



**SLOTTOESPRAAK DOOR DHR CHR DECOSTER, DIRECTEUR-GENERAAL
DGGS FOD VOLKSGEZONDHEID, NAV DE STUDIEDAG OVER
INNOVATIEVE PRAKTIJEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, TE
BRUSSEL OP DONDERDAG 23 JUNI 2016**

Dames en Heren,

De studiedag van vandaag was erg inspirerend. De hervorming in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, ook wel eens artikel 107 genoemd, gebeurde grotendeels bottom-up. Ook al werd er een globaal kader gecreëerd “ een netwerk met 5 functies”, toch werd er voldoende ruimte geboden om naar eigen inzichten en praktijken gestalte te geven aan de zgn vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

De hervorming gaat ervan uit dat voor een reeks van patiënten, er een beter kader op herstel kan worden aangereikt wanneer de patiënt in zijn eigen omgeving kan herstellen. De patiënt/gebruiker voelt zich doorgaans ook beter thuis in zijn eigen omgeving. Voor veel patiënten/gebruikers is een herstel ook maar mogelijk wanneer men de patiënt “ziet” fungeren in zijn omgeving. Vaak moeten ook de omgeving of de naastbestaanden mee worden betrokken in dat herstel, omdat de omgeving mee aan de basis van de problemen kan liggen, en/of omdat de omgeving nodig is om de patiënt/gebruiker te helpen in zijn herstel.

Deze visie gaat er ook van uit dat nogal wat patiënten/gebruikers zich niet goed voelen in de besloten omgeving van een ziekenhuis. Ze kunnen zich opstandig gedragen en eerder averechts reageren op hun

hospitalisatie, waardoor in plaats van te herstellen de toestand eerder verergerd in plaats van te verbeteren.

Uit het wetenschappelijk onderzoek dat door universiteiten werd verricht hebben we overigens kunnen leren dat patiënten/gebruikers die in hun eigen omgeving herstellen en kunnen samenwonen met anderen op heel wat items beter scoren dan patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen. Dit blijkt uit de meting van de Ropi index die door Lucas als onderzoeksinstelling werd uitgevoerd. Deze index, de Recovery oriented Index, meet 8 dimensies van patiënten/gebruikersparticipatie, gaande van basisbehoeften, allerlei diensten, sociale contacten, allerlei mogelijkheden en herstel van de patiënt. In ieder geval is de tevredenheid ingeval van vermaatschappelijking van de zorg, voor een aantal patiënten/gebruikers, beter in de thuiszorg via de mobiele teams dan in de residentiële zorg. We stellen ook vast dat patiënten/gebruikers die hun zorg kunnen combineren met maatschappelijke integratie, zoals bvb werk of sport-en cultuurbeleving, ook een grotere tevredenheid vertonen. Vermaatschappelijking van zorg kan enkel lukken als er voldoende sociale inclusie is. Uit onderzoek blijkt dat er minder heropnames zijn en een kortere (mediaan) verblijfsduur in ziekenhuizen die bedden hebben gheralloceerd naar vermaatschappelijking van de zorg dan de ziekenhuizen die dit niet doen. Opvallend is wel een stijgende daghospitalisatie in ziekenhuizen met herallocatie.

Uit de eigen bevraging van het departement zien we dat vrij veel patiënten/gebruikers door de mobiele teams worden behandeld: meer dan 7000 in 2A teams, en meer dan 3000 in 2B teams. Dit zijn vrij hoge cijfers ten opzichte van het aantal bedden dat wordt gheralloceerd (dus meer dan 10.000 patiënten in mobiele teams versus minder dan 1000 patiënten in ziekenhuisbedden).

Dit betekent dat de aanvoer voor mobiele teams veel groter (10 x meer) is dan voor de residentiële ggz-zorg. In de 2A teams wordt meer dan driekwart van de patiënten/gebruikers na een intake geïncorporeerd. In de 2B-teams wordt 61% opgenomen na een intake en inclusie. De behandeling in 2A teams wordt voor 93% stopgezet na inclusie, in 2B teams is dit bijna 60%. Opmerkelijk is dat naar 2A teams veel wordt verwezen: door huisartsen in meer dan 30% van de gevallen, en door ambulante ggz in 27% van de patiënten/gebruikers. In 2B-teams wordt meer dan 40% verwezen door de residentiële ggz, terwijl slechts 8,3 % wordt verwezen door huisartsen en 28,5 door ambulante ggz-zorg.

Qua pathologie zien we dat in 2A teams nagenoeg 60% een affectieve/emotionele stoornis heeft of een comorbiditeit, in 2B teams is dit 50%, met meer dan 30% voor patiënten met een comorbiditeit. In 2B teams komen beduidend meer patiënten met een psychotische stoornis voor. Kortom er zijn dus duidelijke verschillen tussen beide teams, zowel qua pathologie als qua aanpak.

Uit de studies die we hebben laten verrichten komen volgende conclusies naar voren. Er is met name nood aan:

- 1° het implementeren van behandelplannen
- 2° het gebruik van gestandaardiseerde meetinstrumenten
- 3° een systematische vorming over de visie van herstel aan de teamleden van mobiele teams en aan het geheel van de partners van het netwerk
- 4° het leren werken met ervaringsdeskundigen en lotgenoten

Met het handboek van innovatieve praktijken hebben we aan het geheel van de partners in de verschillende belangrijke domeinen in de vermaatschappelijking van de zorg, zoals huisvesting, liaison met de eerstelijns, socio-professionele integratie, participatie van

patiënten/gebruikers en naastbestaanden, en uiteraard aan de mobiele teams ideeën willen aanbrengen om hun werking te verdiepen en te versterken. Het is goed dat netwerken met elkaar samenwerken en hun ervaringen en praktijken blijven uitwisselen.

Binnen de Interministeriële Conferentie van de Ministers van Volksgezondheid werd afgesproken om een overlegorgaan te creëren dat overleg zal plegen rond de verdere verdieping en verbreding van de hervorming. De bedoeling moet zijn om de hervorming uit te breiden naar alle regio's van het land, zodat het ganse land wordt gedekt en alle patiënten de kans hebben op vermaatschappelijking van de zorg. Daarnaast is ook een zekere harmonisatie van de zorg nodig, waarbij we vooral een minimale omkadering wensen te zien met een voldoende differentiatie aan kwalificaties.

Uit gesprekken die we met diverse actoren hebben kunnen voeren, kunnen we ten behoeve van het overlegorgaan volgende persoonlijke suggesties meegeven voor verdere reflectie:

1° zorgverstrekkers werken multidisciplinair met elkaar samen, zo mogelijk binnen zorgpaden, die evidence based worden opgebouwd, met een sterk empowerment naar de patiënten toe

2° de zorgvoorzieningen en diensten zijn partners van een netwerk die samen als één zorgorganisatie optreden en hierbinnen hun werkzaamheden coördineren, hiervoor is een eenduidige regie nodig, gebaseerd op een sterk draagvlak

3° de patiënten/gebruikersorganisaties zijn binnen het netwerk vertegenwoordigd en komen op voor de belangen van de patiënt en van het netwerk

4° binnen het netwerk wordt een medisch comité opgericht dat een geïntegreerd medisch beleid mogelijk maakt

5° het netwerk werkt idealiter met één toegangspoort, waarbij voor de behandeling binnen de respectievelijke diensten inclusiecriteria worden voorzien en gehanteerd waardoor patiënten/gebruikers naar de juiste voorziening of dienst kunnen worden toegeleid die beantwoordt aan hun behoeften

6° in de 2A-teams wordt idealiter, rekening houdend met een nader te bepalen caseload, één voltijds FTE psychiater te werk gesteld om op een meer intensieve wijze de patiënten/gebruikers te kunnen opvolgen.

7° binnen de 2B-teams worden patiënten/gebruikers behandeld met een zekere zorgzwaarte, waarbij naargelang de zorgzwaarte de psychiater van het team als behandelend psychiater kan optreden, voor de overige patiënten/gebruikers kan in een vaste psychiater worden voorzien

8° naast de 2A en de 2B-teams die voor een eerder klinisch heterogene doelgroep instaan zou men voor bepaalde doelgroepen specialistische teams kunnen creëren of minstens uittesten, zoals bvb voor de doelgroep dubbele diagnose met een mentale beperking of voor patiënten/gebruikers met een zware verslaving voor zover men de visie over een geïntegreerde aanpak van de zorg bewaakt

9° binnen de ziekenhuizen is er nood aan kortdurende opvang voor crisissituaties. Daar waar mogelijk moet dit kunnen met minder bedden, maar met een meer intensieve begeleiding.

10° de PAAZ-diensten hebben een volwaardige plaats binnen het netwerk

11° de financiering van de psychiaters zou een stuk moeten worden herzien om minder voordelig te zijn voor lucratieve en gemakkelijke patiënten, en beter voor zwaardere patiënten/gebruikers. Bij de

financiering zou tevens kunnen gedacht worden aan een gedifferentieerd takenpakket, dat rekening houdt met het beleid rond patiënten, klinische patiënten/gebruikerscontacten, multidisciplinaire samenwerking en kwaliteit van de zorg. Het herzien van financiële regelen kan gebeuren binnen de bestaande beschikbare middelen en hoeft dus niet noodzakelijk meer te kosten.

12° ook de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen zou best worden herzien, zodat de vermaatschappelijking van de zorg niet gepenaliseerd of afgeremd wordt door de financiering. Dit moet ook kunnen binnen de voorhanden zijnde middelen.

13° om een betere coördinatie en continuïteit van de zorg te garanderen is het gebruik van één centraal medisch dossier en een elektronische communicatie tussen de zorgverleners binnen het netwerk onontbeerlijk

14° er dient concreet werk te worden gemaakt van een minimale gemeenschappelijke zorgregistratie op basis van het centraal medisch dossier, derwijze dat er gegevens voorhanden zijn voor een goede geneeskundepraktijk en het uitstippelen van het beleid binnen het netwerk. Het zou goed zijn werk te maken van een mental health belai.

15° gegevensregistratie is ook noodzakelijk om het beleid dat door de verschillende overheden wordt gevoerd te kunnen voeden en geregeld te evalueren en bij te sturen.

Tot daar een aantal suggesties om het reflexieproces te voeden.

Het zou nuttig zijn om over “de governance van de netwerken” en andere aspecten verder goede praktijken uit te wisselen. Uiteraard zullen ook de “belendende functies” die de integratie bevorderen

moeten versterkt worden. Ik denk hierbij aan de woonzorg en zinvolle tewerkstelling van patiënten/gebruikers.

Ik hoop dat het overlegorgaan binnen niet al te lange tijd zijn conclusies zal kunnen neerleggen en dat hier een voldoende basis wordt gevonden voor een verdieping en verbreding. Uiteraard zullen we de resultaten verder moeten opvolgen en meten wil de hervorming op spoor blijven.

