Bij de voorbereiding van het congres Open Minds gebruikten wij hun GPS Brainstormkit. Diezelfde kit werd ook gebruikt bij de voorbereiding van het congres *GPS 2021*, waarmee Zorgnet Vlaanderen in 2010 de bakens van het toekomstige ouderenzorgbeleid uitzette. De techniek biedt een gestructureerde methode om met groepen van ongeveer 12 tot 15 personen te brainstormen over actuele trends en ontwikkelingen, om van daaruit innoverende ideeën in kaart te brengen.

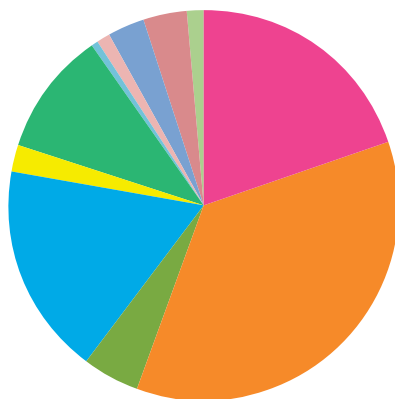
Op 22 mei 2015 organiseerden we in Leuven en Aalter een brainstormdag over de toekomst van de geestelijke gezondheid(-zorg) in Vlaanderen. Ongeveer 250 personen waren aanwezig: 30% patiënten en familieleden, 30% mensen uit de sectoren welzijn, ouderenzorg, somatische zorg, wonen, werk, onderwijs, justitie, ziekenfonds, overheid... en 40% medewerkers uit GGZ-voorzieningen.

Aalter



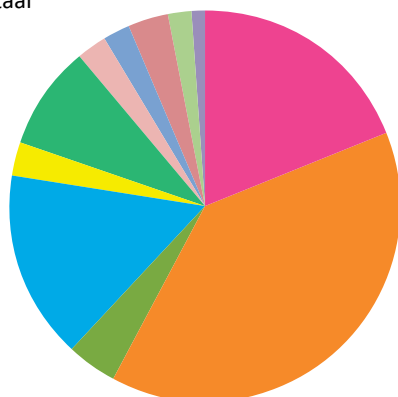
- belendende zorgsector (18%)
- GGZ (43%)
- onderwijs (3%)
- patiënten/familieverenigingen (13%)
- politiek (3%)
- privé (7%)
- ziekenfonds (4%)
- welzijn (1%)
- administratie (3%)
- opleiding en tewerkstelling (3%)
- justitie (3%)

Leuven



- belendende zorgsector (20%)
- GGZ (36%)
- onderwijs (5%)
- patiënten/familieverenigingen (17%)
- politiek (2%)
- privé (10%)
- vakbond (1%)
- ziekenfonds (1%)
- welzijn (3%)
- administratie (4%)
- opleiding en tewerkstelling (1%)

Totaal



- belendende zorgsector (OZ, AZ, thuiszorg...) (19%)
- GGZ (39%)
- onderwijs (4%)
- ervaringsdeskundigen, gezinsleden en nabij betrokkenen (15%)
- politiek (3%)
- privé-persoon (9%)
- ziekenfonds (2%)
- welzijn (2%)
- overheid (3%)
- opleiding en tewerkstelling (2%)
- justitie (1%)

De deelnemers formuleerden maar liefst 3321 (!) ideeën over 13 thema's: toegankelijkheid, technologie, wetenschap, meten, crisiszorg, zorg op maat, de 'patiënt aan het roer', 'voorbij het stigma', 'de hele keten', 'voorbij het hokjesdenken', samenwerking, zorg en maatschappij, 'the sky is the limit' enz. De ideeën werden gegroepeerd in clusters en de prioriteiten werden per groep samen bepaald. Ten slotte werden ook enkele specifieke interventies uitgewerkt.

De brainstormsessies boden een inventaris van thema's en ideeën die de GGZ en de stakeholders interesseren en waarbij ze aangaven dat er in de toekomst actie dient te worden ondernomen. De volgende hoofdlijnen kwamen naar voor:

- meer aandacht voor geestelijke gezondheid in de brede samenleving;
- doorbreken van het stigma op de patiënt met psychische en/of psychiatrische problemen;
- nood aan participatie van de patiënt;
- aandacht voor de patiënt in zijn context;
- meer toegankelijke zorg (op vlak van financiering, duidelijke informatie, minder drempels om hulp te zoeken);
- ketenzorg (met bijzondere aandacht voor onder meer preventie, vroegdetectie, hooggespecialiseerde zorg, nazorg en zorg bij crisissituaties);
- aanpassingen van het bestaande zorgaanbod.

Aanvullend op de brainstormsessies interviewden we in oktober en november 2015 een aantal sleutelfiguren uit verschillende beleidsdomeinen. We vroegen hen naar hun werksituatie, hun betrokkenheid op geestelijke gezondheid en hun kijk op de kwetsbare burger in onze samenleving. We peilden ook naar hun blik op de toekomst in hun werkgebied en de geestelijke gezondheidszorg.

## Resultaten

De ideeën en voorstellen uit de brainstormsessies en de interviews werden gebundeld en geclusterd rond een aantal thema's. Die bieden een inzicht in de bouwstenen van de huidige samenleving en de plaats van de GGZ daarin. Ze zoomen in op de voornaamste problemen van psychisch kwetsbare personen, hun relatie met de zorgverleners en de zorgorganisaties, hoe ze die ervaren en wat ze graag anders zien. De focus ligt op het heden, en wat er vanuit het perspectief van het heden zou kunnen en moeten veranderen.

### VOORBIJ HET STIGMA

De vraag naar meer aandacht voor geestelijke gezondheid in de brede maatschappij hangt nauw samen met de vraag om het stigma weg te nemen dat nog altijd rust op psychische problemen. Het verklaart waarom het vaak lang duurt voor mensen de stap naar de zorg zetten. Voor wie psychische problemen heeft, is het dikwijls moeilijk om een gepaste plaats in de maatschappij te vinden, ook al is er tijdens het herstelproces een grote motivatie om te participeren aan de samenleving. De samenleving biedt weinig ruimte en lijkt weinig veerkrachtig. Wanneer een individu tijdens een herstelproces niet gemotiveerd is om te participeren, wordt dat door de samenleving als negatief ervaren.

De maatschappij stelt zich hierover zeer kritisch op. Hierdoor ontstaat er een vicieuze cirkel van toenemende vereenzaming. De verbondenheid tussen mensen neemt af.

- *Er is vandaag duidelijk een culturele, sociologische beweging om mensen te culpabiliseren die niet productief zijn. Iedereen moet renderen. Wij worden gesocialiseerd in een verwachtingspatroon dat kwetsbare mensen letterlijk gek maakt. Dat heeft niets te maken met intrinsiek gek zijn, maar heeft alles te maken met druk: wanneer voldoe je aan bepaalde waarden om te participeren aan de maatschappij? En de maatschappij is zeer hard aan het worden, de tolerantiedrempels nemen af.' (Interview Marc Leys)*
- *Verbondenheid tussen mensen, vanuit de visie dat elke mens maar zichzelf kan zijn, dankzij ook een stuk de ander.' (Interview Guy Scheijnen)*

Soms is er ook sprake van zelfstigmatisering. Dat moeten we tegengaan. Meer nog: *Mensen hebben het soms erg moeilijk om hulp te aanvaarden vanuit het eigen netwerk. Er is taboe in de samenleving maar nog een groter taboe om hierover met je directe leefomgeving te praten. [...] De huisarts kan maar echt goed helpen als ook de patiënt de attitude en vaardigheden (de wil) heeft om erover te praten. Dit begint te veranderen. Jonge mensen durven de zaken directer te benoemen en gaan zelf via internet op zoek. Dit verandert de communicatie. Bij ouderen moeten we soms eerst de switch van een somatische klacht naar het onderliggend probleem maken. (Interview Kristof Hillemans)*

Het stigma kan in de eerste plaats worden aangepakt door geestelijke gezondheid (en de problemen daarbij) als een normaal onderdeel van het leven voor te stellen. Dat kan via mediacampagnes, getuigenissen van BV's en gewone mensen, het inbrengen van het thema in TV-soaps enz. Daarbij dienen we te allen prijze te vermijden dat geestelijke gezondheidsproblemen worden geassocieerd met gevaar en criminaliteit. Grote publiekscampagnes die sensibiliseren en middelen inzamelen voor GGZ-onderzoek, behandeling en de aanpak ervan zijn een aangewezen middel. Een campagne als 'Kom op tegen Kanker' wordt meermaals als voorbeeld genoemd.

Een andere, minder voor de hand liggende piste, is etikettering. Het label 'psychiatrische patiënt' kan je positief en negatief benaderen. Enerzijds geeft de maatschappij dergelijke personen een risicoprofiel: ze vormen een risico op overlast, gevaar, lage arbeidsproductiviteit... Anderzijds zorgt een label voor zichtbaarheid en bespreekbaarheid.

De GGZ telt veel bekwame en gemotiveerde medewerkers. Maar ook GGZ-hulpverleners dragen bij tot het stigma. Zo neemt de zorg te veel verantwoordelijkheden van de cliënten over in plaats van hen te ondersteunen en te empoweren. Dat kan worden doorbroken door hulpverleners te laten focussen op de (resterende) sterktes van een individu en niet op de zwaktes, door hulpverleners aan te moedigen hun patiënten meer als gelijkwaardige partners in de zorg te betrekken.

*Iemand in z'n ogen kijken, daar een relatie mee aangaan, en dan zien wat die nodig heeft, naast het fysieke en medische aspect dat er ook is. En vanuit uw professie een antwoord bieden. Maar nu bieden we antwoord maar we kijken nooit een mens in zijn ogen. Dus kijk je niet naar de mens.  
(Interview Lon Holtzer)*

**“ Preventie met checklists: als er eerst een paar vragen gesteld worden over voeding, beweging... is het minder bedreigend om verderop ook psy-vragen te stellen en te bespreken.  
(Interview Kristof Hillemans)**

De GGZ kan als sector het stigma helpen doorbreken door:

- Het bieden van volledige en duidelijke transparantie over het GGZ-aanbod: waar kan men terecht voor vraagverheldering, diagnostiek en behandeling?
- Het bieden van ondersteuning door andere andere sectoren.  
*Ex-psychiatrische patiënten zorgen al eens voor overlast in de sociale huisvestingsmaatschappijen. Uiteraard is dit marginaal. Het is niet onze bedoeling om die mensen te weren maar het is wel onze bedoeling dat er een menswaardige oplossing is voor die mensen maar ook voor hun burens. [...] Er is nood aan een gecontroleerde instroom vanuit de GGZ in de sociale huisvestingsmaatschappijen: nazorg om het zelfstandig functioneren te ondersteunen. (Interview Gerd De Keyser)*
- De organisatie van een laagdrempelig GGZ-aanbod op de eerste lijn.
- Het openstellen van residentiële GGZ-voorzieningen voor activiteiten van buurtbewoners en organisaties.

**“ Psycholoog in de huisartspraktijk, CGG in een winkelcentrum, psycholoog in de Aldi, crèche in een PZ, sporten in de sportzaal van het PZ, vergaderen in de zaal van een CGG, opendeurdag in het PVT, bezoek van lagere school in het IBW...  
(brainstormsessies Aalter/Leuven)**

Ook het onderwijs kan een belangrijke opdracht opnemen. Het meest geciteerde kanaal is om geestelijke gezondheid meer en beter bespreekbaar te maken in het onderwijs. Drie manieren worden gesuggereerd:

- Het opnemen van 'geestelijke gezondheid' in de eindtermen voor vaardigheden en attitudes (niet zozeer als kennis) in het lager, secundair en hoger onderwijs. Dat veronderstelt dat geestelijke gezondheid ook ruim aandacht krijgt in de opleiding van leerkrachten. Hoe het thema bespreekbaar maken? Hoe geestelijke gezondheidsproblemen herkennen?  
*Kinderen en jongeren percipiëren hulpverlening als iets voor zwakkelingen. Als je de stap zet naar dit soort instanties, dan is het duidelijk dat je niet sterk genoeg bent. (Interview Bruno Vanobbergen)*
- Meer aandacht voor geestelijke gezondheid in de opleiding van de huisartsen. Huisartsen zouden in staat moeten zijn om zelf om te gaan met allerlei psychische problemen, psychiatrische stoornissen kunnen diagnosticeren en de kanalen kennen voor een gerichte doorverwijzing, indien nodig.

- De integratie van geestelijke gezondheid in de opleiding van andere hulpverleners die op het terrein in aanraking komen met mensen met een psychische kwetsbaarheid: ergotherapeuten, kinesisten, maatschappelijk werkers, (ortho-)pedagogen...

## PATIËNT AAN HET ROER

De zorgvrager beschikt over de vrijheid om zijn eigen zorgverlener of voorziening te kiezen. De autonomie moet echter verder gaan dan dat. Tot aan de ingang van een voorziening of dienst heeft de zorgvrager een vrije keuze, maar eenmaal over de drempel wordt er vaak voor de cliënt bepaald wat goed is voor hem of haar. Daarnaast vragen heel wat stakeholders naar een grotere participatie van de patiënt in het hele zorggebeuren. De zorg dient vraaggericht te zijn, waarbij de patiënt meer is dan zijn diagnose. Er waren vele vragen om (meer) tijd te nemen om te luisteren naar de mens achter de patiënt, en om meer te praten mét patiënten dan over patiënten. Een duidelijke communicatie is belangrijk.

*Er is nog altijd wel asymmetrie van informatie en de zorgaanbieder kent er natuurlijk wel meer van dan de zorgvrager. Maar die patiënt is de expert van zijn ziekte en dat moet je mee in rekening nemen. (Interview Lieven Annemans)*

De regie bij de patiënt leggen creëert enkele spanningsvelden. Hij of zij weet immers niet altijd zelf de juiste weg te vinden. Een sociaal netwerk kan de zorgvrager goed ondersteunen in het vinden van de juiste en gepaste zorg. Heb je geen goed netwerk, dan wordt de zorg complexer.

- *Eenzijds is er een groep van mondige cliënten die zelf op zoek gaat naar informatie over zorgaanbod enz., en mogelijke financiële tegemoetkomingen. Anderzijds is er een groep van minder mondige cliënten die de voordelen (tegemeetkomingen enz.) niet kennen, de informatie over de zorg niet vinden en ook het Vlaams Patiënten-Platform niet vinden. (Interview Else Tambuyzer)*
- *Het ziekenfonds geeft vooral informatie over het globale zorgaanbod en over bv. rechten op tegemoetkomingen. Vooral de huisarts vormt een spilfiguur; hij gaat in overleg met de patiënt over behandeling en doorverwijzing. (Interview Rebekka Verniest)*
- *De tendens naar vermaatschappelijking en de klemtoon op de eigen verantwoordelijkheid en die van de omgeving kan leiden tot een bijkomende verzwakking. (Interview Bruno Vanobbergen)*
- *Angst wordt mede geïnduceerd door de ongefilterde (op kwaliteit) beschikbaarheid van info. Als je in Google hoofdpijn intikt dan komt uiteraard hersentumor er als eerste uit. (Interview Kristof Hillemans)*

“ **In communicatie moeten we vertrekken van het ICE-principe (ideas, concerns and expectations). Slechts een klein deel van de mensen verwacht een absolute diagnose. Veel mensen verwachten geruststelling en advies. Communicatie is hier cruciaal. (Kristof Hillemans)** ”

Patiënten zouden meer in staat moeten zijn om op te treden als trajectbegeleider van hun eigen behandelingsproces en als gelijke van de professionele hulpverleners. De hulpverleners zouden moeten optreden als een soort ‘prothese’ in die situaties waar de patiënten niet meer verder kunnen of ondersteuning nodig hebben. We moeten streven naar de maximale participatie van alle patiënten in functie van hun mogelijkheden.

- *We verlenen veel te veel zorg en maken mensen afhankelijk. We zijn onvoldoende bezig om mensen op weg te helpen naar een zo zelfstandig mogelijk leven. De professionele hulpverlener moet een balans vinden. (Interview Lon Holtzer)*
- *Niet iedereen moet de hoogste trede op de participatieladder bereiken. Daarnaast is de impact van de patiëntenvertegenwoordigers vaak beperkt omdat: a) ze als enige patiëntenvertegenwoordiger omgeven zijn door vele professionals en b) ze niet alle kennis bezitten. (Interview Else Tambuyzer)*

Er wordt vaak meer zorg aangeboden dan nodig is, maar tegelijkertijd wordt er te weinig ‘gedacht’ vanuit de mogelijkheden van de persoon zelf. De zorgvrager wordt in zijn waardigheid aangesproken wanneer hij wordt benaderd vanuit zijn sterktes en zijn (groei-)mogelijkheden. Het optreden als ervaringsdeskundige kan hier een belangrijke positieve boost leveren. Mensen die als ‘patiënt’ door het leven gaan, kunnen zichzelf versterken door lotgenotencontact en buddywerking. Ook zingeving is hierbij van groot belang. Vroeger speelde religie hier een grote rol, maar dat zingevingskader is vandaag haast volledig weggefallen. Er wordt gevraagd naar nieuwe kaders voor zingeving.

De patiënt dient niet alleen te participeren in het proces, vele stakeholders verwijzen ook naar de direct betrokkenen rond de patiënt. Ze vragen aandacht voor de familie, zeker in crisissituaties. De opmaak van een crisiskaart kan hiervoor een goed middel zijn.

*Als we kijken welke hulp er nodig is, proberen we via het netwerk te werken, bv. via cliëntoverleg waar wij een van de partners zijn. Als het enigszins kan streven we ernaar om de patiënt en zijn mantelzorger mee aan tafel te krijgen om zo optimaal op de noden te kunnen inspelen. (Interview Rebekka Verniest)*

De werkgever van de patiënt wordt evenmin onvermeld gelaten. Maar ook hier is er nog een hele weg af te leggen. Voor de opvang van kinderen van ouders met GGZ-problemen (KOPP) wordt specifieke aandacht gevraagd. Tot slot wordt gepleit voor meer participatie van gebruikers in de beleidsvorming.

## ZORG OP MAAT

We streven naar zorg op maat, een zorg die inspeelt op de noden van cliënten. Hokjesdenken is uit den boze. Verschillende aspecten zijn in dit streven essentieel.

- Aandacht voor de **vele levensdomeinen** waarmee een individu te maken heeft. Een psychische kwetsbaarheid raakt meestal verscheidene levensgebieden. De focus komt dan ook meer te liggen op levenskwaliteit dan op diagnoses. Vaak wordt er op verschillende vlakken hulp geboden. Hierin zit weinig transparantie, waardoor het vaak onduidelijk is wie welke hulp op zich neemt en wie de regie heeft. Omdat de hulpvraag uit verschillende domeinen kan voortkomen, is het ook vaak onduidelijk wie de kosten moet dragen.

- *'Ik denk dat zij [de GGZ] het meest het ideale beeld van zorgen voor de hele mens en zijn context benaderen. (Interview Lon Holtzer)*
- *Wat bij psychische problemen en zeker bij suicide speelt, is het belang van de context. Je hebt de maatschappelijke kost (en dan heb ik het niet alleen over uitval op de arbeidsmarkt) maar ook de kost/weerslag op de omgeving, bv. de impact op het gezin, de familie, de school, de werkomgeving.... (Interview Griekie Forceville)*
- Een correcte inschatting van de **nood**: cliënten komen vaak in de GGZ terecht wanneer de maatschappij overlast ervaart of wanneer er problemen ontstaan op vlak van werken, wonen, sociale omgeving, of wanneer problemen worden gedetecteerd door de andere sectoren in de zorg (ouderenzorg, thuiszorg, somatische zorg...). Het is echter niet zo vanzelfsprekend om vanuit een expliciet probleem dat aan het licht komt een helder geformuleerde zorgvraag te benoemen. De indicatie- en diagnosestelling is bepalend, maar die wordt niet altijd gesteld door mensen met voldoende expertise.

### “ EHPP (Eerste Hulp bij Psychische Problemen) naar analogie met de EHBO. (brainstormsessies Aalter/Leuven)

- Aandacht voor de **hele keten**: preventie, vroegdetectie, vroeginterventie, ambulante/residentiële zorg, woonzorgvormen, basiszorg/gespecialiseerde zorg/hooggespecialiseerde zorg, revalidatie... Al is het aanbod divers, op verschillende zorgvormen moet meer worden ingezet, vooral wat betreft eerstelijnszorg, ambulante zorg, preventie, vroegdetectie en zorg na een crisis. Daarnaast kan volgens verschillende stakeholders de keten van de zorg worden versterkt door allerlei vormen van indicatiestelling vlot bereikbaar te maken in de brede maatschappij, met als topper de geestelijke gezondheid(szorg) in het lokale buurthuis (zie ook verder bij het thema toegankelijkheid).
- **Vermaatschappelijking** van zorg.  
*Als je dat negatief wil inkleuren, zie je hier een verkapte besparingsmaatregel in. Dan moet de professional het niet meer doen en heb je middelen voor iets anders. Ik zie veel liever de positieve insteek waarbij we zeggen dat elke mens, wie of wat hij ook is, kind/ouder/jongere/bejaarde/... met of zonder geestelijke probleem, met of zonder fysieke of andere mentale handicap, met of zonder veel of weinig geld, een waardevolle plaats in de maatschappij verdient.' (Interview Lon Holtzer)*
- Een correcte **doorstroom**: de stakeholders vermelden dat het vaak voorkomt dat mensen op de verkeerde plaats terechtkomen, met als gevolg een lange schakel aan doorverwijzingen. Dat leidt tot een demotivatie bij de cliënt en het doorlopen van een niet aangepast traject. Kennis over de noden en het aanbod is essentieel om een gepaste doorverwijzing aan de cliënt te kunnen bieden. Vooral de huisarts komt naar voor als de persoon die op de hoogte dient te zijn. De stakeholders benoemen die actor, die vaak optreedt als eerste aanspreekpunt, als de belangrijkste doorverwijzer naar de geestelijke gezondheidszorg. Maar ook de mutualiteit ziet zichzelf als een belangrijke doorverwijzer. Verder vragen de stakeholders aandacht voor de breuklijnen



die in het traject kunnen ontstaan, wegens exclusiecriteria of leeftijdsgrenzen (bv. van minder- naar meerderjarigheid).

*Mensen komen ook gemakkelijk bij ons aan het loket. In geval van problemen, is de stap naar het ziekenfonds als eerste aanspreekpunt vaak lager dan die naar de psychiater, of zelfs de huisarts. Waar zorgnoden het eigen takenpakket overstijgen, wordt toegeleid naar andere hulpverleners. (Rebekka Verniest)*

- De sectorale en intersectorale **samenwerking** tussen verschillende actoren, bv. met de domeinen werk en huisvesting. De stakeholders geven aan dat er reeds heel wat stappen werden gezet, maar dat de samenwerking nog steeds niet de beoogde meerwaarde heeft bereikt.
- **Flexibiliteit**: gezien de evoluerende noden en de verschillende relevante aspecten in de context is het zorgpad niet steeds op voorhand te voorspellen. Daarnaast slagen de zorgaanbieders erin om op casusniveau heel dicht bij de hulpvraag te blijven. Dat betekent wel dat hulpverleners zich regelmatig op de grenzen van de regelgeving begeven om samen met de zorgvrager en zijn omgeving het juiste persoonlijke herstelpad te bewandelen. Er is ruimte nodig voor oplossingen die niet volgens de regels zijn, maar het herstelproces van de cliënt wel ten goede komen. Er is binnen de GGZ met andere woorden ruimte nodig om *out of the box* te denken.

## TOEGANKELIJKHEID

De stakeholders pleiten unaniem voor een meer toegankelijke GGZ, met aandacht voor de verschillende aspecten van toegankelijkheid. De **psychologische toegankelijkheid** van de GGZ gaat vooral over de de-stigmatisering (cf. supra) en over de laagdrempelige inbedding van de GGZ in de algemene samenleving en de eerste lijn. Ook de **financiële toegankelijkheid** op verschillende niveaus komt frequent ter sprake:

- Op **macroniveau**: meer budget voor de GGZ. In ons land gaat amper 6% van het gezondheidsbudget naar de zorg voor geestelijke gezondheid.
  - *We kennen de maatschappelijke impact, vanuit gezondheidseconomisch perspectief, de kost die verbonden is aan psychische problematiek en toch blijft het verbazingwekkend hoe weinig er vanuit het beleid in geïnvesteerd wordt. Je zit natuurlijk met een context waarin investeren gelijk staat aan elders, op andere budgetten, middelen weghalen. [...] Lieven Annemans heeft voor een aantal suïcidestrategieën berekend wat het financieel oplevert. We weten dat als je investeert in geestelijke gezondheidsproblemen, dat je er als samenleving aan wint. Preventie werkt, ook op het domein van psychische problemen zijn ziektes te voorkomen. Daarom zijn de berichten omtrent de resultaten van bv. kankerpreventie zo hoopgevend. Die preventie en vroegdetectie-logica is perfect transfereerbaar naar geestelijke gezondheid. (Interview Griekie Forceville)*
  - *Ik vind dat we vandaag de verzorgingsstaat als concept aan het vergeten zijn. We zitten in een beleidskader waarin we eigenlijk moeten nadenken over wat de staat wil doen voor zijn kwetsbare burgers om hen te beschermen tegen risico's en op welke manier de staat daar een rol wil in opnemen? Dat is een zeer essentiële vraag, terwijl men nu heel erg bezig is – sommigen noemen dat een economisme – met de vraag of het betaalbaar is, of het financieerbaar is. (Interview Marc Leys)*

- Op **voorzieningsniveau**: alternatieve financieringsvormen maar geen prestatie-financiering.
- Op **cliëntniveau**: een duidelijk beeld over de kost, basisinkomen, verhoogde inkomsten, gratis zorg, versterken van de terugbetaling van zorg (uitgaven), derdebetalersregelingen... Voor veel cliënten is de zorg te duur, vooral wanneer het gaat om een langdurig traject. Gebruikers hebben ook geen zicht op wat de zorg kost of zal kosten; uit schrik voor de financiële gevolgen stellen velen de zorg uit.

Een andere dimensie van de vraag naar toegankelijke zorg is de **fysieke toegankelijkheid** van de GGZ via bereikbare en regionaal gespreide locaties, dichtbij de woonplaats van de cliënt (bv. mobiele zorg, straathoekwerk), meer openbaar vervoer, ruimere openingsuren buiten de kantooruren en alternatieve vormen van therapie naast de *face to face* contacten. De deelnemers kijken uit naar de technologische mogelijkheden van facebook, skype, chatsessies, onlinedagboeken, apps... Verder is de tijdsdimensie in toegankelijkheid belangrijk. Voorbeelden van initiatieven hierbij zijn de glijdende uren voor cliënten, geen afsprakensysteem, GGZ-aanbod buiten de kantooruren, 24u-crisiszorg en het verkorten van wachttijden.

Er wordt ook aandacht gevraagd voor initiatieven met betrekking tot de **administratieve toegankelijkheid**, zoals minder administratieve regels en drempels in de toegang tot zorg, en de *multi-channel* zorgvormen.

“ **GGZ in een breed toegankelijk inloophuis in de wijk waar alle mensen met verschillende vragen en noden terechtkunnen, waar onder dus ook GGZ-problemen, een soort huis van gezondheid en welzijn. (brainstormsessies Aalter/Leuven)** ”

Ten slotte speelt de **cliëntgerichte toegankelijkheid** een belangrijke rol. De GGZ-sector wordt gepercipieerd als een kluwen waarin de patiënten en niet-GGZ-zorgverleners amper hun weg vinden. Vele stakeholders vragen dan ook naar een duidelijk en transparant overzicht van het bestaande aanbod, met aandacht voor een meer eenvoudige structuur, een uniforme communicatie vanuit de sector en duidelijke verwijs patronen. Alles is bij voorkeur digitaal beschikbaar. Wijkgezondheidscentra en huisartsen kunnen hier een opdracht opnemen.

*In de stedelijke gebieden bindt men zich minder aan één bepaalde huisarts en spelen spoeddiensten een andere rol. Het overzicht houden op de totale gezinscontext is daar moeilijker. De rol van de huisarts is daar anders, de evolutie naar wijkgezondheidscentra is er opvallender dan in meer rurale gebieden waar er nog een meer persoonlijke relatie bestaat tussen de mensen en hun huisarts. In de stad heeft men moeilijker zicht op de populatie en de verbindingen ertussen. (Interview Kristof Hillemans)*

Verder moeten we aandacht hebben voor de sociaal-economisch kwetsbare burgers, die om verschillende redenen moeilijk de toegangspoort vinden tot de gespecialiseerde zorg (betaalbaarheid, kennis over het aanbod enz.) Maar ook de minder kwetsbare burger krijgt het moeilijker.

*Sociale ongelijkheden in de maatschappij leiden ertoe dat mensen het niet goed hebben en daardoor levenslang een bedreiging van hun gezondheid kennen. Er zijn ook mensen die in goede welvaart leven en toch grote problemen hebben qua gezondheid en de GGZ, maar dat heeft dan te maken met de maatschappelijke druk en het werk, een onevenwicht tussen wat er van de mensen wordt verwacht, de druk en wat ze aankunnen als persoon. En ik heb het gevoel dat dat onevenwicht almaar toeneemt. Ook bij mensen die niet socio-economisch kwetsbaar zijn. Er is een ongelofelijke toename van GGZ-problemen. (Interview Lieven Annemans)*

Andere invalshoeken met een impact op de toegankelijkheid van de zorg worden elders in dit deel uitgebreid besproken, zoals de technologische mogelijkheden, een betere samenwerking en informatiedeling met andere actoren, zorg op maat, omgaan met diversiteit van cliënten, het inschakelen van ervaringsdeskundigen en vrijwilligers, de betrokkenheid van de context van cliënten. Verschillende stakeholders hadden het ook over de toegankelijkheid van andere sectoren voor psychiatrische patiënten.

*Het is niet zo dat elke ex-psychiatrische patiënt een problematische huurder is, maar sociale huisvesting is per definitie een groepsgebeuren. Het is niet de bedoeling om mensen met GGZ-problemen te weren maar wel om een menswaardige oplossing te vinden voor die mensen én voor hun burens. Een maatschappelijk werker in een welzijnsinstelling kijkt in de eerste plaats naar het welzijn van de persoon. De maatschappelijk werker in een sociale huisvestingsmaatschappij heeft een totaal andere finaliteit en voor hem komt het welzijn pas op de derde plaats. Hij kijkt in de eerste plaats naar het effect op de burens en naar de woning. (Interview Gerd De Keyser)*

## TECHNOLOGIE

Iedereen is het erover eens dat technologie niet als vervanger kan worden beschouwd voor menselijk contact: technologie staat in functie van mensen en niet omgekeerd. We moeten aandacht hebben voor een aantal randvoorwaarden: technologie kost geld en niet iedereen is een expert in het gebruiken ervan.

*Er is de positieve evolutie van technologische mogelijkheden en we zien ook enorme inspanningen de voorbije jaren van innovatie in de richting van de organisatie van de zorg. (Interview Lieven Annemans)*

Technologie kan verschillende functies opnemen:

- **Innovatie.** Dat is echter afhankelijk van hoe een leidinggevende, de directie of het bestuur aankijken tegen innovatie of verandering. De stakeholders geven aan dat de meeste innovatie voortkomt uit subsidies of systeemaanvragen vanuit de overheid. Innovatie is niet structureel verankerd in de *corebusiness* van de voorzieningen.

- **Gegevensuitwisseling.** Bv. één globaal zorgdossier per cliënt over sectoren heen met inspraak voor de cliënt die zelf bepaalt wie welke toegang heeft; elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners met respect en beveiliging van privacy; minimumdata voor crisis- en noodsituaties die steeds toegankelijk zijn voor zorgverleners.
- **Alternatieve toepassingen voor therapie.** Bv. online dagboeken, chatbox, crisiszorg via e-consultaties, altijd als aanvullende functie op bestaande *face to face* contacten (bv. als ondersteuning van zorg buiten de kantooruren; online coaching wanneer het minder goed gaat; oproepsystemen en apps voor crisissituaties; meldpunten voor burens in geval van problemen).
- **Digitale media.** Ter ondersteuning van alternatieve toepassingen voor therapie (cf. supra) en als informatiebron (bv. website, online platform, discussieforum, informatieve filmpjes, online kennisdatabank).
- **Administratieve toepassingen.** Bv. agendabeheer, centraal wachtlijtsbeheer.



*We willen een multi-channel zorg die op alle vragen en inhouden kan ingaan, dag en nacht. Elke patiënt kiest de vorm van zorg die het best bij hem of haar aansluit: chat, mail, buurt, aan huis, huisarts, voorziening, telefoon, website...  
(brainstormsessies Aalter/Leuven)*

## WETENSCHAP EN METEN

De nood aan meer onderzoek naar geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg weerklinkt luid. Niet alle vragen en aspecten kunnen het voorwerp vormen van onderzoek, maar hierbij halen we alvast enkele van de belangrijkste noden aan. Men vraagt onderzoek naar:

- mogelijke oorzaken van psychische problemen (erfelijke factoren en omgevingsfactoren);
- alternatieve geneeswijzen;
- biomedisch onderzoek;
- de organisatie van de zorg (bv. ketenzorg versus netwerken, inzet van ervaringsdeskundigen, identificatie van drempels tot zorg, effecten van werkdruk op hulpverleners);
- hulpverleners (bv. effect van werkdruk, kenmerken van een hulpverlener);
- patiënten (bv. hun mening en ervaringen);
- zorginhouden (bv. vraag naar effectmetingen, outcomemetingen, effectiviteit van behandelingen, kwaliteitsindicatoren, effecten van residentiële zorg, effecten van medicatie, onderzoek naar herstelbevorderende factoren);
- financieringssystemen;
- (het voorkomen van) noden, gekoppeld aan onderzoek van de noden aan een herverdeling van middelen (regionaal en over zorgvormen heen);
- de effecten van maatschappelijke ontwikkelingen op de psychische gezondheid van burgers;
- systematische bevolkingsonderzoeken (bv. de geestelijke gezondheid van de burgers en de nood aan GGZ).
- Er zijn weinig vragen naar klinisch of diagnostisch onderzoek.

Er dient aandacht te zijn voor het belang van *practise- en experience-based* onderzoek en van longitudinaal onderzoek in samenwerking met andere landen en andere sectoren. Ook de verrijkende eigenschap van bestaande data mogen we niet over het hoofd zien. Zo beschikken de ziekenfondsen over zeer uitgebreide gegevensbestanden.

*Per lid hebben we informatie over de uitgaven voor behandeling en medicijnen. Deze data kunnen in globale studies gebruikt worden om er trends uit te halen (bv. hoeveel betalen leden in het totaal of per type verzorging, vergelijkingen tussen leden over verschillende zorgaanbieders heen, vergelijkingen tussen zorgvoorzieningen over het gebruik van psychofarma). In het gegevensbestand zit geen informatie over de eigenlijke aandoening van de patiënt. (Interview Rebekka Verniest)*

In de zorg wordt veel geregistreerd. ‘Meten is weten’ heet het adagium. De stakeholders benadrukken echter meermaals dat ‘meten ook zweten is’. We moeten met andere woorden aandacht hebben voor de registratie-inspanningen die hulpverleners leveren bij het verzamelen en invoeren van data. Metingen dienen zinvol en bruikbaar te zijn. Ze moeten de zorgpraktijk kunnen verbeteren, transparantie kunnen bieden, en de kwaliteit van het aanbod kunnen aantonen. Denk aan het meten van herstel, de zorgorganisatie, de tevredenheid van patiënten, en het effect van bestaande zorgvormen. Hierbij moeten we aandacht hebben voor het belang van zowel kwalitatieve als kwantitatieve aspecten, en het belang van uniforme metingen met duidelijke instructies en vergelijkbare resultaten.

- *Mijn onderzoeksdomain heeft zich jaren bezig gehouden met kosteneffectiviteit van nieuwe geneesmiddelen en preventieve behandelingen. Hoeveel kost dat en wat levert dit aan gezondheidswinst op? Maar de jongste tijd is er meer interesse voor hoe we de gezondheidszorg moeten hervormen om ervoor te zorgen dat er zoveel mogelijk mensen gezond en dus hopelijk ook gelukkig kunnen zijn. En dan gaat het vooral over het gezondheidssysteem en niet over individuele producten en diensten. (Interview Lieven Annemans)*
- *Ik denk dat de evidence based-agenda in de zorg perfect is te verdedigen. Maar ik heb een hekel aan het discours dat nu gevoerd wordt over welke methodologie nu correcte evidence oplevert en waar je moet naar kijken. Zeker over maatschappelijke vragen, want daar gaat het niet alleen over klinische resultaten maar heeft het ook te maken met normen, waarden, cultuur en met prioriteiten. (Interview Marc Leys)*

## 2. WAAROM WIL DE BURGER WAT HIJ VANDAAG WIL?

In wat volgt focussen we op het **Waarom**. We proberen te begrijpen welke factoren ertoe bijdragen dat de wereld is zoals hij nu is. Welke geografische, culturele, sociaal-economische, politieke, psychologische... elementen maken dat de zorg vandaag op een bepaalde manier wordt georganiseerd.

De ideeën van de brainstormsessies en de interviews werden op een andere manier geordend, enerzijds naar inhoud, anderzijds naar hun mate van “toekomstbestendigheid” en veranderlijkheid. De vraag werd gesteld hoe tijdsafhankelijk deze ideeën en uitspraken zijn. Zijn ze tijdelijk of blijvend? Is er een grote kans dat ze over tien jaar nog gelden, of zullen ze tegen die tijd verdwenen zijn?

Er worden vier categorieën van veranderlijkheid onderscheiden.

- **Trends:** elementen die betrekking hebben op tijdsafhankelijk gedrag, waarden en voorkeuren van mensen;
- **Ontwikkelingen:** elementen waarvan kan worden verwacht dat ze in de loop van de tijd zullen blijven bestaan maar wel zullen toenemen of verminderen;
- **Blijvers:** normen, waarden en gebruiken, gewoontes binnen een specifieke samenleving waarvan kan worden verwacht dat ze in de loop van de tijd stabiel zullen blijven, ook al liggen die elementen niet biologisch vast;
- **Wetmatigheden:** elementen die van nature uit niet wijzigen of minstens over een zeer lange periode stabiel blijven.

Op basis van de twee invalshoeken (inhoud en mate van veranderlijkheid) stelden we een **matrix** op.

Type		Wetmatigheid	
Inhoud	Trend	Ontwikkeling	Blijver
<b>Geografisch</b>		Er bestaan grote verschillen tussen grootstedelijke, stedelijke en rurale gebieden.	Op basis van historisch gegroeide verschillen heeft elke regio zijn eigenheid, ook inzake zorg.  Zelfs binnen een regio bestaan er veel lokale verschillen: zo voert de ene gemeente een ander beleid ten aanzien van mensen met een psychische kwetsbaarheid dan een andere gemeente
<b>Godsdienstig</b>		Er is een sterke nood aan een zoektocht naar zingeving en spiritualiteit.	In tegenstelling tot sommige andere godsdiensten of culturen hebben we het gevoel dat we de regels mogen overtreden en bij uitbreiding vele regels. We mogen verboden overtreden. Denk bijvoorbeeld aan de vele bouwvertredingen of onze fiscale creativiteit.
<b>Cultureel</b>			Vlaamingen spreken niet graag over hun problemen.  Vlaanderen heeft een probeercultuur, elk goed idee mag bestaan.  Er bestaat een groot cultuurverschil tussen Vlaanderen en Wallonië.
			Er bestaan ook grote verschillen in de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg tussen Wallonië en Vlaanderen.

Type				
Inhoud	Trend	Ontwikkeling	Blijver	Wetmatigheid
<b>Medisch</b>	Ouders hebben de neiging om opvoedingsproblemen sneller te medicaliseren. Het labelen als een medisch probleem ontslaat je als ouder van de pedagogische verantwoordelijkheden.	In het herwinnen van gezondheid zetten we de woorden "herstel" en "empowerment" centraal, maar in de dagelijkse praktijk vergeten we die woorden weleens.	We zijn altijd benieuwd hoe het er in Nederland aan toe gaat.  Er is maatschappelijk vooral aandacht voor de somatische zorg en veel minder voor de psychische gezondheid.	
	Als er echt iets misloopt, wordt er naar elkaar gekeken. Wie is er verantwoordelijk?	In verhouding tot andere medische disciplines is psychiatrie nog een jonge wetenschap.	We streven naar een maximale participatie, maar een zorgvrager is niet steeds gebaat bij het hoogste niveau van participatie.	
	De registratielast in welzijn en zorg ligt hoog. Tegelijk wordt de schat aan informatie amper benut.	De groep van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening neemt toe.	In de GGZ bouwen we verder op de expertise van de professionals en hanteren weinig algemeen geldende protocollen. Daarnaast proberen we te zoeken naar een zekere beheersing van het systeem (en hierin kunnen protocollen bijdragen).	
	Zorgorganisaties leggen verantwoording af ten aanzien van de overheden via rapportage. Die geeft amper aanleiding tot een bijsturing van het gezondheidsbeleid.	Doordat veel meer informatie vlot toegankelijk is, doen we aan zelfdiagnostisering.	Professionals krijgen ruimte om hun ding te doen maar dienen hiervoor ook de verantwoordelijkheid te nemen.	



Type		Wetmatigheid		
Inhoud	Trend	Ontwikkeling	Blijver	Wetmatigheid
		Het labelen met bepaalde diagnoses is tijdsgevoelig (bv. ADHD en anorexia).	We dromen van een gedeeld zorgdosier of zorgplan, maar gegevensdeling tussen voorzieningen en diensten onderling loopt moeilijk.	
		Door een vlotte toegankelijkheid van medische kennis via internet en andere fora wordt medische kennis internationaler. Die informatiedeling is echter beperkt tot professionals.		
		Het geheel van het zorgaanbod is als systeem niet afgetoetst op zijn volledigheid en waarde.		
		We streven meer naar participatie van cliënten, maar organisaties zijn nog erg zoekende hoe men dit kan realiseren.		
		Kwaliteit wordt belangrijker (certificaten...).		
<b>Psychologisch</b>	De druk op het individu neemt toe. Vroeger bouwden mensen voort op een gedeeld spiritueel kader. Nu is men aan zichzelf overgeleverd.	Ouders worden onzeker in hun rol en verantwoordelijkheid als ouder en daardoor angstiger.	Iedereen heeft het recht om dat te kiezen waarvan hij denkt dat het voor hem van waarde is. We schatten zelfbeschikking en autonomie hoog in.	Mensen willen grip hebben op hun herstelproces. De sector van de geestelijke gezondheid helpt burgers hierin weinig vooruit door het onvoorspelbaar karakter van het herstelproces, zowel in tijd als in nodige middelen.  Wat niet biologisch verifieerbaar of fysisch vaststelbaar is, wordt minder belangrijk geacht.

Type				
Inhoud	Trend	Ontwikkeling	Blijver	Wetmatigheid
<b>Economisch</b>		Privé-gevestigde psychologen worden niet terugbetaald door het ziekenfonds. De privé-gevestigde psycholoog bepaalt zelf wat hij of zij verdient.	Economisch staat het iedereen vrij een initiatief te nemen. Er bestaat dan ook heel wat.	Het aanbod bepaalt de vraag.
		Tussen sectoren binnen en buiten de zorg is er wel samenwerking op cliëntniveau maar amper op structureel niveau.	De vermarkting van de GGZ komt gaandeweg op gang.	
			GGZ is niet lucratief.	
			Het grootste deel van de zorgsector is een gesubsidieerde sector.	
			Patiëntenstromen zijn verbonden met de economische situatie.	
			Voor gezondheidszorg is er een verdeelde bevoegdheid. Dat leidt tot heterogeniteit in het beleid en de financiering.	
			Door de huidige politieke structuur zijn aanbieders van zorg verplicht om veel te registreren.	
<b>Juridisch</b>			De regels rond het beroepsgeheim belemmeren een optimale samenwerking tussen de sectoren.	
<b>Politiek</b>		Vanuit de overheid is er geen globaal omvattend beleid voor de GGZ. Het gevolg is ad-hocbeleid, wat de sector fragiel maakt.	De overheid stuurt weinig in de zorg.	

Type		Wetmatigheid		
Inhoud	Trend	Ontwikkeling	Blijver	Wetmatigheid
		De politieke context van verkiezingen om de 4 à 5 jaar leidt tot kortstondige en snelle veranderingen.	Politieke besluitvorming neemt heel wat tijd in beslag.	
		Om het huidige beleid vorm te geven, steunt men op de inzet van de mantelzorger.		
<b>Sociaal-maatschappelijk</b>	Er zijn steeds minder algemeen geldende referentiekaders voor een individu, waardoor elk individu voor zichzelf moet beslissen wat hij wil doen en betekenen in de maatschappij.	Er is een toename van het aantal cliënten.	Men maakt maatschappelijk geen drastische keuzes: nieuwe structuren verschijnen, maar de oude structuren blijven ook bestaan waardoor er een overvloed aan structuren bestaat.	Er is in het verleden veel gezaaid, over de tijd gegroeid, maar de oogst verloopt niet altijd even goed.
		Er is veel kennis beschikbaar, maar die is niet begrijpelijk voor de gewone burger.	Vele initiatieven zijn ontstaan vanuit een maatschappelijke noodzaak.	
			Er bestaat een verschil in gepercipieerde hiërarchie tussen de verschillende disciplines van artsen en specialisten: psychiaters staan onderaan, samen met andere specialisten die weinig technische handelingen uitvoeren.	
			Jongeren krijgen op steeds jongere leeftijd meer verantwoordelijkheid.	
			De participerende burger is nog niet aan de orde.	

**DEEL 2**

# **DE TOEKOMST**



In dit deel maken we de stap van het heden naar de toekomst. We proberen met een 'Open Mind' naar de toekomst te kijken. Hoe zal de wereld er in 2026 uitzien? Welke zijn de voornaamste elementen die een invloed zullen uitoefenen op mensen in een kwetsbare situatie? Wat is de context waarin de kwetsbare burger zich anno 2026 bevindt? Wat zal de burger zoeken in 2026 en wat zal hij nodig hebben? We verzamelen de bouwstenen van de toekomst. Om tot de hierna beschreven toekomstvisie te komen werden factoren verzameld uit literatuurstudie, en uit interviews met experts en stakeholders. Uit de 400 uitspraken die werden gedaan over de toekomst hebben we 15 krachtlijnen of *driving forces* gedistilleerd. Samen vormen ze het krachtenspel in de wereld van 2026 dat van invloed zal zijn op mensen in een kwetsbare positie.

Vervolgens worden deze 15 krachtlijnen in een model samengebracht. Dat model biedt een globaal beeld van de wereld waarin de kwetsbare burger zich in 2026 zal bevinden. De krachtlijnen zijn onderling verbonden via drie dimensies (individu, groep, samenleving) en tonen ons twaalf gedragingen van de toekomstige burger ten aanzien van kwetsbaar makende situaties. Iedere burger kan elk van de beschreven gedragingen vertonen, afhankelijk van de situatie waarin hij of zij zich bevindt.

# 1.

## VERWACHTE ONTWIKKELINGEN IN 2026

Hoe zal de wereld er over tien jaar uitzien? Gebaseerd op de matrix van trends, ontwikkelingen, blijvers en wetmatigheden uit het vorige deel, gingen we enerzijds op zoek naar trends die vandaag reeds bestaan en zich zullen doorzetten in 2026 en anderzijds naar nieuwe trends die zich tegen 2026 zullen aandienen. Die oefening leverde 15 trends op die in 2026 relevant zullen zijn voor mensen in een kwetsbare positie. Deze 15 trends beogen zeker geen totaalbeeld van de wereld in 2026 te schetsen. In wat volgt bieden we eerst een beschrijving van de trends alsof ze onafhankelijk van elkaar opereren. Daarna brengen we hun onderlinge samenhang in kaart in een model.

### Toename kwetsbaar makende omstandigheden

De veelheid en variabiliteit aan kwetsbaar makende omstandigheden zijn in 2026 toegenomen. De oorzaken zijn van allerlei aard: meer ziekten, stress, complexiteit, armoede... Een analyse van de recente cijfers over het voorkomen van emotionele problemen in de Vlaamse populatie onderbouwen die trend. Te verwachten is dat die trends zich zullen doorzetten.

*Evolutie indicatoren emotionele problemen (Bron: Nationale Gezondheidsenquête 2013 - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid)*

	2001	2004	2008	2013
<b>Percentage vrouwen (van 15 jaar en ouder) met:</b>				
depressieve gevoelens	11%	10%	13%	18%
angststoornissen	8%	8%	8%	13%
slaapproblemen	23%	23%	24%	33%
eetstoornissen				10%
<b>Percentage mannen (van 15 jaar en ouder) met:</b>				
depressieve gevoelens	6%	6%	6%	11%
angststoornissen	4%	4%	4%	7%
slaapproblemen	17%	17%	18%	26%
eetstoornissen				6%

Het aantal gebruikers van antidepressiva nam in Vlaanderen in de afgelopen 15 jaar sterk toe. Er is een lineaire stijging sinds 1997. (Nationale Gezondheidsenquête 2013 - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid). Psychische aandoeningen weerspiegelen in ons land 40% van alle geleefde jaren met beperkingen en zijn de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. Meer dan een kwart van het ziekteverzuim dat langer duurt dan 15 dagen kent een psychische oorzaak. Depressie is momenteel de eerste oorzaak van chronische zorg (Itinera, 2013). In het laatste decennium was er een stelselmatige stijging van het ziekteverzuim. SD Worx, dat het ziekteverzuim systematisch onderzoekt sinds 2004, signaleert een stijging van 3,62% in 2004 naar 5,12% in 2014 voor het totale ziekteverzuim. De stijging geldt in het bijzonder voor het langdurig ziekteverzuim (langer dan één maand). Voor het eerst lag in 2015 het langdurig verzuim hoger dan het kortdurend (korter dan één maand). De oorzaken van die stijging zijn divers, maar emotionele problemen spelen een belangrijke rol.

In 2026 zal er een verdere toename zijn van geestelijke gezondheidsproblemen en chronische ziekten, onder meer door de vergrijzing. We mogen ervan uitgaan dat ongeveer een derde van de kinderen en jongeren die opgroeien met een ouder met een psychische aandoening zelf geen psychiatrische aandoening zal ontwikkelen, een derde zal psychische problemen ervaren van voorbijgaande aard en een derde zal op latere leeftijd kampen met een langdurige psychiatrische aandoening. (De Rycke & Sabbe, 2014; Itinera, 2013) Een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg heeft wel een onmiddellijk en positief effect op de maatschappelijke kost: minder werkverlet of ziekteperiodes, een betere huisvesting en een sterker en harmonieuzer persoonlijk en familiaal leven.

In 2026 nemen, ondanks alle omstandigheden, de kwetsbare omstandigheden toe. Studies van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin tonen aan dat 72% van de personen die nu een beroep doen op een OCMW of CAW, een toestand van psychisch onwelbevinden ervaren: 58% van hen kent een milde depressiviteit, 36% ondernam reeds een poging tot zelfdoding (Itinera, 2013).

De complexiteit van de samenleving neemt steeds meer toe waardoor sociaal zwakkeren verder uit de boot vallen. Door overheidsbesparingen wordt beknipt op sociale ondersteuning en dus ook op maatschappelijk werkers en andere professionals die mensen helpen met het invullen van de nodige formulieren om sociale voordelen aan te vragen. Hierdoor dreigen meer mensen uit de boot te vallen. 'Voor het aanvragen van zorg, subsidies of een uitkering moeten er meerdere stappen worden doorlopen die voor iemand met een laag IQ vaak onbegrijpelijk zijn'. (Woittiez, 2014) De toegang tot de noodzakelijke zorg wordt bedreigd door hetzelfde euvel. Psychisch kwetsbare mensen worden daardoor nog kwetsbaarder en dreigen de toegangspoort tot zorg niet meer te vinden.

*Niet iedereen vindt even goed de weg naar de sociale voordelen waar ze recht op hebben. Sociaal sterkeren vinden de weg wel, terwijl ze de sociale voordelen niet nodig hebben maar wel opgebruiken. (Interview Else Tambuyzer)*

In 2026 is de kloof tussen arm en rijk verder toegenomen. Mensen stellen om financiële redenen hun vraag naar zorg uit of zoeken zelfs geen hulp. 30% van de eenoudergezinnen in Vlaanderen stelt om financiële redenen een bezoek aan een arts uit. Door dit uitstelgedrag zijn er in een later stadium meer acute klachten. Arm blijft ook ziek maken. De woonsituatie van deze mensen staat blijvend onder druk. Bovendien daalt het draagvlak voor bijkomende sociale huisvesting.

*Veel (ex-)cliënten die als genezen zijn verklaard en losgelaten worden in de maatschappij zijn vaak nog niet klaar om zelfstandig te functioneren en voor zichzelf te zorgen. De beslissing dat een cliënt klaar is voor instroom in de maatschappij lijkt een zuiver medische beslissing te zijn. Men zou ook rekening moeten houden met andere aspecten zoals huisvesting, tewerkstelling en vooral ook de capaciteit om zelfstandig te kunnen leven. Er is nood aan exit-management. [...] Mensen die nergens terecht kunnen, komen vaak terecht op de private huurmarkt, waar ze vaak veel meer moeten betalen dan ze kunnen en met minder sociale controle in de wijk. (Interview Gerd de Keyser)*

## **Gebrek aan betekenisvolle tijd**

Doodat men vanuit de maatschappij de klemtoon legt op de maximale ontplooiing van het individu, het nemen van eigen verantwoordelijkheid, ook voor het eigen geluk, is de druk op het individu in 2026 toegenomen. Die druk komt van verschillende kanten: mensen verwachten meer van het leven zelf, van hun partner, van collega's. Tot de leeftijd van 18 jaar worden minderjarigen ondersteund, geholpen en begeleid. Maar zodra de achttiende verjaardag is gepasseerd, lijkt een mens opeens vaardigheden te bezitten die hij enkele uren voorheen nog niet had. Plots vallen vele vormen van zorg, begeleiding en ondersteuning weg.

We worden verwacht verscheidene rollen tegelijk op te nemen: we nemen de zorg op voor kinderen en ouders en mogen onze carrière niet uit het oog verliezen. Van onze kinderen verwachten we dat ze zich op velerlei terreinen ontwikkelen: we stimuleren ze actief te zijn in sportclubs, vrijetijdsverenigingen, culturele organisaties... Soms treden die rollen in conflict met elkaar.

*De diversiteit aan eigenbelang neemt toe. Dit leidt bv. tot conflicten in de publieke ruimte (bv. jongeren hebben recht op spelen; ouderen hebben recht op rust). Daarin krijgt het perspectief van (kwetsbare) kinderen en jongeren veel te weinig een plaats in het debat. (Interview Bruno Vanobbergen)*

De wereld draait ook steeds sneller waardoor we meer het gevoel hebben geleefd te worden in plaats van zelf te leven.

*Doordat de maatschappij constant in verandering is, kunnen mensen niet meer aanhaken. Het is een constante verandering die maar sneller en sneller gaat. Mensen voelen zich alsof ze in een science fiction wereld leven. (Interview Griekke Forceville)*

Er komt een groter onevenwicht tussen wat er van een persoon wordt gevraagd en wat hij mentaal aankan. Veel mensen hebben het gevoel dat de balans tussen werken en leven verstoord raakt. Werkgerelateerde problemen nemen toe. Dat onevenwicht is niet nieuw; ook vroeger hadden mensen het vaak moeilijk om hun tijd in te delen.

*In België is er sprake van een productiviteitsparadigma. Mensen worden gesocialiseerd in een verwachtingspatroon dat kwetsbare mensen letterlijk gek maakt. Dat heeft alles te maken met druk: wanneer voldoe je aan bepaalde voorwaarden om te participeren in de maatschappij? (Interview Marc Leys)*

Een toenemende kwetsbare groep zijn diegenen die het financieel goed hebben, maar een te hoge maatschappelijk druk ervaren. Het evenwicht tussen datgene wat van mensen wordt verwacht en wat ze aankunnen, is uit balans. Tijd en druk zijn gerelateerde, maar geen communicerende vaten. Maar doordat men de druk op zichzelf legt, creëert men bijkomende druk. Denken we bv. aan de verplichting die velen voelen om continu bereikbaar te zijn. Daarnaast vermindert de ervaring dat de beschikbare tijd ook daadwerkelijk betekenisvol kan worden ingezet. Het gevoel overheerst achter de feiten aan te lopen en weinig zeggenschap te kunnen uitoefenen over hoe men zijn beschikbare tijd besteedt. We missen *quality time*. Bovendien leggen we de lat steeds hoger voor datgene wat we betekenisvol vinden.

### **Preventie: noodzakelijk maar moeilijk te realiseren**

In 2026 wil men meer inzetten op preventie. Iedereen is zich bewust van het nut en belang van preventie en proactief handelen. Zo is de bestrijding van kinderarmoede gelegitimeerd op basis van economische overwegingen: als je vandaag investeert in die kinderen, heb je daarvan later *return on investment*. Dan bespaar je op andere vormen van zorg die die kinderen anders in een latere levensfase nodig zouden hebben



en dragen ze bij tot het BBP in de samenleving. Evenzeer helpt vroegtijdige opsporing van somatische ziekten, bv. kanker. Die screenings drukken de kosten op langere termijn. Ook in het domein van de GGZ kunnen ziektes voorkomen worden. Investeren in preventie zorgt dus voor besparingen op langere termijn en een betere levenskwaliteit.

Bovendien is het duidelijk dat heel wat GGZ-problemen ontstaan vóór de leeftijd van 25 jaar. Driekwart van de aandoeningen, bv. middelenmisbruik en angststoornissen, uit zich vóór de leeftijd van 24 jaar. (Itinera, 2013). De helft van de *life time* cases van psychische stoornissen begint rond de leeftijd van 14 jaar. Thomas Insel noemt mentale stoornissen terecht de chronische ziekten van de jeugd (Insel, 2009). Niet of niet tijdig ingrijpen heeft een hoge kost. Eenmaal voorbij de 'risicoperiode' daalt de incidentie van nieuwe cases heel sterk. Uit onderzoek weten we dat hoe langer een mentale aandoening onbehandeld blijft, hoe meer de verdere ontwikkeling en de outcome van een behandeling negatief worden beïnvloed. De frequenties en ernst van moeilijke episodes nemen toe. De behandelrespons is slechter naarmate de aandoening langer onbehandeld blijft. Gemiddeld genomen duurt het vanaf het eerste optreden van psychische symptomen tien jaar voor mensen hulp zoeken. De opstart van professionele zorg komt vaak veel te laat: gemiddeld één jaar te laat voor stemmingsstoornissen, 16 jaar voor angststoornissen en 18 jaar voor middelenmisbruik. Hierdoor kennen patiënten een verhoogd risico op de noodzaak van een levenslange behandeling (OESO, 2013).

*Sometimes people with mental health problems need to be really badly affected before they get the right, sufficient treatment. (Interview Maria Nyman)*

Ondanks het feit dat iedereen overtuigd is van het nut van preventie en gezondheidspromotie, wordt het steeds moeilijker die preventie te operationaliseren. De overheid reageert inefficiënt omdat er te laat wordt gereageerd op maatschappelijke ontwikkelingen. Vaak zien we de ontwikkelingen wel aankomen, maar we vinden noch de tijd noch de beleidsruimte noch de middelen om het handelen op die ontwikkelingen tijdig en adequaat af te stemmen. Die inefficiëntie wordt mee verklaard door de *construal level theory*. Die theorie in de sociale psychologie beschrijft de relatie tussen de psychologische afstand en de mate waarin het denken van mensen abstract of concreet is (bv. over objecten en gebeurtenissen). De algemene idee is dat hoe verder een object in tijd of afstand van het individu staat, hoe abstracter de gedachten erover zijn. Terwijl hoe dichterbij het object is, hoe concreter de gedachten erover zijn. Aldus neigen we te kiezen voor de korte termijn dan wel voor de langere termijn. Vaak reageren we ook 'reactief', zowel op individueel niveau als op macrobeleidsniveau. We willen wel inzetten op de eerste lijn, maar ook hier blijft het moeilijk. Er is een groeiend tekort aan huisartsen, waardoor huisartsenpraktijken vol raken en er minder tijd is voor de psychosociale problematiek van cliënten en voor preventie.

## Marktwerking in de zorg

In 2026 wordt zorg beschouwd als een (commercieel) product. Technologische ontwikkelingen dragen bij aan nieuwe mogelijkheden in de zorg die de levenskwaliteit van de burger kunnen verbeteren. Die vormen worden als ‘verbruiksproducten’ aangeboden aan potentiële klanten die vervolgens kunnen kiezen uit het ruime aanbod, zowel inzake producten en diensten als wat betreft de aanbieders. De invoering van de persoonsvolgende financiering is de motor voor die commercialisering van de zorg.

Door die nieuwe ‘marktvisie’ op zorg oefent de burger een directe invloed uit op het beschikbare aanbod van zorg. Of een bepaald aanbod in de vorm van een product of pakket van dienstverlening blijft bestaan en zal overleven, is immers deels afhankelijk van het feit of cliënten (blijven) kiezen om dit ene product of dienst verder in te kopen. Aldus creëert de vraag het aanbod. Dit in tegenstelling tot de situatie in 2016, waarbij het bestaande aanbod veeleer de vraag creëerde. Het betekent dat burgers de informatie over de verschillende beschikbare producten en diensten van verschillende aanbieders gaan vergelijken. Concurrentie tussen aanbieders van soortgelijke producten en diensten is het gevolg. Om mensen in staat te stellen de juiste keuzes te maken en in de hoop om meer ‘klanten’ te werven, maken zorgaanbieders de kwaliteit van hun zorg transparant.

Burgers gaan ook meer op zoek naar *value for money*. Zij zoeken die producten en diensten met de grootste balans tussen enerzijds de voor hen geboden meerwaarde als antwoord op de eigen prioritaire noden en anderzijds de kostprijs van die producten en diensten. Cliënten gaan op zoek naar informatie over zowel de kwaliteit van de zorg als de kostprijs. Die zoektocht naar *value for money* geldt niet alleen voor de individuele burgers maar ook voor het zorgsysteem als geheel. Er zijn steeds meer publieke discussies over terugbetalingen wanneer mensen onvoldoende preventie in acht nemen of er een ongezonde levensstijl op nahouden.

*Enerzijds nemen de verwachtingen van patiënten, de kosten van nieuwe technologieën en de medicalisering steeds meer toe. Terwijl er anderzijds sprake is van een beperkt zorgbudget. Het gezondheidssysteem balanceert tussen drie principes: de kwaliteit, de solidariteit en de duurzaamheid van de zorg. Nadruk op kosteneffectiviteit kan die principes verzoenen. (Interview Lieven Annemans)*

Door de diversiteit aan zorgvragen en de zoektocht naar *value for money* gaan cliënten op zoek naar een waaier aan producten en diensten. Hiervoor beperken zij zich niet tot producten en diensten van klassieke aanbieders van zorg en ondersteuning. Kleine (individuele) zelfstandige personen of groepen van personen krijgen evenzeer de kans om nieuwe producten en diensten in de markt te zetten. Dat opent perspectieven voor ervaringsdeskundigen. Ter vergelijking: vele ervaren en doorwinterde reizigers ontpoppen zich tot (zelfstandig) reisleader of reisbureau, al dan niet in een nichemarkt. In die openheid om producten en diensten in de markt te zetten, is de overheid teruggetreden. Zij tekent enkel de grote krijtlijnen uit en laat de invulling ervan over aan de sociale ondernemers en commerciële aanbieders. Niet elke burger heeft echter baat bij marktgestuurde zorg. Zij die geen of weinig geld hebben, hebben weinig keuze om

zorg in te kopen. Bovendien weerklinkt hun stem niet luid genoeg om het gezondheidssysteem te beïnvloeden - zij zijn maar kleine gebruikers - en dus te veranderen. Op die manier wordt het rechtvaardigheidsbeginsel geschonden.

*Het gat tussen rijk en arm zal verder toenemen. Als je geld hebt, kan je deelnemen aan deze maatschappij. Een 'recht' kan gekocht worden. Diegenen die dat niet kunnen, ervaren uitsluiting. Het ervaren van onrechtvaardigheid en ongelijkheid binnen de samenleving neemt toe. (Interview Grieke Forceville)*

De marktgestuurde zorg dwingt de aanbieders van zorg en welzijn tot kwaliteitsvolle producten en diensten. Zij zoeken daarvoor samenwerking met allerlei onderzoeksinstellingen. De verschillende aanbieders werken ook onderling samen en zetten *joint ventures* op voor verschillende deelproducten of -diensten, zelfs over de sectoren en landsgrenzen heen. Hierbij kunnen (groepen van) aanbieders een onevenredige machtspositie verwerven en hierdoor vooral de vraag sturen ten nadele van de wensen van de burgers. Bovendien zullen zij zich vooral richten op die niches van de markt die het meest rendabel zijn. Hierdoor dreigen meer complexe zorgvragen uit de boot te vallen.

## Balans tussen menselijkheid en beheersbaarheid

In 2016 besteedt België 10,2% van zijn welvaart (BBP) aan gezondheidszorg. Van dat totaal gaat amper 6,2% naar de geestelijke gezondheidszorg (0,62 % van het BBP). Onze buurlanden besteden beduidend meer middelen aan geestelijke gezondheidszorg. Die geringe investering staat tegenover de globale kostprijs voor psychisch onwelzijn die in ons land geschat wordt op 3% tot 4% van het BBP (Itinera, 2013).

Vanaf 2016 zoeken we naar het Europese ideaal van effectiviteit en efficiëntie: wat maakt een samenleving humaan en hoe bekostigen we dat? In 2026 is er een zekere balans tussen de effectiviteit (de waarde) en de efficiëntie (de kosten). Er ligt meer nadruk op preventie. Er worden meer gerichte keuzes gemaakt: welke middelen worden waarvoor ingezet? Volgens het billijkheidsprincipe is het meer zinvol om middelen in te zetten om mensen uit de ergste nood te helpen dan mensen te helpen die al een aanvaardbaar niveau van gezondheid hebben.

Er ligt meer nadruk op efficiëntie in de zorg en er is een verhoogde druk om meer te doen met dezelfde middelen. Er wordt gestreefd naar kwaliteitsverbetering, waarbij impliciet de vraag wordt gesteld of het beschikbare geld goed wordt aangewend. De kwaliteit van zorg wordt meer aantoonbaar en transparant. De betrokkenheid van tal van actoren zoals professionals, voorzieningen, universiteiten, overheden, patiënten en verzekeringsinstellingen is toegenomen, opdat men vanuit een breed maatschappelijk debat de juiste dingen meet en registreert.

Om te komen tot kwaliteit worden er protocollen en procedures gehanteerd, maar er wordt ook rekening gehouden met het verlenen van persoonsgerichte zorg, wat meer is dan de loutere toepassing van protocollen en procedures. Vlaanderen blijft vasthouden aan een 'probeer cultuur' met ruimte voor experimenten op het vlak van zorginnovatie.

Het geld voor die innovatie moet dan wel worden gehaald uit het efficiënter inzetten van de bestaande middelen. De zuivere prestatiefinanciering staat onder druk en wordt vervangen door financieringssystemen die uitgaan van de volgende principes:

- *Incentives* voor het leveren van hoge kwaliteit via combinatie van *output* en *outcome*;
- *Incentives* voor innovatie;
- De bevordering van efficiënte en geïntegreerde zorg, inclusief middelen voor de coördinatie;
- Rekening houden met de diversiteit van het behandelaanbod.

De overheid zoekt steeds meer naar beheersing van de maatschappelijke middelen en de besteding van fondsen. Daartoe is een controlesysteem van ‘meten is weten’ ingesteld, waarin ook menselijke waarden en levenskwaliteit als uitgangspunten zijn opgenomen.

### Relatie patiënt-aanbieder in de zorg: van hiërarchie naar partnership

De behandelkloof voor psychische problemen is in 2016 groot en specifiek voor kinderen en jongeren gigantisch groot: 45% van de depressies en 60% van de angststoornissen blijft volledig onbehandeld. Slechts één op drie personen met psychische problemen zoekt hulp, van diegenen die hulp zoeken krijgt één op vijf niet de gepaste behandeling. Dat heeft onder meer te maken met problemen bij diagnosestelling en adequate doorverwijzing, een te groot belang dat wordt gehecht aan medicatie, een te geringe vertrouwdsheid met GGZ-problematiek op de eerste lijn en wachttijden bij de gespecialiseerde GGZ. (Itinera, 2013).

In 2026 wordt zorg gezien als een (commercieel) product. De patiënt wordt hierdoor ‘klant’ en de zorgverlener ‘producent’. Dat heeft gevolgen voor de houding van de patiënt/cliënt tegenover het geleverde ‘product’ en de kwaliteit. De cliënt wordt steeds meer consument. Mensen zijn beter geïnformeerd en zitten voorbereid aan de gesprekstafel. Cliënten zijn veeleisender tegenover de arts en andere hulp- en zorgverleners; ze verwachten onmiddellijk geholpen te worden, of wanneer het hen uitkomt. Er heerst een maatschappelijke gedachte dat alleen de specialistische, vaak technische zorg goed genoeg is. Ongeacht de ernst van de klacht. Daarbij komen cliënten met meer vragen en verwachtingen bij de huisartsen, waarbij medicatie al snel het antwoord is (Itinera, 2013). De klantgerichte benadering werkt juridisering in de hand: als ‘klant’ heb je immers een ander soort rechten wanneer je ontevreden bent over de dienstverlening. Dat brengt het thema van *contracting* en aansprakelijkheid hoger op de agenda. Die trend zet zich versterkt door in 2026.

De relatie tussen cliënt en aanbieder verandert hierdoor van een hiërarchische naar een partnership-relatie. Ook voor artsen. De arts-cliëntrelatie gaat meer uit van een partnership, waarbij samen tot een compromis komen het uitgangspunt is. Door de patiënt te betrekken in het plan voor zijn eigen behandeling wordt de menselijkheid van de patiënt gerespecteerd en krijgt hij meer regie over zijn eigen behandeling. De artsen fungeren als gids om de patiënt te helpen zijn weg te vinden doorheen de vele digitale informatiebronnen over gezondheid. Door de klemtoon op partnership

wordt de communicatie tussen patiënt en zorgverlener laagdrempeliger. Toch zijn er nog heel wat inspanningen nodig om professioneel taalgebruik af te bouwen zodat de cliënt kan meepraten in de antwoorden op zijn zorgvraag. Het aanzien en de roeping van de arts zijn gedaald.

## De ‘nieuwe mens’

In 2026 is een holistische mensbeeld gangbaar. Volgens dit mensbeeld functioneert iedere mens als individu binnen een sociale context en in het geheel van de maatschappij. Het besef is dan ook daadwerkelijk doorgedrongen dat menselijke problemen ontstaan en betekenis krijgen in een sociale context. Gezondheid wordt per definitie gezien als een samenspel van genetische, somatische, psychische, relationele en omgevingsfactoren. Al die factoren kunnen de gezondheid van mensen ondersteunen of net in gevaar brengen.

- *Er is geen absoluut begrip van dé kwetsbare burger. De condities waarin mensen leven, hun persoonlijkheid en hun sociaal netwerk zijn allemaal bepalend. De mate van isolement, van integratie en participatie varieert omwille van die context. (Interview Marc Leys)*
- *GGZ problemen worden deels ‘gekweekt’ in de maatschappij. (Interview Jürgen de Fruyt)*

In het kader van die holistisch visie op de mens kijken zorgverleners niet alleen naar de patiënt en zijn problematiek, maar naar de hele mens die erachter zit. Als dusdanig passen de zorgverleners in een behandeling protocollen toe, maar met inachtnaam van de wensen en de eigenheid van elk individu. In de zorg voor mensen in een kwetsbare positie staat herstel voorop. Bij herstel komen meerdere aspecten aan bod: identiteit, gezondheid, dagelijks functioneren en het opnemen van maatschappelijke rollen.

*The rate of exclusion (of homosexuals, women, ethnic minorities...) and discrimination influences the rate of mental health problems within a culture or country. The more barriers are dismantled, the more people feel accepted for who they are, the brighter the future for mental health. (Interview Maria Nyman)*

Door het samenspel van bio-psychosociale factoren komen er ook een aantal spanningsvelden naar boven. Wanneer in een bepaalde situatie of context de klemtoon wordt gelegd op de ‘biologische’, m.a.w. de ‘evolutionaire’ component, dan wordt het bedreigende karakter benadrukt van alles wat van de norm afwijkt. Die klemtoon zal dan ook leiden tot stigmatisering en uitsluiting van mensen die ‘afwijken’, in welke vorm dan ook.

*Dus in naam van onze veiligheid worden allerlei maatregelen genomen die geen rekening houden met de mensenrechtenbenadering. (Interview Bruno Vanobbergen)*

Wanneer in een bepaalde situatie of context daarentegen de klemtoon wordt gelegd op de maatschappij en het ‘humane’, zal veeleer de eigenheid van iedere individuele mens worden benadrukt. Burgerschap wordt vanuit dit perspectief gestimuleerd. In die context krijgt de-institutionalisering en vermaatschappelijking van zorg, waaronder

ook het herstel van mensen met een psychiatrische problematiek, een volwaardige plaats in de maatschappij.

*There is a link between social acceptance, respect for others, and mental health. You will more easily accept that you are 'different' if you have learned that diversity enriches society. You will be more resilient when you are faced with mental health problems yourself. (Interview Maria Nyman)*

### Individualisering: isolement versus aanpassingsvermogen

In 2026 is de diversiteit in onze maatschappij toegenomen. Niet alleen op etnisch en economisch vlak, maar ook op vlak van ideologie, gezinssamenstelling en leeftijdsgroepen. Een interessante studie over gezinstransities in Vlaanderen geeft een duidelijk overzicht van die wijzigende gezinstrajecten, met onder meer de evoluties inzake echtscheidingen. In vergelijking met andere Europese landen onderscheidt België zich door het hoge aandeel echtscheidingen waarbij kinderen betrokken zijn. Huishoudprojecties voor Vlaanderen tot 2021 wijzen op een toenemend aantal alleenwonende 50-plussers ten gevolge van (echt) scheiding. De gevolgen daarvan voor de sociale ondersteuning en het gezondheidsgedrag zijn nu nog niet duidelijk (Corijn & Van Peer, 2013).

De vergrijzing van de bevolking zet zich door. Tegelijk is er ook vergroening, voornamelijk door immigratie. Migratie verandert onze samenleving en sociologen spreken van superdiversiteit als een nieuw concept om de veranderende realiteit te omschrijven. Er is een grote verscheidenheid aan nationaliteiten in onze steden, maar ook in de dorpen en op andere plaatsen waar in 2016 nog nauwelijks sprake was van een multiculturele samenleving. De tweede en derde generatie migrantenjongeren kampen met zware identiteitsproblemen over hun plaats in de samenleving. De toenemende etnische diversiteit in de scholen genereert spanningen met de onderwijsstaf die overwegend uit één milieu afkomstig zijn. Dat leidt soms tot onbegrip. Onder meer taalbarrières spelen hierbij een rol. De vroegere dominante godsdienst is vervangen door een veelheid aan levensbeschouwingen en religies. Er is een toegenomen kloof tussen inkomensklassen en sociaal-economische groepen.

*Sociaal-economisch zwakke burgers hebben vaak meer gezondheidsproblemen dan de norm, maar worden slecht bereikt voor zowel goede zorg als preventie. In het geval dat ze zorg ontvangen, is het vaak 'dweilen met de kraan open' omdat het kernprobleem blijft bestaan, namelijk een grote sociale ongelijkheid. (Interview Lieven Annemans)*

Naast het klassieke gezin is er in 2026 nog een veel grotere diversiteit aan samenlevings- en gezinsvormen: eenoudergezinnen, nieuw samengestelde gezinnen enz. Dit noopt tot een heel ander type ouderschap en opvoeding, die druk op kinderen kan geven.

In 2026 vinden burgers een plaats in de maatschappij door aansluiting te zoeken bij die groep(en) die het meest beantwoorden aan hun verwachtingen. Dat impliceert dat mensen doorheen hun leven kiezen voor andere groepen in functie van hun levensfase en wijzigende interesses. Hierdoor staat elke persoon ook meer als individu in het leven: als een unieke combinatie van deelnemer aan andere groepen. We praten dan

ook liever met een ‘verre’ gelijkgestemde dan met onze buur, die we nog enkel groeten met een korte knik. Enkele groepen van mensen proberen hier een tegengewicht te bieden en nemen initiatieven die groepen en mensen verbinden.

*De maatschappij zit in een overgang tussen een exclusieve naar een inclusieve maatschappij. Conflicten van vandaag worden morgen minder en het samen ervoor gaan gaat overheersen (Interview Katrien Bressers)*

Het deel uitmaken van groepen geeft mensen comfort en biedt hen een gevoel van veiligheid; ze zijn immers omringd door gelijkgestemden. We tonen ons tolerant tegenover deze gelijkgestemden. Anders is het voor mensen die geen deel uitmaken van de groep: die vormen een mogelijke bedreiging voor de persoon en zijn groep van gelijkgestemden. De huidige samenleving is minder veerkrachtig dan voorheen.

- *Terwijl vroeger de ‘dorpsgek’ een plaats had in de maatschappij, hebben mensen tegenwoordig meer haast, geen geduld en minder begrip voor afwijkend gedrag. (Woittiez, 2014).*
- *Burgers zijn tolerant zolang het niet gaat om hun eigen buurman of -vrouw, vaak vanwege angst voor overlast; ‘niet in mijn eigen achtertuin.’(Oudenampsen, 2005)*
- *De maatschappij is druk met het idee dat iedereen moet integreren, maar doet dat op een gesegmenteerde manier. Of iemand nou gehandicapt of oud is, het ontwerp van de rolstoel blijft gelijk. Er wordt gedacht in referentiegroepen in plaats van behoefteprofielen. Behoeften zijn voor mensen in essentie dezelfde. Enkel als we eerst naar het ‘gedeelde’ kijken en dan naar het ‘specifieke’ zullen we integratie van allen realiseren. (Interview Marc Leys)*

Mensen zoeken en vinden gelijkgestemden die hun mening bevestigen. Dat proces leidt ertoe dat mensen minder geneigd zijn van mening te veranderen. Immers, van mening veranderen betekent ingaan tegen de groep en desgevallend de groep (moeten) verlaten. Doordat mensen aansluiting zoeken bij gelijkgestemden ontstaan geïsoleerde subculturen met elk hun eigen specifieke verwachtingen ten aanzien van de maatschappij. De samenleving in 2026 moet anticiperen op de verschillende noden vanuit verschillende subculturen. Eenheidsworst is uit den boze.

Het zoeken naar gelijkgestemden loopt moeilijk voor mensen die niet in staat zijn om bij een groep aan te sluiten, geen groep van gelijkstemden vinden, of niet in staat zijn om flexibel van groep te wisselen. Dat leidt tot isolement en eenzaamheid, waardoor deze mensen terecht komen in een kwetsbare positie. De grote uitdaging voor de maatschappij in 2026 is het omzetten van de ‘wij-zij’ naar de ‘wij-wij’-gedachte.

- *Men ziet dat mensen van allochtone afkomst slecht vertegenwoordigd zijn in vertegenwoordigingswerk, praatgroepen, verenigingen, jeugdbewegingen. (Interview Else Tambuyzer)*
- *Mensen met afwijkende gewoonten, normen en waarden volwaardig integreren blijft zeer moeilijk in België. Het integratiemechanisme van bepaalde jonge groepen migranten loopt mank om bv. radicalisering te voorkomen. In de Belgische maatschappij blijft het moeilijk om jongeren een volwaardige ‘plaats’ te laten vinden waar ze in passen en die vermijdt dat ze zich een radicale identiteit aanmeten die zich afzet tegen het lokale. (Interview Marc Leys)*

## Nabijheid en verbondenheid als antwoord op (mentale) kwetsbaarheid

In 2026 durven mensen hun kwetsbaarheid meer te tonen. Er is een bewustzijn dat ieder mens door het leven kan worden geraakt en dat we moeten leren omgaan met de onvermijdelijke tegenslagen die ons te wachten staan. Door het besef dat ook (psychische) ziekten bij het leven horen, zijn er aarzelende signalen dat het stigma vermindert. Om die kwetsbaarheid te milderen zijn mensen op zoek naar verbondenheid. Ze willen zich spiegelen aan gelijkgestemden die hun perspectief begrijpen, hen respecteren en begrijpelijke taal spreken. Er duiken meer fora op waar mensen met gelijksoortige problemen elkaar treffen en helpen. Gelijkgestemden vinden elkaar steeds meer. Ook in de zorg.

## Autonomie heeft twee gezichten

In 2026 staat het ideaalbeeld van de autonome mens prominent op de voorgrond. Burgers verlangen naar onafhankelijkheid en streven naar maximale autonomie. Dat ondersteunt hun positief zelfbeeld en verhoogt hun gevoel van zelfwaarde. Die drang naar autonomie veronderstelt dat mensen hun doelen zelf kiezen en de weg ernaar toe zelf uitstippelen. Ook in een kwetsbare situatie blijven mensen streven naar een maximale autonomie. In hun behandeling, begeleiding of ondersteuning willen zorgvragers maximaal de regie behouden en dié behandeldoelen nastreven die aansluiten bij hun persoonlijke vragen en wensen. Die regie strekt zich ook uit over het eigenaarschap – of ten minste inspraak – in het eigen persoonlijk (elektronisch) gezondheidsdossier.

- *The choices that you make are dependent on and a reflection of what kind of person you are. Professionals do not know you well enough to make them for you. (Interview Maria Nyman)*
- *Zorgverleners moeten zich telkens aanpassen en bij elke mens naar de juiste golf-lengte zoeken. Een patiënt zich goed laten voelen is vaak een evenwichtsoefening tussen autonomie respecteren en geborgenheid bieden. Autonomie mag niet zover gaan dat de patiënt zich verloren of aan zijn lot overgelaten voelt. (Holtzer, 2014)*

Maximale autonomie betekent echter niet dat men steeds onafhankelijk moet zijn. We spreken ook van een maximale autonomie als een persoon vrij kan kiezen om zich in bepaalde situaties of omstandigheden al dan niet afhankelijk op te stellen. Sterkere mensen weten hoe ze met dat spanningsveld tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid kunnen omgaan en hoe ze vlot kunnen schakelen tussen beide modi. Door die flexibiliteit hebben zij voordeel en kunnen zij hun keuzes verdedigen ten opzichte van de sociale norm. Mensen in kwetsbare situaties zijn echter niet altijd goed in staat om op te komen voor hun eigen afhankelijkheid noch om de middelen te gebruiken die hen daarin zouden kunnen helpen de juiste keuzes te maken. Toegang tot informatie en kunnen beschikken over de juiste informatie is en blijft een wezenlijke voorwaarde om de juiste keuzes te kunnen maken. De kwetsbare cliënt komt, doordat hij vaak niet geïnformeerd is, in de kou te staan.

*Digitaal 'connected' zijn is een cruciaal onderdeel van 'participeren'. Steeds meer processen verlopen digitaal en online: publieke dienstverlening, het afsluiten van een verzekering, etc. Ook op sociaal gebied is er een toenemende noodzaak om digitaal 'mee te doen' om niet achter te blijven. (Zembla, 2013)*



## Superman, superwoman

In 2026 leven we met het idee dat perfectie maakbaar is. Succes, geluk en gezondheid heb je zelf in de hand. Je wordt afgewogen op je merites. Je kán iemand zijn in de maatschappij, maar je móét het ook zijn. Kwetsbare mensen krijgen het hierdoor moeilijk. Voor hun kwetsbare positie en hun tegenslag worden ze zelf verantwoordelijkheid gesteld. Ze worden beoordeeld als mislukkelingen en bijgevolg veroordeeld.

In België (en ook in andere West-Europese landen) is er duidelijk een culturele, sociologische trend om mensen te culpabiliseren die niet productief zijn (bv. de uitspraak 'Wie zoekt die vindt' over werklozen). Mensen worden afgerekend als ze er niet zelf uit geraken. Er wordt weinig rekening gehouden met het feit dat sommigen over minder talenten en vaardigheden beschikken. De beklemtoning van de eigen verantwoordelijkheid kan zorgen voor een bijkomende verzwakking van mensen in een kwetsbare positie: het *outen* van hun probleem leidt tot meer isolement.

*De maatschappij is zeer hard aan het worden. De tolerantiedrempels nemen af. Het discours van tolerantie neemt toe, maar het gedrag ervan neemt af. 'Natuurlijk mag je er zijn, maar wat lever je mij op?' (Interview Marc Leys)*

We hebben steeds meer moeite met 'ongelukkig' zijn. Gelukkig zijn wordt meer en meer de norm en we geloven steeds meer in 'de maakbare mens': je kunt jezelf gelukkig maken.

- *Mensen hebben steeds meer moeite om om te gaan met teleurstellingen: doordat kinderen niet voldoende worden voorbereid op de echte wereld, waarin niet alles perfect verloopt en dingen weleens foutlopen. Dit sluit in zekere zin mooi aan bij de herstelgedachte: je moet niet streven naar ultieme genezing, maar proberen om een waardevol leven op te bouwen met je beperkingen én sterktes. (Interview Else Tambuyzer)*
- *De toegenomen vraag naar de psychiater of therapeut houdt verband met het onrealistisch beeld dat onze samenleving creëert over maakbaarheid. In onze huidige samenleving verwachten mensen kant-en-klare oplossingen voor elk probleem, of het nu fysiek dan wel psychisch is. (De Rycke & Sabbe, 2014)*

De World Health Organisation voorspelt dat depressie zal stijgen naar de eerste plaats als oorzaak van invaliditeit (Marcus & Taghi Yasamy, 2012). Mensen kunnen niet meer voldoen aan de gestelde hoge eisen. Niet alleen ons eigen leven is maakbaar, ook de hele wereld is in onze ogen maakbaar: de jonge generatie is meer sensitief voor wereldproblemen en voert op grotere schaal actie. Groepen van mensen die ontevreden zijn over de huidige samenleving verenigen zich en functioneren als een *driver* voor verandering.

## Stigma

In 2026 rust er nog steeds een stigma op geestelijke gezondheid. De maatschappelijke norm bepaalt wat 'normaal' en wat 'deviant' is. Stigma ontstaat vanuit een gebrek aan kennis. Dat leidt op zijn beurt tot onbegrip en een gebrek aan vermogen zich te kunnen inleven in het perspectief van de andere. Zo is het voor de oudere generaties moeilijker om de stap te zetten van somatische klachten naar het bespreekbaar maken van psychische problemen.

Normen zijn echter ook onderhevig aan de tijdsgeest. Zo vermindert het stigma op transgenders. In 2026 is het labelen van aandoeningen toegenomen. Daardoor verandert het karakter van het stigma. Enerzijds betekent de toekenning van een label een nieuwe naam voor een 'ziekte' en als dusdanig versterkt het label de toestand van 'niet gezond' zijn. Door dit label treden maatschappelijke exclusiemechanismen in werking. Bv. door het label 'GGZ' word je geïdentificeerd als een 'risico', waardoor je moeilijker werk vindt. Anderzijds leidt veelvuldig gebruik van labels tot een zekere normalisatie van de aandoening.

*Doordat er steeds meer gelabeld wordt binnen de GGZ (zoals bij ziektebeelden als ADHD) wordt op de lange termijn de GGZ voor meer mensen herkenbaar en bespreekbaar. (Interview Lon Holtzer)*

Het stigma op GGZ zit diep ingebakken, zelfs bij ruimdenkenden. Dat hoeft echter niet te leiden tot pessimisme. Gedrags- en attitudeveranderingen zijn mogelijk. Twee generaties geleden was fysiek geweld op kinderen in het eigen gezin veel voorkomend, in de vorige generatie werd er af en toe nog billenkoek gegeven en op heden wordt fysiek geweld op kinderen niet meer getolereerd.

Stigma blijft ook cultureel bepaald. In Vlaanderen blijft veel geestelijke problematiek onzichtbaar omdat praten over problemen niet ingebakken zit in de Vlaamse cultuur. Door die relatieve onbespreekbaarheid brengen de media geestelijke problematiek weinig genuanceerd in beeld: taboes worden verzwegen, schandalen en misstanden uitvergroot. Hierdoor wordt het voor (ex-)psychiatrische patiënten moeilijk om als model rol op te treden voor herstel of de rol op te nemen als patiëntenvertegenwoordiger.

- *Mensen vinden het moeilijk om over hun problemen te praten. Negen procent van de mensen van de mensen binnen de welzijnszorg bespreekt zijn of haar psychische problemen. (Itinera, 2013)*
- *Negen procent van de mensen vindt psychotherapie iets voor zwakkelingen. (Itinera, 2013)*

## De polariserende rol van de media

In 2026 bepalen de media in nog grotere mate dan nu de sociale norm. Enerzijds dragen ze bij aan de stigmatisering door kleuring van de berichtgeving. Door het taboe dat rust op GGZ brengen de media dit thema niet altijd genuanceerd in beeld: taboes worden verzwegen, schandalen en misstanden worden uitvergroot. Anderzijds hebben media ook de hefboom in handen om bepaalde zaken voor het voetlicht te brengen,

wat leidt tot meer begrip. Het in beeld brengen van mensen met een GGZ-probleem kan bijdragen tot een vermindering van de taboes in de samenleving. Media maken gebruik van getuigenissen van BV's en anderen. Het inzetten van ervaringsdeskundigen of 'de expert-patiënt' om kennis en ervaring over te brengen komt steeds meer voor. Binnen de GGZ is het vinden van mensen die hiertoe bereid zijn soms lastiger dan bij andere patiëntengroepen. De sensibilisering door de media genereert een groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg.

*Media currently all too often reinforce the misperception that people with mental health problems are dangerous, whilst the fact is that people with mental health problems are much more likely to be victims of violence than perpetrators. Media has a huge impact on the public opinion. (Interview Maria Nyman)*

## De moeilijke netwerksamenleving

In 2026 is interdisciplinaire en intersectorale samenwerking over voorzieningen en sectoren heen een noodzaak. Die samenwerking is waardevol maar daarom niet gemakkelijk, gelet op de verschillende belangen, een andere regelgeving en financiering, verschil in perspectief en het gebruikte jargon. Het hanteren van een gemeenschappelijke taal is een grote stap vooruit in de samenwerking.

*Welzijn en zorg gaan niet samen door één deur, omdat zorg vertrekt vanuit een mensbeeld dat onvolledig is, terwijl welzijn denkt vanuit wat de mens nog kan. Zorg en welzijn kunnen veel van elkaar leren. (Interview Lon Holtzer).*

Samenwerking is effectiever vanuit netwerken rond het individu van de cliënt dan vanuit formele organisaties. Hierin krijgen de cliënt, zijn entourage en zijn mantelzorgers een belangrijke plaats toegewezen.

*People should have the right to take their own decisions concerning themselves. They have the right to support in decision-making by a person they trust, chosen by themselves and not through guardianship regimes. (Interview Maria Nyman)*

Samenwerking leidt tot veel overleg en uitwisseling. Patiënten willen meer actief betrokken worden in hun zorgplan en de samenwerking die wordt opgezet om de zorg meer af te stemmen op hun noden en behoeften. Daarbij is een goed overleg nodig tussen het verlangen om informatie te delen versus het waarborgen van privacy. Door de patiënt te betrekken in het plan voor zijn eigen behandeling worden de menselijkheid en de autonomie van de patiënt gerespecteerd en krijgt de patiënt meer regie over zijn eigen behandeling.

Een gebrekkige uitwisseling van patiëntengegevens (door beroepsgeheim en de afstand tussen sectoren) blijft de continuïteit van de zorg hinderen. Organisaties worden dichter bij elkaar gebracht door op casusniveau geanonimiseerd kennis te delen onder zorgverleners. Het verlangen het systeem als geheel aan te pakken wordt vaak ondergraven door de problemen die samenwerking op zichzelf met zich meebrengt. Zo heeft België een systeem van gezondheidszorg dat georganiseerd is via de opdeling kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Het brengt echter heel bijzondere problemen met zich mee op de grensgebieden tussen deze levensfasen.

## Nog meer versnippering van politieke verantwoordelijkheden

In 2026 bestaat het gevecht en geschuif met verantwoordelijkheden tussen de federale overheid, de Gemeenschappen en Gewesten, de regionale niveaus en de gemeenten nog altijd. Dat leidt tot een versnippering van bevoegdheden en een trage, inefficiënte en disparate besluitvorming. Omdat de bevoegdheden ontzettend versnipperd zijn over de verschillende beleidsniveaus gaat er veel geld en tijd verloren in nodeloze discussies en conflicten.

De culturele en sociaal-economische verschillen tussen gebieden en regio's bestaan nog altijd. Ze weerspiegelen zich niet in een aangepast regionaal beleid. Zo heerst er een groter taboe op psychiatrische zorg in de plattelandsgemeenten in West-Vlaanderen en zijn de hoge suïcidcijfers in die provincie cultureel bepaald, omdat er relatief veel mensen alleen wonen. Er blijven ook regionale verschillen in het gebruik van labels. In West-Vlaanderen bv. gebruikt 13% Rilatine ter behandeling van ADHD versus 5% in Limburg. Die verschillen vertalen zich niet in een aangepast beleid.

Bovendien worden de verschillen tussen stedelijke en landelijke gebieden steeds belangrijker. Sociologisch gezien is het profiel van burgers uit de stad anders dan dat van de plattelandsbevolking. Stedelingen hebben een andere levensvisie, andere waarden, andere interesses en andere problemen. De mentale kwetsbaarheid in grootstedelijke milieus is anders dan die in landelijke gebieden.

De versnippering van bevoegdheden en regionale verschillen vereisen een nauwe samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus om het beleid maximaal af te stemmen op de noden van de cliënten. Het beleid hanteert de grenzen tussen de gemeenschappen en regio's alsof het absolute grenzen zijn. Er wordt weinig nagedacht over grensgebieden. Mensen in een kwetsbare positie houden geen rekening met die kunstmatige grenzen.

*Het gebruik van de zorgvoorzieningen is aan het kantelen in de Brusselse context. Kinderen uit Franstalige milieus volgen meer onderwijs in Nederlandstalige scholen, maar worden door de CLB's (leerlingbegeleiding) bij problemen doorverwezen naar het Nederlandstalig zorgsysteem. Dat brengt een nieuw soort problemen naar de zorg (i.v.m. taal en cultuur). (Interview Mark Leys)*

In 2026 definieert Vlaanderen zijn eigenheid in vergelijking tot andere regio's (Wallonië, Nederland, Europa). Het referentiekader voor het Vlaamse beleid wordt bepaald door thema's als vermaatschappelijking, inclusieve samenleving, vergrijzing, stimuleren van zelfredzaamheid, duurzame innovatie en sociaal ondernemerschap, en voorrang aan mensen met de grootste ondersteuningsnoden.

## 2. SAMENSPEL TUSSEN DE VERWACHTE ONTWIKKELINGEN

In het voorgaande schetsten we de wereld waarin de kwetsbare burger zich in 2026 bevindt aan de hand van 15 krachtlijnen. We beschreven die *driving forces* alsof ze onafhankelijk van elkaar opereren. In de feiten is dat echter niet zo. In wat nu volgt brengen we hun onderlinge samenhang in kaart in een **model**. Om te komen tot dit model gingen we op zoek naar de dieperliggende dimensies onder die 15 ontwikkelingen. We groepeerden de 15 ontwikkelingen met andere woorden op een hoger abstractieniveau. Het is een vergelijkbare oefening als het uitvoeren van een factoranalyse op data bij een statistische analyse. De krachtlijnen worden enerzijds ingedeeld volgens twee dimensies (waardekader en de motieven van waaruit men reageert); anderzijds werden ze ingedeeld al naargelang de rol van de burger in een bepaalde context (als individu, als groep, als lid van de bredere samenleving).

### Twee dimensies

De 15 geïnventariseerde ontwikkelingen die 2026 zullen kenmerken, kunnen we indelen volgens twee dimensies:

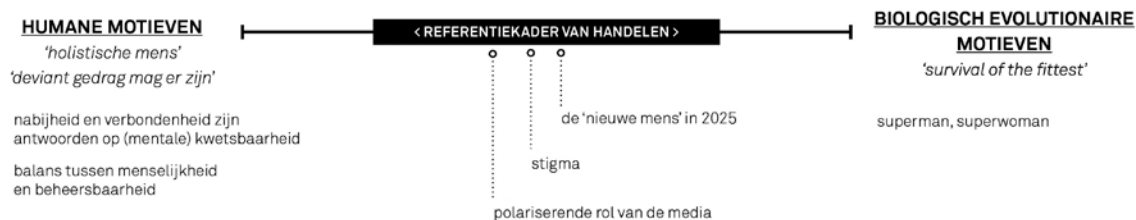
- a) een dimensie die de waarden van waaruit mensen zich gedragen als uitgangspunt neemt;
- b) een dimensie die de wijze waarop mensen reageren op kwetsbaar makende situaties als uitgangspunt neemt.

### HET REFERENTIEKADER VAN WAARUIT MENSEN GEDRAG STELLEN

Aan de ene kant van het spectrum vormen **humanistische motieven** de basis voor het handelen van individuen. Menselijke waarden staan hierbij centraal. De mens wordt holistisch benaderd: een individu in zijn lokale context en in de brede samenleving. Vanuit dat waardenkader is de maatschappij inclusief: er is plaats voor iedereen. We herkennen hierin vooral de ontwikkelingen inzake nabijheid en verbondenheid als antwoord op kwetsbaar makende omstandigheden en de balans tussen menselijkheid en beheersbaarheid.

Aan de andere kant van het spectrum zien we vooral **biologisch-evolutionaire motieven** als basis voor het handelen van individuen. Hierbij is de *survival of the fittest* de voornaamste drijfveer. Het opnemen van eigen verantwoordelijkheid is het ideaal. Men kijkt hierbij naar de wereld alsof de hele wereld en het eigen geluk telkens maakbaar zijn. We herkennen hierin vooral de ontwikkelingen inzake *superman*, *superwoman*.

Tussen beide uiteinden van het spectrum ontdekken we de ontwikkelingen inzake de nieuwe mens, het stigma en de polariserende rol van de media.



## DE WIJZE WAAROP MENSEN REAGEREN OP KWETSBAAR MAKENDE SITUATIES

De tweede dimensie beschrijft hoe de Vlaamse burger in 2026 omgaat met kwetsbaar makende situaties: hoe reageert hij op de kwetsbare toestand waarin hij zich bevindt of hoe probeert hij er proactief voor te zorgen dat hij weinig tot geen last heeft van kwetsbaar makende situaties?

Aan de **reactieve kant** van het spectrum staat het omgaan met kwetsbaar makende situaties voorop. De burgers ervaren het gevoel gevangen te zijn in de kwetsbaar makende situatie. Op individueel niveau ervaart men het gevoel achter de feiten aan te lopen. Op maatschappelijk niveau vertaalt zich dat in het verlangen naar preventief handelen, maar het is moeilijk om dat te realiseren. De burger worstelt met het onevenwicht tussen de verwachtingen die van buitenaf op hem afkomen (of die hij aan zichzelf oplegt) en de resterende betekenisvolle tijd. De 'kwetsbare burger' kan zich niet losmaken van de impact van de kwetsbaar makende situaties, wordt tot het uiterste gedwongen om er toch mee om te gaan en wordt daardoor nog kwetsbaarder. Aan die kant van het spectrum herkennen we vooral de ontwikkelingen inzake de toename van kwetsbaar makende situaties, het gevoel van verlies van betekenisvolle tijd en de wens naar preventie van hervat.

Aan de **proactieve kant** van het spectrum proberen burgers te vermijden dat ze ofwel in een kwetsbaar makende situatie terechtkomen dan wel er zo weinig mogelijk last van te hebben. Hiertoe onderneemt de Vlaamse burger acties om de kwetsbaar makende situaties te vermijden. De ideale situatie aan deze kant van het spectrum is de autonomie om zelf te kunnen kiezen tussen waar en wanneer men al dan niet onafhankelijk is. Hier herkennen we de ontwikkelingen inzake autonomie.

Tussen beide uiteinden van het spectrum ligt de ontwikkeling inzake marktwerking.



## Drie lagen

De drie onderkende lagen beschrijven de verschillende rollen die de burger kan hebben (gebaseerd op de theorie van Lawrence Kohlberg):

### a) De mens als individu

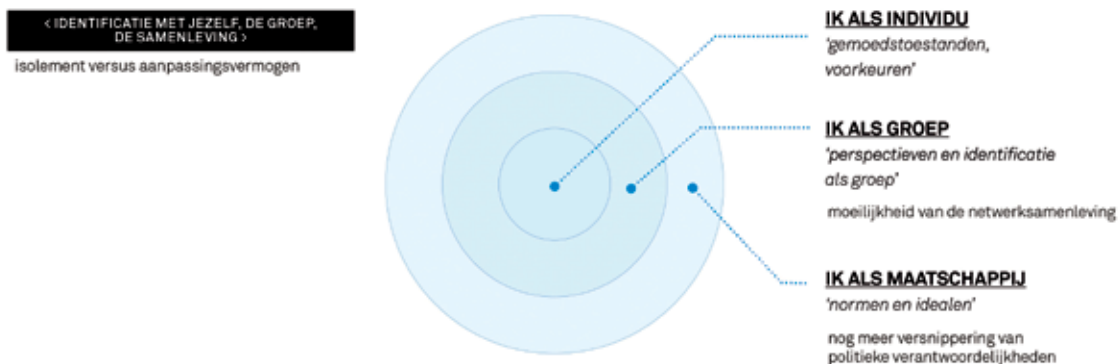
Elke mens ervaart verschillende gemoedstoestanden. Dat neemt niet weg dat mensen toch een voorkeur hebben om bepaald gedrag te stellen. Iedereen is dan ook uniek. Daarnaast zoekt men ook een identiteit door aan te sluiten bij groepen.

### b) De mens als lid van de groep

Om als mens toch te niet vervallen in isolement, gaan we op zoek naar gelijkgestemden. Aan die groep van gelijkgestemden ontleen we ook een zekere identiteit. Om te kunnen inspelen op de wisselende situaties participeren mensen aan verschillende groepen. Als onderdeel van verschillende groepen wordt het nut van samenwerking tussen die groepen duidelijk (interdisciplinair, maar ook inter-ideologisch). De samenwerking is echter niet vanzelfsprekend door de verschillende perspectieven, belangen en het taalgebruik van elke groep. De diversiteit van de groepen op etnisch en economisch vlak, maar ook op vlak van ideologie, gezinssamenstelling en leeftijd leidt tot verschillende subculturen met elk hun specifieke verwachtingen ten aanzien van de maatschappij.

### c) De mens als individu binnen de globaliserende maatschappij

Het derde niveau van de mens als individu binnen de maatschappij bepaalt de normen en waarden waaraan men zich spiegelt.



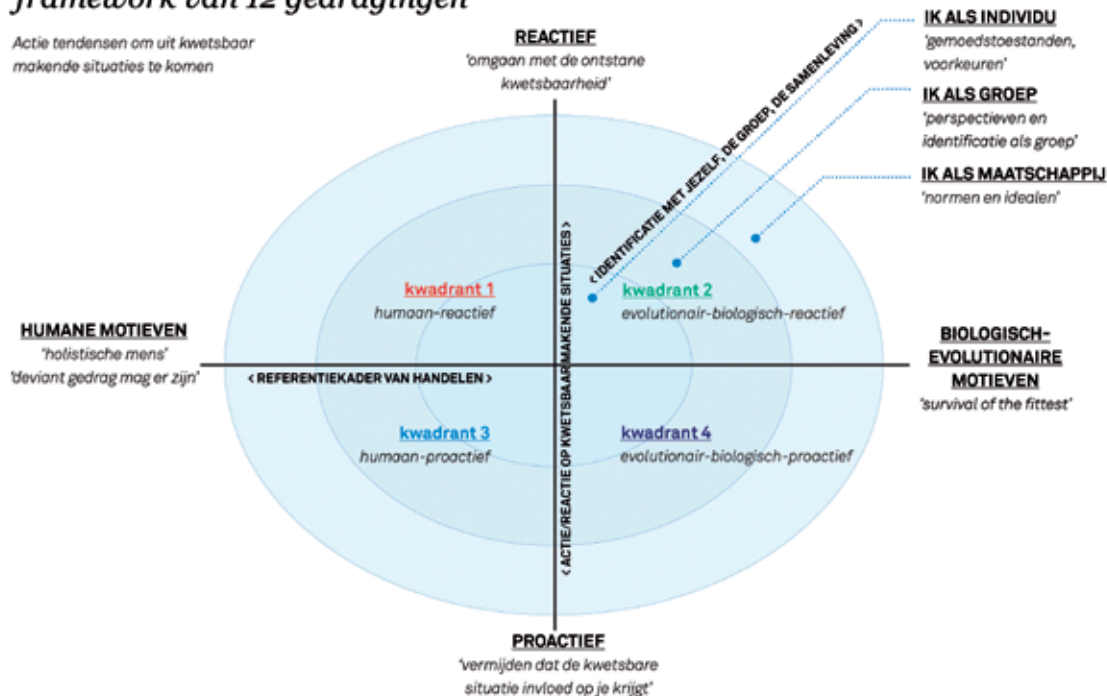
## Twaalf gedragingen in vier kwadranten

Door de combinatie van de twee dimensies (referentiekader voor het handelen en de actie/reactie op kwetsbaar makende situaties) komen we tot vier kwadranten:

1. humane motieven waarbij de burger reactief reageert;
2. bio-evolutionaire motieven waarbij de burger reactief reageert;
3. humane motieven waarbij de burger pro-actief reageert;
4. bio-evolutionaire motieven waarbij de burger pro-actief reageert;

### samenhang framework van 12 gedragingen

Actie tendensen om uit kwetsbaar makende situaties te komen



Door de vier kwadranten te combineren met de drie lagen (individu, groep en maatschappij) komen we tot 12 type-gedragingen die burgers stellen in kwetsbaar makende situaties.



Mensen in 2026 zullen deze 12 type-gedragingen stellen, zij het afhankelijk van de situatie waarin ze zich bevinden. Mensen in 2026 zullen ook, net zoals in 2016 het geval is, van nature uit als individu wel een intrinsieke voorkeur hebben voor één of enkele type-gedragingen.

## **KWADRANT 1: HUMANE MOTIEVEN REACTIEF OP KWETSBAAR MAKENDE SITUATIES**

De type-gedragingen in 2026 in dit kwadrant worden aangestuurd vanuit humane motieven (holistische mens, deviant gedrag mag er zijn), gezien vanuit het perspectief van iemand die reageert op een kwetsbaar makende situatie.



### **De mens als individu: ‘nood aan een startknop’**

In 2026 neemt de burger zichzelf au serieux als mens. Hij heeft het verlangen uit zijn kwetsbare situatie te geraken. Hij worstelt met de druk en verantwoordelijkheid die hij zichzelf oplegt. Hij zit hierdoor in een negatieve spiraal. Het risico bestaat dat deze burger zichzelf als ‘OK’ ziet omdat hij is wie hij is. Daarmee creëert hij soms een excuus om niet te hoeven veranderen. Een ander risico is dat burgers niet zelf de stap kunnen zetten naar de juiste toegangspoort tot de juiste zorg. De juiste zorgvormen bestaan wel, maar ze worden niet of onvoldoende gevonden. De burger heeft ook niet altijd de financiële middelen of ondersteuning om zorg te ontvangen. Hierdoor heeft deze burger in 2026 nood aan een herkenbaar iemand die hem op weg helpt. Ook de media helpen de burger niet op weg: hij wordt erdoor overweldigd en hij weet niet meer wat hij nog kan of moet geloven. Het enige wat hij kan doen is iets kiezen wat hem aanspreekt.

### **De mens in relatie tot de groep: ‘Ik schuil in de groep’**

In 2026 probeert de burger die zich in een kwetsbaar makende situatie bevindt, een groep te vinden waarin hij herkenning en erkenning vindt. Op die manier zoekt hij verbondenheid. Juist in de toenemende anonimiteit van de groep vindt de burger geborgenheid, stabiliteit en erkenning. Het risico bestaat dat de mens in 2026 in de groep soms de confrontatie met zijn kwetsbaar makende situatie vermijdt. Hij zoekt namelijk een groep waar zijn kwetsbaar makende situatie geen *issue* is. Hierdoor vervreemdt hij soms van de realiteit en laat therapeutische opportuniteiten aan zich voorbijgaan. Hij neemt vrede met zijn situatie waardoor hij minder geneigd is om verdere stappen te zetten in zijn herstelproces.

Door de marktwerking in de zorg winnen beoordelingen van andere gebruikers aan waarde. Zo maken gebruikersbeoordelingen van zorginstellingen en van behandelingen het mogelijk dat de burger in 2026 vanuit zijn perspectief de voor hem gewenste zorg kiest. Een bijkomend risico is dat die gebruikersbeoordelingen het shopping-gedrag van burgers beïnvloeden en dus ook het resterende zorgaanbod. Mensen kiezen niet voor zorg die door anderen als negatief wordt beoordeeld. De dialoog tussen de hulpverlener-gebruiker dreigt hierdoor te evolueren naar een monoloog vanuit de gebruiker.

Door de veelheid aan media vindt de burger in 2026 wel altijd iemand of een groep van mensen die in een vergelijkbare situatie zitten. Die media bieden via fora van gelijkgestemden ook opportuniteiten om te leren van die gelijkgestemden en dus oplossingen te vinden die bijdragen aan het eigen herstelproces.

De burger vindt enkel beschutting in de groep op voorwaarde dat en zo lang als leden van dezelfde groep elkaars perspectief delen en een gemeenschappelijk doel nastreven. Van zodra de burger zich niet meer vindt in het perspectief van de groep, stapt hij uit de groep (of wordt hij eruit gezet). Hij moet dan op zoek gaan naar een andere groep.

### **De mens als onderdeel van de brede maatschappij: 'zijn lot ondergaan'**

In 2026 maakt de burger in een kwetsbaar makende situatie deel uit van een maatschappij waarin hij telkens als ongezond wordt bestempeld. Door een situatie te labelen als (psychische) ziekte krijgt die automatisch het etiket 'ongezond'. Door die situaties te benoemen als ziekte, worden specialisaties aangewakkerd en worden aparte hokjes in de zorg gemaakt en aangehouden. Om de kwaliteit van de zorg te bepalen, worden resultaten op basis van de waarden van elk individu gemeten. Hierdoor zijn de resultaten voor elk individu verschillend. Het wordt dan moeilijk om aan preventie te werken. De voordelen van preventie liggen namelijk op macro-economisch niveau, in het beperken van de maatschappelijke kosten van mentale kwetsbaarheid.

De zorg, waaronder ook de geestelijke gezondheidszorg, is in 2026 een commercieel systeem geworden. Het positieve effect van die marktwerking is dat er een breder palet van aanbieders bestaat, wat voor de burger leidt tot meer mogelijkheden aan hulp- en zorgverlening. Het risico bestaat dat er een perverse prikkel ontstaat: de zorgsector heeft er immers alle belang bij om te blijven bestaan en dus situaties te bestempelen als 'ongezond'. Die labeling creëert een vraag. Door de markwerking verdwijnen ook mindere rendabele zorgvormen. Dat wordt versterkt door de versnipperde bevoegdheden: bevoegdheden worden ingekanteld in een ander beleidsniveau zonder dat er evenwaardige financiële middelen worden meegebracht, waardoor er in het beleidsdomein minder geld beschikbaar is om alle bevoegdheden te dekken.

Door het overaanbod aan informatie is het voor de burger niet meer duidelijk wat waar is en onwaar. Ethische codes staan op de helling doordat informatieverstrekking entertainment wordt. Naar analogie met *fact free politics* (politici die meningen verkondigen zonder ze met argumenten te staven), krijgen we *fact free media*. De media beklemtonen de kwetsbaar makende situaties en zoomen in op allerlei rareiteiten en bizarre mensen en gedragingen, en dus ook op ziekte, waardoor 'gezond zijn' minder op de voorgrond treedt.

### **KWADRANT 2: BIO-EVOLUTIONAIRE MOTIEVEN REACTIEF OP KWETSBAAR MAKENDE SITUATIES**

De type-gedragingen in 2026 in dit kwadrant worden aangestuurd vanuit bio-evolutionaire motieven (*survival of the fittest*), gezien vanuit het perspectief van iemand die reageert op een kwetsbaar makende situatie.



### **De mens als individu: ‘aanklampen’**

In 2026 heeft de burger in een kwetsbaar makende situatie het gevoel dat hij kan vechten tegen deze situatie. Volledig ‘gezond zijn’ is echter geen haalbaar doel. De burger legt zijn doelen immers steeds hoger en hij ervaart ook steeds meer druk van alle kanten om die doelstellingen te halen. De burger stelt zijn doelen constant bij in functie van een onhaalbaar ideaalbeeld. In een ideale situatie relativeert de burger het ideaalbeeld en legt hij de lat lager indien het ideaal niet haalbaar is. Hij blijft echter last hebben van het gevoel dat hij het ideaal niet bereikt.

Ondanks het feit dat de burger de controle probeert te krijgen over de kwetsbaar makende situaties, lukt het hem niet om die te overstijgen. Hierdoor vergroot zijn schuldgevoel. Hij geeft uiting aan zijn frustratie omdat hij de voor zichzelf gestelde doelen niet haalt. Hij durft echter niet bij zichzelf te rade te gaan om te peilen waarom hij zich slecht voelt. Voor deze burger bestaat het risico dat hij voelt dat hij nooit zal voldoen aan het ideaalbeeld omdat hij niet behoort tot de geprivilegieerde groep of omdat hij sociaal en financieel niet over de nodige middelen beschikt.

In de media vindt de burger geen oplossing voor zijn frustraties. De media blijven immers ideaalbeelden vooropstellen. Als burger kan hij op twee manieren reageren: ofwel identificeert hij zich met die ideaalbeelden en handelt hij ernaar, ofwel legt hij zich neer bij het feit dat het ideaal niet voor hem is weggelegd.

De burger zoekt steeds meer waar voor zijn geld (*value for money*) en is dan ook gebaat bij de ontstane marktwerking. Het aanbod en de variabiliteit aan zorg en diensten is toegenomen, waardoor hij meer kan en moet kiezen welke zorg hij inkoop. Als burger loopt hij het risico dat hij intekent op zorg- of dienstverlening die niet of amper *evidence-based* is en dus geen garantie biedt voor een positieve bijdrage aan zijn herstelproces. De zorgaanbieders beloven echter dat al hun diensten bijdragen aan de realisatie van het ideaalbeeld. Als burger loopt hij dan ook verloren in het extreem grote aanbod aan (zorg)producten en -diensten.

### **De mens in relatie tot de groep: ‘ontkennen’**

In 2026 sluit de burger zich opportunistisch aan bij groepen die de ideaalbeelden belichamen waarmee hij zich identificeert. Hierbij is zijn keuze om aan te sluiten bij de ene of andere groep veeleer ingegeven door de identiteit van de groep die op hem afstraalt dan de opportuniteiten die de groep biedt om de kwetsbaar makende situatie te lijf te gaan. Hij identificeert zich dus met een groep die staat voor een nieuw ideaal (los van zijn kwetsbaarheid of ziekte), wat hem dwingt om zijn kwetsbaarheid naar de achtergrond te duwen (maar dus ook niet aan te pakken). In de groep moet de burger zich bewijzen door te tonen dat hij de regels van de groep kan volgen. Als dat lukt, geeft hem dat voldoening. Als het daarentegen niet lukt om de regels te volgen, bv. omdat zijn kwetsbaar makende situatie opnieuw opduikt, presteert hij in de ogen van de groep onvoldoende en wordt hij als *loser* uit de groep gestoten. Hij beantwoordt immers niet aan het ideaalbeeld.

Door te participeren aan een groep met ideaalbeelden en er zich mee te identificeren, bestaat het risico dat de burger alleen zijn symptomen bestrijdt maar niet dieper ingaat op de oorzaken van de kwetsbaar makende situatie. Hij wil wel aansluiten bij een groep die de oorzaken wil aanpakken, maar hij vindt dat hij niet beschikt over de vereiste sociale capaciteiten of financiële middelen om aan die groep deel te nemen. Theoretisch zou de burger die kloof kunnen overbruggen door te participeren aan verschillende groepen. Zo eenvoudig ligt het echter niet. De verschillende groepen werken amper samen omdat ze uitgaan van andere idealen en dus niet of minder ontvankelijk zijn voor idealen van de andere groep. Mensen passen zich daarop aan door voor elke groep een andere identiteit te ontwikkelen.

Ook commerciële spelers spelen hierop in door allerlei groepen te organiseren en in de markt te zetten die een bepaalde (ideale) identiteit afstralen op de deelnemers. Dat heeft tot gevolg dat er een grotere opdeling komt tussen de mensen die wel en zij die niet over de middelen beschikken om zich bij die commercieel gerunde groepen aan te sluiten. Die opdeling vertaalt zich ook in het overheidsbeleid: iedereen kan beroep doen op het basisaanbod in de zorg, maar voor extra's en innovaties moet extra worden betaald. Wie de financiële middelen heeft, kan rekenen op een betere zorg.

Door de brede beschikbaarheid van media kan iedereen zijn eigen therapeut worden: boeken over zelfzorg en zelfzorggroepen op basis van bewezen methodes zijn alom aanwezig. Hierdoor bestaat het risico dat de burger te veel vertrouwt op zelfzorg en te laat professionele hulp zoekt.

### **De mens als onderdeel van de brede maatschappij: 'schuld ondergaan'**

In 2026 wordt van elk burger verwacht dat hij bijdraagt aan de samenleving. Hierdoor bestaat het risico dat de burger zijn herstelproces naar de achtergrond duwt om toch maar te kunnen participeren. De maatschappij zadelt de burger in een kwetsbaar makende situatie op met een schuldgevoel: hij had er maar op tijd moeten bij zijn of de nodige voorzorgsmaatregelen moeten nemen om zo de impact van de kwetsbaar makende situatie in te perken. De burger is dus zelf verantwoordelijk voor zijn situatie, volgens de heersende overtuiging in de maatschappij.

Als reactie hierop probeert de burger zijn kwetsbaarheid te ontkennen, of op zijn minst de maatschappij zo min mogelijk te belasten. Hierbij profileert de burger zich geenszins als slachtoffer. Dat zou zijn rol als 'mislukking' alleen maar verder onderstrepen. Bovendien berichten de media uitgebreid over situaties waarin mensen gebruik maken van de welvaartsstaat alsof het gebruik hiervan een misdaad is. In die context voelt de burger zich niet geroepen om van het bestaande aanbod gebruik te maken. Hierdoor wordt onterecht de indruk gewekt dat de overheid deze welvaartsstaat kan afbouwen. Commercieel ingestelde actoren ontwikkelen dan een aanbod voor wie uit de boot valt maar toch extra kan betalen. Die actoren doen dan ook aan *cherry picking* op die gebieden in de zorg waar geld te verdienen valt.

### **KWADRANT 3: HUMANE MOTIEVEN PROACTIEVE VERMIJDING VAN KWETSBAAR MAKENDE SITUATIES**



De type-gedragingen in 2026 in dit kwadrant worden aangestuurd vanuit humane motieven (holistische mens, deviant gedrag mag er zijn), gezien vanuit het perspectief van iemand die proactief probeert te zorgen dat kwetsbaar makende situaties geen grip krijgen op zijn leven.

#### **De mens als individu: ‘bevestigend exploreren’**

In 2026 is de burger alert voor kwetsbaar makende omstandigheden omdat hij beseft dat die ook hem kunnen overkomen en dan een impact zullen uitoefenen op hemzelf en zijn onmiddellijke omgeving. Een aantal (onverwachte) situaties zal hij niet kunnen vermijden, maar hij kan zich wel voorbereiden om de impact van die situaties in te perken wanneer ze zich voordoen. Door het besef dat een aantal situaties hem gewoon kunnen overkomen, heeft de burger in 2026 ook begrip voor anderen die in een kwetsbare situatie zitten.

Doordat de burger vertrouwt op zijn persoon(lijkheid) en zijn vaardigheden, voelt hij zich bekwaam en competent om zich voor te bereiden. Dat betekent geenszins dat de burger zich te allen tijde voorbereidt of zich onthoudt van elk gedrag of situatie die een bedreiging zouden kunnen vormen. Soms gooit hij die proactieve ingesteldheid tijdelijk overboord en springt hij uit de band met dingen waarvan hij weet dat ze op lange termijn niet goed voor hem zijn. Hij leeft tenslotte maar één keer, dus hij kan er maar beter ook van genieten.

Om zich voor te bereiden volgt de burger in 2026 allerlei cursussen en trainingen. Die cursussen en trainingen zijn onderbouwd en dus transparant naar de te verwachten effecten. Omdat in die beoordeling ook de menselijke aspecten zijn meegenomen, voldoen ze aan de verwachtingen van de burger. Actieve participatie aan een aantal socio-culturele verenigingen is voor de burger een andere manier om zich weerbaarder te maken tegen kwetsbaar makende situaties.

Om zich voor te bereiden volgt de burger de media en dan vooral die media die zijn mening bevestigen. Hij participeert ook actief aan allerlei sociale media. Hierbij is het belangrijker dat hij zich ‘goed voelt’ dan dat de inhoud van de media wetenschappelijk onderbouwd is.

#### **De mens in relatie tot de groep: ‘geborgd meestromen’**

In 2026 ageert de burger proactieve op mogelijk kwetsbaar makende omstandigheden door aansluiting te zoeken bij mensen en groepen die thema’s inzake solidariteit (algemeen welbevinden, levenskwaliteit, duurzaamheid, rechtvaardigheid) hoog op de agenda zetten. In die groepen voelt hij zich geborgd en onder gelijkgestemden. In de groep bevestigen en versterken we elkaars meningen. In extreme gevallen leidt het bevestigen van elkaars meningen tot een zekere geslotenheid (of zelfs radicalisering) van die groepen omdat we onvoldoende kritisch reflecteren op het hoger belang.

Om de mening van de groep uit te dragen, informeert de burger zich. Hij abonneert zich op (online) fora van gelijkgestemden en via de sociale media verkondigt hij zijn boodschap en ideaalbeeld. Via de media en marketing proberen we te komen tot *mere exposure* en daardoor tot een bredere bekendmaking en gedragenheid van deze idealen.

In het kader van preventie van psychische ziekten en gezondheidspromotie gaat de burger in op een groot aanbod aan alternatieve cursussen en invulling van de vrije tijd door allerlei initiatiefnemers: mindfulness, yoga, meditatie, cursussen *coping*, School of Life. Die cursussen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op het idee van 'deel uit te maken van een groter geheel'. Ze stellen de mens voor als een holistisch wezen en hebben een duidelijke idealistische inslag. Voor de burger wordt het moeilijk om het kaf van het koren te scheiden in de veelheid aan cursussen en initiatieven inzake gezondheidspromotie. Hierbij laten we ons vooral leiden door wat past bij de eigen persoonlijkheid.

In het kader van de solidariteit draagt de burger zorg voor anderen in de groep. Dat kan echter evolueren naar andere mensen de les lezen of de norm voorschrijven: 'wij weten wat het beste is om kwetsbaar makende situaties te vermijden'. Omdat het belang van de groep boven het belang van het individu gaat, is er geen plaats meer voor de eigen specifieke belangen van de individuele burger. Vanuit de solidariteit lijken verschillende groepen elkaars bestaansrecht te respecteren en worden de onderling verschillende idealen erkend. Door de geslotenheid van groepen (waarin de leden de gemeenschappelijke mening versterken) is samenwerking tussen groepen alleen mogelijk wanneer men een gemeenschappelijk doel kan formuleren dat de idealen van elke groep in hun waarde laat. Hierdoor is het niet evident om te komen tot een overkoepelende solidariteit over groepen heen.

### **De mens als onderdeel van de brede maatschappij: 'beperkt floreren'**

In 2026 leeft de burger in een samenleving waarin solidariteit de sociale norm is. De media onderstrepen dat op allerlei manieren. De burger maakt zich zorgen om de wereld om zich heen en is bang dat die invloed zal uitoefenen op het eigen welzijn. De burger voelt zich geappelleerd om te zorgen voor de kwetsbare medemens om hem uit zijn kwetsbare situatie te halen, op voorwaarde dat dit het eigen welzijn niet aantast.

De burger in 2026 ziet de maatschappij als een plaats waar er ruimte moet kunnen zijn voor anders zijn en zich anders gedragen en waar mensen in hun waarde gelaten worden. In de verschillende meet- en regelsystemen die de maatschappij aansturen, worden de menselijke waarden van solidariteit verwerkt.

De solidariteit komt in het gedrang wanneer de burger een medeburger bestempelt als een 'kwetsbare persoon' en voorbijgaat aan de kwetsbaar makende situatie waarin een persoon zich bevindt. Op dat moment uit de burger zijn morele overwicht en gaat hij voorbij aan de waardigheid en zelfbeschikking van de ander.

Ook commercieel ingestelde spelers hebben de solidariteit ontdekt en ontwikkelen allerlei nieuwe initiatieven die de sociale cohesie en sociale interactie bevorderen. Soms wordt de gewenste solidariteit gerealiseerd, soms helemaal niet. De versnippering van verantwoordelijkheden over verschillende beleidsniveaus leidt ertoe dat de realisatie van de solidariteit verzandt in allerlei overleg en versnippering van budgetten. De te bereiken solidariteit komt in het gedrang. Sommige initiatieven worden een enorm succes, terwijl andere niet van de grond komen. Zo bestaat ook de kans dat solidariteit in sommige regio's gerealiseerd wordt en in andere regio's helemaal niet. Niet elke burger zal dus de vruchten proeven van deze solidariteit.

#### **KWADRANT 4: BIO-EVOLUTIONAIRE MOTIEVEN PROACTIEVE VERMIJDING VAN KWETSBAAR MAKENDE SITUATIES**

De type-gedragingen van 2026 in dit kwadrant worden aangestuurd vanuit bio-evolutionaire motieven (*survival of the fittest*, gezien vanuit het perspectief van iemand die proactief probeert te zorgen dat kwetsbaar makende situaties geen grip krijgen op zijn leven).



##### **De mens als individu: 'aftoetsend voorbijstreven'**

In 2026 merkt de burger dat het steeds moeilijker wordt om zijn ideaalbeeld in stand te houden. Hij trekt zich op aan de mening van anderen en laat zich hierbij niet leiden door zijn gemoedstoestand. In de mate dat de burger zijn ideaalbeeld realiseert, voelt hij zich niet in een kwetsbaar makende situatie. Omgekeerd, in de mate dat hij het gevoel heeft zijn ideaalbeeld niet te realiseren, voelt hij zich wel in een kwetsbaar makende situatie. De burger stelt zich dan ook permanent vragen als: ben ik blij met mijn woning, werk, vrijetijdsbesteding, familie? De burger beseft dat ook een gezonde psyche bijdraagt aan de realisatie van zijn idealen. Hij durft te exploreren met zaken die zijn weerbaarheid zouden kunnen versterken en neemt hierbij een opportunistische houding aan. De burger grijpt alles aan om te werken aan zijn weerbaarheid: meer sporten, gezonder eten, *mental coaching*, zich verzekeren tegen onheil...

De burger vindt autonomie belangrijk: hij wil zijn eigen wereld creëren, waarin hij zelf de rol opneemt van 'zelfhulp-master'. Hij vindt dan ook dat het leiden van een succesvol leven enkel afhangt van de mate waarin men voor zichzelf de verantwoordelijkheid opneemt om dit te realiseren. De burger heeft dan ook moeite met mensen die er niet in slagen zichzelf minder kwetsbaar te maken. Die mensen nemen hun verantwoordelijkheid niet en stellen zich afhankelijk op.

Om zijn weerbaarheid te vergroten, leest de burger alle media die houvast bieden, en vooral de media die wetenschappelijk onderbouwd zijn. Die wetenschappelijke literatuur vindt men steeds meer terug in het publieke domein; ze zijn een belangrijke bron van kennis voor elke burger. Vooral de inhoud die is ingekleurd met een biologisch-evolutionaire logica (het verengde *evidence-based* discours) wordt als echte wetenschap aanzien en gehanteerd.

Commerciële actoren spelen massaal in op de vraag van de burger naar producten en diensten die zijn weerbaarheid kunnen verhogen. Hij grasduint gretig door *full body scans*, online zelf-tests en genetische tests. Commerciële actoren claimen ook andere gebieden zoals voeding, wonen, slapen enz. De burger gaat ook op zoek naar nieuwe behandelmethoden ter preventie van psychische ziekten.

### **De mens in relatie tot de groep: ‘opportunity bekrachtigen’**

In 2026 sluit de burger zich aan bij groepen die op basis van wetenschappelijke uitspraken beweren bij te dragen aan het bereiken van zijn ideaalbeeld en als dusdanig zijn gezonde identiteit bevestigen. Meten is weten, dus hij gelooft alleen in wetenschappelijk bewezen theorieën. De groep is een manier om uitdrukking te geven aan zijn autonomie. De groep helpt hem om kwetsbaar makende situaties te vermijden. De burger sluit zich ook aan bij groepen die invloed hebben op de maatschappelijke norm: het doel is een samenleving te creëren die de kwetsbaar makende situatie niet meer toelaat: in eerste instantie voor hemzelf, vervolgens voor zijn directe omgeving. Groepen werken opportunistisch samen als ze zich kunnen scharen achter het gemeenschappelijk doel: het bereiken van de ideale, maakbare mens. Vele partijen bieden een groot aanbod van trainingsgroepen, sportscholen, maar vooral ook ‘mentale trainingsgroepen’ die de psychische gezondheid in stand houden of versterken.

### **De mens als onderdeel van de brede maatschappij: ‘baatzuchtig excelleren’**

In 2026 leeft de burger in een maatschappij waarin de autonome maakbare mens de norm is. Door die hoge idealen en individuele verantwoordelijkheid om deze idealen te bereiken, bedreigt de maatschappij weleens het welzijn van de burger. Hij loopt immers het risico dat zijn identiteit wordt ondergraven doordat hij constant wordt vergeleken met de ideale, maakbare mens. Mensen die niet de verantwoordelijkheid opnemen voor het bereiken van het ideaalbeeld en zo in een kwetsbare situatie terechtkomen, beschouwt de burger vooral als een bedreiging voor zichzelf en zijn directe omgeving. Hij heeft een uitgesproken oordeel over mensen die niet ‘het heft in eigen hand nemen’ of zich door niet-bewezen alternatieve geneeswijzen laten behandelen.

De media presenteren vooral succesverhalen van mensen die het ideaal bereiken en bekrachtigen hierdoor de norm van de ideale autonome maakbare mens. De media bieden op die wijze een soort referentiekader aan, waaraan de burger kan aftoetsen in welke mate hij beantwoordt aan de norm.

Dankzij wetenschappelijk onderzoek naar het effect van primaire en secundaire preventie krijgt preventie een meer prominente plaats, ook in het (overheids-)beleid. Door de versnippering van bevoegdheden wordt preventie niet optimaal uitgebouwd. De wetenschappelijke logica is immers niet zomaar te vertalen in een politieke logica. Er is een wildgroei aan producten en diensten, die op wetenschappelijke basis zeggen bij te dragen aan het versterken van de weerbaarheid. Hierdoor wordt het steeds moeilijker om de wetenschap te controleren en de wildgroei aan wetenschappelijke kennis in toom te houden.



Nu we zicht hebben gekregen op deze toekomstige wereld en de positie hierin van mensen in een kwetsbare positie, kunnen we op zoek gaan naar de kenmerken waaraan onze nieuwe producten en diensten zouden moeten voldoen om zo tegemoet te komen aan hun noden en wensen.

#### Referenties deel “De toekomst”

Corijn, M. & Van Peer, C. et al (2013). *Gezinstransities in Vlaanderen*. Studiedienst Vlaamse Regering.

De Rycke, R. & Sabbe, B. (2014). *Psychiatrie*. Leuven: Uitgeverij LannooCampus.

Holtzer, L. (2015) *De 7 privileges van de zorg*. Leuven: Acco.

Insel, T. (2009). ‘Disruptive insights in psychiatry: transforming a clinical discipline’ in: *The Journal of Clinical Investigation*, vol. 119 (4) 700 -705.

Itinera (2013). P. Van Herck & I. Van De Cloot. *Itinera Institute Analyse - Hoe gezond is de GGZ in België, de feiten achter de mythe*. Brussel.

Marcus, M. & Taghi Yasamy, M. et al. (2012). *Depression - A global Public Health concern*. WHO.

OESO (2014). *Making Mental Health Count, the social and economic cost of neglecting mental health care*.

Oudenampsen D. & Steketee, M. (2005) “De patiëntenbeweging van afhankelijkheid naar regie”, in: *Emancipatie en subcultuur. Sociale bewegingen in België en Nederland*. Amsterdam: Instituut voor publiek en politiek.

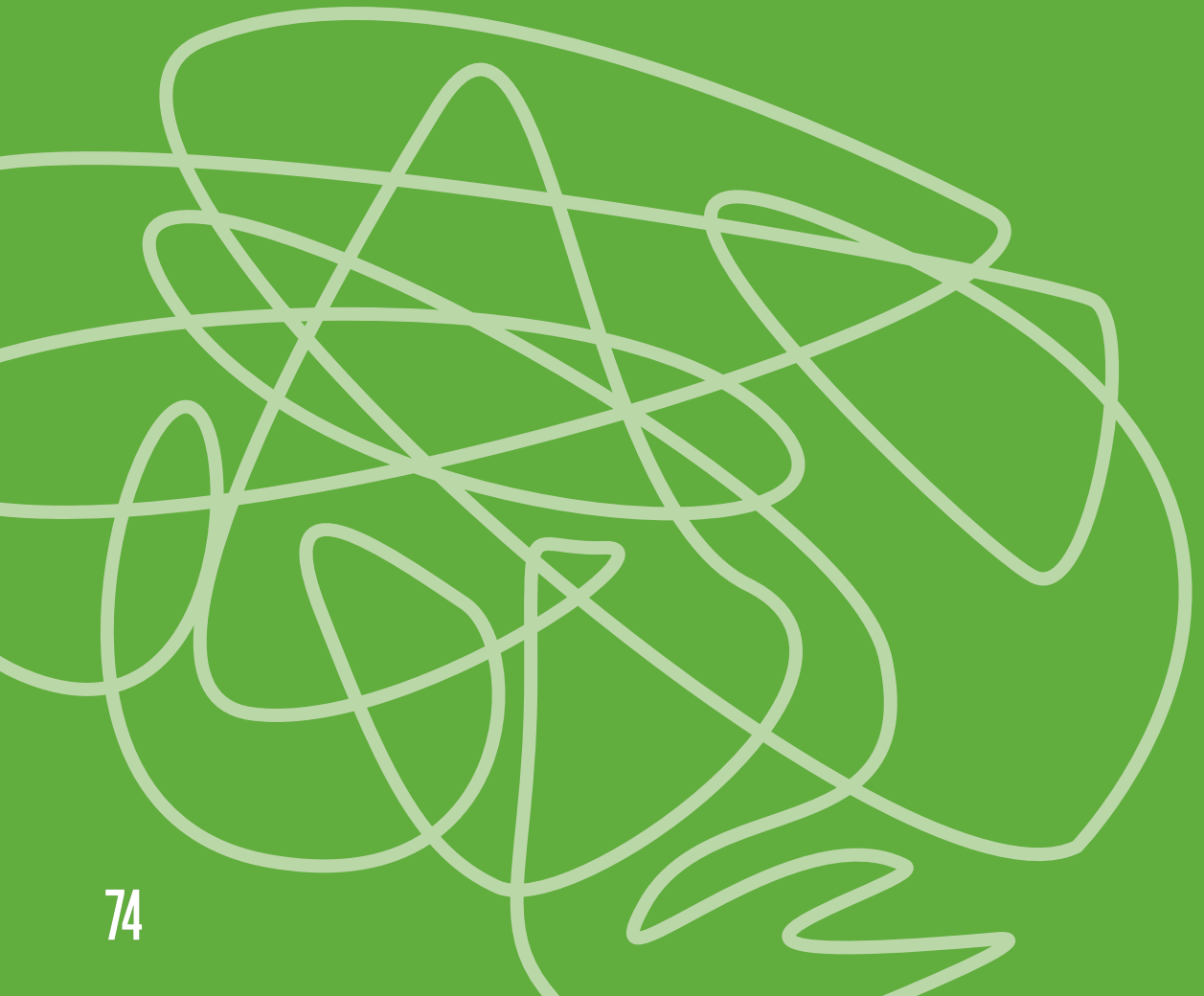
SD Worx (2014). Verzuimonderzoek. [www.sdworx.be](http://www.sdworx.be).

Woittiez, e.a. (2014). *Zorg beter begrepen*. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Zembla (2013). *Liesbeth kan het niet meer volgen*. Documentaire Zembla, NPO Vara.

**DEEL 3**

# **ONZE KEUZES**



In het vorige deel gingen we op zoek naar de ontwikkelingen die de (zorg)wereld in 2026 kleuren en hoe de kwetsbare burger zich in die wereld gedraagt. In dit deel maken we keuzes. Welke nieuwe interventies, producten of diensten willen we ontwikkelen? Wat heeft de burger in 2026 nodig? Als Zorgnet-Icuro nemen we hier een standpunt in. Welk gedrag willen we stimuleren, ontmoedigen of veranderen? We hebben als organisatie immers een maatschappelijke verantwoordelijkheid en een rol op te nemen in de toekomstige samenleving. Dat is geen 'neutrale operatie'. De keuzes zijn ingegeven vanuit een bepaald waarde kader. We gebruiken opnieuw het model van de kwadranten om onze keuzes te beschrijven, telkens vanuit de dimensie van de waarden van waaruit mensen zich gedragen, en vanuit de dimensie van de wijze waarop mensen reageren op kwetsbaar makende situaties (proactief, reactief). Vervolgens stellen we een aantal concrete innovatieve producten en diensten voor. Ze vormen een vertaling van onze strategische positionering. We ambiëren in deze zeker geen volledigheid. De beschreven producten en diensten zijn het resultaat van een proces dat we samen met een grote groep stakeholders doorliepen, en biedt een eerste inventaris van mogelijke zorginnovaties. Dit deel sluit af met de presentatie van Regizel, een nieuwe concrete interventie die tijdens het Reframing-traject werd uitgewerkt en in de praktijk getest.

# 1. DE STRATEGISCHE POSITIONERING VAN ZORGNET-ICURO

Strategische keuzes zijn keuzes die de eigenheid en de missie van de organisatie of sector concreet vormgeven. De afweging van die keuzes is ethisch niet neutraal. Ethiek en waarden functioneren hier als richtinggevend kompas. Het waarde kader is in feite een horizon, een betekenisgevend verhaal met een langetermijnperspectief. Het omvat het bredere verhaal van de zorgverlening, vormgegeven in een transparant beleid dat een richtinggevend antwoord biedt op vragen zoals: wat is de betekenis en het belang van de zorg voor ons allemaal? Waarom organiseren we de zorg op een bepaalde manier? Waarom maken we bepaalde keuzes hierin? En welke waarden helpen ons hierbij? Een helikopterblik op zorg, welzijn en samenleving leert ons alvast dat de ethische waarde van menswaardigheidsbevorderende zorg het centrale ethische kompas is voor alle initiatieven in zorg en welzijn.

**Menswaardigheidsbevorderende zorg**

Het ethisch verhaal van de zorg start met een welbepaald beeld van mens en samenleving dat in verschillende ethische theorieën op gelijkaardige wijze naar voren komt. Het gaat om het idee dat de menselijke persoon een samenspel is van activiteit en passiviteit, van creativiteit en rust, van ondernemen en ondergaan, van zorgen en verzorgd worden, van vrijheid en lotsbepaling. Daarbij is het aan de samenleving om dankzij haar organisatiestructuren (democratie, onderwijs, welzijns- en gezondheidszorg enz.) aan ieder mens de mogelijkheid te geven om zich als mens te kunnen ontplooiën in een menswaardigheidsbevorderende context.

**De zorgethiek**

Binnen de zorgethiek komt de mens als samenspel van activiteit en passiviteit bij uitstek tot uiting in de zorgverlening. Zorg is immers de achtergrond waartegen een mens echt mens wordt. Dat gebeurt zowel op een actieve als op een passieve manier, namelijk door actief zorg te dragen voor iets of voor iemand (voor onszelf, onze naasten, onze tuin, winkelder, boeken- of platencollectie enz.) maar ook door zorg te ontvangen wanneer we die nodig hebben. Zorg verbindt mensen ook met elkaar en is als dusdanig een belangrijke betekenisgevende factor in ons leven. Doordat we zorgend en zorgontvangend in het leven staan, krijgt ons leven zin en betekenis. Het bevestigt ons in ons mens-zijn, in relatie tot onszelf en de anderen.

**De vermogensbenadering**

In de rechtvaardigheidsfilosofie vindt men een gelijksoortig gezichtspunt terug in de vermogensbenadering van de filosofe Martha Nussbaum. Volgens haar is het de taak van onze rechtvaardige samenleving om zoveel mogelijk de menswaardigheid van mensen te beschermen, te ondersteunen, te bevorderen. Dat houdt in dat we de centrale menselijke vermogens (leven, lichamelijke gezondheid, lichamelijke integriteit, het gebruik van de zintuigen, verbeelding en het denkvermogen, emotionele gehechtheden, affiliatie met andere personen, mogelijkheid tot creativiteit en spel e.a.) zoveel mogelijk moeten ondersteunen en stimuleren door het inrichten van de juiste structuren in de samenleving.

**Het personalisme**

De christelijk geïnspireerde pendant van deze theorieën vinden we terug in de ethiek van het personalisme dat het ideaal van eerbied voor de menselijke persoon centraal stelt. Dat houdt in dat we ieder mens benaderen als een unieke persoon waarbinnen verschillende dimensies (lichamelijke dimensie, psychische balans, sociale en familiale relaties, historische situering, levensbeschouwelijke visie, rol en functie in de samenleving enz.) op een unieke wijze samenkomen. Of welbepaalde keuzes of handelingen ethisch verantwoord zijn, hangt dan af van de mate waarin we binnen de gegeven omstandigheden menswaardigheidsbevorderend hebben gehandeld of gekozen. Met andere woorden, wanneer ze bevorderlijk zijn voor de mens als gehele persoon, in zijn verschillende dimensies en relaties.

Net als andere actoren in zorg en welzijn wordt de geestelijke gezondheidszorg uitgedaagd om mensen in zeer verschillende situaties te ondersteunen in hun herstelproces. Daarnaast willen we ook proactief ageren om mensen te versterken en weerbaarder te maken in kwetsbare situaties. Soms kan het effectiever zijn om interventies, diensten en producten te ontwikkelen op cliëntniveau, waarbij de burger wordt aangesproken als individu. In andere situaties zijn interventies, diensten en producten effectiever op groepsniveau of zelfs op het niveau van de samenleving. In de wetenschap dat mensen verschillende voorkeuren hebben en dus gedrag stellen in de vier geïdentificeerde kwadranten, moeten we voor elk van de vier kwadranten strategische keuzes maken, gebaseerd op de volgende vragen:

- Welk gedrag willen we stimuleren?
- Welk gedrag willen we ontmoedigen?
- Welk gedrag willen we veranderen?

## Keuzes in kwadrant 1 : humane motieven – reactief op kwetsbaar makende situaties

### KWADRANT 1: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS INDIVIDU

We willen voorkomen dat mensen berusten in hun situatie omdat ze zichzelf als ‘de norm’ beschouwen en dus niet geneigd zijn om iets te veranderen. We willen hen laten inzien dat de tijd dringt om in actie te komen en hen helpen zich los te maken van hun kwetsbaar makende situatie door hen te laten focussen op die elementen die hun persoonlijke identiteit bepalen en alle minder belangrijke elementen naar de achtergrond laten verdwijnen. We willen dat burgers zich niet kunnen verschuilen achter enkel die media die hen bevestigen als zijnde de norm. We willen hen andere ideeën bijbrengen die hen uitdagen opnieuw iets te doen. We willen voorkomen dat mensen zorg krijgen die niet leidt tot verbetering. We willen hen het vertrouwen geven dat wanneer zij zorg ontvangen, die ook leidt naar een voor hen persoonlijk optimaal resultaat. We willen dat burgers blijven zoeken naar de voor hen beste levenskwaliteit.

Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen, moeten we enerzijds hun gevoel van eigenwaarde versterken en hen een veilig gevoel geven, maar hen tegelijk alert maken om de momenten te herkennen waarop het tijd is om in actie te schieten.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten zullen de burger moeten appelleren, alarmeren, hem confronteren met de nood tot verandering en hem helpen prioriteiten te stellen in de nodige veranderingen. Tegelijk moeten we hem het vertrouwen geven dat de verandering haalbaar is en dat hij over de nodige competenties of ondersteuning beschikt om de verandering te realiseren.



## KWADRANT 1: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS ONDERDEEL VAN EEN GROEP

We willen voorkomen dat mensen zich verschuilen in het comfort van de groep. Tegelijk willen we hen leren de groep opportuun in te zetten. We willen hen stimuleren om vanuit de geborgenheid van een groep eigen verantwoordelijkheid op te nemen om gepaste stappen vooruit te zetten in de richting van het inperken van de kwetsbaar makende situatie en tevens herval te vermijden. Ieder lid van de groep vervult een bij de identiteit passende rol en stelt de eigen kwaliteiten ter beschikking van de andere leden van de groep. We willen mensen ondersteunen in het opnieuw opbouwen van een gezonde omgeving die past bij hun identiteit.

*Deze situatie is vergelijkbaar met een groep mensen die zich verenigd hebben in een collectief om allemaal hun eigen, solide woning te bouwen. Iedere bouwer heeft wel een zekere bagage aan competenties en neemt dan ook zijn verantwoordelijkheid voor de eigen woning. Daarnaast maakt men gebruik van elkaars competenties en specialisaties (elektriciteit, financiën, planning) en van externe specialisten (projectmanager, loodgieter, bouwvakker). Essentieel is dat de bouwer zijn eigenheid bewaakt en zich niet enkel laat leiden door het collectief en/of de specialisten.*



Om de burgers ertoe te bewegen om het gewenste gedrag te stellen, moeten we hen enerzijds het gevoel van bekrachtiging en competentie geven, maar anderzijds ook het gevoel van inspiratie en uitdaging.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de burger motiveren, inspireren, bekrachtigen en enthousiasmeren. Hij moet de acties opdelen in kleinere pakketten die worden aangepakt.

## **KWADRANT 1: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS ONDERDEEL VAN DE BREDE MAATSCHAPPIJ**

Door de maatschappelijke invulling van het begrip ‘gezondheid’ te wijzigen, willen we voorkomen dat burgers die niet 100% gezond zijn automatisch als ziek worden bestempeld. We definiëren ziekte en gezondheid niet als duale begrippen, maar als een breed continuüm: van heel ongezond naar heel gezond. De voornaamste bepalende factor is het begrip ‘levenskwaliteit’. We willen mensen aanmoedigen om voor zichzelf te bepalen wat kwaliteit van leven betekent in de ruime maatschappelijke context. Levenskwaliteit wordt van individu tot individu verschillend ingevuld.

Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen, moeten we hen het gevoel geven van erkenning en van zelfbeschikking, m.a.w. het gevoel om vrij te kunnen handelen en eigen keuzes te maken. We moeten hen het gevoel geven dat ze via hun creativiteit de wereld aankunnen.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de burger stimuleren, uitnodigen, omkaderen, positief bekrachtigen en aanspreken op zijn persoonlijke en sociale competenties.

## **Keuzes in kwadrant 2 : bio-evolutionaire motieven – reactief op kwetsbaar makende situaties**

### **KWADRANT 2: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS INDIVIDU**

We willen voorkomen dat mensen een schuldgevoel ervaren omdat ze hun onrealistische idealen niet kunnen bereiken. We willen hen stimuleren om het gezonde deel van zichzelf aan te spreken en de controle te nemen over hun eigen herstelproces. Hierdoor ervaren zij een gevoel van trots en eigenwaarde. We willen dat mensen gedurende het hele proces leren voor hen realistische doelen te stellen en hun ideaalbeelden te relativeren. We willen het besef stimuleren dat het (ideaal-)beeld dat de media schetsen niet altijd hoeft overeen te komen met de eigen idealen. We laten de burgers (opnieuw) de regie nemen over hun eigen situatie en herstel en versterken zo hun gevoel van weerbaarheid. We willen burgers informatie geven en hen transparantie bieden over welke zorgproducten *evidence-based* zijn en welke niet.

Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen moeten we mensen het gevoel geven dat ze over het nodige meesterschap beschikken om een uitdagende prestatie aan te gaan, dat ze resultaten behalen die voor hen iets betekenen, dat ze zaken kunnen organiseren en regelen. We moeten hen ondersteunen om het proces onder controle te hebben.



De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de burger uitdagen, overzicht en houvast bieden en motiveren om te blijven doorgaan. Tegelijk moet hij de kans krijgen opnieuw te beginnen of zijn persoonlijke doelstellingen aan te passen.

## KWADRANT 2: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS ONDERDEEL VAN EEN GROEP

We willen voorkomen dat mensen in 2026 enkel aan symptoombestrijding doen door bij een groep aan te sluiten en daardoor de oorzaak van hun kwetsbaarheid niet aanpakken. We willen hen aanmoedigen om aan te sluiten bij groepen die het gezonde deel van hen aanspreken, en tegelijk stimuleren om hun kwetsbaarheid onder ogen te zien.

We willen voorkomen dat de groep alleen om weloverwogen eigenbelang draait en dat mensen enkel uit solistische overwegingen samenwerken. We willen het besef promoten dat men samen meer kan dan alleen. Het is belangrijk dat de burgers onderling uitwisselen wat de voor hen beperkende en kwetsbaar makende omstandigheden zijn. Het is hierbij de verantwoordelijkheid van elkeen om aan de groep te melden hoe hij ervoor staat. Die onderlinge communicatie komt de groep en zijn idealen ten goede en wordt niet gezien als een zwakte.

*Deze situatie is vergelijkbaar met een groep bergbeklimmers die, ingespannen in een touw, samen naar de bergtop trekken: als lid neemt men zelf verantwoordelijkheid door de afspraken en regels strikt na te volgen. De veiligheid van de anderen hangt hiervan af. Daarnaast is ieder lid medeverantwoordelijk voor de andere klimmers in het span omdat men wederzijds afhankelijk is om de bergtop te halen. Het feit dat een lid van het span aangeeft dat hij tegen zijn limieten aanloopt, wordt gezien als een daad van verantwoordelijkheid en niet als uiting van zwakte. Pas als men de beperkingen van een medebergbeklimmer in het span kent, kan men er gepast op reageren en de doelen eventueel bijstellen.*



© Reframing Studio



Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen moeten we mensen een gevoel van bekrachtiging, veiligheid, vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheid geven.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de burger stabiliteit, duidelijkheid en houvast bieden.

## **KWADRANT 2: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS ONDERDEEL VAN DE BREDE MAATSCHAPPIJ**

We willen mensen leren omgaan met kwetsbaar makende omstandigheden door hen te leren korte momenten van stabilisatie in te bouwen. Die stabilisatie is nodig om opnieuw grip te krijgen op de situatie. We ondersteunen het verwerven van vaardigheden om met veranderende omstandigheden om te gaan. Dat krikt het zelfvertrouwen van de burger op. We gaan niet mee in het maatschappelijk ideaalbeeld dat continue vooruitgang de enige norm is. Mensen kunnen er dan ook voor opteren om tijdelijk geen zorg te ontvangen en even op adem te komen.

*Net zoals bergbeklimmers niet steeds verder klimmen maar af en toe de tijd nemen om te rusten of de wijzigende situaties te evalueren (weersomstandigheden, lawinegevaar, de conditie van elk van de klimmers in het span). Net die “stop”-periodes garanderen de veiligheid van de klimmers.*

We willen voorkomen dat mentale kwetsbaarheid wordt geassocieerd met mislukking, maar daarentegen juist de moed van het individu benadrukken die nodig is om kwetsbaarheid onder ogen te komen. We willen dat men mentale kwetsbaarheid gaat beschouwen als een onderdeel van het leven, waar iedereen mee te maken kan krijgen. Ondanks de versnippering van verantwoordelijkheden willen we dat er betrouwbare onafhankelijke informatie beschikbaar is die de burger helpt bij het maken van objectieve keuzes.

Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen, moeten we mensen stimuleren begrip voor zichzelf en voor anderen te tonen, zichzelf en anderen te accepteren, moedig te zijn en tegelijk anderen moed in te spreken, zorg te dragen voor veiligheid en toch resultaten te boeken.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de burger bevestigen, herhaaldelijk informeren over de beschikbare *evidence*, uitdagen om voorbij het eigen buikgevoel te gaan, uitdagen om risico's te verlagen maar toch vooruit te gaan.

## Keuzes in kwadrant 3: humane motieven - proactieve vermijding van kwetsbaar makende situaties

### KWADRANT 3: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS INDIVIDU

We willen mensen stimuleren om voorbij een eenzijdig wereldbeeld te kijken door zichzelf de vraag te stellen: ‘Wie ben ik en waarvoor sta ik?’ en ‘Voel ik me hier nog goed bij?’ We willen hen het gevoel geven dat ze de moeite waard zijn om er te zijn, dat ze hun capaciteiten en vaardigheden mogen gebruiken. Tevens willen we hen nieuwe ervaringen laten ontdekken waardoor hun wereld verder opengaat en hun (geestelijk en lichamelijk) welzijn verhoogt. We willen mensen stimuleren om zich voor te bereiden op mogelijke tegenslagen, maar we vinden het ook prima om af en toe de remmen los te gooien.

*Je kan het vergelijken met een muzikliefhebber die zijn favoriete muziek beluistert via de muziekstreamdienst Spotify. In de marge hiervan ontdekt hij echter ook nieuwe muziek of artiesten die buiten zijn gebruikelijke muziekvoorkeur liggen. Of het is net alsof mensen uit verschillende sectoren zich inschrijven om de deel te nemen aan een congres Open Minds om zich te laten uitdagen om op een andere manier met geestelijke gezondheid om te gaan.*

Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen moeten we hen duidelijk maken dat ze uniek zijn in wie ze zijn en waarvoor ze staan, evenals een gevoel van enthousiasme om nieuwe dingen te leren kennen.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de mensen persoonlijk aanspreken, aansluiten bij wie ze ten diepste zijn, maar hen tegelijk ook verrassen en meeslepen, nieuwsgierig maken voor nieuwe dingen.

### KWADRANT 3: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS ONDERDEEL VAN EEN GROEP

We willen voorkomen dat burgers blindelings meegaan met de idealen van de groep zonder die idealen kritisch te beoordelen. We willen echter ook de kracht en de betekenis van de groep voor het individu versterken. We willen stimuleren dat mensen geborgenheid vinden bij groepen, maar we willen ook een overkoepelende solidariteitsgevoel oproepen: ‘als burger ben je onderdeel van een groter geheel’.

*Het is net zoals fans tijdens een concert van hun lievelingsband in hogere sferen geraken door samen met een massa andere fans naast hen hetzelfde optreden mee te maken en dezelfde hits mee te zingen.*





Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen, moeten we hen een gevoel geven van verbondenheid, zich als individu één met het geheel te voelen, energie kunnen halen door verbinding met een hoger doel, en daardoor het normale kunnen overstijgen.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de burger samenbrengen, bekrachtigen en gezamenlijk op een hoger niveau tillen door buitengewone ervaringen binnen een veilig kader.

### **KWADRANT 3: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS ONDERDEEL VAN DE BREDE MAATSCHAPPIJ**

We willen voorkomen dat groepen uitgroeien tot extremen door de nieuwsgierigheid voor nieuwe dingen bij de burger blijvend te stimuleren. Zonder hen moreel te verplichten, willen we een open houding naar andere burgers in de samenleving bevorderen. We willen sociale samenhang stimuleren in een samenleving die een samenspel vormt tussen verschillende groepen, met elk hun identiteit en waar iedereen een waardige plaats vindt.

We willen niet dat men zorg als een morele plicht ervaart. We willen mensen hun ogen laten openen voor 'het goede' in de maatschappij en hen stimuleren de nuance te blijven opzoeken in plaats van zich te laten leiden door de extreme gevallen. Initiatieven die de sociale cohesie en interactie bevorderen, willen we aanmoedigen. Vanwege de versnippering van verantwoordelijkheden is het goed om 'bottom-up' initiatieven te stimuleren, omdat het lastig is om 'top-down' solidariteit te initiëren.

*Het is vergelijkbaar met iemand die zich op een groot muziekfestival bevindt waar hij op een spontane manier in aanraking komt met andere muzieksoorten. 'Het is niet echt mijn type muziek, maar ik waardeer het om wat het is. Ik heb begrip voor mensen die er wel van houden en sluit niet uit dat ik er ooit voor zou vallen.'*

Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen, moeten we hen een gevoel geven van maatschappelijke verantwoordelijkheid, nieuwsgierigheid en begrip.

De te onderwerpen interventies, producten en diensten moeten mensen erkennen, diversiteit aanbieden en tegelijk de samenhang bevorderen en drempels verlagen.

### Keuzes in kwadrant 4 : bio-evolutionaire motieven - proactieve vermijding van kwetsbaar makende situaties

#### KWADRANT 4: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS INDIVIDU

We willen voorkomen dat mensen hun gemoedstoestand negeren of onderdrukken ten behoeve van hun ideaalbeelden. We willen hen weerbaar maken door hen te helpen om voor zichzelf realistische en haalbare doelen te bepalen en na te streven. We moedigen hen aan om die doelen zowel intern (in welke mate komen ze overeen met de eigen gemoedstoestand?) als extern (wat denkt de brede maatschappij?) af te toetsen. We stimuleren het geestelijk en lichamelijk welzijn van de burger door het beste van en voor zichzelf naar boven te halen. Ambitie is een goede drijfveer op voorwaarde dat die gestoeld is op haalbare doelstellingen.

*Het is net zo bij de loper die voortbouwt op zijn trainingsschema en hartslagmeter. Ze helpen hem bij het stellen van ambitieuze maar realistische doelen waarbij hij leert luisteren naar zijn lichaam tijdens het lopen. Het doel is te werken aan zijn (fysieke en mentale) welzijn en vooruitgang te boeken. Hij leert zijn lichaam kennen door zijn grenzen aan te voelen en te voorkomen dat hij overbelast raakt. Hij onderzoekt welk type lopen bij hem past (sprints, marathon, snelwandelen).*

Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen moeten we doelgerichtheid, trots en zelfvertrouwen (positieve zelf-evaluatie) ondersteunen en stimuleren.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de burger controleren (remmen maar tegelijk uitdagen), hem attent maken op zijn gemoedstoestand, hem realistisch leren kijken naar zichzelf, maar tegelijk uitdagen om de grenzen beetje bij beetje te verleggen, zonder te bruskeren.



## KWADRANT 4: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS ONDERDEEL VAN EEN GROEP

We willen voorkomen dat de cohesie in de samenleving wordt belemmerd door het meedogenloos nastreven van individuele belangen: het nastreven van het doel van de eigen groep en het individu is goed, zolang het collectief er niet onder lijdt. We willen burgers aanmoedigen (opportunity) aan te sluiten bij groepen die hun gezonde identiteit bevestigen en versterken, waarbij ze streven naar optimaal functioneren in de maatschappij.

*Het is net alsof de langeafstandsloper traint in groep. Enerzijds is de training aangepast aan zijn niveau maar het daagt hem ook uit om een stapje verder te zetten. De loper trekt zich op aan de andere deelnemers en zij aan hem: men pept elkaar op, motiveert elkaar om door te gaan en deelt successen met elkaar. De omkadering van de groep neemt niet weg dat de loper zijn eigen lichaam preventief beschermt met ondersteuning van deskundigen die helpen om realistische doelen te stellen (kinesist, voedingsdeskundige...)*



Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen, moeten we hen het gevoel geven competent te zijn, elkaar te bekrachtigen, hen bij te brengen dat er professioneel advies en advies van medeburgers beschikbaar is en dat er wel degelijk ijkpunten bestaan om de eigen prestaties aan af te wegen.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten de burger evalueren, zowel individueel als in groep, motiveren (door de dip heen), ondersteunen met wetenschappelijk onderbouwde informatie en stimuleren naar de gewenste toestand.

## KWADRANT 4: KEUZES TEN AANZIEN VAN DE BURGER ALS ONDERDEEL VAN DE BREDE MAATSCHAPPIJ

We willen de norm van ‘de maakbare autonome mens’ veranderen in een norm die draait om ‘meedoen in de maatschappij en verantwoordelijkheid opnemen maar aangepast aan het eigen niveau’. We willen burgers prikkelen om de norm van ‘de autonome, maakbare mens’ te relativeren door bredere referentiekaders te bieden waaraan men het eigen ideaalbeeld kan spiegelen. We willen voorkomen dat burgers zich superieur voelen door hen bewust te maken van het feit dat kwetsbaar makende situaties iedereen kunnen overkomen en dus geen connotatie van ‘schuld’ met zich meebrengen.

*Het is net als een loper die de afstand van 5 km uitkiest in een wedstrijd omdat hij aanvoelt dat die afstand hem ligt en binnen zijn mogelijkheden ligt. Om te bepalen in welke mate hij een goed resultaat behaalt, vergelijkt de loper in de eerste plaats zijn tijd met de tijden in eerdere wedstrijden, maar ook met de tijden van andere lopers op dezelfde afstand.*

Om de burgers ertoe te bewegen het gewenste gedrag te stellen, moeten we hen het gevoel geven van groei, ontwikkeling, erkenning, gelijkwaardigheid, en het boven zichzelf uitstijgen.

De te ontwerpen interventies, producten en diensten moeten aangepast zijn aan elke burger, rekening houdend met de gewenste uitdaging. Ze moeten de burger competent maken en aanmoedigen om zijn grenzen te verleggen, maar ook preventief aandacht hebben om de eigen grenzen niet te overschrijden.

We hebben hierboven de keuzes van Zorgnet-Icuro en de stakeholders beschreven. We hebben aangegeven welke gedragingen we willen stimuleren, ontmoedigen of veranderen, en welke interventies, producten en diensten ons inziens helpen om dit gedrag te realiseren. Hierbij zijn we niet neutraal te werk gegaan. Dat zou bovendien ook onmogelijk zijn. Immers, keuzes in de zorg zijn altijd ingegeven door een bepaald waarde kader. Het centrale ethische kompas van onze keuzes werd ingegeven door het engagement tot menswaardigheidsbevorderende gedragingen en interventies.

Dit waarde kader, en het langetermijnkarakter ervan, hebben we nodig om legitimiteit te verlenen aan de fundamentele van onze zorg- en welzijnssector, aan de solidariteit die we hierin willen realiseren, aan de sociale zekerheid, en aan de keuzes die we hierin willen maken. Het biedt een langetermijnvisie en een antwoord op de vraag: ‘met wat voor een soort samenleving willen we ons verbinden en welk type gemeenschap van mensen willen we eigenlijk zijn?’

In dat verband zijn positieve verhalen van dagelijkse menswaardigheidsbevorderende zorg, van goede praktijken van zorg en engagement belangrijk want bijzonder inspirerend. Ja, welzijns- en gezondheidszorg gaat over cijfers, budgetten, groeinormen, beleid en harde keuzes. Maar hierin moeten we weten waarvoor we staan, wat vele mensen dagelijks doen, en waarom we dit allemaal zo belangrijk vinden. Concrete verhalen van zorg kunnen zuurstof bieden voor weloverwogen positieve keuzes.

## 2. ONZE KEUZES VERTAALD IN ENKELE VOORBEELDEN VAN NIEUWE PRODUCTEN EN DIENSTEN

Als Zorgnet-Icuro bepaalden we - samen met onze stakeholders - in het voorgaande onze strategische positie en onze missie en gebruikten die als toetssteen en filter om te kijken welke interventies, producten en diensten we in de toekomst willen ontwikkelen. We stelden scherp welke toekomstige gedragingen Zorgnet-Icuro wil aanmoedigen, ontmoedigen of bijsturen. In wat volgt maken we de inventaris op van een aantal mogelijke innovatieve producten en diensten. Ze vormen een vertaling van onze strategische positionering zoals hierboven beschreven. De keuzes krijgen met andere woorden nu concreet vorm. We ambiëren in deze zeker geen volledigheid. De beschreven producten en diensten zijn het resultaat van een heel proces dat we samen met een grote groep stakeholders doorliepen. Opvallend is dat zowel in het reframing-traject als in de brainstormsessies in Aalter en Leuven een aantal krachtlijnen terugkomen die ook in federale of Vlaamse beleidsaanbevelingen steevast staan opgenomen. Het gaat dan meer bepaald om de focus op dialooggestuurde zorg, het sterker betrekken van ervaringsdeskundigen, het opdrijven van het aanbod op de eerste lijn, het inzetten op deskundigheidsbevordering, het versterken van de preventieve functies en het uitbouwen van de herstelgerichte zorg. Tot slot stellen we Regizel voor, een concrete interventie die tijdens het Reframing-traject' werd uitgewerkt en getest binnen de initiatieven beschut wonen.

### Inventarisatie van de eerste ideeën per kwadrant

#### KWADRANT 1 : HUMAAN-REACTIEF

##### **Een platform of hulplijn voor meldingen vanuit de directe omgeving**

**Waarom?** Er zijn mensen die door omstandigheden bewust of onbewust geleidelijk in de problemen raken. Het sociale netwerk merkt dit wel op, maar weet niet altijd hoe te handelen of de juiste vorm van hulp te bieden. Men is vaak niet in staat om de gepaste zorg tijdig te mobiliseren. Sociale instanties en hulporganisaties worden dikwijls pas ingeschakeld als de problematiek zich al ernstig heeft gemanifesteerd. Deze interventie wil de directe omgeving van iemand in een psychisch kwetsbaar makende situatie helpen om in een zo vroeg mogelijk stadium hulp te bieden, ondersteund door (zorg)professionals.

**Hoe?** Het platform of de hulplijn biedt de mogelijkheid om een persoon uit je sociaal netwerk (familielid, vriend, buurman/buurvrouw, klasgenoot...) een helpende hand te bieden.

**Wat?** Op het platform of de hulplijn kan je een melding plaatsen wanneer jij je ongerust maakt om iemands psychisch welzijn. Vervolgens wordt er contact gezocht met degene die de melding heeft gedaan en wordt er een bezoek gepland aan de bewuste persoon, samen met een zorgprofessional. De situatie wordt beoordeeld en er worden gezamenlijke prioriteiten gesteld. Wanneer nodig wordt de gepaste vorm van hulp ingeschakeld die op dat moment vereist is. Essentieel hierbij is dat dit team in vertrouwen handelt en niet het imago van een opgelegde behandelvorm heeft.

### **Intakegesprekken per definitie in het thuismilieu**

**Waarom?** Wanneer cliënten eindelijk, na soms jarenlang psychisch lijden, de stap zetten naar de hulpverlening, wordt er veelal 'haal'-zorg geleverd: de cliënt verplaatst zich naar de hulpverlening. Doordat vele eerste contacten met GGZ-cliënten geen urgent of levensbedreigend karakter hebben, zou het wenselijker zijn om het eerste contact met nieuwe GGZ-cliënten in hun thuis(-vervangend) milieu te laten gebeuren. Het observeren van een cliënt in zijn natuurlijke habitat levert immers een veel breder zicht op zijn functioneren in verschillende levensdomeinen, op de betrokken mantelzorger(s) en andere betrokken diensten (bv. poetshulp, budgetbegeleiding...).

**Hoe?** Intakegesprekken voor zowel ambulante als residentiële zorg worden zo veel als mogelijk georganiseerd in het thuismilieu van de cliënt in plaats van op de locatie van de hulpverlener. Die werkwijze geldt dus niet alleen voor de mobiele teams, maar wordt de standaardprocedure bij aanvang van ambulante consultatiezorg en residentiële zorg.

**Wat?** Het veronderstelt niet alleen een wijziging in de mindset van de hulpverleners, ook de opleidingspakketten van toekomstige GGZ-medewerkers dienen hierop te worden aangepast, net als de intake- en opnameprocedures. Uiteraard dienen extra verplaatsingsmiddelen (fietsen, wagens, openbaar vervoer...) en voldoende tijd voor de intake te worden voorzien. Bovendien moet tijdens het huisbezoek vlot met de eigen voorziening kunnen worden gecommuniceerd (GSM, ter plaatse toegang tot elektronisch dossier). Een uitgewerkte computertool kan toelaten om op een eenvoudige manier de essentiële informatie over een cliënt en zijn omgeving te verzamelen en in het elektronisch patiëntendossier in de voorziening te integreren. Uiteraard dienen duidelijke richtlijnen te worden uitgewerkt inzake arbeidsrechtelijke aspecten en moeten veiligheidsprocedures worden opgezet zodat een hulpverlener in het thuismilieu van de cliënt steeds assistentie kan invoeren.

### **Lokale huizen van de geestelijke gezondheid, met een laagdrempelig breed open aanbod**

**Waarom?** Uit onderzoek blijkt dat Vlamingen heel terughoudend en afwachtend zijn in het zoeken naar gepaste zorg voor psychische problemen. Tegelijk is er in Vlaanderen te weinig laagdrempelig basisaanbod rond het omgaan met psychische problemen en psychisch kwetsbaar makende situaties. Bovendien is het huidige GGZ-aanbod in Vlaanderen regionaal niet evenwichtig gespreid: in sommige regio's is er een relatief groot aanbod, terwijl in andere regio's weinig tot geen geestelijke gezondheidszorgactoren



actief zijn. De ontwikkeling van lokale inloophuizen kan hierop een antwoord bieden. **Hoe?** Als interventie stellen we de uitrol van lokale, laagdrempelige inloophuizen voor. Mensen kunnen er hun verhaal komen doen zonder meteen in een behandeltraject te stappen. Psy-experten bieden een luisterend oor en 'levenstips'. In heel veel gevallen volstaat dit. Indien nodig leiden de inloophuismedewerkers toe naar gespecialiseerde zorg. Uit onderzoek weten we dat vele lichte tot milde psychische problematiek en psychosociale problemen te lang onuitgesproken blijven. Dat verhoogt de kans op chronische stress of andere klachten. Het inloophuis wil een ontmoetingsplaats zijn waar mensen in de eerste plaats uitgedaagd worden om levenservaringen uit te wisselen en elkaar te ondersteunen. De psy-experten fungeren als gids, als klankbord. Ze zijn een ijkpunt voor de bezoekers vanuit hun deskundigheid die ze binnen de gespecialiseerde GGZ hebben opgebouwd, maar ze behandelen niet en worden ook niet als behandelaar gepercipieerd door de bezoekers.

**Wat?** Een toegankelijke locatie in de wijk (buurthuis, ontmoetingsplaats, wijkcentrum...) waar mensen kunnen binnenlopen om zonder afspraak een psy-expert (maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, psychiater...) te ontmoeten. De medewerkers in dit inloophuis maken deel uit van erkende organisaties (centrum algemeen welzijnswerk, centrum geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis...). Deze organisaties stellen elk een (beperkt) deel van hun werktijd beschikbaar in het inloophuis. Dat veronderstelt een goed omschreven samenwerkingsverband tussen de betrokken partners en de lokale overheden met onder meer afspraken over (werkgevers-)aansprakelijkheid en financiering (huisvesting, loonkost...). De inbedding in het bredere netwerk van gespecialiseerde GGZ-actoren is cruciaal, zodat de toeleiding naar andere zorgvormen – indien nodig – snel en efficiënt kan gebeuren.

### **Behandeldoel = creëer de beste versie van jezelf**

**Waarom?** Om personen meer inspraak en regie te geven over hun leven en hun behandeling, dient het behandeldoel te worden bepaald in functie van de verwachtingen van de persoon. Als we humaan willen werken, kiest de persoon behandeldoelen in functie van zijn persoonlijke ontwikkeling en zijn actueel en gewenst functioneringsniveau. Het is de persoon zelf die bepaalt welke persoon hij wil zijn, wat hij wil bereiken om die persoon te worden en welke (tussentijdse) doelstellingen hij wil halen. Die visie gaat in tegen de heersende mentaliteit waarin hulpverleners vanuit hun professionele autoriteit en gesteund door wetenschappelijke richtlijnen menen te weten welke behandeldoelstellingen relevant zijn en welke dienen te worden nagestreefd. In die optiek zijn de hulpverleners ook geneigd om zelf te bepalen wanneer de behandeldoelstellingen bereikt zijn en de cliënt klaar is om de behandeling te beëindigen.

**Hoe?** Hertekenen van de intake- en anamnese fase van een behandeling en de opmaak van behandelplannen zodat de cliënt zijn behandeldoelen zelf stelt en kiest in functie van zijn levensdoelen en het functioneringsniveau dat hij zelf wenst. We moeten de eenzijdige veronderstelling verlaten dat hulpverleners uitsluitend voortbouwen op hun professionele autoriteit om behandeldoelstellingen te bepalen.

**Wat?** Dit veronderstelt een aanpassing van de opleidingspakketten voor psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters, ergotherapeuten, teamleiders, bv. in de

richting van systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH). Noodzakelijke voorwaarde is evenzeer het uitwerken van nieuwe procedures in de GGZ-voorzieningen, waarin tijdens de anamnese wordt gepeild naar het huidige functioneren en het gewenste functioneren. Uit de combinatie van beide worden samen de behandel doelstellingen bepaald. Die nieuwe manier van werken impliceert dat er veel minder pathologiespecifiek wordt gewerkt.

Ideeën die nauw aansluiten bij bovenstaande producten, ze aanvullen en versterken:

### **Sleutelfiguren gericht vormen in het herkennen van signalen van zich ontwikkelende psychische problemen**

In het verleden zette bijvoorbeeld De Post een proefproject op om de postbode te versterken in zijn rol van signaaldetector. Ook de werkgever, de wijkagent, de meterstand-opnemer, burens, collega's, 'collega-ouders aan de schoolpoort', jeugdwerkers, leerkrachten... kunnen psychische kwetsbaarheid sneller detecteren en een gerichte opleiding krijgen om gepast te leren reageren. Dergelijk vormingsaanbod zou kunnen kaderen in de reeds lopende projecten 'gezonde gemeente/warme steden' met als doel om zoveel mogelijk sleutelfiguren op te leiden. Patiëntenverenigingen zijn uiteraard nauw betrokken en lokale besturen spelen een faciliterende rol. De vorming wordt in duo gegeven (ervaringsdeskundige en GGZ-medewerker). Beiden leren van elkaar.

### **Meer aandacht voor het ontstaan van en een gepaste reactie op problemen rond geestelijke gezondheid in lespakketten van basis- en secundaire scholen en hoger onderwijs.**

Die pakketten dienen niet enkel te focussen op kennisoverdracht, maar vooral op het verwerven van levensvaardigheden.

## **KWADRANT 2 : EVOLUTIONAIR-BIOLOGISCH REACTIEF**

### **Even dimmen**

**Waarom?** In de toekomstige samenleving ervaren mensen een steeds hogere druk door de focus op vooruitgang en prestatie. Voor velen is het moeilijk om hun kwetsbaarheid te (h)erkennen, en kenbaar te maken aan hun sociale omgeving. Men lijdt onder te hoge doelen in werk en privéleven. Hierdoor is er meer risico op overspannenheid, depressies en burn-outs. Omdat psychische problemen in de werkomgeving nog te vaak worden gepercipieerd als een zwakte, treden mensen moeilijk en vaak te laat met hun mentale klachten naar buiten.

**Hoe?** Deze interventie is een manier om een rustpauze in te bouwen in de kwetsbaar geworden situatie van mensen door gedurende een bepaalde periode de werkzaamheden te verminderen. De interventie bestaat uit drie onderdelen: de toetsing van de mentale toestand, de communicatie naar de omgeving (werkgever, collega's) en de organisatie rondom de rustpauze (opvang van werkzaamheden en financiering).

**Wat?** De interventie bestaat uit een (*evidence-based*) evaluatie van de mentale toestand, die kan uitwijzen dat een rustpauze moet worden ingebouwd. Die bevestiging

is een bekrachtiging om naar de werkgever te stappen om de mentale toestand en de reden voor de rustpauze te communiceren. Vervolgens kijken de leidinggevende en het team hoe de werkzaamheden tijdelijk kunnen worden aangepast. Voor de financiering kan bv. worden gedacht aan een werkgeversverzekering voor tijdelijke rustpauzes van werknemers, die de mogelijkheid biedt om voor een korte periode een deel van de arbeidskosten op te vangen. Die verzekering werkt vanuit de werkgever als een destigmatiserende boodschap naar de werknemers; het is belangrijk vroegtijdig overbelasting te communiceren, omdat dat voor iedereen (individu en de groep) beter is.

### **Onderbouwde praktijkvoering op maat**

**Waarom?** In de wetenschappelijke literatuur worden heel wat *evidence-based* (en *practice-based*) praktijken en *guidelines* beschreven. Tegelijk merken we dat de hulpverleners onvoldoende gebruik maken van die *evidence-based* richtlijnen en praktijken. De oorzaken van het ondergebruik zijn meervoudig. Enerzijds is de literatuur verspreid over vele bronnen, anderzijds is het niet altijd duidelijk in hoeverre de in de internationale literatuur beschreven praktijken ook standhouden in de Belgische en Vlaamse cultuur. Immers, heel wat interventies op GGZ-vlak zijn gebaseerd op persoonlijke interacties tussen hulpverleners en patiënten (en dus per definitie cultuurgebonden).

Om te komen tot een meer transparante en efficiënte zorg is het aan te bevelen dat hulpverleners hun interventies meer afstemmen op die richtlijnen. Dit komt ten goede aan de professionalisering van de sector en draagt bij tot een positieve beeldvorming.

**Hoe?** Een online bundeling van *evidence-based* richtlijnen en praktijken die periodiek gevoed en geactualiseerd wordt door zowel een Vlaams wetenschappelijk comité als Vlaamse praktijkmensen uit verschillende disciplines én ervaringsdeskundigen (om dede combinatie wetenschap/praktijk te garanderen).

**Wat?** Eén centrale Vlaamse website bundelt alle *evidence-based* richtlijnen waarvan is aangetoond dat ze standhouden in een Belgische en Vlaamse context, of waarvan de culturele impact is beschreven zodat de hulpverleners zelf kunnen inschatten in hoeverre een internationale richtlijn ook hier kan gelden. Die website is vrij toegankelijk voor alle hulpverleners en wordt regelmatig geüpdatet.

### **Eerste hulp bij psychische problemen**

**Waarom?** 75% van de psychische klachten uit zich vóór het 25ste levensjaar. We kunnen nog grote stappen vooruitzetten wat betreft de (vroeg)detectie van de symptomen bij kinderen en jongvolwassenen in hun directe leefomgeving. Door er vroeg bij te zijn kunnen ernstige klachten worden voorkomen. Vaak worden beginnende symptomen echter niet herkend of weet men niet hoe er het best op te reageren. Het stigma op GGZ maakt het daarbij ook lastig om de symptomen en de aanpak met de cliënt en zijn familie bespreekbaar te maken.

**Hoe?** Deze interventie bevordert de algemene kennis over geestelijke gezondheid in de maatschappij. Door mensen beter voor te bereiden en op te leiden in het herkennen van psychosociale problematiek, worden symptomen vroegtijdig herkend en aangekaart. Die kennis is relevant voor ieder individu, maar in het bijzonder voor mensen die dagelijks in sociale groepen functioneren (werkgevers, docenten, sportcoaches, leerlingen enz.), aangezien zij regelmatig te maken hebben met aan geestelijke gezond-

heid gerelateerde situaties. Een algemeen toegankelijk platform met ‘eerste hulp’ bij psychische problematiek communiceert dat geestelijke gezondheid iets is waarvoor iedereen alert moet zijn. Het is stigmadoorbekend.

**Wat?** Deze online toolkit biedt de eerste hulp waar er mogelijk sprake is van een lichte tot milde psychische problematiek. De gebruiker van de tool kan aan de hand van een aantal korte aanwijzingen nagaan of de gesignaleerde symptomen duiden op een psychische aandoening. De tool biedt ook een actieplan op basis van professionele protocollen. Op die manier kan de raadpleger van de toolkit verantwoord inspelen op de situatie en met vertrouwen de juiste handelingen verrichten. De kit biedt de juiste tools om een onderbouwde inschatting te maken van de ernst van de situatie (mate van functioneren, symptomen, gevaar voor zichzelf of omgeving) en wanneer het aangewezen is hulp in te schakelen. De toolkit wordt geïntroduceerd vanuit een maatschappelijke instelling (de verantwoordelijke overheden) die in samenwerking met de GGZ-actoren eenduidige informatie verstrekken die door iedereen kan worden geraadpleegd.

### KWADRANT 3 : HUMAAN-PROACTIEF

#### Inleefmomenten

**Waarom?** In de maatschappij zien we een stigmatisering van kwetsbare mensen.

De redenen zijn velerlei: desinformatie, angst voor het onbekende enz. Het is dan ook noodzakelijk om iedereen te laten kennismaken met de kwetsbaarheid van de mens in functie van het respecteren van elkaars bestaan, het begripvol zijn voor mensen die zich in een kwetsbare positie bevinden, het leren omgaan met tegenslagen enz. Kinderen hebben een brede kijk en zijn minder ‘aangetast’ door de ‘na te streven idealen’ van onze prestatie maatschappij. Het is daarom belangrijk dergelijke inleefmomenten in schoolverband te organiseren voor jonge kinderen.

**Hoe?** Het aanbieden van mogelijke plaatsen voor inleefmomenten en ‘zorgstages’ en een goede voorbereiding van het inleefmoment met richtlijnen voor de betrokken scholen (wat? hoe aanpakken? hoe bespreken?)

**Wat?** Leerlingen in het lager- en secundair onderwijs beleven inleefmomenten en ‘zorgstages’ in een omgeving met personen met een bepaalde kwetsbaarheid, bv. in GGZ-voorzieningen, woonzorgcentra, voorziening voor personen met een beperking, ziekenhuizen enz. Daarna wordt in de klas hierover gereflecteerd, samen met de betrokken medewerkers en experts uit de locaties van de inleefmomenten. Ook patiënten- en familieverenigingen worden hierbij betrokken. Er kunnen vragen worden gesteld en er is een meer diepgaande bespreking. Dergelijke inleefmomenten kunnen een onderdeel vormen van de eindtermen van het lager en secundair onderwijs.

### **Bij ons in de buurt**

**Waarom?** Mensen hebben steeds minder buurtcontacten en trekken zich terug in de groepen die hun identiteit bevestigen. Tegelijkertijd neemt de diversiteit van de bevolking toe. Daardoor hebben wijken soms weinig gemeenschappelijke identiteit. Groepen leven anoniem langs elkaar heen. Dat gebrek aan contact tussen groepen met uiteenlopende identiteiten leidt tot onbegrip voor andere normen, waarden en gewoonten.

**Hoe?** We willen verschillende groepen binnen een wijk op een laagdrempelige manier de mogelijkheid geven contact te leggen en te praten over wie ze zijn en wat ze doen. Meer kennis van de verscheidenheid aan groepen in een buurt draagt bij aan nieuwsgierigheid voor elkaar. Het doel is het samenhangsgevoel van de buurt een boost te geven. Door het onderling contact te bevorderen, ontstaat er meer begrip voor elkaar en kan de onderlinge solidariteit van de wijkbewoners groeien.

**Wat?** Een online platform met een geïllustreerde kaart van de buurt, in eerste instantie grijs en simpel afgebeeld. Alle groepen (van scouts tot wielerved tot toneelvereniging) worden uitgenodigd zichzelf op de kaart te zetten door iets over hun identiteit te delen (beeld of tekst) en activiteiten te organiseren waarbij ze zich openstellen voor andere groepen of individuele bewoners uit de buurt. Het project loopt gedurende een vaste periode waarin de groepen elkaar activeren en uitnodigen. Het platform blijft daarna bestaan voor invulling van nieuwe groepen en activiteiten.

Ideeën die nauw aansluiten bij bovenstaande producten, ze aanvullen en versterken:

### **Optimaal gebruik van de bestaande ruimtelijke ordening**

Lokale besturen kunnen de bestaande lege infrastructuur in de dorpskernen opnieuw toegankelijk maken in een collectief aanbod. Dit optimaal gebruik maken van de publieke ruimte brengt mensen bijeen op basis van nieuwsgierigheid. Het eigenaarschap voor de organisatie van de evenementen ligt bij de inwoners zelf. Iedereen kan via de website van de gemeente een aanvraag of een voorstel indienen om een evenement of een terugkerende activiteit te organiseren. Een gevarieerd aanbod kan zo vorm krijgen (repair-café, harmonie, LETS, breigroep, kookworkshops...), waarbij de focus ligt op 'samen dingen creëren' in plaats van louter passief consumeren. Belangrijk is dat het constant zoeken naar verbindingen tussen de verschillende groepen die er activiteiten organiseren, wordt gestimuleerd. Communicatie loopt via diverse kanalen: stads- of wijkkrant, website van de gemeente enz.

## **KWADRANT 4 : EVOLUTIONAIR-BIOLOGISCH PROACTIEF**

### **Beleidsconsulenten geestelijke gezondheid voor lokale besturen**

**Waarom?** Het bevorderen van geestelijke gezondheid gebeurt het best op lokaal (wijk-) niveau. In informele buurtnetwerken kunnen signalen van mentaal onwelzijn immers het best worden gedetecteerd. Het is goed omstandigheden te creëren waarin individuen elkaar meer collectief dragen. Lokale besturen in Vlaanderen missen evenwel vaak de deskundigheid om hiervan echt werk te maken.

**Wat?** Binnen de bestaande GGZ-netwerken krijgen een aantal GGZ-experts elk een klantenportfolio toegewezen. De klanten in kwestie zijn de lokale besturen die vallen onder het werkingsgebied van het betrokken netwerk. De GGZ-experten nemen de rol op van consultant voor de lokale besturen. Hun opdracht bestaat erin om lokale besturen te adviseren zodat elk lokaal bestuur de geestelijke gezondheid bevordert op wijk-/regio-niveau.

**Hoe?** Een kader voor samenwerking tussen GGZ-netwerken en lokale besturen met duidelijk bepaalde mandaten en verantwoordelijkheden en een regelgevend kader dat lokale besturen verplicht om meer en beter werk te maken van het bevorderen van geestelijke gezondheid. In de huidige Vlaamse context nemen de LOGO's al een consulentenrol op ten aanzien van gemeentebesturen (zie bv. [www.gezondegemeente.be](http://www.gezondegemeente.be)). Een versterking van dit mandaat en de bijhorende omkadering verdient aanbeveling, zodat lokale besturen echt werk kunnen maken van een lokaal gezondheidsbevorderend wijkgericht beleid. Bovendien is de koppeling met de gespecialiseerde GGZ nog onvoldoende uitgewerkt. Om dit aanbod te realiseren dienen de adviserende competenties (consultant-skills) bij GGZ-experten te worden versterkt. Vaak zijn GGZ-experten wel beslagen in het opnemen van een consult- of liaisonfunctie ten aanzien van collega-professionals, maar in het stimuleren van lokale beleidsacties en veranderingstrajecten op wijkniveau hebben ze veel minder expertise. Die vaardigheden moeten zeker versterkt worden.

#### **Jaarlijkse mentale fitheidstest**

**Waarom?** Heel wat mensen kampen met (soms onderliggende) psychische of psychiatrische problemen. Die worden niet altijd (tijdig) opgemerkt. Om goed preventief te kunnen werken, problemen op tijd te detecteren en goede interventies te doen hebben we nood aan een laagdrempelig en specifiek instrument. Daarnaast kan het instrument ondersteunend zijn bij het alert zijn voor kwetsbaar makende situaties, het verhogen van de weerbaarheid enz.

**Hoe?** Een mogelijk laagdrempelig instrument is een mentale fitheidstest. Die mentale fitheidstest kan jaarlijks afgenomen worden bij individuele personen door bij voorkeur een actor op de eerste lijn (huisarts, eerstelijnspsycholoog, CLB...). Die actor op de eerste lijn dient over de competentie te beschikken om signalen op te merken en gepast te reageren (zelf een gericht gesprek aangaan, gericht doorverwijzen...). Idealiter is de test gekoppeld aan het globaal medisch dossier. Na afloop is er een vervolgesprek of doelstellingengesprek voorzien: aan de hand van de voor jezelf opgestelde doelstellingen kan je voor jezelf evalueren of die gehaald worden, of ze aangepast moeten worden en op welke manier je bij de uitvoering ervan ondersteund wenst te worden.

**Wat?** De ontwikkeling van een mentale fitheidstest. De ontwikkeling, afname en opvolging worden financieel ondersteund. Er zijn duidelijke richtlijnen voor het herkennen van signalen en het gepast doorverwijzen.

Ideeën die nauw aansluiten bij bovenstaande producten, ze aanvullen en versterken:

### **De uitwerking op regionaal niveau van resultaatgerichte *target payments***

Overheden en gezondheidswerkers formuleren voor een geografisch afgebakend gebied en rekening houdend met de relevante socio-economische parameters samen SMART-gezondheidsdoelstellingen (bv. rond het doen dalen van de arbeidsongeschiktheid, het terugdringen van overconsumptie van medicatie...). De doelstelling wordt bepaald vanuit het preventief denken waarbij men de middelen ook inzet op het behoud van gezondheid en niet alleen op het behandelen van 'ongezondheid'. In regionale netwerken werken alle betrokken actoren (huisartsenpraktijken en -kringen, GGZ, lokale overheden, CLB, residentiële voorzieningen enz.) samen om deze doelstellingen te realiseren. Het netwerk krijgt *incentives* om de geformuleerde doelstellingen te realiseren en worden gefinancierd vanuit mogelijke besparingen in de zorgkosten.

## **Uitgewerkt voorbeeld: Regizel**

Bij wijze van voorbeeld van het geheel van de innovatie-aanpak werkten we één concrete interventie uit en probeerden die uit in de praktijk. De uitgewerkte interventie past in kwadrant 2 (de combinatie tussen reactieve en bio-evolutieve motieven) en situeert zich op niveau van het individu. Voortbouwend op de prioriteiten van onze stakeholders kozen we voor een eerste interventie die relatief nauw aansluit bij de belevingswereld van zowel mensen in een kwetsbare situatie als van hulpverleners. We bouwden hierbij voort op de basisprincipes van het systematisch rehabilitatiegericht handelen. Door een bundeling van de expertise van enkele initiatieven beschut wonen met de ontwikkelingsexpertise van Reframing Studio, werd een prototype uitgewerkt. We testten het eerste ontwerp uit bij 16 bewoners afkomstig uit een achttal initiatieven beschut wonen in Vlaanderen.

### **Waarom?**

We willen dat mensen doelen stellen die voor hen zelf realistisch zijn en bijgevolg hun ideaalbeelden leren relativeren. Net zoals een beginnende loper niet onmiddellijk 10 km kan lopen maar begint met 500 m, even wandelt en dan opnieuw 500 m loopt. We willen voorkomen dat burgers een schuldgevoel ervaren omdat ze hun onrealistische idealen niet kunnen bereiken. We willen hen stimuleren het gezonde deel van zichzelf aan te spreken en de controle te nemen over hun eigen herstelproces. Hierdoor ervaren zij een gevoel van trots en eigenwaarde. We laten mensen opnieuw de regie nemen over hun eigen situatie en herstel, en versterken zo hun gevoel van weerbaarheid. Om dit gewenste gedrag te bereiken, moeten we mensen het gevoel geven dat ze over het nodige meesterschap beschikken om een uitdagende prestatie aan te gaan, dat ze resultaten behalen die voor hen iets betekenen, dat ze zaken kunnen organiseren en regelen. We moeten hen het gevoel geven steeds het proces onder controle te hebben.

### **Hoe?**

We willen mensen laten ervaren dat ze invloed hebben op hun situatie door ze te ondersteunen in het boeken van vooruitgang in een persoonlijk project. We willen hen leren om haalbare doelen en subdoelen te stellen in verschillende levensdomeinen (gezondheid, financieel, sociaal...) die relevant zijn voor hun levenssituatie. Door evaluatiemomenten in te bouwen met een begeleider krijgen deelnemers de mogelijkheid om regelmatig op de persoonlijk gestelde doelen te reflecteren, ze te heroverwegen of aan te passen. Door het haalbaar maken van persoonlijk opgestelde subdoelen wordt het ervaren van positieve zelf-evaluatie gestimuleerd en leren deelnemers gepaste verantwoordelijkheid te nemen voor hun situatie.



## Wat?

We startten de concrete ontwikkeling van deze nieuwe interventie door middel van een snelle prototyping. Het project kreeg de naam **Regizel**, als acroniem van 'registreer je eigen leven zelf in samenspraak of gezelschap van anderen'. We ontwikkelden een rudimentair instrument dat we op korte termijn uittestten bij concrete cliënten. Op basis van de eerste feedback van de gebruikers wordt het ontwerp aangepast en doorontwikkeld. Na enkele rondes zou de definitieve versie klaar moeten zijn. Onderstaande beschrijving heeft betrekking op de eerste ronde van het ontwikkelingsproces.

We ontwierpen een werkinstrument dat de burger meeneemt op een reis naar zijn doel. Via een procesmatige aanpak wordt hij uitgedaagd om zijn idealen in beeld te brengen alsook de wegen ernaar toe. Regizel is een persoonlijk project en proces dat de deelnemer ondersteunt in het realiseren van wat hij graag zou willen bereiken in zijn leven. Hierbij kiest de deelnemer zijn eigen doel(en), de wegen ernaar toe, de tussenstappen en de uitkijkpunten. Tegelijk kan de deelnemer via overzichtskaartjes het geheel van zijn doelstellingen blijven overzien en de realisaties haalbaar houden. Het is net zoals iemand die op reis gaat: hij doorloopt een proces om een reisdoel te kiezen, hij zoekt wegen en manieren om op zijn (tussentijdse) bestemming te geraken, hij maakt die manieren operationeel door de reis op te delen in deeltrajecten, hij stippelt wegen uit, maakt reservaties... Eenmaal de reis aangevat, neemt de reiziger tussentijds de tijd om van het landschap en de cultuur te genieten en eventueel reisplannen bij te stellen. Net zoals een reispakket van een touroperator ontvangt de deelnemer die als individu met Regizel aan de slag wil gaan, een uitgebreide reismap met verschillende onderdelen.



## Overzicht

Via een overzichtskaart krijgt de deelnemer een globaal zicht op het hele proces, de onderdelen, tussenstappen en de logica in de opbouw van alle onderdelen.



### Bepalen van de doelstelling

Via kaartjes met concrete instructies wordt de deelnemer uitgedaagd om na te denken over wat voor hem of haar belangrijk is in het leven, wat hij of zij zou willen bereiken. Het resultaat van dit proces is de selectie van doelstellingen die hij wil bereiken en waaraan hij wil werken. Die stap kan men vergelijken met het vastleggen van het reisdoel van een vakantie. De deelnemer kan dit proces zelfstandig uitvoeren of met behulp van mantelzorgers of een begeleider.

*Voorbeeld: Theo, 42 jaar, voelt zich eenzaam en wil op zoek gaan naar een partner om samen zijn dagen mee door te brengen. Als persoon met een psychische kwetsbaarheid voelt hij aan dat het allesbehalve evident is om mensen te leren kennen, sociale contacten te leggen en een langdurige relatie aan te gaan. Hij voelt zich ook niet lekker in zijn lijf.*

### Kiezen van wegen naar het doel

Om het gestelde doel te bereiken, kan de deelnemer verschillende wegen kiezen. Hij wordt uitgedaagd om verschillende manieren in kaart te brengen om zijn doel te bereiken, het belang van iedere weg te bepalen en na te denken over wanneer de doelstelling via deze weg bereikt is. Met andere woorden: wanneer deze weg voor hem ten einde is en hij het eindpunt heeft bereikt.

De Regizelmap bevat kaartjes voor 5 verschillende wegen. De deelnemer kiest zelf hoeveel wegen hij wil bewandelen om zijn doel te bereiken. Om het overzicht te behouden, wordt iedere weg uitgewerkt op kaartjes van een verschillende kleur.

*Voorbeeld:*

*Weg 1: Theo voelt zich te corpulent en wil afslanken om aantrekkelijker over te komen. Dat wil hij doen door wekelijks tweemaal te gaan joggen.*

*Weg 2: Theo wil meer mensen ontmoeten op een informele wijze. Dat wil hij bereiken door minstens één keer per week deel te nemen aan een groepsactiviteit buitenshuis.*

### **Opdelen van een weg in haalbare stappen**

De deelnemer wordt uitgedaagd om de gekozen weg op te delen in haalbare stappen door na te denken over wat hij zelf kan doen, waar en hoe hij hulpbronnen kan inschakelen, wanneer de concrete stap is gerealiseerd en wanneer hij wat gaat doen. Per weg bevat de Regizelmap kaartjes voor het uitwerken van de stappen in dezelfde kleuren als de wegen.



*Voorbeeld:*

#### **Weg 1**

**Stap 1:** gepaste outfit voorzien

*Theo beschikt over een losse korte broek en T-shirt maar het ontbreekt hem aan gepast schoeisel om te joggen. Theo wil dus nieuwe loopschoenen aankopen.*

*Tussenstap 1: Hiervoor wil Theo zich informeren bij zijn burens waar hij tegen betaalbare prijzen een nieuw paar loopschoenen kan kopen.*

*Tussenstap 2: Vervolgens zal hij geld moeten vragen bij zijn moeder die optreedt als zijn bewindvoerder.*

*Tussenstap 3: Samen met zijn moeder zal hij de aankoop van het paar loopschoenen op voorhand doornemen. Binnen de 14 dagen wil Theo de aankoop van het paar schoenen afgerond hebben.*

**Stap 2:** een parcours van 5 km uitstippelen om in alle rust te kunnen joggen.

Theo voelt zich wat beschaamd over zijn lichaam en wil, zeker de eerste weken, joggen op een parcours waar hij niet te veel anderen mensen moet kruisen. Eenmaal hij in staat is om 1 km continu te lopen, wil hij zijn parcours wel verleggen.

#### Tussenstap 1

Om een parcours uit te stippelen dat voldoet aan zijn wensen, gaat Theo eerst naar de toeristische dienst op het gemeentehuis om een wegenplan van de gemeente op te vragen, inclusief de voetwegen.

#### Tussenstap 2

Nadien neemt Theo zich voor om, met het wegenplan in de hand, raad te vragen aan Frank, die hij heeft leren kennen in het ontmoetingscentrum en die vorig jaar deelnam aan een programma Start to run van de gemeente.

### **Weg 2**

#### **Stap 1 ....**

De reismap Regizel bevat een submap om alle stappen te groeperen waaraan de deelnemer de komende week wil werken. Die submap bundelt de concrete stappen die hij op zeer korte termijn wil zetten en geeft hem een overzicht van de dingen die hij wil doen, de hulpbronnen die hij kan inschakelen enz.

Voorbeeld:

#### **Week 1**

- Bij de burens informeren waar hij betaalbare loopschoenen kan aankopen
- Zijn moeder, die optreedt als bewindvoerder, contacteren om geld te vragen voor de aankoop van de loopschoenen.
- Naar de dienst toerisme van de gemeente gaan.

#### **Week 2**

- Overleggen met Frank over een mogelijk parcours.
- De loopschoenen aanschaffen.

Een zichtbare plaats voor de afspraken met andere personen ondersteunen de deelnemer om de stappen te realiseren. Het kan ook gaan om afspraken met een mantelzorger of begeleider die hem kunnen helpen het hele proces te structureren.

Voorbeeld:

- Volgende week woensdagavond afspraak met Frank om een mogelijk parcours uit te stippelen
- Op 12 mei om 19u afspraak met de vrijetijdsbegeleidster Griet van het ontmoetingscentrum om eens stil te staan bij de realisatie van het stappenplan Regizel.

De deelnemer beschikt over stickertjes om aan te geven wanneer een stap is behaald. Die stickers zijn in dezelfde kleuren als de vijf wegen. Ze helpen hem om succesvervingen in de verf te zetten.

Voorbeeld:

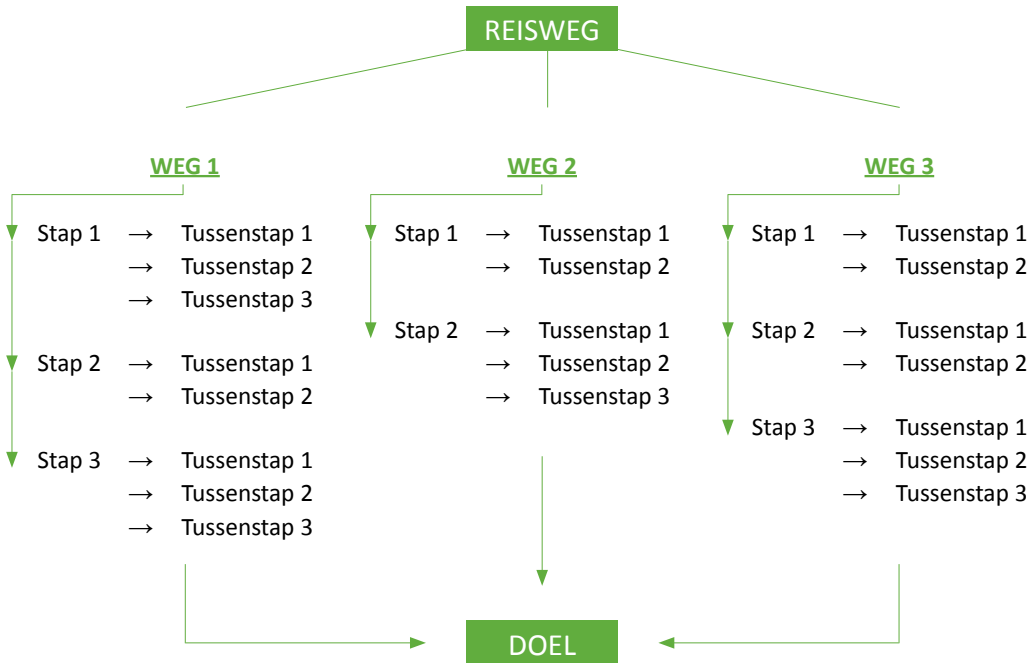
- Moeder heeft als bewindvoerder toestemming gegeven voor de aankoop van de loopschoenen.
- Theo heeft op de toeristische dienst een wegenkaart van de gemeente afgehaald.

Er is een verzamelmap voor de kaartjes van de afwerkte stappen. Ook deze verzamelmap helpt om een succesgevoel te creëren. Er zijn ook kaartjes om een rustpunt in te bouwen op een uitkijkpunt. Net zoals het leuk is om op reis even halt te houden op een uitkijkpunt, willen we de deelnemers van Regizel stimuleren om af en toe stil te staan en te evalueren. Even stilstaan bij de dingen die goed lopen, bij de dingen die beter kunnen, bij de nood om bepaalde wegen of stappen aan te passen. De deelnemer krijgt tips die hij kan gebruiken om zijn doelen te halen. Hij wordt ook uitgedaagd om even de succesmomenten van het reeds afgelegde traject te beklemtonen alsook de momenten en inspanningen waaraan hij plezier heeft beleefd.

The form is titled 'UITKIJKPUNT' and features a date field. It contains six reflection questions, each preceded by a red arrow icon:

- wat gaat goed?
- tips van mezelf?
- wat kan nog beter?
- pluis voor mezelf!
- welke vragen/stappen wil ik aanpassen?
- waar heb ik plezier aan beleefd?

Samenvattend kan het hele traject als volgt worden voorgesteld:



De eerste ervaringen van cliënten met Regizel zijn veelbelovend. Het gaat echter slechts om een testfase met enkele bewoners gedurende enkele weken. Bij het ter perse gaan van deze publicatie was het m.a.w. nog te vroeg om van definitieve en blijvende resultaten te kunnen spreken. Zorgnet-Icuro zal de ontwikkeling van deze interventie voortzetten, om later een afgewerkt product te kunnen presenteren. Regizel is bedoeld als een instrument dat mensen kan ondersteunen die zich vandaag in een kwetsbare positie bevinden, maar zeker ook zij die in 2026 kwetsbaar zullen zijn.





Met de steun van:

