

SYNTHESE

ORGANISATIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR VOLWASSENEN IN BELGIË



SYNTHESE

ORGANISATIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR VOLWASSENEN IN BELGIË

PATRIEK MISTIAEN, JUSTIEN CORNELIS, JENS DETOLLENAERE, STEPHAN DEVRIESE, CÉLINE RICOUR

MET DANK AAN: BONTEMPS CHRISTIANE¹, BRUFFAERTS RONNY², DE COEN MARLIEN³, GISLE LYDIA⁴, HERMANS KIRSTEN², LAGUESSE RENAUD¹, LAMBERT MARIE¹, LORANT VINCENT⁵, NEYENS INGE², NICAISE PABLO⁵, SMITH PIERRE⁵, THUNUS SOPHIE⁵, VAN AUDENHOVE CHANTAL², VAN NUFFEL RIK³, VAN SPEYBROECK JAN³, WALKER CAROLE⁵



■ VOORWOORD

Onze kijk op geestelijke gezondheid is de afgelopen decennia veel complexer geworden. Dit komt niet enkel door de evoluties in de neurowetenschappen en de psychologie, maar ook door de versnelde sociologische veranderingen die we doormaakten. In de jaren 90 heeft de Franse socioloog Alain Ehrenberg er drie boeken aan gewijd, die voorspellende waarde bleken te hebben. Hij stelde vast dat we worden onderworpen aan een cultus van presteren, en dat we ons ontredderd voelen door de vereisten van de toenemende autonomie, die we verkregen in ruil voor het wegvallen van dogma's en andere morele regels. Het individu, nu bevrijd, heeft zich ontdaan van zijn schuldgevoelens, en is volop het tijdperk van de verantwoordelijkheid binnengetrepen. Deze sociologische evolutie verklaart natuurlijk niet alle acute en chronische, ernstige en milde geestelijke gezondheidsproblemen, maar speelt wel een aanzienlijke rol. Uit gezondheidsenquêtes blijkt immers dat de prevalentie van zelf gerapporteerde angststoornissen en depressieve gevoelens in ons land toeneemt, en dat deze problemen zich niet op de dezelfde manier manifesteren bij de verschillende sociale klassen. Ze komen namelijk bijna drie keer meer voor bij de minder welvarende groepen van de samenleving. Als we de organisatie van het zorgaanbod onder de loep nemen, mogen we dan ook niet uit het oog verliezen dat er best niet enkel wordt gefocust op behandeling, maar dat er ook aandacht moet worden besteed aan het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen. Dit zou ons hier echter te ver leiden, en de reikwijdte van het huidige onderzoeksproject overstijgen.

Onze experts hebben het bestaande zorgaanbod geanalyseerd met de gekende ernst en competentie; ze doorploegden de literatuur en betrokken de stakeholders, om tot een zo volledig mogelijk overzicht te komen. Met de hulp van zorgprofessionals en universitaire teams, die we hierbij uitvoerig bedanken, formuleerden ze aanbevelingen die 'steek houden', omdat ze vooral gebaseerd zijn op de ervaringen van het terrein.

Er is echter één aanbeveling die ontbreekt, en we nemen de vrijheid om deze hier te formuleren. Het bewijs waarop ze is gebaseerd, ligt diep in elk van ons. Wij bevelen iedereen aan, te beginnen met onszelf, om echt voor elkaar te zorgen, om elkaar te erkennen en te waarderen, en om voldoende oor te hebben voor elke noodkreet, vooral als deze bijna onhoorbaar is, en gesmoord wordt door berusting en fatalisme.

Marijke EYSSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.



■ KERN BOODSCHAPPEN

Context van de Belgische Geestelijke Gezondheidszorg (Hoofdstuk 1 wetenschappelijk rapport)

- In de afgelopen decennia werd het Belgische systeem voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verschillende malen hervormd, waarvan de laatste de 'artikel 107'-hervorming is. De belangrijkste doelstellingen van deze hervormingen waren:
 - de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen in de gemeenschap bevorderen, door middel van een verschuiving van ziekenhuiszorg naar ambulante zorg;
 - de perceptie van de samenleving rond geestelijke gezondheidsproblemen aanpakken (de-stigmatisering);
 - een verschuiving van een louter medisch model naar een holistisch biopsychosociaal zorgmodel;
 - differentiatie van de GGZ in functie van doelgroepen, en bevordering van persoonsgerichte zorg, op maat van de behoeften van de patiënt;
 - specialisatie van zorg om de aanpak te verbeteren voor specifieke subgroepen in de GGZ.
- België heeft in verhouding tot zijn bevolkingsaantal het op één na hoogste aantal psychiatrische bedden binnen de OESO-landen. Meer dan 80% van zijn financiële middelen voor de GGZ gaan naar residentiële zorg (psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingshuizen, initiatieven voor beschut wonen).
- Ofschoon de art. 107 projecten in principe de hele volwassen Belgische bevolking met geestelijke gezondheidsproblemen beogen, lijken ze zich in werkelijkheid te richten op ernstig zieke, sociaal kwetsbare personen. Daarnaast wijzen de evaluaties op een gebrek aan gemeenschappelijke visie binnen deze projecten, op een hoge tevredenheid onder de betrokken zorgverleners, op een lage tevredenheid bij de mantelzorgers en op de mogelijkheid om de huisartsen meer in te zetten bij GGZ.

Prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen (Hoofdstukken 2 en 3 wetenschappelijk rapport)

- Een derde van de Belgische volwassenen kampt met een geestelijk gezondheidsprobleem.
- De prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen nam in ons land tussen 2008 en 2013 aanzienlijk toe, en dit in alle regio's. Over het algemeen melden de inwoners van Brussel en Wallonië meer geestelijke gezondheidsproblemen dan de Vlaamse.
- De zorgbehoeften van de Belgische bevolking met geestelijke gezondheidsproblemen zijn momenteel niet gekend, omwille van het gebrek aan gegevens.



Internationale kaders voor de organisatie van de GGZ (Hoofdstuk 4 wetenschappelijk rapport)

- Er zijn meerdere recente internationale kaders voor de organisatie van de GGZ en deze hebben vrij gelijkaardige doelstellingen. De meest gebruikte aandachtspunten zijn empowerment, multisectoraal, gemeenschapsgerichte zorg, preventie en respect voor de mensenrechten.
- De Belgische hervorming van de organisatie voor geestelijke gezondheidszorg deelt doelstellingen met die van de internationale kaders.
- Momenteel is het door gebrek aan gegevens niet mogelijk te evalueren in hoeverre de Belgische GGZ alle internationale indicatoren behaalt.

Het geestelijk gezondheidszorgaanbod in België (Hoofdstuk 5 wetenschappelijk rapport)

- Goede, centrale gegevens over het GGZ-aanbod in België ontbreken.
- Het GGZ-aanbod is zeer divers, uitgebreid en complex. Hierdoor is er een slechte zichtbaarheid en begrip van het aanbod, zowel voor de gebruikers, de professionals als de beleidsmakers, op lokaal, regionaal en federaal niveau.
- Naast het aanbod dat officieel gelabeld is als 'geestelijke gezondheidszorg', zijn er nog tal van personen en organisaties die zorg/hulp bieden aan mensen met geestelijke gezondheidszorgproblemen.
- Er zijn historisch gegroeide verschillen in het GGZ-aanbod tussen de verschillende gewesten.
- Er kunnen geen conclusies worden getrokken over de gepastheid van het aanbod.



Focusgroep-studie naar de sterkten, zwaktes, lacunes en overlappings in het huidige GGZ-aanbod (Hoofdstuk 6 wetenschappelijk rapport)

Hieruit kwam het volgende naar voor:

- Deelnemers omschreven de organisatie van de GGZ als complex. De rol en missie van de zorgorganisaties en zorgverleners wordt als onduidelijk ervaren, zowel voor zorgverleners, gebruikers en hun familie.
- Deelnemers gaven aan dat er overlap tussen diensten bestaat, maar dat wordt als positief ervaren.
- Deelnemers wezen op een ernstig gebrek aan makkelijk toegankelijke diensten zonder opnamecriteria; dit leidt er volgens hen toe dat sommige groepen met complexe problemen en mensen met lage motivatie om hulp te zoeken, niet de zorg krijgen die ze nodig hebben.
- Deelnemers wezen ook op het gebrek aan voldoende passende woonvoorzieningen voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen die ontslagen worden uit residentiële zorginstellingen. Daarnaast, meldden deelnemers ook onvoldoende toegang tot woonvoorzieningen en tot crisisdiensten.
- Deelnemers benadrukten onvoldoende toegang tot de ambulante GGZ en betaalbare psychotherapie, wat resulteert in (ongepaste) doorverwijzingen naar andere zorgverleners/zorgorganisaties.
- Deelnemers erkenden dat de hervorming naar gemeenschapsgerichte zorg waarschijnlijk een heroverweging vereist van hoe het GGZ-budget gealloceerd dient te worden over zorgorganisaties en zorgverleners. Maar de meningen verschilden hoe dat precies moet gebeuren.
- Deelnemers benadrukten dat er meningsverschillen bestaan over wat geestelijke gezondheid(szorg) inhoudt en welke prioriteiten gesteld dienen te worden (doelstellingen en doelgroepen).
- Deelnemers ervoeren dat de huidige hervormingen in de GGZ de zorg 'formeel' en 'gestandaardiseerd' maken; dit wordt als bedreigend ervaren voor de individuele creativiteit.
- Deelnemers vonden dat goede epidemiologische data over zorgbehoeften aan de basis zouden moeten liggen voor de zorgorganisatie en de financiering ervan.
- Deelnemers gaven aan dat er naar hun gevoel weinig vertrouwen is tussen het veld en de overheden.



Mogelijke organisatorische oplossingen: een kwantitatieve keuze-gebaseerde enquête (Hoofdstuk 7 wetenschappelijk rapport)

Respondenten gaven aan dat:

- Met betrekking tot de doelstellingen van de GGZ-organisatie:
 - Ze alle doelstellingen (behandeling van gebruikers in de gemeenschap, het ondersteunen van gebruikers bij het bepalen van hun levensdoelen, verzekeren van de continuïteit tussen de sociale sector en de zorgsector, ondersteunen van de gebruikers om contact te hebben met hun gemeenschap, betrekken van gebruikers bij het ontwikkelen en aanbieden van nieuwe diensten, het intensiveren van de geestelijke gezondheidszorg in het ziekenhuis en het verkorten van de verblijfsduur) relatief even belangrijk vonden. Dit betekent dat deze doelstellingen samen nagestreefd zouden moeten worden.
 - Ze de continuïteit tussen de gezondheidssector en de sociale en welzijnssector als hoogste prioriteit beschouwen.
 - Ze de verkorting van de ligduur in ziekenhuizen als laagste prioriteit beschouwen. Dit wordt eerder gezien als een middel om de andere doelstellingen te kunnen behalen dan als een doel op zich.
 - Ze vinden dat het gebrek aan continuïteit in zorg en de fragmentatie van diensten een zeer belangrijk probleem blijft bij de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.
- Met betrekking tot de doelgroepen van de GGZ:
 - Ze de omschrijving van de doelgroepen de meest belangrijke dimensie vinden bij de organisatie van zorg.
 - Ze het idee ondersteunen om de zorg per doelgroep te organiseren.
 - Ze belang hechten aan meer geografische organisatie van zorg voor specifieke doelgroepen zoals de mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of sociaal kwetsbare mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.
 - Ze de voorkeur geven aan een financiering per episode voor de zorg aan sociaal kwetsbare mensen met geestelijke gezondheidsproblemen en het creëren van een specifiek zorgaanbod voor mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.



- Ze de voorkeur geven aan een algemeen zorgaanbod met de invoering van richtlijnen voor doorverwijzing als het de gehele bevolking met geestelijke gezondheidsproblemen betreft.
- Met betrekking tot zorgaanbieders en het formaliseren van zorgtrajecten:
 - Ze de coördinatie tussen zorgaanbieders de tweede belangrijkste dimensie in de organisatie van zorg vinden.
 - Ze minst belang hechten aan een coördinatie-model waarbij de patiënt zelf zijn zorg coördineert en meer aan een model waarin zorgaanbieders hun zorg afstemmen en coördineren. En dit zeker indien het mensen met ernstige problematiek betreft, die meer hinder ondervinden van de fragmentatie binnen de geestelijke gezondheidszorg en tussen de GGZ en de sociale sector.
 - Ze geen voorstander zijn van veel formalisatie van zorgtrajecten en meer de voorkeur geven aan een informele organisatie van het zorgtraject, zeker voor de mensen met meer complexe en chronische problematiek omdat klinische richtlijnen hiervoor tekort schieten.
 - Ze wel voorstander zijn van de invoering van doorverwijzings-richtlijnen voor de meer algemene bevolking met geestelijke gezondheidsproblematiek om zo wachtlijsten en ongepast gebruik van diensten te voorkomen.
- Met betrekking tot de financiering van de GGZ:
 - Ze de financieringsdimensie in de organisatie van de GGZ als minst belangrijkste ervaren, maar dat financiering wel een zeer belangrijke sleutel is in hervormingen.
 - Ze de huidige financieringsmethodieken van de GGZ als complex ervaren.
 - Ze de voorkeur geven aan een financiering per episode en het samenbrengen van financiële middelen op het niveau van een netwerk.
- Met betrekking tot organisatorische interventies over de toegang tot geestelijke gezondheidszorg:
 - Ze de implementatie van meer laagdrempelige diensten als meest belangrijk beschouwen.
 - Ze minst belang hechten aan interventies voor ondersteuning bij werkgelegenheid.



Stakeholder bevraging naar de aanvaardbaarheid van mogelijke toekomstige organisatorische hervormingen in de GGZ (Hoofdstuk 8 wetenschappelijk rapport)

Hieruit kwamen de volgende meningen van de respondenten naar voor:

- De huidige bevoegdheden voor de GGZ-organisatie zijn te versnipperd en er zou meer centralisatie nodig zijn voor een performante GGZ-organisatie.
- De Interkabinettenwerkgroep 'Taskforce geestelijke gezondheidszorg' zou de reeds lopende hervormingen meer kracht moeten bijzetten.
- De GGZ zou gemakkelijk toegankelijk moeten zijn voor iedereen die er behoefte aan heeft, en het huidige aanbod zou uitgebreid moeten worden, om alle GGZ-behoefte te dekken.
- Er zouden meerdere GGZ-toegangspunten moeten beschikbaar zijn en laagdrempelige informatiepunten zouden moeten worden voorzien.
- De meningen verschillen over de vraag of de toegang tot de gespecialiseerde GGZ zou moeten worden bewaakt door een 'gatekeeper'.
- De GGZ zou moeten gebaseerd zijn op zorgbehoefte, en er zou meer onderzoek naar moeten worden gedaan.
- Financiering van GGZ zou meer gebaseerd moeten zijn op kwaliteitsindicatoren en patiënttrajecten.



■ **SYNTHESE**

INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD	1
■	KERN BOODSCHAPPEN	2
■	SYNTHESE	8
1.	AANLEIDING EN DOEL VAN DEZE STUDIE	11
2.	CONTEXT	12
2.1.	WAT IS GEESTELIJKE GEZONDHEID?	12
2.2.	EVOLUTIESCHETS VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN ONS LAND	12
2.3.	RECENTE EVOLUTIES VAN DE GGZ.....	13
3.	PREVALENTIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN IN BELGIË	16
3.1.	INLEIDING	16
3.2.	PREVALENTIE	16
3.3.	DISCUSSIE	16
4.	BESCHRIJVING VAN INTERNATIONALE KADERS INZAKE GGZ	16
4.1.	INLEIDING	17
4.2.	HOE GINGEN WE TE WERK?	17
4.3.	RESULTATEN	17
4.3.1.	WGO actieplan voor GGZ 2013-2020.....	17
4.3.2.	Actieplan van het Regionaal Bureau voor Europa van de WGO voor 2013-2020.....	17
4.3.3.	EU Joint Action over GGZ en Welzijn 2016	20
4.3.4.	OESO evaluatie van de impact van geestelijke gezondheidsproblemen in de lidstaten	20
4.3.5.	Situatie van België op basis van de enquêtes van internationale organisaties	20
4.4.	DE BELGISCHE ARTIKEL 107 HERVORMING IN HET LICHT VAN DE INTERNATIONALE KADERS	21



4.5.	DISCUSSIE EN CONCLUSIES.....	21
5.	AANBOD VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË	22
5.1.	INLEIDING.....	22
5.2.	HOE GINGEN WE TE WERK?	23
5.3.	RESULTATEN.....	23
5.3.1.	Informeel maatschappelijke zorg	23
5.3.2.	Eerstelijnszorg.....	24
5.3.3.	GGZ-diensten in de maatschappij en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen	25
5.3.4.	Voorzieningen voor lang verblijf en gespecialiseerde afdelingen	26
5.3.5.	Geestelijke gezondheidszorg online	27
5.3.6.	Netwerken en verenigingen voor GGZ	27
5.4.	DISCUSSIE EN CONCLUSIES.....	28
6.	STERKTEN, ZWAKTES, LACUNES EN OVERLAPPINGEN IN HET HUIDIGE GGZ-AANBOD: EEN FOCUSGROEP STUDIE	29
6.1.	INLEIDING.....	29
6.2.	FOCUSGROEP RESULTATEN.....	30
6.2.1.	Aanbod van GGZ	30
6.2.2.	Toegang tot GGZ	31
6.2.3.	Samenwerking binnen en coördinatie van de GGZ	32
6.2.4.	Financiering van de GGZ.....	32
6.2.5.	Politieke context van de GGZ	33
6.2.6.	Sociale context van de GGZ	33
6.3.	DISCUSSIE	33



7.	MOGELIJKE ORGANISATIONELE OPLOSSINGEN: EEN KWANTITATIEVE KEUZE- GEBASEERDE ENQUÊTE	34
7.1.	KWANTITATIEVE KEUZE-GEBASEERDE ENQUÊTE	34
7.2.	RESULTATEN	34
7.2.1.	Doelstellingen van de GGZ-hervorming in België: prioriteiten en voorkeuren.....	34
7.2.2.	Dimensies van de organisatie van de GGZ in België: prioriteiten en voorkeuren	34
7.2.3.	Organisatorische interventies: prioriteiten en voorkeuren	35
7.2.4.	Bijkomende resultaten uit persoonlijke interviews en open opmerkingen in de enquête	35
7.3.	DISCUSSIE	36
8.	AANVAARDBAARHEID VAN MOGELIJKE TOEKOMSTIGE ORGANISATORISCHE HERVORMINGEN IN DE GGZ, GEBASEERD OP EEN GROTE STAKEHOLDER BEVRAGING ..	37
8.1.	INLEIDING	37
8.2.	HOE GINGEN WE TE WERK?	37
8.3.	RESULTATEN	37
8.3.1.	Beleid van de GGZ.....	37
8.3.2.	Aanbod en toegankelijkheid van de GGZ	38
8.3.3.	Stigma	39
8.3.4.	Betrokkenheid van patiënt en familie	39
8.3.5.	Financiering van GGZ	39
8.4.	DISCUSSIE	39
9.	DISCUSSIE EN CONCLUSIES.....	40
10.	AANBEVELINGEN	44
■	REFERENTIES	48



1. AANLEIDING EN DOEL VAN DEZE STUDIE

In 2016 nam de Belgische federale overheid, samen met de gemeenschappen en gewesten, een volgende stap in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. (*Innopsy107.be, 2016*)

Het belangrijkste doel was om, net zoals bij de eerdere hervormingen, meer te focussen op **gemeenschapsgerichte ('community-based') zorg, waarbij het accent ligt op het herstel en de re-integratie van de persoon in de eigen omgeving**. Hierbij werd een interkabinettenwerkgroep (IKW) 'taskforce GGZ' opgericht met als opdracht de communicatie te bevorderen tussen de GGZ-actoren, en aanbevelingen te formuleren voor de toekomstige organisatie van de GGZ. De IKW bestaat uit politieke vertegenwoordigers van de Interministeriële Conferentie en bevoegde administraties.

In dit kader vroeg de IKW aan het KCE om de organisatie van de GGZ voor volwassenen in kaart te brengen en om zo ondersteuning te bieden bij het stellen van prioriteiten en bij het nemen van strategische beslissingen voor de toekomstige organisatie van de GGZ in België.

Het doel van deze studie was het **beschrijven** van de **organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen** in België, het **identificeren** van mogelijke **lacunes en overlappingsen** tussen de bestaande diensten, en de Belgische GGZ te **toetsen** aan **internationale kaders**.

Wat onderzochten we, en wat niet?

Hiertoe werd een analyse uitgevoerd van de huidige GGZ-organisatie in België, een beschrijving opgemaakt van het huidige GGZ-aanbod, een analyse gedaan van internationale kaders voor de GGZ-organisatie en werden de meningen van stakeholders over de huidige en toekomstige organisatie op drie verschillende manieren bevroegd. Zo zijn voor de stakeholderbevraging, eerst focusgroepen gebruikt om sterke en zwakke punten en eventuele leemten en overlappingsen van het huidige systeem te verkennen, dan een kwantitatieve keuze-gebaseerde enquête om de kwalitatieve bevindingen uit de focusgroepen af te toetsen en vervolgens

zijn via een online enquête de meningen over de aanvaardbaarheid van eventuele aanbevelingen gepeild.

Het is dus belangrijk om te vermelden dat veel van de resultaten van dit onderzoek gebaseerd zijn op opinies van stakeholders.

De **zorgbehoeften** van de Belgische bevolking werden niet geanalyseerd, omdat er hierover geen betrouwbare gegevens bestaan.

In overleg met de IKW werd beslist om de GGZ voor **kinderen en ouderen** niet in de huidige studie op te nemen omdat deze reeds werden uitgewerkt in voorgaand KCE onderzoek. (*Adriaenssens et al., 2018; Vandenbroeck et al., 2012*) Evenmin wordt in de huidige studie aandacht besteed aan de **promotie** van geestelijke gezondheid of de **preventie** van geestelijke gezondheidsproblemen. Dit neemt niet weg dat preventie en gezondheids promotie en het tijdig oriënteren van kinderen naar gepaste zorg binnen de GGZ essentiële elementen zijn in de uitbouw van een performante GGZ-organisatie voor volwassenen.

Tevens werd er geen effectiviteits-analyse van verschillende behandeling- of begeleidingswijzen binnen de GGZ uitgevoerd. Dit werd niet onderzocht omwille van de enorme diversiteit die bestaat in het behandelings- of begeleidingsaanbod en het gebrek aan Belgische data. Een effectiviteits-analyse van elke beschikbare behandelings- of begeleidingswijze zou telkens een apart (literatuur)onderzoek vereisen.

Evenmin is er onderzoek uitgevoerd naar rolopvatting en daadwerkelijke roluitvoering van de verschillende GGZ-aanbieders, gezien de enorme diversiteit hierin en het beperkte tijdsframe voor dit project.

Tot slot is ook niet onderzocht wat de eventuele budgetimpact van eventuele maatregelen zou zijn, gezien de complexiteit van de financiering van de GGZ in ons land.



2. CONTEXT

2.1. Wat is geestelijke gezondheid?

De geestelijke gezondheid is een belangrijk deel van een algemene goede gezondheid. Volgens [de Wereldgezondheidsorganisatie \(WGO\)](#) is geestelijke gezondheid “een toestand van welzijn waarin elke persoon zijn eigen potentieel realiseert, waarin hij kan omgaan met de druk van het dagelijkse leven, en waarin hij een bijdrage kan leveren tot de gemeenschap waartoe hij behoort.”^a Geestelijke gezondheidsproblemen vormen een belasting voor de betrokkene, zijn omgeving en de maatschappij.

Geestelijke gezondheidsproblemen komen wereldwijd voor. Een review uit 2011 schatte de prevalentie in op **38% van de inwoners van de Europese Unie.**(Wittchen *et al.*, 2011)

2.2. Evoluteschets van de geestelijke gezondheidszorg in ons land

De opeenvolgende staatshervormingen, met de daaruit voortvloeiende herverdeling van de bevoegdheden, hebben een ingrijpend effect op het (geestelijke) gezondheidsbeleid in ons land. Dit maakt ons gezondheidssysteem en zijn financiering complex. Daarnaast maakte de sector van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) de laatste decennia ook talrijke hervormingen door.

Het voert te ver om de volledige geschiedenis van de GGZ in België te beschrijven en beperken we ons tot enkele hoofdpunten, gekenmerkt door de evolutie van ‘van opsluiting naar een meer gemeenschapsgerichte en herstelgerichte benadering’.

Vroeger werd de GGZ in België voornamelijk georganiseerd door religieuze ordes, die psychiatrische patiënten in zorginstellingen moesten ‘afzonderen’. **Vanaf het begin van de jaren zeventig** van de vorige eeuw werd een onderscheid gemaakt tussen chronische en acute GGZ.

Halverwege de jaren zeventig werden psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) ingevoerd en werden de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) erkend door de wet. Door de toename van geestelijke gezondheidsproblemen, het ontstaan van nieuwe of specifiekere zorgvragen en de verzaaiing van de traditionele zorgstructuren was de jaren nadien een reorganisatie van de Belgische GGZ vereist. Tegelijkertijd werden op Europees niveau alternatieven voor de opname van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen aangemoedigd. Het was duidelijk dat België zijn GGZ radicaal moest hervormen, waarbij het vooral de klassieke psychiatrische afdelingen moest afbouwen, ten voordele van ambulante zorg.(Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen, 2011)

In de jaren negentig werden ongeveer 6000 psychiatrische bedden omgevormd tot plaatsen in Initiatieven voor Beschut Wonen (IBW), zodat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen buiten de psychiatrische ziekenhuizen konden verblijven.(Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen, 2011; Hermans *et al.*, 2012) Daarnaast werden er andere voorzieningen gecreëerd, zoals psychiatrische verzorgingstehuizen en psychiatrische thuisverpleging, net als ‘overlegplatformen voor geestelijke gezondheid’ voor de regionale (per provincie) coördinatie van de verschillende voorzieningen.(Hermans *et al.*, 2012)

Einde jaren 90 zorgde een nieuwe hervorming voor bijkomende omzettingen van klassieke psychiatrische bedden naar plaatsen in psychiatrische verzorgingstehuizen en in Initiatieven Beschut Wonen, en deels naar psychiatrische thuisverpleging.([KB 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten](#); [KB 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten](#)) Het hoofddoel was een horizontale structuur, gericht op specifieke personen met geestelijke gezondheidsproblemen (kinderen, adolescenten, volwassenen, ouderen, personen met een drugs- en/of alcoholverslaving, personen in de

^a https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ En vertaling afkomstig van Vlaams Decreet Geestelijke Gezondheidszorg (http://www.etaamb.be/nl/decreeet-van-05-april-2019_n2019012372.html)



forensische psychiatrie, en gehandicapten met ernstige psychiatrische problemen). Dit moest specialisatie en transmurale zorg bevorderen en verbeteren, en de capaciteit voor de aanpak van chronische GGZ doen toenemen. Op 10 jaar tijd werden op die manier 3400 psychiatrische bedden omgevormd. Ondanks dit positieve resultaat, bleef het residentiële karakter het Belgische systeem voor GGZ domineren. (Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen, 2011)

In 2002 werd de GGZ georganiseerd volgens doelgroepen en netwerken. Deze moesten aangepaste, geïntegreerde zorg bieden, gericht op de patiënt in zijn eigen leefomgeving ('gemeenschapsgerichte zorg'). Tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, waaraan de ministers van volksgezondheid van de verschillende beleidsniveaus voor de coördinatie van het GGZ-systeem deelnamen, werd er beslist om 'de therapeutische projecten' op te richten. (Gurnet *et al.*, 2014) In dit kader werden zorgtrajecten voor specifieke patiëntengroepen georganiseerd, en overlegplatformen moesten de onderlinge samenwerking vergemakkelijken. Alle GGZ-instellingen waren verplicht om regelmatig netwerkoeverleg te organiseren. Daarnaast kwamen er psychiatrische zorgteams in de thuissituatie (PZT), activeringsprojecten om weer aan het werk te gaan, initiatieven voor begeleiding en ontslagbeheer in psychiatrische ziekenhuizen.

In 2010 werd een nieuwe hervormingsfase van de GGZ gelanceerd in de vorm van experimentele projecten. Voor de invulling van bepaalde nieuwe initiatieven werd het 'artikel 107', een artikel van de Wet op de ziekenhuizen gebruikt. Dit **artikel 107** gaf zijn naam aan de 'hervorming 107' en ook 'de projecten 107'. Het doel van de 'hervorming 107' is de integratie van de GGZ in de gemeenschap. Dit doel zou moeten worden bereikt met de 'projecten 107' (zij vervangen de therapeutische projecten). Uit de hervorming vloeiden ook de 'artikel 107 netwerken', formele samenwerkingen tussen zorgaanbieders om zorg te verlenen aan een specifieke doelgroep. Deze worden tijdelijk gefinancierd, voornamelijk vanuit de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen, door het, op vrijwillige basis, 'bevrozen' van bedden.

De basisfilosofie van deze hervorming is opgebouwd rond de volgende vijf kerndoelen: (Interministeriële Conferentie, 2010)

1. **Desinstitutionalisering:** intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen als alternatief voor een ziekenhuisopname
2. **Inclusie:** revalidatie en rehabilitatieopdrachten waarbij samenwerking met onderwijs, cultuur, arbeid, sociale huisvesting, ... noodzakelijk is
3. **Decategorisatie:** via zorgcircuits en netwerken een samenwerking realiseren tussen en met de ouderenzorg, GGZ, de sector voor personen met een handicap en Justitie
4. **Intensifiëring:** intensifiëring van de zorg binnen de ziekenhuizen
5. **Consolidatie:** regularisatie van de verschillende pilootprojecten, zowel federaal als van de gemeenschappen en gewesten, in het globaal GGZ-concept

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid staat in voor het behoud van het overzicht van dit alles. Ze belastte de Interkabinettenwerkgroep (IKW) 'Taskforce geestelijke gezondheidszorg' met de organisatie van de 'artikel 107 hervorming'. (<http://www.psy107.be/index.php/nl/overlegorgaan-volwassenen/128-liens-utiles>)

2.3. Recente evoluties van de GGZ

Op **federaal niveau** waren er in oktober 2018 20 erkende artikel 107 netwerken, waarvan 12 in Vlaanderen, 1 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 7 in het Waals Gewest, en waarmee het hele Belgische grondgebied is gedekt.

De artikel 107 hervorming werd in diverse studies (Becher *et al.*, 2012; Buyck *et al.*, 2018; Danau and Nielandt, 2010; Gurnet *et al.*, 2014; Heyerick, 2016; Laguesse and Lambert, 2016; Lorant *et al.*, 2018; Van Herck and Van de Cloot, 2013; Walker *et al.*, 2019) geëvalueerd. In 2014 kwam men tot de bevinding dat hoewel de artikel 107 hervorming was bedoeld voor de volledige volwassen Belgische bevolking met geestelijke gezondheidsproblemen, de projecten zich vooral richtten op ernstig zieke personen. (Gurnet *et al.*, 2014) De tevredenheid onder de zorgverleners leek relatief hoog te zijn. Dit in tegenstelling tot de lage tevredenheid van de mantelzorgers, die klaagden over de hoge druk die bij hen terecht kwam, en over een gebrek aan ondersteuning. Daarnaast was er onvoldoende toegankelijkheid, keuzevrijheid voor patiënten, opleiding van de zorgverleners en coördinatie/samenwerking, en werden de huisartsen

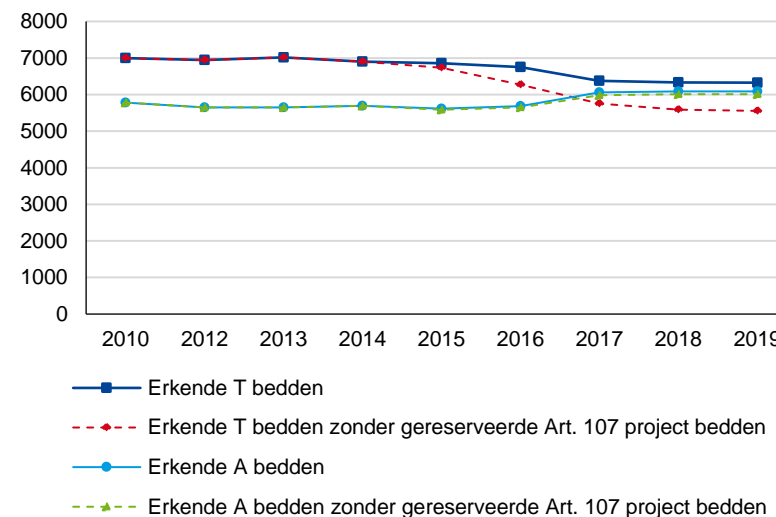


onvoldoende betrokken. (Becher *et al.*, 2012; Buyck *et al.*, 2018; Danau and Nielandt, 2010; Heyerick, 2016; Laguesse and Lambert, 2016; Van Herck and Van de Cloot, 2013; Walker *et al.*, 2019) Over de mobiele teams was er in het algemeen een hoge tevredenheid. (Buyck *et al.*, 2018) Recent onderzoek signaleerde dat de hervorming tot dusver weinig invloed had op patiëntenuitkomsten. (Lorant *et al.*, 2018)

Tussen 2010 en 2019 (dd. 1 juli) is het aantal erkende T-bedden in psychiatrische ziekenhuizen verminderd van 7001 naar 6326. Het aantal erkende A-bedden in psychiatrische ziekenhuizen steeg van 5778 in 2010 naar 6087 op 1 juli 2019. Figuur 1 visualiseert de evolutie van de T- en A-bedden in psychiatrische ziekenhuizen doorheen de tijd

In de loop der jaren zijn in het kader van de art 107 hervorming, psychiatrische residentiële bedden 'bevroren' (voornamelijk T-bedden), en de vrijgekomen middelen werden onder meer (en voornamelijk) ingezet voor mobiele teams en intensifiëring van de zorg. Op 1 juli 2019 waren bijvoorbeeld 1671 bedden bevroren die ingezet worden voor mobiele teams.

Figuur 1 – Evolutie aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen, per bedtype, 2010-2019



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Noot: Geen gegevens beschikbaar voor 2011.

Daarnaast worden sinds maart 2019 consultaties met een klinisch psycholoog terugbetaald. De terugbetaling^b is er enkel voor volwassenen tussen 18 en 65 jaar die lijden aan een psychisch probleem op vlak van angst, depressie of alcoholgebruik dat matig ernstig is waardoor het voldoende verholpen kan worden door een beperkt aantal sessies eerstelijns psychologische zorg. Het aantal sessies is beperkt tot 4 en kan éénmaal met 4 verlengd worden. Voorwaarde is dat de persoon werd

^b https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/eerstelijns-psychologische-sessie-klinisch-psycholoog-klinisch-orthopedagoog.aspx#Welke_pati%C3%ABnten_komen_in_aanmerking_vo_or_de_sessies?



doorverwezen door een huisarts of psychiater en dat de klinisch psycholoog een overeenkomst heeft met een artikel 107 netwerk.

Daarnaast is het de bedoeling van het beleid dat 65-plussers worden opgenomen in het doelpubliek van de artikel 107 projecten. (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2018)

Ook is voorzien dat 8 bijkomende mobiele teams worden opgericht (De Block, 2019) (Zie ook sectie 5.3.3. voor het aantal VTE's in mobiele teams).

Vlaanderen ontwikkelde een uitgebreid Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019 (Vlaamse Overheid, 2016), dat gebaseerd is op het WGO-actieplan voor geestelijke gezondheid 2013-2020 (World Health Organisation, 2013). Een belangrijke actie is onder andere de oprichting van het 'Steunpunt Geestelijke Gezondheid' in januari 2019. Het moet de organisaties voor GGZ en het terrein ondersteunen, goede praktijken ontwikkelen en het imago van de sector mee verbeteren. Daarnaast stelde Vlaanderen twee actieplannen voor zelfmoordpreventie op (plan 2006-2010 en plan 2012-2020). (Vlaamse Overheid, 2006; Vlaamse Overheid, 2012) Zowel het Actieplan Geestelijke Gezondheid als de twee actieplannen voor zelfmoordpreventie werden in september 2018 in het beleid verankerd, door het nieuwe Vlaamse decreet Geestelijke Gezondheid.

In **Wallonië** werd 'l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles', kortweg 'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)' opgericht. (Gouvernement Wallon and Agence pour une Vie de Qualité, 2016) Dit agentschap is in Wallonië bevoegd voor gezondheidsbeleid, inclusief geestelijke gezondheidszorg. In februari 2019 publiceerde AViQ een Waals actieplan met betrekking op preventie en gezondheidspromotie tot 2030. Eén van de speerpunten van dit actieplan is het promoten van geestelijke gezondheid en welzijn. Dit doel tracht men te bereiken door onder andere acties te ondernemen ter preventie van de verslavingsproblematiek en het reduceren van de zelfmoordprevalentie tot 10%. (AViQ, 2019) AViQ zal gegevens verzamelen over de zorgtrajecten van patiënten in de GGZ en schrijft momenteel (2019) een memorandum met de doelstellingen voor GGZ. Daarnaast is de Waalse minister voor

volksgezondheid momenteel bezig met de voorbereiding van een decreet rond GGZ. De publicatie van dit decreet wordt verwacht in de volgende legislatuur.

In **Brussel** werden in het begin van de artikel 107 hervormingen twee projecten ontwikkeld, die vervolgens werden samengevoegd. Daarnaast wil Brussel in zijn gezondheidsplan 'La ligne 0.5' creëren. Het is een specifieke structuur met organisaties zoals Dokters van de Wereld die kwetsbare mensen doorverwijzen naar de klassieke zorginstellingen. Daarin voorziet Brussel ook een grote rol voor de 'Plateforme de concertation en santé mentale'. (Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale, 2018)

Ondanks alle reeds genomen initiatieven gaat vandaag nog meer dan 80% van de financiële middelen^c voor GGZ naar residentiële zorg en heeft België nog steeds 1,37 psychiatrische ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners, het op één na hoogste aandeel binnen de OESO. (OECD, 2019)

Voor een volledige beschrijving van de context van de Belgische GGZ, zie Hoofdstuk 1 van het wetenschappelijk rapport: "Detollenaere J, Cornelis J, Devriese S, Mistiaen P, Ricour C. *Description of the Belgian mental health care within the general health care organisation.*"

^c Berekend op basis van de verpleegdagprijs in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische dagziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en beschut wonen.



3. PREVALENTIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN IN BELGIË

3.1. Inleiding

Om tot een performante GGZ te komen, moeten de beleidsmakers van een land inzicht hebben in de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen, hun ernst en verloop, de zorgbehoeften en het zorgaanbod en –gebruik en de bereikte resultaten.

In ons land werden de eerste grote studies naar de **prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen en het gebruik** van GGZ in het begin van deze eeuw uitgevoerd. De twee belangrijkste zijn het Belgische deel van de 'European Study of the Epidemiology of Mental Disorders' (ESEMeD) en de Gezondheidsenquête van Sciensano. In beide studies werd een verschillende benadering gebruikt, maar ze wijzen allebei op een hoge prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen in België. (Bruffaerts *et al.*, 2008; Buziarsist *et al.*, 2001)

3.2. Prevalentie

De ESEMeD studie dateert reeds van 2001, en biedt dus geen inzicht in de actuele prevalentie. Daarom beperken we ons hier tot de meer recente Belgische Gezondheidsenquête (Health Interview Survey-HIS) van 2013.^d

In de Belgische Gezondheidsenquête van 2013 rapporteerde één op de drie personen van 15 jaar en ouder te maken te hebben met psychische problemen en 18% heeft een reële kans op een psychische aandoening. (Gisle, 2014) Wanneer gepeild wordt naar specifieke problemen, dan kampt ongeveer 10% met angststoornissen, vertoont bijna 15% tekenen van depressie, heeft bijna 30% slaapproblemen, vertoont meer dan 8% tekenen van een eetstoornis en kampt meer dan 10% met een problematisch alcoholgebruik. Daarnaast meldde 5% dat ze in de afgelopen

12 maanden zelfdoding ernstig had overwogen, en 0,4% zei het daadwerkelijk te hebben geprobeerd. Deze cijfers lagen allemaal hoger in vergelijking met de voorgaande Gezondheidsenquêtes. Verschillende verklaringen voor deze toename kunnen zijn dat er effectief meer mensen met geestelijke gezondheidsproblemen zijn, dat problemen nu gemakkelijker kunnen worden geuit, of door conjuncturele veranderingen. Over het algemeen rapporteerden inwoners van Brussel en Wallonië meer geestelijke gezondheidsproblemen dan inwoners van Vlaanderen.

De gezondheidsenquête belicht ook nog het gebruik van psychofarmaca: in 2013 gaf 16% van de onderzoekspopulatie aan psychofarmaca te hebben gebruikt in de 2 weken voorafgaande aan de enquête (meer specifiek rapporteerde 13% het gebruik van tranquillizers of slaapmedicatie en 8% van antidepressiva).

3.3. Discussie

Belangrijk te vermelden is dat de HIS-data zelf gerapporteerde data betreffen en reeds zes jaar oud zijn. Een belangrijk limitatie van zelf-gerapporteerde data is dat dit een overschatting van geestelijke gezondheidsproblemen kan tonen. Een hogere prevalentie duidt daarom dus niet rechtstreeks op meer gezondheidsproblemen.

Er kunnen dan ook geen conclusies getrokken worden over de werkelijke en actuele prevalentie van gediagnosticeerde geestelijke gezondheidsproblemen, noch van de zorgbehoeftes.

Voor een volledige beschrijving van de methoden en resultaten van de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen, zie Hoofdstuk 2 van het wetenschappelijk rapport: "Detollenaere J, Gisle L, Mistiaen P. *Prevalence of mental health problems*" en Hoofdstuk 3 "Detollenaere J, Bruffaerts R, Gisle L, Mistiaen P. *Comparability of ESeMED and HIS*".

^d Op het moment van publicatie van dit onderzoek waren de meest recente resultaten van de Belgische Gezondheidsenquête van 2018 nog niet beschikbaar. Publicatie van de resultaten rond GGZ was slechts voorzien voor november 2019.



4. BESCHRIJVING VAN INTERNATIONALE KADERS INZAKE GGZ

4.1. Inleiding

De organisatie van een performante GGZ is wereldwijd een uitdaging. De Algemene Vergadering van de Verenigde Naties verklaart dat '*mental health problems are of major importance to all societies and are significant contributors to the burden of disease and the loss of quality of life, and have a huge economic and social cost*'. (United Nations, 2010) Daarom ontwikkelden internationale gezaghebbende organisaties kaders met richtlijnen voor de GGZ-organisatie.

De Belgische overheid haalde reeds tien jaar geleden inspiratie uit deze internationale kaders om de Belgische GGZ-hervorming uit te werken. Eerdere KCE-rapporten analyseerden aspecten van de GGZ voor volwassenen in ons land (Ces *et al.*, 2009; Eyssen *et al.*, 2010; Kohn *et al.*, 2016; Leys *et al.*, 2010; Schmitz *et al.*, 2010), maar bevatten geen omschrijving van deze kaders of een vergelijking met de Belgische situatie. Het doel van dit deel van het onderzoek was om recente beleidsdocumenten van internationale organisaties te analyseren, om inzicht te krijgen in de huidige internationale kaders, en om na te gaan in hoeverre de Belgische GGZ-organisatie ermee in lijn is.

4.2. Hoe gingen we te werk?

We bestudeerden de documenten rond de organisatie van de GGZ, en raadpleegden de websites van de volgende organisaties:

- de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en haar Regionaal Bureau voor Europa
- de Europese Unie (EU)
- de Verenigde Naties (VN)
- de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)

4.3. Resultaten

4.3.1. WGO actieplan voor GGZ 2013-2020

In 2013 publiceerde de WGO het actieplan 2013-2020 voor de geestelijke gezondheid, als leidraad voor actieplannen op nationaal niveau. (Organisation mondiale de la Santé, 2013) De algemene bedoeling was het mentaal welzijn bevorderen, geestelijke gezondheidsproblemen voorkomen, zorg verlenen, herstel verbeteren, respecteren van de mensenrechten, en verminderen van mortaliteit, morbiditeit en invaliditeit bij personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Belangrijke doelstellingen werden uitgewerkt die elke lidstaat tegen 2020 zou moeten bereiken. Ze hebben betrekking op beheer, diensten, preventie en promotie, en op informatiesystemen, wetenschappelijk bewijs en onderzoek.

4.3.2. Actieplan van het Regionaal Bureau voor Europa van de WGO voor 2013-2020

In 2015 lanceerde het Regionaal Bureau voor Europa van de WGO het Europees actieplan 2013-2020. (Organisation Mondiale de la Santé Comité régional de l'Europe, 2013) Hierin werden de belangrijkste uitdagingen voor de geestelijke gezondheid van de bevolking van de Europese lidstaten opgesomd.

De 7 hieruit voortvloeiende doelstellingen en de beoogde resultaten worden weergegeven in Tabel 1.



Tabel 1 – Doelstellingen en beoogde resultaten van het WGO/Europa Actieplan 2013-2020

Doelstellingen	Beoogde resultaten
Doelstelling 1. Iedereen heeft gelijke kansen op mentaal welzijn doorheen het hele leven, vooral degenen die het meest kwetsbaar zijn of risico lopen	<ul style="list-style-type: none">• (a) meer bewustwording van geestelijk welzijn en factoren die het welzijn in levensstijl, in het gezin, op het werk, in scholen en kinderopvang, in de gemeenschap en in de samenleving in het algemeen ondersteunen;• (b) meer steun voor de behoeften aan GGZ in de prenatale en postnatale zorg, waaronder screening op huiselijk geweld en alcoholmisbruik;• (c) meer capaciteit in de eerste lijn voor een betere promotie, preventie en vroegtijdige herkenning van geestelijke gezondheidsproblemen en een laagdrempelige psychologische ondersteuning;• (d) meer werkhervatting door mensen met geestelijke gezondheidsproblemen;• (e) minder zelfdodingen;• (f) instrumenten en determinanten voor het meten van welzijn (naast het meten van geestelijke gezondheidsproblemen) gedurende het gehele leven.
Doelstelling 2. Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen zijn burgers van wie de mensenrechten volledig worden gewaardeerd, gerespecteerd en gepromoot	<ul style="list-style-type: none">• (a) alle mensenrechten en bescherming tegen discriminatie worden gewaarborgd voor mensen met psychische problemen;• (b) mensen met psychische problemen hebben opportunities zoals alle burgers, op vlak van o.a. werkgelegenheid, huisvesting en onderwijs, en daarbij worden de vereiste aanpassingen omwille van een eventuele handicap uitgevoerd;• (c) mensen die onvrijwillige zorg en/of behandeling krijgen, krijgen gratis informatie en juridisch advies.
Doelstelling 3. De GGZ-diensten zijn toegankelijk, competent en betaalbaar, en zijn beschikbaar in de gemeenschap, naargelang de behoeften	<ul style="list-style-type: none">• (a) de GGZ-diensten moeten een (normaal) leven in de samenleving vergemakkelijken en omvatten een spectrum van zorg, met inbegrip van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en generieke diensten;• (b) de eerstelijnszorg waarborgt een correcte vroege diagnose, behandeling en doorverwijzing voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen;• (c) de gemeenschapgerichte GGZ is toegankelijk voor alle groepen van de bevolking;• (d) de grote instellingen, geassocieerd met verwaarlozing en misbruik, worden gesloten;• (e) de ziekenhuiszorg is therapeutisch en biedt een scala aan behandelingen, zorg en ondersteuning op maat van de individuele behoeften, i.p.v. alleen personen op te sluiten;• (f) de GGZ wordt verleend in degelijke settings;• (g) de GGZ-diensten bieden passende zorg aan verschillende leeftijdsgroepen;• (h) de gezinscapaciteit en -behoeften worden regelmatig beoordeeld, en er wordt aan de gezinsleden vorming en ondersteuning aangeboden;• (i) er is een voldoende ingevuld multidisciplinair personeelsbestand;• (j) de GGZ is toegankelijk zonder oneerlijke financiële belemmeringen.



Doelstellingen	Beoogde resultaten
<p>Doelstelling 4. Mensen hebben recht op een respectvolle, veilige en effectieve behandeling</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (a) alle GGZ-behandelingen, zowel medisch, sociaal als psychologisch zijn therapeutisch en respecteren de waardigheid en voorkeuren van de patiënten en hun familie; • (b) doeltreffende behandelingen worden beschikbaar gesteld op basis van hun efficiëntie en billijkheid; • (c) het personeel is voldoende gekwalificeerd en bekwaam, en in staat om een hoog moreel te behouden; • (d) een internationale samenwerking tussen overheden en professionele stakeholders wordt georganiseerd om vormingen, competenties en zorgstandaarden te benchmarken.
<p>Doelstelling 5. Gezondheidssystemen bieden een goede lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg voor iedereen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (a) mensen met geestelijke gezondheidsproblemen hebben een gelijkaardige levensverwachting als de algemene bevolking van dezelfde leeftijd/geslacht; • (b) de toegang door mensen met geestelijke gezondheidsproblemen tot lichamelijke gezondheidszorgdiensten, zoals voor hart- en vaatziekten, diabetes, kanker en mondzorg, en de zorgkwaliteit die zij krijgen, is gelijk aan de toegang voor de algemene bevolking; • (c) geestelijke gezondheidsproblemen bij mensen met lichamelijke aandoeningen worden herkend en adequaat behandeld.
<p>Doelstelling 6. GGZ-systemen werken in een goed gecoördineerd partnerschap met andere sectoren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (a) mensen met geestelijke gezondheidsproblemen krijgen de voordelen en diensten waarop zij recht hebben; • (b) patiënten kunnen toegang krijgen tot zorg, met inbegrip van gespecialiseerde diensten, d.m.v. een geïntegreerde beoordelingsprocedure; • (c) de financieringssystemen bevatten prikkel voor een efficiënt manier van werken; • (d) de expertise van patiënten en hun familie wordt gebruikt om middelen toe te wijzen voor hun zorg.
<p>Doelstelling 7. Het beheer en het leveren van GGZ gebeurt op basis van goede informatie en kennis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (a) sets van resultaatsindicatoren die relevant zijn voor de behoeften van de doelgroep, worden geselecteerd; • (b) kwaliteit en veiligheid worden onafhankelijk gecontroleerd, en patiënten en hun familie worden daarbij betrokken; • (c) onderzoek wordt internationaal gecoördineerd en verspreid; • (d) personeelsaantallen, de verdeling en de onderbouwing ervan zijn gekend; • (e) de definities van de terminologie zijn internationaal overeengekomen.



4.3.3. EU Joint Action over GGZ en Welzijn 2016

In het kader van haar derde EU-gezondheidsprogramma (2013-2016) lanceerde de Europese Commissie een gezamenlijke actie op het gebied van geestelijke gezondheid en welzijn, om bij te dragen tot de bevordering van geestelijke gezondheid en welzijn, de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen en de verbetering van de zorg en sociale inclusie van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen in Europa. Het belangrijkste doel was daarbij de ontwikkeling van een kader voor het geestelijke gezondheidsbeleid op Europees niveau. (EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016)

4.3.4. OESO evaluatie van de impact van geestelijke gezondheidsproblemen in de lidstaten

In 2013 analyseerde de OESO de sociale en economische impact van de geestelijke gezondheidsproblemen in de OESO-landen. (Hewlett and Moran, 2014) Het rapport formuleerde de volgende aanbevelingen voor het GGZ-beleid:

- Verbeter de meting van de zorg en de GGZ-systemen;
- Voer meer innovatieve evidence-based behandelingen uit, zoals psychologische interventies en e-Mental Health. Dit zal de toegang tot de behandeling van milde tot matige aandoeningen verlagen;
- Geef de voorkeur aan effectieve behandelingen. Dit zal de prijs-kwaliteitsverhouding doen toenemen, aangezien de mensen met een geestelijk gezondheidsprobleem weer sneller aan het werk zullen gaan;
- De keuze voor bepaalde diensten moet worden ingegeven door de doeltreffendheid van de behandeling, i.p.v. door de historische of maatschappelijke trends in de GGZ;
- Laat de eerstelijnszorg een grotere rol spelen bij het verbeteren van de geestelijke gezondheid;
- Versterk de zorg voor milde tot matige aandoeningen door de eerste lijn door vormingen te voorzien voor huisartsen, het bevorderen van de

samenwerking met de gespecialiseerde diensten, het ontwikkelen van klinische richtlijnen en het geven van financiële prikkels;

- Laat de eerste lijn een grotere coördinerende rol spelen, zodat men komt tot een meer geïntegreerde zorg voor ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.
- Ontwikkel conceptuele kaders en meetinstrumenten en leg daarmee de te behalen resultaten vast. Deze moeten ook worden gebruikt om diensten op te volgen en te benchmarken.
- Het registreren van gegevens moet onderdeel uitmaken van de overeenkomsten met de zorgverleners en de betalingssystemen, om het beleid te definiëren en de te bereiken doelstellingen op te volgen.
- Maak meer uitgebreid gebruik van betalingssystemen om de aanbieders aan te zetten tot gewenst gedrag en het bereiken van goede resultaten.

4.3.5. Situatie van België op basis van de enquêtes van internationale organisaties

De 'Mental health ATLAS 2017-Belgium profile' is een overzicht van de gegevens, verzameld door de WGO in het kader van de tweede ATLAS-enquête over geestelijke gezondheid. Voor België zijn de gegevens over het GGZ-beleid volledig beschikbaar, maar de gegevens over de middelen voor GGZ werden slechts deels doorgegeven. Zo werd het aantal voorzieningen en bedden en het jaarlijkse opnamepercentage gerapporteerd, maar gegevens over ambulante zorg helemaal niet. (World Health Organisation, 2017)

De 'EU compass group' publiceert elk jaar goede praktijken van de lidstaten over een specifiek thema. In 2018 was het onderwerp de 'community-based mental health service'. (European Union, 2018) De hervorming van de GGZ in België werd daarbij aangehaald als een voorbeeld van een goede praktijk. De betrokkenheid van patiënten en familieleden wordt als een facilitator en een bottom-up benadering gezien. Anderzijds vond men dat de hervormingen traag verlopen. (European Union,



2018). De WGO presenteerde in 2018 de GGZ-hervorming in België als een voorbeeld van goede praktijk. (Borgermans *et al.*, 2018)

De **'UN 2017 voluntary national review of the high-level political forum on sustainable development'** geeft een algemeen overzicht van de gezondheid en het welzijn van de Belgische bevolking. Voor de GGZ rapporteren de Belgische autoriteiten dat België is overgestapt van traditionele, grote psychiatrische instellingen naar een modern, inclusief meer gemeenschapsgericht zorgsysteem. (United Nations High Level Political Forum, 2017)

4.4. De Belgische artikel 107 hervorming in het licht van de internationale kaders

Zoals reeds gemeld is het doel van de artikel 107 - hervorming om te komen tot een meer 'gemeenschapsgerichte' GGZ. Sommige concepten in de internationale kaders worden gebruikt in de Belgische artikel 107 hervorming zoals gemeenschapsgerichte zorg, een herstelgerichte aanpak en een sociaal inclusieve benadering. Anderzijds, komt het aspect preventie, dat in internationale kaders ook wordt aangebracht, minder aan bod in de 107-hervorming, maar dit komt dan wel weer aan bod in de beleidsplannen van de gefedereerde entiteiten van Vlaanderen en Wallonië.

Positief is ook dat het Vlaams plan voor GGZ overeenkomsten vertoont met internationale kaders, omdat het empowerment van patiënten aanmoedigt door ervaringsdeskundigen te betrekken. Daarnaast besteedt het ook aandacht aan preventie, de-stigmatisering, uitgebreide en geïntegreerde GGZ met een hoge mate van interprofessionele samenwerking, een multisectoriële aanpak en een toegankelijke en betaalbare GGZ. Op het moment van schrijven van dit rapport waren de Waalse en Brusselse beleidsplannen nog volop in ontwikkeling.

4.5. Discussie en conclusies

De Belgische hervorming van de organisatie voor geestelijke gezondheidszorg deelt doelstellingen met die van de internationale kaders zoals de multisectoriële benadering en gemeenschapsgerichte zorg.

Maar een beperking is dat hoewel de internationale aanbevelingen gedragen worden door toonaangevende organisaties, het niet altijd duidelijk is wat de mate en hardheid van de evidentie is waarop de aanbevelingen zijn gebouwd.

Voor een volledige beschrijving van de methoden en resultaten m.b.t. de internationale GGZ-kaders, zie Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport: "Ricour C, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Mistiaen P. *International frameworks for mental health service organisation*".



5. AANBOD VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË

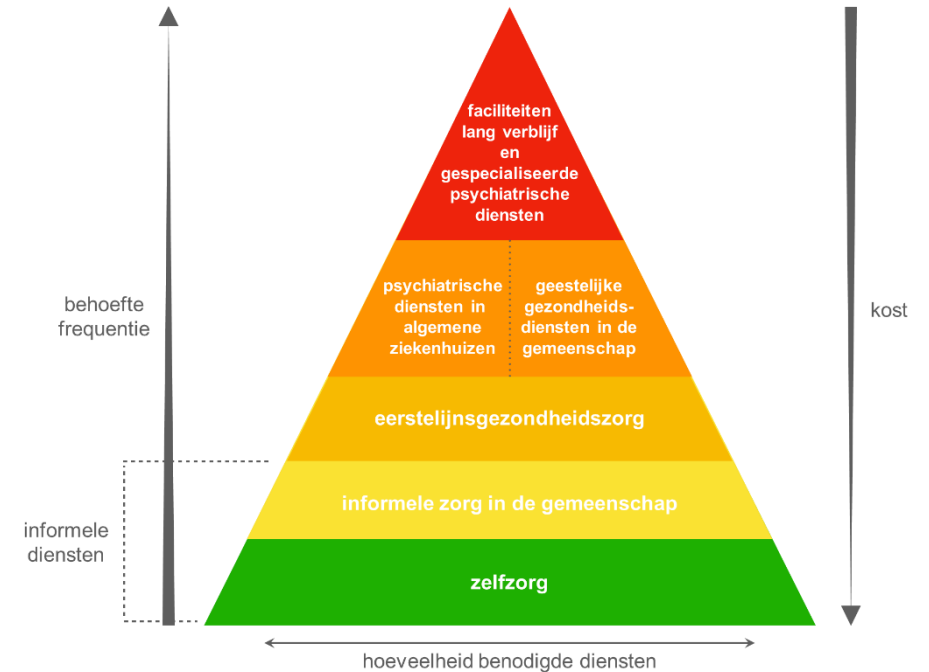
5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het **huidige aanbod** en de **organisatie** van de Belgische GGZ geschetst, om meer inzicht te krijgen in leemtes en overlappingsen.

Volgens de WGO omvat GGZ niet alleen de promotie van geestelijke gezondheid, preventie en behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen, maar ook de aanpak van aanverwante problemen zoals huisvesting en tewerkstelling. Het zorgaanbod is dan ook ruimer dan psychiatrische ziekenhuizen of ambulante centra voor GGZ.

In zijn piramide-model (Figuur 2) (World Health Organisation, 2007)^e die een optimale mix van diensten voor GGZ voorstelt, pleit de WGO voor een uitgebreid zorgaanbod, met de nadruk op vroege detectie en een brede beschikbaarheid van laagdrempelige, gemeenschapsgerichte ondersteuning. De GGZ wordt daarbij onderverdeeld in verschillende niveaus, gaande van zelfzorg tot zeer gespecialiseerde diensten:

Figuur 2 – Piramide met een optimale mix van diensten voor GGZ (WGO)



^e https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf



5.2. Hoe gingen we te werk?

Voor informatie over de klassieke psychiatrische instellingen baseerden we ons op de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG). Daarnaast raadpleegden we de wetteksten en de websites van de bevoegde administraties.

Voor de andere diensten met een vorm van overheidsfinanciering raadpleegden we de websites van de bevoegde instanties en vroegen we, indien nodig, om bijkomende informatie.

Ook werden websites en jaarverslagen van de netwerken en platforms voor GGZ en overkoepelende verenigingen van zorgverleners geraadpleegd. We contacteerden zorgverleners via email of telefoon.

Al deze verkregen informatie werd ingedeeld volgens de WGO-piramide, hoewel het niet altijd eenvoudig was om bepaalde diensten aan één enkel niveau toe te wijzen^f. Naast de diensten opgenomen in de WGO piramide geven we een overzicht van de overkoepelende netwerken of coördinatie organen.

We beperkten ons hierbij tot het GGZ-aanbod voor volwassenen en tot de jaren 2017 en 2018.

^f In de top van de WGO-piramide bevinden zich zowel de gespecialiseerde psychiatrische diensten alsook de voorzieningen voor lang verblijf, terwijl in de laag eronder zich de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen bevinden. Daarom waren we genoodzaakt sommige voorzieningen arbitrair aan een niveau toe te wijzen. Bovendien verlenen sommige zorgorganisaties diensten op meerdere niveaus van de piramide, zoals de psychiatrische ziekenhuizen die naast hun residentiele behandelingen ook ambulante behandelingen aanbieden in hun polikliniek en beschikken over mobiele teams voor behandeling aan huis.

5.3. Resultaten

In het algemeen stelden we vast dat er geen enkele bron bestaat die een totaaloverzicht geeft van alle GGZ-voorzieningen, wat het moeilijk maakte om de gewenste gegevens te vinden en/of er toegang toe te krijgen. Er is een groot gebrek aan informatie over wie welke diensten aanbiedt, welke resultaten er worden bereikt, en of en hoe de verschillende GGZ-aanbieders elkaar overlappen. Daardoor is het overzicht hieronder niet uitputtend.

Tevens zou het wenselijk zijn dat toekomstig onderzoek inzet op functieverduidelijking, de rolopvatting en precieze roluitvoering van alle actoren op het GGZ-terrein.⁹

5.3.1. Informele maatschappelijke zorg

Patiëntenverenigingen

De Vlaamse patiëntenvereniging UilenSpiegel en Psytoyens, de Waalse Federatie voor patiëntenverenigingen, stelden in 2017 via een enquête vast dat er meer dan 15 patiëntenverenigingen voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen waren, met verschillende soorten activiteiten. Hun hoofddoel is om bij te dragen tot het welzijn van de betrokkenen en hun naasten, door het opzetten van verschillende projecten van ondersteuning,

⁹ In de afgelopen maanden hebben verschillende actoren 'memoranda' gepubliceerd waarin zij hun visie geven op (hun rol in) de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in België (onder meer (CRéSaM *et al.*, 2019; Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen, 2019; Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, 2019; Overlegorgaan Volwassenen Psy 107, 2019; Santé Mentale et Exclusion Sociale – Belgique / Geestelijke Gezondheid en Sociale Uitsluiting – België, 2019; Santhea, 2019; Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg, 2019; Zorgnet-Icuro, 2019)). Het zou interessant kunnen zijn om de verschillende visies die weergegeven worden in die documenten naast elkaar te leggen en te vergelijken met de door ons opgedane bevindingen in deze studie.



wederzijdse hulp en informatie. Alle 15 zijn ook lid van de artikel 107 netwerken^h.

Maatschappelijke diensten met een direct verband met GGZ

Veel organisaties verlenen zorg die niet wordt omschreven als GGZ, maar die er wel mee samenhangt, zoals werkgelegenheidssteuning, (zoeken naar) huisvesting, financieel advies, hulp bij sociale problemen, enz. Typische voorbeelden zijn het OCMW, VDAB, ACTIRIS, RVA, sociale huisvestingsmaatschappijen, diensten voor maatschappelijk werk van de mutualiteiten, lokale overheden, zoals gemeenten, enz. Meer dan 160 organisaties zijn op die manier lid van de artikel 107 netwerken.

Ook de niet-geaccrediteerde huisvestingsstructuren, ook wel 'piratenhuizen' genoemd (Wallonië en Brussel), kunnen hier worden gesitueerd: ze bieden huisvesting aan mensen met soms geestelijke gezondheidsproblemen, die moeilijk zelfstandig kunnen leven.

5.3.2. Eerstelijnszorg

In de eerstelijnszorg zijn **de huisartsen een van de belangrijkste actoren**. Zij zijn vaak het eerste contactpunt bij gezondheidsproblemen. Ongeveer 30% van de Belgen met geestelijke gezondheidsproblemen zoekt professionele ondersteuning; 30% daarvan raadpleegt een huisarts en 43% contacteert een huisarts én een psychiater. (Alonso *et al.*, 2002; Alonso *et al.*, 2004) Dit houdt in dat huisartsen in meer dan zeven op de tien gevallen betrokken zijn bij de detectie, diagnose of behandeling van personen met geestelijke gezondheidsproblemen. (De Lepeleire, 2010)

Hiernaast zijn er ook **wijkgezondheidscentra**. Deze centra bestaan uit een multidisciplinair team dat eerstelijnsgezondheidszorg verleent en dat gezondheid en preventie holistisch benadert (vanuit lichamelijk,

psychologisch en sociaal oogpunt). Het multidisciplinaire team omvat tenminste twee huisartsen, een verpleegkundige, een kinesitherapeut en vaak ook een psycholoog. De mate waarin wijkgezondheidscentra betrokken zijn bij geestelijke gezondheidsproblemen is echter niet bekend.

Verder zijn er de **11 Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) met tientallen antennes**, maar dit enkel in Vlaanderen en Brussel (Nederlandstalige dienstverlening). Een CAW-team is multidisciplinair, en bestaat o.a. uit maatschappelijk werkers, psychologen, opvoeders, sociologen en pedagogen. Mensen kunnen naar een CAW gaan voor een brede waaier van problemen, o.a. op gebied van welzijn, gezondheid, relatie en familie, administratie en financiën, geweld en misbruik, werk, vrije tijd, enz. Het CAW biedt soms ook beveiligde opvang aan en heeft een telefonische hulplijn, nl. 'Tele-onthaal'. In 2017 kreeg deze lijn bijna 123.000 oproepen.

In 2015 vroegen meer dan 96.000 personen hulp aan een CAW. Hiervan maakten 27.000 gebruik van de 'begeleidingsfunctie'. Eén kwart van deze laatste groep had geestelijke gezondheidsproblemen.

In Franstalig Brussel en Wallonië worden dezelfde diensten aangeboden via **een groot aantal verschillende structuren**: centra voor gezinsplanning, hulplijnen, hulp aan mishandelde personen, prostituees en genderidentiteit, enz. Negen '**Relais de santé**' bieden zorgtoegang: de helft van de zorgvragers kampt met geestelijke gezondheidsproblemen zoals drugs- of alcoholgebruik of depressie.

Ten slotte zijn er ook een aantal diensten die GGZ niet als belangrijkste taak hebben en die zelfs buiten de sector van de gezondheidszorg vallen. Ze bieden ook tot op zekere hoogte hulp, doordat er GGZ-professionals deel uitmaken van hun teams. Het gaat om organisaties die bijstand verlenen aan personen met een handicap, aan procederende partijen, aan slachtoffers en aan mensen die huisvesting nodig hebben. Ze worden door

^h In de huidige hervormingen in België wordt veel aandacht besteed aan de inbreng van patiënt-ervaringsdeskundigen en familie, en worden ze betrokken in overlegorganen.
(<http://www.psy107.be/images/Activiteitenrapport%202017.pdf>)



uiteenlopende instanties gefinancierd, en het is niet duidelijk in welke mate zij beschouwd kunnen worden als aanbieders van GGZ, en hoe vaak zij door personen met geestelijke gezondheidsproblemen worden geraadpleegd.

5.3.3. GGZ-diensten in de maatschappij en psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen

Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)/Services de santé mentale (SSM) bestaan uit een multidisciplinair team (minimaal een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een onthaal) dat ambulante gespecialiseerde zorg verleent. Deze zorg bestaat uit screening, vroege detectie en behandeling. Ze vallen onder de gefedereerde bevoegdheden: er zijn er 20 in Vlaanderen, 27 in Brussel (5 voor de Franse Gemeenschapscommissie van Brussel - COCOF, 22 voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel - GGC) en 65 in Wallonië. Er is ook 1 centrum in de Duitse gemeenschap. In totaal helpen de CGG/SSM elk jaar 70.000 nieuwe personen.

Er zijn ook verschillende soorten **mobiele teams die GGZ** verlenen:

- De teams '**psychiatrische zorg in de thuissituatie**' (**PZT**)/'**Service Psychiatrique d'Aide à Domicile**' (**SPAD**) zijn structureel gekoppeld aan de initiatieven van Beschut wonen (zie verder). Hun belangrijkste taken zijn
 - coaching van zorgverleners uit de eerstelijnszorg
 - coördineren van de actoren rondom de patiënten
 - bieden van directe ondersteuning aan patiënten in hun thuisomgeving.
- In 2016 waren er 44 teams, sommige daarvan zijn nu opgenomen in de mobiele teams van artikel 107.
- De **artikel 107 mobiele teams 2a en 2b**: er zijn twee soorten mobiele teams voor volwassenen: een crisisteam voor mensen met acute geestelijke gezondheidsproblemen (2a) en een team voor mensen met ernstige langdurige geestelijke gezondheidsproblemen (2b). De teams zijn multidisciplinair en verlenen zorg in de omgeving van de persoon,

tijdens een crisisperiode of continu. Hun hulp kan door de betrokkene zelf, door een familielid of door een zorgverlener worden ingeroepen. Bij de oprichting van de teams werd geschat dat België ongeveer 93 mobiele teams nodig had, met 976 VTE. In 2017 was hiervan 56% aangeworven. Het is de bedoeling om in 2019, 809 VTE voor mobiele teams vrijgemaakt te hebben. (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2019)

In 2016 hielpen de 2a-teams meer dan 6700, en de 2b-teams meer dan 6300 personen. Deze teams worden gefinancierd vanuit het Budget Financiële Middelen van de psychiatrische ziekenhuizen.

- Daarnaast zijn er **5 mobiele zorgteams voor (ex)geïnterneerden**. Zij moeten ook GGZ verlenen in de leefomgeving, de reïntegratie voorbereiden in de maatschappij, een terugkeer naar de gevangenis voorkomen en de zorgcontinuïteit verzekeren.
- In Wallonië en Brussel zijn er **9 mobiele interventieteams** (Cellule mobile d'intervention - CMI) die de naasten begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking en een geestelijk gezondheidsprobleem.

Belangrijke voorzieningen zijn de **Initiatieven Beschut wonen (IBW)/Initiatives Habitation Protégée (IHP)**. Zij verlenen zorg aan volwassenen die werden ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis en die ondersteuning nodig hebben bij het zelfstandig wonen. In 2017 waren er in Wallonië 27 IBW met bijna 800 plaatsen (waarvan 1 IBW in de Duitse gemeenschap), 18 IBW met 560 plaatsen in Brussel en 43 IBW met bijna 3000 plaatsen in Vlaanderen.

Er zijn ook verschillende '**dagopvang**'-initiatieven die afhangen van psychiatrische of algemene ziekenhuizen, van Initiatieven Beschut Wonen, of van therapeutische gemeenschappen. Er ontbreken echter nauwkeurige gegevens over het aantal patiënten en de soorten interventies.

Daarnaast zijn er de **Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)/Maisons de soins psychiatriques (MSP)**. Zij verlenen residentiële zorg aan personen met een stabiele, langdurige psychiatrische aandoening en aan personen met een verstandelijke beperking die permanente zorg of



toezicht nodig hebben. In 2017 waren er in gans België 40 psychiatrische verzorgingstehuizen met in totaal ruim 2900 plaatsen.

Verder bestaan er 67 zogenaamde '**Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten**'/ **Etablissements de rééducation troubles mentaux adultes**'. Er zijn twee types: het ene biedt specifieke programma's van beperkte duur aan, die complementair zijn aan andere psychiatrische behandelingen, het andere richt zich op verslavingsproblemen.

En dan zijn er ook de **Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR)**/ **les Centres de Rééducation Ambulatoire (CRA)**, die vooral bedoeld zijn voor kinderen en adolescenten.

Daarnaast zijn er talrijke diensten voor mensen met een verslaving en diensten die psychologische ondersteuning bieden aan migranten. Er zijn ook veel initiatieven ter preventie van zelfmoord.

Ten slotte hebben vele psychiaters, psychologen of psychotherapeuten een **ambulante privé- of ziekenhuispraktijk**. Een aantal van deze zorgverleners werkt samen in poliklinieken of particuliere multidisciplinaire centra. Er bestaan geen gegevens over het aantal praktijken van GGZ-professionals, het aantal personen dat zij zien of het soort interventies dat ze doen. We weten wel dat er in 2015 1 930 psychiaters en 12 000 geregistreerde psychologen waren (waarvan 5 775 zelfstandige psychologen).

Er zijn ook zorgverleners **in dienst van overheidsinstellingen of bedrijven**, o.m. in de interne preventiediensten om medewerkers te ondersteunen bij traumatiserende situaties.

Psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ)/ Services psychiatriques d'hôpital général (SPHG) bieden een kortdurende behandeling in het ziekenhuis. Het voordeel is de lagere drempel in vergelijking met psychiatrische ziekenhuizen (de-stigmatisatie), de onmiddellijke toegankelijkheid tot lichamelijke zorg en de behandelvisie 'kort verblijf'. Sommige algemene ziekenhuizen met een PAAZ hebben ook een eenheid voor psychiatrische noodinterventies. Er zijn 72 algemene ziekenhuizen met een PAAZ met in totaal 3 421 bedden (A- en T-bedden). In 2013 waren ze goed voor meer dan 48 000 zorgperiodes.

5.3.4. Voorzieningen voor lang verblijf en gespecialiseerde afdelingen

Psychiatrische ziekenhuizen (PZ) / Hôpitaux psychiatriques (HP) behandelen patiënten met ernstige psychiatrische problemen. Naast een volledige hospitalisatie kan een psychiatrisch ziekenhuis ook dagopvang (dagziekenhuizen) en, minder vaak, nachtopvang aanbiedenⁱ. Er zijn verschillende soorten afdelingen:

- neuropsychiatrische observatie- en behandel eenheden ('A-bedden') voor volwassenen die een dringende interventie nodig hebben;
- neuropsychiatrische behandel eenheden ('T-bedden') concentreren zich op sociale revalidatie;
- intensieve behandel eenheden ('IB-bedden') behandelen sterk verstoord gedrag en agressieve personen; en
- psychogeriatrische afdelingen ('S-Bedden') zijn er voor psychogeriatrische stoornissen waarbij er een diagnose en/of een behandeling van psychiatrische en somatische aard nodig is.
- De PZ geven eveneens multidisciplinaire ondersteuning en doen aan gezinsplaatsing ('TFB-bedden') in gevallen waarbij alleen de psychologische en sociale stabiliteit kan worden gehandhaafd als

ⁱ In deze sectie wordt gefocust op de residentiële behandelcapaciteit van de psychiatrische ziekenhuizen. Daarnaast bieden psychiatrische ziekenhuizen ook ambulante behandelingen en consultaties.



permanente zorg wordt verleend door een pleeggezin en therapeutische begeleiding door een multidisciplinair team.

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn in de loop der jaren tal van zeer gespecialiseerde afdelingen ontstaan, waardoor de bovenstaande omschrijving van het soort bedden hierboven niet meer adequaat de reële situatie dekt.

Op 1 januari 2019 waren er in België 60 psychiatrische ziekenhuizen (waarvan sommige ziekenhuizen meerdere campussen bezitten), met in totaal meer dan 13 800 erkende bedden voor volwassenen. A- en T-bedden vormen de meerderheid van de beschikbare bedden (respectievelijk 36,8% en 35,7%).

Naast deze psychiatrische ziekenhuizen zijn er speciale voorzieningen voor gedetineerden met geestelijke gezondheidsproblemen, zoals psychiatrische afdelingen in gevangenissen en forensische psychiatrische centra.

5.3.5. Geestelijke gezondheidszorg online

Online GGZ, of 'E-mental health care' is een vrij recente vorm van zorg, en is dan ook niet gemakkelijk onder te brengen in de WGO-piramide.

'E-mental health care' kan worden gedefinieerd als 'het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) ter ondersteuning en verbetering van de GGZ'. (Online-Hulpverlening.be, 2018) E-mental health care kan gebruikt worden voor preventie, diagnose, advies, behandeling, follow-up en langdurige hulp. Ze is geschikt voor verschillende doelgroepen (bv. verslavingsproblemen) en kan worden gegeven naast persoonlijke therapie. De gebruikte tools kunnen variëren van interactieve websites tot mobiele toepassingen, van online counseling tot zelfhulpprogramma's, enz.

In Vlaanderen wordt momenteel een coherent beleid en financieringskader voor online GGZ uitgewerkt, zoals aangekondigd in het Vlaams actieplan voor geestelijke gezondheid. De Vlaamse overheid financiert verschillende websites (<https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/hulp-zoeken>, <http://www.alcoholhulp.be>, <http://www.depressiehulp.be>, ...) van erkende, voornamelijk ambulante, GGZ-voorzieningen. In Franstalig België worden sommige initiatieven ondersteund door de COCOF (Brussel) en Wallonië,

zoals de site <http://www.aide-alcool.be>, die online hulp verleent bij alcoholverslaving.

E-mental health toepassingen worden ook ontwikkeld door een aantal psychologen of psychotherapeuten, die online consulten/begeleiding aanbieden.

5.3.6. Netwerken en verenigingen voor GGZ

Naast voorzieningen voor GGZ, zijn er organisaties die deze zorg coördineren, een platform vormen voor de netwerken van zorgverleners of die hen samenbrengen in verenigingen.

Eén soort netwerken kreeg de afgelopen jaren veel aandacht, omdat het de kern vormt van de GGZ-hervorming: de **artikel 107-netwerken** (zie ook sectie 2.2). De deelnemers aan deze netwerken moeten zorg verlenen die is gebaseerd op de behoeften van de betrokkene en verleend in zijn leefomgeving, met het oog op herstel. Het is de bedoeling dat alle relevante hulp- en zorgverleners (de sector van de GGZ, gezondheidszorg, sociale hulp, justitie, patiëntenverenigingen enz.) in die regio deel uitmaken van dat netwerk. Doel is om zo de ziekenhuisverblijven in te korten. De netwerken, die geografisch verspreid zijn over het land, moeten inspelen op de specifieke GGZ-behoeften van hun regio.

De 20 artikel 107 netwerken (7 in Wallonië, 1 in Brussel en 12 in Vlaanderen) dekken het volledige Belgische grondgebied, en moeten de volgende 5 functies vervullen:

- Functie 1: preventie, GGZ-promotie, vroegdetectie en vroeginterventie
- Functie 2: mobiele behandelingsteams voor acute (2a) en chronische (2b) geestelijke gezondheidsproblemen
- Functie 3: teams voor psychosociale rehabilitatie
- Functie 4: intensieve residentiële behandel eenheden, voor acute en chronische geestelijke gezondheidsproblemen, wanneer een ziekenhuisopname onvermijdelijk is
- Functie 5: specifieke woonvormen en verblijfsformules



Elk netwerk heeft een netwerkcoördinator.

Verder zijn er de **overlegplatformen GGZ** (aanvankelijk één per provincie, maar de 5 Vlaamse platformen werden begin 2019 samengevoegd). De platformen plegen overleg over:

- de behoefte aan psychiatrische voorzieningen in hun regio
- de taakverdeling en de complementariteit van het aanbod, de activiteiten en de doelgroepen
- de mogelijke samenwerking en de taakverdeling voor geïntegreerde GGZ
- het algemene beleid van zorgtoegang en -beëindiging en doorverwijzing, en over de coördinatie van het medische en psychosociale beleid

De platformen plegen ook, indien nodig, overleg met andere GGZ-voorzieningen en patiëntenverenigingen. Ze hebben ook een bemiddelingsfunctie en bevorderen het verzamelen van gegevens voor onderzoek naar de GGZ-behoefte. In tegenstelling tot netwerken, komen ze niet rechtstreeks tussen in klinische situaties.

Daarnaast zijn er de **Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) en de Geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT)/ Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD)**. Zij werken in een bepaalde regio en verbeteren de samenwerking, organiseren informatievergaderingen en verlenen administratieve en technische ondersteuning. Daarnaast spelen de GDT een cruciale rol bij het organiseren en coördineren van de zorg rond personen met complexe of chronische zorgnoden, waaronder ook psychiatrische patiënten.^j

Er zijn ook **referentiecentra voor geestelijke gezondheid**. In Wallonië is er **CRéSaM**^k: ze ondersteunen de GGZ-actoren (gebruikers en familieleden, de eerste lijn, de GGZ-diensten en -instellingen), volgen de zorgpraktijk en initiatieven op, zijn betrokken bij onderzoek en verstrekken informatie.

CRéSaM treedt ook op als hun partner bij het overleg met de bevoegde politieke en administratieve instanties. CRéSaM wil de toegankelijkheid tot de GGZ verbeteren, de kennis van het grote publiek over het GGZ-aanbod vergroten en overleg met patiënten en hun naasten aanmoedigen.

Voor het Franstalige deel van Brussel is er de '**Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé**'. Het organiseert en coördineert de promotie en informatie over de ambulante GGZ, en vertegenwoordigt deze bij contacten met de overheid.

In Vlaanderen is er het '**Steunpunt Geestelijke Gezondheid**' (met de voormalige Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid- VVGG), dat begin 2019 werd opgericht. Het ondersteunt de GGZ-actoren bij het ijveren voor een betere geestelijke gezondheid voor de Vlaamse bevolking. De centrale waarden zijn inclusie en autonomie, door verbondenheid en een goed begrip tussen zorggebruikers, familieleden en zorgactoren.

En natuurlijk zijn er nog talrijke verenigingen voor professionals, zoals de Belgische Federatie van Psychologen, Beroepsvereniging voor Psychologisch Consulenten, Vlaamse Vereniging voor Klinische Psychologen, de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale, enz.

5.4. Discussie en conclusies

Er is een grote en uiteenlopende hoeveelheid aan organisaties, instellingen en zorgverleners die GGZ aanbieden. Er bestaat echter geen overzicht over wie ze juist zijn, wat zij aanbieden, wat hun doelpubliek is en welke resultaten ze leveren. Bovendien is er geen duidelijk beeld van hoe al die diensten samenwerken en hoe en door wie ze worden gefinancierd. Maar bovenal is het niet duidelijk hoe individuele personen in het zorgsysteem terecht komen, hoe ze gebruik maken van de zorg (gelijktijdig of achtereenvolgend gebruik van verschillende types zorg), of en hoe lang ze moeten wachten op zorg, hoe hun traject verloopt, of en hoe de zorgcontinuïteit wordt verzekerd en of ze het bedoelde herstel bereiken.

^j www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2012/03/27/2012022121/justel

^k <http://www.cresam.be/>



Deze diversiteit en complexiteit zorgen voor een slechte zichtbaarheid en kennis van het aanbod, voor gebruikers, zorgverleners of beleidsmakers op alle niveaus.

Om die reden kan er hier geen conclusie worden getrokken over de vraag of het huidige zorgaanbod volstaat en voldoende toegankelijk is, of er overlap is, en of alle personen met geestelijke gezondheidsproblemen uiteindelijk de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Om goed inzicht te krijgen in het precieze zorgaanbod en zorggebruik is nader (intensief) onderzoek nodig door middel van interviews met zorgaanbieders en gebruikers en door middel van dossieranalyses¹.

Voor een volledige beschrijving van de methoden en resultaten over het zorgaanbod, zie Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport: “Laguesse R, Lambert M, Van Nuffel R, De Coen M, Van Speybroeck J, Bontemps C. *Mapping mental health care services in Belgium*”.

6. STERKTEN, ZWAKTES, LACUNES EN OVERLAPPINGEN IN HET HUIDIGE GGZ-AANBOD: EEN FOCUSGROEP STUDIE

6.1. Inleiding

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat er momenteel een groot gebrek aan gegevens is over het GGZ-landschap en het zorggebruik. Toch is het erg belangrijk om de sterke en zwakte punten en eventuele leemten en overlappings van het huidige systeem te kennen, en om een inzicht te krijgen op de facilitatoren en obstakels voor de verwezenlijking van de vijf kerndoelen van de artikel 107 hervorming voor GGZ (d.w.z. deïstitutionalisering, inclusie, decategorisatie/ontschotting, intensifiëring en consolidatie, zie ook sectie 2.2.). Op basis van deze kennis en gegevens kan er beter een GGZ-organisatie voor de toekomst worden uitgetekend.

We voerden daarom een **kwalitatief onderzoek uit**, met **focusgroepen** met een selectie van personen uit de GGZ-sector.

Er werden 10 focusgroepen (5 in Vlaanderen, 4 in Wallonië en 1 in Brussel) georganiseerd, met in totaal 121 deelnemers (55 in Wallonië en Brussel, en 66 in Vlaanderen). Zij vertegenwoordigden de volgende diensten: gezondheidsdiensten, sociale diensten, ambulante GGZ-diensten, algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, Initiatieven Beschut Wonen, mobiele teams, functionele revalidatiecentra, thuiszorgdiensten en verenigingen van patiënten en hun familie.

¹ Betere registratie van zorgaanbieders en gebruik ervan werd ook aanbevolen door AVIQ in 2016 in hun studie naar indicatoren van geestelijke gezondheid in Wallonië (Agence pour une Vie de Qualité, 2016) (http://sante.wallonie.be/sites/all/modules/DGO5_MoteurRecherche/download_ad.php?download_file=OWS%20indicateurs%20sante%20mentale%20wallonie.pdf)



6.2. Focusgroep resultaten

De resultaten van de focusgroepen werden ingedeeld in zes hoofdthema's: (1) aanbod, (2) toegang, (3) samenwerking en coördinatie, (4) financiering, (5) politieke context en (6) sociale context van GGZ.

6.2.1. Aanbod van GGZ

6.2.1.1. Kenmerken van het huidige aanbod

Bij de beschrijving van het huidige GGZ-systeem door deelnemers vielen vaak de termen 'complex', 'versnipperd', 'doolhof', 'gebrek aan zichtbaarheid' en 'teveel structurering'. Deze gepercipieerde complexiteit van het systeem is volgens de deelnemers gerelateerd aan een gebrekkige kennis over en tussen de bestaande diensten, maar ook door onvoldoende duidelijkheid over de missie en taak van andere diensten. Het leidt tot on gepaste doorverwijzingen door de zorgverleners, en maakt het voor de betrokkenen en hun familieleden moeilijk om de juiste keuze te maken. De diversiteit en de uitgebreidheid van het zorgaanbod werden dan weer positief bevonden, en een overlapping van diensten vond men een noodzaak.

6.2.1.2. Kenmerken van de zorgaanbieders

Bepaalde zorgaanbieders werden tijdens de focusgroepen herhaaldelijk bediscussieerd:

- **Netwerken:**

- De **formele artikel 107 netwerken** worden gezien als (1) voornamelijk gestructureerd rond de vijf kerndoelen (zie sectie 3.2), (2) gedeeltelijk afhankelijk van de manieren waarop de coördinatoren de integratie aanpakken, en (3) afhankelijk van de formele samenwerkingsmechanismen.
- Daarnaast zijn er de **informele netwerken van zorgverleners**, die afhangen van de bestaande praktijken.

- **De informele ondersteunende netwerken van familieleden**

De deelnemers benadrukten de belangrijke rol van de familieleden voor de zorgcontinuïteit (voornamelijk bij gebruikers die geen zorg zoeken) of als informatiebron voor de zorgverleners (vooral in crisissituaties). De vertegenwoordigers van de familieleden meldden dat ze in het algemeen behoefte hadden aan vorming en ondersteuning bij het omgaan met crisissituaties, en dat ze graag vanaf het begin van de behandeling betrokken willen worden. In dit kader hadden de zorgverleners een bezorgdheid over de confidentialiteit. Als de patiënt de betrokkenheid van de familieleden niet wil, moeten de zorgverleners de familieleden hiervan op de hoogte brengen. Een ander punt van bezorgdheid was de nazorg op de lange termijn.

- **Diensten**

- **Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG):** hun diversiteit en sterke specialisatie werden geprezen. Anderzijds wezen ze ook op de verwarring bij de gebruikers over wat precies het zorgaanbod van CGG's inhield, en werd er ook melding gemaakt dat CGG's overbevraagd worden (zie verder).
- **Mobiele teams** werden beschouwd als cruciaal voor de zorgcontinuïteit. Maar er waren bezorgdheden over o.a. (i) de grote regio's, met onduidelijk afgebakende grenzen, (ii) de schaarste aan personeel en financiële middelen, waardoor de aanwezigheid van een voltijdse psychiater niet kan worden gegarandeerd, (iii) het ontbreken van een echte hiërarchie (doordat meerdere zorgverleners in mobiele teams voor verschillende werkgevers werken), en (iv) het gebrek aan duidelijkheid wanneer ze kunnen worden ingezet.
- **Psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen en diensten voor crisissituaties:** in Vlaanderen meldden de deelnemers dat de huisartsen steeds vaker geneigd zijn om personen in crisissituaties door te verwijzen naar de spoeddiensten van algemene ziekenhuizen, omdat de psychiatrische ziekenhuizen volzet zijn. Bovendien blijkt het vaak moeilijk om op



zeer korte tijd een groot aantal noodsituaties aan te pakken, wat vaak leidt tot gedwongen opnames. Zowel de algemene als psychiatrische ziekenhuizen wezen op de noodzaak om de aanpak van deze crisissituaties te verbeteren. Dit kan volgens hen gebeuren door hulpdiensten en crisiseenheden meer tijd te geven om een juiste diagnose te stellen, waardoor dan ook andere diensten, zorgverleners of de familieleden kunnen worden betrokken.

- **Wijkgezondheidscentra** werden belangrijk gevonden voor preventie en zorgcontinuïteit, omdat zij al in contact staan met de gebruikers voordat er zich geestelijke gezondheidsproblemen voordoen.

- **Zorgverleners**

In de focusgroepen kwamen bepaalde elementen, onder andere de rol van de psychologen en de huisartsen, herhaaldelijk ter sprake.

- De rol van de psychologen: de deelnemers vonden dat eerstelijnspsychologen over het algemeen een waardevolle rol kunnen spelen bij de zorgcontinuïteit. Hun rol is echter beperkt tot kortetermijn interventies.
- De rol van de huisartsen in de GGZ was een gevoelig onderwerp in vele focusgroepen. Ze werden vaak beschouwd als een goede toegangspoort voor een publiek dat GGZ nodig heeft, maar dat geen gespecialiseerde zorg wil inroepen. Voor personen die reeds gespecialiseerde zorg krijgen en gestabiliseerd zijn, werden ze gezien als een hulp voor de lange termijn opvolging. De deelnemers wezen er echter op dat er tussen huisartsen grote verschillen bestaan inzake competenties in GGZ. Soms is er

volgens hen een gebrek aan vorming of bereidheid om met geestelijke gezondheid om te gaan. Daarnaast lag de rol van de huisarts als referentiepersoon (casemanager) gevoelig in veel focusgroepen. Er waren meningsverschillen en misverstanden over de precieze taken, en over wie deze rol zou moeten invullen.^m

In het algemeen kan de verwarring en onenigheid over elkaars taak erop wijzen dat de GGZ-organisatie complex is, ook voor personen die er dagelijks mee te maken hebben. Daarnaast bleek er bij de deelnemers een grote behoefte te zijn aan laagdrempelige voorzieningen zonder toelatingsvoorwaarden. Ook wezen ze op de mogelijke onvoldoende zorg voor mensen met meerdere aandoeningen (verslaving, mentale beperking, enz.).

6.2.2. Toegang tot GGZ

De deelnemers uit de ambulante- en ziekenhuissector wezen op de rijke diversiteit van het zorgaanbod, maar ook op de saturatie van dit aanbod. Een moeilijke toegang tot **woonvoorzieningen** werd gezien als een centraal probleem voor deze saturatie (voornamelijk in Wallonië).

Daarnaast werd de slechte toegankelijkheid van de **ambulante GGZ**, en dan vooral van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) genoemd. Hoewel CGG's binnen drie maanden na de zorgvraag moeten ingrijpen, voeren de CGG aan dat hun middelen hiervoor ontoereikend zijn. Als gevolg hiervan zouden volgens de deelnemers, vele CGG's geen wachtlijsten meer bijhouden, en verwijzen ze rechtstreeks door naar andere diensten en zorgverleners.

De deelnemers wezen ook op het ernstige gebrek aan psychiaters binnen de CGG's, voor een effectieve langdurige gespecialiseerde zorg voor gestabiliseerde personen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.

^m De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid heeft op 25/03/19 haar visie uitgebracht op over zorgcoördinatie en casemanagement (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid and IKW Chronische ziekten, 2019); eerder omschreef het RIZIV de rol van referentiepersoon (RIZIV Dienst Geneeskundige verzorging, 2011); hoewel het ene document spreekt

van een 'case-manager' en het andere van een 'referentiepersoon', gaan beide documenten over de rol van een persoon die de zorg coördineert; volgens IMC zal de 'casemanager geen deel uitmaken van het zorgteam rond een rechthebbende', terwijl in RIZIV-document staat 'De referentiepersoon heeft in elk geval steeds zelf een directe zorgrelatie met de patiënt'.



Omdat **mobiele teams** op zeer grote territoria actief zijn, zouden ze de residentiële gespecialiseerde zorg voor deze patiënten niet voldoende kunnen compenseren.

De problematische toegang tot **crisiszorg** kwam ook herhaaldelijk aan bod tijdens de focusgroep gesprekken. Volgens de deelnemers worden hier voornamelijk ambulante diensten, die niet gespecialiseerd zijn in GGZ, vaak mee geconfronteerd en deze verwijzen dan volgens hen niet altijd adequaat door.

De deelnemers benadrukten dat **niet iedereen evenveel toegang** heeft tot de GGZ. Psychotherapie wordt slechts in beperkte mate terugbetaald, wat voor vele mensen een financiële drempel kan zijn. Daarnaast zou de toegang moeilijker zijn voor bepaalde groepen, zoals ouderen, verslaafden of mensen met een mentale beperking. Er zou ook een sterke ongelijkheid kunnen zijn tussen de stedelijke en landelijke gebieden. Inwoners van deze laatste zouden kampen met een moeilijkere toegang tot de GGZ.

6.2.3. Samenwerking binnen en coördinatie van de GGZ

De relaties tussen individuen en instellingen worden sterk beïnvloed door de waarden die zij hanteren, en die soms overeenkomen, maar ook vaak verschillen. Zo was er regelmatig onenigheid over de definitie van geestelijke gezondheid en de prioriteiten die het systeem zou moeten stellen. De deelnemers hadden ook verschillende verwachtingen over gemeenschapsgerichte GGZ en uiteenlopende ideeën over de behoeften eraan.

Desondanks wezen de deelnemers op de noodzaak om in hun praktijk creatief te kunnen blijven, want dit bevordert de samenwerking en een geïntegreerde GGZ. Belangrijke voorwaarden hiervoor zijn **voldoende autonomie en flexibiliteit**, en dit wordt volgens hen ondermijnd door een 'overstructurering' en een overmaat aan regels van de overheid.

In het algemeen werd **vertrouwen** beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor samenwerking. De deelnemers verwezen ook naar verschillende **hulpmiddelen** die de samenwerking en integratie van de GGZ kunnen verbeteren, zoals multidisciplinaire dialoog, elektronische

patiëntendossiers, crisisplannen, netwerkkaarten, individuele zorgplannen en videoconferenties.

Verder bleek uit de focusgroepen dat belangrijke begrippen en instrumenten van de huidige hervorming nog steeds verschillend worden geïnterpreteerd door de personen betrokken in de GGZ.

6.2.4. Financiering van de GGZ

Deelnemers van de focusgroepen waren van mening dat er behoefte was aan meer **financiële middelen**, maar ook dat de verdeling ervan tussen de ambulante en ziekenhuisdiensten, en tussen de eerstelijns- en gespecialiseerde zorg zou moeten worden herzien.

De kwestie over de reorganisatie van de financiering van de residentiële voorzieningen zorgde echter voor grote controverse onder de deelnemers. Enerzijds vonden sommige deelnemers het cruciaal om middelen van de psychiatrische ziekenhuizen over te hevelen naar andere sectoren. Anderen waren het hier absoluut niet mee eens. Dit wijst erop dat **de verschuiving van de financiële middelen van de gezondheidssector naar de sociale sector** zeer controversieel is, en dat de deelnemers weinig vertrouwen hebben in het toewijzen van meer middelen aan de ambulante zorg ter vervanging van de intramurale zorg.

Ook de **financiering van de zorgverleners** werd vaak besproken. Er werd gemeld dat de vergoeding per prestatie voor huisartsen en psychiaters de interprofessionele relaties en zorgkwaliteit zou belemmeren. Men vindt dat betaling per prestatie hen niet aanzet tot communicatie met andere zorgverleners en instellingen. De betaling van een vaste vergoeding daarentegen werd door de deelnemers beschouwd als een veelbelovende oplossing om de samenwerking te bevorderen en om het probleem van de aantrekkelijkheid van de werkplek op te lossen. Dit voorstel werd vooral geopperd door deelnemers van diensten die deze betaalmethode effectief toepasten. Daarnaast, werd ook "performance based" financiering besproken in de focusgroepen. Een psychiater wierp op dat de vrijheid om creatief te zijn en om samen te werken net een belangrijk voordeel is van de "performance based" financiering. Tijdens een andere focusgroep werd er



gesproken over de voordelen van een gemengd financieringssysteem, met op prestaties gebaseerde en forfaitaire betalingen.

Inzake het stellen van prioriteiten en de **toewijzing van middelen** werd gesteld dat men zich zou moeten baseren op wetenschappelijk bewijs en op de epidemiologische gegevens van de bevolking.

6.2.5. Politieke context van de GGZ

Een terugkerend thema binnen de focusgroepen was het gepercipieerde gebrek aan politieke moed en langetermijnvisie op de GGZ-organisatie. De deelnemers waren van mening dat de federale en regionale regeringen meer aandacht zouden moeten besteden aan het uitvoeren van de beslissingen van de Interministeriële Conferentie, en dat ze daarbij de politieke scheidingslijnen zouden moeten overstijgen. Daarnaast uitten de deelnemers de nood aan een politiek kader dat de basis biedt om geïntegreerde zorg te versterken.

6.2.6. Sociale context van de GGZ

Er werd gewezen op de aanhoudende **stigmatisering** van personen met geestelijke gezondheidsproblemen in de samenleving. Hierdoor zouden personen geen hulp durven of kunnen zoeken, hetgeen zorgverlening bemoeilijkt. Zelfs onder de zorgverleners waren er tegengestelde meningen over de mogelijkheid om personen met geestelijke gezondheidsproblemen als 'normale' burgers te beschouwen.

6.3. Discussie

Hoewel focusgroepen 'slechts' de opinies van een beperkt aantal stakeholders weergeven, zijn ze algemeen aanvaard als een wetenschappelijke manier om meningen op een valide manier te verzamelen. Er is in deze studie nauwgezet gelet op de samenstelling van stakeholders in de groepen, en is er veel zorgvuldigheid toegepast in de verzameling en analyse van de gegevens. Bovendien, zijn de resultaten uit de focusgroepen gebruikt als input voor de kwantitatieve enquête waarin ze verder gevalideerd zijn (zie hoofdstuk 7). Echter, het kan het niet uitgesloten worden dat bepaalde groepen over- of ondervertegenwoordigd werden in

de selectie van stakeholders. Dit kan bijgevolg een invloed hebben op de resultaten.

Er kwamen zeer diverse onderwerpen naar voren in deze focusgroepen (bv. de organisatie van crisiszorg, de financieringsmechanismen), zodat het binnen het voorziene tijdsbestek niet haalbaar was om deze respectievelijke topics alle individueel te toetsen aan bestaande wetenschappelijke literatuur. Dergelijk literatuuronderzoek was dan ook buiten de scope van het huidige onderzoek.

Voor een volledige beschrijving van de methoden en resultaten over deze focusgroepen rond het GGZ-aanbod, zie Hoofdstuk 6 van het wetenschappelijk rapport: "Thunus S, Neyens I, Walker C, Hermans K, Smith P, Nicaise P, Van Audenhove C, Lorant V. *Strengths, weaknesses, gaps, and overlaps in the current mental health care supply: a focus group study*".



7. MOGELIJKE ORGANISATIONELE OPLOSSINGEN: EEN KWANTITATIEVE KEUZE-GEBASEERDE ENQUÊTE

7.1. Kwantitatieve keuze-gebaseerde enquête

Na een kwalitatieve benadering met focusgroepen (zie vorig hoofdstuk), is er kwantitatieve online enquête, gebruikmakend van de 'conjoint analyse' methode, uitgevoerd om de kwalitatieve bevindingen uit de focusgroepen af te toetsen en om de door stakeholders gewenste oplossingen te operationaliseren ter ondersteuning van een model voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in de gemeenschap dat de sociale integratie van gebruikers bevordert. Hierbij werden een reeks van scenario's met wisselende combinaties aan elementen aan de respondenten voorgelegd, en dienden ze telkens hun voorkeur aan te geven.

De enquête werd verstuurd naar 1174 stakeholders in de GGZ. In totaal namen 469 mensen aan de enquête deel, wat neerkomt op een responspercentage van 40% (Wallonië = 27%, Brussel = 64%, Vlaanderen = 37%). Bijna 58 % was Nederlandstalig. Bijna 52% van de deelnemers kwam uit Vlaanderen, 20% uit Wallonië en 28% kwam uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

De grootste groep van de stakeholders was clinicus, manager of coördinator (netwerkcoördinator of coördinator van een beroepsorganisatie), 10% was beleidsmaker, 7% was vertegenwoordiger van patiënten of zorgverleners, bijna 6% was expert en 4% behoorde tot een overheidsdienst (federale en regionale overheidsdiensten, RIZIV, enz.).

7.2. Resultaten

7.2.1. Doelstellingen van de GGZ-hervorming in België: prioriteiten en voorkeuren

De verschillende doelstellingen van de hervorming (behandeling van gebruikers in de gemeenschap, het ondersteunen van gebruikers bij het bepalen van hun levensdoelen, verzekeren van de continuïteit tussen de sociale sector en de zorgsector, ondersteunen van de gebruikers om contact te hebben met hun gemeenschap, betrekken van gebruikers bij het ontwikkelen en aanbieden van nieuwe diensten, het intensiveren van de geestelijke gezondheidszorg in het ziekenhuis en het verkorten van de verblijfsduur) worden allemaal als relatief prioritair beschouwd door de respondenten en moeten daarom samen worden nagestreefd. De doelstelling met de **hoogste prioriteit** volgens de respondenten uit de drie regio's is echter om de **continuïteit tussen de sociale sector en de gezondheidszorgsector te waarborgen**, wat de resultaten van de kwalitatieve focusgroepen bevestigt (zie vorig hoofdstuk). De doelstelling die als **minst prioritair** wordt beschouwd door hen, is de **intensivering van de geestelijke gezondheidszorg in het ziekenhuis en de vermindering van verblijfsduur**. Het viel op dat beleidsmakers en experts relatief meer waarde hechten aan dit doel dan de clinici, de servicemanagers en de gebruikersvertegenwoordigers.

7.2.2. Dimensies van de organisatie van de GGZ in België: prioriteiten en voorkeuren

De resultaten van de enquête tonen dat de **doelgroep van de interventies** wordt beschouwd als **het belangrijkste aspect van de zorgorganisatie**.

Stakeholders gaven aan dat de **sociaal kwetsbare bevolking met behoefte aan GGZ prioriteit zou moeten krijgen**, eerder dan de volledige bevolking met behoeften aan GGZ en de personen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.

Respondenten ondersteunen een gedifferentieerde zorgorganisatie volgens de doelgroep. Dit resultaat bevestigt ook de resultaten van de focusgroepen (zie vorig hoofdstuk). In het bijzonder, de stakeholders zijn voorstander van



een geografische organisatie van de zorg voor specifieke doelgroepen, zoals mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of sociaal kwetsbare mensen met behoeften aan GGZ. Voor deze laatste populatie, zijn de respondenten ook voorstander van een financiering per episode in plaats van een financiering per prestatie, zeker in de logica van verschillende zorgverleners in een netwerk. Respondenten geven aan dat het belangrijk is om gedifferentieerde organisatiemechanismen te overwegen, omdat er geen mechanisme van coördinatie of financiering bestaat die passend is voor alle individuele situaties van de gebruikers, vooral die met complexe behoeften.ⁿ

De tweede dimensie van de organisatie van de GGZ die door de stakeholders als een prioriteit wordt beschouwd, is de manier waarop de zorgcoördinatie tussen zorgverleners zou moeten worden georganiseerd. Het huidige dominante coördinatiemodel is het "linkage-model", waarbij de gebruiker in feite zelf de coördinator is van de zorg van de verschillende aanbieders. De stakeholders geven echter de voorkeur aan een meer formeel coördinatiemodel waarin verschillende aanbieders meer met elkaar coördineren. Hoewel stakeholders de coördinatie van aanbieders zouden willen versterken, willen ze de zorgpaden van gebruikers liever niet systematisch formaliseren. Ze geven eerder de voorkeur aan een organisatie die informeel en flexibel blijft voor de zorg voor mensen met complexe en ernstige problemen. De stakeholders pleiten voor de instelling van meer formele mechanismen in de zorg voor de algemene bevolking met niet-ernstige geestelijke gezondheidsproblemen om het gebruik van bestaande middelen te optimaliseren en om mogelijk ongepast gebruik van diensten en lange wachtlijsten te voorkomen.

Hoewel minder belangrijk, geven stakeholders de voorkeur aan een financiering per episode boven een financiering per prestatie en aan een gezamenlijke financiering van verschillende aanbieders boven een individuele financiering per aanbieder. Deze voorkeuren duiden, binnen het

domein van GGZ en binnen het kader van de huidige bevraging, op een paradigmaverschuiving in de Belgische context.

7.2.3. Organisatorische interventies: prioriteiten en voorkeuren

Stakeholders beschouwden de volgende organisatorische interventies als prioritair: het opzetten van meer **laagdrempelige diensten**, huisvestingsalternatieven en psychotherapeutische diensten. Ze hechten bij deze interventies belang aan toegang binnen een redelijke termijn. Deze resultaten bevestigen opnieuw deze van de focusgroepen (zie vorig hoofdstuk), met name met betrekking tot de lange wachtlijsten en de moeilijkheid om huisvesting te vinden en gemakkelijke toegang tot psychotherapeutische interventies, met name voor mensen met ernstige en complexe problemen.

Een systeem voor het delen en vastleggen van gegevens en werkgelegenheidsondersteuning werden als minder belangrijk beschouwd.

7.2.4. Bijkomende resultaten uit persoonlijke interviews en open opmerkingen in de enquête

Het **gebrek aan zorgcontinuïteit** door de versnipperde sociale en zorgsector werd door de meeste stakeholders genoemd als een groot probleem in België, en een oplossing vinden hiervoor werd dus als een prioritaire doelstelling beschouwd. Voor deze continuïteit zouden de aanbieders volgens hen een gedeelde visie moeten hebben op behandeling en herstel, die er nu onvoldoende bestaat.

De deelnemers die werden geïnterviewd benadrukten verder het belang van **zorg en integratie in de gemeenschap**. Stigmatisering in de samenleving (bv. het idee dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen zelf verantwoordelijk zijn voor hun ziekte, dat ze gevaarlijk zijn of dat ze niet kunnen werken) is volgens hen nog steeds een probleem in België.

ⁿ Deze bevinding is in lijn met de wetenschappelijke literatuur.(Leutz, 2005;Leutz, 1999)



Veel stakeholders zien de intensivering van de GGZ in het ziekenhuis en de beperking van verblijfsduur niet als een doelstelling, maar eerder als een middel om de andere doelstellingen van de hervorming te bereiken. Volgens verschillende respondenten vereist de intensivering van de ziekenhuiszorg dat er alternatieven in de gemeenschap worden geboden en dat er hiervoor middelen worden overgedragen, wat op dit moment volgens hen niet voldoende gebeurt. Sommigen zijn van mening dat de ontoereikende financiering van de ambulante sector ten opzichte van de ziekenhuissector paradoxaal is, terwijl de-institutionalisering en zorg in de gemeenschap doelstellingen zijn die zullen moeten worden bereikt.

Verder merkten ze op dat door enkel het aantal bedden in ziekenhuizen te verminderen zonder voldoende alternatieven te voorzien, sommige personen riskeren om in preciaire situaties terecht te komen, zoals dakloosheid of niet langer toegang hebben tot gezondheids- en sociale voorzieningen.

Een aantal stakeholders wezen erop dat **generieke diensten** (bv. huisartsen, sociale diensten) erg belangrijk zijn, omdat ze vaak het eerste contact zijn. Ze bereiken een brede groep met meer complexe of onzekere doelgroepen die weinig of geen toegang hebben tot meer gespecialiseerde diensten.

Stakeholders legden uit dat financieringsproblemen naar hun mening onvermijdelijk zijn bij een hervorming, maar dat dit een complexe en controversiële materie is.

Stakeholders stelden verder dat verschillende vormen van re-integratie in de werksituatie (vrijwilligerswerk, sociale werkvoorziening, enz.) niet altijd realistisch zijn voor alle gebruikers.

7.3. Discussie

Uit de enquête kwamen een aantal verschillen naar voren tussen types stakeholders. Vooral beleidsmakers en experts verschilden soms van zorgaanbieders, managers of vertegenwoordigers van patiënten en families. Bijvoorbeeld het verkorten van de ligduur in ziekenhuizen werd relatief belangrijker gevonden door beleidsmakers dan door anderen. Beleidsmakers gaven ook relatief groter belang aan een geografische

organisatie van zorg, meer formaliseren van zorgtrajecten en ondersteuning bij het terug leiden naar werk.

Ook kwamen een paar verschillen tussen regio's naar voren. Stakeholders uit Vlaanderen gaven bijvoorbeeld relatief meer belang aan de integratie van diensten en aan het samenbrengen van financiën en middelen op het niveau van een netwerk dan de stakeholders uit Wallonië en Brussel. Stakeholders uit Wallonië hechtten dan weer relatief meer belang aan een financiering per prestatie en aan financiering per zorgaanbieder.

Bijgevolg is het belangrijk dat er in de verdere hervorming van de GGZ-organisatie rekening wordt gehouden met deze verschillen in visies en prioriteiten tussen het veld en de politiek en tussen de regio's.

De resultaten van deze kwantitatieve enquête die naar meningen peilde onder een groot aantal en diverse stakeholders bevestigden de kwalitatieve bevindingen uit de focusgroepen.

Beperking van de enquête is dat het mogelijk is dat niet alle gebruikte termen eenduidig door alle respondenten werden begrepen, hoewel veel inspanning is geleverd om dit zoveel mogelijk te vermijden. Ook hadden de respondenten weinig mogelijkheid in de enquête om hun keuze toe te lichten.

Voor een volledige beschrijving van de methoden en resultaten over de kwantitatieve enquête rond de GGZ-organisatie, zie Hoofdstuk 7 van het wetenschappelijk rapport: "Smith P, Nicaise P, Neyens I, Hermans K, Thunus S, Walker C, Van Audenhove C, Lorant V. *Values and sets of possible organisational solutions: a choice-based stakeholder analysis survey*".



8. AANVAARDBAARHEID VAN MOGELIJKE TOEKOMSTIGE ORGANISATORISCHE HERVORMINGEN IN DE GGZ, GEBASEERD OP EEN GROTE STAKEHOLDER BEVRAGING

8.1. Inleiding

Uit de vorige hoofdstukken blijkt dat de huidige GGZ-organisatie in België nog op verschillende punten zou kunnen verbeterd worden. Het bleef echter onduidelijk in welke mate eventuele toekomstige hervormingen aanvaardbaar zijn voor personen verbonden aan de GGZ-sector. Daarom werd er via een bevraging de mening gevraagd van zoveel mogelijk stakeholders.

8.2. Hoe gingen we te werk?

Zoals besproken in Hoofdstuk 5, hebben veel internationale gezaghebbende organisaties beleidskaders opgemaakt met aanbevelingen voor de organisatie van de GGZ. We selecteerden een deel van deze aanbevelingen en hebben stellingen toegevoegd, die gebaseerd zijn op de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken en recente publicaties. Er werd een initiële lijst met 416 aanbevelingen opgesteld, die na ontdebelling, selecteren en/of herformuleren (aangepast aan een Belgische context) in 63 aanbevelingen of stellingen resulteerde. Respondenten konden reageren met '(helemaal) niet akkoord, (volledig) akkoord'^{op}, en één open vraag 'als je één ding zou kunnen veranderen in de Belgische GGZ-organisatie, wat zou dit zijn?'

^o Er was geen mogelijkheid om 'geen mening' aan te kruisen, noch om het gegeven antwoord toe te lichten.

De bevraging werd verstuurd naar meer dan 7500 e-mailadressen van personen en organisaties uit de sector van de GGZ en via sociale media, met de vraag ze te beantwoorden en verder te verspreiden. Er werden in totaal 1564^q bruikbare enquêtes ontvangen. De meerderheid van de respondenten (87%) was tussen de 30 en 65 jaar oud, betrokken bij de GGZ (84%), en Nederlandstalig (58%). De organisatie waaraan men verbonden was, lag in Vlaanderen (55.6%), gevolgd door Wallonië (29.5%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (14.9%).

8.3. Resultaten

8.3.1. *Beleid van de GGZ*

Meer dan 75% van de respondenten waren het erover eens dat de huidige bevoegdheden voor de GGZ-organisatie te versnipperd zijn en dat er meer centralisatie nodig is. Ze stelden ook dat netwerken beter geografisch georganiseerd zouden moeten worden. Ze waren van mening dat de Interkabinettenwerkgroep 'Taskforce GGZ' de reeds lopende hervorming verder zou moeten ondersteunen en kracht bijzetten (vooral gericht tot de verdere vermaatschappelijking van de zorg met o.a. uitbreiding van het personeel en de uitbouw van de mobiele teams), en dat de bevoegde autoriteiten duidelijke actieplannen met meetbare doelen zouden moeten ontwikkelen. Maar er was enige aarzeling (34,6% was niet akkoord) in hoeverre deze Taskforce de jaarlijkse doelstellingen van het systeem zou moeten meten.

^p Alle vragen waren verplicht om te antwoorden

^q 1210 personen hebben alle vragen beantwoord



8.3.2. Aanbod en toegankelijkheid van de GGZ

Meer dan 75% van de respondenten waren akkoord dat het GGZ-aanbod beter zichtbaar en gemakkelijker (laagdrempelig) toegankelijk zou moeten worden gemaakt voor iedereen die er behoefte aan heeft (zowel voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen als hun omgeving en de informele zorgbeoefenaars). Er zou deze personen ook passende zorg moeten geboden worden. Een 24/7 toegankelijke crisiszorg lijkt volgens de respondenten ook nuttig binnen een art 107 netwerk en in het geval van mensen met acute geestelijke gezondheidsproblemen zou een huisarts 24/7 een psychiater moeten kunnen contacteren. Daarnaast gaven de respondenten aan dat binnen elk art. 107 netwerk enerzijds de somatische sector meer zou betrokken moeten worden in zowel het beleid als de zorgvoorzieningen voor de GGZ, en anderzijds de informele zorg, de eerstelijnszorg, de gespecialiseerde GGZ, welzijn, tewerkstelling, huisvesting, en educatie aanwezig zou moeten zijn.

Ongeveer 62% van de respondenten gaf aan dat bepaalde mensen met geestelijke gezondheidsproblemen prioriteit zouden moeten krijgen binnen de GGZ. Door hun werden vooral de mensen met acute, gevolgd door mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen aangeduid. De respondenten gaven wel aan dat het huidige aanbod zou moeten worden uitgebreid naar kwetsbare groepen. Meer dan 85% van de respondenten waren van mening dat volgende strategieën zouden kunnen worden ingevoerd: het aantal instanties te verruimen die focussen op kwetsbare groepen, de zorgbeoefenaars meer opleiden zodat men begripvoller wordt, het aantal preventie plannen verhogen en de toegang tot de GGZ verbeteren. Ongeveer 75% van de respondenten vond dat op evidentie gebaseerde zorg beschikbaar zou moeten zijn voor mensen met lichte tot matige geestelijke gezondheidsproblemen. Om de sociale inclusie te verhogen is er volgens de respondenten (>85%) speciale aandacht nodig voor voldoende psychosociale revalidatiediensten en voldoende toegankelijke (bv. dicht bij het centrum van de gemeente) woonvormen met persoonsgerichte ondersteuning.

Volgens meer dan 80% van de respondenten zouden er ook meerdere (nieuwe) laagdrempelige toegangs- en informatiepunten moeten worden voorzien. Verder gaf men ook aan dat maatregelen zouden moeten

genomen worden om de wachtlijsten te verminderen (ongeveer 60% van de respondenten vond dat hiervoor een centrale wachtlijst moest worden gecreëerd). Een ruime 80% van de respondenten vond eerder dat er een centraal en uitgebreid register van alle GGZ-voorzieningen zou moeten worden opgemaakt en bijgehouden. Evenveel vond dat het register specifiek informatie zou moeten bevatten over de zorgbeoefenaar, het zorgaanbod, uitkomsten, wachttijd, toegankelijkheid, opleiding, accreditatie, en kostprijs. Iets minder respondenten gingen akkoord (67%) met het verplichten van de registratie in ruil voor financiële middelen en/of accreditatie. Ongeveer 40% van de respondenten was terughoudend naar het delen van informatie via het elektronische patiënten/cliënten dossier. Er was echter een grote terughoudendheid (>50%) over het evalueren/registreren met behulp van de BelRai module (de behoeften, zorgprocessen, interventies en uitkomsten).

Meer dan 60% van de respondenten was het erover eens dat het aanbod van e-health toepassingen voor GGZ zou moeten worden vergroot en terugbetaald na positieve evaluatie.

De respondenten onderschreven in grote mate (> 85%) dat GGZ eerder gebaseerd moet zijn op een herstelgerichte dan op een 'curatieve' benadering. Meer dan 85% van de respondenten vond dat het GGZ-aanbod gebaseerd zou moeten zijn op onder andere de zorgbehoeften en dat er daarnaar meer onderzoek moet worden gedaan (bv door uitbreiding van het gedeelte GGZ in de 5 jarige Gezondheidsenquête (> 85%), en uitbreiding van onderzoek naar effectieve innovatieve therapieën en organisatiemodellen (> 75%).

Ongeveer 70% van de respondenten waren het ermee eens dat diagnostiek en interventies binnen de GGZ gebaseerd zouden moeten zijn op richtlijnen. Afwijkingen van deze richtlijnen zouden dan grondig moeten worden beargumenteerd in het patiënten/cliënten dossier.

Bijna 70% van de respondenten waren het oneens over het bewaken van de toegang tot gespecialiseerde GGZ door een 'gatekeeper'. Indien men toch voorstander was, vond 75% dat de huisarts die rol zou moeten opnemen al dan niet in combinatie met een andere zorgbeoefenaar



Het idee van een casemanager om personen door het GGZ-landschap te begeleiden, werd door bijna 70% van de respondenten ondersteund, vooral voor mensen met complexe of acute geestelijke gezondheidsproblemen.

8.3.3. Stigma

Meer dan 80% van de respondenten gaf aan dat er meer anti-stigmacampagnes zouden moeten komen, dat de kennis van jongeren over de GGZ via het onderwijs zou moeten verruimd worden, dat er bewustmakingscampagnes via de media georganiseerd dienen te worden, en dat zowel de mensen met geestelijke gezondheidsproblemen als hun familie en mantelzorgers, in toegankelijke taal dienen geïnformeerd te worden m.b.t. ziekte, behandeling en herstel.

8.3.4. Betrokkenheid van patiënt en familie

Hoewel de meeste respondenten het erover eens waren dat er meer middelen zouden moeten worden geïnvesteerd in het betrekken van de expertise van patiënten en hun familie, was er onenigheid (de helft ging niet akkoord) over de mate waarin zij ook betrokken moeten worden in stuurgroepen en directe patiëntenzorg (bv. advies verlenen over de individuele behandelplannen voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen binnen een mobiel team). Anderzijds gaven de respondenten wel aan (>75%) dat er interdisciplinaire patiënten/cliënten besprekingen georganiseerd zouden moeten worden waarbij zowel formele als informele hulpverleners deelnemen. Verder ging meer dan 75% akkoord dat de behandelplannen dienen opgemaakt te worden op basis van overleg tussen de hulpverlener en de patiënt/cliënt en opgenomen dient te worden in het patiënten/cliënten dossier.

8.3.5. Financiering van GGZ

In de open vraag over **wat in de eerste plaats zou moeten veranderen, werden vooral de financiering en de middelen** vermeld. Deze zouden volgens een aantal respondenten moeten worden uitgebreid. Ongeveer driekwart van de respondenten waren het erover eens dat de psychiatrische ziekenhuizen anders zouden moeten worden gefinancierd en dat de financiering meer gebaseerd zou moeten zijn op kwaliteitsindicatoren (66%)

en zorgpaden (63%). Het idee om de GGZ eerder op netwerkniveau dan op niveau van de aanbieder te financieren, werd door slechts de helft van de respondenten ondersteund. Een meerderheid vond dat de eerstelijns zorg een meer centrale rol zou moeten krijgen binnen de GGZ, ongeveer 28% vond niet dat deze daarom volledig zou moeten worden terugbetaald.

8.4. Discussie

De respondenten hadden, door de opzet van de enquête, weinig mogelijkheid om hun keuze toe te lichten en het was niet mogelijk een vraag onbeantwoord te laten, wat voor sommigen teleurstellend was. Echter, veel stakeholders hebben geparticipeerd in deze enquête en hun mening gegeven. Natuurlijk zijn er verschillen in mening, maar veel van de voorgestelde maatregelen voor de toekomstige GGZ werden door de respondenten ondersteund, zoals beschreven bij de resultaten. De gegeven percentages zijn eerder een indicator dan een precieze kwantitatieve indicatie. Beperking van de enquête is dat het mogelijk is dat niet alle gebruikte termen eenduidig door alle respondenten werden begrepen, hoewel veel inspanning is geleverd om dit zoveel mogelijk te vermijden.

Voor een volledige beschrijving van de methode en resultaten van de stakeholder bevraging, zie Hoofdstuk 8 van het wetenschappelijk rapport: "Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Mistiaen P, Ricour C. *Acceptability of possible recommendations for future mental health care organisation in Belgium: a stakeholder survey*".



9. DISCUSSIE EN CONCLUSIES

Dit project beoogde de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België te beschrijven, inclusief het identificeren van mogelijke lacunes en overlappingsen tussen de bestaande diensten, en de Belgische GGZ te toetsen aan internationale kaders. Echter, al snel bleek dat goede kwantitatieve data grotendeels ontbraken en er dus geen 'harde' evidentie is om uitspraken en aanbevelingen op te baseren. Derhalve voeren opinies de bovenhand in dit rapport, maar deze zijn wel via drie verschillende onderzoeksmethodes verzameld. En gezien de grootschaligheid waarop opinies zijn verzameld, dienen deze dan ook als een krachtig signaal opgevat te worden.

Bijna iedereen kampt op een bepaald moment in zijn/haar leven wel eens met een geestelijk gezondheidsprobleem. Dit betekent niet dat iedereen dan ook zorg nodig heeft. Vele mensen leiden hun leven verder, en kunnen omgaan met hun geestelijke gezondheidsproblemen, of herstellen. Anderen hebben echter behoefte aan ondersteuning en behandeling, om zich goed te voelen en te kunnen functioneren in de samenleving.

Wanneer een land wil beschikken over een performant GGZ-systeem, is het heel belangrijk om te weten **hoeveel mensen er behoefte hebben aan GGZ, welke zorg er nodig is en wie die zorg kan bieden**. Geestelijke gezondheid, zoals gedefinieerd door de WGO, is echter een zeer ruim begrip, en dit geldt ook voor de term 'geestelijk gezondheidsprobleem'. De grenzen van de GGZ zijn dan ook moeilijk af te bakenen, en de GGZ-behoefte omvatten vele componenten, naast de medische, psychiatrische en psychologische. Kennis en competenties uit andere sectoren, zoals die van de sociale zorg, zijn ook essentieel.

Uit de enquêtes bleek dat er een overeenstemming is bij de respondenten dat de GGZ-organisatie **gebaseerd zou moeten zijn op de behoeften van de personen**, conform de aanbevelingen uit de internationale kaders. (Organisation Mondiale de la Santé Comité régional de l'Europe, 2013). Echter, er blijken over deze behoeften in ons land **geen betrouwbare gegevens** te bestaan, waardoor het onmogelijk is om na te gaan of er momenteel voldoende en gepaste zorg is. De meeste respondenten waren van mening dat er meer middelen (geld en personeel) zouden moeten worden geïnvesteerd om de GGZ-sector performant te maken^r. Momenteel is het echter, opnieuw door een gebrek aan gegevens, onmogelijk om na te gaan hoe performant de huidige GGZ-organisatie al is.

Om deze belangrijke vragen in de toekomst wel te kunnen beantwoorden, zouden er **performante registratiesystemen** moeten worden opgezet van prevalentie en ernst van geestelijke gezondheidsproblemen, zorgbehoefte, aanbieders, aanbod, gebruikers, gebruik, zorgtrajecten, kosten, uitkomsten en kwaliteit. Deze systemen dienen zo opgezet te zijn dat deze primair ten goede komen aan alle betrokkenen in het zorgproces, en bruikbaar zijn in het dagelijks zorgproces en secundair zo dat er gemakkelijk en veilig data uit geëxtraheerd kunnen worden voor onderzoek en sturing op lokaal en nationaal vlak.

Men mag daarbij wel niet vergeten dat in de GGZ het persoonlijke, relationele aspect tussen patiënt en zorgverlener essentieel is, maar moeilijk meetbaar^s. Om die reden moeten formalisering en standaardisering met de nodige voorzichtigheid worden ingevoerd.

Uit de enquêtes bleek ook dat er op het terrein controverses bestaat over of en op welke manier deze performantie te meten. Daarnaast bemerkten we ook weerstand om de zorg, de processen en de uitkomsten te registreren.

^r Ook het Psy-107 Overlegorgaan voor Volwassenen pleit in hun memorandum voor een ophoging van het GGZ-budget (Overlegorgaan Volwassenen Psy 107, 2019)

^s Ook de Hoge Gezondheidsraad (Hoge Gezondheidsraad, 2019) beveelt in haar recente advies aan om met de nodige voorzichtigheid om te gaan met formele registratiesystemen, die onvoldoende de inhoud en aard van de zorgbehoefte dekken.



Daarnaast waren de meeste respondenten het erover eens dat de financiering van psychiatrische ziekenhuizen anders zou moeten, waarbij vooral naar kwaliteitsindicatoren en zorgpaden wordt verwezen (zoals ook voorgesteld in de internationale kaders). (Organisation Mondiale de la Santé Comité régional de l'Europe, 2013) Stakeholders gaven echter ook aan dit een complexe en controversiële materie is^t.

Een van de belangrijkste bevindingen van deze studie, zoals bleek uit de beschrijving van het zorgaanbod en ook werd bevestigd in de focusgroepen en enquêtes, is de **complexiteit en versnippering** van de GGZ-organisatie in België, die nog wordt bemoeilijkt doordat verschillende (federale en regionale) autoriteiten bevoegd zijn^u. Dit bemoeilijkt volgens de respondenten ook de **toegankelijkheid**, want het blijkt niet evident voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen om te weten waar ze hulp kunnen vinden en wie de meest gepaste zorgverlener of zorgorganisatie is. Ook geestelijke gezondheids- en sociale zorgorganisaties en professionals ondervinden soms problemen om hun weg te vinden in het zorgaanbod. Er werd daarom in de focusgroepen voorgesteld om voldoende laagdrempelige toegangs- en informatiepunten te voorzien, die kunnen zorgen voor een betere toegankelijkheid, en dit werd ook bevestigd in de twee volgende enquêtes.^v Ook kwam naar voren dat de toegang moeilijk is omdat er een onduidelijkheid is rond doelgroepen.

Om een beter overzicht te krijgen van de GGZ voorzieningen, waren een groot aantal respondenten uit de enquête akkoord met het voorstel een centraal en uitgebreid register op te stellen en bij te houden. Dit register zou specifiek informatie moeten bevatten over de zorgbeoefenaar, het zorgaanbod, outcomes, wachttijd, toegankelijkheid, opleiding, accreditatie, en kostprijs.

Het probleem van de wachtlijsten kwam eveneens vaak aan bod in de studie, maar er is geen duidelijk zicht, door gebrek aan data, op hun omvang. Daarnaast werd aangegeven dat de samenwerking tussen de GGZ en de sociale sector vele belemmeringen ondervindt, wat de **zorgcontinuïteit** in het gedrang kan brengen.

Anderzijds stelden we vast dat het GGZ-systeem in België 'in beweging' is. Een aantal opeenvolgende hervormingsgolven zorgden de laatste decennia voor een geleidelijke transformatie van een ziekenhuis-gebaseerd systeem naar een ambulante, gemeenschapsgerichte aanpak, o.a. door het opzetten van zorgnetwerken en mobiele teams. Hiermee volgt ons land de aanbevelingen van vele internationale gezaghebbende instanties. Deze aanpak wordt ook gesteund door de meeste respondenten uit de enquêtes. *Zij waren van mening dat de Interkabinettenwerkgroep 'Taskforce GGZ' met de reeds lopende hervormingen, voornamelijk naar de vermaatschappelijking van de zorg, de goede weg is ingeslagen.* De meeste respondenten gaven dan ook aan dat dit beleid verder zou moeten

^t Wellicht kan verder gebouwd worden op het advies van de Nationale raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorziening en, 2015) en op de ideeën geuit door Decoster (Decoster, 2018).

^u Recentelijk omschreven Balthazar en Cloet in het cahier 'Minder versnippering, meer zorg. De nood aan een heldere en werkbare bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg' de geestelijke gezondheidszorg als 'een kluwen waarbij hoofdpijn moeilijk te vermijden is' (Balthazar and Cloet, 2019). Ook het Psy-107 Overlegorgaan voor Volwassenen en Zorgnet-Icuro pleit voor een heldere en afgestemde bevoegdheidsregeling. (Overlegorgaan Volwassenen Psy 107, 2019; Zorgnet-Icuro, 2019)

^v Ook de Hoge Gezondheidsraad stelt in haar advies van juni 2019, dat 'De zorgverlening bij psychische klachten moet onafhankelijk van de ernst ervan gebeuren, op een niet-medicaliserende wijze, waarbij perspectief en zingeving centraal worden gesteld. Dit vereist laagdrempelige hulpstructuren' en 'We raden aan om hulp en ondersteuning bij psychische klachten ook mogelijk te maken zonder formele diagnosestelling als voorafgaande voorwaarde voor professionele hulp. Sommige psychische klachten worden best opgevangen via psychosociale ondersteuning en laagdrempelige counseling' (Hoge Gezondheidsraad, 2019)



ondersteund worden en kracht zou moeten worden bijgezet met bijvoorbeeld de verdere uitbouw van de mobiele teams^w.

Ook op andere gebieden, zoals data-registratie, uitwisseling van data, passende financiering over de grenzen van aanbieders en bevoegdheden, initiëren van onderzoek, etc. kan de taskforce GGZ het voortouw nemen door gebruik te maken van de haar ter beschikking staande instrumenten als wetgeving, ondersteunende maatregelen en financiële middelen.

Vele doelen werden reeds bereikt, maar andere zaken evolueren traag. Zo blijft het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen hoog in vergelijking met andere Europese landen.(OECD, 2019) En de mensen van het terrein wezen herhaaldelijk op problemen, zoals een gebrek aan huisvesting in de gemeenschap.

Ons land staat dus voor grote uitdagingen om het GGZ-systeem performant, passend, betaalbaar en toegankelijk te maken en te houden. Allereerst moeten de **incidentie en prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen en de zorgnoden van de Belgische bevolking regelmatig in kaart worden gebracht**. Verder moet een **overzicht worden opgemaakt van alle aanbieders van GGZ**, hun expertise en activiteiten, en hoeveel tijd/middelen ze nodig hebben om hun zorg succesvol te verlenen.

Enkel met **deze informatie** kan worden beoordeeld in welke mate zorgbehoeften en -aanbod bij elkaar passen en of de GGZ op de juiste manier is georganiseerd.

Het verzamelen en analyseren van deze data zal een aanzienlijke hoeveelheid tijd vergen. **Ondertussen zouden er echter al andere initiatieven kunnen worden genomen om het huidige systeem te verbeteren**. Zo zou bijvoorbeeld de overgang naar een meer gemeenschapsgerichte aanpak kunnen worden versneld door meer bedden in psychiatrische ziekenhuizen te sluiten en het uitgespaarde geld te

gebruiken om de mobiele teams of andere ambulante zorg uit te breiden, of om de toegang tot eerstelijnspsychologen te vergemakkelijken (zie ook (Kohn *et al.*, 2016)).^x Ook zou een meer samenhangende en centrale financiering voor GGZ (met inbegrip van preventie, geestelijke gezondheidspromotie, medische en sociale zorg) een stap voorwaarts kunnen zijn. Investerings in e-health en terugbetalingsregels voor dit nieuwe type zorg kunnen worden overwogen.

Verder moeten we vermelden dat deze studie een aantal **bependingen** heeft. Zo werd de GGZ voor kinderen er niet in opgenomen. Nochtans zijn er belangrijke aanwijzingen dat vele geestelijke gezondheidsproblemen bij volwassenen reeds hun oorsprong hebben in de kindertijd.(Fryers and Brugha, 2013;Furber *et al.*, 2017;McLafferty *et al.*, 2018;Oldehinkel and Ormel, 2015) Een performant GGZ-systeem voor volwassenen is dan ook afhankelijk van de mate waarin het GGZ-systeem voor kinderen performant is, en beide systemen moeten met elkaar verbonden zijn. Daarnaast behandelt deze studie evenmin de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen, terwijl een adequate preventie en vroegtijdige detectie de ernst en omvang van geestelijke gezondheidsproblemen aanzienlijk kunnen verminderen, zoals reeds in verschillende studies is aangetoond.(D'Arcy and Meng, 2014;Furber *et al.*, 2015) Preventie moet dan ook een essentieel onderdeel vormen van een overkoepelend GGZ-beleid. Dit geldt ook voor de promotie van geestelijke gezondheid (op school, op het werk), waarvan de effectiviteit eveneens duidelijk is aangetoond.(Fenwick-Smith *et al.*, 2018;Forsman *et al.*, 2011;O'Reilly *et al.*, 2018) Preventie en promotie nemen ook een belangrijke plaats in de internationale kaders voor GGZ in, zoals vermeld in Hoofdstuk 3 van deze synthese. Ook de-stigmatisering van geestelijke gezondheidsproblemen is effectief om personen aan te zetten tot het zoeken naar hulp en toegang tot GGZ te vergemakkelijken.(Clement *et al.*, 2015;Schnyder *et al.*, 2017;Thornicroft *et al.*, 2016)

^w Ook het psy-107 Overlegorgaan voor Volwassenen beveelt aan om de in de vorige beleidsperiode ingezette hervorming te versterken. (Overlegorgaan Volwassenen Psy 107, 2019)

^x De diversiteit van interventies en verstrekkers en de niveaus op dewelke ze tussenkomen zijn voorgesteld in het KCE-rapport 265 (Kohn *et al.*, 2016).



Er is een brede variatie in documenten rond schijnbaar eenvoudige ‘harde’ cijfers (bijvoorbeeld het aantal bedden in psychiatrische instellingen of de ligduur). Dit kan mogelijk te verklaren zijn door de vele verschillende manieren waarop deze geïnterpreteerd kunnen worden. De overheidsstatistieken hierover zijn sterk afhankelijk van een goede data-aanlevering vanuit de instellingen en een eenduidige verwerking ervan door de overheid. Bijgevolg, moeten de gepresenteerde cijfers in dit rapport met de nodige nuance geïnterpreteerd worden.

Andere beperkingen van het onderzoek zijn reeds geschetst in de inleiding: we hebben geen onderzoek gedaan naar zorgbehoeftes wegens gebrek aan data, er werden geen effectiviteits-analyses van verschillende behandeling- of begeleidingswijzen binnen de GGZ uitgevoerd, er is geen onderzoek uitgevoerd naar rolopvatting en daadwerkelijke roluitvoering van de verschillende GGZ-aanbieders, en er is ook niet onderzocht wat de eventuele budgetimpact van eventuele maatregelen zou zijn.

Dit betekent dat er nog vele onbeantwoorde vragen zijn, en het opstellen van een onderzoeksagenda aangaande de inhoud en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg dringt zich dan ook op. Dat er meer onderzoek nodig is werd ook onderschreven door een grote meerderheid in de stakeholderbevraging^y.

Zoals we hebben gezien, werd de GGZ-organisatie in België de afgelopen decennia meerdere keren hervormd, op basis van aanbevelingen van internationale gezaghebbende organisaties. Talrijke doelen werden hierdoor reeds bereikt, maar er wachten nog meer uitdagingen.

^y Recentelijk (16/07/19) stelde de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie nog dat ‘Het de plicht is van de psychiatrie om niet in de vaagheid te blijven hangen, maar te ijveren voor doorgedreven wetenschappelijk onderzoek’ (<https://www.knack.be/nieuws/gezondheid/psychiatrische-patienten-verdiene-de-best-mogelijke-diagnose/article-opinion-1487663.html>)



10. AANBEVELINGEN

Disclaimer	Zoals in de discussie aangegeven, berusten de bevindingen en dus ook de aanbevelingen uit dit project voor een groot deel op meningen van stakeholders, omdat er weinig goede kwantitatieve data beschikbaar zijn. De aanbevelingen dienen dan ook in dit licht gelezen te worden.
Intro	<p>Gezien bovenstaande disclaimer, is een primordiale aanbeveling dan ook goede registratiesystemen op te zetten en bij te houden met betrekking tot prevalentie, ernst, zorgbehoefte, aanbieders, aanbod, gebruikers, gebruik, kosten, uitkomsten en kwaliteit. Deze systemen dienen zo opgezet te zijn dat deze primair ten goede komen aan alle betrokkenen in het zorgproces, en bruikbaar zijn in het dagelijks zorgproces en secundair zo dat er gemakkelijk en veilig data uit geëxtraheerd kunnen worden voor onderzoek en sturing op lokaal en nationaal vlak.</p> <p>Omdat dit echter aanzienlijke tijd in beslag zal nemen, is het nodig om intussen een krachtig en duidelijk beleid verder te voeren; de aanbevelingen 2 tot en met 7 dienen dan ook dit licht gezien te worden.</p>
Aanbeveling 1	<p>Om de passendheid en de performantie van het geestelijke gezondheidszorgsysteem te kunnen nagaan en op te volgen dienen de bevoegde overheden, conform de doelstellingen van cluster 4 "zorgverleners en zorginstellingen" van het Actieplan e-Gezondheid 2019-2021 (https://www.health.belgium.be/nl/actieplan-e-gezondheid-2019-2021), de dataverzameling en registratie binnen de geestelijke gezondheidszorg op drie niveaus te optimaliseren:</p> <ul style="list-style-type: none">• De prevalentie, aard en ernst van geestelijke gezondheidsproblemen en zorgbehoeftes (elk met gepaste periodiciteit) dienen op een gevalideerde manier en systematisch in kaart te worden gebracht bij een representatieve steekproef, bijvoorbeeld in het kader van de periodieke Gezondheidsenquête.• Het zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg en gerelateerde gebieden (zoals algemene gezondheidszorg, welzijn, maatschappelijk werk, huisvesting, werkbegeleiding, enz.) dient op een systematische manier in kaart gebracht te worden, gemakkelijk inzichtelijk gemaakt te worden voor zorgverleners en voor de algemene bevolking en up-to-date gehouden te worden. Hiertoe dienen bestaande registraties (zoals de sociale kaart, enz.) samengebracht en op elkaar afgestemd te worden. Dit publiek toegankelijk register dient informatie te bevatten over adresgegevens, aard van het zorgaanbod, doelgroep, hulpverleningscriteria, beschikbaarheid en wachttijd. De bevoegde overheden dienen een (wetgevend) kader voor dit register te ontwikkelen en de opzet ervan te financieren.• Het gebruik van het geestelijk gezondheidszorgaanbod, intra- en extramuraal, dient op een systematische manier geregistreerd te worden, zo dat uitwisseling van informatie tussen zorgverleners gefaciliteerd wordt en dat zorgtrajecten door het systeem in kaart gebracht kunnen worden en hiaten in het systeem opgespoord kunnen worden. Dit registratiesysteem dient dusdanig opgezet te worden dat het akkoord en de privacy van de patiënt wordt beschermd en het beroepsgeheim wordt gerespecteerd, maar wel zo dat continuïteit in zorg kan geoptimaliseerd worden. Het registratiesysteem dient op individueel gebruikersniveau tenminste gegevens te bevatten over een (versleutelde) patiëntenidentificatie, aanmelddatum, start- en einddatum van de behandeling, voornaamste klacht en zorgbehoefte, zorgdoelen en voornaamste behandeling; later dienen zorguitkomsten toegevoegd te worden. <p>De bevoegde overheden dienen een (wetgevend) kader voor bovenstaande dataregistraties te ontwikkelen en de opzet en het onderhoud ervan te financieren. Overheden moeten in dit traject veel aandacht besteden aan het ondersteunen van de gebruikers/registreerders.</p>



-
- Aanbeveling 2** De bevoegde federale en gefedereerde overheden voor gezondheidszorg, welzijn en sociale zaken dienen in gezamenlijkheid het huidig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg verder te zetten en verder kracht bij te zetten.
- Hiertoe dient (aan)gepaste wetgeving uitgevaardigd te worden, gecombineerd met meer ondersteunende (financiële) maatregelen voor de verdere uitbouw en betere toegankelijkheid van gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg (o.a. centra voor geestelijke gezondheidszorg, brede onthaalinitiatieven, mobiele teams, eerstelijns psychologische zorg, e-health toepassingen en andere) en voor de verbetering van de continuïteit tussen intramurale en extramurale behandelingen.
- Tevens dienen de bevoegde overheden ervoor te zorgen dat eerstelijns interventies betaalbaar zijn voor iedereen, en in het bijzonder voor sociaal kwetsbare groepen.
-
- Aanbeveling 3** Om geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen, en om mensen met geestelijke gezondheidsproblemen tijdig en adequaat hulp te bieden, dient geestelijke gezondheid meer bespreekbaar gemaakt en gedestigmatiseerd te worden, zowel bij de algemene bevolking als bij werkgevers en zorgverleners. Hiertoe zijn verschillende mogelijkheden, zoals mediacampagnes, integratie van geestelijke gezondheid en welbevinden in algemene onderwijsprogramma's en in curricula van zorgverleners.
-
- Aanbeveling 4** Om mensen met geestelijke gezondheidsproblemen maximaal, optimaal en (vroeg)tijdig te leiden naar een passend zorgaanbod, dienen meerdere vormen van laagdrempelige "toegangs- en informatiepunten" te bestaan. Er dienen passende toegangsmodaliteiten te zijn per doelgroep, en zowel fysiek als digitaal.
- Tevens dienen deze punten open te staan voor vragen van familieleden en mantelzorgers van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.
- Reeds bestaande specifieke initiatieven op dit terrein zoals het onthaal van de Vlaamse centra voor algemeen welzijnswerk (CAW), het geïntegreerd breed onthaal, websites als <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/>, de 'centres de planning familiaux', de 'relais santé', dienen versterkt te worden en door mediacampagnes beter bekend gemaakt te worden.
- Hiernaast dienen zorgverleners als huisartsen, wijkgezondheidscentra, bedrijfsgeneeskundige diensten en diensten op gebied van maatschappelijk werk en welzijn zoals de OCMW's, onderwijsbegeleidingsdiensten en andere uitgerust te worden als 'toegangs- en informatiepunt' naar/over het geestelijke gezondheidszorgaanbod.
-
- Aanbeveling 5** Het geestelijke gezondheidszorgaanbod (psychologen, psychiaters, huisartsen, wijkgezondheidscentra, CAW, CGG, mobiele teams, enz.) dicht in de buurt van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen dient versterkt, laagdrempelig en gemakkelijk (financieel) toegankelijk gemaakt te worden, zodat minder beroep gedaan wordt op spoeddiensten en intramurale zorgvoorzieningen.
-
- Aanbeveling 6** De functie van casemanager/referentiepersoon zoals recentelijk omschreven door de Interministeriële Conferentie (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid and IKW Chronische ziekten, 2019) moet nog meer bekend gemaakt worden.
-
- Aanbeveling 7** Het aanbod van begeleid wonen, waarbij gediversifieerde en aangepaste psychosociale ondersteuning in de gemeenschap wordt geboden, dient aanzienlijk te worden verhoogd, om alle soorten gebruikers op te vangen en om zo de sociale re-integratie te bevorderen en institutionalisering te voorkomen.
-



Aanbeveling	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	Aan wie
Aanbeveling 1									
<i>Aanbeveling 1.1</i>		■	■	■	■	■		■	Bevoegde federale en gefedereerde entiteiten Wetenschappelijke gemeenschap Sciensano
<i>Aanbeveling 1.2</i>		■		■	■			■	Bevoegde federale en gefedereerde entiteiten Artikel 107 Netwerken GGZ Platformen GGZ Referentiecentra GGZ
<i>Aanbeveling 1.3</i>		■		■	■	■	■	■	Bevoegde federale en gefedereerde entiteiten Artikel 107 Netwerken GGZ Platformen GGZ Referentiecentra GGZ
Aanbeveling 2	■			■	■	■	■	■	Bevoegde federale en gefedereerde entiteiten IKW Taskforce GGZ
Aanbeveling 3	■			■	■	■	■	■	Bevoegde federale en gefedereerde entiteiten
Aanbeveling 4	■			■	■	■	■	■	Bevoegde federale en gefedereerde entiteiten Betrokken zorgverstrekkers Artikel 107 Netwerken GGZ
Aanbeveling 5	■			■		■	■	■	Bevoegde federale en gefedereerde entiteiten Provinciale en gemeentelijke overheden
Aanbeveling 6						■	■	■	IKW Taskforce GGZ Artikel 107 Netwerken GGZ
Aanbeveling 7				■	■	■	■	■	Gefedereerde entiteiten



LEGENDE

H1: Hoofdstuk 1 van het wetenschappelijk rapport: “Detollenaere J, Cornelis J, Devriese S, Mistiaen P, Ricour C. Description of the Belgian mental health care within the general health care organisation.”

H2: Hoofdstuk 2 van het wetenschappelijk rapport: “Detollenaere J, Gisle L, Mistiaen P. Prevalence of mental health problems”.

H3: Hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport: “Detollenaere J, Bruffaerts R, Gisle L, Mistiaen P. Comparability of ESeMED and HIS”




H4: Hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport: “Ricour C, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Mistiaen P. International frameworks for mental health service organisation”

H5: Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport: “Laguesse R, Lambert M, Van Nuffel R, De Coen M, Van Speybroeck J, Bontemps C. Mapping mental health care services in Belgium”

H6: Hoofdstuk 6 van het wetenschappelijk rapport: “Thunus S, Neyens I, Walker C, Hermans K, Smith P, Nicaise P, Van Audenhove C, Lorant V. Strengths, weaknesses, gaps, and overlaps in the current mental health care supply: a focus group study”

H7: Hoofdstuk 7 van het wetenschappelijk rapport: “Smith P, Nicaise P, Neyens I, Hermans K, Thunus S, Walker C, Van Audenhove C, Lorant V. Values and sets of possible organisational solutions: a choice-based stakeholder analysis survey”

H8: Hoofdstuk 8 van het wetenschappelijk rapport: “Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Mistiaen P, Ricour C. Acceptability of possible recommendations for future mental health care organisation in Belgium: a stakeholder survey”

-
-  De wetenschappelijke evidentie uit het betreffende hoofdstuk ondersteunt de aanbeveling volledig.
 -  De wetenschappelijke evidentie uit het betreffende hoofdstuk ondersteunt de aanbeveling gedeeltelijk.
 -  De wetenschappelijke evidentie uit het betreffende hoofdstuk ondersteunt de aanbeveling niet.
-



■ REFERENTIES

- Adriaenssens J, Farfan-Portet MI, Benahmed N, Kohn L, Dubois C, Devriese S, *et al.* How to improve the organisation of mental healthcare for older adults in Belgium Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2018. KCE report 301
- Agence pour une Vie de Qualité. Indicateurs de Santé mentale en Wallonie. Wallonie Santé 2016;6:1-73.
- Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S, *et al.* The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2002;11(2):55-67.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004(420):21-7.
- AVIQ. Plan Wallon de prévention et de promotion de la santé. In. Brussels; 2019.
- Balthazar T, Cloet M. Waar versnippering toe leiden kan: enkele voorbeelden uit de sector. In: Balthazar T, Maes E, Cloet M, editors. Minder versnippering, meer zorg. De nood aan een heldere en werkbare bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg. Brussel: Zorgnet-Icuro; 2019.
- Becher K, Dechenne R, Vandenbroeck P. Renforcer les soins de santé mentale de première ligne: perspective des usagers et des aidants proches. Fondation Roi Baudouin; 2012.
- Borgermans L, Jacob B, Coture M, De Bock P. Multisectoral mental health networks in Belgium: An example of successful mental health reform through service delivery redesign. WHO Europe, Good Practice Brief. 2018.
- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Mental health in Belgium: current situation and future perspectives. New York: Cambridge University Press; 2008.
- Buyck I, Van Audenhove C, Hermans K. Het perspectief van personen met ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen op geïntegreerde zorg in Vlaanderen. In: Proceedings of For a Better Mental Health: Mobile Teams Connecting; 2018; Brussels.
- Buziarsist J, Demarest S, Gisle L, Tafforeau J, Van der Heyden J, Van Oyen H. Health Interview Survey Belgium. Brussels: WIV-ISP; 2001.



- Ces S, De Jaegere V, Feys P, Leys M. Mental health care reforms: evaluation research of therapeutic projects - first intermediate report. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (reports); 2009. KCE reports 103
- Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, *et al.* What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2015;45(1):11-27.
- Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Plan Santé Bruxellois. Bruxelles; 2018.
- CRéSaM, Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, Psytoyens, Similes, Steunpunt Geestelijke Gezondheid, UilenSpiegel. 7 hefboomen voor een betere geestelijke gezondheid. 2019.
- D'Arcy C, Meng X. Prevention of common mental disorders: conceptual framework and effective interventions. *Current Opinion in Psychiatry.* 2014;27(4):294-301.
- Danau D, Nielandt B. Armoede en psychiatrie: knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg. Koning Boudewijnstichting; 2010.
- De Block M. Begroting gezondheidszorg 2019 goedgekeurd door Algemene Raad RIZIV [Web page].2019. Available from: <https://www.maggiedeblock.be/begroting-gezondheidszorg-2019-goedgekeurd-door-algemene-raad-riziv/>
- De Lepeleire J. De bijdrage van huisartsgeneeskunde in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Geneeskunde.* 2010;66(7):317-21.
- Decoster J. Naar een financiering met 4 pijlers. *Zorgwijzer.* 2018;79(November):21.
- Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen. Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België. In. Brussels: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2011.
- EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. 2016.
- European Union. Good Practices in Mental Health and Wellbeing: Mental Health Services in the Community. 2018. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_goodpractices_en.pdf
- Eyssen M, Leys M, Desomer A, Senn A, Léonard C. Organization of mental health care for persons with severe and persistent mental illness. What is the evidence? Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 18/11/2010. KCE Reports 144 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/organization-of-mental-health-care-for-persons-with-severe-and-persistent-mental->
- Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen. Witboek van de Geestelijke Gezondheidszorg in Brussel. Samen handelen: bijdrage van de huisartsen. Brussel: FAMGB/FBHAV; 2019.
- Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol.* 2018;6(1):30.
- Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International.* 2011;26(suppl_1):i85-i107.
- Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2013;9:1-50.
- Furber G, Segal L, Leach M, Turnbull C, Procter N, Diamond M, *et al.* Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:283.
- Furber G, Leach M, Guy S, Segal L. Developing a broad categorisation scheme to describe risk factors for mental illness, for use in prevention policy and planning. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2017;51(3):230-40.
- Gisle L. Geestelijke gezondheid. In: Van der Heyden J, Charafeddine R, editors. *Gezondheidsenquête 2013.* Brussel: Sciensano; 2014.
- Gouvernement Wallon, Agence pour une Vie de Qualité. Contrat de gestion 2017-2022. In; 2016.
- Gurnet N, Costa Campos J, Nicaise P, Lorant V, De Roeck G, Lodewyckx T, *et al.* Etude de faisabilité : recherche évaluative du programme de réforme fédérale "vers de meilleurs soins en santé mentale" / Haalbaarheidsstudie : wetenschappelijke opvolging en evaluatie van het hervormingsprogramma "naar een betere geestelijke gezondheidszorg". Brussel: Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu; 2014.



- Hermans MH, de Witte N, Dom G. The state of psychiatry in Belgium. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(4):286-94.
- Hewlett E, Moran V. Making Mental Health Count. The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD; 2014.
- Heyerick M. Psychiatrische thuiszorg: een evaluatie van de werking van ambulante interdisciplinaire behandelteams. Gent: Universiteit Gent; 2016.
- Hoge Gezondheidsraad. DSM(5) : Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen. Brussel; 2019.
- Innopsy107.be. Manuel des pratiques innovantes. Bruxelles: 2016. Available from: http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf
- Interministeriële Conferentie. Gids naar een betere Geestelijke Gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Editie Vlaanderen. Brussel; 2010.
- Gemeenschappelijke verklaring voor de realisatie van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor ouderen, 2018. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2018_11_05_gezondheidsbeleid_voor_ouderen.pdf
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Geestelijke Gezondheidszorg. Interkabinettenwerkgroep TASKFORCE GGZ. Vergadering 25 maart 2019. Brussel; 2019.
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, IKW Chronische ziekten. Gemeenschappelijk Plan Geïntegreerde Zorg. Gemeenschappelijke visie over zorgcoördinatie en casemanagement. Brussel; 2019.
- Kohn L, Obyn C, Adriaenssens J, Christiaens W, Van Cauter X, Eyssen M. Model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 14/04/2016. KCE Reports 265 Available from: http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265_Psychotherapy_Report.pdf
- Laguisse R, Lambert M. PSY 107 : Enquête sur l'implication des acteurs de terrain wallons dans les réseaux 107. CRéSaM; 2016.
- Leutz W. Reflections on integrating medical and social care: five laws revisited. *Journal of Integrated Care*. 2005;13(5):3-12.
- Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77-110, iv-v.
- Leys M, Antoine C, De Jaegere V, Schmitz O. Mental health care reforms: evaluation research of therapeutic projects. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2010.
- Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale. Mémoire du secteur de la santé mentale bruxelloise. Bruxelles; 2019.
- Lorant V, Grard A, Van Audenhove C, Leys M, Nicaise P. Effectiveness of health and social service networks for severely mentally ill patients' outcomes: a case-control study. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2018.
- McLafferty M, O'Neill S, Murphy S, Armour C, Ferry F, Bunting B. The moderating impact of childhood adversity profiles and conflict on psychological health and suicidal behaviour in the Northern Ireland population. *Psychiatry Research*. 2018;262:213-20.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Gezamenlijk advies van de afdelingen 'programmatie en erkenning', 'financiering' en 'de permanente werkgroep psychiatrie' inzake een prospectief en programmeerbaar financieel systeem. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2015.
- O'Reilly M, Sviryzdenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53(7):647-62.
- OECD. Hospital beds (indicator) [Web page].2019. Available from: <https://data.oecd.org/chart/5Aji>
- Oldehinkel AJ, Ormel J. A longitudinal perspective on childhood adversities and onset risk of various psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015;24(6):641-50.
- Online-Hulpverlening.be. E-Mental health [Web page].2018 [cited 02]. Available from: <https://www.online-hulpverlening.be/ementalhealth.html>
- Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Geneve; 2013.



- Organisation Mondiale de la Santé Comité régional de l'Europe. Le Plan d'action européen sur la santé mentale. Copenhagen: Organisation Mondiale de la Santé; 2013.
- Overlegorgaan Volwassenen Psy 107. Memorandum Overlegorgaan Volwassenen (incl. Ouderen). Brussel; 2019.
- RIZIV Dienst Geneeskundige verzorging. GGZ - Overleg rond de patiënt en de rol van de referentiepersoon. Brussel; 2011.
- Santé Mentale et Exclusion Sociale – Belgique / Geestelijke Gezondheid en Sociale Uitsluiting – België. Mémorandum 2019. Brussel: SMES-B VZW; 2019.
- Santhea. MEMORANDUM 2019. Pour des soins de santé de qualité accessibles à tous. Loyers/Bruxelles; 2019.
- Schmitz O, Props A, De Jaegere V, Antoine C, Leys M. Mental health care reforms: evaluation research of therapeutic projects - second intermediate report. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE reports 123
- Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(4):261-8.
- Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg. Noodprogramma. Eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen. Antwerpen; 2019.
- Thorncroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, *et al*. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123-32.
- United Nations. Global health and foreign policy. 2010.
- United Nations High Level Political Forum. Pathways to sustainable development: first Belgian national voluntary review on the implementation of the 2030 agenda. New York: 2017. Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15721Belgium_Rev.pdf
- Van Herck P, Van de Cloot I. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Brussels: ITINERA; 2013. 9 Available from: http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701_soins_de_sante_mentale_pvh.pdf
- Vandenbroeck P, Dechenne R, Becher K, Van den Heede K, Eyssen M, Geeraerts G, *et al*. The organisation of mental health services for children and adolescents in Belgium : development of a policy scenario. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 175C (D/2012/10.273/14) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_175C_mental_health_services_for_children_and_adolescents.pdf
- Gezondheidsdoelstelling "preventie van zelfdoding" en Vlaams actieplan 2006-2010, 2006.
- Voorstel voor de gezondheidsdoelstelling "preventie van zelfdoding" en een Vlaams actieplan voor de preventie van zelfdoding 2012-2020, 2012.
- Vlaamse Overheid. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid. Strategisch plan 2017 – 2019. Brussel; 2016.
- Walker C, Nicaise P, Thunus S. Parcours.Bruxelles, évaluation qualitative du système de la santé mental et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy107 en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles; 2019.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, *et al*. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(9):655-79.
- World Health Organisation. The optimal mix of services for mental health Geneva: World Health Organisation (WHO); 2007. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf
- World Health Organisation. Mental health action plan 2013 - 2020. Geneva: World Health Organisation (WHO); 2013. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- World Health Organisation. Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile: Belgium. 2017. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/BEL.pdf?ua=1
- Zorgnet-Icuro. Speerpunten ZORNET-ICURO voor de legislatuur 2019-2024. Brussel; 2019.



COLOFON

Titel:	Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België – Synthese
Auteurs:	Patriek Mistiaen (KCE), Justien Cornelis (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Stephan Devriese (KCE), Céline Ricour (KCE)
Project facilitator:	Els Van Bruystegem (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE); Karin Rondia (KCE)
Reviewers:	Vicky Jaspers (KCE), Roos Leroy (KCE)
Externe experts:	Gaëtan Absil (UCLouvain - Université catholique de Louvain), Sibyl Anthierens (UAntwerpen – Universiteit Antwerpen), Johan Bilsen (VUB - Vrije Universiteit Brussel), Piet Bracke (UGent - Universiteit Gent), Paul De Bock (Adviseur-generaal FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Philippe Delespaul (UM - Maastricht University), Guy Deleu (CHU Charleroi - Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi), Stefaan Demarest (Sciensano), Koen Demyttenaere (KU Leuven - Katholieke Universiteit Leuven), Martin Deseilles (UNamur - Université de Namur), Ignaas Devisch (UGent), Peter Dierinck (Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge), Geert Dom (UAntwerpen - Universiteit Antwerpen), Benoît Gillain (CSPO - Clinique Saint-Pierre Ottignies), Lydia Gisle (Sciensano), Bernard Jacob (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Harmen Lecok (Adviseur Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid – Conseiller Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique), Céline Mahieu (ULB - Université libre de Bruxelles), Inez Myin-Germeys (KU Leuven), Bernard Sabbe (UZA - Universitair Ziekenhuis Antwerpen)
Externe validatoren:	Liesbeth Borgermans (UGent), Magali Coldefy (IRDES - Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, France), Hans Kroon (Trimbos-Instituut / Universiteit Tilburg, Nederland)
Acknowledgements:	<p>Wij danken allen die hebben deelgenomen aan de enquêtes en focusgroepen en de personen die we ontmoet hebben tijdens de site visits.</p> <p>We danken ook alle auteurs van de hoofdstukken in het wetenschappelijk rapport: Christiane Bontemps (Crésam), Ronny Bruffaerts (KU Leuven), Marlien De Coen (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid), Lydia Gisle (Sciensano), Kirsten Hermans (KU Leuven), Renaud Laguesse (Crésam), Marie Lambert (Crésam), Vincent Lorant (Université catholique de Louvain), Inge Neyens (KU Leuven), Pablo Nicaise (Université catholique de Louvain), Pierre Smith (Université catholique de Louvain), Sophie Thunus (Université catholique de Louvain), Chantal Van Audenhove (KU Leuven), Rik Van Nuffel (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid), Jan Van Speybroeck (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid), Carole Walker (Université catholique de Louvain)</p>
Gemelde belangen:	“Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie ‘Organisatie geestelijke gezondheidszorg’. Daarom hebben zij per definitie mogelijk een zekere graad van belangenconflict”.



Layout: Ine Verhulst, Joyce Grijsels

Disclaimer:

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum: 22 oktober 2019

Domein: Health Services Research (HSR)

MeSH: Mental Health Services, Psychiatry

NLM classificatie: WM 30 (Mental health services)

Taal: Nederlands

Formaat: Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot: D/2019/10.273/48

ISSN: 2466-6432

Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 318As. D/2019/10.273/48.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.