Vlaams Parlement

793 (2020-2021) – Nr. 1
ingediend op 11 mei 2021 (2020-2021)

Verslag van de hoorzitting

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

over de noden van de geestelijke gezondheidszorg

verzendcode: WEL

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding:

Voorzitter: Stefaan Sintobin.

Vaste leden:
Koen Daniëls, Lorin Parys, Elke Sleurs, Tine van der Vloet, Katja Verheyen;
Immanuel De Reuse, Stefaan Sintobin, Suzy Wouters;
Maaike De Rudder, Katrien Schryvers;
Freya Saeys, Maurits Vande Reyde;
Ann De Martelaer, Jeremie Vaneeckhout;
Freya Van den Bossche.

Plaatsvervangers:
Allessia Claes, Piet De Bruyn, Freya Perdaens, Sarah Smeyers, Annabel Tavernier;
Yves Buysse, Ilse Malfroot, Frieda Verougstraete-Deschacht;
Vera Jans, Kurt Vanryckeghem;
Gwenny De Vroe;
Johan Danen, Celia Groothedde;
Conner Rousseau.

Toegevoegde leden:
Lise Vandecasteele.

INHOUD

I. Uiteenzetting door prof. dr. Frieda Matthys, Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg 5
1. Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg 5
2. Vaststellingen 5
3. Doelstellingen 5
4. Uitgangspunten 6
5. Randvoorwaarden 6
6. Noodprogramma 6
6.1. Financieringsprincipes 6
6.2. Ziek maakt arm en arm maakt ziek 6
6.3. Transitiepsychiatrie 6
6.4. Wachttijden 7
7. Masterplan 7
8. Coronacrisis 7
9. Geestelijke gezondheidszorg van de toekomst 7
II. Uiteenzetting door Ingrid De Jonghe, voorzitster TEJO Antwerpen en Vlaanderen 8
1. Inleiding 8
2. TEJO 8
3. Hou-vast 9
4. Oplossingen 9
5. Corona 9
6. Conclusie 9
III. Uiteenzetting door Koen Lowet, managing director, Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen 10
1. VVKP 10
2. Situatieschets 10
3. Wat is een klinisch psycholoog? 11
4. Wat zijn de noden? 11
4.1. Organisatie en beleid 11
4.2. Nood aan praktijkondersteuning 12
4.3. Nood aan meer wetenschappelijk onderzoek 12
4.4. Nood aan een masterplan psychologie 12
5. Voorstellen 12
IV. Uiteenzetting door prof. dr. Ronny Bruffaerts, head of Public Health Psychiatry, Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven 12

V. Uiteenzetting door Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro 15
1. Kengetallen 15
2. Beleidsaanbevelingen vanuit een 'public mental health'-perspectief 16
3. Decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod 18
4. Introduceer een op 'public health' gebaseerde programmatie 18
VI. Vragen van de commissieleden 19
1. Vragen van Vera Jans 19
2. Vragen van Jeremie Vaneeckhout 20
3. Vragen van Suzy Wouters 21
4. Vragen van Freya Saeys 22
5. Vragen van Freya Van den Bossche 22
6. Vragen van Lorin Parys 24
7. Vragen van Lise Vandecasteele 25
VII. Antwoorden van de sprekers 25
1. Antwoorden van prof. dr. Frieda Matthys 25
2. Antwoorden van Ingrid De Jonghe 26
3. Antwoorden van prof. dr. Ronny Bruffaerts 27
4. Antwoorden van Margot Cloet 28
Gebruikte afkortingen 29
Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding hield op woensdag 21 april 2021 een hoorzitting over de noden van de geestelijke gezondheidszorg. De sprekers waren:
- prof. dr. Frieda Matthys, Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg;
- Ingrid De Jonghe, Therapeuten voor Jongeren (TEJO);
- Koen Lowet, managing director, Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen;
- prof. dr. Ronny Bruffaerts, head of Public Health Psychiatry, Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven;
- Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder, Zorgnet-Icuro.

De presentaties zijn terug te vinden op de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be.

(Deze commissievergadering werd als videoconferentie georganiseerd.)

I. Uiteenzetting door prof. dr. Frieda Matthys, Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg

1. Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg

Frieda Matthys zegt dat de Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg een forum is waartoe het Steunpunt Geestelijke Gezondheid en de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie het initiatief hebben genomen. In maart 2019 is men voor de eerste keer samengekomen met zoveel mogelijk belanghebbenden: patiënten en familie, stakeholders, beroepsverenigingen, sleutelorganisaties, patiëntenkoepels, mantelzorgers enzovoort. Men wou met één stem de overheid bereiken omdat men van minister Wouter Beke de kritiek had gekregen dat de geestelijke gezondheidszorg een lappendeken is. Op die eerste bijeenkomst waren meer dan vierhonderd aanwezigen uit vijfenveertig organisaties. Op de agenda stond het opstellen van een noodprogramma en een eisenpakket om drastische hervormingen door te voeren. In maart 2021 is er een tweede onlinebijeenkomst geweest, in aanwezigheid van federaal minister Frank Vandenbroucke en minister Wouter Beke. Er zijn voorstellen gedaan, maar men was teleurgesteld over de Vlaamse voorstellen.

2. Vaststellingen

Psychische problematiek is niet uitzonderlijk. De OESO adviseert om 10 procent van het gezondheidsbudget aan geestelijke gezondheidszorg te besteden, maar in de praktijk is dat in België 6 procent. De WHO-piramide is in België omgekeerd: het grootste budget wordt geïnvesteerd in de kleinste groep mensen met problemen en de grootste groep blijft in de kou staan. Een opname is goedkoper dan ambulante psychologische begeleiding waardoor men hier wereldwijd een van de grootste concentraties aan psychiatrische bedden heeft. Een gevolg hiervan zijn de lange wachttijden voor een afspraak in een CGG. Bij hospitalisatieverzekeraars wordt een psychische problematiek vaak uitgesloten.

3. Doelstellingen

De Staten-Generaal wil een attitudeverandering. Een zorgvraag moet altijd worden bekeken vanuit een biopsychosociaal model. Men wil sensibilisering en responsabilisering van alle actoren en een trajectplan. Er moeten netwerken zijn met aandacht voor familie en context. Men vraagt een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg waarbij iedereen zo snel mogelijk op de juiste plek terechtkomt. ‘Blended care’ kan een goede aanvulling zijn op de huidige situatie waar veel digitaal gebeurt, maar kan het aanbod zeker niet helemaal vervangen.

4. Uitgangspunten

Geestelijke gezondheidszorg is een opdracht voor iedereen, met respect voor patiënten- en mensenrechten. Een heel belangrijk uitgangspunt is dat de zorgnood de leidraad is en niet het bestaande aanbod. Er moet een zorgcontinuüm zijn van preventie tot chronische zorg.

5. Randvoorwaarden

Om dat te bereiken, is eenheid van commando belangrijk. Algemeen is antistigma heel belangrijk. Men wil een inclusief beleid, met alle partners, en armoede speelt hierbij een belangrijke rol.

6. Noodprogramma

6.1. Financieringsprincipes

De Staten-Generaal heeft een noodprogramma met vier punten opgesteld waar intussen twee jaar aan is gewerkt. Een eerste punt gaat over de perverse impact van de financieringsmechanismen waarbij het voor een patiënt goedkoper is om zich te laten opnemen in een ziekenhuis dan om zich ambulant te laten behandelen. De financiering moet gericht zijn op doelstellingen en niet louter op het vergoeden van kosten. Een belangrijk principe is dat samenwerking en netwerking moet worden bevorderd en dat de zorg laagdrempelig en toegankelijk is voor iedereen. Er moet oog zijn voor de totale populatie van preventie tot re-integratie. Financiering moet de kwaliteit bevorderen. In Vlaanderen bestaat het VIKZ dat nog verder moet worden uitgebouwd. De principes van financiering moeten ook innovatie mogelijk maken.

In de WHO-piramide bevinden de EPA-patiënten, patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, zich in de top. Het gaat over 1,2 procent van de bevolking. Zij ondergaan langdurige zorg, ernstige beperkingen in levenskwaliteit en een hoog armoederisico. Onderaan bevindt zich het veerkrachtige deel van de samenleving met zelfhulp en mantelzorg. Net daarboven ligt de eerstelijnszorg met daarboven de tweedelijnszorg. Aan de eerstelijnszorg is wat tegemoetgekomen met de eerstelijns-psychologen, duidelijk nog veel te weinig. Als er meer wordt geïnvesteerd in het onderste gedeelte, zullen minder mensen naar de top evolueren.

6.2. Ziek maakt arm en arm maakt ziek

Mensen met een uitkering zitten vaak onder de armoedegrens, en mensen die arm zijn, ervaren vaak veel stress. Mensen die ziek zijn, moeten van een uitkering leven die vaak te laag is. Bea Cantillon toonde op de Staten-Generaal een grafiek waaruit blijkt dat het leefloon een beetje stijgt maar altijd onder de armoedegrens blijft. Dat is voor de meeste chronische zieken zo, maar zeker voor mensen met chronische psychiatrische aandoeningen.

Er moeten politieke keuzes worden gemaakt en fundamentele aanpassingen gedaan aan de maatschappelijke structuren zodat mensen met een psychische kwetsbaarheid kunnen leven zonder arm te zijn en daardoor nog zieker te worden. Hospitalisatie-verzekeringen moeten wel tussenkomen voor deze problematiek. Bewindvoering moet gratis zijn voor de patiënt. Thans moet men drie procent van zijn inkomen afstaan aan de bewindvoerder.

6.3. Transitiepsychiatrie

Transitiepsychiatrie is de zorg voor mensen tussen 15 en 25 jaar die vaak tussen wal en schip vallen. Kinderen komen uit een systeem van zorg dat vrij goed is georganiseerd, maar op 18 jaar vallen ze uit het systeem en er komt geen ander.

Er is een gebrek aan financiering om die transitie beter te laten gebeuren. Er is stilaan wel groeiende kennis over hoe hiermee moet worden omgegaan. Vroeginterventie is belangrijk om in de toekomst minder schade te hebben. Er moet worden geïnvesteerd, niet alleen in mensen met een zware problematiek maar ook in de algemene bevolking.

6.4. Wachttijden

Het vierde punt van het noodprogramma gaat over de wachttijden. Uit een bevraging van de Universiteit Antwerpen blijkt dat die bij kinderen en jongeren nog veel langer zijn dan bij volwassenen. Men heeft mensen bevraagd die uiteindelijk in de zorg zijn terechtgekomen maar mensen die hebben afgehaakt, zitten hier niet bij.

Er moet ook betere uitstroom en kanalisering zijn. Mensen moeten na een behandeling ergens anders naartoe kunnen en dat blijkt niet zo eenvoudig te zijn. Een centrale aanmelding of breed onthaal bestaat al hier en daar maar zou nog meer moeten worden uitgerold. Er zou ook een betere registratie van wachttijden moeten zijn. Enkel de CGG's houden wachttijden bij.

7. Masterplan

De Staten-Generaal heeft ook een masterplan geschreven met drie belangrijke punten. Zorg moet een leven lang toegankelijk zijn, moet in netwerken zijn georganiseerd die voor het brede publiek begrijpbaar zijn, en onder één bevoegde minister vallen.

8. Coronacrisis

Naar aanleiding van de coronacrisis zijn er een aantal initiatieven genomen. Er zijn psychologisch versterkende boodschappen gegeven. Er is zorg voor het zorgpersoneel. Er is extra zorg voor kinderen. Men heeft de boodschap gegeven om psychische zorg niet stop te zetten want psychische zorg is even belangrijk als somatische zorg.

9. Geestelijke gezondheidszorg van de toekomst

Het versterken van geestelijke gezondheidszorg in de toekomst is noodzakelijk met een planmatig principe van de subsidiariteit. Het versterken van ambulante en mobiele zorg is essentieel. Het afbouwen van bedden is prima, maar dan moet er wel iets anders in de plaats komen. Heel belangrijk is ook het psychiatrisch aanbod in de ziekenhuizen met psychische zorg aan somatische patiënten maar ook omgekeerd. Mensen met een psychische kwetsbaarheid krijgen vaak minder goede somatische zorg.

Preventie is belangrijk op alle vlakken. Men wijst ook op de rol en de plaats van ervaringsdeskundigen en familie. Het inschakelen van ervaringsdeskundigen in de zorg blijkt zeer belangrijk te zijn. Participatie van ervaringsdeskundigen is heel belangrijk, op basis van het NOOZO-principe: Niets Over Ons Zonder Ons.

Tot slot zijn netwerken belangrijk: een geïntegreerd zorgsysteem dat alle lijnen in de zorg samenbrengt in een zorgcontinuüm, met een onthaalfunctie waar men mensen naar de juiste plek verwijst. Een netwerk zou verantwoordelijk moeten zijn voor de geestelijke gezondheidszorg in een regio.

II. Uiteenzetting door Ingrid De Jonghe, voorzitster TEJO Antwerpen en Vlaanderen

1. Inleiding

Ingrid De Jonghe zegt dat er enorme wachtlijsten zijn en dat de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren op dit moment een ernstig probleem is.

Toen Ingrid De Jonghe in 1985 in Antwerpen de jeugdadvocatuur oprichtte, werd ze geconfronteerd met heel wat jongeren met psychische problemen en onrust. Bijna altijd had het te maken met de context. Jeugdrechters keken toen ook al tegen wachtlijsten aan. Daarnaast is er het probleem van de samenleving. Zorg moet anders en kan beter, maar ook de samenleving moet anders. Het is niet meer normaal hoeveel jongeren zich op dit moment niet goed voelen.

2. TEJO

Omdat er niets veranderde na vele vragen en gesprekken met de reguliere sector en de overheid, en vanuit een zekere kwaadheid dat jongeren niet geholpen werden, heeft Ingrid De Jonghe op 20 november 2009 TEJO opgericht, en is ze op 13 maart 2010 gestart met de werking in het eerste TEJO-huis in Antwerpen. De missie is dat elke jongere recht heeft op bijna onmiddellijke psychische hulpverlening op het moment dat het nodig is, zonder enig onderscheid of opgelegde criteria.

TEJO wil jongeren tussen 10 en 20 jaar, met nadruk op preventie, kortdurende therapeutische hulp geven, anoniem en gratis. Anoniem en gratis zijn twee belangrijke elementen omdat dit alle jongeren gemakkelijker toelaat om hulp te zoeken. Niemand hoeft het te weten en het kan ondertussen goed helpen. Bij verontrusting dient men het beroepsgeheim te doorbreken. TEJO werkt soepel, simpel en samenwerkend, en heeft intussen bijna 14.000 jongeren begeleid; de helft daarvan is anoniem gekomen. Ook komt de helft van de jongeren uit andere culturen.

Het bijzondere bij TEJO is dat men een kortdurende en laagdrempelige therapeutische hulpverlening aanreikt. Men kan een afspraak maken maar het hoeft niet. De verbindingstherapeut organiseert het zo dat er sowieso een eerste gesprek kan plaatsvinden. Intussen zijn er achttien TEJO-huizen in Vlaanderen. Men wordt er bijna onmiddellijk of binnen de twee weken geholpen. Jongeren krijgen een tiental therapeutische gesprekken. Als men in een eerste of tweede gesprek vaststelt dat er een ernstige en complexe problematiek is, probeert men de jongere aan te melden bij een CGG waar de wachtlijst lang is. TEJO blijft jongeren volgen tot men ze kan doorsturen.

De helft van de jongeren komt op eigen kracht. De andere helft wordt doorverwezen door leerkrachten, maar vooral door CLB-medewerkers, huisartsen, andere hulpverleningsorganisaties of politie. Preventief werken is ongelooflijk belangrijk. Hoe kan men iets doen om te voorkomen? TEJO probeert jongeren in een vroeg stadium te zien zodat men jongeren met lichte of matige problematieken vroeg kan deblokkeren. Op dit moment zijn de problemen echter ernstiger en complexer.

Drie jaar geleden werd TEJO Vlaanderen opgericht met een charter waarin drie doelstellingen staan. TEJO neemt de therapeutische functie op, anoniem en gratis, zolang er van overheidswege geen structurele nuldelijnse therapeutische hulpverlening wordt georganiseerd. Daarnaast reikt TEJO via de labofunctie extra ondersteuning aan zoals mindfulness, groepstherapie voor de transitieleeftijd, praatgroepen voor studenten, rots- en watertraining. Ten slotte is er de signaalfunctie: TEJO spreekt de samenleving aan op de stijgende problematiek, verzoekt de overheid om daadwerkelijk in te zetten en vraagt de brede gemeenschap om een engagement aan te gaan om mee te helpen.

3. HOU-VAST

TEJO heeft een film gemaakt over wat de toekomst brengt. Ingrid De Jonghe hoopt dat ook de samenleving zich zal aanpassen want veel heeft te maken met hoe men leeft. Ze hoopt dat de samenleving wil veranderen en een positievere ondersteunende attitude wil aannemen ten aanzien van jongeren. Iedereen kan iets aanbrengen om de ontwikkeling en begeleiding van jongeren in de adolescentiefase te vergemakkelijken: 'It takes a village to raise a child'. Daarnaast wil TEJO meer werk maken van meer preventieve acties zoals een belevingsexpo voor adolescenten om hen uit te nodigen en om stil te staan bij hun rechtspositie, persoonlijk welzijn en helderheid over concrete hulpverlening.

4. Oplossingen

Ingrid De Jonghe kreeg in 2015 de kans om mee te doen met ADOCARE 'Actions for teens', een Europese studie van het onderzoekscentrum LUCAS van de KUL rond de mentale gezondheid van adolescenten in Europa. Een twintigtal landen hebben deelgenomen. Twee jongeren die bij TEJO therapeutische hulp hadden gevolgd, hebben meegewerkt aan dit onderzoek. Volgende essentiële richtlijnen en aanbevelingen kwamen naar voren. Er moet een grotere beschikbaarheid van diensten mentale gezondheid voor adolescenten komen om snellere hulpverlening te realiseren met garantie voor deskundigheid en respect voor ethische waarden. De toegankelijkheid naar concrete hulpverlening moet beter. Er moet een persoonsgerichte behandeling zijn. Meer geïntegreerde zorg is nodig met begeleiding en inbreng van de jongere zelf waarbij mogelijk ook het volledige gezin wordt betrokken. Er moet een betere overgang zijn tussen diensten voor adolescenten en diensten voor volwassenen. Professionele zorgverleners moeten een degelijke opleiding krijgen. De nadruk moet komen te liggen op preventieve hulpverlening. Meer middelen, meer budget en verder opvolgingsonderzoek is nodig. De deelnemende jongeren zagen de ideale hulpverlening als volgt: bij voorkeur intense, ambulante therapeutische ondersteuning op het moment dat het nodig is, kortdurend, deskundig, met dezelfde professional, in vertrouwen en respect, en waarbij een fijne nabegeleiding of opvolging wordt verzorgd.

Voor TEJO zijn de kenmerken van goede hulpverlening de volgende. Hulpverlening moet minder afhankelijk worden van een label. Hulpverlening moet laagdrempelig en tijdig zijn met een bijna onmiddellijk therapeutisch aanbod om escalatie te voorkomen. Er is een vaste trajectbegeleider/vertrouwenspersoon/ankerpunt nodig voor elke jongere. De spreker doet een warme oproep voor een oprechte samenwerking tussen verschillende hulpvoorzieningen. Men pleit ervoor om meer langdurige, ambulante en therapeutische hulp mogelijk te maken. Er moet meer verbinding zijn met de context van de jongere bij opvang en begeleiding in psychiatrische settings en psychiatrische hulp moet toegankelijker worden. Er is nood aan georganiseerde zorg en nazorg voor jongeren tussen 18 en 25 jaar, en aan meer middelen voor laagdrempelige, ambulante en gespecialiseerde voorzieningen voor jongeren. Een authentiek gesprek voeren met jongeren kan wel degelijk een verschil maken.

5. Corona

TEJO ziet niet meteen een tsunami van problemen op zich afkomen. In deze coronatijd voelen jongeren zich vooral leeg. Ze vragen dringend opnieuw een normaal leven. Ze missen hun leeftijdgenoten en activiteiten met jongeren.

6. Conclusie

De zorg die men aanbiedt, moet beter zijn en mag niet enkel een klinisch probleemtraject zijn. De hulp moet op tijd kunnen worden aangeleverd. Men moet weg van

de labels om een goede zorg te kunnen krijgen. Men moet samenwerken in het verbrokkelde hulpverleningslandschap.

Het is ook belangrijk om aandacht te besteden aan de oorzaak van de zorgen. Het is een onrustige en angstige tijd met weinig echte verbinding, veel eenzaamheid en grote verwachtingen die niet kunnen worden ingelost. Volwassenen zijn te weinig vertrouwenspersoon of ankerpunt om jongeren positief te coachen naar jongvolwassenheid vanwege vooral persoonlijke stress op het werk of in relaties. Ingrid De Jonghe verwijst naar de HOU-VAST-projecten, die meer preventief willen inzetten. Er zijn TEJO-strips die in alle scholen van Vlaanderen worden verspreid, evenals pakketten voor leerkrachten. Basiswaarden als vriendschap en solidariteit komen erin naar voren. Men is ook bezig met podcasts om verhalen van jongeren op te nemen. In september 2021 komt er een belevingsexpo met focus op rechtspositie, op persoonlijk welzijn van jongeren en op hulpverlening. De expo wil jongeren uitnodigen om stil te staan, te reflecteren en te beleven. Er wordt informatie gegeven, maar men vraagt ook informatie terug van jongeren. Na drie jaar hoopt men hiervan een mooi reflectiewerk te kunnen maken.

Het is belangrijk om de focus te leggen op de groep van de jongeren, vooral op de groep van 16 tot 25 jaar. In de HOU-VAST-projecten wordt ook gezocht naar verbinding tussen jongeren en de oudere bevolking: hoe kan men opnieuw samenleven met elkaar zodat minder jongeren, en minder mensen in het algemeen, psychische problemen zullen hebben?

III. Uiteenzetting door Koen Lowet, managing director, Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen

1. VVKP

Koen Lowet verduidelijkt dat de VVKP een wetenschappelijke en professionele vereniging van klinisch psychologen is. Ze groepeert academici die onderzoek doen, collega's die in loondienst in diverse voorzieningen werken, zelfstandige zorgverstrekkers en studenten. Op dit moment zijn er zo'n 2300 leden. Samen met de Franstalige zustervereniging is men met andere psychologenverenigingen verenigd in de Belgische Federatie van Psychologen, die op haar beurt ook Europees is verankerd. De VVKP is internationaal actief zowel binnen de Europese koepel als binnen de Global Psychological Alliance.

2. Situatieschets

In Vlaanderen zijn er 7304 klinisch psychologen geviseerd. Geviseerd betekent dat er een visum is vanuit de FOD Volksgezondheid omdat het om een erkend gezondheidszorgberoep gaat. Ze zijn actief in diverse settings: ziekenhuizen, CGG's, CAW's, eigen praktijken enzovoort. 54 procent werkt als zelfstandig zorgverstrekker in de eerstelijnszorg, meestal deeltijds. De klinisch psycholoog is al sinds de jaren 60 actief in het gezondheidssysteem. Pas sinds 2016 is de klinisch psycholoog erkend als een gezondheidszorgberoep. Er is op dit moment geen structurele terugbetaling door het RIZIV. Er was wel het beperkt initiatief met de eerstelijnspsychologische projecten van federaal minister Maggie De Block in de vorige legislatuur. Mutualiteiten proberen hun duit in het zakje te doen via de aanvullende verzekering. Omgekeerd is er in de ziekenhuizen binnen de wet op de ziekenhuizen vaak geen ruimte voor klinisch psychologen. Voormalig Vlaams minister Jo Vandeurzen is van start gegaan met de hervorming van de eerstelijnszorg met de oprichting van zestig eerstelijnszones. Op zijn vraag is men zich gaan organiseren in lokale kringen. In ongeveer twee derde van de Vlaamse eerstelijnszones is een kringwerking actief.

3. Wat is een klinisch psycholoog?

Psychologie bestudeert de mens: hoe die denkt, voelt en zich gedraagt. Psychologie is een wetenschap die zich op het kruispunt bevindt tussen de positieve wetenschappen en de menswetenschappen. De klinische psychologie gebruikt de kennis uit die wetenschap om de gezondheid van mensen te verbeteren. Op basis daarvan gaat men aan preventie doen, screening en detectie, psychodiagnostiek – bijvoorbeeld van een ontwikkelingsstoornis zoals autisme –, begeleiding en behandeling. Dit gebeurt op verschillende wijzen: individueel, maar ook in groep, online of aan de hand van preventieve interventies. Klinische psychologie is een breed veld waarbinnen heel wat specialisatie bestaat. Sinds 2016 heeft de klinisch psycholoog een visum en een erkenning nodig om het beroep autonoom te kunnen beoefenen.

4. Wat zijn de noden?

4.1. Organisatie en beleid

Er is nood om gehoord te worden door het beleid. Men mist erkenning en waardering. Gezondheidszorg is nog steeds een medische bedoening. Iedereen streeft naar een biopsychosociaal model, maar de facto blijft er vooral een medische benadering. Psychologen laten misschien zelf te weinig weten wat ze kunnen betekenen voor het beleid. De huidige coronacrisis is een mooi voorbeeld: er was geen medisch antwoord op dit virus, er was enkel het gedrag van de mensen. Heel snel heeft men zelf een expertengroep 'psychology and corona' opgericht, maar het heeft geduurd tot ver in de tweede golf vooraleer men vanuit die expertengroep één expert heeft kunnen afvaardigen in de GEMS. Er is welgeteld één maatregel uit alle rapporten en aanbevelingen overgenomen en omgezet in beleid, namelijk de structurele financiering van de motivatiebarometer. Momenteel is de motivatie om zich te houden aan de basismaatregelen nog nooit zo laag geweest, maar van alle andere aanbevelingen om te komen tot een duurzame gedragsverandering, is er niets omgezet in beleid. Daarnaast hebben alle zorgverstrekkers een financiële compensatie gekregen voor beschermingsmateriaal in hun praktijken, maar de klinisch psychologen en de klinisch orthopedagogen hebben die niet gekregen.

Op Vlaams niveau is er een actieplan Zorgen voor Morgen opgesteld. Er is geen input gevraagd van de wetenschappelijke vereniging van klinisch psychologen. Samen met een aantal actoren in de sector had men voor het plan al het platform dezorgsamen.be opgericht om community-based interventies te organiseren voor de 360.000 zorgmedewerkers. Dat initiatief is nadien opgenomen in het actieplan. Men is het echter niet eens met de selectieve benadering van de minister die de medewerkers die geïnteresseerd zijn in hulp, wil laten passeren langs het selecte groepje klinisch psychologen die actief zijn in het federale ELP-project. De klinisch psychologen willen een integratieve benadering.

IFIC is het systeem dat wordt uitgerold om lonen en cao's te bepalen in de zorgsector. Voor de beroepsgroep van klinisch psychologen was het een desastreuze ervaring en ze hebben massaal geweigerd om in het systeem in te stappen. Intussen bedraagt de loonkloof met Nederland 1000 euro bruto per maand.

Er is ook nood aan coördinatie en organisatie van zorg. Vlaanderen is bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnszorg. Op dit moment is men bezig met de integratie van de lokale klinisch psychologen in de eerstelijnszones. Men wordt geconfronteerd met lange wachtlijsten, maar men ziet of hoort niemand van het Vlaamse beleid. Er is een groot probleem met de doorstroming van de eerste lijn naar gespecialiseerde zorg en omgekeerd. Er is vooral een probleem voor kinderen en jongeren, zeker voor kinderen en jongeren gerelateerd aan justitiële problemen. Collega's staan in contact met elkaar via een app om afspraken te regelen, maar niemand heeft nog plaats.

Goede communicatie met de huisarts is belangrijk. Er worden te veel 'one shot'-maatregelen genomen, en men mist een omvattend plan.

4.2. Nood aan praktijkondersteuning

Er is nood aan praktijkondersteuning: administratie, communicatietools, beheer van de wachtlijsten of aangepaste financiering om te kunnen integreren in de eerstelijnszones en zorgraden. Er moet ook meer worden ingezet op kwaliteit. De masteropleiding is goed en staat internationaal hoog aangeschreven, maar er is een groot probleem met de doorstroming van wetenschappelijk onderzoek naar het actieve beroepsveld. Er zijn geen systemen van permanente vorming. Er is nood aan het verzamelen van relevante en kwaliteitsverbeterende data.

4.3. Nood aan meer wetenschappelijk onderzoek

Er is nood aan meer wetenschappelijk onderzoek. De middelen die vrijgemaakt worden voor toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek zijn minimaal in vergelijking met de budgetten voor medisch onderzoek. In dat onderzoek moet er aandacht zijn voor non-specifieke factoren en voor gemeenschapsgeoriënteerde interventies. Er moet ook meer onderzoek gebeuren naar hoe het beroep zich verhoudt in het werkveld. Welke zijn de noden bij de bevolking? Welke en hoeveel klinisch psychologen zijn er nodig? Hoe kan men ze het beste opleiden? Er zijn harde data nodig.

4.4. Nood aan een masterplan psychologie

Er is nood aan een masterplan psychologie. Psychologie is een populaire studierichting en kan worden gevolgd in Gent, Leuven en Brussel. Het merendeel van de studenten ambieert klinische psychologie. Dat alles legt grote druk op de universiteiten en de stageplaatsen. Volgens de wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen moet men ook een jaar professionele stage volgen, buiten de masteropleiding. Hoe zal die stage worden georganiseerd en gefinancierd? Een bezorgdheid is het marktopbod van de hogescholen. De arbeidsmarkt raakt verzadigd maar toch doen hogescholen aanvragen voor bijkomende opleidingen toegepaste psychologie.

5. Voorstellen

De VVKP heeft een aantal voorstellen om de noden aan te pakken. Men vraagt eenheid van commando: breng organisatie, kwaliteit en financiering van de zorg onder één bevoegdheid. Psychologie is een volwaardige discipline in het gezondheidsbeleid: maak gebruik van de competenties en de kwaliteit van de onderzoeksgroepen en wetenschappers, en realiseer het biopsychosociaal model. Vlaanderen is bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnszorg: organiseer ze dan ook en verduurzaam lokale kringwerking. Verruim het Impulseofonds naar alle gezondheidspraktijken, en niet enkel naar de huisartsenpraktijken. Maak een plan voor de organisatie van geestelijke gezondheidszorg, liefst samen met de sector. De WHO heeft al een goed plan voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Neem het beleid in handen en hou contact met de sector. Investeer in de kwaliteit van zorg. Maak meer middelen vrij voor onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg en psychologie. Bouw samen met de sector aan een masterplan psychologie.

IV. Uiteenzetting door prof. dr. Ronny Bruffaerts, head of Public Health Psychiatry, Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven

Ronny Bruffaerts zegt dat The Center for Public Health Psychiatry alle populatieonderzoek van de voorbije twintig jaar verenigt.

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is al een tiental jaren bezig in België, Vlaanderen en Wallonië. Hoe moet men de geestelijke gezondheidszorg een andere organisatie en structuur geven zodat de zorg beter, adequater en sneller bij de persoon komt die het nodig heeft? Het eerste rapport over de afbouw van de vele psychiatrische bedden is gepubliceerd in 1989, maar het heeft tot 2011 geduurd om te komen tot een plan om de sector te hervormen. Er zijn intussen veel stappen gezet en het gaat redelijk snel.

Sinds 2000 heeft Ronny Bruffaerts populatieonderzoek gestart, niet alleen in België maar in heel Europa. Het centrum bestudeert psychische pathologie in hele populaties, niet enkel bij patiënten. Men heeft een goed beeld van wat pathologie is en hoe pathologie zich verhoudt door de tijd. Men heeft ook veel data over waarom mensen met een psychische pathologie hulp gaan zoeken en waarom ze terechtkomen waar ze terechtkomen. De eerste jaren heeft dat vooral geleid tot grote wetenschappelijke output, en gaandeweg werd men vaker geconsulteerd door Vlaamse en federale overheden.

Waarom nu? De hervorming is al tien jaar aan de gang. De finaliteit van de hervorming heeft weinig rekening gehouden met de specifieke ideeën van bijvoorbeeld de behandelkloof en met de kwaliteit van zorg. Er zijn eigenlijk weinig variabelen die de kwaliteit van zorg kunnen kwantificeren. Als men de nieuwe populatiedata van maart 2021 vergelijkt met de oude populatiedata van 2000, dan ziet men dat de behandelkloof weinig of niet is verschoven. Als een hervorming wordt ingezet, zou men er vanuit moeten gaan dat de mensen die zorg nodig hebben, tot de zorg komen die ze verdienen. De behandelkloof is vrij structureel en men zal er de volgende jaren rekening mee moeten houden. Bij het nadenken over de hervorming wordt er vaak teruggegrepen naar oude ideeën die wetenschappelijk misschien niet even sterk zijn.

Er is nood aan een kader, niet vanuit de groepen patiënten die hulp zoeken, maar vanuit een populatieperspectief. Het kader moet een richting en criteria aangeven, op wetenschappelijke basis, om de geestelijke gezondheidszorg te hervormen.

Ronny Bruffaerts probeert naar psychische stoornissen te kijken vanop populatieniveau, en niet zozeer vanuit diegenen die al in behandeling zijn. In de algemene volwassenenpopulatie beantwoordt ongeveer een op de zeven mensen aan de criteria van een of andere pathologie, voornamelijk angststoornis, depressie of alcoholverslaving. Bij de jongeren onder 18 jaar blijkt 19 procent te voldoen aan de criteria van een pathologie, voornamelijk angststoornissen en impulscontrolestoornissen. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van lachgas de laatste maanden. Volgens de Belgische Nationale Gezondheidsenquête voldoet 13 procent van de 0- tot 18-jarigen aan de criteria van een externaliserende stoornis. Dit soort stoornissen kan doorgroeien naar de (jong)volwassenheid. Pathologie ontstaat vroeg, gemiddeld op de leeftijd van 19 jaar. 50 procent van alle pathologie die er is in de maatschappij, ontstaat op de leeftijd van 19 jaar. 75 procent ontstaat voor de leeftijd van 27 jaar. Als Vlaanderen wil inzetten op preventie, dan moet het focussen op de jonge leeftijd.

Hoeveel van die mensen zijn in behandeling? Bij de volwassenen met een pathologie is een kleine 50 procent niet in behandeling in een bepaald jaar. Men stelt de hulp ongelooflijk lang uit want 90 tot 95 procent van die mensen gaan ooit in behandeling. Dat noemt men 'unmet need'. Er is ook 'overmet need': in België en in Vlaanderen is er een soort van 'fast lane' naar hooggespecialiseerde zorg. Bij de jongeren met pathologie is 60 tot 70 procent niet in behandeling. De kwaliteit van de behandeling bij diegenen die in zorg zijn, is over het algemeen een laag Minimal Adequate Treatment. Het MAT wordt bepaald volgens criteria van de WHO.

Het gaat dus over 'Wat is goed voor de patiënt?' en 'Wat is goed voor de maatschappij?' Mensen stellen zorg gemiddeld twaalf jaar uit en de pathologie ontwikkelt zich op

de leeftijd van 19 jaar. In de periode tussen 19 en 31 jaar gebeuren net vele zaken tegelijkertijd. Is het aanvaardbaar dat mensen makkelijk tien tot vijftien jaar een pathologie hebben vooraleer ze hulp zoeken? Die vraag zal de volgende jaren aan de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg meer inhoud geven. Er zoeken elk jaar wel iets meer mensen hulp, maar men doet dat vaak in laagdrempelige, niet-gespecialiseerde zorg zoals de spoeddiensten of de huisarts.

Men moet nadenken over een ggz-organisatie en -structuur die niet alleen corona-proof maar ook 'future proof' is, en vertrekt vanuit populatieopzicht. De argumenten die men gebruikt om na te denken over de toekomst, komen vaak neer op een aantal foute assumpties die de toets van de wetenschap niet altijd doorstaan. Een van de zaken is dat er meer pathologie zou zijn dan vroeger. Dat klopt niet: het onderwerp komt vaker in de media en ieder jaar wordt er iets meer hulp gezocht. Een tweede foute assumptie is dat de psychische stoornissen in de geestelijke gezondheid nu ook degene van later zijn. Dat klopt evenmin: jongeren ontwikkelen nu vaker externaliserende pathologie, waarmee men dus later rekening zal moeten houden. Een derde mythe is dat de kans dat men een psychische stoornis krijgt, op elk moment van zijn leven even groot is. De waarheid is dat stoornissen gemiddeld op 19 jaar starten en dat 75 procent van alle pathologieën ontstaan voor 27 jaar. De externaliserende pathologie bij jongeren ontstaat op de leeftijd van de lagere school. Interventies voor deze pathologiegroepen moeten de facto gericht zijn op de leeftijdscategorie van 6 tot 12 jaar.

Er zijn ook nog twee assumpties voor patiënten die al in zorg zijn. Er wordt vaak gezegd dat taboe en prijs de redenen zijn waarom de behandelkloof zo groot is. Elk populatieonderzoek toont echter aan dat dat niet zo is. Taboe en prijs zijn belangrijk voor patiënten, maar het zijn geen centrale elementen die de behandelkloof kleiner maken. Een laatste mythe is dat de beste investering is om in te zetten op 1-op-1-consultaties. De waarheid is evenwel dat echte vermaatschappelijking van de zorg laagdrempelig is, en outreachend in en naar de maatschappij.

De behandelkloof is structureel. Voor Vlaanderen gaat het over 470.000 mensen op jaarbasis die pathologie hebben en niet tot behandeling komen. De meest logische verklaring zou zijn om de hulpverlening beter te bestaffen. Volgens Ronny Bruffaerts is daar weinig of geen evidentie voor. Meer psychologen en psychiaters zullen evident meer klinische consultaties doen, maar vooral van mensen die al eerder de weg naar de hulpverlening vonden. De behandelkloof gaat net over het bereiken van mensen die pathologie hebben en die nog niet tot de zorg zijn gekomen. Het is belangrijk om een complex probleem niet op een eenvoudige manier op te lossen.

Men moet van mythes naar doelstellingen gaan. Een eerste doelstelling is: werk met gezondheidsdoelstellingen. Vlaanderen heeft tot nu toe gewerkt met één gezondheidsdoelstelling, namelijk het verminderen van het aantal suïcides. 'The depression case' is een voorbeeld uit de Amerikaanse literatuur waarin wordt gezegd om per netwerk te proberen te weten te komen hoeveel depressieve personen in dat netwerk wonen, hoeveel van die depressieve personen er worden behandeld en hoeveel men er over een jaar wil behandelen. Wat gaat men doen om het aantal gemiste depressies in de zorg te krijgen? Hetzelfde geldt voor suïcidale mensen: twee derde van hen komt in de hulpverlening terecht, een derde niet.

Een tweede doelstelling is: zet in op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Een derde doelstelling is: verlaat het klassieke 1-op-1-model. Niet alle behandeling moet langdurig zijn. Sommige mensen zullen baat hebben bij e-treatment of bij korte interventies. Een vierde doelstelling is: focus op vindplaatsen waar de pathologie zich ontwikkelt, bijvoorbeeld scholen en universiteiten, of waar men voor de eerste keer consulteert, niet enkel voor behandeling maar zeker ook voor preventie. Ronny Bruffaerts verwijst naar de Good Behavior Game, een methodiek die in scholen wordt gebruikt en nog steeds effectief is voor het sterk verlagen van het

aantal externaliserende gedragingen bij volwassenen die ooit de Good Behavior Game hebben meegekregen. De vijfde en belangrijkste doelstelling is: bestrijd hardnekkige mythes en foute assumpties.

Dit alles moet vorm krijgen in een gezondheidsmanagementbeleid. De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is ook een hervorming van de gezondheidszorg. Het boek van Michael Porter en Elizabeth Teisberg is voor Ronny Bruffaerts een van de leidende principes. Ze schrijven veel relevante zaken over hoe men gezondheidszorg een toekomstvisie kan bieden. Volgens hen moet men vier toetsstenen identificeren en meten. Een eerste is de waarde van de behandeling, bestaande uit effectiviteit van de interventie, satisfactie van de patiënt, participatie van de patiënt en een herstelvisie. Een tweede is werken aan expertise en innovatie. Sommige sectoren zullen meer gespecialiseerd zijn in het behandelen van sommige problematieken. Een derde is zorgen voor 'outcome data', niet om data te collecteren maar data als een maatschappelijk dividend om in lijn te komen met de gewone gezondheidszorg. Een laatste toetssteen is het gezondheidseconomische perspectief. Denk goed na waaraan geld wordt uitgegeven.

De spreker geeft ook nog aandachtspunten vanuit een public health perspectief voor de volgende tien jaar. Er zijn drie na te streven en te meten KPI's in de hervorming: de behandelkloof, 'overmet need' en het verhogen van de kwaliteit van de behandeling. Hou rekening met het veranderend profiel van psychische stoornissen in de volgende tien tot twintig jaar. Er zullen meer externaliserende stoornissen zijn, die in de hulpverlening komen via politie, CLB of justitie. Het zal een cohorte zijn die niet zozeer zelf een hulpvraag heeft, maar van wie de maatschappij wel verwacht dat ze veranderen. Een derde aandachtspunt is: meet en manage hervormingsprocessen en outcomes. Probeer vanuit een wetenschappelijke systematisering het beleid meer structuur en inhoud te geven.

V. Uiteenzetting door Margot Cloet, gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

1. Kengetallen

Geestelijke gezondheidszorg neemt, aldus *Margot Cloet*, een belangrijke plaats in in Zorgnet-Icuro. Ongeveer 99 procent van de sector is aangesloten bij Zorgnet-Icuro. Dat zijn de CGG's die medisch-psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening bieden. Ze stellen 1100 vte tewerk en krijgen 76 miljoen euro werkingsmiddelen uit de Vlaamse begroting. Sommige medewerkers worden ook door lokale besturen of andere bronnen gefinancierd.

Daarnaast zijn er heel wat revalidatiecentra lid. Bij de zesde staatshervorming zijn de revalidatieconventies van de geestelijke gezondheidszorg, en grotendeels ook die van de fysieke revalidatie, overgeheveld naar Vlaanderen. Het gaat over meer dan honderd aparte conventies die specifiek inspelen op bepaalde noden en noden van bepaalde doelgroepen. Ze doen een aanbod dat voorheen door het RIZIV werd gefinancierd: prestatiegericht, voornamelijk in individueel en groepsverband.

De financiering van de psychiatrische ziekenhuizen valt onder de federale overheid. De normering en de erkenning zit bij Vlaanderen. Het werkingsbudget bedraagt 900 miljoen euro. Er zijn deze legislatuur ook extra federale middelen, 200 miljoen euro, waarvan wellicht een deel voor de psychiatrische ziekenhuizen is. Daar bovenop moet men ook de honoraria van de psychiaters rekenen en een aantal terugbetalingen aan de psychologen.

Zoals professor Ronny Bruffaerts zegt, is men ongeveer tien jaar geleden begonnen met de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Die hervorming heeft

onmiddellijk geleid tot de creatie van beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen.

Sindsdien zijn door de techniek van 'bedbevriezing' een aantal nieuwe werkvormen ontwikkeld, zoals mobiele equipes voor gespecialiseerde thuiszorg. Voor psychiatrische patiënten die nood hebben aan zware zorg, lopen momenteel een aantal projecten met 'high intensive care' en intensieve begeleiding. 11,2 procent van de erkende bedden zijn op die manier omgezet.

Er zijn ook heel wat werkzaamheden geweest rond de eerstelijnspsychologische functie. Er is in het RIZIV een terugbetalingscommissie opgericht waar men probeert te werken aan een betere en andere terugbetaling van de eerstelijnspsychologische functie.

Over de jaren is er ook specifieke expertise opgebouwd rond forensische zorg. Het heeft te maken met het feit dat de Belgische staat werd veroordeeld omdat er geen aangepaste zorg was voor deze jongeren. Daarop zijn de federale penitentiaire centra opgericht.

Beschut wonen is een werkvorm waarbij volwassenen en ouderen met een ernstige en langdurige psychische problematiek in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen en vanuit een herstelvisie ondersteuning krijgen van deze initiatieven. Vlaanderen geeft hiervoor een werkingsbudget van 44 miljoen euro.

Bij de zesde staatshervorming werden ook de psychiatrische verzorgingstehuizen overgeheveld naar Vlaanderen met een werkingsbudget van 77 miljoen euro. Het is een collectieve zorgvorm die tot doelstelling heeft om volwassenen en ouderen met ernstige en langdurige psychische problemen te ondersteunen in hun vaardigheden, en te proberen om hun zelfzorgvermogen en regie te versterken.

Naast cijfers over het aanbod zijn er ook een aantal kengetallen op macroniveau. Het aandeel werknemers met invaliditeit stijgt van 6,5 procent naar 11,1 procent. Een groot deel hiervan zijn mensen met psychische aandoeningen en gedragsstoornissen. Het niet (op tijd) behandelen van stoornissen heeft ook een groot gevolg voor de economie.

Er worden veel medicatie en psychotrope geneesmiddelen gebruikt en het aandeel stijgt nog steeds. Medicatie wordt vaak gebruikt ter ondersteuning van therapie, maar wordt ook vaak voorgeschreven zonder een bredere vorm van begeleiding.

In een OESO-studie van 2015 worden de kosten van ggz-problemen geschat op 5,1 procent van het bbp. Het budget voor de gezondheidszorg bedraagt 45 miljard euro, waarvan 2,7 miljard euro aan geestelijke gezondheidszorg wordt besteed. Het is wenselijk en nodig dat dit verhoogt.

Ook Zorgnet-Icuro pleit ervoor om veel te investeren in kinderen en jongeren. Slechts 7 procent van de psychiatrische bedden in de ziekenhuizen is voor deze doelgroep voorbehouden.

Corona heeft vooral het welbevinden van mensen aangetast. Het is noodzakelijk om voor kwetsbare bevolkingsgroepen zorg te kunnen blijven garanderen. Ook de Hoge Gezondheidsraad en Sciensano voorspellen dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg op lange termijn zal toenemen.

2. Beleidsaanbevelingen vanuit een 'public mental health'-perspectief

Zorgnet-Icuro heeft een aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd op basis van wetenschappelijk onderzoek naar 'public mental health'. Hoe vaak komen psychische

problemen/stoornissen voor bij de algemene bevolking? Wanneer ontstaan zij? Hoe groot is de behandelkloof? Hoe, waar, bij wie zoeken de mensen hulp? Hoe kan men stoornissen vroeger detecteren en op tijd adequate hulp bieden?

Twee op de drie mensen hebben geen psychische problemen. Een grote en belangrijke groep zijn de mensen met lichte tot gemiddelde psychische problemen. Men schat dat het over meer dan 1 miljoen mensen gaat. Het aantal mensen met milde tot matige ernstige stoornissen ligt rond de 600.000. Er is een kleiner aandeel van mensen met complexe psychische stoornissen en 130.000 mensen hebben te kampen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Men zet vooral in op de bovenste groep met een complexe zorg, maar het omkeren van het systeem is op zich wel aan de orde. Een consultatie bij een psychiater is bijvoorbeeld goedkoper dan een consultatie bij een psycholoog.

Een eerste aanbeveling is: werk met lokaal toepasbare gezondheidsdoelstellingen en onderbouwde data om het systeem te sturen. Hoe lang kan iemand wachten? Wat is een aanvaardbare wachttijd voor welke zorgvraag? Hoe groot mag het percentage van mensen met een stoornis in de zorg zijn? Er is nog werk aan de winkel om gezondheidsdoelstellingen te definiëren, en om te meten of ze effect hebben. Dat vraagt wetenschappelijke onderbouwing maar ook een instrumentarium voor monitoring en sturing in de ggz-netwerken.

Een tweede aanbeveling is: zet massaal in op preventie, vroeginterventie en op kinderen en jongeren. De meeste pathologie ontstaat op jonge leeftijd en kan worden verholpen met minder ingrijpende zorg op dat moment dan later. Voorzie ook in systematische screening en detectie, en in vervolgzorg indien het nodig is. Continuïteit van zorg is belangrijk. Zet massaal in op universele preventie. Rol onderbouwde preventieprogramma's uit in kinderopvang, onderwijs maar ook in jeugdwerk. De uitbouw en integratie van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg is nodig, maar er moet meer aandacht naar de outreachende functie gaan.

Een andere aanbeveling is: voorzie in laagdrempelige groepsinterventies. Alle problemen oplossen via 1-op-1-aanpak is niet efficiënt. Investeer ook in laagdrempelige groepsinterventies in eerstelijnszones, samen met een lokaal bestuur. Bouw groepsinitiatieven verder uit, zoals bijvoorbeeld OverKop-huizen.

Een volgende aanbeveling is: focus op 'vindplaatsen' en zorg dat het aanbod naadloos kan aansluiten als mensen nood hebben aan gerichte zorgtoeleiding. Voorzie in een goede voordeur en een op zorgbehoeften gebaseerd hulpverleningshuis. Dat kan door op regionaal niveau samen te werken in netwerken voor gespecialiseerde zorg, maar ook met een focus op de eerstelijnszorg.

Integreer het gespecialiseerde ggz-aanbod. Wat is de behoefte? Wat is er minimum nodig op locoregionaal niveau, op regionaal niveau en op supraregionaal niveau? Men zou de ambulante zorg met elkaar kunnen verbinden zodat mensen op de juiste plaats terechtkomen in plaats van op verschillende wachtlijsten. Hou bij de programmatie en de investering rekening met de schakelleeftijden en met de noden in de leeftijdssegmenten.

Het Vlaamse regeerakkoord (*Parl.St.* Vl.Parl. 2019-20, nr. 31/1) probeert een aanzet tot antwoord te geven op de geformuleerde noden. Ook de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding 2019-2024 (*Parl.St.* Vl.Parl. 2019-20, nr. 120/1) gaat hierop in.

3. Decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod

Het Vlaams Parlement heeft tijdens de legislatuur 2014-2019 veel werk gedaan en de basis gelegd voor de hervorming die noodzakelijk is. In de Vlaamse codex staat ongeveer bij elk artikel dat het nog niet in uitvoering is. Margot Cloet pleit ervoor om hieraan verder te werken en naast de investeringen die nodig zijn, ook de noodzakelijke stappen voor de uitvoering van het decreet te zetten. Het decreet spreekt over vijf zorgniveaus tot en met gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg op supraregionaal niveau, over zelfzorg en over ondersteuning door de context. Daarnaast omvat het ook een aantal functies die spreken over populatiegerichte en individugerichte acties. Er is ook samenwerking nodig met de federale overheid die bevoegd is voor de psychiatrische ziekenhuizen en voor de terugbetaling van een aantal zaken. Ook Zorgnet-Icuro pleit voor één minister van Gezondheidszorg om alles op één niveau te brengen, liefst zo dicht mogelijk bij de burger, gebaseerd op de zorgnoden die er in de populatie zijn.

4. Introduceer een op 'public health' gebaseerde programmatie

Op de laatste zes slides toont Margot Cloet hoe een op public health gebaseerde programmatie er zou kunnen uitzien. Ze heeft een fictieve eerstelijnszone met honderdduizend inwoners genomen. Een aantal zaken die in het voorbeeld zijn verwerkt, moeten eigenlijk op supraregionaal niveau ter harte worden genomen. In het voorbeeld maakt men een onderscheid tussen mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en mensen met een niet-ernstige psychiatrische aandoening. In de praktijk is dat niet zo binair op te maken.

Aan de vraagzijde zijn er op honderdduizend mensen ongeveer 28.000 -18-jarigen die nood hebben aan psychiatrische zorg en ondersteuning van wie ongeveer vijfduizend niet-EPA-jongeren.

Hoe ziet het huidige aanbod er uit? Het huidige aanbod is zo georganiseerd dat men bijvoorbeeld in de psychiatrische ziekenhuizen duizend patiënten kan behandelen.

Hoe staat de vraag tegenover het huidige aanbod? Het huidige aanbod staat rechts op slide 23, het noodzakelijke aanbod staat links. Op basis daarvan heeft men de behandelkloof in de eerstelijnszone berekend. De behandelkloof voor mensen met een EPA bedraagt 23,60 procent, voor niet-EPA-patiënten is dat 78,82 procent. Het is een oefening waarbij een aantal kanttekeningen moeten worden geplaatst, maar die wel aantoont wat de noden in de populatie zijn en die ook aantoont dat het blijven inzetten op de huidige manier bijna onhaalbaar zal zijn, zeker financieel. Er moet dus bijkomend worden gefinancierd, maar zeker ook anders worden gewerkt.

Er is een grote behandelkloof, zeker bij de kinderen en jongeren. Ze is het grootst bij mensen met een psychische stoornis maar die niet tot de EPA-groep behoren.

Men zou dus van een blanco blad kunnen vertrekken om het aanbod te heroriënteren en rekening houden met het aanbod dat men zal doen bij huisartsen, in de jeugdhulp, in het jeugdwerk enzovoort. Wat is er nodig? Hoe gaat men er naartoe?

Margot Cloet geeft voorbeelden van doelstellingen die men in een eerstelijnszone maar ook op regionaal niveau zou kunnen formuleren: daling van het aantal suïcides, daling van het aantal langdurig zieken door psychische oorzaken of daling van de wachttijd bij jonge kinderen. Op basis van die gegevens kan men op een populatiegebaseerde manier aan de slag.

Margot Cloet vraagt om te blijven investeren in geestelijke gezondheidszorg, om tegelijkertijd te hervormen en om samen te werken met de federale overheid, en dat op een vraaggestuurde manier.

VI. Vragen van de commissieleden

1. Vragen van Vera Jans

Vera Jans dankt alle sprekers voor hun bijzonder interessante bijdrage. Het is dezelfde vaststelling die hen hier allemaal samenbrengt, namelijk de vaststelling dat hulp voor kinderen en jongeren met psychische stoornissen moeilijk te vinden is.

In de WHO-piramide wordt het belang van preventie en vroege algemene zorg naar voren gebracht. In Vlaanderen probeert men in te zetten op vroegdetectie en vroeginterventie, onder meer door het suïcidepreventieplan, door het inzetten van eerstelijnspsychologen met de OverKop-huizen en het plan Zorgen voor Morgen. Frieda Matthys en andere sprekers zeggen dat men weg moet van die verschillende initiatieven en naar bredere doelstellingen moet gaan.

Vera Jans heeft het moeilijk om centrale aanmeldingspunten met indicatiestellingen te verdedigen. Ze vindt het een complex landschap. Ze verwijst naar het systeem van de Kruispunten, dat lijkt te werken. Frieda Matthys zegt dat ze zeven op de tien mensen moet doorverwijzen naar andere plekken. Welke plekken zijn dat dan? Hoe kan ervoor gezorgd worden dat er één aanmeldingspunt komt zonder nog iets nieuws aan de gelaagdheid van netwerken toe te voegen?

Vera Jans heeft veel respect voor wat de TEJO-huizen doen. Het is stilaan haar overtuiging aan het worden dat, als men psychische hulp toegankelijker wil maken, er meer zou moeten gebeuren dan meer van hetzelfde hebben. Dat wil niet zeggen dat men niet meer moet investeren in het aanbod. Naast het verhogen van het aanbod, moet men ook zoeken naar de oorzaken. Welke zijn de maatschappelijke factoren die de psychische problemen veroorzaken?

Koen Lowet heeft verschillende linken met het onderwijs gelegd en gesproken over het Impulseofonds. Hij heeft ook verwezen naar de grote populariteit van de studierichting. Men zoekt via een app onder collega's wie er nog plaats heeft voor een patiënt, maar het blijkt dat alles dichtslibt. Is het net niet goed dat er veel instroom is en dat mensen kiezen voor die studierichting?

Koen Lowet heeft ook gezegd dat men niet voldoende wordt geconsulteerd door de Vlaamse overheid. Er wordt gewerkt met een expertenpanel dat adviezen geeft aan allerhande werkgroepen. 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?

Ronny Bruffaerts heeft, net zoals de andere sprekers, gewezen op de cruciale jonge leeftijd. Op 18 jaar stopt de kinderpsychiatrie en volgt er een harde breuklijn. Is het realistisch om die breuk daar te maken?

Er is nood aan een kader volgens Ronny Bruffaerts. Dat kader is voor Vera Jans het decreet van 5 april 2019 betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod. Men heeft erop gewezen dat er meer prioriteit moet gaan naar het uitwerken van de uitvoeringsbesluiten en naar het in werking laten treden van het decreet. Het decreet definieert netwerken, functies en programma's en plaatst ervaringsdeskundigheid bijzonder hoog op de agenda. Het zet in op de strijd tegen stigma. Vindt men in dit decreet een voldoende kader?

Vera Jans heeft de indruk dat men er niet in slaagt om een duidelijke wetenschappelijke basis te maken over de incidentie van psychologische stoornissen. Men focust op het aantal maar niet op wat vandaag nodig is. Professor Ronny Bruffaerts heeft veel gesproken over de externaliserende pathologie bij jongeren. Wat moet men dan extra doen? Hij sprak over de vindplaatsen en over het Good Behavior Game. Moet er daarnaast nog een ander pad worden aangelegd?

Vera Jans dankt Ronny Bruffaerts om enkele mythes in een juiste context te plaatsen. Het is positief dat geestelijke gezondheid in de breedst mogelijke zin meer aandacht krijgt.

Voor Margot Cloet is met het decreet het juiste kader geschapen, maar moet de uitvoering gebeuren. Vera Jans ondersteunt het pleidooi van Margot Cloet voor meer aandacht voor geestelijke gezondheidszorg en de financiering ervan. De moeilijkheid is natuurlijk dat er verschillende ministers op verschillende beleidsdomeinen zijn. Het is positief dat alle sprekers hierover mee willen nadenken.

2. Vragen van Jeremie Vaneeckhout

Jeremie Vaneeckhout dankt de verschillende sprekers voor hun inbreng. Uit de hoorzitting is nogmaals de nood gebleken om dit thema op een meer geïntegreerde manier te bespreken. Hij denkt dat er voor de commissie nog veel werk op de plank ligt en hoopt dat deze hoorzitting een vervolgtraject zal krijgen.

De spreker is ervan overtuigd dat men dit probleem niet kan oplossen met een project hier of daar. De coronacrisis biedt eigenlijk een opportuniteit omdat het thema geestelijke gezondheid meer dan ooit in de aandacht komt, maar te weinig diepgravend en te weinig structureel.

Hij vindt het beschamend dat er een decreet is goedgekeurd maar dat bij het merendeel van de acties 'niet in uitvoering' staat. Op de jarenlange vraag naar meer middelen komt er geen structureel antwoord, en dat is voor een groot deel toch de verantwoordelijkheid van de Vlaamse overheid. Het gevolg is individuele impact maar ook maatschappelijke kosten. Er is nog marge om de komende tien jaar een plan op tafel te leggen dat structureel en diepgaander investeert in geestelijke gezondheidszorg. Middelen zullen niet alles oplossen maar helpen wel. Daarna kan het debat volgen over hoe men die middelen het best inzet.

Jeremie Vaneeckhout vond de getuigenis van Koen Lowet over de betrokkenheid bij het coronabeleid sprekend. Het zegt iets over de positie van geestelijke gezondheid, en breder menswetenschappen, in deze crisis. De spreker pleit om alle expertises in de samenleving voldoende te waarderen, en niet enkel de medische.

Ingrid De Jonghe is in 1985 gestart met TEJO. Sindsdien is er veel gebeurd maar het gaat toch tergend traag. Op vlak van beleid is er een gebrek aan monitoring, uniforme registratie, datagedreven werken en werken vanuit een academische onderbouw met indicatoren die achteraf kwalitatief en kwantitatief kunnen worden beoordeeld. Jeremie Vaneeckhout ergert zich aan de traagheid waarmee men cijfers beschikbaar heeft en de gebrekkige evaluatie die men kan maken van initiatieven die worden opgestart. Hoe kijkt de sector daar naar? Moet er een aparte instelling komen of moet een instelling die opdracht krijgen om structureel te monitoren en te registreren?

Jeremie Vaneeckhout vraagt zich af of er scenario's zijn, academisch onderbouwd, van wat er nodig is aan investeringen in de volgende tien jaar. Het kunnen scenario's zijn die inzetten op preventie of op hulpverlening.

De spreker is gecharmeerd door de populatiebenadering en vindt dat men die omslag moet maken. Het valt hem op dat in het politieke discours die omslag wel wordt gemaakt, maar dat resulteert niet in beleidsdaden.

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?

Men vraagt naar eenheid in commando maar Jeremie Vaneeckhout vindt geïntegreerd beleid in onderwijs, in vrije tijd of op de werkvloer ook belangrijk. Het is een illusie te denken dat één minister al die domeinen zal omvatten. De brede inzet op preventie zal in allerlei maatschappelijke domeinen een van de belangrijke uitdagingen zijn.

Men pleit ervoor om de preventieshift naar een nog jongere leeftijd te maken. Hoe ziet men dit concreet? Men moet wel zorgen dat men niet alles als 'vindplaatsen van potentiële bedreiging voor geestelijke gezondheidszorg' beschouwt.

Hoe verhouden de TEJO-huizen zich tot de OverKop-huizen? Ze staan naast elkaar. Moeten die structuren niet worden vereenvoudigd, zonder de rijkdom en de diversiteit in de sector te verliezen?

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? Jeremie Vaneeckhout denkt dat men buurtgericht werken nog radicaler zal moeten doorvertalen.

Veel heeft te maken met hoe men leeft. Jeremie Vaneeckhout is ervan overtuigd dat men anders moet leven, maar hij mist de handvatten hoe men dat wil doen. Hoe is de maatschappij georganiseerd? Wat is de economische druk op mensen? Wat is de impact van sociale media? Welke handvatten heeft men als mensen onder elkaar om elkaar op weg te helpen naar hulpverlening? Hebben de sprekers insteken hoe men dit maatschappelijk debat fundamenteler kan voeren?

Margot Cloet eindigde met "Wat als men van een wit blad zou vertrekken?" Jeremie Vaneeckhout vraagt hoe wit het blad moet zijn. Kan men de fundamentele omslag maken vanop een niet-wit blad of vindt men dat men zelf ook moet loskomen van zijn structuur en vertrekken van een wit blad?

3. Vragen van Suzy Wouters

Suzy Wouters dankt alle sprekers voor hun interessante toelichting. De problemen in geestelijke gezondheidszorg slepen al jaren aan. In deze coronacrisis wordt nog maar eens duidelijk hoe groot ze zijn. Corona zorgt voor een explosie aan psychiatrische problemen bij minderjarigen. Geestelijke gezondheidszorg moet bereikbaar, betaalbaar en tijdig zijn. In plaats daarvan zijn er ellenlange wachtlijsten en vooral een versnippering van het aanbod. Ook personen in armoede moeten kunnen worden bereikt en dit moet hand in hand gaan met armoedebestrijding. Vooral de lange wachtlijsten zijn schrijnend. Investeren in geestelijke gezondheid kan niet meer wachten. Wachtlijsten moeten in kaart worden gebracht en worden gemonitord.

In het nieuwe rapport van de Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg worden heel wat zaken naar voren geschoven die federale bevoegdheid zijn. Voor de zorgcontinuïteit bij de overgang van minder- naar meerderjarigheid moet beter worden samengewerkt. Zorg moet worden afgestemd op de specifieke hulpvraag.

Er moeten acties op korte en lange termijn komen. Investeren is goed, maar daarnaast moeten er ook concrete doelen worden geformuleerd over wat men met die investeringen wil bereiken. Daarna kan men het effect meten.

Vinden de sprekers investeren in de verschillende ggz-diensten voldoende of moet er structureel worden hervormd? Kan de rol van de hulplijn er nog worden versterkt? Hebben de sprekers het gevoel dat er voldoende naar het werkveld wordt geluisterd? Aan welke samenwerking is er meer nood? Is er nood aan meer onderzoek om de hele geestelijke gezondheidszorg met de knelpunten in kaart te brengen? Welke zijn de aanbevelingen om mensen die wachten toch al enige hulp te bieden? Welke persoonlijke en infrastructurele middelen zijn er nodig om de wachtlijsten weg te werken? Binnen welke termijn is het mogelijk om in deze personele middelen te voorzien? Indien dit niet mogelijk is, welke opties zijn er om voor bepaalde doelgroepen een ander traject uit te zetten? Zou een geïntegreerd beleid rond geestelijke gezondheidszorg op scholen meerwaarde kunnen zijn om vroegtijdig te kunnen werken aan geestelijke gezondheidszorg? Zijn er veel plaatsen te weinig in de crisisopvang?

Zijn volgens Ingrid De Jonghe de TEJO-huizen bekend genoeg bij het brede publiek? Hoe ervaart men de samenwerking met de verschillende partners? Heeft men genoeg middelen en personeel? Hoe kan de werking nog worden verbeterd?

Hoe kan volgens Koen Lowet een brug worden gelegd tussen wetenschappelijk onderzoek en het werkveld?

4. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys dankt iedereen voor de duidelijke uiteenzettingen. De weg vinden naar hulp is niet altijd makkelijk. Ook huisartsen zijn niet altijd op de hoogte van wat er allemaal bestaat. Een betere sociale kaart en coördinatie zijn belangrijk. Ook de eerstelijnszones zouden een belangrijke rol kunnen spelen.

De wachtlijsten zijn een algemeen zeer, zeker voor kinderen tussen 6 en 12 jaar. De Staten-Generaal Geestelijke Gezondheidszorg pleit voor wachttijdondersteuning. Wie moet die taak op zich nemen? Zullen de eerstelijnspsychologen de druk op de CGG's en revalidatiecentra kunnen doen dalen?

Communicatie tussen alle zorgverstrekkers is belangrijk. Als huisartsen patiënten doorsturen, krijgen ze geen feedback, en dat is een probleem.

Freya Saeys onderschrijft volledig dat er een teveel aan 'one shot'-maatregelen is. Men moet komen tot een beter gestructureerd plan met gezondheidsdoelstellingen.

In de expertengroep zit één expert rond gedragspsychologie. Volgens Freya Saeys had er veel meer kunnen gebeuren op dat vlak.

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? Federaal minister Frank Vandenbroucke zet in op groepssessies bij studenten. Freya Saeys heeft al vaker gewezen op de rol van het onderwijs en dat vanaf de kleuterklas. Er bestaan verschillende technieken om tot rust te komen. Hoe staat men hier tegenover?

5. Vragen van Freya Van den Bossche

Freya Van den Bossche vraagt of men eenheid van commando op federaal of deelstaatniveau wil. Wat vandaag gebeurt, heeft vaak te maken met bevoegdheden die

versnipperd zijn. Wie grondig wil hertekenen, moet ook de staat hervormen. Ze vraagt naar de mening van de sprekers.

Frieda Matthys vraagt een trajectplan waarin er meer aandacht is voor familie en context. Hoe komt het dat die aandacht vaak ontbreekt? Is er te weinig tijd of expertise? Of is de manier van denken te weinig systemisch?

Een aantal sprekers hebben ook gezegd dat het aanbod niet bepalend mag zijn maar dat er een juiste match met de vraag moet komen. Vandaag wordt er gematcht met het aanbod omdat men anders zonder hulp blijft. Zo heeft men natuurlijk geen duidelijk beeld van wat er nodig is. 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?

Vandaag is men eerder gericht op het vergoeden van kosten dan op een doelstelling. Hoe kan men hieraan een mouw passen? Ziekenhuizen worden prestatiegericht gefinancierd, gelinkt aan bedden. Als een psychiatrisch ziekenhuis voor- en natrajecten wil organiseren en gespecialiseerde zorg aan een patiënt wil blijven aanbieden, dan wordt het ziekenhuis er financieel voor afgestraft. Moet er volgens de sprekers ook worden gekeken naar de financiering van ziekenhuizen?

Vindt men niet dat men zich te veel opsluit in drie verschillende lijnen? Kan men werken met expertisecentra waar men iemand benadert vanuit een eerstelijns-methodiek, maar evengoed vanuit een meer gespecialiseerde tweedelijnsmethodiek? Men kan dan meer schakelen tussen de vormen van zorg – residentieel, ambulant en mobiel – zonder mensen telkens opnieuw op een nieuwe wachtlijst te moeten zetten of zonder dat er een breuk in de zorg komt. Een voorwaarde is dat ambulante zorg betaalbaarder wordt. Volgens professor Ronny Bruffaerts is dat niet per se een reden waarom mensen geen hulp zoeken, maar bepaalde groepen uit een ziekenhuis kunnen er vaak niet voor kiezen om zich ambulant te laten begeleiden, tenzij men in een CGG terechtkan. Een probleem is dat CGG's vaak werken met korte modules van zes maanden. Voor jongeren is dat vaak een hinderpaal. Moet men dan de CGG's niet anders organiseren? Vindt men het legitiem om jongeren met weinig financiële mogelijkheden voorrang te geven bij een CGG?

Nu de wachtlijsten in de jeugd- en kinderpsychiatrie en de transitiepsychiatrie groot worden, lijken steeds meer ziekenhuizen ervoor te kiezen om kinderen met externaliserende problematieken niet te begeleiden. Heeft men die vaststellingen ook op macroniveau gedaan?

Freya Van den Bossche is geïnteresseerd in de idee van Frieda Matthys om de procedures voor gedwongen opname aan te passen. Ze denkt dat die procedure vaak oneigenlijk wordt gebruikt om bijvoorbeeld kinderen toch te plaatsen in een HIC waar ze niet thuishoren. In welke richting wil Frieda Matthys de procedure aanpassen?

TEJO vindt dat er vaak een te stoornisgerichte benadering is. Freya Van den Bossche begrijpt dat het stellen van een diagnose belangrijk kan zijn om zicht te hebben op wat er nodig is. Kan het zijn dat de nadruk op de diagnose zo groot is geworden omdat het vaak een voorwaarde is om toegang te krijgen tot hulpverlening? Zou men niet eerder de match moeten maken met welke hulp een persoon nodig heeft, eerder dan welk label men die geeft?

Hoe denkt Koen Lowet meer druk te zetten op overheid en beleidsmakers voor de inbreng van zijn groep?

Koen Lowet, maar ook andere sprekers, zegden dat de eerstelijnszorg moet worden georganiseerd, niet louter op papier. Hoe moet men dat concreet doen? Freya Van den Bossche meent begrepen te hebben dat Margot Cloet vindt dat ook de tweedelijnszorg best op dat niveau wordt georganiseerd. Hoe ziet men dat concreet? Men wil ook de outreach vanop dit niveau organiseren. Wat dan met de outreach vanuit de derdelijnszorg? Moet het in die hokjes blijven of kan men gaan naar grotere samenwerkingsverbanden?

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?

Freya Van den Bossche wil meer voorbeelden horen van Ronny Bruffaerts over de manier waarop het stellen van gezondheidsdoelstellingen er ook voor zorgt dat men ze in de praktijk bereikt. Zijn er ook voorbeelden van hoe men de mensen moet vinden die men nu niet bereikt? Denkt men aan straathoekwerkers, sociaal werkers of ziet men dat anders?

Men vraagt ook om scholen meer te betrekken. Freya Van den Bossche meent dat scholen externaliserende problematieken snel melden omdat ze impact hebben op het klasgebeuren. Wat met de andere problematieken? Freya Van den Bossche is zeker voorstander voor het afbakenen van doelgroepen voor preventie. Zijn er ook concrete aanbevelingen over welke vorm die preventie moet aannemen om die groepen te bereiken? Als men de jongeren kan detecteren, moeten ze worden geleid naar hulp die moet worden georganiseerd, op verschillende niveaus: laagdrempelig, soms kortdurend, vaak in groep maar soms ook individueel enzovoort.

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

6. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys merkt op dat er redelijk 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?

Men is er zich van bewust dat de zorgpiramide eigenlijk verkeerd is opgebouwd. Ziet men een oplossing in de persoonsvolgende financiering voor de geestelijke gezondheidszorg? Kan artikel 107 van de Ziekenhuiswet een deel van het antwoord bieden?

De ontschotting is nog niet helemaal gerealiseerd. Hoe kan dat worden opgelost? Kan ook hier de persoonsvolgende financiering een deel van het antwoord zijn?

Lorin Parys is tevreden met het pleidooi voor eenheid van commando.

TEJO zegt dat men iemand met een zorgvraag binnen twee weken kan helpen. Waarom kan TEJO dat realiseren met vrijwilligers, terwijl het de overheid met veel meer middelen en mensen niet lukt? Hoeveel mensen worden er vanuit TEJO doorverwezen? Hoeveel mensen hebben er met die tiental sessies voldoende hulp gekregen?

Hoeveel middelen komen er vrij door de 'overmet need' tot 'met need' terug te brengen?

Lorin Parys is verheugd dat veel mensen willen inzetten op kwaliteit, op richtlijnen, en op effectiviteit van de interventie. Er is nood aan op outcome gebaseerde data. Hoe kan men de effectiviteit van een interventie stimuleren/opleggen en tegelijk de therapievrijheid garanderen?

7. Vragen van Lise Vandecasteele

Lise Vandecasteele dankt de sprekers voor de boeiende inzichten en invalshoeken. Ze heeft sterk de vraag naar een omvattend plan gehoord dat evidencebased is en focust op preventie, een oorzakelijke aanpak en samenwerking. Sommige sprekers van de meerderheid zijn kritisch voor het eigen beleid. Hoe komt het dat het decreet van 5 april 2019 nog niet in uitvoering is? Wat zijn volgens Margot Cloet de oorzaken hiervan?

Er wordt ook vaak gefocust op het budget, nodig voor zo'n plan, maar weinig over de terugverdieneffecten. Wordt er aan de terugverdieneffecten niet te weinig aandacht besteed?

Frieda Matthys sprak over armoede als achterliggende oorzaak. Lise Vandecasteele ervaart als huisarts grote invloed van structurele en maatschappelijke problemen – armoede, sociale ongelijkheid en problemen op de arbeidsmarkt – op het individu waardoor er psychische problemen ontstaan. Wordt die mening gedeeld door de Staten-Generaal? Een betere toegankelijke geestelijke gezondheidszorg is belangrijk, maar men moet ook ingrijpen in de maatschappij om die beter haalbaar te maken, zoals bijvoorbeeld het optrekken van de uitkeringen tot boven de armoedegrens.

TEJO is een waardevol initiatief, vooral gedragen door vrijwilligers. De laagdrempeligheid, de korte wachttijd en de gratis hulpverlening zijn belangrijk voor jongeren. Wat is er precies nodig om die laagdrempeligheid te realiseren? TEJO-huizen zouden gebiedsdekkend moeten zijn en structureel gefinancierd moeten worden. Is daar sprake van?

Het beleid is in deze coronatijd niet altijd even jeugdvriendelijk. Zijn er initiatieven die snel kunnen worden opgezet zodat jongeren opnieuw toegang hebben tot vrijetijdsbestedingen?

Ronny Bruffaerts sprak over de behandelkloof en het probleem van de laattijdige behandeling. Als oorzaak ziet hij het taboe maar ook de kosten. Bestaan hier studies over? In welke mate is de prijs of het taboe bepalend?

De echte vermaatschappelijking van zorg is laagdrempelig en outreachend naar de maatschappij, zegt Ronny Bruffaerts. Is het een mogelijk antwoord dat iedereen laagdrempelig en betaalbaar terechtkan bij een psycholoog, liefst ingebed in een CAW, een CGG of een huisartsenpraktijk?

Koen Lowet spreekt over een tsunami aan psychische problemen in de eerste lijn. Hij mist een omvattend plan en ziet te veel 'one shot'-maatregelen. Hoe zal men vermijden dat een omvattend plan dode letter blijft? Welke zijn de handvatten voor zijn plan? Op welk niveau moet zo'n plan worden gemaakt? Op welk niveau moet er eenheid van commando komen?

VII. Antwoorden van de sprekers

1. Antwoorden van prof. dr. Frieda Matthys

Frieda Matthys stelt een tegenvraag. In het Vlaamse regeerakkoord wordt geestelijke gezondheidszorg dertien keer vermeld, maar dit komt niet tot uiting in de cijfers. Ze vreest dat het stigma ook nog bij politici bestaat en dat geestelijke gezondheidszorg niet altijd serieus wordt genomen.

Problemen op de arbeidsmarkt hebben inderdaad invloed op geestelijke gezondheidszorg. Er gebeurt al redelijk veel rond. Frieda Matthys heeft een probleem met de stelling dat zieke mensen weer aan het werk moeten. Als mensen ziek zijn en niet kunnen werken, is dat zo.

Een aantal van de vragen gaan over federale materie. In de nomenclatuur voor transities zouden er bijvoorbeeld incentives kunnen komen voor een betere overgang van jongeren- naar volwassenenhulpverlening. De procedure van gedwongen opname wordt inderdaad soms gebruikt om iemand te laten opnemen. Meer zorgwekkend is dat het vaak niet humaan is omdat men maar 24 uur heeft om te beoordelen of iemand aan de criteria beantwoordt. Er wordt aan een wetswijziging gewerkt.

Er waren veel vragen over een centrale aanmelding. In België is de therapeutische vrijheid heilig, evenals de keuze van de patiënt. In Nederland is het model diagnosegestuurd en het is goed dat het hier niet zo is. Het nadeel is dat mensen vaak bij een te hoog gespecialiseerde dienst terechtkomen. Men zou het matchen beter moeten begeleiden. De Kruispunten zoals ze in Antwerpen en Limburg bestaan, zijn goed. Frieda Matthys is ervan overtuigd dat de huisarts een centrale rol speelt.

Het CGG heeft een hele evolutie doorgemaakt. Er is altijd druk geweest van de overheid om sneller te werken en mensen sneller te laten uitstromen, wat niet altijd kan. De problematieken die in een CGG worden behandeld, zijn altijd maar zwaarder geworden, maar de uitbreiding van het personeelskader blijft beperkt. In het begin van deze legislatuur is het budget van de CGG's verminderd met 3 tot 6 procent. Met dat potje heeft men opnieuw 'one shot'-projecten opgezet. Er verandert structureel niets.

Er zijn monitoring en indicatorenstelling maar die zijn slecht op elkaar afgestemd. Het VIKZ ontwikkelt kwaliteitsindicatoren. Ook daar zijn de budgetten beperkt. Bovendien wordt aan de kleine organisaties gevraagd om extra te registreren maar ze hebben er de mankracht niet voor.

2. Antwoorden van Ingrid De Jonghe

Ingrid De Jonghe zal de commissieleden een aantal boeken bezorgen waar ze dieper op de problematiek ingaat. Ze pleit om naast het curatieve heel veel aandacht te besteden aan het preventieve. Wat is er aan de hand met jongeren vandaag?

TEJO werkt uitsluitend met vrijwilligers. Op dit ogenblik zijn het er meer dan zeshonderd. Elk TEJO-huis werkt met een multidisciplinaire ploeg.

Bij TEJO merkt men geen tsunami aan problemen maar er worden wel veel mensen gezien. Ze komen vaak gauw na school langs.

Attitude is belangrijk. De wachtlijst is nooit langer dan een twintigtal jongeren. Heel wat therapeuten bij TEJO werken extra om de wachtlijst zo kort mogelijk te houden. TEJO kijkt ook altijd naar de oorzaken. Veel jongeren zijn loyaal aan hun context en hun thuis. Ze hebben ook vaak een laag of afwezig zelfbeeld. Ingrid De Jonghe pleit er nogmaals voor om te zoeken hoe men in de samenleving zaken kan veranderen waardoor men menselijker kan leven. Moet men jongeren krachtiger maken om in de samenleving mee te draaien of moet het misschien andersom?

TEJO probeert met de belevingsexpo jongeren informatie te geven maar ook te bevragen. Wat betekent persoonlijk welzijn? Jongeren willen gewoon zorgeloos jong zijn. Ingrid De Jonghe wil volmondig van een nieuw wit blad vertrekken, maar ze vraagt zich af of de moed er zal zijn om dat te doen.

Anonimiteit is belangrijk. TEJO vraagt ook geen administratie, terwijl een CGG nog altijd de toestemming vraagt. Het eerste gesprek is een therapeutisch gesprek waarin duidelijk wordt gezegd wat men maar kan doen. Als het nodig is, verbreekt men zijn beroepsgeheim. Gewoon kunnen binnenlopen en niet moeten betalen, is belangrijk. Het beleid kan er misschien toch voor zorgen dat er minder moet

worden genoteerd of minder moet worden vergaderd, zodat er meer tijd kan gaan naar het werken met patiënten.

3. Antwoorden van prof. dr. Ronny Bruffaerts

Ronny Bruffaerts zegt dat de opsplitsing tussen 0 tot 18 jaar en plus-18-jaar een arbitraire indeling is. Het is een artefact omdat vroeger werd gedacht in termen van pathologie tussen 0 en 18 jaar en plus-18-jaar. De laatste twintig jaar heeft populatieonderzoek aangetoond dat er continuïteit van pathologie is met daaraan gekoppeld continuïteit van behandeling.

Wat bepaalt dat iemand een pathologie ontwikkelt of niet? Ronny Bruffaerts is er geen voorstander van om te zeggen dat dit te maken heeft met de maatschappij omdat men niet van alle componenten van de maatschappij kan kwantificeren in welke mate ze bijdragen tot het ontwikkelen van pathologie. In de literatuur zijn er ongeveer tachtig biopsychosociale factoren geïdentificeerd die tot pathologie leiden. Slechts 15 procent van al die factoren zijn unieke factoren; al de rest is een interactiemodel. Voor een bepaald iemand is een trauma pathologieverhogend, maar voor iemand anders tempert een trauma net pathologie. Men kan op voorhand nooit exact zeggen welke factoren een grondslag zijn voor de ontwikkeling of evolutie van pathologie. In Leuven volgt men in een onderzoek jaar na jaar 22.000 jongeren. Het blijkt dat 42 factoren constant samenwerken in de ontwikkeling of evolutie van pathologie.

Preventie op school betekent niet dat men op zoek gaat naar diegene die risico lopen. Het betekent dat men de hele klas meeneemt in een specifieke methodiek die voor iedereen geldt. Er zijn drie interventiemodellen die op schoolniveau werken met als uitgangspunt dat alle leerlingen en leerkrachten mee in de poel gaan en die prosociaal gedrag proberen te bekrachtigen van persoon tot persoon en van groep tot groep. De grootste gezondheidswinst zit in de packagedeal. Het gaat over 'communitas'. Onderzoek uit de Verenigde Staten toont aan dat de groep die het Good Behavior Game heeft gekregen, het dertig jaar later beter doet dan de groep die dat niet heeft gehad. Preventiecoaches vertrekken vanuit een andere optiek: ze gaan op zoek naar kinderen met een probleem.

Veerkrachtverhogende groepen in de universiteiten zijn laagdrempelige groepen die een tiental mensen op korte tijd kunnen behandelen. De effectiviteit is groot, ook omdat de pathologie meestal niet ernstig is. Het implementeren van zulke groepen kan een eerste opstap zijn om de eerste nood te lenigen tijdens de wachttijd.

Kosten en taboe zijn niet de centrale drivers die ertoe leiden dat hulp zoeken wordt uitgesteld. Ze spelen mee, maar mensen stellen het zoeken van hulp vooral uit omdat ze in eerste instantie denken dat er geen probleem is. De gezondheidswinst zit in laagdrempeligheid, maar ook in 'mental health literacy'. Volgens het theorema van Rose moet men de groep van de bevolking die weinig tot geen pathologie heeft vooral informatie geven. Landen zoals Zweden en Finland die het theorema van Rose gebruiken in preventiecampagnes en preventie-interventies, zagen de laatste twintig jaar het aantal suïcides afnemen. 'Mental health literacy' is een belangrijke tussenstap om mensen te laten beseffen dat er een probleem is.

Als men de 'overmet need' zou kunnen verrekenen, hoeveel zou de winst zijn die men in de 'unmet need' zou kunnen steken? Hij heeft een berekening gemaakt op data van twintig jaar geleden: op Belgisch niveau waren er op jaarbasis honderdduizend consultaties bij een psychiater voor patiënten die geen pathologie hadden. Aan terugbetalingstarief komt men aan een hoog cijfer waarmee men een hoog aantal psychologen extra kan aanwerven. Ronny Bruffaerts vindt het een gevaarlijke redenering omdat een aantal mensen in de 'overmet need' terechtkomen omdat ze pathologie voelen ontwikkelen. In die zin kan het preventief zijn.

Hoe wit moet het witte blad zijn? Er is kennis van pathologie; er is kennis van specifieke pathologie in Vlaanderen; er is kennis over hoe hulp zoeken ontstaat en wat de capaciteit is. Voor Ronny Bruffaerts mag het een redelijk wit blad zijn. Hij is ervan overtuigd dat men het kan monitoren en dat men naar een witbladprogrammatie kan gaan vanuit de populatie. Alle elementen zijn er om te komen tot zulke formules. De outcome zal een reeks scenario's zijn in functie van wat men als maatschappij wil, aankan en aanvaardbaar vindt.

4. Antwoorden van Margot Cloet

Voor *Margot Cloet* kan men van een spierwit blad vertrekken maar de context is er wel: enerzijds wetenschappelijk onderzoek en monitoring en anderzijds het decreet van 5 april 2019 dat moet worden uitgevoerd. Ook moet men in de noodzakelijke investeringen voorzien, want in een transitieperiode zal men altijd in de twee moeten investeren.

De uitvoering van het decreet van 5 april 2019 moet een soort van Marshallplan voor de zorg zijn. Dan kan men ook bekijken hoeveel men de komende jaren zal investeren. De noodzakelijke investeringen zijn er nu niet vanwege budgettaire beperkingen maar ook omdat de winsten van besparingen op een ander beleidsniveau of in andere bevoegdheden zitten. Men slaagt er niet in om 'health in all policies' te brengen: zorg om het welbevinden moet deel uitmaken van de dagelijkse hygiëne. Daarbij mag kinderopvang niet worden vergeten: het zijn plaatsen waar men kinderen beloont om later niet ziek te worden.

Permanent sensibiliseren voor preventie is belangrijk. Er is het programma 'Eerste hulp bij psychische problemen' dat is ontwikkeld. Het Rode Kruis ontwikkelt ook zo'n pakket voor minderjarigen.

Men is de persoonsvolgende financiering aan het uitwerken. Margot Cloet pleit voor deze groep zeker niet voor een cashbudget, maar voor een systeem waarin de hulpvrager niet het aanbod moet volgen maar waar het aanbod de hulpvrager kan volgen. De persoonsvolgende financiering kan een vehikel zijn maar geen doel. Margot Cloet gelooft niet dat men dit kan realiseren in de huidige context van het aanbod. Men moet eerst het decreet van 5 april 2019 uitvoeren en dan pas kan men naar zo'n systeem gaan.

Het is niet de bedoeling om alles op het niveau van de eerstelijnszone te organiseren. Men heeft gewoon een oefening gemaakt over de behoefte die er zou kunnen zijn op het niveau van de eerstelijnszone. Men heeft eerstelijnszorg nodig dicht bij de mensen, maar er is ook goede basiszorg nodig op een breder regionaal niveau. Bovendien is er supraregionaal gespecialiseerde zorg nodig die men op Vlaams en soms op Belgisch niveau moet organiseren. Dat is een organisatievorm, maar daarnaast moet men ook inzetten op het verbinden van dat aanbod in multifunctionele centra zodat er flexibel mee kan worden omgesprongen.

Het is moeilijk om op basis van inkomen te bepalen aan wie men zorg geeft. Men zou in het kader van de Vlaamse sociale bescherming kunnen nadenken over een soort zorgbudget voor jongeren die nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg.

Stefaan SINTOBIN,
voorzitter

Vera JANS,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

ADOCARE	consortium van Action for Teens en LUCAS KU Leuven
bbp	bruto binnenlands product
cao	collectieve arbeidsovereenkomst
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
CGG	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
ELP	eerstelijns psychologische zorg
EPA	ernstige psychiatrische aandoening
FOD	Federale Overheidsdienst
GEMS	Groep van Experts voor Managementstrategie van COVID-19
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HIC	High Intensive Care
IFIC	Instituut voor Functieclassificatie
KPI	key performance indicator
KU Leuven	Katholieke Universiteit Leuven
LUCAS	Centrum voor zorgonderzoek en consultancy
MAT	minimal adequate treatment
NOOZO	Niets Over Ons Zonder Ons
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
TEJO	Therapeuten voor Jongeren
VIKZ	Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg
vte	voltijdsequivalent / voltijdequivalent
VVKP	Vlaamse Vereniging voor Klinische Psychologen
WHO	World Health Organization