

## Beschut wonen in de geestelijke gezondheidszorg

### Historisch overzicht

Zoals meestal moeten we ook de beschrijving van beschut wonen in de geestelijke gezondheidszorg beginnen met een kort historisch overzicht. Het zal wel niemand verwonderen dat niet enkele elementen het beschut wonen lieten ontstaan, maar dat vele invloeden aanwezig waren. Enkele belangrijke evoluties in de psychiatrie en in de maatschappij meen ik hier toch te moeten vermelden:

- Mogelijk is de voornaamste aanzet wel de ontwikkelingen inzake medicatie. We kunnen ons nu nog moeilijk voorstellen hoe het uitzicht van een psychiatrisch centrum zou zijn zonder medicatie.
- Er waren belangrijke maatschappelijke fenomenen die een invloed hadden op de psychiatrie. Niet te ontkennen is de invloed van de anti-psychiatrie en de schrijvers die de nadelen van de gesloten instellingen en de totaalinstitutie uitvoerig hebben omschreven.
- De grote toeloop van professionele krachten begon in de jaren zestig en zette sterk door in de jaren zeventig. Hieraan ging natuurlijk ook wetgeving vooraf waardoor Psychiatrische Centra ziekenhuizen werden (1963). Het Rijksfonds voor sociale reclassering van Mindervaliden had zeker een belangrijke bijdrage bij de uitbouw van de intramurale revalidatiecentra.

Meer specifiek voor het Beschut Wonen zijn er andere elementen die een rol speelden:

- Een tendens van de-institutionalisering die ook op internationaal vlak tot uiting kwam. Reeds in 1975 werd er bij de vaststelling van de A- en T-normen vanuit gegaan dat er teveel psychiatrische patiënten in de Psychiatrische Centra (PC) verbleven.

Mede onder invloed van Italië en Amerika kreeg men meer aandacht voor het verminderen van het groot aantal zieken in instellingen.

- Reeds lang kende men het fenomeen gezinsverpleging in Geel en de mogelijkheden om op die manier patiënten op een meer geïntegreerde manier opvang te geven in de maatschappij. Nadien waren er de initiatieven van Oikonde, waar met succes meerdere psychiatrische patiënten en marginalen een aangepaste opvang kregen. Het is zeker niet toevallig dat juist gezinsplaatsingsdiensten dergelijke vorm van hulpverlening gingen ontwikkelen. Zo had Open Thuis ook reeds in de jaren zeventig huizen en appartementen voor meerdere bewoners.

- Hierbij moeten we ook vermelden dat er grotere aandacht kwam voor de levenssituatie van de bewoners en dat ook familieleden van patiënten via Similes meer en meer inspraak vroegen.

- Een belangrijke impuls voor het Beschut Wonen voor (ex)-psychiatrische patiënten werd gegeven door een aantal intramurale medewerkers die een oplossing zochten voor een te groot aantal mislukte reclasseringen in de maatschappij. Die mislukkingen waren vaak toe te schrijven aan vereenzaming, gebrekkige nazorg en een groot tekort aan aangepaste huisvesting.

Bovendien waren er heel wat weerstanden zowel bij families als professionelen om patiënten die jarenlang in een instelling verbleven zomaar zelfstandig in de maatschappij te laten wonen.

Tenslotte was het vrijwel onmogelijk om voor enkele mensen samen een woning te huren. Al te vaak waren er vlug problemen o.a. omdat een aantal samenwonenden niet samen bleven en er onoverkomelijke problemen bijkwamen om de huur- en andere kosten te verdelen. Een initiatief dat deze problemen kon oplossen was dan ook noodzakelijk.

- Al vrij snel bleek dan dat Beschut Wonen een aangepaste hulpverleningsvorm kan zijn voor veel psychiatrische patiënten. Zelfs in een tijd toen er van enige financiering nog geen sprake was, konden de initiatiefnemers aantonen dat het Beschut Wonen een noodzakelijke aanvulling is in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De goede resultaten met de bewoners, die bovendien erg tevreden waren over deze hulpverleningsvorm, en het gering aantal mislukkingen (slechts weinigen moesten heropgenomen worden) zorgden voor voldoende aanmoediging om door te gaan. Al vlug gingen de initiatiefnemers op zoek naar een theoretisch kader en hulpmiddelen om de begeleiding te verbeteren.

Dit resulteerde onder andere in verschillende studiedagen en de uitgave van het *Draaiboek voor Beschermd Wonen* uitgegeven door het V.V.I. en V.M.S.I.

In dit draaiboek kunnen we tevens reeds terugvinden dat het Beschermd Wonen zeker niet alleen bedoeld is om een goede nazorg vanuit het Psychiatrisch Centrum te organiseren maar ook om preventief te werken. Dit betekende onder meer dat de bewoners ook rechtstreeks uit de maat-

schappij kunnen opgenomen worden nadat ze verwezen zijn vanuit een Centrum voor G.G.Z.

Het is pas vanaf 1986 dat de eerste medewerkers voor het Beschut Wonen kunnen aangeworven worden als gevolg van het KB 407. De Psychiatrische Centra kregen de mogelijkheid om per 8 ontslagen lijstpatiënten een personeelslid aan te werven.

Een lijstpatiënt was in '83 ontstaan doordat men in dat jaar in de Psychiatrische Ziekenhuizen waar meer patiënten verbleven dan voorzien was in de programmatie, al de patiënten ging tellen die voor 01.01.1977 opgenomen werden en geen 6 maanden ontslagen waren.

Het ging dus in dit geval om patiënten die reeds meer dan 9 jaar opgenomen waren in een Psychiatrisch Ziekenhuis. Wie zou verwachten dat deze maatregel enorm veel plaatsen voor Beschut Wonen liet ontstaan komt wel bedrogen uit. Hiervoor zijn er meerdere redenen:

- Een aantal Psychiatrische Ziekenhuizen hadden geen overaantal aan patiënten en hadden dan ook geen lijstpatiënten.

- Voor een psychiatrische patiënt die opgenomen bleef kon men nog altijd een ligdagprijs krijgen en al was de personeelsvoorziening voor deze boventalige groep (ook wel eens residu-patiënten genoemd) maar 27 personeelsleden op 90, dit is toch nog altijd veel meer dan de 1 op 8 voor Beschut Wonen.

- Omdat de regeling alleen voorzien was voor lijstpatiënten kregen de initiatieven moeilijkheden om voor de vele niet-lijstpatiënten toch een huisvesting en begeleiding te voorzien.

Toen we na enkele jaren het aantal medewerkers voor Beschut Wonen gingen tellen bleek dat een 20-tal werknemers in de Psychiatrische Ziekenhuizen betaald werd via deze regeling; hetgeen neerkomt op minder dan 200 lijstpatiënten die in Beschut Wonen verbleven.

De grote doorbraak kwam er voor het Beschut Wonen door de wet van 26 juli 1990. Hierdoor konden een aantal bestaande plaatsen erkend worden: al de plaatsen die bestonden voor 01.01.1990 (zonder nog rekening te houden met de bezetting door lijstpatiënten).

Vervolgens konden de afgebouwde Psychiatrische Ziekenhuizen voor 10% van hun beddenscapaciteit beschut wonen oprichten. Een ziekenhuis met 200 bedden kon daardoor 20 plaatsen BW oprichten.

De Psychiatrische Ziekenhuizen met nog een overaantal aan patiënten konden via diverse regelingen kiezen voor uitdovende PVT-bedden (Psychiatrisch Verzorgingstehuis) of ook voor Beschut Wonen waarbij het Psychiatrisch Ziekenhuis dan nog de helft van het aantal plaatsen Bewust Wonen terugkrijgt voor blijvende PVT-bedden.

Deze regeling kort beschrijven is erg moeilijk, toch moet het duidelijk zijn dat er reeds snel grote aantallen plaatsen Beschut Wonen kunnen ontstaan. Waar aanvankelijk de planning was 0,3 per 1.000 bleek al vlug dat dit getal te klein was en werd het korte tijd later 0,4 per duizend. Dit zou

kunnen betekenen dat 2.400 Vlamingen terecht kunnen in het Beschut Wonen. Dit getal is heel wat ruimer dan de 605 plaatsen voor Begeleid Wonen van het Vlaams Fonds. Dit was mogelijk omdat via de reconversie van de Psychiatrie het Beschut Wonen eigenlijk ook een besparing in de intramurale zorg meebrengt. Dure ligdagen in een Psychiatrisch Ziekenhuis worden vervangen door goedkopere ligdagen in het Beschut Wonen.

#### **De nieuwe wetgeving**

Het is niet de bedoeling om de nieuwe wetgeving volledig te beschrijven, toch is het nuttig om een aantal elementen te vermelden.

Het lag in de bedoeling van de wetgever om het Beschut Wonen in de GGZ een eigen plaats te geven. Opmerkelijk hierbij is dat het Beheer van een initiatief voor Beschut Wonen moet gebeuren door een samenwerkingsverband waarbij minstens één Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg en één Psychiatrisch Ziekenhuis of PAAZ-dienst betrokken is. Hierdoor moeten op dit vlak de intra- en de extramurale sector samenwerken. Voor initiatieven die soms erg nauw verbonden waren met een PZ betekent dit tevens dat een extramurale partner medebepalend kan worden voor het beleid.

Voor de financiering werd een regeling uitgewerkt zoals in de ziekenhuizen, waardoor de initiatieven nu ook te maken krijgen met ligdagen, betalingsverbintenissen, conventies, mutualiteiten, voorschotten, ...

#### *Architectonische normen*

Opmerkelijk hierbij is de verplichting dat minstens vier bewoners moeten samenwonen en dat dit aantal maximaal 10 mag zijn. Dit maximum levert geen problemen, het minimumaantal echter wel. Zo zijn er maar weinig huizen met vier slaapkamers te huur en om die reden kan men vaak niet terecht in een sociale woning. Bovendien zijn er zeker een aantal ex-patiënten die moeilijk kunnen samenwonen met nog drie anderen.

Het is anderzijds goed dat er in de wetgeving ook aandacht gevraagd werd voor voldoende privacy en brandveiligheid.

#### *Begeleiding*

Een initiatief moet minstens beschikken over 1 full-time licentiaat of afgestudeerde van het niet-universitair hoger onderwijs per 8 bewoners. Voor 1/3 van het aantal bewoners mag er een begeleider per 6 bewoners voorzien worden.

Er is tevens in de wet voorzien dat er een psychiater zou verbonden worden aan het initiatief, maar hiervoor is er nog steeds geen subsidiëring voorzien.

#### *Werkingskosten*

Buiten een éénmalige premie van 50.000 fr. per plaats bij de start van een initiatief zijn er geen werkingskosten voorzien. Het is duidelijk dat het

Begeleid Wonen in het kader van het Vlaams Fonds hier met 20.000 fr. per plaats per jaar er op dat vlak beter voorstaat. Veel initiatieven vragen zich af hoe de omvangrijke administratie en reiskosten kunnen geregeld worden. De bewoners zelf kunnen instaan voor hun eigen kosten voor huur, verwarming, voeding, was... Iedereen zal wel weten dat er dan naast het zakgeld niets overblijft omdat de meesten moeten leven met het minimum aan loon in de beschutte werkplaats, het minimum aan invaliditeitsuitkeringen of het bestaansminimum via OCMW of tegemoetkomingen voor mindervaliden. Voor deze laatste groep is het trouwens opmerkelijk dat juist hun integratietegemoetkoming wegvalt vanaf het moment dat er van enige integratie sprake is: als ze het PZ verlaten. Iedere vorm van zelfredzaamheid wordt nagegaan en betekent een vermindering van hun inkomen zodat er uiteindelijk enkel de inkomensvervangende tegemoetkoming overblijft, het bedrag dat gelijk is aan het bestaansminimum.

#### *Evaluatie*

Een evaluatie maken van de wetgeving is op dit moment nog moeilijk. Toch menen we dat een belangrijke stap gezet werd in de Geestelijke Gezondheidszorg. Het Beschut Wonen is volgens mij een hulpverleningsvorm die een volwaardige plaats in de GGZ moet krijgen om verschillende redenen:

- de bewoners krijgen de kans om zo normaal mogelijk te leven, in kleinschalige woningen, met een maximum aan mogelijkheden voor hun rehabilitatie.
- de bewoner krijgt een zo groot mogelijke zelfstandigheid waarbij hij zelf zijn leven kan bepalen. Hierbij krijgt ook de familie terug een grotere inbreng en kunnen familieleden terug hun taken opnemen zoals dit vaak ook in de maatschappij het geval is.
- ook maatschappelijk is het Beschut Wonen voor de psychiatrische patiënten die het aankunnen de beste hulpverleningsvorm. Bovendien is het zowel voor de bewoners als voor de maatschappij de goedkoopste vorm.

#### *Problemen i.v.m. Beschut Wonen*

- Een eerste grote moeilijkheid is het vinden van aangepaste woningen voor Beschut Wonen. Vele projecten moeten veel van hun tijd investeren in het zoeken van aangepaste woningen. Dat de bewoners met minstens vier moeten samenwonen is op vele plaatsen een extra moeilijkheid. Bovendien voldoen huurwoningen vaak niet inzake brandveiligheid en kan men dit samenwonen niet organiseren in om het even welk huis. Toch kunnen we vaststellen dat er op vele plaatsen reeds goede oplossingen gevonden worden om aangenaam samenwonen, privacy en veiligheid te combineren. Het zal echter nog veel tijd en inspanningen vergen om verbeteringen te kunnen organiseren. Bovendien hopen we verder op een

soepele manier te kunnen werken zodat het Beschut Wonen mogelijk blijft. Het zou volgens mij ook overdreven zijn om voor het Beschut Wonen dezelfde eisen inzake veiligheid te stellen als in een intramurale voorziening.

De ligging van de woningen is ook erg belangrijk omdat vele bewoners moeilijkheden hebben met het vervoer. Het is dan ook niet toevallig dat de meeste initiatieven voor Beschut Wonen ontstonden en groot werden in een stedelijk gebied.

- Er is nog te weinig studiewerk over het Beschut Wonen verricht. Bovendien staan er heel wat begeleiders nog in de kou omdat deze nieuwe richting in de GGZ in de verschillende opleidingen nog te weinig aan bod komt. Maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, psychologen en andere hulpverleners zullen ook in deze sector moeten leren samenwerken en elkaar aanvullen.

- De bewoners beschikken vaak over een te klein inkomen om in de maatschappij hun leven optimaal te kunnen uitbouwen. Vaak moeten ze het stellen met een inkomen tussen 17.000 en 21.000 fr. per maand. Hierdoor is het vaak onmogelijk om de meerkost van hun ziekte of handicap te kunnen betalen. Denken we hierbij maar aan medicamenten en de meerkost voor was en reiskosten.

Een voor hen aangepaste *integratietegemoetkoming* is dan ook noodzakelijk.

- Het ontbreken van aangepaste voorzieningen voor de dagbesteding betekent vaak dat bewoners nog voor dagverpleging naar het vroegere psychiatrisch centrum gaan. Dit is zeker voor een aantal bewoners de aangewezen oplossing; voor andere is het soms maar een (dure) vorm van dagbezigheid. De uitbouw van alternatieven voor dagbesteding zal dan ook nog meer aandacht moeten krijgen.

- Er is ook nood aan differentiatie in het Beschut Wonen. Zo zou het mogelijk moeten zijn om voor iedere bewoner een aangepaste opvangvorm te vinden. Hierbij zouden de eigenheid en de persoonlijke wensen van de bewoners meer kans moeten krijgen. Wanneer er voldoende verschillende vormen aanwezig zijn, kunnen er steeds meer patiënten terecht in het Beschut Wonen. Heel wat chronische patiënten blijken in het Beschut Wonen goed te functioneren terwijl er maar weinig heropnames nodig blijken te zijn.

Ook ambulante patiënten en personen die slechts een korte opname in een PAAZ of Psychiatrisch Centrum hadden komen in aanmerking voor een korter of langer verblijf in Beschut Wonen; hierdoor kan het Beschut Wonen ook preventief werken.

- Tenslotte meen ik dat het Beschut Wonen tevens een belangrijke invloed kan krijgen in de GGZ. Zo meen ik dat er nog andere vormen kansen zullen krijgen waarbij patiënten in een meer gewone omgeving intensieve behandelingen kunnen krijgen; dat er doorgangshuizen en opvang-

huizen kunnen komen om psychiatrische patiënten tijdelijk op te vangen. Voor heel wat families zou bv. de opvang gedurende vakantieperiodes of bij tijdelijke onbeschikbaarheid van familieleden een belangrijke aanvulling van de hulpverlening kunnen betekenen.

Marcel PLESSERS  
v.z.w. Bewust