



Vlaams
Parlement

ingediend op **1177** (2016-2017) – Nr. 2
20 november 2017 (2017-2018)

Verslag van de hoorzittingen

namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
uitgebracht door Vera Jans en Peter Persyn

over de nota van de Vlaamse Regering

ingediend door minister Jo Vandeuren

Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Voorzitter: Bart Van Malderen.

Vaste leden:

Danielle Godderis-T'Jonck, Lies Jans, Lorin Parys, Peter Persyn, Elke Sleurs, Tine van der Vloet;
Griet Coppé, Cindy Franssen, Vera Jans, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Martine Taelman;
Freya Van den Bossche, Bart Van Malderen;
Elke Van den Brandt.

Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Vera Celis, Cathy Coudyser, Koen Daniëls, Ingeborg De Meulemeester,
Manuela Van Werde;
Sonja Claes, Dirk de Kort, Kathleen Helsen, Tinne Rombouts;
Jo De Ro, Emmily Talpe;
Jan Bertels, Bert Moyaers;
Elisabeth Meuleman.

Toegevoegde leden:

Ortwin Depoortere.

Documenten in het dossier:

1177 (2016-2017) – Nr. 1: Nota van de Vlaamse Regering

INHOUD

I.	Uiteenzetting door Dries De Smet, coördinator, en Jo Van de Walle, Vlaamse Jeugdraad	6
II.	Vragen van de leden	8
III.	Uiteenzetting door Jan Delvaux, bestuurslid, en Geert Van Isterdael, UilenSpiegel.....	10
	1. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019	10
	2. Toegankelijkheid van de zorg	10
	3. Erken het belang van ervaringsdeskundigheid	11
	4. Vermaatschappelijking is meer dan ambulante hulp en gespecialiseerde arbeidstrajecten	11
	5. Ergernissen	12
IV.	Vragen van de leden	12
V.	Uiteenzetting door Isabel Moens, directeur Geestelijke Gezondheidszorg, Zorgnet-Icuro.....	15
	1. Voorafgaande bedenkingen	15
	2. Uitgangspunten van het SAR-advies blijven gelden.....	15
	3. SAR-prioriteiten.....	16
	4. Budgettaire engagementen.....	18
	5. Bewaken, bevorderen en ondersteunen van kwaliteit en patiëntveiligheid	18
	6. Besluit	19
VI.	Vragen van de leden	19
VII.	Uiteenzetting door Els Heene, Universiteit Gent, en Nathalie Haeck, De Koppeling	20
	1. Inleiding.....	20
	2. Kloof tussen vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg? .	21
	3. Werkzaamheid, pathologie en evaluatie?.....	21
	4. Transdiagnostisch?.....	21
	5. Generalistisch?.....	21
	6. Non-specifieke factoren?	22
	7. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.....	22
	8. 'Transmurale' psychologie (2003).....	22

9.	Drie echelons in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (2014)	22
10.	Verwijsmodel geestelijke gezondheidszorg Nederland	22
11.	$K = O \times P$	23
12.	Doelen vanuit een meersporenbeleid	23
13.	DAP-onderzoek	23
14.	Indigo-onderzoek	24
15.	Effectenonderzoek behandeling PrOp-model	24
16.	PrOP-model	24
17.	Op vraag van en/of in samenwerking met	25
18.	Nood aan kortdurend behandelmodel in Vlaanderen?	25
19.	Permanente vorming eerstelijnspsychologische zorg	25
20.	Wat zijn de belangrijke voorwaarden voor ELP in Vlaanderen?	26
21.	ELP in Vlaanderen: integratie in plaats van fragmentatie	26
22.	ELP in Vlaanderen: less is more	26
23.	ELP in Vlaanderen: the time is now	26
VIII.	Vragen van de leden	27
IX.	Antwoord van Els Heene en Nathalie Haeck	28
X.	Uiteenzetting door Jo Gommers, directeur CGG groep LITP (Limburgs Initiatief voor Therapie en Integrale Personenzorg)	32
1.	Groep LITP	32
2.	Uitgangspunten Vlaams actieplan	32
3.	LITP-visie	32
4.	Centra voor geestelijke gezondheidszorg	33
5.	Afstemming met federale ontwikkelingen – artikel 107	33
6.	Kinderen en jongeren	34
7.	Eerstelijnspsychologische functie	34
8.	Werkingsgebieden	34
9.	Financiering	35
XI.	Uiteenzetting door Pieter Vanvolsem, directeur CAR Buggenhout	35
1.	Situering CAR's	35
2.	Visie van de CAR's op het Vlaams actieplan	36

XII. Uiteenzetting door Lieven Lust, netwerkcoördinator, Netwerk ggz Midden West-Vlaanderen	37
XIII. Vragen van de leden	41
XIV. Uiteenzetting door Philippe Delespaul, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University	48
1. Inleiding.....	48
2. Wat elke beleidsmaker moet weten	48
3. WHO Global Burden of Disease.....	48
4. Budget geestelijke gezondheidszorg.....	48
5. Nationaal plan voor psychisch welbevinden 2017-2027	49
6. De NieuweGGZ(.nl).....	49
7. Wat is psychisch lijden?.....	49
8. Psychopathologie: een variabele handicap in de tijd	50
9. Kleinschalige integratie als organisatiemodel	50
10. Virtuele patiënt	50
11. Management van kwetsbaarheid en weerbaarheid over domeinen .	51
12. Per definitie lokale zorg	51
13. Het dagelijkse leven als referentie	51
14. Bouwen aan weerbare gemeenschappen.....	51
XV. Uiteenzetting door Lieve Van Den Bossche, directeur, Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg	52
1. Visie en basisprincipes	52
2. Preventie.....	52
3. Zorg	53
4. Generalistische basiszorg.....	53
5. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg	53
6. WHO Service Organization Pyramid for an optimal Mix of Services for Mental Health.....	54
XVI. Vragen van de leden	54
Gebruikte afkortingen	59

Bijlagen: zie [dossierpagina](#) op www.vlaamsparlement.be

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hield op 19 en 20 oktober 2017 hoorzittingen over de nota van de Vlaamse Regering 'Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019'.

De commissie hoorde achtereenvolgens Dries De Smet, coördinator, en Jo Van de Walle, Vlaamse Jeugdraad; Jan Delvaux, bestuurslid, en Geert Van Isterdael, UilenSpiegel; Isabel Moens, directeur Geestelijke Gezondheidszorg, Zorgnet-Icuro; Els Heene, Universiteit Gent, en Nathalie Haeck, De Koppeling; Jo Gommers, directeur CGG groep LITP; Pieter Vanvolsem, directeur, CAR Buggenhout; Lieven Lust, netwerkcoördinator, Netwerk ggz Midden West-Vlaanderen; Philippe Delespaul, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University; en Lieve Van Den Bossche, directeur, Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg.

De bijlagen zijn terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

I. Uiteenzetting door Dries De Smet, coördinator, en Jo Van de Walle, Vlaamse Jeugdraad

Jo Van de Walle zegt dat de Vlaamse Jeugdraad intekende op de gestructureerde dialoog, een initiatief van Europa om jongeren te betrekken bij het Europese beleid. De Vlaamse Jeugdraad focust daarin op een thema dat te weinig aan bod komt in beleid en maatschappij, namelijk het welbevinden en welzijn van kinderen en jongeren. Gemiddeld zegt één op drie jongeren niet goed in zijn vel te zitten, wat een sterke stijging is ten opzichte van enkele jaren geleden. De kosten daarvan vallen niet te onderschatten, maatschappelijk maar ook economisch. De Vlaamse Jeugdraad heeft niet de psychische problemen van jongeren beschreven, maar in kaart gebracht wat ze precies nodig hebben om er beter mee om te kunnen en zich beter in hun vel te voelen. Als doelgroep heeft hij de 14- tot 25-jarigen gekozen, een leeftijdsfase waarin jongeren heel wat transities doormaken. Daarmee wil hij zeker het psychisch welzijn van kinderen niet minimaliseren, maar in participatietrajecten is focus belangrijk voor een sterk en eenduidig verhaal.

Een werkgroep van jongeren van om en bij de 20 jaar werkte achttien maanden aan een advies. Vooreerst vroegen ze de mening van experts, onder andere het Kinderrechtencommissariaat, Awel, Peter Adriaenssens, het Agentschap Jongerenwelzijn en het kabinet om na te gaan wat er in het beleid en de maatschappij leeft, waar de Vlaamse Jeugdraad meerwaarde kan betekenen in het debat en hoe hij de stem van jongeren kan vertolken. Op een startmoment met jongeren, beleidsmakers en experts werden de eerste lijnen uitgezet en de focus bepaald. Uit die gesprekken is dan een online-enquête gedistilleerd, waarop 1124 jongeren tussen 16 en 25 jaar, maar vooral 16-17-jarigen en 19-20-jarigen, antwoordden. Een ontstellende 38 percent van de geënquêteerden geeft aan met psychische problemen te kampen: ze antwoordden bevestigend op de vraag of ze zich al lang niet goed in hun vel voelden, en of dat impact had op hun sociaal leven, school en/of werk. De resultaten heeft de Vlaamse Jeugdraad voorgelegd op verschillende Europese jeugdconferenties. Daar kon hij peilen naar waar de andere landen mee bezig zijn en hoe zij naar dat probleem kijken. Omdat niet alle jongeren online-enquêtes invullen, ging de Vlaamse Jeugdraad bij tien heel diverse jongerengroepen langs voor een focusgesprek: Habbekrats, het psychiatrisch centrum De Kaap, Groep Holebi-jongeren enzovoort. In maart 2017 organiseerde de Vlaamse Jeugdraad een dialoogmoment met jongeren en met experts om de ontwerpaanbevelingen te bespreken en aan te passen. De laatste fase in het traject was het advies waaruit de relevante delen worden toegelicht.

Vooreerst benadrukt Jo Van de Walle dat het psychisch welzijn in veel levensdomeinen speelt, en daardoor raakt aan veel beleidsdomeinen, niet enkel Welzijn, maar ook Onderwijs, Werk enzovoort. Veel jongeren hebben psychische problemen

en niet allen worden gehoord. Op de enquête zegt één op drie jongeren met psychische problemen in begeleiding te zijn. 60 percent van de jongeren die niet goed in hun vel zitten, geven maatschappelijke verwachtingen als oorzaak. Maatschappelijke druk is niet gemakkelijk aan te pakken. De Vlaamse Jeugdraad focust op bewustwording en vraagt bewindvoerders na te denken over hoe het beleid de druk op kinderen en jongeren kan verminderen.

In gesprekken met jongeren bleek informatie over psychisch welzijn niet optimaal te zijn. Jongeren weten niet met welk probleem ze waar terecht kunnen en hoe het hulpaanbod eruitziet. Daarom vraagt de Vlaamse Jeugdraad om versterking maar ook om verbinding. Nieuwe informatiebronnen zijn niet nodig, want er zijn veel goede websites en brochures. Jongeren vinden ze echter niet. Het volstaat ze beter bekend te maken. De Vlaamse Jeugdraad vraagt meer samenwerking tussen informatiepartners, een beter overzicht op maat van jongeren, maar vooral structurele en duurzame promotie onder kinderen, jongeren en ondersteuners zoals ouders, leerkrachten en vrienden.

De Vlaamse Jeugdraad hamert sterk op het belang van preventieve hulp, dus van de eerste en de nulde lijn. Over geen enkele telefoonlijn of informatiechat hoorde de Vlaamse Jeugdraad eenduidig positieve commentaar. Persoonlijk contact, wat ook online mogelijk is, is cruciaal om de drempel met de hulp te overwinnen, daarom vraagt de Vlaamse Jeugdraad die onlinediensten te versterken. Een jongere die de stap naar hulp zet, mag niet terechtkomen bij een telefoonlijn met bezettoon of een chatbox die zijn bericht niet beantwoordt.

Voorts is er nog te weinig betaalbare en toegankelijke eerstelijns hulp voor jongeren. Jongeren zoeken plaatsen waar het aangenaam is om te vertoeven en ze een luisterend oor vinden, ook van leeftijdsgenoten, zoals de Rodeneuzenhuizen. De prijs van hulp is een van de grootste drempels: 71 percent vindt dat het betaalbaar of goedkoper moet, en één op twee vindt dat het gratis moet zijn. Rechtstreeks toegankelijke eerstelijns hulp kan een oplossing bieden.

Het taboe bij jongeren over psychisch welzijn heeft twee aspecten: erover praten en naar een hulpverlener stappen. Thans worden jongeren uit de klas gehaald om met het CLB te praten, waardoor iedereen ziet dat hij of zij een probleem heeft. De overheid moet blijven inzetten op het proactief doorbreken van taboe en stigma. Jo Van de Walle roemt de sensibiliseringscampagnes in die zin. Ook de campagne Zelfzorg wil jongeren leren meer voor zichzelf te zorgen. Het is goed dat de Vlaamse Jeugdraad daaraan mee kon werken, want taboes doorbreken kan niet zonder jongeren zelf. Hij pleit ook voor budgetten om kleinschalige projecten te steunen die jongeren zelf opzetten. Voor de andere van de dertien adviespunten verwijst hij naar het advies zelf.

Dries De Smet concludeert dat voor de Vlaamse Jeugdraad de overheid vooral moet inzetten op preventie. Dat kan door duidelijke informatie en campagnes in cocreatie met jongeren. Naast de gestructureerde dialoog heeft Europa over deze kwestie ook de richtlijn Mental Health in All Policies. Conform die richtlijn reikt de Vlaamse Jeugdraad Onderwijs de hand, maar ook het jeugdwerk zelf heeft een rol te spelen.

De Vlaamse overheid beschikt over een intersectoraal instrument voor dat beleid, namelijk het Vlaams Jeugd- en Kinderrechtenbeleidsplan 2015-2019 (*Parl.St. VI.Parl. 2015-16, nr. 449/1*), een uitgebreid document met veel acties en indicatoren. Volgens het Kinderrechtencommissariaat en andere eigenlijk te veel om concrete plannen op te enten. Daarom is de Vlaamse Jeugdraad met het kabinet en de administratie Jeugd aan het nadenken over hoe dat gebalder te maken. Een plan waarin de verschillende ministers concrete engagementen opnemen, die ze bekrachtigen in hun beleidsbrieven, kan werken.

Jongeren verliezen de weg tussen het grote aanbod van (overheids)sites. Het is belangrijk dat ze betrouwbare sites vinden. Momenteel wordt er gewerkt aan een intersectoraal communicatieplatform. In september 2017 is daarover een concept-nota toegelicht in de commissie Jeugd (*Parl.St.* VI.Parl. 2016-17, nr. 999/1). De Ambrassade speelt een belangrijke coördinerende rol, maar ook Awel, het Kinderrechtencommissariaat, de Vlaamse Scholierenkoepel, het Cultureel Jongerenpaspoort, BILL, de hulplijn 1712 en andere doen mee. Daarvoor zijn er al middelen vrijgemaakt, maar misschien kan het beleidsdomein Welzijn nog extra bijdragen. Aansturing van het platform door de verschillende domeinen kan er een echte digitale wegwijzer van maken.

II. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt is onder de indruk van het advies, en de toegankelijke en waardevolle conclusies. Dat jongeren met problemen maatschappelijke druk als oorzaak ervaren, wekt geen verbazing, maar het hoge percentage wel. Is dat over de jaren veranderd? Ook voor haar was het als zestienjarige een hele geruststelling van een veertigjarige te horen dat hij zich beter voelde dan tijdens zijn puberteit. De Vlaamse Jeugdraad pleit voor een aangename plek waar jongeren hulp kunnen vinden. Zijn aparte lokalen zoals Rodeneuzenhuizen het beste, of wordt de hulp beter aangeboden in jeugthuizen en dergelijke?

Vera Jans bewierookt de inspanningen van de Vlaamse Jeugdraad. Ze onthoudt dat de informatie beter gebundeld moet worden voor kinderen, jongeren en hun ondersteuners. Ze vraagt hoe de kwaliteit van online-initiatieven kan worden gewaarborgd.

Tegen psychischwelzijnsdoelstellingen in de eindtermen staat het lid huiverachtig. Hoe evalueert de Vlaamse Jeugdraad de interventies van het CLB? Maatschappelijke druk is een vaak voorkomende klacht, maar het lid ziet niet in hoe het beleid daar iets kan aan doen en vraagt daar suggesties voor. Het Vlaams Jeugd- en Kinderrechtenbeleidsplan is een goed instrument, maar de kwestie is hoe dat afdwingbaar te maken. Zeggen dat er aandacht voor moet zijn en er twee paragrafen in de beleidsnota over schrijven, lost niets op. Dat is echter denkwerk voor het Vlaams Parlement.

Ortwin Depoortere vraagt of de Vlaamse Jeugdraad ook de ouders bevraagd heeft. Is aan jongeren gevraagd hoe ze de inbreng van hun ouders ervaren? In een traject van bijvoorbeeld eerstelijns hulp moeten ook ouders een stimulerende en ondersteunende rol krijgen. Waar wil de Vlaamse Jeugdraad de extra middelen voor eerstelijns hulp aan besteden: meer plaatsen of een betere opleiding van de hulpverleners? Dat de Vlaamse Jeugdraad pleit voor een structurele inbedding in de eindtermen, doet hem denken dat onderwijs daar niet voldoende mee bezig is. Op basis waarvan concludeert de Vlaamse Jeugdraad dat? En hoe dat aan te pakken?

Het verwondert *Björn Anseeuw* niet dat de vraag om hulpverlening bij jongeren groot is gezien de hoge maatschappelijke verwachtingen gecombineerd met de levensfase. Er zijn online-initiatieven genoeg, maar uit cijfers blijkt dat sommige aan populariteit verliezen. Wat suggereert de Vlaamse Jeugdraad: een portaalsite met links of één site met alle informatie? Ook hij vraagt of jeugdhulp best in andere gezellige jeugd ontmoetingsplaatsen aangeboden wordt, dan wel of er beter aparte lokalen voor zijn. Hoewel hij vindt dat elkeen die jongeren begeleidt, sportclubs bijvoorbeeld, alert moet zijn voor psychische problemen bij jongeren, vindt hij hulpverlening in de sportclub zelf niet evident.

Ook *Freya Van den Bossche* informeert naar de evolutie van dat gebrek aan welbevinden bij jongeren. Hoe scoort Vlaanderen in verhouding tot de andere Europese

landen? Kan Vlaanderen van andere landen leren? Mentale gezondheid hoort inderdaad thuis in 'all policies', maar het ontbreekt aan tips en voorstellen om het concreet te maken. Is het niet beter dergelijk plan uit te breiden met concrete maatregelen in andere beleidsdomeinen? Heeft de Vlaamse Jeugdraad daar voorstellen voor? Ze vraagt wat er precies ontbreekt in de toegankelijke en betaalbare zorg. Ze onderschrijft ten slotte het pleidooi van de Vlaamse Jeugdraad voor cocreatie van campagnes en voor capaciteitsuitbreiding.

Dries De Smet zegt dat jongerenorganisaties in eerste instantie bevreemd reageerden op de Rodeneuzenhuizen omdat ze vonden dat ze zelf lokalen genoeg hadden. Een nieuw huis mag dan bereikbaar, laagdrempelig en toegankelijk zijn, maar hoe jongeren er naartoe krijgen? Er zijn veel jeugdhuizen, jeugdlokalen of jeugdverenigingen waar jongeren zich veilig voelen, en waar ze een vertrouwensband hebben met mensen. Als hulpverleners daar aanwezig zijn, kan de brug naar hulp sneller geslagen worden. Rodeneuzenhuizen zijn goed, maar de hulpverleners moeten jongeren opzoeken en ze naar daar uitnodigen. Ook de Vlaamse Jeugdraad heeft ervaren dat jongeren niet gemakkelijk te overtuigen zijn om naar Brussel te komen, maar gemakkelijker praten in hun eigen vertrouwde omgeving. Dan voelen ze zich comfortabel genoeg voor een gesprek over moeilijke thema's.

Doordat het thema beter bespreekbaar wordt, durven jongeren hun problemen gemakkelijker uit te spreken. Dat verklaart de stijging. De maatschappelijke druk is al lang hoog, maar de sociale media met de immer mooie verhalen doen daar natuurlijk geen goed aan.

Jo Van de Walle weet dat Habbekrats Antwerpen met het Therapeutisch Huis voor Jongeren samenwerkt met geregelde wederzijdse bezoeken. De pedagogische en psychologische ondersteuning valt vaak op de schouders van de jeugdwerker, maar die is daar niet altijd deskundig in. Samenwerking tussen Welzijn en Jeugd heeft dus nog heel wat potentie.

Het advies is gebaseerd op de studie ADOCARE onder coördinatie van professor Van Audenhove, een vergelijkende studie over de hulpverlening en de toestand van de jeugd. De Vlaamse Jeugdraad heeft ook gepraat met de Nederlandse tegenhanger over hun visie op onder andere ervaringsdeskundigheid, taboes en organisatie van hulpverlening. In Nederland zijn er begeleidingshuizen, volledig gerund door ervaringsdeskundigen. In de hogeschoolopleidingen is een vak Ervaringsdeskundigheid geïntegreerd.

Jongereninformatie van goede kwaliteit krijgt het 'Trusty-label'. De commissie Jeugdinformatie brengt ook jeugdinformatiepartners samen van verschillende beleidsdomeinen om een standpunt in te nemen over het aanbod en het, zo het voldoet aan de principes, het Trusty-label toe te kennen.

De Vlaamse Jeugdraad was al op het kabinet-Crevits om te praten over het nieuwe decreet over de leerlingenbegeleiding. Veel jongeren kennen enkel het medisch onderzoek en niet de psychopedagogische functie. Ook daar moeten ze mee kennismaken op school. Ook hier adviseert de Vlaamse Jeugdraad om de hulpverlening aan te bieden op plaatsen waar jongeren toch al vertoeven, dus op school. Jongeren moeten weten dat ze er terechtkunnen voor kleine en grote problemen: een aanspreekpunt op school, met CLB, zorgcoördinator, zorgleerkrachten of leerlingen als partners. De spreker was trouwens blij verrast dat de erkenning van een school afhankelijk gemaakt wordt van zijn zorgbeleid.

In het ideale geval wordt een jongere, zo een lijn bezet is of er niemand opneemt, automatisch doorgeschakeld naar een andere hulplijn. De verschillende online-aanbieders moeten hun aanbod voldoende op elkaar afstemmen, zodat de jongere de meest deskundige hulp krijgt. Dat neemt niet weg dat expertisedeling nodig

is. De Vlaamse Jeugdraad pleit voor een warme doorverwijzing, wat betekent dat niemand een tweede keer moet bellen om zijn verhaal te doen.

Dries De Smet vertelt tot slot dat de Vlaamse Jeugdraad in de zomer van 2017 achthonderd jongeren ondervroeg over de nieuwe prioriteiten vanaf 2018. Psychisch welzijn was de afgelopen drie jaar een prioriteit. Je goed in je vel voelen staat wederom bovenaan de lijst, waarop een groter publiek kan stemmen. Het thema blijft bijna zeker een prioriteit.

III. Uiteenzetting door Jan Delvaux, bestuurslid, en Geert Van Isterdael, UilenSpiegel

Jan Delvaux legt uit dat UilenSpiegel een vereniging is van en voor mensen met een psychische aandoening. Onder patiëntenverenigingen valt UilenSpiegel op door zijn inspanningen voor belangenbehartiging en participatie. Dankzij de artikel 107-projecten en de federale overheid mag ze overal mee aan tafel zitten. Beide sprekers zijn ervaringsdeskundigen die ooit diep hebben gezeten maar er, ondanks het ontbreken van hulp, toch uitgeraakt zijn. De zes pijlers van de vereniging zijn: lotgenotencontact; belangenbehartiging; participatie; informeren onder andere met een tijdschrift, een website en de sociale media; vormen en sensibiliseren; en herstel en ervaringsdeskundigheid. UilenSpiegel is kernlid van OpGanG, de koepel van de patiëntenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. De spreker is patiëntvertegenwoordiger in diverse netwerken en overlegplatforms. Hij was voorzitter maar is thans erevoorzitter, bestuurslid en begeleider van praatgroepen.

1. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019

UilenSpiegel is vooraf geraadpleegd over het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019. Het eindresultaat krijgt van de vereniging 6,5 op 10; geslaagd maar het kon beter. Het bevat veel goede intenties, maar weinig acties. Positief is dat het de leidende principes van de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg bevat: herstel, kwartiermaken, vermaatschappelijking, 'mental health in all policies' enzovoort. Mooie intenties, maar hoe die uitgevoerd worden valt nog af te wachten. De overheid maakt zich terecht zorgen over de hoge en groeiende kosten voor de behandeling van psychische stoornissen. Hoewel het niet gemakkelijk te becijferen is, hebben onderzoekers in Groot-Brittannië berekend dat de kosten alleen maar zullen stijgen tenzij geïnvesteerd wordt. Iedere investering zou op termijn het drievoudige opleveren. Slechts 6 percent van het gezondheidsbudget gaat naar geestelijke gezondheidszorg. Dat is heel wat minder dan in andere landen.

2. Toegankelijkheid van de zorg

UilenSpiegel vraagt vooreerst acties om de zorg toegankelijker te maken. Mensen met een klein inkomen hebben geen geld voor een onafhankelijke psycholoog en komen op lange wachtlijsten voor betaalbare hulp terecht. Voor hen vraagt UilenSpiegel snelle toegang tot de geestelijke gezondheidszorg.

Samen met de rest van de sector vraagt de vereniging duidelijke zorgtrajecten: geen ratjetoe waar zelfs de artsen de weg niet in vinden. Thans wenden heel wat mensen zich onmiddellijk tot een psychiatrisch ziekenhuis, omdat de rest van de geestelijke gezondheidszorg op dat vlak faalt.

Een andere vraag is aandacht voor bijzondere doelgroepen zoals mensen met dubbeldiagnose, kinderen en jongeren, geïnterneerden en regio's met hogere suïcidecijfers. In de Westhoek is het suïdecijfer bijna drie keer zo hoog als in de

regio met de laagste cijfers. Daar zijn vele redenen voor, maar één ervan is het nagenoeg ontbreken van toegankelijke geestelijke gezondheidszorg.

Mensen met een psychische aandoening hebben vaak ook lichamelijke klachten. Ze sterven tien tot vijftien jaar eerder dan de gemiddelde burger. Daarom vraagt de spreker aandacht voor comorbiditeit.

Zelfs met de inzet van mobiele teams verloopt de overgang van residentiële zorg naar de zorg in de eerste lijn moeilijk. Tussen de diensten zijn er nog altijd schotten die dat bemoeilijken. Vaak is de tijd besteed aan het overleg groter dan aan de zorg.

De blinde vlekken op de kaart raken maar niet ingevuld: de Westhoek, het zuidelijke deel van Oost-Vlaanderen, de Vlaamse Ardennen, Limburg, een deel van de Kempen en het Pajottenland. De geestelijke gezondheidszorg is te weinig gespreid over het grondgebied.

3. Erken het belang van ervaringsdeskundigheid

UilenSpiegel wil dat het belang van ervaringsdeskundigheid erkend wordt. Dat staat enkel vermeld in de concrete actie 6.8. De vereniging wil participatie op micro-, meso- en macroniveau. Cocreatie in de zorg moet in de erkenningsnormen van de instellingen vervat zijn. Thans heeft de kwaliteitsindicator 'patiëntenparticipatie' geen dwingend karakter. De minister stimuleert de instellingen evenmin om beter te scoren op die indicator. Voor UilenSpiegel moet beleidsparticipatie in instellingen door de overheid gestimuleerd worden. De overheid moet directiever zijn voor de zachte sector.

UilenSpiegel vraagt opleiding, vooralsnog zijn er geen erkende vormen (in het dagonderwijs), hoewel dat in één hogeschool hangende is. UilenSpiegel telt een zeventigtal vrijwilligers. Die ervaringsdeskundigen verrichten goed werk, maar worden er niet voor vergoed. Dat is dan wel de essentie van vrijwilligerswerk, maar maakt dat ze geneigd zijn na enige tijd af te haken. Door structurele steun aan patiëntenorganisaties die inzetten op lotgenotencontact met een preventief en curatief effect, vorming, beleidsparticipatie en beeldvorming valideert de overheid ervaringsdeskundigheid.

4. Vermaatschappelijking is meer dan ambulante hulp en gespecialiseerde arbeidstrajecten

Mobiele teams verrichten goed werk en er mogen er meer van zijn. Bij de VDAB is er een gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst. Er zijn echter enkele schakels vergeten. Zo is het aantal T-bedden voor mensen met een chronische aandoening verminderd. Een aantal leeft in een huis van slechte kwaliteit of heeft zelfs helemaal geen huis. Alle studies bewijzen dat de psychische gezondheid leidt onder slechte behuizing. Housing First bewijst dat mensen eerst een dak boven hun hoofd moeten hebben om te kunnen opleven en opnieuw een functie op te nemen in de maatschappij.

Er is ook behoefte aan veilige ontmoetingsplaatsen en ontspanningsmogelijkheden. Eigenlijk is er zo maar één plaats, namelijk Poco Loco in Gent. In het gewone wijkcentrum worden de mensen met de vinger gewezen. Reguliere initiatieven en sociale verhuurders krijgen meer verwarde personen over de vloer. Zij hebben daarvoor extra ondersteuning nodig. De netwerken hebben daar onvoldoende middelen voor. Hij waarschuwt ervoor dat de geplande verdere afbouw van T-bedden zal zorgen voor een toevloed van mensen met chronische ziektes in sociale woonblokken of desnoods onder bruggen. De eerstelijnspsychologische functie werkt met één personeelslid per provincie. Ook zijn er enkele OCMW's die

een psycholoog in dienst hebben of huisartsen die met een psycholoog samenwerken, maar hun aantal is veel te klein. Een betere spreiding is aangewezen. UilenSpiegel beseft dat de terugbetaling van eerstelijnspsychotherapeuten valt onder de federale overheid en het RIZIV, maar over het algemeen zijn er gewoon te weinig middelen voor functies 1, 3 en 5.

5. Ergernissen

UilenSpiegel ergert zich aan de staatshervorming want de schotten tussen de federale bevoegdheden en gemeenschapsbevoegdheden blijken onoverschrijdbaar. Wat er ook gezegd wordt in het overlegorgaan, middelen overhevelen van het ene naar het andere beleidsniveau blijft moeilijk. De cgg's kregen meer opdrachten en doelgroepen zonder veel extra budgetten waardoor de gewone burger met een psychisch probleem in de kou blijft staan. Wie een depressie heeft, hoort meteen geholpen te worden. UilenSpiegel vraagt de overheid de duizenden vzw's in de zorg tot grotere entiteiten te dwingen zodat de middelen efficiënter kunnen worden ingezet. Zelfs het nieuwe Vlaamse steunpunt zal niet meer dan een vzw naast de andere zijn. Personeel moet te veel tijd besteden aan registreren en vergaderen. Patiëntentijd wordt opgeofferd aan regulitis.

Volgens wetenschappers kan vermaatschappelijking alleen door een pakket maatregelen gelijktijdig door te voeren: afbouw van residentiële zorg gecombineerd met de opbouw van ambulante zorg. Om ervoor te zorgen dat iedereen een dak boven zijn hoofd heeft, is meer nodig dan de bijkomende projecten voor beschut wonen of voor jongvolwassenen. Mensen lopen verloren in de maatschappij en vereenzamen. Daarom zijn ook socialiserende initiatieven broodnodig, van de geestelijke gezondheidszorg maar ook van andere sectoren.

Terwijl alle maatregelen gelijktijdig genomen moesten worden, is eerst de residentiële zorg afgebouwd. Daarna zijn de mobiele teams opgezet. De tweede en derde bouwsteen is men vergeten. UilenSpiegel vindt als patiëntenvereniging dat het actieplan te weinig vernieuwing brengt, en benadrukt tot slot dat één op vier personen de kans loopt op psychisch onwelzijn.

IV. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt weet dat de lotgenotengroepen het verschil maken. Participatie creëer je niet op papier. Het volstaat evenmin om patiëntenvertegenwoordigers in raden van bestuur af te vaardigen, aldus het Vlaams Patiëntenplatform. Zijn er goede voorbeelden? Hoe kunnen die omgezet worden in regelgeving? Niet alle mensen met psychische problemen kunnen zich het jaar rond inzetten. Hoe die cocreatie dan vormgeven? Is de opleiding van ervaringsdeskundigen in de armoede kopieerbaar voor mensen met psychische problemen? Of zijn er andere goede voorbeelden?

Vera Jans denkt dat de ongelijke spreiding een negatieve invloed heeft op de toegankelijkheid voor mensen die het financieel moeilijk hebben. De cgg's bereiken die groep beter, maar het aantal opdrachten stijgt, de doelgroepen nemen toe en de financiële enveloppe is niet mee gestegen. Dat de overheid op vlak van kwaliteitseisen zacht is voor de zachte sector, hoort ze niet vaak. Ze vraagt waarom de overgang van de residentiële zorg naar de zorg op de tweede lijn moeilijk verloopt, ondanks de mobiele teams. Ook wil ze weten wat belangrijk is voor een ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg.

Freya Van den Bossche vraagt hoe UilenSpiegel bij de opmaak van het actieplan betrokken is. Vindt de vereniging dat de juiste werkwijze of zijn er betere? Met betere toegankelijkheid bedoelt de spreker allicht meer capaciteit en een hogere terugbetaling. Of zijn er nog andere aspecten aan? Voorts wil ze weten wat er fout

loopt bij de overgang tussen residentiële en mobiele of ambulante zorg. Waarom is het Vlaams steunpunt geen goede zaak? Wat zijn de voorwaarden om het wel zinnig te maken?

Björn Anseeuw informeert hoe het zorglandschap leesbaarder kan worden gemaakt voor de gebruikers. Hoe kan de overgang tussen residentiële zorg en mobiele teams beter? Schaalgrootte kan een verlies van diversiteit en een verschraving van het aanbod betekenen. Hoe denkt UilenSpiegel daarover? Registratie is zinvol als ze een doel dient. Is het niet zo dat de sprekers niet zozeer de hoeveelheid maar wel de zin van de registratie aanklagen?

Peter Persyn dankt voor de terechte nadruk op lacunes en pijnpunten. Hij heeft niet zozeer horen pleiten voor schaalgrootte, maar wel voor homogener bevoegdheden. Klachten over lacunes zijn veelgehoord, maar de reorganisatie van het zorglandschap naar eerstelijnsdiensten loopt, waarbij samenwerking en integratie vooropstaan. Zou de geestelijke gezondheidszorg niet beter deel uitmaken van dat kubusmodel, bedoeld om zoveel mogelijk zorg zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen? Extra structuren zijn zinloos: met kleine problemen gaan ouders en kinderen langs bij de huisarts, pediater, het CLB of de jeugdhuisen. Het is zaak om aan die problemen zo vroeg mogelijk op een adequate manier te verhelpen. Projecten van eerstelijnspsychologen kunnen al ruimer verspreid worden zonder te wachten op reguliere financiering. Heel wat huisartsen, groepspraktijken en wijkgezondheidscentra werken al samen met psychologen. Als mensen snel bij de psycholoog terechtkunnen, helpen enkele sessies. Hij pleit ervoor lokale patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen in te schakelen in het nieuwe weefsel dat de minister op poten wil zetten, in plaats van opnieuw een aparte verkokerde structuur te maken.

Jan Delvaux zegt dat mensen moeten worden opgeleid om te kunnen deelnemen aan de cocreatie. Dat gebeurt onder andere door UilenSpiegel en Similes. Na te volgen voorbeeld van cocreatie is de samenwerking van hulpverleners met ervaringsdeskundigen op een afdeling, in een herstelwerkgroep of in de 'wellness recovery action'-plannen. Enkele ziekenhuizen betalen ervaringsdeskundigen om met het team samen hulp te verlenen of met de directie beleid uit te stippelen. Hij suggereert iedere zorginstelling te verplichten per vijftig personeelsleden een gevormde ervaringsdeskundige te hebben. Daarvoor zijn er voldoende opgeleide ervaringsdeskundigen.

Ook herstelacademies vindt *Geert Van Isterdael* een goede praktijk. Mensen met een psychische kwetsbaarheid krijgen daar les van een ervaringsdeskundige en van een hulpverlener.

Jan Delvaux zegt dat ervaringsdeskundigen in de kansarmoede al zo'n twintig jaar bestaan. Het gaat doorgaans om mensen met een lage scholing, terwijl ervaringsdeskundigen in psychische kwetsbaarheid doorgaans beter geschoold zijn. Daardoor is de opleiding anders maar ook de participatie. Ervaringsdeskundigen met een hogere scholing kunnen in het middenkader en zelfs het hoger kader meedraaien. Waarmee niet is gezegd dat geen enkele ervaringsdeskundige in de kansarmoede daartoe in staat is.

Tegelijk kan er van hen ook veel geleerd worden, aldus *Geert Van Isterdael*. Ervaringsdeskundigen in de kansarmoede worden beter voorbereid op de cultuur van de organisatie waarin ze terechtkomen. Sommige aspecten zijn gelijk, maar niet allemaal.

Jan Delvaux legt uit dat mobiele teams vaak volzet zijn, waardoor ze niet voor iedereen een vlotte overgang na residentiële zorg kunnen garanderen. Ook bij de overgang van begeleiding door mobiele teams naar cgg's op de tweede lijn,

de enige mogelijkheid voor mensen die de financiële middelen niet hebben voor psychiaters of psychologen, zijn er wachtlijsten. Zorgcontinuïteit blijft vooralsnog enkel een mooi principe.

Geert Van Isterdael illustreert dat met een anekdote. Iemand die geholpen wordt door een mobiel team adviseert een lotgenoot zijn huis niet op te ruimen voor het team langskomt omdat de kans dan bestaat dat hij goed genoeg bevonden wordt om doorverwezen te worden naar een cgg waar hij op een lange wachtlijst terecht komt en daarna veel geld moet betalen om geholpen te worden. Dat er geen plaats is in het cgg maakt dat mensen bij de mobiele teams blijven hangen.

Jan Delvaux ziet onderbehandeling maar ook overbehandeling. Wie het goed aanpakt, kan, zelfs als hij zelfstandig kan functioneren, lang in de zorg blijven, omdat het knus is bijvoorbeeld.

Geert Van Isterdael wijst op het onderscheid tussen de interne ombudsman van de instelling en de externe van het overlegplatform. Omdat de psychiatrische instellingen de voornaamste spelers zijn van de raad van bestuur, vallen er wel wat vragen te stellen bij de neutraliteit van die laatste ombudsman. Voorts ontbreekt er een klachtenprocedure. Het blijft vooral bij bemiddeling.

Jan Delvaux ziet twee facetten aan betrokkenheid: bij de eigen zorg en bij het beleid. Het is aan de hulpverlener ervoor te zorgen dat de patiënt voldoende betrokken is bij de eigen zorg. Betrokkenheid bij het beleid is een veel moeilijker zaak. Hij suggereert een cliënten- of patiëntenraad per provincie of per netwerk. Patiëntenvertegenwoordigers vergaderen wel over landelijke thema's maar hebben geen mogelijkheid om een klankbord te zijn in de regio.

Geert Van Isterdael zegt dat UilenSpiegel twee dagen voor de bespreking de ontwerpversie van het actieplan kreeg. Er was geen tijd om de achterban te consulteren. Het actieplan zal snel uitmonden in een nieuw decreet. Hij acht het echter beter eerst een masterplan voor een langere termijn te ontwikkelen, alvorens er een decreet door te jagen.

Jan Delvaux acht stigmabestrijding ook een drempelslechtende maatregel. In eerste instantie moeten mensen ervan overtuigd worden om naar de huisarts te stappen of naar een psycholoog te gaan. De beeldvormingscampagnes helpen natuurlijk. De schroom daalt maar beeldvormingscampagnes blijven nodig.

Een Vlaams steunpunt voor geestelijke gezondheid zal middelen krijgen van de Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid, en in mindere mate ook van Zorgnet-Icuro, de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg en Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen. Dat volstaat niet. UilenSpiegel vindt dat de overheid meer opdrachten aan het steunpunt moet toevertrouwen.

Om het ratjetoe weg te werken, moet er volgens *Geert Van Isterdael* per artikel 107-netwerk een onthaalpunt komen. Dat om te vermijden dat mensen die op zoek gaan naar hulp meermaals hun verhaal doen.

Dat is precies wat *Jan Delvaux* bedoelde met duidelijke zorgtrajecten.

Geert Van Isterdael zegt dat er in bepaalde regio's al werk van gemaakt wordt. In Noord-West-Vlaanderen is er een psychiatrisch expertiseteam. In Het Pakt Gent speelt het netwerkpunt een vergelijkbare rol. Dat moet er in elke regio komen zodat in eerste instantie ten minste de artsen weten wat te doen.

Jan Delvaux vult aan dat wie geen internet heeft, de moeilijke woorden niet begrijpt, niet mondig is of geen geld heeft, zelfs geen hulp begint te zoeken. Diversiteit, dus vele kleine vzw's, heeft inderdaad voordelen, onder meer omdat er een instantie is voor elke pathologie. Nochtans kunnen grotere entiteiten ook iedereen helpen, mits ze openstaan voor overleg. Het voordeel is dat de overheadkosten zoals voor personeel en administratie lager zijn, waardoor er meer tijd komt voor patiënten.

Geert Van Isterdael beaamt het belang van netwerking, maar waarschuwt voor vergaderitis, waardoor tijd verloren gaat voor cliëntwerking. Meer samenwerking zal ervoor zorgen dat het aantal mensen dat bij netwerkoeverleg rond de tafel zit, daalt.

Jan Delvaux vindt dat vooral geregistreerd moet worden wat de zorg bij elke patiënt bereikt heeft.

Geert Van Isterdael denkt dat een tevredenheidsenquête als van het Vlaams Patiëntenplatform, meer ingang zouden moeten vinden in de geestelijke gezondheidszorg.

Jan Delvaux beaamt dat de eerstelijns hulp ruimer is dan alleen maar de artsen. Vooral de thuiszorgdiensten hebben meer opleiding en coaching nodig om hun rol naar behoren te vervullen. Dat zit momenteel niet in hun programma.

V. Uiteenzetting door Isabel Moens, directeur Geestelijke Gezondheidszorg, Zorgnet-Icuro

Isabel Moens stelt Zorgnet-Icuro voor als een belangenorganisatie met algemene ziekenhuizen, instellingen voor ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg als leden. In de geestelijke gezondheidszorg telt de organisatie als leden zowel residentiële vormen als psychiatrische ziekenhuizen en afdelingen in algemene ziekenhuizen, maar ook psychiatrische verzorgingstehuizen, vormen van beschut wonen, psychosociale revalidatiecentra en centra voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Zorgnet-Icuro organiseerde in 2016 een congres Open Minds waarvan ze een aantal elementen verweeft in deze uiteenzetting. Zorgnet-Icuro schreef mee aan het SAR-advies, dat toch enkele tekortkomingen van het Vlaamse actieplan aan het licht bracht. Het plan is geen langetermijnvisie maar bevat de acties voor de komende twee jaar. Voorts is het belangwekkend dat er een nieuwe decreet op de geestelijke gezondheidszorg aankomt, alsook dat de budgettaire impact van het plan nul is. Toch is het goed dat de minister en zijn kabinet binnen de beperkte middelen toch enkele zaken trachten te realiseren.

1. Voorafgaande bedenkingen

Het actieplan kwam moeizaam tot stand, net daarom komt het laat, bijna aan het einde van de regeerperiode. De budgetten voor 2018 staan vast en 2019 is een verkiezingsjaar. Er zal niet veel meer veranderen in de zorg en de geestelijke gezondheidszorg.

2. Uitgangspunten van het SAR-advies blijven gelden

Het SAR-advies bevat enkele uitgangspunten zoals 'mental health in all policies', vermaatschappelijking, een geïntegreerde benadering op populatieniveau, en evenwichtige zorg en ondersteuning.

Voor de eerste drie uitgangspunten is een beleid nodig dat verder gaat dan de geestelijke gezondheid maar ook andere onderdelen van de zorg betreft. Auteur Paul Verhaeghe vergelijkt hulpvragers met kanaries in de mijnen. Ook zij wijzen op gevaar, maar dan in de maatschappij. Het volstaat niet zorg te bieden. Er moet ook

gekeken worden naar de psychosociale en maatschappelijk context. Dat brengt Paul Verhaeghe ertoe het belang van de geïntegreerde zorg en samenwerking tussen actoren van zorg en welzijn te benadrukken. Om meer te weten over sociaaleconomische determinanten van somatische en psychische gezondheid, raadt Isabel Moens de lectuur aan van 'The circumstances in which people live and work are related to their risk of illness and length of life' van Michael Marmot. Hij heeft het over de 'health gap'. Slechts 30 percent van de psychische problemen is een zuiver mentaal probleem. 70 percent hoort samen met omgevingsfactoren zoals werk, geld, wonen en sociale relaties.

Vermaatschappelijking van de zorg is een modewoord. Volgens de definitie van Thornicroft en Tansella (1999) vergt dat niet slechts één dienst, dus niet enkel mobiele teams of ambulante zorg, maar verschillende zorgvormen, georganiseerd in samenwerking met alle lokale partners voor een bepaalde populatie. Slechts zo kunnen mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dat is voorsnog niet het geval. Benedetto Saraceno, die ooit werkzaam was in de WHO, zei dat de-institutionalisering net empowerment betekent, met sociale inclusie gecombineerd met volwaardig burgerschap. Minder bedden moet gepaard gaan met opbouw van andere diensten, anders is de vermaatschappelijking geen goede zaak. Volgens Benedetto Saraceno is het dan beter alles bij het oude te laten. Het behandelmodel is geëvolueerd in de richting van een herstelvisie, dus met integratie en inclusie in de samenleving. Daarbij wordt ook nog gewezen op het belang van ervaringsdeskundigheid van de patiënt en zijn familie. De-institutionalisering of vermaatschappelijking staat niet gelijk aan dehospitalisatie.

Een populatiegerichte versus een individugerichte gezondheidsaanpak houdt in dat patiënten bekeken worden in hun sociaaleconomische context, dat de nadruk ligt op preventie, dat alle componenten deel uitmaken van een systeem en dat een langetermijnperspectief van geboorte tot levenseinde gehanteerd wordt. Aan het actieplan ontbreekt nog een en ander voor een volwaardige populatiegerichte aanpak.

Evenwichtige zorg en ondersteuning is het laatste uitgangspunt. Volgens het organisatiemodel van Tansella wordt de geestelijke gezondheidszorg in regio's met weinig middelen best in de eerste plaats georganiseerd in de eerste lijn. Als een regio meer geld heeft, is generalistische geestelijke gezondheidszorg mogelijk. Pas als er veel geld is, is specialisatie met verschillende vormen van zorgverlening voor verschillende doelgroepen een optie. In de tweede en derde trap heeft Vlaanderen al geïnvesteerd, maar de integratie in de eerste lijn is veel te klein. In de eerste en tweede trap is het aanbod te klein: te weinig cgg's, dagbehandeling, psychiatrische verzorgingstehuizen of psychosociale revalidatiecentra. Er zijn wel te veel bedden.

Uit de uitgangspunten van de SAR valt dus duidelijk te concluderen dat meer samenwerking met actoren buiten de geestelijke gezondheidszorg nodig is en meer ingezet moet worden in de generalistische basiszorg. Thans gebeurt eerder het omgekeerde.

3. SAR-prioriteiten

De SAR heeft ook enkele prioriteiten naar voren geschoven, vooreerst de strijd tegen stigma en discriminatie. Er zijn al heel wat campagnes maar die hebben maar een zeer beperkt effect. Campagnes zijn duur en moeten geregeld verlengd worden. Op het congres genoot gezondheidsgeletterdheid de voorkeur, waarbij alle burgers kennis bijgebracht wordt over geestelijke gezondheid. Unilever werkte op de geletterdheid van zijn werknemers met als gevolg dat 85 percent van de werknemers weet waarheen bij problemen en dat het ziekteverzuim met 25 percent is gedaald. Voor iedere euro die het investeerde, kreeg het er tien terug. Het heeft geen zin dat aan alle bedrijven op te leggen. Beter is een bedrijfscultuur die ijvert

voor een betere geestelijke gezondheid. Een andere mogelijkheid is eerste hulp bij psychische problemen. Dat geeft goede resultaten in Australië, het Verenigd Koninkrijk, Nederland, onder meer op de psychische gezondheidsgeletterdheid van intermediairen.

Dat mensen in een andere sociaaleconomische context een andere levensduurverwachting hebben, bewijst discriminatie. Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen leven twaalf tot twintig jaar minder lang dan de algemene populatie. De reden is dat de somatische problemen zoals cardiovasculaire aandoeningen te weinig of te laat gedetecteerd worden. Isabel Moens wijst op de conventie van de VN inzake de rechten van personen met een beperking. Volgens de VN zijn dat ook mensen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen. België heeft de conventie en zijn protocol geratificeerd waardoor elke wet in overeenstemming moet zijn met die conventie. Afwijken van deze conventie mag niet. Nochtans worden er nog altijd wetten aangenomen die discriminerend zijn. Zo staat in een besluit over de persoonsvolgende financiering dat het VAPH een budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke zorg en ondersteuning toewijst aan meerderjarige personen met een handicap die voldoen aan de voorwaarden met uitzondering van de meerderjarige personen met een handicap met een primaire psychische problematiek. De schotten tussen de werking voor personen met een handicap en voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen zorgt voor discriminatie en bemoeilijkt de toegankelijkheid.

Het tweede element is preventie en gezondheidsbevordering. De London School of Economics schreef een nota voor de Britse regering over het rendement van investeringen in de geestelijke gezondheidspromotie en -preventie. Zo levert vroege interventie bij psychose per geïnvesteerd pond 2,66 pond op in de zorg, 0,79 in andere publieke sectoren en 6,85 bij andere actoren dan de zorg. Winst is er dus in de zorg, maar vooral in andere sectoren als werk. Isabel Moens suggereert gezondheidseconomen dat ook eens voor België te laten berekenen.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg, de eerstelijnspsychologische functie, de cgg's en de dagbehandeling versterken is een volgend belangrijk element. Op dagbehandeling gaat Isabel Moens niet in aangezien het een federale bevoegdheid is, maar ze nodigt iedereen uit op het symposium van 23 november 2017. Een eerstelijnspsychologische functie vergt sowieso ook een versterking van de cgg's. In een cahier daarover heeft Zorgnet-Icuro de WHO-piramide vertaald naar prevalentiegegevens, verzameld door Ronny Bruffaerts, epidemioloog, met een onderverdeling in lichte, milde, matig ernstige en ernstige stoornissen. De eerstelijnspsychologische functie en de cgg's kunnen vooral een rol spelen voor milde tot matig ernstige stoornissen. Om ook de lichte psychische stoornissen te laten behandelen door de eerstelijnspsychologische functie moeten de budgetten verdrie- of zelfs verviervoudigen, en daar is geen geld voor. Voor de milde tot matig ernstige stoornissen zijn twee scenario's ontwikkeld. Het eerste is in overeenstemming met dat van de KCE-studie, met een vrij toegankelijk aanbod van psychologen, die zo nodig kunnen doorverwijzen naar de cgg's. In een tweede scenario is de doelgroep nog iets ruimer. Voor de lichte en milde stoornissen is er een combinatie van zelfzorg en opvolging door de huisarts, die dan wel langere consultaties moet houden, waarvoor er specifieke nomenclatuurnummers nodig zijn. Anderen kunnen doorverwezen worden naar de eerstelijnspsychologische functie en naar de ambulante cgg's. Het tweede model is getrapper, wat de prijs verlaagt. Om ook lichte psychische problemen door een psycholoog te laten behandelen stijgt de kostprijs van scenario 1 boven de 800 miljoen euro. Onmiddellijk doorverwijzen van ook lichte psychische problemen is trouwens ook om andere redenen niet wenselijk. Enkel een eerstelijnspsychologische functie volstaat niet. Er moet ook geïnvesteerd worden in ambulante zorg, in zelfzorg, in onlinetoepassingen of in multidisciplinaire psychiatrische liaisonteams.

Toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn de volgende onderdelen van het SAR-advies. Mensen met heel ernstige en langdurig psychiatrische problemen mogen niet in de kou blijven staan. Daarvoor zijn er meer psychiatrische verzorgingstehuizen, meer beschut wonen en andere tussenvormen, meer psychosociale revalidatiecentra en een betere ondersteuning van sociale huisvestingsmaatschappijen nodig. Psychiatrische verzorgingstehuizen zijn betaalbaar. Zorgnet-Icuro hoopt dat dat zo blijft na de invoering van de Vlaamse sociale bescherming. Wereldwijd is de behandelkloof voor kinderen en jongeren en voor verslavingen groter dan voor schizofrenie en depressie, om en bij de 70 percent. Slechts drie op tien worden dus behandeld.

Arbeid is een ander belangrijk element van de SAR-nota. Het actieplan heeft het dan ook over de inclusieve samenleving, intersectorale en geïntegreerde zorg, herstelgerichte ondersteuning en rehabilitatiewerk. Na lang wachten zijn er uitvoeringsbesluiten bij het W²-decreet. Daaruit blijkt dat er geen activeringstrajecten bijkomen. De doelgroepen worden ook niet uitgebreid, bijvoorbeeld tot de grotere groep van mensen met medisch, psychische, psychiatrische en sociale problemen. Een tweede element is dat de begeleiding van arbeidsmatige activiteiten beperkt blijft tot de klassieke bemiddeling, namelijk af en toe langs gaan bij iemand achter een bureau. Mensen met zware psychische problemen hebben ook begeleiding op de werkvloer nodig. Traject en maatschappelijke oriëntatie zijn uitgesteld tot het geïntegreerde breed onthaal. Door geldgebrek blijft het bij een voortzetting van het bestaande. Er komt niets bij.

4. Budgettaire engagementen

Een stijging met 1 miljoen euro zal niet volstaan. Er zijn fundamentele investeringen nodig in inclusie en participatie, maar ook in generalistische ambulante zorg. De verschuiving van middelen door het teveel aan bedden te verminderen, zal evenmin volstaan. Voor volwaardige mobiele teams die het volledige territorium beslaan alleen al zijn er 1031 vte nodig. Daarnaast vraagt de sector ook om intensifiëring. Het ziekenhuis werkt met omkaderingsnormen die op T-capaciteit gelijk zijn aan tien op dertig, nog minder dan voor een rvt-bed. Het grotere ambulante aanbod maakt dat enkel de zwaardere gevallen nog doorgestuurd worden naar een ziekenhuis, wat de werkdruk verhoogt en intensifiëring nodig maakt. Dat maakt dat er minder middelen kunnen verschuiven. Investeringen, ook in Vlaanderen, zijn broodnodig.

De VIPA-middelen voor de sector zijn de laatste jaren quasi nul. Tussen 2007 en 2014 was het totale budget jaarlijks ongeveer 360 miljoen euro, waarvan 14,5 miljoen euro voor de geestelijke gezondheidszorg, dus ongeveer 4 percent. Dat is nog minder dan de 6 percent van de gezondheidszorgmiddelen die naar geestelijke gezondheidszorg gaat. Nochtans zijn ook investeringen in infrastructuur broodnodig om de meerpersoonskamers en grote units in psychiatrische ziekenhuizen om te vormen.

5. Bewaken, bevorderen en ondersteunen van kwaliteit en patiëntveiligheid

Het actieplan bevat veel te weinig over het bewaken en bevorderen van kwaliteit. Voor kwaliteitsbewaking zijn er: het Vlaams indicatorenproject met het Vlaams Instituut voor Kwaliteitszorg; de contracten met de federale overheidsdienst over kwaliteit en patiëntveiligheid; de accreditatie; en de actualisatie van de referentiekaders door de zorginspectie. Omdat ze het financieel iets breder hebben dan de ambulante sector zijn de psychiatrische ziekenhuizen volop bezig met accreditatietrajecten. De Vlaamse overheid moedigt dat onvoldoende aan. Zorgnet-Icuro pleit voor een ander toezichtstelsel voor geaccrediteerde instellingen, naar analogie

van de geaccrediteerde algemene ziekenhuizen die enkel nog een systeemtoezicht krijgen.

6. Besluit

Zorgnet-Icuro pleit voor een langetermijnvisie, opgesteld in samenwerking met de sector. Voorafgaand aan een nieuw decreet is een inventaris van de impact van alle decretale bepalingen en ander wetgevende kader op de geestelijke gezondheidszorg nodig. Er is immers versnippering in de sector maar zeker ook in de regelgeving. Zorgnet-Icuro vraagt een marshallplan voor de geestelijke gezondheidszorg, een meerjarenplan op basis van programmatie met concrete acties en budgetten die een projecten- en ad-hocbeleid overstijgen. Alle actoren van de volledige geestelijke gezondheidssector, inclusief de preventie, moeten daarbij betrokken worden en dat vergt tijd. Een nieuw decreet dat de standstill bevestigt of een en ander regelt zonder dat er middelen aan vasthangen, heeft geen zin. De kwestie is of dat nog haalbaar is in deze regeerperiode. Daarom suggereert ze een plan B om ten minste degelijke fundamenten te leggen voor de volgende regeerperiode.

VI. Vragen van de leden

Bart Van Malderen wijst erop dat het Vlaams Parlement altijd het laatste woord heeft over decreten.

Björn Anseeuw vraagt hoeveel ziekenhuisbedden effectief omgezet zijn in het kader van artikel 107. Een populatiegerichte aanpak vergt een doelgerichte intersectorale registratie. Hoe ziet Zorgnet-Icuro dat?

Freya Van den Bossche vraagt hoe lichte psychische problemen dan wel behandeld worden als dat niet door de eerstelijnspsychologische functie gebeurt.

Elke Van den Brandt vond het congres Open Minds bijzonder inspirerend. Dat veel geregistreerd wordt maar niet de impact van de zorg, vindt het parlementslid een frappante vaststelling. Gebeurt dat volgens Zorgnet-Icuro wel? Is dat überhaupt mogelijk? Het pleidooi voor een grondige aanpak op lange termijn heeft haar geraakt. Is er draagvlak in de sector om, zo nodig, alles overhoop te gooien en de bestuurlijke constructies te doorbreken zodat de behoeften van elke persoon het uitgangspunt worden en niet het aanbod? Voorts onthoudt ze dat een programma voor gezondheidsgelletterdheid een lacune in het nochtans heel brede aanbod is. Zeggen dat er geen geld is voor de geestelijke gezondheidszorg kwalificeert het lid als een domme uitspraak want investeringen daarin betalen zich tien tot zeventien keer terug. Of de Vlaamse Regering zulke winsten wil boeken, zal blijken bij de volgende begroting.

Isabel Moens antwoordt dat deze regeerperiode per regio gemiddeld 25 percent van de ziekenhuisbedden geschrapt wordt en de middelen overgedragen worden naar de mobiele teams. Icuro-Zorgnet hoopt na de komende interministeriële conferentie duidelijkheid te hebben over de normen en de medische functie van de netwerken en de mobiele teams.

In een populatiegerichte aanpak dient registratie om de zorg beter te organiseren. Thans is heel wat registratie er in de eerste plaats om parlementaire vragen te beantwoorden. Dat mag dan belangrijk zijn, mensen op het terrein zien dat niet altijd zo. Nu bestaat er een registratie van de minimale psychiatrische gegevens. Aan de interministeriële conferentie is voorgesteld om de registratie gelijk te maken voor alle actoren in de geestelijke gezondheidszorg als eerste stap naar een veralgemeende registratie voor alle sectoren. Het kader is er maar er gebeurt niets. Blijkbaar wil men niets veranderen, met het argument te wachten op de BelRAI. Dat is bruikbaar voor ouderenzorg, maar het is nog niet duidelijk of het geschikt

is om de zorgbehoefte te meten in de geestelijke gezondheidszorg. Nochtans is er al een registratiesysteem, namelijk van de minimale psychiatrische gegevens. Het vergt een kleine inspanning om dat uit te breiden. Zorgnet-Icuro durft dat zelfs niet meer te opperen. Voorzieningen zijn zeker in staat om de impact van de zorg te registreren, maar hebben geen tijd voor de grondige analyse die daarvoor nodig is. Met het Vlaams Indicatorenproject wordt gezocht naar goede indicatoren om de impact van de zorg te meten. In een eerste stap ging het om sectorbrede indicatoren en thans om sectorspecifieke. Het uiteindelijke doel is een kwaliteitsdynamiek waarbij de resultaten gebruikt worden om de kwaliteit te verbeteren.

Bij een populatiegerichte aanpak zijn mensen cliënt bij een netwerk en niet langer bij één voorziening. Daarvoor is gegevensuitwisseling cruciaal waarbij het patiëntendossier gezamenlijk wordt. Dat heeft een financiële impact en wordt dus best gestuurd door de overheid. Zorgnet-Icuro is al langer vragende partij voor regelluwte om de samenwerking te faciliteren. Op vraag van het kabinet en de administratie heeft Zorgnet-Icuro daarover heel wat voorstellen gedaan, maar vooralsnog is er geen enkele van gerealiseerd. Isabel Moens denkt dat de regelluwte vooral gevraagd was om de administratie te ontlasten, terwijl de sector een flexibel kader wil om de samenwerkingsmogelijkheden uit te proberen.

Lichte psychische problemen moeten worden behandeld, maar gezien de beperkte middelen is het beter daarvoor niet meteen door te verwijzen naar psychologen maar te zorgen voor een luisterend oor, bijvoorbeeld in Overkophuizen en Rodeneuzenhuizen. Het komt erop aan dat personeel voldoende op te leiden opdat ze ernstigere problemen herkennen en doorverwijzen. Voor alle kleinere problemen een psycholoog inschakelen, stigmatiseert de persoon en is budgettair evenmin haalbaar. E-community's bieden ook mogelijkheden voor zelfzorg. Vroege detectie is nodig, maar onmiddellijke interventie zeker niet altijd.

De sector staat open voor een aanpak waarbij van nul opnieuw begonnen wordt, maar de regelgevende en financiële kaders staan dat niet toe. Ook daarvoor is regelluwte nodig. Op het congres Open Minds werden populatiegebonden budgetten over de netwerken heen gesuggereerd. De middelen worden dan gealloceerd op basis van de behoeften en het aanbod. Op de eerste plaats is daarvoor een zorgstrategische planning voor de geestelijke gezondheidszorg nodig, naar analogie van de zorgstrategische planning voor het Vlaamse ziekenhuislandschap, waarvoor dure consultancybureaus ingeschakeld worden maar die beperkt blijft tot de algemene ziekenhuizen en dus niet de psychiatrische ziekenhuizen omvat.

Peter Persyn acht starten van een wit blad onmogelijk. Zorgnet-Icuro heeft echter duidelijk al heel wat studiewerk verricht. Het meest betaalbare scenario kan geïmplementeerd worden in de lopende hervorming van de eerste lijn en de ziekenhuizen. De plannen daarvoor zijn er al vijftien jaar. Integratie zal ook de stigmatisering van de geestelijke gezondheidszorg terugdringen.

VII. Uiteenzetting door Els Heene, Universiteit Gent, en Nathalie Haeck, De Koppeling

Els Heene legt uit dat Nathalie Haeck en zij allebei klinisch psycholoog zijn, al geruime tijd in Nederland werken als hoofdberoep, en daarnaast ook verbonden zijn aan de UGent. Nathalie Haeck werkt ook in een huisartsenpraktijk in Vlaanderen.

1. Inleiding

Ze zal het hebben over de geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn. In Europa is er een grote groep mensen met psychische klachten: 6 tot 10 percent van de bevolking heeft psychische klachten die niet verminderen zonder hulp, en 50 tot 70 percent van deze groep slaagt er niet in de weg naar de juiste hulpverlener te

vinden. In twee derden van die gevallen is er een risico op verergering. Dat is de doelgroep van de eerste lijn. Er is sowieso nood aan een toegankelijke en laagdrempelige hulp. In heel Europa is een reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk. Het komt er niet alleen op aan om meer middelen in te zetten voor de geestelijke gezondheidszorg, maar ook om de beschikbare middelen efficiënter in te zetten. Behalve onderbehandeling is er echter ook overbehandeling, maar daarover zijn er minder cijfers. Veel mensen krijgen langdurige individuele behandelingen waarvan de effectiviteit niet is aangetoond. Dat zorgt voor meer maatschappelijk leed en hoge kosten.

2. Kloof tussen vraag en aanbod in de geestelijke gezondheidszorg?

Vanuit de kloof tussen vraag en aanbod zijn er op Europees vlak al heel wat initiatieven genomen. Daarbij streefde men vooral naar een grotere toegankelijkheid van de zorg. Nederland is gestart met een transmuraal project en heeft de basis geestelijke gezondheid uitgerold. In Engeland is er al lang een grootschalig project 'Improving Access to Psychotherapy'. In Schotland heeft Jim White het laagdrempelige project Steps ontwikkeld. De Vlaamse overheid heeft een aantal proefprojecten opgestart. Daarover is ondertussen al wat onderzoek gebeurd. Er wordt meer nadruk gelegd op de nulde en de eerste lijn. Men focust ook op het belang van preventie, vroeg ingrijpen en gericht doorverwijzen. Daarbij komt er automatisch meer nadruk op kortdurende en laagintensieve vormen zoals psycho-educatie en geleide zelfhulp. Het KOP-model is een voorbeeld van dat laatste.

3. Werkzaamheid, pathologie en evaluatie?

Wat zijn de werkzame bestanddelen van een goede begeleiding? Men moet goed nadenken over andere mogelijkheden om aan diagnostiek te doen en om doelen te bepalen, en over criteria om de behandeling te evalueren. Succes is meer dan het verminderen van de klachten, maar gaat ook over het vergroten van de zelfredzaamheid en over het voorkomen van herval. Over de werkzaamheid en het belang van de behandelingsduur is er nog veel onzekerheid. Sommige onderzoeken tonen aan dat de eerste tien gesprekken het meest effectief zijn. De basis geestelijke gezondheidszorg wordt gekenmerkt door het belang van transdiagnostische, generalistische en non-specifieke factoren.

4. Transdiagnostisch?

Transdiagnostisch betekent dat een behandeling niet kan worden afgeleid op basis van een DSM-categorie. DSM is het diagnostiekhandboek van psychologen en psychiaters. Dat maakt het mogelijk om een gemeenschappelijke taal te hanteren. Het zou heel beperkend zijn om op basis daarvan een behandeltraject uit te stippen. Er is namelijk veel comorbiditeit. Het is belangrijker om te kijken naar factoren onder de DSM-diagnoses. Daarbij moet men ook kijken naar de beschermende factoren, naar de kracht en de zelfredzaamheid van mensen. Bij het kortdurend werken moet dat zeker centraal staan. Transdiagnostisch werken betekent ook dat men met eenzelfde interventie uiteenlopende klachten kan behandelen.

5. Generalistisch?

De term 'generalistisch' verwijst naar het ontstaan van pathologie door een interactie tussen stressoren en stereotiepe manieren om daarmee om te gaan. Mensen hebben een groot leervermogen, maar kunnen ook vanuit een metapositie naar zichzelf kijken. Een hulpvraag hangt vaak samen met het verlies van deze laatste eigenschap. Men is (tijdelijk) gedemoraliseerd. De begeleiding wil de cliënten remoraliseren. Ze moeten beseffen dat de zaken die ze tot dan toe gedaan hebben, zinvol waren. Ze moeten ook meer inzicht krijgen, of meer grip op de situatie. Daarbij is een goede therapeutische relatie heel belangrijk. De cliënten moeten

ook opnieuw een toekomstperspectief krijgen. Ze moeten beseffen wat ze nodig hebben en wat ze daaraan kunnen doen.

6. Non-specifieke factoren?

Naast de inhoudelijke criteria voor de keuze van een behandelmethode, is er ook een aantal criteria die de methodiek overstijgen, bijvoorbeeld een goede therapeutische relatie en een gedeelde probleemdefinitie. Een gedeelde probleemdefinitie maakt dat er twee soorten van deskundigheid zijn, de theoretische deskundigheid van de hulpverlener en de ervaringsdeskundigheid van de cliënt. Die twee soorten kennis moet men bij elkaar leggen om uit te zoeken hoe de zelfredzaamheid te vergroten. Tijdens het proces moeten mensen ook weten wat men aan het doen is en waarom. Bij de evaluatie na afloop van een behandeling komen deze non-specifieke elementen steeds terug. Dit blijkt ook uit het onderzoek van Lambert. De effectiviteit van een behandeling is voor 15 percent modelspecifiek. Voor 40 percent heeft het te maken met patiëntenkenmerken en voor 30 percent met een goede therapeutische relatie.

7. Geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland

Paul Rijnders werkt al lang samen met de huisartsen. In samenwerking met hen heeft hij het KOP-model uitgewerkt. Paul Rijnders heeft een belangrijke rol gespeeld bij het uitrollen van de geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn in Nederland. In 2002 werd het KOP-model gepubliceerd. In 2008 werd het KOP-model vertaald naar een PrOP-model voor kinderen en jongeren. Daarover verscheen er een aantal publicaties.

8. 'Transmurale' psychologie (2003)

In 2003 zijn de transmurale psychologen aan het werk gegaan binnen de huisartsenpraktijken. De huisartsen hadden namelijk het gevoel dat ze onvoldoende geïnformeerd werden als ze een patiënt doorverwezen naar een psycholoog. De drempel voor het zoeken van psychologische hulp is daardoor lager geworden. Ook de kortere lijnen met de huisarts waren waardevol. De patiënten die specialistische zorg nodig hadden, konden daardoor sneller doorstromen. De wachtlijsten voor specialistische zorg worden korter. Een dergelijke evolutie is ook in Vlaanderen noodzakelijk.

9. Drie echelons in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (2014)

Sedert 2014 werkt Nederland met drie echelons in de geestelijke gezondheidszorg. In de huisartsenpraktijk zit er een praktijkondersteuner. Daarna is er de basis generalistische en de specialistische geestelijke gezondheidszorg.

10. Verwijsmodel geestelijke gezondheidszorg Nederland

Mensen met lichte en weinig complexe klachten, en weinig risico kunnen een aantal gesprekken krijgen bij de praktijkondersteuner in de praktijk van de huisarts. Bij hoog risico of hogere complexiteit is er specialistische zorg nodig. Vaak is er ook een snijlijn met somatiek. Alle andere aanmeldingen horen thuis in de basis generalistische geestelijke gezondheidszorg. Men heeft de zorgproducten kort, middel, intensief en chronisch. Kort betekent vijf, middel acht en intensief elf gesprekken. Daarnaast zijn er nog de mensen met een chronische psychiatrische kwetsbaarheid. Zij kunnen binnen de basiszorg twaalf tot vijftien consultaties hebben als opvolging als ze voldoende stabiel zijn. In het begin was de instroom groter. Er was niet alleen een afbouw van de specialistische zorg: meer mensen vonden de weg naar generalistische geestelijke gezondheidszorg. Het is belangrijk dat het taboe kleiner wordt, maar op een bepaald ogenblik leek het te laagdrempelig te worden.

Er is een overlap tussen de korte behandeling van vijf gesprekken en het werk van de praktijkondersteuner bij de huisarts. De zorgproducten intensief en chronisch komen het vaakst voor in de eerste lijn. Daardoor zijn de wachttijden voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg korter geworden. De druk wordt minder en de behandelkosten dalen. Hierover is wel nog meer onderzoek nodig.

Men moet de geestelijke gezondheidszorg zien op een continuüm. Hoe groter de kwetsbaarheid van mensen, hoe meer zorg ze nodig hebben. Verschillende aanmeldgroepen kunnen verdeeld worden over de generalistische of de specialistische zorg. Onder de basis generalistische zorg valt een aantal problemen zoals: aanpassingsproblemen, levensfaseproblemen, werk- of studieproblemen, een eenmalig trauma of schokkende gebeurtenissen, rouw, milde tot matige gezinsproblemen, persoonlijkheidsproblemen, niet lang bestaande problemen van angst en stemming, gebruik van middelen en emotieregulatieproblemen. Onder specialistische zorg vallen problemen waarvoor specialistische zorg aangewezen is: de meer organische en psychotische stoornissen, meervoudige complexe trauma's, suïcidaliteit, complexe relatie- en gezinsproblemen, persoonlijkheidsstoornissen en ernstige problemen van angst, stemming en misbruik van middelen en ontwikkelingsstoornissen.

11. K = O x P

Het KOP-model betekent dat de klachten (K) altijd te maken hebben met de omstandigheden (O, wat mensen meemaken) en de manier waarop mensen hier als persoon mee omgaan (P, persoonlijke stijl, coping) De grootste kracht van dit model is zijn eenvoud. Dat maakt snelle realisaties mogelijk. Het model kan voor iedereen gebruikt worden. De persoonlijke stijl is een gelaagd concept. Er wordt altijd minstens gekeken naar het bovenste niveau, namelijk coping, de manieren om met stress om te gaan. Men kan ook dieper gaan en kijken naar het zelfbeeld. Er wordt ook belang gehecht aan hechting en aan andere variabelen. Dat is al onbewuster. De onderste laag verwijst naar iets wat redelijk onveranderlijk is, namelijk het temperament. De cliënten moeten begrijpen dat het niet de bedoeling is dat ze iemand anders worden, maar dat de aanpak die ze tot nog toe gehanteerd hebben, misschien wel bijgestuurd kan worden. Voor mensen die veel dingen internaliseren, is het goed om te wijzen op de omstandigheden of op de stressoren die een rol kunnen spelen. Dat werkt normaliserend of minder schuldinducerend. Mensen die sterk externaliseren kan men laten nadenken over hun eigen aandeel en wat ze daaraan kunnen veranderen.

12. Doelen vanuit een meersporenbeleid

Daarna probeert men doelen te formuleren vanuit een meersporenbeleid, focusend op de klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl. Men leert onder andere de mensen omgaan met paniek of stemmingsklachten, piekerstoptechnieken toepassen of ontspanningsoefeningen te doen. Men onderzoekt ook wat er mogelijk is op het vlak van de omstandigheden, welke elementen uit het verleden een rol spelen, wat de cliënt op dit moment in zijn leven nodig heeft, wat hij daar zelf kan aan doen en waarvoor hij bepaalde instanties nodig heeft. Andere mogelijke werkpunten betreffen het sociaal netwerk en de balans tussen werk en vrije tijd. Ten slotte gaat men ook in op de P of de eigen copingstijl, de reacties, de gewoonten, de vaardigheden en het omgaan met emoties. Elke eigenschap in de persoonlijke stijl heeft zowel voor- als nadelen. Problemen ontstaan als men te ver in een bepaalde richting doorschiet. De mensen moeten vooral zelfredzamer worden.

13. DAP-onderzoek

Annemieke van Straten, die verbonden is aan de universiteit van Amsterdam, heeft in Nederland effectonderzoek gedaan in drie condities, namelijk 'care as usual',

cognitieve gedragstherapie en het KOP-model. Bij de twee laatste condities bleek er een significante verbetering te zijn. Bij het KOP-model werd het resultaat bovendien bereikt in een kleiner aantal sessies en bleven de resultaten behouden op langere termijn.

14. Indigo-onderzoek

Indigo (onderdeel van Emergis) monitort aan de hand van ROM-metingen de basis geestelijke gezondheidszorg. Alle cliënten hebben een vragenlijst ingevuld voor hun aanmelding, na het derde gesprek en na afloop van de behandeling. Men heeft een grote groep kunnen bereiken bij de start, maar bij slechts een derde van de mensen zijn de drie metingen gebeurd. Het is niet gemakkelijk om de hulpverleners daarvoor te motiveren, zeker binnen een kortdurend traject. Al die mensen waren doorverwezen door de huisarts met een grote diversiteit in aanmeldklachten. Het ging overwegend over vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 39 jaar en verdeeld over verschillende behandelaars, met verschillende ervaringsprofielen. Er werden twee vragenlijsten afgenomen, een over de klachten en een over de manier om met stress om te gaan. De ernst van de klachten bij de start was gevarieerd. De klachten verbeterden snel in de loop van de eerste drie gesprekken, ook als het ging over ernstige klachten. Dat bracht de zorgverzekeraars ten onrechte op de gedachte dat een behandeling mogelijk is in drie gesprekken. In de eerste drie gesprekken kan men een remoralisatie realiseren, uitleg geven over het KOP-model en over de werkwijze. Zo krijgen de cliënten opnieuw een toekomstperspectief. Het is echter ook belangrijk om iets te doen aan de copingstijl. Dat is een opdracht voor de volgende gesprekken.

15. Effectenonderzoek behandeling PrOP-model

Nathalie Haeck legt uit dat de universiteit van Leiden een effectonderzoek gedaan heeft over het PrOP-model. Dat is de vertaling van het KOP-model naar kinderen en jongeren. Dat onderzoek werd gedaan bij een groep van 24 kinderen en jongeren van 11 tot 17 jaar. Er gebeurden drie metingen: een voormeting, een meting na drie gesprekken en een eindmeting. Telkens werd er een klachtenlijst en een copinglijst afgenomen. Op het einde was er een klinisch significante daling van emotionele problemen en gedragsproblemen, en een klinisch significante stijging van de volgende copingvaardigheden: actief aanpakken, cognitieve herstructurering, afleiding zoeken en steun zoeken. Die verschillen waren er niet in de twee controlegroepen. Bij de kinderen was er na drie gesprekken geen significante daling van de klachten. Bij de volwassenen was dat wel het geval. Kinderen hebben wellicht meer nood aan vaardigheden. Zowel voor kinderen als voor volwassenen is het belangrijk om de drie fasen van het behandelmodel te doorlopen, ten eerste de casusconceptualisatie, dus het opstellen van de PrOP en het bepalen van de doelen, ten tweede het toepassen van de technieken voor de gedragsverandering, en ten derde de terugvalpreventie. Daarover is nog bijkomend onderzoek nodig. *Nathalie Haeck* hoopt dat dit ook in Vlaanderen mogelijk zal zijn.

16. PrOP-model

Kinderen hebben het over problemen en niet over klachten. Daarom spreekt men over het PrOP-model, en niet over het KOP-model. De O staat voor omstandigheden, en daartoe behoren ook de omgevingsfactoren en de opvoeding. De P staat voor de persoonlijke stijl om met de problemen om te gaan, de denkstijl en vooral het omgaan met gevoelens. De vakgroep van Caroline Braet aan de UGent probeert de emotieregulatie van kinderen en jongeren beter te begrijpen en te versterken. Er is namelijk een duidelijke link tussen een gebrek aan adaptieve emotieregulatiestrategieën bij kinderen en jongeren en het ontwikkelen van psychopathologie, eventueel zelfs op volwassen leeftijd. Een nog niet gepubliceerd onderzoek suggereert om kinderen en jongeren te trainen op vlak van emotieregulatiestrategieën,

en meer specifiek op het zoeken van afleiding, op cognitieve herstructurering en op de aanvaarding van gevoelens. Dat gebeurt bij het PrOP-model op een eigen-tijdse manier, aan de hand van een werkboekje met oefeningen waarin de kinderen Lotte en Jasper aan bod komen, elk met hun eigen problemen en strategieën. Hun gevoelens worden gedifferentieerd aan de hand van emoji's.

17. Op vraag van en/of in samenwerking met

Het PrOP-model wordt toegepast op vraag van ouders, leerkrachten en CLB's. De psychologen werken samen met alle partners, ook met de huisarts of de kinderarts. Voor een volwassene kan dat ook de partner of de werkgever zijn. Er zijn heel korte lijnen met de specialistische geestelijke gezondheidszorg. Als een kortdurende therapie niet voldoende is voor een kind of een jongere, dan moet men snel kunnen doorverwijzen, voor de diagnostiek of voor intensievere hulp. Er is ook overleg met andere disciplines zoals maatschappelijk werk of opvoedhulp.

18. Nood aan kortdurend behandelmodel in Vlaanderen?

Ook in Vlaanderen is er nood aan een kortdurend behandelmodel of een ELP-functie. De druk op de geestelijke gezondheidszorg en de CLB's is hoog en de wachtlijsten zijn lang. Mensen raken niet doorverwezen naar de juiste hulp. Huisartsen zoeken soms een privépsycholoog voor hun praktijk. Daar kunnen de kinderen echter alleen terecht als hun ouders daar het geld voor hebben. Cliënten gaan soms zelf op zoek naar psychologische hulp. Google is daarvoor echter niet het meest geschikte instrument. Ook de hulpverleners zijn op zoek naar een efficiënt model voor de eerste lijn. In Vlaanderen is er steeds meer vraag naar opleidingen over het KOP- en het PrOP-model.

19. Permanente vorming eerstelijnspsychologische zorg

Om die reden werd een Permanente Vorming Eerstelijnspsychologische Zorg opgericht tussen de vormingsinstituten de KOPpeling en the Human Link, de VVKP en de VUB, UGent en KULeuven. Deze permanente vorming wordt interuniversitair geregeld door de drie universiteiten en deze treden beurtelings om het jaar op als coördinerende instelling. Het is namelijk de bedoeling om een koppeling te maken tussen Vlaanderen en Nederland, maar ook tussen theorie en praktijk, tussen kinderen, jongeren en volwassenen. Ook The Human Link is daarbij betrokken, een organisatie in Antwerpen die psycho-educatie biedt en die heel actief is op de eerste lijn, met een grote expertise over burn-out.

Deze permanente vorming gaat om een tweejarige opleiding, bedoeld voor psychologen, klinisch psychologen, orthopedagogen en schoolpsychologen. Het gaat om mensen die werkzaam zijn in de eerste lijn, in verschillende contexten. De visie is gericht op het versterken van de zelfredzaamheid bij een doelgroep met milde tot matige psychische klachten. Screening en detectie zijn belangrijke elementen. De behandeling in de eerste lijn is gebaseerd op het KOP- en het PrOP-model. De opleiding is competentiegericht. De deelnemers oefenen voortdurend op vaardigheden die zij kunnen toepassen in de praktijk. De opleiding is echter wel vanuit de theorie onderbouwd. Het eerste jaar is vooral gericht op het model, en op de transdiagnostische en generalistische principes. Het tweede jaar gaat over de veel voorkomende problematieken in de eerste lijn, zoals angst en stemming, rouw, trauma, werk- of studiegerelateerde problemen. De opleiding is voor een stuk gemeenschappelijk, maar er is ook een specifiek gedeelte met eigen oefeningen voor kinderen en jongeren, of voor volwassenen. Het is de bedoeling dat de deelnemers na de opleiding elkaar blijven inspireren in intervisievorm. De ELP'er moet zichzelf blijven ontwikkelen en moet bijkomende vaardigheden blijven ontwikkelen.

20. Wat zijn de belangrijke voorwaarden voor ELP in Vlaanderen?

Vlaanderen mag zich niet richten op specifieke pathologieën of doelgroepen. Men moet dus transdiagnostisch werken. De doelgroep bestaat uit mensen met lichte of matige klachten. Ook de non-specifieke factoren zijn daarbij belangrijk. Bij een kortdurende therapie is de therapeutische relatie zeker ook belangrijk. Men moet focussen op gezondheidspsychologie en preventie. Het aanbod moet voor iedereen toegankelijk zijn. De ELP'ers moeten niet alleen aan 'stepped care' doen maar ook aan 'matched care'. Een ELP'er moet dus echt de tijd hebben om te behandelen. Als een cliënt niet klaar is na vijf gesprekken, dan dreigt hij toch in de tweede lijn terecht te komen, zodat de wachtlijsten niet korter worden. Het motto is dus: 'Kort waar het kan en lang waar het moet.'. Het is nog niet duidelijk of de ELP'er ook generalistisch moet zijn op het vlak van leeftijden. Op dit ogenblik hebben veel ELP'ers een opleiding gekregen die gericht is op volwassenen of op kinderen, maar in bepaalde huisartsenpraktijken stapt men daarvan af. Een goed verwijsmodel tussen de eerste en de tweede lijn is belangrijk. Het KOP-model of het ProP-model is een kapstok om de doelen te bepalen en om uit te zoeken hoe men de zelfredzaamheid kan versterken.

21. ELP in Vlaanderen: integratie in plaats van fragmentatie

De kortdurende psychologische interventies worden uitgevoerd in samenwerking met de cliënt en met de omgeving. Er is een breed continuüm van allerlei mogelijke hulpvormen. Ook een samenwerking met de specialistische geestelijke gezondheidszorg is mogelijk. De ELP kan bijvoorbeeld een rol spelen in de nazorg. Vragenlijsten kunnen helpen om een zicht te krijgen op de problematiek, om het effect van de behandeling in te schatten en om na te gaan of de ELP goed bezig is. Ook de positie van de huisarts is belangrijk. In Nederland moet de huisarts een verwijsbrief schrijven. De huisarts kan een regierol opnemen, maar ook de patiënt moet de regie hebben over zijn traject. Er moet een goede kwaliteitscontrole zijn op het systeem en een goede afstemming van het aanbod.

22. ELP in Vlaanderen: less is more

Het KOP-model is een eenvoudig model. Toch vergt het specifieke vaardigheden van een eerstelijnspsycholoog om dit toe te passen. Hij moet zoeken naar andere mogelijke werkvormen. Het gaat om een continuüm van werkvormen. Aan het ene uiteinde levert de therapeut alleen informatie aan, bijvoorbeeld via een website. Aan het andere uiteinde staat het voeren van een-op-eengesprekken. Het zou goed zijn om een praktijk te organiseren waar al deze werkvormen mogelijk zijn, waar men lezingen doet voor een breed publiek over allerhande onderwerpen en waar er cursussen en workshops worden georganiseerd om bepaalde vaardigheden te oefenen: assertiviteitstrainingen voor kinderen en jongeren, cursussen over mindfulness of faalangst. Dat is kostenbesparend omdat men werkt met een groep van acht tot tien mensen. De therapeut kan de patiënt ook opdrachten meegeven, bijvoorbeeld een hoofdstuk laten lezen uit een bepaald handboek, en observatieoefeningen of relaxatieoefeningen meegeven. Hij kan ook werken met onlinetools en apps, al dan niet in combinatie met therapie. De psycholoog moet tonen dat hij bereid is tot actie. In die zin heeft hij een voorbeeldrol. De face-to-face gesprekken kunnen gebaseerd zijn op het KOP- of ProP-model, maar ook andere technieken kunnen worden geïntegreerd, bijvoorbeeld EMDR als traumatherapie.

23. ELP in Vlaanderen: the time is now

Nathalie Haeck denkt dat de tijd rijp is voor een dergelijke eerstelijns hulp in Vlaanderen. De eerstelijnspsychologen mogen geen 'light' gedragstherapeuten, systeemtherapeuten of psychoanalytische therapeuten zijn. Ze moeten goed geschoold en getraind zijn. Ze mogen niet te diep gaan, maar ook niet te opper-

vlaklig blijven. Men is deze opleiding aan het integreren in de masters. Men kan ook specifieke opleidingsmodules organiseren. De ELP'ers moeten worden gecoördineerd over heel Vlaanderen. Er is nood aan regionale intervisiegroepen. De mensen die de tweejarige ELP-opleiding hebben gevolgd, kunnen daarbij een sleutelrol spelen. Er is ook kwaliteitscontrole en effectonderzoek nodig. Leidt het werk inderdaad tot een vermindering van de klachten, en tot een verhoging van de levenskwaliteit en van de zelfredzaamheid? Bij de uitbouw van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg kan Vlaanderen gebruikmaken van de ervaringen in een aantal buurlanden. Zo kan men wellicht ook de pijnpunten in de nota ondervangen.

VIII. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt stelt vast dat deze sprekers vertrekken vanuit de behandelpraktijk in Nederland.

Blijkbaar kan men de wachtlijsten doen dalen door met groepen te werken. Is er in Nederland cijfermateriaal over de verschillende fasen van de zorg? Dat is nodig voor het opmaken van een zorgstrategische planning, die duidelijkheid biedt over de noodzakelijke vte en budgetten.

De praktijkondersteuner bestaat ook in België. Hoe kan men het bestaande model opschalen?

Het beleid werkt aan de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg en aan de terugbetaling van de psychologische hulp. Het model van de minister impliceert een eerstelijnspsychologische functie in elke eerstelijnszone. Op regioniveau zou er een tweedelijnsaanbod worden georganiseerd. Hoe kan men dat aanpakken? Er is veel debat over de diverse aanbieders in de tweede lijn, onder meer over de rol van de cgg's die in de tweede lijn een interdisciplinaire aanpak hanteren.

Freya Van den Bossche wil weten hoe de doorverwijzing wordt aangepakt in Nederland? Komt iedereen daar op de juiste plek terecht? De sprekers zien een regierol voor de huisarts. Wat met mensen die zelf hun weg zoeken?

In het schema worden de klachten verdeeld in twee kolommen. De mensen met klachten in de linkerkolom zijn het meest gebaat met eerstelijnspsychologische hulp. Het gevolg is dat mensen met klachten uit de rechterkolom sneller terecht kunnen in de gespecialiseerde zorg. Iemand met suïcidegedachten heeft in principe specialistische zorg nodig. Als er daarvoor lange wachtlijsten zijn, zal men eerst een tijd in de eerste lijn moeten werken, veronderstelt ze. Misschien kan daar al een vorm van remoralisatie gebeuren. Is dat oneigenlijk gebruik van de eerstelijnspsychologische functie?

Welk screeningsinstrument wordt er gebruikt om de mensen te verdelen in de twee gehanteerde kolommen? Bestaat er in Nederland een instrument dat de huisartsen toelaat om in te schatten op welk echelon de patiënt het best behandeld kan worden. Zo ja, is dat ook bruikbaar in Vlaanderen?

Wat is het profiel van de praktijkbegeleider in de huisartsenpraktijk? Is dat vergelijkbaar met de bachelor toegepaste psychologische zorg?

Geld kan een struikelblok zijn om hulp te vragen. Wat is de financiële inbreng van de patiënten in Nederland?

Wat doet Nederland opdat de financierende overheid geen druk zou uitoefenen om de behandelingen zo snel mogelijk af te ronden? Kwaliteitsbewaking mag zich niet beperken tot een telling van het aantal patiënten dat de behandeling na een bepaald aantal sessies kan stopzetten.

Wat is de capaciteit van de opleiding die in 2016 gestart is? Ze veronderstelt dat die veeleer beperkt is. Als men in Vlaanderen op korte termijn een eerstelijnspsychologische functie wil uitrollen, dan zullen er voldoende geschoolde mensen moeten zijn. Hoe kan men dat aanpakken?

Niet elke behandeling hoeft te gebeuren in een een-op-eengesprek. Kan men de groepsactiviteiten regionaal organiseren?

Björn Anseeuw vraagt zich af wat er nodig is om een goede eerstelijnspsychologische functie voldoende toegankelijk te maken in Vlaanderen. Daarbij denkt hij vooral aan de betaalbaarheid.

Peter Persyn begrijpt dat een langere behandeling, van drie tot tien sessies, mogelijk moet zijn als dat nodig is. Zijn er al weggingen gebeurd met de zorgverzekeraars?

De verschillende Vlaamse universiteiten zijn betrokken bij de opleiding van de eerstelijnspsycholoog. Is er ook interesse vanuit de zijinstroom, bij mensen met relevante beroeps- of levenservaring? Hij denkt aan het onderwijs en aan verwante zorgberoepen.

IX. Antwoord van Els Heene en Nathalie Haeck

Er is geen duidelijk cijfermateriaal over de verdeling van de noden binnen de instroom. De landelijke organisatie Mentaal Beter legt zich toe op eerstelijns en specialistische geestelijke gezondheidszorg. Daar zijn meer aanmeldingen voor specialistische vragen.

Het is nog te vroeg om daarover uitspraken te doen. De huidige werkwijze met de drie echelons is namelijk pas in 2014 opgestart. In 2008 ontstond wel de eerstelijnspsychologische zorg in de huisartsenpraktijken voor kinderen en jongeren in Zeeuws-Vlaanderen. Voorheen waren er ongeveer 500 aanmeldingen in de geestelijke gezondheidszorg per jaar voor kinderen en jongeren. Sinds de start van de eerstelijnspsychologische zorg waren er in totaal (eerste lijn en specialistische zorg) ongeveer 650 per jaar, waarvan 400 in de eerste lijn en ongeveer 250 in de tweede lijn. De wachttijd voor de tweede lijn is teruggebracht van vijf maanden tot drie of vier weken. In het begin waren er heel veel aanmeldingen. De zorgverzekering heeft toen budgetten verstrekt voor het inzetten van voldoende vte. Dat is intussen overgeheveld naar de gemeenten.

Een toename van de vraag heeft ook te maken met het verminderen van het taboe. De lange wachtlijsten in Vlaanderen leiden tot een escalatie van de problemen. Dat is schrijnend.

De POH'er is een praktijkondersteuner bij de huisarts. Een gelijkaardige functie in Engeland bleek snel tot ontevredenheid en burn-out te leiden bij de behandelaars. Zij moesten zich namelijk beperken tot doorverwijzen en mochten niet meer doen wat ze graag deden. Daarom wordt gesuggereerd om dit te koppelen aan zorg of aan netwerken. Op dit ogenblik bestaat dat al op een versnipperde manier. In Vlaanderen zal er sowieso een overgangperiode nodig zijn.

De stromen moeten begeleid worden vanuit een gemeenschappelijk denkkader. Soms moeten mensen enkele weken wachten op specialistische zorg, en dan kan de eerste lijn zorgen voor een overbrugging. Daarbij werkt men met remoralisatie op basis van het KOP-model. Een te lange wachttijd kan tot problemen leiden. De wachtlijsten voor de specialistische zorg zijn echter veel korter geworden en voor de crisishulp gaat het nog sneller. Er gebeurt altijd een terugkoppeling met de huisarts. Een psychiatrisch verpleegkundige kan binnen een vorm van thuisbegeleiding

zoeken naar het mogelijke specialistische aanbod. Als de patiënt in de vragenlijst hoog scoort op suïciderisico, dan wordt hij opgebeld nog voor hij op gesprek komt. Indien nodig gebeurt er dan een doorverwijzing naar de crisisdienst.

In Zeeland beschikken de huisartsen over een beslisboom voor de doorverwijzing. Dit instrument werd, in samenspraak met hen, opgesteld door Frederik Boone, bij het organiseren van de eerste en de tweede lijn. Belangrijke criteria zijn de ernst en de duur van de klachten, de motivatie bij de klacht en de crisis. De psychologen kunnen op basis van het eerste gesprek nog wijzigingen aanbrengen in de inschatting van de huisarts, weliswaar na een terugkoppeling met de huisarts. In de ideale situatie kunnen mensen zelf aan de hand van een beslisboom zien welke hulp ze nodig hebben. Het blijft echter belangrijk om ook de huisarts daarbij te betrekken. Daarbij kunnen vragenlijsten heel bruikbaar zijn. Voor de kinderen en de jongeren gebruikt men de SDQ. Bij een hoge score op die test is er nood aan bijkomende diagnostiek of een intensievere behandeling. Dan kan men beter meteen doorverwijzen naar de tweede lijn. Anders dreigt men wachtlijsten op te bouwen in de eerste lijn.

Het is moeilijk om binnen de basis geestelijke gezondheidszorg vooraf te bepalen of de behandeling kort, middel of intensief moet zijn. De zorgbehoefte neemt toe naarmate de kwetsbaarheid groter is. Dat heeft te maken met de klachten, maar ook met de omstandigheden en de persoonlijke stijl. Zware klachten kunnen soms aangepakt worden met een korte behandeling, als er een goed ondersteunend netwerk en goede coping is. Ook het omgekeerde is waar. De zorgbehoefte en de motivatie van de cliënt bepalen dan of er al dan niet specialistische zorg wordt ingeschakeld. Mensen met een lange hulpverleningsgeschiedenis hebben soms tegenzin ontwikkeld tegen hulpverlening. Zij kunnen eventueel kortdurend behandeld worden voor een duidelijke eerstelijnsvraag. In Nederland zijn de wachtlijsten veel korter dan in Vlaanderen. Toch maakt men zich daar zorgen over. Er wordt wekelijks een mail verstuurd met de wachttijden per regio.

In Nederland betaalt men ongeveer tachtig euro per maand voor de zorgverzekering. Dat is meer dan in Vlaanderen. De geestelijke gezondheidszorg valt onder de zorgverzekering op voorwaarde dat er sprake is van een DSM-stoornis. Niet alle klachten passen echter binnen een DSM-diagnose. In dat geval is er een doorverwijzing naar de POH. Nochtans zouden veel mensen ook geholpen kunnen worden binnen de basis geestelijke gezondheidszorg. Uit de nota blijkt dat het niet de bedoeling is om dat element van het Nederlandse systeem over te nemen in Vlaanderen.

De maandelijkse bijdrage is in Nederland even groot als de jaarlijkse bijdrage in Vlaanderen. In Nederland kan men, naast het basispakket, kiezen voor een aanvullende verzekering. De instelling moet contracten afsluiten met de zorgverzekeraar. Het is geen goede zaak dat de zorgverzekeraar zoveel zeggenschap heeft. Die onderhandelingen verlopen voor elke organisatie anders. Er zijn ook veel verschillende zorgverzekeraars. Als uit het effectonderzoek blijkt dat de klachten veel kleiner worden na drie gesprekken, dan bestaat het risico dat de zorgverzekeraar ervan uitgaat dat drie gesprekken voldoende zijn. Mentaal Beter koopt het zorgproduct chronisch niet in. Het is namelijk de bedoeling om dat te sturen op basis van het aantal minuten. Er moet ook rekening worden gehouden met de mediaan. De overheid kan van het ene jaar op het andere beslissen welke DSM-categorieën niet meer in aanmerking komen. Een pathologische rouw en een partnerrelatie komen bijvoorbeeld niet meer in aanmerking. De hulpverleners hebben dan de neiging om een diagnose te maken die wel nog vergoed wordt. Dat geeft een vertekend beeld.

Het is goed dat de ROM-metingen gestructureerd en gestandaardiseerd verlopen. De therapeuten vragen zich echter ook af wat men met die gegevens zal doen. De effectiviteitsmetingen zijn namelijk alleen gebaseerd op de klachtendaling, terwijl

er ook andere mogelijke indicatoren zijn, bijvoorbeeld de kwaliteit van leven. Het aanleggen van een elektronisch dossier heeft grote voordelen, maar leidt tot bijkomende administratieve druk, ook in de basis geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Ze hoopt dat men dat in Vlaanderen zal kunnen voorkomen. Tien jaar geleden werd er in Nederland op een vernieuwende manier nagedacht over de geestelijke gezondheidszorg. Dat zou men in Vlaanderen moeten implementeren. Daarvoor is het nu het ideale moment.

Jim White is in Schotland begonnen met gratis lezingen in probleemwijken met veel alcoholproblemen. Met een dergelijke laagdrempelige aanpak kan men thema's uit de psychologie op een eenvoudige manier uitleggen en normaliseren. Voor veel mensen kan dat al een aantal problemen oplossen. In Vlaanderen zou men op die manier al een aantal speerpunten uit de nota kunnen realiseren. Men zou ook een regionale website kunnen ontwikkelen, waar men een vragenlijst kan invullen. Afhankelijk van de score kan men onderzoeken wat de regionale mogelijkheden zijn voor het volgen van een lezing of voor het maken van een individuele afspraak. Men kan echter veel meer doen dan alleen individuele therapie. Op het moment dat mensen een afspraak maken, zitten ze vaak al te vast. Korte stukjes op Facebook over eenvoudige zaken die te maken hebben met psychologie werken normaliserend als mensen merken dat ze niet de enige zijn met psychische problemen. De eerstelijnsopleiding leidt de hulpverleners momenteel ook op om educatie te geven op dit vlak. Met een groepsaanpak kan men meer mensen tegelijk bereiken en de wachtlijsten wegwerken. In de lezingen gaat het om kennisoverdracht. In de workshops kan men vaardigheden inoefenen. Er is al heel veel bereikt voor dingen die anders escaleren.

Zorgleerkrachten in de scholen kunnen ondersteunen en doorverwijzen. Ze zijn echter onvoldoende opgeleid om ook een behandeling op te starten. Het is wel zinvol om op school een assertiviteitstraining te organiseren, bijvoorbeeld voor jongeren met een laag zelfbeeld. Dat kan worden gecombineerd met begeleiding door een psycholoog of een zorgleerkracht.

Peter Persyn suggereert dat deze mensen, die al een bachelor- of masteropleiding gevolgd hebben, daarvoor een aanvullende opleiding van een of twee jaar zouden volgen.

Els Heene zegt dat er veertig mensen in de opleiding zitten. Bij de aankondiging was er veel belangstelling. Men heeft de groep echter niet groter willen maken omdat men veel wilde oefenen. Daarom moet men ook nadenken over andere vormen van opleiding.

De stuurgroep heeft lang gediscussieerd over de vraag of de kandidaten al een masteropleiding dienden te hebben vooraleer ze met de opleiding begonnen. De eerstelijnspsychologen krijgen namelijk te maken met alle denkbare problemen. Er zijn goede tools nodig om een goed assessment te kunnen doen en om, indien nodig, kortdurend te behandelen. In Nederland worden de POH-functies onder meer opgenomen door psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen. In Engeland wilde men aanvankelijk vooral masters inzetten voor deze functie. Deze groep dreigt echter sneller opgebrand te raken binnen een dergelijke functie. De eerste lijn vraagt om een specifiek profiel en een bepaalde basisattitude. Bij het remoraliseren moet men tools aanreiken in de eigen hulpverlening. Specialisten zijn daar niet altijd toe bereid. Ze denken dat ze in de diepte moeten gaan. Men heeft beide profielen nodig.

De groep die werkzaam is binnen dat model, vraagt ook naar opleiding. Als de zaken eenmaal in beweging gezet zijn, gebeurt er veel. Dat was ook in Nederland het geval. De beweging is in Nederland vooral vanuit de tweede lijn ontstaan. In elk team werden er enkele mensen gekozen om actief te zijn binnen de huis-

artsenpraktijken. Zij werden vervolgens versterkt met extra mensen. Dat zal in Vlaanderen moeilijk zijn omdat de tweede lijn daarvoor onvoldoende capaciteit heeft. Vlaanderen moet vooral zoeken naar een onderlinge afstemming van de versnipperde initiatieven in de eerste lijn.

Freya Van den Bossche staat positief tegenover campagnes met een moraliserend effect en tegenover de groepsaanpak met lezingen en workshops. Ze wil nog weten of patiënten soms terugkeren van de tweede naar de eerste lijn op het moment dat de acute problemen geweken zijn.

Els Heene bevestigt dat er in de basis geestelijke gezondheidszorg veel kortdurende trajecten zijn van mensen die de hulpverlening moe zijn. Soms gaat het dan om een eenvoudige vraag die kortdurend aangepakt kan worden, met de focus op zelfredzaamheid. Mensen die behandeld werden met het KOP-model, keren soms terug. Daarover zou ze onderzoek willen doen. De betrokkenen zouden moeten beschikken over een model waarop ze zich kunnen baseren. Soms moet men opnieuw een traject opstarten. Soms gaat het om mensen die al lang in de specialistische zorg gezeten hebben. Vaak zijn er dan niet veel gesprekken nodig. Mensen met een psychotische kwetsbaarheid, die al een tijd stabiel zijn, kunnen soms afzakken naar de eerste lijn. Zijzelf beschouwen dat als een teken van gezondheid. De vrees van de hulpverleners dat dat niet zou lukken bleek ongegrond. Als er opnieuw een acute situatie ontstaat, dan kan er, indien nodig, opnieuw een doorverwijzing gebeuren.

Peter Persyn beseft dat de integratie van de geestelijke gezondheidszorg in de gezondheidszorg een versterkend effect heeft. De eerstelijnsverleners zien de gevaren van bijvoorbeeld verslaving of suïcidaliteit, als de cliënt bij hen komt met meer banale somatische klachten of als hij helemaal niet komt.

Nathalie Haeck beseft dat werken in een huisartsenpraktijk veel voordelen biedt. Bij een intake vraagt ze aan de cliënt altijd schriftelijke toestemming om met de huisarts te overleggen. De huisarts kent de cliënt vaak al lang en kan waarschuwen voor bepaalde omstandigheden. De tweede lijn heeft dat voordeel niet. De hulpverleners in de tweede lijn kennen de huisarts niet en kunnen hem of haar ook moeilijker bereiken.

Peter Persyn merkt nog op dat de huisartsen ook een rol spelen als er zich bij de mensen thuis een crisissituatie voordoet.

Nathalie Haeck zegt dat de crisisdienst van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland gekoppeld is aan de wachtdiensten van de huisartsen.

Peter Persyn preciseert dat een crisissituatie in België opgevangen wordt door de huisarts of door de spoedgevallendienst. Hij ziet alleen voordelen in die koppeling. Ernstige zaken vergen wel een professionele, langdurige en gedegen aanpak.

Hij merkt op dat de huisartsen nog altijd werken met nomenclatuurfinanciering. Waarop zijn de modellen voor de vergoeding van de eerstelijnspsychologen gebaseerd? Is er een weging op basis van de tijdsbesteding? Voor de kraamhulp wordt er een model gehanteerd waarbij vrouwen recht hebben op een aantal consultaties aan huis. Voor de berekening van de kostprijs is het interessant om dergelijke modellen te hebben.

Nathalie Haeck zegt dat er in Nederland inderdaad bepaalde modellen gehanteerd worden. De tarieven liggen er echter veel hoger dan in Vlaanderen.

Peter Persyn weet dat een goed contact met de patiënt belangrijk is. Dat vergt tijd. Dat geldt ook voor het contact van de dokter met een kankerpatiënt. Als de

patiënt zich in het begin onheus behandeld voelt, zit hij al op een slecht traject. De huisarts moet voldoende tijd nemen voor de mensen. Hoe kan men dat honoreren in de prestatiegeneskunde?

Nathalie Haeck kan informatie over de kostprijs van de zorgproducten kort, middel, intensief en chronisch bezorgen. In Nederland hoeven de zorgverleners geen geld te vragen aan de patiënt. De consultaties worden geregistreerd in het patiëntendossier. De rekeningen gaan automatisch naar de zorgverzekering of, als het gaat over kinderen of jongeren, naar de gemeente. In België vraagt een psycholoog voor een consultatie veertig of vijftig euro per uur. In Nederland is dat tachtig of negentig euro per uur.

Els Heene vult aan dat de zorgverzekeraar ook eist dat er een hoofdbehandelaar aan gekoppeld wordt. Vroeger moest die met de andere hulpverleners overleggen over de aanmeldingen, nu moet die iedereen ook een halfuur zien, zo niet wordt hun zorg niet vergoed. Die vereiste wordt opgelegd door de zorgverzekeraar en niet door de overheid. Ook dat kost geld. De eigen bijdrage van de patiënten, het zogenaamde eigen risico, is afhankelijk van het zorgpakket waarvoor ze gekozen hebben. Ze zal die modellen bezorgen.

Nathalie Haeck zegt nog dat een basispsycholoog in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg een behandeling kan uitvoeren, maar altijd onder supervisie van een ggz-psycholoog of een klinisch psycholoog. De scholing is dus afhankelijk van de functie. Zij vindt dat een goed opgeleide ELP een behandeling zelfstandig moet kunnen uitvoeren.

X. Uiteenzetting door Jo Gommers, directeur CGG groep LITP (Limburgs Initiatief voor Therapie en Integrale Personenzorg)

1. Groep LITP

Jo Gommers legt uit dat LITP een intersectorale netwerkorganisatie is. Het netwerk omvat zeven cgg-vestigingen, drie voor volwassenen, twee voor kinderen en een voor ouderen. Er zijn ook twee CAR's, vier vestigingen van de RIZIV-conventie psychosociale revalidatie, 68 plaatsen beschut wonen en twee centra dagactivering en ontmoeting. De CAR's en de kinder- en jongerenteams van de cgg's proberen een geïntegreerd aanbod uit te werken. Dat is een goede praktijk. Het Vlaams Actieplan zegt namelijk dat men het denken in sectoren en voorzieningen moet ombuigen naar denken in functies en programma's, gekoppeld aan leeftijdsgroepen en doelgroepen.

2. Uitgangspunten Vlaams actieplan

LITP onderschrijft de uitgangspunten van het Vlaams actieplan: intersectorale zorg; globale en geïntegreerde zorg; overzichtelijke, toegankelijke en betaalbare zorg; netwerkgeoriënteerde zorg; 'stepped care' en 'balanced care'; preventie, vroegdetectie en vroeginterventie; kracht- en herstelgerichte zorg; en het hanteren van een biopsychosociaal model.

3. LITP-visie

In zijn visietekst heeft LITP het over toegankelijke zorg en regionale inplanting; subregionale en intersectorale samenwerking; en vorming van zorgcircuits. De samenwerking binnen een organisatie is gemakkelijker dan het vormen van zorgcircuits over organisaties heen. Het Vlaams actieplan verwijst ook naar zorgorganisatie op een efficiënt niveau. Kleine organisaties zijn weinig efficiënt. Zo gaat er veel capaciteit verloren. LITP gaat uit van een herstelgerichte zorgvisie. De groep

is voorstander van gespecialiseerde zorg op het vlak van methode en niet van categoriale zorg gericht op bepaalde doelgroepen.

4. Centra voor geestelijke gezondheidszorg

Het actieplan bevestigt de missie van de cgg's. De cgg's zijn gericht op een doelgroep met ernstige psychiatrische of psychosociale problematiek of kwetsbaarheid, en met complexe zorgvragen waarvoor een multidisciplinaire behandeling op de tweede lijn aangewezen is. De cgg's moeten volgens het actieplan instaan voor ambulante diagnostiek, behandeling en begeleiding. De meeste cgg's hebben keuzes gemaakt vanwege hun beperkte capaciteit. De meeste centra zetten vooral in op behandelzorg.

Het Vlaams actieplan pleit ook voor een bundeling van de preventieactiviteit op grotere schaal, bijvoorbeeld op het provinciale niveau. Dat is gebeurd zonder ingrijpende herstructureringen. De verschillende centra werken aan een provinciale bovenbouw voor de activiteiten die niet gebonden zijn aan een regio. Veel cgg's werken met onlinehulpverlening. Ze doen aan outcomemonitoring en zetten in op groepswork. Ze hechten ook veel belang aan evidencebased werken. Ze werken met structurele behandelplannen. De spreker hoopt dat dit ook zal blijken uit de rapporten van de huidige inspectieronde.

5. Afstemming met federale ontwikkelingen – artikel 107

LITP pleit voor een goede afstemming met het federale niveau. Het feit dat de bevoegdheden over geestelijke gezondheidszorg zich op twee niveaus bevinden is problematisch. Artikel 107 heeft vijf jaar geleden vijf functies geformuleerd voor de volwassenenzorg. Toen werden de mobiele teams geïnstalleerd, ook voor kinderen en jongeren. De cgg's vinden het vreemd dat mobiel werken wordt gezien als een zorgorganisatie en niet als een modaliteit, naast 'centre based' en residentieel werken. Door het samenvoegen van de capaciteit van cgg's en van mobiele teams had men de ambulante capaciteit kunnen versterken. Dat is een gemiste kans.

Het Vlaams actieplan spreekt over een afstemming van het ambulante en mobiele aanbod van de cgg's met het zorgaanbod in de netwerken. De medewerkers van de cgg's worden gestimuleerd om deel uit te maken van de mobiele werkingen binnen het uitgebreide kader van terbeschikkingstelling. Een verregaande integratie van de ambulante capaciteit zou beter zijn. Op een bepaald moment van het zorgproces kan het nodig zijn om aan huis te gaan. Dat is echter niet altijd noodzakelijk. Door de verplaatsingen naar de cliënt thuis gaan er veel middelen verloren. Dat is een dure vorm van zorg.

Functie 2, de mobiele werking, wordt gefinancierd door de afbouw van bedden op het federale niveau. Het zou mogelijk moeten zijn om die middelen te gebruiken voor de uitbouw van andere functies. Functie 1 (preventie, indicatiestelling, consult en liaison) wordt traditioneel toegewezen aan de cgg's. Die zijn wel bereid om die rol op te nemen, maar momenteel kunnen ze het zich niet veroorloven om daarvoor een deel van hun capaciteit in te zetten. De financiering is onvoldoende. De capaciteit wordt namelijk grotendeels ingezet voor de klinische behandeling, voor de tweedelijnspecialistische en multidisciplinaire zorg.

Functie 3 is rehabilitatie, arbeid, vrije tijd en ontmoeting. Voor de dagactivering en de arbeidszorg is er echter alleen financiering in de ligdagprijs voor beschut wonen. Het Vlaams actieplan oppert dat de centra voor psychosociale revalidatie, die een Vlaamse bevoegdheid zijn geworden, misschien de middelen kunnen leveren voor dagactivering en arbeidszorg. De psychosociale revalidatiecentra leggen zich vooral toe op heroriëntatie na een psychiatrische aandoening. Dagactivering en arbeidszorg leggen zich vooral toe op re-integratie. Beide processen kunnen deels

parallel verlopen. Een goede heroriëntering is echter belangrijk voor een succesvolle re-integratie.

6. Kinderen en jongeren

Het is positief dat er zoveel ontwikkelingen aan de gang zijn voor kinderen en jongeren. Door de extra investeringen in vroegdetectie en -interventie wordt een verdubbeling mogelijk van de capaciteit voor beginnende psychiatrische problematieken tijdens de adolescentie. Jeugdhulp 2.0 wordt in de praktijk gebracht door de oproep voor een versterking van de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Het actieplan benadrukt ook het belang van een meer ambulante zorg. De residentiële zorg voor kinderen en jongeren moet beperkt worden. Ook de samenwerking tussen de CAR's en de cgg's is positief. In de groep gebeurt dat al. Door de reconversie van K-bedden kan men ook bijkomende capaciteit creëren voor dagopnames voor kinderen. Ook de aandacht voor de transitieleeftijd is positief. De groep wil eveneens gevolg geven aan de oproep om beschut wonen te upgraden voor adolescenten of jongvolwassenen.

7. Eerstelijnspsychologische functie

Het Vlaams actieplan kondigt aan dat de proefprojecten voor de eerstelijnspsychologische functie verlengd worden. In Maasmechelen is er een goede samenwerkingspraktijk met een van de zeven proefprojecten van de eerstelijnspsychologen. Het valt te betreuren dat er een aparte structuur is ontstaan. De eerstelijnspsychologische functie maakt deel uit van de huisartsenkring. Er is veel energie verloren gegaan door een gebrek aan ervaring met loonadministratie, boekhouding of jaarverslagen. Het Vlaams actieplan stelt dat de eerstelijnspsychologische functie moet aansluiten bij het brede onthaal van OCMW's, CAW's en ziekenfondsen. LITP vindt dat men ook een eerstelijnspsychologische functie moet kunnen organiseren vanuit een huisartsenpraktijk. Dat maakt een snelle doorverwijzing mogelijk. Zo wordt de eerstelijnspsycholoog verankerd in de gezondheidszorg. Hij staat ook positief tegenover de link met de tweede lijn, die ook opgenomen was in de KCE-aanbevelingen. Dat is onder meer belangrijk voor een goede doorverwijzing. Het is ook belangrijk voor expertise en kwaliteit. Een volwaardige inbedding maakt het mogelijk om de voordelen van de eerstelijnspsycholoog te behouden, namelijk de korte wachttijden en de directe lijn met de huisarts, en om de nadelen van de kleine praktijken weg te werken. De eerstelijnspsychologische functie kan ook heel belangrijk zijn voor de versterking van functie 1. Het is belangrijk om de vijf functies in de volwassenenzorg evenwaardig uit te bouwen. De eerstelijnspsychologische functie moet ook mogelijk zijn voor kinderen en jongeren. De oproep voor een versterking van de capaciteit van rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp is in dat verband een belangrijke stap. Voor de financiering van de eerstelijnspsychologische functie denkt hij onder meer aan de nomenclatuurfinanciering en de terugbetaling van de psychologische zorg op het federale niveau. Daarnaast moet er ook een vorm van organisatiegebonden financiering zijn en eventueel ook incentives voor kwaliteit en innovatie.

8. Werkingsgebieden

De werkingsgebieden van de cgg's vormen een heikel punt. De huidige werkingsgebieden zijn historisch gegroeid. Er is meer transparantie nodig. De capaciteit moet worden gemaximaliseerd, onder meer door het voorkomen van overlap. Een sectorale schaalvergroting is niet het juiste middel om de capaciteit te verhogen. Een intersectorale samenwerking, op subregionaal niveau of in eerstelijnszonegebied, kan wel leiden tot efficiëntiewinst. LITP is voorstander van een regionale organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dichtbij de cliënt. Als men werkt met de eerstelijnszones, dan is er een afstemming nodig met de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, de artikel 107-netwerken, en de klinische ziekenhuis-

netwerken. Er moet worden voorkomen dat er drie gebiedsafbakeningen ontstaan die niet helemaal overeenkomen. De kleine cgg-teams die nog her en der bestaan, kunnen best samengevoegd worden met andere cgg's in functie van de kwaliteit en de draagkracht.

9. Financiering

Er is sprake van persoonsvolgende financiering in de cgg's, ook voor de niet-chronische zorg. Het valt te betwijfelen of dat een goed model is. Een gemengd financieringsmodel met een organisatiegebonden deel, vergelijkbaar met de huidige enveloppe, een prestatiegebonden deel met een cliëntbijdrage en financiering voor kwaliteit en innovatie, geniet de voorkeur. Het nadeel van het huidige enveloppesysteem is dat de capaciteit niet kan groeien, ook al worden er meer cliënten behandeld. In Nederland noemt men dat het cappuccinomodel. Een persoonsvolgende financiering vereist een inschaling van de zorgzwaarte. Dat is echter niet zo evident in de geestelijke gezondheidszorg. De administratieve afhandeling dreigt veel geld te kosten. Dat kan ten koste gaan van snelle en efficiënte zorg.

XI. Uiteenzetting door Pieter Vanvolsem, directeur CAR, Buggenhout

1. Situering CAR's

Pieter Vanvolsem licht toe dat de CAR's deel uitmaken van de brede revalidatiesector die na de zesde staatshervorming een Vlaamse bevoegdheid is geworden. Een CAR heeft in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg expertise op het vlak van multidisciplinaire diagnostiek en behandeling. De diagnostiek wordt vooral ingezet voor kinderen en jongeren met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en/of bijkomende gedragsproblemen en emotionele problemen. Het kan onder meer gaan om autismespectrumstoornissen, ADHD, complexe motorische stoornissen en taalstoornissen. Er is ook specifieke expertise voor kinderen, adolescenten en volwassenen met zintuiglijke, genetische en neurologische aandoeningen. Concreet gaat het dan over niet-aangeboren hersenletsel, gehoorstoornissen, stotteren en hersenverlamming. Het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV heeft deze doelgroepen vastgelegd. Het gaat steeds om complexe problemen met een impact op de activiteiten van het dagelijkse leven. De cliënten hebben nood aan intensieve hulpverlening van een multidisciplinair CAR-team. De cliëntenpopulatie bestaat vooral uit kinderen, maar er zijn ook jongeren en volwassenen. Door capaciteitsbeperkingen moeten er keuzes worden gemaakt. Niet elk CAR heeft een aanbod voor alle leeftijdscategorieën of voor alle doelgroepen.

Bij de CAR-werking gaat het altijd om multi- en transdisciplinaire diagnostiek en behandeling. Het gaat ook altijd om een intensieve therapie afhankelijk van de noden van de cliënt. De hulpverlening heeft een integraal karakter. Ze focust niet op een bepaald aspect van de ontwikkeling. Na een fase van multidisciplinaire diagnostiek, zowel categoriale diagnostiek als handelingsgerichte diagnostiek, wordt er een geïndividualiseerd behandelplan opgesteld dat wordt uitgewerkt in individuele sessies en groepstherapieën, gericht op de persoon en zijn context. De CAR's proberen zoveel mogelijk contextgericht en vraaggestuurd te werken. Door de rigide regels van de huidige revalidatieovereenkomst kunnen ze op bepaalde hulpvragen evenwel niet ingaan. De CAR's werken vanuit evidencebased praktijkrichtlijnen. Ze werken op verwijzing. Het gaat om een tweedelijnsdienst. De verwijzing gebeurt door CLB-artsen, huisartsen, kinderartsen en andere artsen-specialisten. Bij volwassenen met NAH gaat het vaak over artsen van (revalidatie) ziekenhuizen. De CAR's zijn financieel toegankelijk. Het remgeld is beperkt. De adviserend geneesheer van de mutualiteit keurt de aanvragen al dan niet goed op basis van een aantal inschrijvingsvoorwaarden. Door de financiële toegankelijkheid kan men veel kansarme gezinnen bereiken. De bereikbaarheid verschilt van regio tot regio.

Het uiteindelijke doel van de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling is alle kansen bieden om zo autonoom mogelijk te functioneren in de eigen context. Dat moet bijdragen aan de levenskwaliteit. Daarbij gaat het om een adequater persoonlijk en sociaal functioneren van de persoon, en om een betere afstemming van de omgeving op de specifieke noden van de persoon.

Die doelstelling wordt gerealiseerd door het samengaan van de ontwikkelings- en herstelgerichte medische, paramedische en psychosociale interventies. Daarbij vertrekt men, net zoals het Vlaams actieplan, vanuit een biopsychosociale visie. De conventie afgesloten met het RIZIV – die nog steeds van kracht is – is biomedisch getint. Daar zouden de CAR's graag op korte termijn iets aan veranderen. De interventies richten zich op tal van functies, door middel van trainingen en participatie. Daarbij is er ook aandacht voor externe factoren en persoonlijke factoren zoals de sterktes.

De CAR-teams zijn multidisciplinair samengesteld. Er zijn paramedici, psychologen en orthopedagogen, artsen-specialisten, maatschappelijk en psychologisch assistenten, sociaal verpleegkundigen, en administratief en logistiek personeel. Het is niet gemakkelijk om kinder- en jeugdpsychiaters of neuropediateren te vinden. Dat heeft onder meer te maken met de beperkte honorering van de artsen in deze sector.

Als tweedelijnsdiensten werken de CAR's samen met allerlei instanties in de eerste lijn, zoals scholen, CLB's, huisartsen, kinderartsen en andere artsen-specialisten, kinderopvang, ckg's, Huizen van het Kind, andere ambulante partners zoals de cgg's, de MFC's, private therapeuten en semiresidentiële voorzieningen zoals de VAPH-voorzieningen, (revalidatie)ziekenhuizen en kinder- en jeugdpsychiatrische diensten.

In België zijn er tachtig erkende CAR's, waarvan er 47 overgeheveld zijn naar de Vlaamse Gemeenschap. De Vlaamse CAR's onderzoeken samen ongeveer 4000 cliënten per jaar. Op 31 december 2016 waren er ongeveer 7500 cliënten in behandeling. In totaal zijn er ongeveer 2000 medewerkers, in totaal ongeveer 900 vte. De uitbreidingsstop die van kracht is sinds 1987, zowel inzake personeel als inzake de capaciteit van de centra, heeft een invloed op de spreiding van de CAR's. In Oost- en West-Vlaanderen is er een vrij goede regionale spreiding. In de provincies Limburg en Antwerpen is de toestand problematisch. Gezien de jarenlange uitbreidingsstop vragen de CAR een gericht uitbreidingsbeleid.

Met de zesde staats hervorming is Vlaanderen bevoegd geworden voor de CAR's. Op dit ogenblik loopt de transitiefase. De revalidatieovereenkomst met het RIZIV is nog altijd van kracht. Vanaf 1 januari 2019 begint de intervalfase die geregeld is door een overnamedecreet. Hij hoopt dat er dan wijzigingen mogelijk zullen zijn overeenkomstig de basisprincipes in het Vlaams actieplan. Na de intervalfase zullen de CAR's worden opgenomen in de Vlaamse sociale bescherming. De CAR's zijn ook betrokken bij het structureel overleg in aanloop naar het nieuwe decreet op de geestelijke gezondheidszorg.

2. Visie van de CAR's op het Vlaams actieplan

De CAR's hebben een aantal fundamentele bedenkingen bij het Vlaams actieplan. De sector is tevreden met de positie van de CAR's in de Vlaamse gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De CAR's onderschrijven ook de netwerkgedachte in functie van zorgcontinuïteit, expertisedeling en samenwerking. Het netwerk mag echter geen centrale toeleiding worden. Dat druist in tegen de principes van eigen regie. Voor de transparantie is het belangrijk dat er een afstemming gebeurt tussen de verschillende netwerken van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook met de

jeugdhulp, de eerstelijnszones en de ondersteuningsnetwerken in het onderwijs. Men moet een integraal beleid voeren.

De visie en de basisprincipes van het Vlaams actieplan zijn lovenswaardig. Daarbij denkt de spreker vooral aan de biopsychosociale visie, het sociaal ondernemerschap, en de vraaggestuurde en contextgerichte aanpak. De huidige conventie van de CAR's bevat namelijk heel wat rigide bepalingen die beperkend zijn voor sociaal ondernemerschap. De CAR's stellen voor om zo snel mogelijk een transparante en regelluwe Vlaamse beheersovereenkomst op te stellen die ruimte biedt voor het sociaal ondernemerschap. Vandaag ligt de focus van het kwaliteitsbeleid op medische aanwezigheid. Men kan echter ook een kwaliteitsbeleid uitwerken aan de hand van kwaliteitsindicatoren. De conventie zegt dat de CAR's slechts in beperkte mate extra muros kunnen werken. De CAR's moeten de mobiele werking kunnen aanbieden als een modaliteit. Ook het outreachend werken en de nazorg moet men kunnen inbedden.

De CAR's vinden de focus van het Vlaams actieplan op zelfzorg, preventie en generalistische basiszorg terecht. Tegelijk is het belangrijk om voldoende toegankelijke gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg te hebben. Daarbij moet men extra aandacht besteden aan de noden van kinderen en jongeren. De toegankelijkheid moet op verschillende vlakken bewaakt worden, en men moet een gericht uitbreidingsbeleid voeren op basis van omgevingsanalyseprevalentiecijfers.

Het Limburgse model is niet representatief voor de CAR-sector. De CAR's onderschrijven het belang van een verregaande samenwerking of zelfs van een geïntegreerd aanbod van de CAR's en de kinder- en jongerenteams van de cgg's. In de praktijk zijn er al veel samenwerkingsinitiatieven op provinciaal, regionaal en lokaal vlak om een complementair, geïntegreerd en afgestemd aanbod vorm te geven. De dispatchfunctie van de CLB's speelt daarin een belangrijke rol. Om de samenwerkingsinitiatieven te faciliteren is eenzelfde regelluw kader eigenlijk een must. De CAR's engageren zich al geruime tijd in de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, onder meer in de programma's vroegdetectie en -interventie.

XII. Uiteenzetting door Lieven Lust, netwerkcoördinator, Netwerk ggz Midden West-Vlaanderen

Lieven Lust ziet twee redenen voor de oprichting van het Netwerk ggz Midden West-Vlaanderen. In de geestelijke gezondheidszorg was er een traditie om samen te komen met de partners, inclusief de eerste lijn. Bovendien was er ook overleg tussen burgemeesters en OCMW's op het vlak van welzijn en economie.

PRIT staat voor Pittem, Roeselare, Izegem en Tielt, de locaties waar de organisaties van de geestelijke gezondheidszorg hun thuisbasis hebben. Het gaat om de arrondissementen Roeselare en Tielt. Het acroniem staat echter ook voor psychiatrie, reconversie, integrale zorg, liefst en indien mogelijk in de thuisomgeving. Een bijkomende connotatie is de lijm, de hechting die men wil bewerkstelligen tussen de vele partners. De regio kan omschreven worden als semiruraal met de steden Izegem en Tielt en de centrumstad Roeselare. Op een oppervlakte van ongeveer 600 vierkante kilometer wonen er ongeveer 240.000 inwoners. De partners van het netwerk zijn de zorgvragers, hun naastbestaanden, maar ook eerstelijnsorganisaties zoals SEL's, huisartsenkringen, CAW's en organisaties van de geestelijke gezondheidszorg zoals psychiatrische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen met een PAAZ, een algemeen ziekenhuis zonder PAAZ, initiatieven Beschut Wonen, het Psychosociaal Revalidatiecentrum, het Psychiatrisch Verzorgingstehuis, de cgg's, de vzw Kompas, een organisatie die werkt met drugsverslaafden en het Netwerk Internering verbonden aan het Hof van Beroep van Gent.

Als netwerkcoördinator kan hij spreken vanuit een helicoptervisie. Zijn betoog is opgebouwd vanuit de vijf functies die beschreven staan in de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken'. Dat wordt tot vervelens toe artikel 107 genoemd, wat verwijst naar een artikel in de Ziekenhuiswet voor een tijdelijke financiering van experimenten. Hij stelt voor om gewoon te spreken over de netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. De gids heeft het over een betere geestelijke gezondheidszorg. In Vlaanderen is er namelijk een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg. Veel mensen die nood hebben aan een vorm van ondersteuning en behandeling, hebben echter geen toegang tot dit aanbod.

Bovendien moet men evolueren van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. De sector moet het aanbod verduidelijken, de zorgvrager moet op een geïnformeerde wijze zijn keuze kunnen maken en er moeten onderlinge, warme doorverwijzingen kunnen gebeuren als de zorgaanbieder geconfronteerd wordt met een zorgvraag waarop hij geen passend antwoord kan geven.

De gids vermeldt vijf functies die nodig zijn om een gemeenschapsgerichte zorg te realiseren. Dat vergt inspanningen.

Ten eerste moet men weg van het concept 'bed'. In de plaats van deze 24 uur ziekenhuisopname moet men intensievere en meer gespecialiseerde zorgvormen realiseren. Dit kan men omschrijven als de-institutionalisering. Het landelijke gemiddelde bedraagt ongeveer 150 bedden per 100.000 inwoners. Dat is te veel. De mogelijkheden tot vermaatschappelijking worden daardoor sterk beperkt. Bovendien zijn de bedden niet gelijkmatig verdeeld over de regio's. In de regio PRIT zijn er ongeveer 108 bedden per 100.000 inwoners. De bedden voor kinderen en jongeren en de bedden voor ouderen zijn vervat in dat cijfer. Sommige andere regio's hebben te veel bedden.

Een tweede vereiste is inclusie. Dat vergt samenwerking met belendende sectoren zoals onderwijs, werk, cultuur, sociale huisvesting, landbouw en integratie. Men moet het denken in sectoren verlaten. In zorgcircuits en netwerken moet men ook samenwerking realiseren met de ouderenzorg, met Justitie en met de sector van de personen met een handicap.

Ook intensifiëring is noodzakelijk. In de mate van het mogelijke moet de zorg binnen de ziekenhuizen korter worden. Het is de bedoeling dat de cliënt zo kort als mogelijk behandeld wordt, maar ook zo lang als nodig.

Er moet ook een consolidatie gebeuren. De mozaïek aan proefprojecten en proeftuinen, zowel op het federale als op het Vlaamse niveau, moet worden geregulariseerd. Het in stand houden van dergelijke aanpak doet afbreuk aan de artikelen 10, 11 en 23 van de Grondwet.

Lieven Lust gaat in op de vijf functies die vermeld worden in de gids. Hij betreurt dat de ontwerp tekst voor een nieuw Vlaams decreet ook de term 'functies' gebruikt, maar dan in een totaal andere betekenis dan in de gids. In deze tekst komt de term 'psychotherapie' trouwens niet voor.

Functie 1 omvat activiteiten op het vlak van preventie, promotie van geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling. Geestelijke gezondheid behoort tot het leven. Wanneer er iets fout gaat heeft dit een impact op de totale persoon en zijn omgeving. Dan gaat het niet alleen over zijn naastbestaanden, maar ook over factoren zoals werk, school, vrije tijd en wonen, of samengevat over het functioneren in de maatschappij. Geestelijke ongezondheid wordt maatschappelijk echter minder aanvaard dan men zou durven hopen. Men wordt niet meer bekogeld met stenen of opgesloten in kerkers, maar het onbegrip

is nog altijd groot. Wie thuis blijft van het werk omdat hij het even niet meer ziet zitten, wordt afgeschilderd als een plantrekker. Iemand met een burn-out wordt bestempeld als een zwakkeling, al is het momenteel wel hip om te zeggen dat men een burn-out heeft of gehad heeft.

Op het vlak van de geestelijke gezondheid is er een 'treatment gap'. Er is onderen overbehandeling. Sommige mensen hebben behandeling nodig maar krijgen er geen. De psychische kwetsbaarheid bedreigt het leven van de persoon misschien niet, maar zijn psychische kwetsbaarheid heeft wel een impact op zijn gezondheid en welzijn. Gemiddeld verloopt er ongeveer tien jaar tussen de eerste aandoening en de eerste contactname met geestelijke gezondheidszorg. Een dergelijke situatie dient men te vergelijken met een brand. Een beginnende brand kan men gemakkelijk blussen met een klein beetje water. Als men niets doet, zal de brand echter uitbreiden tot op het ogenblik dat men hem gecontroleerd moet laten uitbranden om de schade te beperken. In het Tijdschrift voor Psychiatrie van oktober 2016 schreef Patrick Jeurissen het artikel 'Op weg naar een duurzame ggz, een beleids-perspectief'. Daarin stelt hij dat elk jaar ongeveer 20 percent van de Nederlanders geconfronteerd wordt met psychische klachten en aandoeningen. De spreker veronderstelt dat dit in Vlaanderen niet anders zal zijn. Misschien liggen de cijfers hier zelfs nog iets hoger. De ziektelast is hoog, vooral voor ernstige psychiatrische aandoeningen. Een derde van alle volwassenen met een psychische stoornis krijgt in een bepaald jaar van zijn leven een of andere vorm van psychische hulp. Bij ongeveer 60 percent van deze trajecten is de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg betrokken.

De kosten voor geestelijke gezondheidszorg zijn gestegen van 9,8 percent van de totale zorguitgaven in 2003 tot 11,1 percent in 2012. In België wordt 6 percent van het budget gezondheidszorg besteed aan geestelijke gezondheidszorg en dan nog grotendeels aan de psychiatrische ziekenhuizen.

Voor de destigmatisering en de taboedoorbreking binnen functie 1 werkt PRIT samen met de organisaties van de eerste lijn: logo, SEL, huisartsen, OCMW's, steden en gemeenten, thuiszorgdiensten, maar ook scholen, woon- en zorgcentra en cultuurcentra. In 2017 heeft PRIT diverse acties ondernomen. Op lokale markten heeft men mensen aangesproken met de campagne 'Oe ist?'. Het was de bedoeling om mensen te overtuigen van het belang van praten over en luisteren naar gevoelens. 'Oe ist?' was een initiatief van de provincie West-Vlaanderen en de werkgroep Suïcidepreventie om de hoge suïdecijfers in West-Vlaanderen naar omlaag te krijgen. Er waren ook theaterwandelingen met culturele centra. In samenwerking met het cultureel centrum De Spil werd het tweejaarlijks festival La Folia georganiseerd, waarin geestelijke gezondheidszorg en kunst hand in hand gaan. In Roeselare werd, in samenwerking met de huisartsen, het CAW, het OCMW, het ziekenhuis en het netwerk een ELP opgezet. Dit werd gefinancierd door de stad en door de huisartsen.

Alle organisaties van het netwerk hebben een gezamenlijk aanbod uitgewerkt, namelijk, PRITLink. Daar wordt groepstherapie aangeboden, naast allerlei soorten van vorming, bijvoorbeeld brede en specifieke vormingen, vormingen voor de eerste lijn en vormingen voor en door ervaringswerkers.

De vergelijking met de brand gaat ook op voor vroegdetectie en -interventie. Men kan er niet vroeg genoeg bij zijn. Dat mag natuurlijk niet leiden tot een diagnostische inflatie of overdreven behandeling.

Vorming is heel belangrijk voor medewerkers van organisaties buiten de geestelijke gezondheidszorg. Daarom organiseert PRIT elk jaar vormingen over bepaalde thema's. Daarbij komen er telkens drie vragen aan bod: wat moet ik waarnemen, wat kan ik er zelf aan doen en hoe moet ik doorverwijzen. Bij dit laatste luidt het

advies meestal om dit te bespreken met de huisarts. Die vormingen worden het best gegeven door vertrouwde personen met wie men te maken kan krijgen bij een doorverwijzing.

Het Vlaams actieplan bevat hoopvolle elementen, maar het is te weinig concreet. Inzake beeldvorming doen 'Te Gek?!' en de VVGG goed werk, maar de nabijheid ontbreekt. PRIT werkt met de lokale bevolking en met lokale actoren. Het kan gebruikmaken van de materialen die door de lokale organisaties worden aangeboden. De geestelijke gezondheidszorg moet op een positievere wijze aan bod komen in de media. Over het algemeen wordt het stigma bevestigd door de berichtgeving. Preventie is een opdracht van iedereen en van iedere organisatie. Dat leidt tot winst op verschillende domeinen. De preventie op de werkvloer is een moeilijke opdracht. Dan gaat het namelijk om een organisatie waar efficiëntie en winst belangrijk zijn. Blijkbaar kunnen er preventiecoaches ingezet worden in bedrijven die willen inzetten op preventie. Misschien is het doelmatiger om preventiecoaches in te schakelen in bedrijven die niet willen inzetten op preventie. Ten slotte benadrukt hij in dit kader nogmaals het belang van vroegdetectie en -interventie.

Lieven Lust vestigt nog de aandacht op de doelgroep van adolescenten en jongvolwassenen. Zij zijn kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische stoornissen. Ze hebben immers ook nog hun eigen problematieken vanuit hun ontwikkeling van jongere naar volwassene. Binnen de psychiatrie hanteert men een aparte aanpak voor deze doelgroep. Dat verdient meer aandacht en waardering vanuit het beleid.

De tweede te realiseren functie is voorzien in ambulante, intensieve behandelteams voor acute en chronische psychische problemen. Op dit ogenblik zijn er veertien netwerken, als men Brussel meetelt. Sinds midden 2010 zijn die gefaseerd van start gegaan. Bij het uitwerken van het kader is de gids als referentie gebruikt. Ieder netwerk kreeg de opdracht mobiele teams op te richten, gefinancierd op basis van de reallocatie van bedden en van additionele middelen. Ieder netwerk deed dit vanuit eigen inzichten en overtuigingen. Ondertussen zijn de additionele middelen in de meeste netwerken geschrapt. De middelen uit de afbouw van de bedden hingen samen met de vroegere capaciteit en zijn heel verschillend. Vlaanderen wordt volledig gedekt door netwerken, maar toch zijn er niet overal mobiele teams.

Netwerken zijn noodzakelijk voor de mobiele teams. Het mobiele team moet samenwerken met de zorgvrager en zijn omgeving, maar ook met de huisarts, de diensten gezinsondersteuning, de thuisverpleegkundigen, het CAW, het OCMW en andere actoren. In de toekomstige welzijns- en gezondheidszorg zullen netwerken belangrijk zijn op alle niveaus, op het niveau van de zorgvrager, van de eerstelijnszone en van de regionale zorgzone. In de eerstelijnszorg heeft het macroniveau betrekking op 400.000 inwoners, in het voorstel van de werkgroep Territorium, binnen het overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg Volwassenen, is dat tussen 300.000 tot 450.000 inwoners. Idealiter zouden de nieuwe geografische afbakeningen van netwerken en het werkingsgebied van organisaties met elkaar moeten samenvallen. Het ziet er echter naar uit dat dit opnieuw niet het geval zal zijn. Dat leidt tot verwarring en onduidelijkheid. Het netwerk PRIT heeft slechts voor een deel van de inwoners van het gebied mobiele netwerken. Het werkt samen met de politie als toeleider en als beschermer van de mobiele teams. Het werkt ook samen met OCMW Roeselare, de stad Roeselare, het MSOC-antennepunt Roeselare, het CAW, het straathoekwerk en de politie in R-ACT. Er wordt ook gewerkt met zorgwekkende zorgmijders. Er is samenwerking met CAW en OCMW voor crisisinterventies, en voor dak- en thuisloosheid. Er worden netwerktafels georganiseerd waarbij eerstelijnsactoren casussen kunnen aanbrengen waarin ze vastlopen. Er is ook samenwerking met de organisatie Boeren op een Kruispunt. De nabijheid is een belangrijk element, zowel voor de vrager als voor de organisaties.

De derde functie is het vormen van rehabilitatieteams die werken aan herstel en sociale inclusie. Bij de vermaatschappelijking is het belangrijk dat mensen volwaardig kunnen leven, werken, wonen en vrije tijd hebben. Binnen deze sector wordt er echter sterk gefocust op reguliere werkgelegenheid. De noden en kansen binnen het onderdeel arbeid en binnen functie 3 worden goed verwoord in een cahier over functie 3 van Zorgnet-Icuro. Hij benadrukt dat het principe 'mental health in all policies' en de conventies voor mensen met een beperking geen dode letter mogen blijven, ook niet in de beleidsdomeinen Werk en Wonen.

Functie 4 is de beschikbaarheid van intensieve residentiële behandelunits voor acute en chronische psychische problemen. Binnen het overlegorgaan geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen is een werkgroep dit aan het uitklaren. Daar zijn twee belangrijke settings: de psychiatrische ziekenhuizen en het psychiatrisch aanbod in de algemene ziekenhuizen. Als iemand thuis een hartaanval krijgt, wordt er na het eerste telefoontje een hele zorgketen opgezet. Als een man in een psychotische toestand plots agressief wordt, gebeurt er iets heel anders. Daar wil de spreker niet verder op ingaan.

Functie 5 is de aanwezigheid van specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu – of het thuisvervangende milieu – hiertoe niet in staat is. De woonst is belangrijk. Wanneer men een woning heeft, voelt men zich opnieuw mens. Op dit vlak zitten er een aantal proefprojecten in de pijplijn waarin de sociale huisvestingsmaatschappijen belangrijke partners zijn.

Lieven Lust betreurt dat de vijf functies niet gelijktijdig van start gegaan zijn. Dat gaat ten koste van de vermaatschappelijking. De ongelijke start heeft wellicht te maken met het schot tussen het federale en het Vlaamse niveau. Ook de organisaties spelen daarin een rol. Ze handelen nog te vaak vanuit een overlevingsdrang. De geestelijke gezondheidszorg werkt nog te gefragmenteerd. Dat heeft te maken met verschillen in de regelgeving. Uiteindelijk leidt dat tot wachtlijsten. Er is nog veel werk aan de winkel.

Ondanks het nog steeds aanwezige silodenken begint de tanker te draaien. De vele loodsen denken allemaal te weten waar het naartoe moet. Er is echter maar een vuurtoren die de richting mag en kan geven, en dat is de zorgvrager, en bij uitbreiding zijn naastbestaanden. Het actieplan bevat veel goede ideeën maar weinig concrete acties.

XIII. Vragen van de leden

Björn Anseeuw heeft begrepen dat LITP aan outcomemonitoring doet. Dat is niet vanzelfsprekend in deze sector. Waarop is die monitoring gebaseerd? Wat zijn de bevindingen?

De werkingsgebieden zijn historisch gegroeid. Dat heeft geleid tot overlappingsen. Hoe kan men komen tot een efficiënter gebruik van de middelen? Fusies en schaalvergroting zijn blijkbaar niet altijd de beste manier om dat te realiseren.

Er zijn grote verschillen tussen de cgg's. Toch zijn er 'good practices' die kunnen worden gedeeld. Dat moet leiden tot een toegankelijker zorg en een efficiënter inzet van de middelen.

De heer Vanvolsem pleit voor een regelluwe Vlaamse overeenkomst voor de CAR's. De huidige conventies bevatten namelijk een aantal rigide regels die het behandelen van bepaalde zorgvragen bemoeilijken. Daarover wil hij wat meer toelichting.

De heer Lust heeft het gehad over de ongelijke geografische verdeling van de middelen in Vlaanderen. Die situatie is historisch gegroeid. Waarop baseert hij zich

om te denken dat een betere spreiding van de middelen mogelijk is? Waarop moet die spreiding gebaseerd zijn, op de demografie of op epidemiologische gegevens? In dat laatste geval zouden de stedelijke gebieden rond Gent en Antwerpen, die al veel middelen krijgen, nog meer moeten krijgen. Dat zou ten koste gaan van de regio's die al over weinig middelen beschikken.

Elke Van den Brandt herinnert aan de uitleg van de minister over het toekomstige decreet. In iedere eerstelijnszone van de gezondheidszones komt er een eerstelijnsfunctie. Op regioniveau zou er een tweedelijnsfunctie komen, cgg's of andere tweedelijnsactoren. De cgg's en de CAR's zijn ongelijk verspreid over de regio's. Is het realistisch om te streven naar een gelijkwaardig aanbod voor de tweede lijn?

Er zal 15 miljoen euro extra worden ingezet voor de jeugdhulp. Die middelen worden echter verdeeld over zeventien welzijnszones. Is dit weer een extra element in het lappendeken?

Het is de bedoeling om een gebiedsdekkend, adequaat en zorgdekkend aanbod in de geestelijke gezondheidszorg te realiseren. De Belgische prevalentiecijfers zijn echter niet bekend. De heer Lust veronderstelt niettemin dat de Belgische cijfers hoger liggen dan de Nederlandse. Waarop is dat vermoeden gebaseerd?

Vera Jans interesseert zich vooral voor de elementen waarmee rekening gehouden dient te worden bij de opmaak van het nieuwe decreet. De heren Gommers en Vanvolsem hebben een aantal interessante opmerkingen gemaakt, onder meer over de vele structuren en netwerken. Ze vindt dat het model van de intersectorale samenwerking bijkomende aandacht verdient. De samenwerking tussen de CAR's en de cgg's is belangrijk. De gedragscomponent en het werken met kinderen en jongeren kan een gemeenschappelijke deler zijn. Momenteel werken de CAR's nog binnen een medisch kader. In de toekomst zullen de CAR's mee opgenomen worden in het nieuwe decreet op de geestelijke gezondheidszorg.

De cgg's en de CAR's vinden het problematisch dat de werkingsgebieden historisch gegroeid zijn. Een spreiding is noodzakelijk. Waarop kan men zich daarvoor het best baseren, op de demografie of op de epidemiologie?

De jongvolwassenen zijn voor verschillende beleidsdomeinen een moeilijke groep. Hoe kan men inzetten op deze leeftijdsgroep zonder een nieuwe structuur te creëren?

Peter Persyn erkent de noodzaak van een omvattende dekking van het Vlaamse landschap. Hij denkt dat de geestelijke problematieken vrij gelijkmatig verdeeld zijn over de populatie. In Vlaanderen zijn er 4000 nieuwe intakes per jaar. Dat is een relatief lage frequentie. Hij veronderstelt dat die gevallen vrij gelijkmatig verspreid zijn. Daarom geeft hij de voorkeur aan een geografisch gelijkmatige verdeling. Een schaalvergroting is niet noodzakelijk in strijd met een fijnmazige dienstverlening dichtbij de mensen. Hij pleit voor het centraliseren van een aantal generieke competenties zoals administratie, loonbeheer en rekrutering in regionale zorgzones. Men kan ook denken aan gezamenlijke permanenties. Dat is namelijk een dure zaak. Het moet mogelijk zijn om goed opgeleide mensen in te schakelen die kunnen dispatchen aan de hand van een beslissingsboom.

Hij wil graag cijfers over de wachtlijsten. De wachttijd voor het centrum voor ontwikkelingsstoornissen bedroeg indertijd ongeveer zes maanden. Hij denkt niet dat dit ondertussen sterk verbeterd is. Om de nodige inhaalbeweging te maken, moet men bijkomend gekwalificeerd personeel vinden. Er is echter een tekort, onder meer aan neuropsychiaters en gespecialiseerde kinesisten. Zien de sprekers hefbomen om dat in de toekomst te realiseren?

Bart Van Malderen stelt vast dat de heer Gommers intersectorale integratie verkiest boven sectorale schaalvergroting. Is het mogelijk om schaalvergroting te combineren met intersectorale integratie? Men moet kiezen voor de meest eenvoudige toegang met zo weinig mogelijk tussenstappen. De maximale schaalgrootte levert echter niet noodzakelijk het grootste schaalvoordeel.

Achten de sprekers nog een tussenstap nodig, een masterplan, vooraleer het decreet wordt uitgewerkt? Als men een gedegen behoefteanalyse afzet tegenover het bestaande aanbod, dan weet men wat de tekorten zijn, waar men ze moet situeren – geografisch, specialistisch en sectoraal – en hoeveel middelen er nodig zijn. De wachttijden zijn daarbij een belangrijk element want men moet voorkomen dat de problematieken escaleren. Het actieplan wordt positief onthaald, maar ook vaak omschreven als te vaag en te weinig actiegericht.

Een regelluw kader zou een voorwaarde zijn om de mooie principes in het actieplan te realiseren. Blijkbaar heeft men niets gedaan met de aanbevelingen die op dat vlak al geformuleerd zijn.

LITP is niet gespecialiseerd in doelgroepen maar wel in methodes. Wat betekent dat concreet?

De heer Gommers zegt dat er wellicht energie en capaciteit verloren gaat door het feit dat de eerstelijnspsychologische functie in de huisartsenkring zit. Waar kan deze functie dan het best geïmplementeerd worden?

Men denkt aan een systeem van persoonsvolgende financiering, ook voor de niet-chronische zorg. Dat betekent dat men de zorgnood moet kunnen meten. Momenteel wordt de BelRAI experimenteel toegepast op de ouderenzorg. Is dat ook mogelijk voor de geestelijke gezondheidszorg? Bij het uitrollen van de persoonsvolgende financiering voor de personen met een beperking gaat men op basis van de zorgzwaarte-indicator de dialoog aan met de patiënt over de manier waarop hij zijn leven wil inrichten. Hoe kan men dat aanpakken in de geestelijke gezondheidszorg?

Het Vlaams actieplan zegt dat er gestreefd wordt naar een verregaande samenwerking tussen de CAR's en de kinder- en jongerenteams van de cgg's. Het kan zelfs gaan om een geïntegreerd aanbod. Hij vreest dat dit een sociaal wenselijke formulering is. Hoe ziet de heer Vanvolsem dat concreet?

De nota formuleert het principe dat de zorg meer ambulant moet worden. Dat is positief. Kan de heer Vanvolsem dat wat beter duiden? Sinds 1987 is er immers een uitbreidingsstop.

Het Vlaams actieplan gaat uit van een netwerkgeoriënteerde zorg die continuïteit en zorg op maat garandeert. Dreigen de mensen niet verloren te lopen in een teveel aan netwerken?

De heer Lust vindt het een goed idee om de ziektepreventie en de bevordering van de geestelijke gezondheid op elkaar af te stemmen. Het Vlaams actieplan spreekt over linken tussen het nieuwe decreet op de geestelijke gezondheidszorg en het Preventiedecreet van 21 november 2003. Het blijven twee afzonderlijke decreten. Moet men niet denken aan verdere integratie?

Het actieplan zegt dat de preventiemedewerkers van de cgg's, die momenteel focussen op geïndiceerde preventie, namelijk verslaving, suïcide en psychose, op dit kader anticiperen door een omvattend en geïntegreerd preventief kader als uitgangspunt van deze geïndiceerde preventie te nemen. Hoe kunnen de cgg-medewerkers dat doen met de huidige middelen?

Jo Gommers antwoordt dat zijn cgg vijf jaar geleden een van de pioniers was van de outcomemonitoring. Aanvankelijk werkte men een uitgebreid en gevalideerd instrumentarium, maar mettertijd is men geëvolueerd naar een feedbackgerichte hulpverlening. Elke consultatie wordt geëvalueerd samen met de cliënt. Dat moet de relatie tussen de therapeut en de cliënt versterken. De resultaten worden echter niet opgeteld. Men kan dus niet zeggen wat het resultaat is na drie of vijf sessies. Die werkwijze is voor sommige therapeuten al vrij bedreigend.

Een fusie is wellicht niet de enige mogelijkheid om een transparanter aanbod te creëren. Men kan ook streven naar een cgg in elke eerstelijnszone. Ook de gespecialiseerde tweedelijnszorg zou daarin opgenomen moeten zijn. Om dat te realiseren moet men de overlap wegwerken, goede afspraken maken tussen de centra en misschien de gebieden herverdelen. Fusies zorgen altijd voor ruis gedurende een lange periode. Dat heeft te maken met teamdynamieken en cultuurverschillen. De uitdagingen van de geestelijke gezondheidszorg zijn echter dermate groot dat men zich moet kunnen concentreren op kwaliteitsvolle cliëntenzorg.

Hij geeft twee voorbeelden van goede praktijken. Twintig centra hebben in onderlinge samenwerking een elektronisch patiëntendossier gerealiseerd, met de steun van de overheid. Dat is uniek. Een andere goede praktijk is de 'blended hulpverlening'.

De minister acht het mogelijk dat er ook andere tweedelijnscentra zijn dan de cgg's en de CAR's. Dat heeft alles te maken met programmatie en misschien herverdeling. In bepaalde gebieden is er misschien overcapaciteit. De spreker verkiest intersectorale hergroepering. Hij ziet weinig meerwaarde in sectorale fusies. Het kan echter niet de bedoeling zijn dat energie verloren blijft gaan in kleine vzw's.

Hij vindt het geen goed idee om het beschikbare geld voor jongerenwelzijn te spreiden over alle vormen van rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Het is belangrijk om te focussen op regio's waar het aanbod duidelijk onvoldoende is. Men kan ook inzetten op goede samenwerkingsprojecten, onder meer op basis van sociaal-economische gegevens. De middelen moeten inderdaad toegekend worden aan bestaande organisaties, bijvoorbeeld aan de cgg's. Het cgg kan een kernpartner zijn waarbij de eerstelijnspsychologische functie kan aansluiten.

Op de vraag van mevrouw Jans antwoordt hij dat men de werkingsgebieden kan organiseren op basis van demografische cijfers en socio-economische variabelen. Ook de huidige inplanting van ziekenhuizen is heel ongelijk.

Jo Gommers acht een tussenstap nodig voor de realisatie van een nieuw decreet. Er is nood aan een degelijk behoeftenonderzoek. Dat mag de totstandkoming van het nieuwe decreet echter niet vertragen.

Schaalvergroting is inderdaad geen beletsel voor een fijnmazige zorg. In een van de artikel 107-zones in Limburg is er een experiment om de residentiële en de mobiele crisiszorg samen te brengen. Het moet mogelijk zijn om daar een wachtdienst of permanentie te organiseren. In een psychiatrisch ziekenhuis of een PAAZ zijn er sowieso wachtdiensten. Overdag doet men dat in de subregio's en 's nachts zou men dat kunnen doen voor de hele artikel 107-regio.

De wachttijden worden nauwkeurig gemonitord. Zijn centrum heeft een wachttijd van 46 dagen van de aanmelding tot het eerste face-to-facecontact. De wachttijd van de aanmelding tot de start van de behandeling bedraagt tachtig dagen. Dat heeft te maken met de doorstroom en de uitstroom. Sommige cliënten moet men langdurig blijven begeleiden omdat men de zorg niet kan overdragen aan andere actoren. In de somatische zorg zijn de wachttijden klein. Dat heeft te maken met

de prestatiegebonden financiering. Een toename van het aantal cliënten leidt dan tot een groei van de inkomsten. Daardoor kan men ook meer personeel aanwerven.

Het cijfer van 4000 aanmeldingen per jaar heeft betrekking op de CAR's.

Peter Persyn merkt op dat men de spreiding van de pathologieën kan inschatten op basis van het aantal nieuwe aanmeldingen. Dat staat los van de duur van de behandeling. Op basis daarvan zou men financiële enveloppes kunnen toewijzen voor de diverse geografische entiteiten.

Jo Gommers bevestigt dat men een budget kan toewijzen aan een regio op basis van een objectieve behoefte- en contextanalyse. Zo kan men de capaciteit in die mate versterken dat de wachttijden beperkt kunnen blijven.

Zijn centrum is gespecialiseerd in de groepstherapie. Dat is dus een specialisatie op het vlak van methode. Zijn centrum heeft ook een aanbod gecreëerd voor financieel kwetsbaren. Ook dat is een methode. Het gaat om aanklampende zorg, bemoeizorg of outreachende zorg.

Hij denkt dat men de ELP best dichtbij het cgg kan verankeren. Er zijn echter ook andere mogelijkheden.

Hij heeft vragen bij het meten van de zorgnood met de BelRAI. De RAI is een internationaal aanvaard instrument. Een aantal wetenschappers is daar momenteel mee bezig. In principe kan men dat ook in Vlaanderen toepassen. Voor de geestelijke gezondheidszorg moet men daar echter goed over nadenken. Het klinisch beeld bij een psychiatrische patiënt kan snel wisselen. Het is tijdrovend om daarvan telkens een inschatting te maken. Bij mensen met een beperking ligt dat anders. Als de psychiatrische patiënt objectief het ziekst is, is de zorgnood misschien kleiner dan wanneer hij uit de depressie komt en gerehabiliteerd moet worden.

Pieter Vanvolsem zal enkele voorbeelden geven van rigide bepalingen in de huidige conventie. Het feit dat de revalidatieovereenkomst 65 pagina's telt, geeft al een idee. Een van de bepalingen in die conventie is dat het team slechts een beperkt aantal keren extra muros mag gaan. Hij begrijpt wel dat het team zich moet verantwoorden voor het mobiele werk maar de beperking vormt een probleem. Er is een prestatiegerichte financiering mogelijk voor de therapie van de cliënt en voor de contacten met de ouders. Outreachend werk met een leerkracht, een kinderverzorgster of een werkgever wordt niet gehonoreerd. Er zijn ook geen mogelijkheden tot nazorg. In een behandel fase moet men twee artscontacten inbedden. Voor sommige cliënten is dat zeker nodig maar voor anderen niet. Het multidisciplinair team bestaat immers uit hoogopgeleide mensen met de nodige expertise. In sommige gevallen betekenen de verplichte artscontacten tijdverlies voor de arts en een verlies aan energie en middelen voor de centra. De registratie heeft voordelen, maar toch kan er op dat vlak veel winst worden geboekt die kan worden ingezet voor therapeutische interventies.

De sector is de aanpassing van de huidige revalidatieovereenkomst al aan het voorbereiden. Die tekst werd voorgelegd aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Een wijziging is echter pas mogelijk vanaf de intervalfase die begint op 1 januari 2019. Hij hoopt dat de conventie dan meteen kan wijzigen. Het voorstel tot vereenvoudiging moet dan worden voorgelegd aan de expertencommissie en de sectorale adviescommissie die ingeschreven zijn in het overnamedecreet. Deze commissies zullen een advies formuleren voor de Vlaamse Regering. Daarom hoopt hij dat deze expertencommissie snel opgericht wordt. Dat mag geen tweede college van geneesheren-directeurs worden. Het is positief dat deze commissie interdisciplinair samengesteld zal zijn en dat ze in dialoog moet gaan met een sectorale adviescommissie. Deze procedure mag echter niet leiden tot vertra-

ging. De Vlaamse Regering mag niet te sterk afhankelijk zijn van het advies van de expertencommissie om bepaalde zaken te verbeteren. Hij suggereert dat de commissieleden de conventie doornemen. Hij nodigt hen ook uit voor een bezoek aan een CAR.

Het LITP-model is mooi maar niet representatief. Er is geen overkoepelende vzw-structuur. De CAR's werken vooral vanuit de praktijk. Er zijn samenwerkingsovereenkomsten afgesloten. Op het lokale niveau is er expertisedeling tussen de teams. Er worden ook gezamenlijke intakes gedaan. Momenteel is er een mooie complementaire samenwerking met de cgg's. Bij de CAR's gaat het vooral om ontwikkelingsstoornissen. De benadering is multidisciplinair: medisch, paramedisch en psychosociaal. Bij de cgg's wordt er vooral een psychologische benadering gehanteerd. Het CLB is een belangrijke partner om de dispatching te doen voor kinderen en jongeren. De CAR's zijn zeker bereid tot een dialoog over samenwerkingsmodellen. Sommige CAR's werken al samen op het vlak van administratie en loonverwerking, maar er kunnen nog bijkomende stappen worden gezet op dat vlak.

Op de vraag van mevrouw Jans antwoordt hij dat de CAR's een model van intersectorale samenwerking onderzoeken. Men kan verder nadenken op basis van objectieve behoeftemetingen.

Ook de CAR's kampen met grote wachtlijsten. Tot op zekere hoogte wordt er rekening gehouden met het principe van de zorgzwaarte, al is er geen gevalideerd instrument om dat te meten. In zijn centrum is er geen wachttijd voor kinderen onder 3 jaar. Dat wordt verantwoord vanuit het belang van vroegbehandeling. Zijn centrum heeft ook expertise op het vlak van niet-aangeboren hersenletsel. Het gaat om de chronische fase van de ambulante, multidisciplinaire revalidatie, na een doorverwijzing door een ziekenhuis of een revalidatieziekenhuis. Ook die mensen laat men niet wachten, maar dat gaat ten koste van andere leeftijdscategorieën en andere doelgroepen. Sommige CAR's hebben geen aanbod voor sommige doelgroepen of problematieken. Men streeft wel naar afstemming tussen de verschillende centra in een regio.

Hij kan niet akkoord gaan met de suggestie om capaciteit over te hevelen van de ene provincie naar de andere. Alle centra kampen namelijk met wachtlijsten en capaciteitstekorten. Dat heeft te maken met de uitbreidingsstop sinds 1987. Een uitbreidingsbeleid moet extra aandacht besteden aan de regio's waar de tekorten het grootst zijn.

De barema's van de artsen in de CAR's en de cgg's zijn laag. Bovendien beschikken de CAR's over een beperkt aantal uren voor artsen. Ook de rigide regelgeving is voor sommige artsen een reden om niet te kiezen voor een CAR. Daarnaast is er een tekort aan neuropediateren. Momenteel ontstaat er wel samenwerking. Sommige artsen werken in verschillende centra. Voor het verbeteren van de situatie van de artsen zullen er zeker extra middelen nodig zijn.

De spreker erkent het belang van een objectieve behoefteanalyse. Dat mag de realisatie van het nieuwe decreet evenwel niet vertragen. De sectoren die sinds de zesde staatshervorming een Vlaamse bevoegdheid zijn, moeten verankerd worden in de Vlaamse regelgeving.

De CAR's werken mee aan de onderzoeken van LUCAS en het Steunpunt WVG naar de BelRAI. Het is immers belangrijk om de toepasbaarheid van dit model op de geestelijke gezondheidszorg en op kinderen en jongeren goed te onderzoeken. De ondersteuning van meerderjarige personen met een handicap gebeurt aan de hand van persoonsvolgende financiering op basis van een zorgzwaarte-instrument. Ook voor de minderjarigen werkt men aan een zorgzwaarte-instrument. Hoe wil men

dat afstemmen op een BelRAI voor kinderen en jongeren? Hij is ervan overtuigd dat de mensen die het onderzoek voeren daarmee rekening houden.

Hij vindt het goed dat bijkomende middelen voor kinderen en jongeren verspreid worden. In de praktijk is er daardoor wel een nieuw overlegorgaan ontstaan voor voorzieningen en subsectoren. Dat kan het intersectoraal werken bevorderen. Het is echter niet evident om een afstemming te realiseren met de netwerken van de geestelijke gezondheidszorg.

Lieven Lust denkt dat men de behoeften binnen een regio niet uitsluitend kan beoordelen op basis van demografie en epidemiologie. Men moet ook kijken naar de socio-economische context. Armoede en migratie spelen daarin een belangrijke rol. Nabijheid is een belangrijk element. De regio mag niet te groot zijn. De specialistische zorg kan over de netwerken gebeuren. De niet-gespecialiseerde zorg gebeurt best in een regio, met het oog op de nabijheid. Belangrijke elementen bij de afbakening van een regio zijn mogelijke samenwerkingsverbanden, uniformiteit en transparantie. Een behoeftenonderzoek kan hier zeker aan de orde zijn.

Hij vermoedt dat de prevalentiecijfers in Vlaanderen hoger liggen dan in Nederland. Dat heeft te maken met het besef dat veel mensen met een nood aan geestelijke gezondheidszorg, sommigen spreken zelfs van 50 percent, geen zorg krijgen. Dat is gebleken bij de opstart van de mobiele teams. Het kan echter niet meer zijn dan een vermoeden, want in Vlaanderen of België zijn er geen cijfers.

Bij jongvolwassenen spelen er twee zaken mee: een mogelijke psychische problematiek maar ook ontwikkelingsproblematiek. Voor die specifieke groep is een specifieke aanpak nodig. Sommige organisaties besteden bijzondere aandacht aan deze groep. Dat vergt geen specifieke middelen.

Men kan preventie en behandeling niet los zien van elkaar. Beide worden best in eenzelfde decreet opgenomen. Preventie is een opdracht van iedereen en van iedere organisatie. Bepaalde problematieken, zoals suïcidepreventie, vergen een specifieke aanpak. Bij preventie denkt hij aan bewustwording, educatie en het opmaken van een plan van aanpak. Een gespecialiseerde dienst kan zorgen voor de nodige procesbegeleiding maar dat is niet altijd nodig.

Voor de geografische spreiding en de schaalgrootte verwijst hij naar het werk van de werkgroep Territorium binnen het overlegorgaan. Deze heeft bepaald dat de grootte van een netwerk tussen de 300.000 en de 450.000 inwoners moet zijn. Daarboven moet men werken op mesoniveau, altijd vertrekkende vanuit het nanoniveau dat het belangrijkste is, namelijk het creëren van een netwerk rond de zorgvrager.

Hij is voorstander van de opmaak van een masterplan. Het is belangrijk om te onderzoeken wat de hiaten zijn en hoe men daar iets aan kan doen.

De wachtlijsten en de wachttijden verschillen naargelang de organisatie en de doelgroep. Als men zich op de spoeddienst aanbiedt met een problematiek van geestelijke gezondheid, dan is er geen wachtlijst. Na de spoedopname kunnen er echter wachttijden zijn. Dat heeft te maken met de fragmentatie van de zorg. In zijn regio zijn er wachttijden in het psychiatrisch ziekenhuis, maar dat varieert naargelang de behandelunit. Ook binnen het beschut wonen zijn er verschillen. Voor het psychiatrisch verpleegtehuis bedraagt de wachttijd soms twee of drie jaar. In de psychosociale revalidatiecentra is er een wachttijd van een drietal maanden. Bij de mobiele behandelteams langdurige zorg bedraagt de wachttijd een maand. Bij het acute team is er per definitie geen wachttijd.

XIV. Uiteenzetting door Philippe Delespaul, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

1. Inleiding

Philippe Delespaul is hoogleraar innovatie in de geestelijke gezondheidszorg in Maastricht. Hij reflecteert over de nota en stelt dat Nederland jaloers kan zijn, mocht de nota ooit doorgezet worden. Het zou immers betekenen dat er een echt beleid voor geestelijke gezondheidszorg wordt gevoerd. De overheid in Nederland opteert ervoor het beleid aan het werkveld over te laten. De nota noemt hij boeiend, met ruimte voor verbetering.

2. Wat elke beleidsmaker moet weten

De volgende cijfers helpen beoordelen of men al dan niet een goede weg inslaat. De lifetimeprevalentie van geestelijke gezondheidszorg is één op twee: één op twee mensen valt tijdens zijn leven een aantal maanden uit wegens geestelijke gezondheidsproblemen. Voor het lopende jaar is de prevalentie één op vier, wat meteen ook de potentiële markt aangeeft. Oplossingen die louter door de overheid bekostigd worden, kunnen derhalve niet de enige zijn.

Geestelijke gezondheidszorg betekent ook dat elk individu dagelijks omgaat met mensen die kampen met psychische problemen. Algemeen voelt men zich vrij handelingsonbekwaam in dat verband, maar toch krijgt men er dagelijks mee te maken. Dat is een belangrijke ongerijmdheid.

De capaciteit van de professionele geestelijke gezondheidszorg bedraagt 5 percent of minder. Als er dan een zorgsysteem wordt ontwikkeld dat zich vooral richt op marktwerking, dan komt men de facto middelen tekort. Prioriteren is essentieel. Geestelijke gezondheidszorg is niet louter een probleem van de sector, maar veeleer van de maatschappij. Dat onderkennen is belangrijk.

3. WHO Global Burden of Disease

In de voorbije tientallen jaren is men erin geslaagd om de last die mensen ondervinden van somatische problemen, te verminderen. Voor psychiatrie is dat niet zo en de verwachting is dat het lijden in die zin zal toenemen. Dat is al behoorlijk groot. Lijden in het kader van geestelijke gezondheidszorg is erger dan lijden ingevolge oorlog, verkeer, klimaat of terrorisme. Toch komt niet dat lijden in het nieuws. Onder 30 jaar komt geestelijke gezondheidszorg als lijden meer voor dan alle somatische ziekten samen. In de groep tot 60 jaar veroorzaakt het ziektegebied het grootste lijden: meer dan kanker of cardiovasculaire aandoeningen, wat merkwaardig is.

4. Budget geestelijke gezondheidszorg

Ongeveer de helft van de uitkeringen wordt uitgegeven omdat mensen ten gevolge van geestelijke gezondheidsproblemen niet kunnen functioneren. Per burger geeft Vlaanderen per jaar aan geestelijke gezondheid evenwel slechts 300 euro uit. Er wordt derhalve aan zorg ongeveer evenveel gependeed als aan de maatschappelijke kosten, bij vergelijking op grond van geld. In vergelijking met de somatiek wordt er twaalf keer zoveel uitgegeven aan zorg ter zake dan aan de maatschappelijke zorg die somatisch lijden geeft. Dat doet nadenken over het feit of er millimeterwerk nodig is in de geestelijke gezondheidszorg dan wel een herkadering van de aanpak ter zake in een nationaal plan. Daarmee moet de ambitie gecreëerd worden om beter te doen, maar dan met betrekking tot de integrale maatschappij

en niet alleen met focus op de sector. Er zijn aanzetten daartoe, maar het kan deels nog radicaler.

5. Nationaal plan voor psychisch welbevinden 2017-2027

Een nationaal plan moet ook doelstellingen inhouden waarop men kan aftoetsen en afrekenen. Het moet algemene ondersteuning genereren en de beoogde effecten incalculeren. Die kunnen bijvoorbeeld vastgelegd worden op één derde minder psychisch lijden, wat dan op 15 of 16 percent neerkomt: één derde minder mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, die structureel niet kunnen functioneren, wat het cijfer op ongeveer 1 percent brengt, en één derde minder suicide. Suicide is onmogelijk tot nul te herleiden, maar een deel is wel te vermijden. Twee derde van de mensen aan wie uitkeringen worden verstrekt en die niet kunnen participeren in de maatschappij als gevolg van psychisch lijden, hebben de ambitie om weer aan het werk te gaan. De vigerende wetgeving maakt dat evenwel bijzonder moeilijk.

De levensverwachting van mensen met psychische problemen is twintig jaar korter dan die van mensen die er niet mee te kampen hebben. Dat komt neer op de levensverwachting van net na de Tweede Wereldoorlog. Dat heeft deels met suicide te maken, maar slechts voor een kwart. Driekwart is te wijten aan het feit dat die mensen minder in de reguliere zorg terecht komen en minder baat hebben bij alle aspecten van die reguliere zorg.

Het nationaal plan moet passen binnen de marges van de universele rechten van de mens. Het is geen oplossing om in het kader van een nationaal plan verwarde mensen van de straat te halen, er enige hocus pocus op los te laten en te denken dat het dan beter gaat. Dat is het enige dat in Nederland op het nieuws komt inzake geestelijke gezondheidszorg. Met de universele rechten van de mens in gedachten, wordt er ten behoeve van mensen met een handicap wel eens een trottoirrand verlaagd, maar blijft volkomen buiten beschouwing dat mensen die een depressie hebben doorstaan en weer aan de slag willen, het risico lopen om hun uitkering te verliezen bij de reïntegratie. Men wordt dan bang om te reïntegreren en komt in een soort van fuik terecht. Die aspecten moeten worden verholpen in het licht van een maatschappelijke verantwoordelijkheid met oog voor de rechten van de mens. Een pil lost dat niet op. Het gaat om contextuele kadering.

6. De NieuweGGZ(.nl)

Philippe Delespaul is een van de auteurs van de NieuweGGZ(.nl) in Nederland, die nadenkt over dergelijke problematieken. Het is geen beleid noch mainstream, maar wel een poging om dergelijke vraagstukken te bespreken en een deel van de oplossing te laten zijn. Er zijn intussen drie boeken verschenen over respectievelijk psychopathologie, de zorg en tot slot hoe men nieuwe professionals vormt en die nieuwe wereld tegemoetgaat.

7. Wat is psychisch lijden?

Psychisch leiden wordt al te vaak in DSM-termen vastgesteld. Het is echter best te beschrijven als een kwetsbaarheid van mensen die periodiek problematisch kan zijn. Het is dan vreemd qua framing dat de psychopathologie af en toe geneest. Als men kwetsbaar is om depressief te worden, dan gebeurt dat in allerlei omstandigheden. Dat is normaal, maar in de psychiatrie wekt het een schuldgevoel op. De manier waarop iemand met de werkelijkheid omgaat, is differentieel verspreid. Die spreiding maakt dat het ook normaal is om wat moeilijker of slechter te zijn. Niemand vindt het moeilijk om te stellen dat er een verdeling is qua intelligentie, creativiteit of mensen die de 100 meter lopen onder de 10 seconden, maar erkennen

dat bepaalde mensen depressief aangelegd zijn, angstig zijn of psychotisch, blijft een probleem.

Het 'situ conceptus' is een metafoor in de psychopathologie. Dat het iets met de hersenen te maken zou hebben, is vanzelfsprekend. Mededogen hebben is evenwel geïntroduceerd als nodig bij mensen met depressieve kwetsbaarheden die het daardoor moeilijker hebben om gewoon te reageren. Daarvoor is het ziektebegrip. Psychopathologie is gecontextualiseerd. Dat alles samen maakt dat psychopathologie in principe de beste oplossing krijgt als men nagaat hoe mensen weerbaar te maken. Het aspect waar men mensen maakbaar anders maakt, is slechts een deel van wat men kan doen.

Mensen beschermen tegen hun kwetsbaarheid, impliceert niet zelden dat men ze daardoor afhankelijker maakt van zorg. Dan dient bekeken te worden hoe die iatrogene kant van hulpverlening verminderd kan worden. Dat moet in een nationaal plan staan, dat breder gaat en waar het gaat om de gecontextualiseerde wereld van mensen waarin ook professionals een rol te spelen hebben.

8. Psychopathologie: een variabele handicap in de tijd

De stelling dat psychopathologie een variabele handicap is over de tijd heeft consequenties om rekening mee te houden in een plan. Alle structurele indicaties zijn een probleem als men op een serieuze manier omgaat met een variabele handicap. Diagnostische hulpindicatie is een probleem als de hulp verandert over de tijd. Flexibel middelen toebedelen aan zorg volgens factuur, maakt mee variëren mogelijk, maar het laat altijd een gevoel van overconsumptie na. Groepsfinanciering is de enige mogelijkheid. Dat houdt in dat een job uitgevoerd wordt voor een populatie en die job moet worden geoptimaliseerd. Dat is de discussie en ze is in de opmerkingen ook opgenomen.

9. Kleinschalige integratie als organisatie-model

Er ligt een telefoonboek voor met goede intenties en interventies. De vraag blijft hoe die allemaal bij elkaar gebracht worden om de psychopathologie op te lossen. Als het veld te breed en te gedifferentieerd wordt is er geen manier van oplossing meer. Dat wordt de tweede discussie. Versnippering van zorg genereert zeer complexe systemen met een foute zorg en een onmogelijk management. Dat vergt enorme investeringen in coördinatie en de manier waarop indicaties worden gesteld. Er groeit een obsessie omdat er schaarse middelen verdeeld moeten worden. Zo wordt een waterhoofd gecreëerd dat niet te controleren valt. Ook hier wordt gerefereerd aan het Nederlandse systeem dat met het probleem worstelt.

10. Virtuele patiënt

Een virtuele patiënt toont welke verschillende diagnosemogelijkheden er zijn. Als er mensen in zorg komen, zijn er een zestal psychiatrische diagnoses en een grote somatische comorbiditeit, problemen met eenzaamheid, schulden enzovoort. De vraag is waar in de zorg een persoon terecht moet naargelang dat profiel. Dan is er reactie in een of andere sector. Met een sterk verdeelde sector kan die vraag niet beantwoord worden.

Triage wordt vaak gezien als de enige mogelijkheid om professionele hulpverlening te borgen maar het belemmert zinvolle hulpverlening in andere dimensies van mensen. Van professionele hulpverlening is dan geen sprake en dat moet vermeden worden. Bij een comorbide probleem hanteert de spreker de operatietafel als metafoor: daar komen specialisten samen rond de patiënt. De pathologie wordt dan gedereguleerd en de essentie is de patiënt in zijn geheel.

11. Management van kwetsbaarheid en weerbaarheid over domeinen

De psychopathologie onderscheidt drie domeinen: symptomen en symptoomreductie; maatschappelijke participatie; en persoonlijk herstel. Het gaat om psychische processen en alle domeinen zijn met elkaar verweven. Psychotische patiënten kunnen binnenkomen en stemmen horen, volkomen paranoïde zijn en eenmaal ze in een relatie stappen ziet men dat de stemmen verminderen. In dat geval zou de relatie als participatiedomeininterventie beschouwd kunnen worden, zij het met curatieve doelen. 'Cure' en 'care' zijn in Nederland en deels ook in België zo sterk verdeeld dat er hulpverlening ontstaat met gebonden handen. Ze is eendimensionaal en rangeert mensen uit. Mensen krijgen zo niet de hulp waarop ze recht hebben. Goede hulpverlening is parallelle hulpverlening op de drie gebieden tegelijk. De F-ACT-wijkdienst in Nederland of de mobiele wijkdienst in Vlaanderen moeten dan de oplossing bieden, maar dat is afhankelijk van de mate van beschikbaarheid. Met één team per honderdduizend inwoners lukt het niet. Er moet dan een team per tienduizend inwoners zijn.

12. Per definitie lokale zorg

Typisch voor de psychopathologie is dat ze niet inwisselbaar is: men kan voor cataractoperaties naar Turkije maar niet voor psychiatrische hulpverlening. Die situeert zich in de betekenisvolheid van het eigen leven en daar moet de hulp ook ingezet worden: zeer lokaal. Philippe Delespaul pleit ervoor om te evolueren naar hulpverlening in de vorm van integrale wijkzorg, in wijken van 10.000 tot 15.000 inwoners waar mensen uiteindelijk willen slagen in de adaptatie van het dagelijkse leven. Als hulpverlener in die kleine schaal is triage overbodig en wordt iedereen collega van elkaar. Het is een manier om zorg te dereguleren: ze situeert zich dan tussen huisarts en geestelijke gezondheidszorg, en vormt een versterking van de zorgas. Tegelijk moet die as er ook zijn in het participatiedomein en het burgerschapsdomein. Die triade moet hersteld worden.

13. Het dagelijkse leven als referentie

Als professionele bronnen slechts deel van de oplossing kunnen zijn, dan komen al snel e- en m-Health op de voorgrond. Men vergeet dat de oplossing niet alleen een substituut voor de therapeut moet zijn. Mensen moeten leren omgaan met uitdagingen in het dagelijkse leven. Het is de psychotherapeut of hulpverlener die beschikbaar is als iemand angstig is, ook al heeft iemand geleerd om met angsten om te gaan. Adequate hulpverlening heeft te maken met de triggers die mensen hebben om te hervallen en om te herstellen. Die bevinden zich in het dagelijkse leven en daarom moet de hulpverlening ook daar zitten, waar mensen evolueren in de tijd. Die hulpverlening maakt foto's over de tijd en herstelt als het ware de film. Dat is het doel.

14. Bouwen aan weerbare gemeenschappen

Niet alles hangt af van de professionele hulpverlening maar evenzeer van empowerment van de cliënten en families, de weerbaarheid van families en de ontwikkeling van gemeenschappen voor mensen. Het heeft alles te maken met ontwikkeling van collaboratieve hulpverlening. Die wordt haast automatisch omdat de kennis-hulpverlening over de tijd minder belangrijk wordt. Dat impliceert meteen ook dat relaties evenwichtiger worden, vanuit een multi-expertensamenwerking. De professionele rol verschuift dan van de kennisexpert naar de relationele expert die in dergelijke processen mee faciliteert. De kloof tussen professioneel en niet-professioneel moet worden gedicht. In de vooropgestelde evolutie is ook de cliënt deskundig, naast de familie en de wijk. Die coaching moet in de samenwerking een plaats krijgen, samen met allerlei andere communities zoals een psychosenet dat gelanceerd wordt in België. Mensen delen er hun ervaring in en normaliseren

het profiel. Het maakt de angst over de aandoening minder. Er zijn ook initiatieven zoals 'health first aid', erop gericht om de geletterdheid inzake EHBO breed verspreid te krijgen. Om te leren hoe men mensen bij depressie of angst helpt en hoe men ze niet in de steek laat. Het gaat erom een gemeenschap te vormen die daarvoor instaat.

Philippe Delespaul zou graag zien dat België meer dan 6 percent van het zorgbudget aan psychopathologie uitgeeft, maar stelt voor om toch minstens naar 1 percent te gaan, gezien het lijden en de comorbiditeit met somatiek die aanwezig zijn. Er wordt intussen 300 euro per burger per jaar uitgegeven, of 6 percent van het bnp. Met dat budget is een integrale werkzorg mogelijk. Op 100.000 inwoners is er 30 miljoen euro beschikbaar en op 10.000 3 miljoen euro als maatschappelijk budget.

XV. Uiteenzetting door Lieve Van Den Bossche, directeur, Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg

1. Visie en basisprincipes

Lieve Van Den Bossche volgt de chronologie van het Vlaams actieplan. Het actieplan geeft blijkt van ambitie. De federatie schaaft zich grotendeels achter de basisprincipes. Er is ook beweging in de uitvoering, alleen gaat die alle kanten op. Het ontbreekt aan een duidelijke keuze voor een krachtig Vlaams coherent, eenduidig en ambulant geestelijke gezondheidsproject. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg moeten inderdaad toegankelijk, bekwaam, betaalbaar en vooral beschikbaar zijn volgens de noden in de gemeenschap. Een goede zorgprogrammatie is echter een eerste vereiste om te bepalen waar die noden zich precies situeren en hoe de middelen op gepaste wijze kunnen worden ingezet.

'Community care' komt in beeld en krijgt de volle steun. Ook versterking van de sociale cohesie en inzetten op actieve samenwerking op lokaal vlak tussen zowel professionele als informele zorg en binnen zowel als buiten de geestelijke gezondheidszorg zijn goede stappen. In het streven naar vermaatschappelijking van de zorg kijkt men sterk naar mantelzorg, burens en de naaste omgeving. Men komt vaak ook tot de conclusie dat zo middelen gespaard kunnen worden. De federatie wijst erop dat sociale cohesie niet vanzelf komt. Er zijn evengoed investeringen nodig om dat te realiseren. Er is ook ondersteuning nodig voor wie zorgt voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. De focus moet liggen op het realiseren van betere nabije zorg en niet op besparing.

De federatie staat achter herstel- en krachtgericht werken om mensen te ondersteunen in hun herstel en ze op eigen kracht deel te laten worden van de samenleving. VVGG en FDGG-Mentalis zetten hier samen sterk op in. Werken volgens die visie vraagt een fundamentele cultuuromslag voor de geestelijke gezondheidszorg in al zijn organisatievormen. Het vergt durf om mensen zelf het roer in handen te geven in de beslissingen over behandeling en begeleiding. De federatie stelt met overtuiging dat het evenwel de enige juiste weg is.

2. Preventie

In deel één stelt het Vlaams actieplan dat inzake preventie, zorg en ondersteuning met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen continuïteit cruciaal is. Tegelijk staat er dat het Preventiedecreet van 21 november 2003 bevestigd wordt en dat het nieuwe decreet op de geestelijke gezondheidszorg de nodige links moet leggen met dat decreet. Linken volstaat evenwel niet als men echt streeft naar continuïteit en geïntegreerde zorg. De voorbereidende gesprekken over het nieuwe decreet wijzen uit dat preventie eruit weggelaten wordt. Dat is niet logisch als men

echte zorgcontinuïteit wil. Men botst hier op schotten die zich niet bevinden in het werkveld, maar wel op het niveau van kabinetten en administratie.

3. Zorg

Netwerking wordt opgevoerd als basisprincipe. Er zijn ook heel veel trajecten bezig, zo veel dat de organisaties hun weg dreigen te verliezen: chronischezorgprojecten, reorganisatie van de eerste lijn, artikel 107-netwerken of kinderen en jongeren, woonvormen voor jongvolwassenen, geïntegreerd breed onthaal, oproep voor RTH-middelen enzovoort. Alles moet samenwerken en samensporen, maar de samenhang is zoek. Als men dan in het kader van het nieuwe decreet denkt aan geestelijke gezondheidsnetwerken, dan wordt het helemaal verwarrend. De federatie hoopt dat met het oog op een onderlinge link van al die trajecten, ze op zijn minst vanuit eenzelfde visie kunnen vertrekken met eenzelfde timing, eenzelfde gebiedsafbakening en eenzelfde taal. Vooralsnog moet men zich soms ook enten op nog onduidelijke en/of verschillende toekomstige gebiedsafbakeningen. Dat maakt het moeilijk om creatief en efficiënt te werken.

4. Generalistische basiszorg

In het kader van de generalistische basiszorg wordt de eerstelijnspsychologische functie uitvoerig beschreven in het actieplan. De federatie is er steeds van uitgegaan dat, zeker in tijden van schaarse middelen, eerst moet worden ingezet op de nulde en eerste lijn, of de basisvoorzieningen. Inzet van middelen op de eerste lijn maakt de zorg toegankelijker, en maakt vroegdetectie en -ingrijpen mogelijk. Tegelijk weet men ook dat 60 percent van wie aangemeld wordt in de eerstelijnspsychologische functie doorverwijzing behoeft naar meer gespecialiseerde zorg, waarin dan weer niet wordt geïnvesteerd. Toch is ook dat nodig. Behalve projectwerking zit er geen beweging in de vervolgetrajecten, de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, met name de cgg's. Men zit met een omgekeerde piramide, terwijl er een kanteling nodig is. Er moet worden vermeden dat er een trechter ontstaat.

5. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

De federatie kijkt reikhalzend uit naar de terugbetaling van psychologische zorg. Men vindt dat een goede zaak, maar wil het niet als een mirakeloplossing beschouwen. Zeker voor de meest kwetsbaren is het niet zaligmakend. Veel zal afhangen van de modaliteiten, waarover nog niets bekend is. Mensen met beperkte middelen stellen thans al een bezoek aan arts of tandarts uit. De vraag is of dat anders zal zijn voor psychologische zorg. De terugbetalingsregeling moet voor de federatie opnieuw in eerste instantie tot doel hebben de eerste lijn sterker, toegankelijker en betaalbaarder te maken. Het opzet moet ook vertrekken vanuit samenwerking, multidisciplinair overleg, afstemming, intervisie en supervisie, gekoppeld aan voldoende kwaliteitsgaranties.

Het actieplan hecht belang aan een uitgebouwd gespecialiseerd ambulante aanbod. Daarvoor moet er verder overlegd worden tijdens de IMC. Volgens het actieplan moet dat om de transitie naar ambulante zorg te continueren op een coherente manier en zo de 'ambulantisering' te verduurzamen. Continueren volstaat niet volgens de federatie: acceleratie is de boodschap. De gewenste vermaatschappelijking wordt niet enkel bereikt door een beperkt aantal bedden buiten gebruik te stellen en ze in mobiele teams te investeren. Een deel van de middelen moet kunnen doorstromen naar de basisvoorzieningen, de nulde, eerste en tweede lijn om een echte 'community care' mogelijk te maken. Er is te weinig voortgang.

6. WHO Service Organization Pyramid for an optimal Mix of Services for Mental Health

Met de WHO-piramide is de federatie het helemaal eens maar de financiering blijkt in België volledig omgekeerd. Lieve Van Den Bossche verwijst naar de cijfers die de heer Delespaul gaf in verband met de verhouding tussen het aantal personen dat met psychische problemen kampt en het budget dat naar geestelijke gezondheidszorg gaat. Van die 6 procent gaat bovendien 80 procent naar residentiële zorg. Slechts 20 procent gaat naar preventie en ambulante zorg. Dat is volkomen in tegenspraak met de nota.

In budgettaire moeilijke tijden zou een kanteling van de piramide al een grote stap voorwaarts betekenen. De staatsstructuur is wat ze is maar de minister heeft slagkracht binnen de IMC om te pleiten voor mechanismen waardoor de middelen naar basisvoorzieningen kunnen doorstromen. Met artikel 107 blijkt er steeds meer 'verambulantisering' van de zorg vorm te krijgen en niet de gewenste 'ambulantisering'. Het gaat te veel uit van ziekenhuizen en medische oriëntatie, en van echte vermaatschappelijking is geen sprake. Minister Vandeurzen heeft de preventieve en ambulante geestelijke gezondheidszorg al jaren onder zijn bevoegdheid en verantwoordelijkheid. Als de sokkel onderaan zo smal is, dan is dat deels ook te wijten aan zijn keuzes, hoewel hij uiteraard ook wel richting federale minister mag kijken.

De federatie pleit voor een regiogebonden financiering met responsabilisering van de regio's tot een zekere grens. De minister wil de zaken bottom-up laten groeien. De bestaande templates laten zien dat veel aan het werkveld overgelaten wordt. Dat maakt echter dat een amalgaam aan verschillende visies, lobbygroepen en algemene lijnen aanleiding geven tot eindeloos debat. Dat verwijt men dan de sector maar het is volgens de spreker een gevolg van de werkwijze die de overheid oplegt. Het is essentieel dat beide ministers keuzes maken en verantwoordelijkheid opnemen. Consequent handelen is de boodschap, en liefst een hogere versnelling schakelen om de vernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg echt te bewerkstelligen.

XVI. Vragen van de leden

Elke Van den Brandt vraagt naar de juiste formule voor mobiele wijkteams die het mogelijk maken om van onderuit te werken. Moeten de bestaande structuren in de nulde en eerste lijn versterkt worden? Of moeten ze echt herbekeken worden? Het nieuwe decreet spreekt van een eerstelijnsgezondheidszone en een eerstelijnspsychologische functie. Op regioniveau zit daarachter de tweede lijn. Welke actoren zijn er nodig en in welk model?

Een uitspraak van de minister maakte het lid ongerust. Hij stelde dat op de tweede lijn zich dan de cgg's of andere actoren bevinden. Bepaalde daarvan leveren schitterend werk maar vanuit een heel andere insteek. Is het mogelijk om op die tweede lijn één model in te brengen mits bijvoorbeeld werkpakketten afgestemd worden, of moet de eigenheid van de verschillende organisatietypes behouden blijven? Hoe kan men dat zo efficiënt mogelijk regelen?

Bij de terugbetaling van psychologische zorgen pleit de federatie ervoor om daarmee vooral de eerste lijn te versterken. Er zijn intussen maar zeven eerstelijnsprojecten. Moet men daarop inzetten? Moeten ze dan gelieerd blijven met onder meer advies van het kenniscentrum aan cgg's of is het de bedoeling om ook privépraktijken daarmee te financieren?

Björn Anseeuw hoort van de heer Delespaul over een model dat vertrekt vanuit nabije zorg en de cliënt/patiënt zelf. Die komt centraal te staan. De 300 euro per

burger per jaar voor geestelijke gezondheidszorg moet anders worden ingezet, weg van de doorverwijzing naar instellingen. Hebben instellingen nog een plaats in dat model en welke rol krijgen ze dan? Het lid ziet niet hoe alle noden in louter wijkgerelateerde zorg opgevangen kunnen worden.

Vera Jans vindt de heer Delespaul goed geplaatst om een vergelijking te maken tussen Vlaanderen en Nederland. De cijfers tonen aan dat echte vermaatschappelijking van de zorg niet vanzelfsprekend is. Bij de federatie hoort ze uit de losse pols zeven netwerken opsommen. Het nieuwe decreet moet absoluut de stap naar een nieuwe geestelijke gezondheidszorg zijn. Het actieplan ligt voor en het decreet volgt, maar onder meer de bevoegdheidsverdeling speelt soms parten. Met de netwerken moet men alvast meer hygiëne aan de dag leggen. Hoorzittingen over geestelijke gezondheidszorg kunnen breed gaan maar er is focus nodig. Er zijn al heel wat netwerken actief.

Het wijkniveau met maximaal 15.000 inwoners behelst in Limburg drie tot vier kleine gemeenten samen, wat niet echt een wijk is. In grootsteden is dat anders. De buurtgerichte zorg waarrond is gewerkt, is dichterbij. In die wijken moet dan alles aanwezig zijn. Ook de cgg's twijfelen eraan of het mogelijk is per 15.000 mensen in een volledig aanbod te voorzien. Ofwel zijn er verplaatsingen nodig of er komen antennes. Hoe ziet men dat concreet?

Peter Persyn sluit zich aan bij de vragen van de anderen.

Bart Van Malderen stelt dat de link met preventie ook door het werkveld als belangrijk wordt geacht. Het werkveld stelt voor die in het nieuwe decreet te integreren. Hoe kan de link waarvan sprake in het actieplan legistisch hardgemaakt worden? Zijn daar ideeën over?

Met betrekking tot de omgekeerde piramide volgt het betoog de lijn van de voorgaande hoorzitting. Het lid vindt de opmerking zeer terecht. Papier is gewillig en de evolutie naar meer ambulante zorg en minder institutionele factoren ligt al langer voor. De piramide moet gekanteld. Hoe kan dat concreet? Hoe krijgt men er momentum in? Er is een aantal experimenten gebeurd, maar het wiel aan het draaien krijgen, blijkt niet evident. Budgetten moeten verschuiven. Institutioneel moet er wat veranderen. *Bart Van Malderen* denkt dat ook snelheid telt: vijf jaar sinds de zesde staatshervorming zit men nog altijd in de behoudende fase.

De staatsstructuur is complex, maar tegelijk zijn ook de vehikels aanwezig die, mits er goede wil is aan beide kanten, het mogelijk maken om samen te werken. Het is een kwestie van afspreken en afstemmen. Zo kunnen bijvoorbeeld ook lokale besturen meer betrokken worden. De ministers kunnen niet decretaal vastleggen wat waar en hoe moet gebeuren. Dat geldt ook tussen het Vlaamse en het federale niveau. Het lid stelt vast dat mevrouw Van Den Bossche voorstelt om de IMC te gebruiken en hij is het daarmee volmondig eens.

In de cijfers staat bij de capaciteit van de professionele geestelijke gezondheidszorg in Nederland 7 percent. Voor België staat er een vraagteken. De vraag of vooraf een masterplan moet worden opgesteld is al gesteld. Is dat vraagteken een feitelijk gegeven? Hoe kan men dat invullen?

Vlaanderen zit meer in Nederland dan het zou willen. In hoeverre beantwoordt het actieplan aan de visie die professor Delespaul aanvoert? Klopt die stelling?

Björn Anseeuw merkt op dat de heer Van Malderen in zijn vergelijking tussen de verhouding met het lokale niveau en de verhouding tussen het federale en regionale niveau eraan voorbijgaat dat er onder en boven de taalgrens een heel andere cultuur heerst als het gaat om de organisatie van zorg. Dat onderscheid is

er binnen Vlaanderen niet. De vergelijking die de heer Van Malderen maakt, gaat dus niet op.

Peter Persyn wijst er nog op dat met het taalverschil boven en onder de taalgrens ook de eigenheid van de gezondheidszorg aangeraakt wordt: die gebeurt in de taal van de patiënt/cliënt.

Bart Van Malderen nuanceert de vraag en stelt ervan overtuigd te zijn dat men ook federaal gedifferentieerd kan werken als men dat wil. Zo zal de wijkwerking waarvan sprake er ook anders uitzien in stedelijke omgevingen dan in semirurale. Er kunnen ook andere inzichten gelden.

Björn Anseeuw weerlegt ook die stelling en stipt aan dat daartussen geen cultuurverschil speelt.

Lieve Van Den Bossche durft net niet te stellen dat vijf minuten politieke moed het momentum kunnen brengen, maar geeft aan dat er veel tijd is verloren. Het groenboek waaraan zo lang is gewerkt tijdens de vorige regeerperiode, is in een schuif beland en men is opnieuw begonnen.

De KCE-studie geeft een goede manier aan om de terugbetaling van zorg door de eerstelijnspsychologische functie te organiseren. Op de tweede lijn zitten dan de cgg's. Men wil vooral de eerste lijn ondersteunen. Er is heel wat expertise in vroegdetectie en interventie, in consult en liaison. Die rol moet blijven. Men staat ten dienste van die eerste lijn. Dat hoeft dus niet naar de cgg's, maar moet wel vindplaatsgericht zijn: daar waar mensen sowieso komen. Dat kan via een geïntegreerd breed onthaal, maar net zo goed in een wijkgezondheidscentrum, groepspraktijk of bij de huisarts. Het moet een en-enverhaal worden om zoveel mogelijk mensen te bereiken.

Het wijkgerichte aspect moet ook breder gaan dan de geestelijke gezondheidszorg. Men moet evolueren in de richting van totale zorg.

Bij de link met preventie stelt de federatie zich dezelfde vraag. Wat bedoelt men met linken? Het begrip wordt vaak gebruikt en kan veel of weinig inhoud hebben. Als er sprake moet zijn van een continuüm, dan is integratie noodzakelijk, ook in het regelgevend kader. Ze pleit ervoor om het zo op te nemen in het nieuwe decreet.

De federatie ziet heil in regiogroepsfinanciering terwijl Vlaanderen evolueert naar persoonsvolgende financiering. Omdat de federatie dat betreurt, hoopt ze dat het pleidooi van de heer Delespaul gehoord wordt.

Philippe Delespaul stelt dat er diverse punten uit elkaar gehaald moeten worden. Vanuit ethisch standpunt moeten somatische en geestelijke gezondheidszorg gelijkgeschakeld worden. Vanuit praktisch standpunt is dat fundamenteel anders. Geestelijke gezondheid kan men beschouwen als één van de handicaps die mensen kunnen hebben. Een fysieke of verstandelijke handicap is evenwel fundamenteel anders dan een ggz-handicap. Bij de eerste kan men ongeveer berekenen wat de compensatie is, omdat de valorisatie als werkgever duidelijk is binnen de marges van datgene waarmee men kan werken. De omgeving kan worden aangepast, en dat kan men compenseren. Dat kan ook met een verstandelijke handicap, via diagnostiek en inschatting. Het hele systeem is gebaseerd op een soort stabiele handicap. Dat werkt niet voor een periodieke handicap. Ethisch kan men stellen dat iedereen dezelfde rechten heeft op compensatie, maar psychopathologie is anders en vergt een andere financiering. Er is ook ethische gelijkwaardigheid in de effecten. Het zijn de effecten die management behoeven, zoals gesteld in de universele rechten van de mens. Wat zijn de effecten op participatie? Dat telt, niet

wat men doet. De hulp die nodig is voor wie af en toe depressief is, varieert en is anders dan voor een fysieke handicap.

Peter Persyn merkt op dat door de evolutie naar meer care voor bepaalde profielen met een bepaalde kwetsbaarheid duidelijk is geworden dat ook in de fysieke diagnostiek, bijvoorbeeld COPD, periodieke opstoten mogelijk zijn. Dat is een parallel. Daar moet men in de richting van groepsgebonden financiering evolueren, zoals in Duitsland gebeurt voor onder meer diabetici.

Philippe Delespaul is het eens met de parallel, maar hij ziet ook verschillen. Bij diabetici kan men de crisissen managen. Bij psychopathologie worden ook de levensfasen gemanaged. Dat houdt in dat een huisarts de depotmedicatie van een psychotische patiënt voor zijn rekening neemt. De vraag is dan of die patiënt met dit soort van prothesebehandeling op lange termijn gebaat is. Misschien heeft de patiënt na enige jaren wel recht op traumabehandeling, waar hij aan het begin van zijn carrière geen behoefte aan had. Die kan hem misschien op een ander niveau laten functioneren. Als men zo aan triage doet, blijft de vraag of dat oplossingen biedt.

Een regionale budgetfinanciering voor depressies is onmogelijk vanwege de grote comorbiditeit ervan. Zowat 60 percent van de mensen met depressie hebben ook een angststoornis. De helft heeft ook een persoonlijkheidsstoornis. In de geestelijke gezondheidszorg is regiofinanciering op grond van diagnostiek niet mogelijk.

Peter Persyn meent dat een weging mogelijk is maar begrijpt de gradatie.

Philippe Delespaul stelt dat een budget gekalibreerd moet worden vastgelegd. Eenmaal het budget bepaald is, wordt gekeken of daarmee de best mogelijke zorg verstrekt wordt. Dan speelt de regiobudgetverantwoordelijkheid. Het is mogelijk als men zich realiseert dat per 10.000 inwoners aan dertig vte een salaris van 100.000 euro kan worden gegeven. Voor de zowat zeven huisartspraktijken binnen die marge zijn dat elk vijf vte. Met dertig vte moet specialisatie mogelijk zijn. Het is een kritische massa.

De meest kwetsbare discussie ter zake is dat na jaren van professionalisering in vakjes de generieke kwaliteit vervaagt. Men studeert jaren om psychiater of klinisch psycholoog te worden, werkt twee maanden met psychotische stoornissen en dan concludeert men al te snel dat alleen dat de specialiteit is. Dat noemt de professor een aanfluiting van de deskundigheid. Specialisatie in de geestelijke gezondheidszorg is psychiater of psycholoog zijn. Niet de incidentspecialisatie voor iets wat ook nog een comorbiditeit heeft. De spreker laakt deze mentaliteit die de bestaande gedochten heeft gecreëerd. Er is ruimte voor differentiatie. De samenwerking binnen de wijkmarge vangt tekorten aan ervaring op.

Peter Persyn merkt op dat dat ook al gebeurt in de eerstelijnspraktijken, bijvoorbeeld met thuisverpleging. Het gaat om vertrouwen. De wijk van 10.000 inwoners heeft ongeveer het bereik van een grote huisartsenpraktijk.

Philippe Delespaul zegt een verregaande criticaster te zijn van het Nederlandse systeem om diverse redenen. In de geestelijke gezondheidszorg gaat 40 tot 50 percent naar administratie. Dat kan niet. Er wordt een zorgsysteem georganiseerd waarin men moet kiezen tussen 'cure' en 'care', maar beide zijn niet uit elkaar te halen in de werkelijkheid. Het gaat niet op om zoals in Nederland meer accountants te betalen om na te gaan of er geen cent te veel is uitgegeven aan cure of aan care. Het is bovendien fraude als het wel gebeurt. Men moet zich realiseren dat psychopathologie gecontextualiseerd is. Schulden zijn een probleem voor wie depressief wordt en die schulden zijn misschien gemaakt als gevolg van een manie. De oplossing moet evenzeer die context meenemen in een parallel traject. Het is

niet mogelijk de trajecten uit elkaar te halen. De huisartsen in Nederland verwijzen naar een angstprogramma en krijgen een brief terug dat het om een depressie gaat om dan weer te horen dat het om een persoonlijkheidsstoornis gaat. Allicht zijn al die zaken verweven met elkaar, maar het is nooit duidelijk af te bakenen wat overweegt. Integrale werkzorg vergt een zicht op welke specialisaties nodig zijn, hoe het team eruit moet zien en welke resources nodig zijn. Om ook licht-mentale handicaps te kunnen begeleiden in dat kader, en de gemarginaliseerde psychotische groep, is zo'n specifieke teamsamentelling nodig. Dat maakt optimale zorg mogelijk. Niemand kan ooit alleen verantwoordelijk zijn voor een patiënt. Het kan alleen als collega's niet moeten doorverwijzen maar samen behandelen. De kleine schaal garandeert samen zorg maken.

Lieve Van Den Bossche treedt de redenering bij en stelt dat het erom gaat vanuit doelgerichte oriëntatie in plaats van medische ziektegerichte oriëntatie, na te gaan wat er wel nog gaat en waar de kracht nog zit. Dat is herstelgerichtheid.

Philippe Delespaul stipt aan dat die evolutie cultuurgebonden is. Het is een uitdaging. Stelselaanpassingen kunnen faciliteren, maar er zijn generaties nodig om het te realiseren. De kennisdeskundigheid verschuift hoe dan ook, net zoals ook in de somatiek al aan de gang is. Blijft men een cardioloog 300.000 euro per jaar betalen als die een computerprogramma van 10.000 euro meer vertrouwt dan zijn eigen opleiding en deskundigheid? Men kan dan niet zeggen dat zorg onbetaalbaar is. Louter borging op basis van studie als de oplossing is niet wenselijk, maar men kan verwachten dat die cardioloog de integratieve, lifestylekant ontwikkelt. Ook in de psychiatrie gebeurt het al, en daar staat men al verder. Depressie vermindert soms met een pilletje, maar men moet wel zeven dagen op zeven en 24 uur op 24 weten hoe men zichzelf vergaloppeert in eigen gedachten. Stoppen met roken is een aspect van levensstijl en dus moet men daaraan werken en aanwezig zijn.

Bart VAN MALDEREN,
voorzitter

Vera JANS
Peter PERSYN,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

ADHD	attention deficit hyperactivity disorder
ADOCARE	het consortium van Action for Teens en LUCAS KU Leuven
BeRAI	verzamelnaam voor de Belgische vertaling en informatisering van de interRAI (instrumentenbaseerstellijnsschaal en Resident Assessment Instrument)
BILL	jouw stop voor cultuur en lifestyle in Vlaanderen, Brussel en Europa
bnp	bruto nationaal product
CAR	centrum voor ambulante revalidatie
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
ckg	centrum voor kindzorg en gezinsondersteuning
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EHBO	eerste hulp bij ongelukken/eerste hulp bij ongevallen
ELP	eerstelijnspsychologische functie
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
F-ACT	Flexible Assertive Community Treatment
FDGG	Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
ggz	geestelijke gezondheidszorg
IMC	interministeriële conferentie
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KOP-model	klachten, omstandigheden, persoonlijke stijl
KULeuven	Katholieke Universiteit Leuven
LITP	Limburgs Initiatief voor Therapie en Integrale Personenzorg
logo	loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie (verkorte naam = lokaal gezondheidsoverleg)
LUCAS	Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KULeuven
MFC	multifunctioneel centrum
MSOC	medisch-sociaal opvangcentrum
NAH	niet-aangeboren hersenletsel
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
POH	Praktijkondersteuner Huisartsenzorg
PrOP-model	problemen, omstandigheden, persoonlijke stijl
R-ACT	Assertive Community Treatment
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
ROM	Routine Outcome Monitoring
RTH	rechtstreeks toegankelijke hulp
rvt	rust- en verzorgingstehuis
SAR	strategische adviesraad
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SEL	samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg
T-bed	bed voor volwassenen die een chronische aandoening hebben en een korte tot middellange ziekenhuisopname en behandeling behoeven, gericht op hun sociale re-integratie
UGent	Universiteit Gent
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VIPA	Vlaams Infrastructuurfondsvoor Persoonsgebonden Aangelegenheden
VN	Verenigde Naties
vte	voltijdsequivalent/voltijdequivalent
VUB	Vrije Universiteit Brussel
VVGG	Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
VVKP	Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen

W ²	werk- en welzijnstrajecten op maat
WHO	World Health Organization
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (beleidsdomein van de Vlaamse overheid)