



THEMA-AVOND

Dinsdag 30 mei 2017 om 18u

'Van trauma in naar architect van je organisatie'

Philippe Bailleur

METHODIEK

VILLA VOORTMAN, EEN ONTMOETINGSPLAATS IN DE STAD.

*"Ever tried. Ever failed. No matter.
Try again. Fail again, Fail better!"*

Beckett, 1983

Probleemstelling

Steeds meer psychiatrische klinieken verliezen hun laagdrempeligheid waardoor heel wat mensen met psychische problemen die hier vroeger asiel zochten, er vandaag steeds moeilijker toegang vinden of er zelfs geen kans meer krijgen. "Uitgetherapeutiseerd" noemt dat dan of opgegeven "omdat ze niet coöperatief zijn". Soms hebben ze het zelf opgegeven of weigeren ze onze hulp net omwille van hun psychiatrische problematiek. Hierbij vergeten wij helaas dat net deze uitsluiting kan leiden tot het 'moeilijke' gedrag dat wordt aangegrepen als reden tot uitsluiting. Toch zit ook de hulpverlening zelf soms tussen hamer en aambeeld. Door steeds hogere criteria van kwaliteit en eisen van effectiviteit in de zorgsector moet ook zij scoren en dreigen steeds meer mensen uit de boot te vallen. Vandaag moet alles meetbaar en kwantificeerbaar zijn en worden snelle kortdurende gemedicaliseerde behandelingen als lucratiever beschouwd dan recidiverende problematieken die langdurige zorg vereisen.

Toch zijn er ook mogelijkheden. Met ons project, Villa Voortman, een ontmoetingshuis in de stad, sluiten we nauw aan bij de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, gekend als 'Artikel 107'. Onder vermaatschappelijking of inclusie verstaan we de extramuralisering van zorg in de minst restrictieve setting (of het afbouwen van residentiële bedden ten voordele van projecten in de samenleving). Naast het economisch motief van besparingen heeft dit ook een humane zijde: uitgangspunt daarbij is dat mensen met ernstige psychiatrische problemen niet moeten worden 'weggestopt' in allerlei instellingen en gevangenissen maar ook recht hebben op een volwaardige deelname aan het maatschappelijke leven.

Doelgroep of onze bezoekers

We beperken ons tot het aanduiden van een aantal gemeenschappelijke kenmerken, dit zonder afbreuk te willen doen aan de onherleidbare uniciteit van die mensen. Meestal gaat het om mensen met ernstige psychische problemen die ook verslaafd zijn aan allerlei legale of illegale drugs. Wij richten ons voornamelijk op de combinatie verslaving – psychose als meest kwetsbare groep die dikwijls van het kastje naar de muur gestuurd wordt. Centra voor verslavingszorg hebben vaak geen aanbod voor mensen met een psychotische problematiek. En in de afdelingen voor psychosen zijn zij evenmin welkom omwille van het recidiverend gebruik. De prognose van deze mensen was en is dan ook nog steeds erg somber: na herhaalde mislukte opnames, geen plaats vindend waar ze geaccepteerd worden, riskeren ze het passieve of actieve slachtoffer te worden van gewelddadige akten waarbij ze vaak eindigen in de gevangenis of door suïcide.

In de literatuur worden zij gelabeld als MICA (Mentally Ill Chemically Abusing) of onder de generaliserende term 'dubbel-diagnose' (SAHMSA, 2002). Dubbel-diagnose is een artificieel concept, een artefact ontstaan door het eenzijdige en strakke classificatiesysteem van de DSM die het onmogelijk maakt een patiënt onder één enkele diagnose te plaatsen. Het leidt tot een verschraving van de werkelijkheid en tot een inkrimping van het sociale perspectief. Want wanneer we de geschiedenis bekijken zien we dat er altijd mensen waren die hun toevlucht zochten tot genotsmiddelen. In zijn tekst van 1930, "Het onbehagen in de cultuur", stelt Freud reeds dat intoxicatie de "grofste, maar tevens meest effectieve methode is om zich van de gevreesde buitenwereld af te wenden". We zien het gebruik dan ook als een 'zelfmedicamenteus' systeem om angst, pijn en psychisch lijden te onderdrukken. Medicatie en drugs zijn trouwens nauw verwant. De hedendaagse diabolisering van drugs werd steeds voorafgegaan door een medisch enthousiasme en talrijke psychiatrische toepassingen. Ten tweede blijkt er nog een ander, heel belangrijk aspect werkzaam: de toxicomanie werkt niet alleen stabiliserend door een *reëel* effect op het lichaam, er is ook vaak een *imaginair* effect aanwijsbaar. De identificatie met het 'toxicomaan zijn' lijkt draaglijker dan 'psychotisch zijn'.

De hedendaagse diabolisering van drugs werd steeds voorafgegaan door een medisch enthousiasme en talrijke psychiatrische toepassingen.

Zichzelf toxicomaan noemen kan aldus een ultieme poging inhouden om zich in de wereld te verankeren, om toch één of andere vorm van aansluiting te vinden, of te behouden, die hun positie leefbaar maakt. Dit wat de toxicomanie betreft. Wegens de beperktheid van dit artikel verwijzen wij de geïnteresseerde lezer voor de theorie van de psychose en de belangrijke koppeling met de toxicomanie naar een vroegere publicatie (Bryssinck, 2003).



Verder hebben deze mensen ernstige problemen op verschillende levensgebieden: een tekort aan sociale zelfredzaamheid, werkloosheid, slechte woonomgeving of dakloosheid, justitiële problemen (velen staan onder het statuut van de internering), stigmatisering, gebrek aan financiën (vaak onder bewindvoering of budgetbeheer om de schulden te kunnen beheersen) en een slechte lichamelijke verzorging. Een destructieve spiraal maakt dat er snel overlast optreedt voor de omgeving en zij een gevaar kunnen vormen voor zichzelf en anderen. Maar zelfs indien dit niet het geval is dreigt isolatie, vereenzaming en verwaarlozing. Zij hebben doorgaans geen of een minimaal netwerk van familie en vrienden. Deze mensen hebben het moeilijk om hun leven te regelen en krijgen van de hulpverlening niet altijd de steun die ze daarbij nodig hebben of die aansluit op hun behoeften. Cliënt en hulpverlener begrijpen elkaar vaak niet en ervaren

beiden gevoelens van onmacht of wantrouwen waardoor zij steeds moeilijker toegang vinden tot de hulpverlening of er zelfs geen kans meer krijgen. De acute nood waarin deze mensen verkeren wordt als chronisch omschreven daar het veelal over meer dan een kortdurende crisissituatie gaat. Deze gemeenschappelijke kenmerken maken dat deze mensen als “moeilijk”, maar ook als “lastig” en “zorgwekkend” worden bestempeld.

Noodzaak tot een laagdrempelig dagcentrum binnen een netwerk

Gezien het feit dat de residentiële opvang voor deze mensen steeds verder afgebouwd wordt en ze in de psychiatrie ook steeds minder welkom zijn, is de noodzaak voor een laagdrempelige opvang onder de vorm van een ontmoetingsplaats zeer opportuun. De expliciete keuze om met en voor deze groep mensen te werken maakt dat een groot deel van deze mensen

zich aan de werking kunnen 'verankeren'. Villa Voortman is een warme omgeving waarin bezoekers tijd en ruimte krijgen om een band op te bouwen met het huis en de mensen die erin vertoeven. We zien nieuwe en betekenisvolle vormen van zingeving ontstaan, die maakt dat bezoekers in hun natuurlijke omgeving kunnen blijven functioneren en aldus residentiële opnames vermeden worden. Concrete resultaten zijn de verbeterde levensomstandigheden van de bezoekers, een sterker zelfwaardegevoel en een breder sociaal netwerk.

Wanneer zich toch een opname opdringt is het alternatief een kort verblijf op een crisis- of ontweningsafdeling waarna wij de zorg terug overnemen en alle opgebouwde netwerken bewaard blijven. Alzo kan ons ontmoetingshuis een sterke brugfunctie zijn tussen het 'zelfstandig' functioneren en de residentiële hulpverlening.

Belangrijk is het besef dat behandeling bij een aanzienlijk deel van onze doelgroep een *permanent* karakter heeft en dat de opvang van deze mensen soms een facet is van het parcours dat deze mensen doorlopen. Daarom dienen we gebruik te maken van verschillende behandelvoorzieningen. Officieel noemt dit het uitbouwen en verbreden van een *zorgcircuit* of *netwerkontwikkeling* (Vanderplasschen et al., 2001). Er is dan ook een nauwe samenwerking met de klinieken, het OCMW, CAW, Straathoekwerk en AZIS, CGGZ, WGC en MSOC evenals de Mobiele equipes of ACT-teams. Het oprichten van een dergelijke ontmoetingsplaats binnen het al bestaande netwerk, is dus erg zinvol.

Leidende Principes van ons ontmoetingscentrum.

Gastvrijheid en ethiek

Het vertrekpunt van Villa Voortman is de *erkenning* van de uitsluiting van deze mensen uit elke vorm van samenleving: eerst uit de maatschappij als geheel, en vervolgens uit allerlei instellingen of afdelingen. Villa Voortman wil hen een ankerpunt bieden in hun voortschrijdende vlucht en uitsluiting. We stellen dat het 'bizarre' of 'asociale' gedrag, evenals het druggebruik, antwoorden zijn op deze exclusie. Als we deze symptomen niet zien als antwoorden van het subject, lopen we het risico hen opnieuw te 'laten vallen': voor velen een constante herhaling in hun leven. Telkens we dit vergeten, en terugvallen op de veronderstelling dat patiënten gemotiveerd moeten zijn, ziekte-inzicht of een 'vraag' hebben, verplichten we hen immers tot aanpassing aan een therapeutisch ideaal dat zeer deprimerend werkt voor henzelf maar ook voor de hulpverleners. Concreet vertaalt dit uitgangspunt zich in onze aanpassing aan de patiënt, en bijgevolg dienen wij steeds te vertrekken vanuit de vraag: "wie zijn zij" i.p.v. "wie zijn wij". Of cliëntgericht werken i.p.v. aanbodgericht.

In essentie gaat het om het organiseren van een gastvrijheid (Kal, 2001). Er wordt plaats gemaakt voor mensen die anders zijn. Een vrijplaats. Het gaat om het kunnen ontvangen, een ontmoeting mogelijk te maken. Het gaat dus niet om iets actiefs

tot stand te brengen, eerder om een soort alert afwachten wat er gebeurt, ervoor open staan. Derrida stelt dat gastvrijheid en ethiek voor hetzelfde staan. Ethiek, ethos betekent letterlijk een verblijfplaats of een thuis, en een thuis is daar waar gastvrijheid heerst. Hij koppelt gastvrijheid ook aan de idee van een ‘chora’ of een ongereserveerde toegankelijkheid. Chora of ‘agora’, het Griekse stad plein, is in de filosofie een metafoor voor een ruimte waar bemiddeling en grensoverschrijding plaats kan vinden tussen ik en de ander, zonder dat ik me hoeft te verliezen in de ander en zonder dat die ander zich hoeft te assimileren aan mijn identiteit. Het gaat om een ruimte waar de tegenstelling tussen gekte en normaliteit gerelativeerd kan worden, waar ze overbrugbaar is, zonder dat die spanning verdwijnt. Het is een schuiloord en tezelfdertijd een overstapplaats, een passage, een plek van ontmoeting.

Empowerment en actief burgerschap

Naast gastvrijheid is ‘empowerment’ een belangrijk concept voor sociale inclusie. (Van Regenmortel, 2009). Empowerment gaat over het versterken en verbinden van personen en organisaties in de samenleving. Empowerment of eigen kracht gaat hand in hand met een gedeelde verantwoordelijkheid. Het is dus een concept waarmee de uitersten van paternalistische bemoeienis door professionals enerzijds en naïef geloof in zelfzorg anderzijds kunnen vermeden worden. Door de relationele invulling van empowerment bij autonomie wordt de mythe van onafhankelijkheid doorbroken. Het is net dankzij sociale verbanden dat men sterker kan worden!

De centrale betrachting van sociale inclusie is volwaardig of ‘actief’ burgerschap (Van Regenmortel, 2009). De kortste weg om het verschijnsel psychiatrische patiënt af te schaffen, is het opheffen van het psychiatrisch ziekenhuis. Maar het is niet door verandering van omgeving dat psychiatrische patiënten plots aangepaste burgers worden waarbij het overigens de vraag is of we dat wel willen. Het gaat hem niet om ‘het anders zijn’ te ontkennen maar om het maatschappelijk isolement op te heffen. Pas als de maatschappelijke context een plaats krijgt in de hulpverlening, wordt de psychiatrische patiënt ook als burger serieus genomen.

We zien hen dan ook in de eerste plaats als burgers met rechten en verantwoordelijkheden in plaats van als zieken met een defect en noemen hen dan ook ‘bezoekers’ van ons centrum in plaats van patiënten of cliënten. Het deficit-model moet verlaten worden ten voordele van een model waarin participatie en empowerment centraal staan. Dit is zeer belangrijk daar velen van hen zich gefixeerd hebben in hun ziektebeeld of gestigmatiseerd zijn door hun langdurig verblijven in de psychiatrie. Vermaatschappelijking is bijgevolg een opdracht voor de samenleving als geheel en niet enkel voor de individuele persoon met psychische moeilijkheden. Vermaatschappelijking betekent zowel zorg *in* als zorg *door* de samenleving. Als niet langer de ommuurde institutie centraal staat, maar ook het maatschappelijk leven van de zorgvrager, dan moet de samenleving daarvoor ook kansen bieden.

Open overlegstructuur en dialoog

Psychiatrie is in hoge mate een ‘hightech-wetenschap’ geworden. De groeiende biomedische kennis, de toenemende specialisering en ontwikkelingen in medicamenteuze behandelingen brachten echter weinig soelaas inzake de omgang

Het is dus een concept waarmee de uitersten van paternalistische bemoeienis door professionals enerzijds en naïef geloof in zelfzorg anderzijds kunnen vermeden worden.

met psychotische mensen. Binnen het medisch model wordt de subjectieve betekenisgeving en de beleving van deze mensen genegeerd. Ondanks haar schijnbare neutraliteit is de psychiatrie een subsysteem van de dominante cultuur en een normatief discours dat normaliteit definieert en daarmee in- en uitsluiting bepaalt. Het bio-, psycho-, sociale model als populair integratieconcept, biedt geen alternatief omdat het biomedisch denken de sociale en psychische componenten onderdrukt. De focus op de ziekte ontnemt ons de kans om tot een ontmoeting te komen, verhindert ons de blik te richten op het levensverhaal en verhoogt het risico dat mensen gereduceerd worden tot hun diagnose en getransformeerd worden van mens tot ziekte. De invloed van de omgeving en van maatschappelijke processen wordt hierdoor ook nauwelijks zichtbaar.

Tegenover deze desubjectiverende benadering stellen wij de psychodynamische aanpak die het accent legt op het dynamisch karakter van de menselijke ervaring en op de dialoog. Om dit mogelijk te maken dient een gastvrije omgeving gecreëerd te worden zonder verplichting of dwang. Dit is zeer belangrijk daar onze bezoekers vanuit hun psychotische moeilijkheden de medemens soms als extreem bedreigend ervaren of verwachtingen horen als bevelen (onder vorm van auditieve hallucinaties) of macht. Om deze mensen tegemoet te komen moeten wij dus een autoritaire, repressieve benadering vermijden en dienen wij de vastgelopen communicatie met de ander terug in beweging te krijgen via een overlegstructuur waarin we deze kans krijgen: met andere woorden, een transparante, horizontale organisatie waarin gelijkwaardigheid, participatie en overleg centraal staan.

Zo zien wij ook vele van onze bewoners aanvankelijk wantrouwig en schoorvoetend binnenkomen om zich langzamerhand te engageren in een atelier of bij de dagelijkse werking. Een gevolg van aanhoudend contact is dat het geïsoleerde, trieste wezen met een diagnostisch etiket steeds meer een mens wordt met een verhaal. Als ik les geef vertel ik dikwijls het verhaal van “De kleine prins” van Antoine de Saint-Exupéry, destijds in het middelbaar onderwijs verplichte lectuur in de Franse les, tegenwoordig helaas vergeten lectuur. Ik verwijs dan naar de passage waarin de kleine prins de vos ontmoet. Een schitterende passage over verbondenheid en verlangen.

Praktische uitwerking

Een netwerk van referenten

De meeste kansen om tot ontmoeting te komen is het sociaal-therapeutisch model of de democratische therapeutische gemeenschap waar de hiërarchische gezagspiramide werd afgevlakt en vervangen door een horizontale werking om maximale communicatie te stimuleren. Aldus werd de afzonderlijke positie van psychiater of psycholoog vervangen door een complex van ‘referenten’ of persoonlijke begeleiders die vanuit een geduldig opgebouwde vertrouwensrelatie overdracht mogelijk maken als noodzakelijke voorwaarde om een betekenisvol parcours te kunnen afleggen. In het werken met mensen met psychotische moeilijkheden is dit trouwens onontbeerlijk. De overdracht met deze mensen houdt namelijk het risico in om een genietende en achtervolgende Ander te worden. De hulpverlener, als ‘medestander’ registreert en begeleidt in plaats van als ‘wetende’ te ontcijferen en te

In Villa Voortman vertaalt zich dit naar een gelijkwaardigheid onder de vaste begeleiding, stagiairs, vrijwilligers en bezoekers.

interpreteren. Hier is de vrijheid van het subject in de keuze van een ‘getuige’ essentieel. Niemand in de instelling hoort zich in een uitzonderlijke positie te plaatsen als iemand met wie de psychoticus móet praten. In Villa Voortman vertaalt zich dit naar een gelijkwaardigheid onder de vaste begeleiding, stagiairs, vrijwilligers en bezoekers. Dat iemand een overdracht ontwikkelt ten aanzien van iemand is essentieel; of dat nu ten aanzien van de poetsvrouw, psycholoog, student of vrijwilliger is, maakt niet veel uit. Wij zijn allen ‘partners’ in het werk dat de psychoticus verricht. Dit principe van *gelijkwaardigheid met respect voor het verschil* vermijdt interne verdeeldheid of rivaliteit ontstaan door de artificiële opsplitsing tussen zij die mogen duiden (psychotherapie) en zij die enkel de grenzen moeten bewaken (sociotherapie). Omdat iedereen hetzelfde werk verricht, verkleint het risico dat men tegen elkaar wordt uitgespeeld of ondergraven.

Harmreductie

Villa Voortmans motto luidt: *‘minimale structuur, maximale verantwoordelijkheid’*. Er zijn slechts twee essentiële regels, spontaan ontwikkeld door de bezoekers zelf: niet geïntoxiceerd aanwezig zijn en geen gebruik van geweld, noch verbaal noch fysiek. Wat mensen doen na een bezoek aan het dagcentrum is “hun zaak”. Dit toont aan dat de klemtoon er niet ligt op abstinentie maar eerder op harmreductie. Vooreerst is het zo dat niet elke bezoeker gemotiveerd is om drugvrij door het leven te gaan en omstandigheden het bovendien bijzonder moeilijk kunnen maken om dat te bereiken. Dan moet eerst op andere zaken gefocust worden eer het subject in de mogelijkheid zou kunnen zijn om te beslissen dat hij of zij het gebruik

wil afbouwen. Men mag het subject niet belasten met een therapeutisch doel van abstinentie, waar overigens een sterke normaliserende maatschappelijke of persoonlijke moraal aan ten grondslag ligt. Ten tweede is een pure focus op abstinentie, zonder stil te staan bij de functie van het gebruik kortzichtig. Het is van groot belang *cas par cas* de functie van de toxicomanie na te gaan. De belangrijkste vraag is dan ook: “Wie of wat tracht iemand met zijn gebruik te bereiken of af te wenden en op welke punten faalt dit of lukt dit?” Mogelijks betreft het een defensie, een manier om de psychose op afstand te houden. Ten slotte betekent de beperking van het gebruik door de omkadering van tijd en ruimte voor velen al een grote stap. Ze kunnen hun dag doorbrengen op een warme plek, tussen andere mensen met de mogelijkheid tot een hele reeks activiteiten in plaats van zich terug te trekken en de hele dag door te gebruiken. Een geïntegreerde benadering verschilt juist van de traditionele verslavingsbehandeling daar zij abstinentie als een lange termijndoelstelling ziet omdat patiënten met psychotische stoornissen meer hervat hebben en moeilijker te engageren zijn voor een behandeling.

In een niet-repressieve omgeving, waar openlijk gesproken kan worden, kunnen gebruikers meer verantwoorde keuzes maken. Vanuit een permissieve omgeving en een tolerante houding wordt regelovertredend gedrag bespreekbaar gemaakt en gezocht naar de onderliggende oorzaken. Dit betekent absoluut geen ‘laissez-faire, laissez-passer’ houding. Deze onduidelijkheid heeft te maken met een verwarring tussen wet en regels (Hennaux, 2002). Regels regelen het samenleven of de afstand tussen mensen. Als regulatoren vormen zij een noodzakelijke derde in de duale relaties van psychotische mensen. Regels dienen gerespecteerd te worden, zij vormen het kader maar het zit ook in hun natuur dat zij overtreden zullen worden. In sommige gevallen is dit zelfs wenselijk om verandering te kunnen bewerkstelligen. Het geeft voer voor discussies. Regels zijn niet voor eeuwig vastgelegd maar aan verandering onderhevig en kunnen flexibel toegepast worden. Aldus moet de regel geldig en interpreteerbaar zijn voor iedereen. De wet daarentegen is iets waaraan niet te tornen valt. De wet is de wet en laat geen interpretatie toe. Dus op het vlak van de wet moet de instelling ondubbelzinnig stelling nemen: ook zij volgt de wet, de wet stopt niet aan de ingangspoort. Wanneer dit duidelijk is, kan men echter nog altijd twee wegen uit. Men kan zich blindstaren op het middelengebruik, en dit proberen uit te roeien – in Naam der Wet. Op deze manier wordt het team zelf de wet, wat onvermijdelijk leidt tot een hernieuwde uitsluiting. Want voortdurend controleren impliceert sanctioneren en voortdurend sanctioneren resulteert na verloop van tijd tot uitsluiting. En het is net deze uitsluiting, die we pogen te doorbreken. We vinden het veel nuttiger om hen niet voortdurend te herinneren aan de wet, maar wel te wijzen op de noodzakelijke samenlevingsregels en rechten. Met een dergelijke aanpak leggen we het accent meer op de *ankering* in ons centrum – als noodzakelijk te verwerven sociale band – dan op het onderliggende gebruik. Het gebruik wordt hierdoor niet genegeerd maar op een impliciete manier efficiënt aangepakt waardoor het bespreekbaar

wordt. Duidingen gebeuren bijgevolg meestal in functie van het samenleven in groep en zijn minder bedreigend dan naar de kern van het psychotische subject die in zijn wezen of identiteit soms volledig samenvalt met dit gebruik.

Bijgevolg doen wij ook geen urinecontroles omdat dit door onze bewoners dikwijls ervaren wordt als bedreigende politiepraktijken die niet zelden de paranoia provoceren. Dit toont zich bijzonder belangrijk bij de behandeling van mensen met een interneringsstatuut: zo creëren wij een afgrenzing met justitie i.p.v. er het verlengstuk van te zijn. Het is juist één van de meeste essentiële zaken in onze werking het subject zijn of haar verantwoordelijkheid terug te geven ondanks zijn of haar moeilijke justitiële statuten ("ontoerekeningsvatbaarheid", waardoor straf maar ook behandeling eigenlijk zinloos wordt). Meestal zijn het in eerste instantie de bezoekers zelf die elkaar aanspreken op het overtreden van een regel vanuit een loyaliteit naar het huis en de veiligheid die ze er verkrijgen. Binnen onze visie is ook iedereen verantwoordelijk voor het functioneren van ons huis en zien wij bijgevolg ook zelden een "wij" versus "zij" dualiteit.

Wanneer iemand een regel overtreedt, wordt altijd de dialoog aangegaan. De zeldzame zware overtreding die de veiligheid van de werking en van de bezoekers van het dagcentrum in gevaar brengt, wordt gevolgd door een time-out of tijdelijk ontslag. Dit is het geval wanneer de krijtlijnen overschreden worden: dealen, gebruik in het huis en geweld. In deze gevallen mag men gedurende een bepaalde periode niet meer langskomen in het huis, maar dit mag geen excuus zijn tot een totale exclusie. Er wordt de bezoeker van meet af aan duidelijk gemaakt dat de time-out na een bepaalde, afgebakende periode opgeheven wordt waarna men terug welkom is. Intussen wordt geregeld telefonisch contact gehouden om te horen hoe het met de bezoeker gaat.

Besluit

Vermaatschappelijking omvat twee complementaire bewegingen, namelijk 'push' en 'pull'. Voor de geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat ze mensen met langdurige psychiatrische problematiek niet alleen beschouwt als psychiatrische patiënten, maar ook als burgers. Dit leidde tot de deïstitutionalisering of de 'push' uit de reguliere voorzieningen. Voor veel psychiatrische patiënten heeft deze vermaatschappelijking van de gezondheidszorg geleid tot betere leefomstandigheden. Onze doelgroep kan echter geen gebruik maken van het scala aan voorzieningen dat is ontstaan, omwille van hun psychotische moeilijkheden. Zij vallen tussen wal en schip.

De onmenselijkheid van het gesticht dreigt vervangen te worden door verwaarlozing in de open samenleving. Een 'empowerende' samenleving dient dan ook 'pull' of trekkracht te ontwikkelen voor deze mensen. Sociale uitsluiting is de (on)gewilde verwijdering uit de samenleving. Het is aan de samenleving om de terugweg mogelijk te maken. Afzien

van zorg door zich te beroepen op de keuzevrijheid of de meritocratie is een handig argument voor de 'vermarkting' van de zorg volgens de neoliberale logica van het eigenbelang.

De inhoud van de zorg wordt door het vrije marktdenken steeds verder uitgehold (Achterhuis, 2010) en dekt onverschilligheid toe. Een medemens in nood aan zijn lot overlaten is vanuit juridisch standpunt 'schuldig verzuim' en vanuit humaan standpunt een grove onrechtvaardigheid. Voor ons betekent vermaatschappelijking niet meer en niet minder dan het bieden van een kans op leven in onze samenleving voor zij die 'anders' zijn.

Met de uitbouw van ons ontmoetingscentrum Villa Voortman trachten wij het lot van deze mensen te veranderen, de nood te lenigen en te streven naar een goede, veilige samenleving voor iedereen die niet gebaseerd is op macht, onderdrukking en uitsluiting maar op inclusie, samenwerking en verantwoordelijkheid.

Zorg op maat impliceert dat de geboden zorg zo veel mogelijk aansluit bij de particuliere behoeften en noden. Dit betekent dat zorg niet aanbodgericht en instellingsafhankelijk is, maar vraaggericht. De zorg dient de mens te volgen, en niet andersom. Vraaggerichte zorg impliceert een gezamenlijke inspanning van beide kanten waardoor we kunnen stellen dat het finaal niet de vraag maar de dialoog is die de zorg moet sturen. Dialoog die uiteindelijk leidt tot de terugkeer van de eigen stem, het terugwinnen van de eigen geschiedenis en het herstel van de eigen, unieke identiteit...

Dirk Bryssinck

Referenties

- Achterhuis, H. (2010). *De utopie van de vrije markt*. Rotterdam, Lemniscaat. p. 271ag
- Beckett, S. (1983). *Worstward Ho*.
- Bryssinck, D., (2003), *Psychose en toxicomanie*, In: Handboek voor Milieutherapie, C. Janzing, Koninklijke Van Gorcum, Assen, pp. 156-179.
- Bryssinck, D., Broekaert, E., Vandeveld, S. (2005). Psychosis and newly emerging dependency groups. The search for an adapted model of care at the Psychiatric Centres Sleidinge in Belgium. *Therapeutic Communities. The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 26(2), 150-162.
- Bryssinck, D., (2013), *Bemoezorg tussen ethiek en pragmatiek*, In: Ethiek en zorg in de hulpverlening, Gent, Academia Press, pp.71-89.
- Freud, S. (1930). *Het onbehagen in de cultuur*. In Cultuur en Religie 3: 77-173. Amsterdam, 1984, Boom-Meppel.
- Hennaux, P. (2002). *Loi, règles et normes*. In: Le cadre et ses aménagements. *Revue de l'Ecole belge de Psychothérapie analytique*. Volume 7, nr. 2.
- Kal, D. (2001). *Kwartiermaken*. Amsterdam, Boom
- SAMHSA (2002). Report to congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Vanderplasschen W., Mostien B., Claeys P., Raes V., Van Bouchaute J., (2001), *Conceptnota Organisatiemodel Zorgcircuit Middelennisbruik*. (Orthopedagogische Reeks Gent Nummer 12), Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention*, 18(4), 22-42.