

# Onderzoek Armoede en Psychiatrie

## Deel I: Samenvatting

**Project uitgevoerd in opdracht van de Koning Boudewijnstichting**

Door: SEIN-Universiteit Hasselt – OASeS-Universiteit Antwerpen – OPZC Rekem

Onderzoeksteam:

Dominique Danau (SAGO Onderzoek voor SEIN – Universiteit Hasselt)  
Bie Nielandt (SEIN - Universiteit Hasselt)  
Prof. Dr. Jan Vranken (OASeS – Universiteit Antwerpen)

Stuurgroep:

Johan Alleman (Koning Boudewijn Stichting)  
John Vanacker, Luc Eyckmans (OPZC Rekem)  
Bie Nielandt (SEIN – Universiteit Hasselt)  
Prof. Dr. Jan Vranken (OASeS – Universiteit Antwerpen)  
Annouschka Laenen (Universiteit Hasselt)

## ***Inhoudstafel***

Inhoudstafel .....	2
1. Inleiding .....	3
2. Onderzoeksaanpak .....	4
3. Wat is armoede? .....	6
4. De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.....	8
5. Profiel van het OPZC Rekem.....	9
6. Conclusies.....	11
7. Aanbevelingen .....	19

## ***Afkortingen***

<b>BW</b>	Beschut Wonen
<b>CAW</b>	Centra Algemeen Welzijnswerk
<b>CBM</b>	Commissie tot Bescherming van de Maatschappij
<b>OCMW</b>	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
<b>CGG</b>	Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning
<b>GGZ</b>	Geestelijke gezondheidszorg
<b>IMA</b>	Intermutualistisch Agentschap
<b>PAAZ</b>	Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen
<b>PVT</b>	Psychiatrisch verzorgingstehuis
<b>PZ</b>	Psychiatrisch ziekenhuis
<b>RIZIV</b>	Rijksdienst voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering
<b>MPG</b>	Minimaal Psychiatrische Gegevens
<b>MAF</b>	Maximum Factuur
<b>WIGW</b>	Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen

## 1. Inleiding

Voorspellingen wijzen uit dat de vraag naar hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg zal toenemen. Dit heeft volgens een aantal auteurs niet alleen te maken met de democratisering in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook met individualisering, verdunning van de sociale netwerken en een veranderend cultureel beeld over psychisch ziek zijn.

De *inrichting en het systeem* van geestelijke gezondheidszorg in België zijn complex onder meer door de betrokkenheid van verschillende beleidsniveaus. Bovendien is de *inhoud* van geestelijke gezondheidszorg ook complex, omdat ze per definitie multi-aspectueel is.

Dit is een onderzoek over de relatie tussen armoede en psychiatrie zoals deze binnen de muren van een psychiatrische inrichting wordt ervaren. Dit op zich is een belangrijk gegeven om de grenzen van dit onderzoek aan te geven. De instelling waar het veldwerk werd gedaan, is het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Rekem (OPZC). De conclusies en aanbevelingen die naar aanleiding van dit onderzoek werden gedaan, overstijgen echter de grenzen van deze instelling.

Zoals zoveel onderzoek eindigt dit onderzoek ook met misschien nog meer vragen dan antwoorden. Echter, de antwoorden die worden gegeven zijn grotendeels gebaseerd op ervaringen en expertise van medewerkers en patiënten zelf.

Het onderzoek werd gefinancierd door de Koning Boudewijnstichting en werd uitgevoerd in de periode oktober 2008 – april 2009 door een samenwerkingsverband tussen het onderzoekscentrum SEIN van de Universiteit Hasselt en de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad van de Universiteit Antwerpen.

Een welgemeend woord van dank voor de medewerking die de directie en de medewerkers van OPZC Rekem aan dit onderzoek verleenden. Dankzij hen was het mogelijk om het veldwerk dat zo nodig en noodzakelijk was voor dit onderzoek, soepel en efficiënt te laten verlopen. Een bijzonder woord van dank voor de medewerkers van de sociale dienst die extra informatie hebben ingezameld voor dit onderzoek. Ook extra dank voor het secretariaat patiëntenzorg, het directiesecretariaat en de patiëntenraden-begeleidster die de verschillende afspraken voor de interviews vastlegden.

### *Leeswijzer*

Het rapport bestaat uit twee delen:

- Deel I met een samenvatting van de onderzoeksaanpak, de belangrijkste resultaten, aanbevelingen en conclusies.
- Deel II met het volledig onderzoeksrapport. Hierin wordt uitvoerig ingegaan op de methodologie, de resultaten van de literatuurstudie en de bevindingen van het veldwerk. De conclusies en aanbevelingen worden gedetailleerd gepresenteerd. Ook de bibliografie en bijlagen zijn toegevoegd bij Deel II.

## 2. Onderzoeksaanpak

### 2.1. Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen armoede en psychiatrie, namelijk welke rol speelt armoede in het proces van instroom, doorstroom en uitstroom uit de psychiatrie. Dit gebeurt middels een *verkennende studie* uitgevoerd op basis van de casestudie 'Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem'.

De hoofdvragen die dit onderzoek leiden, zijn:

- Hoe ziet de relatie tussen armoede en psychiatrie er uit?
- Wat zijn de factoren die deze relatie bepalen?

### 2.2. Aanpak

Voor de dataverzameling werd gekozen voor een combinatie van *literatuuronderzoek, veldwerk en desk-research*. Op basis van een screening en analyse van relevante literatuur werden bevindingen van bestaande onderzoeken met betrekking tot de relatie tussen armoede en psychiatrie in kaart gebracht.

Voor het veldwerk werden verschillende methoden van dataverzameling gebruikt. Deze worden teruggevonden in schema 1.

**Schema 1: Methoden van dataverzameling**

Methoden	Doelgroep	Doel	Aantal respondenten
Verkennende interviews op basis van een semi-gestructureerde checklist.	Sleutelfiguren binnen het psychiatrisch ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgingstehuis OPZC Rekem.	De probleemstelling van het onderzoek verder te verfijnen en de nodige achtergrondinformatie te krijgen om de resultaten van het veldwerk beter te kunnen interpreteren.	14 sleutelfiguren (6 vrouwen en 8 mannen) vanuit verschillende afdelingen en met verschillende functies.
Groepsinterviews.	Medewerkers van het psychiatrisch ziekenhuis en psychiatrisch verzorgingstehuis OPZC Rekem.	Het inventariseren van de percepties van medewerkers m.b.t. tot de problematiek armoede en psychiatrie.	12 groepsgesprekken werden gehouden met 90 medewerkers vanuit verschillende afdelingen. Het gaat hierbij met name om verpleegkundigen met of zonder mentor-functie naar patiënten, psychologen en psycholoog-assistenten.
	Patiënten van het psychiatrisch ziekenhuis OPZC Rekem.	Het inventariseren van hun belevingen m.b.t. armoede en hun opname in de psychiatrie.	4 groepsgesprekken met 18 patiënten (14 mannen en 4 vrouwen).
Vragenlijsten.	Medewerkers van het psychiatrisch ziekenhuis en psychiatrisch verzorgingstehuis OPZC Rekem die deelnamen aan de groepsinterviews.	Bedoeling van de vragenlijst was enerzijds om de representativiteit van de deelnemers aan de groepsinterviews te controleren. Anderzijds werd op deze manier ook kwantitatieve data verzameld.	Ter inleiding van de groepsgesprekken kregen de 90 deelnemers een korte vragenlijst.

Het desk-research bestaat uit de dossierstudie, ingedeeld in twee luiken:

- Het analyseren van de in-, door- en uitstroom in/uit OPZC Rekem voor de periode 2003-2007. De hoofdvraag hierbij is: *wat gebeurt in deze periode wat betreft in-, door- en uitstroom van patiënten?*
- Een meer gedetailleerde dossierstudie, op basis van een *steekproef* uit de cliëntenpopulaties aanwezig op 1 januari 2003 in het ziekenhuis of het verzorgingstehuis. De vraag hierbij is: *wat is met deze groep gebeurd in een tijdsperiode van 5 jaar?*

Tijdens de dossierstudie wordt vertrokken van de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG)<sup>1</sup>. De MPG is een verplichte registratie in alle Belgische psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) sinds 1 juli 1996 en in de initiatieven beschut wonen (BW) en de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) sinds 1 september 1998. De Minimale Psychiatrische Gegevens bevatten onder andere de socio-economische kenmerken van de patiënt, diagnose en problemen bij opname en ontslag<sup>2</sup>. Deze gegevens werden aangevuld met gegevens uit de patiëntendossiers en patiëntenadministratie, daar de socio-economische data in de MPG beperkt zijn *en deze net in deze studie een primordiale rol spelen*.

De gebruikte onderzoeksaanpak heeft de volgende *toegevoegde waarde*:

- Het uitgangspunt van het onderzoek is een kwalitatieve benadering die wordt ondersteund door cijfermateriaal. Deze vorm van onderzoek geeft de mogelijkheid om dieper in te gaan op achterliggende motivaties en meningen van de onderzoeksgroepen.
- Verschillende actoren werden gevraagd hun mening te geven over een zelfde aantal items die met armoede en psychiatrie te maken hebben. Hierdoor kunnen visies en percepties aan elkaar kunnen verbonden en getoetst en ontstaat een vollediger beeld van het geheel.
- Het direct bevragen van medewerkers en patiënten is iets wat niet vaak is gebeurd in onderzoek rond dit thema.

Echter kent dit onderzoek ook eigen *beperkingen*:

- Veralgemening naar heel Vlaanderen of België op basis van dit onderzoek is pas helemaal mogelijk wanneer we weten in welke mate de doelgroep en problematiek van OPZC Rekem gelijkaardig is of afwijkt van de doelgroep en problematiek van andere psychiatrische instellingen. De resultaten uit reeds eerder gedane onderzoeken in Vlaanderen en België, worden evenwel veelal bevestigd op basis van dit onderzoek.
- Een specifieke input in dit onderzoek zijn de MPG die door de instelling worden ingevuld. Bij het naast elkaar leggen van de verschillende soorten data en het verbinden ervan, werd duidelijk dat deze MPG niet altijd even optimaal worden ingevuld. Hiermee dient bij de interpretatie van de gegevens rekening te worden gehouden.
- Door het retrospectieve karakter van de aanvullende gegevens die uit de patiëntendossiers en –administratie dienden te worden gehaald, was het niet

---

<sup>1</sup> De Universiteit Hasselt, Centrum voor Statistiek is betrokken bij de MPG-registratie. De coördinator vanuit de Universiteit Hasselt neemt ook deel aan de stuurgroep van het project.

<sup>2</sup> Deze gegevens zijn voornamelijk te vinden onder de noemer 'continue minimaal psychiatrische gegevens'.

meer altijd mogelijk deze te achterhalen. Ook al omdat de bijkomende gevraagde informatie vaak betrekking had op de 'waarom' vraag (bijvoorbeeld oorzaken van problemen die bij opname werden vastgesteld) en deze informatie niet altijd wordt bevraagd bij de patiënt bij opname of ontslag.

### 3. Wat is armoede?

Over de conceptualisering en meting van armoede is al heel veel geschreven. Het ligt niet in de bedoeling van dit onderzoek om dit over te doen. Daarom wordt in het rapport verwezen naar verschillende auteurs en hun werken in dit verband. Armoede is een oud begrip dat binnen verschillende contexten verschillende betekenissen krijgt. Armoede is een relatief begrip dat op verschillende manieren kan worden gedefinieerd. De perceptie, noch de definiëring van armoede is een onschuldig proces, maar creëert een politiek en ideologisch feit met verregaande implicaties.

Armoede wordt in deze studie gedefinieerd als het niet kunnen realiseren van een minimale materiële levensstandaard, namelijk het niet kunnen realiseren van basisrechten inzake voeding, medische verzorging, huisvesting en onderwijs<sup>3</sup>. Maar armoede is meer dan dat. Armoede is een "netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan" (Vranken, 2006)<sup>4</sup>. Deze benadering van armoede staat niet op zich maar moet worden gekaderd binnen onder meer de vier dimensies en de zes perspectieven op armoede die in de Jaarboeken Armoede en Sociale uitsluiting in de afgelopen jaren aan bod zijn geweest<sup>5</sup>.

#### *De vier dimensies van armoede*

- De eerste dimensie van armoede is 'tijd': dit verwijst naar het dynamische karakter en de reproductie van de armoede (intergenerationele bestendiging, sociale overerving, in- en uitstroom).
- De tweede dimensie verwijst naar de omvang van armoede. Hoeveel mensen zitten in armoede, volgens een van de definities die aan armoede wordt gegeven? Het kan gaan over het aantal armen, maar ook over de armoedekloof: de optelsom van het verschil tussen het inkomen van elke individuele arme en het bedrag dat nodig is om op de armoedegrens te komen.
- De derde dimensie refereert naar het multi-aspectuele (of veelvoudig) karakter van de armoede: op hoeveel verschillende gebieden (aspecten, vlakken, domeinen, terreinen) vinden we uitsluiting of ongelijkheden?
- De vierde dimensie is de 'diepte', namelijk hoe diep de kloof is met de rest van de samenleving. Hoeveel domeinen zijn gecumuleerd en hoe zwaar weegt elk van die domeinen door?

Aan de hand van deze drie laatste parameters zouden we de 'inhoud van armoede' in een samenleving dan kunnen bepalen als het product van hoogte x lengte x breedte.

---

<sup>3</sup> Gebaseerd op: Levecque, K, (2008), *Armoede en depressie. Een (niet) evident verband?*, Acco, Leuven

<sup>4</sup> Vranken, J., (2007), *Inleiding. Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek, 2006*, Vranken, J., De Boyser, K., en D. Dierckx, (red), Acco uitgeverij

<sup>5</sup> Deze Jaarboeken zijn samengesteld door OASeS  
[http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=\\*OASES&n=365](http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=*OASES&n=365)

### De zes perspectieven op armoede

Er worden zes benaderingen van armoede en andere vormen van sociale uitsluiting geïdentificeerd. Deze typologie steunt op twee criteria: op welk niveau de oorzaak van de armoede wordt gezocht (micro, meso of macro) en of die oorzaak intern is ('schuld') of extern ('ongeval').

**Schema 2: Zes verklaringsmodellen voor armoede**

Niveau van de oorzaak	Aard van de oorzaak	
	<i>Intern</i>	<i>Extern</i>
<i>Micro:</i> het individu	Persoonlijke tekorten  Individueel schuldmodel (1)	Persoonlijke ongevallen  Individueel ongevalmodel (2)
<i>Meso:</i> groepen, gemeenschappen, instituties, organisaties	De structuur en/of het functioneren van de groep, gemeenschap, institutie, organisatie.  Institutioneel schuldmodel (3)	Groepen, instituties, organisaties uit de omgeving  Institutioneel ongevalmodel (4)
<i>Macro:</i> 'de' samenleving	De maatschappelijke ordening  Maatschappelijk schuldmodel of structureel model (6)	Maatschappelijke veranderingen en conjuncturen  Maatschappelijk ongevalmodel of conjunctureel model (5)

- Een eerste model (1) legt de schuld (van armoede, werkloosheid) bij de mensen zelf: omdat ze lui, spilzuchtig, drankzuchtig of onverantwoordelijk zijn. Deze verklaring miskent echter de omstandigheden waarin mensen opgroeien en leven, kijkt voorbij aan de spanning tussen maatschappelijk gewaardeerde doelen en de zeer beperkte middelen die velen maar hebben om ze te bereiken. Het is een sterk culpabiliserende benadering die de omstandigheden miskent waarin mensen opgroeien en leven. Deze benadering belemmert daarmee een doeltreffend armoedebeleid.
- Ook de mildere variant van de personele modellen (2), die de oorzaken van armoede en sociale uitsluiting zoekt in persoonlijke tegenslagen, zoals ziekte, handicap, verlies van een baan, belicht overmatige belichting wat de persoon overkomt en onderlicht waardoor dat gebeurt.

Beide individuele modellen kunnen het evenement aangeven waardoor sommige individuen in armoede terechtkomen, maar laten de maatschappelijke processen die tot dit gebeuren leiden en de structuur die eraan ten grondslag ligt, buiten beschouwing.

Modellen drie en vier bevinden zich op het mesoniveau van de samenleving, 'het maatschappelijke middenveld' of de 'civil society'.

- De interne variant (3) zoekt de verklaring bij de inrichting en het functioneren van deze instituties, groepen en gemeenschappen; illustraties zijn de ontoegankelijkheid of de bureaucratische opstelling van diensten, onvoldoende of 'andere' socialisering door het gezin, de eigen ('afwijkende') waarden en normen van de gemeenschap (zoals de armoedecultuur).
- De externe versie (4) gaat over fenomenen zoals stereotypering, stigmatisering, het fenomeen van de wij-groep en de zij-groep, onvoldoende beleidsaandacht voor minderheden.

- Een vijfde benadering (5) stelt veranderingen centraal en die zijn per definitie tijdelijk van aard. Het kan gaan om snelle maatschappelijke veranderingen, die het gevolg kunnen zijn van technologische ontwikkelingen; of demografische veranderingen, waardoor de traditionele gezinsverbanden plaats moeten ruimen voor meer fragiele en minder beschermende relaties. De veronderstelling van dit ‘maatschappelijk ongevalmodel’ is dat de armoede zal verdwijnen wanneer de magere jaren de plaats ruimen voor de vette of wanneer de maatschappelijke onrust die is ontstaan ten gevolge van deze veranderingen, gaat luwen. Nochtans moeten we vaststellen dat, door dik en dun, een aanzienlijk deel van de bevolking in armoede blijft leven.
- Een beter inzicht in die voortdurende (re)productie van de armoede vinden we bij het ‘maatschappelijke schuldmodel’ (6). Deze bij uitstek structurele benadering besteedt niet alleen aandacht aan de armoede zelf, maar evenzeer aan de samenleving die deze armoede altijd opnieuw voortbrengt en in stand houdt. Het gaat dan over de dominantie van het economisch produceren bij de positiebepaling van de mensen en de ongelijkheden inzake de verdeling van inkomen, de status en macht die daarvan het gevolg zijn.

Feitelijk bestaande benaderingen van de problematiek kunnen meestal niet onder het ene of andere type worden ondergebracht. Ze vertonen vrijwel altijd kenmerken van verschillende modellen. Toch is het identificeren van deze grote perspectieven nuttig, omdat het helpt om zowel de wetenschappelijke als de alledaagse verklaringen, het onderzoek, het gevoerde beleid en de concrete hulpverlening te situeren.

#### **4. De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen**

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is georganiseerd via verschillende lijnen die elk hun toegevoegde waarde hebben. Via de eerste lijn (huisarts, OCMW en CAW) worden patiënten doorverwezen naar ambulante of intramurale specialistische voorzieningen. Bij de ambulante specialistische voorzieningen zijn de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg terug te vinden, alsook de dagcentra, zelfstandige psychiaters en thuiszorg. Intramurale specialistische voorzieningen zijn de psychiatrische ziekenhuizen, de PAAZ, de psychiatrische verzorgingstehuizen en therapeutische gemeenschappen.

Vlaanderen telt momenteel 20 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, 45 erkende psychiatrische ziekenhuizen, 39 erkende psychiatrische verzorgingstehuizen en 24 erkende initiatieven voor Beschut Wonen.

In de geestelijke gezondheidszorg zien we vanaf de tachtiger jaren een rationaliseringsbeweging optreden. Van de afbouw van de ziekenhuisbedden werd gebruik gemaakt om het Beschut Wonen en het PVT te erkennen als nieuwe zorgvormen. In België wordt de omvorming van ziekenhuisbedden aangeduid met de term ‘reconversie’. De bedoeling was om via dit proces het zorgaanbod meer aan te passen aan de gewijzigde noden.

Naast de medisch-psychiatrische behandeling die gericht is op genezing, ontwikkelde zich in het voorbije decennium de *rehabilitatiebenadering*: mensen met ernstige en langdurige psychische problemen worden niet langer behandeld in functie van genezing. Ze worden eerder gezien als mensen met psychische en gedragsmatige beperkingen die mits goede begeleiding en zorg beter kunnen functioneren in de samenleving. Met Beschut Wonen maar ook met psychiatrische thuiszorg wordt deze rehabilitatiebeweging ondersteund.



De trend van *de-institutionalisering* en *vermaatschappelijking* zet zich door. Hierbij treedt een verschuiving op van intramurale zorg naar een meer maatschappelijk georiënteerd zorgaanbod. Randvoorwaarde voor het welslagen van de vermaatschappelijking is dat adequate vervangende zorg beschikbaar moet zijn om lacunes in het zorgaanbod te vermijden. De afbouw van chronische bedden verloopt echter veel trager dan de uitbouw van nieuwe structuren zoals psychiatrische thuiszorg en dagactiviteitencentra.

Daar waar het aantal ziekenhuisbedden voor chronische psychiatrische patiënten in België de laatste jaren gedaald is, staat België nog altijd in de hoogste top in Europa wat betreft het aantal psychiatrische bedden per 100.000 inwoners (149,66 in 2006 in vergelijking met 138,1 in Nederland in 2006 en 108,39 in Duitsland in hetzelfde jaar. In 1991 waren in België nog 179,31 bedden per 100.000 inwoners)<sup>6</sup>.

*Marktwerking* wordt ook in de geestelijke gezondheidszorg terug gevonden. Commerciële verzekeringsmaatschappijen profileren op gaten/niches die zich vormen: ze bieden aanvullende en facultatieve verzekeringen aan. Maar op de commerciële verzekeringsmarkt gelden andere regels: om activiteiten winstgevend te houden, wordt aan risicoselectie gedaan. Categorieën die een hoger risico lopen, moeten hogere premies betalen of komen niet in aanmerking voor verzekering, terwijl zij het juist het meest nodig hebben. In de geestelijke gezondheidszorg neemt ook het aantal commerciële initiatieven toe (Mahieu en Denier, 2009)<sup>7</sup>. Marktwerking kan een bijdrage leveren aan een toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg, maar Zorgnet Vlaanderen (in Mahieu en Denier, 2009) is van mening dat dit vooral via samenwerking moet en kan; samenwerking tussen voorzieningen onderling en tussen voorzieningen en beroepsgroepen.

## **5. Profiel van het OPZC Rekem**

Het voormalig Rijksskrankzinnigengesticht in Rekem werd in 1972 erkend als psychiatrisch ziekenhuis door Volksgezondheid. In 1991 werd het psychiatrisch verzorgingstehuis opgericht. In het kader van Beter Bestuurlijk Beleid van de Vlaamse Gemeenschap werd het zorgcentrum op 1 januari 2007 omgevormd tot een Extern Verzelfstandigd Agentschap met rechtspersoonlijkheid (EVA) en kreeg een nieuwe naam: Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (OPZC Rekem). De samenwerking tussen OPZC Rekem en de Vlaamse Gemeenschap wordt geregeld via een beheersovereenkomst.

Het psychiatrisch ziekenhuis heeft 288 erkende bedden en plaatsen en is georganiseerd rond drie doelgroepen: volwassenen, ouderen en forensische patiënten. Voor de doelgroep volwassenen worden drie zorglijnen georganiseerd: psychozorg, neurozorg en verslavingszorg. Voor de doelgroep ouderen worden twee zorglijnen georganiseerd: de zorglijn functionele stoornissen voor opname en behandeling van stemmingstoornissen, schizofrenie, paranoïde stoornissen, psychogene stoornissen en neurosen.

Daarnaast wordt de zorglijn organische stoornissen georganiseerd, gericht op de opname en behandeling van dementie met moeilijk hanteerbaar gedrag en/of chronische ziektebeelden.

---

<sup>6</sup> European health for all database (HFA-DB), WHO/Europe - <http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>7</sup> Mahieu, S., en Y., Denier (red), (2009), *Zorg te koop? Standpunten van Zorgnet Vlaanderen over privatisering, commercialisering en marktwerking*, Brussel

Het psychiatrisch verzorgingstehuis heeft 114 PVT bedden en 49 uitdovende bedden. Tevens zijn er nog 45 forensische PVT bedden. De bedden/plaatsen voor mentaal gehandicapten zijn uitdovend. De reguliere PVT bedden (chronisch gestabiliseerde patiënten) zijn gelokaliseerd op de campus in Rekem alsook op de nieuwe campus RADO in het centrum van Lanaken. De forensische bedden zijn gelokaliseerd te Rekem en in Hotel Min te Antwerpen (Min staat voor Mensen in Nood). Hotel Min is gegroeid vanuit de Bond zonder Naam en is altijd een opvangcentrum geweest voor ex-gedetineerden. In de jaren negentig is samenwerking ontstaan tussen het opvangcentrum en het OPZC Rekem.

De meerderheid van de patiënten in het *psychiatrisch ziekenhuis* zijn mannen (gemiddeld 77% van de aanwezige populatie in de periode 2003-2007 en gemiddeld 65% van de instromers in dezelfde periode). De leeftijdsopbouw van de patiënten vertoont een dalende trend, omdat de gemiddelde leeftijd van de instromers in de periode 2003-2007 is gedaald. Met name zijn er meer patiënten ingestroomd in de leeftijdsgroep 15-34 jarigen. De grootste groep aanwezigen in de periode 2003-2007 was ingedeeld in de ouderenzorg (gemiddeld 24%), gevolgd door dagbehandeling (gemiddeld 19%) en forensische zorg (gemiddeld 18%). Bij de instromers in deze periode vinden we de grootste groep terug bij de psychosezorg opname (gemiddeld 25%), neurosezorg (gemiddeld 21%) en ouderenzorg (gemiddeld 17%). In de dagbehandeling stroomde van de patiënten gemiddeld 14% in en in de forensische zorg gemiddeld 7% in dezelfde periode. De grootste groep aanwezige patiënten heeft een GAF (Global Assessment of Functioning) score tussen 31-40<sup>8</sup> wat ook het geval is bij de instromers. Dit betekent dat er enige vermindering is in realiteitsbesef of communicatie OF een sterke vermindering op verschillende terreinen (school, werk, familierelaties, enz.). Wat het leefmilieu betreft waar de patiënt voor opname verbleef, zijn er verschuivingen opgetreden in de periode 2003-2007. De groep instromers die voor opname alleen woonden, is gestegen met 11% en de groep met een eigen gezin is gestegen met 7%. Voor de grootste groep patiënten is secundair onderwijs lagere cyclus (gemiddeld 44%) het hoogste onderwijsniveau wat zij behaalden. Bijna een derde van de populatie die instroomde in de referentieperiode is invalide, terwijl een vijfde niet beroepsactief is (gepensioneerd, scholier, student). Slechts voor 50% van de patiënten in de steekproef kon het inkomen worden nagegaan. 95% van hen had op 01.01.2003 een inkomen van minder dan €900 per maand<sup>9</sup>.

De meerderheid van de patiënten in het *psychiatrisch verzorgingstehuis* zijn mannen (gemiddeld 93% van de aanwezige populatie in 2003-2007 en gemiddeld 95% van de instromers in dezelfde periode). De leeftijdsopbouw van de patiënten in het PVT vertoont ook een dalende trend. Met name is de gemiddelde leeftijd van de instromers gedaald. De grootste instroom heeft plaatsgevonden in de groep 15-44 jarigen, terwijl de meerderheid van de aanwezigen in de leeftijdsgroep 45-75 jarigen zit. Gemiddeld 50% van de instromers is afkomstig van een psychiatrisch ziekenhuis. Voor gemiddeld 22% is secundair onderwijs lagere cyclus het hoogste onderwijsniveau dat zij behaalden; voor 30% is dit secundair onderwijs hogere cyclus. De grootste groep instromers waren invalide of mindervalide (gemiddeld 65% in totaal). Opvallend is dat de groep instromers een hogere gemiddelde GAF score heeft dan de aanwezige patiënten. Meer patiënten die instromen in 2003-2007 hebben een score hoger dan 40 (gemiddeld 57%) in vergelijking met de aanwezige

---

<sup>8</sup> Hoe lager de GAF score, hoe zwaarder de problematiek.

<sup>9</sup> €900 per maand werd als richtlijn genomen, gebaseerd op een invaliditeitsuitkering in 2003 voor alleenstaanden. Invaliden vormen de grootste groep patiënten in het ziekenhuis.

patiënten in dezelfde periode (gemiddeld 19%). Dit heeft te maken met de hoge instroom van forensische patiënten die volgens de gegevens een hogere gemiddelde GAF score hebben.

Op basis van de steekproef uit de populatie aanwezig in het PVT op 01.01.2003 heeft de grootste groep patiënten van wie het inkomen kon worden achterhaald (71%) een inkomen tussen €901-1400 per maand; 25% heeft een inkomen lager dan €900 per maand<sup>10</sup>. De resterende groep patiënten van wie het inkomen kon worden nagegaan, heeft een inkomen van €1401 of meer.

## **6. Conclusies**

In deze paragraaf worden de bevindingen uit het desk-research, het veldwerk en de literatuurstudie aan elkaar gekoppeld en worden op basis hiervan conclusies geformuleerd.

### **6.1. Meten is niet altijd weten**

De MPG dienen verplicht te worden ingevuld door alle psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en door alle initiatieven van Beschut Wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen. Het doel van de MPG is het gezondheidsbeleid te ondersteunen voor wat onder meer betreft de vaststelling van de behoeften aan psychiatrische voorzieningen en het uitstippelen van een beleid op basis van epidemiologische gegevens. Ook voor de instellingen zelf zouden de MPG een nuttig managementinstrument kunnen zijn om beleid bij te stellen en verder te ontwikkelen. Voor dit onderzoek hebben we onder meer gebruik gemaakt van een aantal informatieblokken uit de MPG, namelijk die blokken die betrekking hebben op socio-economische gegevens en op problemen die worden vastgesteld bij opname en ontslag (1, 2, 4, 7 en 10). Bij het combineren van de verschillende databronnen werd duidelijk dat de MPG niet altijd optimaal worden ingevuld. Vaak wordt gekeken vanuit de pathologieën gekoppeld aan een bepaalde afdeling en wordt het totaalbeeld van de patiënt onvoldoende in kaart gebracht. Hierdoor ontstaat een onvolledig beeld van de werkelijke situatie waarbij in het geval van dit onderzoek bij de interpretatie van de MPG rekening moet worden gehouden. Maar de consequenties hiervan gaan verder dan dit onderzoek, daar de MPG mede een beleidsondersteunende rol hebben.

### **6.2. Veldwerk als essentieel onderdeel van het onderzoek**

Zoals werd vermeld in de inleiding, werd reeds heel wat onderzoek gedaan rond armoede en gezondheid en armoede en geestelijke gezondheid. Op basis van het onderzoeksproces kunnen we het belang van veldwerk bij dit soort onderzoeken niet genoeg benadrukken. Het ontwikkelen van theoretische modellen is zeker waardevol en nodig als input voor het analysekader van waaruit men vertrekt. Echter het ontdekken van de realiteit door middel van gesprekken met medewerkers en misschien ook vooral met patiënten in de psychiatrie is essentieel om de theoretische kaders te toetsen.

---

<sup>10</sup> Van 76% van de patiënten in de steekproef kon het inkomen worden ingevuld door de sociale dienst.

### **6.3. Onvoldoende geïntegreerd beleid rond psychiatrie**

Beleid op het gebied van psychiatrie in Vlaanderen en België is er; alleen het levert het beeld op van een lappendeken waarin niet altijd de nodige verbindingen zijn gemaakt. Dat het zorgcircuit niet optimaal gestroomlijnd is, heeft onder meer te maken met de bevoegdheidsverdeling tussen overheden. Geestelijke gezondheid is een federale materie: via bijdragen uit de sociale zekerheid dekt het RIZIV medische uitgaven. Geestelijke gezondheid is echter ook een Vlaamse materie, via haar bevoegdheid voor persoonsgebonden aangelegenheden. Dit uit zich onder meer in de financiering van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Echter, het is niet alleen de bevoegdheidsverdeling die stroomlijning en coherentie in de weg staan. Het feit dat noodzakelijke vernieuwingen op projectbasis worden gestart, is een goede zaak om vernieuwing te stimuleren; echter na een bepaalde – vooraf afgesproken – looptijd van die projecten en een degelijke evaluatie ervan is integratie in het regulier beleid al dan niet aangewezen.

### **6.4. Beleidsveranderingen gebeuren traag**

Beleidsaanbevelingen die reeds een aantal jaren geleden werden gedaan in het kader van andere onderzoeken en knelpuntennota's blijven overeind<sup>11</sup>. Beleid verandert traag; dat is meestal een gegeven. Echter, binnen het kader van de geestelijke gezondheidszorg speelt de fragmentering van de sector ook nog een rol. Niet alleen de fragmentering van het aanbod, maar ook de fragmentering van de verschillende betrokken actoren binnen de organisatiestructuur van de geestelijke gezondheidszorg en van de boodschappen die als urgent worden beschouwd en dienen te worden gecommuniceerd.

### **6.5. Sensibilisering en informering**

Sensibilisering rond geestelijke gezondheidszorg is zeker nodig om de nog bestaande taboes te doorbreken. Het is maatschappelijk nog niet (helemaal) aanvaard om psychische problemen te hebben, laat staan ermee naar buiten te komen. Een fysieke kwaal is meetbaar en daar heeft de omgeving begrip voor. Wanneer een collega een tijdje uit het arbeidscircuit is door een depressie, wordt hier vaak niet met hetzelfde begrip op gereageerd. Dit wordt nogmaals bevestigd op basis van dit onderzoek. Ondanks campagnes die in het verleden door de overheid werden georganiseerd, is het voor patiënten en hun omgeving nog steeds moeilijk om hun verhaal kwijt te kunnen. Het geven van informatie over psychische ziekten en de gevolgen ervan, is belangrijk en wordt misschien zelfs nog belangrijker naar de toekomst toe, rekening houdend met het feit dat de voorspellingen uitwijzen dat de vraag naar hulpverlening zal toenemen.

Een tweede aspect dat hieraan is gekoppeld is de kennis die bestaat over wat de psychiatrie te bieden heeft. De markt van de psychiatrie is verdeeld over verschillende lijnen die elk hun eigen toegevoegde waarde hebben binnen het geheel. Voor doorverwijzers blijkt het echter niet altijd duidelijk te zijn naar waar een patiënt kan en moet worden verwezen. Volgens de geïnterviewde medewerkers is de geestelijke gezondheidszorg voor doorverwijzers wel altijd nog overzichtelijker dan voor patiënten zelf. Deze gegevens geven aan dat informering over het aanbod en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg zeker aan de orde zijn.

---

<sup>11</sup> We kunnen hierbij onder meer verwijzen naar het werk van het VVI, nu Zorgnet Vlaanderen, met name de knelpuntennota's en voorstellen om deze aan te pakken.  
<http://www.zorgnetvlaanderen.be/Pages/default.aspx>

## **6.6. Ziek zijn maakt arm; door armoede wordt men ziek**

Op basis van dit onderzoek kan worden vastgesteld dat er zeker een relatie bestaat tussen armoede en psychiatrie, maar ook dat dit een ingewikkeld verband is, en zeker niet rechtlijnig. De vraag wat er het eerste was de armoede of de psychiatrische problematiek is niet eenduidig te beantwoorden. Dit blijkt zowel uit de verkennende gesprekken, uit groeps gesprekken met medewerkers als uit de gesprekken met patiënten. Een grote meerderheid van medewerkers (89%) geeft aan dat armoede leidt tot problemen op gebied van geestelijke gezondheidszorg, terwijl nagenoeg dezelfde grote meerderheid (83%) ook van mening is dat problemen op gebied van geestelijke gezondheidszorg leiden tot armoede. En natuurlijk valt voor beide opvattingen wat te zeggen en kunnen voor beiden voorbeelden worden gevonden om de stellingen te staven.

*Armoede leidt tot problemen op gebied van geestelijke gezondheid.*

Het gaat hierbij om wat *materialistische-structurele* verklaringen worden genoemd<sup>12</sup> waarbij de rol van relatieve deprivatie wordt benadrukt. Het is niet zozeer de absolute materiële deprivatie of armoede die tot een minder gunstige gezondheid leidt, maar wel de relatieve deprivatie<sup>13</sup>. Het gaat hierbij om alle leefomstandigheden die ongunstiger zijn in de lagere socio-economische categorieën van de bevolking en die een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de gezondheidsstatus. Bovendien kan daar nog de benadering van *life events* worden aan toegevoegd (De Wilde, 2002, 2004)<sup>14</sup>. Deze benadering gaat ervan uit dat iedereen door zijn/haar leven heen wordt geconfronteerd met demografische gebeurtenissen (bijvoorbeeld echtscheiding, overlijden van partner enz.) en inkomensveranderingen maar dat niet iedereen hiervan dezelfde gevolgen ondervindt. Sommigen belanden als resultaat hiervan in een situatie van armoede en sociale uitsluiting. De middelen waarover personen (en gezinnen) beschikken om met deze life events om te gaan zijn ongelijk verdeeld, omdat bepaalde groepen het moeilijker hebben dan anderen om een 'normale' levensloop uit te bouwen. Dit betekent voor deze groepen een dubbele handicap wanneer zij te maken krijgen met life events die hun economisch welzijn beïnvloeden.

Het verband tussen socio-economische situatie en geestelijke gezondheidszorg werd door verschillende auteurs reeds aangetoond. Zo blijkt uit cijfers van de Christelijke Mutualiteit (2008)<sup>15</sup> dat personen uit de lagere inkomensgroepen een bijna 60% hoger risico lopen in vergelijking met de referentiepopulatie om te worden opgenomen in een psychiatrische instelling of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Wanneer men dezelfde groep vergelijkt met een referentiegroep die tot de hogere inkomensklasse behoort, is hetzelfde risico twee keer zo groot. Levecque (2008)<sup>16</sup> toont aan dat het verband tussen armoede en depressie statistisch sterk en positief is en mogelijk eerder exponentieel dan lineair van vorm.

---

<sup>12</sup> Mackenbach, J.P., (1994), Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland, Van Gorcum, Assen

<sup>13</sup> Relatieve deprivatie is het gevoel van onvrede of onrecht dat ontstaat wanneer een individu zijn eigen situatie vergelijkt met die van anderen en hierbij zijn/haar eigen situatie als onverdiend percipieert.

<sup>14</sup> Dewilde, C., (2002), De impact van life events op sociale uitsluiting en armoede, in: Armoede en Sociale Uitsluiting, Jaarboek 2002, p 55-70; Dewilde, C., (2004), Vormen en trajecten van armoede in het Belgische en Britse welvaartsregime. Multidimensionele armoededynamieken bestudeerd vanuit de sociologie van de levensloop, Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de graad van Doctor in de Politieke en Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Antwerpen

<sup>15</sup> Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K., en R., Mertens, (2008), Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid: vaststellingen op basis van de gegevens van de ziekenfondsen, in: CM Informatie 233, p3-15

<sup>16</sup> Levecque, K, (2008), Armoede en depressie. Een (niet) evident verband?, Acco, Leuven

Op basis van het veldwerk in dit onderzoek kan worden gesteld dat patiënten die worden opgenomen vaak niet alleen arm zijn, maar ook kansarm. Zo wordt bijvoorbeeld gezegd door medewerkers dat een meerderheid van de populatie van forensische patiënten uit marginale milieus komt. De situatie van de forensische patiënten met psychiatrische problemen is meer structureel van aard: vaak gaat het om mensen met (kans)armoede die eerst slachtoffer waren en later zelf dader zijn geworden, zo blijkt uit verschillende gesprekken met medewerkers.

47% van de medewerkers geeft duidelijk aan dat de patiënten die zij behandelen financiële problemen hebben; voor 18% van de medewerkers is dat zo in bepaalde mate. Financiële problemen beïnvloeden soms ook de behandeling van patiënten. Tijdens gesprekken met medewerkers en patiënten wordt aangegeven dat door financiële problemen de druk soms zo groot is dat behandeling op dat ogenblik veel moeizamer is; soms wegen deze problemen zo zwaar dat ze de effectiviteit van de behandeling in de weg staan.

#### *Problemen op gebied van geestelijke gezondheid leiden tot armoede*

In het algemeen kan worden gezegd dat de financiële situatie van een patiënt die opgenomen is in een psychiatrische instelling verandert. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen opname in het psychiatrisch ziekenhuis en opname in het psychiatrisch verzorgingstehuis omdat de kosten van beiden ver uit elkaar liggen. Uit cijfers van het VVI (2008)<sup>17</sup> blijkt dat voor personen met een verhoogde tegemoetkoming (een grote meerderheid van de patiënten in OPZC Rekem, gezien hun inkomen) een ziekenhuisfactuur 54% van de factuur van het PVT bedraagt, waarbij de extra kosten van het PVT nog niet werden in rekening gebracht (zoals leefkosten, kleding, schoenen, vrije tijdsbesteding,...).

Een chronische pathologie met zware zorgkosten beïnvloedt het financieel evenwicht van de patiënt (en zijn/haar gezin) negatief. *De startpositie bij opname bepaalt echter de impact die opname heeft op de financiële situatie.* Bij opname in het ziekenhuis zijn er patiënten waarbij de kosten stijgen (leefkosten thuis en de kosten verbonden aan opname) en het inkomen daalt (door verlies van werk bijvoorbeeld). Voor andere patiënten betekent opname in het psychiatrisch ziekenhuis dat hun (financiële) situatie in orde wordt gebracht, sommigen geldbeheer krijgen waardoor hun financiële situatie er kan op vooruit gaan. Deze groep van patiënten heeft echter geen leefkosten thuis, daar zij geen eigen woonplek hebben. De leefkosten die zij hebben, houden verband met hun opname in het ziekenhuis.

Er zijn allerlei mechanismen ontwikkeld om de eigen uitgaven van personen met hoge medische kosten te beperken, zoals onder meer de Maximumfactuur (MAF). Deze is oorspronkelijk ontworpen als een structurele maatregel die een compromis zoekt tussen sociale bescherming van de zwakkere groepen in de samenleving en individuele verantwoordelijkheid. Het kan logisch klinken om alle officiële remgelden in de MAF op te nemen, echter uit simulaties (Schokkaert, et al, 2008)<sup>18</sup> blijkt dat dit een sterke stijging van de kosten van de MAF zou veroorzaken. Opname van de remgelden van psychiatrische patiënten zou de MAF met 13% laten stijgen.

---

<sup>17</sup> Verbond der Verzorgingsinstellingen v.z.w., (2008), Betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België. Knelpunten en voorstellen, Caritas, VVI, Brussel

<sup>18</sup> Schokkaert, E., Guillaume, J., Lecluyse, A., Avalosse, H., Cornelis, K., De Graeve, D., et al, (2008), *Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg*, Equity and Patient Behaviour (EPB), Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), Brussel

### **6.7. De weg naar de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg is geplaveid met financiële drempels**

Op basis van dit onderzoek kunnen we niet zeggen hoe groot de groep patiënten is die niet terecht komt in de/een instelling omwille van allerlei hindernissen, daar het onderzoek zich heeft toegespitst op het probleem van armoede en psychiatrie binnen de muren van een instelling. Dus de patiënten waarover het gaat in dit onderzoek hebben reeds toegang verkregen tot de geestelijke gezondheidszorg. In de literatuur worden allerlei barrières beschreven, waaronder financiële drempels (onder meer Vanroelen, et al (2004)<sup>19</sup>). Financiële problemen kunnen enerzijds te maken hebben met knelpunten in verband met het inkomen en anderzijds met knelpunten in verband met de uitgaven in een zorgsituatie<sup>20</sup>:

- *Inkomen:* Heel wat mensen die (zwaar) ziek worden, worden niet alleen geconfronteerd met hogere medische kosten, ze krijgen op hetzelfde moment vaak te maken met een inkomensverlies doordat ze arbeidsongeschikt worden. In verschillende studies wordt aangegeven dat de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid en invaliditeit maar net voldoende zijn om in de basisbehoeften te voorzien. Ze zijn onvoldoende om naast de basisbehoeften nog belangrijke medische kosten te dragen. Hetzelfde geldt voor de andere inkomensvervangende uitkeringen zoals werkloosheidsuitkeringen, pensioenen of een leefloon.
- *Uitgaven:* De kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen zowel voor de overheid als voor de cliënten. In België zijn de gemiddelde gezinsuitgaven aan gezondheid met 32% gestegen in de periode 2000-2006<sup>21</sup>. Om de eigen uitgaven van mensen met hoge medische kosten te beperken, werd een aantal specifieke tegemoetkomingen in het leven geroepen, zoals de Maximumfactuur (MAF). Probleemoplossende maatregelen hebben een positieve impact, maar zijn selectief van aard. De doelgroep is voornamelijk beperkt en de budgettaire impact is middelmatig, behalve voor wat betreft de MAF (Christelijke Mutualiteit, 2006)<sup>22</sup>.

Bovendien dienen hier ook knelpunten met betrekking tot het *statuut* in de ziekteverzekering te worden vermeld: mensen die omwille van uiteenlopende omstandigheden buiten de ziekteverzekering vallen ondanks het feit dat ze wel recht hebben op een verzekering tegen ziekte. Het gaat hier om mensen die door verwaarlozing of door gebrek aan middelen hun bijdragen niet hebben betaald of hun administratieve verplichtingen niet zijn nagekomen (zoals verslaafden, daklozen).

In dit onderzoek worden deze financiële drempels bevestigd, zoals reeds aangegeven in paragraaf 6.6. Bovendien zien we ook dat sommige patiënten hun behandeling stoppen naar aanleiding van feitelijke of gepercipieerde financiële problemen. De meningen van het personeel zijn hierover echter verdeeld. 11% van de medewerkers zegt dat dit het geval is; 26% geeft aan dat dit in bepaalde mate het geval is). De

---

<sup>19</sup> Vanroelen, C. en T., Smeets, F. Louckx, (2004), *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische Gezondheidszorg*, eindrapport

<sup>20</sup> Idem

<sup>21</sup> [http://www.statbel.fgov.be/downloads/hbs2006ex\\_ph4\\_nl.xls](http://www.statbel.fgov.be/downloads/hbs2006ex_ph4_nl.xls)

<sup>22</sup> Christelijke Mutualiteit, (2006), *De evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in België. Een dynamisch evenwicht tussen de beheersing van de openbare uitgaven en de financiële bescherming van de patiënt*, Departement Onderzoek & Ontwikkeling, Brussel. VVI, (2008), *Betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België. Knelpunten en voorstellen*, VVI, Brussel

patiënten zeggen zelf andere patiënten te kennen die dit hebben gedaan en sommigen geven zelf aan sterk te overwegen om omwille van financiële problemen hun huidige behandeling te stoppen.

### **6.8. Mismatch tussen vraag en aanbod**

Uit dit onderzoek wordt duidelijk dat vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg niet volledig op elkaar zijn afgestemd. Dit heeft voornamelijk te maken met wachtlijsten enerzijds en met een aanbod dat qua inhoud en/of kwantiteit onvoldoende is afgestemd op de vraag anderzijds.

Er zijn wachtlijsten op verschillende niveaus, zoals CGG's, PVT's, bepaalde afdelingen in het psychiatrisch ziekenhuis en bij Beschut Wonen. Door vermaatschappelijking en de-institutionalisering van de zorg enerzijds en toenemende kosten van medische zorgen anderzijds, groeit de nood aan toegankelijke en betaalbare ambulante zorg. De wachtlijsten in OPZC Rekem situeren zich voornamelijk bij de neurosezorg afdeling, bij de forensische zorg en in het PVT.

Meer medewerkers van het ziekenhuis (51%) vinden dat het aanbod binnen het ziekenhuis overeenkomt met de vraag van de patiënten, vergeleken met het aantal medewerkers uit het verzorgingstehuis (41%). De vraag van de patiënten (en ook de pathologie) is de laatste jaren complexer geworden, vaak door dubbeldiagnoses (verslaving gecombineerd met een psychiatrische problematiek). Bovendien wordt een aantal groepen patiënten geïdentificeerd waarvoor er geen of een beperkt aanbod is, zoals bijvoorbeeld

- Psychiatrische patiënten met een mentale handicap. Bedden voor mentaal gehandicapten in de psychiatrie zijn uitdovend.
- Dementerende bejaarden met een gedragsstoornissen die men niet onder controle krijgt.
- Forensische patiënten.
- Patiënten die uitstromen uit het ziekenhuis of PVT naar Beschut Wonen, maar voor wie Beschut Wonen eigenlijk een stap te ver is.

Een ander relevant aspect gekoppeld aan het aanbod is de veranderende vraag die een aangepast aanbod vereist. Een meerderheid van gemiddeld 86% van de deelnemers aan de groepsgesprekken geeft aan dat de problematiek van de patiëntengroep waar zij mee werken in bepaalde mate complexer is geworden de afgelopen jaren. De complexiteit wordt uitgelegd als het vaker voorkomen van dubbel-diagnoses (psychiatrische component en verslaving). Bovendien geven medewerkers ook aan dat er meer agressie voorkomt in vergelijking met vroeger; met name medewerkers van het ziekenhuis geven dit aan (neurosezorg en verslaafdenzorg). Uit de GAF scores van PVT patiënten zien we dat de groep instromers een hogere GAF score heeft dan de aanwezige patiënten. Dit heeft onder meer te maken met de grote instroom van forensische patiënten, waarbij uit de steekproef blijkt dat ze een hogere GAF score hebben.

Tevens wordt ook gesteld door medewerkers dat sommige patiënten die worden opgenomen niet echt thuishoren in de psychiatrie of niet op de afdeling waar ze zijn opgenomen. Soms is er alleen sprake van een sociale problematiek en niet van een psychiatrisch beeld.

Het afbouwen van de intramurale geestelijke gezondheidszorg en het verder ontwikkelen van de extramurale geestelijke gezondheidszorg lopen niet gelijk zodat



er gaten in het aanbod ontstaan. Zo is de psychiatrische thuiszorg gegroeid vanuit een behoefte, en is dit na een aantal jaren nog steeds op projectbasis. De vraag naar psychiatrische thuiszorg is bovendien stijgende volgens de betrokken medewerkers.

### **6.9. Doorstroom en drempels**

Net zoals de instroom in de psychiatrie wordt belemmerd door drempels en barrières, is dit ook het geval voor doorstroom van de ene naar de andere zorgvorm (heroriëntatie). Ook hier zijn verschillende redenen voor gevonden in het onderzoek:

- Financiële redenen:
  - De financiële situatie van de patiënt speelt een rol bij doorstroom van ziekenhuis naar PVT of een andere woon(begeleidings)vorm. Ook hier zijn de meningen over verdeeld. 13% van de medewerkers stelt dat financiële problemen daadwerkelijk doorstroom belemmeren; 31% zegt dat dit in bepaalde mate het geval is. Patiënten geven aan zich zorgen te maken hoe ze een vervolg zorg/woonvorm moeten betalen, rekening houdend met hun beperkt inkomen.
  - Patiënten met beperkte financiële middelen hebben minder kansen om hun leven (opnieuw) in handen te nemen. Het vorm geven van zelfstandigheid, brengt extra kosten met zich mee waardoor zij (opnieuw) worden geconfronteerd met hun financiële beperkingen.
  - Door de overstap van het ziekenhuis naar het PVT wordt het zakgeld van de patiënt vaak minder omdat de PVT-factuur hoger is. Patiënten moeten hun eventuele financiële reserves aanspreken om de kosten te kunnen betalen. Tegelijkertijd is het beleid erop gericht om patiënten vanuit het PVT te laten doorstromen naar meer zelfstandige woonvormen. Maar zoals we reeds zeiden, zijn er financiële middelen nodig om deze zelfstandigheid vorm te geven; geld dat er vaak niet (meer) is.
- Wachlijsten waardoor patiënten soms langer dan nodig op afdelingen worden gehouden. Door 82% van de deelnemers aan de groepsinterviews wordt aangegeven dat de doorstroom in bepaalde mate wordt verhinderd door wachlijsten (96% medewerkers van het ziekenhuis en 52% medewerkers van het verzorgingstehuis gaan in bepaalde mate tot volledig akkoord met deze stelling). Tijdens de groeps gesprekken wordt vaker aangegeven dat er wachlijsten zijn bij het psychiatrisch verzorgingstehuis, een vervolgzorgvorm waar patiënten van het ziekenhuis vaak heen gaan (13% van de populatie die op 1 januari 2003 in het psychiatrisch ziekenhuis aanwezig was stroomde uiteindelijk door naar het psychiatrisch verzorgingstehuis na ontslag. Dit was van de verschillende mogelijke bestemmingen, die met het hoogste percentage). De perceptie dat er wachlijsten zijn in het psychiatrisch verzorgingstehuis wordt bevestigd door 76% van de medewerkers van het PVT (52% is het helemaal eens met deze stelling en 24% in bepaalde mate). 57% van de medewerkers van het ziekenhuis geeft aan dat in hun afdeling een wachtlijst is (31% is het helemaal eens met deze stelling en 26% in bepaalde mate). Hierbij gaat het met name over de neurosezorg afdeling en de forensische zorg.
- Een aanbod dat niet is afgestemd op de vraag (zie ook hierboven).

De laatste tijd is het beleid er meer op gericht om ook chronische patiënten die in PVT verblijven te laten doorstromen wanneer mogelijk, zoals eerder aangegeven. Voor de eerste populaties van het PVT was dit niet haalbaar, gezien het feit dat deze groep een aantal decennia had doorgebracht in een instelling en het zeker geen haalbare kaart was om deze patiënten nog te heroriënteren naar een andere zorgvorm. In de periode 2003-2007 stellen we een stijgende trend vast van uitstroom van het PVT naar Beschut Wonen. De vraag of deze uitstroom ook

duurzaam is, kunnen we op basis van dit onderzoek niet beantwoorden. Alleen weten we dat 16% van de patiënten in het verzorgingstehuis vanuit Beschut Wonen komen wat een indicatie van 'draaideurpatiënten' kan zijn.

### **6.10. Samenwerking kan beter**

Samenwerking in al zijn dimensies blijft een heikel punt:

- Tussen sectoren, zoals bijvoorbeeld de gehandicaptensector en de psychiatrie of psychiatrie en justitie, blijven lacunes bestaan.
- Tussen instellingen binnen dezelfde sector, zoals bijvoorbeeld tussen het ziekenhuis, PVT en Beschut Wonen; tussen PVT en reguliere rusthuizen. Medewerkers geven tijdens groeps gesprekken aan dat overleg tussen intra- en extramurale voorzieningen kan worden verbeterd.
- Tussen afdelingen binnen een zelfde instelling is soms sprake van gebrekkige communicatie.

Vandenbempt (2001)<sup>23</sup> vat de problematiek met betrekking tot de samenwerking tussen instellingen goed samen. Het gebrek aan samenwerking tussen de verschillende betrokken hulpverlenende instanties en hulpverleners en diensten, het gebrek aan coördinatie van het totale hulpverleningspakket en de versnippering van het aanbod bemoeilijken een globale aanpak van de problematiek en maken de hulpverlening vaak inefficiënt. Een tweede aspect is de kloof tussen ambulante en residentiële hulpverlening. Vaak gaat het om een 'of-of' verhaal met weinig mogelijkheden tot combinatie. Een derde aspect is het strikte onderscheid dat wordt gemaakt tussen sociaal-economische en psycho-sociale hulpverlening, wat zeker niet ten goede komt van een effectieve en efficiënte hulpverlening voor kansarmen.

### **6.11. Nazorg en re-integratie**

De nazorg kan beter; dit is niet alleen iets wat op basis van dit onderzoek wordt vastgesteld, maar ook in andere onderzoeken voor Vlaanderen in het algemeen. Als een patiënt wordt ontslagen, wordt er verder geen contact meer onderhouden. Echter, medewerkers uit de psychiatrische thuiszorg, maar ook patiënten zelf geven aan dat het dan pas echt begint. Voor een aantal patiënten is dit weeral een drempel die ze moeten overwinnen, dit keer een drempel bij uitstroom, zo blijkt uit gesprekken met henzelf en met personeelsleden. Re-integratie in de maatschappij blijkt nog te vaak vooral een theoretisch verhaal te zijn. Uiteindelijk lukt het toch dikwijls niet om in het dagelijkse leven op eigen benen te staan. Beperkte financiële mogelijkheden, maar ook 'in het diepe stappen' na ontslag spelen hierbij een rol.

Ontslagmanagement wordt sinds een tiental jaren in België toegepast in psychiatrische ziekenhuizen. Hier kan nog verder aandacht aan besteed worden om heropnames te verminderen en de periode tussen twee opnames te verlengen. Ontslagmanagement heeft veel te maken met ontslagvoorbereiding en samenwerking tussen instellingen.

Arbeid wordt als één van de pijlers in het re-integratieproces gezien. In de praktijk verloopt de weg naar werk voor (ex)psychiatrische patiënten niet makkelijk. De redenen hiervoor zijn divers en hebben onder meer te maken met:

- Inactiviteitsvallen. Dit kan betekenen dat bepaalde diensten of voorzieningen niet of minder makkelijk toegankelijk zijn (zoals bijvoorbeeld toegang tot arbeidstrajectbegeleiding wanneer het gaat om een arbeidsongeschikte GGZ-

---

<sup>23</sup> Vandenbempt, K., (2001), *Op eigen kracht verder. Hulpverlening aan huis bij kansarmen*. HIVA-K.U.Leuven, Leuven

cliënt), dat bepaalde tewerkstellingsvormen leiden tot financiële risico's of onmiddellijk financieel verlies betekenen voor de GGZ-cliënt. Vaak is het verschil tussen het loon wat (ex)patiënten verdienen via betaalde arbeid en hun oorspronkelijke uitkering niet groot, wat de motivatie zeker niet bevordert. Bovendien lopen patiënten die opgenomen zijn in het PVT en gaan werken, het risico dat ze door dit werk hun uitkering kwijt zijn in geval van terugval.

- Stigma en weinig ervaring met de doelgroep vanuit werkgeverszijde. Patiënten zelf geven aan dat ze er zich bewust van zijn dat met hun achtergrond en verleden ze weinig kans op slagen hebben op de arbeidsmarkt; zeker gezien de huidige crisissituatie.
- Het gebrek aan een passend aanbod. Het aanbod aan passend werk voor deze groep is beperkt, zeker in de regio van Rekem. Indien men buiten de regio moet zoeken, gaat geografische bereikbaarheid opnieuw een rol spelen. Het doen van vrijwilligerswerk blijkt een positieve rol te spelen in de re-integratie van psychiatrische patiënten. Gestructureerde dagbesteding is zeker een sleuteldomein bij rehabilitatie.

### **6.12. De verschillende gezichten van armoede**

In dit onderzoek zijn we verschillende vormen van armoede tegengekomen, echter tevens blijkt dat armoede binnen de muren van de psychiatrische instelling vrij gecamoufleerd blijft: door het bestaan van verschillende voorzieningen binnen de instelling (kledinghulp, enz.) en de werking van de sociale dienst wordt ervoor gezorgd dat patiënten hun basisbehoeften (eten, kleding, enz.) hebben vervuld. Het is pas wanneer men een gesprek aangaat met de patiënten dat de situatie duidelijk wordt. Vaak zijn patiënten terughoudend, zeker tegenover elkaar daar waar het gaat om hun financiële bekommernissen te uiten. 'Armoede' uit zich binnen de muren van de psychiatrische instelling vooral in op het eerste zicht 'kleine' dingen, zoals bijvoorbeeld het niet kunnen meegaan op uitstap. Tegelijkertijd leiden de beperkte financiële middelen soms tot agressie. Ook wordt duidelijk hoe subjectief armoede is en dat dezelfde situatie heel verschillend wordt ervaren door verschillende mensen. Armoede wordt terug zichtbaar als patiënten worden ontslagen en naar hun oorspronkelijke leefsituatie terugkeren of ze naar een vervolg woon/zorgvorm gaan. Dan moeten patiënten het terug zelf redden; zonder de omkadering, veiligheid, structuur en hulp van de instelling.

## **7. Aanbevelingen**

Bij elke cluster aanbevelingen wordt vermeld tot wie deze zich richt.

### **1. Terug gaan naar de essentie van de Minimaal Psychiatrische Gegevens: wat is het doel en de functie? → Federaal beleidsniveau**

Er dient een duidelijke link te bestaan tussen het registreren van gegevens en het gebruik ervan. Indien deze link afwezig is, heeft registratie louter een symbolische waarde die de effectiviteit en efficiëntie van processen binnen instellingen in de weg staat.

- Daarom dient in eerste instantie te worden teruggedaan naar de essentie van de MPG: wat is het doel en het gebruik van deze gegevens naar de instellingen en het beleid toe?
- Vervolgens is het nuttig en nodig om de instellingen en met name die personen binnen de instellingen die deze gegevens registreren, te verduidelijken wat het belang en nut is van deze registratie.

→ Bovendien dient te worden gekeken naar rationalisatie van registratie van gegevens. Er dienen momenteel gegevens te worden gerapporteerd naar verschillende beleidsniveaus, waarbij niet altijd dezelfde kaders worden gebruikt waardoor informatie steeds opnieuw moet worden ingevoerd.

**2. Het doen van veldwerk is een essentieel onderdeel van onderzoek naar socio-economische dimensies van psychiatrie → alle beleidsniveaus**

Het ontwikkelen van theoretische modellen is zeker waardevol en nodig als input voor het analysekader van waaruit men vertrekt. Echter het ontdekken van de realiteit door middel van gesprekken met medewerkers en misschien ook vooral wel met patiënten in de psychiatrie is essentieel om de theoretische kaders te toetsen.

**3. Het ontwikkelen van een coherent en geïntegreerd beleid rond psychiatrie → Federaal en Vlaams beleidsniveau**

Het doorbreken van bestaande schotten tussen sectoren en het laten aansluiten van initiatieven op beleidsniveaus is essentieel in het uitbouwen van een geïntegreerd psychiatriebeleid in Vlaanderen en België. Bovendien dienen bestaande projecten, die heel waardevol zijn, te worden geëvalueerd na een vooraf te bepalen looptijd en op basis hiervan al dan niet te worden geïntegreerd in het reguliere beleid. Een noodzakelijke voorwaarde voor de uitbouw van een geïntegreerd en coherent psychiatriebeleid is de nodige omkadering op juridisch en financieel vlak.

**4. Het beïnvloeden van beleidsveranderingen → Federaal en Vlaams beleidsniveau**

Fragmentering is zeker in relatie tot de organisatie en de profilering van de sector, contraproductief. Binnen bestaande overlegorganen dient te worden nagedacht wat de centrale kernpunten zijn die (prioritaire) beleidsaandacht verdienen, op welke wijze en door wie deze dienen te worden aangebracht om vooruitgang te boeken.

**5. Communicatie, sensibilisering en informering → Vlaams beleidsniveau en instellingen**

Om bestaande taboes rond psychiatrie te doorbreken en om drempelverlagend te werken, zijn communicatie, sensibilisering en informering belangrijke ingrediënten:

- Communicatie dient te gebeuren tussen psychiatrische instellingen en hun omgeving. Hierbij kan gedacht worden aan het organiseren van open dagen, gezamenlijke buurtactiviteiten, enz. OPZC Rekem heeft dit herhaaldelijk met succes gedaan.
- Campagnes hebben zeker een belangrijk doel, niet alleen naar sensibilisering en informering, maar ook naar preventie (suïcide, drugs, alcohol).
- Meer informatie dient te worden gegeven aan doorverwijzers over het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg. Zeker naar huisartsen toe die in hun rol als eerste lijn vaak als eerste professional een probleem bij de patiënt vaststellen. Bovendien is het ook belangrijk dat patiënten goed ingelicht worden over de mogelijke routes binnen de psychiatrie en de voorwaarden hierrond.

## **6. Het wegnemen van financiële drempels naar geestelijke gezondheidszorg → alle beleidsniveaus en instellingen**

Het Verbond der Verzorgingsinstellingen (nu Zorgnet Vlaanderen) heeft in het verleden reeds heel wat aanbevelingen gedaan om dit doel te bewerkstelligen. We verwijzen hierbij onder meer naar de nota met knelpunten en voorstellen om deze aan te passen van 2008<sup>24</sup>. Tevens kunnen wij vanuit dit onderzoek de volgende punten vermelden:

- Een discussie dient plaats te vinden rond het opnemen van remgelden van psychiatrische patiënten in de MAF.
- Er zou voor het PVT een systeem van persoonlijke bijdrage kunnen worden geïnstalleerd op basis van financiële draagkracht, met garantie voor een aanvaardbaar leefgeld.
- Het is aan te bevelen ervoor te zorgen dat financiële problemen, althans tijdens opname ‘overzichtelijk’ en ‘inzichtelijk’ worden gemaakt voor patiënten. Hierbij kan ook eraan worden gedacht een vervolgplan maken voor na ontslag, zodat de druk die de patiënt ervaart rond zijn/haar financiële beslommeringen wordt verlaagd of weggenomen. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor de sociale dienst in de instellingen.

## **7. Het goed in kaart brengen van de veranderende vraag → alle beleidsniveaus**

Het is aan te bevelen grondig te onderzoeken welke patiëntengroepen tussen de mazen van het net vallen en voor wie geen adequaat aanbod bestaat of dit aanbod beperkt is.

## **8. Het herbekijken van het huidig aanbod in functie van de veranderende vraag → alle beleidsniveaus en instellingen**

- Flexibilisering van de zorginhoud is nodig: sommige patiënten hebben behoeften aan tussenvormen van bestaande oplossingen, zoals Beschut Wonen maar met meer intensieve begeleiding. Verdere differentiatie van Beschut Wonen is wenselijk: tussen Beschut Wonen en zelfstandig wonen ligt een groot braakliggend terrein met allerlei tussenvoorzieningen die verder kunnen worden uitgebouwd.
- Tevens dient te worden gekeken wat de vraag en het aanbod daadwerkelijk inhouden om over- en ondercapaciteit vast te stellen in bepaalde zorgvormen. Dit dient te worden gekoppeld aan de prioriteiten die men wil stellen en implementeren naar nieuwe zorgvormen toe. Wat betekenen de wachtlijsten? Hebben ze te maken met een te grote vraag in vergelijking met het aanbod? Of hebben ze te maken met het feit dat niet de ‘juiste patiënt op de juiste plaats’ zit?
- Er werd een concreet voorstel gedaan vanuit de medewerkers om patiënten die naar Beschut Wonen gaan te blijven begeleiden vanuit het ziekenhuis of PVT. Er werd reeds een relatie met de patiënt opgebouwd en begeleiding kan hierdoor efficiënter en effectiever verlopen.

## **9. Het optimaliseren van nazorg**

- Hierbij kan worden gedacht aan verdere uitbouw van de psychiatrische thuiszorg, aangezien hier blijkbaar ook een stijgende vraag naar is. Het op orde hebben en blijven van de financiële administratie van patiënten is een belangrijke factor binnen de instelling, maar ook en vooral na ontslag. Psychiatrische thuiszorg is hier voorlopig niet echt op afgestemd. De tijd die

---

<sup>24</sup> Verbond der Verzorgingsinstellingen v.z.w., (2008), *Betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België. Knelpunten en voorstellen*, Caritas, VVI, Brussel

er is om aan thuisbegeleiding te doen, is te weinig om hier voldoende aandacht aan te besteden. Een aanbeveling op basis van dit onderzoek is dus om dit te herbekijken en bestaande pilootprojecten eventueel hier mee uit te breiden.

- Patiënten lijken vanuit verschillende aspecten bekeken in het diepe te vallen na ontslag. Tijdens hun behandeling dient zeker verder aandacht te worden besteed aan hoe om te gaan met een (beperkt) budget. De patiënten zelf zijn hier in het algemeen positief over. Hierbij kan worden gedacht aan een 'coach' die de ex-patiënten verder begeleidt in het gestalte geven aan hun leven buiten de muren van de instelling. Hierbij kan worden gewerkt met 'groeipaden', namelijk het zoeken naar maximale zelfstandigheid van (ex)patiënten in functie van hun kunnen op specifieke deelgebieden (geld, werk, opleiding).

#### **10. Re-integratie als speerpunt van vermaatschappelijking van de zorg**

Het gaat hier om een verschuiving binnen de zorg waarbij wordt gestreefd om mensen met beperkingen aan de samenleving te laten deelnemen en hen hierbij te ondersteunen. Arbeid wordt vaak gezien als één van de belangrijkste pijlers in de re-integratie van personen met een psychiatrische problematiek in de maatschappij.

- Het hebben van een zinvolle dagbesteding wordt door patiënten gezien als essentieel. Hierbij kan gedacht worden aan dagactiviteitencentra, maar ook vrijwilligerswerk en begeleiding naar al dan niet reguliere vormen van tewerkstelling.
- Bestaande begeleidingstrajecten naar het arbeidscircuit toe, dienen te worden geëvalueerd en verder te worden ontwikkeld.
- De discussie rond de relatie tussen (betaalde) arbeid en therapie dient te worden verder gezet. Wat zijn incentives? Wanneer worden ze ingezet? Is een alternatief arbeidsstatuut een noodzaak of niet?