

ingediend op **955** (2021-2022) – Nr. 2
29 maart 2022 (2021-2022)

Verslag van de hoorzitting

namens de Commissie voor Welzijn,
Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding
uitgebracht door Tine van der Vloet

over het voorstel van resolutie

van Jeremie Vaneeckhout, Johan Danen, Mieke Schauvliege,
Tine Van den Brande, Celia Groothedde en Ann De Martelaer

**over een Vlaams en intrafederaal masterplan
rond geestelijke gezondheidszorg**

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;

Maike 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;

Gweny De Vroe, Emmily Talpe;

Johan Danen, Celia Groothedde;

Conner Rousseau.

Toegevoegde leden:

Lise Vandecasteele.

INHOUD

I.	Uiteenzetting door prof. dr. Philippe Delespaul, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University	5
1.	Krijgt iedereen zorg naar behoefte?	5
2.	Geestelijke gezondheidszorg verliest de strijd – psychisch lijden is een internationale crisis	5
3.	Ambitie: impact	5
4.	Vraag om een radicaal nieuwe propositie	6
5.	Gezondheidseconomie: de vraag is groter dan het aanbod	6
6.	Veranderde visie op psychisch lijden	6
7.	Health services research: ecosystemen	7
8.	Naar goede geestelijke gezondheidszorg	7
9.	'Je ding leren doen' is een proces	7
10.	Raster van de positieve gezondheid	7
11.	Goede geestelijke gezondheidszorg	7
II.	Uiteenzetting door Tine Daeseleire, zaakvoerder, klinisch psycholoog en gedragstherapeut, The Human Link	8
1.	The Human Link	8
2.	Wat bestaat er?	8
3.	Fysieke versus psychische zorg	8
4.	De conventie	9
5.	Mythes	9
5.1.	Psychologische hulp geeft men best individueel en op maat van de cliënt of patiënt	9
5.2.	De hulpvraag komt best van de patiënt of cliënt zelf	10
5.3.	Een organisatie zet best in op alle problematieken	11
6.	Masterplan voor de geestelijke gezondheidszorg	11
7.	Financieringsnood	11
8.	Experten nodig voor het uitwerken van het 'matched care model'	12
III.	Uiteenzetting door Kim Steeman, algemeen directeur Familieplatform	12
1.	Lidorganisaties Familieplatform	12
2.	Inleiding	12
3.	Hoge prevalentie van psychosociale problemen	12
4.	Impact op familie	13
5.	Langetermijnplan op basis van gezondheidsdoelstellingen – eigen accenten	13
5.1.	Financieringsmodel	13
5.2.	Rechten van de familie	13
5.3.	Toegankelijke zorg	13
6.	Aanvullende thema's	14
6.1.	Geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking	14
6.2.	Schakelzorg en vroeginterventie bij jongeren	14

6.3. Inzet van familie- en ervaringsdeskundigen	14
7. Samengevat.....	14
IV. Uiteenzetting door Patrick Lanckswert, voorzitter Vlaamse Vereniging voor Schoolpsychologie (VVSP).....	15
1. Vlaamse Vereniging voor Schoolpsychologie.....	15
2. Standpunt over een masterplan	15
2.1. Inzetten op preventie helpt	15
2.2. Schoenmaker, blijf bij uw leest	16
2.3. Liever versterken en centraliseren dan versnipperen en opsplitsen	17
V. Uiteenzetting door Dirk Dewolf, administrateur-generaal Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	17
1. Vlaamse bevoegdheden inzake geestelijke gezondheidszorg	17
2. Gezondheidsdoelstelling suïcide	18
3. Gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'.....	18
4. Wachtlijsten	18
5. Beleidsnota	19
6. Recente uitbreidingen.....	19
7. Financiering	20
8. De werking van organisaties geografisch afstemmen op de eerstelijnszones.....	20
9. Beleidsmonitoring met actuele cijfergegevens	20
10. Duurzame en effectieve schakelzorg rond de leeftijd van 18 jaar	20
11. Versterken van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie bij psychosociale problemen	21
12. Structurele versterking van de gezondheidskennis op psychisch vlak in de brede samenleving	21
VI. Vragen van de leden	21
1. Vragen van Jeremie Vaneeckhout	21
2. Vragen van Vera Jans.....	22
3. Vragen van Suzy Wouters	23
4. Vragen van Freya Van den Bossche	23
5. Vragen van Lorin Parys.....	24
6. Vragen van Freya Saeys	25
7. Vragen van Koen Daniëls	25
VII. Antwoorden van de sprekers	26
1. Antwoorden van prof. dr. Philippe Delespaul.....	26
2. Antwoorden van Tine Daeseleire	27
3. Antwoorden van Kim Steeman.....	28
4. Antwoorden van Patrick Lanckswert.....	29
5. Antwoorden namens het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid	30
Gebruikte afkortingen	32
Bijlagen: zie de dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlament.be	

Op woensdag 9 maart 2022 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding een hoorzitting over het voorstel van resolutie over een Vlaams en intrafederaal masterplan rond geestelijke gezondheidszorg. De commissie hoorde de volgende sprekers:

- professor dr. Philippe Delespaul, School for Mental Health and Neuroscience Maastricht University;
- Tine Daeseleire, zaakvoerder, klinisch psycholoog, gedragstherapeut The Human Link;
- Kim Steeman, algemeen directeur Familieplatform;
- Patrick Lanckswaert, voorzitter Vlaamse Vereniging voor Schoolpsychologie;
- Dirk Dewolf, administrateur-generaal Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid;
- Tom De Boeck, afdelingshoofd Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

De presentaties zijn terug te vinden op de [dossierpagina](https://www.vlaamsparlement.be/dossierpagina) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

(Deze commissievergadering werd als videoconferentie georganiseerd.)

I. Uiteenzetting door prof. dr. Philippe Delespaul, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University

1. Krijgt iedereen zorg naar behoefte?

Philippe Delespaul zegt dat geestelijke gezondheidsproblemen relevante problemen zijn. Ongeveer één op twee mensen wordt in de loop van zijn of haar leven met psychische problemen geconfronteerd, wat ook betekent dat vrijwel iedereen psychische problemen ziet opduiken in de nabije omgeving. Op één jaar tijd wordt 25 procent van de bevolking ermee geconfronteerd. Slechts drie tot vier procent van de bevolking krijgt zorg. Een nog kleiner deel daarvan ervaart ernstige psychische aandoeningen.

Alle psychische problemen zijn over het algemeen ernstig. Hoewel psychische problemen soms denigrerend als banaal worden omschreven, leiden ze er doorgaans toe dat wie eraan lijdt drie maanden niet kan werken. Een gemiddelde depressie leidt tot negen maanden werkbekwaamheid.

Van omstandigheden als de coronapandemie is bekend dat ze het probleem alleen maar doen toenemen. Elke vorm van stress zorgt voor een toename van psychische problemen. Het is goed dat het besef groeit dat dit een groot maatschappelijk probleem vormt dat meer aandacht verdient.

2. Geestelijke gezondheidszorg verliest de strijd – psychisch lijden is een internationale crisis

Waar noden en maatschappelijke impact van somatiek de voorbije jaren redelijk zijn gedaald, geldt dat niet voor psychiatrische noden die in tegendeel toenemen. Dat betekent dat er moet worden nagedacht welke ambitieuze veranderingen mogelijk zijn. Het is uitdrukkelijk niet zo dat enkel de hulpverlening moet veranderen. Het gaat immers ook om een maatschappelijke verandering.

3. Ambitie: impact

In de sfeer van de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen schuift de spreker enkele doelstellingen naar voren. Wat men wil, is minder psychisch lijden. Daar waar er inzake kanker wordt gestreefd naar minder kankerpatiënten of overlijdens door kanker, betekent kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg dat één individu na een behandeling niet langer psychisch lijdt. In plaats daarvan moet op de maat-

schappelijke impact gefocust worden. Wat men moet nastreven, is minder mensen die (ernstig) psychisch lijden.

Eén derde minder suïcides kan eveneens een doelstelling zijn. In de leeftijdscategorie van 10 tot 45 jaar is psychisch lijden de grootste doodsoorzaak. Men is zich onvoldoende bewust van wat daaraan kan worden verholpen. Wie psychisch lijdt, participeert slechts marginaal. Mensen met een ernstige psychische aandoening leven gemiddeld 25 jaar minder lang. De kortere levensverwachting kan slechts in beperkte mate verklaard worden door suïcide. In 70 procent van de gevallen daalt de levensverwachting vanwege een beperktere toegang tot zorg en levensstijlproblemen. Daarnaast is er het stigma.

Een ambitieus plan moet duurzaam inzetten op deze parameters, met in het achterhoofd wat in het voorstel van resolutie wordt vermeld: 10 procent van de middelen die een maatschappij aan zorg besteedt moet naar geestelijke gezondheidszorg gaan. Op dit ogenblik is dat slechts de helft daarvan. De reden daarvoor houdt grotendeels verband met discriminatie, stigmatisering en omdat men onvoldoende gelooft in de impact. Dat ongeloof is het gevolg van de huidige visie op psychisch lijden die de maatschappelijke impact ervan niet onderkent. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat elke euro die in geestelijke gezondheidszorg wordt geïnvesteerd, de maatschappij vijf euro winst oplevert. Het grote probleem is dat die winst door andere domeinen dat de gezondheidszorg wordt opgestreken. Enkel evalueren in de gezondheidszorg levert niets op.

4. Vraag om een radicaal nieuwe propositie

Philippe Delespaul is in Nederland betrokken bij de beweging 'Nieuwe GGZ' dat ecosystemen wil ontwikkelen voor de geestelijke gezondheidszorg. Met dit ecosysteem wordt gezocht naar een netwerk van nieuwe oplossingen.

Thomas Insel, een toonaangevend Amerikaans psychiater, geeft in zijn recentste publicatie 'Healing – Our path from mental illness to mental health' toe dat hij verkeerd zat. Hij heeft jarenlang gedacht dat geestelijke gezondheidsproblemen opgelost konden worden met steeds betere (voornamelijk biologische) therapieën. Ondertussen is hij de mening toegedaan dat geestelijke gezondheid verband houdt met de wijze waarop mensen functioneren in de maatschappij. Daaraan werken zal massale winst opleveren. Enkel meer interventies en therapieën, zal niet volstaan voor betere zorg.

5. Gezondheidseconomie: de vraag is groter dan het aanbod

De grote uitdaging vanuit economisch standpunt is de vaststelling dat de vraag groter is dan het aanbod. Dat is om twee redenen onoplosbaar. Het zal nooit mogelijk zijn om voldoende financiële middelen vrij te maken voor meer behandeling. Daarnaast is het onmogelijk om voldoende goedgetrainde hulpverleners te creëren. Wie nadenkt over duurzaamheid moet op zoek naar alternatieven. Die alternatieven hebben te maken met toegankelijke hulpverlening in het publieke domein, en dat vaak zonder indicatie. Enkele voorbeelden daarvan zijn e-communities zoals 'Proud to be me' of 'Psychosenet'.

6. Veranderde visie op psychisch lijden

Het concept van psychisch lijden is de afgelopen jaren dramatisch veranderd. Tot voor enkele jaren liet een diagnose zien wat er verkeerd liep in het hoofd van mensen. Hulpverlening moest dat probleem dan oplossen. Ondertussen is psychisch lijden een gecontextualiseerd probleem waarbij de betekenisgeving van mensen in hun leven centraal staat bij het ontwikkelen van weerbaarheid. Praktisch gezien betekent zulks dat geestelijke gezondheidsproblemen minder omschreven,

episodisch en niet-lineair zijn. Dat is van belang wanneer wordt nagedacht over de wijze waarop hulp wordt verleend. Wat mensen uiteindelijk willen, is slagen in het dagelijkse leven.

7. Health services research: ecosystemen

Een andere consequentie is dat zorg niet hiërarchisch van minder naar meer specialistisch georganiseerd moet zijn. Zorg moet in een gedistribueerd ecosysteem georganiseerd worden waarin de resources niet uitsluitend betrokken zijn op de professionele geestelijke gezondheidszorg maar eveneens op breed beschikbare publieke middelen, netwerken, mantelzorgers enzovoort. Dat netwerk moet verder ontwikkeld worden om tot een goed antwoord te komen.

8. Naar goede geestelijke gezondheidszorg

De ontwikkeling in de richting van goede geestelijke gezondheidszorg houdt in dat een multidisciplinaire oplossing gezocht moet worden die mensen de keuze biedt om zaken te proberen die ertoe bijdragen dat ze hun doelen en leven kunnen realiseren. Dat is de uitdaging waar de moderne hulpverlening voor staat.

9. 'Je ding leren doen' is een proces

Hulpverlening is per definitie een proces. Dat proces is erop gericht mensen weerbaarder te maken. Op zoek naar weerbaarheid moeten ze zaken kunnen proberen. Wat men moet voorkomen, is dat mensen minder weerbaar en bijgevolg kwetsbaarder worden. Dat valt voor wanneer ze door stress het ene na het ander litteken oplopen. Op dat moment verdwijnt de flexibiliteit uit hun leven waardoor het ook schraler wordt.

De weg naar meer weerbaarheid is kronkelig. Optimale zorg moet erin bestaan dat die weg sneller kan worden afgelegd. Versnellen betekent niet dat de weg wordt rechtgetrokken maar wel dat men beter leert onderweg zijn. Om ervaring op te bouwen, moet men ook ervaring kunnen opdoen. Om die weg sneller af te leggen moet de infrastructuur ontwikkeld worden. Het interessante is dat deze ontwikkeling niet uitsluitend in de gezondheidszorg moet verlopen.

10. Raster van de positieve gezondheid

Het spinnenweb van de positieve gezondheid omvat zes dimensies: mentaal welzijn, lichaamsfuncties, dagelijks functioneren, sociaal participeren, levenskwaliteit en zingeving. De geestelijke gezondheidszorg ziet drie hersteldomeinen: een houdt verband met symptomen, met participatie en ten slotte met zingeving en persoonlijke ontwikkeling. Deze domeinen zijn bovendien onderling uitwisselbaar. Een depressie kan worden behandeld met antidepressiva, door psychotherapie maar ook door bijvoorbeeld werk te vinden, grootouder te worden, voor de kleinkinderen te zorgen of eenzaamheid op te lossen. Omdat de oplossingen uitwisselbaar zijn, moet er worden nagedacht over de wijze waarop de publieke geestelijke gezondheidszorg kan worden uitgetekend. Het betekent tegelijk dat de oplossing niet alleen in de professionele geestelijke gezondheidszorg zit.

11. Goede geestelijke gezondheidszorg

Goede geestelijke gezondheidszorg is enerzijds betere professionele geestelijke gezondheidszorg. Op dit vlak is een inhaalmanoeuvre mogelijk. Anderzijds is het noodzakelijkerwijs ook een publieke geestelijke gezondheidszorg, die te maken heeft met het dagelijkse leven en functioneren, en de betrokkenheid van velen veronderstelt: lokale overheden, buurten, familie, sociale ondernemers, ervarings-

deskundigen en professionele hulpverleners. Samen kunnen ze cocreatie en diversifiëring van de zorg vorm geven.

II. Uiteenzetting door Tine Daeseleire, zaakvoerder, klinisch psycholoog en gedragstherapeut, The Human Link

1. The Human Link

Tine Daeseleire richtte The Human Link 18 jaar geleden op. The Human Link telt 35 psychologen die voornamelijk actief zijn in de eerstelijnspsychologie en aan de universiteit werken. Het hoofddoel is mentale gezondheidsbevordering en zo veel mogelijk preventief werken. De focus ligt niet uitsluitend op het individu. De context wordt zo veel mogelijk in rekening gebracht in de begeleidingen om mensen niet alleen te genezen maar ook zelfredzamer te maken. The Human Link is vooral op de eerste lijn actief en bereikt kwetsbare groepen dankzij projectwerk.

Na een overzicht van wat er allemaal reeds bestaat hoopt de spreker de leden enkele concrete handvaten te geven waarmee het masterplan kan worden vormgegeven.

2. Wat bestaat er?

Op de nulde tot en met de derde lijn is veel hulpverlening voorhanden. Het is evenwel zo dat die hulpverlening versnipperd is en onduidelijk blijkt voor cliënten en patiënten.

3. Fysieke versus psychische zorg

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat psychologische hulp werkt en effectief is. Veel studies tonen aan dat één op twee psychische stoornissen oplosbaar en klinisch significant verbeterbaar is. De vraag is echter of er geen groot verschil is tussen de visie op en organisatie van fysieke en psychische zorg. Met hoofdpijn kan men terecht bij een huisarts. Met hevige hoofdpijn kan men terecht bij een spoedafdeling. Er wordt telkens onmiddellijk hulp geboden. Fysieke hulpverlening is in België zodanig goed geregeld dat ook patiënten uit buurlanden er van gebruikmaken.

Wie met een psychisch probleem kampt, moet echter tot een jaar wachten op hulp of toegang tot hulp. Huisartsen raken gefrustreerd omdat ze voor hun patiënten geen plaats vinden in de geestelijke gezondheidszorg. Ook inzake betaling wordt psychische hulpverlening gediscrimineerd. Consultaties bij huisartsen of specialisten worden terugbetaald. Het terugbetalingssysteem in de geestelijke gezondheidszorg staat niet op punt. Slechts een beperkt aantal mensen kan er een beroep op doen.

Hoewel de meeste mensen slechts behoefte hebben aan primaire preventie krijgt nog steeds tot één derde niet de hulpverlening waaraan ze behoefte hebben. De financiële bijdrage aan de eerstelijns hulp is onvoldoende. Er wordt slechts weinig kwaliteitsvolle hulp gegeven. Er wordt voornamelijk in groep hulp verleend.

De gespecialiseerde hulp wordt meegenomen in de conventie maar de terugbetaling blijft beperkt. De vraag rijst welke visie het beleid heeft op gespecialiseerde hulp.

De meeste middelen gaan naar curatie waarmee evenwel maar 8 tot 10 procent van de hulpzoekenden bereikt wordt. Het wordt steeds duurder om deze groep

opnieuw op de rails te krijgen. Dankzij de coronapandemie kregen mentaal welzijn en de middelen ervoor meer aandacht.

4. De conventie

Het proefproject van toenmalig federaal minister van Volksgezondheid Maggie De Block kreeg veel kritiek. De huidige conventie voor psychologen zou de toegang moeten verbeteren. Eerstelijnspsychologie wordt onderscheiden van gespecialiseerde hulp. Het beroep geniet meer erkenning door een verhoging van de honoraria. Men maakt deel uit van een governance. Professionals, die moeten instaan voor vorming, supervisie en intervisie, worden ondersteund.

Psychologen blijven wachten op het moment dat ze hun cliënten slechts 11 euro hoeven aan te rekenen voor therapie. De middelen zijn er maar worden niet gebruikt omdat het systeem nog niet op punt staat.

Moet de gezondheidszorg niet helemaal heruitgevonden worden? Problemen oplossen kan niet op dezelfde wijze als ze gecreëerd werden. Zijn terugbetaling en conventie meer dan een druppel op een hete plaat? Wie zal ermee bereikt worden? Zullen mensen die eigenlijk tweedelijns hulp nodig hebben opnieuw op de eerste lijn terechtkomen? Zullen de mensen die het echt nodig hebben ook bereikt worden?

De conventie moet volgens het voorstel van resolutie voor structurele continuïteit zorgen in het masterplan. Het gaat evenwel nog steeds om een proefproject. Zal dit proefproject geëvalueerd worden? Tine Daeseleire drukt de hoop uit dat het project na evaluatie niet wordt afgevoerd en dat de middelen daarentegen steeds beter worden besteed.

5. Mythes

5.1. Psychologische hulp geeft men best individueel en op maat van de cliënt of patiënt

De vraag rijst of de mensen die bereikt moeten worden, ook bereikt worden. In zijn boek 'Thrive' stelt David Clarck terecht dat therapie en psychologische hulp alleen maar economische winst kunnen opleveren. Mensen beginnen opnieuw te werken. Ze ervaren minder lichamelijke klachten. Helaas zijn er talrijke flessenhalzen en lange wachtlijsten. Mensen moeten tijdens de kantooruren therapie volgen. Er is uitval. De meerderheid van de hulpbehoevenden krijgen nog steeds geen hulp. De toestand van kinderen en jongeren is nog schrijnender. De helft van de kinderen krijgt niet de psychologische hulp die ze nodig heeft.

Het probleem is dat de terugbetaling ook onder de conventie gaat naar de traditionele één-op-één hulpverlening. Ook op de eerste lijn is dat een zware onderschatting van de nodige capaciteit. Moet de eerstelijns psychologische zorg niet beter doordacht ingevoerd worden? Het zijn vooral tweedelijnspsychologen die zich in het proefproject van voormalig federaal minister Maggie De Block hebben ingeschreven.

Er is een opleiding tot specialist in de eerstelijns psychologische zorg nodig. Dat zal niet enkel één-op-één zorg zijn maar vooral in groep verlopen. De context moet hierbij betrokken worden. Psychologen moeten hun kennis en vaardigheid doorgeven aan de mensen op de nulde en eerste lijn om de context te versterken zodat men psychologische zorg kan verlenen op het terrein. Zorg mag niet beperkt blijven tot psychologen en psychiaters. Psychologen moeten hun cabinet verlaten en naar settings en buurten trekken waar psychologische zorg nodig is. Door buurten

en contexten te versterken zullen mensen meer steun krijgen om psychisch sterker te worden.

Welke veranderingen zijn er aangewezen om deze noden te lenigen? Het project rond psycho-educatie biedt groepscursussen aan van vier sessies per reeks over stress, angst, depressie, eenoudergezinnen en nieuw-samengestelde gezinnen. Groepen tot 50 personen krijgen opleidingen over psychisch welzijn en handvaten om er zelf mee aan de slag te gaan. In Gent worden cursussen aangeboden over eenzaamheid of piekeren waaraan 70 mensen tegelijk deelnemen.

De resultaten hiervan zijn niet alleen statistisch significant. Tussen pre- en post-meting ondergaan mensen een klinisch significante verandering. Ze evolueren van zeer ernstig naar ernstig depressief na de vierde sessie. Bijna 60 procent vertoont na de cursus en tijdens de opvolging geen depressieve klachten meer. Is het niet aangewezen afstand te nemen van het individuele en in plaats daarvan in te zetten op groepseducatie waar mensen de tools krijgen om er zelf mee aan de slag te gaan? Huisartsen moeten weg van individuele hulpverlening opgeleid worden.

5.2. De hulpvraag komt best van de patiënt of cliënt zelf

Cijfers over wanneer mensen hulp zoeken zijn bedroevend laag. Wie met angststoornissen kampt, doet er gemiddeld 15 jaar over om een specialist te consulteren. Bij paniekaanvallen duurt het gemiddeld 2 jaar. Bij PTSS duurt het gemiddeld 15 jaar om de stap naar de hulpverlening te zetten. Dat laatste is niet onbelangrijk gezien vluchtelingenstroom uit Oekraïne.

Is het aangewezen te wachten tot iemand een hulpvraag stelt om vervolgens in te zetten op behandeling of behoud? Of is het aangewezen in te zetten op preventie en gezondheidsbevordering? De factoren waardoor iemand psychisch gezond blijft of wordt, zijn anders dan de factoren die iemand behoeden van ziek worden. Inzetten op zaken die tot positieve emoties leiden, en voor sociale steun of 'peer support' zorgen zal meer opleveren dan mensen behoeden tegen psychisch ziek worden.

Geestelijke gezondheid wordt te vaak vernauwd tot het curatieve. Het is tijd om het belang in te zien van expertise inzake gedragsverandering, van aanklappend werken, van motiveren en inzetten op een sociale norm, en van influencers om geestelijke gezondheidsbevordering sexy te maken. Vanwege het taboe is er angst om hierover te spreken. De nadruk moet daarom liggen op normaliseren. Bij problemen heeft iedereen de neiging te vermijden. Het is zaak de goede vaardigheden aan te leren die gezondheidsbevorderend werken.

Mensen hoeven dat niet alleen te doen. Hun context moet hierbij betrokken worden. Op het werk kunnen psycho-hygiënische skills aangeleerd worden. In scholen en families moet naar steunpilaren gezocht worden. Gezinnen die Oekraïense vluchtelingen opvangen, leveren goed werk maar weten niet wat er op hen afkomt. Er moeten informatiesessies georganiseerd worden om die gezinnen te leren omgaan met de reacties van vluchtelingen. Die gezinnen moeten grenzen kunnen stellen bij wat er op hen afkomt. Tine Daeseleire verneemt graag bij wie ze terecht kan om deze initiatieven in de praktijk om te zetten.

De spreekster suggereert in te zetten op grote psycho-educatieve cursussen die ook online gegeven kunnen worden en op begeleide eHealth in plaats van afzonderlijke apps. Zonder minimale begeleiding sorteert men immers geen effect.

5.3. Een organisatie zet best in op alle problematieken

Eén op twee ervaart ooit een psychisch probleem. Doorgaans valt dat tijdens dezelfde periode voor en is er sprake van een combinatie van problemen. Het komt bijgevolg niet aan op behandelen maar op het ontwikkelen van psycho-hygiënische vaardigheden. Men dient zich te richten op de transdiagnostische factoren. Wie piekert, loopt een groter risico op een depressie of angststoornissen.

Antwerpen kent geestelijke gezondheidszorg via VAGGA en via Andante. Is het om die redenen niet aangewezen samen te werken in de geestelijke gezondheidszorg? Is het nodig dat elke organisatie alles aanpakt en iedereen bedient? Op die manier wordt versnipperd gewerkt? Andante zou kunnen focussen op persoonlijkheidsstoornissen en VAGGA op trauma. Beide kunnen naar elkaar doorverwijzen.

Op de tweede lijn is er onvoldoende specialistische hulpverlening. Op die lijn moet men zich specialiseren. Hoe vaker men dwang behandelt, hoe beter men daarin wordt. Wie alle problemen behandelt, wordt nooit specialist in één stoornis.

De derde lijn werkt intensief, is duur en schiet zijn doel soms voorbij. Is het gezien de comorbiditeit in de psychiatrie niet aangewezen dat deze lijn inzet op de transdiagnostische factoren? Met grote cursussen en outreaching kan men zich wapenen tegen draaideurpatiënten. Wat ontbreekt, is een structureel georganiseerde geestelijke gezondheidszorg. Vanwege de complexiteit ziet men door de bomen het bos niet meer.

6. Masterplan voor de geestelijke gezondheidszorg

Het beleid zou een visie moeten creëren op zorgcontinuïteit. Tijdens een masterclass voor directies in de geestelijke gezondheidszorg georganiseerd door Zorgnet-Icuro bleken de deelnemers elkaar niet te kennen en niet te weten wie welke zorg aanbiedt. Wanneer een patiënt zich bij hen aandient, beginnen ze nog niet na te denken over het natraject. Als een patiënt die niet werkt, zich aanmeldt bij The Human Link, dan wordt er onmiddellijk nagedacht over mogelijkheden om hem/haar opnieuw aan het werk te krijgen.

Er moet werk worden gemaakt van een grootschalige groepsaanpak naar het voorbeeld van Jim White. Subsidies moeten gaan naar opleidingen die de ingesteldheid van psychologen, gezondheidswerkers en huisartsen bijsturen zodat ze niet langer individueel maar met de context werken.

7. Financieringsnood

Er is financiering nodig die psychologische zorg op dezelfde lijn plaatst als lichamelijke gezondheid zodat de huidige discriminatie verdwijnt. Een centraal aanmeldingspunt voor jongeren en kinderen op de nulde lijn zou behulpzaam zijn. Thans zijn er vele toegangspoorten en veel hulp die jammer genoeg voornamelijk op vrijwilligheid gebaseerd zijn. Een centraal aanmeldingspunt zou voor een beter overzicht zorgen.

Op de eerste lijn zijn diensten nodig die functioneren zoals de groepspraktijken van huisartsen. Ze moeten werken aan een huisartsentarief met een onmiddellijk toegankelijke wachtzaal om de drempel te verlagen. Er zijn niet enkel middelen nodig voor daadwerkelijke psychologische hulp maar ook voor groepsprogramma's.

Aan de universiteit is een – eventueel tijdelijke – leerstoel nodig gespecialiseerd in de eerste lijn. Mogelijks kunnen de universiteiten van Leuven, Brussel en Gent hieraan samenwerken. De eerstelijnspsychologische vorming is interuniversitair georganiseerd.

Het bestuur van de eerstelijnspsychologie heeft beslist een ELP-academie op te richten om meer vorming te organiseren. Psychologen kunnen er leren hoe ze dankzij 'collaborative care' proactief werken, en zich op de settings richten om betere resultaten te kunnen boeken.

8. Experten nodig voor het uitwerken van het 'matched care model'

Technologie moet selectief en doordacht gebruikt worden. Niet de patiënten maar de psychologen worden afgeschrikt door zaken als 'blended care'. Ze weten technologie niet optimaal te gebruiken.

Zorgcontinuïteit kan worden bereikt dankzij grootschalige psycho-educatieve cursussen in buurten en sociale netwerken. Er moet outreachend en in de settings gewerkt worden. Specialisten moeten naar elkaar verwijzen.

Wat er nodig is, is – ook bij wie in de geestelijke gezondheidszorg werkt – een nieuwe denkrichting. Psychologen moeten naar buiten komen. Huisartsen mogen niet langer één-op-één doorverwijzen. Instellingen van de geestelijke gezondheidszorg moeten samenwerken. Ze mogen niet langer als concurrenten optreden door alles te doen. Psychiatrische ziekenhuizen moeten over de muur kijken en grootschalige psycho-educatieve cursussen organiseren om wie chronisch psychisch ziek is een houvast en een netwerk te geven. Het uiteindelijke doel moet efficiëntere hulp zijn voor alle burgers.

III. Uiteenzetting door Kim Steeman, algemeen directeur Familieplatform

1. Lidorganisaties van het Familieplatform

Kim Steeman omschrijft het Familieplatform als een koepelorganisatie van verschillende familieorganisaties zoals onder meer Similes, Vlaamse Vereniging Autisme, Zitstil en Werkgroep Verder. Het Familieplatform vertegenwoordigt de stem van de familie en versterkt de werking van familieorganisaties. Het voorstel van resolutie wordt door de bril van de familie bekeken.

2. Inleiding

Het Familieplatform is tevreden dat er een voorstel van resolutie wordt besproken en hecht belang aan de aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg. Een nieuwe structurele hervorming is zowel voor patiënt als familie nodig. Het uitgangspunt van dit voorstel van resolutie ligt sterk op de hulpverlening. Wie nadenkt over een structurele verandering, moet van een bredere visie uitgaan en rekening houden met de drie betrokken partijen: patiënt, hulpverlener en familie.

3. Hoge prevalentie van psychosociale problemen

De prevalentie van psychosociale problemen is groot: een grote groep van mensen kampt met psychische problemen. Een veelvoud daarvan is familie. Als één op vier mensen kampt met psychische problemen wordt één op drie gezinnen er op een bepaald moment mee geconfronteerd.

Vlaanderen telt bijvoorbeeld naar schatting 350.000 kinderen van wie één of beide ouders met psychische problemen kampen. Een vernieuwd model moet ervan uitgaan dat de familie een betrokken partij is. Een patiënt of cliënt is deel van een gezin of familie.

Door de vermaatschappelijking van de zorg is het aantal bedden verminderd, duren behandelingen minder lang en wordt er thuis meer zorg geboden. Er wordt met andere woorden meer informele zorg aangereikt door gezinsleden. Ze zijn de belangrijkste verstrekkers van informele zorg. Ze worden er het hardst mee belast.

4. Impact op familie

De impact van geestelijke gezondheidsproblemen op familie en naasten is een zwaar onderbelicht thema. In een bevraging van september 2020 geven mantelzorgers aan wekelijks 43 tot 65 uur informele zorg te verlenen. 43 procent van de mantelzorgers heeft minder tijd om te werken en 82 procent geeft aan vrijetijdsactiviteiten te moeten stopzetten of verminderen. Mantelzorgers zijn eenzamer dan de doorsnee bevolking en 27 procent geeft aan te lijden aan een depressie of angst en 23 procent lijdt aan spier- of skeletaandoeningen. De impact van een psychisch probleem bij een familielid valt niet te onderschatten. Een nieuw model dat meer wil inzetten op preventie moet de familie als zorgpartner erkennen.

5. Langetermijnplan op basis van gezondheidsdoelstellingen – eigen accenten

5.1. Financieringsmodel

Een vernieuwde geestelijke gezondheid die uitgaat van het principe dat drie partijen in cocreatie de zorg dragen moet het financieringsmodel afstemmen op een meer familiegericht geestelijke gezondheidszorg. Dat zal zowel op de huidige als op volgende generaties impact hebben en kostenbesparend werken.

Het huidige medische model verhoogt de drempel om families te betrekken en gaat soms ten koste van de patiënt. Er is bijvoorbeeld geen nomenclatuur om de familie te betrekken. De tijd en mogelijkheden om met de patiënt om te gaan zijn soms beperkt door de RIZIV-conventie.

Er moet werk worden gemaakt van een flexibel en individueel af te stemmen model dat uitgaat van de behoeften van patiënt en familie, en individueel kan verschillen. In een herstelgericht model vraaggestuurd werken kan enkel als individuele verschillen mogelijk zijn in de financiële modellen en conventies.

5.2. Rechten van de familie

Er moet worden nagedacht over een verbreding van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met rechten van familie en naasten. Deze wet moet het uitgangspunt blijven. Een flexibeler invulling met bijkomende aandacht voor familie zou goed zijn.

Veel zorgorganisaties gaan strikt om met het beroepsgeheim en kijken op een stringente manier naar de familie. Het uitgangspunt is dat familie geen informatie krijgt tenzij de patiënt het wil. Familieplatform wil dat omdraaien en familie als een wettelijke vertegenwoordiger zien. Vertrek vanuit het principe dat familie als zorgpartner betrokken, geïnformeerd en ondersteund kan worden. Er wordt op een familievriendelijke wijze met elkaar omgegaan tenzij de patiënt dat niet wil. In dat geval wordt op individuele basis bekeken wat de mogelijkheden zijn. Het beroepsgeheim moet ten dienste en niet ten koste van patiënt en familie staan.

5.3. Toegankelijke zorg

De wachtlijsten zijn een enorm knelpunt. De historisch gegroeide wachtlijsten zijn de laatste jaren enkel complexer geworden, en leggen grote druk op de familie. Patiënt en familie moeten het vaak alleen zien te beredderen. Er is – zeker op

crisismomenten – nood aan voldoende houvast en aan degelijke opvolging. In crisis kunnen mensen ergens terecht. Na een suïcidepoging komt een psychiater langs op de spoeddienst. In het beste geval is een korte crisisopname van twee weken mogelijk. In het slechtste geval staat een familie na een dag terug thuis met een kind dat een suïcidepoging ondernam. In dergelijke gevallen is er vaak geen goed opgevatte opvolging voorhanden.

Toegankelijke zorgverlening werkt tijdig en is er wanneer patiënt en familie er nood aan hebben, sluit aan op de vraag, en kent geen te hoge financiële of geografische drempels.

6. Aanvullende thema's

6.1. Geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde zorg en interdisciplinaire samenwerking komen patiënt en familie ten goede. Familieplatform roept op samenwerking door te trekken en zorgcontinuïteit te zien in de continuïteit van patiënt en gezin. Zorgcontinuïteit mag niet beperkt blijven tot de hulpverlening. Een gecoördineerd zorgplan vertrekt van het perspectief van patiënt en familie. Zorg- en hulpverlening zijn slechts een deelaspect van het continuüm dat zich in het leven van patiënt en familie bevindt. Zorg komt even voorbij in het leven van een patiënt, en niet andersom. Transversale en interdisciplinaire samenwerking schenkt voldoende aandacht aan de schakel met familie, gezin en patiënt.

6.2. Schakelzorg en vroeginterventie bij jongeren

Er moet voldoende aandacht gaan naar jongeren. Er rijzen problemen bij de overgang op de volwassenzorg. Het zorgtraject lijkt op dat ogenblik vaak opnieuw vanaf nul te herbeginnen. Hoewel de transitieleeftijd is verlengd, is er nog steeds een breuklijn tussen zorg voor kinderen en jongeren, en voor volwassenen.

Hetzelfde kan worden gezegd over 65-plussers. Patiënten die al lang in een vertrouwde situatie zitten, moeten hun zorgtraject op een bepaald moment helemaal opnieuw vorm geven. Tussenschotten moeten dringend wegwerkt worden zodat breuklijnen verdwijnen.

Bij preventie voor jongeren en kinderen moet er voldoende aandacht zijn voor KOPP en KOAP. Twee derde van die groep ontwikkelt tijdelijke of blijvende psychische problemen. Eén op drie ontwikkelt op termijn een ernstige psychische problematiek. Er moet worden ingezet op bekendmaking en ondersteuning van veerkracht van kinderen en jongeren zodat ze snel leren hoe hiermee om te gaan.

6.3. Inzet van familie- en ervaringsdeskundigen

Wat ontbreekt in dit voorstel is de inzet van familie- en ervaringsdeskundigen. Het huidige herstelgerichte model kan niet uitsluitend van onderzoek leren maar ook van de ervaring van patiënten en hun familie. Er moet werk worden gemaakt van een cultuur waarin het op micro-, meso- en macroniveau vanzelfsprekend is om in gesprek te gaan met stakeholders. Er is bijvoorbeeld geen IFIC-code voor ervaringsdeskundigheid. Zowel voor patiënt als voor familie is het van belang rekening te houden met ervaringsdeskundigheid, en dat zowel voor volwassenen als voor kinderen en jongeren.

7. Samengevat

Er moet werk worden gemaakt van een nieuw en contextgeoriënteerd financieeringsmodel. De patiëntenrechten moeten worden verbreed om plaats te bieden aan

de familie. Er moet aandacht gaan naar KOPP en KOAP, en op de inzet van ervaringsdeskundigheid. Een nieuwe aanpak of een nieuw masterplan moet in cocreatie met de belangrijkste stakeholders worden opgesteld. Familie moet worden beschouwd als een partner in de zorg.

IV. Uiteenzetting door Patrick Lanckswaert, voorzitter Vlaamse Vereniging voor Schoolpsychologie (VVSP)

1. Vlaamse Vereniging voor Schoolpsychologie

Patrick Lanckswaert spreekt vanuit de invalshoek van kinderen en jongeren. De VVSP voert schoolpsychologie hoog in het vaandel als toepassing van de klinische psychologie in het educatieve systeem. De VVSP is geen vereniging van psychologen maar voor schoolpsychologie. De vereniging hanteert een breder perspectief want taken van schoolpsychologen kunnen ook door maatschappelijk werkers, pedagogen, artsen of paramedici worden uitgevoerd.

De VVSP streeft naar een kwalitatieve uitoefening van de psychologie voor kinderen en jongeren in de schoolcontext. Hoewel de school een belangrijke rol vervult, heeft geen van de voorgaande sprekers ernaar verwezen. Preventie en curatie zijn belangrijk. Men richt zich op de groepsdynamiek van gezinnen en klassen, en focust op aanpak in teamverband samen met psychologen.

Patrick Lanckswaert is schoolpsycholoog van opleiding. Na twintig jaar als schoolpsycholoog in het toenmalige PMS is hij overgestapt naar de CLB-sector. Onder tussen is hij twintig jaar directeur van een CLB. Doordat hij met een burn-out werd geconfronteerd, is hij ook ervaringsdeskundige. Een burn-out omschrijft hij als een kanker van de geest. Wie met kanker geconfronteerd wordt, kan op veel begrip rekenen. Bij een burn-out is dat hoegenaamd niet het geval.

2. Standpunt over een masterplan

De VVSP is enthousiast over het masterplan als nieuwe stap om aandacht te schenken aan de psychologische noden. Protocolakkoord en voorstel van resolutie sluiten aan bij de doelstellingen van de VVSP. De VVSP is als vragende partij enthousiast over deze initiatieven. De VVSP hecht groot belang aan enkele aandachtspunten die de spreker in drie stellingen naar voren zal schuiven. Een aantal van die aspecten zijn reeds aangekaart door de andere sprekers.

2.1. Inzetten op preventie helpt

Preventief werken is essentieel om een cascade van problemen te vermijden, en om vragen, zorgen en problemen aan te pakken. De cascade verwijst naar het zorgcontinuüm en het reeds beschreven 'caremodel'. Antwoorden formuleren alvorens er vragen rijzen is preventief werken. Net zoals vragen beantwoorden voor ze zorgen worden, zorgen aanpakken vooraleer ze problemen worden, of problemen aanpakken vooraleer ze escaleren. Het is fundamenteel om dit voortdurend onder de aandacht te brengen.

Preventie is een opdracht voor iedereen en niet voorbehouden voor psychologen of hulpverleners. Ouders, leerkrachten, peers of jeugdbeweging zijn het ideale platform om aan preventie te doen. Er kan nog veel terreinwinst geboekt worden. Leiders van jeugdbewegingen vangen veel op over wat er leeft onder kinderen maar weten niet altijd wat ze daarmee moeten aanvangen. Naar kinderen en jongeren luisteren zonder te adviseren of normeren is een belangrijke vaardigheid die getraind moet worden. Signaaldetectie is belangrijk en houdt in dat men de ernst kan taxeren. Hoe meer er op preventie wordt ingezet, hoe minder er in hulp-

verlening geïnvesteerd moet worden. Wachtlijsten worden korter als vragen opgelost worden alvorens ze problemen worden.

Professionals zijn ook op preventief niveau noodzakelijk. Psychologen of pedagogen hoeven niet zelf aan preventie te doen. Ze moeten ouders, leerkrachten of jeugdwerkers leren hoe dat te doen. Luisteren is een voorbeeld van een vaardigheid die wat verloren gaat. Hoe kan men luisteren naar een kind zonder onmiddellijk te relativiseren, helpen of adviseren. Wie over een probleem praat, structureert het immers zelf al en komt op die manier misschien tot een oplossing. De spreker waarschuwt in dit verband voor de grijze zone tussen preventie en hulpverlening.

Psychologie moet terug naar het veld. De VVSP wil de zogenaamd zachte psychologie heruitvinden: gesprekken met kinderen en jongeren over lichte zorgen. Er moet aanklampend gewerkt worden. CLB's werken vraaggestuurd waardoor leerlingen met latente problemen niet altijd gevonden of geholpen worden. Wie goed luistert en signalen kan detecteren, moet zelf de stap durven zetten zonder op een vraag van de leerling te wachten. Dat het tot 15 jaar kan duren alvorens men de stap naar professionele hulp zet, leidt alleen maar tot probleemescalatie.

2.2. Schoenmaker, blijf bij uw leest

De VVSP is voorstander van een multidisciplinaire aanpak van vragen, zorgen en problemen, wat betekent dat iedereen zijn/haar professionele deskundigheid inbrengt en versterkt. Op die manier kan men het aanpakken van vragen, zorgen en problemen vanuit diverse invalshoeken benaderen wat tot een maximaal effect kan leiden. Op bepaalde studiedagen is iedereen welkom. Hoe kan er multidisciplinair gewerkt worden als iedereen dezelfde vaardigheden en kennis vergaart? Een psycholoog moet zijn psychologische kennis en vaardigheden versterken. Een maatschappelijk werker moet focussen op sociaal werk en context. Zij moeten elk vanuit de eigen invalshoek samenwerken. Disciplines, deskundigheid en opleidingen moeten worden versterkt. In een goede multidisciplinaire context hoeft niemand zich op het terrein van een ander te begeven. Deze stelling heeft een dubbel gevolg.

Ten eerste wil de VVSP waken over de grens tussen de onderwijsopdracht van de leerkrachten en de hulpverleningsopdracht voor de welzijnswerkers. Onderwijzen is geen opdracht voor hulpverleners. Niemand aanvaardt dat een psycholoog Franse les geeft. Andersom mag hulpverleners geen opdracht worden voor onderwijzers. Van een leerkracht Frans wordt evenwel al te vaak verondersteld dat hij/zij over bijvoorbeeld psychologische vaardigheden beschikt. Onderwijs en hulpverlening moeten elk hun deskundigheid handhaven. Een strikte scheiding is evenmin aangewezen: leerkrachten zijn goed geplaatst om signalen te detecteren maar wanneer ze hulp proberen te bieden gaan ze uit verbondenheid met de leerling vaak te ver. Multidisciplinair werken betekent dat leerkrachten in team samenwerken met hulpverleners, en dat elk vanuit de eigen deskundigheid en invalshoek.

Ten tweede pleit de VVSP voor multidisciplinaire teams van hulpverleners. Teams die bestaan uit diverse deskundigen bieden garantie op een deskundige en holistische aanpak. Een individueel psycholoog in een school kampt met een dubbel probleem: te weinig intervisie met professionals en te grote variëteit aan onderwerpen. Te grote professionele kwaliteiten verwachten kan tot een averechts effect leiden. Problemen zijn te uitgebreid en divers voor generalisten. Nichewerking in combinatie met een multidisciplinaire aanpak is een goede benadering. In een ruime organisatie kan men vlot verwijzen naar een meer gespecialiseerde collega.

2.3. Liever versterken en centraliseren dan versnipperen en opsplitsen

De VVSP wil het overaanbod aan initiatieven en organisaties herstructureren en zelfs saneren. Het bestaande aanbod wordt binnenkort uitgebreid met de eerste-lijnspsychologen en de Leersteuncentra. Daarnaast is er de toegangspoort van de integrale jeugdhulp. Veel van deze initiatieven zijn de voorbije twintig jaar ontstaan en krijgen overheidssteun.

De VVSP staat daar positief tegenover omdat het wijst op groeiende aandacht voor geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren, maar tegelijk zijn er enkele negatieve punten. Alles wordt opgesplitst in niches waardoor het voor professionals niet altijd duidelijk is wie waarvoor staat. Middelen raken versnipperd omdat veel middelen besteed worden om bijvoorbeeld gebouwen in te richten, folders te verspreiden of websites te ontwikkelen. Middelen worden niet altijd ingezet waar ze nodig zijn. Afstemming zorgt voor bijkomende kosten. Er gaat veel tijd naar overleg met andere organisaties. Door de vele overlegstructuren kan men de middelen niet altijd inzetten waar ze nodig zijn. De overheid moet de vraag durven stellen of al deze initiatieven effectief en efficiënt zijn. Bereiken ze de doelgroep? Leveren ze resultaten op die ergens anders niet mogelijk zijn?

De VVSP pleit voor het versterken van de bestaande organisaties door hun opdracht aan te passen of uit te breiden. Versnipperde middelen kunnen geormerkt worden. Administratieve planlasten kunnen verminderen. Organisaties moeten een duidelijk gedefinieerde plaats krijgen. CLB's leveren veel preventiewerk door de eerste vragen en zorgen te beantwoorden. CLB's hebben reeds bewezen nog meer te kunnen. 1Gezin1Plan brengt verschillende organisaties samen zonder overheadkosten en tijdsverlies door overleg, en levert bovendien goede resultaten op. Organisaties leren elkaar kennen en werken goed samen dankzij de inzet van eigen mensen. Communicatie en uitwisseling verlopen vlot. 1Gezin1Plan is meer dan een druppel op een hete plaat.

De traumapsychologen van de CLB's zijn een vijftal jaar geleden ingevoerd naar aanleiding van de migratiecrisis. Traumapsychologen hebben CLB-medewerkers handvaten aangereikt om met de trauma's van kinderen van asielzoekers om te gaan. De spreker pleit ervoor dit nieuw leven in te blazen.

Tot voor een jaar of 15 gonsde het op woensdagnamiddag van bedrijvigheid in de CLB's. Er werden tal van groepsactiviteiten georganiseerd voor leerlingen. Deze zaken zijn helaas verdrongen door tal van administratieve lasten als gevolg van het M-decreet.

Vragen, zorgen en problemen krijgen vanuit deze organisaties een getrappt aanbod en een garantie op een multidisciplinair verantwoorde aanpak. Dat vormt de essentie van grotere organisaties. De spreker pleit niet tegen individuele psychologen maar vraagt hun de hand uit te steken naar organisaties om samen tal van zaken te realiseren. De uitrol van de eerstelijnspsychologen biedt op dit vlak tal van mogelijkheden.

V. Uiteenzetting door Dirk Dewolf, administrateur-generaal Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

1. Vlaamse bevoegdheden inzake geestelijke gezondheidszorg

Dirk Dewolf zegt dat Vlaanderen ten dele bevoegd is voor de psychiatrische ziekenhuizen: erkenning, een deel van de normering maar niet de organieke wetgeving, toezicht en handhaving, en ten slotte infrastructuur en subsidiëring ervan. Vlaanderen is niet bevoegd voor de financiering van de werking. Daarnaast is

Vlaanderen bevoegd voor de (ambulante) CGG's. Sedert 2019 is Vlaanderen eveneens bevoegd voor de (residentiële) IBW's en PVT's, en voor de revalidatievoorzieningen of de vroegere RIZIV-conventies voor psychosociale revalidatie.

Daardoor is het niet gemakkelijk om een antwoord te formuleren op een aantal aanbevelingen. Het is vaak moeilijk uitlegbaar dat welzijnsbeleid en een deel van de geestelijke gezondheidszorg de bevoegdheid zijn van de gemeenschappen terwijl het gros van de middelen en de rest van de geestelijke gezondheidszorg bij de federale overheid zitten. De visie van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is bekend.

2. Gezondheidsdoelstelling suïcide

In het begin van deze eeuw is Vlaanderen onder toenmalig minister Mieke Vogels van start gegaan met een gezondheidsdoelstelling op het vlak van suïcidepreventie. Op 19 november 2021 vond de derde gezondheidsconferentie over dit thema plaats. Begin van deze eeuw was het de ambitie om sterfte door zelfdoding te laten dalen met 20 procent. Uiteindelijk is een daling met 26 procent bereikt. De recentste gezondheidsconferentie stelt een verdere vermindering met 10 procent voor tegen 2030.

Dergelijke doelstelling veronderstelt een actieplan. Het volgende actieplan zal gericht zijn op zes acties: suïcidepreventie in de hele bevolking door iedereen vatbaar te maken voor signalen, deskundigheidsbevordering van professionelen en sleutelfiguren, suïcidepreventie bij kwetsbare groepen, suïcidepreventie bij wie een poging heeft ondernomen en de ondersteuning van hun omgeving, interventie na suïcide en ondersteuning van nabestaanden, en ten slotte onderzoek naar suïcidaliteit, monitoring van de cijfers en wetenschappelijke evaluatie van alle acties. Het volstaat te wijzen op de stijgende Nederlandse suïdecijfers om aan te tonen dat de Vlaamse trend niet mondiaal is.

3. Gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'

Het is de ambitie van minister Wouter Beke om deze gezondheidsdoelstelling in 2022 uit te breiden met geestelijke gezondheidsbevordering om aldus tegemoet te komen aan enkele vragen van de andere sprekers. Er wordt ingezet op protectieve factoren die van belang zijn om een efficiënt gezondheidsbeleid te voeren.

4. Wachtlijsten

Er zijn geen centrale wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg bij gebrek aan centraal toegangs- of beheerssysteem. Vanwege de versnippering ontbreekt een overzicht. Er zijn gegevens over de wachttijden in de sectoren waarvoor Vlaanderen volledig bevoegd is. Er is geen informatie over de wachttijden bij zelfstandige zorgverstrekkers die een honorarium of terugbetaling van het RIZIV krijgen. De mogelijkheden om te reageren zijn bijgevolg beperkt. Het agentschap is de wachttijden aan het analyseren. Er zijn belangrijke maar nog niet uitlegbare geografische verschillen.

De coronapandemie heeft impact op het mentale welzijn. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg neemt toe. Een recente studie leert evenwel dat toegenomen nood niet altijd leidt tot een hogere vraag. De drempel tot de professionele hulpverlening kan zeker voor groepen die minder vertrouwd zijn met het zorgsysteem een probleem vormen.

De RIZIV-conventie voor psychologische hulp op de eerste lijn wordt sedert 1 januari 2022 uitgerold. Tegen 1 mei 2022 zal het duidelijk zijn hoe de netwerken geestelijke gezondheidszorg hiermee omgaan, en in welke mate eerstelijns-

psychologen dankzij deze conventies aangetrokken kunnen worden. De eerstelijnspsychologen zijn in Vlaanderen gestart in 2010 na de conferentie over de hervorming van de eerste lijn. Het duurt soms behoorlijk lang vooraleer het systeem verandert.

De wachtlijsten zijn niet alleen een kwestie van meer financiële middelen. Voor het eerst zijn er signalen dat de schaarste aan talent in de zorg zich begint te manifesteren in de geestelijke gezondheidszorg. Hier en daar duiken tekorten aan hulpverleners op. Ook hier is het zaak de wachttijd te overbruggen. Er is fors geïnvesteerd in onlinehulpverlening. Dat werkt drempelverlagend. Blended hulpverlening zal in de toekomst verder uitgebouwd worden.

Met de middelen voor Vlaamse Veerkracht zijn dertien vte in dienst genomen om voor revalidatievoorzieningen en verslavingscentra methodieken te ontwikkelen om de wachttijden te overbruggen. Dit dossier wordt nog voorbereid voor de Vlaamse Regering.

Er moet worden afgestapt van het vertrouwde model dat elke behandeling een individuele sessie moet zijn. Voor bepaalde lichte stoornissen zijn groepsessies bespreekbaar en uitvoerbaar zonder verlies aan kwaliteit of tevredenheid van de deelnemers.

Sedert enkele maanden zet minister Wouter Beke sterk in op Vroeg en Nabij. De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor zijn/haar latere ontwikkeling als mens. Het uitgangspunt is persoonsgericht. Er wordt niet vanuit een sectorale visie gewerkt. Zorgcontinuïteit moet beter en bewaakt worden.

5. Beleidsnota

In de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding 2019-2024 (*Parl.St.* VI.Parl. 2019-20, nr. 120/1) wordt een nieuw Vlaams actieplan over suïcidepreventie aangekondigd, naast de reeds gerealiseerde uitbreiding van de capaciteit van de ambulante zorg. Ook de forensische zorg wordt uitgebreid. Er is met TANDEM een project voor personen na detentie. Al tijdens de detentie wordt voor psychologische begeleiding gezorgd om aldus opnieuw de weg te vinden in de samenleving.

De geestelijke gezondheidsnetwerken worden door de Vlaamse en de federale overheid aangestuurd. Ze zijn opgericht om de zorgcontinuïteit te verbeteren bij de overgang tussen ambulante en intramurale zorg. Nieuwe ambities zijn aandacht voor de transitieleeftijd van 16 tot 23 jaar en samenwerking met de eerste lijn. De nieuwe structuur van de zorgraden in de eerstelijnszones kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Ten slotte beoogt men participatie van ervaringsdeskundigen en familieleden.

6. Recente uitbreidingen

De CGG's kregen 5 miljoen euro extra in 2020. Er wordt geïnvesteerd in een digitaal platform voor IBW, PVT, revalidatieconventies en -ziekenhuizen. De inkanteling in de Vlaamse sociale bescherming veronderstelt een nieuwe IT- en dataomgeving.

In 2021 zijn de CGG's opnieuw uitgebreid dankzij VIA6. Hetzelfde geldt voor de CAR's. De ambulante verslavingszorg is met 1 miljoen euro versterkt.

In 2021 zijn enkele nieuwe initiatieven en projecten gestart. CGG's en CAR's zullen fuseren. De opdracht daartoe is uitgeschreven. Er wordt 500.000 euro geïnvesteerd om voorzieningen die in de Vlaamse sociale bescherming terechtkomen te

ondersteunen en begeleiden bij de digitalisering. Als gevolg van de coronapandemie is het aantal eetstoornissen toegenomen. Daarvoor wordt 1 miljoen euro vrijgemaakt. De achterstand in de verslavingszorg waarmee de Antwerpse Kempen kampen wordt financieel gecompenseerd.

7. Financiering

Extra financiering is noodzakelijk maar vormt niet de enige beleidsmatige uitdaging. Zo moet de samenwerking tussen zorgvoorzieningen beter, en dat zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg. Het is de opdracht van de netwerken om het aanbod in een regio op elkaar af te stemmen. De zorgstrategische planning die momenteel van toepassing is op ziekenhuizen wordt uitgebreid met andere voorzieningen. Het wordt een opdracht van de netwerken om een visie te ontwikkelen op de noden van de populatie in een bepaalde regio. Ook over de besteding van de middelen in de regio's moet worden afgestemd. Prioritaire noden moeten worden bepaald op basis van goede gegevens over de mate waarin problemen voorkomen onder de bevolking.

8. De werking van organisaties geografisch afstemmen op de eerstelijnszones

Het geloof in populatiegericht werken is sterk. De geestelijke gezondheidszorg zou moeten aansluiten op de eerstelijnszones, wat een vertegenwoordiging in de zorgraden vereist. Het Vlaamse regeerakkoord spreekt over een versterking van lokale besturen en welzijnsactoren in de zorggraden. VAPH en het Agentschap Opgroeien vallen onder die welzijnsactoren.

Zorgstrategische plannen moeten zich op termijn uitspreken over de wijze waarop psychologische hulpverlening best decentraal georganiseerd wordt op basis van de beschikbare terreinkennis. Er wordt gewerkt met projecten rond regionale zorgplatformen. Het is de bedoeling dat somatiek en geestelijke gezondheidszorg op de eerste en tweede lijn elkaar op dat niveau ontmoeten.

9. Beleidsmonitoring met actuele cijfergegevens

Data vormen, mede door de bevoegdheidsverdeling, een probleem. Over bepaalde prevalenties zijn er geen gegevens. Er zijn enkele blinde vlekken die beletten om een wetenschappelijk onderbouwd beleid te voeren. Op korte termijn wordt een studie van het Steunpunt WVG vrijgegeven over de prognoses van zorgnoden van CGG's, PVT's en IBW's.

De voormalige RIZIV-sectoren worden in de Vlaamse sociale bescherming ingekanteld. In het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid loopt een project rond data-inventarisatie in de geestelijke gezondheidszorg. De gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' wordt op drie manier gemonitord. Er is de vijfjaarlijkse gezondheidsenquête van Sciensano, de HBSC-studie van de Universiteit Gent die het gedrag van adolescenten bestudeert, en de CLB-data die als opvolgingsindicatoren zullen dienen.

Voor de gezondheidsdoelstelling Suïcidepreventie zijn dataprojecten gestart om sterftcijfers als gevolg van suïcide te automatiseren en sneller beschikbaar te maken.

10. Duurzame en effectieve schakelzorg rond de leeftijd van 18 jaar

Er is reeds verwezen naar het traject Vroeg en Nabij. Over de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren worden eind 2022 aanbevelingen en beleidssuggesties verwacht.

11. Versterken van preventie, vroegdetectie en vroeginterventie bij psychosociale problemen

Suïcidepreventie wordt terecht naar voren geschoven in het voorstel van resolutie. Voor vele geestelijke gezondheidsproblemen geldt 'health is in all policies'. Voor een systeembenadering is strategische samenwerking met andere beleidsdomeinen noodzakelijk. Zo moet met Infrabel worden samengewerkt aan veiliger stations en overwegen. Het is een brede en omvattende maatschappelijke uitdaging die aan de hand van een facettenbeleid moet worden aangepakt. Daarnaast zijn er de scholen en de werkplek, waarbij moet worden opgemerkt dat welzijn op het werk een federale bevoegdheid is.

Het programma CONNECT streeft naar vroegdetectie en -interventie bij kinderen en jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit programma wordt in 2022 uitgebreid.

12. Structurele versterking van de gezondheidskennis op psychisch vlak in de brede samenleving

Vanwege de taboe is er een drempel om een beroep te doen op zorg. De kennis hierover moet hoger. Net voor de coronapandemie wou het Rode Kruis opleidingen geven over Eerste Hulp bij Psychische Problemen. Dat wordt op korte termijn hervat.

Op de website van de Geluksdriehoek wordt geprobeerd mensen tot introspectie te brengen en niet te streng te oordelen over zichzelf. TeGek!? en het Steunpunt Geestelijke Gezondheid werken aan de beeldvorming. Een televisieprogramma als 'Therapie' helpt de zaken te normaliseren. Ten slotte gaan er middelen naar de website 'Gezondheid en wetenschap' om de gezondheidsgeletterdheid te maximaliseren.

VI. Vragen van de leden

1. Vragen van Jeremie Vaneekhout

Jeremie Vaneekhout beschouwt zijn voorstel van resolutie en deze hoorzitting als de eerste aanzet om het gesprek te voeren over geestelijke gezondheid in Vlaanderen en België in de brede zin van het woord. Hij wil alle inzichten laten bezinken om zowel in zijn fractie als daarbuiten overleg te plegen over hoe dit samen opgenomen kan worden. Een interfederaal masterplan veronderstelt bovendien overleg met andere beleidsdomeinen en -niveaus.

Dergelijke brede aanpak is uitdagend en ambitieus, maar tegelijk de enige wijze waarop een antwoord geformuleerd kan worden. De voorbije jaren is te vaak met projecten, niches en losse initiatieven gewerkt. Ondanks alle goede bedoelingen leidt dergelijke aanpak zowel op individueel als op geaggregeerd niveau niet tot grondige impact. De impact van dergelijke initiatieven is bovendien moeilijk meetbaar. Niet elk initiatief leidt tot verbetering op het terrein, bij het individu of bij de hulpverlener. Het beleid zal dit anders moeten bekijken.

Geestelijke gezondheidszorg is complex vanwege de verschillende betrokken beleidsniveaus maar ook omdat de hulpverlening zelf complex is. Hulpverlening omhelst gezondheidsbevordering en preventie maar ook de curatieve derde lijn. Het zal zaak zijn hiermee op een geïntegreerde wijze aan de slag te gaan.

Er zijn meer middelen nodig maar dat levert op termijn ook geld op omdat investeren om lange termijn loont. Er wordt gepleit om met bestaande organisaties

verder te werken maar Jeremie Vaneeckhout vraagt of een en ander niet eenvoudiger moet. Hoe evalueren de sprekers de bestaande projecten? Op welke wijze zal het over enkele jaren mogelijk zijn om de reële impact van bijvoorbeeld de uitbreiding van de OverKopHuizen over Vlaanderen te kennen? Moeten dergelijke initiatieven in stand worden gehouden of kunnen deze middelen beter anders geïnvesteerd worden? Is een permanent expertisecentrum nodig dat los van lopende onderzoeksprojecten permanent inventariseert op bevolkingsniveau?

Daarnaast is er weinig bekend over de impact van behandeling of hulpverlening. Moet de impact van trajecten niet gemonitord worden op individueel niveau om de informatie geanonimiseerd te verwerken? Op die manier kan na verloop van 10 tot 15 jaar geweten zijn welke trajecten wat opleveren.

Wat is de impact van crisissituaties op de instroom? Wat is de reguliere basis zonder crisis? Wat is de normale nood?

De spreker beaamt dat de focus gericht moet zijn op gezondheidsbevordering en preventie. Opnieuw rijst de vraag hoe de impact van dergelijke initiatieven gemeten kan worden. De vraag naar hulpverlening is evenwel groot, wat betekent dat preventie niet alles kan en zal oplossen. Het hulpverleningsaanbod moet worden versterkt. Hoe oordelen de sprekers over de acute instroom? Hoe groot is de nood die op twee tot drie jaar tijd gelenigd moet worden? Is er een tijdelijke versterking nodig? Is zo een tijdelijke versterking haalbaar? Kinderen en jongeren moeten tot 10 maanden wachten. Volwassenen en ouderen moeten eveneens onaanvaardbaar lang wachten.

De aandacht moet specifiek gericht worden op kinderen en jongeren. Alle data en inzichten leren dat problemen die op jonge leeftijd ontstaan de rest van hun leven grote impact hebben.

2. Vragen van Vera Jans

Vera Jans merkt eensgezindheid over de vaststelling dat louter en alleen focussen op specialistische geestelijke gezondheidszorg niet zal volstaan. Middelen voor specialistische zorg blijven nodig maar zullen de problemen niet oplossen. Er is te lang gefocust op meer psychologen, bedden of projecten zonder de achterliggende oorzaken in ogenschouw te nemen.

Philippe Delespaul benadrukt steeds de interactie tussen individu en omgeving: een depressie oplossen met medicatie of therapie kan, maar ook door werk te vinden of voor de kleinkinderen te zorgen. Vera Jans is van oordeel dat het beleid met dergelijke voorbeelden aan de slag moet. Alle sprekers hebben gezegd dat de traditionele één-op-één benadering leidt tot een traject van meerdere jaren. Patiënten durven loslaten en aldus voor doorstroom zorgen, is een probleem.

Ook Vera Jans gelooft sterk in webinars voor meerdere mensen tegelijk. Het project Eerste Hulp bij Psychologische Problemen probeert zo veel mogelijk mensen alert te maken en aan te leren hoe ze het gesprek kunnen aangaan. Een luisterend oor bieden kan immers al veel oplossen. Met zijn Zorgzame Buurten wil minister Wouter Beke inzetten op de verbinding tussen formele en informele zorg.

Alle sprekers geven aan dat er moet worden ingegrepen in de directe context van de mensen. Scholen zijn als voorbeeld naar voren geschoven. Tegelijk is er duidelijk gemaakt dat een schoenmaker bij zijn leest dient te blijven. Op welke wijze kan ervoor worden gezorgd dat dit principe zijn doel niet voorbijsticht? Hoe kan ervoor gezorgd worden dat veerkracht en weerbaarheid bespreekbaar worden? Het gaat niet op elke school of werkgever te verplichten een psycholoog in dienst te

nemen. Hun talrijke rapporten leiden niet tot een beter zorgaanbod. Het is zoeken naar een oplossing die veel mensen bereikt in plaats van veel rapporteert.

3. Vragen van Suzy Wouters

Suzy Wouters weet dat voorkomen ook in de geestelijke gezondheidszorg beter is dan genezen. Meer inzetten op mentaal welzijn in verschillende sectoren is belangrijk om problemen te voorkomen. Het is erg om vast te stellen dat wie de stap richting hulpverlening zet maanden moet wachten bij gebrek aan aanbod. Deze maanden bestaan puur uit wachten op hulp en wegen zwaar door. Geestelijke gezondheidszorg hoort toegankelijk en betaalbaar te zijn. Wie er behoefte aan heeft, moet er een beroep op kunnen doen.

Ervaringsdeskundigen en familie spelen een belangrijke rol. Zij moeten in de toekomst meer betrokken worden. De familiereflex moet worden uitgebouwd in de bestaande organisaties. Welke aspecten moeten prioritair veranderd worden?

De jongeren hebben het moeilijk. Hoe kan hun weerbaarheid en veerkracht versterkt worden? Hoe kan de achteruitgang van hun geestelijke gezondheid verklaard worden?

Door de complexe bevoegdheidsverdeling is een coherent en effectief beleid voeren moeilijk. Met meerdere ministers die elk gedeeltelijk bevoegd zijn, is een volledig uitgewerkte visie ontwikkelen en efficiënt werken moeilijk.

Er is een gebrek aan data. Zo is het niet bekend hoeveel mensen er op de wachtlijst staan en welke zorg zij nodig hebben. Cijfers over zorgnoden, knelpunten en wachtlijsten moeten worden verzameld om het beleid te onderbouwen en op punt te stellen. Welke cijfers moeten prioritair verzameld worden? Hoe kan het verzamelen ervan gefaciliteerd worden?

Hoe kan de samenwerking tussen de verschillende actoren geoptimaliseerd worden? Volstaan de huidige investeringen in geestelijke gezondheidszorg om de historische achterstand weg te werken? Worden de huidige investering goed ingezet?

4. Vragen van Freya Van den Bossche

Freya Van den Bossche zegt dat Philippe Delespaul terecht de nadruk legt op het ecosysteem. Hij pleit niet alleen voor meer middelen maar ook voor het drastisch herdenken van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Mensen de kans geven telkens opnieuw de weg te vinden in hun leven betekent ook dat mensen met verschillende achtergronden een bijdrage kunnen leveren. Moet de geestelijke gezondheidszorg meer ruimte geven aan mensen met een andere dan een louter psychologische of therapeutische achtergrond? Sociale werkers zijn erin bedreven mensen op weg te helpen. Op basis van een herstelgerichte visie helpen zij mensen hun leven opnieuw in handen te nemen door hen te begeleiden in de zoektocht naar een als zinvol ervaren leven. Is dat geen wezenlijk onderdeel van de opdracht? Is deze opdracht niet ondergesneeuwd geraakt? Gaat daar voldoende aandacht, tijd en budget naar?

De interactie tussen mens en maatschappij bepaalt hoe iemand zich voelt en zijn leven vorm geeft. Iedereen speelt meerdere rollen: de ene dag kan men patiënt zijn en de andere bevriend met iemand die zich niet goed voelt. Hoe kan ervoor gezorgd dat ook wie soms lijdt zich krachtig genoeg voelt om anderen bij te staan in hun lijden? Wat dient er te gebeuren om elkaar op dit punt te versterken en vertrouwen te geven? Er eenvoudigweg zijn voor iemand anders kan betekenisvol zijn.

Philippe Delespaul is geen groot voorstander van specialistisch werken. Tinne Daeseleire pleit voor gespecialiseerde groepsessies op stoornisniveau. Zijn beide visies complementair en verzoenbaar? Wanneer is een aanpak op stoornisniveau aangewezen? Mensen die vergelijkbare kenmerken vertonen, kunnen elkaar op die manier vinden? Wanneer is een aanpak aangewezen waarmee iemand op pad wordt geholpen door samen een band op te bouwen? De financiering en opdeling in verschillende lijnen kan in de praktijk hinderen. Mensen ervaren breuken in de hulpverlening. Wie een zinvolle band heeft opgebouwd met een hulpverlener, moet die soms plots stopzetten om een nieuwe op te bouwen met iemand anders, eventueel zelfs na een wachttijd en andere exclusiecriteria. Onderbroken zorgpaden zijn niet de meest geluksbevorderende en efficiënte. Wat is de visie van de sprekers hierop? Moeten de psychiatrische ziekenhuizen op de derde lijn zich hervormen tot centra in een bredere netwerk? Op die wijze kunnen mensen langer worden vastgehouden op basis van hun zorgnood en met dezelfde hulpverleners.

Wachttijden kunnen ook anders benut worden door meer in- en outreachend te werken zoals in de kinderpsychiatrie. Zodra iemand zich aanmeldt, wordt de thuiscontext al bekeken. Het essentiële is een deel van een volledige traject waarbij kinderen ook op school worden begeleid. Dat is een andere visie dan de huidige opdeling in hokjes. De financiering is daaraan nog niet aangepast. Moet de hulpverlening meer vertrouwen krijgen door de financiering minder rigide te maken?

De familie moet meer betrokken worden. Volgens Freya Van den Bossche kan de familie met respect voor de patiëntenrechten betrokken worden. Het gesprek kan worden aangegaan zonder de verplichting alle informatie te delen. Banden kunnen zinvol en toekomstgericht hersteld worden. Het is een kwestie van ingesteldheid en van financiering. Omdat er geen middelen voor vrijgemaakt worden, wordt het als bijkomstig ervaren terwijl betekenisvolle anderen een belangrijke rol kunnen spelen in het traject naar een zinnvoller leven.

5. Vragen van Lorin Parys

Lorin Parys is tevreden over de opmerking dat veel bereikt kan worden in groep. De focus ligt mogelijks te hard op de individuele aanpak van mentale problemen. Op dit punt kan winst geboekt worden. De suggestie om Oekraïense vluchtelingen en de mensen die hen thuis opvangen psychologisch bij te staan aan de hand van webinars in groep is waardevol. De aandacht voor de familie is eveneens interessant omdat breder moet worden gekeken.

Er is enthousiasme over Vroeg en Nabij. De werkgroep moet tegen eind 2022 conclusies voorleggen. Lorin Parys is evenwel de mening toegedaan dat er al een conceptnota beschikbaar zou zijn tegen de zomer van 2022. Hij vraagt Dirk Dewolf de timing te verduidelijken.

Hoe kunnen groepstherapieën op grote schaal worden aangeboden?

Het schort nog aan evidencebased werken in Vlaanderen. Hoe kan er samen met de sector werk worden gemaakt van evidencebased richtlijnen die algemeen gevolgd worden? Therapeutische vrijheid is belangrijk maar als een therapie niet efficiënt blijkt om een bepaald ziektebeeld aan te pakken is het vreemd dat de overheid dat blijft financieren gezien de hoge noden.

Hoe kunnen gezondheidsdoelstellingen, zoals op het vlak van suïcidepreventie, uitgebreid worden tot de hele geestelijke gezondheidszorg? Er moet één continue lijn getrokken worden van preventie tot curatie.

Tijdens de coronacrisis waren eetstoornissen en suïcidale gedachten acuut. Er zijn initiatieven genomen om daaraan tegemoet te komen. Welke concrete acties stellen de sprekers voor gezien de nog altijd hoge noden?

6. Vragen van Freya Saeys

Freya Saeys vraagt hoe de sprekers de wisselwerking zien tussen eerstelijnspsychologen, CGG's, revalidatiecentra, CAW's, CLB's, en netwerken geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en kinderen. Is een goede afstemming en afbakening mogelijk? Is meer doen dan vandaag mogelijk? Welke rol speelt de huisarts die vaak als eerste met de problemen geconfronteerd wordt? Is de huisarts voldoende opgeleid?

Tijdens de coronacrisis is overgestapt op digitale hulpverlening. Op termijn zou dat kunnen leiden tot een hybride aanpak. Wat zou een goede verhouding zijn tussen fysieke en digitale hulpverlening? Hoeveel bijkomende capaciteit kan dat opleveren? Kan dat zorgen voor betere opvolging want de nazorg schiet op dit ogenblik vaak nog tekort?

Hoe kunnen groepsvormingen over heel Vlaanderen georganiseerd worden?

De bestaande netwerken zijn maar weinig aan bod gekomen. Hoe evalueren de sprekers de netwerken geestelijke gezondheidszorg?

Enerzijds zijn er lange wachtlijsten maar anderzijds is er overbehandeling. Hoe kan aan deze pijnlijke vaststelling verholpen worden?

De overgang van minder- naar meerderjarigheid blijft een kritiek moment. Aan welke aanpak geven de sprekers de voorkeur? Problemen met geestelijke gezondheid duiken vaak levenslang op. In de netwerken zijn mobiele teams opgericht. Hoe evalueren de sprekers die mobiele teams en de nazorg?

Freya Saeys onderschrijft het belang van preventie, waarin onvoldoende geïnvesteerd wordt. Zij wil al in de kleuterklas aan preventie werken. Er lopen al enkele initiatieven die kinderen leren om in de loop van de dag tot rust te komen. Studies tonen de gunstige effecten daarvan aan. Hebben de sprekers daar ervaring mee? Hoe evalueren ze deze initiatieven? Kan dat op de werkvloer, waar nog winst te boeken valt, toegepast worden?

Er zijn veel overlegplatforms. Hoe staat het werkveld daartegenover? Kan dat efficiënter verlopen?

7. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls beschouwt het stellen van een hulpvraag als deel van de therapie. Wie moet de hulpvraag stellen en verduidelijken? Er zijn immers veel toegangspoorten.

Therapie verloopt vaak als individuele en volgens een bepaalde regelmaat terugkerende gesprekken. De afspraak voor een volgende sessie lijkt in de eerste plaats structuur te brengen in het leven en is niet langer therapeutisch. Groepssessies hebben voor sommigen een dubbele betekenis: ze ontmoeten lotgenoten en krijgen handvaten om een doorstart te nemen. De drang om problemen op te lossen bij anderen werkt niet. Men kan hen hoogstens helpen ermee om te gaan. Wat belet er om met alternatieve vormen van therapie aan de slag te gaan?

De CLB's komen op een bepaald moment tussen hamer en aambeeld terecht. Wanneer een jongere met problemen zich aandient, dan kunnen CLB-medewerkers niet

altijd helpen bij tijdsgebrek. Ze willen doorverwijzen maar vinden niet altijd een geschikte plaats vanwege de complexiteit van de hulpverlening. Hoe kan dat worden opgelost zonder nieuwe structuren in het leven te roepen?

VII. Antwoorden van de sprekers

1. Antwoorden van professor dr. Philippe Delespaul

Voor *Philippe Delespaul* is de eerste observatie dat geestelijke gezondheidszorg verband houdt met het dagelijkse leven, wat het meteen tegelijk complex en eenvoudig maakt. Iedereen kan zich iets voorstellen bij het dagelijkse leven. Klinische psychologen zijn eigenlijk gespecialiseerd in een domein dat door anderen wordt gedeeld.

Wachttijsten zijn een inherent deel van de wijze waarop de zorg georganiseerd is. Er is geen enkele wijze om dit met geld en schaarse professionele middelen op te lossen. Dat is geen pleidooi tegen investeringen maar een uitnodiging om goed na te denken waarmee men precies bezig is. Wie zegt dat mensen op zorg wachten, beperkt hun denken over wat hen zou kunnen helpen en veroorzaakt een iatrogeen effect. De wijze waarop de zorg georganiseerd wordt, maakt mensen zieker. Wie beslist iets te doen aan zijn depressie, moet alle opties openhouden in plaats van wanhopig te zoeken naar één oplossing. De zorg wordt te vaak in deze context geframed. Hier moet radicaal over nagedacht worden.

Een van de gevolgen van deze framing is het onderscheid tussen eerste, tweede en derde lijn. Men meent te moeten managen hoe schaarse middelen bij de grootste nood terechtkomen, maar zorgt tegelijk voor silovorming en wanhoop. De vraag is of men in staat is dat los te laten zodat andere opties een oplossing kunnen bieden. Psychische problemen zijn meer dan neurotransmitterproblemen maar ook problemen met de betekenisgeving.

Daarnaast is er de paradox waarmee voornamelijk de preventieve geestelijke gezondheidszorg kampt. Wie een probleem identificeert, geeft aan dat het opgelost moet worden. Wanneer het toch niet opgelost raakt, ontstaat wanhoop en bijkomende nood.

Naarmate meer mensen dezelfde nood ervaren, zoals bijvoorbeeld tijdens de pandemie, is de impact minder erg dan wanneer één individu dezelfde nood ervaart. Ook deze op het eerste zich paradoxale vaststelling, heeft met betekenisgeving te maken. Het is nodig dat hierover nagedacht wordt. Hulp verlenen aan iedereen die een risico loopt, doet het probleem alleen maar toenemen.

De versnippering in de zorg kan worden verklaard door de behoefte aan specialistische zorg. Niet elk probleem heeft een specifieke oplossing nodig. Eenzaamheid kan op verschillende wijzen opgelost worden en helpt tegen een depressie. Dat iemand zich niet langer eenzaam voelt door tweemaal per week met vrienden te wandelen, betekent niet dat de wandeltherapie algemeen voorgeschreven moet worden. Het is zaak mensen meer opties aan te bieden die ze zelf kunnen exploreren en die onmiddellijk maar ook later een bijdrage leveren aan hun psychische gezondheid. Om die redenen is het belangrijk om familie, buurt en huisartsen, die vaak voor creatieve oplossingen zorgen, niet in de steek te laten.

Een complexe situatie managen leidt tot bureaucratie. De spreker pleit ter zake voor voorzichtigheid omdat de behoefte aan bijkomende data eindeloos is. Het belangrijkste cijfer is dat 25 procent van de mensen psychisch lijdt en daardoor niet optimaal functioneert. Deze schaalgrootte volstaat om duidelijk te maken waar de uitdaging precies zit.

Een samenwerkingsnetwerk verlaagt de drempel om elkaar niet in de steek te laten. De enige manier om dat te doen is persoonlijke relaties aangaan en aldus de schaal verkleinen. Zodra wordt bepaald hoeveel specialisten er nodig zijn voor een bepaald aantal inwoners, worden de te managen netwerken en relaties onoverzichtelijk groot. Zorg organiseren in huisartsenpraktijken en wijken maakt het eenvoudiger om kort even af te stemmen. De centrale vraag is of een kleinere en persoonlijke organisatie die een beroep doet op alle andere resources haalbaar is. De taak van de hulpverlening is er al coachend en ondersteunend op toe te zien dat niemand in de steek wordt gelaten. Op die manier kan iedereen in zijn levens-traject weerbaarheid ontwikkelen.

2. Antwoorden van Tine Daeseleire

Tine Daeseleire denkt net als Philippe Delespaul dat kleinschalig en settinggericht werken de toekomst vormt.

De vraag is gesteld of professionals versterkt moeten worden in bepaalde settings. Sociale werkers kunnen laagdrempelige hulp bieden. Er moet goed worden nagedacht over wie welke rol kan vervullen inzake vroegdetectie, eerste opvang of versterken van het sociaal netwerk. Psychologen moeten inzetten op de opleiding van professionals op school en in het werk. Er moet werk worden gemaakt van een andere taal om betekenis te verlenen. Het zijn niet de psychische klachten die mensen hulp doen zoeken. Iedereen heeft wel eens klachten en kan daar meestal mee om. Enkel wie zich uitzichtloos en alleen voelt, bang wordt van zijn klachten of boos wordt op zichzelf, lijdt er psychisch onder. Een crisis zoals de pandemie of de vluchtelingencrisis veroorzaakt niet meer stoornissen. Het is zaak een taal te leren om stemmingen als angst te kunnen normaliseren en te beseffen dat meerdere mensen daarmee kampen. Op die manier kan daar constructief mee worden omgegaan.

Er moet versterkend gewerkt worden in groepen waaraan familieleden maar ook zorgverleners kunnen deelnemen. Er is ter zake nog veel onkunde en gebrek aan kennis. Het wordt een grote uitdaging om alle kennis op de goede plaats te krijgen.

Tine Daeseleire pleit voor een eerstelijnspsycholoog in elk centrum om er ook met de derde lijn samen te werken. Door outreachend te werken kunnen patiënten in eigen buurt zelfredzaamheid leren. Zo leren ze ook wie hen in hun onmiddellijke omgeving kan steunen. Het systeem moet worden gevoed om samen toegang te krijgen tot de hulpverlener. Eén uur therapie per week betekent niets voor iemand uit een gezin dat continu met meerdere problemen kampt. Er moet worden gezorgd dat familieleden uit de buurt elkaar kunnen versterken.

Wie moeilijk grenzen kan stellen, zou een assertiviteitscursus kunnen volgen. Hij of zij zou ook van de context kunnen leren hoe grenzen te stellen. Collega's kunnen elkaar bijvoorbeeld aangeven dat het tijd is om naar huis te gaan. Het is zaak andere factoren in te zetten om gebruik te maken van de context en het systeem errond.

Tine Daeseleire beaamt dat meten ook weten is maar tegelijk is het zaak niet alles tot achter de komma te berekenen. Het is belangrijk te leren uit wat wordt gedaan om te weten welke factoren werken. Er moet werk worden gemaakt van een leerstoel met mensen die elkaar niet beconcurreren maar stimuleren om data te verzamelen over de levenskwaliteit in plaats van over symptomen. In welke mate is iemand zelfredzaam genoeg om te werken? In welke mate zijn mensen in staat om zich met anderen te verbinden?

Er moet worden gezocht naar complementariteit tussen de verschillende rollen om deskundigheid te versterken. Er moet inderdaad meer rekening worden gehouden

met de familie. Een psycholoog moet de deontologische code in acht nemen maar mag zich evenmin achter het beroepsgeheim verschuilen. Een bezorgde familie blijft zo in de kou staan. Een psychische stoornis in het gezin vergroot de kans op stress met de helft.

Tine Daeseleire verklaart zich bereid om vanuit de praktijk mee te denken. Een stappenplan kan langzamerhand versterken. Het wordt zaak de hokjes te overstijgen om samenwerking te stimuleren. Daartoe zijn ook financiële middelen nodig. Wie samenwerkt, behaalt beter resultaat maar wordt niet vergoed voor de tijd en energie die besteed worden. Er moet goed worden nagegaan wat er precies vergoed wordt en waarin er geïnvesteerd wordt zodat de geestelijke gezondheidszorg meer mensen bereikt. Het moet de bedoeling zijn dat minder mensen schrik hebben dat het hen ooit eens gedurende een bepaalde periode minder goed gaat.

3. Antwoorden van Kim Steeman

Hoewel tijdens de uiteenzettingen sterk de nadruk is gelegd op preventie, pleit *Kim Steeman* voor een tweesporenbeleid. Waar gespecialiseerde zorg nodig is, moet die ook geboden worden. In een vernieuwd landschap moet daar beter op ingezet worden. Er moet gecoördineerd en gestructureerd worden nagegaan welke rol netwerken in de gespecialiseerde zorg kunnen spelen. Bij de start van de netwerken in het kader van artikel 107 van de Ziekenhuiswet leek het de opzet dat familielid, patiënt en hulpverlener één aanspreekpunt zouden krijgen. In de praktijk verloopt dat evenwel anders.

Er is tevredenheid over de rol die mobiele teams spelen in crisissituaties. Ze zorgen ervoor dat er snel zorg aan huis wordt geboden. Die hulp is evenwel beperkt in tijd en er is niet steeds geschikte nazorg.

Het mag niet de bedoeling zijn om te zoeken wat er aan de hand is met een zorgvrager maar wel wat er precies nodig is. Wat hebben patiënt en familie nodig op korte en op lange termijn? Vervolgens is het zaak om een toegangspoort te openen die kan inspelen op behoeften wanneer die opduiken. De huisarts vervult een belangrijke rol op dit vlak want samen met patiënt en familie ziet hij toe op de continuïteit van de zorg. Ze moeten ondersteund worden om op een eenvoudige wijze te kunnen doorverwijzen of verbanden leggen. De samenwerking tussen netwerken en huisartsen kan worden versterkt.

De reden waarom de weerbaarheid van kinderen en jongeren laag is, verdient nader onderzoek. De spreekster wijst erop dat hun de voorbije jaren is geleerd stil te staan bij en aandacht te schenken aan emoties. Er is hun evenwel onvoldoende geleerd wat de volgende stappen zijn of getoond hoe ze met emoties kunnen omgaan.

Het Familieplatform beschikt over een aantal veerkrachthelpers om leerkrachten en ouders te helpen omgaan met de veerkracht van hun leerlingen en kinderen. Een kind moet bijvoorbeeld altijd kind kunnen zijn. Bij psychische problemen in een gezin ondersteunt een kind al gauw de ouders. Kinderen moeten goed geïnformeerd worden over wat er aan de hand is. Er moet ruimte zijn voor gevoelens. Elk kind moet een vertrouwenspersoon hebben bij wie het terecht kan. Kinderen moeten worden gestimuleerd om in gesprek te gaan met een tante, leerkracht of iemand anders met wie ze een goede band hebben. Kleine zaken volstaan om in te zetten op veerkracht bij kinderen en jongeren in het algemeen, en meer specifiek bij KOPP en KOAP.

Familieplatform wil vermijden dat het beroepsgeheim als drogreden gebruikt wordt om niet in gesprek te gaan met familieleden. Het is perfect mogelijk met familieleden te spreken zonder informatie over de cliënt te delen. In veel settings is men

nog steeds van mening dat ze niets kunnen zeggen. Ook als een patiënt niet wil dat er contact is met familie, kan men in gesprek gaan met de familie. Men mag het in dergelijke gevallen alleen niet over de patiënt hebben. Dat veronderstelt een cultuurwijziging. Op basis van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt kunnen patiënt, ouders en familieleden zoeken hoe hier creatiever mee omgesprongen kan worden.

De ontschotting bij de overgang naar volwassenheid kan best starten in vorming en onderwijs. Artsen en psychologen moeten er al snel voor kiezen om kinderarts of -psycholoog te worden. Door het voor een volwassenenpsycholoog gemakkelijker te maken om ook met kinderen aan de slag te gaan, zal die transitie natuurlijker verlopen. Daarin rekening houden met kennis en wetenschap is van groot belang.

Metten is weten maar Kim Steeman vraagt evidencebased breder te beschouwen. Bij onderzoek naar wat (niet) werkt moet rekening worden gehouden met ervaring en beleving van patiënt en familie. Er mag niet worden gefocust op symptomen of ingezoomd op problematieken.

4. Antwoorden van Patrick Lancksweerd

Patrick Lancksweerd heeft LARS, het administratie- en registratiesysteem van de CLB's, ontwikkeld. Er kan veel informatie uit gepuurd worden over wat er leeft onder schoolgaande jongeren. Op dit ogenblik proberen de CLB's gegevens van 2019 te vergelijken met 2021, wat een grondige statistische analyse veronderstelt. Een expertisecentrum dat informatie van honderdduizenden leerlingen gespreid over meerdere schooljaren effectief kan aanwenden, zou een grote stap vooruit betekenen.

Preventie botst telkens op dezelfde paradox: hoe kan men meten wat zich niet voordoet? Hoe bewijzen dat wat zich niet voordoet het gevolg is van preventieve maatregelen?

Toen het CLB nog PMS was, werden ook goede initiatieven genomen. De evolutie weg van de zogenaamd zachte psychologie is een negatieve zaak. Tijdens een informele babbel met een leerling kon Patrick Lancksweerd door niet normerend of helpend op te treden veel problemen al deels aanpakken. Luisteren naar een leerling met een vraag zonder te oordelen of te adviseren lijkt echter niet meer van deze tijd. Cliënten moeten niet alleen de kans krijgen om hun problemen te omschrijven maar ook om aan te geven welke oplossingen ze zelf zien. Vaak weet wie met een probleem kampt, best hoe het op te lossen. Hij/zij moet enkel de kans krijgen om het onder woorden te brengen. De spreker is ervan overtuigd dat oplossingsgericht werken goede resultaten kan opleveren. Niets is krachtiger dan een cliënt die aan het einde van de rit van oordeel is dat hij/zij het probleem zelf heeft aangepakt.

Leren met elkaar omgaan is belangrijk. Er gebeurt daarrond al veel in de kleuterklas. Het is zaak daarop te blijven focussen. Wanneer een probleem opduikt in een groep, mag men dat niet ontwijken. Men doet er goed aan er even op in te gaan door naar elkaar te luisteren en aan te geven hoe elk het probleem ervaart. Opnieuw leren luisteren naar en praten met elkaar zonder te adviseren of te oordelen, kan veel winst opleveren.

De essentie van de hulpvraag ligt in signaaldetectie. Een leerkracht moet alert zijn om te kunnen inspelen op wat zich voordoet. Een groepsgesprek in de klas kan zonder psycholoog. Een leerkracht moet zich veilig voelen om in gesprek te gaan met leerlingen zonder een therapeutische rol op zich te moeten nemen.

5. Antwoorden namens het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Dirk Dewolf zegt dat het project met de eerstelijnspsychologen grondig geëvalueerd is. Tot 40 procent van de gemelde problemen kan op dat niveau behandeld worden. Het restant wordt naar gespecialiseerde zorg doorverwezen.

Suïcidepreventie geeft aan dat evalueren in termen van maatschappelijke uitkomst kan helpen. Het is niet toevallig dat het suïcidecijfer in Vlaanderen met 26 procent is gedaald. Preventie heeft daadwerkelijk vrucht afgeworpen.

Er is op drie niveaus ervaring met groepssessies: eerstelijnspsychologen, CGG's en rookstopsessies door psychologen of gedragstherapeuten. Het zou nuttig zijn om deze ervaring te bundelen ten behoeve van de sector.

Vroeg en Nabij moet tegen de zomer van 2022 resultaten kunnen voorleggen. De conclusies van de Schakelzorg worden tegen eind 2022 afgerond.

Het aantal eetstoornissen bij jonge mensen is gestegen tijdens de coronapandemie. Daar zijn extra middelen tegenover gezet. De partnerorganisatie Eetexpert heeft geïnvesteerd in het zoeken naar vrije plaatsen, in het betrekken van extra hulpverleners, in psycho-educatie en in expertiseontwikkeling van de ambulante zorg.

Vanuit gebruikersoogpunt geniet het principe 'no long door' de voorkeur. Het aantal doorverwijzingen dat iemand moet ondergaan, is beperkt. Op decentraal niveau moet er beter samengewerkt worden aan populatiemanagement om elkaar aldus beter te leren kennen. Als men elkaars expertise beter waardeert, zal men gerichter kunnen doorverwijzen.

Tom De Boeck, afdelingshoofd Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, zegt dat het agentschap objectief en kritisch inventariseert welke ook niet-digitale data het ontvangt, met welke data het aan de slag gaat en welke data nuttig zijn. In een volgende fase kunnen de data die gebruikt zullen worden, gedigitaliseerd en in een bestaande of nieuwe stroom gebracht worden. De eerste oefening wijst uit dat het agentschap al veel data heeft maar omdat die in allerlei vormen opgesloten blijven, wordt er onvoldoende gebruik van gemaakt. Een tweede aspect is de uitrol van de Vlaamse sociale bescherming: er wordt afstand genomen van de verzekeringsinstellingen ten voordele van de zorgkassen. Het platform biedt het voordeel dat de data van elke zorggebruiker in de Vlaamse voorzieningen er samenkomen. Naast persoonlijke informatie over de zorggebruiker bevat het platform ook informatie over bijvoorbeeld opnameduur en verstrekte prestaties. Het is niet de bedoeling om deze informatie op individueel patiëntniveau te monitoren maar wel om te rapporteren op het niveau van de voorziening. Door alles te combineren kan een rapporteringsketen opgezet worden op het niveau van geestelijke gezondheidsnetwerken of zorgraden om daar in de toekomst populatie- of planingsgericht mee aan de slag te gaan. Deze belangrijke stap is al op kleine schaal opgezet met de CAR's, die daardoor zijn uitgebreid. Dankzij vergelijkbare maar eenvoudiger tools is het mogelijk om na te gaan welke zorg regionaal wordt verstrekt. De CAR's zijn aangespoord om hun uitbreidingsdossier hierop te baseren.

Deze beweging leidt dankzij de beschikbare financiering bovendien tot een digitaliseringsgolf in de revalidatieconventies. Ze doen dat niet uitsluitend voor de Vlaamse sociale bescherming. De sector moet volgen. Een aantal voorzieningen factureert bijvoorbeeld nog op papier.

Er zijn nog geen data over de verhouding tussen face to face therapie en online-therapie. Dit is een belangrijk aandachtspunt waar het agentschap werk van moet maken. De CGG's werken reeds langer op deze manier. De coronapandemie bood

de kans om in te zetten op onlinehulpverlening. Voor de CGG's was dat eenvoudig dankzij de enveloppefinanciering maar ook aan prestatiegefinancierde sectoren is de mogelijkheid geboden om onlinehulp te organiseren. De Vlaamse Regering bood financiële zekerheid dankzij de compensatiebudgetten.

Stefaan SINTOBIN,
voorzitter

Tine VAN DER VLOET,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

CAR	centrum voor ambulante revalidatie
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
CGG	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
ELP	eerstelijnspsycholoog
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IBW	initiatief voor beschut wonen
IFIC	Instituut voor Functieclassificatie – Institution de Classification de Fonctions
KOAP	kinderen van ouders met een afhankelijkheidsprobleem
KOPP	kinderen van ouders met psychische problemen
LARS	Leerlingen Activiteiten en Registratie Systeem
M-decreet	decreet betreffende maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften
PMS	(historisch) psycho-medisch-sociaal centrum (nieuwe naam = centrum voor leerlingenbegeleiding, CLB)
PTSS	post-traumatisch stresssyndroom
PVT	psychiatrisch verzorgingstehuis
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
TANDEM	Toeleiding en Aanmelding Na Detentie
VAGGA	Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VIA	Vlaams Intersectoraal Akkoord
vte	voltijdsequivalent / voltijdequivalent
VVSP	Vlaamse Vereniging voor Schoolpsychologie
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (beleidsdomein van de Vlaamse overheid)