Antwoorden van Koen Lowet

Vraag van Vera Jans:
Is het net niet goed dat er veel instroom is en dat mensen kiezen voor die studierichting?
Het is inderdaad de vraag of de toegenomen instroom as such moet gezien worden als een probleem. Dat hangt af van de zorgnoden in de samenleving en de beschikbaarheid van het aanbod om die zorgnood te lenigen. In die zin zou een zorgplanning voor psychologische zorg aangewezen zijn. In Nederland gebeurt dit al enkele jaren.
Het grote probleem in de opleiding zit hem in hoe deze gefinancierd wordt. Met de huidige financiering is de ratio student/onderwijsstaf hopeloos uit verband gehaald met grote negatieve gevolgen voor het competentiegericht onderwijs. Het is de gezamenlijke vraag van zowel de universiteiten als de VVKP om dringend de wijze waarop de faculteiten psychologie/orthopedagogiek in Vlaanderen worden gefinancierd te herzien. De faculteiten geneeskunde, ook een autonoom gezondheidszorgberoep, kan daarbij een goed voorbeeld zijn.

Het is zo dat men niet te rade gaat bij de vertegenwoordigers van de belangengroepen of beroepsgroepen, maar rechtstreeks bij de sectoren. Vera Jans vindt dat geen slechte werkwijze. Hoe ziet Koen Lowet dit? Moet er apart overleg zijn?
Ik weet niet goed hoe ik deze vraag moet interpreteren. De VVKP beschouwt zichzelf alleszins niet als een “belangengroep”, maar als een wetenschappelijke vereniging. Wij verwachten van een goed bestuur dat ze in overleg gaat met haar wetenschappers, in het bijzonder rond situaties die de kern van haar wetenschap aangaan. Daarnaast heeft de VVKP het voordeel ook te kunnen spreken voor de sector: over alle geledingen, lijnen en structuren heen. Men zou verwachten dat een beleid, dat de sector altijd verweten heeft van te versplinterd te zijn, hier dan van gebruik zou maken.

Vraag van Jeremie Vaneeckhout:
Zijn er academisch onderbouwde scenario’s die de nodige investeringen voor de komende 10 jaar kunnen begeleiden?
Ja, die zijn er. Er zijn de afgelopen jaren heel wat initiatieven genomen in de geestelijke gezondheidszorg in diverse landen. Europese landen zoals Noorwegen, Nederland, de UK, hebben in de afgelopen jaren grote hervormingen doorgevoerd in hun geestelijke gezondheidszorg (met positieve en negatieve ervaringen). Overal werd daar steevast wetenschappelijk onderzoek aan gekoppeld, ook in Vlaanderen (denk maar aan de eerstelijnspsychologische functie). Dat onderzoek draait vaak rond het omzetten van de WHO – piramide. Die WHO – piramide neerzetten moet je echter doen in een transformatie – beweging, dat betekent dat je middelen moet voorzien om te kunnen omschakelen. Die middelen moeten dienen om de populaties die nu in de “verkeerde laag” van de piramide zitten toch te kunnen blijven omgaan. De benodigde hervorming moeten we op een tijdsbestek van 10 – 15 jaar zien.

In welke mate is er een spanningsveld tussen de nood aan een structureel plan en projecten? Iedere week worden er door ministers projecten in geestelijke gezondheidszorg

aangekondigd. Vindt men die initiatieven de moeite waard of geeft men de voorkeur aan structurele stappen?
Idealiter vertrekken projecten vanuit een structureel plan met de bedoeling om beleidslijnen uit een dergelijk plan in de praktijk te toetsen en dan om te zetten in structureel beleid. Nu hebben we vaak het gevoel dat projecten lukraak opgezet worden om het idee te geven dat er "iets" gedaan moet worden zonder dat er een cohesie is. Het beste voorbeeld zijn onze netwerken geestelijke gezondheidszorg. Wat 10 jaar geleden als onze grote GGZ – hervorming werd aangekondigd is vandaag nog steeds een "project".

Men pleit ervoor om de preventieshift naar een nog jongere leeftijd te maken. Hoe ziet men dit concreet?
Dat is een heel eenvoudig antwoord. Vanaf welke leeftijd start men met lichamelijk hygiëne? Dit gebeurt reeds in de verplichte controles door Kind & Gezin. Men moet ophouden met geestelijke gezondheidszorg te beschouwen als iets "aparts". Wat men voor lichamelijke gezondheid doet, moet men ook doen voor geestelijke gezondheid.

In bepaalde regio's is het minder evident om in de nabije omgeving de nodige hulpverlening te vinden. Hoe kan men nog meer outreachend werken? Hoe kan men verhinderen dat er nieuwe structuren en nieuwe plaatsen moeten worden opgericht?
De public health – benadering die zijn vertaalslag vindt in de WHO – piramide biedt een antwoord op de vraag hoe we overal een gelijkaardig gelaagde zorgpiramide kunnen opzetten. Vlaanderen kent met zijn eerstelijnszones een ideale verdeling op populatie – niveau om dit te realiseren. Daarom heeft minister Vandeurzen destijds die hervorming doorgevoerd. We moeten er nu wel gebruik van maken.

Hebben de sprekers insteken hoe men dit maatschappelijk debat fundamenteler kan voeren?
Als er één zaak is die de crisis ons zou moeten leren is dat gezondheidszorg geen eiland. De zorg moet met haar 2 voeten in de samenleving staan. Dat betekent een verantwoordelijkheid nemen om haar kennis en kunde niet enkel in te zetten in acute zorg, maar vooral die kennis en kunde te gebruiken om preventief aan de slag te gaan in andere sectoren buiten de zorg. Dat kan mede zorgen voor een paradigma – shift in onze samenleving en voor meer sociale cohesie zorgen.

Vragen van Suzy Wouters
Vinden de sprekers investeren in de verschillende ggz-diensten voldoende of moet er structureel worden hervormd?
Hervormd: we kennen nu teveel GGZ – diensten die veel te versnipperd werken. Idealiter herleiden we die versnippering tot een eenvormig geheel van zorgnetwerken die actief zijn over de verschillende lagen van de WHO – piramide.
Hebben de sprekers het gevoel dat er voldoende naar het werkveld wordt geluisterd?
Neen, wij hebben dat gevoel alleszins niet.
Aan welke samenwerking is er meer nood?
We moeten die zorgnetwerken kunnen opstarten over de verschillende lagen heen. Actoren die nu actief zijn op de eerstelijnszorg (huisartsen, psychologen) moeten in verbinding

worden gebracht met elkaar en van daaruit in verbinding komen te staan met de gespecialiseerde zorg (CGG's, psychiaters) ondersteund door de residentiële voorzieningen.
Is er nood aan meer onderzoek om de hele geestelijke gezondheidszorg met de knelpunten in kaart te brengen?
Ja, we tasten op dit moment nog teveel in het duister. We missen een systematische opvolging van de geestelijke gezondheidstoestand van onze burgers.
Welke zijn de aanbevelingen om mensen die wachten toch al enige hulp te bieden?
Wanneer we de WHO – piramide succesvol kunnen realiseren, dan zullen we geen wachtenden meer hebben.
Welke persoonlijke en infrastructurele middelen zijn er nodig om de wachtlijsten weg te werken?
We moeten het opzetten van die WHO – piramide gefaseerd aanpakken. In een eerste fase hebben we een opschaling nodig van de gehele sector. We geven vervolgens prioriteit aan de onderste lagen zodat de druk op de gespecialiseerde zorg geleidelijk afneemt. Pas dan kunnen we spreken over het ombouwen van bedden.
Binnen welke termijn is het mogelijk om in deze personele middelen te voorzien?
Dat is een politieke keuze. De sector kan er morgen al mee aan de slag.
Indien dit niet mogelijk is, welke opties zijn er om voor bepaalde doelgroepen een ander traject uit te zetten?
Er is geen reden om voor specifieke doelgroepen een ander traject uit te zetten. De WHO – piramide is van toepassing voor iedereen. Je zou wel specifieke programma's kunnen laten draaien die gericht zijn op bepaalde doelgroepen.
Zou een geïntegreerd beleid rond geestelijke gezondheidszorg op scholen meerwaarde kunnen zijn om vroegtijdig te kunnen werken aan geestelijke gezondheidszorg?
Absoluut, daar zij wij al lang vragende partij voor.
Zijn er veel plaatsen te weinig in de crisisopvang?
Dat weet ik niet. Onze crisiszorg wordt nu vooral oneigenlijk gebruikt door de lange wachtlijsten. In Noorwegen heeft men dat bv. opgelijst door de zogenaamde Outpatient Centers. Men heeft daar de CGG's geïntegreerd met de PAAZ – afdeling. Er is altijd een bed beschikbaar voor een crisisopname. Maar de volgende dag keer je wel terug naar huis met onmiddellijk een stevige mobiele equipe rond je heen. Hulp is gegarandeerd.
In ons land laten mensen zich in crisis opnemen om op die manier hulp af te dwingen.

Hoe kan volgens Koen Lowet een brug worden gelegd tussen wetenschappelijk onderzoek en het werkveld?
Door een systeem van permanente vorming op te zetten. Je creëert een instituut dat verantwoordelijk is voor de opvolging en doorstroming van het onderzoek zoals vb. het Trimbos – instituut in Nederland.
Je beloont zorgverstrekkers met een stevige financiële prikkel die hiervan gebruik maken en je creëert een portfolio – systeem dat transparantie biedt aan de zorggebruiker.

Vragen van Freya Saeys
Zullen de eerstelijnspsychologen de druk op de CGG's en revalidatiecentra kunnen doen dalen?

Neen, zoals hierboven vermeld moet er eerst een algemene opschaling gebeuren. De huidige ELP – werking wordt overspoeld door de "wachtlijst" – patiënten die nu vast zitten bij de huisartsen. Maar dit is niet de doelgroep "lichte – matige" problematiek waar de ELP kortdurend nuttig werk zou kunnen verrichten.
De ELP wordt dan een dam van klei die meteen weggespoeld wordt. Zie mijn eerder antwoord op de vraag van Suzy Wouters: "We moeten het opzetten van die WHO – piramide gefaseerd aanpakken. In een eerste fase hebben we een opschaling nodig van de gehele sector. We geven vervolgens prioriteit aan de onderste lagen zodat de druk op de gespecialiseerde zorg geleidelijk afneemt. Pas dan kunnen we spreken over het ombouwen van bedden."

Voor Freya Saeys is veerkracht een belangrijk element om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen. Hoe kan men die veerkracht op systematische wijze versterken bij de Vlaamse bevolking? Vlaanderen heeft ingezet op websites zoals 'Fit in je hoofd.' Is er zicht op het belang van die website in crisismomenten.
Door veerkracht evenveel waarde te geven als lichamelijke hygiëne. Reeds zeer vroeg in ons onderwijs en opvoeding moeten we onze kinderen leren wat veerkracht is, hoe hun geest werkt en hoe de interactie tussen denken, voelen en doen gebeurt. Dit moet geïntegreerd en geschakeld gebeuren. Het lanceren van een website en dan denken dat je een belangrijke bijdrage hebt geleverd, is een foute gedachte. We zien teveel van deze "one shot" – initiatieven. De inhoud is goed, maar de methodiek moet dan doorgetrokken worden naar alle lagen van de WHO – piramide en daarbuiten naar de belendende sectoren: onderwijs, werk, sociaal.

Vragen van Freya Van den Bossche
Freya Van den Bossche vraagt of men eenheid van commando op federaal of deelstaatniveau wil.

We willen eenheid van commando op hetzelfde niveau: in elk geval de financiering en de organisatie van een bepaalde laag van de WHO – piramide. Op dit moment is het stupide dat de zorgverstrekkers van de eerstelijnszorg federaal gefinancierd worden maar door Vlaanderen zouden "georganiseerd" moeten worden.
We willen er ook op wijzen dat de meeste uitdagingen waar we mee geconfronteerd worden "globale" uitdagingen zijn, waardoor we soms wel wat verbaasd zijn over het debat over de bevoegdheidsverdeling. De vergrijzing of een virus stopt niet aan de landsgrenzen.

Freya Van den Bossche denkt dat, als men wil herorganiseren, men een tijdlang met extra financiering rekening zal moeten houden. Er zal een verschil in tijd zitten tussen de evolutie als gevolg van een hervorming en het feit dat mensen die in het bestaand systeem zitten, hulp moeten blijven krijgen. Zijn er cijfers over de tijdelijke extra investering?
Ik ben heel blij met deze vaststelling. Ik deel deze volledig. Bij elk initiatief lijkt men dit steevast te vergeten. Men maakt voorspellingen en stratificaties op basis van populatiestatistieken, maar dit zijn puur theoretische oefeningen. Vandaar de nood aan betrouwbare data over onze huidige populatie: hoeveel ernstige depressies staan op een wachtlijst? Hoeveel psychotici zwerven er rond op de eerstelijnszorg? Hoeveel kinderen met

ernstige gedragsproblemen wachten op een opname? Die cijfers hebben we nodig om het transformatiebudget te kunnen bepalen.

Moet er volgens de sprekers ook worden gekeken naar de financiering van ziekenhuizen?
Als men naar populatie – gerichte zorg wilt gaan, moet men ook durven gaan naar populatie – gerichte financiering durven gaan. Het één kan niet zonder het andere. Dit debat gaat dus over veel meer dan enkel de ziekenhuisfinanciering.

Vindt men niet dat men zich te veel opsluit in drie verschillende lijnen?
In de uitvoering van de WHO – piramide is het de doelstelling om 80 % van alle zorgvragen (en dus ook GGZ – vragen) op te vangen in de eerste drie lagen. De gespecialiseerde bovenste lagen ondersteunen die onderste lagen met hun expertise, dus de analogie met expertisecentra is zeker niet verkeerd gekozen.
De modules van 6 maanden door de CGG's is op zich niks mis mee: een behandeling is beter intensief en kortdurend. Het probleem nu is dat er geen opvolging meer is na de behandeling (die zou onder de 80 % moeten kunnen vallen van de onderste lagen). Daar knelt nu het schoentje.

Heeft men die vaststellingen ook op macroniveau gedaan?
Dat probleem kenden we 15 jaar geleden al toen ik zelf nog in de jeugdzorg actief was. Het enige antwoord hierop is geoormerkte budgetten. Voorzieningen hebben nu nog vaak te veel vrijheid om zo'n jongeren te weigeren.

Hoe denkt Koen Lowet meer druk te zetten op overheid en beleidsmakers voor de inbreng van zijn groep?
Ik zet niet graag "druk", dat doen onze patiënten wel. Ze zijn mondiger en mondiger aan het worden. Het is de samenleving die moet bepalen hoe ze voor haar kwetsbaren wil zorgen. Wij, als psychologen, hebben de verantwoordelijkheid om meer transparant te zijn over wat we doen met patiënten en hoe we dat doen. We moeten uit ons "kabinet" komen en onze kennis en kunde meer ten dienste te stellen van de samenleving. Daarom dat we het idee van de public health benadering zo genegen zijn.

Er werd vaak gezegd dat men meer moet kunnen inzetten op groepssessies. Hoe kan men de expertise uit de tweede en derde lijn matchen met de vindplaatsen in de eerste lijn? Is financiering het struikelblok? Wat is de voornaamste hinderpaal?
Ik wil voorzichtig zijn met de stelling dat we "meer" moeten kunnen inzetten op groepssessies. Onderzoek toont dat er niet altijd zo'n sterke evidentie is voor groepssessies. Er is ook een grote diversiteit aan beschikbare methodieken en interventies. We moeten vooral af van de regelneverij en onze zorgverstrekkers de flexibiliteit geven om "matched care" toe te passen.

Heeft Koen Lowet voorbeelden uit het buitenland voor permanente vorming en accreditatie van klinisch psychologen?

Jazeker, in Europa kennen we het Europsy certificatiesysteem. Dat biedt een goede basis om in ons land een kwaliteitssysteem voor permanente vorming voor psychologen op touw te zetten.

Vragen van Lorin Parys
Lorin Parys merkt op dat er redelijke grote eensgezindheid is over een aantal zaken die moeten gebeuren in een veld dat daar niet altijd voor bekendstaat. Er zijn concrete actieplannen. Waarom gebeurt het dan niet?
Ik heb de indruk dat het beleid de sector nog steeds niet au sérieux neemt. Men beperkt zich tot het werken met een bepaalde actor van de voorzieningen die men onder zijn hoede heeft. De Staten – generaal heeft echter duidelijk aangetoond dat er wel een grote eensgezindheid is. Ik ben blij dat u dat gemerkt heeft. Het beleid spreekt dus best met de gehele sector in plaats van enkele specifieke actoren.

Ziet men een oplossing in de persoonsvolgende financiering voor de geestelijke gezondheidszorg?
Ik ben geen gezondheidseconoom, maar we zien wel wat muziek in de gemengde financieringsmodellen zoals ze voorgesteld worden door o.a. Prof. Lieven Annemans. Persoonsgebonden financiering is een heel specifieke methodiek die zeker gesloten deuren zal kunnen doen open gaan. Anderzijds hebben we in de gehandicaptenzorg ook gezien dat een dergelijke financiering ook heel wat perverse neveneffecten kan hebben.
Art. 107 zal een papieren tijger blijven indien de netwerken niet snel een eigen identiteit en dus rechtspersoonlijkheid krijgen. Daardoor kunnen ze de zorgactoren gefinancierd worden via de netwerken (dus ook de ziekenhuizen). Enkel dan kunnen we beginnen grondig te hervormen (en is het probleem van de ontschotting meteen ook aangepakt).

Hoe kan men de effectiviteit van een interventie stimuleren/opleggen en tegelijk de therapievrijheid garanderen?
Dat is een heel interessante vraag. Door enerzijds zorgverstrekkers op te leiden in die interventie (zie eerder permanente vorming) en anderzijds het resultaat van de interventie te monitoren en terug te koppelen: kwaliteitsverbeterende processen. IAPT in de UK heeft daar mooie voorbeelden van dergelijke kwaliteitsverbeterende processen.

Vragen van Lise Vandecasteele
Hoe zal men vermijden dat een omvattend plan dode letter blijft? Welke zijn de handvaten voor zijn plan?
Door een dergelijk plan met de sector te maken en de sector ook verantwoordelijk te maken voor de uitvoering ervan. In Noorwegen kreeg het parlement de bevoegdheid om de GGZ – hervorming op te volgen. Middelen werden per schijf vrijgemaakt en enkel als de betrokken sectoren hun doelstellingen bereikten. Budgetten waren ook geoormerkt en konden dus enkel voor dat doel gebruikt worden.
Op welk niveau moet zo'n plan worden gemaakt? Op welk niveau moet er eenheid van commando komen?

Dat is terecht het pijnpunt. Op dit moment is dat onduidelijk. Men kan wel komen tot plannen, vb. op de IMC, maar in de uitvoering begint dan de discussie en schuift men vaak de hete aardappel door naar elkaar.