

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 272

van **LORIN PARYS**

datum: 31 januari 2020

aan **WOUTER BEKE**

VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, GEZIN EN ARMOEDEBESTRIJDING

Personen met een psychische aandoening - Behandeling

In Vlaanderen kunnen personen met een zware psychische of psychiatrische problematieken begeleid of opgenomen worden in de centra geestelijke gezondheidszorg (cgg's), de psychiatrische verpleegtehuizen (pvt's), de initiatieven voor beschut wonen (IBW's) of de psychiatrische ziekenhuizen.

Bij de cgg's kan men enkel terecht na doorverwijzing van een eerstelijnszorgverlener. Zij bieden consultaties en begeleidingsmomenten aan, maar er gebeuren geen opnames.

De pvt's bieden residentiële herstelondersteunende zorg aan volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige en psychiatrische problematiek. Die zorg heeft als doel om de huidige vaardigheden van hun patiënten te behouden en hun zelfzorgvermogen en zelfregie te versterken.

Een IBW begeleidt mensen met psychische problemen die geen nood hebben aan een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis maar wel hulp nodig hebben om zelfstandig te wonen en om sociaal vaardig te worden. Beschut wonen kan zowel in gemeenschapswoningen in een groep van 3 tot 10 personen als individueel.

Psychiatrische ziekenhuizen streven ernaar om de opnames van hun patiënt zo kort mogelijk te houden. Zij hebben ook gespecialiseerde afdelingen die zich toespitsen op één bepaalde problematiek.

Kan de minister per hierboven vermelde instelling een antwoord geven op de volgende vragen:

1. Werken de instellingen met evidence-based richtlijnen? Zo ja, kan de minister een overzicht en een beschrijving geven van deze richtlijnen?
2. Hoeveel patiënten behandelden de instellingen in de laatste 5 jaar?

Graag een opsplitsing per jaar, en indien mogelijk per geslacht, per aandoening en per woonplaats van de patiënt.

3. Welke tijdspanne zit er gemiddeld tussen de opstart van de behandeling van de patiënt en het afronden van de behandeling?

Graag een opsplitsing per aandoening.

4. Welke behandelingen worden er voor welke aandoening toegepast en wat is de normale behandelingstermijn voor deze behandeling?

5. Hoeveel van de patiënten die een behandeling doorlopen voltooien deze binnen de opgezette termijn en op een succesvolle wijze? Hoe wordt 'succes' gedefinieerd per aandoening? Welke stappen worden er ondernomen wanneer een patiënt na zijn behandeling onvoldoende geholpen is? Hoeveel patiënten zijn onvoldoende geholpen na hun behandeling?

Graag een overzicht per jaar voor de laatste 5 jaar per aandoening.

6. Wordt er een tijd na de behandeling nog een evaluatiemoment met de patiënt gehouden?

ANTWOORD

op vraag nr. 272 van 31 januari 2020

van **LORIN PARYS**

1. PZ:

De psychiatrische ziekenhuizen werken multi- en interdisciplinair. Zoveel mogelijk met inspraak van de zorggebruiker, wordt een behandeltraject opgesteld dat holistisch is en uitgaat van de noden, behoeften en probleem domeinen van de zorggebruiker. Er wordt van de voorzieningen en de hulpverleners verwacht dat ze hun werking baseren op de recentste wetenschappelijke kennis inzake behandelingen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. In het referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen>) staat o.a. opgenomen dat 'de zorgprocessen planmatig worden gestuurd in een multiprofessioneel en multidisciplinair kader, zijn gebaseerd op evidentie, spelen in op de noden en verwachtingen van de patiënt en worden kwalitatief geëvalueerd. (Modaliteiten: procedures, richtlijnen, standing orders, klinische paden,...)'. Vanuit de Vlaamse overheid worden er richtlijnen ontwikkeld voor en in samenwerking met de sector (o.a. de multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>), de Kindreflex (<https://kindreflex.be/>) en de Multidisciplinaire Richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg (<https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/ef21-mdr-preventie-toepassing-fixatie-afzondering-res--ggz>). Er wordt van de voorzieningen verwacht dat ze actief met deze richtlijnen aan de slag gaan. Tijdens de audits van de psychiatrische ziekenhuizen werd het thema kwaliteitsbeleid door Zorginspectie systematisch bewaakt. Indien het ziekenhuis hiertoe onvoldoende initiatieven neemt, wordt dit item als een tekortkoming opgevolgd door het Agentschap Zorg en Gezondheid.

CGG-PVT-IBW:

Ik verwijs graag naar de referentiekaders van de diverse sectoren waarin de verwachtingen van de Vlaamse overheid m.b.t. de kwaliteit van zorg- en hulpverlening zijn opgenomen. Deze referentiekaders zijn gebaseerd op een aantal decreten en besluiten van de Vlaamse Regering, maar ook de multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie en de Kindreflex maken hiervan deel uit.

- Referentiekader CGG: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20CGG_DEFINITIE_F_0.pdf
- Referentiekader PVT: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader%20PVT%202019.pdf>
- Referentiekader IBW: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Referentiekader_BW_2019_0.pdf

2. PZ-PVT-IBW: zie bijlage 2_cijfers PZ-PVT-IBW.

De gegevens betreffen de periode van 2014 tot en met 2018. Er is een opdeling gemaakt per jaar/geslacht/per aandoening en per provincie.

CGG: zie bijlage 1 cijfers_behandeling_cgg_2014_2018.

Voor de CGG geven we de cijfers weer van 2014 tot en met 2018.

De bijlage is opgedeeld in 4 tabbladen waar u de antwoorden op de verschillende vragen kan terugvinden. U zal opmerken dat het totaal aantal zorgperiodes in het eerste tabblad (1a diagnose) lager ligt dan het totaal aantal genoteerde zorgperiodes in het vierde tabblad (1b cliënten), dit is te verklaren doordat de zorgperiodes die een cliënt doorloopt voordat een diagnose wordt gesteld niet mee opgenomen zijn in de aantallen van het eerste tabblad.

Bij de diagnoses wordt er een opsplitsing gemaakt tussen DSM IV en DSM V, de lage scores bij DSM V vanaf 2018 worden verklaard doordat enkele CGG in het werkjaar 2018 al overgeschakeld waren op EPD2.0 waarin DSM V kan worden geregistreerd, maar nog niet alle CGG zijn hiermee gestart in 2018.

3. **PZ-PVT-IBW:** Er zijn hierover geen cijfers beschikbaar.

CGG: zie bijlage 1 cijfers_behandeling_cgg_2014_2018 tabblad 2, duur behandeling en tabblad 3, afsluiting

4. **PZ:** Voor elke zorggebruiker wordt er, in nauw overleg met de zorggebruiker zelf, individueel nagegaan welke benadering het best aansluit bij zijn/haar vraag en noden. Dit behandelplan wordt periodiek geëvalueerd en er wordt dan nagegaan of verdere begeleiding/behandeling nodig is. De tijdsduur van een behandeling kan individueel verschillen. Er is bovendien altijd een bepaald segment van patiënten die een chronische stoornis zal ontwikkelen. Een van de mogelijkheden om deze personen verder op te volgen en te behandelen, betreft via ambulante mobiele teams in de samenleving. Deze zijn tot ontwikkeling gekomen naar aanleiding van de vaststelling dat er teveel residentieel aanbod was en te weinig ambulant aanbod. Er werd bijkomend ambulant aanbod gecreëerd door de bevriezing van ziekenhuisbedden in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (www.psy107.be). Ook dagbehandeling is een mogelijkheid.

CGG:

Een CGG biedt ambulante, medisch-psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening aan mensen met ernstige psychische problemen. Elk CGG team bestaat uit één of meerdere psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. Het CGG biedt dus voor elke cliënt een multidisciplinaire benadering.

Elke cliënt is uniek en heeft zijn eigen verhaal, er wordt binnen het CGG voor elke aanmelding bekeken welke benadering het best aanleunt bij de vraag van de cliënt. Ook de tijdsduur van een behandeling is een uiterst individueel gegeven.

Er wordt een behandelplan opgesteld in samenwerking met de cliënt, hierin wordt in begrijpbare taal onder andere de hulpverwachting van de cliënt genoteerd. Dit behandelplan wordt tijdens de duurtijd van de behandeling regelmatig geëvalueerd en bijgestuurd waar nodig.

Naast face to face contacten die een hulpverlener heeft met zijn cliënt kan er ook worden voorgesteld om 'blended care' op te starten wat betekent dat een cliënt naast de face-to-face contacten met de hulpverlener ook online begeleiding krijgt.

Daarnaast kan er ook worden voorgesteld dat een cliënt deelneemt aan een groepsaanbod dat door het CGG wordt aangeboden.

PVT:

Binnen PVT wordt er strikt genomen geen behandeling aangeboden, maar spreken we over herstelondersteunende zorg, zoals u in uw vraag zelf aangeeft. De herstelondersteunende zorg is gericht op het behoud van de resterende vaardigheden, de versterking van het zelfzorgvermogen en de zelfregie van de zorggebruiker, inclusief het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte en de psychische kwetsbaarheid, en de ondersteuning van de ontwikkeling van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren. Afhankelijk van de zorgbehoeften, wensen, competenties en mogelijkheden van de zorggebruiker, bestaat de herstelondersteunende zorg uit: 1° vaardigheden helpen behouden en aanleren; 2° de zorggebruiker tijdens de uitvoering

van zijn activiteiten ondersteunen of begeleiden; 3° activiteiten overnemen als de zorggebruiker die niet zelf kan uitvoeren. De herstelondersteunende zorg is gericht op de volgende domeinen: 1° zelfzorg zoals wassen, aankleden, koken, huishoudelijke taken, geldbeheer en administratie; 2° lichamelijke en psychische gezondheid vanuit medisch en krachtgericht perspectief; 3° dagbesteding en vrije tijd; 4° sociale contacten; 5° zingeving.

De duur van een verblijf in een PVT is individueel sterk verschillend. Wel is er de verplichting om minstens om de twaalf maanden het volledige zorgplan van een zorggebruiker te evalueren, waarbij een besluit tot staving genomen dient te worden over de beëindiging of voortzetting van het verblijf.

IBW:

Net zoals binnen PVT wordt er binnen IBW strikt genomen geen behandeling aangeboden, maar spreken we over herstelondersteunende begeleiding. Deze bestaat uit ondersteunende en ontwikkelingsgerichte begeleiding in de eigen leefomgeving van de zorggebruiker. Met ondersteunend wordt bedoeld: gericht op het behoud van vaardigheden; ontwikkelingsgericht betekent gericht op het bijkomend verwerven van vaardigheden; en de eigen leefomgeving tot slot wordt gedefinieerd als de milieus die de zorggebruiker zelf heeft gekozen op het vlak van wonen, werken, leren en recreëren. Met de zorgbehoeften van de individuele zorggebruiker als uitgangspunt, is de herstelondersteunende begeleiding gericht op de volgende levensdomeinen: 1° zelfzorg; 2° wonen; 3° werken of alternatieven voor werk; 4° leren; 5° recreëren; 6° psychische en somatische gezondheid; 7° sociale contacten; 8° budget; 9° administratie; 10° huishouden; 11° mobiliteit.

De duur van een begeleiding in een IBW is opnieuw individueel sterk verschillend. Opnieuw is er de verplichting om minstens om de twaalf maanden het volledige begeleidingsplan van een zorggebruiker te evalueren, waarbij een besluit tot staving genomen dient te worden over de stopzetting of continuering van de begeleiding.

5. We hebben hierover geen cijfergegevens. Een ontslag van een zorggebruiker uit een voorziening gebeurt vooral bij consensus van zowel het team als de zorggebruiker zelf. Bij een minderheid gebeurt dit vanuit een eenzijdige keuze door hetzij het team hetzij de zorggebruiker (zie cijfers CGG in bijlage 1, pg 12). Er wordt naar ontslag toegewerkt en er wordt, indien nodig, nog doorverwezen naar een andere voorziening met een aanbod dat beter aansluit bij de noden van de cliënt. Specifiek voor de sector PVT wordt er ook vaak doorverwezen naar woonzorgcentra. We hebben geen zicht op het (onvoldoende) succes van de behandeling/begeleiding. Het afsluiten van een behandeling/begeleiding is voornamelijk een klinisch oordeel waarbij men het traject van de cliënt in de voorziening, tussentijdse evaluaties, functioneren op verschillende levensdomeinen, enz. in beschouwing neemt.
6. De evaluatie van de behandeling/begeleiding gebeurt tijdens de zorgperiode in een voorziening, niet achteraf.

PZ: Op regelmatige tijdstippen wordt de behandeling van de patiënt geëvalueerd en indien nodig, bijgestuurd. Er is momenteel een positieve tendens te merken dat deze evaluatie meer en meer samen met de patiënt gebeurt.

CGG:

De hulpverleners van het CGG hanteren een systeem van uitkomstenmonitoring systematische cliëntfeedback. Er worden criteria voor het afsluiten van een zorgproces gebruikt binnen de CGG, de beslissing tot afsluiting wordt zoveel als mogelijk genomen in samenspraak met de cliënt. De huisarts en/of verwijzer van de cliënt wordt op de hoogte gebracht van de voortgang van de behandeling.

PVT-IBW:

Zoals hoger vermeld is er de verplichting om minstens om de twaalf maanden het volledige zorgplan van een zorggebruiker te evalueren, waarbij een besluit tot staving genomen dient te worden over de beëindiging of voortzetting van het verblijf/begeleiding. Een verplichting tot een evaluatiemoment een tijd na het verblijf/begeleiding is er niet. Wel zijn er enkele andere verplichtingen waaraan het PVT/IBW moet voldoen bij de beëindiging van het verblijf/begeleiding, namelijk:

- Bij elke beëindiging van verblijf/begeleiding van een zorggebruiker wordt een afsluitbrief opgemaakt met een verslag over de zorg en de ondersteuning tijdens het verblijf/begeleiding.
- Deze afsluitbrief wordt bezorgd aan minimaal de huisarts, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts, en de behandelend psychiater die zorgt voor de verdere opvolging van de zorggebruiker. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.
- Als een zorggebruiker wordt doorverwezen naar een andere residentiële zorg- of welzijnsvoorziening, zorgt het psychiatrisch verzorgingstehuis voor een vlotte overgang.
- Bij het beëindiging van de begeleiding van een zorggebruiker door het IBW staat het IBW nog 6 maanden ter beschikking van de zorggebruiker voor vragen tot opvolging.

BIJLAGEN

1. [Cijfers behandeling-CGG 2014-2018](#)
2. [Aantal zorggebruikers PZ-PVT-BW](#)