



### Arm maakt ziek, ziek maakt arm

De werkgroep ‘Arm maakt ziek, ziek maakt arm’ van de SGGG heeft de afgelopen jaren een aantal belangrijke verwezenlijkingen gedaan.

Belangrijk om te vermelden is dat het Observatorium voor de chronische ziekten de aanbevelingen onderschrijft van werkgroep “Arm maakt ziek en ziek maakt arm” van de Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg 2021. Zij hebben minister Vandenbroucke gevraagd om deze adviezen ter harte te nemen en op de agenda te plaatsen van de IMC.

Als eerste activiteit van de afgelopen periode heeft de werkgroep onderzoek verricht naar de kennis van artsen over armoede. De enquête vond plaats in het voorjaar van 2022, met behulp van Artsenkrant en De Apotheker. Hierover werd ook een wetenschappelijke paper geschreven, die gepubliceerd werd in European Psychiatry (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/37458201/>).

De meeste deelnemende artsen erkennen de intergenerationele aard van armoede (71 procent) en de situationele oorsprong ervan (72 procent). Ze bevestigen dat armoede kwalitatieve (59 procent), tijdige (66 procent) en betaalbare zorg (80 procent) belemmert.

Toch vindt één op drie dat mensen in armoede verkeerde prioriteiten stellen. 14 procent beweert dat mensen in armoede zich onvoldoende inspannen om hun situatie te veranderen. Wel erkennen de respondenten dat adequate zorg voor mensen in armoede wordt gehinderd door administratieve lasten (77 procent) en tijdsgebrek bij zorgverleners (61 procent).

Hoewel de helft van de respondenten aangeeft dat ze het moeilijk vinden om met patiënten in armoede te werken, is tegelijk bijna drie vierde ervan overtuigd dat ze daarvoor voldoende kennis hebben. Het is echter onduidelijk waar de artsen deze kennis denken te hebben opgedaan. Ruim drie vierde geeft namelijk aan dat armoede geen onderdeel uitmaakte van hun medische opleiding. De helft zegt dat ze zouden deelnemen aan een training over dit onderwerp als deze beschikbaar was.

Het gebrek aan kennis over armoede bij artsen leidt echter tot verminderde kwaliteit van medische zorg voor mensen in armoede. Dit is een medisch-ethisch en maatschappelijk probleem. Het is daarom essentieel om een aanpak voor verandering te formuleren. We stellen tien actiepunten voor beleidsmakers, onderwijsinstellingen en artsen voor.

1. Realiseer als overheid Health in All Policies: neem gezondheidsoverwegingen mee in beleidsdomeinen buiten de gezondheidszorg. Denk bijvoorbeeld aan voldoende groene ruimte in elke woonwijk, gelegenheid voor gratis sporten en bewegen... als onmisbare instrumenten om de gezondheid van mensen in armoede te verbeteren.
2. Stimuleer en investeer in geïntegreerde zorg, zodat patiënten in armoede spontaan worden doorverwezen naar sociale diensten. Kinderen, adolescenten en hun ouders moeten daarbij voorrang krijgen. Omgekeerd moet het recht op betaalbare zorg zonder administratieve rompslomp gewaarborgd worden.
3. Neem opleiding over armoede en de effecten ervan op het welzijn en de gezondheid van patiënten op elke basisopleiding voor artsen en alle andere gezondheidswerkers.
4. Informeer artsen regelmatig over de kosten van een behandeling: de prijs van technische onderzoeken, radiologie en laboratoriumtesten, van medicatie en van niet-farmacologische interventies, zoals fysiotherapie, psychotherapie, dieetadvies of rookstopbegeleiding. Moedig artsen aan om behandelingskosten op te zoeken wanneer ze patiënten in armoede spreken.
5. Leer artsen over hoe patiënten in armoede evenwaardige gezondheidszorg kunnen krijgen door rekening te houden met financiële beperkingen.
6. Motiveer artsen om bij de overheid en andere instanties te pleiten voor een betere vergoeding of gratis behandeling voor patiënten in armoede.
7. Moedig artsen, ziekenhuizen en andere medische instellingen om gespreide betalingen te accepteren van patiënten in een precaire financiële situatie.
8. Zet peer-to-peer groepen en interne therapeutische ondersteuning op voor artsen die erg betrokken zijn bij de zorg voor patiënten in armoede.
9. Ontwikkel een gemakkelijk hanteerbaar screeningsinstrument voor het opsporen van risicopatiënten en maak het gratis beschikbaar voor gezondheidswerkers.
10. Neem buddywerk en ervaringsdeskundigen op in alle vormen en niveaus van medische zorg. Ze zijn een belangrijke steun voor patiënten in armoede en artsen.

Als tweede belangrijke activiteit van de afgelopen periode heeft de werkgroep onderzoek gedaan bij de sociale diensten van psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-afdelingen van algemene ziekenhuizen over dakloosheid bij hun patiëntenbestand en over de workload die dat met zich meebrengt. Het onderzoek vond telefonisch en online plaats in de periode mei/juni/juli 2023. Tegen het moment van de SGGG in februari zal de paper ingestuurd zijn bij Frontiers Public Mental Health.

Het totale aantal dakloze patiënten in de klinische psychiatrische setting op jaarbasis wordt geschat op gemiddeld 20% (mediaan 33%, maximum van 70%).

Wat betreft het percentage dakloze patiënten dat langer dan strikt noodzakelijk opgenomen blijft, puur vanwege een gebrek aan huisvesting, worden schattingen gemaakt tussen 0 en 90% (gemiddeld 18%, mediaan 22%).

Gemiddeld wordt 12% van de dakloze psychiatrische patiënten (mediaan 13%) in een klinische setting doorverwezen naar een residentiële zorginstelling, zoals WZC of PVT, ondanks het feit dat ze zelfstandig zouden kunnen wonen als er voldoende geschikte huisvesting beschikbaar was.

Versnelde doorverwijzingen van psychiatrische instellingen naar sociale huisvestingsmaatschappijen zijn bijzonder laag en bedragen gemiddeld ongeveer 2% voor dakloze psychiatrische patiënten.

De respondenten van de sociale dienst gaven aan gemiddeld 27% (mediaan van 42%) van hun werktijd te besteden aan huisvestingskwesties en dakloosheid.

Uit het kwalitatieve luik van het onderzoek kwam naar voren dat er nauwelijks prioritaire maatregelen zijn voor dakloze psychiatrische patiënten. Integendeel, psychiatrische kwetsbaarheid lijkt eerder als een barrière te fungeren voor mogelijke doorverwijzingen dan dat het deuren opent. Zelfs sociale ondersteuningsorganisaties kijken nadrukkelijk naar psychiatrische instellingen om de

duur van de ziekenhuisopname te verlengen zolang er geen huisvestingsoplossing beschikbaar is.

Het meest zorgwekkende aandachtspunt is een tekort aan aangepaste huisvestingscapaciteit. Er bestaan geen crisisopvangplaatsen waar dakloze psychiatrische patiënten onmiddellijk onderdak kunnen vinden, zonder dat het per se om een ziekenhuisbed gaat en zonder dat hun leven op straat escaleert tot een ernstige psychiatrische crisis. Volgens de respondenten is er behoefte aan een verhoogde investering in infrastructuur en personeel om huisvestingskwesaties effectief aan te pakken. Het is belangrijk om rekening te houden met de voorkeuren van de patiënten zelf, die vaak gemeenschappelijke woonregelingen niet haalbaar vinden en de voorkeur geven aan een eigen plek.

Daarnaast wordt consequent met de vinger gewezen naar het structureel probleem in sociale huisvesting. Er is een tekort aan woningen, en de beschikbare woningen zijn vaak verouderd. Mensen met psychische kwetsbaarheden hebben veel meer ondersteuning nodig bij het verwerken en opvolgen van aanvragen voor sociale huisvesting.

Ook voor de woonproblemen bij psychiatrische patiënten stellen we een 10-puntenplan voor voor beleidsmakers.

1. Zorg voor een voldoende aanbod van sociale huisvesting tout court als belangrijkste vorm van preventie. De meest kwetsbare groep psychiatrische patiënten loopt altijd risico lopen op dakloosheid zonder gesubsidieerde huisvesting.
2. Zorg voor voldoende laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg voor iedereen, om te beletten dat mensen met een ernstige psychische problematiek dakloos worden door hun ziekte.
3. Bied voldoende alternatieve huisvestingsopties voor psychiatrische patiënten die niet langer zelfstandig kunnen wonen maar geen ziekenhuisopname of andere zorgvoorzieningen nodig hebben. Overweeg opties zoals: beschut wonen of groepswonen.
4. Zorg voor crisisopvangplaatsen waar dakloze psychiatrische patiënten tijdelijk kunnen verblijven in afwachting van een permanente huisvestingsoplossing.
5. Introduceer huisvestingscoaches in geestelijke gezondheidszorginstellingen, zowel residentieel als poliklinisch, die als enige verantwoordelijkheid hebben om patiënten te helpen bij het vinden van huisvesting en bemiddeling bij huisvestingskwesaties. Dit zou de reguliere sociale dienst ontlasten van het omgaan met huisvestingszaken.
6. Integreer geestelijke gezondheid in alle beleidsinitiatieven binnen huisvesting, waarbij de nadruk ligt op het belang van voldoende groene ruimtes rondom de woningen van kwetsbare patiënten, toegankelijke recreatieve activiteiten en goede connectiviteit met het openbaar vervoer.
7. Maak veilige en duurzame energievoorzieningen verplicht in woningen voor psychiatrische patiënten, vergelijkbaar met aansluitingen voor telefoon, televisie en internet, en integreer ze passend in de algehele huurkosten.
8. Wijs een nationale coördinator aan die verantwoordelijk is voor het huisvestingsbeleid voor psychiatrische patiënten, die verantwoording aflegt aan de overheid, vergelijkbaar met een griepcommissaris of een vertegenwoordiger voor drugsbeleid.
9. Pak overlast therapeutisch aan via outreach-teams of andere vormen van begeleiding. Ontneem individuen nooit hun recht op waardige huisvesting.
10. Investeer in een structurele monitoring van de combinatie van dakloosheid psychische problemen en stel concrete doelen om dakloosheid te verminderen.

Wat betreft de planning voor de volgende jaren, zal de werkgroep zich focussen op 2 zaken:

1. De terugbetaling van medicatie voor mensen met ADHD en/of een verslavingsproblematiek.
2. Contacten met de NMBS aangaande de kosten bij persoonsongevallen op het spoor, verzekeringskwesaties die hiermee verband houden, bejegening en taalgebruik, en de psychotrauma's bij betrokken machinisten. We hopen tot een constructieve samenwerking te kunnen komen bij deze ingewikkelde problematiek.