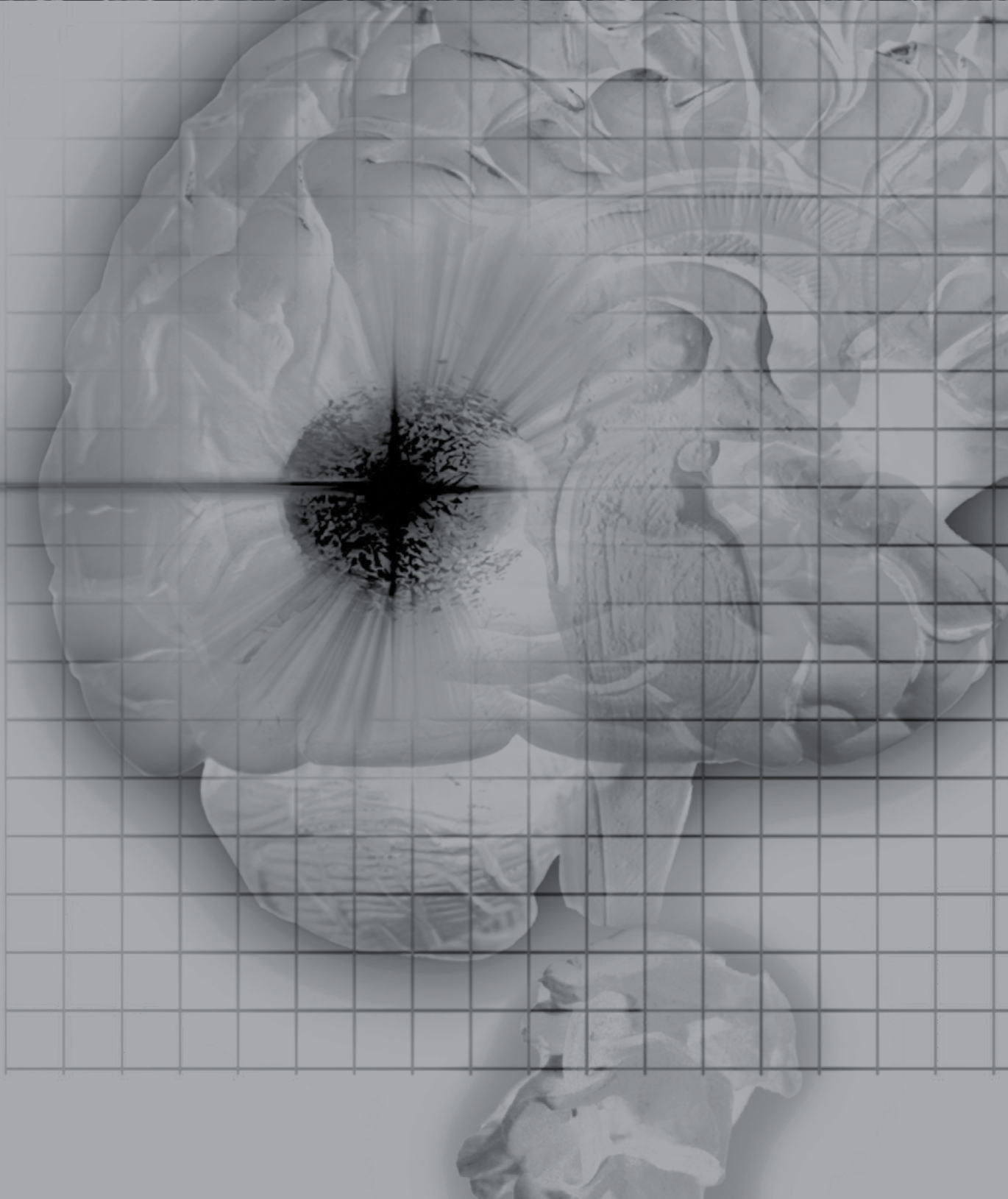
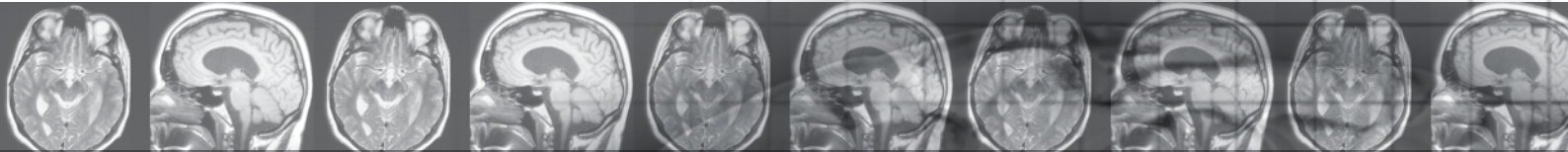


# Schizofrenie en de samenleving

Pirson O, Stillemans E, Masson AM, De Nayer AR, Domken MA, Delatte B, Dubois V, Gillain B, Floris M, Mallet M, Detraux J



# Samenvatting

|      |  |    |
|------|--|----|
| 1.   | Inleiding                              | 3  |
| 2.   | Bevorderende maatschappelijke factoren | 3  |
| 2.1. | Migratie                               | 3  |
| 2.2. | Stedelijke omgeving                    | 4  |
| 2.3. | Sociaaleconomisch niveau               | 4  |
| 3.   | Behandeling                            | 4  |
| 3.1. | Hospitalisatie                         | 4  |
| 3.2. | Inobservatiestelling (IOS)             | 5  |
| 3.3. | Op weg naar de-institutionalisering    | 6  |
| 4.   | Sociaal statuut en re-integratie       | 6  |
| 4.1. | In België                              | 6  |
| 4.2. | In verschillende Europese landen       | 8  |
| 5.   | Aangepaste structuren                  | 9  |
| 6.   | Conclusie                              | 10 |

## 1. Inleiding

Vanuit systeemperspectief zijn gezin en samenleving onlosmakelijk met elkaar verbonden. Om diverse redenen moesten we beiden echter opsplitsen, ook al lijkt een dergelijk onderscheid erg kunstmatig. Het gezin is immers sterk verankerd in de samenleving maar neemt tegelijk ook deel aan de evolutie van die maatschappij. Gezien het zeer klinische karakter van onze uiteenzetting hebben we besloten om, bij wijze van overgang tussen de twee thema's, het woord te geven aan de patiënten aan de hand van twee klinische casussen. Het werd dus meer een tweeluid dan twee losstaande artikels, hetgeen wederzijdse implicaties heeft. Wel hebben we geprobeerd om de twee thema's zo goed mogelijk te respecteren: het gezin in het eerste artikel (zie *Neuron* 2012, Vol 17, N°6, Suppl.), de maatschappij in dit tweede.

### Klinische casus

Van zijn 21 tot zijn 26 doorliep Francesco, een schuilnaam, een divers behandelingstraject (inobservatiestelling, verder verblijf, vrijwillige opname, ambulante follow-up, dagopname...) voor zijn paranoïde schizofrenie, dit tegen de achtergrond van een mentale achterstand. Ondanks de opeenvolging van teams bleken de nodige continuïteit en anticipatie onmogelijk. Op een bepaald ogenblik kreeg de patiënt van het RIZIV te horen dat zijn arbeidsongeschiktheid ten einde liep (gezien 'de eerdere toestand' en het 'verdienvermogen'), een bericht waarop hij niet voorbereid was. Hij moest zich opnieuw inschrijven als werkloze en de formaliteiten afhandelen om een vervangingsinkomen en integratietegemoetkoming te krijgen. Ondertussen had hij werk aangenomen, waarvoor hij al snel niet geschikt bleek, zonder daar iemand van de zorgverleners van op de hoogte te brengen. Het medisch personeel moest achteraf ingrijpen om ervoor te zorgen dat hij zijn rechten behield. De kwestie van zijn statuut (ongeschiktheid, invaliditeit, handicap...) vond hij onbegrijpelijk, onoverkomelijk; het statuut van gehandicapte en werken in een beschutte werkplaats onaanvaardbaar. Hij kreeg tegenstrijdige boodschappen: op het moment dat hij voldoet aan de verwachtingen van gezondheidsprofessionals – hij krijgt inzicht in zijn ziekte en zijn moeilijkheden en beperkingen op de arbeidsmarkt – wordt zijn ziekte-uitkering ingetrokken en wordt hij weer op de arbeidsmarkt gegooid. Hij voelde zich zo onbegrepen, zo afgewezen en verlaten, dat hij het onherstelbare deed: hij gooide zich in de rivier die door zijn stad loopt en zijn lichaam werd enkele dagen later teruggevonden bij een dam. De controlearts van het RIZIV, die door de verschillende artsen belast met deze situatie op het matje werd geroepen, antwoordde dat hij dit

Verschiedende epidemiologische studies wijzen op een verhoogd risico op het ontwikkelen van schizofrenie bij migranten van de eerste en – meer nog – de tweede generatie.

bericht zou overbrengen aan de autoriteiten bevoegd voor de uitwerking van de reglementering met het oog op een verbetering van de huidige procedures.

## 2. Bevorderende maatschappelijke factoren

Studies wijzen uit dat genetische, omgevings-, neurobiologische en sociale factoren een rol spelen in het verschijnen van de ziekte. Ondanks het gebrek aan een duidelijk omschreven kwetsbaarheidsmodel zijn bepaalde sociale risicofactoren tegenwoordig goed gedocumenteerd. **Tabel 1** geeft een kritisch overzicht van de relevantie van die risicofactoren.

### 2.1. Migratie

De klinische praktijk lijkt te wijzen op een oververtegenwoordiging van patiënten van allochtone afkomst op de diensten voor de behandeling van schizofrenie. Is dat echt zo?

Migratie is één van de belangrijkste sociale factoren die het risico op het ontwikkelen van een schizofrene psychose verhogen. Epidemiologische studies hebben een verhoogde incidentie van schizofrenie aangetoond binnen bepaalde etnische minderheden in verschillende landen ter wereld. Het verhoogde risico op schizofrenie verschilt tegelijk binnen en tussen die etnische minderheden (2, 3).

#### Prevalentie- en incidentiestudies

Verschiedende studies (4-21) en meta-analyses (22-24) wijzen op een verhoogde incidentie van psychotische stoornissen bij migranten van de eerste en de tweede generatie (2, 25). In een meta-analyse van 18 studies (gepubliceerd tussen 1977 en 2003), waarbij gekeken werd naar de incidentie van schizofrenie tijdens de eerste hospitalisaties, stelden Cantor-Graae en Selten (23) een relatief risico op het ontwikkelen van schizofrenie vast van respectievelijk 2,7 (95% CI = 2,3-3,2) en 4,5 (95% CI = 1,5-13,1) bij immigranten van de eerste en de tweede generatie, dit ten opzichte van de algemene bevolking. Er werd een verband gevonden tussen het risico op het ontwikkelen van schizofrenie en het sociaaleconomische niveau van de geboortestreek, en tussen dat risico en de huidskleur: het relatieve risico is hoger bij immigranten uit ontwikkelingslanden versus immigranten uit ontwikkelde landen (RR = 3,3; 95% CI = 2,9-3,9) en hoger bij immigranten uit landen waar de meerderheid van de bevolking zwart is versus immigranten uit landen waar de meerderheid van de bevolking blank is of blank noch zwart (RR = 4,8; 95% CI = 3,7-6,2). Saha et al. (24) stelden in een meta-analyse, waarin 188 studies uit 46 landen werden opgenomen, een prevalentie van schizofrenie vast die 1,84 keer hoger was bij migranten dan bij niet-migranten.

#### De hypothesen

Dit vastgestelde verhoogde risico op een schizofrene psychose bij migranten kon niet worden toegeschreven aan selectieve migratie. Een dergelijke

hypothese impliceert een genetische component en suggereert dat er een soort selectie voorafgaand aan de migratie zou hebben plaatsgevonden (26, 27). Risicopersonen zouden gemakkelijker migreren omdat ze niet zijn ingebed in de maatschappij, niet zijn getrouwd, enz. Maar die hypothese is ondertussen uitgebreid weerlegd (28). Er zijn ook biologische hypothesen geformuleerd, zoals de blootstelling aan neurotrofische virussen die in Europa aanwezig zijn, een vitamine D-tekort (29-31) en genetische afwijkingen (31). Fahy et al. (32) stelden een verhoogde incidentie vast van Afro-Caraïbische schizofreniepatiënten in Engeland, geboren in maart 1958. Ze formuleerden de hypothese van een infectie bij de moeder in het kader van de griepdemonie in de herfst van het jaar 1957. Maar de studie van Selten et al. (33) spreekt deze hypothese tegen. Misbruik van psychoactieve stoffen wordt eveneens geassocieerd met een verhoogd risico op het ontwikkelen van schizofrenie. Maar studies tonen aan dat er niet meer drugs worden gebruikt bij migranten dan bij niet-migranten (28).

Het feit dat iemand migrant is, is geen risicofactor als dusdanig (25), maar migrant zijn in bepaalde omstandigheden is dat wel: de ervaring van de immigratie, het probleem van culturele aanpassing, de aanvaarding door de lokale bevolking, de verandering van het levensproject of de volledige afwezigheid daarvan (34, 35) zouden een rol spelen. Factoren zoals het sociaaleconomische niveau (hoge werkloosheidsgraad, levenskader, geen stabiele gezinssituatie, beroepssituatie, enz.) (2, 36, 37), sociale uitsluiting door discriminatie en racisme (38-40), familiale disfunctie (een lange scheiding van ouders en kinderen) (41, 42) of economische en politieke factoren (problemen om papieren te bemachtigen, politiek vluchteling), en ook trauma's opgelopen in het land van afkomst (oorlog, hongersnood) zouden geassocieerd zijn met het ontstaan van stoornissen bij migranten. Ook de gespannen relatie tussen de twee landen (kolonie-kolonisator) zou een rol kunnen spelen (28). Het aantal gevallen van schizofrenie lijkt overigens ook omgekeerd geassocieerd te zijn met de omvang van de migrerende gemeenschap ('*neighborhood ethnic density*') (25, 43, 44).

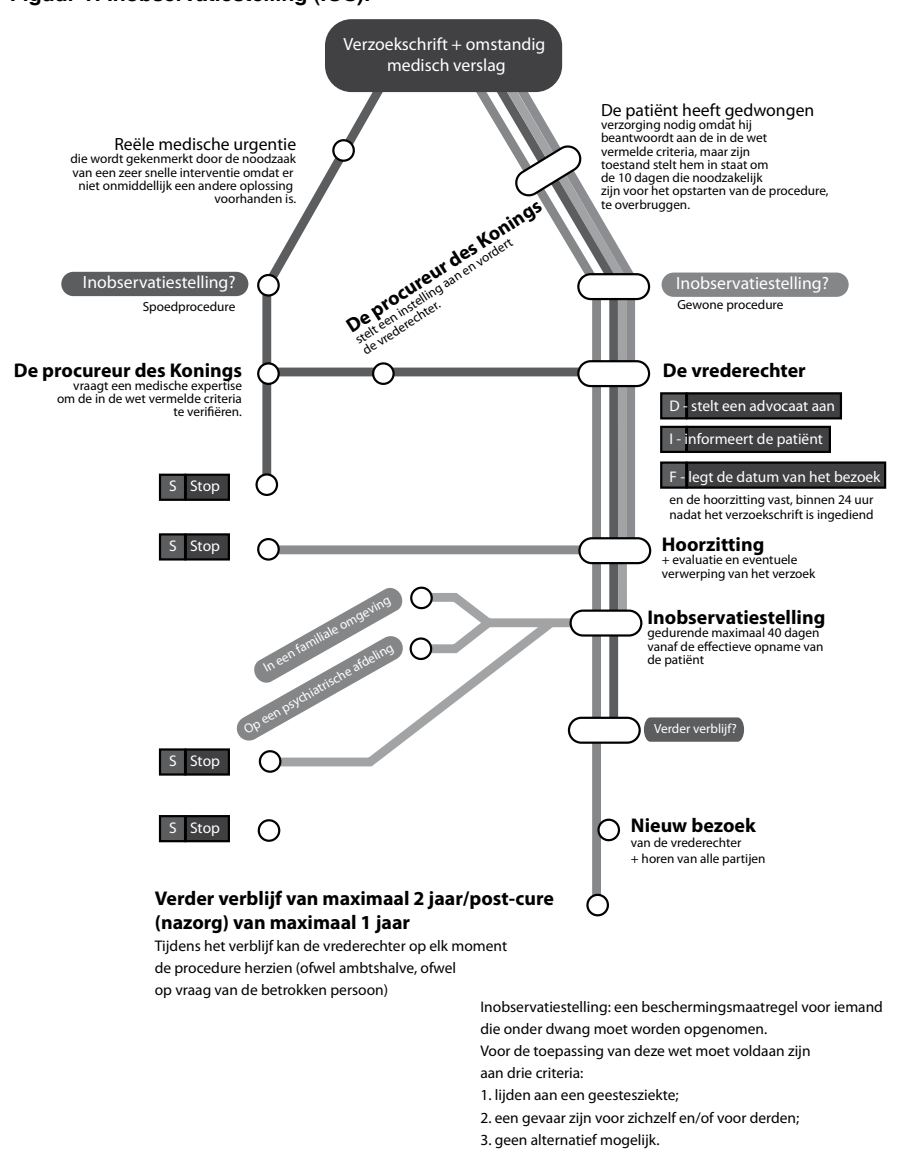
Ook al is het zo dat factoren zoals een laag sociaal niveau, werkloosheid en leven in stedelijk gebied vaak geassocieerd zijn met een verhoogd risico op schizofrenie, en de meeste migranten in moeilijke sociaaleconomische omstandigheden leven, volstaan deze niet altijd om de hoge aantallen in die populatie te verklaren (28). Selten et al. (6) hebben bijvoorbeeld aangetoond dat in de Turkse gemeenschap in Nederland een laag sociaaleconomisch niveau met ongeletterdheid en veel werkloosheid aanwezig zijn, maar dat het relatieve risico op schizofrenie daar toch niet is verhoogd. Het geheel van de gegevens moet soms ook worden gerelativeerd tegen de achtergrond van verkeerde diagnoses in bepaalde gevallen. Zo hebben Haasen et

**Tabel 1: Reproduceerbaarheid, primordiaal belang en consistentie van de voornaamste sociale risicofactoren bij schizofrenie (1).**

|                          | Reproduceerbaarheid | Primordiaal belang bij schizofrenie | Duurzaamheid van de resultaten in de tijd |
|--------------------------|---------------------|-------------------------------------|---|
| Migratie                 | **                  | **                                  | **  |
| Stedelijke omgeving      | **                  | **                                  | **  |
| Sociaaleconomisch niveau | ***                 | *                                   | ***                                       |

- Reproduceerbaarheid: \*\* = voldoende studies met een consistente replicatie van de gegevens of veel studies met voldoende replicatie van de gegevens; \*\*\* = veel onafhankelijke studies met een consistente replicatie van de gegevens en niet-tegenstrijdige resultaten
- Primordiaal belang bij schizofrenie: \* = de resultaten moeten altijd voorzichtig worden geïnterpreteerd gezien de mogelijkheid van storende variabelen; \*\* = factor die waarschijnlijk is geassocieerd met schizofrenie
- Duurzaamheid van de resultaten in de tijd: \*\* = resultaten die al enige tijd vaststaan (15-30 jaar); \*\*\* = resultaten die al lang vaststaan (meer dan 30 jaar)

**Figuur 1: Inobservatiestelling (IOS).**



al. (45-47) in Duitsland een vijfmaal hoger risico op foutieve overdiagnose aangetoond bij Turkse migranten die werden onderzocht door Duitstalige psychiaters.

## 2.2. Stedelijke omgeving

In verschillende studies is ook een verband vastgesteld tussen schizofrene psychose en wonen in

de stad. Geboren worden in een stedelijke omgeving verhoogt het risico op schizofrenie (48-51) met een factor 2 tot 3 (52, 53). Een meta-analyse van 10 studies, uitgevoerd door Krabbendam et al. (54), bracht aan het licht dat schizofrene psychose ongeveer twee keer zo veel voorkomt in stedelijke gebieden dan in landelijke gebieden. Mortensen et al. (55) stelden vast dat – in vergelijking met be-

woners van rurale gebieden – het relatieve risico op schizofrenie voor kinderen geboren in Kopenhagen 2,4 bedroeg (CI 95%: 2,13-2,70). Het relatieve risico op schizofrenie, in vergelijking met landelijke gebieden, neemt af naarmate de graad van verstedelijking afneemt. Dit lineaire verband tussen de graad van verstedelijking en het risico op het ontwikkelen van een schizofrene psychose werd ook gerapporteerd door Sundquist et al. (56). Deze onderzoekers definieerden 5 niveaus van bevolkingsdichtheid en stelden onder andere vast dat het risico op een schizofrene psychose in de meest verstedelijkte gebieden 68 tot 77% hoger was dan in de meest landelijke gebieden.

## 2.3. Sociaaleconomisch niveau

Uiteenlopende studies suggereren dat individuen die een minder gunstige sociaaleconomische positie hebben, een hoge kans hebben op schizofrenie (1, 53, 57-61). Boydell et al. (57) en Corcoran et al. (62) toonden aan dat de incidentie van schizofrenie parallel stijgt (en dit onafhankelijk van andere risicofactoren zoals leeftijd, geslacht en migratie) met de sociale moeilijkheden, maar enkel in de minst bedeelde zones. Sommige studies (63) wijzen uit dat het feit dat iemand wordt geboren in een achtergesteld sociaaleconomisch milieu een risicofactor als dusdanig is. Echter, in bepaalde studies werd een verband in de omgekeerde richting gevonden (64), en in nog andere enkel een gedeeltelijk verband (61, 62).

De oorzakelijke rol van sociaaleconomische factoren die het ontstaan van schizofrenie in de hand werken, blijft dus moeilijk te evalueren. Er bestaan twee theorieën die dit verband zouden kunnen verklaren: die van de sociale oorzakelijkheid (*social causation*) en die van de sociale drift (*social drift*). Volgens de theorie van de sociale oorzakelijkheid is het hoge aantal schizofreniepatiënten te wijten aan sociaaleconomische tegenspoed. Volgens de theorie van de sociale drift zou schizofrenie net aan de oorsprong liggen van meer sociaaleconomische problemen (62,65).

## 3. Behandeling

### 3.1. Hospitalisatie

Tachtig procent van de schizofreniepatiënten wordt op een dag gehospitaliseerd (66), hetzij vrijwillig, hetzij onder dwang. In onze westerse samenleving is dat een verworven reflex: als er zich een ernstig probleem voordoet, opteren we voor hospitalisatie (67). Een opname garandeert een betrouwbare omgeving, een structurering van de dagen en van activiteiten, en een bescherming van de patiënt en/of zijn omgeving. De functies van een ziekenhuisstructuur zijn talrijk: het stellen van een diagnose dankzij observatie van de patiënt in het dagelijkse leven, het afnemen van tests... De psychotische symptomen kunnen worden verminderd door de prikkels te verminderen, een minder wisselvallige inname



van medicatie en een geleidelijke (her)confrontatie met de realiteit. Er kan ook worden ingewerkt op de negatieve symptomen door de contacten met andere patiënten en het gebruik van lichte en geleidelijk opgebouwde stimulatie. Andere prioriteiten zijn zelfmoordpreventie (24uur/24 omkadering) en de reductie van recidieven of exacerbaties (stressreductie en ingrijpen op de prodromale symptomen). De familie is vaak opgelucht met de hospitalisatie van de patiënt, op voorwaarde dat ze erbij wordt betrokken. Die betrokkenheid maakt overigens deel uit van het benutten van de hulpmiddelen, net als de versterking van de kwaliteiten van de patiënt, zijn sociale adaptatietraining, het zoeken van een aangepaste woning en de organisatie van de continuïteit van de zorgen.

Ondanks het feit dat het beleid evolueert naar ambulante zorgen en sectorisatie in de vorm van zorgbekkens, is hospitalisatie nog steeds de enige oplossing voor de meeste complexe problemen, niet enkel in de ogen van de zorgverleners maar ook van de familie en de gemeenschap (67). Volgens Hochmann (68) is het zelfs onmogelijk om een psychotische patiënt buiten een ziekenhuisinstelling te behandelen.

Bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis komt vaak het probleem 'stigmatisering' terug. Risken we – net door te willen destigmatiseren – niet net het omgekeerde? En verdient het maatschappelijke stigma 'zot', met het bijhorende bizarre of schrikwekkende gedrag, de voorkeur op het stigma van de opname? Sommigen zijn aanhanger van de stelling dat die structuur moet worden voorbehouden voor patiënten met de zwaarste symptomen, met een risico op zelfverminking of extreme verwaarlozing (67).

### 3.2. Inobservatiestelling (IOS)

Bij de eerste decompensatie is meer dan 60% van de schizofreniepatiënten en 25% van de patiënten met een schizo-affectieve stoornis zich niet bewust van hun stoornis en weigeren ze radicaal elke medische verzorging. In België kunnen die patiënten, als ze als gevaarlijk worden beschouwd, worden gedwongen om zich te laten behandelen (69). Een Luikse psychiatrische instelling nam tussen 2004 en 2007 1.131 patiënten gedwongen op ter observatie (IOS). Op basis van de MPG werd bij 510 van deze patiënten (45%) de diagnose 'psychotische stoornis' gesteld. De tweede diagnose – 'stemmingsstoornissen' – kregen slechts 246 patiënten (21,75%). Stoornissen als gevolg van middelengebruik (meestal als comorbiditeit) en adaptatiestoornissen zijn de andere diagnoses die significant waren gerelateerd aan gedwongen opnames in deze instelling. Bij ontslag uit het ziekenhuis kregen 476 van de 1.131 patiënten de diagnose 'psychotische stoornis', 93% van de patiënten dus bij wie de diagnose al bij opname werd gesteld. Van de nieuwe patiënten die een diagnose 'psychotische stoornis' kregen (N = 612) werd 45% een juridische maatregel opgelegd<sup>1</sup>. Met deze cijfers willen we illustreren dat psychose nauw is verbonden met deze

beschermingsmaatregel, vooral in de beginfase van de ziekte. Hierboven haalden we al de kwestie 'anosognosie' aan.

We gaan hier niet de volledige wet betreffende de IOS bespreken (zie **Figuur 1**), aangezien deze al uitgebreid besproken wordt door andere auteurs (70). We beperken ons hier tot bepaalde punten die ons essentieel lijken. In de eerste plaats willen we opmerken dat de wet van 26/06/1990 die van 18/06/1850 vervangt. De nieuwe wet bevat namelijk een reeks zeer belangrijke verbeteringen (71).

De wet garandeert op een volstrekt bevredigende manier de rechten en vrijheden toegekend door de Europese Conventie voor de bescherming van de rechten van de mens evenals de fundamentele vrijheden van psychiatrische patiënten en vermeldt zeer nauwkeurig de spelregels voor beschermingsmaatregelen (71-74).

Een arts moet altijd een omstandig medisch verslag toevoegen aan het verzoekschrift van de aanvrager, maar de vrederechter is de enige met beslissingsbevoegdheid: hij is de gerechtelijke instantie die het dichtst bij de burger staat (72, 74, 75). De arts wordt gere-integreerd in zijn prerogatieven, die van een medische expert die uitspraak moet doen over de klinische omstandigheden van de toepassing van de wet (73, 75).

De vroegere collocatiewet voorzag enkel het ziekenhuisverblijf. De 'nieuwe' wet neemt ook de *post-cure* kwestie in aanmerking (76).

De wet van 1990 moest met haar strenge criteria zorgen voor een afname van het aantal verzoekschriften voor gedwongen vrijheidsberoving. Maar we zijn net getuige geweest van een sterke toename van de gedwongen opnames: voor het gerechtelijk arrondissement van Luik is het cijfer bijvoorbeeld gestegen van 23 tot 65 gedwongen opnames per 100.000 inwoners tussen 1994 en 2004 (77). Jammer genoeg is er momenteel nog geen enkele nationale statistiek beschikbaar waarmee we dit verschijnsel nauwkeurig kunnen evalueren (78).

De wet vermeldt niet duidelijk wat 'een geestesziekte' is (79). Voor de diagnose wordt dus verwezen naar naslagwerken over geestesziekten zoals de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*). In de praktijk bestaat er duidelijk een zeker onbegrip tussen psychiaters en magistraten, tussen psychiaters van urgentiediensten en psychiaters van instellingen. De meningen over zowel de evaluatie van de aard van de aandoening als de inschatting van het gevaar dat er aan verbonden is, lopen uiteen.

Tekorten in het zorgaanbod en/of een ontoereikende toegankelijkheid worden regelmatig genoemd als oorzaken van IOS, die in dergelijke gevallen hadden moeten worden vermeden (76, 80). Een andere oorzaak, aangehaald door Depuydt et al. in 2008, is dat de wet verslavingen (alcohol en drugs) niet beschouwt als geestesziekten, zelfs niet in afwezigheid van een alternatieve behandeling. De beslissingen die worden genomen in urgente situaties, zoals echtelijke of familiale crisissen, of decompensatie van persoonlijkheidsstoornissen zijn ook een frequente

vorm van misbruik. Tot slot dwingt de overdreven drang naar beveiliging van onze maatschappij sommige artsen om 'zich in te dekken' tegen het steeds grotere risico om zich te moeten verantwoorden bij de rechtbank (klachten in verband met aansprakelijkheid).

Volgens een exploratieve enquête van De Vleeschouwer (80) is voor mensen die zijn geconfronteerd met een IOS voor hun familielid dit tegelijk een gebeurtenis die ze hebben ondergaan én een maatregel die hen heeft geholpen (als een uitweg uit een crisis, een moment van rust in het gezin). Toch wordt de eerste IOS vaak ervaren als een traumatisch moment, voor sommigen ook een eerste confrontatie met de wereld van de psychiatrie. Geregeld voelt de familie zich niet welkom, niet geraadpleegd, geïnformeerd, betrokken, uitgenodigd, of worden zelfs niet gevraagd door de psychiater en het verzorgend personeel om 'te praten over' of 'samen te werken in naam van' de zorgcontinuïteit. Die zorgcontinuïteit is nochtans iets wat veel families bezighoudt (80). Zij stellen de welwillendheid van hun naasten voorop en vragen zeer uitdrukkelijk dat professionals een verbod met hen sluiten (76).

De spoedprocedure, die uitzonderlijk zou moeten zijn, is de gebruikelijke procedure geworden (78, 81). Volgens een studie van Tortolani et al. in 2008 (77) vertegenwoordigden de spoedprocedures (via de substituut-procureur des Konings) 77% van de beschermingsmaatregelen in 1994 en 94% in 2004. Die evolutie kan worden verklaard door de criteria van de wet zelf (gevaar van de patiënt voor zichzelf en zijn omgeving) en door de evolutie van de maatschappij (gebrek aan vooruitziendheid, professionele verantwoordelijkheid).

Verskillende toepassingsmaatregelen van de wet zouden het gebruik ervan in de klinische praktijk kunnen verbeteren. Ten eerste zou een betere wederzijdse kennis van de structuren stroomopwaarts (spoeddiensten) en stroomafwaarts (geaggregeerde psychiatrische instellingen) meer respect mogelijk maken, hetgeen ten goede zou komen aan de patiënt (76). De invoering van mobiele crisisteamen die zo vroeg mogelijk *in situ* kunnen ingrijpen, in de leef- of familiale omgeving en samen met die omgeving, zou een groot aantal gedwongen opnames kunnen vermijden (80). Ze zouden ook nuttig zijn na een IOS om een betere continuïteit van de behandeling te garanderen (zonder dat een nieuwe IOS nodig is) (76, 81). De naleving van een specifiek tijdsinterval op het niveau van psychiatrische urgenties maakt het mogelijk om overhaaste beslissingen te vermijden, indien nodig een lichamelijk onderzoek te doen, het systeem bij het proces te betrekken... Heel wat betrokken partijen stellen zich ook vragen bij het aantal beschikbare bedden (binnen en buiten isolement) in de instellingen. Het gebruik van andere dwangmaatregelen (normale IOS, plaatsing in een gezin) zou moeten worden overwogen als alternatief voor

de spoedprocedure. Tot slot zou de omgeving van de patiënt moeten kunnen worden geconsulteerd, zowel stroomopwaarts als stroomafwaarts van de IOS-maatregel. Het systeem waartoe de patiënt behoort, is een therapeutische bondgenoot. In elk geval zou regelmatig overleg moeten worden georganiseerd (naar het voorbeeld van de Luikse consensusvergadering of de werkgroep van het overlegplatform voor geestelijke gezondheid van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) (82) tussen de verschillende professionals die betrokken zijn bij die gedwongen opname, om de toegediende zorgen en de situatie van de patiënt en zijn omgeving nog beter op elkaar af te stemmen.

Dankzij de 'nieuwe' wet op de bescherming van de geesteszieke persoon konden talrijke onvolkomenheden uit de collocatiewet van 1850 worden weggewerkt. Toch kunnen de wet en de toepassing ervan nog worden verbeterd.

Op internationaal niveau varieert het aantal onvrijwillige hospitalisaties aanzienlijk van land tot land. Binnen de EU schommelen de cijfers tussen 21% (Spanje) en 59% (Polen). Een diagnose van schizofrenie en ernstigere symptomen zijn geassocieerd met een hogere kans op dwangmaatregelen (83). Wat de impact van een dergelijke dwangmaatregel op de psychiatrische patiënten betreft, is één van de belangrijke vragen of onvrijwillige opnames de kwaliteit en de doeltreffendheid van de zorgverlening verminderen. Er zijn maar weinig achtergrondstudies naar dit aspect gedaan (84). In dit domein zijn studies als gevolg van methodologische moeilijkheden zeldzaam en niet veralgemeenbaar (85). Volgens een systematisch literatuuronderzoek van Kallert et al. (85) waren de duur van het verblijf, het risico op een nieuwe opname en het risico op een nieuwe gedwongen opname ten minste gelijk voor de gedwongen opgenomen patiënten en de vrijwillig opgenomen patiënten. Hoewel de onvrijwillig opgenomen patiënten geen enkele toename van de mortaliteit vertoonden, was het aantal zelfmoorden hoger bij deze patiënten in vergelijking met de vrijwillig opgenomen patiënten. Bovendien hadden de gedwongen opgenomen patiënten een lager sociaal functioneringsniveau en gelijke niveaus op het vlak van de algemene psychopathologie en de therapietrouw; ze waren ook minder tevreden over de behandeling en vaker overtuigd dat de opname niet was gerechtvaardigd.

### 3.3. Op weg naar de-institutionalisering

Zoals eerder al gezegd, zijn we tegenwoordig getuige van een internationale evolutie naar de-institutionalisering. De redenen hiervoor zijn: de verbetering van de toestand van de patiënt, zijn klinische evolutie, de afname van de iatrogene effecten van de opname, ideologische en politieke overwegingen (antipsychiatrie en Italiaans concept van democratische psychiatrie) – zonder de financiële aspecten te vergeten. Wereldwijd evo-

lueren we naar 'gezondheidsregio's' van 80.000 tot 150.000 inwoners. Dit maakt het mogelijk om de toegankelijkheid (en meer in het bijzonder in de onmiddellijke nabijheid), de synergie tussen de actoren in het netwerk en de samenwerking met zowel huisartsen als het algemene ziekenhuis te verbeteren. Anderzijds is het woon- en werkbeleid in de betreffende zone geïntegreerd... Dit zorgt voor een betere zichtbaarheid van de aanwezige actoren, binnen en buiten de sector van de geestelijke gezondheidszorg, en zo blijven de specifieke verantwoordelijkheden van elke actor bewaard en worden ze versterkt. Deze buitenlandse ervaringen die vaak bij wijze van voorbeeld worden aangehaald, kennen ook hun moeilijkheden. Het lijkt ons belangrijk om te waken over het behoud van de vrijheid van de patiënten en de zorgverleners, een aspect van ons systeem dat wij zo koesteren en anders soms wordt beperkt. Een ander risico dat onze waakzaamheid vereist, schuilt in de uitsluiting van bepaalde groepen personen. De zorgen zijn gericht op de gemeenschap en moeten toegankelijk zijn via wachtdiensten die zeven dagen op zeven, 24/24 uur bereikbaar zijn. De familie, naasten en partijen uit de omgeving van de patiënten worden in de mate van het mogelijke actief betrokken bij de organisatie van de zorgen in een netwerk. Familiale interventie maakt een significante verbetering van het sociale functioneren van de patiënt mogelijk, zorgt voor een sterker probleemoplossend vermogen, vermindert de zorglast, dringt het aantal recidieven terug en geeft aanleiding tot een grotere tevredenheid van het systeem als geheel, een betere rehabilitatie en een betere kosteneffectiviteitsverhouding (67). Deze nieuwe werkwijze in een netwerk lijkt overigens te zijn geassocieerd met hogere uitgaven, zoals de tabel met het Europese klassement van kosten voor geestelijke gezondheid per inwoner doet vermoeden.

Het klassieke zorgaanbod omvat centra voor geestelijke gezondheidszorg, poliklinieken, structuren voor beschut wonen, revalidatiecentra, crisis teams (*assertive outreach*), mobiele teams (langdurige zorg), en *case managers*.

Met bepaalde systemen (mobiele teams) zijn we wel minder vertrouwd, maar in het hierboven vermelde aanbod herkent u alle actoren die vallen onder de noemer 'ambulante'. Het originele van de aanpak schuilt voornamelijk in de vrij gecentraliseerde organisatie van deze actoren als geheel voor een bepaald gebied: het netwerk is voor zijn zone verantwoordelijk voor het tegemoetkomen aan de behoeften van de volledige bevolking.

In België is een hervorming aan de gang, vaak 'project 107' genoemd, een project dat momenteel wordt geïmplementeerd in bepaalde stukken van het territorium en dat op bovenvermelde modellen is geïnspireerd. In het kader van de zorgverlening aan psychotische patiënten lijkt dit project nuttig op vier niveaus. Ten eerste kunnen gezinnen in moeilijkheden een beroep doen op

professionals die, indien nodig, tot bij hen komen. Daarnaast bevordert het project de ontwikkeling van ambulante mogelijkheden (die momenteel ontoereikend zijn) voor de behandeling van een eerste psychotische episode. Op die manier kan de "duur van de onbehandelde psychose" of DOP worden verkort.

Dankzij de structurele organisatie van partnerships en synergieën tussen diensten en zowel ziekenhuis- als ambulante initiatieven, op het vlak van geestelijke gezondheid maar ook voor andere sectoren rond de behoeften van de patiënt, is het mogelijk om de begeleiding van complexe problematieken (dubbele, driedubbele diagnose) beter te ondersteunen. Die complexe problemen zouden in een andere context geassocieerd zijn met langere en frequentere verblijven in het ziekenhuis, een minder goede prognose, enz. Tot slot kan de follow-up na de ziekenhuisopname meer worden geconcentreerd op een behandeling die is aangepast aan de globale klinische realiteit en aan het behoud of de versterking van de sociale integratie van de patiënten. Anderzijds moeten we wel een eventuele sociale regressie door een versterking van de passiviteit van de patiënt en het niet bevorderen van zijn autonomie trachten te vermijden. Artikel 107 brengt verder ook een fragmentatie van de zorgen in de behandeling van de patiënten aan het licht: fragmentatie van competenties, verstrengeling van competentie-niveaus en macht, en de daaruit voortvloeiende toename van de regelgevende bepalingen, geven aanleiding tot een versnippering van de hulpmiddelen en zijn niet bevorderlijk voor de toepassing van een geïntegreerde strategie voor geestelijke gezondheidszorg. Bij de implementatie van het 'project 107' moet met deze elementen rekening worden gehouden.

## 4. Sociaal statuut en re-integratie

### 4.1. In België

Om in België als loontrekkende te worden erkend als arbeidsongeschikt en een uitkering voor arbeidsongeschiktheid te ontvangen, moet u voldoen aan de volgende voorwaarden (86)<sup>2</sup>:

- u moet elke activiteit volledig hebben stopgezet;
- u moet in een referentieperiode die aan uw arbeidsongeschiktheid voorafgaat **een minimaal arbeidsvolume** (of een hiermee gelijkgesteld volume) aantonen. U moet ook aantonen dat u een minimumbedrag aan sociale zekerheid hebt betaald;
- de arbeidsongeschiktheid moet **het gevolg zijn van het begin of de verergering van letsels of functionele stoornissen**;
- de bevoegde medische instantie moet uw arbeidsongeschiktheid erkennen;
- de arbeidsongeschiktheid moet aanleiding geven tot **een afname van het verdienvermogen gelijk aan of lager dan een derde ( $\leq 33\%$ )** van wat een persoon in dezelfde

conditie en met dezelfde opleiding met zijn werk kan verdienen.

Een psychose treedt meestal op in de adolescentie of op jongvolwassen leeftijd (1, 87). Ook al gaat het om een typische geestelijke stoornis van jonge volwassenen, kan deze tevens voorkomen bij adolescenten of zelfs kinderen. Dat betekent dat de meeste schizofreniepatiënten nooit in staat zijn geweest om te werken en dus veel moeite hebben om een minimaal arbeidsvolume aan te tonen. Bovendien moet een actieve werknemer voor aandoeningen die al lang aanwezig zijn, aantonen dat er een verergering van de situatie is opgetreden die de recent begonnen arbeidsongeschiktheid rechtvaardigt. Schizofreniepatiënten die al arbeidsongeschikt waren voordat ze op de arbeidsmarkt kwamen, hebben dus geen recht op een ziekte-uitkering omdat er geen sprake is van een begin of verergering van de letsels of stoornissen. Voor die personen heeft het *verdienvermogen* nooit bestaan. Om te evalueren of een schizofreniepatiënt die een uitkering aanvraagt voldoende verdienvermogen had op het moment dat hij op de arbeidsmarkt kwam, baseert de adviserende arts zich op een reeks elementen, zoals het bestaan van arbeidscontracten, het type studies dat de patiënt heeft gedaan, de betaling van bijdragen aan het ziekenfonds, enz. Dit is vaak een moeilijke oefening, vooral wanneer de vraag zich stelt jaren nadat de patiënt op de arbeidsmarkt is gekomen. De adviserende geneesheer beschikt niet altijd over alle informatie om zich een duidelijk beeld van de situatie te vormen. Bovendien kunnen – juridisch gezien – stages, studentenjobs, werk zonder arbeidscontract in het familiebedrijf of de inschrijving als werkloze niet in aanmerking worden genomen als bewijs dat de persoon verdienvermogen heeft gehad: die elementen hebben dus geen invloed op de evaluatie (88)<sup>3</sup>. Volgens Etienne Laurent, adviserend geneesheer bij de medische directie van de LCM (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), zou het moment waarop het verdienvermogen van een persoon wordt beoordeeld, moeten worden vastgelegd op 18 jaar in plaats van op het moment dat hij of zij op de arbeidsmarkt komt. ‘Op de arbeidsmarkt komen’, is een heel vaag begrip dat enorm kan verschillen van persoon tot persoon (88).

De maatschappelijke werkers van het ziekenfonds worden meer dan vroeger ingeschakeld met betrekking tot de erkenning van een arbeidsongeschiktheid die is geweigerd als gevolg van de verwijzing naar het begrip ‘eerdere toestand’ (vorige graad van arbeidsongeschiktheid) (88). Al enkele jaren sluiten de ziekenfondsen schizofreniepatiënten die niet echt hebben aangetoond dat ze in staat zijn om naar het arbeidscircuit terug te keren, uit van de uitkering voor arbeidsongeschiktheid. Die strikte toepassing van artikel 100 impliceert vaak een risico dat patiënten van de sociale zekerheid (verzekering gezondheidszorgen en invaliditeit, werkloosheid) afglijden

naar maatschappelijke hulpverlening (uitkeringen voor gehandicapten, integratie-uitkering). Het gaat er in dat geval om het aantal toegekende punten in het kader van een integratieinkomen te behouden. Er bestaan verschillende categorieën in de evaluatie van de handicap; een punt winnen of verliezen, kan aanleiding geven tot een verandering van categorie met financiële gevolgen. Die beslissingen hebben dus zware sociale en financiële gevolgen voor de personen die de uitkering krijgen (88, 89). Hoe kan de vooruitgang en de evolutie naar zelfstandigheid van de patiënt in een dergelijke context worden bevorderd? Als ze het nieuws vernemen, voelen bepaalde patiënten met schizofrenie zich gedeprimeerd en wanhopig (tot zelfmoord toe).

Een patiënt die nooit heeft gewerkt en dus niet heeft kunnen aantonen dat hij in staat is om te werken, kan geen uitkering voor arbeidsongeschiktheid krijgen. Het aantal uitsluitingen van arbeidsongeschikten op basis van het begrip ‘eerdere toestand’ neemt toe. Net als het aantal geschillen voor de arbeidsrechtbank.

De vervangingsinkomens waarop mensen met psychische stoornissen aanspraak kunnen maken, zijn (voor gehandicapte kinderen van 0 tot 21 jaar) *verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap*, een *inkomensvervangende tegemoetkoming*, een *integratietegemoetkoming* en het *maatschappelijke integratie/leefloon*.

#### *Verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap*

Het belangrijkste element voor de bepaling van het bedrag is de graad van investering van de familie.

#### *Inkomensvervangende tegemoetkoming*

Een inkomensvervangende tegemoetkoming wordt toegekend aan een gehandicapte persoon van ten minste 21 en maximaal 65 jaar die, als gevolg van zijn lichamelijke of psychische handicap, zijn verdienvermogen vermindert ziet met

een derde of minder van wat een niet-gehandicapte persoon kan verdienen door een beroep uit te oefenen op de arbeidsmarkt (86, 90).

#### *Integratietegemoetkoming*

Een integratietegemoetkoming wordt toegekend aan een gehandicapte persoon van ten minste 21 en maximaal 65 jaar die, wegens zijn gebrek aan autonomie, bijkomende kosten moet maken om zich te integreren in het maatschappelijke leven (86, 90) en zijn dagelijkse leven te leiden. De federale staat heeft een gids uitgebracht met daarin de zes functies om de autonomie te evalueren en op basis waarvan ‘categorieën’ zijn opgesteld (zie Neuron 2010, Vol 15, N°9, Suppl.) (89).

De inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming zijn cumuleerbaar en worden afzonderlijk geëvalueerd. Het is namelijk mogelijk dat het verdienvermogen van een persoon weinig wordt beïnvloed door de handicap, terwijl die persoon wel problemen heeft op het vlak van autonomie, en omgekeerd (86).

#### *Maatschappelijke integratie/leefloon*

Steeds meer jongeren komen terecht in een psychiatrische instelling als gevolg van complicaties van hun psychose. Veel van hen zijn niet langer in staat om te studeren of te werken en leven meestal van een maatschappelijke integratievergoeding/leefloon dat wordt toegekend door het OCMW. Veel OCMW's sturen die patiënten vervolgens naar het ministerie van Sociale Zaken voor een inkomensvervangende tegemoetkoming en een integratietegemoetkoming (91).

Sociaalprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikte personen is in België nog steeds een ‘onvoltooide’ werf. In tegenstelling tot landen met een vergelijkbaar systeem voor sociale zekerheid bestaat er in ons land geen gecoördineerde strategie om het behoud van werk of de terugkeer naar de arbeidsmarkt te bevorderen van wie een tegemoetkoming ontvangt. Nochtans is het wettelijke kader aanwezig. De wet

| Categorie | Maximumbedrag van de inkomensvervangende tegemoetkoming per jaar (bedragen vanaf 1 mei 2011) |
|-----------|--|
| A         | 6.043,68 euros   |
| B         | 9.065,52 euros   |
| C         | 12.087,36 euros  |
| Categorie | Maximumbedrag van de integratietegemoetkoming per jaar (bedragen vanaf 1 mei 2011)           |
| I         | 1.104,09 euros   |
| II        | 3.762,33 euros   |
| III       | 6.011,74 euros   |
| IV        | 8.758,34 euros   |
| V         | 9.935,79 euros   |

van 13/07/2006 en het bijhorende uitvoeringsbesluit van 30/03/2009 definiëren een duidelijke en pragmatische procedure. Maar de mogelijkheden die de wet biedt, blijven onderbenut. Bovendien is een bedrag van 10 miljoen euro opgenomen in het budget 2011 van de verzekering uitkeringen om het aantal re-integratietrajecten aangeboden aan de verzekerden te verhogen. Op basis van de doelstellingen en met naleving van de filosofie van de wet van 13 juli (de inschakeling in een re-integratietraject is nog steeds een gemeenschappelijk initiatief van de adviserende geneesheer en de verzekerde) wil het RIZIV een globale strategie voor professionele readaptatie en re-integratie op de arbeidsmarkt uitwerken. In zijn bestuursovereenkomst 2010-2012 heeft het RIZIV besloten om een *Task Force* 'arbeidsongeschiktheid' op te richten om een actieplan op te maken met betrekking tot de uitdagingen die moeten worden aangepakt op het vlak van het verschijnsel arbeidsongeschiktheid. Binnen de *Task Force* zijn twee werkgroepen opgericht, waarvan er één zich bezighoudt met sociaalprofessionele re-integratie. Het huidige Belgische systeem is voornamelijk gericht op tegemoetkomingen voor individuen die arbeidsongeschikt zijn. Volgens het RIZIV moet het systeem – naast de tegemoetkoming – aan de arbeidsongeschikte personen die dat wensen ook de mogelijkheid kunnen bieden om zich te re-integreren op de arbeidsmarkt. Een actieve sociale staat moet een integratiebeleid bevorderen (personen met resterende capaciteiten helpen om zich te re-integreren, of zich sociaalprofessioneel niet te desintegreren) in plaats van personen gewoon een uitkering te geven. Volgens de *Task Force* van het RIZIV moeten personen met psychische problemen bijzondere aandacht krijgen en moet een specifiek actieplan worden opgesteld. Volgens het RIZIV moet worden gestreefd naar de sensibilisering van psychiaters voor re-integratie op de arbeidsmarkt als een aspect van de behandeling van hun patiënten. Voor rechthebbenden die geen plaats meer zullen innemen op de gewone arbeidsmarkt (zelfs geen gedeeltelijke) zouden pistes moeten worden ontwikkeld die complementair zijn aan de uitkering voor arbeidsongeschiktheid in het kader van het behoud van een zekere maatschappelijke integratie. Er zouden pilootprojecten voor re-integratie in het domein van de sociale economie moeten worden ontwikkeld om dat soort mogelijkheden te kunnen evalueren (92).

#### 4.2. In verschillende Europese landen

Volgens een rapport over de geestelijke gezondheid dat werd gepubliceerd door het Regionale kantoor van de WGO voor Europa, waren de voorbije jaren zeer productief qua beleidslijnen en wetten. Sinds 2005 heeft 47% van de landen (met inbegrip van België) nieuwe beleidslijnen goedgekeurd met betrekking tot geestelijke gezondheid of zijn bestaande beleidslijnen geactualiseerd; 33% van de landen

heeft een wetgeving die jonger is dan 10 jaar (93). Slechts vier landen (Estland, Moldavië, Azerbeidzjan en Georgië) hebben nog geen strategie in deze materie. Gegevens over het percentage personen dat arbeidsongeschikt is als gevolg van geestelijke stoornissen en dat een sociale uitkering of een invaliditeitspensioen ontvangt, waren beschikbaar voor 17 van de 42 landen die in het rapport aan bod kwamen. De cijfers schommelen van 44% in Denemarken tot 8 in de Russische Federatie (93). Problemen inzake geestelijke gezondheid zijn op weg om de belangrijkste oorzaak voor het aanvragen van een invaliditeitsuitkering te worden. Dertig tot veertig procent van de nieuwe aanvragen voor een invaliditeitsuitkering de voorbije 15 jaar hielden verband met een geestelijk gezondheidsprobleem (94); dit cijfer loopt op tot 70% bij personen tussen 20 en 34 jaar (94, 95).

In Europa blijft de werkgelegenheidsgraad zeer laag voor psychiatrische patiënten (94) in het algemeen (zie **figuur 2**) en in het bijzonder bij schizofreniepatiënten (96-98). Volgens de momenteel beschikbare gegevens is sociaalprofessionele (re-)integratie van toepassing op minder dan een derde van de schizofreniepatiënten (in de meeste landen schommelen de cijfers tussen 10 en 30%) (94, 99-102). Dit cijfer loopt op tot 50% in de groep patiënten met een eerste episode. Sociaalprofessionele re-integratie van psychiatrische patiënten is dus cruciaal.

Patiënten met geestelijke ziekten vertegenwoordigen de belangrijkste groep van nieuwelingen die recht hebben op een invaliditeitsuitkering.

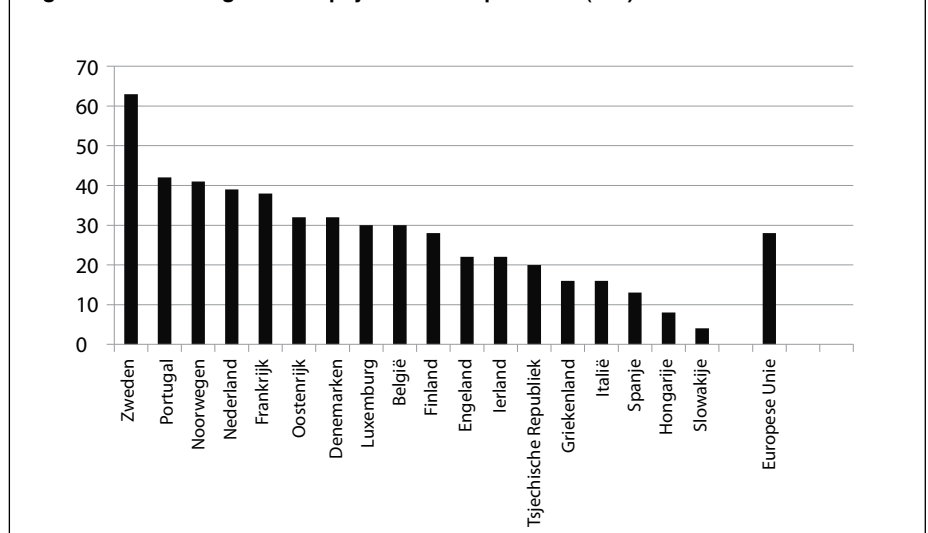
Eén van de initiatieven die momenteel wordt gelanceerd in Europa is geïnspireerd op het Amerikaans model van begeleid werken (*supported employment*), dat is gebaseerd op het principe: *training on the job* (opleiding op de werkvloer). Concreet wordt een persoon zo snel mogelijk in een job geplaatst om te vermijden dat er te veel

tijd verstrijkt tussen het einde van een ziektefase en de re-integratie. Volgens het rapport van de WGO zijn al in 23 van de hierbovenvermelde 42 landen (55%) wettelijke maatregelen ingevoerd in de vorm van een financiële aanmoediging voor werkgevers die psychiatrische patiënten aanwerven volgens het model van *supported employment* (93). Echter, de maatschappelijke opvattingen over schizofrenie, die vaak zeer pejoratief zijn, maar ook het falen van educatie-, gezondheids- en sociale beschermingsystemen verminderen de integratiemogelijkheden voor schizofreniepatiënten in een competitieve professionele omgeving (94,103-105). Bovendien zijn bepaalde klinische aspecten (zoals middelmisbruik en de duur van de ziekte) eveneens factoren die zijn geassocieerd met een lagere tewerkstellingsgraad. We moeten dus meer inzicht verwerven in het verband tussen die factoren om de structurele hervorming die zich in dit domein opdringt, door te voeren (94).

#### Scandinavische landen

De Scandinavische landen onderscheiden zich van de andere Europese landen door de manier waarop ze de sociale bescherming van gehandicapte personen organiseren en financieren. Ze besteden, meer dan de andere Europese landen, een groter deel van hun hulpmiddelen en budget aan programma's gericht op de herinschakeling van de werknemer in het bedrijf om te vermijden dat hij of zij te gemakkelijk afglijdt naar het invaliditeitsstatuut. Eén manier om personen met geestelijke gezondheidsproblemen te helpen, is het versterken van de financiële incentives voor het stimuleren van deze activiteit. Een werkgever die mensen aanwerft die zijn erkend als personen met een beperkte arbeidsgeschiktheid (inclusief psychiatrische patiënten) kan hiervoor namelijk een financiële compensatie krijgen. Het maximumbedrag van die compensatie mag niet hoger zijn dan 80% van 16.700 SEK (1.841 euro) per maand<sup>4</sup>. Een staatsbedrijf, Samhall, biedt bovendien werk aan wie in het gewone arbeidsmilieu geen job kan krijgen, bijvoorbeeld werk in een

**Figuur 2: Activiteitsgraad van psychiatrische patiënten (102).**





beschutte werkplaats. Samhall wil bovendien een overgang bewerkstelligen van meer dan 5% van wie uit de beschermde sector stapt en overschakelt op een competitieve arbeidsomgeving (106). Die overschakeling is mogelijk dankzij gesubsidieerde lonen. Dertig tot veertig procent van degenen die hebben geprobeerd te werken in een gewone arbeidsomgeving keert terug naar beschut werken: het systeem heeft dus slechts in 2 tot 3% van de gevallen succes (107). De openbare diensten voor werkgelegenheid kunnen ook 'persoonlijke ondersteuning' bieden aan wie arbeidsongeschikt is alsook technische hulp toekennen. Die 'hulp' kan oplopen tot 50.000 SEK per jaar (5.513 euro)<sup>5</sup>.

Stigmatisering en discriminatie zijn niet-verwaarloosbare oorzaken voor tewerkstellingsproblemen bij schizofreniepatiënten.

Hulpverlening en diensten voor psychiatrische patiënten berusten voornamelijk op de gemeenten. Voor de meeste gehandicapten garanderen de gemeenten een aangepaste woning (aangepaste inrichting van de woning of serviceflats), thuishulp of persoonlijke assistentie alsook hulp bij deelname aan het sociale leven van de gemeenschap (gespecialiseerd vervoer, begeleiding, dagcentra) (108). Als aanvulling op die algemene maatregelen vallen zwaar gehandicapten (inclusief psychisch zwaar gehandicapten) onder een specifieke wetgeving (de LSS-wet, *Lagen om Stöd och Service*, een wet op de ondersteuning van en dienstverlening aan personen met bepaalde functionele handicaps), die de gemeenten verplicht om 10 nauwkeurig gedefinieerde diensten en hulpmaatregelen te organiseren<sup>6,7</sup>. Er bestaan ook speciale programma's om tegemoet te komen aan de behoeften van psychiatrische patiënten, zoals hun recht om gratis persoonlijke assistentie te krijgen om maatschappelijke re-integratie te garanderen en niet geïsoleerd te geraken. Een ander belangrijk element was dat de functie van bemiddelaar (ombudsman) voor gehandicapten in het leven werd geroepen. Die bemiddelaar moet hun rechten garanderen en belangen beschermen<sup>8</sup>. Maar hij is ook belast met het informeren van de regering over domeinen waarin de wetgeving ontoereikend is om de volledige participatie van gehandicapten te garanderen (108). Tot slot functioneert de sociale zekerheid in Zweden volgens het principe van het jaarlijkse forfait: elke burger betaalt zijn medische zorgen en geneesmiddelen tot een bepaald plafond per jaar (ongeveer 100 euro voor doktersbezoeken en 200 euro voor geneesmiddelen). Boven dat plafond worden ze gratis<sup>9</sup>.

### Frankrijk

De wet van 10 juli 1987 en die van 11 februari 2005 moeten de instroom van gehandicapte werknemers op de gewone arbeidsmarkt bevorderen. Volgens die wetten moeten bedrij-

ven van minstens 20 werknemers een aantal gehandicapte werknemers aanwerven (6% procent van hun loonmassa). De werkgevers van de bedrijven die die verplichting niet nakomen, moeten aan de AGEFIPH (*Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées*) een 'gehandicaptenbijdrage' betalen. Bovendien zijn met de wet voor *L'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* (de gelijkheid van kansen, participatie en burgerschap van gehandicapten) van 11 februari 2005 cruciale wijzigingen doorgevoerd om tegemoet te komen aan de verwachtingen van deze mensen<sup>10</sup>. In het kader van die wet is in elk departement een *Maison Départementale des Personnes Handicapées* (MDPH) opgericht onder leiding van de *Direction du Conseil Général*. Elk MDPH stelt een multidisciplinair team samen dat beslissingen neemt in verband met het geheel van de rechten van de persoon. Dit team, dat onder andere bestaat uit artsen, heeft als taak om het niveau van de handicap, de mogelijke professionele oriëntatie en de medische oriëntatie te evalueren. De [verplichte] medische oriëntatie geeft aan of de persoon in staat is om te werken, hetzij in een *Etablissement et Services d'Aide par le Travail* (ESAT), hetzij in een aangepaste omgeving, hetzij in een gewone arbeidsomgeving. Na afloop van deze evaluatie krijgt de gehandicapte persoon een *Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé* (RQTH). Dit RQTH-document moet worden voorgelegd aan elke eventuele werkgever. De tewerkstelling van een psychisch gehandicapte persoon in een gewone arbeidsomgeving moet zeer goed worden omkaderd. De Franse wet verplicht een staf die bestaat uit een huisarts en een psychiater (binnen het bedrijf of extern), psychologische ondersteuning (binnen het bedrijf of extern), een opleiding van de werknemers die samenwerken met die psychisch gehandicapte werknemers (om te vermijden dat ze onaangepast gedrag vertonen en om hen te leren omgaan met bepaalde risicosituaties) en de aanwezigheid van een voogd of vertrouwenspersoon die de psychisch gehandicapte persoon begeleidt (109).

De centrale as van het Zweedse beleid bestaat erin om de toegang van gehandicapten tot werk in een gewone omgeving zo veel mogelijk bevorderen. Hiervoor bestaan verschillende systemen, die elkaar kunnen overlappen.

### 5. Aangepaste structuren

Om de persoon in een natuurlijke omgeving te houden, recidieven te vermijden en de readaptatie van de patiënt te bevorderen, bestaat er in België een waaier aan aangepaste structuren: psychotherapeutische dag- of nachtcentra (nachthospitaal, daghospitaal), initiatieven voor beschut wonen (IBW), psychiatrische verzor-

gingstehuizen (PVT) en therapeutische gemeenschappen.

### Psychotherapeutische dag- en nachtcentra – psychiatrische dagcentra

Deze structuren, die een overgangsfase moeten vormen tussen psychiatrische ziekenhuizen en de terugkeer naar het normale leven in de maatschappij, hebben als doel de re-integratie en terugkeer naar zelfstandigheid van personen met psychische stoornissen via uiteenlopende activiteitenprogramma's, zowel culturele, therapeutische of op de buitenwereld gerichte initiatieven (110).

### Dagcentrum

Dit is een dienst die zich bij voorkeur buiten het ziekenhuis bevindt en die extern een programma met evaluatie-, diagnose- en behandelingsactiviteiten aanbiedt aan patiënten die kampen met psychische problemen. Het doel ervan is om de integratie van deze mensen in hun familiale, school- of beroepsomgeving te optimaliseren (111).

### Nachtcentrum

Een nachtcentrum organiseert therapeutische opvang 's avonds, medisch toezicht 's nachts en indien nodig tijdens het weekend. Gezien angstsymptomen 's nachts vaak heviger zijn, hebben sommige patiënten nacht- en weekendopvang nodig. Het personeel van deze structuren is hetzelfde als dat op een gewone voltijdse opnamedienst (112).

### Initiatieven voor beschut wonen (IBW)

Initiatieven voor beschut wonen zijn voor veel psychiatrische patiënten een ideale oplossing. IBW is een woonvorm met therapeutische begeleiding in het kader van projecten om zelfstandig te leven. Het geeft patiënten de kans om te leven buiten een psychiatrisch centrum, op een individuele en georganiseerde manier en met psychosociale begeleiding. Die begeleiding wordt doorgaans opgebouwd rond de volgende assen: opvang, individuele gesprekken, de patiënt zelfstandig maken en sociale integratie (113). De theorie hierachter is die van psychiatrische revalidatie gericht op de ontwikkeling en rekening houdend met de mogelijkheden en de beperkingen van de bewoner. Sociale re-integratie en activering nemen een belangrijke plaats in. Volgens de wettelijke bepalingen garanderen IBW's "de huisvesting en begeleiding van personen die geen continue behandeling in het ziekenhuis nodig hebben en die om psychiatrische redenen moeten worden geholpen in hun levensomgeving" (114). Het is een woonvorm in collectieve vorm (3 tot 10 personen per huis) of in de vorm van een individuele studio of follow-up in een privéwoning. In 2006 telde België 3.680 plaatsen in IBW's, waarvan 2.486 in het Vlaams Gewest, 751 in het Waalse Gewest en 443 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (115).

## Therapeutische gemeenschappen

Therapeutische gemeenschappen richten hun programma's op de psycho-sociaal-professionele re-integratie van de opgevangen persoon (psychotherapeutische follow-up, gemeenschappelijke activiteiten, begeleiding in het dagelijkse leven...). Sommige hebben zich gespecialiseerd in de behandeling van verslavingen, of van volwassenen met psychiatrische problemen zoals schizofreniepatiënten. Het dagelijkse leven van psychiatrische patiënten speelt zich af in een omgeving die hen volledig vrijlaat in de organisatie van hun persoonlijke, relationele en professionele leven. De therapeuten zijn er vaker aanwezig dan in IBW's.

## Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's)

Het begrip Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) ontstond in 1990. De wetgever wilde langdurig verblijf op een psychiatrische afdeling met kenletter T (behandeling) verkorten en/of vermijden. Een PVT is dus bestemd voor mensen met een gestabiliseerde chronische psychische stoornis, als ze geen behandeling in het ziekenhuis nodig hebben, niet in aanmerking komen voor opname in een rust- en verzorgingstehuis of voor beschut wonen en niet onder continu psychiatrisch toezicht moeten staan. Ze moeten wel continue begeleiding nodig hebben. Gezien de lange wachtlijsten, kunnen we stellen dat er een groot tekort aan opvangplaatsen is.

## 6. Conclusie

De verdienste van gezins- en systeemtherapie was dat ze zich boog over de betekenis van de psychopathologie, aandrong op aandacht voor de sociale en familiale context, nieuwe perspectieven opende in de behandeling van schizofreniepatiënten, enz. Via Bateson introduceerde de systeemtherapie ook het concept van de 'dubbele binding', hetgeen ons bijzonder efficiënt lijkt in het klinisch onderzoek naar psychose.

Zonder te willen spreken van isomorfisme, dwingt de klinische ervaring ons om stil te staan bij de tegenstrijdige boodschappen die de samenleving uitstuurt, en de ideologische en economische bijkomstigheden daarvan.

Hoe diagnosticeer je een psychose gezien de leeftijd en de manier waarop een psychose ontstaat en in een sociale context waarin een adolescent de neiging heeft om zich terug te trekken in zichzelf of achter zijn computer? En hoe reduceer je de DOP zo veel mogelijk? Bovendien moeten we, omwille van hun potentiële impact, elke vorm van stigmatisering alsook alle vals-positieve diagnoses vermijden.

Is deze houding met betrekking tot stigmatisering niet in tegenspraak met de behandeling? Voor psycho-educatie is eerst kennis van de diagnose door de patiënt en zijn omgeving noodzakelijk.

Hoe moet de wet op de rechten van de patiënt

(22/08/2002) worden toegepast als de aandoening waaraan hij lijdt precies die van de vrijheid is?

Hoe verzoen je die rechten en de wens van de samenleving om te worden beschermd, alles te beheersen?

Als de samenleving in haar verregaande drang naar veiligheid, te allen prijze een verantwoordelijke moet vinden voor elke patiënt die tot actie overgaat, hoe kun je dan verder op een serene manier zware en soms onvoorspelbare aandoeningen behandelen? De wet van 26/06/1990 zou in dit opzicht best eens mogen worden herschreven...

Is het betrekken van de familie bij het ziekte- en herstelproces niet zinloos in een samenleving die onvermijdelijk evolueert naar steeds meer individualisme en steeds minder familie?

Hoe doe je een beroep op de familie, werk je met hen samen zonder bij hen een schuldgevoel te creëren?

Hoe verzoen je de steeds hogere economische druk op de zorgverlening en de fragmentatie van hulpmiddelen als gevolg van taalkundige en/of filosofische factoren? Hoe dring je de opname-duur terug als sociale problemen steeds sterker aanwezig en steeds complexer worden?

Zouden we ons niet kunnen laten inspireren door buitenlandse samenlevingsmodellen die een alternatieve aanpak aanbieden, zowel op het vlak van het statuut van de persoon die lijdt aan schizofrenie als op het vlak van structuren of revalidatie? In ons Belgische systeem voor sociale zekerheid zijn de voorwaarden om aan de patiënt een integratietegemoetkoming uit te keren, tegenstrijdig met de evolutie naar steeds meer autonomie. Die autonomie is overigens het doel dat wordt nagestreefd met initiatieven zoals beschut wonen, maar de hieraan verbonden voorwaarden en ook het gebrek aan prioriteit bij de toekenning van een sociale woning, riskeren de aandoening net chronisch te maken. En wat te zeggen van de risico's van de-institutionalisering (project 107) in dit streven naar autonomie?

De noodzakelijke ontwikkeling van aangepaste structuren botst op het steeds nadrukkelijker aanwezige NIMBY-fenomeen (*Not In My Back Yard*). Ze zijn overigens beperkt in aantal gezien de budgettaire beperkingen, terwijl op het terrein een toename van sociale problemen wordt vastgesteld.

Iedereen die actief is in de zorgverlening aan schizofreniepatiënten werkt dus in een continue spanning gecreëerd door een samenleving (gezinnen) die veel tegenstrijdige boodschappen uitzendt.

Nota's

1 Pirson O. Persoonlijke communicatie

2 Wordt erkend als arbeidsongeschikt in de zin van de huidige gecoördineerde wet: elke werknemer die elke activiteit heeft gestaakt als rechtstreeks gevolg van het begin of de verergering van letsels of functionele stoornissen waarvan wordt erkend dat ze aanleiding geven tot een afname van zijn verdienvermogen, gelijk aan of minder dan een derde van wat een persoon met dezelfde conditie en dezelfde opleiding met zijn werk kan verdienen, in de beroepsgroep waarin de beroepsactiviteit van

de betrokkene zich afspeelt op het moment dat hij arbeidsongeschikt is geworden of in de uiteenlopende beroepen die hij heeft of zou hebben kunnen uitoefenen met zijn beroepsopleiding.

3 Persoonlijke communicatie met de sociale dienst van Kortenberg

4 Pudas H (Johnson & Johnson). Persoonlijke communicatie

5 Pudas H (Johnson & Johnson). Persoonlijke communicatie

6 Pudas H (Johnson & Johnson). Persoonlijke communicatie

7 Gepersonaliseerd advies en ondersteuning, persoonlijke assistentie, begeleiding, contactpersoon, gezinsvervangend thuis, korte verblijven buiten het gezin, korte behandeling van scholieren ouder dan 12 jaar, pleeggezinnen en huisvesting met speciale diensten voor kinderen en jongeren, huisvesting aangepast aan de behoeften van volwassen gehandicapte personen, dagelijkse activiteiten

8 Pudas H (Johnson & Johnson). Persoonlijke communicatie

9 Pudas H (Johnson & Johnson). Persoonlijke communicatie

10 Vormt een handicap in de betekenis van de huidige wet: elke activiteitsbeperking of beperking van deelname aan het leven in de samenleving die iemand ondervindt als gevolg van een substantiële, langdurige of definitieve aantasting van één of meerdere lichamelijke, zintuiglijke, geestelijke, cognitieve of psychische functies), een meervoudige handicap of een invaliderend gezondheidsprobleem.

Referenties

1. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "Just the Facts": what we know in 2008 part 1: overview. *Schizophr Res* 2008;100(1-3):4-19.
2. Veling W, Sussner E. Migration and psychotic disorders. *Expert Rev Neurother* 2011;11(1):65-76.
3. Vandriessche F, Lecompte D, De Hert M, et al. De rol van omgevingsfactoren bij het ontstaan van schizofrenie psychose. *Neuron* 2010; 15(10) (Suppl).
4. Harrison G. Searching for the causes of schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophr Bull* 1990;16(4):663-71.
5. van Os J, Driessen G, Gunther N, Delespaul P. Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *Br J Psychiatry* 2000;176:243-8.
6. Selten JP, Veen N, Feller W, et al. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2001;178:367-72.
7. Zolkowska K, Cantor-Graae E, McNeil TF. Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: is migration a risk factor for psychosis? *Psychol Med* 2001;31(4):669-78.
8. Cantor-Graae E, Zolkowska K, McNeil TF. Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmö: a 3-year first-contact study. *Psychol Med* 2005;35(8):1155-63.
9. Leão TS, Sundquist J, Frank G, Johansson LM, Johansson SE, Sundquist K. Incidence of schizophrenia or other psychoses in first- and second-generation immigrants: a national cohort study. *J Nerv Ment Dis* 2006;194(1):27-33.
10. Mortensen PB, Cantor-Graae E, McNeil TF. Increased rates of schizophrenia among immigrants: some methodological concerns raised by Danish findings. *Psychol Med* 1997;27(4):813-20.
11. Fossion P, Ledoux Y, Valente F, et al. Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and-gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *Eur Psychiatry* 2002;17(8):443-50.
12. Fossion P, Servais L, Rejas MC, Ledoux Y, Pelc I, Minner P. Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender controlled study. *Eur Psychiatry* 2004;19(6):338-43.
13. Dealberto MJ. Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121(5):325-39.
14. Coid JW, Kirkbride JB, Barker D, et al. Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65(11):1250-8.
15. Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, et al; AESOP Study Group. Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychol Med* 2006;36(11):1541-50.
16. Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr Res* 2006;86(1-3):189-93.
17. Smith GN, Boydell J, Murray RM, et al. The incidence of schizophrenia in European immigrants to Canada. *Schizophr Res* 2006;87(1-3):205-11.
18. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *Br J Psychiatry* 2003;182:117-22.
19. Weiser M, Werbeloff N, Vishna T, et al. Elaboration on immigration and risk for schizophrenia. *Psychol Med* 2008;38(8):1113-9.
20. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, et al. Incidence of schizophrenia among second-generation immigrants in the Jerusalem perinatal cohort. *Schizophr Bull* 2009;35(3):596-602.
21. Selten JP, Slaets JP, Kahn RS. Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychol Med* 1997;27(4):807-11.
22. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005;31(4):795-9.
23. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):12-24.

24. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2(5): e141.
25. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010;468(7321):203-12.
26. Selten JP, Cantor-Graae E, Slaets J, Kahn RS. Ødegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands. *Am J Psychiatry* 2002;159(4):669-71.
27. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a socio-developmental model. *Schizophr Bull* 2010;36(4):655-64.
28. Tortelli A, Kourio H, Ailam L, Skurnik N. Psychose et migration, une revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques* 2009;167:459-63.
29. McGrath J, Eyles D, Mowry B, Yolken R, Buka S. Low maternal vitamin D as a risk factor for schizophrenia: a pilot study using banked sera. *Schizophr Res* 2003;63(1-2):73-8.
30. McGrath J. Hypothesis: is low prenatal vitamin D a risk-modifying factor for schizophrenia? *Schizophr Res* 1999;40(3):173-7.
31. Dealberto MJ. Why are immigrants at increased risk for psychosis? Vitamin D insufficiency, epigenetic mechanisms, or both? *Med Hypotheses* 2007;68(2):259-67.
32. Fahy TA, Jones PB, Sham PC, Murray RM. Schizophrenia in Afro-Caribbeans in the U.K. following prenatal exposure to the 1957 A2 influenza epidemic. *Schizophr Res* 1992;6:98-9.
33. Selten JP, Slaets J, Kahn R. Prenatal exposure to influenza and schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands. *Schizophr Res* 1998;30(1):101-3.
34. Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32(4):592-8.
35. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AESOP study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(3):250-8.
36. Hjern A, Wicks S, Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants—a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychol Med* 2004;34(6):1025-33.
37. Morgan C, Kirkbride J, Hutchinson G, et al. Cumulative social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a case-control study. *Psychol Med* 2008;38(12):1701-15.
38. Karlsen S, Nazroo JY, McKenzie K, Bhui K, Weich S. Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychol Med* 2005;35(12):1795-803.
39. Veling W, Selten JP, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2007;36(4):761-8.
40. Cooper C, Morgan C, Byrne M, et al. Perceptions of disadvantage, ethnicity and psychosis. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):185-90.
41. Mallett R, Leff J, Bhugra D, Pang D, Zhao JH. Social environment, ethnicity and schizophrenia. A case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(7):329-35.
42. Morgan C, Kirkbride J, Leff J, et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med* 2007;37(4):495-503.
43. Boydell J, van Os J, McKenzie K, et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001;323(7325):1336-8.
44. Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry* 2008;165(1):66-73.
45. Haasen C, Yagdiran O, Mass R. Differences between psychopathological evaluation in German and Turkish language of Turkish immigrants. *Nervenarzt* 2000;71(11):901-5.
46. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Schizophrenic disorders among Turkish migrants in Germany. A controlled clinical study. *Psychopathology* 2001;34(4):203-8.
47. Haasen C, Yagdiran O, Mass R, Krausz M. Potential for misdiagnosis among Turkish migrants with psychotic disorders: a clinical controlled study in Germany. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(2):125-9.
48. Pedersen CB, Mortensen PB. Urbanization and traffic related exposures as risk factors for schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2006;6:2.
49. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011;474(7352):498-501.
50. Dragt S, Nieman DH, Veltman D, et al. Environmental factors and social adjustment as predictors of a first psychosis in subjects at ultra high risk. *Schizophr Res* 2011;125(1):69-76.
51. Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL, et al. Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res* 2010;116(1):75-89.
52. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(11):1039-46.
53. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102(1-3):1-18.
54. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence – conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005;31:795-9.
55. Mortensen P, Pedersen C, Westergaard T, et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *New Engl J Med* 1999;340:603-8.
56. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression. *Br J Psychiatry* 2004;184:293-8.
57. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Murray RM. The association of inequality with the incidence of schizophrenia—an ecological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(8):597-9.
58. Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia. *Epidemiol Rev* 1985;7:105-26.
59. Croudace TJ, Kayne R, Jones PB, Harrison GL. Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis. *Psychol Med* 2000;30(1):177-85.
60. Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry* 2006;5(1):5-14.
61. Mortensen P, Agerbo E, Eriksson T, Westergaard-Nielsen N. Parental education and socioeconomic variables as predictors of schizophrenia in their offspring. Abstract presented at the 10th biennial winter workshop on schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;41:73.
62. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, et al. Effect of socioeconomic status and parents' education at birth on risk of schizophrenia in offspring. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44(4):265-71.
63. Werner S, Malaspina D, Rabinowitz J. Socioeconomic status at birth is associated with risk of schizophrenia: population-based multilevel study. *Schizophr Bull* 2007;33(6):1373-8.
64. Mäkiyö T, Isohanni M, Moring J, et al. Is a child's risk of early onset schizophrenia increased in the highest social class? *Schizophr Res* 1997;23(3):245-52.
65. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992;255(5047):946-52.
66. De Haan L. Thème II: Le premier épisode aigu de la schizophrénie. Quel abord institutionnel du premier épisode aigu de schizophrénie ? (pp. 159-170). In: De Clercq M, Peuskens J (Eds.) (2000). Les troubles schizophréniques. De Boeck Université, Bruxelles.
67. Van Veldhuizen JR. Thème II: Le premier épisode aigu de la schizophrénie. Quel abord institutionnel du premier épisode aigu de schizophrénie ? (pp. 171-199). In: De Clercq M, Peuskens J (Eds.) (2000). Les troubles schizophréniques. De Boeck Université, Bruxelles.
68. Hochmann J (1994). La consolation. Odile Jacob, Paris.
69. Rihoux F. Vers la mise en place de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins. *Similes* 2010(61):18-23.
70. Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Charte, Bruxelles.
71. Burton L, Joiret E, De Terwagne A, Servais L. La loi du 26 juin 1990: une mesure de protection parmi d'autres, pour le mineur, son médecin et le juge de la jeunesse (pp. 151-182). In: Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Charte, Bruxelles.
72. De Clercq M, Hoyois Ph. Collocation et nouvelle loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des patients psychiatriques. *Acta Psychiatr Belg* 1992;92:5-32.
73. De Clercq M, Hoyois Ph. La nouvelle loi du 26 juin 1990: des mesures de collocation aux espoirs que le monde psychiatrique place dans son application. In Benoit G, Brandon J, Gillardin J. Patients psychiatriques et incapables majeurs 41-59. Fac. Univ. Saint-Louis, Bruxelles, 1994.
74. De Clercq M, Troch S, Herbaux S, Hoyois Ph. Loi de protection de la personne du malade mental à Bruxelles. Caractéristiques des patients et devenir des procédures. *Acta Psychiatr Belg* 1997;97:192-224.
75. De Clercq M, Ector F, Troch S, Herbaux S, Hoyois Ph. Les limites du concept de dangerosité. *Cah Psychol Clin* 1995; 5: 251-276. La transgression, De Boeck Editeurs.
76. La Fédération Similes Francophone ASBL. Enquête sur les répercussions de la loi de 1990. *Similes* 2010 (60): 4-10.
77. Tortolani I, Gayetot D, Duquesne P, Donneau AF, Boxho P, Anseau M. L'augmentation des hospitalisations contraintes: un constat préoccupant. *Acta Psychiatrica Belgica* 2008;108(4):11-9.
78. Caspar P, Constant H, Lamote M, et al. Cinq ans d'application de la loi du 26 juin 1990 dans l'arrondissement judiciaire de Bruxelles-Halle-Vilvorde. Quelques données quantitatives (pp. 313-328). In: Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Charte, Bruxelles.
79. Pitchot W, Pinto E, Adam E, et al. Réunion de consensus sur la procédure de mise en observation en urgence. *Acta Psychiatrica Belgica* 2011;111(1):50-4.
80. De Vleeschouwer D. Enquête exploratoire auprès des familles de patients schizophrènes sur les répercussions de la loi de 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (pp. 213-249). In: Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Charte, Bruxelles.
81. Grassart J. Le point de vue des familles sur l'application de la loi. Priorité à l'alliance thérapeutique précoce (pp. 203-212). In: Benoit G (Ed.) (2011). La protection de la personne des malades mentaux. Ethique, médecine et justice. La Charte, Bruxelles.
82. "La loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux" – Commentaires et réflexions du groupe de travail "Mise en observation-Intervention" – décembre 2000-Plate-forme de concertation pour la santé mentale en région de Bruxelles-Capitale.
83. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv* 2010;61(10):1012-7.
84. Sheehan KA. Compulsory treatment in psychiatry. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(6):582-6.
85. Kallert TW, Glöckner M, Schützwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(4):195-209.
86. Verbod van Verzorgingsinstellingen vzw. Betaalbaarheid & toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België. Knelpunten en voorstellen. 17 september 2008.
87. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 2009;110(1-3):1-23.
88. Quand la loi exclut assurés sociaux. Social 21 mai 2009.
89. Mallet L, Masson A, Delatte B, et al. L'autonomie et son évaluation dans les troubles schizophréniques. *Neurone* 2010; 15(0)(Suppl.).
90. [http://www.belgium.be/nl/gezondheid/handicap/inkomensvervangende\\_uitkering/](http://www.belgium.be/nl/gezondheid/handicap/inkomensvervangende_uitkering/)
91. Demande d'explications de Mme Lieve Van Ermen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à la secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées sur "le coût de la toxicomanie pour les autorités fédérales" (Sénat de Belgique, Annales n° 4-776).
92. VBO. Verbod van Belgische Ondernemingen. Vermeersch C. RIZIV –Task Force Arbeidsongeschiktheid. 28 april 2011.
93. World Health Organization (2008). Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges.
94. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). Mental health, disability and work. Issues for discussion. OECD Expert Meeting, Paris, 26-28 April 2010.
95. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing.
96. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007;191:30-7.
97. Coughnard A, Goumillou R, Monello F, Verdoux H. Characteristics associated with duration of employment of persons with schizophrenia after first contact with psychiatric services. *Work* 2009;34(3):365-71.
98. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J, Hickie IB, McGorry PD. Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(11-12):951-62.
99. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):337-49.
100. Catty J, Lissouba P, White S, et al; EQOLISE Group. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):224-31.
101. Burns T, Catty J, White S, et al; EQOLISE Group. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull* 2009;35(5):949-58.
102. European Labour Force Survey (2002). Ad-hoc module on employment of people with disability.
103. Cechnicki A, Angermeyer MC, Biela ska A. Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46(7):643-50.
104. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000;177:4-7.
105. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003;56(2):299-312.
106. <http://www.samhall.se/In-English/History-of-the-company/>
107. Cohu S, Lequet-Slama D, Velche D. La Suède et la prise en charge sociale du handicap, ambitions et limites. *RFAS* 2003;4:461-83.
108. Noury D. La compensation du handicap en Suède. Rapport n°2003 052, Avril 2003.
109. Janssen Pharmaceutical Companies. Review of schizophrenia policy project. Pôle SNC-VIH, Anne Anceau, 15 novembre 2011.
110. <http://www.similes.org/fr/M3.php>
111. Bibliothèques Psy (2004). <http://www.bibliothèques-psy.com/sommaire.php/spip.php?article920>.
112. Kratz P (2004). Les structures de soins psychiatriques. [www.cadredesante.com](http://www.cadredesante.com).
113. <http://www.guidesocial.be/infos/initiatives-d-habitations-protégées.html>.
114. Dupont Y, Bosmans M, Van Rompaey. Les initiatives d'habitations protégées. Contact: la revue de l'aide et des soins à domicile 2009 ; 29(119) : 3-4.
115. Bulletin 3-90. SESSION DE 2006-2007. Questions posées par les Sénateurs et réponses données par les Ministres (Art. 70 du règlement du Sénat).

The work of the Belgian Discussion Board on AntiPsychotic Treatment is performed in scientific collaboration with the Janssen Academy.

