



**Kabinet van Vlaams minister van Welzijn,  
Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen**

Koolstraat 35, 1000 BRUSSEL  
Tel. 02 552 64 00 - Fax 02 552 64 01  
Email: [communicatie.vandeurzen@vlaanderen.be](mailto:communicatie.vandeurzen@vlaanderen.be)

**BELEIDSPLAN  
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG  
VLAANDEREN**

Inhoudsopgave	2
<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>Deel 1</b>	<b>5</b>
<b>Evoluties in de geestelijke gezondheidszorg</b>	
Één op vier mensen	
Almaar meer mensen willen psychische hulp	
Psychische problemen in een veranderende maatschappij	
Mijlpalen in de geestelijke gezondheidszorg	
Een vierde mijlpaal: vermaatschappelijking van de zorg	
Kanttekeningen bij het concept vermaatschappelijking	
<b>Deel 2</b>	<b>15</b>
<b>De organisatie van de zorg vandaag</b>	
1. Een coherent beleid voeren	
2. Preventief en gezondheidsbevorderend werken	
3. Curatieve zorg	
3.1. De actoren op de eerste lijn	
3.2. De centra voor geestelijke gezondheidszorg	
3.3. Geestelijke gezondheidszorg op de derde lijn	
4. Samenwerkingsinitiatieven en overlegplatforms	
5. Samenvattend	
<b>Deel 3</b>	<b>39</b>
<b>Vlaamse beleidspunten geestelijke gezondheidszorg</b>	
1. Uitgangspunten	
2. Werken aan een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg	
3. Wetenschappelijk verantwoord werken in de geestelijke gezondheidszorg	
4. Vlaamse beleidspunten geestelijke gezondheidszorg	
4.1. Werken aan een correcte beeldvorming en destigmatisering van psychische problemen	
4.2. Preventie in de geestelijke gezondheidszorg	
4.3. Aandacht voor vroegdetectie en vroeginterventie	
4.3.1. Meer geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijnszorg	
4.3.2. Outreachend werken	
<i>Outreaching naar mensen in armoede</i>	
<i>Intercultureel werken in de geestelijke gezondheidszorg</i>	
4.3.3. Zorg via nieuwe technologieën	
4.4. Uitbreiding van het basisaanbod centra geestelijke gezondheidszorg	
4.4.1. Samenwerking centra voor geestelijke gezondheidszorg met zelfstandige psychologen	
4.4.2. Meer aanbod voor kinderen en jongeren	
4.4.3. Meer aanbod voor ouderen	

- 4.5. Inbouwen van geestelijke gezondheidszorg in andere beleidsdomeinen  
*Streven naar een inclusief beleid met werk en sociale economie*  
*Samenwerken en afstemmen met het domein wonen*  
*Samenwerken met justitie*  
*Een inclusief beleid voor personen met een handicap en bijkomende psychische problemen*
- 4.6. De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in zorgcircuits en zorgnetwerken  
*Intensifiëren van de samenwerking tussen ambulante en Residentiële diensten*  
*Stimuleren van samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen*  
*Nieuwe accenten in de beheersovereenkomsten met OPZ Geel en OPZC Rekem*

## Inleiding

Geestelijke gezondheid kan worden omschreven als een toestand die een persoon toelaat zich optimaal te ontwikkelen op psychisch, intellectueel en emotioneel vlak, voor zover deze ontwikkeling de ontwikkeling van andere personen niet benadeelt. Geestelijk gezond zijn stelt ons dus in staat om onze capaciteiten ten volle te benutten, om met de normale stress van het leven om te gaan en een productieve bijdrage te leveren aan de gemeenschap waartoe we behoren. Dit is de “niet officiële” definitie van de World Health Organisation. Cultuurverschillen en concurrerende professionele theorieën staan een universele omschrijving van geestelijke gezondheid in de weg. Men is het er wel over eens dat geestelijke gezondheid niet hetzelfde betekent als de afwezigheid van een psychische ziekte. Het omgekeerde geldt eveneens, namelijk het ontbreken van ziekte is niet noodzakelijkerwijze een indicatie van gezondheid.

Elke persoon heeft recht op gezondheidszorg. Dat staat opgetekend in wetten en verdragen. De gezondheidszorg dreigt echter een schaars goed te worden. De uitgaven voor gezondheidszorg blijven namelijk stijgen, alle inspanningen om ze te beperken ten spijt. Momenteel gaat ongeveer 10% van het bruto nationaal product van België naar gezondheidszorg. De verschillende overheden in dit land trachten met hun beleid een kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg te garanderen en zij proberen de stijging van de kosten zoveel mogelijk in te perken door de zorgvoorzieningen te stimuleren zo efficiënt mogelijk om te gaan met de beschikbare middelen.

Gezien de toename aan vragen rond psychische hulp valt het een overheid niet licht aan deze garanties vast te houden. De huidige economische crisis maakt dat de oplossing geen loutere toename kan zijn van het aanbod maar eerder een creatief omgaan met de huidige middelen om kwalitatieve zorg te blijven garanderen voor mensen met psychische problemen.

In deze beleidsnota schetsen we in deel 3 de Vlaamse beleidspunten voor geestelijke gezondheidszorg. We vertrekken van de beleidslijnen van het Vlaamse Regeerakkoord 2009-2014. Aan het einde van de nota en bij wijze van samenvatting staan alle actiepunten die we deze legislatuur trachten te realiseren.

De Vlaamse beleidspunten weerspiegelen de nabije toekomst. Om ze naar waarde te schatten is het goed de evoluties te beschrijven die de geestelijke gezondheidszorg gekend heeft (deel 1) en de manier waarop de geestelijke gezondheidszorg vandaag georganiseerd is (deel 2).

## Deel 1 Psychische problemen en de evolutie in de geestelijke gezondheidszorg

### **Één op vier mensen**

Volgens gegevens van de European Study on Epidemiology heeft één op de vier mensen in onze samenleving in zijn leven ooit psychische problemen gekend. Één op de negen had in het laatste jaar te kampen met een psychische problematiek. Het aantal meldingen van mensen met ernstige psychische problemen, in het bijzonder met een depressie, is het laatste decennium aanzienlijk toegenomen. Per jaar sterven er in Vlaanderen om en bij de duizend mensen door zelfdoding. Almaar meer kinderen kampen met psychische problemen. Je zou kunnen stellen dat ieder van ons er vroeg of laat mee te maken krijgt: zelf of in de persoon van een ouder, partner, kind, broer, zus, vriend of buur.

Volgens de meest recente cijfers van de MPG (Minimale Psychiatrische Gegevens) werden in 2006 in België 95.294 opnames geregistreerd. De meeste opnames gebeurden in de psychiatrische ziekenhuizen (45.331 opnames) en de psychiatrische afdelingen verbonden aan de algemene ziekenhuizen (PAAZ) (47.832 opnames). De meest genoteerde diagnoses zijn aan middelen gebonden stoornissen (35 %), stemmingsstoornissen (21%) en psychoses (16%).

Uit epidemiologische gegevens van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) (cijfers 2009) blijkt dat jaarlijks 50.000 mensen behandeld worden voor psychische problemen, verwerkingsproblemen, gedragsproblemen of problemen in de interactie. De meest voorkomende diagnoses zijn stemmingsstoornissen (22%, vooral bij vrouwen), stoornissen in de kindertijd (13%, hoofdzakelijk bij kinderen en jongeren), aan middelen gebonden stoornissen (10%, vooral bij mannen), angststoornissen (10%) en aanpassingsstoornissen (8%). Psychose als diagnose komt bij 3% van het aantal cliënten voor.

### **Almaar meer mensen willen psychische hulp**

Het stijgende aantal vragen naar psychische hulp is gerelateerd aan de huidige maatschappelijke context. Door een betere kennis van psychische gezondheid en het professionele zorgaanbod, onder invloed van media en sensibiliseringscampagnes, als gevolg van een proces van individualisering in onze maatschappij en het inkrimpen van sociale en familiale ondersteuning zetten mensen meer dan voorheen de stap naar de hulpverlening. Psychische problemen veroorzaken niet alleen persoonlijk lijden. De effecten laten zich ook voelen in het sociale en het professionele leven, en bij uitbreiding in de samenleving.

Vlaanderen heeft een groot welzijn- en gezondheidsaanbod voor mensen met psychische problemen. Mensen kloppen voornamelijk bij de huisarts aan met hun fysieke maar ook meer en meer, met hun psychosociale problemen. Verschillende welzijnsactoren (vooral CAW) vangen in eerste instantie mensen met psychische problemen op. Hetzelfde geldt voor actoren uit de onderwijssector (o.m. CLB), uit de ouderenzorg, justitiële instanties, sociale diensten van de OCMW's, VDAB en sociale huisvestingsmaatschappijen. Afhankelijk van de ernst van de problematiek worden deze mensen doorverwezen voor een meer gespecialiseerde

hulpverlening naar centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ'en of naar privépsychiaters en/of psychotherapeuten.

Deze doorverwijzing verloopt niet altijd even vlot. Voor een gedeelte komt dat door een geringe vertrouwdheid met het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg. Daardoor komen mensen niet meteen op de juiste plaats terecht. Wat zeker ook meespeelt, zijn de vaak lange wachttijden voor een behandeling, het te grote belang van medicatie bij de aanpak van problemen en het stigma dat rust op mensen met psychische problemen. Vooral voor kinderen en jongeren zijn de wachttijden dramatisch lang : in de registratiedata 2008 van de CGG staat dat kinderen en jongeren gemiddeld 47 dagen moeten wachten op een intake. Daarna moet 1 op de vier cliënten 42 dagen wachten op een tweede gesprek. Ook de K-eenheden in de psychiatrische ziekenhuizen kampen met wachttijden.

### **Psychische problemen in een veranderende maatschappij**

Onze huidige maatschappij heeft een verscheidenheid aan samenlevingsvormen. Het kerngezin, prototype van de industriële samenleving met een werkende vader, thuisblijvende moeder en 2 kinderen, komt in België in minder dan 50 % van de huishoudens voor. Ook in Vlaanderen is een gestage daling van het aantal kerngezinnen ingezet. Het aantal huishoudens met een getrouwd echtpaar is voor het eerst tot onder vijftig procent gedaald. In de plaats daarvan zijn er verschillende nieuwe en complexere samenlevingsvormen ontstaan: eenoudergezinnen, alleenwonenden, ongehuwd samenwonenden, wedersamengestelde gezinnen, lat-relaties, bewust ongehuwde moeders, alleenstaande moeders (vaders), gescheiden gezinnen, multiculturele gezinnen, kangoeroegezinnen, homohuwelijken, lesbiënegezinnen...

Ook de manier waarop we omgaan met tijd en ruimte is grondig veranderd: het gaat en het moet allemaal sneller. Waar we vroeger konden spreken van een collectieve tijdsindeling is de tijd nu verpersoonlijkt. De scheidingslijn tussen werktijd en gezinstijd vervaagt en er is een tendens tot verbrokkeld werken zodat mensen het gevoel krijgen opgenomen te zijn in een continue werkstroom. Enerzijds is arbeid een bron van ontplooiingskansen, anderzijds wordt er op grote schaal van werknemers een dergelijke flexibiliteit en beschikbaarheid vereist dat mensen van zichzelf en van hun omgeving vervreemd dreigen te geraken.

In de samenleving doet zich een proces van individualisering voor. De mensen hebben tegenwoordig meer kansen om zichzelf te ontplooien dan tevoren. De keerzijde daarvan is de geringe zorg om de ander en de geringe aandacht voor het algemene belang. Als dit 'individualisme' en zelfrealisatie tot norm verheven wordt, kan dit een zodanige belasting opleveren dat we er psychisch ziek van worden. De moderne opvoeding is erop gericht het kind maximale ontplooiingskansen te geven. Kinderen krijgen kansen maar dragen ook de last van de hoge verwachtingen. Dit leidt tot spanningen die tot uiting komen in het gezin en erbuiten.

Op het vlak van informatie en communicatie heeft onze samenleving de afgelopen decennia ingrijpende veranderingen ondergaan. Onze samenleving is intussen gedigitaliseerd en dit oefent een grote invloed uit op elk aspect van ons dagelijks leven. Met een gsm, het gebruik van sms, e-mail, chat, blogs, sociale netwerksites, webcams creëren we virtuele omgevingen, we zijn

snel bereikbaar en denken dat we snel bereikbaar moeten zijn. We hebben veel contact met elkaar of we delen de illusie veel contact met elkaar te hebben.

Ook het taalgebruik in de communicatie is veranderd en Angelsaksischer geworden: we praten niet meer met elkaar maar we chatten, we spelen niet meer met elkaar maar we gamen. We zoeken niets meer op maar we googlen er op los. We hebben het al lang niet meer over de X-generation maar over de netgeneration.

Door de vermenging van culturen, door immigratie- en emigratiebewegingen, is de wereld een multicultureel dorp geworden waar traditionele banden op de helling staan en nieuwe banden een uitdaging betekenen.

Mede door de gezondheidszorg is de levensverwachting de laatste decennia gestegen tot 78,1 jaar voor mannen en 83,1 jaar voor vrouwen. Volgens de bevolkingsprojecties van het Vlaamse Gewest zal de gemiddelde levensverwachting in Vlaanderen voort stijgen tot 80 jaar bij mannen en tot 86 jaar bij vrouwen. De groep gezonde en actieve senioren wordt talrijker. Goed nieuws op zich, maar deze vergrijzing verhoogt fors de uitgaven voor de sociale zekerheid en de gezondheidszorg. Statistisch hebben 65-plussers 80% meer kans op een ziekenhuisopname dan een jonge medeburger en 85-plussers zelfs 150% meer kans. Het aantal 85-plussers stijgt bovendien veel sneller dan het aantal 65-plussers. De nood aan bijkomende gespecialiseerde opvangmogelijkheden en nieuwe verzorgingsvormen voor ouderen zal de komende jaren sterk toenemen. Ook de bijkomende impact van ouderdomsziekten zoals bvb. dementie zal zich sterk laten gelden.

Gedurende de volgende decennia zal het aantal alleenstaanden fors stijgen. In 2007 waren er 744.850 singles, in 2025 zullen er dat 966.979 zijn.

In Vlaanderen loopt meer dan één op de acht personen een verhoogd armoederisico. Meer werkloze gezinnen, eenoudergezinnen, 65-plussers, alleenstaanden en huurders komen in de buurt van de armoedegrens uit. Mensen in armoede participeren vaak op verschillende domeinen tegelijk niet waardoor ze uitgesloten dreigen te worden.

Door al deze sociale, economische en demografische evoluties dreigen de zwakkeren in de samenleving gemarginaliseerd te worden. Een spreekwoord zegt: "wat te voet gekomen is, gaat niet te paard weer weg" wat betekent: iets wat ergens langzaam insluipt, heb je niet zomaar weer veranderd. Dat 'iets' kan slaan op een psychische ziekte maar ook op hoe een samenleving omgaat met zwakkeren, mensen in armoede en psychisch zieken. Al deze evoluties bepalen nadrukkelijk onze benadering van zorg en wat we van zorg verwachten.

### **Mijlpalen in de geestelijke gezondheidszorg**

Historisch was zorg vooral gericht op de verbetering van het lot van psychiatrische patiënten. Geleidelijk aan verschoof de klemtoon in de richting van het handhaven van de geestelijke volksgezondheid. In de evolutie van de geestelijke gezondheidszorg onderscheiden we vier grote mijlpalen.

De moderne geschiedenis van psychiatrische zorg begint in de periode 1880 – 1950 met de opkomst van asielen die onder toezicht stonden van het ministerie van justitie. Voordien was er voor de geesteszieken geen passende opvang. Ze werden als marginalen beschouwd, ze werden gebannen uit het gewone leven en brachten hun leven in kerkers door, weg van steden en dorpen.

De asielen of ‘de gestichten’ bevonden zich op afgelegen plekken. Ze waren bestemd voor mensen met uiteenlopende psychiatrische stoornissen en mensen met een mentale handicap. De asielen voorzagen enkel in de primaire behoeftes van deze mensen en ze hadden een bewaarfunctie en een beveiligingsfunctie. In veel landen is de asilaire structuur nog altijd de enige vorm van zorg voor mensen met psychiatrische en psychische problemen. Er is overigens een duidelijk verband tussen het beschikbare budget en het aanbod van voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg: hoe groter de budgettaire mogelijkheden van een land op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, hoe gedifferentieerder en gespecialiseerder het aanbod is.

Twee mensen hebben in die tijd hun stempel gedrukt op de psychiatrische zorg in Vlaanderen: kanunnik Triest en dokter Guislain. Triest stichtte in 1807 de Broeders van Liefde en bekommerde zich over arme bejaarden en geesteszieken. In de Zuidelijke Nederlanden benoemde de stad Gent in 1828 Jozef Guislain tot hoofdgeneesheer voor de krankzinnigen. Guislain ijverde heel zijn leven voor een menselijke behandeling van de krankzinnigen en mag beschouwd worden als de eerste psychiater in Vlaanderen. Tien jaar voor zijn overlijden, in 1850, neemt België zijn eerste krankzinnigenwet aan en drie jaar voor zijn dood krijgt Dr. Guislain zijn zelf ontworpen ziekenhuis ‘Hospice Pour Hommes Aliénés’, de eerste psychiatrische kliniek van het land.

Guislain kwam uit een architectenfamilie en vond dat de zorg in een passende omgeving moest verstrekt worden: de architectuur moest in dienst staan van de behandeling. Zijn invloed was groot. Oude psychiatrische ziekenhuizen in België liggen meestal in parken, in een rustige omgeving, ver van de ‘ziek makende maatschappij’ af. Guislain’s opvattingen over zorg zijn beïnvloed door de opvoedkundige principes van J.J. Rousseau die toentertijd de tijdsgeest bepaalde. Zijn vernieuwende ideeën vonden ruimschoots navolging en Guislain mocht zich verheugen in een grote waardering nog tijdens zijn leven.

Een tweede mijlpaal vond plaats in 1948 toen het toezicht op de psychiatrische instellingen overgedragen werd van het ministerie van Justitie naar het ministerie van Volksgezondheid. Een psychische stoornis was niet langer een juridisch te behandelen feit en psychisch zieke mensen hadden voortaan recht op een passende behandeling. Van dan af ligt de nadruk op medische controle en sociale rehabilitatie. Geleidelijk aan werd ook de zorg voor personen met een handicap zich gespecialiseerd en kregen deze mensen een aangepaste behandeling naar het model van het psychiatrische ziekenhuis in grote instituten.

In 1963 werden twee belangrijke wetten goedgekeurd. Één wet regelde een hervorming van de ziekte – en invaliditeitsverzekering zodat er voortaan een financiële tussenkomst is voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De andere wet legde de erkenningsnormen voor ziekenhuizen vast. Naast de financiering van psychiatrische instellingen, voorziet het RIZIV sinds de jaren’60 ook financiering van revalidatiecentra voor psychiatrische patiënten.



De opkomst van de antipsychotische medicatie maakte het overbodig mensen op te sluiten en de tralies rond de mooie domeinen verdwenen.

Behalve de opkomst van de psychotrope medicatie, is de ontwikkeling van de psychotherapie voor de zorg heel belangrijk geweest. Er ontstonden nieuwe behandelvormen als gevolg van de toenmalige maatschappelijke veranderingen. De evolutie werd geschraagd door de antipsychiatrische beweging in de jaren zeventig. Deze denkrichting bekritiseerde het toen gangbare medisch-psychiatrische denken. Het denken rond waanzin en het spanningsveld tussen normaliteit en pathologie zorgde voor belangrijke vernieuwingen. Het gaf aanleiding tot experimenten die andere zorgvormen in de maatschappij opleverden en die verschilden van de klassieke intramurale psychiatrische voorzieningen.

Dit leidde tot een derde mijlpaal: een sterke diversificatie van de zorg en de verdeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor een bepaalde patiënt over verschillende voorzieningen en personen. Het leidde het einde van de alleenheerschappij van de institutionele psychiatrie in.

Er kwamen dispensaria voor geesteshygiëne die preventief aan de slag gingen en een vroegtijdige opsporing van psychische problemen beoogden. Deze dispensaria werden in 1975 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg die, door het KB van 1975, een belangrijke plaats kregen in het zorglandschap en gedeeltelijk de zorg voor de psychiatrische patiënt overnamen. De onderliggende filosofie van de centra is dat psychische en psychiatrische problemen een ruimere dan louter medische benadering vergen. De mens is een biopsychosociaal wezen en elementen uit het psychosociale veld kunnen samen met het medisch-psychiatrische luik bijdragen tot het oplossen van geestelijke gezondheidsproblemen. Multidisciplinair samengestelde teams werden opgericht met aandacht voor de maatschappelijke, psychologische en medische dimensie van de geestelijke gezondheidszorg. Dankzij ambulante zorg konden personen met ernstige psychische problemen in de maatschappij begeleid worden.

In die tijd werden ook de Psychiatrische Afdelingen in de Algemene Ziekenhuizen erkend en werd partiële behandeling zowel overdag als 's nachts mogelijk.

Stilaan groeide het besef dat langdurig zieken die gestabiliseerd waren eigenlijk niet thuis horen in een ziekenhuis en behoefte hebben aan gespecialiseerde opvang buiten het ziekenhuis. De klemtoon verschoof naar het bevorderen van een zelfstandig leven van de patiënt in de samenleving. De patiënt kan, ondanks zijn psychiatrische stoornis, een zinvol bestaan als burger uitbouwen en opnieuw controle over zijn eigen bestaan verwerven. In mei 1989 verscheen op vraag van de overheid het rapport 'Groot'. Hij raadde aan een onderscheid te maken tussen instellingen met de nadruk op "cure" en die met de nadruk op "care". Voorts wees het rapport erop dat bedden uitsluitend vrij gehouden moeten worden voor psychiatrische patiënten en dat mentaal gehandicapten en ouderen met dementie in andere instellingen thuishoren. Als laatste belangrijke punt raadde dit rapport ook aan om met samenwerkingsakkoorden de geestelijke gezondheidszorg op een meer samenhangende manier te organiseren. Het rapport 'Groot' leidde tot twee hervormingen, in 1990 en 1999. Voor de eerste keer werd bij wet vastgelegd dat de zorg in de instellingen afgebouwd moet worden ten gunste van de zorg in de maatschappij. Deze 'herstelvisie' betekende de basis voor de afbouw van 6.000 psychiatrische ziekenhuisbedden met een verplichte reconversie naar extramurale voorzieningen, zoals de initiatieven voor beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen.

Samenwerking en integratie tussen de verschillende actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg won aan belang. Provinciale overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg worden opgericht en stimuleren psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ-diensten, RIZIV-conventies, CGG, PVT en initiatieven beschut wonen om structureel samen te werken. Psychiatrische ziekenhuizen begonnen met pilootprojecten casemanagement en ontslagmanagement.

De effecten van de eerste reconversie van 1990 werden geëvalueerd. De nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen gaf twee deeladviezen voor de verdere ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg. Startpunt zijn niet meer de instellingen maar de doelgroepen en hun noden. Er worden netwerken en zorgcircuits geïntroduceerd voor elke leeftijdsgroep: kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen, en voor specifieke doelgroepen: toxicomanie en verslaving, forensische psychiatrie en personen met een handicap met bijkomende psychische problemen.

De doorgedreven fusie van Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg - van 84 naar 21 CGG (vanaf 2008 zijn er de huidige 20 CGG) - werd vastgelegd in het decreet op de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999.

In 2001 starten ook de zorgvernieuwingsprojecten activering en psychiatrische zorg in de thuissituatie. De middelen van deze projecten zijn ondertussen structureel verankerd in de initiatieven beschut wonen. De wet op de patiëntenrechten legt in 2002 de individuele rechten van de patiënt vast. Deze rechten zijn: kwaliteitsvolle dienstverlening, vrije keuze van de zorgverlener, recht op informatie en inzage in het patiëntendossier, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en klachtenbemiddeling.

De geschiedenis van de zorg is een beweging van intramuraal naar extramuraal, van medisch-solitair werk naar multidisciplinair teamwerk, van medisch naar biopsychosociaal en van behandeling van stoornissen naar zorg voor de mens.

### **Een vierde mijlpaal: vermaatschappelijking van de zorg**

De geschiedenis van de zorg leert ons dat de maatschappij zich nooit erg vriendelijk heeft opgesteld tegenover mensen met psychische problemen. Afwijkingen van het 'normale' leidden tot uitstoting, uitbuiting, mishandeling en opsluiting. Ook onze huidige samenleving beschouwt mensen met psychische problemen nog te veel als een bedreiging voor de leefomgeving. Nog te zeer oordelen mensen op basis van een stempel of een uiterlijk kenmerk. Soms zijn dit onredelijke morele oordelen of vooroordelen en dan spreekt men van een stigma. Soms worden mensen op basis van een etiket onredelijk behandeld en dan spreekt men van discriminatie. Nog erger is dat mensen op basis van een etiket niet kunnen participeren aan een samenleving en dan spreekt men van sociale exclusie.

Een cultuur van afzijdigheid dreigt de psychisch zieke mens voort te marginaliseren. Veelal komt hij door zijn geringe financiële draagkracht terecht in een armere buurt tussen andere hulpzoekers waar marginalen elkaar marginaliseren. Bovendien is de chronisch zieke cliënt of psychiatrische patiënt net omwille van zijn moeilijkheden in de omgang vaak niet de gemakkelijkste medemens.

Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg verwijst naar een zo gering mogelijke institutionalisering van de zorg en een zo groot mogelijke maatschappelijke integratie van de persoon met psychische problemen. Dit komt neer op een verschuiving van grootschalige intramuraal georiënteerde zorg naar zorg aan huis met begeleiding op het gebied van wonen, werk en dagbesteding in de samenleving. De maatschappij wordt hier duidelijke partner in de zorg. Ze voert een niet-discriminerend en integrerend beleid opdat personen met ernstige psychische problemen als gewone burgers kunnen leven.

Vermaatschappelijking berust bij de competenties, meer dan bij de beperkingen van de mens.

Door de beweging naar vermaatschappelijking moeten ook zorgaanbieders hun aanbod aanpassen: ze moeten meer zorg op maat en continuïteit van zorg kunnen aanbieden. Beide zijn sleutelbegrippen in de ontwikkeling van een nieuw concept voor de geestelijke gezondheidszorg. Het voorzieningsgerichte aanbod maakt plaats voor een vraaggestuurd aanbod in de vorm van zorgprogramma's voor leeftijdsdoelgroepen, die voorzieningsoverschrijdend georganiseerd worden.

De Belgische overheid en de gemeenschapsoverheden namen deze wens naar transitie over. In juni 2002 ondertekenen de federale en gemeenschapsministers van gezondheid een gemeenschappelijke verklaring voor het toekomstige beleid voor de geestelijke gezondheidszorg. We vinden er de concepten "netwerk van zorgvoorzieningen" en "zorgcircuit" in terug.

De wettelijke basis voor de organisatie van zorgcircuits en netwerken werd gelegd in de artikels 11 en 107 van het KB voor de coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen.

*Art.11 §1. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder:*

*1° "netwerk van voorzieningen": een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheden van de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet en die samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingsoverstijgende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst;*

*2° "zorgcircuit": het geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen die wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet, en worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen, die de in 1°, bedoelde doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen;*

*§2. De Koning kan, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en programmatie, de doelgroepen aanduiden voor dewelke de zorg via een netwerk van zorgvoorzieningen wordt aangeboden. In voorkomend geval kan Hij die categorieën van zorgaanbieders aanduiden die in ieder geval deel uitmaken van bedoeld netwerk.*

*§3. De Koning kan nadere regelen vaststellen voor de toepassing van §1 en §2. Hij kan eveneens de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk, en met de nodige aanpassingen, uitbreiden tot de in*

*§1, bedoelde netwerken, tot de zorgcircuits die er deel van uitmaken en tot de onderdelen die het zorgcircuit samenstellen.*

*Art. 107. De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.*

In 2004 wordt een amendement op de Gemeenschappelijke verklaring ondertekend dat er geen protocolakkoord nodig is om pilootprojecten te kunnen starten voor alle leeftijdsgroepen maar wel voor patiënten met een chronische en complexe problematiek. De pilootprojecten hebben als doel om overleg te organiseren op het niveau van het netwerk en op het niveau van de patiënten.

De zorg voor de cliënt in de maatschappij veronderstelt niet alleen een geïntegreerd en vraaggestuurd zorgaanbod maar ook een maatschappelijk ondersteuningssysteem. Een maatschappelijk ondersteuningssysteem is er in de directe omgeving van de individuele cliënt en in de plaatselijke gemeenschap of regio die een gecoördineerd en samenhangend aanbod van diensten voor de cliënt moet uitwerken. Partners, familie en mantelzorg hebben een belangrijke plaats in het “empowermentproces” van de cliënt. Ook zij zullen maximaal ondersteund moeten worden in hun zorgverstrekking en moeten kunnen rekenen op de expertise van deskundigen in de geestelijke gezondheidszorg.

De organisatie van een dergelijk ondersteuningssysteem vereist dat alle betrokken diensten, voorzieningen en hulpverleners ruimte maken voor overleg zowel op het niveau van de cliënt als op het niveau van de instellingen. Een samenwerking over de sectoren heen (welzijn – ambulante gezondheidszorg – residentiële gezondheidszorg) ten behoeve van een cliënt of een groep cliënten is wenselijk maar niet altijd gemakkelijk te realiseren. Netwerken die een zorgprogramma voor de cliënt beogen en trajectbegeleiding aanbieden, betekenen een garantie op goede zorg. De federale overheid gaf een aanzet voor een beleidsmatige onderbouw van de zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) met doelgroepgerichte en voorzieningoverschrijdende GGZ-zorgprogramma's, zorgcircuits en netwerken. De therapeutische projecten werden in 2007, in samenspraak tussen de vertegenwoordigers van de GGZ-voorzieningen en de ziekenfondsen, opgezet met RIZIV-financiering. In deze projecten worden zorgverleners samengebracht voor overleg op cliënt-of casusniveau, met het oog op continue zorg op maat voor patiënten met een complexe en langdurige psychiatrische problematiek. De therapeutische projecten (in totaal: 78) richtten zich gedurende vier jaar op de drie leeftijdsgroepen: jongeren, volwassenen en ouderen en bleven kleinschalig omwille van het experimentele karakter ervan.

De opvolging en evaluatie van de therapeutische projecten gebeurt in het transversaal overleg. Dit overleg situeert zich op het niveau van het netwerk. De provinciale overlegplatforms spelen hierin een belangrijke rol. Het transversaal overleg moet leiden tot conclusies en voorstellen over de inhoud van de zorgprogramma's en de vormgeving van de samenwerking in zorgcircuits en netwerken.

### **Kanttekeningen bij het concept vermaatschappelijking**

Vermaatschappelijking mag er niet toe leiden dat de lat voor mensen met chronische psychische problemen te hoog gaat liggen. Het mag geen ideologie worden die veronderstelt dat ook mensen met beperkingen, eens 'zelfstandig', een 'gewone' sociale rol kunnen opnemen en daarnaast er van uit gaat dat de samenleving bereid en in staat is mensen met beperkingen, ongeacht de aard van hun beperkingen, als volwaardige burgers te bejegenen. Beperkingen van cliënten kunnen zo invaliderend zijn dat dit niet haalbaar is. Het persoonlijke sociale netwerk van psychiatrische patiënten is vaak kleiner dan gemiddeld. Burgers zijn wel bereid psychiatrische patiënten als buur of collega te accepteren maar slechts enkelen wensen hen toe te laten in hun privéleven. Voorts ondervinden mensen met psychische problemen hinder bij het vinden en het houden van een baan en het vinden van een woning. De samenleving doet wellicht haar best om het onderscheid zo klein mogelijk te houden maar heeft nog te veel de verwachting dat mensen met psychische problemen na verloop van tijd stabiliseren. Psychische problemen zorgen vaak voor moeilijk te voorspellen schommelingen in een mensenleven. Iedereen heeft bijvoorbeeld het recht om de sociale rol van "werknemer" op zich te nemen, logischerwijze dus ook mensen met psychische problemen. In werkelijkheid zien we dat werkgevers vaak moeilijk kunnen omgaan met het fluctuerende niveau van stabilisatie. De kans dat iemand met psychische problemen zijn ontslag krijgt, is groot. De psychisch zieke geraakt nadien moeilijker terug in het arbeidscircuit omdat hij moet verantwoorden "waarom hij een jaar uit het arbeidscircuit is geweest". We leggen de lat erg hoog voor mensen met psychische problemen waardoor integratiekansen zienderogen dalen. Ook op het vlak van sociale zekerheid en huisvesting stellen er zich gelijkaardige fenomenen.

Uit voorgaande blijkt dat de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg, de rehabilitatie van individuele burgers met een psychische problematiek in het algemeen – en van personen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen in het bijzonder – pas kan slagen op voorwaarde dat de samenleving ontvankelijk is voor deze burgers en een actief inclusiebeleid voert. Daartoe behoeft de samenleving een non-discriminatiebeleid en een integratiebeleid betreffende mensen met psychische problemen te vergelijken met het in de afgelopen decennia gevoerde inclusiebeleid ten aanzien van personen met een handicap.

Dit vereist het wegwerken van de bestaande drempels die (ex-) psychiatrische patiënten ondervinden voor toegang tot het aanbod van arbeid, sociale economie, vrijwilligerswerk, vrije tijd, ontmoeting, cultuur, vorming, onderwijs, huisvesting...

Momenteel worden minder patiënten opgenomen in de psychiatrische ziekenhuizen en almaar meer patiënten krijgen hulp in hun natuurlijke omgeving of worden in de gemeenschap opgevangen. Het uiteindelijke resultaat is een afbouw van het aantal ziekenhuisbedden en tegelijk een verbreding van het zorgaanbod in de maatschappij. Zorg wordt op die manier een 'zorg van velen' met een gedeelde verantwoordelijkheid.

Deze vermaatschappelijking is ook aan de gang in andere landen. De knelpunten in die verschillende landen zijn grotendeels dezelfde. De de-institutionalisering zou zijn limieten bereikt hebben. Zonder adequate begeleiding kunnen ernstig gestoorde mensen in de maatschappij voor een ernstige overlast zorgen en bestaat het gevaar dat die groep uitgebuit of misbruikt wordt.

Door de vermaatschappelijking van de zorg worden veel actoren op het terrein aangesproken op hun verantwoordelijkheid. Het is de taak van de overheid om dit proces van vermaatschappelijking zorgvuldig te plannen en te sturen zodat de middelen op een rechtvaardige manier worden besteed. Daarnaast dragen de hulpverleners een grote verantwoordelijkheid die verder reikt dan hun contact met cliënten. Er is ook contact nodig met verschillende maatschappelijke organisaties. Tenslotte worden ook de cliënt en zijn familie aangesproken op hun verantwoordelijkheid.

In Deel 1 hebben we de uitdagingen beschreven die het gevolg zijn van de socio-economische ontwikkelingen. Voorts hebben we stilgestaan bij de geschiedenis van de zorg en de huidige vermaatschappelijking ervan. In het volgende deel beschrijven we de huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

## Deel 2

### De organisatie van de zorg vandaag

De bevoegdheden voor (geestelijke) gezondheidszorg zijn volgens de bijzondere wet van 8 augustus 1980 verdeeld over de federale overheid, de gemeenschappen en de federale sociale zekerheid. De programmatie, de normering en de vaststelling van het budget zijn bevoegdheden van de federale overheid. De facto betekent dit dat de federale overheid volksgezondheid bevoegd is voor de programmering, de normering en de financiering van de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis (PAAZ), het psychiatrisch ziekenhuis (PZ), het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), het initiatief beschut wonen (IBW) en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg. De federale sociale zekerheid (RIZIV) financiert de artsenhonoraria, de geneesmiddelen en implantaten, forfaits dagziekenhuizen... Voor een gedeelte legt het RIZIV ook het budget van de PVT's vast.

De Gemeenschappen zijn bevoegd voor de planning, de erkenning en de inspectie op basis van federale normen. De Gemeenschappen kunnen aanvullende erkenningsnormen formuleren die niet in strijd zijn met de federale regelgeving, bijvoorbeeld voor het Vlaamse kwaliteitsbeleid. De Gemeenschappen zijn exclusief bevoegd voor de planning, het toezicht, de erkenning en de financiering van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG).

Voor een geïntegreerde en op elkaar afgestemde geestelijke gezondheidszorg kunnen Gemeenschappen, Gewesten en de federale overheid protocolakkoorden afsluiten.

#### **1. Een coherent beleid voeren**

Deze versnippering in bevoegdheden bemoeilijkt een coherent beleid voor de geestelijke gezondheidszorg. Dertig jaar geleden verdeelde de bijzondere wet van 8 augustus 1980 de bevoegdheden voor geestelijke gezondheidszorg volgens de toen gangbare inzichten en realiteiten: een gezondheidssysteem waarbij de financiering en normering gericht zijn op het in stand houden en ontwikkelen van instellingen, diensten en specialismen.

Willen we in de toekomst een toegankelijke(r), betaalbare en transparante gezondheidszorg, dan moeten we het systeem omschakelen van aanbodgericht naar vraaggestuurd met als uitgangspunt de zorgvraag van de patiënt en de continuïteit van de zorgverlening.

Patiënten verwachten dat huisartsen, ziekenhuizen en gespecialiseerde voorzieningen aangepaste programma's aanbieden in multidisciplinair verband én in samenwerking met elkaar. Met de huidige opsplitsing van bevoegdheden is het niet evident om dergelijke instellingsoverstijgende initiatieven aan te bieden. De verschillende regelgevende bepalingen werken eerder remmend dan faciliterend op de verwachtingen van de patiënt.

In theorie veronderstelt een coherent globaal beleid één en dezelfde overheid die bevoegd is voor alle in een beleidsveld beschikbare instrumenten. De overheid die de wetgeving bepaalt, beheert dan het eraan verbonden overheidsbudget zodat het parlement haar ter verantwoording kan roepen voor regels die ze uitvaardigde, de toepassing ervan, de controle



erop en de financiering. Voor de burgers en de voorzieningen zouden de verantwoordelijkheden dan veel duidelijker zijn. In ons land bestaan er echter cultuurverschillen tussen de Gemeenschappen die een verschillende visie op gezondheidszorg opleveren. In de praktijk heeft de Vlaamse overheid alle belang bij een continu bilateraal overleg met de federale overheid zodat inspanningen van beide overheden op elkaar afgestemd geraken. Dit is ook een premisse voor een duidelijke communicatie met het werkveld en de burgers. In navolging van de interministeriële gemeenschappelijke verklaring van 5 december 2004 kan elke voor de geestelijke gezondheidszorg bevoegde overheid binnen de perken van haar bevoegdheden initiatieven nemen, individueel of in complementariteit, die passen in de uitbouw van de leeftijdsgebonden zorgcircuits in netwerken. Over deze initiatieven en de resultaten hiervan overleggen de initiatiefnemende overheden met de andere overheden tijdens de interministeriële conferenties.

In wat volgt beschrijven we het huidige aanbod in de geestelijke gezondheidszorg op vlak van preventie en curatie, cure en care, generalistische en specialistische zorg.

## **2. Preventief en gezondheidsbevorderend werken**

Het preventiebeleid is een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Veel psychische gezondheidsproblemen kunnen door een gericht preventiebeleid vroeger aan het licht komen en een intensieve behandeling, begeleiding en/of langdurige nazorg overbodig maken. Om tijdig en vooraleer er onomkeerbare schade is aangebracht, ontluikende ziektes en stoornissen te detecteren heeft preventie daarom een centrale plaats in het beleid. Dit blijkt uit initiatieven voor de algemene bevolking (universele preventie), voor risicogroepen (selectieve preventie) en voor personen die al de eerste symptomen vertonen die kunnen leiden tot ziekte/stoornis (geïndiceerde preventie). Aandacht voor leefstijl, vroegtijdige signalering en zelfmanagement zijn sleutelementen van een goed preventiebeleid.

Voor haar preventief gezondheidsbeleid werkt de Vlaamse Gemeenschap met gezondheidsdoelstellingen. Gezien hun linken met geestelijke gezondheidszorg licht ik er twee uit: preventie rond middelengebruik en suïcidepreventie.

De gezondheidsconferentie in 2006 rond middelengebruik formuleerde de volgende gezondheidsdoelstelling: "het realiseren van gezondheidswinst op bevolkingsniveau door tegen het jaar 2015 het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terug te dringen". De doelstelling vormt de kern van het **Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs**. Ze bestaat uit doelstellingen per middel die telkens een percentage bevatten dat tegen 2015 gehaald moet worden in 2015 en dat lager ligt dan het percentage dat werd vastgesteld in het jaar 2004.

Problemen als gevolg van tabak, alcohol en drugs zijn op de eerste plaats gezondheidsproblemen. Alcohol en illegale drugs veroorzaken behalve fysieke gezondheidsproblemen ook psychische en/of psychiatrische problemen. Er is m.a.w. een hoge comorbiditeit tussen alcohol/drugsgerelateerde problemen en psychische problemen. De problematiek is complex en multifactorieel bepaald en vereist een integraal beleid dat berust bij welzijn en gezondheid. Een integrale benadering op Vlaams niveau, op lokaal niveau en op individueel niveau moet leiden tot een daling van het aantal gebruikers en de vermindering van



de schade als gevolg van gebruik. Vertrekkende van een algemene basis van gezondheids promotie zijn specifieke preventie-initiatieven nodig voor tabak, alcohol en illegale drugs op individueel niveau, op groepsniveau (bvb. via klassen, verenigingen) en op settingniveau (bvb. via bedrijven of via een wijkbenadering). De interventies vertrekken van een gemeenschappelijke methodiek en beogen vroegdetectie- en interventie (screening op eerste lijn, motivatiebevordering, kortdurende interventies en begeleiding) en terugvalpreventie (ondersteuning van eerste lijn, via zelfhulp...). Aansluitend moet er een gediversifieerd hulpverleningsaanbod zijn voor de behandeling van problematische gebruikers van alcohol en illegale drugs, ambulante en residentiële. In het ambulante aanbod bvb. ondersteunen alcohol – en drugspreventiewerkers in de CGG intermediären uit verschillende sectoren met consult, outreachend werken, vorming en trainingen in motiverende gespreksvoering.

De Vlaamse overheid heeft een convenant met de Vereniging voor Alcohol- en andere drugproblemen (VAD). De VAD overkoepelt het merendeel van de Vlaamse organisaties die werken rond alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken. Vanuit een gezondheid- en welzijnsperspectief wil ze de Vlaamse bevolking in het algemeen en de intermediären in het bijzonder deskundiger maken in het omgaan met alcohol en andere drugs. Een van de pijlers van de VAD-werking is informatieverstrekking. Dit doet de VAD o.a. via De Druglijn. Al meer dan vijftien jaar beantwoordt De Druglijn via telefoon en e-mail vragen over drank, drugs en pillen. De Druglijn verstrekt informatie, biedt een eerste opvang en verwijst waar nodig door naar gespecialiseerde hulpinstanties. Jaarlijks beantwoordt De Druglijn om en bij de 6.000 vragen van gebruikers, hulpverleners en ouders. De Druglijn heeft via onderzoek de link blootgelegd tussen problematisch middelengebruik en intrafamiliaal geweld en spoort via haar site cannabisgebruikers aan om via zelftestvragenlijsten en online-zelfhulpprogramma's hun cannabisconsumptie te verminderen of volledig te stoppen.

Naast studie en onderzoek, hulpverlening en vorming is de drugpreventiewerking een andere belangrijke pijler van de VAD. De VAD bouwt deze werking uit samen met preventiewerkers (o.a. in de CGG) in Vlaanderen. De preventiewerkers werken op hun beurt samen met sleutelfiguren uit verschillende maatschappelijke sectoren (bijvoorbeeld jeugdwerkers, leerkrachten, bedrijfsmedewerkers, huisartsen, CAW- en OCMW-medewerkers, cafébazen, opvoeders) die het dichtst bij de uiteindelijke doelgroep staan, namelijk de jeugdhuisbezoekers, leerlingen, werknemers enzovoort. De sleutelfiguren kunnen dan ook goed inspelen op reële situaties en gebeurtenissen. VAD zorgt voor ondersteunend materiaal, vorming, consult en afstemming. Voorbeelden hiervan zijn het lespakket 'maat in de shit' voor leerlingen tweede graad secundair onderwijs, de CAO 100 betreffende het voeren van een preventief alcohol- en drugsbeleid in onderneming waarbij er beroep werd gedaan op de expertise en het materiaal van VAD, richtlijnen voor aanvaardbaar alcoholgebruik.

In 2008 kenden we 1027 overlijdens die zelfdoding als doodsoorzaak hebben: 728 mannen en 299 vrouwen. Dit zijn bijna drie zelfdodingen per dag. Bij mannen tussen 20 en 24 jaar en tussen 30 en 50 jaar is het de voornaamste doodsoorzaak en bij vrouwen tussen 15 en 40 jaar.

Wanneer we de evolutie van de sterftcijfers in de periode 1999 – 2008 bekijken, stellen we geen significante trend vast, al daalden de sterftcijfers bij mannen met gemiddeld 1 per 100.000 inwoners tot 2007. In 2008 zien we weer een lichte stijging bij mannen in vergelijking

met 2007 (728 suïcides in 2008 in vergelijking met 681 in 2007). In 2006 en 2007 waren het aantal suïcides bij mannen beduidend lager dan de jaren daarvoor.

Het Vlaamse gewest bevindt zich in het gezelschap van Europese lidstaten met hoge suïcidecijfers. Het Vlaamse suïcidecijfer bevindt zich 1,5 keer hoger dan het EU-gemiddelde. Ook Frankrijk zit hoger dan het EU-gemiddelde. Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk scoren lager.

Naar analogie met de zesde doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie, werd na de gezondheidsconferentie in 2002 de zesde Vlaamse gezondheidsdoelstelling als volgt verwoord: “de sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzicht van 2000.” Om deze doelstelling te verfijnen en te actualiseren en de uitvoering ervan te bevorderen, werd het **Vlaamse actieplan suïcidepreventie** opgesteld dat vijf strategieën bevat: het bevorderen van de geestelijke gezondheid, het bevorderen van laagdrempelige telezorg, deskundigheidsbevordering van professionelen en netwerkvorming, het uitlokken van zelfdoding tegengaan en de zorg voor risicogroepen.

- Aangezien mensen met suïcidale gedachten een hoge comorbiditeit hebben met psychische problemen zetten we in dit actieplan hoog in op **het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de bevolking** (strategie 1).

In mei 2006 werd de website 'Fit in je hoofd' gelanceerd in een publiekscampagne. De campagne brengt het belang van een goede geestelijke gezondheid onder de aandacht en wil het bespreken van psychische problemen uit de taboesfeer halen. Tien concrete stappen zijn een leidraad voor een beter mentaal evenwicht. De campagne is de eerste die preventie op het vlak van geestelijke gezondheid breed onder de aandacht brengt. Met de campagne wou de Vlaamse overheid het publiek ertoe aanzetten zelf actie te ondernemen voor één of verschillende van de tien stappen. Het concept van de tien stappen is evidence-based ontwikkeld door wetenschappers uit Engeland.

De campagne is met zeer goed gevolg opnieuw gelanceerd in februari 2009. Meer dan 130.000 personen bezochten de website in de weken na de lancering. Het succes is gedeeltelijk te verklaren door het feit dat samen met de website een onlinetest aan het publiek werd voorgesteld. De onlinetest bestaat uit verschillende onderdelen: je kunt er je mentale veerkracht mee testen, maar ook depressiviteit, angst, stress en andere klachten komen aan bod. De test biedt geen pasklare oplossing maar doet mensen stilstaan bij mogelijke problemen met hun geestelijke gezondheid. Ze kunnen dan actief op zoek gaan naar gepaste hulp. Voor elk onderdeel van de test krijgt de gebruiker een persoonlijk profiel met meer uitleg over de specifieke klacht. Hij wordt daarbij telkens verwezen naar de website.

In dezelfde strategie ging in 2009 het project “preventiecoaches voor het ondersteunen van een geestelijk gezondheidsbeleid op secundaire scholen” van start. Het doel van dit project is scholen begeleiden voor een op geestelijke gezondheid gericht beleid, met aandacht voor vroegdetectie en een goede doorverwijzing van leerlingen met psychische problemen. Uit de interesse van de scholen blijkt dat de Vlaamse overheid hiermee beantwoordt aan een reële vraag van de scholen. Meer dan honderd scholen hebben zich inmiddels ingeschreven.

Door de Vlaamse scholen is er de laatste jaren veel energie gestoken in het uitbouwen van een goede leerlingenbegeleiding op school. Meer dan vroeger kunnen leerlingen met problemen nu

terecht bij iemand op school. Deze persoon kan hen doorverwijzen naar de juiste vorm van hulpverlening, waar ze in alle vertrouwen hun verhaal kunnen doen. Vele scholen investeren ook in een positief schoolklimaat, van leerling- en ouderparticipatie, van een goed uitgebouwd zorgbeleid,... Scholen vragen en krijgen hiervoor ondersteuning van de Pedagogische Begeleidingsdiensten en Nascholingscentra. Ook de CLB's staan zowel school, leerling als ouders bij. Voorts hebben veel scholen een beleid voor pesten, geweld of drugs. Echter de link naar een ruimere preventie op vlak van geestelijke gezondheid ontbreekt vaak. Het is belangrijk dat alle scholen een kwaliteitsvol schoolactieplan geestelijke gezondheid hebben. Door samenwerking tussen de sectoren onderwijs en gezondheid spreken we jongeren in de scholen aan via een geïntegreerde gezondheidsbevorderende benadering (met links naar geestelijke gezondheid, middelengebruik, pesten en geweld). Leerkrachten, centra voor leerlingenbegeleiding en ouders krijgen een deskundigheidsbevorderende vorming geestelijke gezondheid. Dat moet een grotere alertheid en zorg opleveren voor leerlingen met beginnende symptomen van depressie en signalen van suïcidaliteit. Met de verschillende onderwijskoepels is er een akkoord dat de LOGO's ondersteuning aanbieden aan onderwijsinstellingen die het psychosociaal/mentaal welbevinden van schoolgaande jongeren willen bevorderen. Dit gebeurt via vijf pijlers: het creëren van een gezondheidsbevorderende omgeving, educatie, signaalherkenning en vroegdetectie, begeleiding binnen de school en via de schoolbegeleidingsdiensten en tot slot, begeleiden naar behandeling buiten de school. Het project loopt tot september 2012.

- In de tweede strategie, **het bevorderen van de laagdrempelige telezorg**, werd de werking van het centrum ter preventie van zelfdoding( CPZ), dat o.a. de zelfmoordlijn verzorgt, verder versterkt en uitgebreid. Sinds 2007 is de zelfmoordlijn 7 dagen op 7, 24 uur per dag, bereikbaar. Het CPZ bereikt met de zelfmoordlijn meer dan 10.000 bellers op jaarbasis en met hun onlinehulpverlening bereiken ze alsmaar meer jongeren: 9 op de 10 chatters is jonger dan 30 jaar. Op onlineplaatsen spoort het centrum ter preventie van zelfdoding in samenwerking met Netlog ook risicogroepen op waar over zelfdoding gesproken wordt en tracht zij sensibiliserend te werken voor jongeren met het oog op het verlagen van de drempel naar hulpverlening.

De Vlaamse overheid ondersteunt behalve de zelfmoordlijn nog andere belangrijke hulpverleningsdiensten via telefoon en internet: Tele-Onthaal, kinder- en jongerentelefoon, holebifoon en de eerder vermelde druglijn.

- In een derde strategie **bevorderen we de deskundigheid van professionele hulpverleners** in het leren detecteren van signalen die mensen met suïcidale gedachten uitzenden zodanig dat ze er vroeg kunnen bijzijn en gepast en tijdig kunnen interveniëren. Hiervoor doen we een beroep op de suïcidepreventiewerkers van de CGG die talloze vormingen voor suïcidepreventie gerealiseerd hebben voor welzijn- en gezondheidswerkers, onderwijzend personeel, politiediensten en justitiële instanties.

Uit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de mensen die sterven door zelfdoding of een suïcidepoging doen, een huisarts consulteerden in de maand voor de feiten. Experts vermoeden dat deze consultatie gerelateerd is aan de suïcidale crisis, hoewel die niet altijd expliciet ter sprake komt. Als vertrouwenspersoon en veelzijdig professional kan een huisarts wezenlijk bijdragen tot de preventie van suïcides. Voor huisartsen is een vormingsprogramma beschikbaar op het internet. Dit aanbod werd slechts met mate gebruikt: ongeveer 600 huisartsen volgden de vorming via E-learning. Huisartsen blijken voornamelijk tijdens en na crisissituaties

geïnteresseerd te zijn in vormingen voor suïcidepreventie. Op deze vaststelling voortbouwend wordt sinds kort via het centrum ter preventie van zelfdoding een telehulpdienst voor hen opengesteld. De hulplijn voor huisartsen geeft informatie over preventie van zelfdoding, detectie van signalen, adequate opvang van risicopatiënten en vormingen voor huisartsen. De informatie is telefonisch en in een e-mailservice beschikbaar.

- In 2004 publiceerde de Vlaamse overheid in samenwerking met de Raad voor Deontologie voor de eerste keer aanbevelingen voor journalisten (**strategie 4: het uitlokken van zelfdoding tegengaan**). Wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat bepaalde media-aandacht voor het fenomeen, zelfdodingen in de hand kan werken. En dus rees de vraag hoe een dergelijk imitatie-effect vermeden kan worden. Uit een onderzoek naar de effecten van deze aanbevelingen is gebleken dat er maar weinig verschil bestond tussen 'voor' en 'na' het invoeren van de richtlijnen. Heel wat journalisten hadden kennelijk geen weet van het bestaan ervan. In 2007 werden de mediarijchlijnen geherlanceerd en opgevolgd onder begeleiding van een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers uit de media (Vlaamse Vereniging van Beroepsjournalisten, Raad voor de Journalistiek), suïcidepreventie (Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Project suïcidepreventie in de CGG), nabestaanden en de werkgroep verder bij wie de coördinatie berustte. Een nieuwe brochure met als titel "Als journalist kan je levens redden" werd bezorgd aan alle journalisten en media in Vlaanderen. De richtlijnen bevatten do's en don'ts: gebruik de term zelfdoding, erken de complexiteit van zelfdoding, verstrek informatie over hulpverleningsmogelijkheden, laat een deskundige aan het woord die voor omkadering kan zorgen en respecteer de privacy. Aan journalisten wordt tevens gevraagd om gedetailleerde beschrijvingen en dramatisering of positieve bekrachtiging van het fenomeen te vermijden en extra voorzichtig te zijn met berichtgeving over zelfdoding van een bekend persoon. Uit een onderzoek uitgevoerd in 2009 blijkt dat vrijwel elke journalist de mediarijchlijnen kent en dat, in vergelijking met vroeger, met deze richtlijnen in hoge mate rekening gehouden wordt in de berichtgeving. Spijtig genoeg zijn er af en toe nog negatieve uitschieters wanneer bekende Vlamingen uit het leven stappen. Jaarlijks reikt de werkgroep verder een mediaonderscheiding uit aan de journalist/mediapersoon die het thema zelfdoding en nabestaanden in Vlaanderen op een correcte en constructieve wijze onder de aandacht heeft gebracht.

In deze strategie werken we lokaal samen met de spoorwegen om de gevaarlijke plaatsen, de zogenaamde hotspots, af te schermen.

- En tot slot heeft het Vlaamse actieplan suïcidepreventie in de vijfde strategie **aandacht voor specifieke doelgroepen die een verhoogd risico hebben op zelfdoding**, zoals nabestaanden na zelfdoding, jongeren (zie project preventiecoaches), personen die in de greep zijn van een depressie of een psychose, kinderen van ouders met psychische problemen, homo's en lesbiennes en suïcidepogers. Voor al deze doelgroepen zijn er projecten opgestart.

In het project integrale zorg voor suïcidepogers optimaliseren we met de spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen de opvang en nazorg voor mensen die een suïcidepoging hebben ondergaan. Epidemiologisch onderzoek wijst uit dat een suïcidepoging een belangrijke aanwijzing kan zijn voor nieuwe niet-fatale pogingen en/of een latere fatale zelfdoding. Buitenlands onderzoek toont aan dat tijdens een follow-upperiode van 5 jaar gemiddeld 5% van de suïcidepogers overleed als gevolg van een zelfdoding. Ook blijkt uit onderzoek dat patiënten

die op somatisch én op psychologisch en sociaal vlak opgevangen en geëvalueerd worden, minder geneigd zijn om later een nieuwe poging te ondernemen. De opvang van suïcidepogers na behandeling op een spoedopnamedienst kan dus een belangrijke bijdrage leveren aan de preventie van zelfdoding. Het project leverde een bruikbaar instrument op voor de inschatting van risico's, voor opvang en opvolging van suïcidepogers die via de spoedgevallendiensten in het ziekenhuis terecht komen: het instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van patiënten (IPEO). Op dit ogenblik breiden we deze aanpak uit over heel Vlaanderen. In maart 2010 zijn 26 ziekenhuizen in Vlaanderen al gestart met IPEO, 15 andere ziekenhuizen die een engagementsverklaring getekend hebben, starten later in 2010.

Het project streeft nadrukkelijk een betere samenwerking na van de spoedgevallendiensten met de eerste lijn (o.a. huisartsen), PAAZ-en, psychiatrische ziekenhuizen en de CGG.

Met het IPEO instrument verzamelen we in samenwerking met de eenheid voor zelfmoordonderzoek epidemiologische gegevens over de prevalentie van pogingen tot zelfdoding. Uit deze gegevens blijkt dat in Vlaanderen jaarlijks 10500 suïcidepogingen ondernomen worden. Dat zijn 28 pogingen per dag. Jongvolwassenen, vrouwen, alleenstaanden, laaggeschoolden en werklozen hebben een verhoogd risico. Minstens de helft van de suïcidepogers ondernam één of verschillende pogingen. Vele pogers denken nog een nieuwe poging te ondernemen, een op de 10 heeft spijt dat de poging mislukt is. 55% heeft psychische klachten en psychiatrische problemen die al maanden of jaren aanwezig waren, 55 % heeft relationele problemen, 35% is eenzaam, 31% heeft problemen met de ouders. Na de eerste opvang geeft 85% aan dat ze verdere begeleiding wensen: de helft wenst ambulante begeleiding, één op de 3 wenst residentiële opvang.

Psychoses en in het bijzonder schizofrenie bij jonge personen worden eveneens in verband gebracht met een hoog risico op zelfdoding. Ten minste 10% van de patiënten met een psychotische aandoening overlijdt door zelfdoding. Onderzoek geeft aan dat een vroege detectie en een vroege interventie bij personen met een ultrahoog risico op psychose niet alleen het risico op zelfdoding doet afnemen maar ook de ontwikkeling tot een psychose afremt. In het project vroegdetectie en interventie voor jongvolwassenen die de eerste tekenen van een psychose vertonen, werkt een zorgregioteam. Het bestaat minimaal uit personeel van een CGG, een psychiatrisch ziekenhuis en een project psychiatrische zorg in de thuissituatie. Het team ontwikkelt een zorgpad met inbegrip van diagnostiek, een gespecialiseerd aanbod in ambulante en residentiële zorg, aanklappende interventies aan huis, empowerment van de patiënt en zijn familie en de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen. Op dit moment zijn er vijf regiotteams actief in Vlaanderen: Halle, Waasland, Leuven-Hageland, Antwerpen en Brugge.

MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy) is een vorm van cognitieve groepstherapie, waarbij de patiënt meditatietechnieken leert aanwenden om meer afstand te nemen van negatieve stemmingen en gedachten. Het universitair ziekenhuis van Gent voerde tussen 2005 en 2008 een onderzoek naar de doeltreffendheid van MBCT bij personen met terugkerende depressies. De resultaten van het onderzoek zijn opvallend. In een controlegroep, met patiënten die geen MBCT volgden, hervielen bijna 70% van de mensen in de loop van het jaar in minstens één nieuwe depressie. In de groep van mensen die wel MBCT volgden, was dat slechts het geval bij 30%. Het herval in depressie kwam ook sneller bij mensen die geen MBCT volgden. De onderzoekers stelden bovendien vast dat MBCT op korte en langere termijn een gunstig



effect heeft op verschillende kenmerken die een rol spelen in de kwetsbaarheid voor depressie en op de risicofactoren voor suïcidaal gedrag:

- een vermindering van depressieve symptomen
- een verbetering van de globale lichamelijke en psychische status
- een vermindering van angst
- een daling van de mate van piekeren
- een veranderd (gunstiger) patroon van probleemoplossende vaardigheden
- een stijging van de mate van aandachtgerichtheid en een verbetering van de levenskwaliteit

In deze strategie werden ook kinderen van ouders met een psychische stoornis (KOPP) gezien als een risicogroep voor psychische stoornissen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt namelijk dat 30 tot 70% van de kinderen van ouders met een psychiatrisch probleem zelf een psychische stoornis ontwikkelt. Deze zijn voornamelijk het gevolg van spanningsvolle opvoedingssituaties en niet in de eerste plaats erfelijk bepaald. Vooral gezinsgerichte interventies blijken effectief en kunnen de ontwikkeling van depressies en andere psychische problemen in een latere fase vermijden. Het UZ Kortenberg heeft aan de hand van een interventiestudie de effectiviteit van gezinsinterventies nagegaan in Vlaanderen. Het projectonderzoek leidde niet tot het gewenste resultaat, er was onvoldoende animo in de doelgroep zelf om van de hulp gebruik te maken en de leden herkenden zich ook niet als risicogroep voor zelfdoding. Het project werd stopgezet. Ondanks dit negatieve onderzoeksresultaat blijft de nood om het taboe rond KOPP te doorbreken hoog. KOPP-Vlaanderen heeft een aantrekkelijke en kindvriendelijke website ([www.koppvlaanderen.be](http://www.koppvlaanderen.be)) ontwikkeld waarin kinderen maar ook ouders, hulpverleners en andere betrokkenen tal van handvatten aantreffen. De website bevat informatie over psychische problemen en wat er aan de hand is met hun ouder, wat men kan ondernemen en wat er aan hulpverlening ter beschikking staat. Voorts moeten hulpverleningsdiensten aanhoudend gesensibiliseerd worden om bij opname of bij de start van een behandeling aandacht te hebben voor deze doelgroep.

33 tot 45% van de holebi's heeft tijdens het opgroeien gedachten van zelfdoding. 12,4% van de homojongens onderneemt effectief een poging tot zelfdoding. Tegenover 5,9% bij heterojongens, is dat meer dan het dubbele. Bij lesbische meisjes ligt dat cijfer zelfs vijf maal zo hoog: 25% tegenover 5,4% van de heteromeisjes. In het project werden pakketten voor deskundigheidsbevordering van hulpverleners samengesteld, gericht op de problematiek van homoseksuelen en lesbiennes in relatie tot depressie en zelfdoding. Daarnaast zijn ook vormingen voor suïcidepreventie aangeboden aan holebihulpdiensten.

Nabestaanden na zelfdoding lopen een groter risico om depressieve gevoelens en suïcidale gedachten te ontwikkelen. Het aantal nabestaanden in de Vlaamse bevolking wordt geraamd op 110.000, van wie 8% lijdt aan een depressie. De Vlaamse overheid ondersteunt de Werkgroep Verder, die in heel Vlaanderen en in Brussel- hoofdstad 16 werkgroepen met nabestaanden organiseert en coördineert. De werkgroepen worden begeleid door hulpverleners uit de CGG en ervaringsdeskundigen en worden gepromoot via een interactieve website. De Werkgroep Verder organiseert jaarlijks een dag voor de nabestaanden en geeft vormingen voor intermediairen over rouwen na zelfdoding. Tot slot onderneemt de werkgroep acties voor een betere houding van de werkgever ten opzichte van de werknemer die nabestaande is.

Voor de ondersteuning van het Vlaamse actieplan suïcidepreventie zijn in de provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werkgroepen actief die het beleid en de uitvoering op locoregionaal niveau coördineert. De locoregionale werkgroepen bestaan uit een samenwerking tussen de LOGO's, (de suïcidepreventiewerkers van) de CGG en de overlegplatforms geestelijke gezondheid.

Het Vlaamse actieplan suïcidepreventie steunt op wetenschappelijk onderzoek dat ons betere inzichten moet verschaffen over suïcidaliteit. De eenheid voor zelfmoordonderzoek verzamelt gegevens over de prevalentie van zelfdodingpogingen in de algemene bevolking van een geografisch goed gedefinieerd gebied, brengt het zorgtraject van suïcidepogers in kaart en evalueert het resultaat van de voortgezette zorg.

Een literatuuronderzoek van het steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin naar verklarende factoren voor de verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met andere Europese landen, is net afgerond. Het onderzoek legt geen causale verbanden bloot. Hooguit komen de onderzoekers tot een aantal associaties die tot nadenken stemmen en meer onderzoek vergen. Zo blijkt dat de manier waarop zelfdoding als doodsoorzaak geregistreerd en gecodeerd wordt in de landen (Frankrijk, Nederland, België en Duitsland) die in het onderzoek betrokken werden, aangeeft dat het reële suïdecijfer in deze landen waarschijnlijk hoger ligt dan de cijfers waarover we nu beschikken. Europa moet dus de registratie- en coderingsprocedures standaardiseren. Het aantal suïcides vergeleken onder de landen is niet gerelateerd aan de frequentie van voorkomen van psychiatrische stoornissen in deze landen. Wel stellen de onderzoekers vast dat psychotherapie in landen met lage suïdecijfers duidelijk beter is ingeburgerd. Vlamingen gebruiken meer algemene medisch georiënteerde hulpverlening, terwijl mensen in Duitsland en Nederland vaker hulp krijgen in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De onderzoekers stellen ook vast dat de hulpverlening voor psychosociale en psychiatrische stoornissen in België minder gestroomlijnd verloopt dan in de buurlanden.

### **3. Curatieve zorg.**

Curatie lijkt een zorg van velen te zijn. Huisartsen, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en de Centra voor LeerlingenBegeleiding (CLB) zijn belangrijke actoren in de eerste lijn. Zorgverstrekkers die traditioneel in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg gepositioneerd worden zijn de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de zelfstandige psychiaters en psychologen- psychotherapeuten. In de derde lijn bevinden zich de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen verbonden aan de algemene ziekenhuizen, de initiatieven beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen. Tot slot zijn er tal van samenwerkingsinitiatieven en overlegplatformen die regionaal de zorg- en hulpverlening in goede banen leiden.

### 3.1. De actoren op de eerste lijn

In de eerstelijnszorg in Vlaanderen werken verschillende organisaties, zelfstandigen en overkoepelende diensten uit verschillende sectoren: de huisarts, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk, de Centra voor LeerlingenBegeleiding, het OCMW en het lokaal sociaal huis, de telefonische en online hulp – en crisislijnen, de projecten voor psychiatrische thuiszorg, de teams voor thuisverpleging, de diensten voor gezinszorg, de lokale en regionale dienstencentra, de organisaties voor mantelzorgers en gebruikersorganisaties enz. Deze actoren spelen al geruime tijd een belangrijke rol in de zorg voor personen met psychische problemen. De aandacht voor de structuur en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg is echter vrij recent. Enkele van deze actoren worden hieronder kort beschreven.

De huisarts heeft een centrale rol in de eerstelijnszorg en werkt via een huisartsenpraktijk, een groepspraktijk of in een wijkgezondheidscentrum. De huisarts is in de gezondheidszorg de centrale figuur die continuïteit van zorg garandeert en de toegang tot specialistische zorg. Voor geestelijke gezondheidszorg is dit niet anders: de meeste personen die een tweede of derdelijndienst raadplegen worden door hun huisarts verwezen. Dankzij zijn regelmatige en in tijd gespreide contacten met de patiënt, de typische vertrouwensrelatie en zijn biopsychosociaal model van werken, is de huisarts meestal de eerste hulpverlener die geconfronteerd met veranderingen in het psychisch functioneren van zijn patiënt. Uit de databank van het huisartsenregistratienetwerk Intego blijkt dat de huisarts in één op de vijf consultaties psychische problemen vaststelt. Als diagnosticus detecteert en bespreekt de huisarts de psychische component van de klachten. Voor de behandeling kan de huisarts deels zelf voor de begeleiding instaan, zeker voor de milde psychische aandoeningen. Het is essentieel dat de huisarts samen met de patiënt bekijkt wat precies het probleem is en welke de meest aangewezen behandelmogelijkheden zijn. Naast zijn rol op het vlak van vroegtijdige detectie van psychische problemen, speelt de huisarts, mede door zijn kennis van het zorgaanbod in zijn regio, tevens een belangrijke rol in de psychosociale omkadering van de patiënt en in het doorverwijzen naar andere specialisaties. Ook na een opname in een residentiële GGZ-voorziening blijft de huisarts een belangrijke rol spelen in de verdere verzorging van de persoon.

De centra voor algemeen welzijnswerk (CAW) zijn voorzieningen die algemeen welzijnswerk organiseren en daarvoor door de Vlaamse regering erkend zijn als één van de volgende types: centrum voor teleonthaal, centrum voor algemeen welzijnswerk van de ziekenfondsen en autonoom centrum voor algemeen welzijnswerk. Algemeen dragen deze centra bij tot een menswaardig bestaan, door de toegankelijkheid en bereikbaarheid van maatschappelijke basisvoorzieningen te bevorderen, door problemen op het gebied van sociale integratie en persoonlijk functioneren te voorkomen en door oplossingen aan te bieden voor personen die een beroep doen op deze centra. De centra voor teleonthaal zijn permanent bereikbare telefonische hulpdiensten met deskundige vrijwilligers. Zij zorgen voor emotionele opvang, verstrekken informatie en advies en verwijzen zonedig door naar de meest geschikte vorm van professionele hulpverlening. De autonome CAW's bieden een antwoord op een veelheid aan vragen over persoonlijke en relationele problemen, sociale uitsluiting en problemen van daders en slachtoffers. De hulpverlening varieert van informatie en advies tot begeleiding, al dan niet met residentiële opvang. Uit de registratiegegevens van 2008 blijkt dat een kleine 100.000 personen een beroep deden op de diensten van de CAW's. De meest geregistreerde



problematieken zijn relationele problemen (26%), psychische problemen (23%), materiële en financiële problemen (22%) en administratieve en juridische problemen (22%). Net als de huisartsen vangen CAW's in eerste instantie mensen met psychische problemen op. Voor mensen met een ernstige psychische en/of psychiatrische problematiek streeft het CAW naar een gedeelde zorg met de geestelijke gezondheidszorg. Voor het bevorderen van en met het oog op een verbeterde duurzame samenwerking tussen CAW en CGG heeft de Vlaamse Overheid in 2008 een eenmalig bedrag (700.000 euro) ter beschikking gesteld. De samenwerking behelst onder meer volgende opdrachten: ondersteuning van de onthaalwerking van CAW, wederzijdse kennis- en informatie-uitwisseling, verbetering van kwaliteit van doorverwijzing en opvolging, ruimte maken voor crisisinterventies, realiseren van continuïteit van zorg en het regionaal uitwerken van een visie en aanpak van gedeelde zorg.

De centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) hebben als opdracht bij te dragen tot het welbevinden van leerlingen zodat ze hun kennis en vaardigheden in de beste omstandigheden kunnen ontwikkelen. De begeleiding van de leerlingen door de CLB's betreft het leren en studeren, de onderwijsloopbaan, de preventieve gezondheidszorg en het psychisch en sociaal functioneren. Niet alleen leerlingen maar ook ouders, leerkrachten en schooldirecties kunnen een beroep doen op het CLB voor informatie, hulp en begeleiding. Als de CLB-begeleiding ontoereikend is, doen ze beroep op consult van gespecialiseerde diensten en/of verwijzen ze door naar deze diensten zoals bvb. de CGG's.

De projecten psychiatrische zorg in de thuissituatie zijn er voor psychiatrische patiënten met een complexe en chronische problematiek in de thuissituatie. Zo begeleiden ze bijvoorbeeld het maatschappelijk functioneren na opname in een residentiële psychiatrische voorziening. De projecten dragen er toe bij dat mensen met een psychiatrische aandoening zich langer en beter in de thuissituatie kunnen handhaven, zodat opnames zoveel mogelijk vermeden kunnen worden. De projecten sensibiliseren en coachen de reguliere thuiszorg voor psychiatrische zorg aan patiënten in de thuissituatie en coördineren de zorgen voor deze patiënten. Verpleegkundigen van een dienst voor thuiszorg of een dienst voor thuisverpleging staan naast hun verpleegkundige activiteiten eveneens in voor het opvolgen van de psychische, de sociale en de gezondheidstoestand van de patiënt. Ook ondersteunen zij de mantelzorgers die in sterke mate afhankelijk zijn van de deskundigheid van de thuisverpleger. De projecten psychiatrische zorg ondersteunen op hun beurt de zorg- en hulpverleners in de thuissituatie en bevorderen de samenwerking tussen de reguliere thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg.

De huisarts, de CAW, de CLB en de projecten psychiatrische thuiszorg zijn maar enkele actoren die een belangrijke rol spelen in de eerstelijnszorg. Andere actoren die eveneens van belang zijn in de zorg voor personen met psychische problemen zijn het OCMW, de diensten voor gezinszorg (uit registratiegegevens 2009 blijkt dat bij ongeveer 15 % van de hulpvragen psychische, psychiatrische en relationele problemen als hoofd- of nevenreden worden aangegeven), de dienstencentra...

De samenhang en de samenwerking tussen al deze actoren is niet altijd even zichtbaar en soms zelfs afwezig. Het geheel wordt nog complexer doordat verschillende actoren in de specialistische, tweede en derdelijns geestelijke gezondheidszorg elk vanuit hun eigen situatie antwoorden bedacht hebben op de stijgende zorgvragen en op het organiseren van de continuïteit in de zorg. Voor een kwalitatief goede zorg heeft elk voor de eigen cliënt almaar

meer nevenactiviteiten ontwikkeld zodat er een kartel ontstaat van zorg in één sector gaande van residentiële hulpverlening tot ambulante consultaties. Het gevolg is overlappings in het ambulante zorgaanbod tussen de CAW's (eerste lijn) en de CGG's (tweede lijn) maar ook tussen de CGG's en het psychiatrisch ziekenhuis en de poliklinieken (derde lijn). Toch wordt een psychotherapeutische behandeling in het CGG en een psychosociale begeleiding door bvb. het CAW of het CLB als complementair beschouwd als ze passen in een model van getrapte zorg. Echelonnering of getrapte zorg betekent dat het zorgaanbod – naar medisch model – zo gestructureerd is dat er een trapsgewijze overgang is van een generalistische eerste lijn naar een specialistische tweede en derde lijn.

### **3.2. De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)**

De hoofdpdracht van het CGG is het behandelen van mensen met ernstige psychische en psychiatrische problemen. De multidisciplinaire samenwerking tussen voornamelijk psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers zorgt ervoor dat alle elementen in rekening worden genomen die van belang zijn voor de geestelijke gezondheid van de cliënt en zijn omgeving.

De vooropgestelde kerntaken van een centrum geestelijke gezondheidszorg zijn:

- diagnostiek en indicatiestelling
- ambulante behandeling en begeleiding via een verscheidenheid aan psychotherapeutische en psychiatrische methodieken voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen
- dienstverlening aan andere voorzieningen/hulpverleners via adviesverlening, consult, coaching, supervisie en preventie.

Volgens de gegevens van het agentschap zorg en gezondheid bereiken de CGG jaarlijks ongeveer 50.000 mensen (in 2009: 51.375). De gemiddelde duur van een behandeling in 2009 was 472 dagen. Dit is een gemiddelde van ongeveer 9 hulpactiviteiten per zorgperiode. In totaal werden er 480.149 hulpverleningsactiviteiten gepland waarvan er 388.971 zijn doorgedaan. De grootste groep van cliënten is tussen 18 en 59 jaar oud (67%), 26% is jonger dan 18 en 7% is ouder dan 60 jaar. Er is jaarlijks een duidelijk verloop onder de cliënten: 54% van de cliënten zijn nieuwe aanmeldingen. 24% van de cliënten is al meer dan een jaar in behandeling. Behalve in de leeftijdscategorie 0 tot 17 jaar consulteren iets meer vrouwen dan mannen een CGG: 54% tegenover 46%. De grootste doorverwijzers voor kinderen en jongeren zijn de onderwijssector en de gezondheidssector, bij volwassenen zijn dat de huisarts, de welzijnssector en de justitiesector en bij ouderen de ouderenzorg en de huisarts.

De gemiddelde wachttijd in een CGG bedraagt 33 dagen. Dit gemiddelde verschilt fors volgens regio. 70% krijgt binnen de maand een intake, 17% moet één tot twee maanden wachten. Kinderen en jongeren moeten gemiddeld langer wachten op een eerste gesprek dan andere leeftijdscategorieën: gemiddeld 50 dagen tegenover 26 dagen bij volwassenen en 15 dagen bij de ouderen. De wachttijd voor verslavingszorg en forensische zorg bedroeg in 2009 gemiddeld 32 dagen. Tot slot starten 66% van de cliënten met de behandeling binnen de maand na de intake.

Het decreet van 18 mei 1999 voor de geestelijke gezondheidszorg heeft geleid tot een bestuurlijke en organisatorische schaalvergroting van de CGG. In de periode van 1975 tot 2000 was de sector kleinschalig georganiseerd: 84 erkende centra met gemiddeld 7 VTE medewerkers, alle functies inbegrepen. Door het decreet is er een ingrijpende herstructurering gekomen: momenteel zijn er 20 CGG die in totaal 931,34 VTE te werk stellen (situatie op 1/1/2010). Het kleinste centrum telt 23 VTE, het grootste 91 VTE. De schaalvergroting in 1999 en de daarmee gepaard gaande invoering van de directiefunctie heeft het beheer en het bestuur van de centra geprofessionaliseerd. Dit was noodzakelijk opdat de organisatie beter zou kunnen inspelen op nieuwe verwachtingen op het vlak van kwaliteitsbeleid, transparante tijdsbesteding en methodisch handelen.

Uit een syntheserapport van de eerste auditcyclus (2005-2007) sinds de schaalvergroting blijkt dat de CGG een product leveren waar een zeer grote maatschappelijke vraag naar is. De auditoren concluderen dat de schaalvergroting een belangrijke meerwaarde heeft opgeleverd maar dat het globale proces nog niet gestabiliseerd is. Hier en daar is nog ondersteuning door de koepelorganisaties (Zorgnet Vlaanderen en de Federatie voor Diensten Geestelijke Gezondheidszorg) wenselijk. Voorts wijzen zij er op dat de inzet van het personeelsbestand in de verschillende kerntaken beter kan en pleiten ze voor een weloverwogen keuze van streefcijfers voor tijdsbesteding voor verschillende doelgroepen.

Andere knelpunten uit het auditrapport zijn:

- het steeds groter wordende probleem van beschikbaarheid van (kinder)psychiaters in de sector. Hoewel de CGG sinds het invoeren van de enveloppenfinanciering de autonome mogelijkheid hebben om behoorlijke loon- en arbeidsvoorwaarden te bieden aan deze beroepsgroep, is de mededinging van andere sectoren en van buurlanden zeer groot. De activiteiten van de psychiaters in een CGG zijn niet louter te vatten in een prestatiegebonden financiering en honorering gezien zij ook dienen te participeren aan niet-patiëntgebonden activiteiten zoals preventie, uitbouw van samenwerkingsverbanden, outreaching, beleidsvoorbereidend werk... Hun prestaties worden in het medico-mut-akkoord niet op dezelfde manier gewaardeerd als de prestaties voor de uitoefening van de psychiatrie in het kader van de ziekenhuisdiensten wat een zware hypotheek legt op de mogelijkheden van CGG om (kinder)psychiaters te rekruteren en in dienst te houden.
- het fenomeen van de wachttijden en de daaruit voortvloeiende wachtlijsten. De schaalvergroting is onvoldoende gepaard gegaan met een verruiming van de hulpverleningscapaciteit. Die moest het mogelijk maken het aanbod beter af te stemmen op de zorgbehoefte, zeker waar de beschikbare capaciteit van een CGG beneden het sectorgemiddelde ligt.
- de noodzaak aan promotie van een aantal principes van methodisch handelen en behandelplanning.

Dit laatste punt blijkt duidelijk uit een actieonderzoek dat het onderzoeksinstituut LUCAS in de periode 2005-2007 uitvoerde in opdracht van de Vlaamse overheid. Het actieonderzoek vond plaats in de West-Vlaamse centra voor geestelijke gezondheidszorg. De doelstelling was om in deze CGG's de principes van 'getrapte zorg' te introduceren en het zorgaanbod voor personen met een depressie te verbeteren.

Het onderzoek biedt een aantal aanbevelingen die nog steeds relevant zijn:

- het sterker uitbouwen van psychodiagnostiek en indicatiestelling als een proces van exploratie met hypothesevorming en (waar nodig) toetsing dat leidt tot een behandelplan.
- het aanbieden van diagnostisch, aanpak en begeleidingsconsult aan eerstelijns hulpverleners. Door de deskundigheidsbevordering van de eerste lijn, kan een groep patiënten behandeld worden door de eerste lijn en zullen de verwijzingen naar het CGG (en dus ook de wachtlijsten) afnemen.
- de tijdsinvestering in overleg moet even sterk gewaardeerd worden als de tijdsinvestering in hulpverleningscontacten. De samenwerking met externe zorgpartners in de regio moet goed uitgebouwd worden om een gedeelde, kwalitatieve zorg te kunnen aanbieden.
- het meer diversifiëren van het zorgaanbod. In aanvulling op de klassieke psychotherapeutische en medisch - farmacologische benaderingen moet er geïnvesteerd worden in flexibele toepassingsmodaliteiten en aanbodsvormen aan de zorgvragers.
- de uitbouw van een vorming-, training- en opleidingsbeleid om de competenties van de verschillende teamleden te verbreden.

Via een project van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in opdracht van het agentschap Inspectie en in nauw overleg met de sector werden in 2009 een aantal structuurkenmerken onderzocht die als kwaliteitsvereisten kunnen dienen voor de CGG. De weerhouden kwaliteitsvereisten (behandelplan, omgevingsanalyse, competentie management, website, diagnostisch proces en NOA (niet op afspraak)-beleid) vormen een vertrekbasis voor een verdere operationalisering waarvoor de dialoog op sectorniveau kan gevoerd worden. Wat het meten van uitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg betreft, introduceert de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke gezondheid momenteel een uitkomstenmodel dat de behandelresultaten van o.a. de CGG periodiek in kaart brengt.

In de uitbreiding van middelen naar de CGG in de afgelopen jaren heeft de Vlaamse overheid twee accenten willen leggen:

1° Dat de CGG's in hun regio goed met elkaar samenwerken maar ook met de belendende sectoren. Het is voor de CGG's van cruciaal belang dat ze goed hun linken met de eerste lijn en de derde lijn verzorgen, dat ze preventie met curatie blijven verbinden en dat ze de overgang van generalistische naar specialistische zorg opvolgen en bewaken.

2° Dat de CGG meer toegankelijk zijn voor doelgroepen die ze nu minder bereiken.

In 2008 en 2009 zijn er verschillende uitbreidingen gerealiseerd voor outreaching. Outreachend werken is een verzamelnaam voor vindplaatsgerichte activiteiten en methoden waarbij de veldwerker de veiligheid van de eigen organisatie verlaat en zich begeeft in een andere omgeving met inbegrip van de daar geldende normen en waarden, hetzij de leefwereld van de hulpvrager zelf, hetzij een andere organisatie of sector waarmee samengewerkt wordt teneinde hulpverlening beter te organiseren op maat van de cliënt.

Zo hebben de CGG's middelen gekregen voor outreaching naar senioren (750.000 euro), naar bijzondere jeugdzorg (500.000 euro), naar personen met een handicap en bijkomende psychische problemen (100.000 euro), voor het inpassen van psychologische hulp in het strategisch plan voor gedetineerden en geïnterneerden (800.000 euro), en voor psychische hulpverlening voor asielzoekers en vluchtelingen (100.000 euro). Daarnaast is er in 2008 ook een eenmalige incentive (700.000 euro) aan de CGG's gegeven om de samenwerking met de CAW in hun regio te intensifiëren.

Met deze outreachingsopdrachten zetten de CGG's in Vlaanderen een gezamenlijke stap, verhogen ze hun visibiliteit voor de sector, stellen ze proactief hun expertise ter beschikking, wisselen ze onderling goede praktijken uit, versterken ze elkaar en spelen ze voornamelijk ook korter op de bal. Het is duidelijk dat de opdrachten bepaalde lacunes in het veld hebben ingevuld. De outreachopdracht voor ouderen bijvoorbeeld heeft er voor gezorgd dat alle CGG's over een apart ouderenteam beschikken waar er voorheen slechts enkele CGG's zulk een team hadden.

In 2009 werd met de CGG een nieuwe overeenkomst getekend voor de periode van drie jaar. Bij elke overeenkomst hoort een beleidsplan. De beleidsplannen werden grondig voorbereid door elk CGG, werden uitvoerig besproken en onderhandeld met het agentschap Zorg en Gezondheid en werden geëvalueerd door het agentschap in samenspraak met het kabinet. De beleidsplannen werden allemaal goedgekeurd en de CGG's kregen een geïndividualiseerde brief met feedback over sterke punten en zwakke punten waar ze de komende drie jaar extra aandacht aan moeten besteden. Met de start van de convenant werden aan de CGG extra middelen (896.000 euro) gegeven om de zwakke punten binnen hun beleidsplan aan te pakken. De specifieke noden variëren per CGG: te weinig psychiaters, doelgroepen (vooral kinderen en jongeren) die minder goed bereikt worden, te weinig overheadpersoneel, behoefte aan extra personeel voor basiswerking...

Naast de CGG is er in de tweede lijn een markt van zelfstandig gevestigde psychiaters, psychologen en andere gezondheid- en welzijnswerkers al dan niet met een psychotherapeutische opleiding, die een deel van de ambulante zorg – meestal psychotherapie - aanbieden.

In tegenstelling tot psychologen, die een opleiding in de menswetenschappen kregen, hebben psychiaters een medische achtergrond. Zij hebben geneeskunde gestudeerd met een specialisatieopleiding in de psychiatrie. Daarnaast hebben heel wat psychiaters aanvullend een psychotherapieopleiding genoten. Omdat een psychiater een arts is, erkend door het RIZIV, kan hij medicatie voorschrijven en wordt een psychiatrisch consult gedeeltelijk terugbetaald.

Een psycholoog is iemand die een Master in de psychologie heeft. Een psycholoog tracht via verschillende methoden, technieken en benaderingswijzen het menselijk functioneren te onderzoeken en te verklaren. In België is de titel van psycholoog bij de wet van 8 november 1993 beschermd. Personen die de titel willen dragen moeten zich registreren bij de Psychologencommissie, die nagaat of iemand over het geschikte diploma beschikt. In 2009 hebben zich 6058 personen geregistreerd: 273 psychologen hebben zich opgegeven als zelfstandige in hoofdberoep, 553 in bijberoep. De psychologencommissie maakt geen onderscheid volgens klinische, arbeids- of schoolpsychologen of psychotherapeuten omdat deze beroepen tot vandaag niet wettelijk geregeld zijn. Het is dus onmogelijk om een overzicht te

verkrijgen van het aantal vrij gevestigde therapeuten met als gevolg een ondoorzichtig kluwen van zorgaanbieding met uiteenlopende kwaliteit. Op voorwaarde van erkenning door de psychologencommissie, zijn psychologen sinds 15 mei 2008 vrijgesteld van de verplichting om 21% BTW aan te rekenen bij de behandeling van hun cliënten.

Een psychotherapeut is in het meest voorkomende geval een psycholoog, een psychiater of een maatschappelijk werker die een opleiding psychotherapie gevolgd heeft, meestal in één van de vier erkende scholen: (cognitieve) gedragstherapie, client-centeredtherapie (counseling), systeemtherapie (relatie - en gezinstherapie) en psychodynamische therapie (psychoanalyse). Deze scholen hebben gemeen dat zij psychische problemen behandelen aan de hand van gesprekstherapie. Toch bestaat er geen erkend diploma en is de titel 'psychotherapeut' niet beschermd. Iedereen kan zich psychotherapeut noemen, ook iemand die geen relevante kwalificatie heeft.

In België worden de gezondheidsberoepen gereguleerd in het Koninklijk besluit van 1978. De wet regelt de uitoefening van de geneeskunde en enkele aanverwante beroepen (tandartskunde, vroedkunde, kinesithérapie, verpleegkunde en paramedische beroepen). De beroepen klinisch psycholoog, seksuoloog, orthopedagoog en psychotherapeut zijn niet wettelijk geregeld. Dit betekent dat zowel de beroepsbeoefenaar als de cliënt zich hierdoor in een kwetsbare positie bevinden. Bovendien ontbreekt het de cliënt op die manier aan kwaliteitsgaranties. Het afgelopen decennium is een aantal wetsontwerpen de revue gepasseerd en verworpen. Momenteel ligt een wetsvoorstel voor dat psychotherapie als een specialisatie van de gezondheidsberoepen definieert, in de lijn van het advies van de Hoge Gezondheidsraad uit 2005. Concreet betekent dit dat 'de psychotherapeut' niet bestaat. De bevoegdheid voor het uitoefenen van psychotherapie zou kunnen toegevoegd worden aan de vaardigheden waarover men beschikt in het beroep waarvoor men al erkend is (bvb. klinisch psycholoog-psychotherapeut, psychiater -psychotherapeut, seksuoloog-psychotherapeut..). Dit principe versterkt echter ook de noodzaak om in de allereerste plaats werk te maken van de erkenning van de titels klinische psychologie, orthopedagogie en seksuologie.

### **3.3. Geestelijke gezondheidszorg op de derde lijn.**

In België is er, ondanks de reconversies die einde vorige eeuw zijn gebeurd, nog steeds een overaanbod van bedden. De capaciteit van het residentiële GGZ-aanbod is in België om historische redenen altijd groter geweest dan in de ons omringende landen. Ondanks de stappen die werden gezet om de GGZ meer in de samenleving te verankeren, kampt België met één van de hoogste ratio's van psychiatrische bedden per aantal inwoners. In 2008 publiceerde de WHO haar rapport '*Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges*'. Daaruit bleek dat België over 152 psychiatrische bedden (in PZ'en en PAAZ'en) per 100.000 inwoners beschikt. Van alle Europese landen heeft enkel Malta een nog hogere ratio met meer dan 180 bedden per 100.000 inwoners.

In Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is er een verscheidenheid aan residentiële zorgvormen. Medio 2010 heeft de Vlaamse overheid 39 psychiatrische ziekenhuizen (PZ) erkend. Deze PZ worden uitgebaut op 44 verschillende plaatsen in Vlaanderen. Psychiatrische ziekenhuizen bieden gespecialiseerde zorg voor mensen met psychiatrische problemen die



vrijwillig of gedwongen zijn opgenomen. Behalve voltijdse dag en/of nachtopname en psychiatrische verzorging kan een psychiatrisch ziekenhuis ook poliklinische raadplegingen en dagverpleging aanbieden. Op de opname – en observatieafdelingen onderzoekt men aan welke stoornis de patiënt lijdt en welke behandeling nodig is. Soms kan een patiënt na een korte opname naar huis en ambulante verder geholpen worden. Als dit niet zo is, dan gaat de patiënt naar een gespecialiseerde afdeling voor de behandeling van een depressie, middelen- en alcoholmisbruik, psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen.... Patiënten worden vrijwillig of gedwongen opgenomen. Patiënten die in een gedwongen statuut verblijven, mogen de afdeling of het ziekenhuis niet verlaten. Patiënten die vrijwillig zijn opgenomen, mogen dit wel mits bepaalde afspraken worden nageleefd. Ontslag uit het ziekenhuis wordt met de patiënt en het hulpverleningsteam besproken. Er zijn verschillende mogelijkheden na een verblijf in een ziekenhuis. Sommige patiënten verhuizen naar beschut wonen of naar een psychiatrisch verzorgingstehuis, anderen gaan naar huis en worden daar ondersteund door psychiatrische thuiszorg of door een psychiater. Patiënten kunnen na een opname nabehandeling krijgen. Dit betekent dat zij overdag naar het ziekenhuis komen en een aangepast programma volgen en 's avonds naar huis terugkeren.

Een psychiatrische afdeling verbonden aan een algemeen ziekenhuis (PAAZ) biedt poliklinische zorg aan patiënten met een psychiatrische problematiek voor een tijdsduur van in principe maximaal drie maanden.

In totaal beschikken PZ en PAAZ samen over 11.431 erkende bedden. Opgedeeld over de verschillende kenletters geeft dit voor PZ:

- 2914 A-bedden (dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling),
- 685 a (dag/nacht)-bedden,
- 3371 T-bedden (dienst neuro-psychiatrie voor behandeling),
- 1263 t (dag/nacht)-bedden,
- 207 K-bedden (dienst neuro-psychiatrie voor kinderen),
- 76 k (dag/nacht)-bedden en
- 436 Sp-psychogeriatricbedden (gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie).
- 554 Tg-bedden (d+n) en 32 intensieve bedden voor sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten.

Voor de PAAZ'en tellen we 1330 A-bedden, 132 a-bedden, 179 K-bedden, 60 k-bedden en 192 Sp psychogeriatricbedden.

De medisch psychiatrische gegevens (MPG) van 2006 geven aan dat de gemiddelde verblijfsduur in een PAAZ 23 dagen bedraagt en in een PZ 156 dagen. Naast PZ en PAAZ zijn er in Vlaanderen 25 psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) die op 39 plaatsen worden uitgebaut. De PVT's hebben 2154 erkende bedden waarvan er 562 uitdovend zijn. In PVT's verblijven personen met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis. De aanpak is vooral gericht op

begeleiding. Voor het merendeel van de patiënten is het PVT hun definitieve verblijf. De gemiddelde verblijfsduur in 2006 beliep 651 dagen.

Tot slot zijn er 44 initiatieven beschut wonen (IBW) op 699 uitbatingplaatsen met 2693 erkende plaatsen. Een Initiatief Beschut Wonen begeleidt mensen met psychische problemen die geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. De bewoners moeten geholpen worden bij hun woontaken en bij het verwerven van sociale vaardigheden. Voor de bewoners zijn er aangepaste dagactiviteiten: sommigen volgen een opleiding, anderen werken of doen vrijwilligerswerk en nog anderen gaan naar een activiteitencentrum of naar de dagbehandeling van het psychiatrisch ziekenhuis. Er zijn twee vormen van beschut wonen: gemeenschapswonen en individueel wonen. De gemiddelde verblijfsduur in het registratiejaar 2006 bedroeg 1692 dagen.

Naast deze door de overheid erkende bedden zijn er een twintigtal psychosociale revalidatiecentra of therapeutische gemeenschappen voor volwassenen in de geestelijke gezondheidszorg. Deze initiatieven worden gefinancierd via RIZIV-overeenkomsten en bevinden zich voor het merendeel in Wallonië.

Een studie van het Federaal kenniscentrum van de Gezondheidszorg in 2008 peilde naar het profiel van langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden (bedden in dienst voor neuropsychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten) en ging na of de geleverde zorg beantwoordt aan de in de literatuur terug te vinden evidence standaardwaarden. Tot slot ging deze studie na of een deel van de groep langverblijvers in aanmerking komt voor ambulante of semiresidentiële voorzieningen.

Op basis van Medisch Psychiatrische Gegevens van 2003 (de meest recente gegevens bij de start van het onderzoek) verbleven ongeveer 13000 patiënten ten minste één jaar in een T-bed, een psychiatrisch verzorgingstehuis, initiatieven voor beschut wonen of nachthospitalisatie. Ongeveer 36% (N=4731) van deze groep verbleef in T-bedden. Een derde daarvan verbleef op dat ogenblik al meer dan 6 jaar in een T-bed. In PVT's (N= 3147) verbleef ongeveer 60% van de populatie meer dan 6 jaar in de instelling.

Verslavingsproblematiek, stemmingsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen zijn geassocieerd met een korter verblijf in T. Factoren die geassocieerd zijn met een langer verblijf in T zijn leeftijd, een lager functioneringsniveau, een psychose, agressief gedrag en antisociale houding en opname onder juridisch statuut. Ongeveer een kwart van de populatie heeft een diagnose van mentale achterstand.

Dit onderzoek verheldert het verschil tussen re-integratie (doorverwijzing naar voorzieningen in de gemeenschap) en heroriëntatie (doorverwijzing naar andere residentiële settings zoals PVT, RVT, instelling voor personen met mentale handicap of ziekenhuis). In een België is er vaker een heroriëntatie van een ziekenhuissetting naar andere residentiële settings (in casu PVT). Op basis van hun analyses stellen de onderzoekers dat een grote aanwezigheid van T-bedden een aantoonbare negatieve invloed heeft op de kans op re-integratie van een cliënt.

Over de inhoud van zorg in residentiële settings is in de wetenschappelijke literatuur bijzonder weinig "evidence" van hoog niveau terug te vinden. Een rudimentaire analyse van medicatiegebruik wijst een grote variabiliteit uit tussen ziekenhuizen in het voorschrijven van



psychofarmaca. Er zijn mogelijk indicaties te vinden van ongepaste polifarmacie. Op dit vlak is meer onderzoek vereist. De geregistreerde gegevens leveren tot slot nog een aantal indicaties van gedifferentieerde zorg. Zo blijkt dat revalidatie en psychotherapie meer frequent wordt aangeboden aan personen met kortere dan met langere verblijven.

De onderzoekers pleiten onder meer voor:

- een debat over de vraag: is de behandeling van wie langdurig gebruik maakt van een T-bed (> 6 jaar) een opdracht van een ziekenhuisdienst?
- een geïntegreerde, wetenschappelijk ondersteunde visie over het organisatiemodel in de geestelijke gezondheidszorg. Een heldere omschrijving van de opdrachten van verschillende types ziekenhuisdiensten en andere residentiële en ambulante voorzieningen (en hun onderlinge complementariteit) is daarin essentieel. Een doordacht organisatiemodel (balanced care model) is een noodzakelijke voorwaarde voor een kwaliteitsvolle en maatschappelijk aanvaardbare doorstroom van langdurig in T-bedden verblijvende patiënten.

De federale overheid heeft de jongste jaren een aantal pilootprojecten gelanceerd. Voor de doelgroep kinderen en jongeren hebben zij vier verschillende projecten ontwikkeld:

- outreachingprojecten met mobiele teams die ter beschikking staan van kinderen en jongeren in een bepaald werkingsgebied. Deze teams bestaan uit een samenwerkingsverband tussen de thuiszorg, CGG en een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis in een regio. Voor de zorgverlening komen de mobiele teams bij de kinderen en jongeren thuis of in het gezinsvervangend milieu.
- intensieve behandelunits, crisisbedden en outreaching voor jongeren die een delict hebben gepleegd en een psychiatrische problematiek hebben, de zogenaamde FOR K's. Deze eenheden vangen deze jongeren op en behandelen ze met het oog op een maximale (re)socialisatie. Tussen de minister van Justitie, de (Federale en Vlaamse) ministers van Volksgezondheid en de ministers die Welzijn in hun bevoegdheden hebben is er een protocol gesloten voor de organisatie van de netwerken en zorgcircuits voor deze jongeren. Het ontwerp van samenwerkingsakkoord maakt de zorgverlening toegankelijk voor het doelpubliek (in het kader van een gerechtelijke maatregel bevolen door de jeugdrechtbank) en verduidelijkt de algemene principes en de werking van het netwerk en meer bepaald de raakvlakken tussen het gerechtelijke en het therapeutische domein;
- intensieve behandelunits voor sterk gedragsgestoorde en/of agressieve jongeren die geen delict gepleegd hebben.
- tenslotte is er één project voor dagbehandeling van eetstoornissen.

Twee soorten federale pilootprojecten betrekken de ambulante sector bij hun werk: ontslagmanagement in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische thuiszorg. In het eerste project probeert men een brug te slaan tussen het ziekenhuis en de ambulante sector, het tweede project sensibiliseert de reguliere thuiszorg voor de verzorging en behandeling van personen met een psychiatrische problematiek in hun thuissituatie. Dit laatste project is onlangs geïntegreerd in de Initiatieven Beschut Wonen.

Ook de Vlaamse overheid betoelaagt twee outreachingprojecten van psychiatrische ziekenhuizen, het psychiatrisch centrum in Sleidinge en het openbaar psychiatrisch ziekenhuis in Geel. De outreachingprojecten richten zich op de bijzondere jeugdbijstand en voornamelijk dan jongeren in een problematische opvoedingsituatie. Afhankelijk van de kwalificaties die het

beleid aanwendt, spreekt men binnen de bijzondere Jeugdbijstand over een minderjarige met een POS- of een MOF-statuut. POS staat voor een 'Problematische Opvoedingssituatie' en wordt decretaal bepaald door de Vlaamse Overheid, terwijl MOF een 'als Misdrijf Omschreven Feit' aanduidt dat geregeld wordt door zowel de Vlaamse als Federale Overheid. Niettegenstaande het verschil in kwalificatie - respectievelijk een verstoorde gezinssituatie en een strafwettelijk bepaalde regeloverschrijding gekoppeld aan het gedrag van de jongere - zijn de problemen van deze jongeren vaak even complex en gedifferentieerd. Het duurzame karakter van de problematiek kan resulteren in een specifieke hulpverlening binnen de Bijzondere Jeugdbijstand, namelijk het versterken van de draagkracht van het gezin (o.a. thuisbegeleidingsdiensten), het begeleiden van de jongere in erkende voorzieningen voor Bijzondere Jeugdbijstand (o.a. begeleidingstehuizen en gemeenschapsinstellingen), het zelfstandig leren wonen van de jongere onder begeleiding van een erkende voorziening,...

Het aantal jongeren dat instroomt in de Bijzondere Jeugdbijstand stijgt: in 2009 kwamen in Vlaanderen 24.422 jongeren in de bijzondere jeugdzorg terecht. Dit is een stijging van 4,6% in vergelijking met het jaar 2008.

Voor een niet te onderschatten subpopulatie van de Bijzondere Jeugdbijstand, nl. jongeren met een complexe en ernstige emotionele of gedragsproblematiek, is een multidisciplinaire aanpak geïndiceerd. Samenwerking met kinder- en jeugdpsychiatrie, die over een bijzondere expertise beschikken voor diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en begeleiding, biedt hoopvolle perspectieven. Outreachingspeelt in een sterk vraaggerichte strategie een belangrijke rol. De outreaching van PC Sleidinge is vooral bedoeld voor gemeenschapsinstelling De Zande in Ruislede en Beernem, de private residentiële voorzieningen van de regio Gent-Eeklo, de private semiresidentiële voorzieningen in de regio Gent-Eeklo, de sociale dienst van de Jeugdrechtbank Gent en het Comité Bijzondere Jeugdzorg Gent-Eeklo.

De opdracht van OPZ Geel betreft het aanbieden van professionele jeugdpsychiatrische en therapeutische hulp en ondersteuning van jongeren die verblijven in de gemeenschapsinstelling De Kempen. Deze psychiatrische en therapeutische zorgverlening is zowel cliëntgebonden als ondersteunend voor de personeelsleden van de gemeenschapsinstelling.

Vlaanderen betoelaagt daarnaast ook tijdelijk twee andere projecten voor kinderen die residentieel zijn opgenomen:

- het Fioretti-project van het PC Guislain te Gent voor kinderen en jongeren met een verstandelijke handicap én een psychiatrische stoornis. Voorlopig verricht in Vlaanderen alleen het PC Guislain opnames voor deze doelgroep waardoor er, gezien het beperkt aantal bedden, een wachtlijst ontstaat. In het belang van de zorgcontinuïteit en om opnames te vermijden zorgt het project voor een zorgtoeleider die zowel de voorzorg als de nazorgactiviteiten behartigt.
- de moeder-kindprojecten van het PC Bethanië in Zoersel en van het PZ Sint-Camillus in Sint-Denijs-Westrem voor de opvang en verzorging van moeders met postpartumdepressie en postpartumpsychose en hun baby's.

In de missie van de twee psychiatrische zorgcentra die door de Vlaamse overheid betoelaagd worden, het OPZ Geel en het OPZC Rekem, heeft het bevorderen van de maatschappelijke integratie en participatie in de samenleving een centrale plaats in hun activiteiten met

volwassen psychiatrische patiënten. In het OPZC te Rekem is er in de neurosenzorg een module ondersteuning en groei waarin mensen die beperkt zijn in hun dagelijks functioneren hulp krijgen op vlak van huisvesting, werk, dagbesteding, vrije tijd, sociaal leven en zelfzorg om zo het herstel te faciliteren. De psychosenzorg heeft aandacht voor resocialisatie en rehabilitatie en begeleidt de patiënt naar een optimaal niveau van functioneren op verschillende levensdomeinen. Het OPZ Geel ging in 2007 van start met een dagactiviteitencentrum voor psychotici. De deelnemers zijn volwassenen met een chronisch psychotische stoornis die een blijvende vorm van zorg nodig hebben. Een aantal van hen woont zelfstandig, anderen in initiatieven beschut wonen, nog anderen bij familie. Het zijn mensen die verschillende opnames achter de rug hebben en voor wie een grote kans op hervallen bestaat. Het belangrijkste objectief in de begeleiding is heropname vermijden maar misschien is de echte meerwaarde het menselijke contact dat deze mensen dagelijks kunnen ervaren dankzij dit initiatief. Ook andere initiatieven zoals psychiatrische gezinsdagbehandeling, waarbij het gezin betrokken wordt bij de behandeling van een gezinslid met psychiatrische problemen, of de al lang bestaande Geelse gezinsverpleging voor volwassenen die sinds kort uitgebreid wordt naar minderjarigen zijn blijken van een meer geïntegreerde en vermaatschappelijkte zorg.

#### **4. Samenwerkingsinitiatieven en overlegplatforms**

Samenwerking en netwerking zijn in het huidige gezondheid- en welzijnslandschap een onontbeerlijke vereiste voor een efficiënte geestelijke gezondheidszorg. Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg (SEL), de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG), het Locoregionaal Gezondheidsoverleg en -organisatie (LOGO), en het Vlaams patiëntenplatform zijn voorbeelden van overkoepelende initiatieven met een coördinerende en ondersteunende rol.

De SEL's optimaliseren de eerstelijnsgezondheidszorg en richten zich vooral op de organisatorische activiteiten van de eerste lijn. Ze streven naar samenwerking tussen alle zorgaanbieders in de eerstelijnsgezondheidszorg, tussen zorgaanbieders en gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers, en tussen de organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod. Ze vertegenwoordigen de diensten voor gezinszorg, de huisartsen, de lokale dienstencentra, de OCMW's, de rusthuizen, de verpleegkundigen en vroedvrouwen en de ziekenfondsen en bevorderen de samenwerking tussen alle zorgverleners. Het werkgebied van een SEL komt overeen met de zorgregio van een regionale stad in Vlaanderen.

De overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg verenigen in elke provincie en in het Brussels hoofdstedelijk gewest de psychiatrische ziekenhuizen, de PAAZ-diensten, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de CGG, de initiatieven beschut wonen en voorzieningen met een RIZIV-conventie die een specifiek aanbod in de geestelijke gezondheidszorg organiseren. Zij plegen overleg over de taakverdeling en de complementariteit van het aanbod, over mogelijke samenwerking om zo beter te kunnen beantwoorden aan de behoeften van de bevolking en om de kwaliteit van de gezondheidszorg te kunnen verbeteren.

De VVGG groepeerde alle geledingen van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Ook geledingen uit het maatschappelijke middenveld (onderwijs, justitie, economie, welzijn...) zijn bij het beleid en de werking van VVGG betrokken. Het hoofddoel van de VVGG is de bevordering van de geestelijke gezondheid. De VVGG stimuleert en ondersteunt om die reden de samenwerking op het vlak van geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

De LOGO's vormen geografisch afgebakende netwerken waarin verschillende organisaties samenwerken om het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid uit te voeren op locoregionaal niveau. LOGO's helpen dus in hun werkgebied de maatregelen en acties uit te voeren die de Vlaamse overheid neemt om de gezondheid van de bevolking te bevorderen, te beschermen of te behouden. Ze ondersteunen de uitvoering van het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid en de verwezenlijking van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, waaronder deze van suïcidepreventie.

Het Vlaamse patiëntenplatform is een onafhankelijke koepelorganisatie van alle patiëntenverenigingen uit Vlaanderen. Het platform streeft naar toegankelijke zorg op maat voor de patiënt en zijn omgeving. Om dat te bereiken is het nodig dat patiënten actief deelnemen aan het gezondheidsbeleid en de gezondheidszorg. De projecten van het Vlaams patiëntenplatform berusten bij ervaringsdeskundigen uit de patiëntenverenigingen. Patiëntenrechten, onafhankelijk klachtrecht voor patiënten, inspraak van patiënten, toegankelijkheid van zorg, kansen op vlak van medicatie, werk, verzekeringen...zijn belangrijke aandachtspunten in de werking.

## **5. Samenvattend**

De evolutie in de geestelijke gezondheidszorg die geschetst werd in deel 1 geeft ons een inzicht in de manier waarop de geestelijke gezondheidszorg in België vandaag wordt georganiseerd. Aan de ene kant hebben we het psychiatrische ziekenhuis als residentiële setting met zijn onderverdeling in verschillende observatie en behandel eenheden, daghospitalisaties, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen; aan de andere kant hebben we het ambulante zorgaanbod in de samenleving: de huisarts en de verschillende actoren op de eerste lijn, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de privépsychiaters en -psychologen/privégroepspraktijken, de RIZIV-conventies en de outreachingprojecten.

We stellen hierbij onder meer de volgende kenmerken vast:

1. In de geestelijke gezondheidszorg doet zich een stijgende professionaliteit voor. De zorgverstrekkers profileren en specialiseren zich in bepaalde doelgroepen. Er worden meer therapeutische invalshoeken ontwikkeld en er is meer aandacht voor een grotere participatie van de patiënt.
2. Er werd een begin gemaakt met de vermaatschappelijking van de zorg door de oprichting van alternatieve zorgvormen zoals PVT en IBW en door de verschillende outreachingteams in de projecten internering, FOR K, instellingen voor een mentale handicap, rusthuizen, psychiatrische zorg in de thuissituatie, vroegdetectie en vroeginterventie bij initiële psychoses.

3. Er is een groeiproces gestart van samenwerking tussen verschillende hulp – en zorgverleners via de overlegplatforms geestelijke gezondheid en de therapeutische projecten.

4. De psychiatrische zorg gebeurt nog hoofdzakelijk in of vanuit een psychiatrisch ziekenhuis. De uitbouw van de ambulante centra geestelijke gezondheidszorg, dagcentra, arbeidsrehabilitatie... is nog onvoldoende.

5. In de ziekenhuissettings zijn diensten nog altijd administratief ingedeeld in indexen en kenletters. Instellingsoverschrijdende zorgprogramma's voor de drie leeftijdsgroepen: kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen zijn voorlopig nog dode letter.

Samenvattend kunnen we stellen dat er in het verleden belangrijke stappen zijn gezet op basis van de filosofie die terug te vinden is in de gemeenschappelijke verklaring van juni 2002. Daarin staat dat voor elke patiënt de zorg wordt aangeboden die aan zijn/haar behoeften beantwoordt en dit bij voorkeur in de eigen omgeving van de patiënt.

We zien in ons land een verschuiving in het denken naar meer zorg in de samenleving met een grotere participatie van mensen met psychische/psychiatrische problemen aan de samenleving. In de recente beleidsnota's van de verschillende overheden in dit land ligt de nadruk op een geestelijke gezondheidszorg op maat van de patiënt en op samenwerking in zorgcircuits en netwerken. Maar ook op Europees niveau schuift men op of is men al actief in deze richting. Het actieplan geestelijke gezondheidszorg voor de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie schuift initiatieven op 12 verschillende domeinen naar voren:

1. het bevorderen van de geestelijke gezondheid bij de bevolking
2. geestelijke gezondheid moet benaderd worden als een expliciet beleidsthema
3. bestrijding van stigmatisatie en discriminatie
4. organisatie van de zorg rond leeftijd – en risicogebonden doelgroepen
5. preventie van ernstige problemen in de geestelijke gezondheidszorg en preventie van zelfdoding
6. de toegang verzekeren tot de eerste lijn voor personen met psychische problemen
7. het bieden van behandeling in “community-based services” voor personen met ernstige psychische problemen
8. bevordering van intersectoriële samenwerking
9. het voorzien van voldoende en competente professionelen
10. het verspreiden van kwaliteitsvolle informatie over geestelijke gezondheidszorg
11. het voorzien van adequate financiering
12. het evalueren van de doeltreffendheid van de aangeboden zorg en nieuwe evidence-based richtlijnen stimuleren.

In deel 3 neemt de Vlaamse overheid deze Europese richtlijnen ter harte en breken we een lans voor beeldvorming en destigmatisering van personen met psychische problemen, zetten we verder in op preventie in de geestelijke gezondheidszorg en plaatsen we het belang van vroegdetectie en vroeginterventie van psychische problemen centraal. De Vlaamse overheid wenst het basisaanbod van de centra geestelijke gezondheidszorg uit te breiden.

De curatieve zorg zal aansluiting moeten vinden bij de hedendaagse maatschappelijke evoluties. Voor bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen kunnen nu al projecties gemaakt worden op basis van gezondheidsindicatoren, demografische en economische gegevens zodat we kunnen

anticiperen op toekomstige noden in de geestelijke gezondheidszorg. Hier blijkt dat o.a. de zorg voor kinderen en jongeren en ouderen de komende jaren intenser zal moeten worden. We streven naar een inclusiebeleid met andere Vlaamse beleidsdomeinen. Tot slot wensen we de samenwerking tussen de ambulante en de residentiële actoren in de geestelijke gezondheidszorg te verstevigen.

## Deel 3

### Vlaamse beleidspunten geestelijke gezondheidszorg

Vlaanderen beschikt over een uitstekende gezondheidszorg: je kunt vlot een huisarts consulteren, er bestaan nauwelijks wachtlijsten voor een opname in een algemeen ziekenhuis of voor een consultatie bij een specialist en ook internationale rapporten zijn lovend over de kwaliteit en de toegankelijkheid van ons zorgsysteem. Dat neemt niet weg dat er nog lacunes zijn in het zorgaanbod, in het bijzonder in de geestelijke gezondheidszorg.

In het licht van de recente evoluties in de maatschappij moet het landschap van de geestelijke gezondheidszorg hertekend worden. Er is een exponentiële toename van de zorgvraag maar daartegenover staan de beperkte financiële budgetten van de overheid. De opkomst van privé-initiatieven en de vermarkting van de zorg maakt dat er meer spelers zijn in de geestelijke gezondheidszorg. De marktwerking zou moeten leiden tot meer klantgerichtheid en een lagere kostprijs. Het is de bezorgdheid van de overheid dat de middelen terechtkomen bij de mensen die daar het meeste nood aan hebben.

De klassieke functies van de verzorgingsstaat - verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden - zullen een nieuwe invulling krijgen. Waar vroeger de nadruk lag op verzorgen en verzekeren moet nu de verheffingsfunctie en de verbindingsfunctie in de maatschappij meer aandacht krijgen. De overheid kan hier een stimulerende invloed op uitoefenen.

We vertrekken van de taken die de overheid zijn toegemeten en wijzen op het belang van een coherent beleid. In het Vlaamse beleid zijn destigmatisering, preventie en vroegdetectie sleutelwoorden. Daarnaast is een sterk uitgebouwde generalistische en specialistische zorg nodig met goede dwarsverbindingen.

#### **1. Uitgangspunten**

Het is een kerntaak van een overheid om de geestelijke gezondheidszorg zo te organiseren dat ze een verantwoorde zorg mogelijk maakt met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het voor patiënten en hun leefomgeving draaglijk maken van psychische stoornissen. Zo kunnen patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

Door middelen en mensen te voorzien, door een lokale invulling mogelijk te maken, door zowel preventieve als curatieve projecten te ondersteunen, investeert een overheid om de geestelijke gezondheid van haar burgers te vrijwaren en een kwaliteitsvol leven mogelijk te maken.

De overheid wil hierbij zowel het management als de hulpverleners op het terrein responsabiliseren om de best mogelijke zorg te garanderen voor de cliënt. Een voortdurende reflectie over het therapeutisch handelen, een onderbouwd zorgorganisatorisch kader, het wetenschappelijk funderen van de interventies en een open creatieve geest zijn de beste garanties voor een kwaliteitsvolle zorg.



Voor het detecteren van de noden in de geestelijke gezondheidszorg moeten we het beleid maximaal baseren op het beschikbare wetenschappelijk onderzoek en de goede praktijken in binnen- en buitenland. Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie, de Vereniging voor Alcohol- en Drugsproblemen, Zorgnet Vlaanderen en de Federatie voor Diensten Geestelijke Gezondheidszorg, en de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGZ) zijn in Vlaanderen belangrijke partners op het terrein die (aanbevelingen voor) wetenschappelijk onderzoek beschikbaar stellen.

Geestelijke gezondheidszorg is ook van belang in andere beleidsgebieden zoals onderwijs, welzijn, arbeid, vrije tijd. Een geïntegreerd beleid is noodzakelijk voor de aanpak van complexe problemen. De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen is een verantwoordelijkheid van verschillende ministers.

Met het oog op een meer evenwichtige zorg in de samenleving, streven we naar

- een verdere uitbouw van de eerstelijnszorg, thuiszorg en ambulante zorg met aandacht voor vroegdetectie en vroeginterventie
- een faciliteren van de samenwerking tussen sectoren zoals die tussen ambulante en residentiële zorg, gezondheid- en welzijnszorg, informele en professionele zorg.
- een systematische en continue registratie op nationaal en Vlaams niveau van evoluties in de vermaatschappelijking die een internationale vergelijking doorheen de tijd mogelijk maken en die de samenhang tussen evoluties in verschillende sectoren zichtbaar maken
- meer toegepast onderzoek dat directe implicaties heeft voor de zorgpraktijk en voor het beleid.

## **2. Werken aan een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg**

De jongste tijd is 'zorg dragen voor' een thema geworden in onze cultuur. Het thematiseren er van laat vermoeden dat er iets aan de hand is met onze zorg.

Onze zorg bestaat in een cultuur die gekenmerkt is door verregaande professionalisering en specialisatie. Momenteel betekent dit dat de zorg voor de mens versnipperd is geraakt en dat het erg moeilijk wordt om het geheel nog te overzien. De specialistische aanpak heeft natuurlijk haar verdiensten: de ontwikkelingen in de somatische geneeskunde met haar wetenschappelijk - technische aanpak heeft voor grote vooruitgang gezorgd maar de prijs die we daarvoor betalen is dat de mens minder als een persoon benaderd wordt. Een objectiverende houding ten aanzien van de mens als persoon werkt bevreemdend. De zorg voor de totale mens waarbij de mens gereduceerd wordt tot een combinatie van functies die technisch wetenschappelijke remediering vragen, lijkt het omgekeerde te veroorzaken dan wat beoogd wordt, namelijk de zorg voor de gehele mens.

De verdere medicalisering en "therapeutisering" van het leven is een tendens die niet te stoppen lijkt. Bovendien lijkt men ervan uit te gaan dat alle lijden en onlustgevoelens kunnen weggewerkt worden en dat er voor iedere kwaal een behandeling bestaat. Er zijn echter grenzen aan de maakbaarheid van de mens en zijn omgeving.



In de geestelijke gezondheidszorg komt de mens als geheel in beeld, de mens als persoon.

Globaal genomen is er overeenstemming over wat goede of kwaliteitsvolle zorg is. Goede zorg is patiëntgericht, tijdig, kwaliteitsvol, doelmatig, toegankelijk en billijk. Goede zorg bevordert de autonomie van de cliënt. Goede zorg geeft verantwoording, werkt gecoördineerd en werkt efficiënt.

### **Kwaliteitsvolle zorg is waarde(n)volle zorg.**

Zorg vertrekt van het appèl dat de lijdende mens doet op zijn omgeving.

Zorg bieden is een relationeel gebeuren waarbij de relatie hulpverlener - cliënt méér is dan een louter instrumentele relatie. Deze relatie manifesteert zich wezenlijk als een ethische relatie voor zover de ontmoeting met de cliënt een appèl tot verantwoordelijkheid voor de hulpverlener inhoudt. Het is een confrontatie met een kwetsbare mens. En in zijn kwetsbaarheid raakt hij ook de kwetsbaarheid van de hulpverlener. Het werken met kwetsbare mensen veronderstelt veelal het moeizaam opbouwen van een werkrelatie waarbij het engagement van de hulpverlener moeilijk kwantitatief te vatten is. De persoon van de hulpverlener is en blijft het belangrijkste werkinstrument in de hulpverlening.

Een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg heeft de mens als persoon in zijn waardigheid op het oog. Dat betekent dat de hulpverlener de ander als mondig respecteert en dat hij de ander in zijn gevoelens en uitingen ernstig neemt. Waarden zijn weerloos. Inzet, bewogenheid, deskundigheid, verantwoordelijkheid, betrokkenheid... kunnen niet afgedwongen worden.

Normen kun je afdwingen, opleggen, monitoren, afvinken, straffen en belonen. Met waarden lukt dat niet. Waarden moeten het hebben van inspiratie, aantrekkelijke voorbeelden, overtuigingskracht en idealen. Normen bieden een mate van zekerheid, maar je wint er geen harten mee. Normen en waarden zijn beide nodig. Zonder normen zijn waarden tandeloos. Maar zonder waarden zijn normen harteloos. Het waarborgen van waarden door het opleggen van normen is dus een beperkte strategie. Beter lijkt het de waarden van de professionals in de zorg te bevestigen, te cultiveren en ruimte te geven.

Het beleid moet oog hebben voor het samengaan van zorgorganisatorische en zorginhoudelijke waarden. Door het creëren van managerposities in de huidige instellingen van geestelijke gezondheidszorg scheidt het beleid een cultuur die oog heeft voor een goede organisatie van de zorg binnen de instellingen. Managers faciliteren de behoefte van instellingen of diensten om met elkaar doelgericht en efficiënt samen te werken op het terrein. Via de managers krijgt de overheid ook informatie over hoe de subsidie wordt besteed. Zij leggen verantwoording af en overleggen met de overheid hoe de middelen optimaal besteed kunnen worden. Een mogelijk gevolg hiervan is dat zorgorganisatorische waarden de zorg beïnvloeden met inhoudelijke consequenties. Door de behoefte aan controle van geldstromen komt de individuele hulpverlener in een soort spanningsveld terecht: bemoeienissen van bovenuit kunnen ertoe leiden dat de hulpverlener het gevoel krijgt de zelfregie in de behandelkamer te verliezen, terwijl hij oog in oog met de cliënt die tegenover hem zit juist heel erg aangesproken wordt op zijn zeer persoonlijk verantwoordelijkheidsgevoel om deze zo goed mogelijk te behandelen. Een ander mogelijke valkuil van de managementcultuur is dat uiteindelijk wat in therapie gebeurt

soms minder aandacht dreigt te krijgen dan de randvoorwaarden zoals aantal en duur van de sessies.

Normen, regelingen en procedures die ervoor moeten zorgen dat de zorg op hoog niveau blijft staan en dat mensen krijgen waar ze recht op hebben, kunnen een averechts effect hebben. We waarborgen van alles, maar we nemen het risico dat zorgprofessionals zich niet meer erkend voelen in hun waarden. Overheid en managers hebben hierin de belangrijke taak om er over te waken dat normen die bedoeld zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren compatibel zijn met de zorginhoudelijke waarden van hulpverleners.

### **Kwaliteitsvolle zorg is personeelszorg.**

Kwaliteitsvolle zorg betekent ook aandacht voor de persoon van de hulpverlener: zorg voor de zorgverstrekker. De medewerkers zijn het belangrijkste werkinstrument in de geestelijke gezondheidszorg. Voor een hulpverlener is het een voorrecht deel te mogen hebben aan het leven van de cliënt: hulpverlener zijn is een zingevende bezigheid. Dit zorgt voor een belangrijke intrinsieke motivering. Het 'geraakt worden' blijft de kern van het werken met mensen. Maar er is ook een keerzijde aan de medaille. Het werken als hulpverlener kan ook risico's met zich brengen: de hulpverlener is niet immuun voor de invloed van langdurige blootstelling aan menselijke wanhoop, leed en conflicten. Secundaire traumatisering en burnout loeren altijd om de hoek, de psychische belasting eigen aan het werk is aanzienlijk en dit geldt in het bijzonder voor het werk met sterk getraumatiseerde en ongemotiveerde cliënten.

Wie goed zorg draagt voor zijn medewerkers investeert in de toekomst. Tevreden medewerkers geven tevreden klanten. Zelfzorg met aandacht voor de balans tussen geven en ontvangen is een aandachtspunt. Interessant werk, goede arbeidsomstandigheden, goede communicatie en ontwikkelingsmogelijkheden zijn voor een organisatie middelen om dit doel te bereiken. Gebrek aan leiding, onvoldoende collegialiteit, onduidelijke bevoegdheden, gebrek aan inspraak of een te uitgesproken managementcultuur zijn factoren die burnout uitlokken.

### **Kwaliteitsvolle zorg veronderstelt netwerking.**

Netwerkvorming betreft zowel de relatie met de cliënt als die tussen de betrokken hulpverleners, cliëntenvertegenwoordigers, mantelzorgers en familieleden.

Goede zorg begint met een vlotte samenwerking tussen de verschillende partners op het terrein. Investeren in netwerkvorming is arbeidsintensief en zal initieel drukken op de behandelcapaciteit maar uiteindelijk tot kwaliteitsvolle zorg leiden.

**Kwaliteitsvolle zorg is ook preventieve zorg.**

De basis voor goede zorg is preventie in de betekenis van 'beter voorkomen dan genezen'. Preventie en curatie moeten beter aansluiten op elkaar. Dat kan door het tussengebied te exploreren en uit te breiden met een ruim outreachend en psycho-educatief aanbod, al dan niet gebruik makend van nieuwe communicatietechnologieën.

**Kwaliteitsvolle zorg is efficiënt en effectief.**

Efficiëntie kan het best omschreven worden als de mate waarin middelen gebruikt worden om een doel te bereiken. Een proces is efficiënt als het doel zonder verspilling van middelen bereikt wordt. Effectiviteit of doeltreffendheid geeft aan in welke mate het doel van het proces bereikt is. Het doel van de behandeling of zorg moet omschreven kunnen worden en de resultaten moeten meetbaar gemaakt worden om na te gaan of de doelstellingen wel bereikt zijn.

Hoe meten we de effectiviteit van een behandeling? Hoe kunnen we nagaan of een psychotherapeutische behandeling werkzaam is? Vroeger steunde dit op een consensus tussen experts over de meest passende zorg in een gegeven omstandigheid. In de somatische geneeskunde heeft men de zogenaamde evidence based benadering ingevoerd die ondertussen ook de psychosociale zorg heeft bereikt. Ook in de beleidsnota Welzijn Volksgezondheid en Gezin komt de notie 'evidence based' herhaaldelijk ter sprake. Het is een belangrijk criterium, een indicatiestreepje op het kompas van ons beleid.

Evidence based vindt zijn oorsprong in het economische klimaat van de jaren '80. In de terugbetaling van de ziekenzorg moest gesnoeid worden. Winstmaximalisatie, kostencontrole en effectiviteit waren aan de orde. Dit denken heeft ook zijn weg gevonden naar de psychotherapie: de druk wordt verhoogd, opdat wat men doet "effectief" is en het liefst op een zo kort mogelijke termijn.

Evidence based-denken is intussen een behandelingsnorm geworden, in de psychiatrie, in de psychotherapie, in de hulpverlening tout court. In een context van kennisexplosie is dat een goede zaak. De beste actuele kennis wordt transparant ter beschikking gesteld van alle hulpverleners. Er is met de stroming mee ook een trend om de behandeling te onderwerpen aan een protocol. Evidence based behandelen verhuist de klemtoon naar objectieve kennis en naar een uniform behandelingsmodel voor een bepaalde doelgroep. Dit verhoogt zeker de kwaliteit van de behandeling. Het daagt het multidisciplinaire behandelingsteam uit om de diagnose en behandeling beter te benoemen en af stemmen. Ook maatschappelijk is dit van belang. Het verhoogt de transparantie van het aanbod en van de financiering.

Maar, er zijn zeker ook kanttekeningen te maken bij deze aanpak en bij het ongenueanceerd toepassen ervan.

Behandelaars hebben wel eens de indruk dat er te weinig ruimte overblijft voor 'wat er in de behandeling toe doet' of 'voor de ziel van de therapie'. De ruimte om als behandelaar voldoende autonoom en in vrijheid een oordeel te vormen verkleint ten gevolge van de dwingende normering en 'protocollisering'. 'Protocollisering' en evidence based behandelen mogen niet ten koste gaan van het unieke van het behandeltraject van elke patiënt of cliënt en

ook niet ten koste van de creativiteit in het therapeutische werk. De huidige toepassing van evidence based-denken overbelicht wellicht het aspect kennis. Alle aandacht gaat naar het ontwikkelen van methodes die de best beschikbare onderzoeksgegevens langs de weg van protocollen bij de behandelaar brengen. Daarbij komt nog dat het om een bepaald en beperkend type van kennis gaat: gerationaliseerde kennis, die haast ‘gemechaniseerd’ tot stand komt uit een strakke visie op effectiviteit: ‘een specifieke technische interventie levert een specifiek resultaat op’.

De gouden standaard is de zogenaamde ‘randomized controlled trials’ die vooral in de somatische gezondheidszorg bekend geworden zijn. Onderzoeksmethoden uit de medische wetenschap gaan meestal uit van relatief eenvoudige oorzaak-gevolg relaties tussen input (behandeling) en output (genezing) maar dat laat zich niet altijd overdragen naar complexere situaties in de geestelijke gezondheidszorg. Onderzoek toont aan dat psychotherapie voor een groot aantal mensen werkt en leidt tot een afname van symptomen. De belangrijkste factor is de kwaliteit van de relatie of de mate van hechting tussen de behandelaar en de cliënt.

Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of bepaalde behandelingen meer effect hebben dan andere. We pleiten voor een zo breed mogelijk opgezette wetenschappelijke ondersteuning waarbij vragen als ‘welke behandelvormen zijn voldoende empirisch ondersteund’ en ‘welke behandelvormen zijn het meest kostenefficiënt’ een antwoord krijgen.

### **3. Wetenschappelijk verantwoord werken in de geestelijke gezondheidszorg.**

Evidence based geestelijke gezondheidszorg komt neer op een integratie van beschikbare wetenschappelijke evidentie, de klinische expertise van de behandelaar en de voorkeuren en verwachtingen van de cliënt. Evidence-based verwijst dan naar een klinische methode die leidt tot een nauwgezet (of gewetensvol), oordeelkundig gebruik van de actuele, best beschikbare onderzoeksgegevens voor klinische beslissingen over de zorg voor individuele patiënten en waarbij de concrete situatie van de patiënt uitgangspunt vormt voor de klinische beslissing.

De meest passende zorg wordt niet alleen bepaald door de aard van de stoornis. Zeker even belangrijk zijn de behandelingsgeschiedenis, het verloop van de stoornis en de context.

Evidence based werken is in de zorg een noodzakelijke voorwaarde, maar zeker geen afdoende. Iedere zorgverlener heeft de taak om zijn eigen handelen voortdurend te perfectioneren en het te toetsen aan de wetenschappelijke bevindingen en de ervaringen van collega’s. Een therapeutische relatie, een behandelrelatie heeft erg veel componenten: empathie, betrokkenheid, presentie, vertrouwen, veiligheid....en die zijn moeilijk meetbaar. Ze kunnen wel het verschil maken in een behandeling.

Het unieke van de persoon van de cliënt mag en kan ook niet herleid worden tot een detail in een behandelingsjabloon. Even belangrijk om te weten welke stoornis een persoon heeft, is het om te weten wie de persoon is die de stoornis heeft. Onderzoeksgegevens tonen aan dat een behandeling evidence-based is en dus in gestandaardiseerde situaties kan werken, maar bewijzen daarom nog niet dat ze werkzaam is voor die ene persoon.

Het spanningsveld tussen evidence based behandelen en de aangeboden psychotherapieën kan erg vruchtbaar zijn. Er zijn voor de (psycho)therapie verschillende uitdagingen aan verbonden. Evidence based behandelen kan een motor zijn in de zorgvernieuwing, omdat het de ambitie inhoudt om met de beste actueel beschikbare kennis te werken en om de diverse inbreng van de verschillende behandelaars/experten in het zorgnetwerk op elkaar af te stemmen. Evidence based behandelen kan, door de klemtoon op de afstemming tussen best beschikbare actuele kennis, behandeltraject en cliëntsituatie, een factor zijn in het streven naar een zo adequaat mogelijke afstemming van aanbod en hulpvraag van de cliënt.

Vervolgens heeft de psychotherapie er alle belang bij om zich systematisch te laten evalueren: een psychotherapeut kan tegenwoordig moeilijk aannemen dat om het even welke behandeling efficiënt is voor om het even welke persoon. Door zichzelf systematisch te evalueren, vormt hij zijn klinisch oordeel en komt hij tegemoet aan de complexiteit van de problematiek van zijn patiënt. En tot slot draagt hij ook bij tot onderzoek, en meer specifiek tot het belang van aangepaste monitoring- en evaluatietechnieken. Dit zorgt ervoor dat psychotherapie en andere therapieën geoptimaliseerd worden, met als resultaat een hogere kwaliteit, wetenschappelijke validering, efficiëntiewinst, bredere toegankelijkheid en betere zorg. De professionals, de therapeuten en de zorginrichters moeten in dit proces een actieve(re) houding aannemen en bereid zijn om aan onderzoek mee te werken.

Onderzoekers moeten zoeken naar onderzoeksmethodes die zoveel mogelijk congruent zijn met en geworteld zijn in de klinische praktijk. Zo moet er bijvoorbeeld voor psychotherapie meer procesgericht onderzoek komen, dat, in tegenstelling tot het louter meten van resultaten, aansluiting zoekt met de psychotherapeutische of klinische setting.

Het globale beleid wordt wetenschappelijk ondersteund door het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG). Het onderzoek van het SWVG richt zich op het in kaart brengen van de gevolgde zorgtrajecten bij kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen, op effectiviteitonderzoek naar zorgverlening en zorgtrajecten en de ontwikkeling en implementatie van evidence based interventieprogramma's. Het steunpunt WVG kan ook op ad hoc onderzoeksopdrachten inspelen. Europese onderzoeksbevindingen moeten gecommuniceerd worden en in overleg met het werkveld moeten we nagaan wat voor de Vlaamse situatie bruikbaar is. Ook het uitkomstenmodel van de VVGG levert belangrijke informatie op naar de effectiviteit van behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Een continue en permanente wetenschappelijke doorlichting – met academische verankering - moet ons in staat stellen onze interventies te verbeteren zodat een beter beleid mogelijk is.

Wetenschappelijk verantwoord werken moet zich zowel tonen in het preventieve als in het curatieve veld. Preventieve projecten moeten op hun werkzaamheid getoetst worden of het nu gaat over universele, selectieve of over geïndiceerde preventie. De werkzame projecten moeten op het terrein gecommuniceerd worden en met alle relevante partners overlegd worden om een optimale implementering mogelijk te maken. Ook in de curatieve zorg moet meer ruimte komen voor wetenschappelijk onderzoek. Dit gaat dan niet alleen over louter outcome-onderzoek maar ook over procesonderzoek, diepte-interviews...

Hiertoe moeten een aantal randvoorwaarden vervuld worden.

Het implementeren van een wetenschappelijke kijk op alle echelons is een groeiproces. Wetenschappelijk verantwoord werken op de werkvloer start met nauwkeurig meten en registreren. Een makkelijk toegankelijk registratiesysteem is hierin belangrijk. Het elektronische patiëntendossier brengt ons een stap verder.

De uniforme samenstelling van dossiers per cliënt(systeem) met fasering in de behandeling (exploratiefase, handelingsplan, voortgangsbespreking en eindevaluatie) moet ons toelaten bijkomende basisgegevens te verzamelen over het proces dat de cliënt doorloopt in de geestelijke gezondheidszorg.

Het gradueel invoeren van betrouwbare meetinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg ter ondersteuning van de diagnosestelling en voor de evaluatie van de behandeling levert nuttige feedback op. Zowel in het ontwikkelen van valide indicatoren als in het toepassen van technieken uit het bedrijfsleven moeten de universiteiten het voortouw nemen. Het verdient aanbeveling om ook de professionals en de zorggebruikers in dit verhaal te betrekken met het oog op het ontwikkelen van een positief draagvlak

Er is een toenemende vraag naar transparantie van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Ook de vraag om een adequate verantwoording over de inzet van publieke middelen is gerechtvaardigd. De overheid wil zicht krijgen op wat er met de middelen gebeurt, de hulpverlener wil een kwaliteitsvolle zorg garanderen en de cliënt wil kunnen kiezen.

#### **4. Vlaamse beleidspunten in de geestelijke gezondheidszorg**

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen kampt momenteel met wachtlijsten. Zowat een kwart van de bevolking krijgt op een bepaald punt in zijn of haar leven te maken met psychische problemen. Dit is een verontrustend hoog cijfer. Toch aarzelen nog veel mensen om hulp te zoeken voor deze problemen. Het stigma dat op psychische problemen rust, kan voor deze mensen een verklarende factor zijn maar ook het niet onverdeeld positieve imago van de geestelijke gezondheidszorg speelt mee. Het kostenplaatje van de hulpverlening is voor andere mensen dan weer een moeilijk te nemen drempel. Bovendien heeft België door zijn verschillende bevoegdheidsniveaus en financieringsbronnen voor bepaalde cliëntenpopulaties een verwarrend zorgaanbod met nefaste gevolgen voor de coördinatie en de continuïteit van de zorg.

Wanneer mensen al deze drempels overwinnen en toch een beroep doen op de hulpverlening, stuiten zij vaak op lange wachtlijsten. De capaciteit van het huidige aanbod is onvoldoende groot om alle zorgvragen op te vangen, waardoor de kloof tussen vraag en aanbod almaar groter wordt. Dit is een belangrijk knelpunt in de ambulante hulpverlening: mensen met ernstige psychische problemen moeten onverantwoord lang wachten op gepaste hulp, hun problematiek dreigt te escaleren waardoor ze in de residentiële hulp terechtkomen. Door wachtlijsten is er haast geen ruimte voor vroeginterventie.



In de komende jaren wil de Vlaamse overheid ernstige inspanningen leveren met betrekking tot een correcte beeldvorming van psychische problemen en de geestelijke gezondheidszorg en zet ze in op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie van psychische problemen. Het huidige zorgaanbod wordt uitgebreid en we streven naar een inclusief beleid met andere beleidsdomeinen. Tot slot intensifiëren we de samenwerking tussen de ambulante en residentiële diensten in de geestelijke gezondheidszorg.

In wat volgt belichten we de beleidspunten voor elk van deze thema's. Elk thema wordt ingeleid met een citaat uit de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2009-2014 en afgesloten met concrete actiepunten.

#### **4.1. Werken aan een correcte beeldvorming en destigmatisering van psychische Problemen**

*“Ondanks het feit dat ongeveer een vierde van de bevolking in Vlaanderen ooit te kampen krijgt met psychische problemen, hangt er hierrond nog steeds een taboe. Daarom willen we blijven inzetten op het bespreekbaar maken van psychische problemen en op een destigmatisering van de problematiek van de geestelijke gezondheidszorg. We willen daarbij aandacht hebben voor de belangenbehartiging van psychiatrische patiënten en voor het “gezinsvriendelijker maken van de geestelijke gezondheidszorg met name voor de familieleden van personen met psychische problemen” (p.46)*

Mensen met psychische problemen dragen nog altijd een stigma. Het stigma is als een tweede “stille” ziekte die deze mensen er bij krijgen. Ze worden geconfronteerd met afwijzing, vooroordelen, ze worden vaak anders behandeld en dit omdat ze ‘anders’ zijn. Hun gedrag en gedachten worden niet altijd goed begrepen of in een verkeerde context geplaatst. Nog te veel wordt een psychische problematiek beschouwd als een blijk van zwakte of als gevaarlijk, lui, wereldvreemd... Als mensen met een psychische problematiek in een crisis betrokken zijn, worden dergelijke associaties vaak nog uitvergroot. Als mensen denken aan ‘de psychiatrische patiënt’, denken ze snel aan extreme gevallen. In het geval van meer specifieke ziektebeelden, zoals depressie, dementie en ook schizofrenie heeft het publiek een genuanceerder en minder negatief beeld.

De negatieve gevolgen van de psychische problematiek op zich en de bijkomende stigmatisering wordt vaak nog vergroot door de secundaire negatieve gevolgen op vlak van tewerkstelling, huisvesting, verzekeringen, sociale relaties, zelfwaardergevoel en levenstevredenheid. Een bijkomend gevolg is dat het zoeken naar professionele hulp te vroeg wordt stopgezet of dat het de positieve effecten van rehabilitatieprogramma's grotendeels teniet doet en terugval/heropnames kan teweegbrengen. Niet alleen de mensen met psychische problemen zelf, maar ook hun onmiddellijke omgeving ervaart de gevolgen. Ze worden eveneens geconfronteerd met dezelfde vooroordelen, onbegrip, afwijzing...

De Vlaamse overheid heeft de voorbije jaren de Vlaamse Vereniging voor Geestelijk Gezondheid (VVG) en het project Te Gek!? betoelaagd voor beeldvorming.

De VVG faciliteerde de afgelopen jaren met de structurele steun van Cera de lokale beeldvormingprojecten "Anders Gewoon". Deze projecten verliepen in samenwerking met o.a. Zorgnet Vlaanderen, Similes, werkgroep Verder en Te Gek!?

Het beeldvormingproject "Te Gek!?" van het Sint-Annendaelziekenhuis heeft als globale doelstelling het doorbreken van het taboe over geestelijke gezondheidsproblemen door het thema ter sprake te brengen en toegankelijke correcte informatie hierover te verspreiden. Het project "Te Gek!?" beschikt over een infomobiel. In de infomobiel kan men terecht voor allerlei achtergrondinformatie over geestelijke gezondheidszorg. De infomobiel doet de locaties aan waar Te Gek!? aanwezig is voor haar concertreeks, literaire tournee, zomerfestivaltoer of schoolvoorstellingtournee. Te Gek!? brengt compilatiecd's op de markt van artiesten die meewerken aan een concertreeks en publiceert jaarlijks een katern over geestelijke gezondheid in de standaard.

Gezien het belang van een geestelijk gezonde samenleving en dus van een correcte beeldvorming over geestelijke gezondheid en psychische problemen opteert het beleid voor één grootschalig beeldvormingproject voor geestelijke gezondheid. Het beeldvormingproject beoogt:

- een attitudewijziging onder de algemene bevolking ten aanzien van geestelijke gezondheid(szorg) en psychische problemen zodat een acceptatie van het afwijkende mogelijk wordt en het incorrect denken gecorrigeerd wordt of anderszins afneemt.
- educatie. Destigmatisering vergt een verhoogde en correcte kennis over pathologie (weten dat er iets aan de hand is), zorg (weten dat er iets kan aan gedaan worden) en coping (weten wat je zelf kan doen).
- contactstrategieën. De kans op verandering verhoogt als ontmoetingen met personen met psychische problemen mogelijk zijn. Het bevorderen van contact tussen patiënt en sociale omgeving blijft een strategie die bevorderlijk is voor de sociale integratie van de patiënt en voor de destigmatisering in de bevolking.
- een actieve betrokkenheid van de zorggebruiker.
- samenwerking met actoren uit de geestelijke gezondheidszorg, patiënten en familieverenigingen, met onderwijs en cultuur, het verenigingsleven, het bedrijfsleven, de media en met actieve medewerking van lokale overheden.

Gezien hun brede contacten met het maatschappelijke middenveld, de media en met de actoren in de welzijn – en gezondheidszorg rekenen we voor het Beeldvormingproject Geestelijke Gezondheid voor Vlaanderen (BGGV) op een coproductie tussen de VVG, zijn constituerende leden (Zorgnet Vlaanderen, de Federatie van Diensten Geestelijke Gezondheidszorg, Similes, Uilenspiegel, Ups&Downs), Te Gek!? en andere partnerorganisaties.

Een grootschalig beeldvormingproject heeft een groter effect wanneer daarnaast ook inspanningen geleverd worden voor patiënten en familieleden van patiënten (empowerment, het werk maken van patiëntenparticipatie en van een platform voor familieleden van patiënten),

voor de zorg (voldoende en kwaliteitsvolle zorg voorzien), voor vrijwilligerswerk (vrijwilligers zijn het menselijke kapitaal waar een zorgzame samenleving nood aan heeft) en voor andere overheden (werken aan een sociaal inclusiebeleid overheen de beleidsdomeinen).

De zorgvernieuwing heeft zowel Europees als wereldwijd aandacht besteed aan de inbreng van patiënten en familie. Het Vlaams Patiëntenplatform streeft naar een actieve deelname van patiënten aan de uitbouw van een gezondheidsbeleid- en zorg en wordt gedragen door ervaringsdeskundigen uit de patiëntenverenigingen. Het perspectief van de patiënt is vaak te weinig doorslaggevend in de geestelijke gezondheidszorg.

De familieorganisaties zoals bvb. Similes bereiken jaarlijks met hun laagdrempelig aanbod duizenden Vlaamse burgers: ontmoeting en opvang van familieleden, organisatie van lotgenotencontacten, aanbod van psycho-educatie, belangenbehartiging en sensibilisering. Zij worden in toenemende mate gewaardeerd en geaccepteerd als vertegenwoordiger van de belangen van familie in de geestelijke gezondheidszorg.

Totnogtoe ontplooiën de familieorganisaties hun activiteiten vrijwel zonder middelen vanuit de Vlaamse overheid. Het wordt tijd om hun activiteiten in de geestelijke gezondheidszorg een structurele plaats te geven en hen te erkennen als partner in de zorg. De prioriteit moet liggen op belangenbehartiging van familieleden en een sterke positionering in verschillende advies en overlegorganen. Ook dit zal bijdragen tot de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

**Actie: het creëren en het structureel inbedden van het beeldvormingproject**

**geestelijke gezondheid voor Vlaanderen**

**Actie: het creëren en het structureel inbedden van een platform voor familieleden van personen met psychische problemen.**

#### **4.2. Preventie in de geestelijke gezondheidszorg**

*“We zullen, in het kader van het actieplan suïcidepreventie, verder investeren in het bevorderen van de geestelijke gezondheid. De gezondheidsdoelstelling in kwestie eindigt in 2010 en zal geactualiseerd worden. Lopende projecten zoals de zelfmoordlijn, de zorg voor nabestaanden, het project voor integrale zorg voor suïcidepogers en het project over vroegdetectie van initiële psychoses, zullen verankerd worden en er komen nieuwe strategieën voor doelgroepen met een hoge incidentie voor zelfdoding.”(p.25)*

*“In uitvoering van het besluit over partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking zullen we op een gefaseerde wijze oproepen lanceren rond afgelijnde preventiethema’s en resultaatgebieden. Op basis hiervan zullen we met diverse organisaties beheersovereenkomsten sluiten voor meerdere jaren en hen zo erkennen. Op die manier willen we maximaal beroep doen op de dynamiek aanwezig in het veld en hen tegelijk een perspectief bieden voor meerdere jaren.”(p.26)*

Voorkomen is beter dan genezen. Het voorkomen dat psychische klachten zich ontwikkelen tot ingrijpende stoornissen in het psychisch functioneren, draagt bij tot minder ziektelast voor de patiënt en vermijdt een financiële meerkost van de zorg. Ondanks voldoende wetenschappelijke evidentie dat preventie van psychische problemen effectief is, is de preventieve GGZ nog maar weinig uitgebouwd in Vlaanderen. Dit heeft niet alleen te maken met het beperkte budget voor preventie voor GGZ en voor het gezondheidsbeleid in het algemeen maar ook met het te weinig vertrouwd zijn met preventie als effectieve strategie in de zorg.

Vlaanderen heeft met het Vlaamse actieplan suïcidepreventie 2006-2010 een grote stap gezet. Er zijn niet veel Europese regio’s waar zo uitgebreid nagedacht en gewerkt wordt aan de preventie van zelfdoding. Wanneer partners van het Vlaamse actieplan suïcidepreventie hun projecten voorstellen op internationale congressen blijkt telkens dat Vlaanderen met zijn actieplan andere Europese regio’s ver vooruit is.

Europa heeft sinds kort een EU-kompas voor geestelijke gezondheid. In de inventaris van goede praktijken zijn verschillende projecten van Vlaanderen opgenomen: onze zorg voor suïcidepogers, de zorg voor nabestaanden, de zorg voor vroege detectie van psychoses, de laagdrempelige telezorg, de zorg voor zelfeducatie en de preventiecoaches geestelijke gezondheid in secundaire scholen.

Het Vlaamse actieplan is in zijn opzet voorzichtig gestart door te investeren in goede praktijken. Zo is elk project in het actieplan begonnen als pilootproject en werd het pas algemeen ingevoerd als bleek dat het werkte. Dat betekent dat bepaalde projecten nu nog in de pilootfase zitten.

In afwachting van het herzien van de gezondheidsdoelstelling in 2011 wil de Vlaamse overheid - zie ook de resolutie die door het Vlaamse Parlement is aangenomen op 30 april 2009 - het beleid ten aanzien van de preventie van zelfdoding verder zetten en bijsturen.

Vooreerst is het belangrijk om een aantal initiatieven die de pilootfase ontgroeid zijn en die hun meerwaarde al bewezen hebben, structureel te ondersteunen. In het preventiedecreet van 21 november 2003 wordt in de organisatie van de preventieve gezondheidszorg gesproken over organisaties met terreinwerking (OT). De regelgeving werd vastgelegd in het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009. Dit besluit voorziet dat oproepen tot het sluiten van een beheersovereenkomst met een OT, en de daaruit volgende erkenning, een jaar voor het in voege gaan moet gelanceerd worden. In 2010 lanceren we drie oproepen voor het sluiten van een beheersovereenkomst voor OT:

- laagdrempelige teleshulp en online hulpverlening ten aanzien van burgers in crisis en hulpverleners met vragen over aanpak van zelfdodingsgedachten
- de zorg voor nabestaanden na zelfdoding en het actualiseren en opvolgen van de toepassing van mediarichtlijnen betreffende zelfdoding
- de ondersteuning van de opvang en nazorg van personen die na een suïcidepoging in de spoed terechtkomen, met aandacht voor het actief betrekken van eerstelijnsverleneren en de huisarts.

Daarnaast moet het huidige actieplan gecontinueerd en verdiept worden. De campagne fit in je hoofd zal specifiek gericht worden op jongeren en op personen die leven in armoede. Voor personen in kansarmoede werd intussen, in samenwerking met belangenverenigingen, ervaringsdeskundigen en welzijnsorganisaties, de methodiek van de goed gevoelstoel geïntroduceerd. Voor jongeren wordt de fit in je hoofd –versie gepresenteerd als website. Deze zal NokNok heten en gebruik maken van vier pijlers in plaats van de tien stappen. De pijlers presenteren probleemclusters die aansluiten bij de leefwereld van jongeren. Huisartsen krijgen vanaf oktober 2010 een telefonische hulpdienst ter beschikking voor vragen over de aanpak van zelfdodingsgedachten. De Dienst zal ASPHA heten, advies suïcidepreventie huisartsen. Het project vroegdetectie en – interventie van en bij beginnende psychosen wordt verder gezet en de werking van de locoregionale projecten wordt eveneens verlengd gezien zij bij alle projecten, campagnes en initiatieven betrokken zijn.

In overeenstemming met het besluit op de werkgroepen van de Vlaamse regering van 14/11/08 is er tot slot een Vlaamse werkgroep suïcidepreventie opgericht. De werkgroep moet het Vlaams actieplan in zijn geheel en de strategieën en projecten afzonderlijk grondig evalueren en een nieuwe gezondheidsconferentie voorbereiden die eind 2011 zal georganiseerd worden. Later volgt mogelijk een oproep voor een partnerorganisatie voor de ondersteuning van de realisatie van de toekomstige Vlaamse gezondheidsdoelstelling. Het beleid voor suïcidepreventie moet een permanent karakter krijgen.

Ondanks de stijging van de suïdecijfers t.o.v. 2007 (1027 ten opzichte van 984 zelfdodingen), werd de Vlaamse gezondheidsdoelstelling doelstelling - ‘tegen het jaar 2010 moet het aantal zelfdodingen met 8% gedaald zijn in vergelijking met het jaar 2000’ - nog steeds ruim gehaald in 2008. Bij mannen daalde het absolute aantal overlijdens met 14% sinds 2000.

Bij vrouwen telden we in 2008 10% minder suïcides dan in 2000.

Het aantal suïcides is mogelijk onderschat. Het is immers niet altijd duidelijk of het om een ongeval, een zelfdoding of een moord gaat. Die overlijdens worden samengeteld onder de noemer “sterfte waarvan de intentie niet kan bepaald worden”. Vermoedelijk betreft het merendeel van deze sterftegevallen suïcides.

De evaluatie van het Vlaamse actieplan suïcidepreventie zal rekening moeten houden met de effecten van de economische crisis. Uit een Europees vergelijkende studie blijkt dat voor elke 1% werkloosheid, het sterftecijfer van zelfdodingen met 0,8% kan stijgen. Ook zal het actieplan rekening moeten houden met de ouderen, een doelgroep die niet was opgenomen als risicogroep in dit actieplan en waarvoor zelfdoding en suïcidaliteit vaak onderschat wordt. Tot slot is er nood aan een maatschappelijk antwoord op het fenomeen zelfdoding dat breder gaat dan de gezondheidszorg.

In september 2010 werd de Vlaamse werkgroep tabak, alcohol en drugs opgestart. De werkgroep werkt de structurele en strategische krachtlijnen van het Vlaams actieplan 2009-2015 uit. Ze bewaakt de wetenschappelijke onderbouwing en houdt zich bezig met de afstemming van taken en een betere samenwerking tussen het Vlaamse Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie (VIGeZ), de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), de LOGO's, de CGG's, de steden, gemeenten en provincies. Er zijn geen oproepen voorzien voor partnerorganisaties. Deze functie zal waargenomen worden door VIGeZ (voor tabak) en VAD (voor alcohol en drugs) tot 2015 op basis van een verlenging van hun convenant. Afhankelijk van de beslissingen die worden genomen op het gebied van taakverdeling tussen Vlaamse actoren, worden oproepen voorzien voor organisaties met terreinwerking.

Met de realisatie van de preventieve gezondheidsdoelstelling op Vlaams niveau is er nog geen integraal beleid rond tabak, alcohol en drugs gerealiseerd. Hiervoor is meer nodig. Preventieve maatregelen zoals prijszetting, aanbodsbeperkende regelgeving, reclameverbod maar ook maatregelen op vlak van hulpverlening, sociale re-integratie, opsporing en bestraffing moeten via het federale beleid geregeld worden. Via de cel gezondheidsbeleid, de algemene cel drugs en de interministeriële conferentie drugs moeten middelen gezocht worden om de structurele capaciteit op te drijven en afstemming en samenwerking mogelijk te maken.

**Actie: oprichten van een Vlaamse werkgroep suïcidepreventie die o.m. zal instaan voor de organisatie van een gezondheidsconferentie met als inzet een nieuwe gezondheidsdoelstelling en een geactualiseerd actieplan**

**Actie: lanceren van oproepen en afsluiten van beheersovereenkomsten met organisaties voor terreinwerking voor tabak, alcohol en drugs en suïcidepreventie en met een partnerorganisatie voor suïcidepreventie.**

#### 4.3. Aandacht voor vroegdetectie en vroeginterventie

*“Met betrekking tot de centra voor geestelijke gezondheidszorg zullen we daarnaast verder de nadruk leggen op outreachende zorg, thuiszorg en het inzetten van expertise in de welzijn - en gezondheidsdiensten op de eerste lijn. Het aanbod van de CGG moet aangestuurd worden opdat het toegankelijk zou zijn en beschikbaar in een zo vroeg mogelijk stadium van psychopathologie. Een evaluatie hiervan moet leiden tot een vernieuwde programmatie op langere termijn” (p.46)*

*“In 2010 zullen we een conferentie organiseren om in samenspraak met zorgverstrekkers en het patiëntenplatform, tot een gezamenlijke visie op de positionering en opdrachten van de eerstelijnsgezondheidszorg te komen van waaruit het beleid verder kan uitgebouwd worden” (p.45)*



*“Ook de wijkgezondheidscentra zullen gestimuleerd worden om de aandacht te versterken voor vroegtijdige detectie, behandeling van of verwijzing voor problemen van geestelijke gezondheid bij mensen die wonen in kansarme wijken. Dit moet leiden tot een betere toegankelijkheid van de globale geestelijke gezondheidszorg voor mensen die in armoede leven”(p.46)*

*“Armoede grijpt in op verschillende levensdomeinen. Armoede is niet alleen een sociaaleconomisch probleem, maar heeft een bijzondere impact op het psychologisch welbevinden. We onderzoeken de samenwerkingsmogelijkheden tussen de Verenigingen waar armen het woord nemen en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg om de toegang tot hun aanbod voor mensen in armoede te verbeteren.”(p.29)*

*“Onze Vlaamse samenleving krijgt een steeds multicultureler karakter. Blijvende aandacht voor integratie is hierbij een permanente opdracht.(..) We willen het initiatief nemen om interculturalisering duidelijk op de agenda van de zorgsectoren te plaatsen en zal daarvoor met de sectoren concrete afspraken maken en er mee samen werken. We bekijken deze aandacht vanuit twee invalshoeken: de toegankelijkheid van het aanbod en de tewerkstelling.*

*De uitbouw van het welzijn- en gezondheidslandschap moet rekening houden met diversiteit. Het hulp- en zorgaanbod moet ook voor etnisch-culturele minderheden kunnen openstaan. In meerdere sectoren merken we dat allochtonen onvoldoende bereikt worden, dat zij onvoldoende de weg naar het aanbod vinden. Dit heeft zowel te maken met de informatie over het aanbod als met het aanbod zelf.”(p.52)*

Vroeginterventie is een bekend concept in de zorgsector. De literatuur levert geen eenduidige definitie op van het begrip ‘vroeginterventie’ maar algemeen wordt aangenomen dat het methodologisch onderbouwde acties betreft van professionelen met de bedoeling personen met psychische problemen, op het moment dat er nog geen sprake is van een gediagnosticeerde stoornis, te detecteren en, indien nodig, te motiveren tot hulpverlening. Vroeginterventie bevindt zich op het ‘vage’ grensvlak van preventie en hulpverlening. Dit blijft vaag omdat het op het moment van interventie moeilijk uit te maken is of er een beginnend symptoom is dan wel een al gevorderde klinisch relevante stoornis. Maar het is duidelijk dat de meerwaarde van vroeginterventie ligt in het vroegtijdig ingrijpen op probleemgedrag dat nog in ontwikkeling is. Vroeginterventie wordt begrepen als een offensieve benadering die vertrekt van bestaande vaardigheden en kwaliteiten van de cliënt in plaats van een probleemgeoriënteerde diagnostiek. Vroeginterventie kan enkel goed functioneren als ze ingebed is in een netwerk van voorzieningen.

Ter voorbereiding van de conferentie eerstelijnsgezondheidszorg die zal plaatsvinden in het najaar van 2010 heeft een werkgroep geestelijke gezondheidszorg in kaart gebracht welke actoren in de eerste lijn een aanbod voor mensen met psychische problemen hebben. Daarnaast hebben zij de huidige knelpunten gedetecteerd en voorstellen geformuleerd om het aanbod van geestelijke gezondheidszorg te verbeteren en de toegankelijkheid te verhogen. Voorwaarden creëren om vroegdetectie en vroeginterventie van psychische problemen mogelijk te maken was een belangrijke missie van deze werkgroep.

De CGG hebben de afgelopen jaren belangrijke outreachingopdrachten aangenomen waardoor ze belangrijke banden hebben gelegd met andere lijnen en sectoren: met de bijzondere jeugdzorg, ouderenzorg en met de centra algemeen welzijnswerk. Deze inspanningen moeten verder gezet en uitgebreid worden voor doelgroepen die nu maar beperkt bereikt worden, nl. mensen in armoede en allochtonen.

Tot slot is het van belang om na te gaan in welke mate het medium internet of e-mental health van nut kan zijn om mensen met psychische problemen vroegtijdiger of sneller te bereiken.

#### **4.3.1. Meer geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijnszorg**

Op basis van een grondige analyse van de knelpunten noteerde de werkgroep GGZ ter voorbereiding van de eerstelijnszorgconferentie volgende overwegingen over de noodzaak van een aanbod van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn:

- De verschillende actoren in de eerstelijnszorg kennen elkaar onvoldoende waardoor er een gebrek aan samenwerking en coördinatie is. De patiënt kan niet op een performante verwijzing en een goede indicatiestelling rekenen. Vooral de kloof tussen welzijn- en gezondheidssectoren blijkt een cruciale hindernis voor een geïntegreerd aanbod van zorg. De wachtlijsten in de CGG staan een doelgerichte samenwerking en doorverwijzing in de weg. In de eerste plaats is dus een betere samenwerking, communicatie en ondersteuning tussen de lijnen nodig. Dit blijkt onder meer uit een recent onderzoek van het steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin. Het onderzoek ging na hoe depressieve gevoelens zich manifesteren bij de gebruikers van CAW, ICAW en OCMW en welke de kenmerken zijn van mensen die een hoog risico vertonen voor depressie. Het cliënteel van deze instellingen kampt duidelijk met ernstige psychische klachten. Deze psychische klachten gaan hand in hand met financiële moeilijkheden. Depressie leidt tot verminderde prestaties op de werkvloer maar evenzo leidt werkloosheid tot hopeloosheid. De hoge samenhang tussen financiële, psychische en algemene gezondheidsproblemen pleit, volgens de onderzoekers, voor een geïntegreerde aanpak in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Als CGG en CAW onderling beter afstemmen levert dat een meerwaarde op in de vorm van een kwaliteitsvolle indicatiestelling van de patiënt en continuïteit van de hulpverlening. Voor heel wat doelgroepen en problematieken (intrafamiliaal geweld, vechtscheidingen, traumazorg, forensische zorg, (chronisch) psychiatrische patiënten, arbeidsgehandicapten, zwakbegaafden, suïcidepogers....) hebben de CGG's en de CAW's eigen deskundigheid opgebouwd en vaak ook de zorg gedeeld of vastgesteld dat een meer gedeelde zorg noodzakelijk is.

Een betere onderlinge kennis zowel van werkwijze, doelgroepenbehandeling, inclusie- en exclusiecriteria, verwijzing... is onontbeerlijk. Daarnaast zijn duidelijke afspraken over samenwerking en verwijzing gewenst en moet de toegankelijkheid van de tweede lijn bewerkstelligd worden. Bestaande brugfuncties zoals psychiatrische zorg in de thuissituatie en de hieronder voorgestelde 'eerstelijnspsychologische functie' kunnen bijdragen tot een meer gestroomlijnde samenwerking en een goede doorverwijzing. Regionaal kan het model van getrapte zorg hiervoor verdere handvatten reiken. De essentie van dit model is dat er minimale zorg is waar mogelijk, en intensievere zorg indien nodig. De behandeling van psychische problemen, zeker als ze van milde tot matige vorm zijn, moet zoveel mogelijk starten in de

eerstelijnszorg. Enkel voor ernstige of complexe problematieken, of als de behandeling van milde tot matige problematieken in de eerste lijn ontoereikend is, is er een doorverwijzing naar specialistische zorg. Het is dus de strikte toepassing van het principe: eerst generalistisch, dan specialistisch.

- Behalve de vele gebruikers van de eerstelijnszorg bestaat er ook een grote groep van mensen met psychische problemen die de toegang tot de zorg niet vinden. Daarbij zijn achtergestelde groepen oververtegenwoordigd, zoals kansarmen, mensen met een andere etnische achtergrond of mensen die zeer zorgbehoefstig zijn maar zorg weigeren. Voor deze groepen zijn specifieke methodieken en aangepaste voorzieningsoverschrijdende zorgvormen nodig. Een intensieve samenwerking tussen GGZ - en welzijnsdiensten kan op dit vlak eveneens een meerwaarde bieden.

- Eerstelijnsverleners zijn niet specifiek opgeleid voor detectie, diagnostiek en behandeling van psychische problemen. Zij moeten ook geen experts zijn. Wel dienen ze over een aantal generieke basiscompetenties te beschikken om personen met psychische problemen doelmatig te kunnen helpen. Een bevordering van de deskundigheid voor geestelijke gezondheidsproblemen draagt hiertoe bij. Thuiszorgdiensten bvb. ondervinden een gebrek aan ondersteuning en samenwerking met de actoren in de geestelijke gezondheidszorg. Ze worden geconfronteerd met een stijging van chronische psychiatrische problematieken, wat meer werkbelasting oplevert. Tevens blijkt dat een significant deel van de behandelde cliënten nooit een diagnose kreeg. Het creëren van psychiatrische zorg in de thuissituatie betekende een belangrijke evolutie in de richting van gemeenschapsgerichte zorg en het uitbouwen van zorgnetwerken. Het is noodzakelijk om dit in de toekomst structureel uit te bouwen. De ontwikkelingen in het kader van de hervorming binnen de geestelijke gezondheidszorg (zie verderop, 4.6.) scheppen hiertoe mogelijkheden.

- De aandacht en inzet voor preventie van psychische problemen is zeer mager en op sommige vlakken zelfs afwezig in de eerste lijn. Toch is de eerste lijn uitstekend geplaatst om een actievere rol te spelen op het vlak van preventie in de GGZ. De werkgroep doet aanbevelingen voor een positievere beeldvorming rond mensen met psychische problemen, een betere sociale rehabilitatie van psychiatrische patiënten na opname en een krachtiger inbedding van GGZ in de bredere maatschappelijke sectoren (zie 4.1.).

- Mensen kunnen veel zelf doen om hun problemen het hoofd te bieden. Mantelzorgers, zoals de familie, de buurt en vrijwilligersorganisaties, nemen veel zorg spontaan en vrijwillig op. De professionele hulpverlening is weinig gefocust op de ondersteuning van deze krachtige vormen van zorg. Mantelzorgers staan er vaak alleen voor en door het stigma dat kleeft aan psychische problemen komen ze er moeilijk toe om steun te vragen. Hulpverleners, zeker die in de eerste lijn, moeten de eigen kracht en die van de omgeving erkennen en bevorderen en competenties verwerven om dat nog beter te doen.

- Ervaringsdeskundigheid krijgt in de gezondheidszorg weinig waardering. Zorg in de thuissituatie betekent een professionele samenwerking met mantelzorgers en informele zorgverstrekkers. Werken in partnerschap met ervaringsdeskundigen zou een versterking van de eerste lijn betekenen en is een belangrijke doelstelling voor de toekomst.

Als belangrijkste aanbeveling schoof de werkgroep ter voorbereiding van de eerstelijnsconferentie de invoering van een eerstelijns psychologische functie naar voren. De eerstelijns psychologische functie ontwikkelt een laagdrempelig en nabij GGZ-aanbod. Hij verzekert een kwalitatief aanbod door het inschakelen van personen met een specifieke GGZ-achtergrond maar ook door deze in te bedden in een bestaande eerstelijnsstructuur, met goede samenwerking en verwijzing naar gespecialiseerde GGZ- en welzijnsdiensten en hij biedt ondersteuning aan reguliere eerstelijnsverleners via intervisie en vorming.

Behalve deskundigheidsbevordering van generalistische eerstelijnsverleners is er nood aan toegevoegde gespecialiseerde GGZ-deskundigheid in de eerstelijnszorg. De duur van een consult of bezoek is beperkt en eerstelijnsverleners blijven generalisten. Een specifieke psychologische functie in de eerste lijn geeft meer ruimte en achtergrond en kan vooral door de laagdrempeligheid de toegang tot de GGZ verbeteren, zeker voor groepen die ze anders niet vinden. Door zijn aanwezigheid in een huisartsenpraktijk, een wijkgezondheidscentrum of dicht bij de eerstelijnszorg, in de diverse thuiszorgdiensten draagt de eerstelijns psychologische functie bij tot preventie. Hij maakt een vroege detectie en een vroege interventie haalbaar. In eerste instantie verstrekt de eerstelijns psychologische functie informatie over psychische problemen, detecteert hij psychische problemen en doet hij aan diagnostiek, intake en indicatiestelling. Hij levert kortdurende generalistische zorg bij lichte klachten en werkt nauw samen met andere hulpverleners vanuit het model van getrapte zorg, hanteert een laagdrempelige werkwijze en is inzetbaar voor crisisinterventies. Ook maakt hij mogelijk dat mensen met ernstige psychische problemen vlotter en sneller in de gespecialiseerde gezondheidszorg terechtkomen.

**Actie: ontwikkeling en implementatie van projecten geestelijke gezondheidszorg op eerstelijnsniveau op basis van goedgekeurde strategieën en acties van de eerstelijnsgezondheidsconferentie.**

#### 4.3.2. Outreachend werken

Outreachend werken kan vandaag op grote interesse rekenen en bevestigt een trend in de welzijn - en gezondheidsorganisaties om meer naar buiten te komen, niet af te wachten en meer proactief en preventief aanwezig te zijn bij problemen die dreigen te escaleren. Inspanningen vanuit één organisatie worden gekoppeld aan die van een andere om zodoende de hulp beter af te stemmen op latente behoeften en onbeantwoorde vragen. Naarmate de verkokering kleiner is, wordt de kans groter op een outreachend bereik van verdoken problemen. Outreachend werken legt de nadruk op het zelf zetten van stappen om organisaties of potentiële cliënten te bereiken. Outreachend werk brengt het aanbod van de eigen organisatie binnen in de andere organisatie en in de leefwereld van de cliënt. Door outreachend te werken versterkt men de competenties van de andere organisatie en verzamelt men tevens informatie om de eigen werking beter aan te passen aan de andere organisatie/ aan de leefwereld van de cliënt.

Een grote groep van mensen met psychische problemen vindt nog steeds niet de toegang tot de zorg. Dat is één van de bevindingen van de werkgroep geestelijke gezondheidszorg ter voorbereiding van de conferentie eerstelijnszorg. Daarbij zijn achtergestelde groepen oververtegenwoordigd, zoals kansarmen, mensen met een andere etnische achtergrond of mensen die zeer zorgbehoefstig zijn maar zorg weigeren. Voor deze groepen zijn specifieke methodieken en aangepaste voorzieningsoverschrijdende zorgvormen nodig, besluit de werkgroep. Om deze doelgroepen beter te bereiken zal de geestelijke gezondheidszorg ook naar buiten moeten komen.

### ***Outreaching naar mensen in armoede***

Wie lager op de sociaaleconomische ladder staat, heeft meer kans op gezondheidsproblemen. Wie arm is, sterft vroeger en is vaker ziek. Armoede grijpt in op gezondheid en omgekeerd leiden gezondheidsproblemen ook tot grotere armoede. De medische kosten zijn vaak te zwaar. Almaar meer mensen moeten een doktersbezoek of ziekenhuisopname uitstellen wegens geldgebrek. Laaggeschoolden leven vijf jaar minder lang en de kwaliteit van hun gezondheid ligt in dat kortere leven lager dan voor wie zich boven de armoedegrens bevindt. Werklozen, eenoudergezinnen en alleenstaanden lopen extra risico om arm en ziek te worden.

Arm zijn is een sterke aantasting van het algemeen psychologisch welbevinden en geeft stress, voeding voor crisissen en depressies. Nog minder dan voor fysieke aandoeningen laten mensen zich behandelen voor psychische problemen. Bovendien kunnen armen in geval van ziekte minder rekenen op de hulp van familie of hun omgeving. Er is de voortdurende kwellende onzekerheid over het naakte bestaan (voeding, behuizing, basisvoorzieningen, gezondheid), de angst voor de dag van morgen, angst voor het welzijn van de kinderen, de kritiek die men uit alle hoeken krijgt of kan verwachten (school, burens, hulpinstanties), de daarmee gepaard gaande spanningen in de relatie met de partner, de kinderen, er zijn de kwellende zelfverwijten en schuldgevoelens, de gevoelens van onmacht in het algemeen en het herhaaldelijk ervaren van onvermogen om in de meeste aspecten van het leven zelfstandig iets ten goede te keren. Al deze factoren brengen een psychische pijn en belasting teweeg waartegen bij wijze van spreken zelfs de meest gezonde psyche niet blijvend bestand is.

Voorals ouders uit eenoudergezinnen en alleenstaanden lopen een groter risico om met psychische problemen te kampen. Armen komen terecht in een spiraal van uitsluiting op verschillende terreinen en trekken zich terug.

Om hulp vragen versterkt vaak het gevoel van onmacht, stigmatisering en van schaamte. Mensen in armoede hebben een gekwetste binnenkant: de band met hun natuurlijk milieu is vaak al vroeg in hun jeugd doorgesneden. Veelal gaan ze gebukt onder onverwerkt verdriet. Ze hebben een tekort aan vaardigheden en een gebrekkig zicht op hoe de samenleving in elkaar zit. De leefwereld van mensen in armoede staat zo ver weg van die van de hulpverlening, dat die kloof een extra probleem vormt. In plaats van hulpverlening op hun maat, moeten mensen in armoede zich aanpassen aan de codes, normen en waarden van de hulpverlening. Hulp zoeken wordt dan soms een extra probleem en verhoogt de drempel. Omgekeerd zijn hulpverleners meestal zelf niet in armoede geboren en opgegroeid. Zij komen vaak uit de middenklasse en hebben een stereotiep beeld van armen. Ze kennen de cultuur van armoede niet en ze hebben

niet dezelfde waarden en normen. Bovendien is het wantrouwen van mensen in armoede tegenover diensten en hulpverleners vaak diep geworteld. Voor hulpverleners is het moeilijk om dit wantrouwen te doorbreken. Zij vertegenwoordigen de maatschappij en worden dus ook gewantrouwd. Het verhaal van de hulpverlening aan mensen in armoede is er dikwijls één van: “soms teveel (zoveel helpers) maar toch vaak te weinig (nergens terecht kunnen)”.

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede in het bijzonder is een blijvende bezorgdheid. Om de toegankelijkheid tot zorg te verhogen, moeten de financiële drempels verlaagd worden en moet er een kennisoverdracht plaatsvinden.

Passende hulp moet vertrekken van de realiteit van de hulpbehoevende. Dat is bij mensen in armoede geen eenvoudige opdracht. Outreaching is in de beginfase van de behandeling aangewezen. Dit moet de toegankelijkheid naar de tweede en derde lijn verbeteren voor armen met ernstige psychische of psychiatrische problemen. Het aanbod van psychotherapie - met aandacht voor het specifieke karakter van de hulpverlening - moet ook voor mensen in armoede beschikbaar zijn in de CGG en in het Psychiatrisch Ziekenhuis zodat ook zij de zorg krijgen die ze nodig hebben.

In het Vlaamse actieplan armoedebestrijding 2010-2014 spoort de Vlaamse overheid onder meer CGG, CAW en wijkgezondheidscentra aan om een brug te slaan tussen geestelijke gezondheidszorg en mensen in armoede. Dit kan via outreaching naar verenigingen waar armen het woord nemen, in samenwerking met ervaringsdeskundigen. In de nabije toekomst is het belangrijk dat de verenigingen waar armen het woord nemen, de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de centra algemeen welzijnswerk onderzoeken hoe ze elkaar kunnen vinden.

Ook voor preventie hebben we nood aan aangepaste methodieken die toelaten om met maatschappelijk kwetsbare mensen te werken aan geestelijke gezondheid. VIGeZ en CEDES, een beweging voor integrale armoedebestrijding, hebben samen met ervaringsdeskundigen een methodiek ontwikkeld, de goed-gevoel-stoel, die, in navolging van het project fit in je hoofd (Vlaams actieplan suïcidepreventie), mensen in armoede psychisch weerbaarder wil maken en de aandacht voor geestelijke gezondheid op een duurzame manier wil integreren in de werking van de verenigingen waar armen het woord nemen.

**Actie: de samenwerkingsmogelijkheden tussen verenigingen waar armen het woord nemen, de centra algemeen welzijnswerk en de centra voor geestelijke gezondheidszorg worden onderzocht en structureel uitgebouwd.**

**Actie: in het kader van het Vlaamse actieplan suïcidepreventie wordt het project ‘de goed-gevoel-stoel’ uitgebouwd rond geestelijke gezondheidsbevordering naar mensen in armoede.**



***Intercultureel werken in de geestelijke gezondheidszorg***

De samenleving in Vlaanderen is multicultureel. Door de toegenomen mobiliteit zal ze almaar diverser gekleurd zijn. Vooral grootsteden zoals Brussel, Gent en Antwerpen trekken allochtonen aan. We mogen verwachten dat meer mensen van andere culturen een beroep zullen doen op geestelijke gezondheidszorg. Allochtonen lijken bijzonder kwetsbaar te zijn en deze kwetsbaarheid laat zich ook voelen in verschillende maatschappelijke domeinen: op de arbeidsmarkt, in het onderwijs, op de woonmarkt en de gezondheidszorg. Bovendien blijkt uit een verkennende analyse dat personen van Marokkaanse of Turkse herkomst een zeer groot armoederisico kennen: ongeveer de helft van hen is inkomensarm.

Allochtonen zijn ondervertegenwoordigd in de voorzieningen van GGZ en hebben een lagere contactfrequentie bij de huisarts voor psychische aandoeningen dan autochtonen. Bovendien blijkt uit onderzoek in Vlaanderen dat er bij allochtonen meer misdiagnoses en eenmalige contacten zijn en dat zij een hogere drop-out en een kortere behandelduur hebben. Toch zijn er geen aanwijzingen dat de zorgvraag of de zorgbehoefte van allochtone personen wezenlijk verschilt van die van autochtone personen. De doelgroep van allochtonen onderscheidt zich wel door een specifieke situatie (hogere kwetsbaarheid door de traumatiserende werking van het migratieverleden) en door de status van allochtoon (discriminatie, marginalisering in hun gastland), door de minder goede socio-economische situatie en door de drempels die zich vormen voor de hulpverlening. Deze drempels zijn communicatieverschillen (taalbarrières) en culturele verschillen ( hechtere familierelaties en verschil in ziektebeleving). Tot slot zijn er drempels die afhankelijk zijn van de specifieke situatie van de hulpverlening: wachtlijsten en gebrek aan aangepaste doorverwijsmogelijkheden voor allochtonen.

Interculturalisatie moet in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg vorm krijgen. Het is gericht op personeelsbeleid en instellingsbeleid in het algemeen. Interculturalisatie houdt in dat GGZ-voorzieningen, vooral in een grootstedelijke context, cultuurgevoelig gemaakt worden om allochtonen met respect voor hun cultuur gelijke toegang te geven tot de GGZ met een gelijkwaardige kwaliteit van zorg.

De deskundigheid van hulpverleners moet versterkt worden in het werken met allochtonen. Het aanbieden van zorg op maat zal moeten rekening houden met de culturele verscheidenheid in de populatie. Het stigma dat door de allochtoon verbonden wordt met de geestelijke gezondheidszorg, het veelal somatiseren van de psychische klachten en het taalprobleem zijn belangrijke knelpunten in de opstart van een behandeling. Maar daarnaast is voor de hulpverleners ook kennis van de visie op gezondheid, zorgbehoeften en zorggebruik in andere culturen essentieel. Hulpverleners moeten bijgeschoold worden, zodat ze werkelijk bijdragen aan een integrale hulpverlening. Het inschakelen van tolken, interculturele bemiddelaars, allochtone zorgconsulenten en allochtoon personeel in de gezondheidszorg levert een bijdrage aan de integrale hulpverlening. Daarnaast moet de kennis van het gezondheidssysteem verbeterd worden bij allochtonen.

De CAW (Centra Algemeen Welzijnswerk) en de CGG (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg) richten zich conform hun respectievelijke decreten ook op de kwetsbare doelgroepen van etnisch-culturele minderheden, vluchtelingen en mensen met een precair verblijfsstatuut. Op dit moment werken drie halftijdse facilitatoren cultuursensitieve zorg in drie grootstedelijke CGG.

Zij ondersteunen de CAW en de CGG voor cultuursensitieve zorg, ze bevorderen de deskundigheid van hulpverleners met vormingen en intervisie, maken het hulpverleningsaanbod van CAW en CGG bij mogelijke verwijzers bekend en faciliteren de toeleiding.

**Actie: het verhogen van de capaciteit van facilitatoren cultuursensitieve zorg in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.**

#### **4.3.3. Zorg via nieuwe technologieën**

De informatie - en communicatietechnologie kende in het laatste decennium een snelle ontwikkeling. Vooral de opkomst van web 2.0. toepassingen zoals blogs en sociale netwerksites zoals facebook, netlog en mspace hebben ertoe geleid dat cybercommunicatie het communicatiemiddel bij uitstek geworden is, vooral bij jongeren. E-mental health nam eveneens een vlucht met de ontwikkeling van het World Wide Web midden jaren negentig. Inmiddels zijn er zoveel initiatieven dat cliënten door de bomen het bos niet meer zien. Er zijn echter duidelijke verschillen. De programma's variëren van zelfhulp via begeleide zelfhulp tot pure geprotocolleerde psychotherapie.

Bij zelfhulp neemt de gebruiker zelfstandig het hulpmateriaal door zonder dat er contact is met een begeleider. De effecten liggen voornamelijk in de preventieve sfeer. In begeleide zelfhulp, zoals psycho-educatie, geeft de begeleider informatie over de rationale van de interventie en laat hij zien hoe het zelfhulpmateriaal gebruikt moet worden. Meestal betreft het standaard huiswerkopdrachten en gestandaardiseerde feedback van de begeleider. Eventueel worden de standaardteksten aangevuld met contacten via e-mail, telefoon, onlinediscussiegroepen of onlinechatgesprekken. In geprotocolleerde psychotherapie of onlinetherapie via het internet geeft de therapeut zelf de therapie in een aantal sessies, vaak in combinatie met zelfhulpmateriaal. In Vlaanderen hebben we wel wat ervaring met pure zelfhulp (fit in je hoofdwebsite), begeleide zelfhulp (kleur je levenwebsite van ISW limits bvb.) maar weinig met onlinetherapie. Nederland blijkt hierin vaak gidsland. Interapy is het meest treffende voorbeeld. Interapy is een zorgaanbieder van online behandelingen van psychische klachten. De behandelingen zijn ontwikkeld in nauwe samenwerking met de universiteiten. Alle behandelingen zijn evidence based en zijn uitvoerig getest alvorens cliënten ze kregen aangeboden. Onlinetherapie blijkt vooral passend te zijn voor de doelgroep van hoger opgeleiden met een drukke agenda. Interapy werkt enkel op verwijzing (via de huisarts) en gaat pas van start na een uitgebreide screening met onlinevragenlijsten, een telefonisch contact, een indicatiestelling en een behandelplan. Interapy werkt met een vaste cliënt-behandelaarrelatie, een behandelaar die de cliënt echter nooit ontmoet. Interapy is op basis van wetenschappelijk onderzoek geïndiceerd voor posttraumatische stressstoornis, depressie, burnout, rouwverwerking en panieklachten. Het is niet geïndiceerd voor mensen die in de greep zijn van psychoses, dissociatie of een geschiedenis van suïcidaliteit kennen.

Er zijn verschillende voordelen aan onlinetherapie: de agenda's van therapeut en cliënt hoeven niet op elkaar aan te sluiten, er zijn verschillende sessies per week mogelijk. De cliënt bepaalt zelf wanneer hij tijd besteedt aan zijn behandeling. De therapeut heeft op zijn beurt meer tijd om over zijn antwoord na te denken, doordat de hulpverlener en de patiënt niet tegelijkertijd online zijn. En tot slot geven cliënten zich gemakkelijker bloot dan bij een face -to - face therapie. Gezien de groeiende psychosociale noden en de relatief beperkte kost in vergelijking met face-to-facecontacten, zijn kostenbesparing en beperking van wachtlijsten misschien wel de grootste troeven.

Er zijn echter ook nadelen verbonden aan onlinetherapie: het anonieme en publieke karakter van het internet brengt uitdagingen voor de privacy en kan aanleiding geven tot misbruik. Het ontbreken of het beperkt aanwezig zijn van een therapeutische relatie doet gissen in welke aarde de aangeboden informatie valt en het gevaar bestaat dat parallelle circuits gecreëerd worden naast het bestaande onlineaanbod.

Psychologische interventies kunnen ook via het internet effectief zijn. Het woord 'kunnen' staat er niet voor niets. Gezien we in een digitaal tijdperk leven, is het zinvol om een pilootproject voor Vlaanderen via een projectoproep te lanceren. Dat moet samengaan met effectonderzoeken. Het is dan ook essentieel dat het e-mental health aanbod kwalitatief is, professioneel begeleid wordt en aanvullend en complementair is aan het bestaande zorgaanbod. Onlinebehandelingen lijken zich zeer goed te lenen voor hulpverlening aan kwetsbare populaties bij wie de drempel om in behandeling te gaan erg groot is. Ook moet nagegaan worden of onlinebehandelingen kunnen ingezet worden als een effectieve methodiek voor vroeginterventie. Tot slot moet bekeken worden of de aansturing en de organisatie van e-mental health door een centrale instantie moet gebeuren om versnippering en wildgroei tegen te gaan en de kwaliteit te bewaken.

Technologische innovatie in de zorg kan de kwaliteit van zorg in al zijn facetten ten goede komen wanneer de introductie ervan gebeurt met respect voor de specifieke context en vertrekt vanuit de specifieke zorgvraag met de zorgvrager als uitgangspunt. Flanders' Care wil het bestaande innovatiepotentieel aanboren door zorginstellingen, kennisinstellingen en bedrijven samen te brengen en kruisbestuiving te faciliteren.

Ook voor de geestelijke gezondheidszorg biedt dit kansen en meer bepaald voor technologische concepten die een grote impact kunnen genereren voor de zorg en op economisch vlak. Flanders' Care biedt een kader aan maatregelen die dergelijke concepten van de experimentele fase via demonstratieprojecten moeten brengen tot een implementatie in Vlaanderen. Assistentieve technologieën in de ruime zin van het woord zijn een absolute prioriteit.

**Actie: via een projectoproep pilootprojecten uitbouwen voor onlinetherapie en**

**deze koppelen aan effectonderzoek.**

**Actie: onderzoeken op welke aspecten van de geestelijke gezondheidszorg kan ingezet**

**worden via Flanders'Care.**

#### 4.4. Uitbreiding van het basisaanbod geestelijke gezondheidszorg

*“Het aanbod van de CGG moet aangestuurd worden opdat het toegankelijk zou zijn en beschikbaar in een zo vroeg mogelijk stadium van psychopathologie. Een evaluatie hiervan moet leiden tot een vernieuwde programmatie op langere termijn.”(p.46)*

*“We hebben ook aandacht voor bijzondere doelgroepen, zoals niet-begeleide buitenlandse minderjarigen, jongeren met een verslavingsproblematiek en jongeren met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen. Voor een groeiend aantal kinderen en jongeren die geen stabiliteit vinden, zich niet kunnen verzoenen met onze maatschappij of die ontsporen in onaanvaardbaar gedrag, willen we het aanbod van de centra voor geestelijke gezondheidszorg gericht inzetten, onder meer voor hulp in crisissituaties voor diagnostiek en indicatiestelling, voor ondersteuning van ouders en familie en voor structurele en diepgaande stabilisering van deze jongeren. We zullen er op aansturen dat in de Vlaamse overheid en met de zorgactoren op het werkveld samengewerkt wordt om vernieuwende hulpverleningsmethodes te versterken: forensische K-diensten, SGA-eenheden voor jongeren, gezinsverpleging voor jongeren, outreaching van geestelijke gezondheidszorg naar voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand met inzet van de recent toegewezen middelen of naar jongeren die door de rechter naar het reguliere gevangenisstelsel zijn doorverwezen.”(p.38)*

*“Bij die operatie (integrale jeugdhulp) wordt de bestaande expertise en kwaliteit op het gebied van diagnostiek en indicatiestelling, omgaan met verontrustende situaties en maatschappelijke noodzaak, erkend en meegenomen in de nieuwe aanpak. Investeren in diagnostiek, in het bijzonder een verbreding en verdieping van de diagnostische know how en praktijk in Vlaanderen, is hierbij noodzakelijk.”(p.37)*

In Vlaanderen werken er momenteel ongeveer 900 voltijdse equivalenten in de CGG en zijn er naar schatting tussen de duizend en de tweeduizend individueel gevestigde of in groepspraktijk werkende psychologen en psychiaters. Ondanks dit aanbod is de vraag naar hulpverlening veel groter en zijn er in elke regio wachtlijsten met wachttijden die schommelen van een maand tot een jaar. Niet alleen dringt zich een uitbreiding van het aanbod op maar ook creatieve formules die de wachttijden kunnen inperken.

##### 4.4.1. Samenwerking CGG met zelfstandige psychologen

De CGG bieden tegen een betaalbare prijs zorg op maat voor diegenen die er nood aan hebben. Het aanbod blijkt onvoldoende om de grote vraag op te vangen. De CGG hebben al verschillende acties ondernomen om de wachttijden in te korten en het directe zorgaanbod te verhogen: kortdurende therapieën, groepstherapieën, afbouw van niet-direct cliëntgebonden activiteiten, reorganisatie van de instroomprocedure, oriënteringsgesprekken die binnen de twee weken aangeboden worden. Bovendien worden financieel krachtige cliënten momenteel na aanmelding in toenemende mate verwezen naar private praktijken, waar ze sneller geholpen kunnen worden. Hiermee werd het probleem echter niet fundamenteel opgelost.

Omwille van de prangende problemen met wachttijden zetten enkele CGG experimenten op voor samenwerking met zelfstandige psychologen. Ze wilden zo de wachtlijst inperken en met de bijkomende middelen aanwervingen doen voor het CGG. De lasten van deze experimenten blijken echter hoger te zijn dan de lusten: weerstanden bij het personeel, een gebrekkige integratie van de zelfstandigen in het team, discussies over schijnzelfstandigheid, dubbele wachtlijsten...Ook de opbrengsten zijn niet van aard om extra mensen aan te werven.

Dit betekent niet dat een goed samenwerkingsmodel tussen CGG en zelfstandige psychologen(praktijken) geen perspectieven kan scheppen voor het inperken van de wachtlijsten. Om de CGG en zelfstandige praktijken met elkaar te laten samenwerken, hebben de CGG momenteel nood aan duidelijke richtlijnen voor de bepaling en de aanrekening van cliëntbijdragen.

Voor de bepaling van deze cliëntbijdragen is het goed om eerst stil te staan bij het gezondheidszorgmodel dat België momenteel hanteert. Ons gezondheidszorgmodel is gebaseerd op een universeel en verplicht systeem van ziekteverzekering met een grote mate van overheidsregulering. Met dit systeem tracht men een groot solidair draagvlak te creëren met een uitgebreide dekking van gezondheidszorgkosten. De solidariteit wordt gefinancierd met bijdragen op basis van inkomen, door staatstoelagen en door alternatieve financieringsbronnen. Op deze manier wil men een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare zorg garanderen voor alle rechthebbenden. Er is dus al een lange traditie van 'not for profit' in de gezondheidszorg. Toch kunnen we ons niet onttrekken aan het actuele debat over de toename van commercialisering in de zorg. Door het tekort in het zorgaanbod en de ontstane wachtlijsten zijn er heel wat patiënten die de stap zetten naar de private markt. Die is echter voornamelijk toegankelijk voor wie financieel stevig in zijn schoenen staat. De laatste jaren is er een toename van het aantal groepspraktijken van psychologen en psychiaters en gaan bestaande praktijken zich meer specialiseren of een meer marketinggerichte strategie aanwenden om klanten aan te trekken.

Decretaal moeten de CGG voor elke patiënt, zonder onderscheid van vermogenstoestand, verantwoorde zorg verstrekken met bijzondere aandacht voor sociaal en financieel zwakkere personen. Het basisaanbod, zorg en preventie, van de CGG behoort tot de gezondheidszorg, zo ook alle aspecten van de financiering en dus ook de bijdragen van de patiënten. Concreet betekent dit dat de kostprijs van de basiszorg grotendeels gedragen wordt door de overheid. In het geval van de CGG is dit een gemengde financiering, deels door het RIZIV voor wat de consultaties van de artsen betreft en deels door de Vlaamse gemeenschap voor wat de personeel-, werking- en huisvestingskosten betreft. Dit wil ook zeggen dat elke Vlaamse burger een aangepaste bijdrage levert via federale en Vlaamse belastingen in deze zorg en dus hierop gelijke rechten heeft. Dit uitgangspunt houdt in dat er niet gewerkt kan worden met verschillende wachtlijsten in functie van het inkomen en ook, dat kapitaalkrachtiger cliënten niet uitgesloten mogen worden van CGG-zorg.

Patiëntenbijdragen voor een diagnose – en behandelingssessie worden het best vastgelegd in een uitvoeringsbesluit zodat ze transparant zijn voor de gebruikers, i.c. de patiënten en de doorverwijzers. In dit uitvoeringsbesluit wordt de patiëntbijdrage in een CGG gelijkgesteld met het remgeld van een psychiatrisch consult en evolueert het mee met de aanpassingen van het RIZIV. Voor patiënten die beschikken over een bijzonder statuut (verhoogde tegemoetkoming,

omniostatuuat en/of maximumfactuur) of hiervoor een aanvraag lopende hebben, wordt een wettelijke vermindering vastgelegd. In de memorie van toelichting van het uitvoeringsbesluit kunnen patiëntengroepen opgenomen worden voor wie een uitzondering aangewezen is.

We stellen vast dat er zich momenteel een aantal belangrijke uitdagingen stellen met betrekking tot de terugbetaling van (erkende?) psychologen. Dat is in eerste instantie een RIZIV-aangelegenheid. Een aantal mutualiteiten betalen onder strikte voorwaarden in de aanvullende verplichte verzekering bepaalde prestaties van psychologen terug. Het lijkt zinvol om hierover met de mutualiteiten te overleggen om na te gaan op welke wijze de gemeenschappen hierin faciliterend kunnen zijn, zoals bvb. in het kader van de erkenning van de zorgverstrekkers die in aanmerking kunnen komen met betrekking tot de terugbetaling van prestaties, kwaliteitsbewaking van prestaties enz.

Het is belangrijk om druk te leggen op medico-mutakkoorden om de prestaties van psychiaters in een ambulante setting naar waarde te schatten. Gezien psychiatrie een knelpuntspecialisme vormt, moet er daarnaast overlegd worden met het domein onderwijs om de huidige tekorten aan psychiaters op termijn te kunnen wegwerken.

Vervolgens is het noodzakelijk dat de CGG een intensievere samenwerking met zelfstandigen of andere zorgaanbieders nastreeft en vastlegt in een samenwerkingsovereenkomst. De CGG hebben hiermee al enige tijd ervaring doordat ze psychiaters op een zelfstandige basis in het CGG betrekken, net zoals dit ook in de psychiatrische ziekenhuizen gangbaar is. Met een contract "sui generis" of een "aannemingsovereenkomst" wordt een contract geschreven op maat van de specifieke relatie tussen het CGG en de zelfstandig werkende psychiater. De sociale en arbeidsrechtelijke situatie van de psychiater blijft die van een zelfstandige en hij kan dus in principe handelen naar eigen oordeel. Alleen wordt het werk dat hij doet voor het CGG gestroomlijnd volgens specifieke afspraken waar beide partijen zich aan te houden hebben.

De vraag is of deze contractvorm ook voor andere zelfstandig werkende therapeuten in het CGG mogelijk is. Gezien de cliëntbijdragen in het CGG gekoppeld worden aan het remgeld dat gevraagd wordt, is het niet aangewezen om voor zelfstandigen een apart betalingscircuit te creëren waarvan de patiënt de dupe is. Het is aangewezen dat zelfstandige therapeuten eveneens het remgeld vragen aan de patiënt en dat het verschil wordt bijgelegd door het CGG. Zo vermijden we een duale gezondheidszorg en verschillende wachtlijsten gebaseerd op het inkomen. Voor de Vlaamse overheid is het interessant om voor de samenwerking CGG en zelfstandige therapeuten experimenten op te zetten. We zullen projectoproepen lanceren en een aantal CGG selecteren die bereid zijn om met dit experiment aan de slag te gaan. Bij voorkeur gaat dit experiment samen met een kleinschalig onderzoek naar kosten-baten, het effect op de wachtlijsten, de impact op de toegankelijkheid voor kansengroepen en of het invloed heeft op de samenwerking tussen bedienden en zelfstandigen.

Tot slot moet de samenwerking versterkt worden met zelfstandig werkende psychiaters, psychologen en psychotherapeuten buiten het CGG. Deze samenwerking bestaat al door de verwijzingen vanuit het CGG, deels om de eigen wachttijden te kunnen inkorten en deels om een beroep te doen op het complementair aanbod in de private sector. Het is nuttig om te onderzoeken in welke mate deze samenwerking een juridische overeenkomst kan worden waarbij CGG bvb. beroep kunnen doen op de expertise van de privémarkt voor de sociaal en financiële zwakkeren. Door de vastlegging van cliëntbijdragen in een uitvoeringsbesluit creëert



dit voor CGG meerinkomsten die ze kunnen inzetten voor het verhogen van de hulpverlenercapaciteit in het CGG en voor het inkopen van expertise van de private markt buiten het CGG.

**Actie: Creëren van een uitvoeringsbesluit met betrekking tot de bepaling en aanrekening van cliëntbijdragen in de CGG.**

**Actie: De CGG werken in hun regio een samenwerkingsmodel uit met de vrij gevestigde psychologen en psychiaters.**

**Actie: Het opzetten van experimenten rond samenwerking CGG en zelfstandige psychologen in het CGG.**

#### 4.4.2. Meer aanbod voor kinderen en jongeren

De levensfasen van kinderen en jongeren zijn complex en betekenen heel vaak een opgave, vooral voor jongeren. De eigenheid en complexiteit van de adolescentie kan worden begrepen uit de verwevenheid met de voorbije kindertijd en de komende volwassenheid. Centraal in deze levensfase staan de volgende ontwikkelingsstaken: lichamelijke rijping, sociale, cognitieve en moraalontwikkeling, seksualiteit en partnerrelatie, identiteitsvorming binnen een bepaalde familiale en maatschappelijke context met specifieke socio-culturele verwachtingen en verplichtingen. Het moeten opgeven van de kinderlijke bronnen van emotionele veiligheid is voor jongeren een moeilijke opdracht die vaak aanleiding geeft tot chaotische periodes, tijdelijke klachten, destructieve gedachten en gedragingen, regressieve verschijnselen en crisissen. Het inschatten van normaliteit of pathologie in het verontrustende gedrag van de adolescent is dus belangrijk. Als de kinderlijke ontwikkeling problematisch was, kan dit interfereren met de actuele ontwikkeling van de jongere. Uit epidemiologisch onderzoek van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek blijkt dat 10 % van de Vlaamse adolescenten rapporteert zichzelf ooit te hebben gekwetst. In vergelijking met Nederlandse jongeren scoren Vlaamse jongeren hoog op volgende risicofactoren: negatieve levensgebeurtenissen, hogere scores voor angst, minder probleemgerichte coping, meer alcohol en drugsgebruik en minder communicatie met ouders, broers/zussen, andere familieleden en leerkrachten over hun problemen. Deze vaststellingen geven een aanwijzing dat er bij kinderen en jongeren in Vlaanderen een laag gevoel van welbevinden is.

Er zijn verschillende redenen die elk op zich, of in combinatie met elkaar, een belastend effect (kunnen) hebben op de kinderen en jongeren. Denk aan volgende maatschappelijk tendensen: verhoogde prestatiedruk bij kinderen, te hoge verwachtingen naar kinderen, toenemende echtscheidingen waardoor kinderen niet meer opgroeien in het eigen kerngezin maar in nieuw samengestelde gezinnen. Kinderen worden opgevoed door hardwerkende, tweeverdieners die minder tijd kunnen besteden aan de noden en gevoelens van de kinderen (wat dan

gecompenseerd wordt door 'materiële zaken'). Of kinderen en jongeren zich dan effectief slecht in hun vel voelen, heeft veel te maken met de combinatie draagkracht/draaglast en de kwetsbaarheid van kinderen. Internationaal onderzoek besluit dat ongeveer tweederde van psychiatrische stoornissen bij kinderen en adolescenten persisteert tot in de volwassenheid, in het bijzonder voor aandoeningen zoals pervasieve ontwikkelingsstoornis, disruptieve gedragsstoornissen, vroeg optredende psychosen, stemmingsstoornissen (depressie) en stoornissen met betrekking tot ernstige traumatisatie. Retrospectieve studies bij (jong)volwassenen met een chronische psychiatrische aandoening tonen de prevalentie aan van problemen in de ontwikkeling en het functioneren als gevolg van een psychiatrische problematiek in de kindertijd of jeugd.

Voor een werkzame geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren is het van belang dat ze wordt aangeboden in de gewone leefsituatie van de betrokkene, in of zo dicht mogelijk bij zijn leefcontext tenzij de ernst of aard van het momentane probleem dit verhindert. Vroegdetectie van psychische problemen en, indien nodig, een gerichte verwijzing naar de professionele hulpverlening zijn cruciale elementen gezien de evidentie dat niet gediagnosticeerde en niet behandelde psychische en psychiatrische stoornissen bij het kind kunnen leiden tot ernstige problemen in de volwassenheid. De minst ingrijpende zorgvorm die doeltreffend is, verdient de voorkeur waarbij inschakeling van ambulante en mobiele outreachende zorgvormen de regel vormen. Uitzonderlijk kan een tijdelijke verwijdering uit het gewone leefmilieu nodig zijn om te stabiliseren, altijd met het oog op een zo snel mogelijke terugkeer in de samenleving.

Via verschillende sporen moet het zorgaanbod voor kinderen en jongeren met psychische problemen kwalitatief en kwantitatief verbeteren. Een integrale aanpak is daarvoor noodzakelijk.

- Het basisaanbod in de kinderen- en jongerenteams van de CGG moet uitgebreid worden zodat men aan de stijgende vraag kan voldoen. Tegelijkertijd is er nood aan een inhoudelijke visieontwikkeling die vertrekt vanuit de krachten en de expertises die binnen deze teams aanwezig zijn. De kinderen - en jongerenteams bouwen de expertise op voor kinderpsychiatrische problematieken en in het bijzonder voor het multidisciplinair werken met zeer complexe casussen in multiprobleemsituaties. Het feit dat vele belendende organisaties er een beroep op wensen te doen, pleit ervoor om de kinderen- en jongerenteams in het hulpverleningslandschap een centrale rol met een duidelijk omschreven kader toe te kennen.

- Vanuit een duidelijk inhoudelijke beleidsvisie zijn de kinderen- en jongerenteams uitstekend geplaatst om met tal van partners samen te werken. Ze beschikken over de expertise om outreachend te werken naar de bijzondere jeugdzorg, CLB's, CAW's en andere organisaties die kinderen en jongeren als doelgroep hebben. Het concept van outreaching, dat de deskundigheid van de CGG maar ook van de psychiatrische ziekenhuizen (zie de outreachprojecten van Pc Sleidinge en OPZ Geel) gebruikt in de instellingen van de bijzondere jeugdzorg, moet voortgezet en waar mogelijk uitgebreid worden. In deze outreaching hecht men veel belang aan de kwaliteit van de indicatiestelling. Ze is een speerpunt in de klinische cyclus, omdat ze aan het einde van het diagnostische proces staat en aan het begin van de behandelingscyclus. Het tekort aan diagnostisch en psychiatrisch consult is namelijk momenteel een groot probleem in de bijzondere jeugdzorg. Outreachingequipes zijn het best deel van een samenwerking tussen

residentiële en ambulante zorgverlening, zodat beide geresponsabiliseerd worden en hun specifieke deskundigheden mee inzetten.

- Via Integrale Jeugdhulp worden bestaande structuren geoptimaliseerd zodat de kinderen en jongeren de juiste behandeling krijgen. Één van de centrale doelstellingen van Integrale Jeugdhulp betreft de toename van de toegankelijkheid van de jeugdhulp zodat deze hulp bekend, bereikbaar, beschikbaar, begrijpbaar en betaalbaar is voor de jongere en zijn omgeving. De toeleiding naar en de instap in de hulpverlening en de vlotte verwijzing naar vervolghulp zijn twee belangrijke pijlers. Een tweede belangrijke opdracht van integrale jeugdhulp bestaat in het verbeteren van de continuïteit van de hulpverlening ten aanzien van de jongere. De verschillende hulpverleners moeten samenwerking- en verwijzingsafspraken maken. Het intersectoraal afstemmen van diagnostiek en indicatiestelling en het garanderen van crisishulp voor alle minderjarigen in Vlaanderen zijn andere belangrijke doelstellingen.

- Crisiszorg kan door de huidige ambulante (CGG) en residentiële (K-bedden) omkadering, onvoldoende opgenomen worden. Niet zelden escaleren situaties onnodig tot ze uitmonden in een vraag naar stabiliserende opname. Op dit ogenblik gebeurt het te vaak dat algemene spoeddiensten van ziekenhuizen gebruikt worden voor spoedeisende hulp voor kind - en jeugdpsychiatrie, terwijl zij hier niet toe uitgerust zijn. Ook gebeurt het dat spoedeisende jeugdige psychiatrische patiënten worden opgenomen in A (volwassen acute psychiatrie), T (chronische psychiatrie), D (interne geneeskunde) en E (pediatrie) - bedden. Er is nood aan onmiddellijke crisisopvang voor kinderen en jongeren met acute GGZ-problemen zoals binge drinking, drugs, agressieve gedragsstoornissen en ernstige psychiatrische decompensaties al dan niet met gevaar voor suïcidaliteit. Opvang van kinderen en jongeren met 24/24 uur toegankelijkheid in een aantal ziekenhuiseenheden met onmiddellijke opnamemogelijkheid kan hieraan tegemoet komen. Tot deze conclusie komt het federale kenniscentrum dat recent een rapport voorstelde over spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren. Deze hulp kan het best worden gegeven door een geïntegreerde aanpak van de problemen. Het kenniscentrum pleit ervoor om urgentiehulp uit te bouwen als een functie, zijnde een activiteit of dienstverlening, en niet een dienst of een afdeling, waarbij verschillende types zorgverstrekkers samenwerken om de meest gepaste hulp te verstrekken aan het kind. Het rapport besluit dat er behoefte is aan 15 geïntegreerde functies, minstens 1 per provincie. Het primaire doel is de veiligheid van de patiënt te verzekeren: het opheffen van onmiddellijk gevaar voor het kind of voor zijn onmiddellijke omgeving. Spoedeisende psychiatrische interventies hebben verder tot doel de kinderen en de familieleden te helpen een problematische situatie onder controle te krijgen en zichzelf te handhaven.

- Het federale regeerakkoord voorzag de verdere uitbouw van het GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren als een van de prioriteiten voor de geestelijke gezondheidszorg. De interministeriële conferentie gezondheidszorg vroeg in september 2010 aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) om het huidige GGZ-aanbod voor kinderen en jongeren (federaal, RIZIV, gewesten en gemeenschappen) in kaart te brengen en voorstellen te formuleren om de lacunes in het huidige zorgaanbod op te vangen. Naast de hierboven vastgestelde behoefte aan crisishulpverlening pleit de NRZV voor de uitbouw van een liaisonteam in de algemene ziekenhuizen. De liaisonfunctie screent kinderen en jongeren met ernstige GGZ-problemen die in de somatische setting van een algemeen ziekenhuis worden

aangemeld. Hij staat in voor de aanmelding en toeleiding naar de GGZ-hulpverlening (ambulant en residentieel) waar hij mee samenwerkt.

- Tot slot is het aangewezen om het huidige ontwerp van samenwerkingsakkoord van psychiatrische zorg voor jongeren onder justitiële maatregel te evalueren, bij te stellen en te formaliseren. De federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten zijn via een protocol (22/02/07) en een aanhangsel bij dit protocol (28/12/08) overeengekomen om samen te werken met het oog op de organisatie van een zorgtraject voor jongeren met een psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade, als onderdeel van een globaal zorgprogramma voor kinderen en jongeren. De voorgestelde maatregelen hebben tot doel op experimentele wijze uitwerking te geven aan een forensisch GGZ-zorgtraject voor kinderen en jongeren. Om op termijn goede samenwerkingsafspraken te maken werd in hoofde van de bevoegde overheden een ontwerp van samenwerkingsakkoord opgesteld dat uitgetest en geëvalueerd dient te worden door de actoren op het terrein. De doelstelling van dit samenwerkingsakkoord betreft o.m. het organiseren van samenwerking tussen de actoren van het netwerk, de betere toegankelijkheid van de zorgverlening voor het doelpubliek in het kader van een gerechtelijke maatregel bevolen door de jeugdrechtbank en het verduidelijken van de raakvlakken tussen het gerechtelijke en het therapeutische domein. De onderwerpen die moeten geëvalueerd worden, zijn het huidige zorgaanbod voor deze doelgroep, de continuïteit van zorg, de in- en uitstroommogelijkheden voor deze jongeren en de samenwerking in het netwerk. De huidige taxatie van POS en MOF doet veelal onrecht aan de jongere die met een veel complexere realiteit te maken heeft. Tot slot moeten we stilstaan bij de (medische) aansprakelijkheid van de behandelaars van deze jongeren.

**Actie: uitbreiding van het aanbod kinderen- en jongerenteams van de CGG.**

**Actie: versterking outreaching GGZ naar de bijzondere jeugdzorg.**

**Actie: evaluatie van het ontwerp van samenwerkingsakkoord  
psychiatrische zorg voor jongeren onder een justitiële maatregel.**

#### **4.4.3. Meer aanbod voor ouderen**

De ouderenproblematiek moet de volle aandacht krijgen in de geestelijke gezondheidszorg omwille van de demografische ontwikkelingen. Tegen 2020 is ongeveer één derde van de Vlaamse bevolking ouder dan 60 jaar. De gemiddelde levensverwachting blijft toenemen. Wellicht zal tegen 2020 de leeftijdsverwachting voor de man 80 jaar zijn en voor de vrouw 85

jaar. Gemiddeld genomen brengen we 80% van de verwachte levensjaren door in goede gezondheid. Ziekte en sterfte zijn geconcentreerd in de hogere leeftijd. Deze demografische ontwikkelingen zullen gepaard gaan met toenemende en gewijzigde zorgvragen.

Een goed uitgebouwd welzijn- en gezondheidsbeleid zorgt ervoor dat de oudere zo lang mogelijk in zijn natuurlijke omgeving zin kan geven aan zijn leven en een bijdrage kan leveren aan de maatschappij. Niet alle ouderen kunnen echter thuis opgevangen worden. Naarmate de leeftijd stijgt, wordt het moeilijker thuis gepaste zorg te garanderen. Door de vergrijzing van de bevolking ontstaat een almaar grotere nood aan opvangmogelijkheden voor zorgbehoevende bejaarden in woon – en zorgcentra.

De zorgverlening van CGG aan ouderen met ernstige psychiatrische en psychische problemen is momenteel onderontwikkeld. Om verschillende redenen worden ouderen niet optimaal bereikt. Veelal kleeft er voor de senior nog een stigma op geestelijke gezondheidszorg en is er een drempel. Voorts formuleert de senior geestelijke gezondheidszorgproblemen veelal somatisch geformuleerd en komt men pas achter het basisprobleem na grondig onderzoek van de hulpvraag. Bovendien zijn psychische problemen bij senioren dikwijls verweven met somatische problemen.

Wanneer we spreken over ouderen en psychische problemen, dan hebben we het voornamelijk over vereenzaming, aanpassingsproblemen en verlieservaringen van ouderen die voorkomen in het eerste jaar dat ze zijn opgenomen in rusthuizen, rouwproblemen, depressie, suïcidaliteit, overmatig gebruik van psychofarmaca en medicatie of een combinatie hiervan, gedragsproblemen, cognitieve stoornissen en dementie.

In het decreet op de geestelijke gezondheidszorg staat beschreven dat elk Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg behalve aan kinderen, jongeren en volwassenen uitdrukkelijk aandacht moet schenken aan de leeftijdsgroep ouderen. Echter, tot voor een paar jaar waren er maar een paar goed functionerende multidisciplinair samengestelde ouderenteams in de CGG die bijgevolg slechts een vrij klein percentage van ouderen met psychische problemen bereikten. Om de zorgverlening aan deze doelgroep uit te bouwen, kregen de CGG in 2008 bijkomende subsidies. Met deze budgettaire input heeft nu vrijwel elk CGG een ouderenteam. Deze teams beperken zich niet tot de oudere, maar betrekken er ook zijn of haar context bij: de familie, de mantelzorger en de professionele omgeving, in het bijzonder de woon- en zorgcentra. De woon- en zorgcentra geven aan dat ze mensen nodig hebben die hen helpen bij de detectie van psychische problemen van ouderen en die hen een richting kunnen geven in hoe ze ermee kunnen omgaan, waar ze terecht kunnen voor aanvullende hulpverlening en wie dit dan opneemt. De hulpverleners vervullen taken op het vlak van intake, diagnose en indicatiestelling, begeleiding en therapie, informatie- en adviesverstrekking en outreaching naar de woon- en zorgcentra en de thuissituatie van de ouderen. Ze bieden hoog gespecialiseerde zorg aan, laagdrempelig en toegankelijk.

Momenteel omvatten de ouderenteams binnen de CGG 4% van hun personeelsbestand, wat nog te weinig is voor een doelgroep die 24% van de totale populatie in Vlaanderen uitmaakt. De CGG zijn ontegensprekelijk bezig met een inhaalbeweging voor deze doelgroep, maar toch is het aanbod nog onvoldoende, laat staan dat er al voldoende herkenning is van psychische problemen bij ouderen. Het antwoord hierop is meer samenwerking en netwerking tussen ouderenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg, het verder bundelen van good practices

en expertises in de geestelijke gezondheidszorg voor deze doelgroep en het versterken van de outreachende opdracht van de CGG naar sleutelplaatsen waar de CGG de ouderen kunnen bereiken: de eigen woning, de dienstencentra, woon- en zorgcentra, huisartsenpraktijken en dergelijke meer. Het vormen en het coachen van de hulpverleners in de ouderenzorg waardoor ze bij ouderen beter GGZ-problemen detecteren is hier primordiaal.

In het Vlaamse actieplan suïcidepreventie moeten de ouderen als risicogroep opgenomen worden. Omdat een onbehandelde depressie bij ouderen een sterke correlatie heeft met zelfdoding, zijn preventieprojecten voor depressie nodig. Voorts lijken het bevorderen van een gezonde levensstijl en het stimuleren van een actieve betrokkenheid (of de inclusie) van de senior in de gemeenschap belangrijke beschermende factoren voor een goed welbevinden op oudere leeftijd. Tot slot zijn er de risicogroepen in deze leeftijdscategorie die bijzondere aandacht verdienen: oudere vrouwen, senioren in armoede, chronisch zieken, verslaafden en ouderen die tot etnische minderheden horen.

**Actie: uitbreiding van het aanbod van de ouderenteams in de CGG**

**Actie: ouderen als risicogroep erkennen in het Vlaamse actieplan suïcidepreventie**



**4.5. Inbouw van geestelijke gezondheidszorg in andere beleidsdomeinen**

*“De VDAB stelde de voorbije jaren vast dat mensen met een medische, mentale, psychische of psychiatrische problematiek amper een baan vinden ondanks het volgen van de klassieke arbeidstrajectbegeleiding. In dit kader willen we de mogelijkheden onderzoeken voor initiatieven van arbeidszorg voor (ex-) psychiatrische patiënten voor wie tewerkstelling in het normaal economisch circuit te hoog gegrepen is.”(p.70)*

*“Als betaalde arbeid niet mogelijk blijkt, moet gekeken worden of er ‘overdrachten’ mogelijk zijn naar activiteiten met een aangepast vervangingsinkomen. Dit veronderstelt een nieuw beleidskader, onder meer rond arbeidszorg, en goede afspraken tussen werk, sociale economie en welzijn, en dit zowel op lokaal, regionaal als federaal niveau” (p.71)*

*“We bouwen de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden verder uit conform het interdepartementaal Vlaams strategisch plan. We geven daarmee invulling aan de door de basiswet gevangeniswezen verleende rechten van gedetineerden. (.)We versterken daartoe het kader van beleidsmedewerkers, CAW- en CGG-medewerkers.”(p.51)*

*“Ook ten aanzien van personen met een handicap willen we inzetten op een inclusief beleid. Het is noodzakelijk dat de reguliere dienstverlening op de eerste- en tweedelij en de intramurale geestelijke gezondheidszorg zich toegankelijker opstellen naar personen met een handicap toe door zelf, en met inspanningen vanuit de sector personen met een handicap, handicapspecifieke deskundigheid op te bouwen en in te zetten (p.69)*

*“Met de minister bevoegd voor Wonen zullen we overleggen zodat de van overheidswege ondersteunde woonvormen beter dan nu het zorgbeleid versterken, bijvoorbeeld door het stimuleren van architectuur of woningaanpassingen die geschikt zijn voor thuiswonende zorgbehoevende ouderen of personen met een handicap of door het realiseren van samenwerking tussen sociale huisvestingsmaatschappijen en voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg.”(p.43)*

**Streven naar een inclusief beleid met werk en sociale economie**

Volgens de grondwet heeft iedere Belg “recht op arbeid”. Dankzij het werk- en investeringsplan (WIP) investeert men in mensen wier arbeidsmarktsituatie in sterke mate beïnvloed wordt door problemen op andere terreinen, o.a. welzijn, gezinssituatie, opleidingssituatie, financiële situatie...Dit vereist afstemming tussen de arbeidsmarktorganisaties en andere domeinen. Dit geldt in het bijzonder voor de werkzoekenden met medische, mentale, psychische of psychiatrische (MMPP) problemen. Met de tenderformule ‘activeringszorg’ tracht het WIP voor deze subgroep gespecialiseerde externe partnerschappen in te zetten. Zo wil het WIP in de aanpak van de medische, mentale, psychische of psychiatrische problematiek de sociaaleconomische, sociale en/of psychosociale drempels verlagen op weg naar werk en een vervolgtraject naar werk mogelijk maken.

Daarnaast wordt onze maatschappij geconfronteerd met een steeds groter wordende groep mensen die een baan in een regulier arbeidscircuit niet (meer) aankunnen. Ondanks remediërende maatregelen als opleiding en arbeidsbegeleiding en ondanks de tewerkstellingsmogelijkheden in de sociale economie of beschutte werkplaatsen blijft er een restgroep voor wie betaalde arbeid geen optie (meer) is. Het Vlaamse regeerakkoord 2009-2014 stelt dat, als betaalde arbeid niet mogelijk is, nagegaan moet worden of 'overdrachten' mogelijk zijn naar niet arbeidsmarktgerichte activiteiten met een aangepast vervangingsinkomen voor werkzoekenden die ver van de arbeidsmarkt staan. Na enkele jaren curatieve werking werd duidelijk dat de VDAB geen afdoende oplossing kan bieden voor de problemen van een subgroep van langdurig werkzoekenden met niet-arbeidsmarktgerelateerde problemen zoals drugsverslaving, huisvesting, alcoholisme en psychische problemen. De VDAB heeft van de minister van werk de opdracht gekregen om op zoek te gaan naar geschikte partners in het domein van welzijn om deze langdurig werkzoekenden met MMPP problemen niet in de kou te laten staan. Binnen elke provincie kwam een partnerschap tot stand met partners uit Welzijn en Werk, met als doel personen dichterbij de arbeidsmarkt te brengen. Dit gebeurt door middel van een 18 maanden durende begeleiding, waarna ze aansluitend een werkervaringstraject kunnen opstarten. Voor een derde van de werkzoekenden met een MMPP-problematiek werd een vervolgttraject naar werk via de tender activeringsbegeleiding een haalbare kaart. De formule van de tender wordt momenteel bijgestuurd in de huidige tender 'zorgbegeleiding'. Voor wie toeleiding naar de arbeidsmarkt zelfs na de intensieve activeringsbegeleiding van maximaal 18 maanden niet haalbaar blijkt, wordt momenteel onderzocht hoe maatgerichte trajecten arbeidsrevalidatie kunnen worden opgezet met zorgpartners.

Arbeidszorg kan voor deze mensen een oplossing op maat betekenen. Arbeidszorg is onbezoldigde arbeid en biedt arbeidsmatige activiteiten aan in een productieve of dienstverlenende werkomgeving. Het bevindt zich op een continuüm tussen zorg en arbeid waarbij de nadruk kan overhellen naar één van beide naargelang de vraag en de mogelijkheden van de arbeidszorgmedewerker. Arbeidszorg geeft iedere mens het recht op arbeid en biedt hem/haar de kans te genieten van de latente functies van arbeid: arbeid verschaft zingeving, geeft aanleiding tot sociale contacten, geeft status en helpt de tijd te structureren. Het verhoogt het algemene welzijn en de maatschappelijke integratie van de arbeidszorgmedewerker. Voor iedere arbeidszorgmedewerker wordt gestreefd naar het hoogst bereikbare niveau van inschakeling op de arbeidsmarkt. De ondersteuning van arbeidszorgmedewerkers blijft niet beperkt tot een louter arbeidsgerelateerde ondersteuning. Ook de leefwereld en de persoonlijke problematiek van de arbeidszorgmedewerker komt aan bod. Er wordt gewerkt met persoonlijke begeleidingsplannen met externe zorgondersteuning van bvb. OCMW, algemeen welzijnswerk, geestelijke gezondheidszorg. De benadering is inclusief gericht op het versterken en het empoweren van de persoonlijke autonomie van de arbeidszorgmedewerker. Het arbeidszorginitiatief sluit een arbeidszorgovereenkomst af met elke arbeidszorgmedewerker die alle wederzijdse rechten en plichten regelt. Ook waakt het initiatief erover dat de arbeidszorgmedewerker naargelang zijn inkomensstatuut over de nodige toelatingen (door bvb. RVA, arbeidsgeneesheer..) beschikt om deel te nemen aan een arbeidszorginitiatief. Tot zover de krachtlijnen van het memorandum van de ronde tafel arbeidszorg die streeft naar één geïntegreerd beleidskader rond arbeidszorg.

Het aspect arbeidszorg is door verschillende sectoren opgepikt waardoor het een onderscheiden groei heeft gekend. De hierboven geschetste basisprincipes die ingebakken zitten in de methodiek zijn grotendeels behouden. Momenteel wordt het georganiseerd door verschillende beleidsdomeinen op Vlaams niveau, maar ook lokale en provinciale overheden organiseren arbeidszorg en in sommige gevallen wordt arbeidszorg gesubsidieerd met federale middelen. Arbeidszorg heeft dus verschillende verantwoordelijke ministers:

- Arbeidszorg werd via een wijziging aan het decreet op de sociale werkplaatsen ingebracht als functie in de sociale werkplaatsen. Sociale werkplaatsen die minstens een erkenning hebben voor 10 voltijdse arbeidsplaatsen kunnen een beroep doen op een omkaderingspremie voor de begeleiding van arbeidszorgmedewerkers. Arbeidszorg in de sociale werkplaatsen is toegankelijk voor alle werkzoekenden ingeschreven bij de VDAB.

- In het kader van het meerbanenplan besliste de Vlaamse Regering in juli 2006 voor een uitbreiding van het aantal plaatsen arbeidszorg: in de sociale werkplaatsen maar ook in de beschutte werkplaatsen of in een partnerschap waarin één van beiden betrokken is. Het is toegankelijk voor uitkeringsgerechtigde werkzoekenden, schoolverlaters in wachttijd en tijdelijk geschorste werkzoekenden maar ook voor langdurige werkzoekenden met een MMPP problematiek die omwille hiervan niet onmiddellijk kunnen instappen in een traject naar betaalde tewerkstelling. Deze plaatsen staan ook open voor diegenen met een attestering arbeidszorg vanuit de VDAB.

- In de dagcentra erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) wordt arbeidszorg reglementair benoemd als 'begeleid werken'. Personen met een handicap, die een gepast ticket hebben via het VAPH, verrichten arbeidszorgtaken op een externe werkpost onder begeleiding van een 'jobcoach'.

- In de CAW werden begin jaren negentig ook projecten arbeidszorg opgezet. Deze initiatieven richten zich op bijzonder kwetsbare en kansarme doelgroepen die naast hun begeleiding in het welzijnswerk nood hebben aan een dagstructuur, maar hiervoor nergens terecht kunnen, omdat ze niet voldeden aan de eisen van de bestaande tewerkstellinginitiatieven en geen toegang kregen tot de dagcentra in andere sectoren. De sector kent geen structurele financiering voor arbeidszorg maar is genoodzaakt te overleven met provinciale of lokale financiering. In sommige gevallen wordt het gedeeltelijk gefinancierd door het OCMW.

- Heel wat lokale overheden en OCMW's investeren lokaal in arbeidszorg. De input varieert van bijkomende financiering voor bestaande initiatieven tot eigen projecten. Het gaat doorgaans om projectmatige en tijdelijke middelen. Investeren in arbeidszorg is grotendeels afhankelijk van het beleid van de lokale overheden en daardoor erg onzeker. Het is in principe toegankelijk voor alle doelgroepen.

- Uit samenlevingsopbouw, het buurtopbouwwerk, lokale diensteneconomie, enz. ontstonden eveneens projecten arbeidszorg via projectmatige middelen.

- En tot slot zijn er ook arbeidszorginitiatieven in de geestelijke gezondheidszorg, vnl. in het kader van de dagactiviteitencentra, psychiatrische ziekenhuizen en initiatieven beschut wonen. Naast een adequate klinische behandeling en crisisopvang moet een zinvolle dagbesteding een

prioriteit zijn voor personen met psychische problemen. Voor mensen die in de greep geweest zijn van een ernstige pathologie is het opnieuw verwerven van competenties

en werkhoudingen cruciaal voor hun zelfwaardergevoel.

Dagactiviteitencentra vangen patiënten laagdrempelig op en fungeren als een ontmoetingsplaats voor contacten met lotgenoten. Ze bieden een dagstructuur aan en bevorderen de autonomie en de sociale inclusie van de patiënt. Door hun aanwezigheid vermindert het problematische symptomgedrag van patiënten waardoor er minder heropnames nodig zijn. De dagactiviteitencentra hebben geen eigen erkenning en financiering. Het ontbreken van een reguliere erkenning heeft verschillende redenen: een erg ongelijkmatig gespreid aanbod in Vlaanderen, een zeer kleurrijk en gevarieerd aanbod en een ongelijke mate van onafhankelijkheid en financiering.

De meeste dagactiviteitencentra zijn ontstaan als 'uitloper' van een bestaand aanbod waardoor de moederorganisaties zeer verschillend kunnen zijn: een psychiatrisch ziekenhuis, een initiatief beschut wonen, een centrum geestelijke gezondheidszorg, een sociale werkplaats... De initiatieven beschut wonen putten doorgaans uit de middelen toegewezen voor de zorgfunctie 'activering'. Met de zorgfunctie activering kunnen zij arbeidszorg organiseren maar dit is slechts één van de vele mogelijkheden om deze middelen in te zetten. Financiering voor deze activiteiten wordt dus gezocht waar het (soms tijdelijk) voorhanden is: in de eigen moederorganisatie, provincie, stad, OCMW, DAC-projecten, privé-sponsors.

Gezien het belang van deze centra moet er gestreefd worden naar een structurele inbedding met aandacht voor een gelijkmatige spreiding van het aanbod en een voldoende uniform aanbod van activiteiten.

Arbeidszorg bereikt dus een heel diverse groep van mensen en heeft uitlopers in verschillende sectoren waarbij het ene initiatief wel erkend en structureel ondersteund wordt en het andere niet. Het beeld van arbeidszorginitiatieven in Vlaanderen is heel gedifferentieerd en in sommige gevallen zelfs diffuus met weinig coherente aansturing en monitoring bij gebrek aan een beleidskader. De samenwerking tussen de beleidsdomeinen werk, sociale economie en welzijn, volksgezondheid en gezin zal in nauw overleg met het werkveld moeten leiden tot een geïntegreerd kader rond arbeidszorg. Ook de VDAB is hiervan overtuigd en wil mee nadenken over een model. Bovendien is afstemming met de federale overheid wenselijk voor een eenduidige aanpak van rechten en uitkeringen voor personen in arbeidszorgtrajecten. Gezien verschillende lokale besturen arbeidszorg ondersteunen, worden zij het best mee betrokken in het beleidskader.

Arbeidszorg laten organiseren door één bestuursniveau en één beleidsdomein zou allicht een vernauwing inhouden van het aantal en verscheidenheid aan initiatieven. Dat is geen optie. In een arbeidszorginitiatief moet het mogelijk zijn om een hele waaier aan activiteiten aan te bieden, gaande van louter ontmoeting of dagbesteding tot arbeidszorg. Arbeidszorg past in een integraal kader dat aan mensen kan worden aangeboden, gericht op hun rehabilitatie in de maatschappij en mag dus niet louter herleid worden tot een instrument van activering. Het helpt namelijk mensen om opnieuw structuur te geven aan hun leven. De band tussen arbeidszorg en arbeid moet blijven bestaan: voor sommige mensen zal het mogelijk en wenselijk zijn om door te stromen naar werk in een beschutte of sociale werkplaats of naar het normaal economisch

circuit, voor anderen zal arbeidszorg een eindpunt zijn. Momenteel zijn er verschillende toeleidingskanalen naar arbeidszorg. Voor sommige initiatieven is een attest nodig van het VAPH of van de VDAB. Toeleiding vanuit verschillende organisaties en sectoren kan gerust blijven bestaan, er is echter nood aan één methodiek van attestering voor alle arbeidszorgmedewerkers. Er is ook nood aan één statuut arbeidszorg in plaats van de verschillende statuten die er nu zijn, afhankelijk van de instantie die een uitkering geeft (RVA, RIZIV, VAPH, OCMW). Een duidelijk statuut brengt ook rechtszekerheid mee voor de arbeidszorgmedewerker en faciliteert aanzienlijk de taak van de arbeidszorginitiatieven. Tot slot zal hierdoor ook het concept 'arbeidszorg' aan bekendheid winnen en als een volwaardige structuur kunnen fungeren in onze maatschappij.

**Actie: In samenwerking met de domeinen werk en sociale economie een geïntegreerd beleidskader maken rond arbeidszorg waarin er een duidelijke plaats wordt gegeven aan personen met psychische en/of psychiatrische problemen, aan de attestering en het statuut van arbeidszorgmedewerkers.**

#### ***Samenwerken en afstemmen met het domein wonen***

Zowel in het regeerakkoord als in de beleidsnota's staan heel wat maatregelen met raakvlakken tussen het woonbeleid en het welzijnsbeleid. Beide bevoegde ministers zijn overtuigd van de noodzaak van een goede afstemming tussen hun domeinen met respect voor elkaars kerntaken en deskundigheden.

Als gevolg van ondermeer de vergrijzing van de bevolking en de trend van vermaatschappelijking van de zorg in alle welzijnssectoren ontstaat er een toenemende vraag naar zelfstandig wonen in combinatie met zorgondersteuning. Dit vergt een geschikt aanbod van sociale huurwoningen en een geschikte woonomgeving voor specifieke doelgroepen, waaronder mensen met psychische en/of psychiatrische problemen.

In essentie komt de samenwerking tussen het woon - en welzijnsbeleid erop neer dat de minister van Wonen een aangepast woonaanbod realiseert en andere wooninstrumenten zoals de huursubsidie ook toegankelijk worden voor de doelgroepen van Welzijn. De minister van Welzijn staat in voor de zorgverlening en de aanpassing van de zorginfrastructuur.

Het kaderbesluit sociale huur van 12 oktober 2007 maakt het mogelijk om via een lokaal toewijzingsreglement voorrang te geven aan een doelgroep die specifieke problemen ondervindt in het zoeken van een aangepast en betaalbare woning (artikel 28). We denken aan daklozen, ex-psychiatrische patiënten, mensen in beschermd of beschut wonen, ex-gedetineerden, jongeren in begeleid wonen, personen met een handicap in begeleid wonen, enz..Het gaat om groepen die bijvoorbeeld omwille van vooroordelen of omwille van een begeleidingsnood moeilijk toegang hebben tot de private huurmarkt. In het kaderbesluit neemt de gemeente het initiatief voor de opmaak van een toewijzingsreglement, in overleg met de lokale huisvesting- en welzijnsactoren.

Naast de mogelijkheid van een doelgroepenplan bestaat ook de mogelijkheid om te verhuren buiten stelsel. De sociale huisvestingsactor verhuurt dan niet rechtstreeks aan een bijzondere doelgroep, maar via een openbaar bestuur of een welzijnsorganisatie die op haar beurt de doelgroep huisvest met wie ze werkt.

Beide instrumenten hebben een meerwaarde. Door de beperkte huurmarkt is de welzijnssector gebaat bij een goede doorstroming van hun cliënten naar de sociale huisvesting en de sociale huisvester is gebaat bij een goede begeleiding van deze kwetsbare huurders, zodat er zich geen sociale of financiële problemen voordoen.

Wat dit laatste betreft is, behalve een afdoend aanbod sociale woningen, ook voldoende woonbegeleiding nodig. De samenwerking en de afstemming tussen huurdersbegeleiding en zorgbegeleiding moet hiervoor uitgeklaard worden. Zo wordt de sociale dienst van de sociale huisvestingsmaatschappijen bijvoorbeeld geconfronteerd met taken die niet voor hen bestemd zijn maar voor andere welzijnsactoren. Deels heeft dit te maken met het gebrek aan duidelijke afspraken tussen beide actoren (voor bvb. cliëntinformatie, afstemming van hulpverlening...), deels met een onvoldoende duidelijke aflijning van de taken van beide actoren.

Om een beter raakvlak van samenwerking en afstemming tussen beide actoren te verkrijgen, zijn werkbare afspraken nodig voor doorverwijzing naar of inschakeling van meer gespecialiseerde welzijn- en gezondheidsdiensten.

Op het snijvlak tussen wonen en welzijn dienen zich dus heel wat uitdagingen aan. In de eerste plaats kennen de mensen op het terrein de echte noden. Daarom willen de ministers van wonen en welzijn in 2011 een experimentenprogramma op poten zetten, waarin de samenwerking tussen wonen en welzijn via concrete, van onderuit gegroeide projecten gestalte krijgt. Ze lanceren daarbij een oproep aan alle actoren in de sociale huisvesting en alle welzijn- en gezondheidsactoren om vernieuwende projecten in te dienen die de link maken tussen de beleidsvelden.

**Actie: Samenwerking tussen de domeinen Wonen- Welzijn voor het creëren van een aanbod aan sociale huurwoningen en aangepaste woonbegeleiding voor personen met psychische en/of psychiatrische problemen**

### ***Samenwerken met justitie***

Het is de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap om te zorgen voor de 'sociale hulp- en dienstverlening aan alle gedetineerden met het oog op hun sociale integratie'. Met alle gedetineerden wordt bedoeld alle categorieën van gedetineerden in de Vlaamse gevangenissen zoals beklaagden, veroordeelden, geïnterneerden en anderstalige gedetineerden.

De gevangenissen zijn een vindplaats van heel wat psychische problemen. Uit studies in een aantal Europese landen blijkt dat ongeveer 5% van de gedetineerden lijdt aan een psychotische stoornis, 20% aan stemmingsstoornissen/angststoornissen en 40% aan (psychoactieve)



middelen gebonden stoornissen. Bij vele gedetineerden zorgt een verblijf in de gevangenis voor (bijkomende) psychische problemen zoals depressies, vervreemding en angst. Het aandeel zelfdodingen in de gevangenissen ligt vijf keer hoger dan in de vrije samenleving. Gevangenen worden afgesneden van hun relationele netwerk, worden passief en afhankelijk van een totalitair instituut dat veel persoonlijke verantwoordelijkheden voor het dagelijkse leven overneemt. De meeste gevangenen zijn onderhevig aan een ontregelende stresssituatie door de afzondering, de overbevolking, het gebrek aan voldoende bezigheid, de verveling, het gebrek aan perspectief en een sfeer van wantrouwen tegenover het personeel.

In een aantal situaties zijn psychiatrische of ernstige psychologische problemen nauw verweven met het gepleegde misdrijf. In die gevallen zal het criminaliteitsprobleem enkel in de kern worden aangepakt als de achterliggende problematiek voorwerp van zorg en behandeling is. In andere situaties wordt geen direct verband tussen het psychisch functioneren van de betrokkene en het delict vastgesteld. Maar ook in die gevallen hypothekeert een wankel geestelijke gezondheid de welzijnskansen en mogelijkheden tot sociale re-integratie van de betrokkene. De vastgestelde nood aan geestelijke gezondheidszorg in de gevangenissen is dan ook erg groot: zowel voor het psychisch welzijn van de betrokkene als met het oog op criminaliteitspreventie.

De Vlaamse overheid engageerde zich met het 'Strategisch plan voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden' om een integraal hulp- en dienstverleningsaanbod uit te bouwen en te verbeteren. In het strategisch plan staan volgende opdrachten voor het luik geestelijke gezondheidszorg:

- Uitbouw van een preventief en curatief aanbod in de gevangenissen en aansluitend op de eerstelijns hulpverlening
- meewerken aan gecoördineerde aanpak van de drugproblematiek in de gevangenissen
- meewerken aan de uitbouw van forensische netwerken

Gezien de justitiële context en de specificiteit van de forensische gezondheidszorgproblematiek en om een systematisch aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor dit cliënteel te waarborgen, is er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in elke provincie ten minste één CGG dat beschikt over een gespecialiseerd forensisch team. De gespecialiseerde forensische teams werken nauw samen met andere actoren op het terrein van de forensische hulpverlening: de globale planprojecten, leerprojecten, hulpverlening aan seksuele delinquenten, CAW's, justitieel welzijnswerk, justitiehuisen en de psychosociale diensten van gevangenissen.

De gespecialiseerde forensische teams leveren multidisciplinaire forensisch-psychiatrische zorg aan gedetineerden en low security geïnterneerden die kampen met psychische problemen. Het is verplichte hulpverlening in het kader van een gerechtelijke maatregel en waarbij ze rekening houden met de strafrechtelijke context (het delict, het straftraject). Ook zorgen de forensische teams voor postpenitentiaire begeleidingen aan cliënten gevat in uiteenlopende juridische kaders (bemiddeling in strafzaken, vrijheid onder voorwaarden, probatie, vrijheid op proef, voorlopige en voorwaardelijke invrijheidsstelling), bieden ze ambulante hulpverlening aan mensen die grensoverschrijdend gedrag stellen welke niet binnen een justitieel kader gevat zijn en ondersteunen ze eerstelijnsdiensten (individueel en teams) door expertise in te zetten.

De specifieke groep van geïnterneerden heeft net zoals de groep van gedetineerden recht op een behandeling en, indien mogelijk, op re-integratie in de maatschappij. Geesteszieken horen niet thuis in de gevangenis. Maar doordat passende hulpverleningsmodaliteiten ontbreken, kon tot voor kort maar een fractie van die groep behandeld worden. Nu worden stappen gezet richting uitbouw van een forensisch zorgcircuit dat tegemoetkomt aan de behandelnoten van de geïnterneerde en aan de bekommernissen van de maatschappij voor recidiverisico.

In België zijn er ongeveer 4000 geïnterneerden van wie één vierde in een strafinrichting verblijft (waar ze 10 % van de gevangenisbevolking uitmaken) omdat ze niet terecht kunnen in aangepaste instellingen of in de reguliere zorginstellingen. Om deze situatie te remediëren, besliste de federale regering in 2007 tot de oprichting van multidisciplinaire zorgequipes in de gevangnissen met een psychiatrische afdeling voor geïnterneerden die behoren tot de low en medium security groep. Ook nam de minister van Volksgezondheid in 2008 een vierjarenplan aan om het forensische zorgcircuit met 560 plaatsen uit te breiden. Tegen einde 2013 voorziet het Masterplan van de minister van Justitie in de bouw van twee forensisch-psychiatrische centra in Gent (272 plaatsen) en Antwerpen (180 plaatsen). Dit zijn geen gevangnissen maar beveiligde ziekenhuizen voor geïnterneerden met een hoog veiligheidsrisico die moeilijk op te vangen zijn in de reguliere voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg. Voor de geïnterneerden met een mentale handicap voert het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap een specifiek beleid: ambulante begeleiding door de dagcentra Obra en Zwart Goor in de gevangnissen van Gent en Merksplas en opvang van telkens tien geïnterneerden in drie residentiële units (Roeselare, Zoersel en Lummen).

Forensisch werk is specialistisch en arbeidsintensief. Het blijft een gedeelde ambitie van de federale en de Vlaamse overheid om verder te investeren in de zorg voor deze doelgroep, zodat meer mensen de juiste zorg krijgen en we tegelijk tegemoetkomen aan de beveiligende opdracht ten aanzien van de maatschappij.

Naast het strategisch plan voor gedetineerden heeft de Vlaamse gemeenschap een langer lopend samenwerkingsakkoord gesloten met de federale overheid met betrekking tot de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Het doel van deze overeenkomst is om met een globale, coherente en gecoördineerde aanpak de herhaling van seksueel misbruik te voorkomen. Negen CGG, verspreid over Vlaanderen, staan in voor de ambulante hulpverlening aan seksueel delinquenten. De doelgroep zijn daders die in een strafrechtelijk kader een gespecialiseerde daderbegeleiding of dadertherapie krijgen en die verwezen zijn in het kader van justitiële maatregelen. Ook buitengerechtelijke plegers van seksueel misbruik en minderjarige daders worden behandeld. Terugvalpreventie, rehabilitatie en herstelgerichte delictverwerking zijn belangrijke doelstellingen van de begeleiding of therapie.

**Actie: Uitbreiding van de zorg aan gedetineerden met psychische problemen in het kader van het strategisch plan voor gedetineerden.**

***Een inclusief beleid voor personen met een handicap en bijkomende psychische problemen.***

Tot voor kort bleven personen met een verstandelijke handicap en bijkomende psychische problemen in de kou staan bij gebrek aan een geschikt aanbod. De specifieke, complexe vraagstelling, eigen aan de dubbeldiagnose verstandelijke handicap en psychische en/of gedragsproblemen, maakte dat de probleemstelling onvoldoende en niet tijdig onderkend werd. Internationaal Onderzoek geeft aan dat de incidentie van psychische problemen hoger ligt (30 tot 50%) bij personen met een verstandelijke handicap dan bij de algemene bevolking. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) krijgt almaar meer aanvragen van zorgvragers die in de psychiatrie verblijven en een overplaatsing vragen naar een zorgvorm van het VAPH. Het gaat voornamelijk om personen met een meervoudige problematiek, waaronder een verstandelijke handicap of cognitieve stoornis.

Personen met een verstandelijke handicap en een psychische problematiek balanceren op de kruising van bevoegdheden van de federale en de Vlaamse overheid die in de Vlaamse overheid dan nog eens over verschillende agentschappen is verspreid. Dit geeft een complex netwerk van budgetverdeling waardoor het soms moeilijk is goede oplossingen uit te werken voor personen met een dubbele problematiek. Waar chronisch psychiatrische patiënten en personen met een verstandelijke handicap soms exact dezelfde ondersteuningsnood hebben en dus met eenzelfde aanpak gebaat zouden zijn, wordt hun zorg en opvang uit verschillende portefeuilles gefinancierd. Om een zo groot mogelijke inclusie van personen met een handicap en bijkomende psychische problemen te bereiken, hebben zowel de federale overheid als de Vlaamse overheid geïnvesteerd om de hulpverlening open te stellen voor deze doelgroep. Zo heeft de federale overheid recent pilootprojecten gestart in Bierbeek en Gent. Deze projecten beogen een samenwerking van het reguliere psychiatrische aanbod en het zorgaanbod van de sector voor personen met een handicap, die moet leiden tot een zo goed mogelijke opvang van deze doelgroep. De Vlaamse overheid had al het Kom Binnen project (Vlaams Brabant) en het Yot project (Brussel) die ambulante psychotherapeutische hulp aanbieden aan mensen met een handicap. De hulpverlening vindt plaats in het eigen CGG maar soms is outreaching nodig naar de woonplaats van de gebruiker van zorg. Indien nodig vervullen de therapeuten van het team een ondersteunende rol ten aanzien van de familie en/of de professionele omgeving van de cliënt. De meest voorkomende psychische problemen verschillen niet grondig van de globale populatie in een CGG, nl. angst, depressie, stress en hechtingsproblemen. Het is belangrijk dat het ambulante aanbod voor deze doelgroep uitgebreid wordt met de andere Vlaamse provincies.

Momenteel is er dus al heel wat expertise verworven in de werking met deze doelgroep. Een belangrijk probleem van deze populatie is het herkennen en erkennen van gevoelens bij zichzelf en bij de anderen. Gezien de beperkingen van hun geheugen, concentratie en taal moet het therapeutisch handelen afgestemd worden op deze beperkingen. Dit betekent dat de behandelaar taal en tempo moet aanpassen, moet herhalen en structureren. Bij voorkeur wordt er gewerkt met visueel materiaal om abstracte begrippen zo concreet mogelijk te maken. Een belangrijk deel van deze expertise wordt aangereikt door de sector personen met een handicap via het Steunpunt Expertise Netwerken (SEN). Het SEN werkt o.a. met consulenteams aan wie hulpverleners of voorzieningen vragen kunnen stellen over handicapspecifieke kennis en de aanpak van een cliënt met een verstandelijke handicap en psychische en/of gedragsproblemen. De consulenteams – samengesteld uit deskundigen uit de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg – is bedoeld voor problematische situaties waar de reguliere

hulpverlening is vastgelopen. Op basis van een uitgebreid onderzoek wordt aan de aanvrager een handelingsplan voorgesteld en is ondersteuning bij de implementatie ervan mogelijk.

Een goed uitgebouwde consulentenwerking, ambulante therapie en residentiële opvangmogelijkheden voor deze doelgroep zijn essentiële zorgvormen in een verder uit te bouwen regionaal zorgcircuit.

**Actie: uitbreiding van het aanbod ambulante hulpverlening naar personen met een handicap en bijkomende psychische en/of gedragsproblemen**

#### **4.6. De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in zorgcircuits en zorgnetwerken**

*“De invoering van zorgcircuits en zorgnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg is reeds op de sporen gezet door een geheel van therapeutische en transversale projecten, gefinancierd door de federale overheid. Nieuwe kansen zullen zich voordoen doordat de psychiatrische ziekenhuizen – net als de centra voor geestelijke gezondheidszorg – een deel van hun budget kunnen aanwenden voor een verdere aanpassing van het bestaande aanbod in de geestelijke gezondheidszorg, dat meer aangepast is aan de zorgvragen van de personen met psychische en/of psychiatrische problemen. De nadruk zal hierbij liggen op preventie, vroegdetectie, ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische problemen en revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie. We hechten hierbij groot belang aan een verbetering van de samenwerking tussen de intramurale en extramurale voorzieningen.”(p.46)*

*“Pleegzorg is een belangrijke zorgvorm in de jeugdhulp, momenteel verspreid over Kind en Gezin, de bijzondere jeugdzorg, de sector van personen met een handicap en de gezinsverpleging in Geel (Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel). Wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen wijzen op het belang en het positieve effect van een goede pleegzorg, in het bijzonder bij uithuisplaatsing van jonge kinderen. We schuiven pleegzorg dan ook naar voor als de eerste te onderzoeken hulpverleningsvorm voor kinderen tot zes jaar die omwille van een probleemsituatie niet in hun natuurlijk gezin kunnen (ver)blijven.”(p.39)*

#### **Intensifiëren van de samenwerking tussen ambulante en residentiële diensten**

In deel 1 beschreven we de noodzakelijke ontwikkeling naar een vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg die bestaat in de omvorming van een aanbodsgestuurde hoofdzakelijk residentiële zorg naar een vraaggestuurde en meer gedifferentieerde geestelijke gezondheidszorg. Dit nieuwe zorgaanbod is gebaseerd op de noden van personen met psychische problemen en vertrekt van hun concrete leef-, leer- en werkomgeving.

De ontwikkelingen die de jongste 40 jaar plaatsvonden in de Belgische GGZ tonen aan dat al een aantal belangrijke stappen werden gezet in de vermaatschappelijking van de zorg. Ook in het buitenland leeft sterk de tendens om de GGZ naar de zorgvragers te brengen in plaats van hen uit hun thuismilieu weg te nemen en residentieel te begeleiden en te behandelen. In landen waar

de gemeenschapsgerichte GGZ al verder is uitgebouwd wordt vastgesteld dat bij minder residentiële behandelingen in de tijd psychische problemen hoe langer hoe meer met succes worden behandeld. Met andere woorden, in deze landen stelt men vast dat een GGZ die uitgaat van de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen en die op een continue wijze wordt aangeboden in of zo dicht mogelijk bij het thuismilieu van de zorgvragers, tot goede resultaten leidt. Residentiële behandeling en begeleiding zullen in specifieke gevallen en omstandigheden nodig blijven maar intensiever dan nu het geval is.

Opdat de organisatie van de GGZ aan de basisprincipes van de gemeenschappelijke verklaring van 2002 zou beantwoorden, heeft de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid op 28 september 2009 besloten artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen te implementeren. De toepassing van art. 107 is een financieringstechniek die toelaat een deel van het budget van ziekenhuizen te realloceren, zodat middelen en mankracht in een bepaald werkingsgebied ingezet kunnen worden om het bestaande GGZ-aanbod voor personen met psychische problemen aan te passen aan hun behoeften en zorgvragen. Alle bevoegde Belgische overheden hebben zich ertoe verbonden hun bestaande GGZ-aanbod open te stellen voor de totstandkoming en/of het intensifiëren van de samenwerking tussen ambulante en residentiële voorzieningen voor de doelgroep van volwassenen en jongvolwassenen vanaf 16 jaar. Zorgcircuits kunnen dus gefinancierd worden door de toepassing van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen en op grond van het CGG decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, meer bepaald art. 33, §1, waarin staat dat de CGG tot 10% van het personeel kunnen aanwenden voor de implementatie van zorgcircuits en netwerken.

Om de realisatie en de implementatie van zorgcircuits en zorgnetwerken lokaal mogelijk te maken werd door de interministeriële conferentie een gids ontwikkeld. Deze werd voorgesteld tijdens een nationaal informatiemoment op 21 mei 2010. De gids biedt handvaten voor de ontwikkeling van een zorgnetwerk, omschrijft de begeleiding, ondersteuning en vorming die de federale overheid aanbiedt vanaf de implementatie tot aan de daadwerkelijke acties en geeft tekst en uitleg bij de juridische en financiële implicaties die gepaard gaan met de ontwikkeling van een zorgnetwerk.

Een federale oproep (samen met een Vlaamse oproep naar de CGG) werd verstuurd aan alle psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ'en om zich kandidaat te stellen voor deelname aan een project. Ondertussen hebben ook al 2 informatiemomenten (juni en oktober) voor de sector plaatsgevonden en zijn er met 35 kandidaat-promotoren contacten geweest. De projectvoorstellen worden tegen 31 oktober 2010 ingediend. Alle ontwikkelingen worden bijgehouden op de daarvoor geopende website [www.psy107.be](http://www.psy107.be). De projectvoorstellen die volledig voldoen aan de ontvankelijkheidscriteria worden vanaf 1 november 2010 beoordeeld door een jury. Na een positieve beoordeling kunnen projecten van start gaan tussen 1 januari 2011 en 31 december 2011.

De zorgnetwerken krijgen de taak om strategieën uit te werken die een oplossing kunnen bieden voor de geestelijke gezondheidsnoden die bij de bevolking in dat gebied leven.

Om een zorgnetwerk duurzaam te ontwikkelen, moeten vijf minimale functies worden ingevuld.

**- De eerste functie betreft activiteiten op het gebied van preventie, promotie van de GGZ, diagnosestelling, vroegdetectie en vroeginterventie**

Deze functie houdt in dat men snel kan ingaan op een aanmelding, dat er ruimte is voor diagnose en indicatiestelling, dat de eerste interventies kunnen plaatsvinden en dit, bij

Voorkeur, in de woonplaats van de patiënt. Indien nodig, zal de continuïteit van de zorg op lange termijn verzekerd worden. De ambulante sector, in casu de CGG, voorziet outreaching naar belendende sectoren om de eerste functie mogelijk te maken.

Bij de uitwerking van deze functie is het belangrijk dat ook de eerstelijnszorg (in casu de huisarts, het CAW, thuiszorg) mee betrokken wordt. De projecten geestelijke gezondheidszorg die ontwikkeld worden op basis van goedgekeurde strategieën in de eerstelijnsconferentie, zullen een faciliterende rol spelen in de ontwikkeling van deze functie. (zie ook 4.3. Vroegdetectie en vroeginterventie).

**- De tweede functie: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen**

Deze functie introduceert een nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg. Door het creëren van ambulante intensieve behandelteams zal de geestelijke gezondheidszorg sneller toegankelijk zijn en aangepaste zorg kunnen aanbieden aan personen in een subacute of acute crisissituatie en aan personen met chronische psychiatrische problemen. Het betreft dus de oprichting van een mobiele dienst die in crisissituaties onmiddellijk en intensief kan optreden. De intensiteit en de duur van een interventie zal worden aangepast voor patiënten met een chronische problematiek. Zo biedt deze mobiele dienst een alternatief voor een ziekenhuisopname. Deze nieuwe zorgvorm zal zijn acties laten aansluiten bij de eerste functie en voegt daar mobiliteit en expertise aan toe. Op basis van de individuele noden van de zorgvrager en in functie van zorgcontinuïteit kunnen ook de verder beschreven functies hierop aansluiten.

**- De derde functie: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie**

De derde functie behoort tot het domein van de psychosociale rehabilitatie. Ze biedt programma's aan voor mensen met psychiatrische problemen die zich in een specifiek stadium van hun ziekte bevinden. Psychosociale rehabilitatie is een dynamisch en langdurig proces. Het stelt de patiënten in staat om zich opnieuw in de maatschappij en het beroepsleven te integreren. Om dit te kunnen realiseren is er een inclusief en transversaal beleid nodig.

Het programma is op maat gemaakt en zorgt ervoor dat deze patiënten sociale en (aangepaste) professionele vaardigheden kunnen ontwikkelen om autonoom in het dagelijkse leven te functioneren. De specifieke programma's kunnen worden opgestart naar aanleiding van of aanvullend bij de basisopdrachten uit de eerste functie. De programma's kunnen ook een vervolg zijn op de interventies in de leefomgeving door de mobiele teams uit de tweede functie.



**- De vierde functie: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is**

De vierde functie betreft het intensifiëren van de residentiële gespecialiseerde zorg. Deze functie is bedoeld voor personen die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving tijdelijk niet aangewezen is. Het accent ligt op acute zorg, indicatie- en diagnosestelling en intensieve behandeling in intensieve residentiële observatie – en behandelingseenheden. Kenmerkend voor deze kleinschalige units zijn een korte verblijfsduur en een hoge intensiteit en frequentie van zorg. Zodra een persoon opgenomen wordt, moet men al rekening houden met alle aspecten van de zorgcoördinatie. Belangrijk hierbij zijn het ontslagmanagement met het oog op (vroeg)tijdig ontslag, filters voor opname (minstens een gecoördineerde aanmeldingsprocedure), en follow-up na de acute fase (zo mogelijk door de hulpverlener/ het team dat het dichtst bij de patiënt staat). Dankzij een constante communicatie met de andere functies wordt de link met het sociale netwerk van de patiënten behouden. Zo wordt de mogelijkheid op een terugkeer naar de thuisomgeving en op integratie in de maatschappij zo groot mogelijk gehouden. Een crisis vereist een gespecialiseerde diagnostiek met een medische, psychologische en psychiatrische benadering die verzekerd moet kunnen worden in elke functie van het netwerk.

**- De vijfde functie: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is**

De vijfde functie heeft betrekking op de ontwikkeling van specifieke woonplaatsen voor personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek. Het gaat om personen met beperkte mogelijkheden tot integratie in de maatschappij. De woonvormen hebben als doel de organisatie van het dagelijkse leven te ondersteunen en de integratie van deze patiënten in de maatschappij te vergemakkelijken. Dat gebeurt via geïndividualiseerde programma's die rekening houden met de autonomiebehoeften van de personen in kwestie.

De programma's worden georganiseerd in de vorm van beschermde woonplaatsen/beschut wonen, gesuperviseerde appartementen of elke andere aangepaste woonvorm. De huidige geldende erkennings – en financieringsnormen bestaan al een paar decennia en voldoen niet steeds aan de huidige behoeften en verwachtingen van de bewoners. Momenteel gaan deze normen uit van twee standaardtypes van beschut wonen: begeleiding in een individuele woning enerzijds en in een groepswooning anderzijds. De begeleiders zijn hoofdzakelijk bezig met huisvesting, begeleiding en activering van de bewoners. Veel bewoners in de huidige initiatieven beschut wonen, vragen meer privacy. Sommige bewoners hebben een dusdanige lichamelijke zorgbehoefte dat zij meermaals per dag nood hebben aan ondersteuning en hulp. Er is een stijgende vraag naar in vivo trainingsmogelijkheden voor het aanleren van basisvaardigheden zoals boodschappen doen, maaltijden bereiden, wassen en plassen, onderhoud van de woning...Er is ook een vraag naar meer integratie in de maatschappij door middel van sociale contacten en huisvesting met partner en kinderen. Voorgaande zaken wijzen op het belang om de huidige normen van beschut wonen te evalueren en aan te passen aan de hedendaagse behoeften.

Het buddyproject Vlaanderen sluit hierbij aan en heeft er al drie succesvolle projectjaren opzitten. Het project is een mooi antwoord op een maatschappelijke behoefte aan 'gewoon' menselijk contact voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het buddyproject Vlaanderen bestaat uit een netwerk van organisaties (CGG, bredere GGZ, vrijwilligersorganisaties) en personen. Het betreft buddywerkingen, waarbij vrijwilligers (de buddy's) en deelnemers (mensen met chronische psychiatrische problematiek) wekelijks of tweewekelijks samen activiteiten ondernemen. Het concept is vijftien jaar geleden ontstaan uit de vaststelling dat er wat schortte aan de hulp na een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Het sociaal isolement van veel patiënten bleek heel frappant en was op zich een risicofactor voor herval. De buddywerking kent een stijgend succes. Al meer dan 150 duo's zijn gevormd. Uit evaluatie blijkt dat een buddyrelatie de kwaliteit van het leven van de deelnemers sterk verhoogt en herval vermindert. Omwille van de goede resultaten wil ik dit project structureel inbedden in Vlaanderen.

Om deze vijf minimale functies te kunnen realiseren is een globale en geïntegreerde aanpak noodzakelijk die alle betrokken actoren op de verschillende lijnen laat samenwerken. Het zorgnetwerk, dat in wezen bestaat uit een samenwerkingsvorm tussen structuren en middelen, zorgt voor een efficiënte opvolging van patiënten, verzekert de continuïteit van de zorg en staat in voor een beter aanbod en kwaliteit van de zorg.

**Actie: In samenwerking met de federale overheid verbindt de Vlaamse gemeenschap er zich toe hun bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg open te stellen voor de totstandkoming en het intensifiëren van de samenwerking tussen ambulante en residentiële voorzieningen in de vorm van regionale zorgcircuits en zorgnetwerken.**

**Actie: Structurele inbedding van het buddyproject Vlaanderen in de CGG**

### ***Samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen***

Verschillende psychiatrische ziekenhuizen hebben concrete plannen voor een verregaande samenwerking met algemene ziekenhuizen om psychiatrische bedden op de site van een algemeen ziekenhuis gezamenlijk uit te baten. De samenwerking van AZ en PZ kan alleen maar aangemoedigd en positief onthaald worden. Ze kadert volledig in de ontwikkeling van zorgcircuits en netwerken en schept mogelijkheden om de functie van liaisonpsychiatrie in dergelijke samenwerking goed uit te werken. Een meer geïntegreerde samenwerking zorgt voor een betere afstemming van zorg (bij opname in een algemeen ziekenhuis voor mensen met een psychiatrische problematiek in combinatie met somatische problemen), een betere continuïteit van zorg (bv. bij suïcidepogers) en een vlotte doorstroming in het zorgaanbod voor mensen met een psychische problematiek (bv. vlottere opname vanuit AZ in PZ).

De juridische implicaties van een samenwerking vraagt afstemming over statuten, erkenningen, opname van verantwoordelijkheden en dit op verschillende niveaus zoals bestuursniveau, directieniveau, op medisch en logistiek vlak, ...Bij een juridische verankering moet duidelijk zijn wie de professionele verantwoordelijkheid draagt en hoe de geldstromen verlopen. De patiënt moet hierin te allen tijde centraal staan.

Voor de mogelijke praktische verwezenlijking kunnen de algemene en psychiatrische ziekenhuizen verschillende pistes volgen:

- De PZ en AZ kunnen samenwerken in een associatie van diensten in gezamenlijk beheer met erkenning onder het erkenningsnummer van de campus waar deze diensten gelokaliseerd zijn. De samenwerkingsvorm 'associatie' zoals die is uitgewerkt in het KB van 25 april 1997, biedt de samenwerkende partners de mogelijkheid om gemeenschappelijke afspraken te maken over de verschillende modaliteiten van de samenwerking: logistiek, aansprakelijkheid, omkadering, personeelsaangelegenheden, verantwoordelijkheden van de artsen en verpleegkundig personeel, verdeling van de middelen, ...Voorts biedt een 'associatie' voldoende juridische zekerheid voor de rechten en de plichten van de partijen: de erkenning van bedden/afdeling die door de associatie wordt beheerd, blijft expliciet afhankelijk van het voortbestaan van de associatie.
- Samenwerking kan eveneens via een delocatie van diensten waarbij het beheer en de erkenning bij het PZ blijven. Deze piste zorgt er voor dat bij de locatie van de bedden van de PZ op de site van een AZ deze psychiatrische bedden toch een fysieke eigenheid behouden doordat ze ondergebracht zijn in een apart gebouw met een aparte signalisatie. Ook in deze piste moet een samenwerkingsovereenkomst het gebruik van infrastructuur, de ziekenhuisapotheek, logistieke diensten, ...regelen.
- En tot slot is een samenwerking mogelijk door een contractuele overeenkomst tussen AZ en PZ. Dit is een geheel van feitelijke afspraken zonder dat de erkenning moet aangepast worden.

**Actie: aanmoedigen van samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen om een betere afstemming, continuïteit en doorstroming van de zorg voor personen met psychische problemen te verkrijgen.**

#### ***Nieuwe accenten in de beheersovereenkomsten met OPZ Geel en OPZC Rekem***

In de missie van de twee psychiatrische zorgcentra die door de Vlaamse overheid uitgebaat worden, het OPZ Geel en het OPZC Rekem, krijgt het bevorderen van de maatschappelijke integratie en participatie in de samenleving een centrale plaats.

Het OPZC te Rekem levert prioritair een actieve en coöperatieve bijdrage aan geestelijke gezondheid in de provincie Limburg. Dat kan uitmonden in een delocalisatie van ziekenhuisbedden naar blinde vlekkenregio's voor residentiële geestelijke gezondheidszorg. Omwille van de klinische expertise is het OPZC Rekem een ideale setting voor een forensisch

kenniscentrum dat wetenschappelijke opdrachten kan initiëren, coördineren en bundelen, in samenwerking met ervaren klinici, beleidsmensen, universiteiten en specialisten in binnen- en buitenland. Dit is opgenomen in de beheersovereenkomst die het OPZC in 2004 heeft afgesloten met de Vlaamse Gemeenschap en dit neemt eveneens een belangrijke plaats in de nieuwe beheersovereenkomst. Het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem is sinds 1995 één van de grote forensische psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen en moet een voortrekkersrol spelen in de kennisontwikkeling en de zorg in de forensische psychiatrie. In het OPZC Rekem is de opnamecapaciteit voor geïnterneerden bijna verdubbeld en werd het zorgcircuit dat reikt tot de herintegratie door beschut wonen uitgebreid. Het OPZC heeft in 2009 al de eerste stappen gezet voor de oprichting van een kenniscentrum – het eerste onderzoek is opgestart en nog andere onderzoeksprojecten volgen. Daarnaast is het belangrijk dat het PZ zijn knowhow en ervaring inbrengt en tevens participeert aan de uitbouw en exploitatie van de nieuwe forensische gevangenis te Antwerpen. Tot slot moet er speciale aandacht zijn voor de uitbouw van de psychogeriatrische residentiële zorg in samenwerking met de andere actoren.

In het OPZ Geel is de nieuwe invulling van het concept gezinsverpleging het belangrijkste aandachtspunt. De psychiatrische gezinsdagbehandeling, die het gezin betreft in de behandeling van een gezinslid met psychiatrische problemen, en de al lang bestaande Geelse gezinsverpleging voor volwassenen die sinds kort uitgebreid wordt naar minderjarigen zijn blijken van een meer geïntegreerde en vermaatschappelijkte zorg. Het is een belangrijke uitdaging voor het OPZ om in de toekomst de plaatsen gezinsverpleging te delocaliseren en ze maximaal te verspreiden in Vlaanderen. Ook zal OPZ Geel de mogelijkheden nagaan om deze zorgvorm aan te bieden aan andere doelgroepen. Pleegzorg is momenteel ondergewaardeerd in Vlaanderen en is relatief onbekend bij het publiek en zelfs onder professionele hulpverleners. Pleegzorg is versnipperd over verschillende sectoren (kind en gezin, jongerenwelzijn, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, geestelijke gezondheidszorg) en dat leidt tot een gebrek aan coherentie. Ook zijn er verschillen in wetgeving, vergoedingen, statuut van pleegouders... Dit alles is verwarrend voor cliënten, voor kandidaat-pleegzorgers en voor hulpverleners. Een duidelijke visie op pleegzorg dringt zich op waardoor pleegzorg één van de vele hulpvormen kan zijn waarvoor op basis van een degelijke diagnose en indicatiestelling gekozen kan worden.

**Actie: De uitbouw van het forensisch kenniscentrum en de psychogeriatrische**

**Zorgverlening zijn aandachtspunten voor OPZC Rekem.**

**Actie: de uitwerking en de kennisverspreiding van de gezinsverpleging vormt een**

**belangrijke uitdaging voor het OPZ Geel.**

## **Vlaamse actiepunten geestelijke gezondheidszorg 2009-2014**

Ons land wordt internationaal geroemd om zijn medische zorg, maar als het over geestelijke gezondheid gaat, kunnen we beter. De dominantie van residentiële voorzieningen en de onderontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is een erfenis van het verleden. In de eerstelijnszorg – huisartsen, Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) en OCMW's – ontbreekt vaak voldoende kennis om aan vroegdetectie te doen en de aansluiting met de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) verloopt moeizaam. Mensen met psychische problemen stuiten op wachtlijsten. Vooral jongeren die dringend psychische hulp nodig hebben, blijven momenteel in de kou staan.

De Centra Geestelijke Gezondheidszorg zijn groter geworden (gemiddeld 45 voltijdse medewerkers) en tegelijk met de schaalvergroting is het management versterkt. Behalve de CGG zijn er op de specialistische tweede lijn ook de zelfstandige hulpverleners, zoals psychiaters, psychologen en psychotherapeuten. De overheid heeft weinig zicht op deze groep, omdat er erkenningsnormen ontbreken, onder meer voor klinisch psychologen en psychotherapeuten. Op de generalistische eerste lijn vinden we de huisartsen, de 27 Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), de CLB en de thuiszorg. Op de derde lijn staan de psychiatrische ziekenhuizen (PZ), de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), de initiatieven beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT). Tussen de verschillende niveaus probeert men de continuïteit van de zorg te garanderen door allerlei netwerken, samenwerkingsinitiatieven en overlegplatformen. Desondanks blijft de structuur en de samenhang problematisch. De geestelijke gezondheidszorg mist niet alleen de slagkracht om snel tegemoet te komen aan de actuele zorgvraag, ze is op de koop toe een ondoorzichtig kluwen. Een pijnlijke vaststelling, vooral nu studies al een tijdje uitwijzen dat een op vier Belgen in zijn leven met depressie of andere psychische problemen heeft te kampen. Deze mensen zoeken meer dan vroeger naar hulpverlening. Op het gebied van zelfdoding geven de statistieken in ons land eveneens een treurig beeld. Hoewel het Vlaamse preventiebeleid in Europa wordt geprezen om zijn goede praktijken, blijft het suïcidale gedrag in Vlaanderen alarmerend hoog.

Deze vaststellingen brachten ons er toe de situatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen door te lichten en actiepunten te formuleren die tijdens deze legislatuur moeten verwezenlijkt worden.

De sector fundamenteel hervormen valt buiten het bereik van de Vlaamse bevoegdheid. De krijtlijnen van de curatieve (geestelijke) gezondheidszorg worden grotendeels op het federale niveau vastgelegd. De manoeuvreerruimte voor de Gemeenschappen is beperkt maar we kunnen wel afspraken maken met de andere overheden die bevoegd zijn voor Volksgezondheid en ontwikkelingen op het vlak van geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden. Zo hebben alle bevoegde ministers op de Interministeriële Conferentie van september 2009 zich akkoord verklaard om hun aanbod van geestelijke gezondheidszorg naar elkaar toe open te stellen en een deel van het budget zodanig te besteden dat het aanbod beter aansluit bij de behoeften van mensen met psychische problemen. Concreet resulteert dit in een gezamenlijke projectoproep naar de sector om zorgnetwerken en zorgcircuits te realiseren.

Een betere, gestroomlijnde samenwerking tussen de ambulante, de residentiële geestelijke gezondheidszorg en belendende sectoren waarbij de patiënt centraal staat is hierbij het streven.

De afgelopen jaren heeft de Vlaamse overheid aan de CGG extra middelen toegekend voor outreaching. Dit houdt in dat de specialisten zich in de leefwereld van de hulpvrager begeven. De beoogde doelgroepen zijn senioren, jongeren in de bijzondere jeugdzorg, gedetineerden en geïnterneerden, asielzoekers, en personen met een handicap met bijkomende psychische problemen. Outreaching blijft niet beperkt tot de CGG. Ook de federale overheid lanceerde een aantal pilootprojecten voor kinderen en jongeren. Mobiele teams doen daarbij een beroep op een samenwerkingsverband tussen de thuiszorg, CGG en een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis in de regio. Intensieve behandel eenheden ontfermen zich over jonge delictplegers met een psychiatrische problematiek (FOR K's) of jongeren die zich agressief of anderszins gedragen (SGA-jongeren). De Vlaamse overheid subsidieert op haar beurt de outreaching-projecten van het psychiatrisch centrum in Sleidinge en het Openbaar psychiatrisch ziekenhuis in Geel. Die zijn ook gericht op de bijzondere jeugdbijstand, vooral dan op jongeren in een problematische opvoedingssituatie (POS). Die aandacht voor jongeren komt er niet zomaar: in 2009 kwamen in Vlaanderen 24.422 jongeren in de bijzondere jeugdzorg terecht, een stijging van 4,6% op jaarbasis.

De acties, die we onderaan nog eens oplistten, sluiten aan bij deze ontwikkelingen. Om onverantwoorde wachttijden tegen te gaan moet het basisaanbod van de CGG uitbreiden, vooral voor de doelgroepen kinderen en jongeren en ouderen. Om al te lange wachttijden weg te werken rekenen we op samenwerkingsprojecten met zelfstandige praktijken en op het gebruik van innovatieve technologieën. Het beleid wil pilootprojecten voor onlinetherapie stimuleren, gekoppeld aan een effectenonderzoek, indien mogelijk met ondersteuning van Flanders 'Care.

Tegelijk zal er meer aandacht gaan naar preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. In suïcidepreventie bereiden we via een conferentie een nieuw actieplan voor en zal, afhankelijk van de evaluatie van het huidige Vlaamse actieplan suïcidepreventie, een partnerorganisatie als rechtstreeks aanspreekpunt worden erkend. Ook projecten geestelijke gezondheidszorg gericht op de eerstelijnszorg moeten bijdragen tot vroegdetectie en vroeginterventie van psychische problemen.

Een sterk management bij de CGG zien we als een voorwaarde voor efficiënt werk en een goede samenwerking met andere actoren. Meer toegepast onderzoek dat directe implicaties heeft voor de zorgpraktijk en het opwaarderen van goede gangbare praktijken, vormt de basis voor een evidence-based beleid. Voorts wensen we een inclusiebeleid te voeren in samenwerking met andere beleidsdomeinen, zoals wonen, werk, onderwijs, welzijn en armoede.

De zorgvernieuwing en de vermaatschappelijking van de zorg verplichten het beleid om rekening te houden met patiënten- en familieverenigingen als partners in de zorg. De opstart van een groot beeldvormingproject geestelijke gezondheid voor Vlaanderen brengt alle bestaande initiatieven samen die zich inzetten voor de integratie van personen met psychische problemen in de samenleving. De realisatie van een familieplatform voor familieleden van mensen met psychiatrische problemen zal eveneens bijdragen tot de vermaatschappelijking van de zorg.

We eindigen met een overzicht van de acties die centraal zullen staan in het beleid voor geestelijke gezondheidszorg tijdens deze legislatuur:



Het creëren en het structureel inbedden van het beeldvormingproject geestelijke gezondheid voor Vlaanderen.

Het creëren en het structureel inbedden van een platform voor familieleden van personen met psychische problemen.

Oprichten van een Vlaamse werkgroep suïcidepreventie die o.m. zal instaan voor de organisatie van een gezondheidsconferentie met als inzet een nieuwe gezondheidsdoelstelling en een nieuw Vlaams actieplan suïcidepreventie.

Lanceren van oproepen en afsluiten van beheersovereenkomsten met organisaties voor terreinwerking voor tabak, alcohol en drugs en suïcidepreventie en met een partnerorganisatie suïcidepreventie.

Ontwikkeling en implementatie van projecten geestelijke gezondheidszorg op eerstelijnsniveau op basis van goedgekeurde strategieën en acties van de eerstelijnsgezondheidsconferentie.

De samenwerkingsmogelijkheden tussen verenigingen waar armen het woord nemen, de centra algemeen welzijnswerk en de centra voor geestelijke gezondheidszorg worden onderzocht en structureel uitgebouwd.

In het kader van het Vlaamse actieplan suïcidepreventie wordt het project 'de goed-gevoel-stoel' uitgebouwd rond geestelijke gezondheidsbevordering naar mensen in armoede.

Het verhogen van de capaciteit van facilitatoren cultuursensitieve zorg in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Projectoproepen voor onlinetherapie en deze koppelen aan een effectonderzoek.

Onderzoeken op welke aspecten in de geestelijke gezondheidszorg kunnen ingezet worden via Flanders' Care.

Creëren van een uitvoeringsbesluit met betrekking tot de bepaling en aanrekening van cliëntbijdragen in de CGG.

De CGG werken in hun regio een samenwerkingsmodel uit met de vrij gevestigde psychologen en psychiaters.

Het opzetten van experimenten rond samenwerking CGG en zelfstandige psychologen binnen het CGG.

Uitbreiding van het aanbod kinderen- en jongerenteams van de CGG.

Versterking outreaching GGZ naar de bijzondere jeugdzorg.

**Evaluatie van het ontwerp van samenwerkingsakkoord psychiatrische zorg voor jongeren onder een justitiële maatregel.**

**Uitbreiding van het aanbod van de ouderenteams in de CGG.**

**Ouderen als risicogroep erkennen in het Vlaamse actieplan suïcidepreventie.**

**In samenwerking met de domeinen Werk en Sociale Economie een geïntegreerd beleidskader maken voor arbeidszorg waarin er een duidelijke plaats wordt gegeven aan personen met psychische en/of psychiatrische problemen, aan de attestering en het statuut van arbeidszorgmedewerkers.**

**Samenwerking tussen de domeinen Welzijn en Wonen voor het creëren van een ruim aanbod aan sociale huurwoningen en aangepaste woonbegeleiding voor personen met psychische en/of psychiatrische problemen.**

**Uitbreiding van de zorg aan gedetineerden met psychische problemen in het kader van het strategisch plan voor gedetineerden.**

**Uitbreiding van het aanbod ambulante hulpverlening naar personen met een handicap en bijkomende psychische en/of gedragsproblemen.**

**In samenwerking met de federale overheid verbindt de Vlaamse gemeenschap er zich toe hun bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg open te stellen voor de totstandkoming en het intensifiëren van de samenwerking tussen ambulante en residentiële voorzieningen in de vorm van regionale zorgcircuits en zorgnetwerken.**

**Structurele inbedding in de CGG van het buddyproject Vlaanderen aanmoedigen van samenwerking tussen algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen om een betere afstemming, continuïteit en doorstroming van de zorg voor personen met psychische problemen te verkrijgen.**

**De uitbouw van het forensisch kenniscentrum en de psychogeriatrische zorgverlening in OPZC Rekem.**

**De uitwerking en de kennisverspreiding van de gezinsverpleging in OPZ Geel.**