

Onderzoek Armoede en Psychiatrie

Deel II: Onderzoeksrapport

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)

Afkortingen	3
1. Inleiding.....	4
2. Doelstelling en aanpak	6
2.1. Doelstelling.....	6
2.2. Onderzoeksvragen	6
2.3. Aanpak en methodologie	6
2.4. Beperkingen van de onderzoeksinstrumenten.....	13
2.5. Leeswijzer.....	15
3. Literatuurstudie	16
3.1. Wat is armoede?	16
3.2. De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.....	21
3.2.1. Structuur en ontwikkeling van het aanbod in de psychiatrie	21
3.2.2. Financiering van de geestelijke gezondheidszorg	24
3.3. Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg.....	25
3.3.1. Wat is toegankelijkheid?.....	25
3.3.2. Financiële (on)toegankelijkheid	26
3.3.3. Problemen ten gevolge van de werking van de instellingen.....	33
3.3.4. Het ontbreken van niet-professionele steun	33
3.3.5. Het gebrek aan kennis en weerbaarheid.....	33
3.3.6. (On)toegankelijkheid door (lacunes in) het aanbod	34
3.3.7. (On)toegankelijkheid door wettelijke bepalingen en bevoegdheidsverdelingen ...	37
3.3.8. Bestaande taboes en andere drempels	37
3.4. De rol van armoede bij instroom in de psychiatrie.....	38
3.5. De rol van armoede bij door- en uitstroom uit de psychiatrie.....	42
3.6. Nieuwe ontwikkelingen	43
4. Case OPZC Rekem	47
4.1. Korte beschrijving van de instelling	47
4.2. Profiel van de patiënten in OPZC Rekem.....	48
4.3. Drempels in toegankelijkheid	67
4.4. Doorstroom binnen de instelling.....	78
4.5. Veranderende doelgroep.....	79
4.6. Aansluiting van zorgvormen	80
4.7. Participatie en re-integratie in de samenleving.....	83
5. Conclusies en aanbevelingen	88
5.1. Profiel van de patiënten van het OPZC Rekem.....	88
5.2. Meten is niet altijd weten	89
5.3. Veldwerk als essentieel onderdeel van het onderzoek	90
5.4. Onvoldoende geïntegreerd beleid rond psychiatrie.....	90
5.5. Beleidsveranderingen gebeuren traag	91
5.6. Sensibilisering en informering	91
5.7. Ziek zijn maakt arm; door armoede wordt men ziek	92
5.8. De weg naar de toegang kent financiële drempels.....	94
5.9. Mismatch tussen vraag en aanbod	95
5.10. Doorstroom en drempels	96
5.11. Samenwerking kan beter.....	97
5.12. Nazorg en re-integratie	97
5.13. De verschillende gezichten van armoede	98
Bibliografie	99
Bijlage 1: Lijst met geïnterviewde sleutelfiguren.....	104
Bijlage 2: Checklist verkennende interviews met sleutelfiguren	105
Bijlage 3: Checklist groepsinterviews	107
Bijlage 4: Vragenlijst gebruikt ter inleiding van de groepsinterviews	108
Bijlage 5: Analyse van het personeelsbestand in OPZC Rekem	112
Bijlage 6: Checklist patiëntengesprekken	113

Afkortingen

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

1. Inleiding

Er is reeds heel wat onderzoek gebeurd naar de relatie tussen armoede en lichamelijke gezondheid. Onderzoek naar de relatie tussen armoede en geestelijke gezondheid is schaarser, maar niet onbestaande. Reeds eind jaren vijftig en begin jaren zestig toonde onderzoek aan dat er een directe relatie is tussen armoede en een hogere graad van emotionele verstoringen (bijvoorbeeld de New Haven studie in 1958 en de Midtown Manhattan studie in 1963)¹. De laatste jaren is deze meer en meer gedocumenteerd in België op basis van diverse onderzoeken (zie onder meer onderzoek van K. Levecque, J. Vranken, enz²).

Geestelijke gezondheid valt zowel onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen als van de Federale overheid. Op beide beleidsniveaus kreeg het in het gezondheidsbeleid meer specifieke aandacht.

In het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005-2009 staat bijvoorbeeld dat de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg de expliciete opdracht hebben om extra aandacht te schenken aan de sociaal en financieel zwakkeren in hun cliëntenpopulatie. Bovendien maken het bestrijden van depressie en suïcide deel uit van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Door het formuleren van meetbare doelen die men in een bepaalde periode wil realiseren worden accenten gelegd binnen het preventieve gezondheidsbeleid. In haar beleidsnota (2008) schrijft federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid L. Onkelinx “In het Regeerakkoord wordt de klemtoon gelegd op de verdere invulling van de hiaten in het zorgaanbod zowel voor de bestaande doelgroepen (...) als voor nieuwe doelgroepen zoals volwassenen met een dubbele diagnostiek (...). Er zullen extra impulsen worden gegeven om te komen tot een herorganisatie van de residentiële geestelijke gezondheidszorg naar meer gemeenschapsgerichte zorg”.

De *inrichting en het systeem* van geestelijke gezondheidszorg in België zijn complex onder meer door de betrokkenheid van verschillende beleidsniveaus. De federale minister van Volksgezondheid bepaalt de normen voor programmatie, erkenning en subsidiering van psychiatrische ziekenhuizen en beschutte woonvormen voor psychiatrische patiënten. De programmatienormen zijn gericht op het afstemmen van het aanbod (samenstelling, capaciteit, geografische spreiding) op de behoefte. De erkenningsnormen hebben betrekking op bouwkundige, functionele en organisatorische normen. Wanneer aan deze normen is voldaan, wordt de erkenning verleend door het Gewest of de Gemeenschap. Alleen erkende instellingen komen in aanmerking voor financiering door de overheid³.

Bovendien is de *inhoud* van geestelijke gezondheidszorg ook complex. “De geestelijke gezondheidszorg is complex omdat ze per definitie ook multi-dimensioneel is”, zegt de directeur generaal van de FOD Volksgezondheid in een toespraak in 2007⁴.

¹ Murali, V., en F., Oyeboode, (2004), *Poverty, social inequality and mental health*, in Advances in Psychiatric Treatment, Volume 10, Issue 3, p216-224, The Royal College of Psychiatrists, Maney Publishing, Leeds

² <http://anet.ua.ac.be/acadbib/ua/22074>; <http://anet.ua.ac.be/acadbib/ua/2203>;

³ College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, (2004), *Signaleringsrapport. Gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg in andere Europese landen*, Utrecht

⁴ Toespraak door dhr C. Decoster, DG Organisatie Gezondheidsvoorzieningen, FOD Volksgezondheid, Bescherming van de Voedselketen en Leefmilieu, ter gelegenheid van het symposium georganiseerd te Brussel, 4 december 2007

Dit is een uitspraak die we ten volle kunnen onderschrijven na het doen van dit onderzoek.

Dit is geen onderzoek over armoede en psychiatrie in het algemeen maar over armoede en psychiatrie zoals binnen de muren van een psychiatrische instelling wordt ervaren. Dit op zich is een belangrijk gegeven om de grenzen van dit onderzoek aan te geven.

Dit 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, de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad van de Universiteit Antwerpen en het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZC) Rekem waar het veldwerk plaatsvond.

De conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek reiken verder dan het OPZC Rekem en richten zich ook tot de verschillende beleidsniveaus die met geestelijke gezondheidszorg te maken hebben in België.

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.

2. Doelstelling en aanpak

2.1. Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen armoede en psychiatrie, namelijk de rol die armoede speelt 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'.

2.2. Onderzoeksvragen

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?

Deze hoofdvragen worden als volgt verfijnd:

- Welke rol speelt armoede bij de instroom in de psychiatrie? Komt men in de psychiatrie terecht onder meer als gevolg van armoede?
- Welke rol speelt armoede bij de doorstroom in de psychiatrie? Blijft men in een bepaalde zorgvorm langer dan nodig omdat een vervolgzorgvorm te duur is?
- Welke rol speelt armoede bij de uitstroom uit de psychiatrie? Komt men in de armoede terecht als gevolg van (de kosten van) psychiatrische zorg? Wordt (re)integratie in de maatschappij bemoeilijkt doordat men als gevolg van (de kosten van) psychiatrische zorg in armoede terecht is gekomen?

2.3. Aanpak en methodologie

Voor dit verkennend onderzoek werd een mix van werkinstrumenten ingezet:

- **Literatuurstudie:** *een beknopte verkenning*

Op basis van screening en analyse van relevante literatuur werden bevindingen van bestaande onderzoeken met betrekking tot de relatie tussen armoede en psychiatrie in kaart gebracht. Met name door de deelname van de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale uitsluiting en de Stad (OASeS)' van de Universiteit Antwerpen (UA) was het mogelijk om toegang te krijgen tot de meest recente studies op dit terrein⁵. Echter, de literatuurstudie werd niet beperkt tot onderzoek van OASeS zelf; ook relevante literatuur van andere – binnenlandse en buitenlandse – bronnen werd geanalyseerd.

5 Zo werd bijvoorbeeld in het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting 2007 specifieke aandacht besteed aan de relatie tussen armoede en gezondheid, waaronder ook geestelijke gezondheid. Vranken, J., De Boyser, K., Dierckx, D. & Campaert, G. (eds.) (2007), Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting, Leuven: Acco. Een ander recent artikel is: Levecque, K., en J. Vranken (2008). "Meer depressies bij personen in armoede: enkele reflecties voor de klinische praktijk." Psyche: tijdschrift van de VVGG / Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, 20(2): p4- 6.

■ **Interviews:** *13 verkennende interviews.*

Dertien verkennende face-to-face interviews worden gehouden met sleutelfiguren in het OPZC te Rekem (zie bijlage 1 voor een lijst met geïnterviewde sleutelfiguren). Het doel was om de probleemstelling van het onderzoek verder te verfijnen en de nodige achtergrondinformatie te verkrijgen om de resultaten van het veldwerk voor de casestudie beter te kunnen interpreteren. Deze interviews gebeurden aan de hand van een semi-gestructureerde checklist (zie bijlage 2).

■ **Groepsinterviews met medewerkers en patiënten:** *12 groepsinterviews met 90 medewerkers en 4 groepsinterviews met 18 patiënten*

Om niet alleen de problematiek via dossieranalyse in beeld te brengen, werden ook gesprekken gehouden met uitvoerders die door hun functie op regelmatige basis in direct contact staan met de patiënten. Het gaat hier om verpleegkundigen die een mentor-functie hebben naar patiënten toe, om psychologen/assistent-psychologen en orthopedagogen in het geval van het psychiatrisch verzorgingstehuis. In totaal werden in het psychiatrisch ziekenhuis zeven groeps gesprekken gehouden met verpleegkundigen verdeeld over de ‘afdelingen’ en een groeps gesprek met psychologen/assistent-psychologen.

Voor het psychiatrisch verzorgingstehuis werden vier groeps gesprekken georganiseerd verdeeld over de ‘afdelingen/locaties’.

In totaal werd met *90 medewerkers* gesproken tijdens 12 groepsinterviews. Hiervoor werd gebruikt gemaakt van een semi-gestructureerde checklist (zie bijlage 3). Het profiel van de medewerkers die meewerkten aan deze groeps gesprekken kan worden teruggevonden in tabel 1.

Ter inleiding van deze groeps gesprekken kregen de deelnemers een korte vragenlijst om in te vullen en daarna in te leveren (zie bijlage 4). De bedoeling van deze vragenlijst was enerzijds om na te gaan of de deelnemers aan de groepsinterviews representatief waren voor de totale populatie medewerkers in dezelfde functie categorieën in de organisatie (zie bijlage 5). Anderzijds konden op deze manier ook kwantitatieve data worden verzameld (zie tabel 1).

Bovendien werden vier groeps gesprekken georganiseerd met in totaal 18 (14 mannen en 4 vrouwen) patiënten uit het psychiatrisch ziekenhuis (dagopname, forensische opname, neurosezorg en verslaafdenzorg). Deze gesprekken werden gedaan op basis van een semi-gestructureerde checklist (zie bijlage 6).

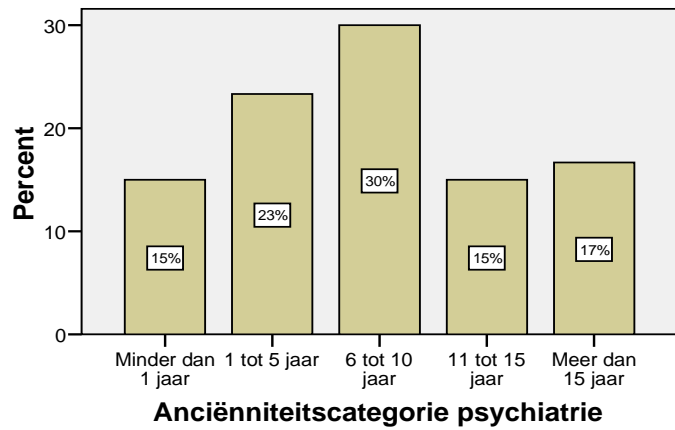
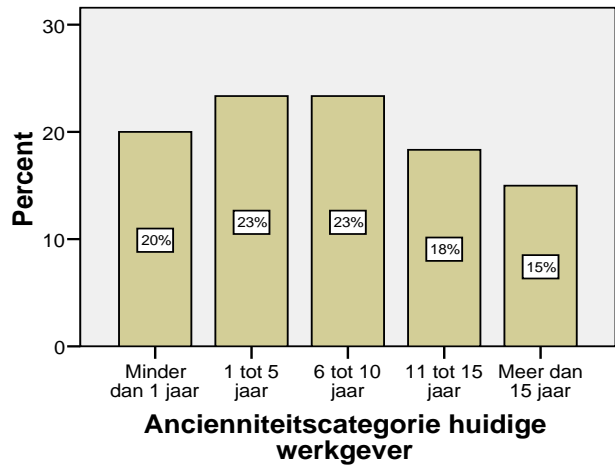
Tabel 1: Profiel van de medewerkers die hebben deelgenomen aan groepsgesprekken

	Psychiatrisch ziekenhuis (N=61)	Psychiatrisch verzorgingstehuis (N= 29)																				
Geslacht	<p>A bar chart showing the percentage of men and women among 61 employees in a psychiatric hospital. The y-axis is labeled 'Percent' and ranges from 0 to 100. The x-axis is labeled 'Geslacht' with categories 'Man' and 'Vrouw'. The bar for 'Man' is at 31% and the bar for 'Vrouw' is at 69%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Geslacht</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Man</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>Vrouw</td> <td>69%</td> </tr> </tbody> </table>	Geslacht	Percent	Man	31%	Vrouw	69%	<p>A bar chart showing the percentage of men and women among 29 employees in a psychiatric care home. The y-axis is labeled 'Percent' and ranges from 0 to 100. The x-axis is labeled 'Geslacht' with categories 'Man' and 'Vrouw'. The bar for 'Man' is at 17% and the bar for 'Vrouw' is at 83%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Geslacht</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Man</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>Vrouw</td> <td>83%</td> </tr> </tbody> </table>	Geslacht	Percent	Man	17%	Vrouw	83%								
Geslacht	Percent																					
Man	31%																					
Vrouw	69%																					
Geslacht	Percent																					
Man	17%																					
Vrouw	83%																					
Leeftijd	<p>A bar chart showing the percentage of employees in different age groups among 61 employees in a psychiatric hospital. The y-axis is labeled 'Percent' and ranges from 0 to 50. The x-axis is labeled 'Leeftijd' with categories '20-30 jaar', '31-40 jaar', '41-50 jaar', and '51-60 jaar'. The bars are at 39%, 41%, 16%, and 3% respectively.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Leeftijd</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20-30 jaar</td> <td>39%</td> </tr> <tr> <td>31-40 jaar</td> <td>41%</td> </tr> <tr> <td>41-50 jaar</td> <td>16%</td> </tr> <tr> <td>51-60 jaar</td> <td>3%</td> </tr> </tbody> </table>	Leeftijd	Percent	20-30 jaar	39%	31-40 jaar	41%	41-50 jaar	16%	51-60 jaar	3%	<p>A bar chart showing the percentage of employees in different age groups among 29 employees in a psychiatric care home. The y-axis is labeled 'Percent' and ranges from 0 to 50. The x-axis is labeled 'Leeftijd' with categories '20-30 jaar', '31-40 jaar', '41-50 jaar', and '51-60 jaar'. The bars are at 28%, 34%, 31%, and 7% respectively.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Leeftijd</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20-30 jaar</td> <td>28%</td> </tr> <tr> <td>31-40 jaar</td> <td>34%</td> </tr> <tr> <td>41-50 jaar</td> <td>31%</td> </tr> <tr> <td>51-60 jaar</td> <td>7%</td> </tr> </tbody> </table>	Leeftijd	Percent	20-30 jaar	28%	31-40 jaar	34%	41-50 jaar	31%	51-60 jaar	7%
Leeftijd	Percent																					
20-30 jaar	39%																					
31-40 jaar	41%																					
41-50 jaar	16%																					
51-60 jaar	3%																					
Leeftijd	Percent																					
20-30 jaar	28%																					
31-40 jaar	34%																					
41-50 jaar	31%																					
51-60 jaar	7%																					

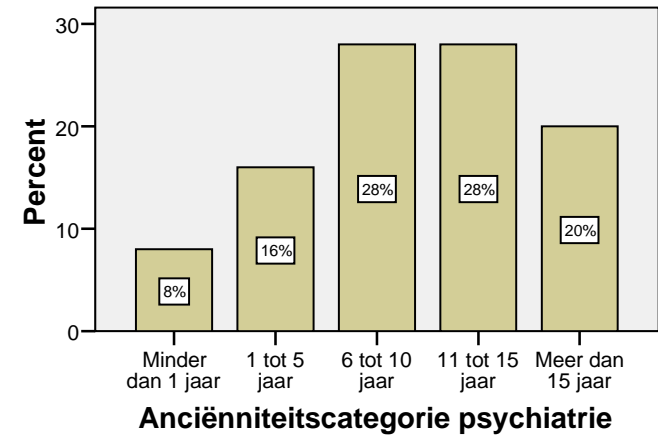
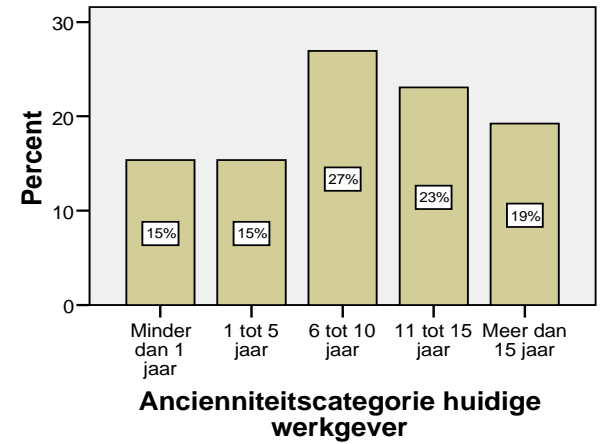
	Psychiatrisch ziekenhuis (N=61)	Psychiatrisch verzorgingstehuis (N= 29)																												
Functie	<table border="1"> <caption>Psychiatrisch ziekenhuis (N=61) - Functie</caption> <thead> <tr> <th>Functie categorie</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(Gegradueerd) psychiatrisch verpleegkundige</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>(Gegradueerd) verpleegkundige</td> <td>36%</td> </tr> <tr> <td>Zorgkundige</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>Psycholoog</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>Andere functie</td> <td>2%</td> </tr> </tbody> </table>	Functie categorie	Percent	(Gegradueerd) psychiatrisch verpleegkundige	30%	(Gegradueerd) verpleegkundige	36%	Zorgkundige	20%	Psycholoog	13%	Andere functie	2%	<table border="1"> <caption>Psychiatrisch verzorgingstehuis (N=29) - Functie</caption> <thead> <tr> <th>Functie categorie</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(Gegradueerd) psychiatrisch verpleegkundige</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>(Gegradueerd) verpleegkundige</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>Zorgkundige</td> <td>37%</td> </tr> <tr> <td>Psycholoog</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>Andere functie</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table>	Functie categorie	Percent	(Gegradueerd) psychiatrisch verpleegkundige	21%	(Gegradueerd) verpleegkundige	26%	Zorgkundige	37%	Psycholoog	11%	Andere functie	5%				
Functie categorie	Percent																													
(Gegradueerd) psychiatrisch verpleegkundige	30%																													
(Gegradueerd) verpleegkundige	36%																													
Zorgkundige	20%																													
Psycholoog	13%																													
Andere functie	2%																													
Functie categorie	Percent																													
(Gegradueerd) psychiatrisch verpleegkundige	21%																													
(Gegradueerd) verpleegkundige	26%																													
Zorgkundige	37%																													
Psycholoog	11%																													
Andere functie	5%																													
Afdeling	<table border="1"> <caption>Psychiatrisch ziekenhuis (N=61) - Afdeling</caption> <thead> <tr> <th>Afdeling</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psychose zorg</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Neurose zorg</td> <td>18%</td> </tr> <tr> <td>Verslaafdenzorg</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>Ouderenzorg</td> <td>23%</td> </tr> <tr> <td>Forensische zorg</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>Neurose zorg - dagkliniek</td> <td>3%</td> </tr> </tbody> </table>	Afdeling	Percent	Psychose zorg	18%	Neurose zorg	18%	Verslaafdenzorg	15%	Ouderenzorg	23%	Forensische zorg	21%	Neurose zorg - dagkliniek	3%	<table border="1"> <caption>Psychiatrisch verzorgingstehuis (N=29) - Afdeling</caption> <thead> <tr> <th>Afdeling</th> <th>Percent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hotel Mirr</td> <td>24%</td> </tr> <tr> <td>Terbosch 3&4</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>PVT FOR1</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>PVT1</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>Rado Lanaken</td> <td>41%</td> </tr> <tr> <td>Terbosch 1&2</td> <td>14%</td> </tr> </tbody> </table>	Afdeling	Percent	Hotel Mirr	24%	Terbosch 3&4	10%	PVT FOR1	7%	PVT1	3%	Rado Lanaken	41%	Terbosch 1&2	14%
Afdeling	Percent																													
Psychose zorg	18%																													
Neurose zorg	18%																													
Verslaafdenzorg	15%																													
Ouderenzorg	23%																													
Forensische zorg	21%																													
Neurose zorg - dagkliniek	3%																													
Afdeling	Percent																													
Hotel Mirr	24%																													
Terbosch 3&4	10%																													
PVT FOR1	7%																													
PVT1	3%																													
Rado Lanaken	41%																													
Terbosch 1&2	14%																													

Anciënniteit:
 - bij huidige werkgever
 - in de psychiatriesector

Psychiatrisch ziekenhuis (N=61)



Psychiatrisch verzorgingstehuis (N= 29)



■ **Dossierstudie:** *verzamelen en analyse van gegevens*

Deze dossierstudie bestaat uit 2 luiken:

- De in-, door- en uitstroom in/uit OPZC Rekem worden bekeken voor de periode 2003-2007. Dit wil zeggen dat voor deze periode kwantitatieve gegevens worden verzameld over de cliëntenpopulatie van het psychiatrisch ziekenhuis en het verzorgingstehuis. 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 *steekproeven* uit de cliëntenpopulaties aanwezig op 1 januari 2003 in het ziekenhuis of het verzorgingstehuis. Voor het psychiatrisch ziekenhuis bestaat deze steekproef uit 165 dossiers (totaal aantal erkende bedden is 288).

Tabel 2: Steekproef uit cliëntenpopulatie psychiatrisch ziekenhuis Rekem per 1 januari 2003

		Psychiatrisch ziekenhuis Rekem
Volwassenenzorg	Psychosezorg	53
	Neurosezorg	13
	Verslaafdenzorg	8
Ouderenzorg		46
Forensische zorg		25
Dagkliniek	Neurose en psychose	20
Totaal		165

165 is het aantal dat nodig is om bij een populatie omvang van 288 (aantal erkende bedden) een betrouwbaarheidspercentage van 95% te hanteren. Een gestratificeerde aselecte steekproef is proportioneel als het aandeel van de subpopulatie in de steekproef gelijk is aan het aandeel van de subpopulatie in de populatie als geheel, zoals hierboven het geval is.

Tevens wordt een *steekproef* getrokken uit de dossiers van de cliëntenpopulatie in het psychiatrisch verzorgingstehuis Rekem per 1 januari 2003. Deze steekproef bestaat in totaal uit 122 dossiers.

Tabel 3: Steekproef uit cliëntenpopulatie psychiatrisch verzorgingstehuis Rekem per 1 januari 2003

	Psychiatrisch verzorgingstehuis Rekem
MIN Antwerpen	8
Rekem	8
1 & 2 Terbosch	56
3 & 4 Terbosch	50
Totaal	122

122 is het aantal dat nodig is om bij een populatieomvang van 177 (aantal bezette bedden) een betrouwbaarheidspercentage van 95% te hanteren. Een gestratificeerde aselechte steekproef is proportioneel als het aandeel van de subpopulatie in de steekproef gelijk is aan het aandeel van de subpopulatie in de populatie als geheel, zoals hierboven het geval is.

Deze cliëntengroepen wordt gevolgd tot 2007. 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)⁶. 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 MPG bevatten onder andere de socio-economische kenmerken van de patiënt, diagnose en problemen bij opname en ontslag⁷. 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*. Indicatoren die onder meer worden gebruikt om armoede in kaart te brengen zijn: hoogte van het inkomen, het vermogen van een huishouden (bezittingen verminderd met schulden), de hoogte van de vaste lasten, het aantal jaren dat een huishouden moet rondkomen met beperkte financiële middelen en de arbeidssituatie⁸. Daar deze gegevens niet in de MPG registratie voorkomen, werden gegevens zoveel mogelijk worden verzameld via de patiëntendossiers en patiëntenadministratie. Het oorspronkelijk voorstel was dat het onderzoeksteam deze bijkomende data uit de patiëntendossiers zou halen. Echter ter bescherming van de privacy van de patiënten, werd dit door de sociale dienst gedaan.

⁶ 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.

⁷ Deze gegevens zijn voornamelijk te vinden onder de noemer 'continue minimaal psychiatrische gegevens'.

⁸ Zie onder meer: Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, (2004), *Een andere benadering van armoede-indicatoren*, Brussel en de armoedemonitor van het Sociaal Cultureel Planbureau: <http://www.scp.nl/themasites/armoedemonitor/index.html>

■ **Analysesessies:**

De sociale dienst beschikt over veel informatie die nuttig is voor dit onderzoek en daarom is samenwerking met de sociale dienst cruciaal. Gedurende de dossierstudie werd voorzien in een 2-tal sessies met de sociale dienst om gegevens te bespreken, mee helpen te duiden en eventueel aan te vullen.

■ **Werksessies:**

Tijdens deze verkennende studie werden 2 werksessies georganiseerd met afgevaardigden uit het OPZC Rekem en werden andere stuurgroepleden uitgenodigd. De stuurgroep van dit project was samengesteld uit vertegenwoordigers van SEIN/Universiteit Hasselt, OASeS/Universiteit Antwerpen, OPZC Rekem en de Koning Boudewijnstichting. Vanuit de Universiteit Hasselt nam ook de coördinator MPG (Mevr. Annouschka Laenen) deel aan de stuurgroep. De belangrijkste taak van de projectstuurgroep is het opvolgen van de projectresultaten en het bijsturen van de projectactiviteiten in functie van de doelstellingen.

De gebruikte onderzoeks aanpak 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.

2.4. Beperkingen van de onderzoeksinstrumenten

In afspraak met het Ethisch Comité van het OPZC Rekem werd ten behoeve van de dossierstudie vertrokken van de MPG en niet vanuit de patiëntendossiers en dit om privacy redenen van de patiënten. De MPG zijn ingedeeld in een aantal informatieblokken:

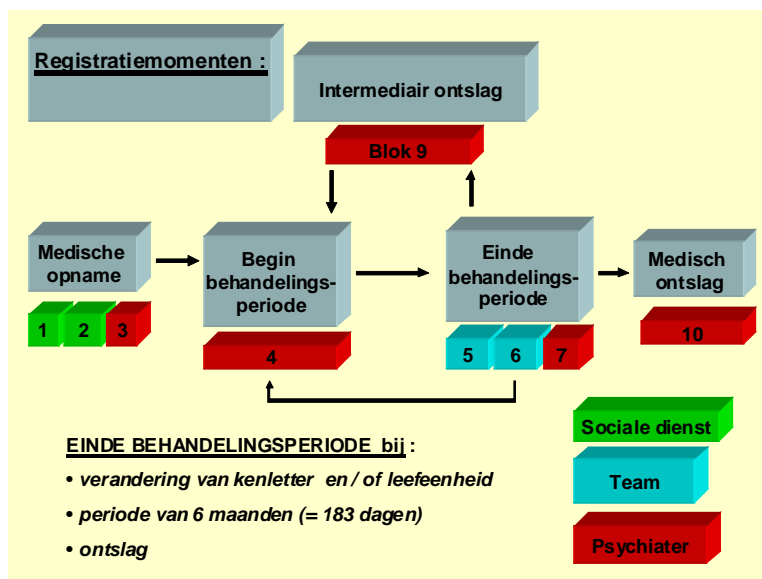
1. Type opname, wijze van opname en de verwijzers.
2. Het leefmilieu van de patiënt voor opname, het beëindigd onderwijstype en – niveau, beroepsstatus en huidige of laatste hoofdberoep.
3. DSM-IV classificatie (beeld van de klinische problematiek van de patiënt) bij opname.
4. Problemen die bij de patiënt worden vastgesteld en de doelstellingen die men wil bereiken bij zijn/haar opname.
5. Overzicht van de verstrekte zorgen tijdens de voorbije periode en de situaties, parameters en activiteiten die regelmatig toezicht noodzakelijk maakten tijdens dezelfde periode.
6. Evaluatie-activiteiten en behandelingen tijdens de voorbije behandelingsperiode.
7. DSM-IV diagnose bij einde behandeling.
8. Vrije variabelen door de instelling zelf te definiëren.
9. Dit informatieblok heeft betrekking op elk administratief ontslag dat geen medisch ontslag is: hoelang verwacht men dat de patiënt weg zal blijven?

Waarom verlaat hij/zij de instelling? Waar gaat hij/zij naar toe tijdens dit intermediair ontslag?

10. Socio-medisch luik dat dient te worden ingediend bij het medisch ontslag van de patiënt.

Elk van deze blokken wordt door een specifieke 'actor' ingevuld, zoals kan worden afgeleid uit onderstaand schema 1.

Schema 1: Minimaal Psychiatrische Gegevens: informatieblokken, registratiemomenten en betrokken actoren



Bron: OPZC Rekem

Tijdens dit onderzoek werd voornamelijk gebruik gemaakt van socio-economische gegevens binnen deze MPG, met name informatieblokken 1, 2, 4, 7 en 10. Deze informatiebron werd gebruikt naast andere bronnen, zoals groepsgesprekken, individuele interviews met sleutelfiguren en gesprekken met patiënten. Bij het naast elkaar leggen van deze verschillende data en het verbinden ervan, werd duidelijk dat deze MPG niet altijd even optimaal worden ingevuld. Met name bleken er onvolledigheden te zijn bij blokken 4, 7 en 10. Tijdens de groepsgesprekken werd aangegeven dat vaak wordt vertrokken van de pathologie van een bepaalde afdeling en dat in functie hiervan problemen worden aangeduid, waarbij het totaalbeeld onvoldoende in kaart wordt gebracht. Zo wordt het voorbeeld gegeven dat bij forensische patiënten vaak automatisch 'problemen met justitie/politie' worden aangeduid en andere problemen nauwelijks in beschouwing worden genomen. *Hierdoor ontstaat een onvolledig beeld van de werkelijkheid waar bij de interpretatie van de gegevens rekening moet worden gehouden.*

Tevens was het de bedoeling om deze MPG aan te vullen met informatie uit individuele patiëntendossiers. Hiervoor werden twee steekproeven genomen: één uit de populatie patiënten die op 1 januari 2003 opgenomen was in het psychiatrisch ziekenhuis en één uit de populatie patiënten die op 1 januari 2003 opgenomen was in het psychiatrisch verzorgingstehuis. Deze bijkomende informatie werd om privacyredenen opgezocht en ingevuld door de sociale dienst van het OPZC Rekem op basis

van een Excel bestand dat door de onderzoekers werd aangeleverd. Echter, omdat werd gevraagd terug te gaan in de tijd tot 2003, was het voor de sociale dienst niet altijd mogelijk deze gegevens nog op te sporen. 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. Dit betekent een tweede beperking van dit onderzoek.

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. Echter, de resultaten uit reeds eerder gedane onderzoeken in Vlaanderen en België, worden veelal bevestigd op basis van dit onderzoek.

2.5. Leeswijzer

Het rapport bestaat uit twee delen:

- Deel I met een samenvatting van de onderzoeks aanpak, 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.

In deel II komen volgende onderwerpen aan bod:

- Na de inleiding wordt in hoofdstuk 2 het doel en de aanpak van dit onderzoek uitgelegd.
- In de literatuurstudie wordt een werkdefinitie gegeven van armoede binnen dit onderzoek en wordt het psychiatrisch werkveld in Vlaanderen beschreven. Tevens wordt gekeken hoe binnen bestaande literatuur armoede in verband wordt gebracht met instroom, doorstroom en uitstroom uit de psychiatrie.
- In het vierde hoofdstuk wordt de case OPZC Rekem beschreven en geanalyseerd. Na een korte beschrijving van de instelling en een profielschets van de patiënten in het ziekenhuis en het verzorgingstehuis wordt een analyse gegeven van de verschillende soorten data op basis van een aantal thema's. Hierbij komen drempels in de toegankelijkheid aan de orde, het mutatiebeleid binnen de instelling (of de doorstroom van patiënten), de veranderende doelgroep, aansluiting van zorgvormen en ten slotte participatie en re-integratie in de maatschappij.
- In het vijfde hoofdstuk worden de conclusies en aansluitend aanbevelingen naar het beleid toe voorgesteld.

3. Literatuurstudie

Binnen deze verkennende studie is het zeker niet de bedoeling om een alomvattende literatuurstudie te doen. Andere onderzoekers voor ons hebben reeds eerdere onderzoeken en literatuurstudies uitgebreid in kaart gebracht. Voor deze studie is het wel nuttig, maar ook nodig om een samenvatting te geven van andere bevindingen met betrekking tot de relatie tussen armoede en psychiatrie.

In eerste instantie wordt kort stilgestaan bij het begrip ‘armoede’. Dit begrip is multi-aspectueel en wordt (en werd in het verleden) door verschillende onderzoekers vanuit diverse invalshoeken benaderd. Vervolgens wordt het psychiatrisch werkveld in Vlaanderen toegelicht. Vanuit de oorspronkelijke vraagstelling van deze studie wordt daarna gekeken naar wat instroom, doorstroom en uitstroom uit de psychiatrie betekenen in de literatuur en hoe eerdere onderzoeken hiermee zijn omgegaan.

3.1. Wat is armoede?

Over de conceptualisering en meting van armoede is al heel veel geschreven. Voor een overzicht kunnen we verwijzen naar onder meer Dewilde (2004)⁹ en Levecque (2008)¹⁰.

Samen met Levecque (2008), constateren wij dat armoede een *oud* begrip is dat binnen verschillende contexten, diverse betekenissen krijgt. Armoede is een *relatief* begrip dat op verschillende manieren kan worden gedefinieerd. Wanneer is iemand arm en wanneer is iemand arm in België? Is iemand arm als hij/zij een gebrek aan voedsel, kleding of onderdak heeft? Of indien hij/zij niet voldoende middelen heeft om op een volwaardige manier mee te draaien in de samenleving? Men zou het aan mensen zelf kunnen vragen hoe ze hun eigen situatie inschatten. Echter, twee mensen in dezelfde situatie kunnen hier een heel ander waardeoordeel over hebben¹¹. Naast deze *subjectieve* benadering, zou men er kunnen van uitgaan dat een *objectieve* benadering meer handvaten biedt om vast te stellen of iemand al dan niet arm is en dit op basis van een aantal criteria. Echter ook hier spelen meningen een grote rol (Van Dodeweerd, 2005)¹².

De perceptie, noch de definitie van armoede is een onschuldig proces maar creëert een politiek en ideologisch feit met verregaande implicaties (zie hierover ook andere auteurs zoals Vranken en Geldof, 1991¹³). Door sommigen wordt aan armoede en strikt economische kader toegekend (geringe of tekort aan monetaire middelen); anderen gaan voor een culturele benadering (armoede als een eigen specifieke cultuur of subcultuur met eigen waarden en normen, specifieke aspiraties, een bepaalde levensstijl, enz.).

⁹ 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

¹⁰ Levecque, K., (2008), *Armoede en depressie. Een (niet) evident verband?*, Acco, Leuven

¹¹ Dit zelfde gegeven kwam ook naar voren bij de groeps gesprekken die met patiënten werden gehouden (zie verder hierover in hoofdstuk 4).

¹² Van Dodeweerd, M., (2005), *Dossier Armoede in Nederland. Feiten en ervaringen*, Werkgroep Arme Kant van Nederland/EVA, 's Hertogenbosch

¹³ Vranken, J., en D., Geldof, (1991), *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 1991*, Leuven, Acco

In België wordt een armoededrempel gedefinieerd; iedereen die een netto beschikbaar inkomen heeft onder deze drempel wordt als arm beschouwd. Deze armoededrempel geldt dus als referentiebedrag¹⁴. In 2006 lag de armoededrempel op €10316,44 per jaar of afgerond €860 per maand voor een alleenstaande en op €21664,52 per jaar of €1805 per maand voor een gezin bestaande uit twee volwassenen en twee kinderen¹⁵.

Armoede wordt steeds meer als multi-aspectueel gepercipieerd waarmee wordt duidelijk gemaakt dat het niet alleen gaat om een monetair tekort (armoede is meer dan een laag inkomen), maar dat het ook uitstrekt over andere levensdomeinen, zoals onderwijs, huisvesting, gezondheid, arbeidsmarkt, sociale netwerken, enz. (Vranken, 1977; Atkinson, et al, 2002, Vranken en De Boyser, 2005)¹⁶.

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 onderwijs¹⁷. 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)¹⁸. 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 geweest¹⁹.

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 (‘hoogte’). 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.

¹⁴ De armoededrempel is gelijk aan 60% van het mediaan beschikbaar inkomen op individueel niveau.

¹⁵ Op Europees niveau worden deze cijfers in kaart gebracht via EU-SILC. EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions) is een jaarlijkse enquête naar inkomens en levensomstandigheden. Deze enquête is veruit het belangrijkste instrument om zowel op Belgisch als op Europees niveau armoede en sociale uitsluiting in kaart te brengen. Zie: FOD Economie, K.M.M., Middenstand en Energie, (2008), *Armoede in België*. Persbericht van 17 oktober 2008, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie

¹⁶ Vranken, J., (1977), *Armoede in de welvaartsstaat: een poging tot historische en structurele plaatsing. Doctoraal proefschrift in de Politieke en Sociale Wetenschappen*, UFSIA, Antwerpen; Atkinson, T., Cantillon, B., Marlier, E., en B., Nolan, (2002), *Social Indicators. The EU and Social Inclusion*, Oxford University Press, Oxford; Vranken, K., en K., De Boyser, (2005), *Het jaarboek in perspectief*, p25-39, in: Vranken, J., De Boyser, K., en D., Dierckx, (eds), *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2005*, Acco, Leuven

¹⁷ Gebaseerd op: Levecque, K, (2008), *Armoede en depressie. Een (niet) evident verband?*, Acco, Leuven

¹⁸ Vranken, J., (2007), *Inleiding. Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek, 2006*, Vranken, J., De Boyser, K., en D. Dierckx, (red), Acco uitgeverij

¹⁹ Deze Jaarboeken zijn samengesteld door OASES
http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=*OASES&n=365

- De derde dimensie refereert naar het multi-aspectuele (of veelvoudig) karakter van de armoede ('breedte'): 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).

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, spijzuchtig, 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 en 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, zondigt door een overmatige belichting van wat de persoon overkomt en laat daardoor *waardoor* dat gebeurt, onderbelicht. 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'. Daar bevinden zich onder meer

geïstitutionaliseerde vormen van het samenleven, zoals de kerken, de vakbonden, scholen en universiteiten, bedrijven, verenigingen en bij uitbreiding ook het gezin, evenals grotere samenlevingsvormen zoals de buurt en (etnische) gemeenschappen. 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, conjuncturen centraal en die zijn per definitie tijdelijk van aard. Een economische crisis, waardoor de werkloosheid toeneemt en de middelen waarover het beleid beschikt, afnemen. Het kan gaan om snelle maatschappelijke veranderingen, die dikwijls maar niet altijd het gevolg 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. Het gaat over verhoudingen tussen centrum en periferie, zowel ruimtelijk als sociaal, over de gesegmenteerde (of zelfs duale) arbeidsmarkt en over de opdeling van de stad in 'gated communities', middenklassenwijken, arbeidersbuurten en achtergestelde buurten.

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

Wanneer een structurele aanpak te radicaal wordt doorgedacht kan dat tot ontmoediging leiden. Daarvoor bestaat geen reden. Natuurlijk moeten samenlevingsstructuren grondig veranderen om armoede ten gronde te bestrijden, maar zoiets kan niet gebeuren van de ene dag op de andere en evenmin op alle domeinen tegelijk. De geschiedenis heeft ons dat geleerd en het zijn wijze lessen, die ons nieuwe ontgoochelingen kunnen besparen. Dat men naar veranderingen ten gronde toewerkt, houdt in dat men ondertussen aandacht heeft voor alle kleinere stappen in wetgeving, voorzieningen en hulpverlening *die dit doel dichterbij brengen*.

Wat doet het beleid²⁰?

In juli 2008 keurde de ministerraad het Federaal plan Armoedebestrijding²¹ goed. Dit plan bevat 59 specifieke maatregelen op het gebied van lonen, werk, gezondheid, huisvesting, toegang tot energie en overheidsdiensten. Wat betreft geestelijke gezondheidszorg zijn onder meer volgende maatregelen relevant:

- Strijden tegen de weigering van ziekenhuisopname van patiënten die geen voor-schot kunnen betalen.
- Het gebruik van het derdebetalersysteem door de zorgverleners verhogen door de administratieve stappen te vereenvoudigen en hun uitbetaling te versnellen.
- De rechtstreekse facturering van de remgelden op de verplichte verzekering organiseren, voor de patiënten die van de MAF genieten.
- De kosten voor de patiënten beperken en indien nodig gericht verminderen ondermeer inzake ziekenhuisfacturen
- De informatie over de voorkeurs-terugbetalingsmechanismen, zoals het OMNIO-statuut, verbeteren.
- De toegang tot het OMNIO-statuut vereenvoudigen en de mogelijkheid van de automatisering onderzoeken.
- Het gebruik van de “gezondheidskaart” in de OCMW’s aanmoedigen.
- De samenwerkingsverbanden tussen de diensten voor maatschappelijke integratie en de mentale gezondheidsdiensten ondersteunen om de psychiatrisering van de sociale problemen te vermijden.

Het Vlaams armoedebeleid hanteert als beleidsinstrumenten o.a. het decreet inzake armoedebestrijding. In het decreet van 21 maart 2003 werd vastgelegd hoe armoede de volgende decennia moet worden bestreden. Het decreet voorziet ook in een aantal beleidsinstrumenten voor het armoedebeleid: het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding en het Permanent Armoedeoverleg. Het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005-2009²² bevat alle maatregelen die de regering tot en met 2009 wil nemen voor de bestrijding van de armoede. Eén van de maatregelen die betrekking hebben op geestelijke gezondheid is de informatiecampagne over depressie en zelfdoding om het bewustzijn van de algehele bevolking en van mensen in armoede meer specifiek te verhogen.

Het permanent armoede overleg is een formeel overlegorgaan dat het armoedebeleid van nabij moet opvolgen. Het bevat twee luiken: verticaal en horizontaal overleg. Het verticale overleg houdt in dat men binnen elk Vlaams beleidsdomein armoedebestrijdende maatregelen neemt en/of in zijn beleid rekening houdt met de mogelijke gevolgen van (nieuwe) maatregelen of initiatieven voor de zwakste groepen in de samenleving. Bij het horizontale overleg staat het uitwisselen van ervaringen en kennis over de verschillende departementen heen centraal. Dit overleg is noodzakelijk om het armoedebeleid uit te werken en uit te voeren.

²⁰ Zie onder meer www.armoede.be

²¹ Staatssecretaris voor Armoedebestrijding, (2008), *Federaal plan Armoedebestrijding*, Brussel

²² Vlaamse Overheid, (2005), *Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005-2009*, Brussel

3.2. De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen

3.2.1. Structuur en ontwikkeling van het aanbod in de psychiatrie

De geestelijke gezondheidszorg is in Vlaanderen georganiseerd op verschillende lijnen (Universiteit Gent en Intercultureel Netwerk Gent, (2006)²³:

- Eerste lijn: ambulante en algemene voorzieningen, namelijk de huisarts, de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) en de Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW).
- Tweede lijn: ambulante en specialistische voorzieningen, met name de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), de dagcentra, zelfstandige psychiaters en thuiszorg. Ook de arbeids- en vrijetijdsbegeleidings-initiatieven horen op deze lijn thuis.
- Derde lijn: algemene intramurale voorzieningen zoals een ziekenhuis.
- Vierde lijn: specialistische intramurale voorzieningen zoals de psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en therapeutische gemeenschappen.

Daarnaast zijn ook nog zelfstandige psychologen en psychotherapeuten werkzaam; zij hebben echter (nog) geen erkende beroepstitel.

Van Nuffel (2003)²⁴ geeft in zijn artikel een goed overzicht van het aanbod en het evolutie van het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg in België. We zullen hieronder de belangrijkste mijlpalen in deze evolutie toelichten.

Aanbod en evolutie

De eerste regelgeving rond geestelijke gezondheidsproblemen in België is te vinden in de wet van 1850 die de gesloten psychiatrische instellingen regelt en het statuut van de krankzinnige. De psychiatrische instellingen stonden in die tijd onder toezicht van het ministerie van justitie. Rond 1930 ontstaan in een aantal psychiatrische instellingen open afdelingen waar de patiënten niet gedwongen waren opgenomen. Dit open karakter had gevolgen voor het juridisch statuut van de patiënt. Dit leidde er onder meer toe dat het toezicht op psychiatrische instellingen in 1948 werd overgedragen naar het Ministerie van Volksgezondheid.

Reeds voor de tweede wereldoorlog werden door de Belgische Bond voor Geesteshygiëne dispensaria opgericht waar consultaties gratis werden verstrekt door psychiaters en verpleegkundigen. Hierbij was het de bedoeling preventief te werken en psychische problemen vroegtijdig op te sporen. In 1953 kwam er een wettelijk kader voor deze dispensaria.

Door de wet op de ziekenhuizen van 1963 (waardoor onder meer ook de open afdelingen van psychiatrische instellingen als ziekenhuis werden erkend) wordt een periode afgesloten waarin de geesteszieke in eerste instantie bewaakt en beschermd wordt (en de samenleving beschermd tegen hem/haar) en pas in tweede instantie behandeld. Vanaf dat ogenblik bestonden er twee soorten bedden voor volwassenen:

²³ Universiteit Gent en Intercultureel Netwerk Gent, (2006), *Interculturalisering binnen de Geestelijke Gezondheidszorg*, Studie- en discussiedag, vrijdag, 24 maart 2006, Gent

²⁴ Van Nuffel, R., (2003), *De psychiatrische markt in Vlaanderen. Welke psychiatrische zorg is er te vinden?* In: Antenne, maart 2003, p22-29, Brussel

A-bedden voor acute of intensieve behandeling en T-bedden voor langdurige behandeling en resocialisatie. In 1973 komt een aanvulling op de ziekenhuiswet met de ziekenhuisprogrammatische waardoor men via criteria de omvang van de verschillende soorten zorg, uitgedrukt in aantal bedden per duizend inwoners wilde vastleggen. Het is ook in deze periode dat in algemene ziekenhuizen de eerste psychiatrische afdelingen worden geopend (PAAZ-afdelingen).

In 1974 leidde de "Blauwdruk voor de geestelijke gezondheidszorg" ondermeer tot de uitbouw van de CGG. Het woord psychiatrie werd meer en meer vervangen door 'geestelijke gezondheidszorg', wat kon worden gezien als een indicatie dat men afwou van de sterke associatie dat psychiatrische problemen enkel in een instelling te behandelen waren. De hoofddoelen van de vernieuwingen waren enerzijds de heroriëntatie van de grote instellingen en de uitbouw van een goed gespreid netwerk van ambulante extramurale hulpverlening anderzijds.

Het KB van 20 maart 1975 betreffende de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg zou een belangrijke groei van de ambulante zorg betekenen.

De staats hervorming had ook gevolgen voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. In 1977 werden de diensten voor geestelijke gezondheidszorg toegewezen aan de gewesten of gemeenschappen en was het de Vlaamse regering die verantwoordelijk werd voor de sector, ook naar subsidiëring toe. Dit had mede tot gevolg dat de samenwerking tussen ambulante en residentiële zorg vooral dode letter bleef. In 2006 werden overeenkomsten met de CCG in Vlaanderen gesloten. De doelstellingen van deze overeenkomsten leggen de nadruk op specifieke doelgroepen zoals financieel zwakkere mensen en ouderen en ook gaat de aandacht naar de productiviteit van de sector.

In de jaren tachtig kwam er een beweging van rationalisering in de gezondheidszorg in België. Van de afbouw van de ziekenhuisbedden werd gebruik gemaakt om het Beschut Wonen en het psychiatrisch verzorgingstehuis te erkennen als nieuwe zorgvormen. Beschut Wonen (dat reeds vanaf 1980 in Vlaanderen een sterke ontwikkeling had gekend) zag men als een verdere stap in de re-socialisering van personen met psychiatrische problemen.

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 begeleiding en zorg beter kunnen functioneren in de samenleving. Met Beschut Wonen wordt deze rehabilitatiebeweging ondersteund, ook door de overheid. De laatste jaren werden verschillende initiatieven ontwikkeld met partners uit de geestelijke gezondheidszorg en de thuisgezondheidszorg. Ook deze psychiatrische thuiszorg past in het kader van de rehabilitatiebenadering (Cools, 2006)²⁵.

In 2007 telde Vlaanderen 38 psychiatrische ziekenhuizen met 9986 bedden; 45 erkende initiatieven voor beschut wonen met 2522 erkende plaatsen; 25 psychiatrisch

²⁵ Cools, B., (2006), *Hoe verdrijven we de geestelijke gezondheidszorg*, in: Alert, 32, nr5, p60-70, Pluralistisch Overleg Welzijnswerk, Berchem

verzorgingstehuizen met 2233 bedden (waarvan 683 uitdovend²⁶) en 21 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg verspreid over 94 vestigingen. Tevens zijn er nog 36 psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) met 1462 bedden. *Op een halve eeuw tijd is er een enorme differentiatie aan zorgvormen gegroeid, waarbij de psychiatrie zich vooral verder blijft ontwikkelen buiten de muren van de psychiatrische instellingen.*

Specifieke groep

Binnen de geestelijke gezondheidszorg vormen de forensisch-psychiatrische patiënten een specifieke doelgroep; het gaat hierbij om de doelgroep van (ex)geïnterneerden. Het ontstaan van internering moet worden gesitueerd binnen het gedachtegoed van het 'sociaal verweer': bepaalde groepen van delinquenten beschikken niet over een vrije wil en zijn daardoor niet strafwaardig (Brouckaert, 2008)²⁷. Internering wordt niet als straf gezien door het beleid maar een beveiligingsmaatregel. Door toepassing van deze maatregel dient de geestesgestoorde delinquent een medisch-psychiatrische behandeling te volgen. Cools (2006) geeft aan dat voor de geïnterneerden pas in 2005 de financiële middelen van justitie werden overgedragen aan het RIZIV, iets wat voor de andere psychiatrische patiënten al 50 jaar eerder was gebeurd.

Brouckaert, (2008) stelt vast dat in de situatie van geïnterneerden met een handicap de dunne lijn tussen daderschap en slachtoffer duidelijk naar voren komt. Zij zijn slachtoffer van hun eigen beperkingen (ontoerekeningsvatbaarheid), maar vaak ook van het systeem van internering, namelijk het ontbreken van de gepaste opvang en behandeling. Maar ontegensprekelijk zijn zij ook dader; zij hebben namelijk de regels en normen van de samenleving niet nageleefd. In een artikel in De Standaard in 2003²⁸ gaf de Amerikaanse expert John Petrila aan dat het wel een loterij lijkt of een geesteszieke delinquent in een ziekenhuis of in een gevangenis terecht komt. De Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM) moet oordelen of een geïnterneerde onder voorwaarden de strafinrichting kan verlaten. Maar in de psychiatrische ziekenhuizen zijn er vaak wachtlijsten waardoor de geïnterneerden jarenlang onnodig in de strafinrichtingen verblijven. Bovendien zijn psychiatrische delinquenten vaak niet welkom in instellingen, wat ook blijkt uit gesprekken gevoerd in het kader van dit onderzoek.

De-institutionalisering en vermaatschappelijking

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.

²⁶ De uitdovende bedden betreffen vooral mensen die vroeger werden opgenomen maar waarvan later werd gezegd dat ze daar niet thuishoorden (vooral mensen met een verstandelijke handicap). Als zij het verzorgingstehuis verlaten of sterven wordt hun bed niet langer gefinancierd.

²⁷ Brouckaert, J., (2008), *Geïnterneerden met een verstandelijke handicap in de gevangenis: een verhaal van kwetsbaarheid*

²⁸ De Standaard, (2003), *Situatie geïnterneerden is middeleeuws*, Inge Ghijs, 28.10.2003

3.2.2. Financiering van de geestelijke gezondheidszorg

Sinds de toewijzing van diensten voor geestelijke gezondheidszorg aan de gewesten of gemeenschappen is weinig of niets veranderd aan de financiering van de geestelijke gezondheidszorg (Van Nuffel, 2003)²⁹:

- Psychiatrische ziekenhuizen worden voor hun zorgverstrekking gefinancierd door het RIZIV. Investeringskosten (gebouwen) worden gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap. Voor de patiënt betekent dit dat hij/zij het deel van de ziekenhuisrekening moet betalen dat niet door de ziekteverzekering wordt gedekt.
- Psychiatrische verzorgingstehuizen worden deels gefinancierd door het RIZIV (verzorgingskosten) en deels door de bewoners zelf (rest van de kosten).
- De Vlaamse Gemeenschap voorziet investeringssubsidies bij aankoop, bouw, verbouwing of uitbreiding van een secretariaat en aanloopadres voor een initiatief Beschut Wonen. De bewoner moet zelf instaan voor huur- en andere leefkosten.
- De CGG vallen onder bevoegdheid van Vlaamse Gemeenschap en worden gefinancierd door belastingsgelden. Naast de personeelskosten, krijgen zij ook werkingstoelagen. Sommige centra vragen een bijdrage van hun cliënten.
- De CAW krijgen een basisfinanciering vanuit de Vlaamse Gemeenschap met aanvullende middelen vanuit lokale besturen.
- Vrij gevestigde psychiaters rekenen honoraria aan voor de geleverde prestaties, kosten waarin de ziekteverzekering tussenkomt.
- De kosten van zelfstandig werkende psychologen worden niet vergoed door de ziekteverzekering.

Cools (2006)³⁰ toont aan dat het zorgaanbod onevenwichtig is en blijft: in België wordt 58% van de middelen geïnvesteerd in psychiatrische ziekenhuizen; 28% in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, beschut wonen en PVTs, 13% in ambulante geestelijke gezondheidszorg en 1% in eerstelijns geestelijke gezondheidszorg.

Bracke en Lamiroy stellen in hun artikel (2003)³¹ dat financieel gezien de geestelijke gezondheidszorg er maar bekaaid af komt in Vlaanderen, zeker in vergelijking met de algemene gezondheidszorg. De psychiatrie krijgt volgens hen minder dan een vijfde van wat naar de algemene ziekenhuizen gaat. Dit heeft onder meer te maken met de afwezigheid van dure technologie in de geestelijke gezondheidszorg.

²⁹ Van Nuffel, R., (2003), *De psychiatrische markt in Vlaanderen. Welke psychiatrische zorg is er te vinden?*, in: Antenne, maart 2003, p22-29

³⁰ Cools, B., (2006), *Hoe verdrijven we de geestelijke gezondheidszorg*, in: Alert, 32, nr5, p60-70, Pluralistisch Overleg Welzijnswerk, Berchem

³¹ Bracke, E. en M., Lamiroy, (2003), *Hoe gezond is de psychiatrie. Deel 1*, in: Weliswaar, December 2005, p29-33

3.3. Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg

Uit een Europese studie³² blijkt dat 11% van de Belgen in 2003 te kampen had met een mentale stoornis (omgerekend is dat meer dan 800.000 Belgen). Meer dan één op vier Belgen (28%) heeft gedurende zijn/haar leven minstens eenmaal te kampen met een mentale stoornis (omgerekend meer dan 2,1 miljoen Belgen). Uit datzelfde onderzoek blijkt dat 32% het zoeken van professionele hulp uitstelde om financiële redenen en 31% omdat de persoon niet goed wist waar hij/zij hulp kon zoeken. Op basis hiervan kan niet anders dan de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België in vraag worden gesteld.

3.3.1. Wat is toegankelijkheid?

Toegankelijkheid voor iedereen is één van de basisprincipes van de Belgische gezondheidszorg. Het begrip toegankelijkheid houdt meer in dan alleen het toegang krijgen tot bepaalde voorzieningen. In het onderzoek van Kerkhofs en van Regenmortel, (2005)³³ wordt de benadering van Lammertyn (1998)³⁴ voorgesteld waarbij vier aspecten worden onderscheiden bij het begrip toegankelijkheid die we bijzonder bruikbaar achten:

- Toegankelijkheid komt pas in beeld wanneer een bepaalde situatie als een *probleem* wordt gedefinieerd.
- Een tweede aspect (of stap) heeft te maken met het al dan niet gaan *aankloppen* bij een hulpvoorziening, wanneer men een situatie als problematisch heeft gedefinieerd. Hier kunnen financiële overwegingen meespelen om deze beslissing niet te nemen of uit te stellen.
- Een derde aspect is gerelateerd aan het toegang *krijgen* tot een bepaalde voorziening (toelatingsvoorwaarden, wachtlijsten).
- Een laatste aspect heeft te maken met de *verschillen in de omgang met de voorziening* (eisen en verwachtingen die worden gesteld naar de patiënt toe) eens men is toegelaten.

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België wordt onder meer in vraag gesteld in de Knelpuntennota van 2004 van het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)³⁵. In deze nota wordt een onderscheid gemaakt tussen financiële ontoegankelijkheid en meer globale ontoegankelijkheid. Ook in de 2008 herwerkte uitgave van deze nota³⁶ wordt deze toegankelijkheid wederom in vraag gesteld.

³² Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., en K., Demyttenaere, (2004), *Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking: resultaten van de European Study on epidemiology of mental disorders*, in: Tijdschrift voor geneeskunde, jaargang 60, nr2, 2004

³³ Kerkhofs, R., en T., Van Regenmortel, (2005), *Versterkend werken door nieuwe vormen van liaisons. Methodiekontwikkeling voor de bevordering van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor personen die in armoede leven*, HIVA, Leuven;

³⁴ Lammertyn, F., (1998), *Aspecten van (on)toegankelijkheid – Een sociologische duiding*, in: Opdebeeck, S., Van Audenhove C., en F., Lammertyn, (eds), *De toegankelijkheid van de voorzieningen in de welzijns- en gezondheidszorg. Visies uit de praktijk, het onderzoek en het beleid*, Lucas, K.U. Leuven, Leuven, p9-16

³⁵ Verbond der Verzorgingsinstellingen v.z.w., (2004), *Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Geestelijke Gezondheidszorg: Knelpuntennota*, Caritas, VVI, Brussel

³⁶ Verbond der Verzorgingsinstellingen v.z.w., (2008), *Betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België. Knelpunten en voorstellen*, Caritas, VVI, Brussel

3.3.2. Financiële (on)toegankelijkheid

De financiële toegankelijkheid van het (geestelijk) gezondheidssysteem is al vaker belicht in onderzoek. Financiële problemen kunnen zich zowel situeren aan de inkomenszijde, maar kunnen ook worden veroorzaakt door de grote (noodzakelijke) uitgaven voor zorg. Het persoonlijk aandeel verschilt nogal al naargelang de aard van de zorg. De Knelpuntennota van het VVI stelt dat betaalbaarheid echter een probleem is voor veel nieuwe bewoners van psychiatrische verzorgingstehuizen. Het gaat vaak om mensen die reeds een langdurige behandeling achter de rug hebben. Het recente onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2008) laat zien dat de geschatte hoogste persoonlijke bijdrage van de patiënten betaald moet worden in de psychiatrische verzorgingstehuizen en in Beschut Wonen initiatieven, wat billijkheidsvragen doet rijzen voor patiënten die worden doorverwezen naar deze alternatieven³⁷. Ook in het Jaarboek 2006 Armoede en Sociale Uitsluiting wordt dit probleem naar voren gebracht. De toegang van de geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede blijft moeilijk ook omdat deze zorg niet altijd of minimaal wordt terugbetaald door de verplichte ziektekostenverzekering. Tevens kunnen verlies van inkomsten en hoge zorguitgaven bij opname in de psychiatrie ook aanleiding geven tot verarming (Vranken, et al, 2006)³⁸.

In de literatuur (onder meer Vanroelen, et al (2004)³⁹) wordt een aantal dimensies onderscheiden die de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor maatschappelijk kwetsbare groepen bemoeilijken. We behandelen met name de knelpunten die specifiek betrekking hebben op de doelgroep van deze studie, namelijk psychiatrische patiënten:

- **Problemen met het statuut in de ziekteverzekering, namelijk een gebrek aan een statuut of een precair statuut in de ziekteverzekering.** Naast mensen die geen rechten hebben binnen de verplichte sociale zekerheid (zoals 'mensen zonder papieren') zijn er mensen die omwille van uiteenlopende omstandigheden, buiten de ziekteverzekering vallen en dit ondanks het feit dat ze in principe wel recht hebben op een verzekering tegen ziekte. Het gaat dan in de eerste plaats om mensen die door verwaarlozing of door een gebrek aan middelen hun bijdragen niet betaald hebben of hun administratieve verplichtingen niet zijn nagekomen (voorbeeld verslaafden, thuislozen).
- **Knelpunten die het gevolg zijn van een gebrek aan financiële middelen of een onzekere materiële toestand.** Het gaat hierbij enerzijds om problemen in verband met het inkomen en anderzijds om problemen in verband met de uitgaven in een zorgsituatie.
 - *Problemen in verband met het 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

³⁷ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, (2008), *Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden*. KCE reports 84A, KCE, Brussel

³⁸ Vranken, J., De Boyser, K., en D., Dierckx, (2006), *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2006, Acco, Leuven*

³⁹ Vanroelen, C. en T., Smeets, F., Louckx, (2004), *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische Gezondheidszorg*, eindrapport

basisbehoeften nog belangrijke medische kosten te dragen. Hetzelfde geldt voor de andere inkomensvervangende uitkeringen zoals werkloosheidsuitkeringen, pensioenen of een leefloon.

Tabel 4: Vormen van inkomen en tegemoetkomingen bij ziekte en invaliditeit⁴⁰

<p>Arbeidsongeschiktheidsuitkering (www.socialsecurity.fgov.be)</p>	<p>Werkenden en uitkeringsgerechtigde werklozen komen in geval van ziekte terecht in het statuut van arbeidsongeschiktheid. Zij hebben recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering indien zij aan een aantal voorwaarden voldoen. Eén van deze voorwaarden is dat hij/zij een minimum aantal dagen heeft gewerkt binnen een bepaalde referentieperiode.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 60% van het oorspronkelijk inkomen voor alle gerechtigden (sinds 01.01.09)
<p>Invaliditeitsuitkering (www.cm.be)</p>	<p>Uitkering van het ziekenfonds; deze wordt uitgekeerd vanaf het tweede jaar arbeidsongeschiktheid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 65% van het brutoloon voor gezinshoofden. - 53% van het brutoloon voor alleenstaanden. - 40% van het brutoloon voor samenwonenden. <p>Deze uitkering is begrensd door een minimum en een maximum dat onder andere afhankelijk van wanneer de arbeidsongeschiktheid is ingetreden (namelijk voor of na 01.09.02). De invaliditeitsuitkering van een niet-regelmatig werknemers is hetzelfde als het leefloon.</p>
<p>Inkomensvervangende tegemoetkoming (www.socialsecurity.be)</p>	<p>Hij/zij die omwille van zijn/haar handicap het verdienvermogen verminderd ziet met ten minste 2/3 van wat een normale persoon op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen. Iedereen heeft recht op een basisuitkering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Basisuitkering: €474,62 per maand. - Alleenstaanden en personen die opgenomen zijn in een instelling: €711,91 per maand. - Persoon die huishouden vormt of met kinderen ten laste: €949,22 per maand. (sinds 01.09.08)

⁴⁰ http://handicap.fgov.be/nl/citovens/alloc_ph/arr.htm

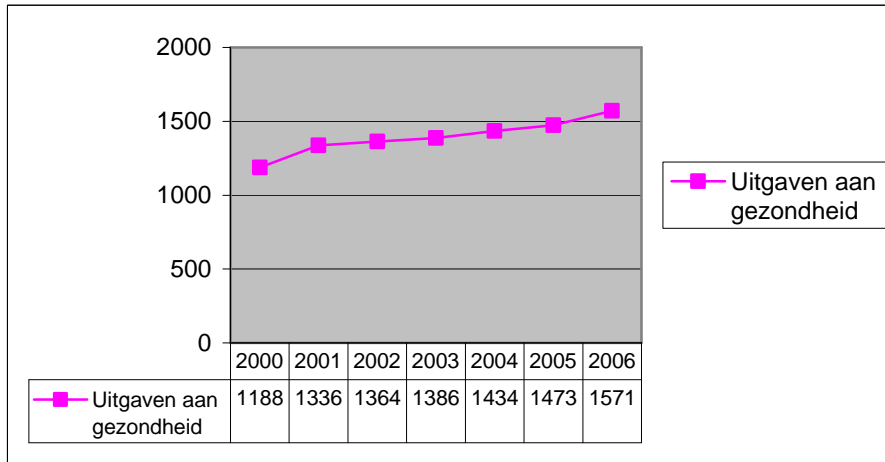
<p>Integratietegemoetkoming (www.handicap.fgov.be)</p>	<p>Personen met een handicap tussen 21-65 jaar die gedomicilieerd zijn in België en er ook verblijven. Bovendien moet men ook één van de nationaliteiten bezitten die door de wetgeving worden beoogd.</p>	<p>Bij de berekening van de tegemoetkoming wordt rekening gehouden met de inkomsten van de persoon met een handicap alsook van de persoon met wie de persoon met een handicap een huishouden vormt. Op deze inkomsten worden bepaalde vrijstellingen toegepast.</p>
<p>Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (www.socialsecurity.be)</p>	<p>Personen ouder dan 65 jaar bij wie gebrek aan of vermindering van zelfredzaamheid is vastgesteld, die gedomicilieerd zijn in België en er ook verblijven. Bovendien moet men ook één van de nationaliteiten bezitten die door de wetgeving worden beoogd.</p>	<p>Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van de uitslag van de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid. Naargelang de resultaten hiervan, wordt men ingedeeld in één van de vijf categorieën waarbij het minimumbedrag €75,58 per maand is en €507,32 per maand. Het bedrag van de tegemoetkoming wordt verminderd met het bedrag van het inkomen van de persoon met een handicap en van de persoon waarmee hij/zij een huishouden vormt en dat een bepaalde grens overschrijdt. Dit zijn bedragen vanaf 01.09.08 – indexgebonden.</p>
<p>Leefloon (www.socialsecurity.be)</p>	<p>Minimuminkomen voor personen die niet over toereikende bestaansmiddelen beschikken. Dit omdat ze niet in staat zijn om de nodige bestaansmiddelen via arbeid te verwerven, of omdat ze om de ene of andere reden geen recht hebben op een vervangingsinkomen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwonende: €474,37 per maand. - Alleenstaande: €711,56 per maand. - Samenwonende met gezin ten laste: €948,74 per maand. <p>(sinds 01.09.08)</p>

- *Problemen in verband met de uitgaven in een zorgsituatie.* De kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen zowel voor de overheid als voor de cliënten. Om de overheidsuitgaven van de ziekteverzekering binnen de perken te houden, werden besparingsmaatregelen genomen, zoals bijvoorbeeld forfaitarisering van geneesmiddelen bij ziekenhuisopname. In een studie van de Christelijke Mutualiteiten, (2006)⁴¹ wordt gesteld dat “*Wat betreft de besparingsmaatregelen, deze zijn uiteraard negatief voor de patiënt en meestal ook voor de betrokken sector, en zij zijn hoofdzakelijk lineair. Hun budgettaire impact is*

⁴¹ 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, p 11.

vaak middelmatig tot groot en hun doelgroep is doorgaans middelmatig tot ruim”.

Figuur 1: Gemiddelde uitgaven aan gezondheid in België per huishouden per jaar in €



Bron: http://www.statbel.fgov.be/downloads/hbs2006ex_ph4_nl.xls

Uit figuren 1 en 2 blijkt duidelijk dat de gemiddelde uitgaven van een gezin aan gezondheid in België/Vlaanderen de laatste jaren zijn gestegen 32% in België en 39% in Vlaanderen).

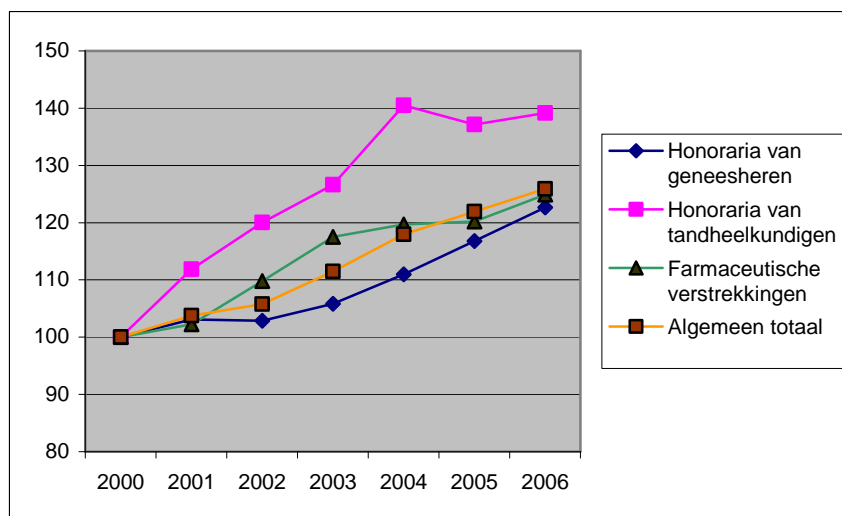
Figuur 2: Gemiddelde uitgaven aan gezondheid in Vlaanderen per huishouden per jaar in €



Bron: http://www.statbel.fgov.be/downloads/hbs2006ex_ph4_nl.xls

Ook de toename van de eigen bijdrage (persoonlijk remgeld), zoals af te leiden uit figuur 3 is een knelpunt.

Figuur 3: Jaarlijks remgeld ten laste van de patiënt (in duizenden EUR)⁴²



Bron: <http://www.riziv.fgov.be/presentation/nl/publications/annual-report/index.htm>.

Huishoudens ondervinden vooral financiële problemen bij het voorschieten van facturen⁴³. Het gewijzigde systeem van terugbetaling van medische kosten door storting op de bankrekening van de patiënt, maakt dat zij langer moeten wachten op de terugbetaling terwijl ze het geld soms acuut nodig hebben (bijvoorbeeld voor de aankoop van medicatie).

Om de eigen uitgaven van mensen met hoge medische kosten te beperken, werd een aantal specifieke tegemoetkomingen in het leven geroepen, zoals⁴⁴:

- de Maximumfactuur (MAF), ingevoerd in 2001, om de gezondheidszorg financieel toegankelijk te houden in geval van zware zorguitgaven.
- het zorgforfait, in 1998 in het leven geroepen om een tegemoetkoming te voorzien voor chronisch zieken met hoge gezondheidskosten.
- het OMNIO statuut is bedoeld voor mensen met een moeilijke financiële gezinssituatie (max. €14.339,94 per jaar verhoogd met €2.654,70/jaar per persoon ten laste⁴⁵). Als een persoon het OMNIO statuut krijgt, heeft hij recht op de voordelen verbonden aan verhoogde tegemoetkoming en op de specifieke beschermingsmaatregelen die in de ziekteverzekering van toepassing zijn voor de personen met verhoogde tegemoetkoming (zoals bv. het in aanmer-

⁴² De cijfers zijn voor België. De bedragen van 2000 zijn gelijk gesteld aan 100. De grafiek is samengesteld op basis van de jaarverslagen van het RIZIV 2005, 2006 en 2007.

⁴³ Zie onder meer Levecque, K., en K., De Boyser, (2006), *Arm en ziek, rijk en gezond? Overheidsantwoorden in de voorbije 15 jaar*, in: Armoede en Sociale Uitsluiting, Jaarboek 2006, p219-238, OA-SeS, Antwerpen; Expertennota 'Het recht op gezondheidszorg', Vooruitgangs- en toekomstcongres inzake de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting in Vlaanderen – 6 mei 2004; Conclusies Forum Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Van ervaringen en onderzoek naar beleid, 14 december 2002. Het forum was onderdeel van het project 'Evaluatie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg'.

⁴⁴ 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

⁴⁵ Cijfers van 2009 op www.riziv.fgov.be

king komen voor de MAF en het niet aanrekenen van een aantal supplementen bij ziekenhuisopname).

- de verhoogde verzekeringstegemoetkoming waar men recht op heeft als men een beperkt inkomen heeft (rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, of leefloon, of inkomensgarantie voor ouderen, of een tegemoetkoming als gehandicapte of een OMNIO-statuut).

In dezelfde studie van de Christelijke Mutualiteiten (2006, p11), wordt gesteld dat de probleemoplossende maatregelen een positieve impact hebben op de patiënt en de sector maar selectief van aard zijn. De doelgroep is voornamelijk beperkt en hun budgettaire impact is middelmatig tot klein, behalve voor wat betreft de MAF.

Er is een groot verschil tussen de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis van de gewone verzekerden en degenen met recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming of de gene met een OMNIO-statuut.

Tabel 5: Persoonlijk aandeel in een psychiatrisch ziekenhuis – per dag⁴⁶

	Eerste dag	2 ^{de} tot 90 ^{ste} dag	Vanaf 91 ^{ste} dag	Vanaf 6 ^{de} jaar
Gewoon verzekerden met personen ten laste of onderhoudsplicht en hun personen ten laste	41,41	14,14	5,02	5,02
Gewoon verzekerden zonder personen ten laste	40,86	13,59	13,59	23,57
Kinderen van gewoon verzekerden	32,10	4,83	4,83	5,02
Volledig uitkeringsgerechtigde werklozen sinds minstens een jaar met personen ten laste of onderhoudsplicht en hun personen ten laste	32,29	5,02	5,02	5,02
Volledig uitkeringsgerechtigde werklozen sinds minstens een jaar zonder personen ten laste	32,29	5,02	5,02	14,14
Personen met verhoogde tegemoetkoming met personen ten laste of onderhoudsplicht en hun personen ten laste	5,02	5,02	5,02	5,02
Personen met verhoogde tegemoetkoming zonder personen ten laste	5,02	5,02	5,02	14,14

Het VVI rapporteerde in 2008 dat een gewoon verzekerde patiënt zonder personen te laste vanaf de vierde maand een maandbedrag van €471 betaalt bij op-

⁴⁶ Bedragen geldig op 1 januari 2009; overgenomen van www.cm.be. Kamersupplementen voor 2-en 1-persoonskamers zijn toegelaten, behalve in een aantal gevallen.

name in een psychiatrisch ziekenhuis en een patiënt met het OMNIO-statuuut zonder personen ten laste een maandelijks bedrag van €168,9⁴⁷.

Een patiënt dient tijdens zijn/haar opname ook nog de gewone kosten van zijn/haar thuissituatie door te betalen (zoals huur, lening, elektriciteit, verzekeringen, enz.).

In datzelfde rapport stelt het VVI dat PVT-bewoners in het algemeen personen zijn met een verhoogde tegemoetkoming die maandelijks een eigen bijdrage van €798 betalen. Er wordt ook gezegd dat indien dezelfde persoon nog in een psychiatrisch ziekenhuis zou verblijven hij/zij maandelijks €431,07 zou moeten betalen of slechts 54% van de PVT factuur waarbij dan nog geen rekening is gehouden met de extra kosten van PVT.

Tabel 6: Kosten PVT⁴⁸

Categorie	Omschrijving	Bedrag staatstus- senkomst per dag	Bedrag per maand (30 dagen) ten laste van de bewoner
Artikel 1 para. 2 (oud systeem)	Bestaansminimum, gewaarborgd inkomen bejaarden, tegemoetkoming mindervaliden en hun rechthebbenden	€9,91	€757,20
	Personen met recht op een verhoogde tegemoetkoming en personen met andere personen ten laste en hun rechthebbenden	€7,44	€831,30
	Anderen	€4,96	€905,70
Artikel 1 para. 1 (nieuw systeem)	Personen die ofwel personen ten laste hebben ofwel personen ten laste zijn	€14,23	€621,60
	Alle personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming	€8,55	€798
	Anderen	€4,27	€926,40

De kosten vermeld in deze tabel 6 dekken enkel de vast verblijfskosten en geen andere leefkosten, zoals aankoop kledij en schoenen, vrije tijd, enz.

De prijs van Beschut Wonen is niet uniform en grotendeels afhankelijk van de vrije markt. De woningen van Beschut Wonen zijn eigendom van het initiatief Beschut Wonen, of woningen die gehuurd worden op de particuliere markt. De kosten van de begeleiding door het personeel worden integraal door de verzekeringsinstellingen gedekt. De kosten voor medisch-psychiatrische behandeling zijn identiek met patiënten in een thuissituatie; in functie van zijn/haar statuut betaalt een bewoner van Beschut Wonen remgeld.

⁴⁷ Dit zijn cijfers van 2008 en zijn dus voor 2009 iets hoger.

⁴⁸ Bedragen geldig vanaf 09.09.08; overgenomen van RIZIV
<http://www.riziv.fgov.be/care/nl/mental-health/pdf/mentalhealth029.pdf>

3.3.3. Problemen ten gevolge van de werking van de instellingen

Deze dimensie heeft te maken met knelpunten gerelateerd aan de werking van de ziekteverzekering, de zorgverstrekkers en de OCMW's. Een belangrijke factor binnen de ziekteverzekering is de complexiteit van procedures en de administratie. Tevens verloopt de onderlinge samenwerking tussen de verstrekkers vaak stroef. Medische informatie wordt niet altijd doorgegeven tussen verschillende instellingen of zelfs tussen de diensten van een instelling. Bovendien is het taalgebruik van medische hulpverleners niet altijd even begrijpbaar.

De werking van de OCMW's wordt bekritiseerd omwille van de grote complexiteit en het gebrek aan uniformiteit in de regelgeving van de OCMW's om financiële bijstand te ontvangen voor medische zorgen.

Vandenbempt (2001)⁴⁹ 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 wat de auteur aanhaalt 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 wat wordt gemaakt tussen sociaal-economische en psycho-sociale hulpverlening, wat zeker niet ten goede komt van een effectieve en efficiënte hulpverlening voor kansarmen.

3.3.4. Het ontbreken van niet-professionele steun

Door mantelzorg kan dure professionele hulp worden vermeden. Patiënten die een dergelijke steun ontberen, worden gezien als een categorie met een verhoogde kans op financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg. Ook werd in de studie van Vanroelen (2004) aangetoond dat de financiële compensatie voor een ziekte of handicap onder de vorm van een vervangingsinkomen en/of een tegemoetkoming, dikwijls onvoldoende is om de verhoogde uitgaven te dragen. Heel wat gezinnen van zieken of gehandicapten moeten daarom, naast het beroep doen op hun eigen reserves zich wenden tot de familiale solidariteit. Wanneer deze mogelijkheid ontbreekt, wordt de kans op financiële toegankelijkheidsproblemen ook vergroot.

3.3.5. Het gebrek aan kennis en weerbaarheid

De complexiteit van de gezondheidszorg en ziekteverzekering en de 'kennis' en 'weerbaarheid' van de patiënt staan met elkaar in verband. Bovendien zal de factor 'kennis' ook een invloed hebben op de uitgavenprioriteiten van een individu of een huishouden. Wie onvoldoende op de hoogte is, zal minder prioriteit geven aan het afsluiten van facultatieve verzekeringen, aan preventieve zorg, enz. In het onderzoek van Willems, De Roo en Haedens (2003)⁵⁰ werden de toegankelijkheidsbevorderende maatregelen die men de laatste jaren vanuit het beleid heeft genomen, getoetst aan de ervaringen en percepties van mensen die in armoede leven. Hieruit blijkt dat

⁴⁹ Vandenbempt, K., (2001), *Op eigen kracht verder. Hulpverlening aan huis bij kansarmen*. HIVA-K.U.Leuven, Leuven

⁵⁰ Willems, S., De Roo, L., en N., Haedens, (2003), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport*. Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, Gent

sommige maatregelen inderdaad leiden tot een minder dure gezondheidszorg, maar dat hierdoor ook de wetgeving ingewikkelder wordt. Sannen (2003)⁵¹ stelt dat het geheel van hulpverleningsvoorzieningen ingewikkeld is. Het zijn voornamelijk de sociaal meest kwetsbaren die vaak verloren lopen in dit kluwen.

Het voorkomen van één van deze knelpunten kan genoeg zijn om financiële toegankelijkheidsproblemen te krijgen; (hoge) medische zorgbehoeften zijn zelfs een noodzakelijke voorwaarde. De meest kwetsbare mensen combineren echter een aantal van deze knelpunten, wat hun situatie uniek maakt.

3.3.6. (On)toegankelijkheid door (lacunes in) het aanbod

Wachlijsten

Eén van de toegankelijkheidsproblemen die te maken hebben met het aanbod, is het gebrek aan capaciteit waardoor wachlijsten ontstaan. Er zijn momenteel wachlijsten in PVTs, initiatieven voor Beschut Wonen en in iets mindere mate in psychiatrisch ziekenhuizen. Het meest uitgesproken zijn de wachlijsten in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg⁵². In 2006 kregen 53.439 personen hulp in een CGG (2006)⁵³. In 2007 is dit aantal gedaald tot 47.978 personen. Deze daling wordt door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid met name toegeschreven aan een nieuwe manier van registreren.

De gemiddelde wachttijd bij een CGG tot het intakegesprek steeg van gemiddeld 24 dagen in 2004 naar gemiddeld 28 dagen in 2006. Bovendien steeg ook de wachttijd tussen het intakegesprek en de start van de behandeling van 52 dagen in 2004 naar 54 dagen in 2006. Als men de cijfers echter vergelijkt met gegevens van voor 2004, ziet men dat de langere wachttijden (3 maanden en meer) verminderd zijn⁵⁴. Opvallend is ook dat het aantal cliënten per aantal inwoners in de provincie Limburg hoger is dan in de Antwerpse Kempen, West-Vlaanderen en het noordwesten van Oost-Vlaanderen.

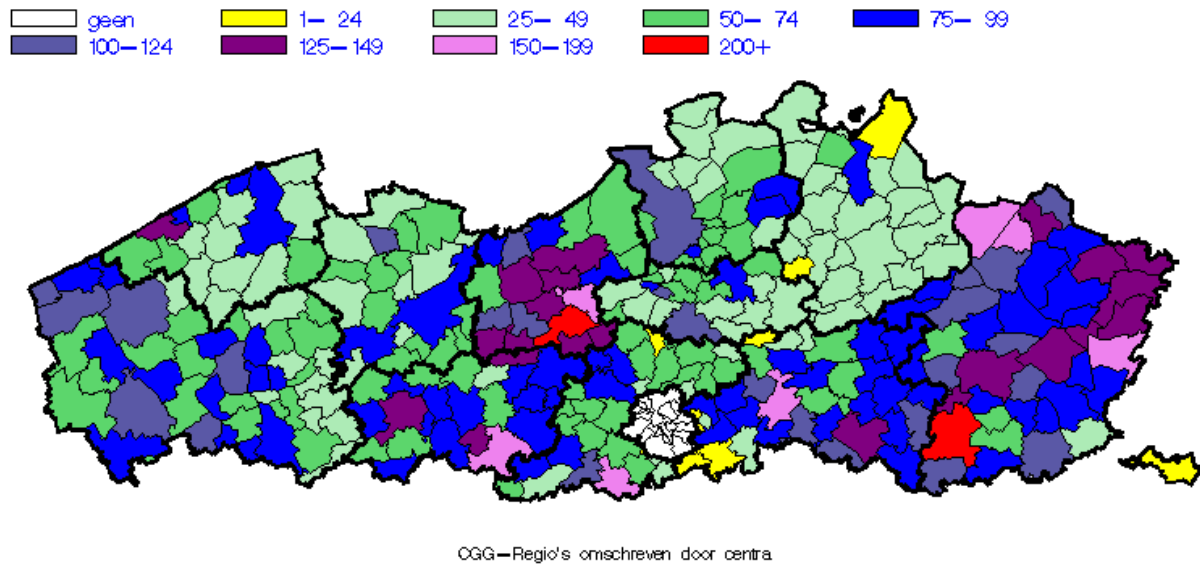
⁵¹ Sannen, L., (2003), *Drempels naar welzijnsvoorzieningen: de cliënt aan het woord. Literatuurstudie en diepte-interviews bij kansarmen en etnisch-culturele minderheden*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven

⁵² Zie ook Bracke, E., (2005), *Hoe gezond is de psychiatrie? (deel 1)*, in: Weliswaar, december 2005, Brussel, p29-33

⁵³ Cloots, H., et al., (2007), *Gezondheidsindicatoren 2006 Vlaams Gewest. Kerncijfers CGG*, Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, Brussel

⁵⁴ Deze cijfers zijn gebaseerd op de publicatie van Cloots, et al, (2007). Op de website van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid staan echter andere cijfers voor wat onder de wachttijden betreft. De cijfers op de website laten zien dat er geen verandering is gebeurd in het aantal dagen wachttijd tot het intakegesprek in de periode 2004-2007 (gemiddeld 24 dagen) en dat er een daling van de wachttijd heeft plaatsgevonden tussen het intakegesprek en de start van de behandeling in dezelfde periode (49 dagen in 2004 naar 45 dagen in 2007).

Kaart 1: Aantal patiënten in CGG per 10.000 inwoners – inwoners per 01.01.2007



Bron: Arcade registratiegegevens CGG, 2007, http://www.zorg-en-gezondheid.be/woonplaats_cli%C3%ABnten_CGG.aspx

Volgens Vandenberghe (2008)⁵⁵ staan op de wachtlijsten van CGG steeds meer mensen met ernstige psychische problemen die om financiële redenen nergens anders terecht kunnen. De bijdrage die een patiënt zelf moet betalen in een CGG wordt aangepast aan zijn/haar financiële draagkracht. Dit heeft ook te maken met de inhoud van het decreet op de CGG's (1999) waarin wordt gesteld dat zij specifieke aandacht dient te besteden aan sociaal en financieel zwakkere personen. De opdracht van de CGG's komt echter meer en meer onder druk door de stijgende armoede, zo stelt Vandenberghe. Bovendien neemt de druk op CGGs ook toe door de steeds kortere opnames in psychiatrische ziekenhuizen door de vermindering van het aantal bedden de afgelopen jaren. "Door vermaatschappelijking van de zorg (en de-institutionalisering) en toenemende armoede groeit dus de nood aan toegankelijke en betaalbare ambulante zorg". Daarenboven hebben wachtlijsten in de ene zorgvorm gevolgen voor andere zorgvormen.

Lacunes in het aanbod

Naast het gebrek aan capaciteit, is het aanbod ook niet volledig afgestemd op de vraag en vallen deelgroepen buiten het aanbod van elke voorziening, zoals mentaal gehandicapten met een psychiatrische aandoening, forensische GGZ-cliënten met persistent en storend gedrag, GGZ-cliënten die naar Beschut Wonen kunnen mits meer intensieve begeleiding wordt aangeboden (waardoor meer doorstroom vanuit psychiatrische ziekenhuizen mogelijk wordt en waardoor er opnames in PVT's zouden kunnen worden voorkomen), GGZ-cliënten die langdurig in behandeling zijn in een psychiatrisch ziekenhuis maar onvoldoende gestabiliseerd zijn om in aanmerking te komen voor een PVT⁵⁶.

⁵⁵ Vandenberghe, J. (psychiater) in De Standaard van 17.10.2008: *Armen hebben ook recht op geestelijke gezondheidszorg*,

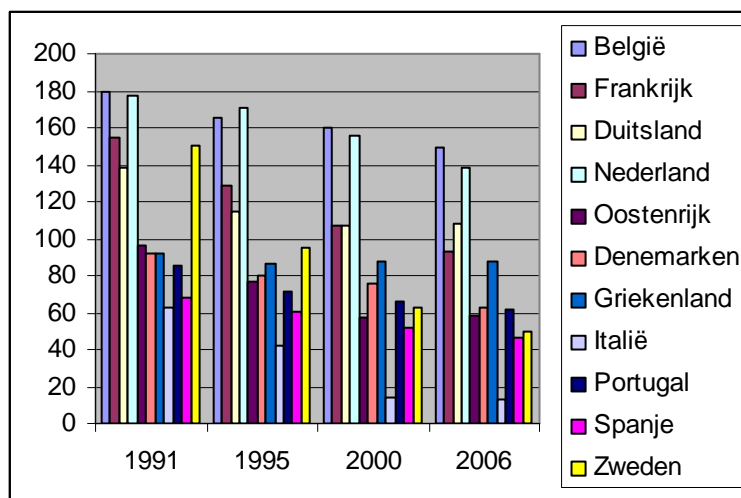
⁵⁶ Zie onder meer VVI, (2004), *Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Geestelijke Gezondheidszorg: Knelpuntennota*, Caritas, VVI vzw, Brussel

Een ander relevant aspect gekoppeld aan het aanbod is de veranderende vraag die een aangepast aanbod vereist. Reeds in de 'Blauwdruk voor een functiegeoriënteerde en regionaal geplande ambulante geestelijke gezondheidszorg' (1995) stelde de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg dat de vraag naar hulpverlening toeneemt en dat de vragen een andere inhoud hebben gekregen. De uitbreiding van de vraag heeft verschillende oorzaken, waaronder de democratisering van de geestelijke gezondheidszorg waardoor deze toegankelijker is geworden voor alle bevolkingsgroepen. Bovendien heeft de verdunning van sociale netwerken en individualisering als gevolg dat sociale ondersteuning wordt ondermijnd en dat mensen sneller een beroep doen op professionele zorg. Tevens wordt gewezen op het veranderd cultureel beeld over psychisch ziek zijn. De opvatting over ziekte is verruimd; meer psychische fenomenen worden gezien als afwijkend.

Een toename van psychiatrische problemen is volgens Cools (2006) vooral te verwachten in hoofdzakelijk cultureel bepaalde stoornissen, zoals depressie en psychotrauma. Op korte termijn wordt geen grote toename verwacht van voornamelijk biologische aandoeningen zoals schizofrenie en autisme⁵⁷.

Het aantal ziekenhuisbedden voor chronische psychiatrische patiënten is de laatste jaren in België gedaald. Echter, België staat nog altijd in de hoogste top in Europa wat betreft het aantal psychiatrische bedden per 100.000 inwoners, zoals blijkt uit volgende figuur 4⁵⁸.

Figuur 4: Aantal psychiatrische bedden per 100.000 inwoners (periode 1991-2006)



Bron: European health for all database (HFA-DB), WHO/Europe - <http://data.euro.who.int/hfad/> Voor Portugal zijn de laatste beschikbare resultaten van 2005 – deze laatste cijfers werden gebruik in de grafiek.

Het afbouwen van ziekenhuisbedden is volgens De Wachter (2008)⁵⁹ gestart vanuit een nobel idee. In Italië ging men in de jaren zeventig de psychiatrische ziekenhui-

⁵⁷ Cools, B., (2006), Hoe verdrijven we de geestelijke gezondheidszorg, in: Alert, 32, nr5, p60-70, Pluralistisch Overleg Welzijnswerk, Berchem

⁵⁸ De cijfers voor België zien er als volgt uit: 179,31 bedden per 100.000 inwoners in 1991; 149,66 bedden per 100.000 inwoners in 2006. In Zweden zien we de meest spectaculaire daling van 150,46 bedden in 1991 naar 49,3 bedden in 2006. In Zweden heeft men zo'n 15 jaar geleden GGZ-functies overgeheveld naar de gemeenten.

⁵⁹ Dirk De Wachter, psychiater-psychotherapeut in De Morgen van 21 april 2008: "Niemand hoort de chronische patiënt, ook niet in de psychiatrie".

zen afschaffen maar al snel bleek dat heel wat patiënten totaal verloren liepen. Daar werd voor het eerst vastgesteld dat het afbouwen van ziekenhuizen op zich een goede zaak is, op voorwaarde dat er alternatieven zijn. Begeleid wonen, psychiatrische thuiszorg en dagactiviteitencentra helpen hierbij, alleen loopt de uitbouw ervan veel trager dan de afbouw van de chronische bedden.

3.3.7. (On)toegankelijkheid door wettelijke bepalingen en bevoegdheidsverdelingen

Geestelijke gezondheidszorg is zowel een materie die hoort bij de Federale als bij de Vlaamse overheid. Geestelijke gezondheid is Federale materie terwijl de Vlaamse gemeenschap door haar bevoegdheid voor persoonsgebonden aangelegenheden een beleid kan ontwikkelen met eigen middelen. Tot nu toe heeft dat in de praktijk met name betekend dat de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg door de Vlaamse overheid worden gefinancierd.

Daarnaast kan de toegankelijkheid ook worden beïnvloed door historisch gegroeide regels, die onder meer een goede overgang naar een andere zorgvorm bemoeilijken. Een aantal sprekende voorbeelden wordt uitgelegd in de voornoemde knelpuntennota van het VVI (2004), zoals bijvoorbeeld bij toepassing van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. In deze wet wordt bepaald dat als de vrederechter een beslissing heeft genomen tot een observatieperiode in het kader van een gedwongen opname, de duur daarvan 40 dagen bedraagt. Men kan enkel vroeger worden ontslagen na een beslissing van de vrederechter of mits uitdrukkelijke toestemming van het geneesheer-diensthof. In de praktijk komt dit laatste bijna nooit voor omdat dit in feite een gezondheidsverklaring betekent op verantwoordelijkheid van de geneesheer-diensthof. Het voorstel is binnen deze periode van 40 dagen zowel een residentiële opname als een ambulante behandeling met verplichte nazorg onder te brengen. Zo kan men tijdens de observatieperiode ook reeds verplichte nazorg instellen.

Bovendien kunnen ook knelpunten worden vastgesteld die te maken hebben met de complexiteit van procedures, o.m. van de OCMW's om financiële bijstand te ontvangen voor medische zorgen⁶⁰.

3.3.8. Bestaande taboes en andere drempels

Het is maatschappelijk (nog) niet helemaal aanvaard om psychische problemen te hebben, laat staan ermee naar buiten te komen. Dit vormt vaak een belemmering voor mensen om de stap te zetten naar de geestelijke gezondheidszorg. Daarenboven zijn weinig mensen vertrouwd met psychiatrische voorzieningen en weten velen niet waar ze heen kunnen.

Een bijkomend element is de geografische toegankelijkheid, namelijk de afstand tot de zorgstructuren (zie o.m. Van Den Eynde, 2005⁶¹ in Levecque en De Boyser,

⁶⁰ Zie onder meer Vanroelen, Smeets, T., en F., Louckx, (2004), *Nieuwe Kwetsbare Groepen in de Belgische Gezondheidszorg*, Academia Press, Gent

⁶¹ Van Den Eynde, M., (2005), *Naar een grotere toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg: de vele uitdagingen*, p23-31, in: Lampaert, F., Rondia, K., en Van Den Wouwer, K., (eds), *Dichtbij de mensen. Een mozaïek van ideeën en initiatieven omtrent geestelijke gezondheid*, Koning Boudewijnstichting, Brussel

2006). Het gebrek aan vervoersmogelijkheden of beperkte mobiliteit kan ook een belangrijke drempel zijn om beroep te doen op bepaalde voorzieningen.

In de conclusies van het Forum 'Armoede en gezondheid' (2002)⁶², wordt gesteld dat ook drempels kunnen worden vastgesteld met betrekking tot de sociale context, namelijk de plaats die iemand inneemt binnen het sociale netwerk (het feit dat iemand alleen de verantwoordelijkheid heeft voor de zorg van zieke ouders bijvoorbeeld, zal meespelen in de keuze om al dan niet medische hulp voor zichzelf te zoeken), de stevigheid van het sociaal netwerk waarop iemand kan terugvallen en de reacties en vooroordelen ten aanzien van mensen die in armoede leven (zie ook volgende paragraaf 3.4).

3.4. De rol van armoede bij instroom in de psychiatrie

Uit cijfers blijkt dat mensen met een lagere sociale status (opleidingsniveau, activiteitsstatus en inkomensniveau) vaak in slechtere gezondheid verkeren, een verminderde toegang tot de gezondheidszorg hebben en vroeger sterven dan mensen met een hogere positie op de sociale ladder⁶³. In een uitgebreide studie over de billijkheid van de financiering van de gezondheidszorg, (2003)⁶⁴, wordt gesteld dat de omvang van de consumptie van medische zorg in grote lijnen in overeenstemming is met de gezondheidstoestand van het individu. Wanneer het inderdaad zo is dat ziekte voornamelijk geconcentreerd is bij de lagere socio-economische groepen en deze ziekte aanleiding geeft tot medische consumptie, dan is het duidelijk dat ook de uitgaven voor gezondheidszorg niet gelijkmatig verdeeld zijn over de bevolking.

Inzake de psychische gezondheid werd bij 8% van de bevolking van 15 jaar en ouder een depressie vastgesteld. Depressies komen gevoelig meer voor bij vrouwen (10% versus 6% mannen), zieken/invaliden (38% tegenover 5% bij werkenden en 12% bij werklozen), werklozen (12% tegenover 5% bij werkenden), lage inkomens en laagopgeleiden⁶⁵.

Het verband tussen socio-economische situatie en geestelijke gezondheid werd door verschillende auteurs aangetoond. De Boyser (2007)⁶⁶ baseert zich hiervoor op de gezondheidsenquêtes van 2001 en 2004 en toonde aan dat mensen met een inkomen onder de armoedegrens meer risico hebben op depressies (verschil van 4%) en angststoornissen (verschil van 3,7%). De resultaten zijn nog opmerkelijker wanneer men personen die betaald werk verrichten, vergelijkt met werklozen, zieken of invaliden (zie tabel 7).

⁶² Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede, (2002), *Eindbesluiten Forum 'Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Van ervaringen en onderzoek naar beleid'*, Brussel, 14.12.2002

⁶³ http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_gezondheid.htm

⁶⁴ De Graeve, D., Schokkaert, E., en B., Cantillon, et al, (2003), *Billijkheid in de financiering van de gezondheidszorg*, UFSIA en Katholieke Universiteit Leuven

⁶⁵ http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_gezondheid.htm

⁶⁶ De Boyser, K., (2007), *Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers*, in: Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007, Antwerpen, OASeS, p153-166

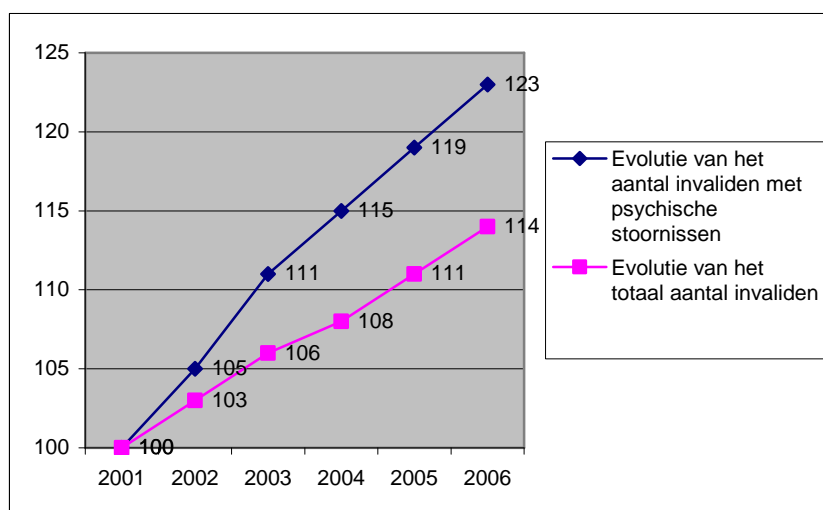
Tabel 7: Verschillen inzake geestelijke gezondheid, volgens activiteit (gegevens voor Vlaanderen)⁶⁷

	Psychologisch onwelbevinden	Ernstige mentale problemen	Depressieve gevoelens	Angststoornissen	Slaapproblemen
Werkzaam	19,8%	9,5%	4,5%	3,5%	16,2%
Werkloos	30,7%	18,9%	15,3%	10,9%	24,5%
Ziek of invalide	49,7%	37,9%	37,5%	26,5%	48,4%

Avalosse, et al (2008) gaan in hun artikel onder meer in op opname in een psychiatrische instelling en socio-economische status. Hieruit concluderen zij dat personen uit de zwakste klasse een bijna 60% hoger risico lopen in vergelijking met de referentiepopulatie (alle leden van de Christelijke Mutualiteiten) om opgenomen te worden in een psychiatrische instelling of in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Wanneer men deze groep vergelijkt met hen die tot de hoogste klasse behoren, is hetzelfde risico twee keer zo groot.

Interessant is ook het verband tussen geestelijke gezondheid en invaliditeit. Op basis van RIZIV cijfers blijkt dat het aantal invaliden dat kampt met psychische stoornissen in de periode 2001-2006 is gestegen (figuur 5). Het aantal van patiënten met psychische stoornissen in de groep invaliden is gestegen van 30% in 2001 naar 33% in 2006. Hiermee staat de groep op de eerste plaats binnen de totale groep invaliden wat aantallen betreft⁶⁸.

Figuur 5: Evolutie van het aantal invaliden met psychische stoornissen⁶⁹



Bron: RIZIV jaarverslagen 2005, 2006, 2007

⁶⁷ Gezondheidsenquête 2001-2004, opgenomen in: De Boyser, K., (2007), *Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers*, in: Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007, Antwerpen, OASeS, p153-166

⁶⁸ Hierbij dient te worden opgemerkt dat mechanismen kunnen spelen die we eerder hebben vermeld in dit rapport, namelijk dat de opvatting over psychische ziekten is verruimd en dat mogelijk meer psychiatrische problemen worden gezien als afwijkend.

⁶⁹ Cijfers uit de jaarverslagen RIZIV 2006 en 2007. Het aantal in 2001 is gelijk gesteld aan 100.

Ook komt uit studies dat mensen met een zwakke socio-economische status een minder uitgebreid *sociaal netwerk* lijken te hebben en minder beroep kunnen doen op sociale ondersteuning (Willems, 2007 in Gillis en Mertens, 2007)⁷⁰. De Boyser en Levecque (2007)⁷¹ kwamen tot de vaststelling dat inzake de structurele dimensie van het sociaal netwerk (hoeveel personen kent men, hoe vaak ziet men deze mensen en welk soort mensen zijn dit?) er geen significante verschillen vast te stellen zijn boven en onder de armoededrempel. Anders ligt het voor functionele dimensie (kwaliteit van het netwerk: de ondersteuning die iemand binnen zijn netwerk kan hopen te bekomen). Personen die onder de armoedegrens leven kunnen bij problemen minder op hun omgeving terugvallen. Zij hebben ook minder kans om een kwaliteitsvolle ondersteuning te krijgen.

Dierckx (2007)⁷² stelt dat de mentale kostprijs van armoede enorm is en dat omgekeerd psychische problemen ook ertoe leiden dat mensen in armoede terecht komen. Heel wat medische zorgen worden niet of nauwelijks terugbetaald door de verplichte of aanvullende verzekeringen (die bovendien voor mensen met beperkte financiële middelen te duur zijn).

Verlies van inkomsten en hoge zorguitgaven kunnen bij een opname in de psychiatrie ook aanleiding geven tot verarming. Dit is zeker het geval indien men langer dan 1 jaar opgenomen is, daar de MAF enkel de remgelden van het eerste jaar in rekening brengt (zie ook Levecque en De Boyser, 2006).

In het rapport van Beck (2001)⁷³ wordt verwezen naar het Black Report uit 1980⁷⁴ dat als mijlpaal wordt beschouwd in het onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hierin worden vier categorieën van mogelijke verklaringen voor sociaal-economische verschillen in gezondheid naar voren gebracht. Mackenbach (1994)⁷⁵ gaat dieper in op deze verklaringshypothesen:

- **Artefact verklaringen:** hierbij wordt gesteld dat het niet bewezen is dat er een sociale gradiënt is in gezondheid. De waargenomen gezondheidsverschillen zouden louter te wijten zijn aan fouten in de gegevensverzameling of onderzoeksmethoden. Aan deze categorie van verklaringen wordt inmiddels nog maar weinig belang gehecht. Hiervoor zijn er verschillende redenen:
 - Gedurende de laatste decennia is veel materiaal verzameld waarin telkens opnieuw duidelijke sociale gradiënten werden vastgesteld in talrijke gezondheidsaspecten.
 - In verschillende grootschalige onderzoeken met klinische metingen werden substantiële sociale gradiënten in gezondheid gevonden.

⁷⁰ Gillis, O. en R., Mertens, (2007), *Armoede schaadt de gezondheid*, in: CM-Informatie 231, maart 2008, p4-16; Willems, S, et al, (2007), *Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique*, in: Sante conjuguee, Volume 40, p25-34

⁷¹ De Boyser, K., en K., Levecque, (2007), *Armoede en sociale gezondheid: een verhaal van povere netwerken*, in: Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007, Antwerpen, OASeS, p167-178

⁷² Dierckx, D., (2007), *Gezondheid te koop*, in: Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2007, Antwerpen, OASeS, p137-158

⁷³ Beck, M., (2001), *Theoretische achtergrondstudies in verband met ongelijkheid en gezondheid. Deel 2*. Promotor: Prof. Dr. F. Louckx, in opdracht van Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden, VUB, Brussel

⁷⁴ Department of Health and Social Security, (1980), *Inequalities in Health. Report of a research working group*. De voorzitter van deze werkgroep was Sir Douglas Black, vandaar de verwijzing naar dit rapport als het Black-rapport.

⁷⁵ Mackenbach, J.P., (1994), *Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*, Van Gorcum, Assen

- Ook werd aangetoond dat methodologische onvolmaaktheden niet altijd leiden tot een overschatting van sociale gradiënten in gezondheid.

Dit betekent niet dat men geen oog moet hebben voor mogelijke vertekeningen in de gegevens of methodologische hindernissen; echter het lijkt inmiddels wel duidelijk dat het verband tussen sociaal-economische status en gezondheid zeker niet kan worden weg verklaard op grond van methodologische fouten.

- **Selectietheorieën:** *sociaal-economische situatie is gevolg van de gezondheids-toestand.* Hierbij staat de stelling centraal dat sociaal-economische gezondheidsverschillen ontstaan doordat verschillen in gezondheid leiden tot verschillen in sociaal-economische status. M.a.w.: een minder goede gezondheid leidt tot neerwaartse sociale mobiliteit, waardoor minder gezonde personen terechtkomen in lagere sociale categorieën. Er wordt nog onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten van selectie (intra en intergenerationele en indirecte en directe selectie).
- **Materialistische/structurele verklaringen:** *sociaal-economische situatie is de oorzaak van gezondheidstoestand.* Bij deze wordt de rol van materiële deprivatie benadrukt. Vaak wordt beklemtoond dat het niet zozeer de absolute materiële deprivatie of armoede is die tot een minder gunstige gezondheid leidt, maar wel de relatieve deprivatie (de relatieve armoede van de laagstbetaalden in de rijke westerse samenleving). Het gaat hierbij om alle leefomstandigheden die ongunstiger zijn in de lagere sociaal-economische categorieën en een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de gezondheidsstatus.
- **Culturele/gedragmatige verklaringen:** *verschillen in cultuur of gedrag krijgen de belangrijkste rol toebedeeld in verklaring van sociaal-economische gezondheidsverschillen.* In tegenstelling tot de vorige categorie van verklaringen, wordt hier dus meer de nadruk gelegd op de leefstijl dan op de levensomstandigheden.

Daarnaast is er ook de **life events** benadering als mogelijke verklaring van sociaal-economische verschillen in gezondheid. Alle lagen van de bevolking worden doorheen hun leven geconfronteerd met demografische gebeurtenissen en inkomensveranderingen. Niet iedereen ondervindt hiervan dezelfde gevolgen. Sommigen belanden als resultaat in een situatie van armoede en sociale uitsluiting. De impact van 'life events' op sociale uitsluiting en armoede wordt onder meer beschreven door Dewilde (2002), (2004)⁷⁶. In eerste plaats wordt verwezen naar demografische gebeurtenissen die betrekking hebben op veranderingen in de structuur van het gezin, zoals bijvoorbeeld een echtscheiding, het overlijden van een partner, het verlaten van de ouderlijke woning om een eigen huishouden te beginnen. In tweede instantie kunnen veranderingen in het gezinsinkomen een rol spelen als 'life event'. Bovendien wordt nog een residuele klasse van levensgebeurtenissen onderscheiden, zoals financiële problemen of andere vormen van sociale uitsluiting ten gevolge van ziekte of ongeval.

Ten eerste wordt geconcludeerd dat eenzelfde gebeurtenis verschillende gevolgen kan hebben voor verschillende personen en gezinnen. Ten tweede hebben bepaalde bevolkingsgroepen het moeilijk om een 'normale' levensloop uit te bouwen. Dit betekent een dubbele handicap wanneer deze groepen geconfronteerd worden met life

⁷⁶ 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

events die hun economisch welzijn beïnvloeden. De middelen waarover personen en gezinnen beschikken om deze life events te hanteren, zijn ongelijk verdeeld.

De wijze waarom de systemen van middelenverdeling in onze samenleving georganiseerd zijn (via de welvaartsstaat, de arbeidsmarkt en het gezin), draagt bovendien bij aan het feit dat de ongelijke levenskansen die aan begin van de levensloop bestaan, door de tijd heen worden geaccentueerd. Bovendien stelt de auteur vast dat de mate waarin mensen een beroep kunnen doen op de welvaartsstaat om zich te wapenen tegen ongewenste life events, afhankelijk is van de mate waarin iemand in staat is om een 'normale' levensloop uit te bouwen.

3.5. De rol van armoede bij door- en uitstroom uit de psychiatrie

In het onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2008)⁷⁷, wordt een onderscheid gemaakt tussen re-integratie (doorverwijzing naar voorzieningen in de gemeenschap) en heroriëntatie (doorverwijzing naar andere residentiële setting zoals PVT, RVT, instelling voor personen met mentale handicap of ziekenhuis). Uit het onderzoek blijkt dat in België meer wordt geheroriënteerd dan gere-integreerd. Uit de IMA gegevens (databank van terugbetaalde ziektekostenactiviteiten beheerd door intermutualistisch Agentschap) blijkt dat 6 maanden na het initieel ontslag uit T-bedden⁷⁸ een deel van de populatie dat bij ontslag verwezen werd naar een geïntegreerde voorziening uiteindelijk toch werd geheroriënteerd. De kans op re-integratie is het grootst voor die groep met de kortste verblijven (minder dan 2 jaar). Die kans wordt zeer klein voor personen met een verblijf dat langer is dan 6 jaar en voor oudere personen. Ondanks de beperkingen van de databanken en methodologische beperkingen, geeft het rapport aan dat op basis van een statistische schatting een niet verwaarloosbare groep van patiënten in T-bedden een klinisch profiel heeft dat ook wordt waargenomen in Beschut Wonen of daghospitalisatie. In Vlaanderen lijkt op basis van een statistische schatting het aandeel van re-integreerbare personen (ongeveer 15-20%) groter dan in Wallonië (ongeveer 10%) en Brussel (ongeveer 5%).

In de VVI publicatie van 2008 wordt het volgende gesteld "Een selectie dringt zich op. In de praktijk merken we dat de financiële toestand van de kandidaat bewoners (van psychiatrische ziekenhuizen) in grote mate bepaalt wie effectief naar PVT doorstroomt en wie niet. Diegenen die het kunnen betalen stromen door, de andere niet". Wanneer personen in een PVT verblijven, hebben zij naast de vaste verblijfkosten ook nog variabele kosten die zwaar kunnen doorwegen, zoals kosten voor het wassen van kledij, aankoop van kledij, remgeld medische consultaties, enz.

Elke PVT bewoner heeft recht op gegarandeerd zakgeld (vanaf 01.09.08 €170,86 per maand) waarvan het bedrag wordt aangepast aan de index⁷⁹. Bovendien mag dit bedrag niet dienen voor de betaling van reguliere kosten zoals de aankoop van kledij, vergoeding bewindvoerder, enz. Echter, in de Knelpuntennota van het VVI (2008) wordt aangegeven dat in de Belgische regelgeving nergens wordt bepaald wie

⁷⁷ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, (2008), *Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-Bedden. KCE reports 84A*, Brussel

⁷⁸ T-bedden zijn bedden in diensten voor neuropsychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten.

⁷⁹ Het KB van 13 december 2002 legt een minimum maandelijks bedrag vast als zakgeld voor bewoners van psychiatrisch verzorgingstehuizen.

aan de PVT bewoner dit recht op zakgeld moet garanderen. Er ontstaat een probleem in twee situaties:

- Indien een PVT bewoner over voldoende inkomen beschikt, maar zijn/haar financiën worden geregeld door een bewindvoerder. In dit geval beslist de bewindvoerder in welke mate dit zakgeld wordt toegekend.
- Indien een PVT bewoner niet over voldoende inkomen beschikt en beroep moet doen op OCMW-steun. Op dat ogenblik beslist het lokale OCMW-bestuur in welke mate zij het zakgeld toekent aan de bewoner. De OCMW's hebben echter een wettelijke stimulans om dit wel te doen, namelijk mits naleving van deze voorwaarde mogen zij 60% van hun totale tussenkomst voor de PVT bewoner recupereren bij de federale overheid. In de studie wordt ook gezegd dat uit eigen onderzoek blijkt dat een grote meerderheid van de OCMW's - maar niet alle -, het gegarandeerd zakgeld toekennen.

In de publicatie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg van 2008⁸⁰ wordt gesteld dat wat de financiering betreft alsook de eigen bijdragen, belangrijke maatschappelijke vragen kunnen worden gesteld. De publieke kostprijs is het hoogst voor langverblijvende patiënten in T-bedden. De (geschatte) hoogste persoonlijke bijdrage van de patiënten moet worden betaald in PVTs en Beschut Wonen. Dit doet volgens het rapport billijkheidsvragen rijzen voor patiënten die naar deze alternatieven worden doorverwezen.

3.6. Nieuwe ontwikkelingen

Het boek van Kerkhofs en Van Regenmortel, (2005)⁸¹ geeft een goed overzicht van nieuwe ontwikkelingen binnen geestelijke gezondheidszorg die de hulpverlening efficiënter en effectiever moeten maken. Ook andere auteurs, waaronder Vanroelen, et al, (2004)⁸² leveren hier een bijdrage aan:

- Een eerste ontwikkeling die wordt beschreven is de **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. Dit houdt een proces van de-institutionalisering in waarbij de zorg zoveel mogelijk in de samenleving wordt aangeboden. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer empowerment, community care en vraagsturing⁸³. Hierbij wordt ook een verschuiving in terminologie opgemerkt van patiënt (een term die afhankelijkheid veronderstelt) naar cliënt (weerspiegeling van een beeld van de zelfbewuste mens die verantwoordelijkheid neemt voor de eigen keuzen). In Nederland heeft deze evolutie onder meer vorm gekregen in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning die tot doel heeft “iedereen – oud en jong, gehandicapt en niet-gehandicapt, autochtoon en allochtoon, met en zonder

⁸⁰ KCE, (2008), *Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden*. KCE reports 84A, Brussel

⁸¹ Kerkhofs, R., en T., Van Regenmortel, (2005), *Versterkend werken door nieuwe vormen van liaisons. Methodiekontwikkeling voor de bevordering van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor personen die in armoede leven*, HIVA, Leuven

⁸² Vanroelen, C., en T., Smeets, F., Louckx, (2004), *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg*, eindrapport, Academia Press

⁸³ Zie onder meer de Nederlandse Thesaurus Zorg en Welzijn, <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/index2.htm>, 2008

problemen – volwaardig aan de samenleving (te laten) deelnemen”⁸⁴. Een geslaagde vermaatschappelijking stelt bepaalde voorwaarden die ook Kerkhofs en Van Regenmortel in hun boek aanhalen, o.m. dat het proces van vermaatschappelijking pas voltooid is wanneer de ontvangende samenleving werkelijk open staat voor kwetsbare groepen en hen het mogelijk maakt ‘erbij te horen’ (zie onder meer Kal, 2002)⁸⁵. De Rick, et al (2000 in: Loosveldt en Van Buggenhout, (2002))⁸⁶, geven aan dat het ontwikkelen van maatschappelijke steunsystemen cruciaal zijn in het proces van vermaatschappelijking. Deze systemen worden gevormd door een samenhangend geheel van personen (professionals en niet-professionals), instanties uit de geestelijke gezondheidszorg alsook uit het maatschappelijk domein. De Rick en Van Audenhove (2000)⁸⁷ zien het zorgcoördinatieplan als een belangrijk instrument. Het is een zorgplan dat instellingsoverschrijdend is en dat bestemd is voor de hulpverleners om het samenspel, de continuïteit en de kwaliteit van de zorg voor een cliënt te bevorderen.

Als vermaatschappelijking van de zorg onder meer betekent dat men mensen met psychische problemen zoveel mogelijk onderdeel van de samenleving moet laten worden of laten blijven en dat zij zoveel mogelijk gebruik moeten kunnen maken van de diensten die voor iedere burger toegankelijk zijn, betekent dat dit een zaak is dat verschillende beleidsdomeinen raakt.

- Een volgende ontwikkeling is de **marktwerking** en het commerciële initiatief in de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. 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)⁸⁸. De graad van marktwerking wordt door Zorgnet Vlaanderen in Mahieu en Denier gedefinieerd als de mate waarin de marktkrachten verantwoordelijk zijn voor de prijsvorming, de hoeveelheid die wordt geproduceerd en geconsumeerd en de kwaliteit van het product. Bij minder overheidsregulering ontstaat er meer marktwerking en dus meer concurrentie. Marktwerking kan een bijdrage leveren aan een toegankelijke, kwalitatieve en betaalbare zorg, maar Zorgnet Vlaanderen is van mening dat dit vooral via samenwerking moet en kan; samenwerking tussen voorzieningen onderling en tussen voorzieningen en beroepsgroepen. Een doorgedreven marktwerking zou de leefbaarheid van basisvoorzieningen in het gedrang kunnen brengen.

⁸⁴ Tweede Kamer (2003/2004a). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 29538, nr. 1.

⁸⁵ Kal, D., (2002), *Zorg voor kwetsbare groepen. Over mismatch, presentie en gastvrijheid*, in GGD nieuws, n5, p6-10

⁸⁶ De Rick, K., Van Audenhove C., en F., Lammertyn, (2000), *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Eerste tussentijds rapport juni 2000*, LUCAS, Leuven; Loosveldt, G., en B., Van Buggenhout, (2002), *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg en het zorgcoördinatieplan. Een ruime omkadering en toetsing aan de regelgeving inzake de persoonlijke levenssfeer*, deelrapport, LUCAS, Leuven

⁸⁷ De Rick, K., en C., Van Audenhove, (2000), *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Projecttekst – werkdocument* LUCAS, Leuven

⁸⁸ Mahieu, S., en Y., Denier (red), (2009), *Zorg te koop? Standpunten van Zorgnet Vlaanderen over privatisering, commercialisering en marktwerking*, Brussel

- Een begrip wat in één adem wordt genoemd met de vermaatschappelijking van de zorg is **empowerment**. De wortels van dit concept situeren zich in de jaren '60 en '70 in de Verenigde Staten met de radicale bewegingen voor sociale actie en volkswontwikkeling (feminisme, enz.). Van Regenmortel (2002) geeft de volgende definitie van empowerment: “*Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie*” (p76)⁸⁹. Het empowermentparadigma heeft invloed op de hulpverlening, namelijk op:
 - De manier waarop interventies worden ontwikkeld. Men gaat namelijk uit van een pro-actieve benadering vanuit een krachtenperspectief dat zich richt op de sterke kanten van de cliënt en zijn/haar omgeving. De veronderstelling is dat individuen op langere termijn beter zullen functioneren als ze worden geholpen bij het identificeren, herkennen en gebruiken van de krachten en bronnen waarover zij zelf en/of hun omgeving beschikken (zie o.m. Saleebey, 1992)⁹⁰.
 - Een fundamentele verandering in de klassieke machtsrelatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Bovendien betekent het ook dat er aandacht moet worden geschonken aan de sociale netwerken van de hulpvrager.
 - Aandacht voor de organisatorische context en voor samenwerking tussen organisaties. Omdat deze benadering vertrekt van een zo volledig mogelijk beeld en een multi-disciplinaire assessment, is een goede samenwerking tussen de verschillende organisaties nodig. **Casemanagement** wordt hierbij gezien als coördinatiemechanisme en zorginhoudelijke ontwikkeling om een op maat gesneden hulp te voorzien waarbij de noden van de hulpvrager op de voorgrond komen te staan.

- **Zorgcircuits**. Naar aanleiding van een gemeenschappelijke verklaring hebben de ministers van Volksgezondheid op 24 juni 2002 beslist het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg in België te organiseren volgens de principes van doelgroepen en netwerken met het oog op het aanbieden van een geïntegreerde verzorging waarin de patiënt centraal staat alsook het waarborgen van de zorgcontinuïteit. Voor elke doelgroep dient een specifiek aanbod of zorgcircuit te worden uitgetekend; op organisatorisch vlak dient dit zich te vertalen in een netwerk tussen alle betrokken zorgaanbieders (Demotte, 2005)⁹¹. Door het ontwikkelen en implementeren van zorgcircuits, wordt de samenwerking tussen de betrokken voorzieningen gestimuleerd en geformaliseerd, terwijl ook de schotten tussen de voorzieningen worden doorbroken. Met zorgcircuits worden verschillen zorgverleners uit diverse voorzieningen samengebundeld om een inhoudelijk samenhangend zorgaanbod aan te bieden aan een bepaalde doelgroep. Samen dragen zij de verantwoordelijkheid om zorg op maat van de hulpvrager aan te bieden (NRZV, 1997, in Nassen, 2001)⁹².

⁸⁹ Van Regenmortel, T., (2002), *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*, in: Vranken, e.a. Armoede en Social Uitsluiting, Jaarboek 2002, Acco, Leuven/Leusden, p71-84

⁹⁰ Saleebey, D. (ED)(1992), *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. NY: Longman.

⁹¹ Demotte, R., (2005), *Beleidsnota inzake geestelijke gezondheidszorg*. Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

⁹² Nassen, E., (2001), *Tien stappen in de concretisering van een nieuw begrippenkader voor de geestelijke gezondheidszorg*, in: Tijdschrift Klinische Psychologie, nr. 1, p37-48

De federale overheid stimuleert zorgvernieuwing in de GGZ aan de hand van diverse **pilootprojecten**. Sinds 2007 zijn de Therapeutische projecten en het Transversaal overleg opgestart. Deze projecten hebben als doel te komen tot een reorganisatie van het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg in zorgcircuits en netwerken⁹³. MOSAiek in het Maasland is één van deze projecten. Het team bestaat uit een psychiater, een psycholoog, maatschappelijk assistenten en psychiatrische verpleegkundigen. Het project is in eerste instantie bedoeld voor volwassenen met een langdurig psychiatrisch probleem en waarvan de toestand enigszins gestabiliseerd is. De manier van samenwerking in het project, opgestart in 2003, was nieuw. Voordien werkten de psychiatrische hulpverleners van verschillende organisaties naast elkaar; dankzij het project kunnen zij voor het eerst allemaal op de hoogte blijven van de specifieke situatie van patiënten en onderling informatie uitwisselen. Het voornaamste doel is het vermijden van onnodige opnames in het ziekenhuis. Het project werkt samen met het netwerk rond de patiënt zoals de thuiszorg en de OCMWs⁹⁴.

⁹³ Stand van zaken 'Pilootprojecten in de GGZ', in: Overspil, jaargang 15, nummer 37, juni 2008, p17-18, Hasselt

⁹⁴ Unieke samenwerking in Maasland, in: De Standaard, dinsdag, 3 februari 2004

4. Case OPZC Rekem

4.1. Korte beschrijving van de instelling

Het openbaar psychiatrisch zorgcentrum 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.

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 waaruit Hotel Min is ontstaan.

Onderstaande tabel 8 maakt duidelijk dat de in- en uitstroom uit het psychiatrisch ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgingstehuis in het OPZC Rekem in de periode 2003-2007 van dezelfde grootorde zijn. Dit heeft te maken met het aantal erkende bedden waarover het OPZC Rekem beschikt. In 2006 zien we een opvallend hogere instroom in het psychiatrisch ziekenhuis in vergelijking met voorafgaande jaren. Een mogelijke verklaring hiervoor is de combinatie van een dynamisering van het beleid gevoerd door de psychiaters en de nieuwbouw.

Tabel 8: In- en uitstroom in het psychiatrisch ziekenhuis 2003-2007

Psychiatrisch ziekenhuis	2003	2004	2005	2006	2007
Instroom	409	439	412	603	548
Aanwezig op 31/12	296	294	291	326	278
Uitstroom	403	437	418	567	597

Tabel 9: In- en uitstroom in het psychiatrisch verzorgingstehuis 2003-2007

Psychiatrisch verzorgingstehuis	2003	2004	2005	2006	2007
Instroom	65	58	32	60	59
Aanwezig op 31/12	187	183	170	175	180
Uitstroom	58	60	44	55	53

4.2. Profiel van de patiënten in OPZC Rekem

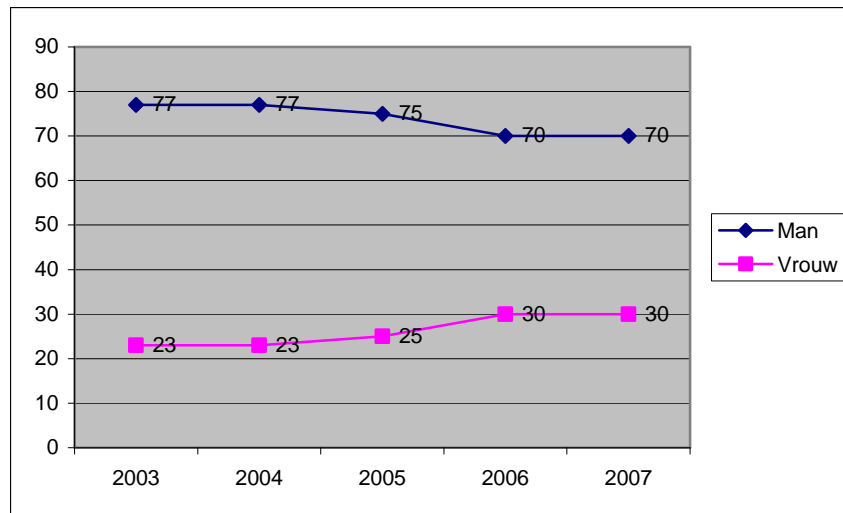
Het profiel van de patiëntengroepen in OPZC Rekem werd samengesteld op basis van MPG in de periode 2003-2007. Voor sommige variabelen werden deze gegevens aangevuld met informatie uit patiëntendossiers en dit voor een steekproef uit de populatie aanwezig in het psychiatrisch ziekenhuis op 01.01.2003 en uit de populatie aanwezig in het psychiatrisch verzorgingstehuis op 01.01.2003.

Psychiatrisch ziekenhuis

Geslacht

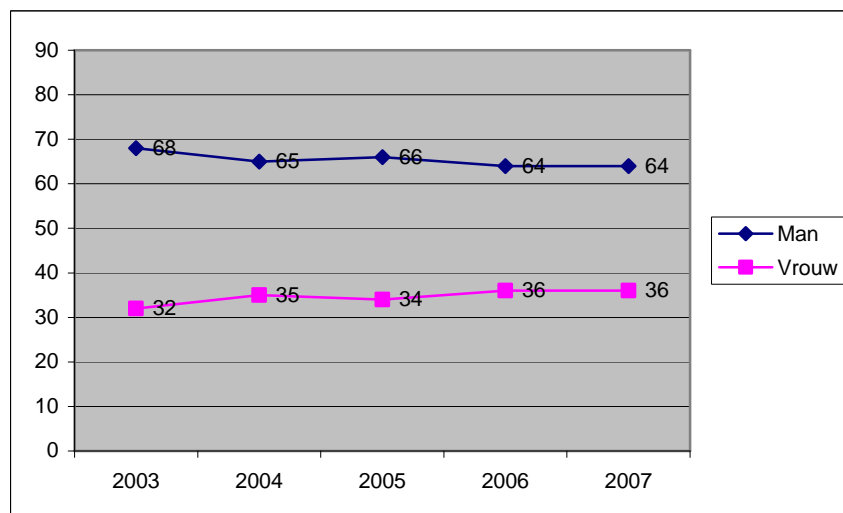
Het merendeel van de patiënten in het ziekenhuis zijn mannen. In 2003 was dit percentage 77% bij de aanwezige populatie. Dit percentage is echter op 5 jaar tijd met 7% gedaald (figuur 6).

Figuur 6: Geslacht aanwezige populatie - ziekenhuis (in percentages) (2003-2007)



Bij de instroom in de periode 2003-2007 zijn duidelijk meer vrouwen, namelijk 36% in 2007 (figuur 7) in vergelijking met de aanwezige populatie in dezelfde periode.

Figuur 7: Geslacht instroom populatie - ziekenhuis (in percentages) (2003-2007)

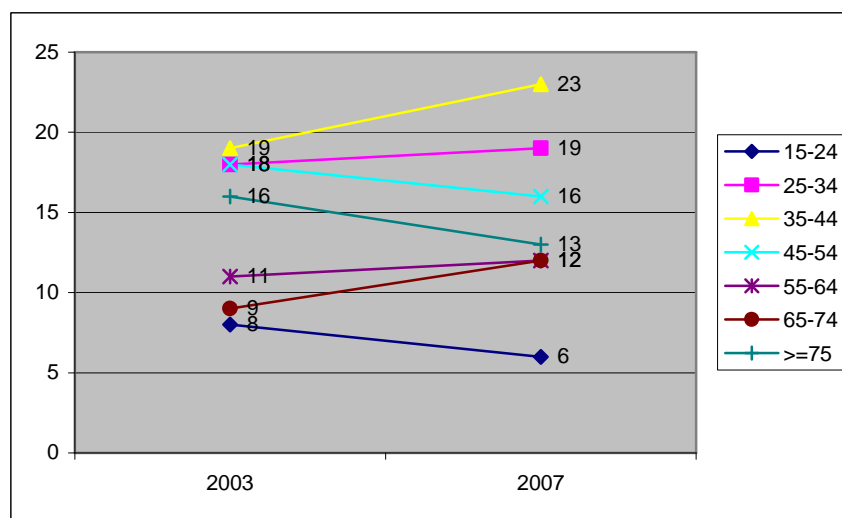


De in- en uitstroom lopen qua geslacht van de populatie gelijk: er stromen evenveel mannen in als er uitstromen en hetzelfde geldt voor de vrouwen.

Leeftijd

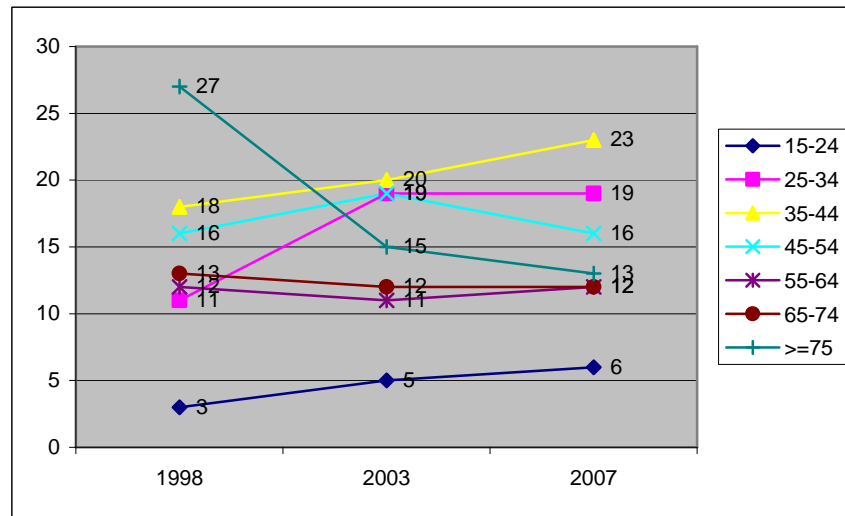
Gedurende de periode 2003-2007 is de leeftijdsopbouw in de aanwezige populatie in beperkte mate veranderd (zie figuur 8). De grootste stijging (alhoewel ook slechts 4%) kan worden teruggevonden in de leeftijdsgroep 35-44 jaar; de grootste daling in de leeftijdscategorie +75 jaar (3%).

Figuur 8: Verschuivingen in de leeftijdsgroepen van de aanwezige populatie – ziekenhuis (in percentages) (2003-2007)



Ongeveer bij de helft medewerkers van het ziekenhuis (54%) die hebben deelgenomen aan de groepsgesprekken bestaat het beeld dat de gemiddelde leeftijd van de patiënten waar zij mee werken de laatste jaren lager is geworden. Dit kunnen we ook afleiden uit de groep *instromers* in de periode 2003-2007. Hier bestaat de grootste groep (gemiddeld 37%) uit 15-34 jarigen, terwijl deze leeftijdscategorie bij de aanwezigen gemiddeld 23% uitmaakt. Dit betekent dat de leeftijd van de patiënten inderdaad een dalende trend vertoont.

Figuur 9: Leeftijdsopbouw van de aanwezige populatie - ziekenhuis (in percentages) (1998-2007)



De analyse van de MPG over een langere periode (1998-2007) (figuur 9), toont een forse daling in de groep +75 jaar (een daling van 14% op 10 jaar tijd) en een stijging in de groep 25-34 jarigen (8% op 10 jaar tijd).

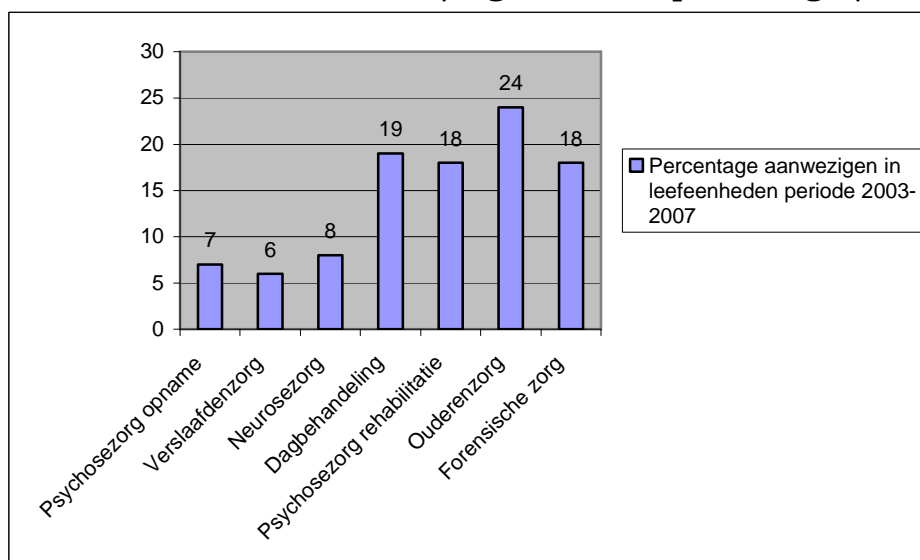
Woonplaats

Gemiddeld 91% van de instromers in de periode 2003-2007 is gedomicilieerd in een Limburgse gemeente. Gemiddeld 4% van de groep instromers is gedomicilieerd in een Antwerpse gemeente.

Leefeenheid

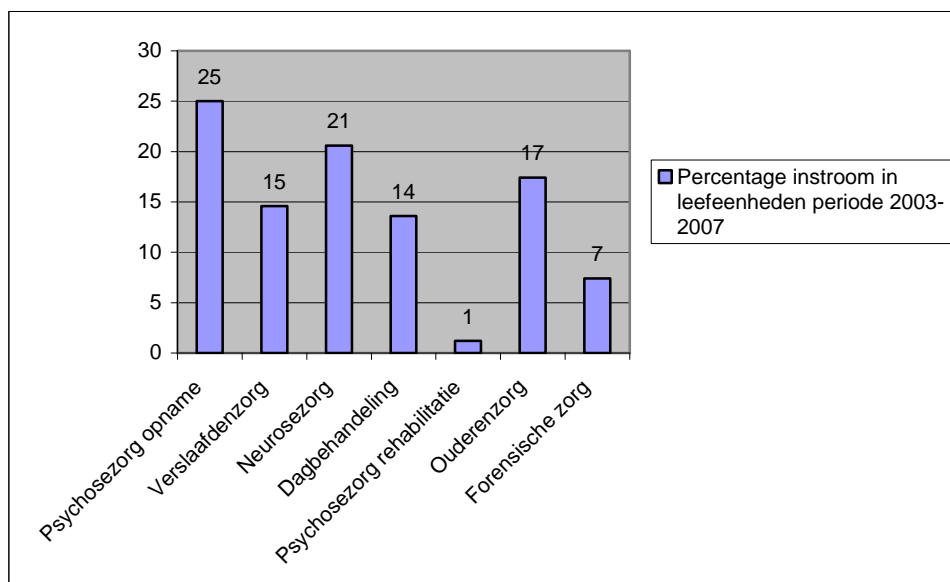
De grootste groep aanwezige patiënten was in de periode 2003-2007 ingedeeld in de ouderenzorg (gemiddeld 24% van de totale aanwezige populatie in 2003-2007), gevolgd door dagbehandeling (gemiddeld 19%) en forensische zorg (gemiddeld 18%) en psychozorg (gemiddeld 18%) (figuur 10).

Figuur 10: Leefeenheid bij de aanwezige patiënten in de periode 2003-2007 – ziekenhuis (in gemiddelde percentages)



Bij de instroom in de periode 2003-2007 (figuur 11) werden de meesten opgenomen in de psychose zorg opname (gemiddeld 25% van de totale populatie die in deze periode werd opgenomen), de neurosezorg opname (gemiddeld 21%) en de ouderenzorg (gemiddeld 17%).

Figuur 11: Leefeenheid bij instroom in de periode 2003-2007 – ziekenhuis (in gemiddelde percentages)



De meeste patiënten stroomden in deze periode uit in de neurozorg opname (gemiddeld 20% van de totale populatie die in deze periode uitstroomde), de ouderenzorg (gemiddeld 18%) en de psychosezorg opname (gemiddeld 17%).

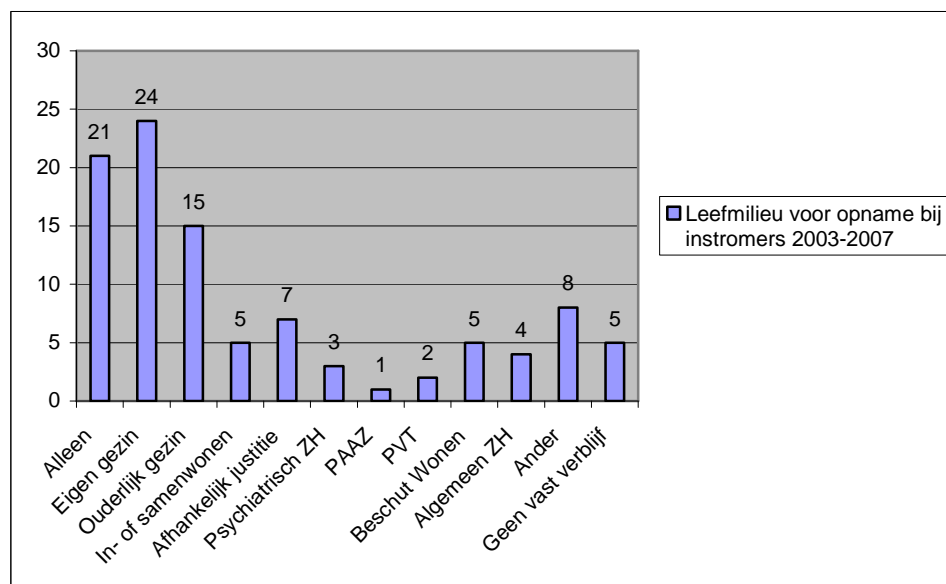
Wijze van opname

Gemiddeld 77% van de populatie die in de periode 2003-2007 instroomde, deed dit op vrijwillige basis. Dit betekent dat er geen wettelijke voorwaarden van kracht zijn. Dit percentage fluctueerde in deze periode tussen 74 en 79%. Bij de degenen die met wettelijke voorwaarden instroomden, was de groep 'opname ter observatie' (of gedwongen opname) het grootst (42% van de totale groep die in de periode 2003-2007 instroomde met wettelijke voorwaarden). Dit is opname als gevolg van de toepassing van de wet van de bescherming van de geesteszieke. Deze groep wordt gevolgd door de groep 'geïnterneerden' (38% van de groep die instroomden met wettelijke voorwaarden). Dit is een opname als gevolg van de toepassing van de wetten ter bescherming van de maatschappij. Het gaat hier om patiënten die na psychiatrisch onderzoek ontoerekeningsvatbaar werden verklaard voor strafbare feiten.

Leefmilieu vóór opname

Het leefmilieu vóór opname is de verblijfs- of woonvorm waar de patiënt gedurende de laatste 3 maanden voorafgaand aan de medische opname hoofdzakelijk leefde. De grootste groep instromers komt uit een eigen gezin of heeft voor opname alleen gewoond. (zie figuur 12).

Figuur 12: Leefmilieu voor opname bij instromers in de periode 2003-2007 - ziekenhuis (in gemiddelde percentages)



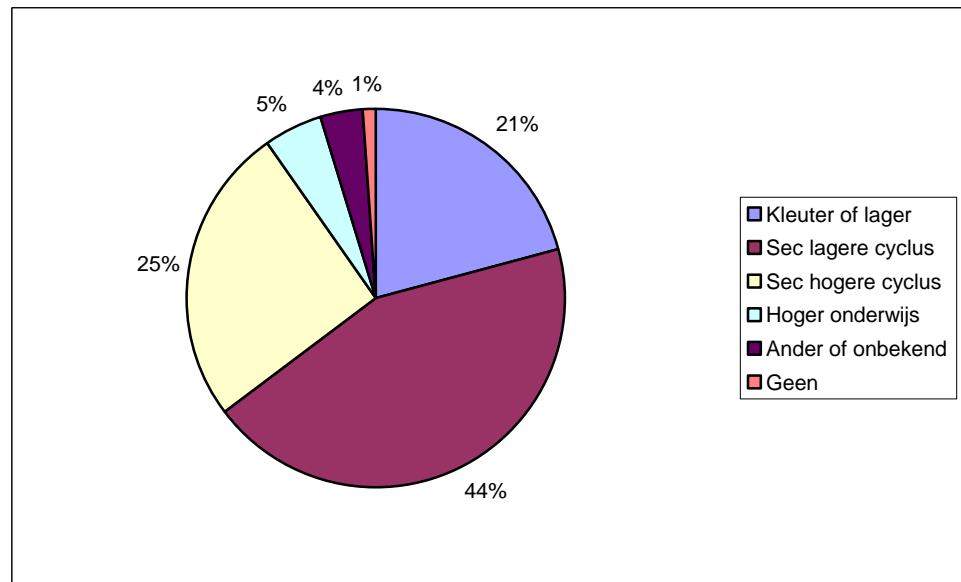
In de periode 2003-2007 zijn hierin wat veranderingen opgetreden: de groep instromers die voor opname alleen woonden, is gestegen met 11%; de groep met een eigen gezin is gestegen met 7% en de groep instromers uit een algemeen ziekenhuis is gedaald

van 10% in 2003 naar 0% in 2007⁹⁵. Gemiddeld over de periode 2003-2007 heeft 4% van de instromers voor opname in het psychiatrisch ziekenhuis in een algemeen ziekenhuis verbleven.

**Gevolgd
onderwijs**

Gemiddeld 89% van de patiënten die in de referentieperiode instroomden, volgden gewoon onderwijs. Voor de grootste groep (gemiddeld 44%) was secundair onderwijs lagere cyclus het hoogste onderwijsniveau dat zij succesvol beëindigden (zie figuur 13). In de algemene populatie in België was dit cijfer 22% in de periode 2003-2006⁹⁶.

Figuur 13: Hoogste onderwijs dat succesvol werd afgerond door instromers in de periode 2003-2007 – ziekenhuis (gemiddelde percentages)



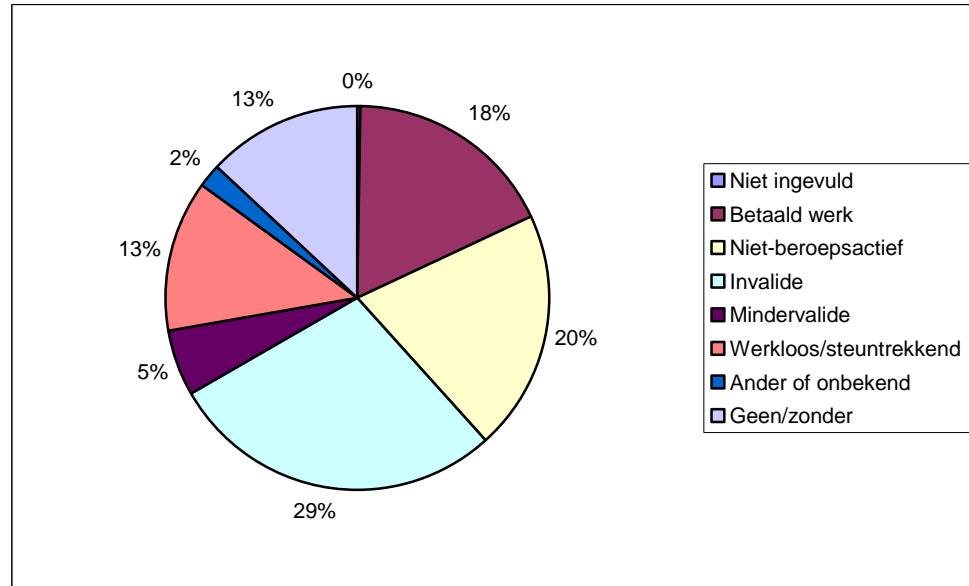
⁹⁵ Vanuit de instelling wordt echter aangegeven dat de laatste jaren wel nog patiënten zijn opgenomen die vanuit een algemeen ziekenhuis kwamen. Blijkbaar gaat het bij de gepresenteerde cijfers om registratiefouten.

⁹⁶ http://www.statbel.fgov.be/figures/d33_nl.asp

Beroeps status

Bij de groep patiënten die in de periode 2003-2007 instroomden in het psychiatrisch ziekenhuis, was de beroepssituatie bij opname divers zoals te zien in figuur 14.

Figuur 14: Beroepssituatie bij patiënten die instroomden in het psychiatrisch ziekenhuis in de periode 2003-2007 (gemiddelde percentages)



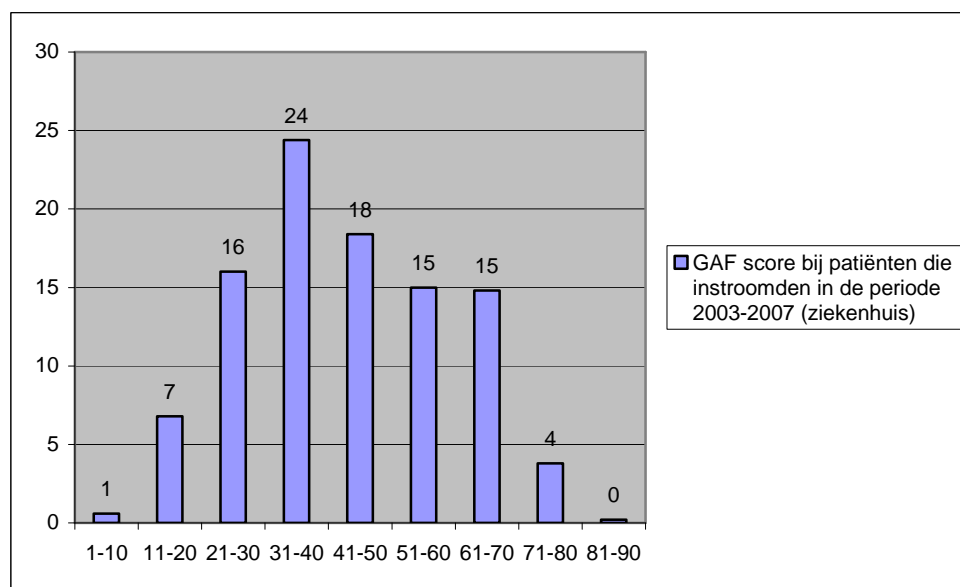
De grootste groep instromers (gemiddeld ongeveer 1/3) is invalide. Iemand wordt als invalide ingedeeld als hij/zij gewerkt heeft; als werknemer is aangesloten bij een ziekenfonds en na 1 jaar onafgebroken ziekte 'invalide' werd en dit nog is op het moment van opname. Gemiddeld 20% is niet beroepsactief (gepensioneerd, scholier, student).

Voor de grootste groep instromers die hadden gewerkt, was 'arbeider' het huidige of laatste hoofdberoep dat ze hadden uitgeoefend (75%), 11% was bediende en 6% zelfstandige. De overige 6% was het vorig/huidig beroep anders of onbekend.

GAF-score

De GAF-score (Global Assessment of Functioning) is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De GAF-score is een onderdeel van het DSM-IV-systeem, dat gebruikt wordt voor diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen. Hoe lager de score, hoe 'zwaarder' de problematiek

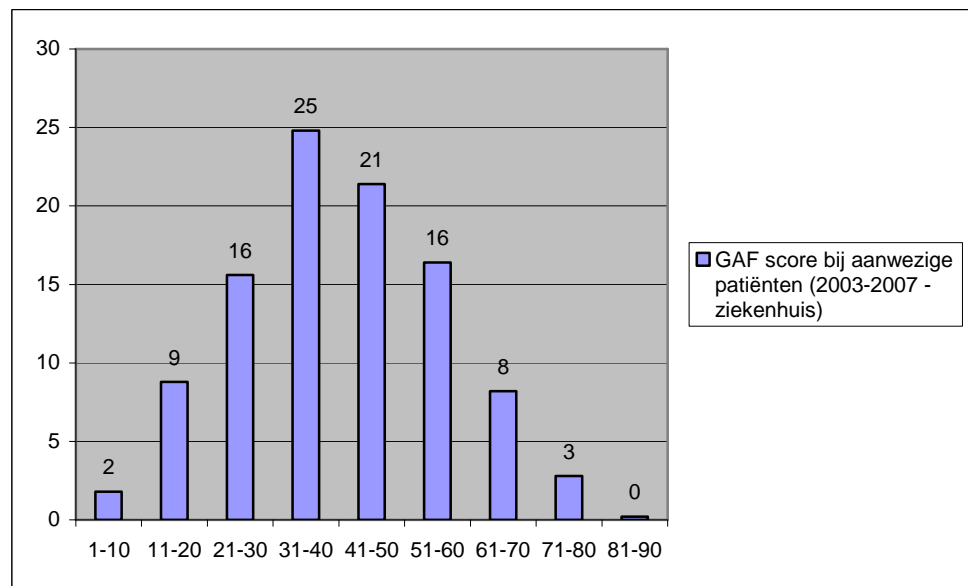
Figuur 15: GAF score bij patiënten die instroomden in de periode 2003-2007 - ziekenhuis (gemiddelde percentages)



De grootste groep van de patiënten die in de periode 2003-2007 in het ziekenhuis instroomden hadden bij opname een GAF-score tussen 31-40 wat betekent dat er enige vermindering is in realiteitsbesef of communicatie OF een sterke vermindering op verschillende terreinen (school, werk, gezins- of familierelaties, beoordelingsvermogen, denkvermogen of stemming).

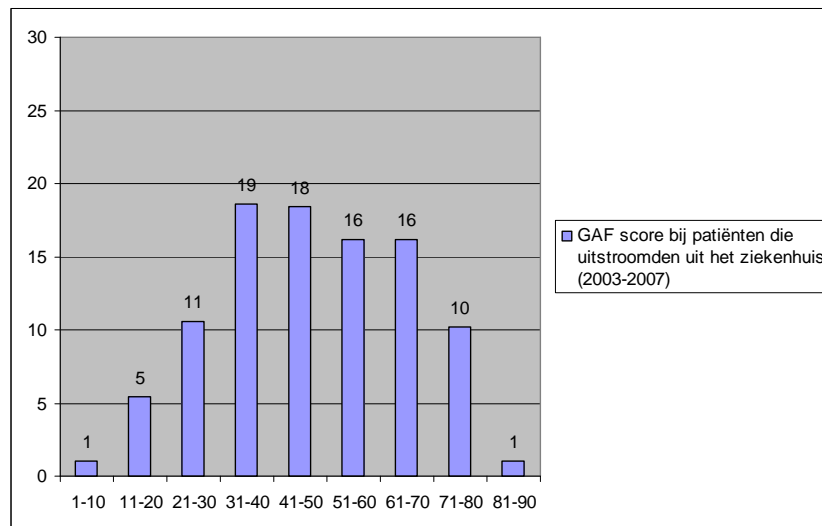
Bij de aanwezigen ziet de GAF-score er als volgt uit:

Figuur 16: GAF score bij aanwezige patiënten in de periode 2003-2007 - ziekenhuis (gemiddelde percentages)



Het grootste verschil is op te merken bij de patiënten met een GAF-score tussen 61-70; deze groep is groter bij de instromers dan bij de aanwezigen.

Figuur 17: GAF score bij patiënten die uitstroomden in de periode 2003-2007 - ziekenhuis (gemiddelde percentages)



De GAF scores bij de groep die uitstroomt uit het ziekenhuis liggen hoger dan bij de instromers.

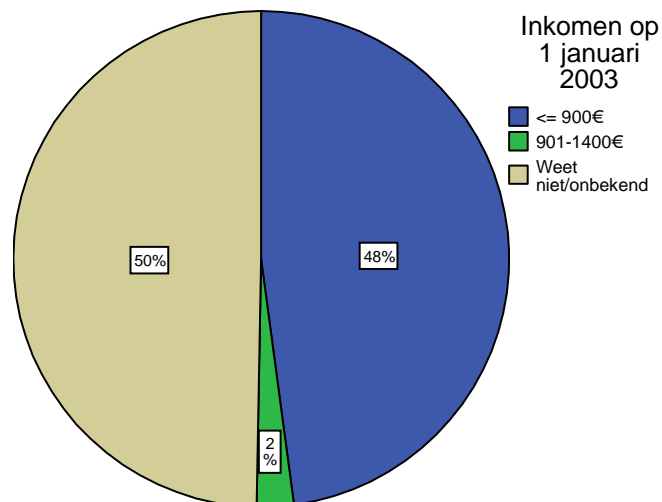
Inkomen

Op basis van de MPG kan geen inkomen worden vastgesteld, wel een inkomenssoort en dit op basis van de beroepsstatus bij opname (zie eerder).

Voor een steekproef uit de ziekenhuispopulatie aanwezig op 01.01.2003 hebben zijn de inkomensgegevens verzameld op basis van de patiëntendossiers⁹⁷. Van 83/165 personen in de steekproef werd het inkomen vastgesteld. Van deze 83 patiënten heeft 95 % een inkomen van maximum €900 per maand. Voor de meerderheid van de patiënten weten we echter het inkomen niet.

Wanneer we kijken naar de beroepssituatie van de patiënten die instroomden, zie we dat gemiddeld 29% invalide is; gemiddeld 20% niet beroepsactief is (gepensioneerd, scholier, student) en gemiddeld 18% mindervalide is.

Figuur 18: Inkomen steekproef patiënten aanwezig op 01.01.2003 in het psychiatrisch ziekenhuis (N= 83)⁹⁸



42% van de groep patiënten met een inkomen van €900 of minder was bij opname invalide. 30% staat in de MPG geregistreerd als 'geen betaald werk – andere' – 'geen/zonder', namelijk de patiënt die geen enkele beroepsstatus heeft gehad.

⁹⁷ Dit werd gedaan door de Sociale Dienst van het OPZC Rekem en dit om de privacy van de patiënten te waarborgen.

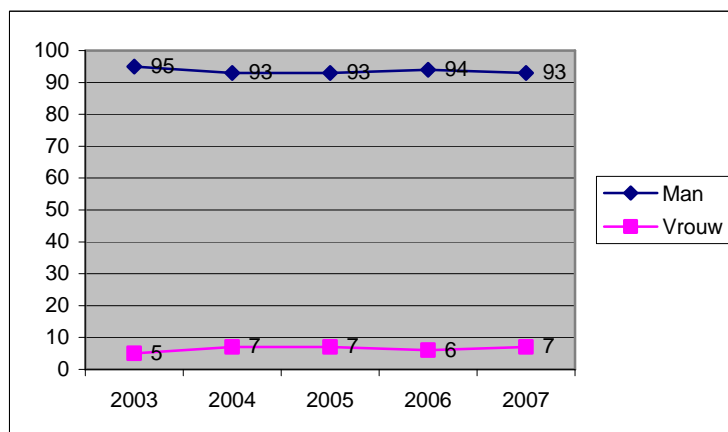
⁹⁸ €900 werd als richtlijn genomen, gebaseerd op een invaliditeitsuitkering in 2003 voor een alleenstaande.

Psychiatrisch verzorgingstehuis

Geslacht

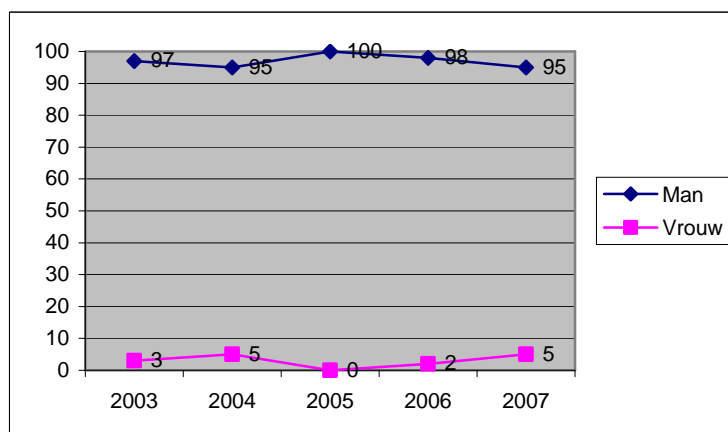
De overgrote meerderheid van de populatie in het psychiatrisch verzorgingstehuis zijn mannen, namelijk gemiddeld 94% van de aanwezige populatie in de periode 2003-2007.

Figuur 19: Geslacht aanwezige populatie – PVT (in percentages) (2003-2007)



Bij de patiënten die in dezelfde periode instroomden, is gemiddeld 97% mannen. Dit percentage is ongeveer gelijk gebleven in de periode 2003-2007.

Figuur 20: Geslacht instroom populatie – PVT (in percentages) (2003-2007)



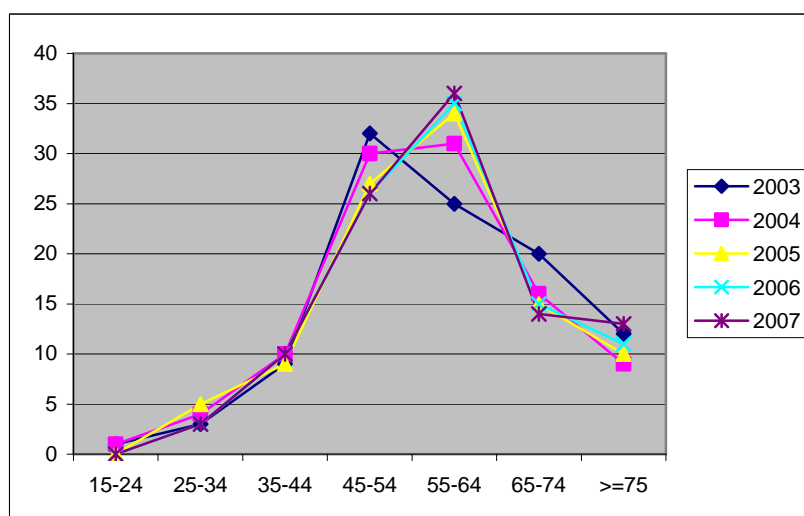
De in- en uitstroom lopen qua geslacht ongeveer gelijk in de periode 2003-2007.

Dit betekent dat er ongeveer een even groot percentage mannen instroomt als er uitstroomt en hetzelfde geldt voor het percentage vrouwen.

Leeftijd

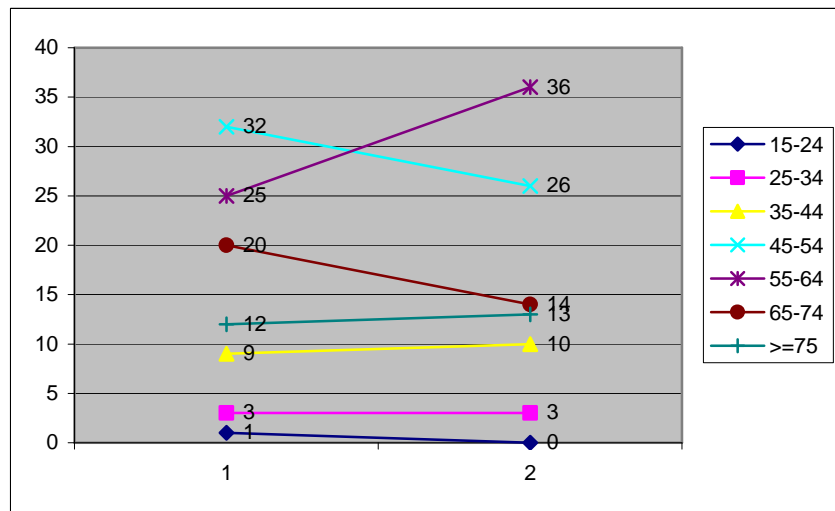
De leeftijdsopbouw is in de periode 2003-2007 veranderd bij de bewoners van het psychiatrisch verzorgingstehuis. Er is een toename van bewoners in de leeftijdsgroep 55-64 jaar en een afname in de leeftijdsgroepen 45-54 en 65-74 jaar.

Figuur 21: Leeftijdsopbouw van de aanwezige populatie in de periode 2003-2007 – PVT (in percentages)



Dit is ook vast te stellen op basis van onderstaande figuur 22 waaruit duidelijk blijkt dat er een stijging is van 11% in de groep 55-64 jaar; een daling van 6% in de groep 45-54 jaar en een even grote daling in de groep 65-74 jaar.

Figuur 22: Verschuivingen in de leeftijdsgroepen van de aanwezige populatie in de periode 2003-2007 – PVT (in percentages)



Bij de nieuwe patiënten (instromers) zien we de grootste verschuiving in de leeftijdsgroepen 35-44 jaar (daling van 13%) en 45-54 jaar (stijging van 10%).

De daling in leeftijd van de PVT populatie is af te leiden uit het gegeven dat de groep instromers in de leeftijd 15-34 tussen 2003 en eind 2007 gemiddeld 18%, terwijl de groep aanwezigen in dezelfde periode in de dezelfde leeftijdscategorie gemiddeld 4% is. De grootste groep instromers is de leeftijdsgroep 35-54 jarigen terwijl de grootste groep aanwezigen 55-74 jarigen is.

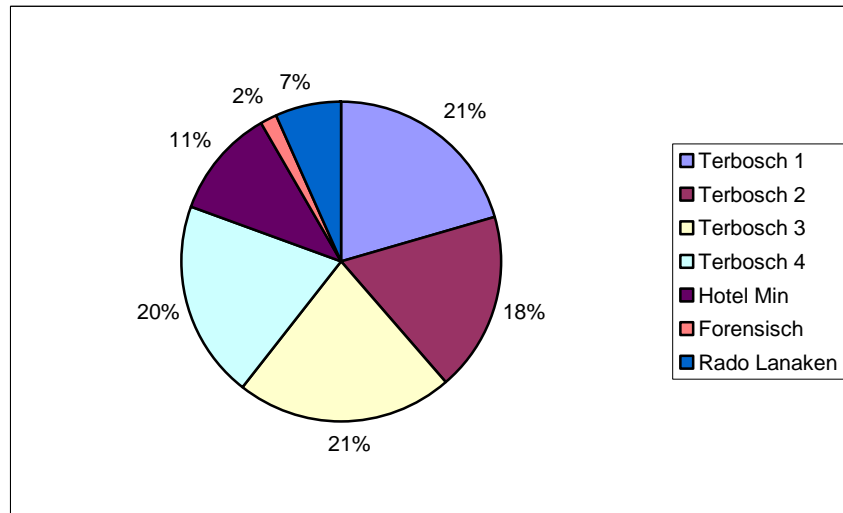
Woonplaats

Gemiddeld 54% van de instromers in de periode 2003-2007 is gedomicilieerd in een Limburgse gemeente; gemiddeld 43% in een Antwerpse gemeente. Dit heeft te maken met de instroom in Hotel Min in deze periode.

Leefeenheid

De groep aanwezigen in deze periode was vrij gelijk verdeeld over Terbosch 1, Terbosch 2, Terbosch 3 en Terbosch 4⁹⁹.

Figuur 23: Leefeenheid bij de aanwezige patiënten in de periode 2003-2007 – PVT (in gemiddelde percentages)

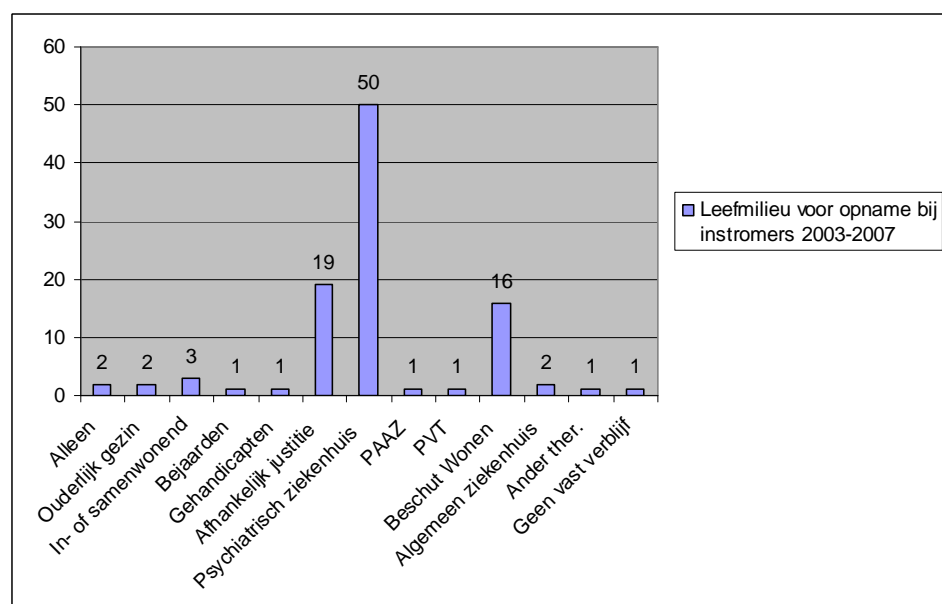


De grootste instroom in deze periode vindt plaats bij Hotel Min in Antwerpen (gemiddeld 67%). Tijdens dezelfde periode is de uitstroom uit Hotel Min gelijk aan de instroom.

Leefmilieu vóór opname

Het leefmilieu voor opname is de verblijfs- of woonvorm waar de patiënt gedurende de laatste 3 maanden voorafgaand aan de medische opname hoofdzakelijk leefde.

Figuur 24: Leefmilieu voor opname bij instromers in de periode 2003-2007 – PVT (in gemiddelde percentages)



⁹⁹ Dit zijn de benamingen van de afdelingen daterend van 2003.

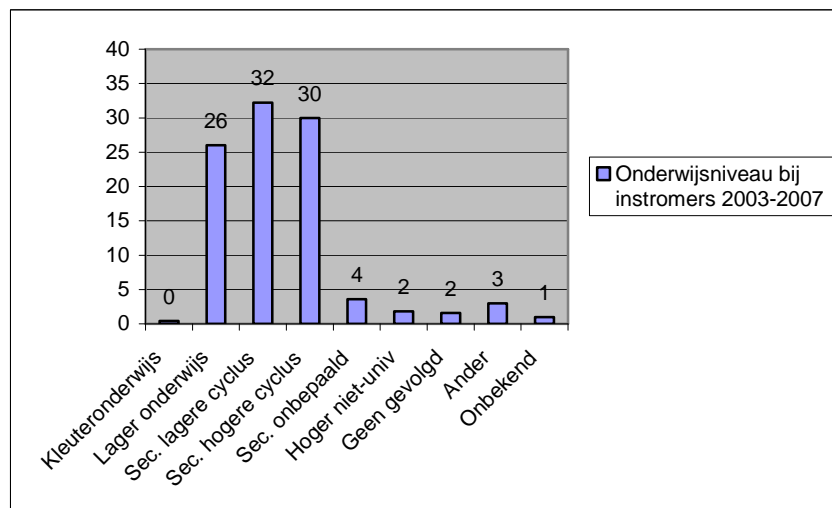
Voor de grootste groep van degenen die in de periode 2003-2007 instroomden (gemiddeld 71%), was dit een therapeutisch milieu (een psychiatrisch ziekenhuis, PAAZ, beschut wonen, algemeen ziekenhuis, PVT of ander therapeutisch milieu). Voor gemiddeld 72% van deze groep (gemiddeld 50% van de totale groep) is dit een psychiatrisch ziekenhuis; voor gemiddeld 22% is dit Beschut Wonen (gemiddeld 16% van de totale groep).

Gevolgd onderwijs

De meeste van de bewoners van PVT die in de periode 2003-2007 instroomden, hebben gewoon onderwijs gevolgd (71%); 26% heeft buitengewoon onderwijs gevolgd.

Voor 32% was het secundair onderwijs lagere cyclus het hoogste onderwijsniveau dat zij succesvol beëindigden; voor 30% was dit secundair onderwijs hogere cyclus. In de algemene populatie in België waren deze cijfers respectievelijk 22% en 31,5%¹⁰⁰.

Figuur 25: Onderwijsniveau bij instromers in de periode 2003-2007 – PVT (in gemiddelde percentages)

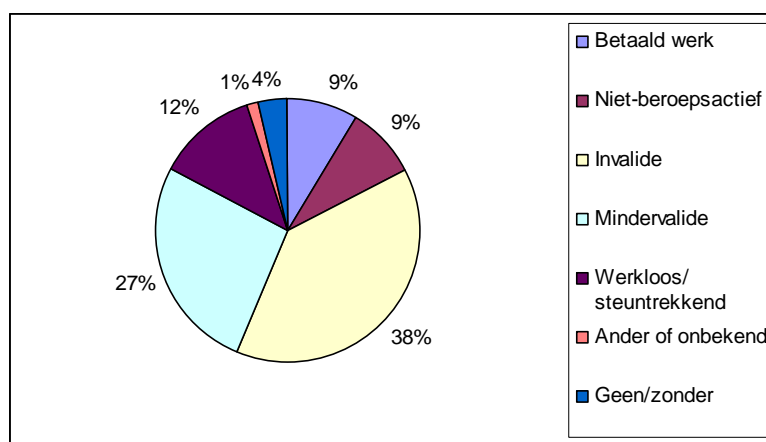


¹⁰⁰ http://www.statbel.fgov.be/figures/d33_nl.asp

Beroeps status

Bij de grootste groep patiënten (gemiddeld 38%) die in de periode 2003-2007 instroomden in het psychiatrisch verzorgingstehuis was de beroepsstatus invalide; gemiddeld 27% was mindervalide. Iemand wordt als invalide ingedeeld als hij/zij gewerkt heeft en als werknemer is aangesloten bij een ziekenfonds en na 1 jaar onafgebroken ziekte 'invalide' werd en dit nog is op het moment van opname. Mindervaliden hebben nooit of zelden gewerkt en genieten steun van de Dienst voor Mindervaliden. Na een bepaalde leeftijd krijgen ze geen mindervaliden-uitkering meer, maar wordt hen een gewaarborgd inkomen verstrekt.

Figuur 26 Beroepssituatie bij patiënten die instroomden in het psychiatrisch verzorgingstehuis in de periode 2003-2007 – PVT (gemiddelde percentages)

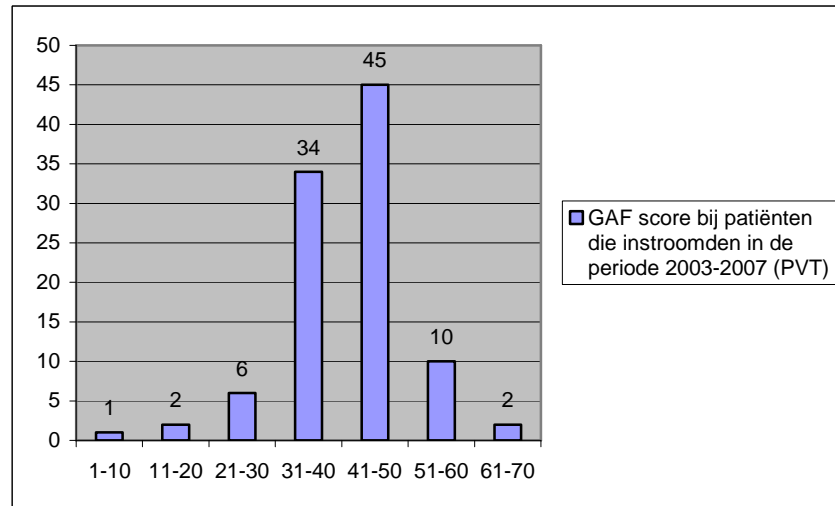


Voor de grootste groep instromers (gemiddeld 56%) die ooit een beroep had gehad, was 'arbeider' het huidig of laatste hoofdberoep dat ze hadden uitgeoefend. gemiddeld 37% had geen beroep.

GAF-score

De GAF-score (Global Assessment of Functioning) bij de patiënten die in de periode 2003-2007 in het verzorgingstehuis instroomden ziet er als volgt uit:

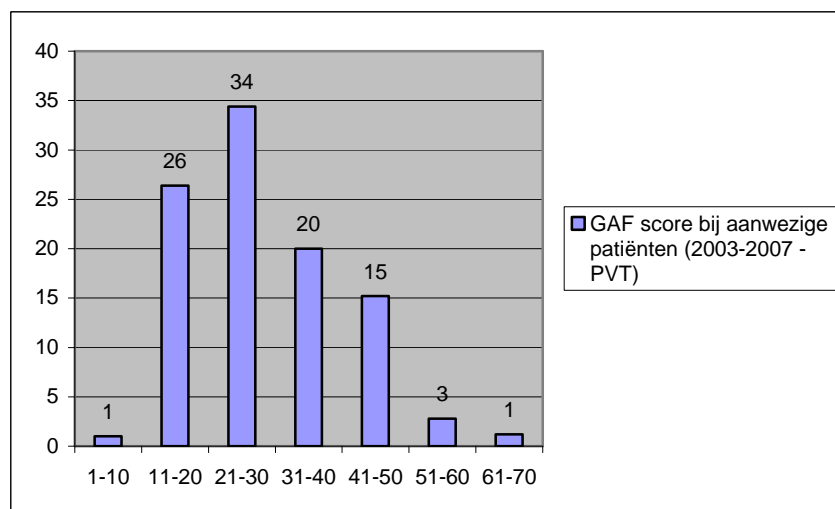
Figuur 27: GAF score bij patiënten die instroomden in de periode 2003-2007 – PVT (gemiddelde percentages)



De grootste groep patiënten die in de referentieperiode in het verzorgingstehuis instroomden, hebben een GAF-score tussen 41-50. Dit betekent dat ze ernstige symptomen vertonen of ernstige beperkingen hebben in hun (sociaal) functioneren.

Voor de aanwezige patiënten verkrijgen we volgende cijfers:

Figuur 28: GAF score bij aanwezige patiënten in de periode 2003-2007 - PVT (gemiddelde percentages)



We zien een duidelijk verschil tussen de GAF scores van de instromers en de scores van de aanwezige patiënten. De groep in-

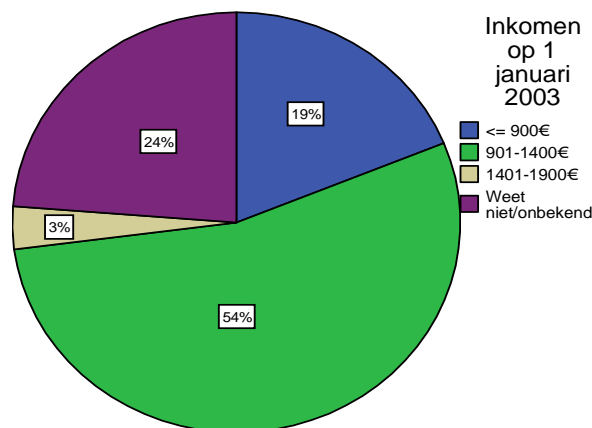
stromers hebben een hogere GAF score dan de aanwezige patiënten, wat er dus op lijkt dat het profiel (op basis van de GAF score) van de PVT bewoner aan het veranderen is. Uit verdere analyse op basis van de steekproef uit de populatie aanwezig op 1 januari 2003 blijkt dat de hogere GAF scores met name bij de forensische patiënten te vinden zijn en dat de hogere instroom van deze patiënten (in Hotel Min in Antwerpen) mede verklaart waarom de GAF scores van de instromers hoger zijn dan bij de aanwezigen.

Inkomen

Op basis van de MPG kan geen inkomen worden vastgesteld, wel een inkomenssoort en dit op basis van de beroepsstatus bij opname (zie eerder). Gemiddeld 38% van deze instromers is invalide.

Voor een steekproef uit de populatie van het psychiatrisch verzorgingstehuis aanwezig op 01.01.2003 zijn de inkomensgegevens verzameld op basis van de patiëntendossiers¹⁰¹. Van 93/122 bewoners van het PVT weten we iets over hun inkomen.

Figuur 29: Inkomen steekproef patiënten aanwezig op 01.01.2003 in het PVT (N= 122)



Hieruit blijkt dat voor de grootste groep (54%) een inkomen heeft tussen €901-1400 per maand. 94% van deze groep verbleef voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis. 87% van degenen met een inkomen van minder dan 900€ verbleef voor opname ook in een psychiatrisch ziekenhuis.

65% van de groep met een inkomen van maximum €900 is mindervalide. Ook bij de groep met een inkomen tussen €901-1400 is een meerderheid van 71% mindervalide.

¹⁰¹ Dit werd door de Sociale Dienst van het PVT en dit om de privacy van de patiënten te waarborgen.

In de hierna volgende paragrafen worden de bevindingen van het veldwerk voorgesteld. Het veldwerk bestond uit verkennende interviews met diverse sleutelfiguren, groepsinterviews met medewerkers en gesprekken met patiënten. De bron van de gegevens wordt vermeld bij de bevindingen. Wanneer er sprake is van 'gesprekken en/of groepsgesprekken met medewerkers' wordt verwezen naar de verkennende interviews met sleutelfiguren en/of naar de groepsgesprekken met medewerkers. Wanneer het gaat om gesprekken met patiënten wordt hier als zodanig naar verwezen.

4.3. Drempels in toegankelijkheid

In het psychiatrisch ziekenhuis in Rekem komen patiënten terecht via verschillende doorverwijzers (zowel eerste lijns- als specialistische zorg) of op eigen initiatief. Gemiddeld 56% van degenen die tussen 2003 en 2007 in het ziekenhuis instroomden, deden dit op eigen initiatief; voor gemiddeld 45% had de eigen familie/omgeving de beslissing tot opname het meest bepaald¹⁰².

OPZC Rekem heeft een openbare status, sommige medewerkers geven aan tijdens de interviews dat hierdoor de instelling ook een maatschappelijke taak heeft en geen patiënten kan weigeren. Ook wordt in de interviews aangegeven dat men de indruk heeft dat in andere instellingen wel een selectie wordt gemaakt (motivatie, intelligentie van de patiënt,..).

51% van de deelnemers aan de groepsgesprekken is van mening dat de GGZ toegankelijk is. 37% van de deelnemers heeft hier twijfels over.

In principe wordt in het OPZC Rekem niemand geweigerd, een aantal gevallen uitgezonderd. Als men iemand weigert, heeft dit te maken met zijn/haar verleden in deze instelling (bijvoorbeeld wanneer de persoon in kwestie is uitbehandeld of wanneer de persoon in het verleden agressief gedrag vertoonde) of met de ervaringen die men heeft met de familie (regels niet naleven, enz.). Tevens wordt ook gekeken naar de aard van de problemen die de patiënt heeft en de aard van het aanbod. Zo speelt bij Hotel Min bijvoorbeeld het open karakter van de instelling een rol: niet alle patiënten zijn hiervoor geschikt.

Bij opname wordt met de patiënt een instapcontract gemaakt waarin een aantal voorwaarden zijn opgenomen (zoals bijvoorbeeld een minimale motivatie, beheer van geld, geen alcohol/drugs tijdens de behandeling).

Medewerkers geven aan dat patiënten die het financieel beter hebben al sneller naar de ambulante zorg gaan en hierdoor minder snel worden opgenomen in de intramurale zorg. Patiënten die het financieel minder goed hebben, doen er langer over alvorens hulp te zoeken. Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zouden een uitkomst kunnen bieden, maar hier zijn lange wachttijden.

Uit zowel de verkennende interviews als uit de groepsgesprekken blijkt dat patiënten nog vaak denken dat zij de nodige geestelijke gezondheidszorg niet zullen kunnen betalen en hierdoor niet de nodige eerste stap zetten. De Centra voor Geestelij-

¹⁰² Bij het invullen van de MPG kunnen verschillende tussenkomende personen worden ingevuld.

ke Gezondheidszorg zijn (quasi) gratis, maar hier hinderen de wachtlijsten de toegang.

Tevens werd op basis van de MPG nagegaan hoe vaak problemen met toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten worden aangeduid bij opname van patiënten. Hier uit blijkt dat slechts 3% van de problemen die worden aangeduid¹⁰³ voor patiënten die instroomden in het psychiatrisch ziekenhuis in de periode 2003-2007 te maken hebben met toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten. In het PVT gaat het om 1% van de problemen die werden aangeduid die met toegankelijkheidsproblemen in verband wordt gebracht. *Hierbij moet echter rekening worden gehouden met de opmerking gemaakt in paragraaf 2.4., namelijk dat één van de beperkingen van het gebruik van de MPG de niet optimale invulling van bepaalde vragen is, en met name vragen in het informatieblok rond problemen die werden vastgesteld. Dit betekent dat in realiteit dit percentage wel eens hoger zou kunnen zijn.*

Op basis van het veldwerk dat werd gedaan in het kader van dit onderzoek, worden verschillende drempels gedefinieerd naar toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg die goed overeenkomen met de hindernissen die in de literatuur werden teruggevonden. Deze kunnen als volgt worden ingedeeld:

- hindernissen die te maken hebben met het taboe dat nog (steeds) op psychiatrie rust;
- de mate van kennis waarover patiënten en/of doorverwijzers beschikken over geestelijke gezondheidszorg;
- het aanbod in de psychiatrie;
- de financiële situatie van de patiënt.

Taboe rond psychiatrie

Tijdens de verkennende interviews, alsook tijdens de groepsgesprekken wordt het duidelijk dat er nog steeds een taboe en stigma rust op psychiatrische zorg.

Dit taboe uit zich volgens de medewerkers ook onder meer in het feit dat vooraleer een huisarts een patiënt doorverwijst naar specialistische zorg, hij/zij al zelf veel heeft uitgezocht en geprobeerd. Bovendien wordt ook aangegeven dat patiënten soms niet willen dat hun omgeving weet dat ze zijn opgenomen in een psychiatrische instelling. Een fysieke kwaal is meetbaar en daar heeft de omgeving begrip voor. Voor geestelijke problemen veel minder. Taboe rond psychiatrie is echter generatiegebonden volgens de medewerkers; de huidige generaties gaan er adequater mee om. In de gesprekken met patiënten komen zij ook heel duidelijk op dit taboe terug. *“Soms zeggen familieleden, zeg maar niet dat je in Rekem zit”* (patiënt dagbehandeling). Bovendien wijzen de patiënten er zelf ook op dat het feit dat men opgenomen is geweest zeker niet de herintreding in de maatschappij en met name de arbeidsmarkt vergemakkelijkt. Bij werkgevers is dit nog vaak een situatie waar ze geen raad mee weten.

Kennis

Tijdens de groepsgesprekken en interviews met medewerkers was er geen consensus met betrekking tot de kennis die doorverwijzers (zoals huisartsen) hebben over het psychiatrisch aanbod. Volgens 23% van de deelnemers aan de groepsgesprekken is het duidelijk voor doorverwijzers waar patiënten terecht kunnen, terwijl 50% het hiermee slechts in bepaalde mate eens is. 21% van de deelnemers aan de groepsgesprekken is van mening dat doorverwijzers niet goed op de hoogte zijn van

¹⁰³ De bevoegde geneesheer die dit informatieblok invult, kan verschillende problemen aanduiden.

het aanbod in de psychiatrie. De grootste groep hierbinnen (37%) bestaat uit medewerkers uit de ouderenzorg.

Een aantal jaren geleden werd aan de huisartsen in de regio Rekem informatie gegeven over het bestaande aanbod, echter sindsdien is het aanbod geëvolueerd en werd deze informatie naar (onder meer) huisartsen toe nog niet bijgesteld. Huisartsen verwijzen volgens de geïnterviewden ook vaak door naar een zorgvorm waar ze goede ervaringen mee hebben, terwijl dat niet altijd de meest optimale zorgvorm is voor die patiënt op dat ogenblik. Sommige geïnterviewden geven aan dat delen van de sociale kaart in Limburg niet duidelijk zijn, zoals het aanbod van dagactiviteiten voor psychiatrische patiënten.

Tijdens de groeps gesprekken wordt door sommige medewerkers de vergelijking gemaakt met ziekenhuizen waar artsen veelvuldig en goed worden voorgelicht over het psychiatrisch aanbod, maar als gevolg hiervan ook meer patiënten doorsturen naar psychiatrische inrichtingen, ook al hebben ze geen duidelijk psychiatrisch beeld.

Volgens 43% van de deelnemers aan de groeps gesprekken is de geestelijke gezondheidszorg niet overzichtelijk voor patiënten zelf. 48% van de medewerkers geeft aan dat dit in bepaalde mate zo is en volgens een kleine minderheid 4% van de medewerkers is de geestelijke gezondheidszorg wel overzichtelijk voor patiënten.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat volgens de geïnterviewde medewerkers de GGZ overzichtelijker is voor doorverwijzers dan voor de patiënten zelf.

Vraag en aanbod

Een meerderheid van deelnemers aan dit onderzoek is het ermee eens dat door allerlei redenen patiënten niet altijd op de juiste plaats terecht komen, wanneer ze instromen in de psychiatrie. Deze redenen hebben te maken met:

- Wachtlijsten.
- Een a-selectief opnamebeleid.
- Een aanbod dat niet voldoende is afgestemd – qua aard of omvang – op de vraag.

Wachtlijsten:

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg wordt door geïnterviewden in vraag gesteld onder meer door de wachtlijsten die zijn ontstaan. Er zijn wachtlijsten voor verschillende zorgvormen en diverse voorzieningen. Een eerste drempel zijn de wachtlijsten die bestaan bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Deze wachtlijsten hebben te maken met de vraag die het aanbod overstijgt en kunnen grote gevolgen hebben. Bij mensen die hulp nodig hebben en lang moeten wachten, is de kans groot dat ze afhaken.

In het ziekenhuis zijn er volgens de geïnterviewden vooral wachtlijsten bij de neurosezorg en bij de forensische zorg. Dit wordt bevestigd door de deelnemers aan de groeps gesprekken.

Een a-selectief opnamebeleid:

Er is een a-selectief opnamebeleid waardoor volgens de medewerkers ook bijvoorbeeld patiënten worden opgenomen met een onduidelijk psychiatrisch beeld hebben. Medewerkers geven tijdens de groeps gesprekken aan dat in sommige afdelingen een meerderheid van de patiënten aanwezig niet op hun plaats is in die bepaalde afdeling.

Probleem van aanbod:

Meer personeelsleden van het ziekenhuis in vergelijking met medewerkers van het verzorgingstehuis vinden dat het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg voor een meerderheid van hun patiënten is afgestemd op de vraag.

37% van de medewerkers geeft aan dat zij niet weten of het aanbod in de GGZ overeenkomt met de vraag. 51% geeft aan dat voor een meerderheid van de patiënten die zij behandelen het aanbod wel overeenkomt. In het verzorgingstehuis weet 45% van de medewerkers niet of aanbod en vraag op elkaar zijn afgestemd. 41% van de medewerkers van het verzorgingstehuis stelt dat voor een meerderheid van de patiënten die zij behandelen vraag en aanbod overeenkomen. Voor het ziekenhuis ligt dit percentage gevoelig hoger, namelijk 56%. 33% van de medewerkers van het ziekenhuis weet niet of vraag en aanbod overeenkomen.

Voor een minderheid van gemiddeld 9% van de medewerkers is het aanbod slechts voor een minderheid van hun patiënten afgestemd op hun respectievelijke vragen en behoeften. Er zijn lichte verschillen in percepties van medewerkers van het verzorgingstehuis (10%) en medewerkers van het ziekenhuis (7%).

Het is dus duidelijk dat niet voor elke vraag er een gepast aanbod is in het huidige systeem of dat het aanbod beperkt is zodat er wachtlijsten ontstaan. Een aantal voorbeelden worden gegeven:

- de groep psychiatrische patiënten die ook mentaal gehandicapt zijn. Bij de instellingen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap zijn er lange wachtlijsten. Bovendien is het zo dat indien patiënten 5 jaar of langer opgenomen zijn in de psychiatrie, men geen urgentiecode meer krijgt om te worden opgenomen in een gehandicapteninstelling. Vaak is het IQ van deze patiënten te laag om de reguliere therapie in groep te volgen. Bedden voor mentaal gehandicapte patiënten zijn uitdovende bedden. De betrokken sectoren schuiven nogal eens het probleem naar elkaar toe: vanuit de gehandicaptensector wordt gesteld dat de stoornis centraal staat in de behandeling en wordt de patiënt naar de psychiatrie doorgeschoven, terwijl vanuit de GGZ wordt gezegd dat de handicap centraal staat en dat van daaruit moet worden behandeld.
- alleenstaanden die geen eigen woning hebben, worden soms te lang in de instelling gehouden omdat voor hen geen gepaste zorgvorm kan worden gevonden als nazorg van het psychiatrisch ziekenhuis.
- voor patiënten met een aangeboren hersenletsel is het moeilijk om een gepast aanbod te vinden.
- dementerende bejaarden met gedragsstoornissen die men niet onder controle krijgt is een groep die nu in het ziekenhuis is opgenomen, maar die eigenlijk nergens anders naar toe kan, volgens de medewerkers. *“Er zou een soort rusthuis moeten zijn met meer begeleiding dan nu het geval is. Voor PVT/RVT moet de patiënt toch nog een bepaalde mate van zelfstandigheid hebben, die sommige van onze patiënten niet hebben”* (groeps gesprek ziekenhuis).
- ook voor forensische patiënten is het aanbod er niet altijd: sommige zijn te ziek voor de gevangenis en zijn ‘te zwaar’ voor een bed in het ziekenhuis. Er is al heel wat verbeterd; toch is het nog niet optimaal, volgens de medewerkers. Bij forensische psychiatrische patiënten doen zich vaak specifieke problemen voor. Als er doorstroom is vanuit Hotel Min naar Beschut Wonen, moeten de bewoners ambulante psychiatrische begeleiding hebben. Hulpverleners werken echter niet graag met deze doelgroep (zijn er niet vertrouwd mee, moeten rapporteren aan Justitie, enz.). Er is maar een beperkte lijst met hulpverlenende instanties die bereid zijn dit werk te doen; het aanbod voor deze groep is eigenlijk te klein, aldus een geïnterviewde.
- ook voor patiënten met autisme ontbreekt vaak een adequaat aanbod.

Een meerderheid van de patiënten die werden geïnterviewd waren echter tevreden met de kwaliteit van hun behandeling. Voor sommigen betekent de instelling vooral ook een veilige plek waar structuur aan hun leven wordt gegeven.

De financiële situatie van de patiënt

Relatie tussen armoede en psychiatrie

De relatie tussen armoede en psychiatrie blijft moeilijk en lijkt op het verhaal van de kip en het ei. *89% van de deelnemers aan de groepsgesprekken is het helemaal of in bepaalde mate mee eens dat armoede leidt tot problemen op gebied van geestelijke gezondheidszorg; 83% van de medewerkers is het helemaal of in bepaalde mate mee eens dat problemen op gebied van geestelijke gezondheidszorg leiden tot armoede.* Voor beide opvattingen valt natuurlijk wat te zeggen.

Uit ander onderzoek (Levecque, 2008)¹⁰⁴ blijkt dat het verband tussen armoede en depressie statistisch sterk en positief is en mogelijk eerder exponentieel dan lineair van vorm. Het beeld dat op basis van het onderzoek werd verkregen van de relatie tussen armoede en depressie leverde een vrij inconsistent beeld op en wees onder meer op een beperkt hoger risico voor de depressief gevoel. Voor een aantal andere aspecten van socio-economische achterstelling zoals het niet kunnen sparen, schulden hebben, in een woning van slechte fysieke kwaliteit leven of betalingsmoeilijkheden hebben voor basisvoorzieningen, werden rechtstreekse (naast onrechtstreekse) effecten gevonden. Uit de analyses blijkt ook dat met de cumulatie van deze vormen van socio-economische achterstelling ook het risico op een depressie toeneemt. In de veronderstelling dat de cumulatie van achterstellingen indicatief is voor de breedte en diepte van armoede (zie dimensies van armoede in paragraaf 3.1.), kan worden gesteld dat er meer depressies zijn wanneer armoede zich over meerdere levensaspecten uitstrekt en dieper in het dagelijkse leven binnendringt.

In het algemeen geldt dat de financiële situatie van een patiënt die opgenomen is in een psychiatrische instelling verandert: er is een grote kans dat een chronische pathologie met zware zorgkosten het financieel evenwicht van de patiënt (en zijn/haar gezin) negatief zal beïnvloeden. Voorbeelden worden tijdens de groepsgesprekken aangehaald van patiënten die door opname in de psychiatrie hun baan verloren en in een uitkering terecht kwamen. Dit heeft als rechtstreeks gevolg dat het inkomen daalt en de uitgaven stijgen. Tijdens gesprekken met patiënten komen voorbeelden naar boven van alleenstaande patiënten die tijdens hun opname ook verdere kosten in hun thuissituatie moeten betalen.

“Van mijn leefloon van €711 moet ik maandelijks €170 voor mijn opname betalen; bovendien lopen de kosten thuis gewoon door. Ik twijfel momenteel heel erg om met de behandeling te stoppen want dagelijks bouw ik schulden op”. (patiënt ziekenhuis)

Toch wordt gedurende de groepsgesprekken ook aangehaald, dat opname in de psychiatrie niet voor alle patiënten dezelfde gevolgen heeft op hun financiële situatie. De startpositie bij opname bepaalt de impact die opname heeft op de financiële toestand van de patiënt. Door medewerkers wordt gesteld dat sommige patiënten hun opnametijd ook ‘gebruiken’ om hun (financiële) administratie opnieuw in order te laten brengen door de sociale dienst van de instelling. Patiënten beamen dit tijdens

¹⁰⁴ Levecque, K, (2008), *Armoede en depressie. Een (niet) evident verband?*, Acco, Leuven

de gesprekken. Een aantal is trots dat ze tijdens hun ziekenhuisverblijf geld kunnen sparen. Bovendien is hun financiële situatie in orde gebracht en is een schuldaflossingsplan opgesteld.

Relatie tussen het statuut van de instelling en het profiel van de patiënt

Ook wordt de relatie gelegd tussen armoede van de patiënten en de het openbaar statuut van het OPZC Rekem:

“Rekem lijkt alsof hier echt een relatie is tussen psychiatrie en armoede. De doelgroep die wij binnenkrijgen bestaat in het algemeen uit patiënten met financiële problemen of patiënten die krap bij kas zijn. Dit is historisch gegroeid en heeft ook te maken met het openbare karakter van de instelling en het beeld dat mensen hier nog altijd hebben: openbaar is van minder goede kwaliteit dan een privé-instelling.” (groepsgesprek ziekenhuis)

Andere geïnterviewden geven aan dat het beeld dat patiënten in Rekem uit bepaalde sociale klassen komen vooral gebaseerd is op een verouderd beeld dat de laatste moet worden bijgesteld.

Perceptie en registratie van financiële problemen

67% van de medewerkers geeft aan dat een meerderheid van patiënten waar zij mee te maken hebben financiële problemen heeft. Deze percentages wijken af voor medewerkers van het ziekenhuis of van het verzorgingstehuis (respectievelijk 64% en 74%).

“Patiënten beginnen soms zelf over hun financiële problemen; echter dit gebeurt vaak pas als ze al een tijd hier zijn, dus niet in de observatieperiode. Als ze hier een tijd zijn, zeggen ze dat ze geen geld hebben voor lichaamsverzorging of vragen ze ons om zuinig te zijn met het wassen van hun kleding omdat dit extra moet worden betaald. Velen hebben toch nog een schaamtegevoel om toe te geven dat ze financiële problemen hebben. Toch speelt ook een rol dat ze niet alleen zijn, dat hun medepatiënten eigenlijk in dezelfde situatie verkeren.” (groepsgesprek ziekenhuis)

Bij opname van patiënten in de periode 2003-2007 hadden 6% van de problemen van de patiënten die door de psychiater werden geregistreerd te maken met financiën van de patiënt. Het gaat hierbij om gemiddeld 14% van de patiënten die instroomden tijdens de referentieperiode.

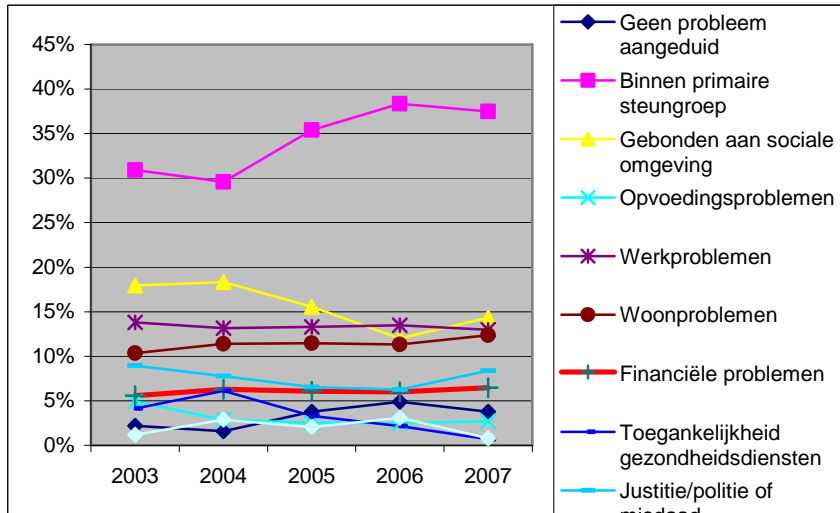
Wanneer we de cijfers van de steekproef bekijken, zien we dat bij 13% van de patiënten aanwezig in het ziekenhuis op 1 januari 2003 financiële problemen werden geregistreerd¹⁰⁵. Voor 12/22 patiënten uit te steekproef voor wie wordt aangegeven bij opname dat ze financiële problemen hebben, worden door de Sociale Dienst aangegeven wat de mogelijke oorzaken hiervan zijn, namelijk:

- Ontslag (11/12)
- Detentie (9/12)
- Psycho-sociale oorzaken (9/12).

Hierbij konden verschillende mogelijke oorzaken worden aangeduid.

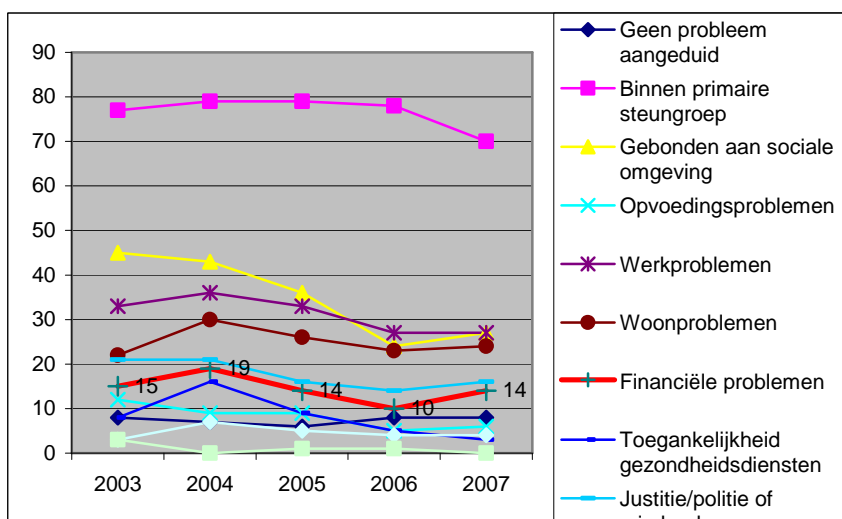
¹⁰⁵ Deze 13% vinden we ook terug in de totale populatie aanwezig in het psychiatrisch ziekenhuis op 1 januari 2003.

Figuur 30: Problemen aangeduid bij opname patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis (in percentages) (in totaal werden in de periode 2003-2007 5345 problemen bij opname aangeduid)



Bij ontslag is dit percentage hetzelfde gebleven, namelijk 6% van de aangeduide problemen heeft te maken met de financiën van de patiënt. Dit gaat ook over gemiddeld 14% van de patiënten die uitstroonden in de referentieperiode. In de steekproef gaat het over 17% van de patiënten die op 1 januari 2003 in het ziekenhuis in behandeling waren en in de jaren daarna werden ontslagen¹⁰⁶.

Figuur 31: Problemen aangeduid bij ontslag patiënten uit het psychiatrisch ziekenhuis (in percentages) (in totaal werden in de periode 2003-2007 5452 problemen bij ontslag aangeduid)



¹⁰⁶ Voor de totale populatie aanwezig in het psychiatrisch ziekenhuis op 1 januari 2003 en die in de jaren daaropvolgend werd ontslagen, gaat het om 15% van deze groep die volgens de psychiater bij ontslag financiële problemen heeft.

Bij opname in PVT liggen deze cijfers nog lager, namelijk *3% van de problemen die bij opname werden aangeduid in de periode 2003-2007 heeft te maken met de financiën van de patiënt*. Het gaat hier om gemiddeld 7% van de patiënten die in de periode 2003-2007 zijn opgenomen. Als mogelijke redenen van financiële problemen van patiënten bij opname, halen we informatie uit de steekproef. Voor 8/10 hebben deze te maken met 'schulden' die ze hebben, voor 1/10 gaat het om detentie als oorzaak en bij 1/10 worden psycho-sociale oorzaken genoemd.

Bij ontslag gaat het om 4% van de problemen die worden aangeduid (gemiddeld 11% van de patiënten).

Deze cijfergegevens op basis van de MPG staan in schril contrast met de gesprekken en groepsinterviews die in het kader van dit onderzoek werden gedaan met verschillende medewerkers in de organisatie.

Wanneer bij opname problemen of onregelmatigheden op gebied van financiën worden vastgesteld, neemt de sociale dienst dit ter harte en gaat na wat er moet en kan worden gedaan. De patiënten die werden geïnterviewd, waren allen zeer tevreden over de kwaliteit van de dienstverlening van de sociale dienst.

11% van de deelnemers aan de groepsgesprekken geeft aan dat patiënten soms met een behandeling stoppen omdat ze van mening zijn verdere behandeling niet te kunnen betalen. 26% van de medewerkers geeft aan dat dit in bepaalde mate het geval is. 37% van de medewerkers zegt dat dit nooit het geval is. 27% van de medewerkers heeft hier geen mening over. Ook tijdens de gesprekken geven patiënten aan dat ze een aantal gevallen kennen van ex-patiënten die met hun behandeling in het ziekenhuis zijn gestopt om financiële redenen, namelijk een cumulatie van het betalen van de opnamekosten en het doorbetalen van leefkosten thuis (huur, enz.).

Een meerderheid van de patiënten zegt dat het zakgeld van €25 per week wel echt te weinig is; €30-35 zou al wat meer ruimte geven.

Volgens 44% van de deelnemers aan de groepsgesprekken wordt doorstroom naar een vervolgzorgvorm in bepaalde mate verhinderd door financiële problemen van de patiënt. 14% heeft geen mening. De grootste groep medewerkers (41%) geeft aan dat financiële problemen geen rol spelen bij doorstroom.

Echter, in de groepsgesprekken komt ook tot uiting dat de overgang van het psychiatrisch ziekenhuis naar het psychiatrisch verzorgingstehuis voor veel patiënten als een financiële dobber wordt ervaren. Op de vraag of iedereen PVT kan betalen kan in theorie 'ja' worden geantwoord, terwijl het antwoord in praktijk veel genuanceerder is. Vaak hebben patiënten de perceptie dat zij het PVT niet zullen kunnen betalen. Vanuit de zorginstelling zelf is de financiële situatie van de patiënt geen factor die meespeelt bij al dan niet opname; vanuit de patiënt wel. Wanneer de patiënt weet hoeveel hij/zij moet betalen, schrikken patiënten. Eerst moet de patiënt de factuur zelf betalen; later treden pas terugbetalingsmechanismen in werking. Indien de patiënt zelf niet over de nodige financiële middelen beschikt, wordt de dienst 'Gelden' van de instelling ingeschakeld. Deze dienst kan afspraken maken over betalingstermijnen met patiënten.

“Vroeger was het veel meer zo dan nu dat patiënten langer hier werden gehouden omdat het PVT te duur was. Nu worden patiënten nog onnodig

lang hier gehouden, maar vooral omdat er geen passend aanbod is en/of er wachtlijsten zijn". (groepsgesprek ziekenhuis)

Het verschil in prijs tussen het psychiatrisch ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgingstehuis is moeilijk uit te leggen aan de patiënten, maar ook naar hun familie toe. Vaak blijft de patiënt in eenzelfde soort gebouw en krijgt men minder intensieve en specialistische zorgen, terwijl de bijdrage stijgt. Tevens is het zo dat de kosten van het verblijf in de oude PVT gebouwen in Rekem dezelfde zijn in vergelijking met de kosten van het verblijf in de nieuwe PVT gebouwen in Lanaken, terwijl het comfort groter is.

Terwijl enerzijds door medewerkers wordt gezegd dat de hogere financiële lasten in het PVT zelden een reden zijn om een patiënt niet te laten instromen, wordt anderzijds ook gesteld dat de patiënt met beperkte financiële middelen minder kansen heeft om op een behoorlijke manier te kunnen doorstromen vanuit het PVT naar andere woon- of zorgvormen zoals Beschut Wonen. Indien een patiënt doorstroomt naar Beschut Wonen heeft hij/zij geld nodig om de kamer/appartement in te richten en een eigen leven te leiden. Dit geld is er vaak niet, of althans in onvoldoende mate. Hij/zij wordt (opnieuw) geconfronteerd met hun financiële beperkingen.

"Zelfstandig wonen is niet mogelijk op basis van een leefloon; of ambulante zorg wordt afgehouden omdat men dit niet kan betalen. Hier binnen de instelling worden altijd maatregelen genomen om de zorg te betalen". (groepsgesprek ziekenhuis)

Ook zeggen patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis dat opnieuw een leven opbouwen als ze zijn ontslagen uit het ziekenhuis geen makkelijke zaak is.

Een alleenstaande moeder vertelt: *"Het zal heel lastig zijn om op basis van mijn leefloon een appartement te betalen en mezelf en de kinderen te onderhouden. Ik hoop dat ik werk vind, maar ik weet ook dat werkgevers zeker niet in deze periode van crisis op mij zitten te wachten."*

In het PVT is er een gegarandeerd zakgeld; echter wanneer het OCMW moet tussenkomen om de factuur te betalen, is dit niet afdwingbaar. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 3 groepen patiënten:

- Patiënten met een gezinslast of die alimentatie moeten betalen. Deze groep moet het minst bijleggen op de ligdagprijs. Deze groep is echter niet zo groot qua omvang.
- Patiënten die een tegemoetkoming krijgen. Dit is de grootste groep qua omvang.
- Patiënten die geen recht hebben op een tegemoetkoming omdat hun inkomen te hoog is. Dit is een heel kleine groep.

Heel opvallend is de diversiteit die bestaat in benaderingen door OCMWs. In sommige gevallen wordt de familie gevraagd bij te springen wanneer men het financiële plaatje niet rond krijgt, in andere gevallen kunnen patiënten ook nog toelagen aanvragen (bij rijkere gemeenten).

"Niemand is dus eigenlijk gelijk voor de wet; afhankelijk van het OCMW dat bevoegd is, is de situatie anders." (groepsgesprek PVT)

Het OCMW dat bevoegd is, is dat OCMW van de gemeente waar de patiënt woonde toen hij/zij werd opgenomen. Veel patiënten zijn gedomicilieerd in het OPZC Rekem, maar dit betekent niet automatisch dat het OCMW van Rekem bevoegd is.

Ook voor bewoners van Hotel Min heeft de overstap van de gevangenis of de gesloten psychiatrische inrichting waar ze van tevoren verbleven financiële consequen-

ties. Voor velen wordt het zakgeld minder omdat de vaste kosten stijgen. Tegelijkertijd is het beleid erop gericht om patiënten vanuit het verzorgingstehuis te laten doorstromen naar de samenleving. Dit betekent dat er idealiter een financiële reserve zou moeten kunnen worden aangelegd om deze doorstroming en uiteindelijk re-integratie mogelijk te maken. Maar vaak is het net andersom. Patiënten die spaargeld hebben en in het verzorgingstehuis terecht komen, moeten vaak dit spaargeld aanspreken om de vaste kosten te kunnen betalen.

“Vaak is de druk door financiële problemen zo groot dat verdere behandeling op de oorspronkelijke klachten weinig zin heeft. Men moet eerst de praktische problemen aanpakken alvorens iets aan de psychiatrische klachten te kunnen doen en dit om de druk op de patiënt te verlagen.”
(groeps gesprek PVT)

Tijdens gesprekken met patiënten in het ziekenhuis wordt door een aantal aangegeven dat financiële problemen soms zo zwaar doorwegen dat ze de effectiviteit van de behandeling in de weg staan. Dit is echter niet het geval voor alle patiënten. Van forensische patiënten wordt gezegd tijdens de interviews dat zij veel minder met hun financiële situatie bezig zijn, maar meer met hun wekelijks zakgeld.

“De bewoners van Hotel Min zijn niet echt vaak met hun financiële situatie bezig; in elk geval niet in termen van het overzien of het willen overzien van het totaalplaatje. Zij kijken heel erg uit naar het zakgeld dat zij krijgen en proberen dat op allerlei manieren te verhogen. Hun zakgeld is voor hen een soort van zekerheid in hun onzekere bestaan. Het zijn alleen patiënten met spaargeld die met hun financiële situatie bezig zijn, omdat het spaargeld wat zij hadden, moet worden aangesproken in het PVT.” (groeps gesprek PVT)

Soms verblijven patiënten onnodig lang op een afdeling, bv. wanneer het om sexueel delinquenten gaat, omdat men die liever niet opneemt in een vervolgzorgvorm (bv. bij beschut wonen). Echter, het is de Commissie ter bescherming van de Maatschappij die hierover beslist. Vanaf het interneringsmoment wordt het CBM ingeschakeld en beslissen zij wat er met een patiënt gebeurt. Hierbij wordt rekening gehouden met de input van de justitieassistent en van de instelling. De cliënt wordt nauwelijks of niet gehoord. Ook hier komt armoede weer in beeld. Indien de cliënt hoger beroep wil aantekenen bij de Hoge Commissie wordt hem/haar een pro-deo advocaat toegewezen die niet altijd even betrokken is bij de zaak, zo wordt gesteld tijdens de interviews. Deze Commissies (Antwerpen, Gent en Vorst) hebben altijd autonoom gewerkt; pas de laatste jaren is de mogelijkheid gekomen tot het aantekenen van hoger beroep.

1/3 van de patiënten van OPZC Rekem behoort tot het klantenbestand van de vzw Patiëntengoederenbeheer. De overige 2/3 heeft of geen beheerder of heeft familie/voogd of een advocaat als beheerder van de eigen financiële middelen. Het medisch team beslist of een patiënt een bewindvoerder nodig heeft. Lastgeving (volmacht geven aan een bewindvoerder over beheer financiële middelen) gebeurt automatisch bij opname in bepaalde afdelingen, namelijk verslaafdenzorg en forensische psychiatrie. Patiënten hebben een medisch attest nodig en de goedkeuring van de vrederechter.

Alle aanvragen voor uitgaven die de bewindvoerder krijgt, worden tegemoetgekomen, zeker als de patiënt voldoende financiële middelen heeft.

“Mensen met psychiatrische aandoeningen en financiële moeilijkheden die opgenomen zijn en een bewindvoerder hebben, hebben het vaak beter dan mensen die niet opgenomen zijn en geen bewindvoerder hebben. In het eerste geval wordt alles geregeld en wordt ervoor gezorgd dat alles wordt

betaald. Bovendien zijn dingen die hier als basisbehoeften worden gedefinieerd, buiten de instelling niet echt basisbehoeften. Door het verblijf in een psychiatrische inrichting is het zeker niet zo dat de financiële situatie erop achteruitgaat, integendeel. Hier wordt ervoor gezorgd dat boetes worden kwijtgescholden, rentes op belastingen niet hoeven betaald te worden, ...". (groepsgesprek ziekenhuis)

Bewoners van Hotel Min krijgen budgetbeheer. Dit betekent dat er 3% beheerskosten moeten worden betaald van inkomens die toch al laag zijn. Het feit dat patiënten geldbeheer krijgen, leidt vaak tot irritatie en zelfs tot agressie.

"Wij komen dagelijks in aanraking met armoede via de patiënten die bepaalde dingen niet kunnen betalen; soms basisdingen, soms dingen die te maken hebben met wat extra's. Patiënten vergelijken zich onder elkaar wat vaak aanleiding geeft tot problemen. Ze schamen zich niet (meer) dat ze financiële problemen hebben, die drempel zijn ze over. Regelmatig wordt zakgeld uitgedeeld en dan worden ze elke keer weer opnieuw geconfronteerd met feit dat de ene minder krijgt dan de andere. Ook gebeurt het vaker dat de sterkere de zwakkere gaan misbruiken in de zin van zakgeld aftroc'helen, lenen, enz. Bij de chronisch patiënten is dit minder; die beseffen het vaak niet. Geld is vaak een struikelblok; agressie hier heeft vaak met geld te maken. Ook wanneer er geld wordt uitgedeeld om cadeautjes te kopen, worden de onderlinge verschillen opgemerkt." (groepsgesprek forensische PVT).

Door verschillende geïnterviewden wordt aangegeven dat financiële problemen vaker problemen zijn met uitgaven dan met inkomsten. Het gaat om een leefpatroon dat moeilijk kwijt te raken is. Belangrijke oorzaken die worden genoemd zijn banken die in het verleden makkelijk leningen afsloten en creditkaarten uitdeelden en postorderbedrijven waar makkelijk zaken op afbetaling kunnen worden gekocht. Sommige patiënten die manisch-depressief zijn, doen in een manische periode veel uitgaven waardoor vaak schulden worden opgebouwd.

"Wat nog een ander aspect is dat met armoede te maken heeft is dat patiënten soms familiale banden moeten laten vallen omdat ze om financiële redenen hier geen invulling kunnen aan geven (kunnen soms niet op bezoek); terwijl wij ervan overtuigd zijn dat hun sociaal netwerk een belangrijke rol zou kunnen spelen". (groepsgesprek ziekenhuis)

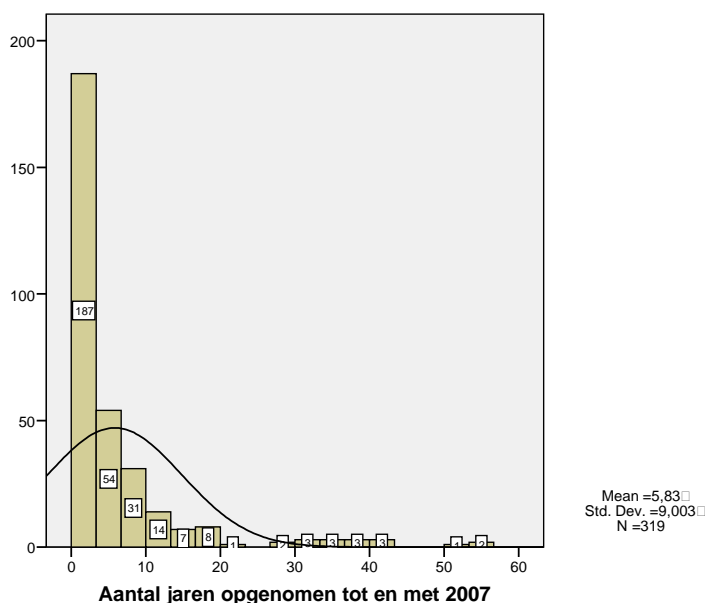
Patiënten die binnenkomen bij forensische zorg zijn niet alleen arm in financiële zin, maar hebben ook te maken met kansarmoede. Een meerderheid van de populatie van Hotel Min, komt volgens medewerkers uit marginale milieus. Tijdens de groepsgesprekken wordt gezegd dat de situatie van veel forensische patiënten in de psychiatrie structureel van aard is: vaak zijn het mensen die eerst slachtoffer waren en later zelf dader zijn geworden.

Hoe relatief en subjectief het armoedebegrip is, wordt bevestigd tijdens de gesprekken met patiënten. Sommigen vinden het inkomen dat ze hebben (voor een groot deel leefloon of invaliditeitsuitkering) ruimschoots voldoende, terwijl anderen hetzelfde inkomen veel te weinig vinden om aan hun behoeften te voldoen.

4.4. Doorstroom binnen de instelling

Psychiatrische ziekenhuizen evolueren meer naar instellingen met een acuut karakter: de vooropgestelde behandelduur van patiënten is van korte termijn. Voor de populatie waaruit de steekproef voor dit onderzoek is getrokken en die op 1 januari 2003 in het ziekenhuis behandeld werd, werd berekend wat de gemiddelde opnameduur was eind 2007 (figuur 33). Het gaat dus enerzijds om patiënten die voor deze datum (eind 2007) reeds waren ontslagen en anderzijds om patiënten die eind 2007 nog in het ziekenhuis verbleven. De gemiddelde opnameduur was voor deze groep 5,83 jaar.

Figuur 32: Opnameduur van patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis – groep patiënten in behandeling op 1 januari 2003 (N= 319)



Patiënten blijven vaak langer binnen een bepaalde afdeling dan nodig, aldus verschillende geïnterviewden¹⁰⁷. Tijdens de groepsgesprekken worden verschillende redenen aangegeven:

- Sommige patiënten hebben behoefte aan een wat langere termijn opvang.
- Door gebrek aan alternatieven blijven patiënten vaak langer op een afdeling. Omwille van lange wachtlijsten. Door 82% van de deelnemers aan de groepsinterviews wordt aangegeven dat de doorstroom helemaal of in bepaalde mate wordt verhinderd door wachtlijsten (96% medewerkers van het ziekenhuis en 52% medewerkers van het verzorgingstehuis gaan in bepaalde mate tot volledig akkoord met deze stelling). Tijdens de groepsgesprekken wordt vaker aangegeven dat er wachtlijsten 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.

¹⁰⁷ 82% van de medewerkers geeft aan dat doorstroom helemaal of in bepaalde mate wordt verhinderd door wachtlijsten; 44% van de medewerkers geeft aan dat doorstroom helemaal of in bepaalde mate wordt verhinderd door financiële problemen van patiënten.

Dit was van de verschillende mogelijke bestemmingen, die met het hoogste percentage). De perceptie dat er wachtlijsten zijn in het psychiatrisch verzorgingsstehuis wordt bevestigd door 52% van de medewerkers van het PVT. Nog eens 24% van de medewerker van het PVT zijn het ermee eens dat er wachtlijsten zijn in hun afdeling in bepaalde mate. 31% van de medewerkers van het ziekenhuis geeft aan dat er wachtlijsten zijn en nog eens 26% geeft aan dat dit in bepaalde mate het geval is.

Door het gebrek aan alternatieven en/of wachtlijsten komen deze patiënten in het draaideurcircuit terecht, dat wordt gekenmerkt door herhaaldelijke opnamen.

“Er zijn ook veel draaideurpatiënten: patiënten die worden ontslagen uit het ziekenhuis maar die een poos later weer terug komen, terwijl wij dat ook zelf weten dat ze zullen terugkomen. Vaak zijn dit verslaafden of daklozen die de behandelperiode gebruiken om wat aan te sterken en hun financiën weer op orde te maken. Bij verslaafden en forensische zorg is er een verplicht inkomensbeheer (door vzw beheer patiëntengoederen) zodanig dat ze eigenlijk beter af zijn hier binnen de instelling dan er buiten”. (groepsgesprek ziekenhuis)

Ook zeggen medewerkers dat Hotel Min nogal wat draaideurpatiënten kent. Patiënten lijken moeilijk weg te raken uit het systeem waarin ze zitten. Patiënten die uiteindelijk in Beschut Wonen terecht komen hervallen nogal vaak (door sommige geïnterviewden wordt gesteld dat het hier om zo'n 50% gaat). Naar 'buiten komen' en terug in de reguliere samenleving integreren is voor sommigen nog moeilijker dan geïnterneerd te zijn: *“men moet terug alles van nul opbouwen”*.

- Bovendien wordt ook verwezen naar taakafbakening van afdelingen. *“Collega's zijn niet altijd geneigd om taken af te staan aan anderen waardoor iedereen met hetzelfde bezig is: een opnamedienst moet met opname bezig zijn en niet al met bijvoorbeeld re-socialisatie”*. (groepsgesprek ziekenhuis)

30% van de deelnemers aan de groepsgesprekken geeft inderdaad aan dat het mutatiebeleid binnen de instelling moet worden herbekeken. 41% is het hier in bepaalde mate mee eens. Medewerkers van het ziekenhuis scoren hier een stuk hoger (39%) in vergelijking met medewerkers van het verzorgingstehuis (10%). Vooral medewerkers van de neurosezorg en de ouderenzorg binnen het ziekenhuis geven dit aan.

4.5. Veranderende doelgroep

Een meerderheid van 87% van de deelnemers aan de groepsgesprekken geeft aan dat de problematiek van de patiëntengroep waar zij mee werken complexer is geworden de afgelopen jaren (86% van de medewerkers van het ziekenhuis zijn het hiermee helemaal of in bepaalde mate eens en 83% van de medewerkers van het verzorgingstehuis). 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 met name). Uit de GAF scores van PVT patiënten zien we dat de groep instro-

mers 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.

62% van de deelnemers aan de groepsgesprekken (57% van het ziekenhuis en 72% van het verzorgingstehuis) is van mening dat de samenstelling van de patiëntengroep waar zij mee werken grotendeels of in bepaalde mate is veranderd. 64% van de medewerkers die vinden dat de samenstelling van de patiëntengroep voor een groot deel is veranderd, geeft aan dat zij de indruk hebben dat de gemiddelde leeftijd van de patiënten lager is geworden. Dit kunnen we ook afleiden uit de groep *instromers* in de periode 2003-2007. Hier bestaat de grootste groep in het ziekenhuis (gemiddeld 37%) uit 15-34 jarigen, terwijl deze leeftijdscategorie bij de aanwezigen 23% uitmaakt. Dit betekent dat de leeftijd van de patiënten inderdaad een dalende trend vertoont.

Analyse van de MPG van het verzorgingstehuis laten dezelfde trend zien. Voor 62% van de groep medewerkers die van mening is dat de samenstelling van de patiëntengroep veranderd is, de perceptie dat de gemiddelde leeftijd van de PVT bewoner gedaald is. De daling in leeftijd van de PVT populatie is af te leiden uit het gegeven dat de groep *instromers* in de leeftijd 15-34 tussen 2003 en eind 2007 18%, terwijl de groep aanwezigen in dezelfde periode in de dezelfde leeftijdscategorie 4% is. De grootste groep *instromers* is de leeftijdsgroep 35-54 jarigen terwijl de grootste groep aanwezigen 55-74 jarigen is.

Ook wordt aangehaald dat de patiënten en hun familie mondiger en eisender zijn geworden.

4.6. Aansluiting van zorgvormen

Een van de problemen die werd vastgesteld, is de doorstroming van de ene naar de andere zorgvorm en dit om verschillende redenen die allen te maken hebben met afstemming van vraag en aanbod:

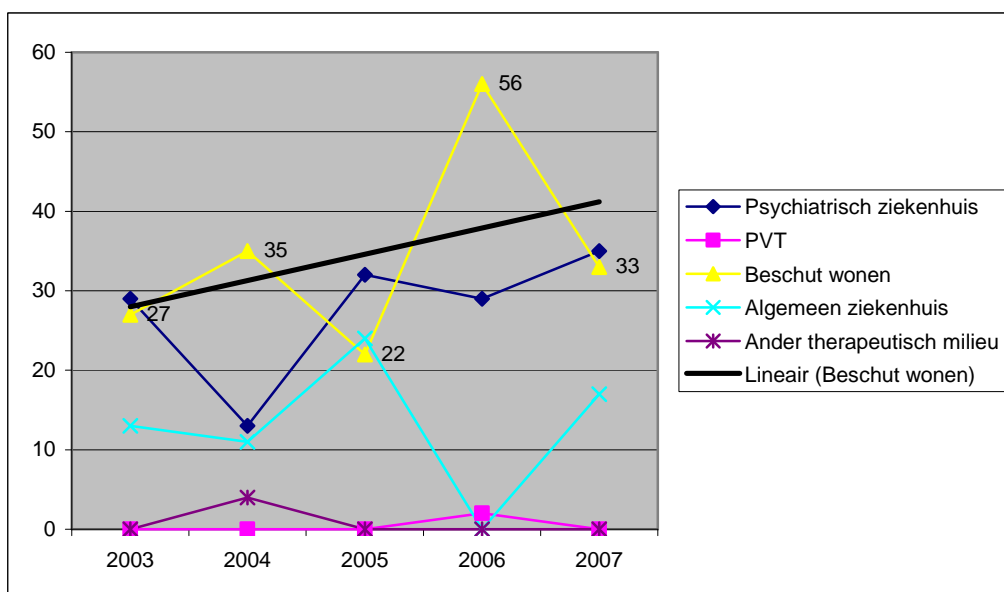
- Te weinig aanbod in verhouding tot de vraag (zie wachtlijsten).
- Een aanbod dat niet of te weinig is aangepast of afgestemd aan/op de vraag.
- Een aanbod dat te duur is in vergelijking met wat de vrager kan betalen.

In deze paragraaf komen deze verschillende redenen aan bod.

Doorstroom vanuit het PVT

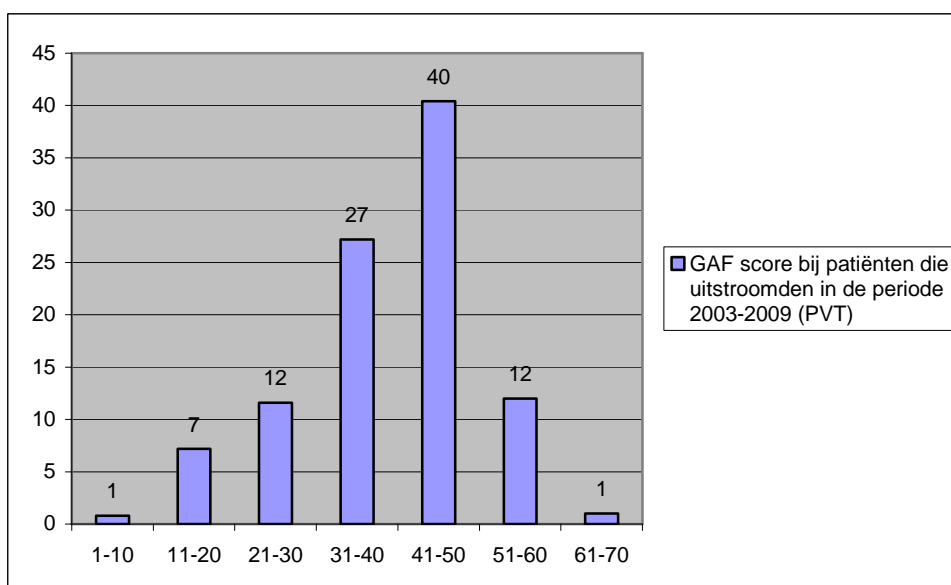
Het PVT dat in eerste instantie een meer definitief karakter had, moet nu ook doorstroming stimuleren. Het beleid is er nu op gericht om patiënten, indien mogelijk, te laten doorstromen naar andere vormen van zorg die voor hen haalbaar zijn. Voor de eerste populaties van de PVT was doorstroom niet haalbaar. Het ging vaak om patiënten die 30 jaar of meer in een instelling hadden doorgebracht. Wat de doorstroom vanuit PVT naar een andere zorgvorm betreft, kan worden vastgesteld dat in de periode 2003-2007 een gemiddelde uitstroom van 30% per jaar was (uitstroom berekend op het aantal aanwezigen in de betreffende tijdsperiode). Van deze groep uitstromers, was dit voor gemiddeld 72% met wederzijdse toestemming. Gemiddeld 76% van de groep die in deze periode uitstroomde uit het PVT ging naar een therapeutisch milieu, waarvan een meerderheid naar Beschut Wonen (gemiddeld 46%) en de tweede grootste groep (gemiddeld 36%) naar een psychiatrisch ziekenhuis.

Figuur 33: Bestemming van patiënten van het psychiatrisch verzorgingstehuis na ontslag – periode 2003-2007 (in percentages)



In de periode 2003-2007 kan een stijgende (trend)lijn worden vastgesteld wat de uitstroom betreft van de patiënten van het PVT naar Beschut Wonen en (terug) naar het psychiatrisch ziekenhuis (figuur 33). De vraag is of deze uitstroom naar het BW ook duurzaam is.

Figuur 34: Gemiddelde GAF score bij patiënten die uitstroomden in de periode 2003-2007 – psychiatrisch verzorgingstehuis (gemiddelde percentages)



De gemiddelde GAF scores bij de patiënten die in de periode 2003-2007 uitstroomden, laten zien dat gemiddeld 40% van de uitstromers een GAF score hebben tussen 41-50. Dit betekent dat zij ernstige beperkingen hebben in hun sociaal functioneren. Gemiddeld 27% heeft een GAF score tussen 31-40 wat betekent dat zij enige vermindering hebben in realiteitsbesef of een sterke vermindering hebben op verschillende terreinen (werk, gezins- of familierelaties, beoordelingsvermogen, denkvermogen of stemming).

Bij Hotel Min blijft de ultieme doelstelling de bewoners te laten doorstromen en idealiter te laten re-integreren in de maatschappij. Hiervoor wordt bijvoorbeeld gewerkt met groeipaden o.a. rond dagbesteding, koken, hygiëne, poetsen, medicatie, financiën, administratie, taal, vrijetijdsbesteding waarbij telkens wordt nagegaan hoeveel verantwoordelijkheid een patiënt op zich kan nemen. De bedoeling is om in deze verantwoordelijkheid steeds een stapje verder te gaan waarbij de grenzen van de patiënt worden gerespecteerd.

Echter, het aantal personen dat succesvol geïntegreerd wordt, is beperkt. Re-integratie moet dan toch worden ingevuld als re-integratie binnen het eigen milieu; in een andere omgeving blijkt dit heel moeilijk te zijn. De vraag is of er 'andere' resultaten te behalen zijn bij personen met dergelijke kansarmoede. Bij degenen waarbij re-integratie niet echt lukt, zijn dit (PVT & BW) goede alternatieven. Sommigen verblijven al heel lang in het zorgsysteem en zullen structuur van buiten blijven nodig hebben. Patiënten willen ook vaak wel dat 'stapje te ver' ervaren, aldus medewerkers, daardoor leren ze dat dit niet voor hen kan. Een vrij aanzienlijk deel van de mensen brengt langere tijd door in BW om dan een tijdje terug te gaan naar Hotel Min.

Psychiatrische thuiszorg

De vraag naar psychiatrische thuiszorg gaat in stijgende lijn volgens een aantal medewerkers die hiermee te maken hebben. Het kost de patiënt niets¹⁰⁸. Toch gebeurt dit nog altijd op projectbasis, waardoor betrokkenen vrezen dat dit ooit zal ophouden, terwijl er wel een stijgende behoefte aan is (wachtlijsten). 90% van de patiënten die psychiatrische thuiszorg krijgen is onder budgetbeheer. Echter de psychiatrische thuiszorg heeft geen tijd om patiënten aan te leren hoe ze met geld moeten omgaan; het gaat enkel om behandeling van de psychiatrische klachten, terwijl het bij deze patiënten ook vaak om sociale problemen gaat (opvoedkundige problemen, enz.).

Tijdens het intakegesprek voor psychiatrische thuiszorg wordt niet systematisch gevraagd naar de financiële situatie van mensen. Sommigen kaarten het onmiddellijk zelf aan, terwijl anderen er liever over zwijgen. Tijdens de interviews wordt door de betreffende medewerkers gezegd dat hun inschatting is dat praktisch alle patiënten waar zij thuiszorg verrichten in een of andere vorm financiële problemen hebben.

“In het ziekenhuis valt dit niet op want iedereen zit op eenzelfde soort kamer, krijgt kleding indien nodig, heeft eten en drinken. Pas als iemand terug thuis komt, wordt het duidelijk dat hij/zij niet rondkomt en/of schulden heeft.”. (verkennende gesprekken)

¹⁰⁸ Deze vorm van thuiszorg wordt niet aangeboden aan verslaafden, mentaal gehandicapten of mensen boven de 80 jaar omdat deze specifieke thuiszorg elders wordt aangeboden.

Samenwerking

Samenwerking binnen dezelfde sector met verschillende instanties, samenwerking tussen sectoren en samenwerking tussen intramurale en extramurale zorg blijft een heet hangijzer.

Waar sectoren moeten samenwerken, zoals de gehandicaptensector en de psychiatrie of justitie en psychiatrie, worden vaak lacunes vastgesteld. De hete aardappel wordt doorgeschoven of de patiënt valt tussen twee sectoren in.

Intra- en extramuraal overleg kan beter. De huidige bevoegdheidsverdeling waarbij intramurale zorg federaal wordt beslist en extramurale door de Gemeenschap, vergt dat overleg wordt gevoerd. Het concept van zorgprogramma's dat per definitie instellingsoverschrijdend is, vraagt een aaneensluitend beleid tussen de intramurale en extramurale sector¹⁰⁹. Ontslagmanagement is een methode die erop gericht is om patiënten met een complexe problematiek te ondersteunen in de overgang van intramurale zorg naar het thuismilieu. Dit wordt gedaan via een systematisch ontslagvoorbereiding in samenspraak met de extramurale partners. Sinds 1999 wordt in België ontslagmanagement toegepast in psychiatrische ziekenhuizen. Het belangrijkste doel van ontslagmanagement is het verminderen van heropnames en het verlengen van de periode tussen twee opnames via een intensieve ontslagvoorbereiding en het op punt stellen van de nazorg (Hillewaere, et al, 2003)¹¹⁰.

Samenwerking met andere instellingen is nog te beperkt. Meer contacten met rusthuizen zijn nodig vanuit de instelling. Nu legt de familie contact met rusthuizen en vertellen zij vaak andere verhalen dan wat er werkelijk aan de hand is omdat de patiënt langer in het ziekenhuis zou kunnen blijven. De sociale dienst zou hier een actievere rol kunnen in spelen).

Er zou meer samenwerking moeten komen tussen de verschillende instanties. Bijvoorbeeld tussen medium security en de strafinrichting zit een gapend gat. Deze samenwerking moet echter op instellingsniveau worden geregeld en is nu al te zeer afhankelijk van personen, volgens de geïnterviewden.

De nazorg kan duidelijk beter. Dit wordt door alle betrokken (medewerkers en patiënten) bevestigd. Als patiënten worden ontslagen uit het ziekenhuis of het PVT beginnen vaak pas de problemen; echter men moet dan voor zichzelf zorgen en kan geen beroep meer doen op steun vanuit de instelling.

4.7. Participatie en re-integratie in de samenleving

Re-integratie in de praktijk

Leren omgaan met geld

In de interviews wordt door sommige medewerkers gezegd dat re-integratie in de maatschappij vaak een theoretisch verhaal is. Uiteindelijk lukt het toch vaak niet om in het dagelijkse leven op eigen benen te staan; beperkte financiële mogelijkheden spelen daar een rol bij. Deze financiële beperkingen hebben niet alleen te maken met een gebrek aan inkomen of een teveel aan uitgaven, maar ook met het kunnen omgaan met een budget. Tijdens het resocialisatietraject werd volgens een

¹⁰⁹ Toespraak door dhr. C. Decoster, DG organisatie Gezondheidsvoorzieningen van de FOD Volksgezondheid, Bescherming van de Voedselketen en Leefmilieu, ter gelegenheid van het symposium georganiseerd te Brussel, 4.12.2007

¹¹⁰ Hillewaere, L, Decat, W., en P. Moons, (2003), *Ontslagmanagement in de psychiatrische ziekenhuizen: vijf jaar later*, in: Acta Hospitalia, 3, p61-68

aantal geïnterviewde medewerkers vroeger meer aandacht besteed aan budgetbeheer. Tegenwoordig is dit volgens hen veel beperkter: het echt leren beheren van een budget gebeurt volgens hen te weinig.

Patiënten krijgen als onderdeel van hun behandeling ‘budgettering’, echter niet alle patiënten vinden dat ze dat nodig hebben. Keuzen maken in functie van hun budget blijft echter een issue, want als ze bijvoorbeeld een bewindvoerder hebben, maakt hij/zij keuzen in hun plaats.

Tijdens de gesprekken met patiënten werd door een aantal het leren omgaan met geld heel erg op prijs gesteld. Echter, wat ze ook aangeven, is dat de echte proef op de som komt als ze worden ontslagen uit het ziekenhuis en er terug alleen voor staan. Het leren omgaan met het zakgeld in het ziekenhuis wordt gezien als ‘oefengeld’.

Patiënten uit het ziekenhuis die werden geïnterviewd gaven aan wel de ambitie te hebben om door te stromen naar Beschut Wonen, maar dat de hoogte van het leefloon dit niet toelaat.

Voldoen aan maatschappelijke eisen

Uitstroom uit Hotel Min is voor de doelgroep niet evident. 13 patiënten in de populatie aanwezig in OPZC Rekem op 1 januari 2003 verbleven toen in Hotel Min. Alle 13 verlieten Hotel Min voor 2007; echter op basis van onze gegevens kan niet worden achterhaald of zij later al dan niet opnieuw werden opgenomen. Tabel 10 geeft een overzicht van de bestemming na hun ontslag.

Tabel 10: Bestemming na ontslag van patiënten die op 1 januari 2003 in Hotel Min verbleven (N = 13)

	Absolute aantallen
Ouderlijk gezin	1
Instelling afhankelijk van justitie	2
Psychiatrisch ziekenhuis	3
Beschut Wonen	7
Totaal	13

“Bij gebrek aan een betere doorstroomplek gaan sommige patiënten vanuit het forensisch PVT toch naar BW terwijl we zelf weten dat ze daar niet op hun plaats zijn. Echter, soms is verandering van omgeving goed. Wat er eigenlijk niet is, is een soort ‘klooster’, waarin wordt geaccepteerd dat dit de enige mogelijk woonvorm is voor een bepaalde groep en waar er eigenlijk geen sprake meer is van het al dan niet lukken van een behandeling. Een soort PVT, maar dan voor jongere patiënten/bewoners dan de gebruikelijke doelgroep”. (groepsgesprek PVT)

In het Antwerpse zijn de locaties van Beschut Wonen in de omgeving van Hotel Min gevestigd, wat enerzijds wel positief is (ex-bewoners van Hotel Min komen na hun ontslag nog vaker langs voor een kopje koffie of een gesprek), maar anderzijds valt men steeds terug op hetzelfde groepje mensen.

Dagindeling

Voor de bewoners van Beschut Wonen worden aangepaste dagactiviteiten georganiseerd die variëren van het doen van vrijwilligerswerk, naar een activiteitencentrum gaan, een dagbehandeling volgen in het psychiatrisch ziekenhuis, enz. De begeleider komt gemiddeld één keer per week langs. De medewerkers geven aan dat hier meer samenwerking zou moeten gebeuren tussen het initiatief Beschut Wonen en het ziekenhuis of PVT. Vaak werd een relatie opgebouwd met een patiënt en weet de medewerker van het ziekenhuis of PVT hoe met deze specifieke patiënt moet worden omgegaan. De medewerkers van Beschut Wonen moeten deze relatie helemaal opbouwen waardoor er vaak onnodig tijd verloren gaat .

Vaak hebben de patiënten in kwestie weinig financiële middelen en komt men in de maatschappij (opnieuw) in aanraking met allerlei verleidingen. Ook naar begeleiding toe is dit niet evident. Patiënten worden door de medewerkers van de instelling aangemoedigd om hobby's te ontwikkelen, maar hobby's kosten geld. In de knelpuntennota van de VVI (2008) wordt gesteld dat uit gegevens van initiatieven van Beschut Wonen blijkt dat bijna een kwart van de bewoners een inkomen heeft onder de armoedegrens. Dit betekent dat er weinig geld overblijft voor sociale activiteiten. Bewoners van Beschut Wonen die willen participeren aan reguliere vrijetijdsactiviteiten en sociale activiteiten moeten niet alleen financiële barrières overwinnen; ze lopen ook nog steeds tegen stigma en vooroordelen.

Wonen

Als patiënten worden ontslagen is het vinden van een geschikte woning ook vaak een probleem: op de reguliere markt zijn de huren te hoog en de wachtlijsten bij sociale woningen zijn lang. Er kan beroep worden gedaan op huursubsidie indien het inkomen en de huur aan een aantal voorwaarden voldoen. De hoogte van de tegemoetkoming is inkomensafhankelijk, neemt af in de tijd en wordt voor maximum 9 jaar toegekend¹¹¹.

Re-integratie via werk

Arbeid wordt vaak gezien als één de belangrijkste pijlers in de rehabilitatie en integratie van personen met een psychiatrische problematiek (Van Audenhove, et al, 2000)¹¹². In de praktijk verloopt dat echter vaak heel moeilijk. De weg naar het vinden van geschikt werk is geen evidentie. Inactiviteitsvallen zorgen er bovendien voor dat de persoon in kwestie wordt belemmerd in zijn/haar zoektocht. Dit kan betekenen dat bepaalde diensten of voorzieningen niet of minder makkelijk toegankelijk zijn (zoals bijvoorbeeld toegang tot arbeidstrajectbegeleiding indien met arbeidsongeschikte GGZ-cliënt is), dat bepaalde tewerkstellingsvormen leiden tot financiële risico's of onmiddellijk financieel verlies betekenen voor de GGZ-cliënt (zoals bijvoorbeeld verlies van verhoogde tegemoetkoming bij toepassing van het WIGW tarief voor het persoonlijk aandeel in gezondheidszorgen)¹¹³.

Aan de patiënten wordt duidelijk gemaakt dat werk financiële perspectieven biedt naar de toekomst toe. Echter, doordat (ex)patiënten vaak het minimumloon verdienen en dat niet veel meer is dan leefgeld, werkt dit weinig motiverend.

Tijdens de interviews en groeps gesprekken wordt aangegeven dat slechts een beperkt aantal (ex)patiënten er in slaagt om werk te vinden en/of te houden. De rede-

¹¹¹ Voor iemand met een inkomen lager dan 9000€ bedraagt de huursubsidie 200€ gedurende het eerste en tweede jaar; 160€ gedurende het derde en vierde jaar, 120€ het vijfde en zesde jaar en 60€ het zevende en achtste jaar.

¹¹² Van Audenhove, Ch., et al, (2000), *Op weg naar werk. Werkvoorbereiding en werkbegeleiding in de geestelijke gezondheidszorg*, Bohn, Stafleu Van Loghum

¹¹³ Idem.

nen hiervoor zijn divers en gaan van een grotere stress-kwetsbaarheid van deze groep tot het stigma waarmee deze doelgroep moet afrekenen tot de vaak lange periode van arbeidsongeschiktheid die vaak bijkomende problemen schept. Een groot deel onder hen heeft tevens weinig recente werkervaring wat leidt tot een zwakke positie op de arbeidsmarkt¹¹⁴.

“Mensen die in het PVT verblijven kunnen wel gaan werken, maar wij zorgen ervoor dat ze toch hun invaliditeitsuitkering kunnen behouden (zoals bijvoorbeeld door hun aan te raden een max. aantal uren te werken). We moeten patiënten wel stimuleren om te gaan werken, maar tegelijkertijd ook om hun uitkering te behouden want het risico op terugval is groot. Wanneer deze patiënten te lang hebben gewerkt, zouden ze geen recht meer hebben op hun uitkering, zodat ze geen inkomsten meer zouden hebben. De meeste patiënten komen terecht in het Sociaal Bedrijvencentrum en niet in Beschutte werkplaatsen in Rekem en omgeving.”
(groepsgesprek PVT)

Patiënten geven zelf aan dat ze wel willen werken na hun ontslag, maar dat ze verwachten dat het verschil tussen hun loon en hun huidige uitkering weinig zal zijn. Bovendien geven ze ook aan dat ze er zich bewust van zijn dat met hun achtergrond en verleden (sommigen met een strafblad) weinig kans hebben op slagen.

Het statuut van arbeidsongeschiktheid is moeilijk verenigbaar met de zoektocht naar werk. Werken en opgenomen zijn in het PVT gaan samen in theorie, echter in de praktijk is de groep die kan werken heel beperkt. Het loon wordt uiteindelijk verrekend met de uitkering waardoor er nog weinig motivatie is. Toch is het ook belangrijk dat de invaliditeitsuitkering kan behouden blijven tijdens het werken omdat het risico op terugval groot is. Dit kan door een maximum aantal uren te werken. De meesten die gaan werken, komen terecht in het Sociaal Bedrijvencentrum¹¹⁵ en niet in beschutte werkplaatsen in de omgeving van Rekem. De patiënten zijn vaak niet ‘goed’ genoeg voor beschutte werkplaatsen. Slechts heel weinigen kunnen terecht in de reguliere arbeidsmarkt.

Een aantal decennia terug konden patiënten iets bijverdienen door een aantal activiteiten te doen. Later werd gezegd dat arbeid therapeutisch was en daardoor niet meer hoefde vergoed te worden. Het gevolg was dat velen ermee stopten.

Patiënten worden op de arbeidsmarkt voorbereid via begeleidingstrajecten, echter voor bijvoorbeeld forensische patiënten is het aanbod heel schaars. Bovendien vraagt deze doelgroep ook een heel specifieke benadering. Vanuit de organisatie is een activiteitencentrum opgericht om bewoners van Hotel Min een zinvolle daginvulling te geven. Ook in Limburg werd een activiteitencentrum opgericht. Activiteitencentrum Locomotief biedt een laagdrempelig zorgaanbod waarbij wordt vertrokken van de mogelijkheden van de deelnemers. Activiteiten buitenshuis worden belangrijk geacht, met het oog op integratie.

Echter, voor het vinden van werk speelt ook afstand weer een rol: de campus ligt te ver verwijderd van het Sociaal Bedrijvencentrum in Maasmechelen, maar ook van

¹¹⁴ Zie bijvoorbeeld ook de publicatie van het VVI hierover (2004) *De psychiatrische patiënt en tewerkstelling: moeilijk aan het werk te krijgen. Een zoektocht naar inactiviteitsvallen*. Caritas, VVI, Brussel.

¹¹⁵ <http://www.sociaalbedrijvencentrum.be/>

de BeWel¹¹⁶ werkplaatsen (10 werkplaatsen verspreid over de provincie Limburg). Ook wat dagopvang betreft speelt afstand naar Rekem een rol. De bereikbaarheid van Rekem is niet goed; noch voor patiënten die ergens heen moeten (zoals werk bijvoorbeeld), noch voor familie die hen bezoeken.

Een zinvolle daginvulling wordt als positief ervaren. Patiënten zelf geven aan dat ze het niet fijn vinden om “*van de ene stoel naar de andere te gaan*” om zo de dag door te komen. Uit onderzoek (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2004)¹¹⁷ komt duidelijk dat ondanks geen wijzigingen in de financiële toestand van de meeste gebruikers van activeringsactiviteiten, een meerderheid een positieve evolutie had ervaren, vooral in hun persoonlijk en sociaal functioneren (actiever worden, meer vertrouwen in zichzelf, eigen mogelijkheden en beperkingen ontdekken, vlotter sociale contacten aangaan, enz.). Activering wordt in dit verband gezien als een essentiële zorgfunctie van de geestelijke gezondheidszorg.

Momenteel loopt er een VDAB-project rond arbeidsmarkt(her)integratie van ex-patiënten van het OPZC Rekem. De doelgroep krijgt van de VDAB een intensieve opleiding om makkelijker in te stromen op de arbeidsmarkt. Bovendien wordt er ook gewerkt aan arbeidszorgtrajecten waarbij intern in de instelling zoveel mogelijk arbeidssituaties worden uitgebouwd gekoppeld aan incentives.

¹¹⁶ <http://www.bewel.be/Default.aspx?tabid=5789&language=nl-NL>

¹¹⁷ FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, (2004), Advies m.b.t. continuering en veralgemening van de zorgfunctie ‘activering’ in de GGZ. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling “Programmatie en Erkenning”

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1. Profiel van de patiënten van het OPZC Rekem

Psychiatrisch ziekenhuis

De meerderheid van de patiënten in het *psychiatrisch ziekenhuis* zijn mannen (gemiddeld 77% van de aanwezige populatie in de periode 2003-2007 en 65% van de instromers in dezelfde periode). De leeftijdsopbouw van de patiënten vertoont een dalende trend, met name 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 31-40¹¹⁸ 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 (44%) het hoogste onderwijsniveau wat zij behaalden. Bijna een derde van de populatie die instroomde in de referentie 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 maand¹¹⁹.

Psychiatrisch verzorgingstehuis

De meerderheid van de patiënten in het *psychiatrisch verzorgingstehuis* zijn mannen (gemiddeld 93% van de aanwezige populatie in 2003-2007 en 95% van de instromers in dezelfde periode). De leeftijdsbouw 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 15-44 jarigen, terwijl de meerderheid van de aanwezigen in de leeftijdsgroep 45-75 jarigen zit. 50% van de instromers is afkomstig van een psychiatrisch ziekenhuis. Voor 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 (65% in totaal). Opvallend is dat de groep instromers een hogere gemiddelde GAF score hebben dan de aanwezige patiënten. Meer patiënten die instromen in 2003-2007 hebben een score hoger dan 40 (gemiddeld 57%) in vergelijking met de aanwezige patiënten in dezelfde periode (gemiddeld 19%). Dit heeft met

¹¹⁸ Hoe lager de GAF score, hoe zwaarder de problematiek.

¹¹⁹ €900 per maand werd als richtlijn genomen, gebaseerd op een invaliditeitsuitkering in 2003 voor alleenstaanden. Invaliden vormen de grootste groep patiënten in het ziekenhuis.

name te maken met de hoge instroom van forensische patiënten die volgens de gegevens een gemiddelde hogere 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 heeft tussen €901-1400 per maand; 25% heeft een inkomen lager dan €900 per maand. De resterende groep patiënten van wie het inkomen kon worden nagegaan, heeft een inkomen van €1401 of meer.

5.2. Meten is niet altijd weten

Conclusie

De MPG dienen verplicht te worden ingevuld door alle psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen sinds 1 juli 1996 en door alle initiatieven van Beschut Wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen sinds 1 september 1998. 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 uitstippen 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, 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 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. Ondanks het feit dat de MPG al vaker werden bijgesteld, blijft het een instrument dat niet optimaal wordt gebruikt.

Aanbevelingen

1. Vooreerst is het zaak om terug te gaan naar de essentie van de MPG: wat is het gebruik van deze gegevens naar de instellingen en naar het beleid toe? Vervolgens lijkt 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. Indien er geen link is tussen het registreren van gegevens en het gebruik ervan, heeft registratie louter een symbolische waarde die effectiviteit en efficiëntie van processen binnen de geestelijke gezondheidszorg in de weg staat.
2. 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. Dit betekent dat gegevens niet kunnen worden 'herbruikt', maar telkens opnieuw dienen te worden gegenereerd.

5.3. Veldwerk als essentieel onderdeel van het onderzoek

Conclusie

Zoals reeds 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.

Aanbeveling:

3. 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.

5.4. Onvoldoende geïntegreerd beleid rond psychiatrie

Conclusie

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 verbanden 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 op projectbasis wordt gewerkt is een goede zaak om vernieuwing te stimuleren; maar na een bepaalde looptijd van die projecten en een degelijke evaluatie ervan, is integratie in het regulier beleid (al dan niet) aangewezen.

Aanbevelingen

4. 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.
5. Een noodzakelijke voorwaarde voor de uitbouw van een geïntegreerd en coherent psychiatriebeleid is de nodige omkadering op juridisch en financieel vlak.

5.5. Beleidsveranderingen gebeuren traag

Conclusie

Beleidsaanbevelingen die reeds een aantal jaren geleden werden gedaan in het kader van andere onderzoeken en knelpuntennota's blijven overeind. 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.

Aanbeveling

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

5.6. Sensibilisering en informering

Conclusie

Sensibilisering rond geestelijke gezondheidszorg is zeker nodig om de nog bestaande taboes te doorbreken. Het is maatschappelijk zeker 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.

Alhoewel door campagnes (zoals bijvoorbeeld de 'Fit in je hoofd – fit in je vel' campagne die er kwam in 2006 in het kader van het Vlaams actieplan suicidepreventie (2006-2010)) er verbetering is opgetreden, is het voor patiënten en hun omgeving nog steeds moeilijk om hun verhaal kwijt te kunnen. Het geven van informatie over geestelijke 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. Dit heeft onder meer te maken met democratisering van de geestelijke gezondheidszorg, verdunning van sociale netwerken en individualisering en door een veranderend cultureel beeld over psychisch ziek zijn.

Bovendien wordt door medewerkers en patiënten ook aangegeven dat het feit dat men opgenomen is geweest in een psychiatrische instelling de (her)integratie in het arbeidsproces bemoeilijkt. Werkgevers weten vaak niet wat ze kunnen verwachten.

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; echter voor doorverwijzers blijkt het niet altijd duidelijk te zijn naar waar een patiënt kan en moet worden verwezen. Volgens de geïnterviewde medewerkers is de geestelijke gezondheidszorg overzichtelijker voor doorverwijzers 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.

Aanbevelingen

7. Campagnes hebben zeker een belangrijk doel, niet alleen naar sensibilisering en informering, maar ook naar preventie (suicide, drugs, alcohol). Dit dient te worden gekaderd in een meer omvattend (strategisch) beleid rond geestelijke gezondheidszorg.
8. Naar informering toe is er werk aan de winkel. 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.
9. Bovendien is het ook belangrijk dat patiënten goed ingelicht worden over de mogelijke routes binnen de psychiatrie en de voorwaarden hierrond. Met name is het voor patiënten belangrijk om te weten wat de financiële consequenties zijn van het volgen van een bepaalde route.
10. Een versterkend element hierbij is de communicatie tussen psychiatrische instellingen met hun omgeving. Hierbij kan gedacht worden aan het organiseren van open dagen en gezamenlijke activiteiten met de buurt waar de instellingen zijn gevestigd (markten, lunchconcerten, enz.).
11. Bij informering is klare en duidelijke taal essentieel waarbij zo weinig mogelijk gebruik wordt gemaakt van vakjargon.

5.7. Ziek zijn maakt arm; door armoede wordt men ziek

Conclusie

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 geeft aan dat armoede leidt tot problemen op gebied van geestelijke gezondheidszorg, terwijl dezelfde grote meerderheid 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 beide stellingen voorbeelden worden gevonden.

Armoede leidt tot problemen op gebied van geestelijke gezondheid.

Het gaat hierbij om wat *materialistische-structurele* verklaringen worden genoemd¹²⁰ 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. 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 toegevoegd¹²¹. 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

¹²⁰ Mackenbach, (1994)

¹²¹ De Wilde, (2002), (2004)

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) bijvoorbeeld 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)¹²² toont aan dat het verband tussen armoede en depressie statistisch sterk en positief is en mogelijk eerder exponentieel dan lineair van vorm.

Op basis van het veldwerk kan worden gesteld dat patiënten die worden opgenomen vaak niet alleen arm zijn, maar ook kansarm. Zo wordt bijvoorbeeld gezegd 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.

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 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 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 ech-

¹²² Levecque, K, (2008), Armoede en depressie. Een (niet) evident verband?, Acco, Leuven

ter 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 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)¹²³ 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.

Aanbevelingen

12. Een discussie dient plaats te vinden rond het opnemen van remgelden van psychiatrische patiënten in de MAF.
13. Er zou voor het PVT een systeem van persoonlijke bijdrage kunnen worden geïnstalleerd op basis van financiële draagkracht, met garantie voor een aanvaardbaar leefgeld (zie ook aanbevelingen VVI – 2008).
14. Er dient ervoor gezorgd te worden dat financiële problemen althans tijdens opname 'overzichtelijk' en 'inzichtelijk' worden gemaakt voor patiënten. Eventueel dient ook een vervolgplan te worden gemaakt voor na ontslag, zodat de druk wordt verlaagd of weggenomen. De rol van de sociale dienst hierin is belangrijk en wordt ook zeer gewaardeerd.

5.8. De weg naar de toegang kent financiële drempels

Conclusie

Op basis van dit onderzoek kunnen we niet zeggen hoe groot de groep patiënten is die niet terecht komt in de instelling omwille van allerlei drempels, 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 (is de derde stap in de benadering van Lammertyn, 1986). In de literatuur worden hindernissen beschreven die verband houden met financiële drempels, maar ook met wettelijke drempels, taboes en de manier waarop de sector is georganiseerd en een aanbod doet. De meeste van deze drempels worden bevestigd vanuit dit onderzoek, zoals het blijven bestaan van taboes, het gebrek aan kennis bij doorverwijzers en patiënten (en hun omgeving) (zie A), geografische onbereikbaarheid van diensten, maar ook financiële (on)toegankelijkheid. Deze uit zich op verschillende manieren:

- Sommige patiënten stoppen hun behandeling naar aanleiding van feitelijke of gepercipieerde financiële problemen. De meningen van het personeel zijn hierover verdeeld. 11% van de medewerkers zegt dat dit het geval is; 26% geeft aan dat dit in bepaalde mate het geval is; de patiënten zelf geven aan patiënten te kennen die dit hebben gedaan en sommigen geven zelf aan sterk te overwegen om omwille van financiële problemen de huidige behandeling te stoppen.

¹²³ 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

- 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.

Aanbeveling

15. Een duidelijke voorlichting van de patiënt wat het behandeltraject inhoudt, ook qua financiële kosten betreft.

5.9. Mismatch tussen vraag en aanbod

Conclusie

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.

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.

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. Een goede diagnosestelling is cruciaal.

Aanbevelingen

16. Er zou beter onderzocht moeten worden welke patiëntengroepen nu tussen de mazen van het net vallen en voor wie geen adequaat aanbod bestaat of dit aanbod beperkt is.

17. Wellicht zijn er geen nieuwe voorzieningen nodig, maar dient te worden gekeken naar een verruiming van het huidig aanbod binnen bestaande voorzieningen. Een vorm van Beschut Wonen met meer intensievere begeleiding en ondersteuning is een mogelijke piste.
18. 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 implemeren 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?

5.10. Doorstroom en drempels

Conclusie

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 zoals hiervoor reeds werden vermeld.
- Wachtlijsten waardoor patiënten soms langer dan nodig op afdelingen worden gehouden (zie hierboven)
- 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. 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 is of deze uitstroom ook duurzaam is.

Vaak wordt toch gemeld door medewerkers in de interviews dat patiënten hervallen (draaideurpatiënten) (16% van de patiënten in het verzorgingstehuis komen vanuit Beschut Wonen wat hiervan een indicatie kan zijn).

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 project, en is dit na een aantal jaren nog steeds het geval. De vraag naar psychiatrische thuiszorg is bovendien stijgende volgens de betrokken medewerkers.

Aanbevelingen

19. 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 kunnen worden uitgebouwd.
20. De afbouw van de intramurale zorg dient meer te worden afgestemd op de uitbouw van de extramurale zorg. De hiaten die hierdoor ontstaan moeten worden bekeken en een passend aanbod is nodig.
21. Hierbij kan worden gedacht aan verdere uitbouw van de psychiatrische thuiszorg (bv. meer tijd om aan meer algemenere thuiszorg te doen – opvoedkundig, financieel, enz.).

5.11. Samenwerking kan beter

Conclusie

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.
- Tussen afdelingen binnen een zelfde instelling is soms sprake van gebrekkig communicatie.

Aanbevelingen

22. 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 gaat hierdoor efficiënter en effectiever.
23. Samenwerking tussen de sectoren moet worden herbekeken (justitie en psychiatrie en psychiatrie en gehandicaptenzorg).

5.12. Nazorg en re-integratie

Conclusie

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 hen zelf 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. Tevens is het slechts een bepaalde groep patiënten die erin slaagt werk te vinden en te houden. De redenen hiervoor zijn divers en hebben onder meer te maken met inactiviteitsvallen, stigma en weinig ervaring met de doelgroep vanuit werkgeverszijde en het gebrek aan een passend aanbod.

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. Patiënten die opgenomen zijn in het PVT kunnen wel gaan werken, maar lopen het risico dat ze door dit werk hun uitkering kwijt zijn in geval van terugval.

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. Dagbesteding is zeker een sleuteldomein bij rehabilitatie.

Aanbevelingen

24. Activering en dagbesteding zijn cruciale domeinen binnen rehabilitatie van psychiatrische patiënten. Hierbij kan gedacht worden aan dagactiviteitencentra, maar ook vrijwilligerswerk en begeleiding naar al dan niet reguliere vormen van tewerkstelling.
25. Begeleidingstrajecten naar de arbeidsmarkt toe dienen verder te worden ontwikkeld.
26. De initiatieven rond arbeidsmarkt(re)integratie dienen te worden geëvalueerd.
27. Nazorg/ontslagmanagement dient een speerpunt te worden dat verdere aandacht geniet. 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 (beperkt) geld. 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. Ook hier kan worden gewerkt met groeipaden.
28. Inactiviteitsvallen dienen te worden bekeken.

5.13. De verschillende gezichten van armoede

Conclusie

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.

Aanbeveling

29. 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 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.

Bibliografie

Geraadpleegde literatuur

- Atkinson, T., Cantillon, B., Marlier, E., en B., Nolan, (2002), *Social Indicators. The EU and Social Inclusion*, Oxford University Press, Oxford
- 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
- Bayingana, K., Drieskens, S., en J., Tafforeau, (2002), *Depressie. Stand van zaken in België. Elementen voor een gezondheidsbeleid*, IPH/EPI Reports, Nr. 2002-011
- Beck, M., (2001), *Theoretische achtergrondstudies in verband met ongelijkheid en gezondheid. Deel 2*. Promotor: Prof. Dr. F. Louckx, in opdracht van Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden, VUB, Brussel
- Bracke, E. en M., Lamiroy, (2003), *Hoe gezond is de psychiatrie. Deel 1*, in: Weliswaar, December 2005, p29-33
- Brouckaert, J., (2008), *Geïnterneerden met een verstandelijke handicap in de gevangenis: een verhaal van kwetsbaarheid*, in: Antenne, September 2008, p25-30, Unie Vrijzinnige Verenigingen
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S., en K., Demyttenaere, (2004), *Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking : resultaten van de European Study on epidemiology of mental disorders*, in: Tijdschrift voor geneeskunde, jaargang 60, nr2, 2004
- Cantillon, B., De Graeve, D., en E., Schokkaert, (2003), *Billijkheid in de financiering van medische zorg*, DWTC project SO/01/005, Universiteit Antwerpen, Katholieke Universiteit Leuven
- Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, (2004), *Een andere benadering van armoede-indicatoren*, Brussel
- 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
- Cloots, H., et al., (2007), *Gezondheidsindicatoren 2006 Vlaams Gewest. Kerncijfers CGG*, Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, Brussel
- Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede, (2002), *Eindbesluiten Forum 'Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Van ervaringen en onderzoek naar beleid'*, Brussel, 14.12.2002
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, (2004), *Signaleringsrapport. Gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg in andere Europese landen*, Utrecht
- Cools, B., (2006), *Hoe ver-drijven we de geestelijke gezondheidszorg*, in: Alert, 32, nr5, p60-70, Pluralistisch Overleg Welzijnswerk, Berchem
- De Boyser, K., (2007), *Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers*, in: Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007, Antwerpen, OASeS, p153-166

- De Boyser, K., en K., Levecque, (2007), *Armoede en sociale gezondheid: een verhaal van po- vere netwerken*, in: *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*, Antwerpen, OASeS, p167-178
- Decoster, C., (2007), *Toespraak ter gelegenheid van het symposium 'Perspectieven in de Geestelijke Gezondheidszorg'*, georganiseerd te Brussel, 4.12.2007, FOD Volksgezondheid, Bescherming van de Voedselketen en Leefmilieu
- Deleek, H., (2002), *Dood en verdeling: over sociale ongelijkheid in ziekte, zorg en dood.*- Antwerpen: UFSIA, CSB, 13 p..- (Berichten / UFSIA, Centrum voor Sociaal Beleid , 2002:2)
- De Rick, K., Van Audenhove C., en F., Lammertyn, (2000), *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Eerste tussentijds rapport juni 2000*, LUCAS, Leuven
- De Standaard, (2003), *Situatie geïnterneerden is middeleeuws*, Inge Ghijs, 28.10.2003
- Demotte, R., (2005), *Beleidsnota inzake geestelijke gezondheidszorg*. Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- Department of Health and Social Security, (1980), *Inequalities in Health. Report of a research working group*, DHSS, Londen
- 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 welvaartsre- gime. Multidimensionele armoededynamieken bestudeerd vanuit de sociologie van de levens- loop*, Proefschrift voorgelegd tot het behalen van de graad van Doctor in de Politieke en Soci- ale Wetenschappen aan de Universiteit Antwerpen
- Dierckx, D., (2007), *Gezondheid te koop*, in: *Armoede en sociale uitsluiting*, Jaarboek 2007, Antwerpen, OASeS, p137-158
- De Wachter, D., psychiater-psychotherapeut in De Morgen van 21 april 2008: "Niemand hoort de chronische patiënt, ook niet in de psychiatrie".
- European Commission, (2005), *Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*, DG Health & Consumer Protec- tion, COM(2005)484
- Expertennota 'Het recht op gezondheidszorg', *Vooruitgangs- en toekomstcongres inzake de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting in Vlaanderen* – 6 mei 2004;
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, (2008), *Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden*. KCE reports 84A, KCE, Brussel
- Federatie Beschut Wonen/VVI, (2004), *Beschut wonen in de geestelijke gezondheidszorg*, Gent/Brussel
- FOD Economie, K.M.M., Middenstand en Energie, (2008), *Armoede in België*. Persbericht van 17 oktober 2008, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie
- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, (2004), *Advies m.b.t. continuering en veralgemening van de zorgfunctie 'activering' in de GGZ*. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling "Programmatie en Erkenning"
- Gillis, O. en R., Mertens, (2007), *Armoede schaadt de gezondheid*, in: CM-Informatie 231, maart 2008, p4-16; Willems, S, et al, (2007), *Problématique des inégalités socio- économiques de santé en Belgique*, in: *Sante conjuguee*, Volume 40, p25-34

Hillewaere, L, Decat, W., en P. Moons, (2003), *Ontslagmanagement in de psychiatrische ziekenhuizen: vijf jaar later*, in: Acta Hospitalia, 3, p61-68

Jaarverslagen RIZIV 2005, 2006, 2007, Brussel

Julie Renson Stichting, (2002), *Vademecum. Wet van 18 juli 1991 betreffende het voorlopig bewind over de goederen. Bemerkingen bij de praktijk*, Brussel

Kal, D., (2002), *Zorg voor kwetsbare groepen. Over mismatch, presentie en gastvrijheid*, in GGD nieuws, n5, p6-10

Kerkhofs, R., en T., Van Regenmortel, (2005), *Versterkend werken door nieuwe vormen van liaisons. Methodiekontwikkeling voor de bevordering van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor personen die in armoede leven*, HIVA, Leuven

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., en G., Thornicroft, (2007), *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care*, Open University Press, Mc Graw Hill, Maidenhead

Knoops, H., en M.H., Kwekkeboom, (2005), *Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag

Lammertyn, F., (1998), 'Aspecten van (on)toegankelijkheid – Een sociologische duiding', in: Opdebeeck, S., Van Audenhove C., en F., Lammertyn, (eds), *De toegankelijkheid van de voorzieningen in de welzijns- en gezondheidszorg. Visies uit de praktijk, het onderzoek en het beleid*, Lucas, K.U. Leuven, Leuven

Levecque, K, (2008), *Armoede en depressie. Een (niet) evident verband?*, Acco, Leuven

Levecque, K., en K., De Boyser, (2006), *Arm en ziek, rijk en gezond? Overheidsantwoorden in de voorbije 15 jaar*, in: Armoede en Sociale Uitsluiting, Jaarboek 2006, p219-238, OASeS, Antwerpen

Levecque, K., en J., Vranken (2008). "Meer depressies bij personen in armoede: enkele reflecties voor de klinische praktijk." *Psyche: tijdschrift van de VVGG / Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg*, 20(2): 4- 6.

Loosveldt, G., en B., Van Buggenhout, (2002), *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg en het zorgcoördinatieplan. Een ruime omkadering en toetsing aan de regelgeving inzake de persoonlijke levenssfeer, deelrapport*, LUCAS, Leuven

Mackenbach, J.P., (1994), *Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*, Van Gorcum, Assen

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

Murali, V., en F., Oyebode, (2004), *Poverty, social inequality and mental health*, in: *Advances in Psychiatric Treatment*, Volume 10, Issue 3, p216-224, The Royal College of Psychiatrists, Maney Publishing, Leeds

Nassen, E., (2001), *Tien stappen in de concretisering van een nieuw begrippenkader voor de geestelijke gezondheidszorg*, in: *Tijdschrift Klinische Psychologie*, nr. 1, p37-48

Saleebey, D. (ED)(1992), *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. NY: Longman.

Sannen, L., (2003), *Drempels naar welzijnsvoorzieningen: de cliënt aan het woord*. HIVA, Leuven

Santens, M., (red), (2008), *Een rechtvaardige gezondheidszorg*, Tegenspraak Cahier 27, die keure, Brugge

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

Staatssecretaris voor Armoedebestrijding, (2008), *Federaal plan Armoedebestrijding*, Brussel

Stand van zaken 'Pilotprojecten in de GGZ', in: *Overspil*, jaargang 15, nummer 37, juni 2008, p17-18, Hasselt

Tweede Kamer (2003/2004a). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 29538, nr. 1.

Universiteit Gent en Intercultureel Netwerk Gent, (2006), *Interculturalisering binnen de Geestelijke Gezondheidszorg*, Studie- en discussiedag, vrijdag, 24 maart 2006, Gent

Universiteit Gent, (2003), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport. Deelrapport 4: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede*. In opdracht van de Minister van Sociale Zaken en Pensioenen, Dhr Frank Vandenbroucke, Gent

Van Audenhove, Ch., et al, (2000), *Op weg naar werk. Werkvoorbereiding en werkbegeleiding in de geestelijke gezondheidszorg*, Bohn, Stafleu Van Loghum

Van den Brink, R., en A. Meijer, (2002), *Eigen betalingen in perspectief. Beschrijving van de theorie achter eigen betalingen en de praktijk in België en Frankrijk*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag

Van Dodeweerd, M., (2005), *Dossier Armoede in Nederland. Feiten en ervaringen*, Werkgroep Arme Kant van Nederland/EVA, 's Hertogenbosch 1

Van Nuffel, R., (2003), *De psychiatrische markt in Vlaanderen. Welke psychiatrische zorg is er te vinden?* In: *Antenne*, maart 2003, p22-29, Brussel

Van Regenmortel, T., (2002), *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*, in: Vranken, e.a. *Armoede en Social Uitsluiting, Jaarboek 2002*, Acco, Leuven/Leusden, p71-84

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

Vandenbergh, J., (psychiater) in *De Standaard* van 17.10.2008: *Armen hebben ook recht op geestelijke gezondheidszorg*

Vanroelen, C., en T., Smeets, F. Louckx, (2004), *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische Gezondheidszorg*, eindrapport, Academia Press

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

Verbond der Verzorgingsinstellingen v.z.w., (2005), *De forensisch-psychiatrische patiënt in Vlaanderen. Tussen 2 stoelen: Zorg & Justitie*, Caritas, VVI, Brussel

Verbond der Verzorgingsinstellingen v.z.w., (2004), *Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Geestelijke Gezondheidszorg: Knelpuntennota*, Caritas, VVI, Brussel

Verbond der Verzorgingsinstellingen v.z.w., (2004), *De psychiatrische patiënt en tewerkstelling: moeilijk aan het werk te krijgen. Een zoektocht naar inactiviteitsvallen*, Caritas, VVI, Brussel.

Vranken, J., (1977), *Armoede in de welvaartsstaat: een poging tot historische en structurele plaatsing*. Doctoraal proefschrift in de Politieke en Sociale Wetenschappen, UFSIA, Antwerpen

Vranken, J., De Boyser, K. en D., Dierckx, (2006), *Armoede en sociale uitsluiting*. Jaarboek 2006, Acco, Leuven

Vranken, J., De Boyser, K., Dierckx, D. en Campaert, G. (eds.) (2007), *Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting*, Leuven: Acco.

Vranken, J., en D., Geldof, (1991), *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 1991*, Leuven, Acco

Vranken, K., en K., De Boyser, (2005), *Het jaarboek in perspectief*, pp25-39, in: Vranken, J., De Boyser, K., en D., Dierckx, (eds), *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2005*, Acco, Leuven

Willems, S., De Roo, L., en N., Haedens, (2003), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport*. Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, Gent

Geraadpleegde websites

<http://anet.ua.ac.be/acadbib/ua/22074>; <http://anet.ua.ac.be/acadbib/ua/2203>;
<http://data.euro.who.int/hfad/>
http://handicap.fgov.be/docs/guide/apa_nl.doc
<http://meta.fgov.be/defaultTab.aspx?id=513>
<http://wvg.vlaanderen.be/armoede/index.htm>
http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_gezondheid.htm
<http://www.bewel.be/Default.aspx?tabid=5789&language=nl-NL>
<http://www.euro.who.int/observatory>
<http://www.opzrekem.be/>
<http://www.riziv.fgov.be/care/nl/mental-health/pdf/mentalhealth029.pdf>
<http://www.scp.nl/themasites/armoedemonitor/index.html>
<http://www.sociaalbedrijvencentrum.be/>
<http://www.socmut.be/SocMut/Publicaties/De-Nomenclatuur-raadplegen.htm>
http://www.statbel.fgov.be/downloads/hbs2006ex_ph4_nl.xls
http://www.statbel.fgov.be/figures/d33_nl.asp
<http://www.steunpuntwvg.be/swvg/index.html>
<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/index2.htm>, 2008
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/default.aspx?id=40>
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/topPage.aspx?id=5718>
http://www.zorg-en-gezondheid.be/woonplaats_cli%C3%ABnten_CGG.aspx

Bijlage 1: Lijst met geïnterviewde sleutelfiguren

Berrevoets Nadette	Hoofd sociale dienst
Bringmans Sabine	Sociaal assistente van PVT
Colson Inge	Verpleegkundige op de forensische zorglijn, mentor van patiënten
Crijns Annemie	Sociaal assistente van psychose resocialisatie
Eyckmans Luc	Directeur patiëntenzorg (ziekenhuis)
Gevers Paul	Sociaal assistent PVT Min in Antwerpen
Kuijpers Domien	Verantwoordelijke MPG
Moonen Maddy	Werkende op het beheer patiëntengoederen in Rekem
Snijders Cindy	Verpleegkundige op neuroselijn, mentor van patiënten en thuiszorgbegeleider
Van Damme Danny	Directeur psychiatrisch verzorgingstehuis
Van Eerdewegh Kris	Hoofd nursing (ziekenhuis)
Wirix Frank	Verpleegkundige op resocialisatie en tevens begeleider in de psychiatrische thuiszorg
Wouters Rudy	Verantwoordelijke PVT Min in Antwerpen

Bijlage 2: Checklist verkennende interviews met sleutelfiguren

I. Systemen

1. Hoe ziet u de relatie tussen psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg?
2. Hoe zou u de relatie tussen armoede en psychiatrie omschrijven?
3. Hoe zou u het systeem van geestelijke gezondheidszorg in België omschrijven in termen van:
 - 3.1. toegankelijk voor alle doelgroepen?
 - 3.2. helderheid/duidelijkheid?
 - 3.3. effectief (doeltreffend: bereikt de vooropgestelde doelen)?
 - 3.4. efficiënt (doelmatig: bereikt de doelen door middelen (tijd, geld, mensen) zo goed mogelijk in te zetten)?
4. Aanbod:
 - 4.1. Voldoet het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg aan de vraag?
 - 4.2. Hoe kan het aanbod worden geoptimaliseerd?
5. Zijn er problemen van wettelijke aard die een goed functioneren van het systeem van geestelijke gezondheidszorg in de weg staan?
6. Zijn er problemen met bevoegdheden tussen de federale en Vlaams overheid die een goed functioneren van het systeem van geestelijke gezondheidszorg in de weg staan?
7. Wachtlijsten:
 - 7.1. Is er een probleem van wachtlijsten? Zo ja, waar?
 - 7.2. Hoe zouden deze kunnen worden opgelost?
8. Kosten:
 - 8.1. Wat zijn de kosten van de verschillende vormen van zorg per dag voor de instelling? Voor de patiënt?
 - 8.2. Hoe worden deze kosten bepaald?
 - 8.3. Wie kan deze prijsstelling beïnvloeden?
9. Wat vindt u van de nieuwe ontwikkelingen zoals zorgcircuits (aanbod van zorg waarbij wordt vertrokken van een bepaalde doelgroep waarbij een functionele samenwerking wordt nagestreefd rond een hulpvrager) en netwerkontwikkeling (regionaal georganiseerd)?

II Processen

A. Instroom

10. Waar komt men in eerste instantie terecht als men psychische problemen heeft?
11. Hoe komt men de psychiatrische zorg in OPZC Rekem binnen? Via welke kanalen? Wie verwijst door?
12. Welke gegevens worden verzameld van de patiënten?
13. Wordt bij instroom/intake gesproken over de financiële situatie van de patiënt?
14. Welke problemen doen zich voor bij de instroom (problemen van aanbod, wettelijke problemen, financiële problemen, enz.)?

B. Doorstroom

15. Van welke vorm van psychiatrische zorg kan men naar welke vorm van psychiatrische zorg doorstromen?
16. Welke problemen doen zich hierbij voor?
17. Wanneer wordt de sociale situatie van de patiënt besproken? Wie initieert dit? Wat is de aanleiding hiertoe?
18. Wat zijn mogelijke financiële tussenkomsten waarvan de patiënt gebruik kan maken?
19. Hoe wordt bepaald en door wie hoe lang een patiënt in een bepaalde zorgvorm verblijft?
20. Welke factoren spelen een rol bij doorstroming of heroriëntatie? Welke factoren zijn hierin bepalend?

C. Uitstroom

21. Wat zijn de voorwaarden voor uitstroom uit het OPZC Rekem?
22. Welke factoren spelen een rol bij re-integratie? Welke factoren zijn hierbij bepalend?
23. Waar komt men terecht na de uitstroom?
24. Welke problemen doen zich voor gekoppeld aan uitstroom?

Bijlage 3: Checklist groepsinterviews

1. Op welke manier krijgen jullie met armoede te maken in het uitoefenen van jullie job (hoe uit zich deze armoede? Hoe vaak komen jullie ermee in aanraking?)
2. Armoede bij patiënten voor ze instromen in de psychiatrie.
 - Beïnvloedt armoede instroom in de psychiatrie?
 - Worden armen sneller of juist minder snel opgenomen in de psychiatrie?
 - Hoe uit zich deze armoede?
3. Armoede bij patiënten die in een psychiatrische instelling verblijven: ziekenhuis en PVT.
 - Beïnvloedt armoede het verblijf in een psychiatrische instelling?
 - Beïnvloedt armoede doorstroom van de ene naar andere afdeling en/of van de ene naar andere instelling?
 - Welke rol speelt opname in een psychiatrische instelling bij het verminderen/verergeren van armoede?
4. Wat zijn essentiële voorwaarden voor het slagen van psychiatrische behandelingen (welke rol speelt de financiële situatie van de patiënt hierbij)?
5. Armoede bij patiënten die de psychiatrie verlaten.
 - Beïnvloedt armoede uitstroom uit de psychiatrie?
 - Hoe beïnvloedt armoede re-integratie in de maatschappij?
6. Welke dingen zou u willen veranderen binnen de organisatie en uitvoering van geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen?
Nieuwe ontwikkelingen?

Bijlage 4: Vragenlijst gebruikt ter inleiding van de groepsinterviews
Vragenlijst voor deelnemers aan groepsgesprekken

1. Persoonskenmerken

- Geslacht: Man
 Vrouw
- Leeftijd: < 20 jaar
 20 – 30 jaar
 31 – 40 jaar
 41 – 50 jaar
 51 – 60 jaar
 > 60 jaar

2. Beroepssituatie

- Functie:
- Afdeling waar uw werkzaam bent: psychosezorg
 neurosezorg
 verslaafdenzorg
 ouderenzorg
 forensische zorg
 dagkliniek

Of bij PVT:

- Afdeling waar uw werkzaam bent: Terbosch 1 & 2
 Terbosch 3 & 4
 Hotel Min

- Hoelang werkt u bij de huidige werkgever?
- Hoelang werkt u in de psychiatrische zorg?

3. Uitspraken

<i>Gelieve het voor u meest passende antwoord aan te kruisen.</i>	Mee eens	Mee eens in bepaalde mate	Mee oneens	Weet niet/geen mening
1. De geestelijke gezondheidszorg in België is toegankelijk voor iedereen (m.a.w. iedereen die er gebruik van wil/moet maken, kan er gebruik van maken).				
2. De geestelijke gezondheidszorg in België is overzichtelijk voor <i>doorverwijzers</i> (m.a.w. men weet waar men terecht kan met welke vraag).				
3. De geestelijke gezondheidszorg in België is overzichtelijk voor <i>patiënten</i> (m.a.w. men weet waar men terecht kan met welke vraag).				
4. De problematiek van de patiëntengroep waar ik mee te maken heb, is complexer geworden.				
5. De problematiek van de patiëntengroep waar ik mee te maken heb, is anders geworden, namelijk (specificeer aub)	Indien mee eens, gelieve te specificeren.			
6. De samenstelling van de patiëntengroep waar ik mee werk, is de laatste jaren veranderd.			(ga naar uitspraak 7)	(ga naar uitspraak 7)
6.1. De gemiddelde leeftijd van de patiënten waar ik mee werk is <i>lager</i> in vergelijking met vroeger.				
6.2. De gemiddelde leeftijd van de patiënten waar ik mee werk is <i>hoger</i> in vergelijking met vroeger.				
6.3. De patiëntengroep waar ik mee werk bestaat uit meer vrouwen in vergelijking met vroeger.				
6.4. De patiëntengroep waar ik mee werk, is diverser geworden qua problematiek in vergelijking met vroeger.				
6.5. De patiëntengroep waar ik mee werk, is armer geworden in vergelijking met vroeger.				
6.6. Anders, specificeer aub.....				

<i>Gelieve het voor u meest passende antwoord aan te kruisen.</i>	Mee eens	Mee eens in bepaalde mate	Mee oneens	Weet niet/geen mening
7. Het mutatiebeleid in mijn instelling dient te worden herbekeken: patiënten blijven soms onnodig lang op een afdeling.				
8. Patiënten blijven soms onnodig lang op een afdeling omdat doorstroom wordt verhinderd door wachtlijsten.				
9. Patiënten blijven soms onnodig lang op een afdeling omdat doorstroom wordt verhinderd door een gebrek aan financiële middelen van de patiënten om de vervolgbehandeling te kunnen betalen.				
10. Patiënten stoppen soms met een behandeling omdat ze van mening zijn verdere behandeling niet te kunnen betalen.				
11. In de afdeling waar ik werk, is er een wachtlijst.				
12. Armoede leidt tot problemen op gebied van geestelijke gezondheid.				
13. Problemen met geestelijke gezondheid leiden tot armoede.				
14. Een <i>minderheid</i> van de patiënten die ik behandel heeft financiële problemen.				
15. Een <i>meerderheid</i> van de patiënten die ik behandel heeft financiële problemen.				

<i>Gelieve het voor u meest passende antwoord aan te kruisen.</i>	In grote mate	Soms wel/soms niet	Weinig	Weet niet/geen mening
16. De geestelijke gezondheidszorg die wordt aangeboden in mijn instelling is (in grote mate/soms/weinig) effectief (de vooropgestelde doelen worden bereikt).				
17. De geestelijke gezondheidszorg die wordt aangeboden in mijn instelling is (in grote mate/soms/weinig) efficiënt (de doelen worden bereikt door de middelen (mensen, tijd en geld) zo goed mogelijk in te zetten).				

<i>Gelieve het voor u meest passende antwoord aan te kruisen.</i>	Voor <i>alle</i> patiënten die ik behandel	Voor een <i>meerderheid</i> van de patiënten die ik behandel	Voor een <i>minderheid</i> van de patiënten die ik behandel	Weet niet/geen mening
18. De residentiële/intramurale geestelijke gezondheidszorg in België is betaalbaar.				
19. De ambulante geestelijke gezondheidszorg in België is betaalbaar.				
20. De inhoud (of het type) van de geestelijke gezondheidszorg die wordt aangeboden <i>in onze regio</i> stemt overeen met de vraag.				

4. Wat zijn volgens u de **twee belangrijkste knelpunten** in het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg waar u tegenaan loopt bij het uitoefenen van uw job?

1.....
.....
.....
2.....
.....
.....

5. Wat zijn volgens u de **twee belangrijkste knelpunten** in het algemeen functioneren van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen/België?

1.....
.....
.....
2.....
.....
.....

Deze gegevens worden vertrouwelijk en anoniem behandeld. Hartelijk dank voor uw medewerking!!

Bijlage 5: Analyse van het personeelsbestand in OPZC Rekem

		Psychiatrisch ziekenhuis	Psychiatrisch verzorgingstehuis
Geslacht	Mannen	35%	17%
	Vrouwen	65%	83%
Leeftijd	<=34jr	36%	42%
	35-44jr	33%	29%
	45-54jr	20%	22%
	55jr =>	11%	8%
Functie	Verpleegkundigen	71%	44%
	Verzorgenden	22%	52%
	Psycholoog + assistent psycholoog	7%	4%
	Verdeling van deze functies tussen ziekenhuis en PVT	73%	27%

Daar in de vragenlijst voor de groeps gesprekken andere leeftijdscategorieën werden gebruikt, is de representativiteit van de deelnemers aan de groeps gesprekken naar *leeftijd* niet duidelijk vast te stellen. De groep deelnemers aan de groeps gesprekken die in het ziekenhuis zijn tewerkgesteld hebben een gemiddeld wat lagere leeftijd dan de populatie medewerkers van het ziekenhuis; hetzelfde geldt voor de deelnemers aan de groeps gesprekken uit het PVT. Echter de cijfers in deze bijlage 1 voor geslacht en leeftijd gelden voor de totale populaties medewerkers in het ziekenhuis en het PVT.

Wat *geslacht* betreft, komt de verdeling mannen/vrouwen in de groepsinterviews en in de populatie goed overeen.

Naar functiegroepen zaten er iets minder verpleegkundigen in de groepsinterviews en iets meer psychologen/assistent-psychologen, in vergelijking met het aandeel van deze functiegroepen in de populatie medewerkers van het ziekenhuis.

Het aandeel van de verzorgenden in de groepsinterviews is duidelijk minder, vergeleken met het aandeel van deze functiegroep in de totale populatie van het PVT. Bij de groeps gesprekken met PVT-medewerkers waren iets meer verpleegkundigen in vergelijking met het aandeel van deze functiegroep in de totale populatie van het PVT.

Bijlage 6: Checklist patiëntengesprekken

1. Hoe oud is de patiënt?
2. Hoelang is de patiënt al in de instelling?
3. Is de patiënt op de hoogte van hoe het verblijf wordt betaald? Is de patiënt op de hoogte van een of meerdere regelingen (wat wordt wel terugbetaald, wat is eigen bijdrage,...?)
4. Is de patiënt op de hoogte van de kosten van het verblijf?
5. Zijn er behandelingen of voorzieningen die de patiënt niet kan ontvangen of er geen gebruik kan van maken omdat hij/zij ervan uitgaat dat deze voor hem/haar niet betaalbaar zijn? (bijvoorbeeld uitstapjes maken, mee uit gaan eten)
6. Zijn er andere dingen die de patiënt wenst, maar die hij/zij niet kan realiseren door zijn/haar financiële situatie? (bijvoorbeeld sporten)
7. Hoe was de financiële situatie van de patiënt voordat hij/zij in behandeling kwam?
8. Hoe is de financiële situatie van de patiënt nu? Hoeveel heeft de patiënt concreet te besteden per week/maand?
9. Welke invloed heeft de financiële situatie van de patiënt op zijn/haar verdere leven?
10. Krijgt de patiënt nog steun vanuit de omgeving om makkelijker te kunnen rondkomen?
11. Is er iemand die namens/voor de patiënt zijn/haar financiële zaken regelt?
12. Hoe vaak heeft de patiënt contact met deze?

Onderzoek Armoede en Psychiatrie

QASes
ONGELIJKHEID, ARMOEDE,
SOCIALE UITSLUITING EN DE STAD

 universiteit
hasselt
INSTITUUT VOOR
GEDRAGSWETENSCHAPPEN

 sein
sein

