

# GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË

## Een nieuw model voor de toekomst

C. DECOSTER

### SAMENVATTING

In onderstaande bijdrage wordt een overzicht geboden van de hervormingen die de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België heeft ondergaan, met in het bijzonder de huidige hervorming naar een vermaatschappelijking van de zorg.

C. Decoster is directeur-generaal bij de FOD Volksgezondheid.

Correspondentie: [sandra.deridder@gezondheid.belgie.be](mailto:sandra.deridder@gezondheid.belgie.be)

Belangenconflict: niets vermeld

**Decoster C. Geestelijke gezondheidszorg in België. Een nieuw model voor de toekomst. *Huisarts Nu* 2012; 41:10-3.**

### HISTORIEK

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vertegenwoordigt een dynamische sector die steeds op zoek gaat naar een betere afstemming van het zorgaanbod op de behoeften van personen met psychische problemen.

Via overeenkomsten tussen revalidatiecentra en het RIZIV ontstond in de jaren zestig een specifiek zorgaanbod dat gericht was op revalidatie en rehabilitatie van personen met psychische problemen. In die tijd werd ook een eerste belangrijke stap gezet naar gemeenschapsgerichte zorg door de opkomst van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

In de jaren zeventig van de twintigste eeuw werd ernaar gestreefd een aantal kwaliteitsvereisten vast te leggen over de werking van psychiatrische ziekenhuisdiensten. Zo werden de erkenningsnormen en programmatiecriteria voor de A- en T-diensten (respectievelijk voor acute en chronische situaties) voor volwassenen en de K-diensten (jongerenpsychiatrie) voor kinderen bepaald. Tegen het einde van vorig decennium startten experimenten die een nieuwe specifieke woonvorm bieden voor personen met psychische problemen die geen nood (meer) hebben aan een residentiële behandeling en begeleiding. De overheid erkende beschutte woonvormen en een tweede nieuwe woon- en zorgvorm, de psychiatrische verzorgingstehuizen. Dat was een sleutelmoment in de diversifiëring van het toenmalige GGZ-aanbod.

### HUIDIGE SITUATIE

Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2004 blijkt dat één persoon op vier van 15 jaar of ouder (24%) te kampen heeft met een psychisch onwelbevinden, waarvan iets meer dan de helft (13%) zou kunnen leiden tot een tamelijk ernstige aandoening. Bij een derde van de mensen die voor lange tijd of definitief werkonbekwaam zijn in België, zijn psychische stoornissen de oorzaak. België heeft een breed welzijns- en

gezondheidslandschap waar mensen met psychische problemen terecht kunnen, maar heeft ook dringend nood aan verdere GGZ-optimalisering.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg stelde in een studie vast dat 4730 volwassen psychiatrische patiënten in 2003 langer dan een jaar verbleven in een dienst in een psychiatrisch ziekenhuis, waar de behandeling als doel heeft om de slaagkansen van een succesvolle sociale wederaanpassing te optimaliseren (T-dienst). Een derde van deze populatie verbleef al langer dan zes jaar in een dergelijke dienst. Een belangrijke conclusie hield in dat psychiatrische ziekenhuizen onvoldoende inspanningen leveren om deze patiënten te re-integreren in de samenleving.

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. Om historische redenen is de capaciteit van het residentiële GGZ-aanbod in België steeds groter geweest dan in de ons omringende landen. Ondanks de stappen die al werden gezet om de GGZ meer in de samenleving te verankeren, kampt België nog steeds met één van de hoogste ratio's van psychiatrische bedden per aantal inwoners.

Een volgende stap in de ontwikkeling naar een meer gemeenschapsgerichte GGZ is een aanbodgestuurde, hoofdzakelijk residentiële GGZ omvormen naar een vraaggestuurde, meer gedifferentieerde GGZ.

### EVOLUTIE NAAR EEN NIEUW MODEL

Het nieuwe zorgaanbod is gebaseerd op de noden van personen met psychische problemen en vertrekt vanuit hun concrete leef-, leer- en werkomgeving. In de toekomst zal zowel de acute als de chronische GGZ georganiseerd worden in zorgcircuits en zorgnetwerken, zodat de zorg zo dicht mogelijk aansluit op de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen.

Een zorgcircuit omvat het volledige GGZ-aanbod afgestemd op de specifieke behoeften van een leeftijdsdoelgroep. Elk zorgcircuit wordt georganiseerd door samenwerking tussen zorgaanbieders. Die samenwerking wordt geconsolideerd in een zorgnetwerk: een netwerk van zorgaanbieders die samen één of meerdere zorgcircuits realiseren.

### Zorgcircuits en zorgnetwerken

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft op 28 september 2009 besloten om artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen te implementeren. Deze beslissing kwam er om de organisatie

van de GGZ aan de basisprincipes van de gemeenschappelijke verklaring te laten beantwoorden. Dit artikel zegt: *'De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken.'* Met andere woorden, de toepassing van artikel 107 is een financieringstechniek die ziekenhuizen toelaat een deel van het budget van hun financiële middelen te verschuiven. Hierdoor kunnen middelen en mankracht in een bepaald werkingsgebied worden ingezet om het bestaande GGZ-aanbod voor personen met psychische problemen verder aan te passen aan hun behoeften en zorgvragen.

Het model dat ingevoerd wordt, zal vanuit een globale visie moeten zorgen voor een integratie van de middelen van de ziekenhuizen en de middelen van de (ambulante) diensten die in de gemeenschap bestaan.

Het is gericht op volwassenen en jong adolescenten. Om dit nieuwe model duurzaam te ontwikkelen, moeten een aantal minimale functies worden ingevuld (*figuur*). Het zijn functies die zich gaandeweg zullen ontwikkelen binnen een netwerk van alternatieve diensten in het gebied. Door

## KERNPUNTEN

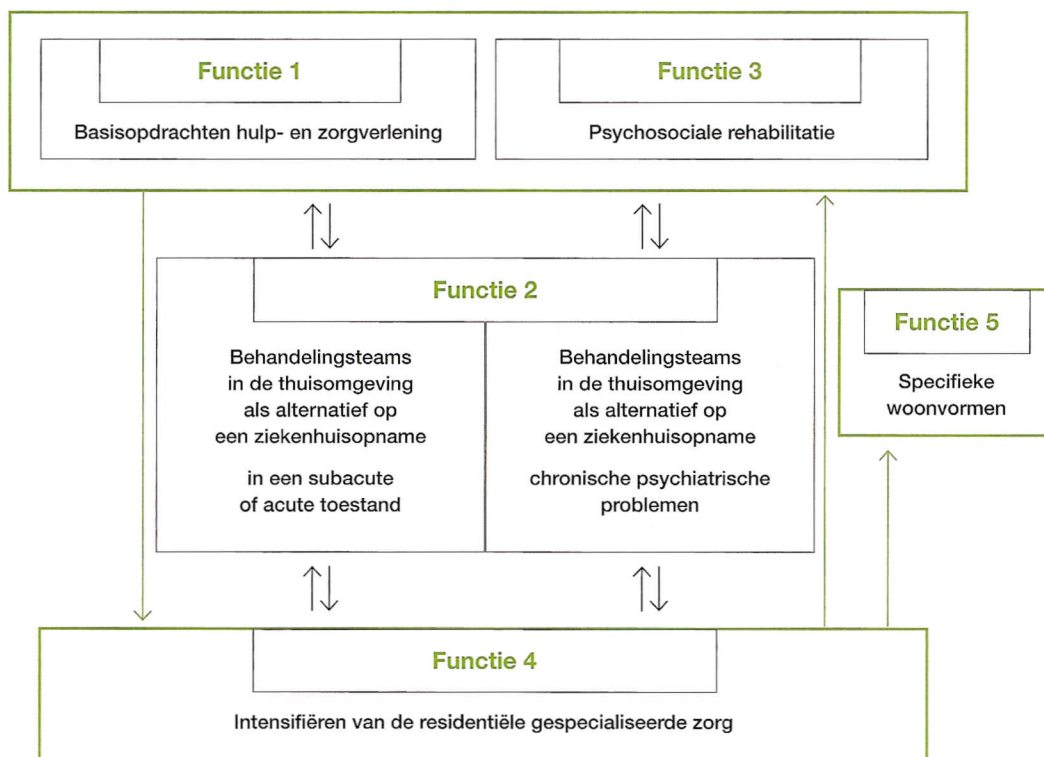
België heeft een breed welzijns- en gezondheidslandschap waar mensen met psychische problemen terecht kunnen. Ons land heeft evenwel dringend nood aan verdere GGZ-optimalisering omdat het huidige aanbod er niet in slaagt zorgvormen aan te reiken die de patiënten op afdoende wijze doet reintegreren in de maatschappij.

Het nieuwe zorgaanbod zal gebaseerd zijn op de noden van personen met psychische problemen en vertrekt vanuit hun concrete leef-, leer- en werkomgeving. In de toekomst zal zowel de acute als de chronische GGZ georganiseerd worden in zorgcircuits en zorgnetwerken, zodat de zorg zo dicht mogelijk aansluit op de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen.

Door dergelijke netwerken in te voeren kunnen mensen uiteindelijk in hun thuisomgeving blijven en hun eigen sociale contacten behouden.

dergelijke therapeutische zorgnetwerken in te voeren, afgestemd op individuele noden, kunnen mensen uiteindelijk in hun thuisomgeving blijven en zo hun eigen sociale contacten behouden.

Figuur: De vijf functies in het nieuwe GGZ-model.



**Functie 1:** activiteiten inzake preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling.

**Functie 2:** ambulante intensieve behandelteams (mobiele teams) voor zowel acute als chronische psychische problemen.

**Functie 3:** revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.

**Functie 4:** intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.

**Functie 5:** specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

## Hervorming van de kinderpsychiatrie

De toepassing van artikel 107 is voorlopig beperkt tot volwassenen en adolescenten. Voor kinderen wordt gewerkt aan een gelijkaardige hervorming van netwerken en zorgfuncties. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) bracht hierover reeds een omstandig advies uit. Tegen maart 2012 moet het Kenniscentrum voor gezondheidszorg het toekomstig model uittekenen voor kinderpsychiatrie. Het advies van de NRZV zal hierin uiteraard een belangrijke rol spelen.

## PROJECTEN ARTIKEL 107

### Budgettering

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid opteerde om binnen het beschikbare budget voor 2011 een maximaal aantal projecten te laten starten, eerder dan voor grote projecten extra middelen te reserveren. Deze projecten (tien) werden geklasseerd onder de rubriek 1a en overschrijden niet het maximum voorziene aantal van tien projecten. Deze projecten konden starten onder bepaalde voorwaarden die nader omschreven werden. Het voorziene budget was maximum 725 000 euro, door de creatie van bijkomende mobiele teams gekoppeld aan de neutralisatie van bedden.

De projecten die geklasseerd werden onder de rubriek 1b (twee) kunnen pas starten naargelang het beschikbare budget dat voor 2012 in de financiering wordt voorzien.

Voor de projecten in de klasse 2 (zeven) werd tot het einde van 2011 financiering van een netwerkcoördinator voorzien (maximum van 100 000 euro). Ze zullen opnieuw de kans krijgen om hun projectvoorstel bij te sturen. In functie van mogelijke bijkomende budgetten voor 2012 kunnen deze dan ook opstarten.

De nieuwe regering werd gedwongen om besparingen door te voeren, ook in de GGZ. De moeilijkheid bestaat er dan ook in om de bijkomende projecten op te starten en terzelfdertijd een besparing door te voeren. Begin 2012 werd deze knoop nog niet doorgehakt. De Minister verklaarde in het Parlement alles in het werk te stellen om een uitbreiding mogelijk te maken.

### Juridische aspecten

De wettelijke basis voor de organisatie van zorgcircuits en netwerken werd gelegd in de artikelen 11 en 107 van het KB houdende de coördinatie van de wet over de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (Publicatie Belgisch Staatsblad 7 november 2008). Artikel 11 van de wet over de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, voorziet in de begrippen 'netwerk' en 'zorgcircuit'. Concreet betekent dit dat voor een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld psychiatrische patiënten) een netwerk van zorgvoorzieningen gecreëerd kan worden. Die zorgaanbieders kunnen zowel individuele zorgverstrekkers, alternatieve verzorgingsvormen als ziekenhuizen zijn.

De sector heeft ervoor gekozen om op experimentele basis zorgcircuits en netwerken te realiseren met alle betrokken actoren. Deze techniek werd ingeschreven in het artikel 107

van de wet op de ziekenhuizen waarbij een ziekenhuis een deel van de beschikbare bedgebonden middelen flexibel kan aanwenden om de functies te realiseren.

### Projectopvolging

Een belangrijk onderdeel van de procedure is de begeleiding vanaf de implementatie van de projecten tot de daadwerkelijke acties. De kandidaten die een project hebben ingediend worden financieel ondersteund. De netwerkcoördinatoren van de geselecteerde projecten krijgen een grondige opleiding en worden continu gecoacht tijdens de volledige actie. Ze krijgen samen met de teams modules over permanente vorming aangeboden, die aangepast zijn aan de evolutie van de projecten.

### Opleiding en onderzoek

Het ganse project wordt ondersteund door diverse opleidingsformules van verschillende doelgroepen. Daarnaast wordt met drie universiteiten (Lucas-KU Leuven, UCL en VUB) van het land gewerkt aan een wetenschappelijke onderbouwing en evaluatie.

### Lokale netwerking

De huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg moet geleidelijk aan evolueren naar en plaats maken voor een netwerk van alternatieve diensten binnen een afgebakend gebied. Een netwerk bestaat uit samenwerkingsvormen tussen structuren en middelen. Het legt een werkwijze, gemeenschappelijke doelstellingen en een einddoelstelling vast voor de partners in de zorg. Het netwerk 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. Elk netwerk wordt samengesteld uit alle vijf voorafgaandelijk gedefinieerde functies (*figuur*). Er wordt een netwerkcoördinator gekozen voor een welbepaald gebied, die samen met alle verantwoordelijken de strategische werkgroep vormt. Die werkgroep moet de netwerking in het gebied operationeel maken.

### Overleg rond de patiënt

De therapeutische projecten zijn van start gegaan op 1 april 2007 en lopen tot en met 31 maart 2012. In deze projecten werd het 'overleg rond de patiënt' al enkele jaren op experimentele basis tot stand gebracht. Uit de jaarverslagen van de projecten en de evaluaties die erover uitgevoerd zijn, blijkt dat zowel patiënten als zorg- en hulpverleners overleg rond de patiënt door positief ervaren.

### Gestructureerd begeleidingsplan

Een werkgroep van het Verzekeringscomité van het RIZIV heeft een meer structurele regelgeving van het 'overleg rond de patiënt' uitgewerkt. Dit overlegmodel past perfect binnen de vernieuwde visie over GGZ. De doelgroep zijn patiënten waarvoor overleg of samenwerking tussen partners verder aangemoedigd en gefinancierd kan worden. Het project van

deze werkgroep heeft zowel betrekking op volwassenen en ouderen als op kinderen. Voor volwassenen moet dit kaderen binnen de toepassing van artikel 107.

Het uitgangspunt om een begeleidingsplan op te stellen vertrekt vanuit een expliciete identificatie van de behoeften van de patiënt en zijn directe omgeving. Het plan wordt opgemaakt wanneer afstemming nodig is tussen verschillende hulp- en zorgverleners. Het is niet alleen een instrument voor de zorg- en hulpverleners, maar vooral ook een leidraad voor de patiënt (of zijn familie) zelf.

### **Plaats van de huisarts**

De huisarts wordt beschouwd als een betrokken partner en moet uitgenodigd worden op ieder overleg. Als hij niet aanwezig is op het overleg wordt het begeleidingsplan hem systematisch beveiligd elektronisch overgemaakt door de geïntegreerde dienst voor thuiszorg. Hierdoor kan hij opvolgen welke zorg- en hulpverlening er aan zijn patiënt geboden wordt en welke doelstellingen bereikt willen worden.

De referentiepersoon heeft een vertrouwensrelatie met de patiënt en is verantwoordelijk voor het opstellen van het begeleidingsplan. Dit kan de huisarts zijn maar het kan ook een andere persoon zijn. Hij bewaart het originele plan, verricht de algemene coördinatie omtrent de uitvoering en bijsturing van het begeleidingsplan en is aanspreekpersoon voor zowel de patiënt en zijn familie als de zorg- en hulpverleners.

### **Financiële kant**

Voor bepaalde zorgverleners wordt een vergoeding voorzien om deel te nemen aan het overleg rond de patiënt. Het gaat om individuele zorgverleners zoals bepaald in KB 78 en zijn uitvoeringsbesluiten, en om psychologen en orthopedagogen die werken in de eerste lijn en niet in een instelling of dienst waarbij het overleg al deel uitmaakt van de opdracht. Deze vergoeding wordt enkel betaald als het begeleidingsplan wordt opgemaakt en/of opgevolgd; als minstens drie verschillende zorg- of hulpverleners betrokken zijn waarvan minstens één uit de sector geestelijke gezondheidszorg en één uit de eerstelijnsgezondheidszorg; als in het begeleidingsplan min-

stens drie taakafspraken worden omschreven voor de zorg- of hulpverleners. De betaling gebeurt via een geïntegreerde dienst voor thuiszorg, die erop toeziet dat de voorwaarden gerespecteerd worden.

### **Gespecialiseerde thuisverpleegkundigen psychiatrie**

Aansluitend op de 107-projecten wordt in de schoot van het RIZIV gewerkt aan de creatie van een gespecialiseerde thuisverpleegkundige psychiatrie, die binnen de thuisverpleging een aanvullende rol zal hebben.

### **Psychosociale rehabilitatie**

Binnen het RIZIV wordt ook gewerkt aan een conventie die de integratie van de patiënten in het thuismilieu moet vergemakkelijken. Het gaat meer bepaald om functie 3 binnen de artikel 107-projecten.

## **BESLUIT**

Samenvattend kan men stellen dat op de eerste plaats ervaring moet worden opgedaan met de artikel 107-projecten die de vijf functies includeren binnen een netwerk. Hopelijk kan men de tien projecten progressief uitbreiden zodat de hervorming geleidelijk aan in het ganse land gestalte krijgt. De aanvullende initiatieven die binnen het RIZIV werden genomen met de referentiepersoon en de gespecialiseerde thuisverpleegkundige psychiatrie, maken het beeld van de hervorming volledig.

Op termijn moet deze hervorming uitmonden in een juridisch kader met netwerken, zorgcircuits en zorgprogramma's.

Om de hervorming te laten lukken is de opleiding van de netwerkcoördinatoren en de zorgverstrekkers cruciaal. Het begeleidend wetenschappelijk onderzoek moet toelaten de projecten te ondersteunen en te consolideren. Zo moet werk worden gemaakt van kwaliteitsindicatoren en een goede zorgregistratie binnen een 'gedeeld dossier'.

Belangrijk is ook de hechte samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus in ons land. Ten slotte zal het welslagen van de hervorming mede bepaald worden door de wijze waarop de sector (bottom-up) wordt betrokken.