

NOTE SUR LA DÉFINITION DES ZONES D'ACTION RÉSEAUX ADULTES EN SANTÉ MENTALE

Auteur : Groupe de travail « territoire » de l'organe 107

Inhoud

• RÉSEAUX.....	2
1.1 Les réseaux 107 dans une période de transition.....	2
1.1.1 Sans une base juridique commune	2
1.1.2 Les Réseaux sont en phase de croissance	2
1.2 Mission des réseaux adultes en santé mentale	3
• Territoire pour les réseaux adultes en soins de santé mentale	4
1.3 Introduction.....	4
1.4 Les éléments de contexte évoqués lors du Groupe de Travail Territoires,.....	4
• Critères pour la définition des territoires des réseaux.....	7
• proposition de méthodologie pour la couverture de l'ensemble du territoire belge par les réseaux psy 107.....	13
1.5 Préambule	13
1.6 Méthodologie.....	13
• Perspectives.....	15
1.7 Recommandations sur le contenu des soins.....	15
1.8 Recommandations par rapport à l'offre de soins.....	15
1.9 Recommandations sur le financement du fonctionnement des réseaux	16
1.10 Recommandations sur la politique.....	16
Annexe1.....	18
Annexe 2.....	19
Annexe 3: Criteria voor de afbakening van werkingsgebieden op basis van het management IN een netwerk	20
Op basis van literatuur	20
Op basis van epidemiologie	22
Op basis van ervaringen van de huidige netwerken	25
Besluitend.....	25
Bijlage 4 : Overzicht van het beleid van de diverse overheden	27

36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72

- RÉSEAUX

1.1 Les réseaux 107 dans une période de transition

1.1.1 Sans une base juridique commune

Les réseaux Psy 107 actuels sont encore à un stade expérimental sans cadre réglementaire. Cela sous-entend que tous les acteurs des réseaux coopèrent sur base volontaire dans le cadre d'une collaboration fonctionnelle entre services. Ces acteurs qu'ils soient issus du secteur de la santé mentale ou pas prennent ensemble la responsabilité de coopérer.

Le groupe de travail note que les acteurs sont censés travailler ensemble à la réalisation des objectifs du réseau. Dans le même temps, le groupe constate que les réglementations en vigueur ne favorisent pas clairement le travail en réseaux et sont limitées à une juxtaposition d'autorisations de chaque niveau de pouvoir dans ses compétences (fédéral, communauté ou région)¹.

Le groupe de travail estime important que les différents niveaux de pouvoirs élaborent une interprétation commune de la notion de « réseaux » à traduire dans leurs législations respectives pour donner une réelle chance de réussite au développement de réseaux adultes en santé mentale stables et efficaces.

1.1.2 Les Réseaux sont en phase de croissance

Les réseaux adultes actuels en santé mentale sont en pleine phase de transition. Dans une première phase, leur mission était de mettre en œuvre les « projets 107 », avec comme objectif de développer les cinq fonctions au sein de leur territoire respectif. Plus de 4 ans après, de nombreux réseaux sont bien au-delà d'un simple PROJET, même si les développements des 5 fonctions varient fortement entre et au sein des réseaux.

Dans la perspective d'une intégration plus structurelle des réseaux, l'accent se déplace de la mise en œuvre d'une politique *de soins de santé mentale* vers une *politique de santé mentale*, liée à la notion de territoire, dans lesquelles l'offre de soins est accordée à tout un chacun. De plus en plus de réseaux progressent également vers une santé mentale liée au territoire, ce qui implique d'autres aspects des soins de santé mentale (la prévention, la stigmatisation, « l'apprentissage » de la santé, ..). Les réseaux les plus avancés osent déjà penser à des éléments de territoire en lien avec la *politique de santé [générale]*, où la santé mentale est considérée comme une composante de santé globale des citoyens. Cette politique de santé globale se compose à la fois d'offres de soins somatiques et de politiques actives favorisant le bien-être.

¹ Dans les faits, les réseaux 107 sont conformes aux dispositions de l'article 11 de la loi fédérale sur les hôpitaux. En outre, les réseaux flamands répondent également aux exigences du « réseau psychiatrique » tel que défini dans le décret de la santé mentale flamand du 18 mai 1999. Mais ni la loi fédérale ni dans la réglementation flamande ne mettent en œuvre l'opérationnalisation de ces réseaux qui devrait se traduire, par exemple, par la détermination de normes d'agrément.

73 Le groupe attend des autorités que dans le développement des réseaux adultes en santé mentale
74 (107) qu'elles accordent une attention plus grande à réconcilier la politique de santé mentale avec
75 la politique générale de soins et de bien-être de la population. Ceci, afin de parvenir à une bonne
76 coopération entre ces secteurs et celui des services spécialisés en santé mentale. Une clarification
77 juridique en matière de gouvernance de réseau est attendue.

78 79 **1.2 Mission des réseaux adultes en santé mentale**

80
81 Pour définir le territoire d'un réseau adulte en santé mentale, il est nécessaire de clarifier leur
82 mission. Voici la mission que propose le groupe de travail sur base des missions actuelles des
83 réseaux :

84 La mission du réseau est d'organiser la collaboration effective entre les acteurs (SM ET hors SM) sur
85 un territoire dans le but de permettre à chaque personne — ou son proche — confrontée à un
86 problème de santé mentale , ou susceptible de l'être, de choisir et de trouver des ressources, des
87 acteurs et des dispensateurs d'aides et de soins au sein de ce réseau qui, collaborent activement
88 pour contribuer à son traitement et sa rétablissement.

89
90 Par conséquent, le réseau n'organise pas en tant que tels les soins et dès lors n'agit pas à titre
91 d'employeur des professionnels des soins de santé.

92 Le réseau identifie et coordonne les ressources, les acteurs et les dispensateurs d'aide et de soins
93 existants au sein de son territoire, afin d'utiliser les meilleures ressources possible disponibles pour
94 répondre de façon optimale aux besoins en soins de la totalité de la population de son territoire.

95
96 Les acteurs qui collaborent aux réseaux partagent ensemble la responsabilité d'utiliser autant que
97 possible les ressources humaines et matérielles existantes au sein du réseau pour le bien-être de
98 l'ensemble des habitants du territoire d'action. . Les acteurs identifient ensemble les lacunes et
99 développent les priorités à rencontrer dans l'offre de soins et de services sur le territoire du réseau.
100 Ils remettent un avis sur les projets de développement de l'offre.

101
102 Le groupe de travail invite les différentes autorités à adapter leurs réglementations spécifiques pour
103 favoriser les collaborations entre les partenaires du réseau, quelles que soient leurs autorités de
104 tutelles. Cela doit se faire en concertation avec les partenaires des réseaux et faciliter la mise en
105 commun des ressources et les collaborations pour la réalisation de missions ou de fonctions.
106 Ainsi, pour pouvoir créer une véritable « fonction mobile de réseau », nous pensons , qu'il serait
107 judicieux de permettre aux équipes mobiles Psy 107 (de compétence fédérale) et, par exemple, des
108 initiatives d'habitations protégées ou des services de santé mentale (sous la compétence des
109 communautés ou régions) de mettre en commun leurs ressources pour intensifier les interventions
110 auprès des personnes dans leur milieu de vie. Ou la mise en commun des ressources hospitalières et
111 des conventions de réadaptation psychosociale et des initiatives d'habitations protégées pour la
112 réalisation de la fonction 3.

117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157

- TERRITOIRE POUR LES RÉSEAUX ADULTES EN SOINS DE SANTÉ MENTALE

1.3 Introduction

Plusieurs études ont déjà porté sur la question des territoires, elles ont montré qu’il s’agit de réalités complexes et qu’il n’est pas adéquat de tirer des conclusions systématiquement applicables à toutes les situations. Sauf à opter pour un système de secteurs avec adressage obligatoire à l’instar de la France, un territoire ne trouvera de légitimité que s’il prend en compte une réalité multidimensionnelle.

Partant de ce constat, la définition de territoires s’apparente à un processus dynamique qui doit conjuguer les critères que l’on considère comme les plus significatifs. Il s’agit donc de retenir les critères les plus pertinents et de les pondérer entre eux pour tendre vers la plus grande cohérence possible dans la définition concrète des territoires .

1.4 Les éléments de contexte évoqués lors du Groupe de Travail Territoires.

Au cours de ses travaux, le groupe de travail a consulté :

- a. La littérature concernant les réseaux : voire annexe 3
- b. Les données épidémiologiques sur l’incidence des problèmes psychologiques et psychiatriques
- c. Les expériences des réseaux adultes existants en ce qui concerne la composition et la taille de ceux-ci ainsi que leur éventuel fonctionnement interne spécifique dans les petits territoires ;
- d. Les politiques menées actuellement par les différentes autorités (fédérales, régionales et communautaires) sur la santé et le bien-être et qui peuvent avoir un impact sur la définition des territoires d’action des zones 107.

Suite à ces consultations, le groupe de travail insiste sur :

1. Le fait qu’il existe une distinction entre la zone d’action de chaque forme spécifique de soins² et de la zone d’activité d’un réseau :
 - a. La zone d’action pour chaque forme spécifique de soins (par exemple une équipe mobile de crise 2a) est déterminée par des considérations d’efficacité en fonction de la capacité maximale de prise en charge pour répondre aux demandes. Compte tenu des caractéristiques [notamment épidémiologiques] de la population locale et des considérations d’efficacité (ex : durée du trajet), la zone d’action idéale pour chaque forme de soins aura une échelle de grandeur différente de la zone géographique. Cela implique également que la taille optimale de la zone géographique couverte varie d’une forme de soins à l’autre.

² Une forme spécifique de soins est un dispositif de soins tel que : un hôpital, une équipe mobile, un service de santé mentale, un paramédical indépendant, un médecin généraliste...

- 158 b. Il y a un besoin de coordination et de synergie entre les différentes fonctions et
159 tâches au sein d'un réseau. L'échelle optimale pour la gestion du réseau sera
160 différente par définition de l'échelle optimale pour la gestion des entités
161 individuelles de l'offre de soins et de service dans le réseau et sera donc plus grande
162 que la zone d'action d'une forme particulière de soins.
- 163 c. Par conséquent, le territoire d'action d'un réseau ne coïncidera pas nécessairement
164 avec la zone d'action des équipes mobiles (Psy107). Un réseau peut couvrir un
165 territoire plus grand, incluant le territoire d'action couvert par plusieurs équipes
166 mobiles.
- 167
- 168 2. Dans la recherche de la taille critique d'un territoire d'action, la recherche d'un point
169 d'équilibre idéal est primordiale entre d'une part une masse critique suffisante de demandes
170 de soins et d'autre part une taille qui favorise la connaissance et la collaboration entre
171 prestataires, le partage de l'expertise et le développement des pratiques efficaces de
172 réseaux ; Il s'agit en outre d'éviter que les prestataires de soins passent plus de temps dans
173 leur voiture qu'avec les bénéficiaires de soins ou d'avoir des réunions rassemblant un
174 nombre de participants tel que cela en devient ingérable et inefficace. Un nombre trop
175 important de partenaires, répartis sur un territoire très étendu, augmente enfin le risque que
176 ces partenaires ne trouvent pas d'intérêt commun et aient le sentiment de perdre leur temps
177 dans le fonctionnement en réseau. Trouver la taille critique est donc un exercice subtil.
178
- 179 3. Un réseau doit être en mesure de fournir une offre de soin suffisamment différenciée en
180 fonction de la diversité des besoins de soins de santé de la population. Il y a lieu de tenir
181 compte de la prévalence et l'incidence des problèmes de santé mentale et des besoins en
182 matière de soins qui en découlent. En Belgique, les données disponibles relatives à la
183 prévalence et à l'incidence des problèmes de santé mentale peuvent apparaître encore trop
184 limitées et disponibles uniquement pour la globalité du territoire national . Ces dernières
185 années, des efforts ont été entrepris pour améliorer cette situation : cfr données ESEMed et
186 enquêtes de santé publique. Des données européennes peuvent également être utilisées
187 (par exemple en matière de taux de suicide ou d'incidence des troubles psychiques).
188 Le réseau doit être suffisamment grand pour pouvoir disposer d'une offre de soins
189 diversifiée. Le Groupe de travail fait remarquer que l'offre en santé mentale est mal répartie
190 sur le territoire Belge.
191
- 192 4. Nous notons que de nombreux réseaux 107 actuels sont composés d'un ensemble de
193 différentes collaborations avec les acteurs locaux de différents secteurs. Nous notons
194 également qu'un certain nombre de grands réseaux se sont organisés spontanément en «
195 sous-unités » sous forme de sous-régions (sous territoire)/subregio.
196
- 197 5. Il faut tenir compte de l'existence d'un « continuum sociologique entre des villes et/ou des
198 communes », qui se caractérisent par des liens culturels sociologiques de la population dans
199 une zone donnée. Ce lien culturel et sociologique a pour effet que les habitants de cette
200 région sont plus susceptibles de se diriger vers des dispensateurs de soins de santé de cette
201 zone quand ils ont besoin de soins ou/et de soutien.
202

- 203 6. La délimitation des territoires d'actions doit prendre en compte les temps de déplacement,
204 et ce, tant pour les patients que pour les prestataires. Ces temps de déplacement
205 dépendent :
- 206
- 207 a. du niveau d'urbanisation : caractère urbain (voire « métropoles »), périurbain,
208 rural ;
 - 209 b. de la superficie du territoire à couvrir,
 - 210 c. des facilités de transport individuelles ou familiales, des axes routiers, de l'offre en
211 transports en commun, etc.
- 212 Le schéma conceptuel du territoire réalisé par le focus group Psytoyen dans le cadre de
213 Fusion Liège est une méthode intéressante, qui pourrait être testée dans différents contextes
214 (urbains, périurbains, ruraux)³. Voir l'annexe 1
215
- 216 7. L'OMS s'est étonnée par le passé que les critères épidémiologiques apparaissaient peu
217 probants, la prévalence de personnes qui présentent des problèmes de santé mentale
218 semblant relativement constante partout. ce qui n'empêchait pas l'existence de besoins
219 plus spécifiques⁴. Depuis lors, de nombreuses études ont été entreprises afin de
220 questionner/affiner ce constat.
221
- 222 8. Le niveau socio-économique est pertinent afin d'identifier les zones à forte concentration de
223 personnes défavorisées, où l'on trouve une plus grande concentration de personnes
224 marginalisées/précarisées présentant un risque plus élevé de troubles psychiatriques.
225
- 226 9. Chaque proposition de critères pour délimiter des territoires pour les réseaux santé mentale
227 adultes doit prendre en compte :
- 228 a. le contexte et les spécificités de la Région ou de la Communauté⁵ (p. ex. législation
229 et directives)
 - 230 b. L'évolution d'autres réseaux, par exemple :
 - 231 ■ les réseaux cliniques des hôpitaux généraux avec la norme d'environ 400 à
232 500.000 habitants
 - 233 ■ les réseaux pour les projets des soins chroniques : 100 à 150 000 habitants
 - 234 ■ les collaborations entre les prestataires de soins de première ligne (les
235 chiffres de population différents par région).
236

³ Un focus groupe d'usagers mené par Psytoyens sur Liège a produit un document qui classe l'accessibilité par type de ressources en fonction des temps de déplacement "idéaux" pour les usagers. Voir annexe 1.

⁴ À titre d'exemple, on peut citer les différences significatives en termes de taux de suicide.

⁵ Au sens institutionnel du terme : Région wallonne, bruxelloise, flamande.

237

- CRITÈRES POUR LA DÉFINITION DES TERRITOIRES DES RÉSEAUX

238

239

Pour arriver à la définition concrète des territoires, le Groupe utilise les cinq critères suivants. Les

240

critères ci-dessous s'appliquent de manière cumulative, de façon à appliquer une même règle pour

241

tout le pays tout en intégrant les réalités des différentes régions. Les critères 4 et 5 offrent la

242

possibilité d'une certaine différenciation dans les trois premiers critères.

Critères cumulatifs		
Critères	Indicateur/élément de mesure	Remarques
1. Nombre d'habitants	= Unité de population	Fixer une unité de population comme objectif idéal, à adapter selon la réalité des territoires et à moduler selon les critères 4 & 5 ci-dessous. Nous distinguons deux niveaux: a. Un degré de collaboration entre les acteurs locaux liés ou non aux soins de santé mentale qui se connaissent et qui collaborent entre eux. b. un niveau de gestion d'un réseau
2. Superficie/déplacement	- Unité d'accessibilité pour les usagers (outil Psytoyen). - Rapport d'efficacité pour les déplacements des professionnels	- Le travail mené par Psytoyen fonde la notion de territoires par le prisme des temps de déplacement acceptables pour les usagers dans un contexte urbain. Le même exercice doit être fait pour les contextes semi-urbain et rural. - Trouver l'indicateur d'efficacité pour les déplacements des prestataires.
3. Offre globale diversifiée, généraliste et spécialisée (existante ou à développer)	Accessibilité à l'offre et la continuité des soins	Mise en œuvre de la logique « matched care ⁶ ». Les services doivent être clairement reconnus comme appartenant à l'offre de base dans lequel le travail de proximité est pertinent, et des soins plus spécialisés où une plus grande expertise est nécessaire et, à un niveau macro, où des soins hautement spécialisés ou de référence peuvent couvrir plusieurs zones ou régions, voire dans un cadre inter-régionale. Il s'agit de préciser pour chacune des 5 fonctions l'offre qui doit être proposée à chacun de ces 3 niveaux. Il faut également tenir compte des collaborations qui se sont développées entre partenaires depuis le lancement des projets 107.

⁶ (Zorg die op dat niveau van specialisatie wordt aangeboden, waarin een optimum aan effectieve en efficiënte zorg wordt aangeboden op het minst specialistische niveau als mogelijk, met gelijke resultaten). Les soins sont offerts selon le principe de subsidiarité, c'est-à-dire que pour une efficacité similaire, ils sont dispensés au niveau le moins spécialisé possible.

Critères de pondération		
4. Dimension sociologique	Ensemble de villes et de communes sociologiquement liées (CNEH)	Les territoires des réseaux doivent être cohérents ces communautés d'habitants (modes de vie, d'accès aux soins, culture, langue, etc.).
5. Niveau socio-économique	Indicateur du taux de précarité par habitant	Introduire un coefficient du niveau socio-économique qui influencera le critère du nombre d'habitants. Voir par exemple les statistiques Eurostat

244

245

246 Sur la base de la combinaison des cinq critères ci-dessus, le Groupe de travail propose de
247 distinguer deux tailles différentes de champs d'action pour délimiter les territoires des
248 réseaux 107:

249

250 1. le niveau micro, où la collaboration locale entre tous les acteurs concrets est centrale
251 qu'ils soient acteurs de soins de santé mentale ou non, avec un recouvrement
252 d'environ 100 000 habitants (75.000 minimum et 125.000 maximum). A ce niveau, la
253 collaboration entre les acteurs des soins de santé mentale et ceux des premières
254 lignes est effective.

255 2. Le niveau macro, ou au niveau de la gestion/ régulation d'un réseau, avec une taille
256 de :

257 a. 200 à 300.0000 habitants dans les zones rurales ;

258 b. 300 à 450 000 personnes dans les zones semi-rurales ;

259 c. 450.000 habitants et plus dans les zones urbaines

260 Voir l'annexe 2 pour l'indication de la densité de la population dans chaque commune.

261 Ces deux niveaux comparable à des cubes emboîtés : Le niveau supérieur comprenant un ou
262 plusieurs niveaux inférieurs, où formulé autrement, un niveau inférieur appartient à un seul
263 niveau supérieur.

264

265 Outre les 2 niveaux repris ci-dessus (micro et macro), les acteurs de terrain identifient deux
266 niveaux supplémentaires,

267 1. Un niveau nano : les acteurs s'organisent autour d'un patient dans son
268 Environnement proche. Le patient occupe la place centrale.

269 2. Un niveau méso: par lequel on reconnaît les entités sociologiques, qui sous-entend
270 une plus grande collaboration entre deux ou plusieurs domaines d'action au niveau
271 micro.

272

273 Le Groupe de travail souhaite souligner que:

274

275 a. Ces territoires doivent être compris comme des zones où l'ensemble des acteurs qui
276 collaborent sont conjointement responsables de mettre à disposition, autant que
277 possible, le personnel et les ressources existantes au profit de tous les habitants du
278 territoire, et ce, dans les limites des réglementations spécifiques auxquelles ils sont
279 soumis. (voir ci-dessus paragraphe 1.2.).

280

281 b. les limites des territoires ne doivent pas être interprétées comme des « murs », ni
282 pour le patient ni pour les dispensateurs de soins:

283

284 o A tout moment, le libre choix du patient est prépondérant : même si l'on peut
285 s'attendre à ce qu'il recourt à l'offre de services présente à proximité de son

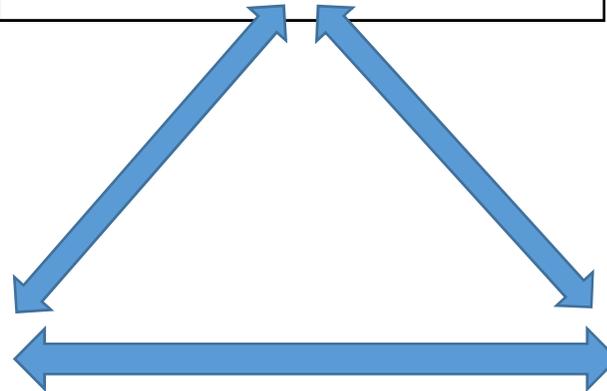
286 contexte de vie, chaque patient reste libre de choisir des soins qui lui conviennent
287 au-delà du territoire où il habite.
288
289 o Les prestataires de soins ne doivent pas nécessairement se limiter à leur territoire
290 d'action: Ils peuvent également proposer leur offre sur d'autres territoires.
291 titre de comparaison: une zone d'incendie peut acquérir du matériel spécialisé et
292 une expertise particulière (par exemple bateau et plongeurs) et la mettre à
293 disposition d'une zone voisine qui ne dispose pas de cet équipement ou expertise.
294
295 c. Au sujet de la notion de « champ de responsabilité », il n'est guère logique de
296 travailler avec responsabilités qui se chevauchent et donc des chevauchements des
297 territoires d'action (= éviter les « overlaps »). Compte tenu des commentaires
298 précédents, un prestataire de soins ou de services peut toutefois être actif dans
299 plusieurs territoires , dans la mesure où cela se justifie. Par exemple, il faudra trouver
300 des solutions en coopération, notamment pour les populations qui se situent aux
301 frontières des territoires des réseaux.
302

303 **Les 3 dimensions des critères :**

304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314

Unité d'accessibilité
=> urbain
=> semi-rural
=> rural
Référence à la méthode Psytoyens à Liège
et rapport d'efficiéce pour les déplacements
des prestataires

Unité de population	
Environ 100.000 habitants, mais avec un minima de 75.000 habitants.	Niveau micro
	Niveau méso
200- à 300.000 hab. 300 à 450.000 hab 450.000+ habitants	Niveau macro



Matched care care : type d'offre			
Quel service à quel niveau			
Fonction	Niveau de l'offre		
	micro	méso	macro
1			
2			
3			
4			
5			

Modulé selon la dimension culturelle et la dimension socio-économique
Référence littérature internationale

315 • PROPOSITION DE MÉTHODOLOGIE POUR LA COUVERTURE DE L'ENSEMBLE
316 DU TERRITOIRE BELGE PAR LES RÉSEAUX PSY 107

317
318 1.5 Préambule

319
320 a) Avant toutes modifications des territoires, les autorités devraient se pencher sur un certain
321 nombre de difficultés: voir chapitre 5 ci-dessous.

322
323 b) Pour définir les territoires d'actions, les autorités ne peuvent pas ignorer les partenariats
324 construits actuellement entre de nombreux acteurs de terrain, acteurs de la santé mentale,
325 intervenants en santé mentale et les autres acteurs de la santé et du bien-être, notamment les
326 acteurs de première ligne ou du secteur assuétudes. Les autorités ne peuvent prétendre que nous
327 sommes dans une phase où les zones opérationnelles peuvent être définies sur base d'une feuille
328 blanche. L'initiative de la modification et/ou la délimitation des territoires d'action doit se baser sur
329 la collaboration construite entre les partenaires des réseaux 107 existants.

330 Par la suite, les réseaux, le cas échéant, seraient en mesure d'indiquer où les différences se situent
331 sur les limites de leur territoire d'action.

332
333 1.6 Méthodologie

334
335 a) Les réseaux élaborent la proposition relative à leur territoire, à partir des 5 critères définis
336 dans la présente note (cfr 3. Critères pour la détermination du territoire des réseaux).

337 Pour ce faire, ils associent les acteurs appartenant aux 5 fonctions, qu'ils relèvent tant du
338 secteur santé mentale ou non. Dès le départ du processus, en tenant compte des
339 caractéristiques de leur territoire (urbain, semi-urbain et rural), ils associent les acteurs de
340 l'ensemble du territoire qu'ils comptent couvrir.

341 Dans un scénario idéal, les réseaux s'appuient sur les données fournies par les différentes
342 autorités : données géographiques (par exemple les temps de déplacement, les voies de
343 circulation, l'offre en transport public, etc.), niveau de richesse de la population par
344 commune, pourcentage de locataires par commune, données relatives à l'offre de soins et de
345 services, etc. D'autres outils de support à la réflexion existent. Ainsi, par exemple, le logiciel
346 informatique de la fédération UNESSA combinant différents sources de données avec des
347 données géographiques.

348
349 b) Les réseaux font leur proposition aux autorités Communautaires ou Régionales
350 (Communauté ou Région).

351
352 c) Les autorités Communautaires ou Régionales évaluent les propositions reçues relatives aux
353 territoires d'action de ces réseaux et donnent, ou non, leur accord préalable.

354
355 d) Après avoir marqué leur accord sur les propositions, les autorités Communautaires et
356 Régionales soumettent à la CIM Santé publique les projets relatifs aux territoires d'actions
357 des réseaux, afin de couvrir l'ensemble du territoire belge.

358

- 359 e) La conférence interministérielle donne son accord définitif.
360
- 361 f) Après ratification interministérielle, l'objectif est que l'ensemble des gouvernements
362 compétents se réfèrent à ces territoires d'actions comme fondement pour les futures
363 politiques en santé mentale.
- 364
- 365 g) Une fois que les territoires d'actions seront déterminés, les acteurs devront travailler
366 ensemble pour définir les priorités pour leur territoire d'action à partir d'une analyse des
367 demandes de soins (besoins), de l'offre de soins existantes (en fonction des besoins), des
368 besoins couverts et non couverts (**overmet needs**) et de l'analyse du treatment gap (Qui
369 aurait besoin de soins mais sur base de quel délais). Pour en savoir davantage cfr le tableau
370 de l'annexe 3 avec la description de l'approche épidémiologique.
371

372 • [PERSPECTIVES](#)

373

374 **1.7 [Recommandations sur le contenu des soins](#)**

375

376 Au sein des réseaux et aussi en inter-réseaux ⁷, il faudra décrire pour chaque fonction, les formes de

377 soins qui doivent idéalement être développées sur chaque territoire considéré.

378

Matched care⁸ : type d'offre			
Quelle offre de soins/service à quel niveau			
Fonction	Niveau de l'offre		
	micro	(méso)	Macro
1			
2			
3			
4			
5			

379

380 Cette identification des tâches à développer à chaque niveau consistera essentiellement à clarifier les

381 soins de santé mentale considérés comme soins de base (nécessaires au niveau local), les soins

382 spécialisés (présence au moins au niveau du réseau) et les soins de référence (qui peuvent se

383 partager sur plusieurs réseaux).

384 Une fois ces besoins clarifiés, il appartient au réseau d'établir des priorités communes sur les

385 ressources à développer ainsi que la manière d'utiliser au mieux les ressources disponibles et de

386 définir les étapes de réalisation des priorités.

387

388 **1.8 [Recommandations par rapport à l'offre de soins](#)**

389

390 Pour l'approfondissement et l'élargissement des équipes mobiles, les autorités envisageaient un

391 objectif de personnel 8 ETP pour 100.000 habitants dans les équipes mobiles. Le Groupe de travail

392 note qu'il est indispensable que les autorités prennent en compte ici les 4èmes et 5èmes critères, le

393 « poids d'un réseau » implique de prendre en compte le « ratio » entre les personnes et les

394 ressources.

395

396 D'autre part, les autorités postulent du fait que les réseaux gèlent autant de lits d'hôpitaux afin

397 d'atteindre la norme de personnel 8 ETP dans les équipes mobiles. Dans cet argument, les autorités

⁷ Par exemple, pour le public cible des internés.

⁸ L'approche "Matched Care" vise à assurer au patient l'intervention la plus adaptée, au moment adéquat, dans le lieu approprié et par le ou les intervenants les plus pertinents. Le « Matched Care » se module en fonction des caractéristiques du patient et de ses besoins, comme la complexité de sa problématique, ses ressources psychiques, ses capacités mentales et sociales, son environnement, etc. L'important est que le patient soit le plus rapidement pris en charge par l'intervenant le plus adéquat et reçoive un traitement/accompagnement, qui prévienne toute sur ou sous-intervention. Au contraire de l'approche « Stepped Care », le Matched Care peut justifier dès le départ l'engagement de manière concomitante de dispositifs plus intensifs et spécialisés

398 ne tiennent pas compte des soins disponibles, tant spécialisés en santé mentale que généralistes , et
399 de la répartition inégale de l'offre en soins de santé mentale sur le territoire belge.

400

401 Par conséquent les autorités devraient chercher des solutions afin de remédier à la répartition très
402 inégale des offres de soins.

403

404 **1.9 Recommandations sur le financement du fonctionnement des réseaux**

405

406 La méthode standard actuelle de financement des réseaux (le coordinateur du réseau, les moyens
407 complémentaires, la fonction médicale) ne tient pas compte des 5 critères ci-dessus.

408 Les conditions actuelles liées à la phase d'élargissement et d'approfondissement des projets « 107 »
409 auront un impact important sur la définition des territoires « 107 », puisque l'objectif
410 d'élargissement est de couvrir l'ensemble du territoire national, alors que les moyens
411 complémentaires ont été retirés de façon concomitante.

412

413 Le Groupe de travail considère donc la nécessité d'un nouveau mode de financement des réseaux qui
414 évalue précisément les besoins et qui sera plus adéquat que le financement forfaitaire par réseau .

415 Ainsi, des moyens doivent être (ré-)injectés, afin de permettre le financement, notamment :

- 416 - de moyens de communication pour la diffusion et la concrétisation des projets et outils
417 développés par et au sein du réseau ;
- 418 - d'un support administratif à la fonction de coordination ;
- 419 - du développement d'une fonction de liaison inter-sectorielle ;
- 420 - de la participation et de la représentation des usagers et proches ;
- 421 - du développement d'une fonction de « pair-aidant » ;
- 422 - de la création, de la diffusion de projets novateurs en santé mentale (mission de prévention,
423 de déstigmatisation, d'inclusion, favorisant les approches et dispositifs orientés
424 « rétablissement » et « empowerment » ;
- 425 - etc.

426

427 **1.10 Recommandations sur la politique**

428

429 Suite de la définition (à l'adaptation) des territoires d'action, il est recommandé:

- 430 • que les autorités soutiennent le processus (d'adaptation) de délimitation en fournissant les
431 données disponibles.
- 432 • que les autorités ne fassent pas partie des « organes de gouvernance des réseaux. Compte
433 tenu du rôle d'arbitrage des autorités sur la délimitation (adaptation) des territoires
434 d'action, afin d'éviter toute forme de conflit d'intérêts, il ne convient pas que les
435 représentants fassent partie de l' « organe de gouvernance » d'un réseau 107 (par exemple
436 comité de réseaux).

437 Toutefois, après la définition (l'adaptation) des territoires d'action, des concertations
438 régulières entre les réseaux désignés et les diverses autorités peuvent se tenir, mais cela ne
439 nécessite pas la présence permanente de représentants des autorités au sein des organes de
440 gouvernance des réseaux.

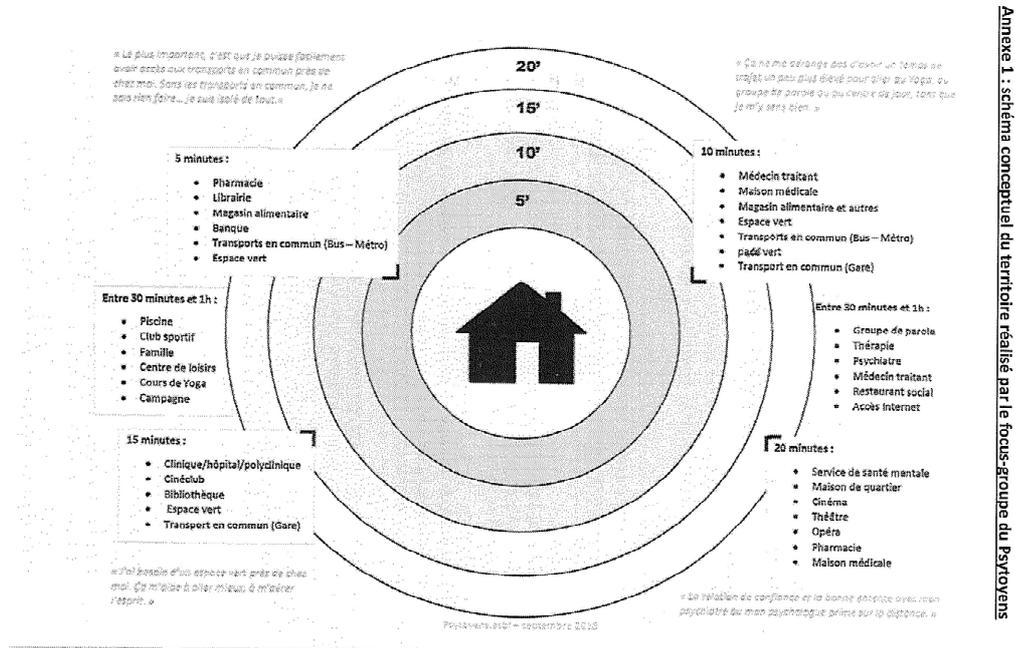
441 • que les autorités soutiennent le processus d'ajustement des territoires d'actions en fixant les
442 ajustements nécessaires à la réalisation de ceux-ci

443

444 Pour parvenir à un **fonctionnement efficace des réseaux**, il est recommandé que:

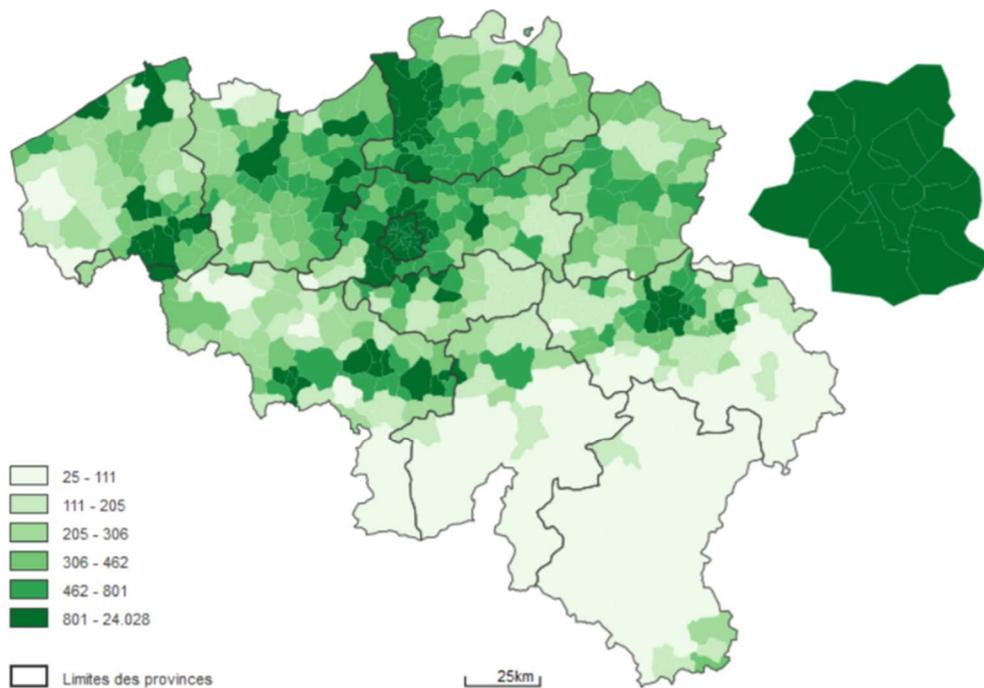
- 445 • Les autorités reconnaissent les réseaux et leurs territoires d'action et les prennent
446 pleinement en considération comme base pour leurs politiques futures. Voir ci-dessus 4.
- 447 • Les autorités expriment plus clairement la façon dont ils voient l'interaction entre les
448 différents réseaux et fonctions en terme de développement et de partenariats. Nous
449 pensons concrètement à l'interaction des réseaux 107 avec l'évolution des réseaux cliniques
450 des hôpitaux généraux (par exemple SPHG, les soins de santé mentale des urgences et la
451 psychiatrie de liaison des hôpitaux généraux) et les zones de premières lignes.
- 452 • Les autorités fournissent des réglementations qui permettent aux partenaires d'utiliser les
453 ressources existantes aussi efficacement que possible, à l'avantage des habitants du
454 territoire d'action, certaines adaptations réglementaires sont nécessaire (voir ci-dessus 1.2).
- 455 • Les autorités encouragent la collaboration au niveau micro entre les acteurs de la santé
456 mentale et ceux de l'emploi, du logement, des loisirs et ce, dans une politique régionale de
457 santé publique et de bien-être.

458



Annexe 1 : schéma conceptuel du territoire réalisé par le focus-groupe du Psytyens

Densité de la population par commune au 1^{er} janvier 2014



463
464
465
466

ANNEXE 3: CRITERIA VOOR DE AFBAKENING VAN WERKINGSGEBIEDEN OP BASIS VAN HET MANAGEMENT IN EEN NETWERK

Op basis van literatuur

De Werkgroep ging te rade in de literatuur.

- 'Together we change' ⁹
 - o Mesoniveau
 - Opdracht van de eerstelijnsnetwerken met als opdrachten 1) afstemming van promotie, curatie, palliatie, preventie, 2) Afstemming met de 2de lijn en gespecialiseerde trajecten , 3) Voorziet in continuïteit 24/7
 - Gebied: 75.000 à 125.000 inwoners
 - o Microniveau
 - Opdracht: Concrete zorgverstrekking door interprofessionele teams/netwerken voor de ingeschreven populatie in het kader van de eerstelijnsvoorziening.Ondersteuning door vrijwilligers en mantelzorgers
 - Gebied: Een eerstelijnszorgvoorziening verzorgt in een ruraal gebied minimaal 5000 burgers, in een stedelijk gebied minimaal 10.000
- Zorgnet Vlaanderen: netwerkzorg: nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag” (2014)
 - o Verantwoordelijkheidsgebied
 - Geen louter geografische criteria
 - Afbakening in functie van
 - ⇒ complexiteit van de zorgvragen
 - ⇒ specifieke behoeften van de doelgroep
 - ⇒ de vaststelbare zorgvraagstromen
 - ⇒ het geheel van zorg-en ondersteuningsaanbod in een bepaald gebied
 - ⇒ bevolkingsaantal
 - ⇒ bevolkingsdichtheid
 - Overlappingsen van verantwoordelijkheidsgebieden van verschillende netwerken zijn mogelijk
 - Actoren kunnen actief zijn in verschillende netwerken
 - Verantwoordelijkheidsgebieden kunnen ook over één komen om bepaalde functies te delen
 - Afstemming, overleg en eventuele onderlinge samenwerking tussen bestaande netwerken worden op structurele wijze verankerd in een supraregionaal georganiseerd overpelegplatform
- (6 artikelen internet Bruffaerts): 200.000 à 250.000 inw op aanstuuringsniveau
 - o Op basis van de “triple aim”-gedacht spreken enkele artikels over health care reform over een catchment area van 200 à 250.000 inwoners. Deze afbakening is vooral

⁹ De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red) Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014.

- 509 gebaseerd op het garanderen dat er voldoende en voldoende variabiliteit in
 510 beschikbare disciplines aanwezig is. m.a.w: beschikbaarheid van voldoende
 511 gedifferentieerd aanbod. En dus een minimum aantal actoren per functie.
 512
- 513 - Delespaul ea “Goede GGZ: nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie (2016):
 514 20.000 inwoners. Hierbij dienen we aan te geven dat deze regio-afbakening eis gebaseerd op
 515 de organisatie van de zorg voor de doelgroep van mensen met ernstige psychiatrische
 516 aandoeningen (EPA)
 - 517 - Thornicroft & Saxena -> public health-benadering (ook ikv herverdeling v middelen)
 518 ○ (pag 49ev) Local level is the central organising theme for the efficient planning,
 519 organisation, and delivery of general adult mental health services: tussen 50.000 en
 520 250.000 inwoners
 521 ○ Elementen die de schaalgrootte beïnvloeden:
 522 ■ Populatiefactoren:
 523 ⇒ Sociodemografische samenstelling van de populatie
 524 ⇒ Indicatoren van sociale deprivatie
 525 ⇒ Ethnische samenstelling
 526 ⇒ Leeftijds- en geslachtsstructuur van de populatie
 527 ⇒ Kennis van psychiatrische ziekten
 528 ⇒ Bestaande patronen van zorggebruik
 529 ■ Factoren in het aanbod
 530 ⇒ Grenzen van de werkingsgebieden van welzijnsactoren
 531 ⇒ Organisatie van de eerstelijns
 532 ⇒ Beschikbaarheid van beschermde woonvormen
 533 ⇒ Aantal van bestaande en nieuwe longstay-patiënten
 534 ⇒ Aanwezigheid van een grote instelling
 535 ⇒ Aanwezigheid van een algemeen ziekenhuis
 536 ⇒ Beschikbare manpower en andere resources
 537 ■ Factoren in de localiteit
 538 ⇒ Belangrijke geografische structuren
 539 ⇒ Bestaande gemeenschapsstructuren
 540 ○ NL: 300.000 inwoners, D: 250.000 inwoners, Noordelijke landen: 25.000 à 60.000
 541 inwoners
 542
 - 543 - Gids Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren
 544 De criteria voor de afbakening van een werkingsgebied zijn:
 545
 546 ☑ aanwezigheid van voldoende gedifferentieerd zorgaanbod in functie van de zorgnoden,
 547 rekening houdend met prevalentie en incidentie
 548 ☑ sociologisch aansluitend geheel van steden en gemeenten rekening houdend met
 549 regionale eigenheden, ...
 550 ☑ een evenwichtige spreiding en optimale toegankelijkheid van het zorgaanbod
 551 ☑ de reeds bestaande samenwerkingspatronen
 552 ☑ regionale context en specificiteit (bv. wetgeving en instructies)

553
554 De som van alle werkingsgebieden moet uiteindelijk het grondgebied van België volledig
555 omvatten.
556 Conform de Gemeenschappelijke Verklaring kunnen voor specifieke (sub)doelgroepen, op
557 basis van de verantwoorde zorgnoden, en rekening houdend met prevalentie en incidentie,
558 meerdere netwerken over hun werkingsgebieden heen samenwerken.
559 Binnen een werkingsgebied gelden de volgende voorwaarden inzake toetreding en
560 uitsluiting:
561 ☐ In het netwerk geldt het principe van vrijwillige toetreding elke partner wordt
562 opgeroepen tot het netwerk toe te treden.
563 ☐ Geen enkele partner kan worden uitgesloten tot toetreding mits het onderschrijven van
564 de missie van het netwerk en de netwerkovereenkomst.
565 De voorgestelde parameters voor geografische werkingsgebieden moeten nadien een
566 veralgemening kunnen bevorderen.
567

568 Op basis van epidemiologie

569

570 Onze geestelijke gezondheidszorg is de laatste jaren sterk gewijzigd. Iedereen die van dichtbij of veraf
571 betrokken is, wordt of zal worden geconfronteerd met deze veranderingen. De meest verregaande
572 veranderingen hebben betrekking op de afbouw van de in België nog sterk geïnstitutionaliseerde zorg
573 en een hieraan gekoppelde sterke opbouw van de gemeenschapsgerichte zorg. Vooral de wijze waarop
574 en de modaliteiten waarmee de zorgverlening en behandelingen zullen gebeuren, zullen in de
575 toekomst fundamenteel anders zijn dan een decennium geleden. Veruit de meest belangrijke
576 verandering in de geestelijke gezondheidszorg is de verschuiving van de zogenaamde locus of care.
577 Waar het zwaartepunt in België historisch lag in de psychiatrische opname verschuift het zwaartepunt
578 van de zorg op een aantal decennia naar de maatschappij, en meer in detail naar de ambulante
579 behandeling die wordt aangestuurd vanuit zorgnetwerken in plaats van specifieke instellingen. In
580 dergelijke transitie is het voor beleidsmakers van cruciaal belang om over betrouwbare cijfers te
581 beschikken over het voorkomen van psychische problemen en psychische stoornissen op het niveau
582 van de algemene bevolking. Immers, enkel op basis van dit type van gegevens kunnen beleidsmakers
583 scenario's ontwikkelen over hoe de zorg best kan worden georganiseerd, zodat de behandeling van
584 psychische problemen zo goed mogelijk kan gebeuren. Dergelijke data vormen per slot van rekening
585 een evidence-based kader van waaruit hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg kunnen
586 worden begeleid. In deze hervorming staan twee centrale elementen. Ten eerste dient een
587 gezondheidsbeleid te worden afgestemd op de nood aan zorg in de bevolking en dient zorg en
588 behandeling te worden voorzien voor de reële nood aan behandeling (top-down). Tot dusver werd liet
589 het beleid rond de geestelijke gezondheidszorg zich vooral leiden door een historische verdeling van
590 (financiële) middelen, het huidige (lokale) zorggebruik, lokaal bevroegde input van gebruikers en
591 zorgverleners en (sinds 2000) het voorkomen van psychische stoornissen (Thornicroft, 2009). Met de
592 progressieve stijging van epidemiologische kennis omtrent psychische gezondheid kan vervolgens een
593 21^{ste} eeuwse public-health visie worden ontwikkeld die aan de hand van epidemiologische gegevens
594 de nood aan zorg op het niveau van een populatie, een gewest of een netwerk kan inschatten. Ten
595 tweede dient een gezondheidsbeleid de best mogelijke behandeling te voorzien voor de individuele

596 patiënt en dient gestreefd te worden naar een gestandaardiseerd en uniform behandelbeleid (bottom-
597 up) los van de localiteit en/of de regio waar patiënt de behandeling krijgt.

598 EPIDEMIOLOGIE VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN BELGIË: SITUATIE AS IS

599 Psychische stoornissen

600 Psychische stoornissen komen vaak voor. Nagenoeg 28% van de Belgische bevolking had ooit in zijn
601 leven minstens een psychische stoornis ('lifetime-prevalentie') en 13% had minstens één stoornis in
602 de laatste twaalf maanden ('12-maandenprevalentie'). Op jaarbasis waren angststoornissen de meest
603 voorkomende stoornissen (6%), gevolgd door stemmingsstoornissen (5%) en alcoholgerelateerde
604 stoornissen (2%). Stemmingsstoornissen kwamen het vaakst voor op langere termijn (15%), gevolgd
605 door angststoornissen (13%), alcoholgerelateerde stoornissen (8%) en impulscontrolestoornissen
606 (1,7%). Er zijn geen epidemiologische gegevens voorhanden van psychotische en bipolaire stoornissen
607 op het niveau van de Belgische algemene bevolking, maar Europese schattingen komen tot een
608 lifetime-prevalentie van ongeveer 3 à 4% en een 12-maandenprevalentie van ongeveer 0,2-0,5% van
609 de algemene bevolking. Vermeldenswaard is het voorkomen van schizofrenie – als een van de
610 psychotische stoornissen met de grootste impact – dat wordt geschat op een lifetime-prevalentie van
611 0,4 à 1% van de algemene bevolking.² Bipolaire stoornissen hebben een 12-maanden- en lifetime-
612 prevalentie van respectievelijk 1-1,5% en 1,8-2,4%. Van alle psychische stoornissen kan worden gezegd
613 dat 30 tot 50% ernstig is.

614 Suïcidaliteit

615 In het algemeen wordt geschat dat tussen 8 en 12% van de algemene bevolking (ouder dan 15)
616 suïcidale gedachten heeft gehad tijdens hun leven; 3% ooit een plan heeft gemaakt om suïcide te
617 plegen en 3-4% een poging tot suïcide heeft ondernomen. Het vóórkomen van suïcidepogingen wordt
618 geschat op ongeveer 0,4% van de algemene Belgische bevolking ouder dan 15 jaar; het vóórkomen van
619 gedachten en plannen op respectievelijk 0,9 en 0,6%. In vergelijking met buitenlandse schattingen
620 dient te worden gezegd dat suïcide-ideeën, -plannen, en -pogingen in België níét vaker vóórkomen
621 dan in een gemiddeld Europees land in tegenstelling tot het aantal suïcides, dat met 50% is verhoogd
622 ten aanzien van een Europees gemiddelde.

623 Hoeveel personen worden ambulante behandeld?

624 Opvallend is dat op korte termijn (i.c. 12 maanden) weinig professionele hulp gezocht voor psychische
625 stoornissen: op jaarbasis belandt ongeveer 1/3 met een psychische stoornis en 2/3 met suïcidaliteit in
626 de hulpverlening. Hieraan gekoppeld is er een grote uitsteltijd tot het zoeken van hulp. Belgen met een
627 psychische stoornis stellen het zoeken van professionele hulp (zowel eerstelijns als meer
628 gespecialiseerde sectoren) gemiddeld 10-12 jaar uit. Dit is een heikel punt, want lange uitsteltijd tussen
629 het begin van de stoornis en het moment waarop professionele hulp wordt gezocht is geassocieerd
630 met een verhoogde kans op een progressief verloop van de psychische problemen. Vanuit
631 maatschappelijk oogpunt impliceert dus dat zogenaamde early-intervention centraal dient te staan,
632 door te voldoen aan twee waarborgen: de laagdrempeligheid van de ambulante voorzieningen en
633 continuïteit van zorg (Bruffaerts et al., 2011b).

634 Hoeveel personen worden residentieel behandeld?

635 De huidige epidemiologische data omtrent de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg in België
636 tonen aan dat behandelbeleid nog steeds erg opnamegericht is. Dat is gedeeltelijk te begrijpen gezien
637 de grote hoeveelheid psychiatrische bedden per 100.000 inwoners en het aantal opnames dat wordt
638 gerealiseerd in het psychiatrische beddenhuis. In België zijn er om en bij de 100.000 opnames in een
639 psychiatrisch ziekenhuis (PZ, ongeveer 55.000 opnames) en een psychiatrische afdeling van een
640 algemeen ziekenhuis (PAAZ, ongeveer 45.000 opnames) (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid,
641 Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2011). De gemiddelde duur bedraagt 69 dagen in een PZ
642 en 21 dagen in een PAAZ. Gemiddeld wordt een patiënt tweemaal per jaar opgenomen (Umbach &
643 Vanrillaer, 2014). Dat betekent dat een PZ op jaarbasis ongeveer 3.800.000 ligdagen genereert
644 (55.000*69) en een PAAZ ongeveer 950.000 ligdagen per jaar (45.000*21). De bestaande crisisunits
645 'crisis en case management' realiseren 6.000 opnames per jaar (met een gemiddelde verblijfsduur van
646 4 dagen) en realiseren zo ongeveer 24.000 ligdagen per jaar (Bruffaerts et al., 2011). Het huidige
647 systeem van crisisunits, PZ en PAAZ genereert dus ongeveer 4.824.000 ligdagen per jaar.

648 Ingevulde, niet-ingevulde en (te)veel ingevulde zorg

649 De epidemiologie van psychische stoornissen toont aan dat er om en bij de 800.000 volwassen Belgen
650 op jaarbasis voldoen aan een psychische stoornis en er voor gemiddeld 200.000 (grosso modo tussen
651 160.000 à 240.000) personen een ziekenhuisopname (gedefinieerd als ten minste één dag opname)
652 dient voorzien te worden. Centraal staat de idee dat een groot aantal personen met psychische
653 problemen in de algemene bevolking een nood aan behandeling heeft terwijl deze toch niet in
654 behandeling komen. Deze zogenaamde 'unmet need' (of: niet-ingevulde zorgnood) wordt in België
655 geschat op 6.2% van de algemene bevolking (ongeveer 500.000 personen, waarvan 27.000 suïcidale
656 personen) (Bruffaerts et al., 2011; 2014). Omgerekend betekent dit dat er op jaarbasis per 100.000
657 inwoners 6.250 personen zijn met een psychische stoornis en/of suïcidaliteit die niet wordt behandeld.

658 | | |---| | VERSCHUIVINGEN IN DE EPIDEMIOLOGIE SINDS 1990 | |---|

659 In het zorggebruik zijn er drie grote verschuivingen geweest de laatste twee decennia: (1) de
660 prevalentie van psychische stoornissen op populatieniveau blijft relatief stabiel maar het aantal
661 personen dat effectief hulp zoekt stijgt met ongeveer 5% per jaar, in laagdrempelige en
662 eerstelijnssettings maar vooral (2) in spoedgevallendiensten en urgente diensten (ongeveer 13% per
663 jaar); (3) personen met psychische stoornissen komen steeds vaker in behandeling naar aanleiding van
664 een crisis, crisogene situatie of een acuut voorval. Doorheen de jaren is de acute zorg een centrale
665 ingangspoort geworden voor een veelheid van psychische problemen (Larkin & Beautrais, 2010).

666 Vanuit een maatschappelijke gezondheidsvisie is het dus van groot belang op zowel micro-, meso- en
667 macroniveau een zorgaanbod te ontwikkelen dat zich in staat stelt om te gaan met deze (hoge) niet-
668 ingevulde zorgnood in België. In eerste instantie is het belangrijk om te wijzen op de hoge dichtheid in
669 België van zowel ambulante als residentiële voorzieningen. De hoge dichtheid van
670 behandelmogelijkheden betekent evenwel niet dat de zorgnood op een adequate wijze kan worden
671 ingevuld. Het is zelfs gebleken dat landen met minder ambulante en residentiële voorzieningen een
672 vergelijkbare niet-ingevulde zorgnood hebben als België (Alonso et al., 2002).

673 De werkgroep besluit dat de epidemiologische insteek wel een zicht heeft op de nodig aanwezige
674 zorgvormen (wat is er minimaal nodig in een netwerk) maar weinig bijdraagt aan de bepaling van de
675 ideale omvang van een netwerk.

676 Wel kan worden besloten dat een netwerk voldoende groot moet zijn om te kunnen tegemoetkomen
677 aan een diversiteit van zorgnoden.

678

679 Op basis van ervaringen van de huidige netwerken

680

681 De werkgroep vroeg aan een aantal netwerken om hun keuze van subregio's binnen het netwerk te
682 expliciteren alsook de ervaringen van de terreinmensen te bevragen : hoe ervaren terreinmensen (uit
683 de verschillende functies) de omvang van hun subregio (te groot/klein/gepast/...) en om welke reden.

684 Uit deze inventarisatie van ervaringen van 5 netwerken, onthoudt de werkgroep:

- 685 - Dat het huidige netwerk vaak is opgedeeld in kleinere gebieden van circa 100 à 125.000
686 inwoners;
- 687 - De grenzen van deze subgebieden vaak samenvallen met culturele grenzen, welke vaak een
688 vertaling zijn van cultuurhistorische grenzen;
- 689 - Deze subgebieden een vertaling zijn van vroeger natuurlijk opgebouwde samenwerkingen
690 tussen actoren zijn;
- 691 - De grenzen van deze subgebieden in Vlaanderen vaak gelijklopend zijn met de grenzen van
692 de samenwerking in de eerstelijns. In Brussel en Wallonië is dit niet het geval;
- 693 - In elke subregio vaak een minimumaanbod aan GGZ-aanbod aanwezig is: PZ, PAAZ, PVT,
694 CGG, activering;
- 695 - Generalistische zorg moet aanwezig zijn binnen elke subregio, specialistische zorg mag op
696 een hogere schaalgrootte beschikbaar zijn;
- 697 - Het netwerk een optelling is van twee of meer van deze subregio's.
- 698 - Aaneengesloten gebieden met enkele uitzonderingen, oa aaneengesloten taalgebieden, vb
699 Franstalige inwoners van de gemeente Komen die bediend worden door een Henegouws
700 netwerk met tusseninliggend werkingsgebied van Nederlandstalige netwerken
- 701 - Grensgebieden, waarbij ook inwoners van het buurland in rekening moeten worden
702 genomen.

703

704 Besluitend

705 In de zoektocht naar de criteria om werkingsgebieden voor de netwerken GGZ volwassenen af te
706 bakenen, zal men een evenwicht moeten zoeken tussen:

- 707 - De aanwezigheid van een minimaal aanbod (capaciteit aan zorg)
- 708 - De aanwezigheid van een minimaal type actoren (verscheidenheid aan zorg) maar ook niet te
709 veel. Zo niet wordt de samenwerking te complex
- 710 - De afstand die cliënten en hulpverleners moeten afleggen (criterium bereikbaarheid)
- 711 - Culturele factoren :
 - 712 o Talen vb grensgebieden, taalgroepen (vb de taalgrensgemeenten oa gemeente
713 Komen
 - 714 o Dialecten (vb Picardie =/= Mons in de provincie Henegouwen) waarin het dialect een
715 uiting is van een achterliggende cultuur
 - 716 o Socio-economische entiteiten: krachtige, historische natuurlijke gehelen van
717 inwoners die zich als entiteit herkennen (en dus ook GGZ in die regio zoeken).
- 718 - De kostenefficiëntie hoe kan de zorg ook budgettair efficiënt georganiseerd worden.

719

720 Vanuit het standpunt van gebruikers, wordt zeker het principe van bereikbaarheid naar voor
721 geschoven: generalistische en basiszorg dient vlot bereikbaar te zijn voor mensen met GGZ-
722 problemen. Om deze bereikbaarheid af te toetsen, kijken de gebruikers in de eerste plaats naar
723 de verplaatsingstijd (met openbaar vervoer) in verhouding tot de aard van ingevulde noden.
724

BIJLAGE 4 : OVERZICHT VAN HET BELEID VAN DE DIVERSE OVERHEDEN

725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766

In een poging om het beleid van de verschillende overheden samen te vatten, kan worden gesteld:

- Dat de meeste overheden bezig zijn met het uitstippelen van een beleid op allerlei domeinen. De meeste overheden bevinden zich in een denkfase, waarbij op heden nog weinig is beslist. Bijgevolg is het voor de werkgroep moeilijk om de concrete impact in te schatten op de afbakening van werkingsgebieden voor de geestelijke gezondheid voor de doelgroep volwassenen;
- Indien er iets terug te vinden is in het beleid van de overheden, betreft het elementen die betrekking hebben op de operationele samenwerking tussen actoren. Over de governance structuren van deze werkingsgebieden wordt amper tot niets gezegd in de beleidsplannen van de diverse overheden;
- De diverse overheden hanteren op heden diverse schaalgroottes voor diverse beleidsdomeinen. Zo is er onder meer sprake van:
 - o Gemeentelijke autonomie, waarbij gemeenten voor een aantal beleidsdomeinen samenwerken in intergemeentelijke samenwerkingen of verder geformaliseerd in intercommunales
 - o Eerstelijns in Wallonië: 100.000 à 500.000 inwoners voor de werkingsgebieden van de SISD en SPAD
 - o Vlaanderen: eerstelijnszone: 75 à 125.000 inwoners en regionaal stedelijke gebieden van 350 à 450.000 inwoners
 - o Duitstalige gemeenschap: ????
 - o Brussel: gemeenten binnen het Brussels gewest en thematische netwerken met diverse schaalgroottes;
 - o Federaal: (algemene) ziekenhuisnetwerken 400 à 500.000 inwoners
 - o Overlegplatforms: hele provincie (met enkele uitzonderingen)
 - o Netwerken kinderen en jongeren: provincie
 - o Forensische netwerken: 2 of 3 provincies samen (cfr Hof van Beroep)
 - o De tegengestelde beweging inzake de provincies: inperking van de rol van de provincies in Vlaanderen en behoud /versterking van de provincies in Wallonië
 - o Geen enkele overheid uitspraken heeft gedaan dat de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen zullen opgaan / worden geïncorporeerd in andere netwerken. Ook het omgekeerde werd door niemand uitgesproken: de netwerken GGZ zullen geen andere netwerken opslorpen;
 - o Er een tendens kan worden ontwaard dat de GGZ-netwerken eerder een grotere link vertonen met eerstelijnsnetwerken dan met de op stapel staande netwerken algemene ziekenhuizen;
 - o Men er van uitgaat dat de forensische opdrachten reeds worden opgenomen door de bestaande GGZ-netwerken volwassenen en dus geen afzonderlijke netwerken nodig zijn.
 - o De gewest- en gemeenschapsoverheden alsook de GGZ-actoren vragende partij zijn om rekening te houden met regionale verschillen, met hierin onder meer

767
768

ruimte voor verschillen inzake een stedelijke dan wel landelijke omgeving, naats
andere factoren.