

Geestelijke gezondheidszorg vermaatschappelijkt

Een nieuw zorgaanbod binnen regionale netwerken

HILDE DIERCKX EN FRANK SCHILLEWAERT

'Een doordacht en structureel verankerd samenspel tussen de geestelijke gezondheidszorg, welzijnsorganisaties, huisartsen en andere eerstelijnsdiensten kan een krachtig nieuw segment in het zorgaanbod mogelijk maken.'

De geestelijke gezondheidszorg is in België sterk gespecialiseerd en vooral residentieel uitgebouwd. Een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie uit 2008 zegt dat België over 152 psychiatrische ziekenhuisbedden beschikt per 100.000 inwoners. In Groot-Brittannië gaat dit om 23 psychiatrische bedden, in Italië over slechts 8 bedden. Onder impuls van de Interministeriële Conferentie van Helsinki in 2005 engageerden 52 landen zich om hun zorgaanbod voor geestelijke gezondheidszorg grondig te hervormen. In België nodigden de bevoegde overheden in 2010 de geestelijke gezondheidszorg, en heel specifiek de ziekenhuizen, uit om de zorg voor mensen met psychische en psychiatrische problemen meer te 'vermaatschappelijken' en binnen de gemeenschap te organiseren. 2011 is dan ook een kantelmoment in de geschiedenis van onze geestelijke gezondheidszorg. De geplande hervorming is ingrijpend en schept hoge verwachtingen, niet in het minst bij patiënten en families. De auteurs, beiden directeur van een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, gaan dieper in op het doel en het opzet van deze hervorming. Ze focussen op twee concrete pilootregio's en formuleren een aantal kritische reflecties.

107 + 33 = 11

Het doel van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is dat patiënten meer mobiel en ambulantly worden behandeld, buiten de muren van het ziekenhuis. En dat de focus komt te liggen op herstel en inclusie in de samenleving. Ook is er in de hervorming expliciet aandacht voor vroege detectie en vroeginterventie. De hefboom voor deze transitie is het opzetten van zorgcircuits voor een bepaalde patiëntengroep, binnen een vooropgestelde regio, en aangeboden door een netwerk van voorzieningen en diensten. Om dit mogelijk te maken kunnen ziekenhuizen - in toepassing van artikel 107 van de ziekenhuiswet - bedden 'buiten gebruik' stellen. De middelen die hierdoor 'vrijkomen', kan men dan inzetten voor de behandeling en begeleiding van patiënten buiten het ziekenhuis. De ziekenhuizen die zich hiertoe willen engageren, sluiten een overeenkomst af met de subsidiërende federale overheid. Aanvullend kunnen de Vlaams gesubsidieerde Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) 10% van hun reguliere middelen inzetten voor deze hervorming, dit in toepassing van artikel 33 van het Decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg. Verder verwachten de overheden ook dat zorgvernieuwingsprojecten zoals activering, outreachend werken en psychiatrische thuiszorg maximaal geïntegreerd worden in de nieuwe zorgnetwerken.

De hervorming staat bekend onder de noemer 'artikel 107'. Dit artikel uit de ziekenhuiswet is echter een middel om te komen tot de echte doelstelling, met name artikel 11 uit diezelfde ziekenhuiswet. Artikel 11 handelt over de realisatie van zorgcircuits via de oprichting van netwerken (Peuskens e.a., 2006). De diverse instellingen en voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten zich op termijn inschakelen in een groter functioneel geheel waarbij subsidiariteit en getrapte zorg, met vlotte doorstroom naar de verschillende zorgvormen, wezenlijke kenmerken zijn. Met getrapte zorg bedoelt men dat het minst ingrijpend aanbod eerst wordt ingezet, het subsidiariteitsbeginsel. Met gedeelde zorg mikt men specifiek op de samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en hulpverleningsdiensten op de eerste lijn. Wanneer de overheden consequent deze opties volgen dan zal men in de toekomst meer de netwerken financieren dan de afzonderlijke voorzieningen.

De doelgroep van de hervorming zijn volwassen patiënten, in principe tussen 16 en 65 jaar, met alle mogelijke psychiatrische ziektebeelden. Het gaat zowel om mensen met een psychische kwetsbaarheid die nog niet gekend zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg als patiënten met een chronische psychiatrische problematiek die op verschillende levensdomeinen (arbeid, wonen, zorg ...) steun en omkadering nodig hebben. Extra inspanningen komen er ook voor mensen met zorgvermijdend gedrag. Voor deze groep is het wel belangrijk dat bestaande laagdrempelige steunsystemen gehandhaafd blijven. Waar nodig kan de geestelijke gezondheidszorg specifieke expertise toevoegen.

VIJF FUNCTIES

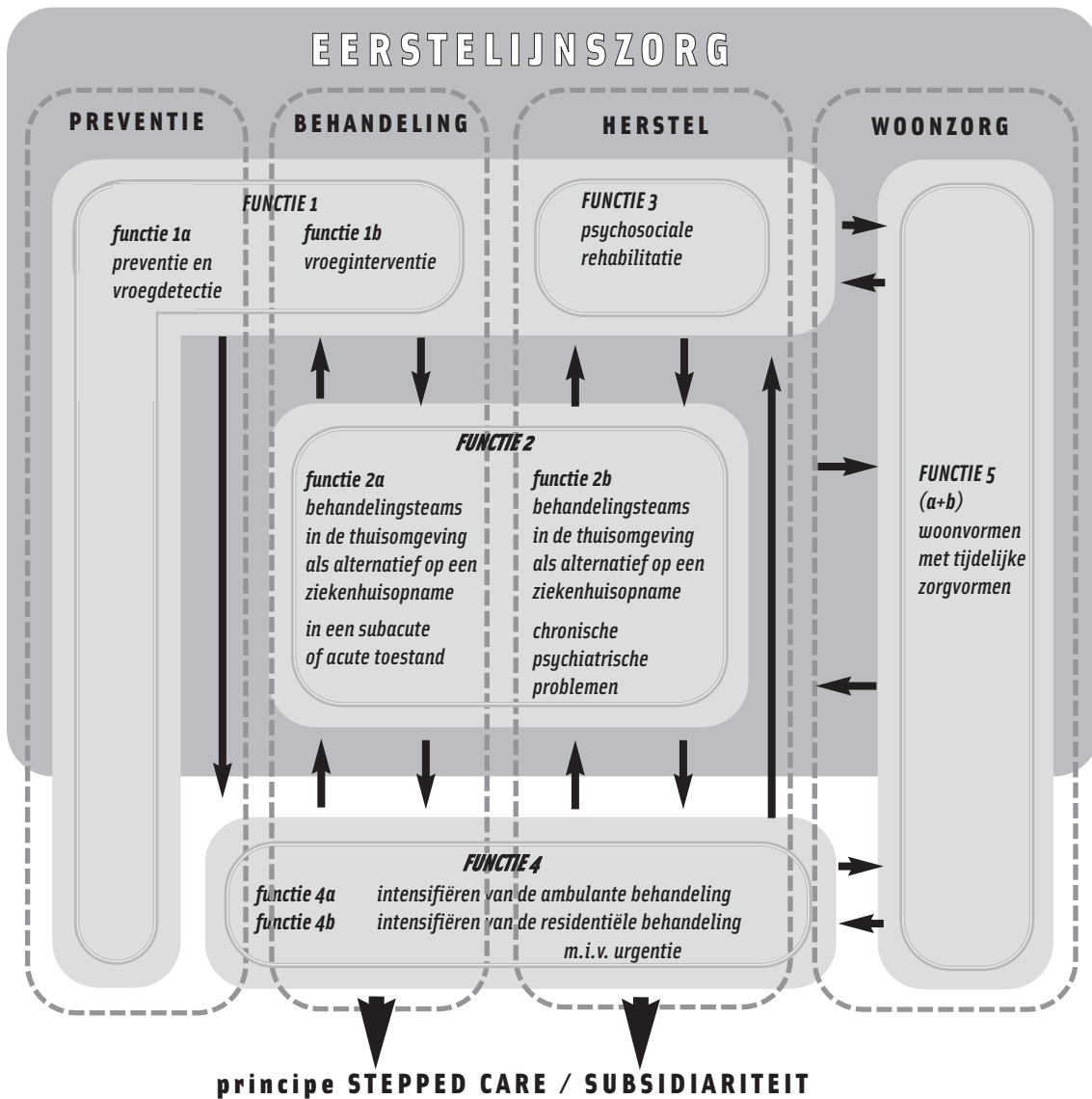
Voor de hervorming werd een concept met vijf functies uitgewerkt. Hierbij worden vier domeinen onderscheiden: preventie, behandeling, herstel en woonzorg [Figuur p. 10]. Functie 1a omvat preventie en richt zich tot de brede bevolking waarbij bekendmaking, sensibiliseren en vroege detectie centraal staan. Binnen het domein behandeling vinden we functies 1b, 2a en 4 terug. Functie 1b omvat con-

sult en advies, indicatiestelling en vroeginterventie. Functie 2a gaat over de behandeling van patiënten in een acute toestand in de thuissituatie. Functie 4 verwijst naar de gespecialiseerde en categorale behandeling (intensief en methodisch) binnen de residentiële settings. Er is voorgesteld om ook de gespecialiseerde ambulante diagnostiek en behandeling als functie 4a apart te onderscheiden. Binnen het domein herstel krijgt functie 3 met focus op rehabilitatie (ontmoeting, psycho-educatie, activering, arbeidszorg en trajectbegeleiding) een specifieke plaats. Functie 2b biedt begeleiding en ondersteuning aan mensen met een chronische psychiatrische problematiek die geen ziekenhuisopname behoeven. Onder het domein woonzorg valt functie 5, beter gekend als initiatieven beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen.

LEUVEN - TERVUREN

De federale overheid verspreidde in juni 2010 een oproep om rond dit hervormingskader pilootprojecten in te dienen. Uiteindelijk stuurden 24 regio's, verspreid over heel België, een projectvoorstel in. Voor Vlaanderen werden er vijf, één per provincie, goedgekeurd door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De vooropgestelde duur van de experimenten bedraagt drie jaar. In de concrete uitwerking gaat de meeste aandacht naar de opstart van een psychiatrisch crisisteam dat 7 dagen op 7, 24 uur op 24 inzetbaar is en naar de oprichting van locoregionale teams voor de begeleiding van patiënten met langdurige zorgnoden in de eigen leefomgeving. We focussen op twee goedgekeurde projecten: Leuven-Tervuren en Noord West-Vlaanderen.

Het werkingsgebied van het zorgnetwerk regio Leuven - Tervuren omvat een aaneensluitend gebied van vijf zorgregio's (cf. Decreet betreffende de zorgregio's): Aarschot, Diest, Tienen, Leuven en Tervuren, goed voor 36 van de 65 steden en gemeenten uit de Provincie Vlaams-Brabant. In de netwerkregio wonen 592.774 mensen of 54% van het bevolkingsaantal van de provincie. Voor de zorgprogramma's psychiatrie binnen de ziekenhuizen zijn in deze netwerkregio in totaal 1.553 bed-



Figuur: Dierckx, H. (ed.), 2010.

den beschikbaar, inclusief 108 bedden voor kinderen en jeugdpsychiatrie. Daarnaast zijn er zes initiatieven beschut wonen met in totaal 330 plaatsen. Er zijn ook nog 81 plaatsen binnen twee psychiatrische verzorgingstehuizen, een uitbreiding met 60 plaatsen is in voorbereiding. In 2009 werden in de ziekenhuizen in totaal 5.546 medisch-psychiatrische verblijven voor volwassenen gerealiseerd, waarvan 3.228 door de groep Universitair Psychiatrisch Centrum K.U.Leuven en 2.318 door de groep Broeders van Liefde. CGG Vlaams-Brabant Oost realiseerde in dezelfde periode 3.186 zorgperiodes.

33 PARTNERS

In de netwerkregio zijn dus veel partners beschikbaar. Bij aanvang van het project is een partnerschap opgericht met 33 verschillende organisaties waaronder het Universitair Ziekenhuis Leuven, twee algemene ziekenhuizen waarvan één met een psychiatrische afdeling (PAAZ), zeven psychiatrische ziekenhuizen, zes initiatieven beschut wonen, twee CGG, twee Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), de Geïntegreerde Dienst voor Thuisverzorging (GDT) ook erkend als Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) binnen het grootstedelijk gebied Leuven en een aantal andere

diensten uit de eerste lijn. Ook de familievereniging Similes, de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), de Gespecialiseerde dienst voor Trajectbepaling en Begeleiding (GTB) en het Consultatiebureau voor Arbeid en Zorg hebben het project onderschreven. Daarnaast zijn in de regio ook elf huisartsenkringen actief, en functioneren er vier Lokale Multidisciplinaire Netwerken gericht op de organisatie van zorgtrajecten voor chronisch zieken. Kortom: het netwerk is breed en heeft zich niet beperkt tot de reguliere actoren binnen de eigen sector van de geestelijke gezondheid. Ofschoon dit een positief gegeven is, de vermaatschappelijking is zichtbaar binnen het partnerschap, nodigt het ook uit tot een grondige reflectie over zowel de aansturing als de opdrachten van het netwerk.

Het pilootproject is in handen van twee grote partners in de regio: het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U.Leuven en de Broeders van Liefde. Zij zullen de komende tijd elk 60 bedden, samen dus 120, buiten gebruik stellen. Dit betekent dat een equipe van 50 voltijdse medewerkers 'vrij komt' en mobiel in de maatschappij zal worden ingezet. De CGG brengen in het project een equivalent van zeven voltijdse medewerkers in, terwijl de middelen voor psychiatrische thuiszorg en activering, gefinancierd via beschut wonen, goed zijn voor ongeveer elf voltijdse medewerkers. *Samengevat betekent dit dat in de regio Leuven er 68 voltijdse equivalenten ter beschikking komen voor nieuwe en andere opdrachten.* De diensten en actoren die investeren in de nieuwe functies blijven eigenaar van de financiële middelen en treden in de meeste gevallen ook op als werkgever van de medewerkers die andere taken opnemen.

PROCESVERLOOP

Het op gang brengen van zo'n hervorming is niet eenvoudig. De twee promotoren stelden eerst een projectredactie samen. Van daaruit werden er vier

schrijfgroepen en een technische werkgroep opgericht. Deze groepen werkten in een breed overleg de kernfuncties uit. Elke schrijfgroep ging aan de slag met een duidelijke opdracht en een specifieke tijdslijn. Er was een brede interesse om mee te werken aan de schrijfgroepen, zowel vanuit de geestelijke gezondheidszorg, de eerstelijnszorg (huisartsen, thuiszorg en thuisverpleging, CAW) als van patiëntenverenigingen en het Lokaal Gezondheids-overleg. De multidisciplinaire samenstelling en de aanwezigheid van verschillende referentiekaders binnen de schrijfgroepen stonden garant voor gefundeerde inbreng, constructieve dialogen en degelijk uitgewerkte eindteksten. De projectredactie verwerkte het beschikbare materiaal tot een coherent geheel – rekening houdend met de door de overheden vooropgestelde criteria. In het najaar van 2010 werden de voorstellen van de projectredactie getoetst en afgestemd op allerhande overlegfora, met inbegrip van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant. Tussentijdse feedback naar zowel de leden van de schrijfgroepen als naar een bredere vertegenwoordiging van de betrokken voorzieningen en diensten is noodzakelijk gebleken voor het draagvlak en de verdere verankering van het project. De keuze om bottom-up te werken en medewerkers van in het begin te betrekken, creëert een zeer intensief proces maar heeft als voordeel dat de inhoud van de opdracht centraal komt te staan.

Deze bottom-up aanpak mag echter niet betekenen dat organisatiebelangen uit het oog worden verloren. Afstemming met de belangen van bestuurders en directies blijft onontbeerlijk. De verschillende partners uit de geestelijke gezondheidszorg hebben hierbij een belangrijke verantwoordelijkheid, zowel naar elkaar als naar de overige partners in het netwerk. Vinden ze een evenwicht in taakverdeling en complementariteit op vlak van doelgroepen en activiteiten? Lukken ze erin om voor de bedoelde doelgroep locoregionale afspraken te maken? Krijgt een nieuw team

één of meerdere werkgevers? Zijn de partners bereid om ook andere netwerkpartners een mandaat te geven op de verschillende overlegniveaus?

REGIONALE VERANKERING

Uiteindelijk leidde dit voorbereidend werk tot een model waarbij de verschillende functies op het meest geëigende regionaal niveau worden verankerd. De keuze voor het groot- of kleinstedelijk niveau is bepaald door de bereikbaarheid en toegankelijkheid van het zorgaanbod voor de patiënt. Ook de lokale en regionale inbedding van diensten en sectoren (huisartsen, thuiszorg, OCMW, CAW, maatschappelijke diensten van de mutualiteiten, werkwinkels, sociale huisvestingsmaatschappijen) was een belangrijke factor. Bij de uittekening hield men ook rekening met een efficiënte inzet van de beschikbare middelen. Wat is een minimale schaalgrootte voor de opzet van een psychiatrisch crisisteam? Ook werd de bestaande expertise van partners op vlak van gespecialiseerde zorgprogramma's (vb. eetstoornissen) en categorale doelgroepen (vb. forensische zorg) gehonoreerd en bekrachtigd op supraregionaal niveau.

Op basis van deze uitgangspunten worden in de projectregio Leuven-Tervuren de functies behandeling en herstel (2b), activering (3) en woonzorg (5) voor chronische psychiatrische patiënten uitgewerkt op niveau van de vijf kleinstedelijke zorgregio's. In totaal komen er zes 2b-teams: twee in Leuven, en telkens één in Aarschot, Diest, Tienen en Tervuren. De behandeling van patiënten met langdurige zorgnoden in de thuissituatie krijgt vorm via de methodiek van een F-ACT-team: 'Functie - Assertive Community Treatment' (van Veldhuizen e.a., 2008). Een F-ACT-team met een ideale omkadering van tien tot twaalf fulltime medewerkers volgt jaarlijks een 200-tal chronische psychiatrische patiënten op. Naast behandeling, begeleiding en ondersteuning neemt dit team ook de functie op van zorgverantwoordelijke of casemanager. Voor

de hele netwerkregio komt er één psychiatrisch crisisteam (2a) dat operationeel verankerd wordt met het bestaande EPSI-team (Eerste Psychiatrische Spoed Interventie) op de dienst spoedgevallen van het Universitair Ziekenhuis Leuven. Dit heeft te maken met de hoge kosten en de specifieke organisatie van een psychiatrisch crisisteam dat 7 dagen op 7, 24 uur op 24 beschikbaar moet zijn.

Ook voor de functie consult en advies, indicatiestelling en vroeginterventie (1b) koos men als werkingsgebied de volledige netwerkregio. Deze opdrachten zijn immers zeer veelzijdig en heterogeen. Bovendien bestaan hiervoor al verschillende, weliswaar gefragmenteerde, initiatieven bij diverse voorzieningen en diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg. De betrokken overheden hebben in

het kader van de projectoproep aangegeven dat deze functie expliciet behoort tot de opdrachten van de CGG, die dan ook gestimuleerd worden om hierin te investeren.

WETENSCHAPPELIJKE TOETS

In de regio Leuven - Tervuren zijn alle teams opgestart op 1 september 2011. Eind 2011 moeten ze volledig operationeel zijn. De start van deze teams gaat vanzelfsprekend gepaard met een aantal aandachtspunten. Voor sommige actoren liggen de nieuwe opdrachten ver weg van de eigen expertise. Overleg en samenwerking met partners die wel over de nodige werkervaring beschikken is dan ook aangewezen. Focus op zorginhoud en competenties bij zorgverstrekkers die – samen met hulpverleners uit andere sectoren – de organisatie van de zorg voor de betrokken patiënt binnen hun leefomgeving opnemen, is hierbij belangrijk. Daarnaast waren de huisartsen uit de regio vragende partij voor verduidelijking en meer transparantie rond het instroombeleid, verwijzingsafspraken en trajectopvolging voor mensen met psychische problemen. Gezien de veelheid aan partners is de voordeurfunctie nu zeer onduidelijk. Bij de ziekenhuizen be-

Een F-ACT-team met een ideale omkadering van 10 tot 12 fulltime medewerkers volgt jaarlijks een 200-tal chronische psychiatrische patiënten op.

staat hiertegen echter veel weerstand. Het zorgnetwerk opteerde daarom bewust om de effecten en impact van de invulling van de nieuwe functies in een groeimodel mee te nemen, zonder voorafgaandelijk al de regie of een vaststaand getrappt model op te leggen. Het experimenteel karakter van het project biedt de mogelijkheid om wijzigingen in verwijsingspatronen in kaart te brengen en terug te koppelen naar de verschillende partners. Ook zal de invloed van de verschillende grootte van de kleinstedelijke zorgregio's op de functies worden geëvalueerd.

Op operationeel vlak wordt veel ruimte gelaten aan de voorzieningen die 'trekker' zijn van een bepaalde functie. De operationele coördinatie is afhankelijk van de zorgregio in handen van verschillende partners: een psychiatrisch ziekenhuis, een initiatief beschut wonen of een CGG. Er is geen model opgelegd. Het mogelijke effect van de verschillende organisatiemodellen op de concrete zorg van patiënten wordt tijdens het project opgevolgd en bijgestuurd. Binnen het netwerk is er daarvoor een aanzet gegeven tot wetenschappelijke ondersteuning. Er zijn indicatoren, een set van minimale kencijfers en een reeks meetinstrumenten geselecteerd die men zal gebruiken om de tevredenheid van patiënten, de kwaliteit van zorg en de outcome van de nieuwe zorgvormen in kaart te brengen.

NOORD WEST-VLAANDEREN

Noord West-Vlaanderen is een tweede regio waar een pilootproject van start gaat. De regio Noord West-Vlaanderen omvat twee centrumsteden, Brugge en Oostende. De regio beslaat 40% van het grondgebied van de provincie West-Vlaanderen. Er wonen 506.101 inwoners, goed voor 50% van het totale inwonersaantal van de provincie. De regio bestaat zowel uit sterk verstedelijkte regio's als uit meer landelijke, dunbevolkte gebieden. Het werkingsgebied van het netwerk valt samen met de regio van twee Samenwerkingsinitiatieven Eerste-

lijnsgezondheidszorg: SEL Noord West-Vlaanderen en SEL Oostende-Veurne. De werkingsgebieden van de CGG stemmen niet overeen. CGG Noord West-Vlaanderen en CGG Prisma hebben als werkingsgebied quasi dezelfde regio maar zonder Veurne en randgemeenten. CGG Largo met een vestiging in Veurne maakt geen deel uit van het netwerk. Ook valt af te wachten hoe de verdere schaalvergroting binnen de CAW zich in de toekomst uittekent. Afstemming ten aanzien van de zich ontwikkelende netwerken in de geestelijke gezondheidszorg lijkt hierbij noodzakelijk. De beschikbare capaciteit van psychiatrische bedden is in de regio verdeeld over drie psychiatrische ziekenhuizen met gezamenlijk 970 plaatsen en vijf psychiatrische afdelingen binnen een algemeen ziekenhuis (PAAZ) die samen 321 bedden tellen, waaronder 25 bedden voor kinderen jeugdpsychiatrie. Bijna 90% van deze bedden is gelokaliseerd

in Brugge en omgeving. Aanvullend zijn er in de netwerkregio nog meer dan 200 plaatsen binnen de initiatieven beschut wonen. Verder is er een centrum voor psychische revalidatie en een dagcentrum voor drughulpverlening.

Uitgaande van de weinig evenwichtige spreiding van de beschikbare capaciteit werd in een eerste projectvoorstel geopteerd om te starten met de subregio Brugge om de nieuwe functies als eerste te realiseren. De overheden hebben deze argumentatie echter niet aanvaard en de partners uitgenodigd om van bij de start werk te maken van een strategisch actieplan voor de hele regio. De overheden verwachten dus dat deze hervorming het bestaande, historisch gegroeide, onevenwicht in het zorgaanbod op termijn zal corrigeren via herlocalisatie van het aanbod of door de oprichting van mobiele teams. Vooralsnog komt er geen daadwerkelijke (her)programmatie van de zorgcapaciteit.

Noord West-Vlaanderen is een tweede regio waar een pilootproject van start gaat

WERKWIJZE

De realisatie van het pilootproject is een ‘work in progress’, een complex proces, waarbij voortdurende bijsturing van inhoud en timing centraal staan. Van bij de aanvang is een brede, uitgebreide communicatie met alle betrokkenen essentieel. Hierbij is het aanduiden van de cruciale stakeholders per functie onontbeerlijk. In Noord West-Vlaanderen bestond de start van het project uit een aantal hoorzittingen waarbij het ruime werkveld werd bevestigd. De syntheses hiervan onder de vorm van sterkte-zwakke analyses, vormden de basis en leidraad voor de verdere werkzaamheden en oriëntaties. De hoorzittingen werden ook gebruikt voor een systematische rapportage en terugkoppeling naar het brede werkveld van partiële opties met betrekking tot het project. Er werd ook een stuurgroep opgericht. Deze staat in voor het operationeel management van het project. Binnen deze stuurgroep wordt gewerkt met mandaten. De verschillende voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn vertegenwoordigd via één mandaat per type voorziening. Voor de eerstelijnssector zijn de twee SEL's vertegenwoordigd, dit geldt ook voor de twee regionale welzijnsraden. De huisartsen zijn vertegenwoordigd via één mandaat voor de huisartsenkring Brugge, Oostende en Houtland. Eén mandaat wordt opgenomen door Similes die de families van patiënten vertegenwoordigt. Naast de stuurgroep zijn er ook het forum, het netwerkcomité en de subregionale netwerken. Zij dienen vooral als klankbord voor de stuurgroep en worden omgekeerd ook voortdurend gevoed vanuit de stuurgroep omtrent de genomen opties. Deze wederzijdse communicatie en informatie-uitwisseling zorgt ervoor dat een voldoende stevig draagvlak ontstaat waarop de verandering kan steunen. Het forum van ervaringsdeskundigen geeft ruimte en woord aan de gebruikers van de geestelijke gezondheidszorg opdat ook zij actief betrokken zijn bij de hervorming ervan.

De bedoeling is dat patiënten via behandeling, begeleiding en ondersteuning optimaal kunnen functioneren in en participeren aan de maatschappij.

PROJECTVOORSTEL

De promotoren in deze regio zijn het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Amandus in Beernem en het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw in Brugge. In een eerste fase stellen zij elk 30 ziekenhuisbedden ‘buiten gebruik’.

De hervorming in deze regio heeft eerst en vooral aandacht om binnen functie 1 eerstelijnsdiensten te ondersteunen die bij hun cliënten worden geconfronteerd met geestelijke gezondheidsproblemen of met het vermoeden daarvan. Concreet gaat het dan om coaching, consult en advies. De ervaring die werd opgedaan binnen de projecten psychiatrische thuiszorg wordt veralgemeend en versterkt, onder meer vanuit het CGG en VDIP (Vroege Detectie en

Interventie van Psychose). Maar er is meer. Een belangrijk deel van de middelen zet men in Noord West-Vlaanderen in voor de behandeling van patiënten in een acute toestand in de thuissituatie (2a). De regio speelt hier in op de vragen van huisartsen

naar een snel antwoord bij assessment, crisisinterventie of intensieve behandeling aan huis bij mensen met acute en subacute noden. Daarnaast zijn ook snelle interventies gepland bij de opvang van patiënten, op vraag van de psychiater, die zich hebben aangemeld op de spoeddienst of EPSI van een Algemeen Ziekenhuis.

Eind dit jaar moet ook in Noord West-Vlaanderen een F-ACT-team operationeel zijn voor patiënten met langdurige zorgnoden die omwille van hun psychiatrische problematiek ernstige problemen ondervinden om hun rollen binnen de samenleving op te nemen. Dit team wil patiënten ondersteunen in hun herstelproces (2b). De bedoeling is dat patiënten via behandeling, begeleiding en ondersteuning optimaal kunnen functioneren in en participeren aan de maatschappij. Hierbij beoogt men zorg op maat, met focus op ondersteuning van het sociaal netwerk rond de cliënt. In periodes van crisis of ontregeling zorgt het team ervoor om, indien

mogelijk zonder opname, de patiënt in staat te stellen deze periode veilig door te komen. De laatste groep initiatieven omvat de ruime waaier aan revalidatie, integratie en empowerment (3). In een eerste fase komt er een inventaris van het aanbod waarmee men ook hiaten kan vaststellen. Daarna wordt bekeken of het nodig is initiatieven meer af te stemmen op subregionaal vlak of dat er nieuwe initiatieven nodig zijn. Bij uitstek zullen initiatieven uit de sociale economie, de socio-culturele en de welzijnssector elkaar hier ontmoeten en verrijken. De functie algemene preventie en sensibilisatie (1a) blijft in West-Vlaanderen voorlopig buiten beeld. De stuurgroep oordeelde om dit pas later aan te pakken, rekening houdend met de plannen van de Vlaamse overheid rond suïcidepreventie en het actieplan tabak, alcohol en drugs.

KRITISCHE REFLECTIES

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg via artikel 107 is ingrijpend, uitdagend en biedt zoals uit beide pilootprojecten blijkt ook een pak mogelijkheden. Er rijzen echter ook vragen en bedenkingen en er duiken nieuwe risico's op. Heel wat mensen met een ernstige psychische of psychiatrische aandoening krijgen momenteel al hulp en begeleiding, vaak exclusief, bij een eerstelijnsdienst van het CAW of OCMW. Het ontschotten van de geestelijke gezondheidszorg en de opstart van nieuwe mobiele equipes die zich letterlijk buiten de muren en in de samenleving bewegen, weliswaar met een grote psychiatrische bagage, is dan ook niet zonder gevaar. De kans bestaat dat deze nieuwe zorgvormen instrument worden van ongewenste en onbedoelde medicalisering en psychiatrisering van reeds geslaagde processen van vermaatschappelijking van zorg.

Het gevaar voor psychiatrisering komt echter ook vanuit de thuiszorg en welzijnssector. Het gebeurt vaak dat hulpverleners naar de geestelijke gezondheidszorg kijken om cliënten met psychiatrische

problemen 'over te nemen'. Een vraag die veelal wordt ingegeven vanuit een gevoel van machteloosheid of vanuit het idee dat een meer gespecialiseerde dienst wel in staat is tot het installeren van verandering. Gepast omgaan met mensen die naast ernstige psychiatrische problemen ook zorgnoden hebben op andere levensdomeinen is niet gemakkelijk. In een tijdsgeest waar de maakbaarheidgedachte nog steeds erg aanwezig is, voelen mantelzorgers en hulpverleners zich snel machteloos. Ze verwachten dan hulp en ondersteuning van meer gespecialiseerde diensten. Dit is geen probleem zolang bestaande, daadwerkelijke en zinvolle processen van vermaatschappelijking overeind blijven.

BONDGENOTEN

Wil de geplande vermaatschappelijking van de zorg succesvol zijn dan moet er een partnerschap komen tussen diensten van buiten de geestelijke gezondheidszorg die de cultuur van vermaatschappelijking in handen hebben, en een aantal reguliere actoren uit de geestelijke gezondheidszorg die zich transformeren. Vooral de CGG kunnen hier een sterke troefkaart uitspelen. Door hun ambulante traditie en het 'min of meer' verankerd zijn in de samenleving, kunnen zij zich opstellen als bondgenoot van de brede eerstelijnszorg. Een eerste lijn die zich inderdaad soms machteloos voelt, maar wel effectief vorm

geeft aan geïntegreerde gemeenschapszorg. Eerder dan de patiënt over te nemen, kan het CGG instaan voor bijkomende expertise, intervisie, deskundigheidsbevordering en ondersteuning van het bestaande netwerk dat actief is rond de patiënt. Vanuit diverse psychotherapeutische modellen kan een CGG handvatten aanreiken. Vormen van 'consult op afroep' waarmee nu al op verschillende plaatsen geëxperimenteerd wordt, passen in dit brede palet van dienstverlenende interventies.

Het is een feit dat de eerstelijnszorg vaak als eerste en enige in contact komt met beginnende problemen of met psychiatrische aandoeningen die nog

Eerder dan de patiënt over te nemen, kan het CGG instaan voor bijkomende expertise, intervisie en deskundigheidsbevordering.

niet onderkend werden. Heel wat initiële pathologie dient zich gemaskeerd of zeer onduidelijk aan. Chronische maar nog niet als dusdanig omschreven ernstige psychische problematiek uit zich vaak manifest door uitval of disfunctioneren. Dikwijls te laat, soms zelfs nooit, wordt een psychisch probleem als dusdanig erkend, laat staan dat er van zorg gebruik wordt gemaakt (Bruffaerts e.a., 2004, 2007). Wanneer vroege detectie en vroeginterventie worden uitgebouwd binnen de eerstelijnsvoorzieningen, met voldoende expertise van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidsector, kan men sneller en meer accuraat ingrijpen. Uit onderzoek blijkt immers dat onbehandelde stoornissen het risico verhogen op een progressief verloop van de pathologie (Russo e.a., 2003). Vroegtijdig ingrijpen kan heel wat aspecten van chroniciteit ondervangen of zelfs vermijden. Belangrijk hierbij zijn de korte communicatielijnen tussen voorzieningen en sectoren waarbij het accent niet ligt op het verwijzen van patiënten maar wel op outreachend werk en het uitwisselen van expertise. De hervorming laat heel wat vormen van creatieve en vernieuwende inbreng toe. Een doorzicht en structureel verankerd samenspel tussen de geestelijke gezondheidszorg, welzijnsorganisaties, huisartsen en andere eerstelijnsdiensten kan een krachtig nieuw segment in het totale zorgaanbod mogelijk maken. Maar dit kan slechts lukken als er binnen de aansturende entiteiten van de pilootregio's voldoende ruimte komt voor 'de stem van de vermaatschappelijking'. Concreet moet men de brede eerste lijn, familieleden en ervaringsdeskundigen actief en kritisch betrekken bij de bespreking en implementatie van de nieuwe initiatieven

VRIJE KEUZE

De notie 'vrije keuze voor de patiënt' wordt in België sterk verdedigd, vaak nog meer door bepaalde zorgverstrekkers dan door de patiënt zelf. Burgers met (zelf-)vermoede of aangetoonde psychische of psychiatrische problemen kunnen zich bij elke mogelijke zorgverlener aanbieden. Vaak worden ze

daar ook verder geholpen, begeleid of behandeld. In ons liberale zorglandschap is een centrale toegangspoort dan ook eerder uitzonderlijk. Dit geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Evidente principes als subsidiariteit en getrapte zorg zijn intentioneel hier en daar aanwezig maar krijgen slechts moeizaam een vertaling naar de dagelijkse praktijk. Toch zijn er in deze hervorming aanzetten in de goede richting. Functie 1, met het accent op vroege detectie, vroeginterventie en aspecten van toeleiding is hier het meest duidelijk

In ons liberale zorglandschap is een centrale toegangspoort dan ook eerder uitzonderlijk.

ke voorbeeld van. Maar ook voor de nieuwe behandelingsfuncties, zowel voor acute als langdurige zorg, moeten er nieuwe procedures komen voor instroom en toegang. De manier waarop deze instroomprocedures zullen worden omschreven en geïmplementeerd, houdt een aantal opportuniteiten en bedreigingen in. Slagen de psychiatrische crisisteamen erin om opnames in een ziekenhuis effectief te voorkomen? Hoe zal het 'bed op recept'-principe vorm krijgen vanuit de ziekenhuizen? Wat is het effect van de nieuwe mobiele teams op de aanmeldingen in de CGG en op de bezettingsgraad in de ziekenhuizen? De rol van de psychiaters is hierbij alleszins cruciaal.

JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLAATS

Vermaatschappelijking van de zorg betekent dat de juiste zorg op de juiste plaats wordt geboden. Of anders: dat voorzieningen zich vlot openstellen voor mensen die zich nu (nog) binnen de samenleving bevinden maar die absoluut intramurale, intensieve zorg nodig hebben. De geschiedenis van de geestelijke gezondheidszorg illustreert dat dit niet evident is. In de jaren negentig kwamen er samenwerkingsinitiatieven beschut wonen als een eerste aanzet tot vermaatschappelijking van chronische patiënten. Bedoeld als alternatieve zorg- en woonvormen buiten het ziekenhuis zijn deze initiatieven na hun oprichting dichtgeslibd met een constante instroom vanuit de ziekenhuizen (Dierckx e.a., 2001). Eenzelfde fenomeen speelt zich af in vele dagactiviteitencentra. Gebruikers of deelnemers aan de activi-

teiten zijn bijna steeds 'aangeleverd' vanuit de intramurale sector, vaak zelfs in combinatie met partiële daghospitalisatie. Alle wijzigingen in het aanbod ten spijt manifesteren zich zeer gemakkelijk 'gesloten systemen' die niet of weinig toegankelijk zijn voor hulpverleners van buiten de geestelijke gezondheidszorg. Het is dan ook belangrijk dat alle betrokken actoren samen vorm geven aan het nieuwe concept en heel specifiek aan de meest gepaste instroomsystemen. Op die manier kan een soepel heen en weer verkeer ontstaan tussen de samenleving en de geestelijke gezondheidszorg.

INSTITUTIONALISERING

Er blijft ook een reëel risico op verdere institutionalisering. Wanneer het hervormingsproces zich vertaalt in de oprichting van nieuwe mobiele teams met eigen instroomcriteria, eigen beslissingsmomenten en eigen leidinggevende kaders dan komt er weinig in huis van het in artikel 11 bedoelde netwerk, laat staan van echte vermaatschappelijking van zorg. De ervaring bij beschut wonen wijst uit dat de sterke bestuursimpact van de ziekenhuizen maakt dat tal van initiatieven evolueerden naar relatief grote voorzieningen met eigen intake- en ontslagprocedures, wachtlijsten en andere kenmerken eigen aan de intramurale zorg. Het is niet denkbeeldig dat de opportuniteit van het veranderingsproces omslaat in een bedreiging wanneer het landschap van de geestelijke gezondheidszorg er weer enkele nieuwe spelers bij krijgt. Het zorgaanbod dreigt dan voor de patiënt en verwijzer nog ondoorzichtiger te worden.

Ook de verenging van de verschillende functies tot de creatie van nieuwe teams houdt eenzelfde risico van institutionalisering in. Functie 2 met zijn acute en langdurige zorgcomponent moet breder gaan dan de loutere oprichting van 2a- en 2b-teams. Functie 2 staat immers voor het geheel van zorgvormen (waarvan al heel wat aanwezig is in het huidige landschap) die ervoor zorgen dat mensen met

ernstige psychiatrische problemen langer in hun eigen leefomgeving kunnen blijven. Er is dus nood aan andere verhoudingen en samenwerkingsrelaties tussen de bestaande diensten. Alleen blijft de benaderingswijze van het institutioneel referentiekader van de ziekenhuizen op de nieuwe concepten sterk aanwezig.

PARADIGMASWITCH

De ziekenhuizen, de grote actoren binnen de geestelijke gezondheid, maakten al langer werk van 'transmurale' en 'extramurale' zorg als antwoord op de maatschappelijk evoluerende vraag. Voorbeelden zijn de uitbouw van het poliklinisch aanbod en nazorg- en postkuurprogramma's. Dit zorgaanbod vertrekt echter steeds vanuit het ziekenhuis, het referentiekader van het ziekenhuis staat centraal. In essentie situeert de zorg zich dus nog steeds 'binnen'. In het nieuwe concept staan 'mobiele' en 'ambulante' zorg centraal. De tegenstelling 'binnen' versus 'buiten' speelt niet meer mee. De essentie van de vermaatschappelijking is zichtbaar gemaakt. Zorg wordt in eerste instantie in de leefomgeving, in de gemeenschap aangeboden. Enkel indien nodig wordt voor een korte periode een 'bed op recept' aangeboden. Het gewicht en de trajectopvolging van de behandeling verschuift van het ziekenhuis naar de gemeenschap. De realisatie van deze fundamentele paradigmaswitch, met focus op het 'balance care model', wordt uiteindelijk één van de kritische succesfactoren van de geplande hervorming.

De realisatie van deze fundamentele paradigmaswitch wordt uiteindelijk één van de kritische succesfactoren van de geplande hervorming.

opvolging van de behandeling verschuift van het ziekenhuis naar de gemeenschap. De realisatie van deze fundamentele paradigmaswitch, met focus op het 'balance care model', wordt uiteindelijk één van de kritische succesfactoren van de geplande hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Hoopgevend is alvast dat bij de samenstelling van de nieuwe teams heel wat dynamische en op vernieuwing georiënteerde medewerkers uit de betrokken ziekenhuizen zich kandidaat stelden voor de vacatures. Dit kan de paradigmaswitch alleen maar onderbouwen.

UITDAGING

De hervorming via artikel 107 kan dan ook beschouwd worden als een oefening op vlak van 'management van cultuurverschillen'. Binnen de ambulante hulpverlening van de eerste lijn en de CGG hanteert men een werkmodel dat gebaseerd is op emancipatie en empowerment, vertrekkend vanuit een vertrouwensrelatie met de cliënt, vanuit de betrokkenheid van het steunsysteem en met de focus op het vasthouden van cliënten die dreigen af te haken. Vanuit hun ervaring, deskundigheid en goede praktijken moeten zij de kritische motor zijn van vermaatschappelijking van zorg, van de hervorming via artikel 107. De eerste lijn heeft een essen-

tiële signaalfunctie vanuit het algemeen maatschappelijk belang. Het is aan hen om deze rol ten volle te benutten en op het einde van de experimentele periode te evalueren of de 'vermaatschappelijking' van de geestelijke gezondheidszorg effectief is gerealiseerd.

Hilde Dierckx is directeur van vzw CGG Vlaams-Brabant Oost. Frank Schillewaert is directeur van vzw CGG Noord West-Vlaanderen. Beiden zijn actief betrokken bij de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in hun regio. Ze zijn voor reacties bereikbaar via hilde.dierckx@cgg-vbo.be en frank.schillewaert@cgg.be.

Verwijzingen

- Bruffaerts, R., Sabbe, M. & Demyttenaere, K. (2004), *Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients*, in *Psychiatric Services* 55: 685-690.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A. & Demyttenaere, K. (2007), *Lifetime treatment for mental disorders in the Belgian general population*, in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42: 937-944.
- Dierckx, H. (ed.) (2010), *Projectdossier netwerk regio Leuven-Tervuren, Leuven*. (www.psy107.be)
- Dierckx, H., Hoyois, P., Kesteloot, K. & Kittel, F. (2001), *De reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg. De uitbouw van netwerken en zorgcircuits. Gemeenschappelijk eindrapport van het eerste & tweede onderzoeksjaar in opdracht van FOD Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Brussel, K.U.Leuven CZV & ULB ESP*.
- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (2010)*, Brussel, Vlaanderen.
- Peuskens, J., Dierckx, H., De Prijcker, M. & Vandenberghe, J. (2006), *Reflectie op de historische ontwikkelingen inzake de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg*, in *Acta Hospitalia*, 46-1, 47-63.
- Projectdossier netwerk regio Noord West-Vlaanderen (2011)*, Brugge. (www.psy107.be)
- Russo, L., Alonso, J., Bryson, H., Angermeyer, M. e.a. (2003), *Primary anxiety disorders: impact of treatment on subsequent depression and health outcomes*, in *Journal of the European College of the Neuropsychopharmacology*, 13(suppl 4): S375.
- Veldhuizen, J. R. van, Bahler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (2008), *Handboek FACT, Utrecht, De Tijdstroom*.
- World Health Organization (2008), *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges*.