

# Nieuwe stappen vooruit na 12 jaar hervorming in de geestelijke gezondheidszorg

Gert Peeters

**In de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is twaalf jaar lang naar geïntegreerde zorg in netwerken toegewerkt. In die netwerken hebben we de samenwerking tussen hulpverlenings- en zorgactoren voor elkaar gekregen, maar op de weg naar geïntegreerde zorg zijn nog belangrijke stappen te zetten. De netwerken zelf moeten zich verder ontwikkelen tot werkzame systemen.**

De overheden in België startten in 2011 een campagne voor een grondige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. In hun discours voerden ze het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden in België op als een buitengewoon hoog aantal. Internationaal vergeleken kenden we ‘het op één na hoogste aantal’. In één adem voegden ze hieraan de, eveneens hoge, zelfmoordcijfers toe, alsof die een eenduidige parameter waren voor de poeve uitkomst van de zorg. Wat minder aandacht kreeg, maar minstens zo belangrijk was in de probleemschets, was het rapport van het KCE over het hoge aantal langverblijvers in de psychiatrische ziekenhuizen (ref). Uit een analyse van langverblijvende patiënten in T-bedden bleek dat zo’n 4.750 patiënten langer dan een jaar in een T-bed verbleven en bijna 1.600 van hen al meer dan zes jaar. Helemaal niet belicht in het discours was de relatief slechte financiering van de geestelijke gezondheidszorg. In tegenstelling tot de hoge plaats in de ranking van het aantal bedden, bengelde de financiering van de GGZ in België – en dat doet ze vandaag nog steeds – achteraan in het peloton, met slechts 6% van het budget voor gezondheidszorg.

Om de hervorming van de GGZ richting te geven, brachten de overheden twaalf jaar geleden een gids uit, genaamd *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg, door realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*.<sup>1</sup> De doelstelling van de hervorming werd in de gids beschreven als een evolutie naar een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg door de omvorming van een aanbodsgestuurde naar een vraaggestuurde, meer gedifferentieerde geestelijke gezondheidszorg, georganiseerd in zorgcircuits en zorgnetwerken, maximaal opnamevermijdend en ligduurverkortend. In de gids vragen de overheden de sector om zich in de netwerken te organiseren in zes functies: van preventie tot en met langdurige zorg voor de meest kwetsbare personen. Daaraan verbonden ze een oproep aan de sector om zich in zelf te kiezen zorgregio’s te organiseren en in netwerken de doelstellingen van de gids te realiseren – in de sector gekend als het ‘project art. 107 en art. 33’. Zo werd Diletti, in Oost-Vlaams-Brabant, het eerste netwerk geestelijke gezondheidszorg in België.

---

<sup>1</sup> Met deze hervorming sluit België, en Vlaanderen in het bijzonder, aan bij een internationale ontwikkeling naar meer geïntegreerde zorg in de GGZ, om versnippering en te weinig coherentie tegen te gaan en persoonsgerichte zorg te bevorderen.

Op korte tijd organiseerden zich ook in de rest van België zorgnetwerken. Bijzonder in het project was de mogelijkheid die de federale overheid voorzag voor de psychiatrische ziekenhuizen om bedden buiten gebruik te stellen en het equivalent aan personele omkadering in te zetten in mobiele teams: 2a-teams voor acute crisiszorg en 2b-teams voor de chronische problematiek. Deze teams zorgden voor psychiatrische zorg thuis, voor patiënten die de weg naar zorg niet of moeilijk konden vinden, of voor patiënten voor wie de zorg aan huis – opnamevermijdend of opnameverkortend – een belangrijke stap in herstel kon zijn.<sup>2</sup>

De overheid lanceerde in 2014 een tweede oproep tot buitengebruikstelling voor de versterking van de mobiele teams: 'project 107 tweede golf'. Toen al voelden de grotere psychiatrische ziekenhuizen aan dat er een grens aan 'buitengebruikstelling' bereikt was door een neveneffect van vermaatschappelijking: de 'intensifiëring' en 'indikking' van zorg.

Ook al bleef de ziekenhuisfunctie zelf (functie 4) lange tijd relatief ongewijzigd, de interne werking ervan werd erg beïnvloed door de vermaatschappelijking. Chronisch zieke personen werden minder gehospitaliseerd en hun verblijf in het ziekenhuis duurde gemiddeld minder lang. Tegelijk bracht de 'ambulantisering' van de zorg met zich mee dat ziekenhuizen enkel nog patiënten opnamen die in diepe crisis verkeerden en voor wie opname in een residentiële setting aangewezen is. Deze ontwikkeling zorgde voor een hogere concentratie van ernstig zieke personen met hoog risicohoudend profiel op eenzelfde moment in het ziekenhuis, de zgn. 'indikking' van zorg, met directe gevolgen voor de zorgzwaarte op de betrokken afdelingen.

Tegelijk met de vermaatschappelijking van zorg deed ook het concept van herstelgericht werken zijn intrede in de hervorming. De inzet van ervaringsdeskundigen was een manier om deze ontwikkeling te faciliteren en te versterken. Dit paste op zijn beurt in het streven naar meer persoonsgerichte zorg, een belangrijke omwenteling in de relatie tussen zorgprofessionals en hun patiënten. De zorgprofessional werd partner en coach in het herstelproces van de patiënt. Deze 'intensifiëring' van de zorgprogramma's zorgde ook voor een hogere zorgbelasting van medewerkers, bovenop de hogere concentratie aan risicohoudende profielen in het ziekenhuis. De geldende normgebonden omkadering in de ziekenhuizen kwam door de indikking en intensifiëring sterk onder druk.

De betrokken overheden ronden de proefperiode van het 'project 107' in 2015 af met een evaluatie van de netwerken. De diverse projecten werden globaal positief geëvalueerd, zij het vooral gebaseerd op een beschrijvend verslag van de projecten, in mindere mate op objectiveerbare gegevens.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Artikel 107 van de ziekenhuiswet is ondertussen bekend als de financieringstechniek die toelaat om met behoud van budget (BFM) een aantal bedden buiten gebruik te stellen en de daaraan gekoppelde middelen in te zetten in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), i.e. in de vermaatschappelijking van zorg.

<sup>3</sup> Tegelijk met de afronding van de proefperiode werden de werkingsmiddelen van de netwerken stopgezet. Er werd een oproep aan de netwerken gedaan om een plan uit te werken voor de volgende fase van de vermaatschappelijking van zorg. Dat plan moest omschrijven hoe de (net)werking, ook zonder de bijkomende werkingsmiddelen zou worden verdergezet en ontwikkeld.

In het vervolgtraject konden netwerken de zorg voortaan ook intensifiëren, i.e. het bestaande personeel concentreren rond relatief minder bedden, met als doel beter zorg te dragen voor de meest kwetsbare, zorgintensieve patiënten. Deze mogelijkheid was een antwoord op de indikking van zorg die de ziekenhuizen in toenemende mate ondervonden, en op het streven naar meer menswaardige zorg in een herstelgerichte omgeving (de intensifiëring).

In het streven naar meer menswaardige zorg waren zorgactoren en overheid het erover eens dat het terugdringen van dwangmaatregelen een belangrijke prioriteit moest zijn: de meest kwetsbare patiënten, met name mensen die verkeren in een ernstige psychiatrische crisis, moesten de meest humane zorg krijgen. Daarbij werd verwezen naar een aantal evidence based modellen en richtlijnen die een vernieuwende werking kunnen ondersteunen zoals High & Intensieve Care (HIC) en Intensieve Dienst (ID).

### **Volgende stappen naar geïntegreerde zorg in ecosystemen**

De GGZ kan de ontwikkelingen van de voorbije jaren zelfkritisch overschouwen: heeft de hele ontwikkeling naar netwerken nu een verschil gemaakt? Was er een positieve impact op de ‘burden of disease’, op de kwaliteit van de zorg, op de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de hulpverlening? Is de behandelkloof kleiner geworden, is de werkzaamheid van onze zorg verbeterd, werken we meer vraaggestuurd, werken we meer populatiegericht, werken we beter samen, is de zorg geïntegreerd? We kunnen alvast een aantal positieve ontwikkelingen vaststellen.

Chronisch verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis is de laatste jaren sterk teruggedrongen. Een opname in het ziekenhuis wordt indien mogelijk vermeden of sterk verkort als een opname toch noodzakelijk is.

Bovendien is de basis gelegd om nu meer dan ooit verder te vermaatschappelijken. De zorgnetwerken zijn er, sectorbreed en sectoroverschrijdend en regionaal georganiseerd. De zorg blijft wel nog sterk aanbodgedreven, maar geraakt intersectoraal toch al beter afgestemd. Actoren kennen elkaar en vinden elkaar.

De zorgnetwerken vormen vandaag de best mogelijke omgeving om de volgende stappen <sup>4</sup> naar geïntegreerde zorg vorm en inhoud te geven :

#### **Stap 1: Populatiegedreven werken en afsprakenkaders maken voor geïntegreerde zorg**

Netwerken en netwerkpartners moeten meer populatiegedreven samenwerken. Momenteel circuleren verschillende modellen om een populatie te benaderen en te segmenteren. De bedoeling is dat de netwerken actoren en modaliteiten organiseren in een structurele samenwerking, volgens de noden in de verschillende populatiesegmenten, voornamelijk om het risico op verdere ziekte of escalatie en complicaties te vermijden. Om dit goed te doen maken zorg- en welzijnsactoren best afsprakenkaders, zgn. ‘shared care protocols’, waarin ze vastleggen hoe ze voor elk segment in samenwerking de zorg zullen organiseren.

---

<sup>4</sup> “Stappen” moet je in deze tekst opvatten als mogelijk te ondernemen acties op netwerkniveau, net noodzakelijk te realiseren in deze volgorde

Eén voordeel van zo een protocol is dat een complexe zorgvraag en een heel gamma aan modaliteiten volgens de gemaakte afspraken sneller en bijna automatisch samenkomen. Het protocol bepaalt welke actor in het netwerk de zorg initieert en op eenvoudig verzoek, en zonder bijkomende hindernissen, de nood van de zorgvrager kan beantwoorden. In samenspraak met de patiënt bouwt deze eerste actor de zorg verder uit op basis van de vastgestelde noden. Zonder vertragende, tijdrovende stoplichten, dus zonder bijkomende aanmeldprocedure, intake, assessment, rondetafel. Een extra modaliteit in zorg of dienstverlening kan op vraag van de zorggebruiker in het zorgplan eenvoudig opgenomen worden. Ook het op- of afschalen van zorg verloopt op eenvoudig verzoek en niet via een stremmende procedure. Een shared care protocol geeft m.a.w. concrete invulling aan (het streven naar) geïntegreerde zorg. Zeker als antwoord op de meer complexe zorgvragen wordt er zo veel tijd voor zorg gewonnen, tot 30%, geraamd volgens de praktijk in het UPC KU Leuven.

Populatiegedreven werken betekent kortom: de populatie segmenteren en per segment *shared care protocols* opstellen, te beginnen met de complexe zorgvragen.

## **Stap 2: Datagestuurd werken**

Populatiegedreven werken is datagestuurd werken. Momenteel blijft digitale gegevensuitwisseling voor continuïteit in de patiëntenzorg een grote uitdaging. De GDPR-regelgeving is een zegen voor de bescherming van onze privacy, maar blijkt vaak een hinderpaal in een vlotte samenwerking tussen zorgpartners. Het onderling ontsluiten van relevante gegevens voor zorg blijft daardoor een grote bekommernis.

Toch maken onderzoekers werk van het ontsluiten van data uit verschillende zorgsystemen en het elektronisch patiëntendossier (EPD) om aan onderzoek, sturing, organisatie en management van zorg te kunnen doen. De eerste zorgprogramma-oefeningen zijn veelbelovend. Ze zijn een aanzet voor het creëren van een dataplatform voor zorgregio's, gevoed vanuit bestaande datasets, met respect voor de privacyregels.

Ook is het belangrijk om kennisuitwisseling digitaal te organiseren. Netwerkgorg, i.e. geïntegreerde zorg, vraagt om het beschikbaar stellen van procedures, protocols, richtlijnen, werkafspraken, maar ook opleidingsmateriaal zoals webinars, video's of interactieve apps. Een digitaal platform kan helpen dit te organiseren.

## **Stap 3: Eén taal aanreiken voor vroegdetectie en vroeginterventie**

Aansluitend bij het streven naar een meer populatiegedreven zorgbeleid, stelt zich de vraag naar preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. Een artikel in *The Lancet*<sup>5</sup> beschrijft het verloop van verschillende psychiatrische syndromen in stadia: hoe iemand kan evolueren van diffuse, aspecifieke symptomen die geregeld voor mentaal ongemak kunnen zorgen tot een psychiatrisch ziektebeeld dat voor toenemende functionele beperking zorgt. Die aspecifieke signalen zijn beschreven en toch worden ze pas laat of niet herkend. We missen te veel kansen om die signalen op te pikken. De zorggebruiker zelf zet helaas laattijdig de stap naar de hulpverlening. Het artikel in *The Lancet* is in feite een pleidooi voor een *mental health in all policies*. Het vraagt om in te zetten op meer 'health literacy', zeker bij de meer

---

<sup>5</sup> The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. *Lancet*, 2018.

kwetsbare groepen. En het wijst op de nood aan zorg voor mentaal welzijn, zeker bij wie de eerste signalen merkbaar zijn. Die signalen kunnen we sneller waarnemen op alle evidente gelegenheden die we kennen: een perinatale consultatie, een contact met Kind en Gezin, een contact met het CLB of bij een leerlingenonderzoek, een contact met de arbeidsgeneeskundige dienst, met de huisarts, enzovoort. De GGZ kan hiervoor een begrippenkader aanreiken, zodat alle sectoren eenzelfde taal gebruiken voor een consistente vroegdetectie en toeleiding naar de eerstelijnspsychologie (ELP) en gespecialiseerde eerstelijnspsychologie (GELP) – als ze ook werkelijk voor iedereen en makkelijk toegankelijk zijn.

#### **Stap 4: Gezondheidseconomische prioriteiten leggen voor een langetermijnbeleid**

De beschikbare middelen bij de verschillende overheden zijn beperkt waardoor we in de volgende jaren mogelijk nog scherper keuzes moeten maken. Het artikel in *The Lancet* zet verschillende determinanten van geestelijke (on)gezondheid uit op de menselijke levenscyclus: biologische determinanten, determinanten in de ontwikkeling van de hersenen, sociale determinanten en genetische (fenotypische) determinanten. Het artikel geeft per type determinant inzicht in de impact op de geestelijke gezondheid en op de meest precieze levensfasen. De perinatale periode (de eerste 1000 dagen), de puberteit en adolescentie en de hoge leeftijd gelden als de meest kwetsbare levensfasen. Investeren in vroegdetectie en vroeginterventie in deze levensfasen zou heel wat gezonde levensjaren kunnen opleveren (cfr. te vermijden DALY), zeker bij een goede screening van kwetsbare populaties. Onderzoek naar de leeftijd waarop psychiatrische aandoeningen ontstaan bevestigen deze stelling. En bovendien draagt een beleid dat ervoor zorgt dat kwetsbare mensen meer aansluiting vinden bij een bestaand sociaal weefsel, door o.m. community building en buurtgerichte zorg, bij tot meer welzijn.

#### **Stap 5: Zorgen voor ouderen en voor mensen met migratieachtergrond**

De demografische realiteit zorgt vandaag al voor de nodige uitdagingen, gegeven de verhoogde kwetsbaarheid van personen op zeer hoge leeftijd. Alleen al in Vlaams-Brabant zal de groep van 80+ met 40% toenemen tussen vandaag en 2035. De sterke 'verwitting' van onze samenleving vraagt om een integraal plan ouderenzorg. De multimorbiditeit van deze kwetsbare groep vraagt om 'integrale zorg' en om een beter co-management tussen psychiatrische zorg en somatische zorg. 'Oud-reachende' zorg zal een prominente plaats moeten krijgen in de regionale zorg voor ouderen.

Onze samenleving kent ook een toenemende internationalisering. Vlaams-Brabant kan opnieuw gelden als een uitgesproken voorbeeld. Het aantal inwoners van niet-Belgische herkomst is er op 20 jaar tijd met 16% gestegen. Ook zij zijn vatbaar voor psychische kwetsbaarheid en doen in toenemende mate een beroep op onze hulpverlening. Toenemende internationalisering verlangt van ons dat we transculturele en cultuursensitieve geestelijke gezondheidszorg opzetten. Taal- en culturele barrières overbruggen betekenen een hele omslag en vragen van de sector een aanzienlijke investering.

#### **Stap 6: Manpower**

De aandacht voor de demografie leidt ons naar de grootste uitdaging voor de volgende 15 jaar: beschikbare manpower in die zorg. De uitstroom van medewerkers uit de sector is groter dan de instroom, en dat wordt in belangrijke mate bepaald door het aantal personen in de sector dat de pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Hierbij dreigt een drievoudige handicap: de verwachte toename van de zorgvraag (cfr. verwitting van de samenleving), een hoog aantal zorgmedewerkers dat uitstroomt, maar vooral het vertrek van ervaring en expertise.

We moeten nadenken over formules om onze ervaren medewerkers langer aan boord te houden, ook na hun formele pensionering. Zorg voor de zorgenden betekent dat we er mee moeten op toezien dat de zelfzorg van onze zorgmedewerkers in balans is. Bovendien moeten we onze zorgorganisatie onder de loep nemen, anders werken, beter samenwerken en slimmer werken. Minder intramuraal (want ook zeer personeelsintensief), meer ambulant, semi-ambulant, outreachend en thuis. De huidige netwerken hebben daartoe versterking nodig, zodat iedere actor vanuit zijn kernexpertise adequaat kan antwoorden op de zorgvraag, met minimale overlap en redundantie (cfr. shared care protocol).

### **Stap 7: Onderzoekresultaten en innovatie in de praktijk zetten**

Om die reden moeten we ook investeren in onderzoek en innovatie. Onze universitaire centra moeten nog meer de motor kunnen zijn in de integratie van zorg, opleiding, onderzoek en innovatie. Het gaat dan uiteraard om de medisch-klinische vernieuwing – genetisch, neurologisch, diagnostisch (in beeldvorming en labo) – en om de kosteneffectiviteit/doelmatigheid ervan (Health Technology Assessment of HTA). Anderzijds is er ook nood aan onderzoek en innovatie op vlak van organisatie van zorg (Health Services Research of HSR). Ook technologische ontwikkelingen moeten we durven te omarmen door ze kritisch door te lichten en goed onderbouwd toe te passen.

### **Stap 8: Menswaardige zorg realiseren**

Onder meer de *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities* bracht het begrip ‘menswaardige zorg’ onder de aandacht, met een betere bejegening van patiënten en een sterke betrokkenheid bij hun zorg en herstel. Menswaardige zorg is zorg zonder dwang. Die houdt in dat we beter en sneller moeten kunnen overgaan naar één-op-éénbegeleiding voor patiënten bij wie een crisis dreigt om zo escalatie te vermijden. Menswaardige zorg vraagt ook bijkomende opleiding van medewerkers in de-escalatie van crisissituaties.

Menswaardige zorg is ook sterk omkaderde zorg. De Belgische normbestaffing is ondertussen 65 jaar oud en hopeloos achterhaald. Verdere intensifiëring van zorg naar HIC en ID is een absolute noodzaak: meer personeel concentreren rond een kleiner aantal patiënten, met een aangepaste organisatie en navenant programma. De tendens naar deze omkadering is ingezet, met een veranderde werkwijze die we nu goed uitlijnen in de HIC- en ID-werking die onlangs door federaal minister Frank Vandenbroucke over heel België werd uitgebreid naar 25 units.

### **Van samenwerking in netwerken naar geïntegreerde zorg in ecosystemen**

Het louter afvinken van bovenstaande stappen op het niveau van het netwerk zal als oplossing niet volstaan. Om van geestelijke gezondheid een recht te maken is het verder versterken van intersectorale netwerking en samenwerking een belangrijke pijler in het beleid naar een bereikbare, aanspreekbare, geïntegreerde zorg. Niet in één netwerk, maar in meerdere netwerken die van ver of dichtbij op geestelijke gezondheid betrokken zijn. Waar netwerken nu een samenspel zijn tussen unieke actoren, ontwikkelen er zich ecosystemen waarin het mogelijk is alle stappen waar te maken. Zie het als netwerken van de netwerken die de grenzen van de eigen sector overstijgen. Geestelijke gezondheidszorg is niet alleen gekoppeld aan somatische geneeskunde, maar ook aan justitie, aan eerstelijnszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg, welzijnszorg en aan het lokale bestuur, de regionale en federale overheid, aan het verenigingsleven... Die belendende domeinen opereren ook allemaal in netwerken met op hun beurt dwarsverbindingen met andere systemen en niveaus.

Drie voorwaarden moeten vervuld zijn om van een netwerk te evolueren naar een ecosysteem van partners in zorg- en dienstverlening:

- 1) Focus op samenwerking: alle actoren in elk netwerk zullen moeten focussen op samenwerking, op de verbinding met verwante actoren en netwerken, en niet langer alleen op (het resultaat van) hun eigen inspanningen.
- 2) Het eigenaarschap van een modaliteit in het netwerk moet ondergeschikt zijn aan de toegang tot die modaliteit voor wie ze nodig heeft.
- 3) Asynchrone wederkerigheid in de toegang tot die modaliteiten is belangrijk: voorzieningen hebben elkaar nodig in een netwerk, maar niet noodzakelijk altijd even veel en niet altijd op hetzelfde moment. Die asynchroniciteit moet volop kunnen spelen, erop vertrouwend dat er vroeg of laat een balans is in de uitwisseling van dienst- en zorgverlening.

Pas dan stelt een modaliteit zich ter beschikking van het netwerk en, bij uitbreiding, van het ecosysteem. En van de patiënt. Voor personen met een zorgnood maakt het niet uit van wie de zorg of ondersteuning komt, als die maar tijdig, bruikbaar, beschikbaar is, en complementair met andere levensdomeinen. Met ecosystemen waarin we samen werk maken van de beschreven stappen komen we nog dicht bij een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg die voor elke persoon die zorg zoekt een recht is.

Hiermee verandert de taakstelling van netwerken en van de coördinatoren die er vandaag werkzaam zijn. De complexiteit van het ecosysteem in de GGZ kan onmogelijk nog overzien en beheerst worden door kleine groepjes specialisten en managers maar vraagt meer dan ooit een collectieve aanpak. Het eigenaarschap rond specifieke doelgroepen en actielijnen moet dan breder worden ingebed in het netwerk, waarbij de coördinatiekracht minder gericht is op het bepalen van wat en hoe, en nog meer op het vinden, motiveren en verbinden van actoren rond gemeenschappelijke opgaven.