

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2000-2001

29 juni 2001

**VERZOEKSCHRIFT**

**betreffende psychotherapeutische begeleiding van psychiatrische patiënten**

**VERSLAG**

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen  
uitgebracht door mevrouw Sonja Becq en de heer Koen Helsen**

*Samenstelling van de commissie :*

*Voorzitter :* mevrouw Patricia Ceysens.

*Vaste leden :*

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van Kessel ;

mevrouw Patricia Ceysens, mevrouw Claudine De Schepper, de heren Jacques Devolder, Koen Helsen ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer Felix Strackx ;

de heren Guy Swennen, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

*Plaatsvervangers :*

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle Heeren, de heren Luc Martens, Paul Van Malderen ;

de heren Frans De Cock, Freddy Feytons, André Moreau, Cis Schepens ;

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen Van den Eynde ;

de heren Patrick Hostekint, Chokri Mahassine ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

mevrouw Margriet Hermans.

## INHOUD

	Blz.
1. Procedure .....	4
2. Hoorzitting met de verzoeker .....	4
3. Bespreking .....	5
4. Conclusies .....	6
Bijlagen :	
– Antwoord van mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen op het verzoekschrift betreffende de psychotherapeutische begeleiding van psychiatrische patiënten .....	7
– Verslag van de hoorzittingen op 3 mei en 14 juni 2001 .....	13

---

## 1. Procedure

De commissie bevoegd voor de verzoekschriften (Commissie voor Binnenlandse Aangelegenheden, Huisvesting en Stedelijk Beleid) heeft tijdens haar vergadering van 12 oktober 2000 het verzoekschrift van de heer Alfred Peper (nr. 13 (1999-2000)) ontvankelijk verklaard en voor verdere behandeling doorverwezen naar de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen.

Conform artikel 6, tweede lid, van het decreet van 14 juli 1998 houdende regeling van de bij het Vlaams Parlement ingediende verzoekschriften, werd de verzoeker uitgenodigd gehoord te worden in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen. De verzoeker, de heer Alfred Peper, werd gehoord op 8 november 2000. Mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, die terzake bevoegd is, bezorgde de commissie spontaan een antwoord op de gestelde problematiek. Op 18 januari 2001 besprak de commissie het verzoekschrift en besliste hoorzittingen rond dit thema te organiseren op 3 mei en 14 juni 2001 (zie verslag als bijlage). De commissie rondde de besprekingen van het verzoekschrift af op 21 juni 2001, maar concludeerde dat het thema verder uitgediept moet worden in het volgende zittingsjaar.

## 2. Hoorzitting met de verzoeker

**De voorzitter** : Aan de orde is het verzoekschrift van de heer Alfred Peper betreffende de psychotherapeutische begeleiding van psychiatrische patiënten. De heer Peper heeft het woord.

**De heer Alfred Peper** : Mevrouw de voorzitter, het begrip 'psychiatrische patiënten' moet u met een korreltje zout nemen. Het gaat hier om een typische patiënt met een pseudo-epilepsie. De patiënt heeft op 23 jaar 23 psychiaters, neuropsychiaters, neurologen en zenuwartsen versleten voor hij wist dat hij een pseudo-epilepsie had. In principe is het dus geen psychiatrische, maar een neurologische patiënt.

Er is echter geen enkele psychiater, neuropsychiater, neuroloog of zenuwarts – dat schijnen vier aparte specialismen te zijn – die ooit aan een collega een tweede mening heeft gevraagd of ooit aan de patiënt heeft gezegd dat hij het niet wist. Naderhand kwam de patiënt tot de ontdekking dat er 42 soorten epilepsie bestaan die door het Riziv erkend zijn met een nummer in de nomenclatuur. Er zijn ook twintig soorten 'epileptie-like' epilepsieën,

die nog niet wetenschappelijk erkend zijn, waaronder onder meer de typisch menselijke variant van Kreutzfeld-Jakob, van de BSE.

Psychologie werd 23 jaar geleden aangeboden. Door de invloed van psychiaters, neuropsychiaters en neurologen is men daar toen niet verder op ingegaan. Maar ondertussen heeft de patiënt anderhalf jaar, achttien maanden a rato van twee consulten per maand, nodig gehad bij een erkende psycholoog om te ontdekken dat de epileptoïde aanvallen die hij heeft louter psychologisch zijn. Na achttien maanden vooronderzoek is de psycholoog pas begonnen met psychotherapie, die, zo beweert de psycholoog, deze aanvallen kan doen ophouden. Maar ondertussen heeft de patiënt op die tijdsperiode 4.000 frank per maand uitgegeven aan een erkende psycholoog, terwijl het Riziv niets terugbetaalt. Zijn hulp van derden volstaat dus niet om de psycholoog te betalen, terwijl een Belg die ambtenaar is bij de Europese instellingen voor zijn psychotherapie wel een tegemoetkoming kan krijgen. Wie wordt opgenomen in een ziekenhuis kan ook psychologische hulp krijgen, maar dat wordt niet vermeld op de factuur : het zit verweven in de ligdagprijs. Het is voor ons een vraagteken waarom dit niet zo is.

**De voorzitter** : Dit parlement kan zich natuurlijk niet uitspreken over individuele dossiers, maar het algemene probleem dat u aankaart in het verzoekschrift is dat van de terugbetaling van psychotherapie door het Riziv. Kunt u zich daar op toespitsen ? Ik had begrepen dat dit concrete geval als een inleiding diende.

**De heer Alfred Peper** : Ik wist niet tot wie ik me moest wenden. Ik heb me dus gewend tot het Vlaamse niveau en tot het federale niveau, hoewel het Riziv behoort tot de federale materie. Ik weet dat jullie in principe weinig kunnen doen. Ik heb mijn probleem dus aangekaart via de persoonsgebonden materie, zoals jullie zelf zo duidelijk hebben gesteld. Ik kan het Vlaams Parlement niets verwijten. Dat is ook niet mijn bedoeling. Ik vraag alleen maar het Vlaams Parlement om hulp ten opzichte van het federale parlement, daar het een federale materie is. Daar noch minister Vandembroucke noch minister Aelvoet me antwoorden, ben ik blij dat ik me tot het Vlaams Parlement heb gewend. Misschien kan ik hier wat hulp en steun vinden.

**De voorzitter** : De juridische dienst van dit parlement heeft uw verzoekschrift onderzocht en het ontvankelijk verklaard. U hebt dus het volste recht om hier vandaag uw probleem aan te kaarten.

**De heer Alfred Peper :** Daar dank ik u ten zeerste voor. Het Vlaams Parlement moet nagaan in welke mate het ons op federaal vlak kan ondersteunen bij het door ons aangekaarte reële probleem. Ook op dat niveau heb ik identiek hetzelfde dossier ingediend. Het is er ook ontvankelijk verklaard. Minister Vandembroucke moet binnen een termijn van zes weken antwoorden en zal ons dan, net zoals jullie dat hebben gedaan, uitnodigen om dit dossier nader toe te lichten.

**De voorzitter :** Er is nu gelegenheid om vragen te stellen aan de heer Peper. Daarna bepaalt onze procedure dat we dit in overweging nemen bij een volgende commissievergadering. Wellicht zullen we advies vragen aan de Vlaamse regering over hoe dit nu verder kan worden opgelost.

**De heer Jacques Devolder :** U hebt de lijdensweg geschetst van een patiënt. Heeft men hem tijdens die lijdensweg van vele jaren ook verschillende therapeutica toegediend die niet werkzaam waren ? Nu pas komt men immers tot een correcte diagnose.

**De heer Alfred Peper :** De juiste diagnose stond 23 jaar geleden al vast, namelijk dat het psychologisch was. Maar de huisarts die heeft doorverwezen naar de door hem aangeduide psycholoog wilde eerste via de neurologie de correcte analyse van de pathologie hebben. De neurologie en de psychiatrie wilden zich echter niet engageren, in zoverre zelfs dat de patiënt moest overgaan tot de aankoop van een camera. Allerhande EEG's, CAT-scans, MRI's, slaapdeprivatie-EEG's en videomonitoring-EEG's konden immers geen epileptische haard aanduiden. Er is geen enkele neuroloog, psychiater of neuropsychiater die naar de psychologie heeft verwezen. Tegen hen is men als particulier en als patiënt niet opgewassen. Ze verdedigen hun eigen belang en beweren nu nog dat psychologie niet wetenschappelijk kan worden bewezen. Dat zijn de woorden van professor Cosyns.

**De heer Jacques Devolder :** En men heeft u ook nooit doorverwezen naar het Bijzonder Solidariteitsfonds ? Nu wordt de desbetreffende federale wetgeving aangepast, maar in een vroeger stadium konden alle geneesheren-inspecteurs van de diverse landsbonden in college eventueel beslissen tot een speciale tegemoetkoming.

**De heer Alfred Peper :** Ik heb dat wel gevraagd aan het christelijke en het socialistische ziekenfonds. Die hebben er nooit iets gedaan, hoewel ze in principe op de eerste rij moeten staan om de patiënten te verdedigen.

**De heer Jacques Devolder :** Heeft men u ooit gesproken over het Bijzonder Solidariteitsfonds ?

**De heer Alfred Peper :** Nooit.

**De voorzitter :** We sluiten hiermee de kennisgeving van uw verzoekschrift af. We zullen dit verder behandelen in een volgende vergadering.

### 3. Bespreking

De heer Jan Van Duppen onderstreept de noodzaak om psychotherapeutische begeleiding te organiseren en financieel haalbaar te maken. In haar schriftelijk antwoord (zie bijlage) heeft de minister gewezen op o.m. het aanbod van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's). Dat aanbod is veel te klein in vergelijking met de sterk stijgende vraag. De wachtlijsten zijn enorm. Er wordt momenteel een actieve ontradingsspolitiek gevoerd om de druk van die centra af te wenden. Het enige alternatief dat de patiënt heeft, is zich dan te wenden tot een psychiater-psychotherapeut die aan een andere tarief werkt, weliswaar met tegemoetkoming van de ziekteverzekering. Omdat ook zij onder druk staan, sluiten veel psychiaters-psychotherapeuten aan bij psychologen-psychotherapeuten. Dit leidt tot toename van de financiële belasting van de patiënt.

Volgens de minister heeft het Riziv geen oren voor een uitbreiding van de nomenclatuur naar de psychotherapie door psychologen. Het lid gelooft ook niet dat het Riziv hierop wil ingaan. Volgens de heer Jan Van Duppen is de enig haalbare oplossing het Nederlandse voorbeeld waar psychotherapie veel intenser aangeboden wordt via centra vergelijkbaar met de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's). Er is dus bijkomende financiering nodig voor de CGG's om een groter aanbod te kunnen realiseren. Het lid vraagt om een reactie van de minister.

Minister Mieke Vogels is het inhoudelijk eens met vorige spreker. Vooraleer een nomenclatuur kan worden afgedwongen moet overigens eerst nog uitgemaakt worden wie als psychotherapeut erkend wordt. Het is niet realistisch te verwachten dat de artsen de enveloppe van het Riziv verder zouden laten verkavelen om psychotherapie te bekostigen.

De uitbreiding van de CGG's is een budgettaire optie. Momenteel wordt ongeveer 1,5 miljard frank uitgetrokken voor de CGG's. Wil het parlement dit budget substantieel optrekken ?

De heer Jan Van Duppen herhaalt dat het om een zeer ernstig probleem gaat. De vraag naar psychotherapeutische hulp stijgt alsmaar. Wie het echt nodig heeft, kan het zich vaak niet veroorloven.

Volgens de minister is het een dubbel probleem. De wachtlijsten bij de CGG's zijn enorm. De dienstverlening wordt nu gratis verleend. Als de overheid dit moet blijven betalen is dit onhaalbaar. De minister wil het debat aangaan om voor de dienstverlening een financiële bijdrage te vragen afhankelijk van het inkomen. Mevrouw Sonja Becq voert aan dat die mogelijkheid werd ingeschreven in het decreet inzake het algemeen welzijnswerk.

Volgens de minister moet dit overwogen worden zodat wie het kan betalen bij de particuliere sector terecht komt en het aanbod in de CGG's opgehouden wordt voor wie minder financieel krachtig is. Een en ander hangt ook samen met het ontwikkelen van methodieken bij de CGG's. De behandeling van b.v. depressie is sociaal bepaald : hoe lager de sociale klasse hoe meer depressie met antidepressiva behandeld wordt. Het psychotherapeutisch aanbod in de CGG's uitbreiden is een mooi principe, maar niet haalbaar, niet betaalbaar en lost het probleem niet op.

Mevrouw Veerle Declercq merkt op dat wie het kan betalen meer toegang heeft tot de geestelijke gezondheidszorg. Die trend is in het algemeen ook merkbaar in de gewone gezondheidszorg. Geestelijke gezondheidszorg wordt nog vaak als een luxe beschouwd.

De heer Jan Van Duppen stelt voor om kennis te maken met de RIAGG's in Nederland. Zij zijn beter bemand en meer lokaal georganiseerd. Mogelijks vindt de commissie daar inspiratie.

De commissie beslist hoorzittingen te organiseren over dit thema, met sprekers die een licht kunnen werpen op zowel de situatie in Nederland als in Vlaanderen (verslag zie bijlage).

#### 4. Conclusies

Volgens mevrouw Riet Van Cleuvenbergen vergt deze problematiek veel aandacht. Daarom is het aangewezen in het volgende zittingsjaar hierrond verder te werken. De centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's) spelen een essentiële rol. Gezien de herstructurering sedert oktober 2000, moet hen de nodige tijd gegeven worden om zichzelf te organiseren en interne kwaliteitsvoorstellen te doen. Ten tweede moet het gegeven van de

wachtlijsten bij de CGG's ook gekoppeld worden aan deze problematiek. De CGG's zijn tweedelijnszorg, maar het is evident dat ook de rol van de eerstelijnszorg in kaart moet worden gebracht. De eerste lijn moet worden betrokken om gestructureerd mee te werken. Spreker stelt daarom voor om het verzoekschrift nu formeel af te handelen, maar met het engagement om in het volgende zittingsjaar hieraan verder te werken.

De heer Jan Van Duppen is het daar volledig mee eens. Na het zomerreces wil het lid een voorstel formuleren om de problematiek verder uit te diepen. De sector van de CGG's moet ook de gelegenheid krijgen om volledig 'in te rijden'. Ook mevrouw Ria Van Den Heuvel is van oordeel dat het verzoekschrift de aanleiding is om de problematiek ruimer en grondiger te bekijken. De heer Jan Roegiers waarschuwt er voor het dossier volgend zittingsjaar niet naar achteren te schuiven.

Mevrouw Patricia Ceysens concludeert dat het verzoekschrift hiermee formeel wordt afgerond, maar dat de commissie zich engageert om de problematiek – gezien het belang ervan – volgend zittingsjaar verder uit te diepen.

*De verslaggevers,*

Sonja BECQ  
Koen HELSEN

*De voorzitter,*

Patricia CEYSENS

#### BIJLAGEN

- Antwoord van mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, op het verzoekschrift betreffende de psychotherapeutische begeleiding van psychiatrische patiënten
- Verslag van de hoorzittingen op 3 mei en 14 juni 2001



*De Vlaamse regering*

De Vlaamse minister van Welzijn,  
Gezondheid en Gelijke Kansen

**Betreft : Verzoekschrift nr. 13 (1999-2000) van de heer Alfred Peper  
betreffende de psychotherapeutische begeleiding van  
psychiatrische patiënten**

Ik onderscheid drie elementen in dit verzoekschrift :

- 1) een concrete vraag om de psychotherapie beter te financieren
- 2) een aantal klachten
- 3) een aantal suggesties ter verbetering

1. Financiering van de psychotherapie

Met zijn verzoek om gehoord te worden door het Vlaams parlement klaagt de heer Peper in essentie aan dat de psychotherapeutische begeleiding door psychologen onvoldoende naar waarde geschat en gefinancierd wordt, in het bijzonder door het RIZIV.

Hij geeft een aantal voorbeelden van inconsequenties en ongelijkheden aan, o.m. het feit dat de psychologische hulp wel door het RIZIV vergoed wordt bij de opname in een psychiatrisch ziekenhuis en niet erbuiten, dat er voor werknemers van de Europese instellingen andere regelingen zijn dan voor andere werknemers.

Deze voorbeelden en de regelgeving omtrent de financiering van de gezondheidszorg vallen onder federale bevoegdheid.



Ook de regelgeving omtrent het voeren van de titel en het uitoefenen van het beroep van therapeut is in federale handen, en ligt op dit ogenblik ter studie voor.

Toch dient er op twee elementen gewezen te worden om te stellen dat het “gelijkheidsbeginsel” (door de ongelijke toegang tot psychotherapie) niet geschonden wordt in Vlaanderen.

Er is immers wel degelijk toegang tot psychotherapie voor diegenen die dit nodig hebben, en wel op twee manieren:

- a) onder de psychiaters zijn er heel wat die de psychotherapie beoefenen.  
Er zijn trouwens nomenclatuurnummers psychotherapie die door het RIZIV gefinancierd worden in een ambulante setting
- b) door de Vlaamse Overheid wordt voor c.a. 1,5 miljard per jaar uitgegeven aan de werking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Zij staan ook in voor psychotherapeutische begeleidingen. Deze begeleidingen zijn eveneens ambulant. Daarnaast worden er nog heel wat begeleidingen georganiseerd in de welzijnssector.

## 2. Klachten

De heer Peper klaagt toestanden aan in de psychiatrische ziekenhuizen die m.i. op een zeer persoonlijke interpretatie berusten. Ik denk hier onder andere aan de beschuldiging van verdoken fiscale fraudes. Indien de heer Peper hiervoor bewijzen heeft of ernstige vermoedens, dient hij de gerechtelijke instanties te verwittigen. Zoniet zou hij er beter aan doen het imago van de sector nietodeloos te bezwaren.

De heer Peper klaagt overigens een aantal wantoestanden aan, waarbij hij nalaat concreet te zijn, zodat zij niet verifieerbaar zijn en derhalve bijzonder moeilijk te beantwoorden.

Zo is er een aanklacht m.b.t. verkoop van onroerend goed, waarvan de context van het verhaal onduidelijk is.

Er bestaat inderdaad een wettelijke regeling waarbij de vrederechter kan tussenkomen bij personen die onder toepassing van de wet op de bescherming van de goederen vallen. Een eventueel misbruik zou zich dan onder toepassing van deze regelgeving moeten situeren. Het toezicht op de naleving van deze wet valt niet onder mijn bevoegdheid.

Wat betreft de aanklacht dat een inspectie vooraf moet aangekondigd worden, kan ik bevestigen dat dit manifest onjuist is. Integendeel is de afspraak dat bij klachten de inspectie de voorzieningen op onverwachte ogenblikken bezoekt. Wat betreft de suggestie dat alle isolatiekamers geëvacueerd worden n.a.v. inspecties, moet ik stellen dat dit niet juist is: tijdens de inspecties wordt regelmatig vastgesteld dat afzonderingskamers benomen zijn. Er wordt dan wel nagegaan of de naleving van de regels, die bij omzendbrief vastgelegd werden, correct verloopt. De ziekenhuizen dienen trouwens een register bij te houden, waarin bij afzondering zowel de duur, de reden, de medicatie en de maatregelen vermeld staan. Het heeft bijgevolg weinig zin om afzonderingskamers te ontruimen in de psychiatrische ziekenhuisdiensten n.a.v. inspectiebezoeken.

### 3. Suggesties

- a) de heer Peper ijvert voor een minimum aan gebruik van dwangmaatregelen of strafmaatregelen.

Ik kan hier zeker in volgen; het gebruik van dit soort maatregelen dient tot een absoluut minimum beperkt te worden. Echter soms blijkt het gebruik ervan noodzakelijk. Precies om dit in goede banen te leiden werd de toepassing ervan bij bovengenoemde omzendbrief geregeld.

- b) De heer Peper zou wensen dat de ongebreidelde expansie van vele instellingen gestopt wordt. Vooreerst is er geen sprake van ongebreidelde expansie en bovendien zou dit tot gevolg hebben dat patiënten de zorg ontzegd worden die zij nodig hebben.

Het is de taak van de gemeenschap om ook te zorgen voor de mensen met minder mogelijkheden en kansen, om te zorgen voor psychisch zieken en om een sociaal inclusiebeleid te voeren.

Wat betreft de suggestie om meer patiënten naar RVT's door te sturen, is te vermelden dat er voor de psychiatrische sector, met het oog op reïntegratie precies voor dit soort patiënten, psychiatrische verzorgingstehuizen en beschut wonen opgericht werden. Hierbij mag niet vergeten worden dat de persoonlijke bijdrage in een psychiatrisch verzorgingstehuis niet gering is en patiënten noodzakelijkerwijze beroep doen op de solidariteit.

Samenvattend kan gesteld worden dat het probleem dat door de heer Peper aangekaart wordt m.b.t. de plaats van de psycholoog en de psychotherapeut in de geestelijke gezondheidszorg inderdaad de nodige aandacht vergt en vermoedelijk beter kan geregeld worden.

Toch is er m.i. geen sprake van discriminatie, temeer daar de Vlaamse overheid op dit vlak een ernstige inspanning doet door het erkennen en financieren van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Wat betreft de aanklachten tegen bepaalde gebruiken in de psychiatrie zijn de klachten te weinig concreet om er een gefundeerde uitspraak over te doen.

Mieke Vogels



VERSLAG VAN DE HOORZITTINGEN OP 3 MEI EN 14 JUNI 2001

## INHOUD

Blz.

## VERGADERING VAN 3 MEI 2001

1.1. Uiteenzetting door professor Marianne C.H. Donker, bestuurslid Trimbosinstituut Utrecht, Nederland .....	15
1.2. Bespreking .....	16
2.1. Uiteenzetting over psychotherapie in Nederland door de heer Goof van Gemert (GGZ Nederland) .....	18
2.2. Bespreking .....	19
3.1. Uiteenzetting door dokter Myriam Le Fevere, Kinder- en Jeugdpsychiater en psychotherapeute .....	21
3.2. Bespreking .....	23

## VERGADERING VAN 14 JUNI 2001

1.1. Uiteenzetting door de heer Leo Du Laing, Verbond van Verzorgingsinstellingen (VVI) ..	26
1.2. Bespreking .....	30
2.1. Uiteenzetting door de heer Jos Lievens, Federatie Diensten Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG) .....	31
2.2. Bespreking .....	33

---

## VERGADERING VAN 3 MEI 2001

### 1.1. Uiteenzetting door professor Marianne C.H. Donker, bestuurslid Trimbos-instituut Utrecht, Nederland

**Professor Marianne C.H. Donker**, bestuurslid Trimbos-instituut Utrecht : Het Trimbos-instituut is een wetenschappelijk instituut. Ik heb dan ook geprobeerd om wetenschappelijke cijfers op een rij te zetten over de relatie tussen vraag en aanbod bij psychische problemen. Ik ben vertrokken vanuit de probleemstelling : is er reden voor uitbreiding van het hulpaanbod en zijn de kosten dan in de hand te houden ? De hulpvraag is afhankelijk van drie soorten factoren : predisponerende factoren, gelegenheidsfactoren, en behoeften. Wat de predisponerende factoren betreft zijn er vooreerst de persoonskenmerken. Zo toont wetenschappelijk onderzoek aan dat veel psychische problemen genetisch bepaald zijn. De afkomst speelt een rol : als ouders psychische problemen hebben, hebben kinderen ook meer kans op dergelijke problemen. Voorts zijn er meer problemen bij mensen uit de sociaal zwakkere groepen. Er zijn ook duidelijke verschillen tussen mannen en vrouwen : vrouwen hebben veel meer angst- en stemmingsstoornissen, terwijl mannen vaker verslaafd zijn. Voorts van belang is de rol van culturele factoren. Of mensen al dan niet hulp vragen is afhankelijk van de cultuur waarin ze leven : is het normaal om hulp te vragen ; is men in staat om psychische problemen te herkennen, als behandelbare ziekte te beschouwen en er professionele hulp voor te zoeken ? Er zijn grote verschillen tussen landen. In Europa zijn die niet zo extreem, maar in andere landen worden die groter. Uit een onderzoek uit 1995 waarin een aantal Europese landen vergeleken werden op het gebied van hulp aan mensen met depressie blijkt dat in België mensen ongeveer evenveel geneigd zijn om hulp te zoeken als in de andere landen. Wat het gebruik van psychofarmaca in geval van depressie betreft springt België er niet bovenuit. De Belgische cultuur is dus niet uitzonderlijk. Wat wel opvalt, is dat mensen met een depressie in België minder geneigd zijn om over hun problemen te praten met familieleden, vrienden of burens. Men kan speculeren dat Belgen zich daarover meer schamen en niet met hun probleem te koop willen lopen. Dat is een belangrijke factor om in overweging te nemen als men voorzieningen plant. Als men zich schaamt over psychische problemen, is de drempel naar de hulpverlening hoger. Dat zijn allemaal factoren die niet echt gestuurd kunnen worden.

De gelegenheidsfactoren zijn wel te sturen. Wat gebeurt er als het aanbod aan hulp uitgebreid wordt ?

Stijgt dan ook de vraag ? Het antwoord is ja. Als men meer hulp aanbiedt, krijgt men ongetwijfeld een grotere vraag. De vraag is of dat erg is. We hebben daar weinig cijfers over. Onderzoek uit de VS laat het risico zien van het beperkt houden van het aanbod voor psychische problemen. Het blijft de vraag of het vergelijkbaar is, maar ik denk van wel. Het gaat om een experiment bij ongeveer 20.000 verzekerden waarbij de toegang tot geestelijke gezondheidszorg heel sterk beperkt werd. Het blijkt dat het gebruik van geestelijke gezondheidsvoorzieningen sterk terugloopt als men het mensen moeilijk maakt om voor dergelijke problemen hulp te vragen bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), maar dat men de ellende op een ander vlak terugkrijgt. De kostenbesparingen op geestelijke gezondheidszorg werden volledig teniet werden gedaan door kostenstijgingen voor algemene gezondheidszorg en productieverlies door ziekteverzuim. Ik durf uit het onderzoek geen harde conclusies te trekken, maar het is wel een waarschuwing.

Ten slotte is ook de behoefte bepalend voor de vraag naar zorg. Ik heb geen cijfers over België kunnen vinden maar wel over een aantal andere Westerse landen. Zo hebben Canada, Nederland, Duitsland en de VS vergelijkbare cijfers over het voorkomen van angst- en stemmingsstoornissen en verslaving. Meer dan 20 procent van de mensen maken in de loop van een jaar ten minste een periode van een ernstige depressie, angst of verslaving door. Dat is in Westerse landen hoger dan bijvoorbeeld in minder ontwikkelde landen zoals Turkije of Mexico. De cijfers in België zijn ongeveer vergelijkbaar. In Nederland heeft men ook onderzocht wat de ernst daarvan is. Dat kan op verschillende manieren berekend worden. We hebben een combinatie gemaakt van verschillende indicatoren : het aantal mensen met de ziekte, de duur van de ziekte, de verloren levensjaren door sterfte en de ernst van de ziekte. Het blijkt dat psychische ziekten zoals depressie, angststoornissen en alcoholverslaving tot de ziekten met de hoogste ziektelast in de bevolking horen. Andere ziekten met hoge ziektelast zijn longkanker, hart- en vaatziekten.

Mijn veronderstelling is dat net als in Nederland en in andere Westerse landen, er veel meer mensen zijn met ernstige doch behandelbare psychische stoornissen dan er nu geholpen worden. Er is een grote onbehandelde zorgvraag. In Nederland zoekt maar 34 procent van alle mensen met een klinisch, psychiatrisch diagnostiseerbare stoornis psychische professionele hulp, terwijl een deel van de overige

66 procent wel hulp kan gebruiken. Ik vermoed dat dit cijfer vergelijkbaar is met de situatie in België.

De gevolgen daarvan zijn dat de mens zelf lijdt. Helaas is dat maar moeilijk kwantificeerbaar. Waarschijnlijk wordt ook een onterecht beroep gedaan op de somatische gezondheidszorg. Ik kan dat niet bewijzen, maar merk dat wel elders in de wereld. Als de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende is, gaan mensen met bijna-somatische klachten op andere plaatsen hulp zoeken. Hoogstwaarschijnlijk functioneren die mensen niet goed genoeg in het dagelijkse leven wat kan leiden tot veel nodeloos ziekteverzuim. Nederlanders zijn heel erg geneigd om zich ziek te melden als ze met een psychische stoornis kampen. Men voert er dan ook een beleid om ziekteverzuim wegens psychische problemen te bekampen.

Ik raad u aan die hulpbehoefte ernstig te nemen. Ik veronderstel immers dat de kosten ergens anders terugverdiend worden. Dat betekent niet dat het hulpaanbod in het wilde weg uitgebreid mag worden. U moet zorgen voor een goede en gestandaardiseerde diagnose en indicatie zonder in het andere uiterste te vervallen : overdreven bureaucratisering. Het is nuttig ook het nodige toezicht te houden op de toegang tot de zorg.

Als u het behandelaanbod uitbreidt, moet dat in de eerste plaats gebeuren voor de meest voorkomende ziektes, met de hoogste ziektelast en waarvoor een effectieve behandeling bestaat. U dient ook voorrang te geven aan behandelingen waarvan het effect wetenschappelijk bewezen is. Dat is niet vanzelfsprekend.

In Nederland experimenteren we – voorlopig zonder echt slechte ervaringen – met stepped care. Angst, depressie en verslavingen bieden we in eerste instantie een verantwoord doch kort en relatief licht aanbod aan. Zwaardere en dus duurdere behandelingen worden pas aangeboden als het eerste niet blijkt te werken. We weten dat een kortdurend aanbod voor veel mensen genoeg is. We zoeken volop uit voor wie een kortdurend aanbod precies helpt en wie nood heeft aan een langdurende behandeling. We beschikken nog over onvoldoende gegevens om er een beleid op te baseren. Maar er zijn aanwijzingen dat het systeem werkt.

## 1.2. Bespreking

**De heer Jan Van Duppen** : Indertijd heeft men in Heidelberg volgens de anti-psihiatrie een bestaande psychiatrische infrastructuur leeggemaakt. Ook in de Verenigde Staten en in Zweden heeft

men geprobeerd een eind te maken aan een structuur die zichzelf als het ware in stand probeert te houden. Met structuur bedoel ik niet alleen de infrastructuur, maar ook het zichzelf genererend proces waarbij allerhande instanties en initiatieven lobbyen om hun terrein uit te bouwen. Met bruuske maatregelen heeft men toen geprobeerd de psychische zorgverstrekking af te blokken om vervolgens af te wachten. Ik had de indruk dat u daarnaar verwees door bijvoorbeeld naar de Turkse cijfers te verwijzen. Kan het lage Turkse cijfer niet verklaard worden door het feit dat mensen met psychische problemen in hun eigen omgeving of gemeenschap opgevangen worden ?

Uw slotvoorstel veronderstelt dat wie niet kan betalen een pil krijgt. Wie wel kan betalen, wordt psychotherapeutisch behandeld. Ik stel het karikaturaal voor, maar zo is het heel duidelijk.

**Professor Marianne Donker** : Ik weet niet hoe het komt dat er in Turkije minder mensen zijn met depressies en angsten dan in de Westerse landen. U veronderstelt dus dat mensen er minder problemen hebben omdat het aanbod er kleiner is en ze daardoor opgevangen worden in de familie.

**De heer Jan Van Duppen** : Ik ken een Turkse familie die in België woont. Toen iemand uit die familie psychiatrische problemen kreeg, werd de patiënt naar Turkije gestuurd. Zonder enige Westerse behandeling, werd de patiënt beter. Hun verklaring was dat die persoon in een dorp werd opgevangen en er genas door de rust. Ik vind dat nogal merkwaardig.

**Professor Marianne Donker** : Wij hebben geen dorpen meer zoals in Turkije. Onze maatschappij zit anders in elkaar. Misschien klopt het voorbeeld maar ik denk niet dat we er hier veel aan hebben.

Veel psychische problemen worden na verloop van tijd minder erg, een aantal problemen genezen zelfs zonder dat er ingegrepen wordt. Het omgekeerde gebeurt echter ook. Sommige psychische problemen komen later heviger terug. We kunnen niet voorspellen hoe het zal verlopen. Afwachten of het al dan niet vanzelf overgaat is een risico. Een maatschappij als Turkije als voorbeeld nemen is ook riskant. Ik wil echter ook niet beweren dat iedereen, die een psychisch probleem heeft, extreem veel hulp nodig heeft.

Het geloof van mensen in de effectiviteit van een bepaalde behandeling is een werkzame kracht. Sommige mensen hebben liever pillen dan therapie of omgekeerd. Dat kan ook samenhangen met de



bevolkingsgroep. Deze voorkeur is belangrijk en hiermee moet rekening gehouden worden, binnen de grenzen van wat betaalbaar is. Er is geen reden om tegen farmaceutische hulp bij psychische problemen te zijn. Zeker bij depressie en angst wijst onderzoek uit dat farmaca en psychotherapie op korte termijn even effectief zijn : de toestand van ongeveer 70 procent van de patiënten verbetert. Op langere termijn kennen we de effecten niet. Dat sterkt mij in mijn oordeel om de keuze van de patiënt te laten meespelen bij het bepalen van de behandeling.

**De heer Jan Van Duppen** : Ik wil enkel wijzen op het feit dat een behandeling met farmaca goedkoper is dan psychotherapeutische sessies, die ook langer duren. Het lijkt dat de financieel zwakkeren eerder met pillen behandeld worden en het mindere, sociaal sterkere deel van de bevolking met ambulante psychotherapie.

**Professor Marianne Donker** : Dat feit wordt internationaal erkend. Ook behandeling met medicatie moet zorgvuldig begeleid worden met gesprekken. Als mensen uit lagere sociale klassen goed geholpen worden met dergelijke behandelingen, zie ik geen reden om dat te veranderen. Ik pleit voor de meest effectieve vorm van hulp die aansluit bij de behoeften van de patiënt.

**Mevrouw Sonja Becq** : Bij de predisponerende factoren staat dat persoonlijkheidskenmerken en culturele factoren meespelen bij een grotere prevalentie van psychische ziekten. Heeft u ook zicht op mogelijke preventieve acties in dat verband ? Bij het uitbreiden van het hulpverleningsaanbod is preventie belangrijk.

Beschikt u over meer gegevens over het hulp zoeken bij familie en vrienden ? Heeft dat te maken met het taboe dat nog heerst over psychische ziekten ? Indien bekend is bij de omgeving dat iemand psychiatrische hulp nodig heeft, is dat een bijkomend hindernis bij het oplossen van het probleem. Waarom is het taboe kleiner in andere landen ?

**Professor Marianne Donker** : Het onderzoek zegt daar verder niets over. Ik weet het dus niet.

**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : Zijn er aanwijzingen dat bepaalde maatschappelijke factoren grotere psychische nood veroorzaken ? U zegt dat psychische problemen mede bepaald worden door persoonlijkheidskenmerken en culturele factoren. De druk op veel mensen is hoog. Is het aangewezen om de druk te verlagen zodat de draagkracht van mensen vergroot ?

**Professor Marianne Donker** : Ik ben onvoldoende thuis op dit terrein. In Nederland wordt momenteel veel aandacht besteed aan sociaal-economische gezondheidsverschillen. We zien dat mensen met een lager inkomen, een lagere opleiding, vrouwen en allochtonen in het algemeen een slechtere gezondheid hebben, ook een slechtere somatische gezondheid. We kennen de oorzaak hiervan niet, laat staan dat wij weten wat we eraan moeten doen. Wij zijn de mogelijkheden van experimentele interventies aan het onderzoeken. Het is een complexe en ambitieuze onderneming want de volledige maatschappij moet dan veranderen.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : Kan u meer zeggen over de psychische problemen bij jongeren ? Wat bedoelt u precies als u bij de culturele factoren zegt dat protoprofessionalisering beïnvloed wordt door de media ? Is dat goed of slecht ? U baseert zich onder andere op cijfers van een farmaceutische firma. Hebben zij veel expertise hieromtrent ? Het verwondert mij dat u zich niet baseert op gegevens van onderzoeksinstituten.

**Professor Marianne Donker** : Er bestaan weinig concrete gegevens en harde cijfers over psychische problemen bij jongeren. We weten dus niet of de problemen van deze bevolkingsgroep al dan niet toenemen. In ieder tijdperk denkt men dat de psychische problemen toenemen. Ik ben daar sceptisch over. In Nederland heeft het beleid de jeugdpsychiatrie wel lange tijd verwaarloosd.

De invloed van de media op protoprofessionalisering is ongetwijfeld groot. In Nederland wordt al een aantal jaren in alle media veel aandacht besteed aan psychische problemen en de hulp die daarbij nodig is. Dat maakt dat de bevolking gevoelig is voor dergelijke problemen. Het zorgt ervoor dat zij de problemen sneller herkennen en sneller hulp zoeken.

Ik ken de situatie in Vlaanderen onvoldoende om te oordelen of dat hier ook het geval is. Deze aandacht heft wel het taboe op. Ik geloof niet dat het ontkennen van een probleem een goede oplossing is, er over kunnen praten geeft al een zekere opluchting.

Smith Kline Beecham heeft inderdaad een onderzoek gefinancierd, maar de uitvoering is toevertrouwd aan een aantal onafhankelijke onderzoekers. Voor zover ik uit de rapportering kon afleiden is het onderzoek wetenschappelijk verantwoord uitgevoerd. Er zijn heel veel mensen in tal van Europese landen onderzocht. Er werden uitgebreide vragenlijsten en diepte-interviews gehanteerd. De

firma heeft natuurlijk wel een bepaald belang : zo wordt onder meer gevraagd naar het medicijngebruik.

**De heer Jan Van Duppen** : In Nederland staat de ambulante verdeling van GGZ over de regio's vrij sterk. Stelt men daarbij vast dat er verschillen in profielen zijn tussen bijvoorbeeld de Randstad en de provincie ?

**De heer Goof van Gemert, GGZ Nederland** : De grote steden kennen grotere problemen en grotere budgetten. Maar het is niet evident dat zij daarvan zelf de oorzaak zijn. Zo oefenen zij onder meer een sterke aantrekkingskracht uit op schizofrenen, omdat die in de stad de gewenste anonimiteit vinden.

**De heer Jan Van Duppen** : Wat vinden de zorgverleners zelf van het goed gestructureerde aanbod van de Nederlandse overheid ? Is er sprake van burn-out ? Door welke vorm van management wordt dat probleem opgevangen ?

**De heer Goof van Gemert** : De GGZ is niet populair als arbeidsterrein, zij het dat het elders nog minder goed gaat. Ongeveer 4,5 procent van de vacatures raken moeilijk invulbaar.

### 2.1. Uiteenzetting over psychotherapie in Nederland door de heer Goof van Gemert (GGZ Nederland)

**De heer Goof van Gemert** : De belangenvereniging GGZ Nederland vertegenwoordigt nagenoeg alle Nederlandse aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (GGZ), variërend van gefuseerde regionale GGZ-aanbieders (voorheen RIAGG en APZ), gefuseerde regionale instellingen voor verslavingszorg (voorheen CAD en verslavingskliniek), al of niet met regionale GGZ-aanbieders gefuseerde, beschermende woonvormen, kinder- en jeugdinstellingen ; en forensische instellingen. Niet bij GGZ Nederland aangesloten zijn de ongeveer 1.000 erkende vrijevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Ook niet bij GGZ Nederland aangesloten zijn een onbekend aantal therapeuten van diverse pluimage en met onbekende deskundigheid, zoals de zogenaamde mental coaches.

De geestelijke gezondheidszorg die door de leden van GGZ Nederland wordt aangeboden, is grotendeels gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een volksverzekering voor onverzekerbare risico's. Het gezamenlijke budget

van de instellingen is een kleine 3 miljard euro groot. Er werken 60.000 mensen.

Van de 3 tot 4 miljoen Nederlanders die per jaar last hebben van een psychische stoornis, zoekt ongeveer 25 procent hulp bij de GGZ. Vijfhonderd-duizend Nederlanders vinden hulp bij de GGZ, van wie er ieder jaar 200.000 nieuw in behandeling komen. Drie vierde vindt die hulp bij de leden van GGZ Nederland, een vierde bij de vrijevestigde psychiaters en psychotherapeuten.

Helaas is er niet voldoende geestelijke gezondheidszorg. Het genoemde budget van een kleine 3 miljard euro is de afgelopen jaren telkens gegroeid met 3,2 procent. Die groei is echter niet groot genoeg om de demografische en de trendmatige groei bij te houden. Hoewel de geestelijke gezondheidszorg al jaren gewend is aan te lange wachtlijsten en -tijden, is de duur ervan de laatste jaren maatschappelijk onaanvaardbaar geworden. Het choqueert dat noodlijdenden in een economische bloeiperiode, waarin het geld tegen de plinten van het land klotst en waarin de meesten alles kunnen kopen wat ze maar willen, zeer lang moet wachten op de geestelijke gezondheidszorg, die toch een verzekerde zorg is. Men accepteert dat niet langer en stapt individueel of collectief naar de rechter, en met succes. Niet iedereen hoeft overigens even lang te wachten. Rijkere en hoger opgeleide Nederlanders met een baan en met minder ernstige klachten wachten minder lang omdat zij zelf (of hun verzekeraar of hun bedrijf) geestelijke gezondheidszorg aankopen bij de vrijevestigde psychiaters en psychotherapeuten, of bij de commerciële GGZ-aanbieders, waarvan het aantal snel groeit.

De wachttijden zijn de laatste jaren langer geworden, zowel voor volwassenen als voor kinderen en jeugdigen, maar in het bijzonder voor die laatste. Op een wachtlijst voor geestelijke gezondheidszorg stonden bij een recente meting 72.000 mensen, van wie 14.000 kinderen of jeugdigen en 8.000 ouderen. Slechts 10 procent van de wachtende volwassenen staat op de lijst bij een vrijevestigde psychiater of psychotherapeut. De totale wachttijd, gevormd door de aanmeldings-, de beoordelings- en de behandelingswachttijd samen, bedraagt in de ambulante zorg tussen 9 maanden en 1 jaar voor kinderen en jeugdigen, en meer dan 7 maanden voor volwassenen en ouderen. De langste wachttijden, die voor de beschermende woonvormen, bedragen meer dan anderhalf jaar.

Het is oud probleem en het schaadt het imago van de instellingen. Sneller en harder werken, kortere behandelingen, stimuleren van groepsbehandeling

(met een minder lange wachttijd) en andere vormen van verhoogde doelmatigheid hebben de groei van de wachttijden niet verhinderd.

De minister van Volksgezondheid vroeg de leden van GGZ Nederland plannen te maken voor de vermindering van de wachttijden. Er is in tijden van voorspoed een politiek en maatschappelijk draagvlak voor investeren in de vermindering van wachttijden. De overheid zou daarin investeren via haar laatste begroting voor de naderende verkiezingen. Er werden kortetermijnplannen ingediend voor 80 miljoen euro. Het wegwerken van de bestaande wachttijden op iets langere termijn kost structureel 200 miljoen euro, zo berekende GGZ Nederland. Het kabinet besliste afgelopen weekend om 40 miljoen euro uit te trekken voor dit jaar. Dat is niet genoeg, maar het is een begin. De rest zullen de cliënten voor de rechter moeten verkrijgen.

GGZ Nederland heeft kritiek op het beleid van de minister, die alleen keek naar de beperking van de volumegroei en de kosten, zonder rekening te houden met de trendmatige groei van de vraag. Die is niet makkelijk te verklaren, maar heeft zeker te maken met de verminderde schroom ten aanzien van de hulpvraag in geval van een psychische stoornis. Een blijvend knelpunt is zeker het imago-probleem van de GGZ-sector op de arbeidsmarkt. Men komt in een situatie waarin er wel geld voorhanden is, maar waarin men toch geen mensen vindt om het werk uit te voeren. Het komt er precies op aan blijvend voldoende personeel te werven. Bijna alle psychische stoornissen kunnen immers behandeld worden, al is voor sommige door het chronische karakter van de aandoening geen genezing mogelijk. Niet of te laat behandelen veroorzaakt maatschappelijke schade en daarnaar kijkt de minister helaas veel minder dan naar de kosten.

Het duidelijkst is dat in de hele WAO-discussie (Wet op de Arbeids Ongeschiktheid). Dat is een van de grootste maatschappelijke problemen op dit moment. Bijna 1 miljoen Nederlanders krijgen een uitkering op basis van deze WAO. Een derde van alle WAO-ers krijgen hun uitkering op grond van arbeidsongeschiktheid om psychische redenen. Een derde van de 700.000 langdurig zieken (langer dan 6 weken) heeft psychische motieven. Dat is een probleem in een tijd waarin de vraag naar arbeidskrachten groot is. Allerlei wetten proberen de werkgever te responsabiliseren : men verhaalt de maatschappelijke schade op hem, waardoor hij al het mogelijke gaat doen om te voorkomen dat zijn personeel in de WAO instroomt. Voor 1 perso-

neelslid met een modaal inkomen kost dat volgens de Vereniging van Nederlandse Ondernemingen al 200.000 euro aan de werkgever. De kosten van een behandeling voor angst of depressie bedragen gemiddeld slechts 2.000 euro. Veel werkgevers hebben dan ook ontdekt dat bezuinigen op die laatste uitgave onverstandig is. Zij nemen een commerciële aanbieder onder de arm en zorgen voor een geprotocolleerde behandeling van het personeel.

Dat voorkomt arbeidsmarktproblemen, maar veroorzaakt tegelijk een tweedeling. De zorg is niet meer gelijk toegankelijk voor alle Nederlanders. De leden van GGZ Nederland hebben besloten om zich niet in de AWBZ te laten opsluiten en met een juridische constructie ook zorg buiten het AWBZ-kader aan te bieden. Dat voorkomt in elk geval dat nieuwe cliënten in de reeds lange rij van de AWBZ-GGZ-wachtenden aansluit. De investering van de werkgevers in geestelijke gezondheidszorg zal zijn geld dubbel en dwars waard zijn.

## 2.2. Bespreking

**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : U moedigt de cliënt aan om via de rechter toegang tot de verzekerde zorg te bedingen. Mijns inziens heeft dat enkel een verandering van de volgorde van de wachtlijst tot gevolg.

**De heer Goof van Gemert** : Ja, dat klopt als individuele cliënten dat doen. Ik heb het voorbeeld genomen van de vereniging van ouders die dat voor hun kinderen gedaan heeft en op die manier heeft dat wel succes. Zij hebben een kortgeding aangespannen tegen de verzekeraar en tegen de staat, dat nooit gediend heeft, omdat de staat en de verzekeraar de volledige som heeft toegekend. En dan heeft het een ander effect.

**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : In de gezondheidszorg en dan zeker bij de psychische hulpverlening wordt men in Nederland ook niet zo graag tewerkgesteld. Hier kennen wij hetzelfde fenomeen. De overheid voert hier campagne om studenten naar de verpleegscholen te leiden. Hoe gaat de overheid in Nederland met dat probleem om ?

**De heer Goof van Gemert** : De overheid geeft daarvoor aan de sector een budget en de werkgevers voeren daar samen campagne over. In die campagne concurreren het leger, de banksector en de bouw. In de grote steden is er een probleem als er een te groot percentage vacatures zijn. Binnen de gezondheidszorg maken we een mooi gemiddelde uit.

**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : Hoe moet ik mij die campagnes voorstellen ?

**De heer Goof van Gemert** : De schoolverlaters vormen een heel belangrijke groep, die via manifestaties voor jongeren benaderd worden. Maar ook de media worden daarvoor gebruikt, zelfs de lokale media.

**Mevrouw Simonne Janssens-Vanoppen** : Ik verbaas mij over het aantal mensen dat jaarlijks nood heeft aan geestelijke gezondheidszorg ; u spreekt van 4 miljoen of een kwart van de bevolking. Dat lijkt mij ontzettend veel. Heeft u er een idee van waarom dat cijfer zo hoog ligt ? Wat kunnen de oorzaken zijn ?

**De heer Goof van Gemert** : Mevrouw Donker heeft veel informatie daarover gegeven. Het is niet zo dat die 3 tot 4 miljoen mensen ook allemaal zorg zoeken. Daaruit is het onderscheid voortgevloeid. Er zijn ook mensen die tijdelijk last hebben van een angst of een depressie en niet het hele jaar door.

**De heer Jan Van Duppen** : In verband met het personeel, aansluitend bij collega Van Den Heuvel, zou ik willen vragen of jullie een actieve politiek voeren om de arbeidsmarkt in Vlaanderen af te schuimen ?

**De heer Goof van Gemert** : Ja, bewust.

**De heer Jan Van Duppen** : Hoe heeft u de Nederlandse Werkgeversorganisatie zover gekregen dat zij een CAO zouden ondertekenen waardoor de maatschappelijke schade op de werkgever verhaald wordt ?

**De heer Goof van Gemert** : De situatie op de arbeidsmarkt is stimulerend. Wij hebben in Nederland vijf jaar geleden een heel politiek debat gevoerd over de WAO. Daar is een kabinet op gesneuveld. Maar maatschappelijk gezien is daardoor niets veranderd. Het verschuiven van de risico's naar de werkgever is meteen in alle CAO's gecompenseerd. De bonden hebben dat goed aangepakt en meteen geregeld.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : U sprak over erkende psychiaters en therapeuten. Die erkenning komt van de overheid. Wat staat tegenover die erkenning ? Anderzijds is er de opmars van commerciële bedrijven die ook werken met die erkende psycho-therapeuten. Hoe zit het dan met de terugbetaling ? Als ik mij aanmeld bij een van uw centra, met enorme wachtlijsten, betaal ik en word

ik terugbetaald door mijn verzekering. Bij die erkende psychotherapeuten betaal ik en kan ik ook nog terugbetaling krijgen. Bij die commerciële en mental coaches betaal ik gewoon zonder mogelijkheid tot terugbetaling, neem ik aan.

**De heer Goof van Gemert** : De erkenning heeft te maken met de beroepsstructuur, waarbij men zich niet zomaar psychotherapeut mag noemen zonder de opleiding gevolgd te hebben. In die zin is het erkend, maar de talrijke psychotherapeuten die daarvoor in aanmerking willen komen, kunnen van een bepaalde juridische constructie van die AWBZ gebruik maken. Daarnaast hebben veel van die therapeuten een praktijk waar ze mensen behandelen die een aanvullende voorziening hebben op een specifieke passage uit hun ziekteverzekering. Dan worden ze contant betaald door de cliënt zelf. De commerciële bedrijven sluiten contracten af met ARBO diensten waar grote organisaties, die bijna altijd aan verzekeraars verbonden zijn, arbeidsgerelateerde hulp bieden. Dat geld gaat helemaal buiten gezondheidszorg om, maar het wordt wel aan gezondheidszorg uitgegeven.

**De heer Jan Van Duppen** : Kan ik samengevat stellen dat de overheid gezegd heeft aan de markt, zowel de werkgever als de werknemers als bedrijven of private therapeuten, los het maar op met een gegeven budget ?

**De heer Goof van Gemert** : Neen, daar vergist u zich in. Dat hebben wij als belangenorganisatie gezegd. Wat de overheid wil is maar een factor in onze overweging. De overheid beheerst het volume van het AWBZ. Er is nog een andere markt die zich niet door het totale volume laat beheersen, want die vindt dat al zijn problemen moeten opgelost worden. En daar is geld genoeg voor. Wij vinden dat we voor beide markten moeten werken.

**Mevrouw Ingrid van Kessel** : Dit systeem kan toch niet tot voorbeeld gesteld worden, want het gevolg is dat mensen die werk of geld hebben eerder behandeld worden dan mensen die hogere nood hebben. Wanneer wij spreken over een solidariteit in de gezondheidsmarkt, dan willen we kwaliteit en toegankelijkheid voor iedereen. In die zin begrijp ik de kalmte van de mensen in Nederland niet ; Vlaanderen zou in rep en roer staan bij dat soort systeem.

**De heer Jan Van Duppen** : Hoe omschrijft u het element van solidariteit met die groepen die 'economisch onbelangrijk' zijn ? Dat lijkt mij hier toch te verdwijnen.

**De heer Goof van Gemert** : Het is niet zo dat de groepen die 'economisch onbelangrijk' zijn geen zorg krijgen, alleen zijn de wachttijden lang. Als er meer geld is lossen wij dat op, dan krijgt iedere Nederlander zorg op maat.

Er lijkt in de maatschappij ook een ander mechanisme te spelen, waar wij niet meer omheen lopen. Als de minister wil betalen, hoeft de werkgever dat niet meer te doen. Als de minister niet wil betalen zoeken wij mee naar oplossingen in de maatschappij.

**Mevrouw Ingrid van Kessel** : U gaat op een pragmatische manier om met het tekort van budget dat van de overheid komt en waarvan u meer wil. Een paar jaar geleden was ik verontwaardigd over het voorstel van het eerst in behandeling nemen, afhankelijk van de tewerkstellingssituatie, van hulpprothesen en dergelijke. Dat kan toch niet.

**De heer Goof van Gemert** : Die voorstellen zijn politiek in Nederland ook allemaal verworpen. Dat is politiek niet correct.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : Het politieke debat zal ongetwijfeld door de Vlaamse politieke partijen gevoerd worden.

**De heer Jan Van Duppen** : Ik wil toch wel zeggen dat ik de zeer scherpe, scalpelachtige wijze waarop u alles geformuleerd hebt bijzonder interessant vind. Tevens ben ik blij dat u het deksel van de put gerukt hebt om te laten zien hoe de put eronder ruikt. Daar gaat het tenslotte om.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : Ik denk dat we dan ook, wanneer we op dat niveau willen discussiëren, we de eigen wachttijden eens zullen moeten bekijken. Ik heb begrepen uit uw laatste zin dat de investering van de werkgevers zijn geld dubbel en dik waard zal zijn. Ik neem dus ook aan dat u, vanuit uw sector, daar dan ook ethisch zal mee omgaan. Met de volgende spreker keren we terug naar Vlaanderen.

### **3.1. Uiteenzetting door dokter Myriam Le Fevere, kinder- en jeugdpsychiater en psychotherapeute**

**Dokter Myriam Le Fevere, kinder- en jeugdpsychiater en psychotherapeute** : In de huidige Vlaamse situatie wordt de psychotherapie in drie modali-

teiten georganiseerd. In een eerste geval gaat de patiënt bij de psychiater-psychotherapeut en betaalt er een remgeld van 400 frank per consultatie. Vervolgens kan men ook een beroep doen op een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg waar de therapie in principe gratis is. Tenslotte kan men ook een beroep doen op een privé-therapeut waar de vraagprijs in principe ongelimiteerd is. In het laatste geval kan het gaan van 500 frank tot 3.000 frank per sessie. De laatste formule is een dure zaak voor de cliënt. De eerste en de tweede formule zijn sterk overbevraagd. Zo simpel is het. Dit heeft tot gevolg dat de psychotherapie in Vlaanderen voor veel patiënten ontoegankelijker is dan in Nederland.

De vraag of dit efficiënter anders kan georganiseerd worden, impliceert verschillende zaken. Vooreerst kan men de vraag stellen of de psychotherapie nuttig is of het een luxeproduct is. Verder moet men zich afvragen aan welke criteria de psychotherapie moet voldoen. Tenslotte dient men zich af te vragen aan welke criteria de psychotherapeut moet voldoen.

De eerste en de belangrijkste vraag is deze naar het nut van de psychotherapie. Dat is naar mijn mening immers de enige legitimering voor de overheid om maatregelen te nemen. Uit de literatuur is afdoende bekend dat bij psychische of bij psychiatrische problemen de beste resultaten bekomen worden door de combinatie van psychofarmaca en psychotherapie.

In een aantal situaties blijkt medicatie niet nodig, in een aantal andere zijn ze nuttig. Medicatie alleen heeft, op lange termijn, een minder duurzaam effect dan in combinatie met psychotherapie. Daarnaast speelt het soort psychotherapie een niet onbelangrijke rol, zowel op vlak van effectiviteit als van de duur van de behandeling. Algemeen zijn benaderingen, gericht op het ontdekken en mobiliseren van de eigen sterke kanten van cliënten nuttiger dan het uitrafelen van wat allemaal mis gaat. Bovendien zullen deze benaderingen minder lang duren, omdat de cliënten hun eigen arsenaal efficiënter leren gebruiken. Men heeft dus op langere termijn minder psychotherapie nodig.

Daartegenover staat dat een wiskundig bewijs leveren van het nut van psychotherapie momenteel niet mogelijk is. Een aantal scholen doet pogingen om langs wetenschappelijk onderzoek zicht te krijgen op de efficiëntie van hun methode, maar simpel is dit niet gezien de zo diverse en moeilijk meetbare elementen die meespelen. Zo heeft men onder andere naast de methode ook nog de relatie cliënt-the-

rapeut, het mandaat gegeven door de cliënt of zijn doorverwijzer, de verwachtingen van de cliënt en de epistemologie en de objectieven van de cliënt.

Wel is duidelijk geworden welke de nefaste gevolgen zijn van ondeskundige psychotherapie. Dit hebben we onder meer te danken aan de hetze rond Dutroux, waardoor de slachtoffers van seksueel geweld vlugger herkend worden. Tevens werd echter duidelijk hoeveel men soms klungelde met zogenaamde psychotherapie, met alle nefaste gevolgen van dien. Denken we in dit verband alleen maar aan getuige X en andere.

Het bewijs van nut van psychotherapie wordt dus gemakkelijker geleverd in de negatieve zin. Dit is het gevolg van de klungelarijen op dit vlak. Dit maakt duidelijk dat de impact ervan, bij het verwerken van al dan niet traumatische gebeurtenissen, beklijvend is.

Psychotherapie is een riskante onderneming voor de cliënt. In het beste geval komt men er sterker uit en is men zich bewust van de eigen capaciteiten. In het slechtste geval wordt men een chronische psychiatrische patiënt. Zeker wanneer de therapie er enkel uit bestond om alle mislukkingen te ontrefelen.

De vraag aan welke criteria de psychotherapie en de psychotherapeut moeten voldoen zijn dus geen vragen die een overheid onberoerd kunnen laten. Al was het alleen al maar voor de financiële implicaties. De erkenning van de psychotherapie-opleidingen is actueel. Sinds een tweetal jaren trachten erkende therapeutische scholen de violen op elkaar af te stemmen op Europees niveau. Dit gebeurt onder andere binnen de European Family Therapy Association. Men wil immers tot een Europese norm komen in verband met de erkende psychotherapie-opleiding.

Daarnaast is er de erkenning van psychotherapeut. Op het einde van vorig jaar werd ik uitgenodigd door de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie om op hun veertiende lustrum te komen spreken. In Nederland hebben ze dus 70 jaar voorsprong. We kunnen dus veel van hen leren. De recente aanpak van minister Magda Aelvoet om hier een aanzet toe te geven, moet dus ondersteund worden. De criteria voor de erkenning van psychotherapeut worden echter al te zeer bepaald door belangengroepen en niet door de inhoud van de therapeutische opleiding. Men gaat uit van het, al dan niet universitaire, basisdiploma om te bepalen of iemand zich psychotherapeut mag noemen, los van de gevolde opleiding. Dit lijkt me hoogst onlogisch.

Als insider kan er niet naast dat sommige niet-universitairen betere therapeutische vaardigheden ontwikkelen dan universitaire. Dit hangt samen met verschillende factoren zoals opleiding, inzet, praktische vaardigheden, flexibiliteit en creativiteit. Bovendien leert de geschiedenis ons dat vele vernieuwende therapeuten niet uit de medische of psychologische sector kwamen of niet universitair geschoold waren. Het criterium op basis van het basisdiploma houdt dus geen steek en beschermt enkel de beroepsgroepen.

Een criterium op basis van opleiding is nuttiger, alhoewel evenmin simpel. Naast het bewaken van de kwaliteit moet er ook plaats zijn van creativiteit. De maatschappelijke evolutie creëert andere concepten en andere benaderingen. We moeten ons de vraag stellen op welke wijze we hiermee rekening kunnen houden zodat de criteria voor psychotherapie-opleiding geen keurslijf worden die alleen de huidige benaderingen ondersteunen maar integendeel nieuwe toekomstige visies mogelijk maken.

Hoe moeten we de psychotherapie toegankelijker maken als men vaststelt dat de psychotherapie nuttig is en dat er zinnige criteria kunnen vastgelegd worden? Puur politiek bekeken zou het niet alleen edel zijn om het lijden van de lijdende mens op die manier te verkorten. Het zou bovendien ook op financieel vlak interessant zijn. Er zouden immers minder doktersconsultaties, minder ziekteverzuim, minder druggebruik en minder criminaliteit zijn, minder psychopharmaca gebruikt worden;

Op welke wijze kunnen we dit bereiken? Voor eerst kan men, uitgaande van de bestaande structuren, de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG'S) meer bemannen. Dit vereist dat de overheid de nodige subsidies op tafel legt. Tot nu toe werden de CGG-teams echter onderbetaald en overbevraagd. Dit is niet bepaald een stimulans voor beroepsvoldoening en heeft vaak een burn-out tot gevolg. Momenteel worden ze wel, weliswaar na 25 jaar, beter betaald. De psychiaters blijven echter slechts één tiende van hun collega's in de privé verdienen. De diensten blijven echter overbevraagd. Er is dus meer volk nodig en een betere bezoldiging van de psychiatrische functie. Op korte termijn moet er meer geld van de overheid komen. Op lange termijn wil dit echter zeggen dat er minder geld van de overheid zal nodig zijn. Het is nu echter wel de vraag of de overheid de moed heeft om, op lange termijn en sectoroverschrijdend, te denken en te investeren. Nu blijft het geld echter binnen de sectoren. Het is niet simpel om daar oplossingen voor te vinden.

De terugbetaling van zelfstandig gevestigde psychotherapeuten behoort ook tot de mogelijkheden. Voor de psychiaters-psychotherapeuten is dit reeds geregeld. Het remgeld is niet extreem. Het blijft 400 frank per sessie. Hieraan moet dus niet veel veranderd worden.

Voor de niet psychiaters-psychotherapeuten ligt de situatie anders. Ook hier zou een gelimiteerde terugbetaling de psychotherapie toegankelijker maken. Indien men dus ook hier weer op korte termijn zou investeren zou men op lange termijn profijt hebben. Een terechte opmerking van de overheid zou kunnen zijn dat ze niet alles kan financieren. Dat zou trouwens ook puur psychotherapeutisch niet nuttig zijn. Een beperkte bijdrage werkt immers vaak motiverend en ontlast de cliënt van het vervelende eeuwige dankbaarheidsgevoel. Een klein beetje remgeld is dus geen zonde.

Er zijn dus verschillende scenario's mogelijk. Voor eerst zou men de CGG's beter kunnen bemannen en zorgen voor een eerlijke bezoldiging voor de psychiater. Deze draagt tenslotte de verantwoordelijkheid voor het hele team. Hierbij kan overigens de Nederlandse organisatie van de CGG in de RIAGGS inspiratie geven. Laat er ons echter voor hoeden dat we hun kinderziekten niet mee overnemen. Tijdens mijn opleidingsopdracht in Nederland hoorde ik immers veel psychologen zuchten en klagen over de grootschaligheid en de 'vergaderitis'. Hierdoor verdween er veel beroepsverdoening en was er niet veel tijd over voor het echte therapeutische werk.

Verder kan men ook overwegen om de psychotherapie bij erkende psychotherapeuten terug te betalen.

Tenslotte kan men ervoor opteren dat de vrijgevestigde psychotherapeuten zich meer tot de kapitaalcrachtige cliënten zouden richten en de CGG-teams tot de meer behoeftigen. Bij dit laatste mogen er echter geen exclusiviteitsnormen gehanteerd worden. De vrijheid van keuze blijft dus met andere woorden bij de cliënt. Dit laatste is zeer belangrijk voor een succesvolle therapie. Zeker in deze materie, waarbij de persoonlijke factoren zo'n belangrijke therapeutische waarde hebben, is de mogelijkheid tot keuze van de therapeut van essentieel belang. Het is aan de cliënt om de implicaties van de keuze in overweging te nemen.

Gedwongen stroomlijning van hulpaanbod kan in theorie mooi klinken. Ik denk hierbij aan de eerste versie van de Integrale Jeugdhulpverlening met diagnose en indicatiestelling en toewijzing. In de

praktijk werkt dit echter niet. Dit is een op voorhand doodgeboren kind.

Men mag nooit betuttelend optreden en in de plaats van de andere gaan bepalen wat al dan niet goed is voor hem of voor haar. Hulpverlening moet immers tot doel hebben dat het de mensen emancipeert. Voor de eigen keuzes gaat men zich immers engageren.

Er zijn heel wat mogelijkheden. Het vraagt denken op lange termijn. De kans is groot dat men in deze legislatuur de vruchten nog niet plukt. De politicus die dit realiseert, zal echter terecht mogen zeggen dat hij of zij Vlaanderen een stukje leefbaarder heeft gemaakt.

### 3.2. Bespreking

**De heer Jan Van Duppen** : In uw tekst haalt u aan dat psychiaters die voor een CGG werken een tiende verdienen van het loon van hun collega's in de privé-sector. Hoe verklaart u dit altruïsme ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Beginnende collega's komen vaak bij ons terecht, maar binnen de kortste keren stappen ze over naar de intramurale sector.

Verder worden CGG's ook bemand door psychiaters aan het eind van hun loopbaan of door vrijwilligers, zoals ik : ik hou van werken in equipe. Als men het accent meer zal leggen op adequatere ambulante zorg, dan zal men meer gespecialiseerde mensen moeten hebben en zal men het voor hen aantrekkelijker moeten maken.

**De heer Jan Van Duppen** : Vorige week heeft mevrouw Van Cleuvenbergen een vraag gesteld aan de minister over het schrijnend tekort aan jeugd- en kinderpsychiaters. Zullen er binnen afzienbare tijd dan geen jonge psychiaters meer bereid zijn om in de CGG's aan een tiende van het loon te werken ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Ik vrees van niet. Men heeft immers een ander aanbod. Zeeuws-Vlaanderen heeft al heel veel van onze jonge kinderpsychiaters aangetrokken. Het aanbod is er veel interessanter : het loon ligt hoger en de werksituatie is minder belastend. Men zal daar iets aan moeten doen.

**De heer Jan Van Duppen** : Is er dan zelfs geen uitzicht op beterschap in Vlaanderen op lange termijn ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Tenzij de overheid ook die functies op intramurale barema's brengt, zoals ze al voor de psychologen en maatschappelijk werkers heeft gedaan.

**De heer Jan Van Duppen** : Een tweede mogelijke verklaring voor het altruïsme van jonge psychiaters is dat ze op die manier hun afhankelijk cliënteel kunnen vormen voor hun toekomstige privé-praktijk.

**Dokter Myriam Le Fevere** : Dat bestaat, alleen is dat een slechte vorm van psychotherapie.

**De heer Jan Van Duppen** : Nogal wat psychiaters zijn niet meer geïnteresseerd om geïnterneerden als patiënt te hebben naar aanleiding van het proces en de veroordeling van een hoofdgeneesheer in Doornik wegens de moord door één van zijn patiënten op een verpleegstudente in de stad. Rekent men u soms aan dat uw patiënten dingen doen die maatschappelijk niet door de beugel kunnen of is dat voor u geen probleem ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Zeker in de forensische psychiatrie kan dat een probleem zijn. Men kan een psychiater echter nooit aanrekenen wat zijn patiënt doet. Op die manier zou men ons wel heel veel macht toekennen : wij zijn alleen maar gidsen.

**De heer Jan Van Duppen** : Beperkt het probleem zich volgens u dan nog altijd tot geïnterneerden ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Het kan ook in de ambulante geestelijke gezondheidszorg voorkomen, maar ik heb er geen ervaring mee.

**Mevrouw Ingrid van Kessel** : Ik ben verbaasd te horen hoeveel mensen er in Nederland door geestelijke problemen in de WAO terecht komen. Hoeveel mensen zijn er om die reden in Vlaanderen niet ter beschikking van de arbeidsmarkt ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Ik heb geen zicht op cijfers.

**Mevrouw Ingrid van Kessel** : Er moet een betere financiering zijn van psychologische begeleiding, maar dat moet maatschappelijk gedragen worden. Daarom moet het probleem van arbeidsongeschiktheid wegens geestelijke problemen meer publiek gebracht worden, hoewel men in de maatschappij het verhaal van de geestelijke gezondheidszorg niet graag beluistert.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : De cijfers zouden we ook federaal moeten bevragen. Wij zijn enkel verantwoordelijk voor de CGG's.

**Mevrouw Ingrid van Kessel** : We zullen wel mee aan de kar moeten duwen.

Wie zal het eerst zijn met het afbakenen van de beroepstitel psychotherapeut : Europa of België ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Op Europees vlak legt men de criteria vast voor de psychotherapie-opleiding. De duur van de opleiding tot psychotherapeut verschilde erg van land tot land. Nu is men tot een gemeenschappelijke noemer van vier jaar gekomen, met een eindwerk en in een erkend instituut.

**Mevrouw Ingrid van Kessel** : Ik veronderstel dat de afbakening van beroepstitel zal gebeuren op basis van een zeker soort erkende opleiding. Op basis van de erkenning kan men dan harder aan de deur van de terugbetaling duwen.

**Dokter Myriam Le Fevere** : Zo denkt minister Aelvoet niet. De beroepserkenning zal maar deels gebeuren op basis van de opleiding, maar vooral op basis van het basisdiploma van waaruit men vertrekt.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : Ook dat is een federaal debat.

**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : Kan u het Korzybski-instituut, waarvan u staflid bent, situeren ? U stelt dat in therapie gaan een risicovolle onderneming is. Hoe informeert u zelf toekomstige cliënten over wat goed en slecht is ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Het Korzybski-instituut, genoemd naar een belangrijk semanticus, is een instituut voor systeemgerichte opleidingen, waar men veel belang hecht aan taal. Het opleidingsinstituut ligt in Brugge maar we geven ook opleidingen in Utrecht en Parijs.

Psychiatrie is een zeer risicovolle onderneming. Een aantal therapiemodellen puren uit wat er misgaat, andere zoeken iemands sterke kanten. Dat is veel nuttiger omdat mensen daar sterker uitkomen. Voor de leek is dit een jungle en veel hangt af van wie je doorverwijst en waar naartoe. Wetenschappelijk vastleggen wat het goede is, is zeer moeilijk. Het vertrouwen van de patiënt speelt een even belangrijke rol als de persoon naar wie hij doorverwezen wordt. Dan is het goed dat de patiënt kan kiezen.



**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : Ik vraag dat omdat ik de indruk heb dat mensen soms onterecht een beroep doen op psychische hulpverlening. Als het gemakkelijker is om naar psychotherapeuten te stappen, dan zet men ook sneller de stap. Als men beter zicht heeft op wat iemand te wachten staat, zal men gemakkelijker kunnen bepalen of een bepaalde therapie al dan niet geschikt is.

**Dokter Myriam Le Fevere** : We moeten de vraag van mensen die naar de dienst GGZ komen au sérieux nemen. Als men pathologiserend werkt, kan men hen met een probleem naar huis sturen, hen een jarenlange therapie laten volgen en zelfs in de chronische psychiatrie krijgen. Dat is niet moeilijk.

Als men eerder emanciperend werkt, gaan ze het op korte tijd wel zien zitten om hun problemen alleen op te lossen. Het hangt af van de benadering. Men kan een markt creëren, maar dat belet niet dat er een enorme psychische nood is.

**De heer Jan Van Duppen** : Ik wil niet perfide zijn, maar vaak selecteren de therapeuten de cliënten. Net zoals bij de huisartsen gebeurt dat in de psychotherapie en psychiatrie. De situatie in Vlaanderen is perverser dan in Nederland omdat daar in de context, in de sector en in de structuur per definitie geen onderscheid kan worden gemaakt tussen de ziekte, de patiënt en de pathologie.

De aanleiding van deze hoorzitting was het verzoekschrift van de heer Peper. De heer Peper – van Nederlandse afkomst overigens – vraagt juridische stappen aan het parlement om de toegankelijkheid tot de ambulante psychiatrie in Vlaanderen mogelijk te maken. Een suggestie kan zijn om een werkgroep patiëntenbelangen op te richten, een proces te starten en af te dwingen. Wat is uw visie daarop?

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : De heer Peper vraagt vooral de terugbetaling. Zijn verzoekschrift was ingegeven door de casus van iemand die wel toegang kreeg, maar die lange therapie niet kan betalen.

**Dokter Myriam Le Fevere** : Wat de betaalbaarheid betreft heb ik de indruk dat de strategie die men in Nederland heeft geprobeerd, iets opgebracht heeft en niet voor niets geweest is.

**De heer Goof van Gemert** : Het geeft politieke druk. Het helpt de besluitvorming.

**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : Er is een belangrijk verschil in de regelgeving tussen Nederland en

Vlaanderen, maar bepaald de verzekerde zorg. Vlaanderen heeft geen ‘verzekerde’ zorg; er is een aanbod maar het is geen recht.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : Men heeft wel de ziekteverzekering. De behandeling bij een psychiater valt onder de ziekteverzekering.

**De heer Jan Van Duppen** : Er zijn heel wat psychiaters die, naast hun aanbod vanuit de ziekteverzekering, psychotherapeuten in huis hebben naar wie ze de cliënten verwijzen. Iemand met een psychisch probleem wordt doorverwezen naar een psychiater, die een zorgplan opstelt dat verder uitgewerkt wordt door psychotherapeuten naar wie hij verwijst. Naargelang de patiënt vragen die laatste een bepaald bedrag en kiezen tussen een pathologiserende dan wel een versterkende persoonlijkheidstherapie zijn. Dat is het probleem in Vlaanderen.

**Dokter Myriam Le Fevere** : Misbruiken komen inderdaad voor.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : U hebt over integrale jeugdhulpverlening gesproken. We hebben vanuit de commissie veel bijgedragen tot dit onderwerp. U was nogal hard over de eerste versie van het plan voor de integrale jeugdhulpverlening. De CGG's geven mee vorm aan het plan. Vindt u dat het bijgestuurd is?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Ik vrees dat men het theoretisch zeer goed heeft willen doen. De bedoeling van de indicatie- en diagnosestelling, en toewijzing is zeer goed, maar het risico bestaat dat het een paperassenmolen dreigt te worden zoals het Vlaams Fonds, als het geheel onafhankelijk moet gebeuren. Voorts is vooral het ontherapeutische alarmerend, met name geen keuzemogelijkheden meer laten aan de cliënten. Als er geen proces op gang gebracht wordt waarin de cliënt zelf keuzes kan maken en zelf de gevolgen ervan kan dragen, dan gaat hij zich niet engageren. Dat werkt betuttelend waardoor we problemen creëren in plaats ze op te lossen. Dat is jammer want men doet heel veel moeite om een structuur op te bouwen. Dat is zeer nuttig, maar ik vrees dat dergelijke structuren niet zullen werken.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : Het is belangrijk om daar zeer goed over na te denken en te discussiëren. Dat valt evenwel buiten het bestek van deze hoorzitting.

**Mevrouw Ingrid van Kessel** : U pleit enerzijds sterk voor keuzevrijheid, maar anderzijds dient de pa-

tiënt zijn weg te vinden in een zogenaamde jungle. Het is een dubbel verhaal.

**Mevrouw Myriam Le Fevere** : Een nuttige psychotherapeutische benadering begeleidt mensen in een keuzeproces zodat ze zelf kunnen kiezen en zoeken welke oplossing er bestaat voor hun probleem. Daarin zit ook de keuze van de persoon bij ze willen gaan. Men heeft in de integrale jeugdhulpverlening een heel belangrijk element vergeten, namelijk het persoonlijke element. De therapeut naar wie men doorverwezen wordt, is een niet te onderschatten factor. Men kan dat niet theoretiseren. Naar een therapeut gaan is een persoonlijk engagement waarin vertrouwen een belangrijke rol speelt. Men kan dirigerend werken en bepalen welke therapie iemand nodig heeft. Dat is van een totaal andere orde dan het zelf maken van keuzes en daarvan de consequenties dragen. Het eerste is theorie, het tweede praktijk die werkt.

**Mevrouw Ingrid van Kessel** : Het begeleid maken van keuzes is prima, maar de begeleider heeft wel een bijzonder belangrijke plaats.

**Mevrouw Myriam Le Fevere** : De begeleider is van een immens belang. Men kan ervan uitgaan dat de mensen zelf heel vaak de knowhow in huis hebben om met problemen om te gaan, maar dat ze het vaak niet weten. In het therapeutische proces helpt men dan om te kijken waar ze naartoe willen en op welke manier ze de aanwezige knowhow kunnen ontdekken en gebruiken. Dan helpt men hen om eigen keuzes te maken in hun leven. Men emancipeert cliënten en maakt hen onafhankelijker van therapeuten zodat ze hun problemen zelf kunnen oplossen.

**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : Ik ga akkoord met wat u zegt over de keuzevrijheid, maar mag de cliënt ook zelf het soort therapie kiezen ?

**Dokter Myriam Le Fevere** : Het zou interessant zijn mochten de mensen die doorverwijzen zicht krijgen op het aanbod om dat vervolgens met hun cliënt te bespreken, waarna de cliënt zelf kiest. De huisarts beschikt bijvoorbeeld over veel informatie. We zijn daar evenwel nog niet aan toe. Ik weet niet hoe dat in Nederland georganiseerd wordt.

**Professor Marianne Donker** : We denken in Nederland op dezelfde manier, maar dreigen ook in de valkuil der bureaucratisering te vallen. Relatief ondeskundigen indiceren met formulieren. We proberen wel te werken met de zogenaamde functionele indicatiestelling. We gaan na wat de cliënt mankeert en welke hulpmogelijkheden bestaan. De

cliënt mag vervolgens zelf therapie, instelling en therapeut kiezen. Het is op dit moment alleen nog maar theorie, maar we werken in die richting.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : Nu is het zo dat zes sectoren actief zijn in de jeugdhulpverlening. Het probleem is dat men in die sector blijft, waar men eerst ingestapt is, ook al is dit deniet meest aangewezen hulp. Belangrijk is dat men er één toegangspoort heeft voor de zes sectoren. U wil de cliënt dus vooraf informeren wat mogelijk is om hem vervolgens zelf te laten kiezen.

**Mevrouw Ria Van Den Heuvel** : De trajectbegeleider moet mee over die keuzes waken.

**Dokter Myriam Le Fevere** : Het mag geen keurslijf worden, want dat werkt demotiverend en induceert een hulpeloosheidsgevoel (de anderen weten wat goed voor mij is ; ik doe alles mis) en dus pathologie. Het is een hulpverlening die de hulpbehoefte groter maakt in plaats van kleiner.

## VERGADERING VAN 14 JUNI 2001

### 1.1. Uiteenzetting door de heer Leo Du Laing, Verbond van Verzorgingsinstellingen (VVI)

**De heer Leo Du Laing**, Verbond van Verzorgingsinstellingen : Ik dank u voor de invitatie tot participatie aan deze hoorzitting. Vooraleer mijn eigenlijke tussenkomst aan te vatten, zou ik graag kort willen reageren op de mijns inziens onvoldoende genuanceerde situatieschets in de uitnodiging die wij hebben ontvangen.

Er wordt gesteld dat men voor psychotherapie terecht kan bij een psychiater na tussenkomst van de ziekteverzekering, bij een psychotherapeut zonder Riziv-tussenkomst en in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's) waar lange wachtlijsten bestaan.

Volledigheidshalve wil ik hierbij opmerken dat ook in de psychiatrische ziekenhuissector zowel residentieel als poliklinisch en in daghospitalisatie een psychotherapeutisch aanbod beschikbaar is.

Wanneer ik even doorneem wat hier op 3 mei jl. gezegd is in het eerste deel van de hoorzitting, ben ik van oordeel dat reeds heel wat belangrijke vaststellingen en stellingen naar voren gebracht werden die wij van uit het VVI zonder meer kunnen onderschrijven :

Er zijn inderdaad veel meer mensen met ernstige psychische stoornissen dan het aantal dat momenteel geholpen wordt.

Er bestaat een manifeste discrepantie tussen vraag en aanbod inzake psychotherapeutische behandeling, niet enkel in Vlaanderen, maar ook in Nederland waar nochtans verhoudingsgewijs beduidend meer middelen in de geestelijke gezondheidszorg geïnvesteerd worden.

Voor de hulpzoekende is het vaak problematisch om ambulante psychotherapeutische behandeling te verkrijgen onder redelijke financiële voorwaarden.

Psychotherapeutische hulpverlening is zeker geen overbodig luxeproduct en de vraag of medicamenteuze behandeling geen goedkoop alternatief kan vormen voor psychotherapie dient genuanceerd benaderd te worden.

Psychotherapie is ingrijpend en moet aangeboden worden met kwaliteitsgaranties.

Een inperking of drempelverhoging van het aanbod van geestelijke gezondheidszorg resulteert in een verhoging van het ziekteverzuim en in een forse stijging van het gebruik van somatische gezondheidszorg. Op beleidsniveau mag men zich derhalve niet blindstaren op de prijs van de geestelijke gezondheidszorg. Men moet ook de baten in rekening brengen en de maatschappelijke schade die ontstaat door niet of te laat te behandelen.

Aansluitend op de uiteenzetting van de heer Van Gemert (GGZ-Nederland), die wees op het hoge percentage arbeidsongeschiktheid in Nederland ingevolge psychische problemen of stoornissen, werd vanuit de commissie gevraagd of hieromtrent ook cijfers voor België of Vlaanderen beschikbaar zijn. Ik heb geen informatie kunnen vinden over de primaire arbeidsongeschiktheid, maar een recente studie van de Christelijke Mutualiteiten over de uitkeringen en tegemoetkomingen voor arbeidsongeschiktheid en gehandicapte personen leert wel dat in 1998 in België 52.625 personen wegens psychische aandoeningen als invalide erkend waren en dat een psychische aandoening de voornaamste oorzaak van invaliditeit vormt (27 procent van alle invaliden).

In uw inleidende bespreking van het ingediende verzoekschrift hebt u samen met de minister reeds de mogelijkheden onderzocht om te bewerkstelligen dat mensen die nood hebben aan een ambulante psychotherapeutische behandeling, die be-

handeling effectief kunnen krijgen onder aanvaardbare financiële voorwaarden.

Een van de denkpijlers is het invoeren van een Riziv-tussenkost voor psychotherapeutische behandelingen, uitgevoerd door erkende psychotherapeuten niet-medici. Een dergelijke maatregel zou zeker kunnen bijdragen tot het toegankelijker maken van de psychotherapie. Een sluitende regeling met erkenning en nomenclatuur zou het ook voor de CGG's gemakkelijker maken om met vrijgevestigde psychotherapeuten samen te werken. Ik deel echter de mening van de minister en van de commissieleden dat een dergelijke regeling niet meteen een realistisch perspectief vormt op korte termijn. Het debat over de erkenning van de titel van psychotherapeut sleept al jaren aan zonder vooruitzicht op een consensus. Een uitbreiding van de psychotherapienomenclatuur naar niet-medici is wel verdedigbaar maar daarom nog niet haalbaar.

Het verheugt ons dat hier ook gepleit werd voor bijkomende middelen voor de CGG's om een ruimer en toegankelijker psychotherapie-aanbod te realiseren. U bent tot de conclusie gekomen dat het CGG-aanbod ontoereikend is om het toenevend aantal hulpvragen afdoend te beantwoorden. We kunnen spijtig genoeg niet anders dan deze vaststelling bevestigen : de CGG's zijn inderdaad overbevroegd en onderbemand.

Mensen die zich tot een CGG wenden, worden dan ook vaak geconfronteerd met wachttijden en wachtlijsten. U hebt het verschijnsel als enorm betiteld. We kunnen er inderdaad niet omheen dat de hulpvragers vaak lang moeten wachten op behandeling en dat de wachttijden eerder blijken toe te nemen dan in te krimpen ondanks alle inspanningen van de CGG's om de instroom te stroomlijnen en te versnellen.

Het is weliswaar een magere troost, maar ik wil er toch wel op wijzen dat de wachttijden bij ons in de CGG's doorgaans beduidend minder lang zijn dan die waarvan de heer van Gemert gewag maakte in zijn uiteenzetting over de Nederlandse situatie (9 maanden tot 1 jaar voor kinderen en meer dan 7 maanden voor volwassenen).

De wachttijden zijn ook niet in alle CGG's even lang. Hierbij spelen niet enkel de gehanteerde strategieën voor uitzuivering van de binnenkomende hulpvragen een rol, maar ook en vooral de beschikbare hulpverleningscapaciteit in het centrum zelf en de in de regio aanwezige opvangalternatieven.

In voorbereiding op de uitwerking van de nieuwe regelgeving voor de CGG (decreet van 18 mei 1999), heeft de Inspectie van Financiën een doorlichting van de CGG's doorgevoerd. Ze stelde wachttijden en wachtlijsten vast van 29 dagen tussen aanmelding en intake en van 45 dagen tussen aanmelding en het begin van de eigenlijke therapie, maar stelde ook vast dat alle CGG's wel regelingen hebben om acute problemen op te vangen.

Een snelle rondvraag bij de aangesloten CGG's in voorbereiding van deze hoorzitting leert mij dat sinds de doorlichting door de Inspectie van Financiën de overbevraging en de daaruit voortvloeiende wachttijden zijn toegenomen bij heel wat CGG's. Zoals in Nederland zijn ook bij ons de wachttijden voor kinderen doorgaans gevoelig langer dan voor volwassenen.

Leveren de CGG's dan onvoldoende inspanning om de wachttijden in te perken en op een verantwoorde manier om te gaan met wachtlijsten? Ik meen te mogen stellen dat de CGG's voortdurend op zoek zijn naar strategieën en methoden om het fenomeen onder controle te houden. In het kader van het kwaliteitsdecreet worden zij trouwens aangespoord om deze problematiek ter harte te nemen.

De gehanteerde strategieën zijn zeer divers. Zonder volledigheid te betrachten, som ik er een aantal op, waarbij ik een poging onderneem tot groepering in enkele grote categorieën. Ten eerste zijn er maatregelen tot productiviteitsverhoging zoals tijdbesparing en tijdverdeling over meer cliënten. Dat kan door de gesprekstijd per therapiesessie in te perken en de sessies in de tijd te spreiden waardoor meer patiënten kunnen worden opgevangen. Of door concepten van geplande kortdurende psychotherapie toe te passen (b.v. vijfgesprekkenmodel) of door benutting van groepstherapie.

Ten tweede stelt men prioriteiten in de CGG-werking, b.v. door voorrang te geven aan cliëntgerichte hulpverlening ten koste van andere CGG-opdrachten zoals preventie, of door gegoede patiënten door te verwijzen naar vrijgevestigde psychotherapeuten.

Ten derde worden toegangsdrempels ingevoerd. Om onterechte aanmeldingen te voorkomen poogt men te screenen aan de telefoon. Door een betere diagnostiek en indicatiestelling selecteert men de in therapie te nemen patiënten. Men zorgt ook voor een snel contact met de hulpvrager om desgevallend door overleg een alternatief te zoeken voor behandeling in een CGG.

Bij dit onvolledige overzicht van strategieën om de wachttijden in de CGG's binnen redelijke proporties te houden, wil ik opmerken dat een aantal van de opgesomde maatregelen noodgedwongen maar niet van harte genomen worden, omdat ze heel wat vragen oproepen en nogal controversieel van aard zijn.

Ondanks de inspanningen van de CGG's om wachttijden en wachtlijsten te vermijden of minstens binnen redelijke proporties te houden, blijft de discrepantie tussen vraag en aanbod inzake psychotherapeutische behandeling en begeleiding groot en neemt de druk op de CGG zeker niet af.

Dat in deze commissie gepleit wordt voor verruiming van de hulpverleningscapaciteit van de CGG, stemt ons dan ook hoopvol. Voortgaande op het verslag van uw inleidende bespreking meen ik er te mogen van uitgaan dat ook de minister het probleem onderkent. Toch hebben wij vragen bij de houding van de overheid omdat de pleidooien in deze commissie niet meteen in eenklank zijn met de beleidsopties die ten aanzien van de CGG werden genomen.

We kunnen er niet omheen dat het Vlaams Parlement tijdens de vorige regeerperiode eensgezind het decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg heeft goedgekeurd met een aantal beleidsopties die betrekking hebben op de problematiek die ons vandaag bezighoudt.

In het decreet werd geopteerd voor sterkere profilering en positionering van de CGG's als gespecialiseerde tweedelijnsdiensten door een uitzuivering van de doelgroep, een nauwkeuriger omschrijving van de opdrachten en filtering van de toegang tot de centra.

Artikel 2 van het decreet bepaalt dat de CGG's zich moeten richten op de zorg voor "personen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen". De CGG's moeten hun zorgverlening toespitsen op personen wier geestelijke gezondheid ernstig verstoord is. Er is voor de CGG's blijkbaar geen opdracht (meer) weggelegd ten aanzien van personen wiens geestelijke gezondheid ernstig 'bedreigd' is.

Om geen misverstanden te laten ontstaan, wil ik beklemtonen dat ons verbond de beleids optie om de CGG's duidelijk te profileren als gespecialiseerde tweedelijnsgezondheidszorg steunt. Het ontbreken van een preventieve dimensie in de opdrachts-

omschrijving beschouwen we echter wel als een lacune.

Om de tweedelijnspositie van de CGG's te consolideren, werd geopteerd voor de invoering van een toegangsregeling, waarbij patiënten enkel nog via door de Vlaamse regering daartoe aangewezen verwijzende instanties zouden kunnen instromen in een CGG en dus niet langer op eigen initiatief een CGG zouden kunnen consulteren.

Wij hebben nooit in twijfel getrokken dat verwijzing de meest aangewezen toegang tot een CGG vormt. Wij hebben ons wel verzet tegen een strikte echelonnering waarbij de hulpvrager het recht ontzegd zou worden om zonder verwijsbrief een beroep te doen op hulpverlening van een CGG. Dat verzet heeft geresulteerd in een soepelere opstelling van de overheid ten aanzien van de instroom in de CGG's. De overheid wil echter duidelijk via filtering van de toegang de volumegroei onder controle krijgen.

In het decreet werd ook geopteerd voor schaalvergroting van de CGG's. Door hergroepering van de bestaande centra wou de overheid het aantal erkende entiteiten in Vlaanderen reduceren van 84 naar maximum 26. Deze fusies zijn ondertussen uitgevoerd maar een aantal beleidsopties moeten hieraan aangepast worden. Zo is onder meer de subsidie-enveloppe voor 2000-2002 van de verschillende centra nog niet definitief vastgelegd.

De bestuurlijke en organisatorische schaalvergroting van de CGG's was zinvol, maar wij vinden dat schaalvergroting meer moet inhouden dan de fusie van de bestaande CGG's en ook 'groei' van de sector moet betekenen. Zo kan het tekort aan hulpverleningscapaciteit in de CGG's opgevangen worden en kunnen de centra hun rol te spelen in de zich wijzigende geestelijke gezondheidszorg met onder meer de ontwikkeling van voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma's en circuits. Een bestuurlijke en organisatorische schaalvergroting verandert op zich immers niets aan de kleinschaligheid van de CGG-sector. Wij hebben echter moeten vaststellen dat ondanks het aandringen van de sector de schaalvergroting niet gepaard is gegaan met een verdere verruiming van de hulpverleningscapaciteit. We begrijpen dat niet alles gelijktijdig ingevoerd kan worden, maar de behoefte aan meer hulpverlening is manifest.

Door het decreet werd ook een all-in-enveloppefinanciering voor drie jaar ingevoerd, stoelend op overeenkomsten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de fusie-CGG. Probleem is dat het budget voor

elk CGG door deze nieuwe financieringsvorm eigenlijk voor drie jaar bevroren wordt.

Deze krijtlijnen werden door het Vlaams Parlement goedgekeurd. De Vlaamse overheid heeft er dus voor gekozen om de spanning tussen vraag en aanbod in de CGG-sector weg te werken door inperking van de doelgroep, opdrachten, instroom en fixering van de budgettaire middelen en niet door een verdere verruiming van de hulpverleningscapaciteit. De vraag wordt gefilterd zodat zij meer afgesteld is op het beschikbare maar gestabiliseerde zorgaanbod en niet omgekeerd. Dergelijk beleid vertoont dezelfde kenmerken als het beleid in Nederland dat door de heer van Gemert werd betiteld als het beheersen van de volumegroei en daarmee ook de kosten.

Wij kunnen een pleidooi voor een substantiële verhoging van het budget voor de CGG-sector enkel toejuichen. Met het CGG-decreet voor ogen staan wij wel wat sceptisch tegenover zulk pleidooi, zeker als we in het commissieverslag lezen dat de minister de uitbreiding van het psychotherapeutisch aanbod in de CGG's wel een mooi principe vindt maar stelt dat het niet haalbaar en niet betaalbaar is en het probleem niet oplost. We vragen dat u bij de regering aandringt op een onmiddellijke concretisering van artikel 28 van het decreet over de programmering van de vereiste hulpverleningscapaciteit.

Nederland wordt vaak als voorbeeld gesteld. Ook in deze commissie zijn Nederlandse deskundigen uitgenodigd om te vernemen hoe men daar de zaken aanpakt. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat men in Nederland verder staat dan bij ons en in een aantal opzichten is dat ook zo. Men moet echter ook rekening houden met de verschillen op het gebied van geïnvesteerde middelen. De cijfers die ik nu zal aanhalen zijn van 1994 en 1996. Ik ben ervan overtuigd dat de discrepanties zeker niet verkleind zijn de laatste jaren. De cijfers zijn omgerekend naar 100.000 inwoners.

Per 100.000 inwoners beschikten de RIAGG's in 1994 reeds over een 5,11 maal groter budget dan de CGG's in Vlaanderen. Per 100.000 inwoners konden de RIAGG's 3,75 maal meer hulpverleners inzetten. Zij hebben ook een betere omkadering voor management, administratie en logistiek. Het totale personeelskader per 100.000 inwoners lag in 1994 in de RIAGG's 4,16 maal hoger dan in de CGG's. De werkdruk in de CGG's is beduidend hoger. De caseload per voltijds equivalent-hulpverlener (VTE) bedroeg in 1994 in de CGG 116 patiënten per VTE tegenover 110 per VTE in de

RIAGG's. Sinds 1994 is het aantal patiënten per VTE in de CGG's nog sterk toegenomen : in 1997 telden de CGG's 419 VTE en een patiëntenbestand van 53.610 personen of gemiddeld 128 patiënten per VTE. Het verschil neemt dus toe.

De RIAGG-hulpverlening bestrijkt een groter deel van de bevolking : in 1994 2,79 procent tegenover slechts 0,75 procent voor de CGG's.

Rekening houdend met de omvang van de bevolking worden van overheidswege in Nederland niet enkel in de extramurale geestelijke gezondheidszorg maar ook in de psychiatrische ziekenhuizen beduidend meer middelen geïnvesteerd dan bij ons. Maar in Nederland is de verhouding tussen de investeringen in de psychiatrische ziekenhuissector en de extramurale sector veel evenwichtiger dan bij ons. In Nederland gaat het om 4 PZ (psychiatrisch ziekenhuis) tegenover 1 RIAGG en bij ons is de middelenverhouding 15 PZ tegenover 1 CGG.

Volgens de heer van Gemert heeft de Nederlandse regering eind april niet minder dan 40 miljoen euro vrijgemaakt voor het wegwerken van de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. Omgerekend gaat het hier over een bedrag van ongeveer 1,6 miljard frank. Dat overschrijdt het jaarbudget voor de CGG's in Vlaanderen. Er moet uiteraard rekening gehouden worden met de grotere bevolking in Nederland, maar het getal geeft toch te denken.

Het is dus duidelijk dat de Vlaamse overheid de wachttijden en de wachtlijsten niet mag afdoen als een probleem dat de sector zelf moet oplossen. De CGG's moeten uiteraard zo efficiënt mogelijk en conform hun opdracht werken, maar ook de subsidiërende overheid moet haar verantwoordelijkheid nemen.

## 1.2. Bespreking

**De heer Jan Van Duppen :** Tijdens de vorige hoorzitting haalde mevrouw Donker het argument van Rosenheck aan waarin ze stelde dat kostenbesparingen in de geestelijke gezondheidszorg volledig teniet gedaan wordt door kostenstijgingen in de algemene gezondheidszorg en door fors productieverlies door ziekteverzuim. Het betoog kwam erop neer dat het in de praktijk een vorm van communicerende vaten is, niet alleen in Nederland maar ook in de Verenigde Staten. Uit uw cijfergegevens en berekeningen volgt de conclusie dat het verschil

met Nederland zit in de algemene kosten van de ziekteverzekering. Dat betekent dat in Vlaanderen vijfmaal minder geïnvesteerd wordt in de geestelijke gezondheidszorg en dat er bijgevolg een groter bedrag in de ziekteverzekering besteed moet worden aan algemene ziektezorg. Wat is de zin van allerlei federale en Vlaamse campagnes tegen het overmatig gebruik van slaapmiddelen, antidepressiva, anxiolitica en dergelijke ? Ons land is op dat vlak een belangrijke koploper, niet alleen in Europa maar zelfs ten opzichte van het wereldverbruik.

U hebt geschetst dat in het decreet beslist wordt om de CGG's als tweedelijns te organiseren. Vindt u dat de eerste lijn werkt en dat ze haar functies waarneemt ? U stelt dat er niet alleen doorverwijzend gewerkt mag worden. Wat is dan de zin van de eerste lijn ?

Is het voor u mogelijk om objectieve outputmetingen te organiseren als er een realisatie kan komen in overleg met de federale overheid om daaraan iets fundamenteels te veranderen ? Er zijn heel wat indicatoren waarmee men in de algemene gezondheidszorg kan werken en waarmee men metingen kan doen. Maar tegenover een mogelijke toewijzing van hogere budgetten voor de GGZ's staat uiteraard de vraag wat dat gaat opbrengen.

**De heer Leo Du Laing :** Volgens mij werkt de eerste lijn degelijk. Daaronder versta ik onder meer huisartsen, een deel van het welzijnswerk, de Centra voor Levens- en Gezinsvragen die in het algemene welzijnswerk opgenomen zijn en de CLB's enz. De ervaring is wel dat op de eerste lijn vaak nog gesensibiliseerd moet worden en dat er inzichten bijgebracht moeten worden in de manier waarop men dient om te gaan met de psychische problematiek.

De sector van de geestelijke gezondheidszorg staat op een draaischijf tussen gezondheid en welzijn. De raakvlakken en de samenwerkingsverbanden zijn zeer divers. De preventieve dimensie moet men kunnen valoriseren vanuit de knowhow en de ervaring in een gespecialiseerde tweedelijnspositie. Als een voorziening gedwongen is om zijn inspanningen uitsluitend te richten op het werken met mensen met stoornissen en als men het aspect risicobedreiging niet of minder ter harte kan nemen, dan zit men in een gewrongen positie.

We zijn vragende partij voor een algemeen beleid in overleg met de federale overheid. Als men enerzijds federaal een geestelijke gezondheidszorg-be-

leid voert in termen van psychiatrische netwerken, zorgcircuits en zorgprogramma's, die trouwens in het CGG-decreet zijn ingeschreven, en waaruit een zorgcircuit geestelijke gezondheidszorg-jeugd ontstaat, en als anderzijds de Vlaamse Gemeenschap een beleid rond integrale jeugdhulpverlening voert met andere beleidskaders, dan krijgt men twee modellen die zich parallel ontwikkelen. De CGG-sector wordt door beide gevat en komt in een ambiguë positie terecht. Een afgestemd beleid is dan ook dringend noodzakelijk, ook om inputmechanismen vanuit de ziekteverzekering in de ambulante zorg beter mogelijk te maken. Nu moeten we dat via omwegen doen. In de Riziv-conventiecommissies bijvoorbeeld kunnen we via een conventie met psychiatrische ziekenhuizen laten inschrijven dat de nabehandeling vanuit het ziekenhuis moet gebeuren in een functioneel samenwerkingsverband tussen het psychiatrisch ziekenhuis en het CGG. Dat laatste kan voor zijn participatie aan de nabehandeling trekkingsrechten krijgen op een deel van het budget.

Het is zeer moeilijk om objectieve outputmetingen te realiseren. Wanneer is een behandeling succesvol? Vroeger werd vaak de vermindering van het aantal ziekenhuisopnamen gehanteerd als legitimeringsgrond voor de extramurale sector, dus om te bepalen of de sector het al dan niet goed doet. Dat is niet gefundeerd: als de opnamen niet verminderen, betekent dat niet dat de extramurale sector niet performant werkt. Of het aantal opnamen al dan niet daalt heeft niet enkel te maken met het optreden van de extramurale sector maar met een veelheid van mechanismen, waaronder het opnamebeleid.

In de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen – ook in de ambulante sector – komen veel mensen terug die als “genezen” of “beter” beschouwd worden, maar bij wie de problematiek na een tijd opnieuw opduikt. Heeft de hulpverlening dan niet gewerkt of is de patiënt hervallen? Die situaties hebben we ook voor ogen als we het principe van doorverwijzing niet te rigide willen gehanteerd zien. De vraag is of mensen die al hulp gezocht hebben in een CGG en hervallen, een kunstmatige verwijzing moet opgedrongen worden terwijl ze rechtstreeks bij hun therapeut kunnen aankloppen.

**De heer Jan Van Duppen :** Dat is in tegenspraak met uw verzet tegen de filterfunctie en de tweedelijns. Men kan dat tot op bepaalde hoogte doen: een verwijzingsfunctie voor drie of zes maanden. Maar men gaat nog meer dichtslibben als men dat niet doet. Gelet op uw taakomschrijving dient u dat te vermijden en een onderdeel daarvan zal zijn dat de

vrije toegankelijkheid beperkt wordt in de tijd. Dat bedoel ik ook met de outputmeting. Men kan immers bezig blijven.

**De heer Leo Du Laing :** Die strategieën worden ook toegepast. Ik heb gesproken over het vijfgesprekkenmodel en dergelijke meer. Men kan ook een aantal sessies plannen en dan evalueren.

## 2.1. Uiteenzetting door de heer Jos Lievens, Federatie Diensten Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG)

**De heer Jos Lievens,** Federatie Diensten Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG) : Ik sta volledig achter de uiteenzetting van de heer Du Laing. We hebben onze inbreng ook op elkaar afgestemd.

Een belangrijk uitgangspunt voor de FDGG is het feit dat de overheid in eerste instantie onze opdrachtgever is. Via Koninklijke Besluiten, een Executievebesluit en nu recent door het nieuwe decreet GGZ hebben we in 1953, 1975, 1988 en 1999 zeer specifieke opdrachten gekregen. Dat zijn heel duidelijke besluiten die zeggen wat we moeten doen. Het kwaliteitsdecreet bepaalt hoe we dat moeten doen. Daaraan hangt ook een budget vast. Ten slotte krijgen we inspectie om na te gaan of we het geld goed besteden. We spreken hier dus over een gecontroleerde, gesubsidieerde sector. Dat is een eerste belangrijke vaststelling. Wat inhoudt dat onze problemen ook de uwe zijn.

Het is dus de taak van de overheid om ons opdrachten te geven in het kader van een geestelijk gezondheidsbeleid wat het Vlaamse en federale niveau betreft.

En zo komen we tot een tweede belangrijke vaststelling: Bij het voorliggend onderwerp vind ik het moeilijk om alleen te spreken over de CGG's. We hebben heel wat vragen over de uitwassen van bepaalde privé-therapieën. Wat de CGG's betreft stel ik dat excessen, zoals bijvoorbeeld het blijven aanhouden van patiënten, bij ons niet gebeurt. Men wil de patiënten – bij wijze van spreken – meestal zo vlug mogelijk terug de deur uit.

Een derde vaststelling is het feit dat de federaties samen werken om de geestelijke gezondheid in ontwikkeling te brengen en zorgvernieuwing te realiseren vanuit de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Die centra zijn bijna honderd jaar geleden opgericht met als doel een humaner alternatief te bieden voor de toenmalige psychiatrie. Ondertussen doen per jaar meer dan 50.000 cliënten be-

roep op deze centra. In dit licht moeten we de discussie over psychotherapie en wachtlijsten plaatsen en kunnen we niet alleen over de CGG's spreken. Het gaat met andere woorden over meer dan het miljard dat momenteel voor de CGG's door de Vlaamse regering wordt uitgetrokken. Het gaat ook over de 10-tallen miljarden die momenteel in België aan GGZ besteed worden.

In die zin is het goed de positie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg uit te tekenen middels het decreet GGZ van 1999. Aldus bekeken stellen wij vast dat de gehele geestelijke gezondheidszorg zelf in ontwikkeling is. In de federale nota van minister Aelvoet lezen wij dat de geestelijke gezondheidszorg ambulante moet georganiseerd worden. De eerste reconversie van 1990 was een ombouw van psychiatrische bedden naar beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen, wat een goede zaak was. In de tweede reconversie genereert men uit de afbouw van een aantal bedden middelen in het zorgvernieuwingfonds. Zo blijft men binnen het budget en worden de vrijkomende middelen opnieuw geïnvesteerd in verbeterde kwaliteit binnen de ziekenhuizen en nieuwe "ambulante" zorgvormen buiten het ziekenhuis. De CGG's wordt weliswaar gevraagd om deel te nemen aan nieuwe zorgvormen zoals bijvoorbeeld het organiseren van dagactiviteiten, psychiatrische thuiszorg en nabehandeling. Dit dient echter allemaal te gebeuren met dezelfde mensen, dezelfde karige middelen. Al dat overleg kost trouwens ook energie en bijkomende mankracht. Daarom is het bijzonder jammer dat de vrijgekomen federale middelen alleen weer federaal worden geïnvesteerd. Overdracht van middelen naar de CGG's is in enkele uitzonderingsgevallen wel mogelijk, maar fundamenteel is er nog steeds een diepe kloof tussen federale materie en middelen en wat gebeurt door de Vlaamse CGG's en overheid.

Ingaand op de vraag van heer Jan Van Duppen stellen wij vast dat er zeker meer geld nodig is voor psychotherapie. De vraag is echter of de maatschappij bereid om daar meer geld in te steken? Men kan ook kiezen voor meer medicatie of opsluiting, wat misschien niet slechter is voor de maatschappij, maar wel meer leed berokkent aan de betrokkenen en hun omgeving. De waarde van de maatschappij kan men afleiden uit de manier waarop ze zorgen aanbiedt en middelen daarvoor vrijmaakt.

Inderdaad, er is geld nodig. Doch ik zou dat niet willen kaderen binnen een Vlaams budget van een miljard frank, doch wel binnen de veertig miljard

frank die de geestelijke gezondheidszorg sowieso ter beschikking heeft.

Ondertussen horen we van alle kanten dat "de patiënt centraal moet staan". Dus zou men eerst en vooral rekening moeten houden met de problemen en de pijn van die persoon en die voor hem op de meest humane manier oplossen. Doch vaak vertrekt het nieuwe denken over zorgcircuits en zorgprogramma's nog te vaak vanuit de voorzieningen (aanbodgestuurd) en te weinig vanuit de noden en behoeften van de patiënten (vraaggestuurd).

Voor wat de vraag betreft over de samenwerking met de eerste lijn dient opgemerkt te worden dat die samenwerking er wel degelijk is, doch dat dit zeker ook regionaal of plaatselijk moet bekeken worden. Zo doen de CGG's nogal wat eerstelijns-werk in regio's waar er weinig alternatieven zijn. Hoe dan ook kunnen de CGG's zich niet positioneren op de tweede lijn, wanneer er geen volwaardig aanbod is van andere zorgen in de regio.

Om deze korte introductie af te sluiten en over te gaan tot de vraagstelling wil ik de twee documenten die ik u ter beschikking heb gesteld even kort toelichten.

In een eerste nota vindt u een aantal fiches over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Het betreft een selectie uit een ruimer pakket dat we reeds half maart dit jaar overmaakten aan minister Vogels. Deze fiches kunnen als achtergrondinformatie dienen en geven meer in detail weer waarover ik het daarnet had.

Het andere document, "Advies m.b.t. de hulpverlening aan kinderen en jeugdigen met ernstige psychosociale- en psychiatrische stoornissen in de CGG", dateert weliswaar uit 1995, maar het is nog steeds zeer relevant voor de problematische situatie waar we ondertussen nog steeds in verkeren. Dit advies is belangrijk niet alleen omdat het gaat over de kinder- en jeugdzorg, maar ook omdat het een degelijke analyse van onderzoeksresultaten uit de literatuur inhoudt. Een niet onbelangrijk gegeven gezien we hier in Vlaanderen niet beschikken over een gerenommeerd "Trimbosinstituut"! Terloops weze gezegd dat het Vlaams Comité van advies van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, dat dit advies heeft opgemaakt, lange tijd zeer goed heeft gefunctioneerd. Tot onze spijt maakte toenmalig minister Demeester-De Meyer alle adviescommissies met de grond gelijk en werd ter vervanging de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) opgericht. Voor wat de GGZ betreft kan de VGR echter onze bezorgdheden inzake de ontwikkelin-



gen dienaangaande niet beantwoorden. Wij hebben nood aan een officieel overlegorgaan waarin zowel de Vlaamse Gemeenschap als de federale regering participeren. Er moeten dringend bruggen gebouwd worden tussen deze twee bevoegdheidsdomeinen.

## 2.2. Bespreking

**Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen** : Ik stel sinds de fusie wel terug een dynamiek vast in de sector om op een nieuwe manier te werken ook met ouderen en kinderen. Hoe denkt u echter op korte termijn het tekort aan mankracht, aan kinderpsychiaters en overlegtijd te overbruggen ?

Volgens een studie van het Trimbos-Instituut zijn psychiatrische behandeling en medicatie vaak niet zinvol bij depressies, maar hoe moeten we het onderscheid maken tussen mensen aan wie we fundamenteel wel iets kunnen bieden en anderen ? Heel wat mensen stappen spontaan naar een psychiater voor een dure therapie zonder einde. Wat zijn uw bevindingen daarover ?

Alle CGG's moeten nu via een nieuw systeem hun gegevens doorgeven aan de Vlaamse administratie. Is dat systeem goed genoeg om ons te motiveren ? Kan dit richtinggevend zijn voor de besluitvorming van dit parlement ?

Vervolgens wil ik het hebben over de twee opdrachten voor Vlaanderen. Ik was blij dat de laatste spreker vooral de nadruk legde op de nota's van minister Aelvoet, onder andere inzake de psychiatrische thuiszorg, die mij bijna permanent aangrijpen. Dit gaat toch immers om ambulante zorg waar wij voor bevoegd zijn ?

Bestaat er een overleg tussen de Vlaamse CGG en haar Waalse tegenhanger ? We zouden in deze immers partners kunnen zijn. U sprak daarnet ook over een overleg op Vlaams niveau met de ziekenhuizen en de ambulante sector maar niet met de psychiaters en de andere eerstelijnsverzorgers. Dit is toch een gemis ? Ik weet wel dat dit in de residentiële sector heel moeilijk is omdat we een traditie hebben. In de ambulante sector zouden ze toch partners moeten kunnen zijn. Is hier al aan gedacht ?

Heeft men ook al maatregelen genomen of voorzien of staat het in de nota's, in verband met het verlonen van het teamwerk ? Ik zeg 'verlonen van' omdat psychiaters onder Riziv-nomenclatuur vallen. Hierin is er geen plaats voorzien voor team-

werk. Men kan wel stellen dat men dit bij het Riziv moet oplossen. Is er echter ooit al aan gedacht om bijvoorbeeld vanuit Vlaanderen het forfait van de CGG's op te trekken zodat er een minimale financiële tegemoetkoming kan zijn voor de psychiaters, hun teamwerk en het overleg dat van hen verwacht wordt ? Zij dragen uiteindelijk de medische verantwoordelijkheid.

Er is gesproken over de echte psychiatrische sector. In welke mate zijn er in de plaatselijke CGG's stimuli om te werken met netwerken die breder gaan dan de eigen sector ?

**De heer Jos Lievens** : Het realiseren van de opdrachten van het decreet, namelijk dat ieder CGG een afzonderlijk team moet hebben voor ouderen, kinderen en volwassenen, is wel degelijk een probleem. Men kan een frank maar één maal besteden.

De verdeling van het ambulant zorgaanbod in de CGG's tussen kinderen en de rest van de populatie is ongeveer 1 op 2. Er is ook een kleine groep van bejaarden die beroep doen op een CGG, doch deze is momenteel nog veel te klein. Afzonderlijke teams voor ouderen bestaan omzeggens niet. Ik denk wel dat ik de mensen die hier momenteel mee bezig zijn, op een hand kan tellen. Dit is duidelijk pionierswerk. Wij zijn, samen met het VVI, al jaren promotor om deze zorg verder in de CGG's uit te bouwen. Alleen liggen de prioriteiten momenteel bij de kinderen. Bij de kinderteams treft men de langste wachttijden aan. Maar ook bij volwassenenteams zijn er gelijkaardige problemen. Indien we nu zouden beginnen met uitbouw van de GGZ-ouderenzorg dan moeten de CGG's hun medewerkers uit een andere équipe en daar zullen de wachttijsten dan weer langer worden. Dit is echt een ernstig probleem waarmee de centra zelfs niet aan hun erkenningscriteria kunnen voldoen. Ze gaan immers geen équipe hebben voor de ouderen. Ik zie niet goed in waar ze deze momenteel gaan halen.

Een andere vraag ging over de wijze waarop er dan geselecteerd moet worden. Eigenlijk stelt u ook de vraag bij welke patiënten men het meeste succes heeft met het aanbod. Eerst en vooral mogen we niet vergeten dat de CGG's er in principe zijn voor iedereen die zware problemen heeft op het vlak van geestelijke gezondheid. De CGG's kunnen zich niet permitteren, zoals andere gespecialiseerde voorzieningen soms doen, om selecties door te voeren op basis van bepaalde specifieke problemen of leeftijdsgroepen. Zoals bijvoorbeeld een centrum voor autisten zich kan beperken tot de eigen doel-

groep. Het decreet stelt dat de centra moeten openstaan voor iedereen die hulp vraagt. Dit maakt het er momenteel uiteraard niet makkelijker op, doch wij blijven zeker achter deze visie staan.

Verder wil ik ook duidelijk stellen dat, omdat men psychische problemen heeft, men niet noodzakelijk behandeling nodig heeft. Slechts één vierde van de mensen die in aanmerking zouden komen voor een behandeling in een CGG, zetten die stap ook effectief. Ik heb dan nog niet eens gezegd dat dat één vierde ook de hulp krijgt die ze vragen. Men heeft ook één vierde die met de toestand leert leven hetzij met medicatie, hetzij met ondersteuning.

Er zijn een aantal ziektes die niet te genezen zijn. Men kan wel de leefbaarheidsfactor voor een deel van die mensen sterk verbeteren.

Als men echter al depressief is en men heeft geen inkomen, geen vrienden of geen thuis, spelen die zeer primaire behoeften een zeer grote rol. Dergelijke mensen zijn met ambulante hulp alleen niet gebaat.

**De heer Leo Du Laing :** Hierbij aanvullend wil ik stellen dat wij met de sector acties voeren inzake zelfmoordpreventie. Het cijfer is immers zeer hoog. Ik ben geen hulpverlener, maar alle specialisten zeggen dat de meest efficiënte zelfmoordpreventie, de behandeling van depressies is. Vanuit die optiek moet men depressies dus ernstig nemen in de hulpverlening. Anderzijds moet men niet elke depressieve mens een (psycho)therapie aanpraten. Het probleem is echter dat men niet bij voorbaat weet hoe een problematiek zal evolueren en selectie van “wel en niet te behandelen” dus uiterst moeilijk is.

**De heer Jos Lievens :** Dit is een mooi voorbeeld om aan te tonen op welke wijze de CGG's soms een selectie moeten doorvoeren bij gebrek aan voldoende middelen en mankracht. Uiteraard kan dit enkel voor bepaalde specifieke groepen. Voor wat het zelfmoordpreventieproject van de CGG's betreft, heeft de begeleidende stuurgroep van bij het begin gesteld dat het om zo een omvattend probleem gaat dat we de CGG's zich best toespitsten op personen die een poging ondernomen hebben. Uit het onderzoek blijkt immers dat dergelijke personen vaak een tweede poging zullen ondernemen. Een andere manier om te selecteren is niet het centrum 24 op 24 uur te openen voor acute gevallen, maar wel zich te oriënteren in het hulpaanbod en de nazorg op bijvoorbeeld spoedopnames. Daar komen mensen binnen met zelfmoordpogingen of andere acute problemen. Als men vanuit ambulan-

te hoek hier snel kan op inspelen, kan een opname zeer kort zijn. Men kan die mensen dan ambulante verder helpen. Dit zijn manieren om efficiënter te werken en zich te richten naar die mensen waar men het meest kansen op een goed verloop van de hulpverlening heeft. Op dergelijke manier kan men bijvoorbeeld doelgroep per doelgroep, in samenspraak met de verwijzers, bekijken wat men er best voor doet en hoe men zich als gespecialiseerd centrum zo dienstbaar mogelijk kan organiseren.

**De heer Leo Du Laing :** Een bijkomend criterium is vaak ook dat men kijkt waar er een multi-disciplinaire aanpak nodig is. De gevallen waar een monodisciplinaire aanpak kan, komen in aanmerking voor doorverwijzing naar privé therapeuten mits een goede regeling. Men zou zich een systeem kunnen voorstellen waarbij de CGG's als gesubsidieerde voorzieningen “verlengde armen” hebben onder de vorm van privé therapeuten, die een stuk van het werk overnemen en ook in de teamwerking ingeschakeld worden. Op dit ogenblik is een gestructureerde samenwerking met de privé sector een risikante onderneming voor de CGG's-sector omdat men vaak geen zicht heeft op wat die mensen te bieden hebben en niet weet wat de doorgestuurde patiënt zal betalen. Zoals reeds gezegd zou een regeling van de erkenning en een nomenclatuur het voor de CGG's gemakkelijker kunnen maken om met privé therapeuten samen te werken. Maar ook dan blijft de vraag naar de criteria om te bepalen wie in een dergelijke constructie wel en niet hulp krijgt in het CGG zelf.

Het is b.v. te simplistisch om zonder meer te stellen dat begoeden moeten doorgestuurd worden naar privé therapeuten. Om de CGG's tot nadenken aan te zetten heb ik ze vroeger eens provocerend met de stelling geconfronteerd dat ik een aanklacht wegens weigering van zorg zou overwegen wanneer een CGG mij enkel op basis van mijn inkomen zou afwijzen.

Er moeten m.a.w. ook andere criteria voor zorgtoewijzing gelden en ze moeten duidelijk en eenduidig zijn. Men kan de zorg niet zo maar onthouden aan een of andere groep van de bevolking. Men moet steeds geval per geval bekijken.

Men levert in de CGG's ook ernstige inspanningen om de diagnostiek en de indicatiestelling te verbeteren. Dit is immers ook een heel belangrijk gegeven. Men kan de therapeuten weliswaar op koepelniveau stimuleren. Dit vraagt echter ook wetenschappelijke ondersteuning. Dit neemt zijn tijd. Men is in de sector er wel serieus mee bezig in de sector om oneigenlijke hulpvragen te voorkomen.

Zo is er b.v. ook de discussie over de telefonische screening. Een controversiële discussie want er zijn mensen die stellen dat men dit niet mag doen. Sommigen stellen dat men eerst iemand moet zien vooraleer men hem doorverwijst. Doet men dit telefonisch dan is men echter in het wilde weg aan het selecteren. Anderen stellen dat telefonische screening in een deel van de gevallen wel mogelijk is. De waarheid zal in het midden liggen op voorwaarde dat men het niet rigide en arbitrair toepast. Men heeft geen echte houvast.

Ik wil hiermee enkel aangeven dat de sector strategieën en methodieken tracht te ontwikkelen om de instroom te stroomlijnen. Zo kan men ervoor zorgen dat de hulpvragen die men moet beantwoorden ook conform zijn aan de beleidsmatige opdrachten. Er zit hier echter een grijze zone rond.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : De verwijzende instanties werden toch nog niet formeel vastgelegd ?

**De heer Leo Du Laing** : Neen. Trouwens, als men de “toegelaten” verwijzers begint vast te leggen in een lijst, komt men tot een weinig flexibele situatie. In verband met de verwijzing bestaan er duidelijke registratiegegevens, waaruit blijkt dat twee derden van de patiënten naar een CGG doorverwezen worden. In de Centra voor levens- en gezinsvragen daarentegen komen twee derden van de hulpzoekenden op eigen initiatief. Dit toont aan dat die twee voorzieningen eigenlijk een verschillend profiel hebben. Er is wel een “grijze zone”, maar die heeft vaak te maken met de situatie op het terrein inzake beschikbaar hulpverleningsaanbod in de regio.

**De heer Jos Lievens** : Wegens het gebrek aan hulpverleningscapaciteit is het voor de CGG's moeilijk om op alle punten volledig ethisch correct te blijven. Welke patiënten biedt men hulp en welke patiënten verwijst men naar een privé-therapeut, het blijft altijd een afwijzing. Hierbij bestaat het gevaar dat de gesubsidieerde centra, die eigenlijk forfaitair werken, de witte producten zouden worden van de geestelijke gezondheidszorg. Mede door de stimulansen van het decreet moeten de CGG's ook bijzondere aandacht hebben voor personen die zwakker staan op financieel en sociaal vlak. Die aandacht is er, dat blijkt uit de registratiegegevens. Van zodra men echter met te weinig personeel zit en er een overbevraging is, wordt het heel moeilijk om zich toe te gaan leggen op financieel zwakkeren. Als men dan als selectieprocedure zou gaan gebruiken dat enkel die het niet kunnen betalen binnenkomen, dan zit men heel snel in een soort van

witte productsituatie. Men gaat de doelgroep dan immers heel erg beperken. Men stuurt dan immers een aantal mensen door waar men totaal geen zicht meer op heeft. In heel deze materie zijn de privé-psychiaters wellicht nog het meest eerlijk en betrouwbaar. Bij de privé-therapeuten kan men echter met om het even wie geconfronteerd worden. Hiervoor moeten we bijzonder gevoelig blijven. Indien er zich mensen zouden aanbieden die nood hebben aan een multi-disciplinaire aanpak, waarbij het gaat dus om een meervoudige problematiek, dan kan men hen niet de toegang ontzeggen omdat ze elders een privé-therapeut kunnen betalen.

Inzake de registratie bestaat er al vijftiental jaar een systeem, waarbij elk centrum al zijn patiënten registreert op basis van een aantal voor alle CGG uniforme items. Voor de CGG's heeft deze registratie haar nu bewezen, doch met deze schat aan gegevens hebben we tot nu toe te weinig mee kunnen doen. In het kader van het Beter Bestuurlijk Beleid van de Vlaamse overheid en de hieraan gekoppelde automatisering en monitoring de registratie een andere plaats gekregen. De administratie bood aan de CGG's aan om zelf een nieuw registratiesysteem op te zetten. Omtrent de financiering voor het aanmaken van een dergelijk programma rezen recent een aantal problemen, in die zin dat overwogen werd om 50 % van de kostprijs door te rekenen aan de CGG's. Gezien de financiële problemen weten we nog niet wanneer het in werking zal treden, maar vóór 2003 moeten we er niet op rekenen. Ondertussen is het verder sukkelen met het oude programma dat duidelijk aan vervanging toe is. Hoe dan ook staan de koepels achter de plannen, mede omdat het een van de noodzakelijke instrumenten is om een kwaliteitsbeleid te voeren.

**De heer Leo Du Laing** : De kosten mogen echter niet afgetrokken worden van de huidige CGG-enveloppes.

**De heer Jos Lievens** : Teveel wordt er van de CGG's verwacht dat ze allerlei (nieuwe) bijkomende uitgaven maar moeten betalen van de verhoging van de werkingstoelage. Binnenkort rest de CGG's hier niet veel meer van over.

**De heer Leo Du Laing** : Volgens het Vlaams intersectoraal akkoord zouden de vijf extra verlofdagen gefinancierd worden door Maribelmiddelen en de vrijstelling van prestaties voor oudere werknemers met Vlaamse middelen. Om technische redenen heeft men dat omgedraaid zonder de effecten na te gaan.

De middelen volstaan lang niet om het akkoord uit te voeren. De sector krijgt via Maribel IV 14 miljoen frank, maar één uur vrijstelling van prestaties voor oudere werknemers kost reeds meer dan 10 miljoen frank. Het tweede uur kost al iets meer dan 20 miljoen frank en dat stijgt tot 53 miljoen frank. Met de Vlaamse middelen kunnen we vanaf 2002 één dag financieren terwijl de CAO al loopt vanaf 2001. Met veel moeite kunnen we in 2005 tot 5 dagen komen. Het probleem is dat men met lineaire bedragen werkt die gelden voor heel Vlaanderen, zonder onderscheid te maken tussen bv. poetsdiensten en CGG's, ook al verschillen de barema's sterk.

**De heer Jos Lievens :** Ik ben blij dat het advies m.b.t. de psychiatrische thuiszorg mevrouw Riet Van Cleuvenbergen ook heeft aangegrepen. Het gaat hier wel degelijk over zuiver ambulante gelegenheden die daarenboven niet altijd door de klassieke geestelijke gezondheidszorg dient opgenomen te worden. Thuiszorg is naar mijn mening nog altijd thuiszorg. Of het nu psychiatrisch is of niet, in essentie moet het in de eerste plaats daar opgenomen worden. En dat er vanuit zowel residentiële kant, maar zeker vanuit de ambulante kant steun nodig is voor de psychiatrische thuisverplegers, is eigenlijk onze opdracht. We worden daarvoor eigenlijk al voor betaald binnen de reguliere werking. We staan achter de inhoud van het advies, maar het is zeer de vraag hoe een en ander in de praktijk zal uitgebouwd worden.

Het is niet evident om steun te vinden in Wallonië. De CGG's hebben er niet dezelfde ontwikkeling doorgemaakt als in Vlaanderen, waardoor ze lang niet zo soepel kunnen inspelen op de nieuwe ontwikkelingen in de GGZ. Het zijn allemaal nog kleine centra. Omdat de eerstelijnszorg er beperkt is, vervullen de centra veelal die rol. De link met de psychiatrische ziekenhuizen is veel kleiner dan in Vlaanderen. Ze hebben er de voorbije jaren vooral de analytische en familiale therapie ontwikkeld. Veel centra zijn eigenlijk de som van een aantal individuele therapeuten.

In Luik lopen de zaken vrij goed omdat de CGG's daar deel uitmaken van een ruimer psychiatrisch en sociaal netwerk. Maar deze situatie is eerder uitzonderlijk. De Ligue d'Hygiène Mentale de Wallonie is vooral bezig met de ruimere geestelijke gezondheidsproblematiek en is minder direct betrokken bij de psychiatrie en bijvoorbeeld psychiatrische thuiszorg. In de permanente werkgroep van de Nationale Ziekenhuisraad is de Waalse inbreng, tot onze spijt, eerder beperkt. Het ligt meer voor

de hand dat de Waalse CGG's steun zullen zoeken bij ons, dan omgekeerd.

**De heer Leo Du Laing :** De Waalse geestelijke gezondheidszorg verschilt zowel intra- als extramuraal sterk van de Vlaamse. Op federaal niveau merken we dat de meeste zorgvernieuwingsadviezen vanuit Vlaanderen voorgesteld worden. Wallonië luistert ernaar en probeert erop in te spelen, maar neemt zelden het voortouw. Door het eenrichtingsverkeer verloopt alles trager : we moeten onze Waalse collega's steeds overtuigen.

**De heer Jos Lievens :** In de CGG's worden de psychiaters in loondienst vergoed volgens een overeengekomen barema, net zoals de andere medewerkers. Dat is trouwens al altijd zo geweest en het nieuwe decreet verandert niets aan deze situatie. De CGG-psychiaters dienen wel een consultatie op naam van het centrum aan te rekenen. Vroeger gingen de inkomsten van de consultaties terug naar de Vlaamse Gemeenschap door ze af te trekken van de subsidies. Met het nieuwe decreet besliste de minister de lonen van de psychiaters niet te harmoniseren, maar de inkomsten van de consultaties mogen nu wel in het CGG blijven. Hiermee kan de werkgever dan het nodige doen om de verloning van de psychiaters aantrekkelijker te maken. Momenteel geeft dit in de meeste CGG's nogal wat problemen omdat hieromtrent geen duidelijke sectorale afspraken bestaan.

**De heer Leo Du Laing :** Er was ook een technisch probleem : in de ziekenhuissector is het aantal psychiaters met een bediendenstatuut beperkt en er zijn geen referentiebarema's waarmee we hadden kunnen gelijkgeschakelen. We konden alleen het CGG-barema behouden, namelijk het barema 13.3. Binnen dat barema was één uur 1/38ste van het barema. Binnen de ziekenhuissector is één uur 1/24ste van een voltijdse functie. Dat zou neerkomen op een loonsverhoging met 56 procent, wat niet evident was. Bovendien vreesde de vorige minister voor een kettingreactie als hij de norm voor een voltijdse functie op 24 uren zou brengen. Daarom heeft men uiteindelijk beslist dat de centra de honoraria konden houden en daarmee zelf maar een opwaardering moeten doorvoeren. De werkgevers moesten het dus zelf oplossen.

De psychiaters vroegen daarom wanneer hun opwaardering er zou komen omdat ze ervan uitgingen dat de centra al beschikten over die honoraria. Maar in de voorschortenregeling werden de honoraria nog van de enveloppe afgetrokken. Als men ooit afrekent, zullen die middelen vrijkomen maar hic et nunc voor het jaar 2000 zijn die middelen

nog niet in handen van de centra waardoor een opwaardering onmogelijk was. Maar in de toekomst kan dat met terugwerkende kracht gebeuren. Er is echter geen sprake van een klassieke barema-opwaardering.

Het werken in teams wordt trouwens al beloond. De toezichtshonoraria hebben ook betrekking op werk dat niet prestatiegebonden is en op een globale manier wordt gehonoreerd.

**De heer Jos Lievens** : Er werd een vraag gesteld over stimuli om met de maatschappelijke netwerken te werken. Dat varieert in functie van de complexiteit van de problemen. Voor bepaalde doelgroepen, zoals bijvoorbeeld de bejaarden, is dit zeer belangrijk.

Deze vraag brengt ons bij een belangrijk aandachtspunt van onze sector. De psychotherapie heeft, na de introductie van de medicatie in de psychiatrie vanaf de jaren zeventig de CGG's sterk beïnvloed. Maatschappelijk werkers, psychologen en psychiaters moesten psychotherapeut zijn om in onze sector terecht te kunnen. Dit heeft als gevolg dat er nog weinig maatschappelijke werker niet-therapeuten in de CGG's werkzaam zijn. Dat is bijzonder jammer, omdat het ondersteunen van die maatschappelijke netwerken zeer belangrijk is voor een deel van onze doelgroep. Doordat de CGG's deze diensten weinig aanbieden, verenigen ze als het ware onze doelgroep tot patiënten die voor psychotherapie in aanmerking komen.

Op deze manier staat niet de patiënt centraal. Men raakt hier een gevoelige snaar omdat de meningen hieromtrent verdeeld zijn. Naar mijn mening moeten we de maatschappelijke werker opnieuw een plaats geven in de CGG's. Hiervoor is een mentaliteitswijziging nodig, wat niet makkelijk is.

**De heer Jan Van Duppen** : De kinderpsychiaters zijn allemaal weg, gerontopsychiaters zijn er nog niet. En de rest zien jullie verdwijnen ?

**De heer Leo Du Laing** : Ze verdwijnen niet alleen bij ons, ze verdwijnen ook uit de ziekenhuizen. Ze stappen naar de privé-sector of gaan naar Nederland.

De bevoegdheidsverdeling speelt daarin mee. De federale overheid heeft terecht beslist om de toezichtshonoraria voor psychiaters te verhogen, terwijl er in Vlaanderen niets gebeurt in de ambulante sector. Zo wordt er een niet-convergent beleid gevoerd.

**De heer Jos Lievens** : Een psychiater in een MPI (medisch-pedagogisch instituut) heeft hetzelfde loon als de psychiaters in de CGG, maar hij moet daar maar 24 uren per week voor werken. In een CGG is dit nog steeds 38 uur. Wat we zien is dat er veel gewerkt wordt met jonge psychiaters, die na hun opleiding in het CGG weer vertrekken. U merkt terecht op dat dit een probleem is, ook in de CGG's.

**Mevrouw Patricia Ceysens, voorzitter** : Als ik het goed begrijp, dringt een federaal overleg zich dus op. De sector wordt immers bestempeld als kerncompetent en zou een belangrijke schakel vormen, maar daar staat in de praktijk niets tegenover.

**De heer Jos Lievens** : Wij vragen duidelijk een permanent overleg met de federale ministers verantwoordelijk voor gezondheidszorg, maar hiervoor missen wij vooral een eigen Vlaams beleid. In de beleidsnota van minister Vogels wordt de geestelijke gezondheidszorg stiefmoederlijk behandeld. Er wordt eigenlijk geen echt beleidskader aangereikt, tenzij dan wat er nu al in het decreet GGZ aangegeven wordt. In de beleidsnota voor GGZ van minister Aelvoet worden wel degelijk een aantal lijnen getrokken. Wat is echter de visie van de Vlaamse regering ? Wij missen een globaal kader dat complementair is met en aansluit op het federale kader. Een decreet is immers slechts een operationalisering van het beleid.

Als we zo'n kader hebben, kunnen gesprekken worden gevoerd over wie wat zal doen en zich ook verantwoordelijk stellen op het vlak van de budgetten. Onze cruciale vraag blijft : Waarom zouden de federale middelen niet naar ambulante diensten kunnen gaan ? Er gebeurt al wat in die zin via RIZIV-conventies, maar dergelijke conventies bevinden zich eigenlijk buiten het wettelijk kader. Het gaat dan om individuele toekenningen. In Wallonië zie je dat veel, in Vlaanderen minder. Een algemeen beleid ontbreekt wel op die manier of wordt op zijn minst bemoeilijkt.

**De heer Ria Van Den Heuvel** : We moeten deze problematiek inderdaad aanpakken. Het verzoekschrift van de heer Peper vormt de aanleiding van deze hoorzitting. Het wordt duidelijk dat een ruimere behandeling zich opdringt. We moeten nagaan wat we willen doen voor de geestelijke gezondheidszorg. Misschien kunnen we het decreet gebruiken als aanleiding voor een soort van evaluatiemoment. De knelpunten die hier naar voren werden gebracht, zijn immers terecht.

**De heer Leo Du Laing** : Het beleid voor de zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg werd op een interministeriële conferentie onderschreven door alle betrokkenen. De basisprincipes werden in het decreet over de geestelijke gezondheidszorg ingeschreven. In Vlaanderen heeft men te vaak de reflex dat de zorgvernieuwing en de geestelijke gezondheidszorg zuiver federale bevoedheden zijn, en men legt zich daarom toe op het welzijnsbeleid. Vlaanderen heeft volgens ons echter ook een rol te spelen in de zorgvernieuwing en de geestelijke gezondheidszorg.

**Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen** : De commissieleden kunnen misschien nagaan of we niets kunnen doen in de vorm van een resolutie. Een decretaal initiatief is niet nodig, omdat de eensgezindheid in de sector zo groot is. Het decreet is in november 2000 in werking getreden. Ik wist niet dat er nog zoveel werk aan de winkel was.

*De verslaggevers,*

Sonja BECQ  
Koen HELSEN

*De voorzitter,*

Patricia CEYSENS

---