

VAN
DOKTER IK HEB OOK
IETS TE ZEGGEN
NAAR
MINISTER IK HEB OOK
IETS VOOR TE STELLEN

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG: VAN PSYCHIATRISERING NAAR VERMAATSCHAPPELIJING

WERKGROEP GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

TREKKER: DIRK DE WACHTER

LEDEN: RAF DE RYCKE, JAN DE LEPELEIRE,
PAUL VAN ROYEN, YVO NUYENS

WAT IS HET PROBLEEM?

Wereldwijd is er een enorme toename van de psychische problemen; cijfers van WHO, OESO en KCE bevestigen dat. Ook hier stijgen de zorgvraag, het aantal psychiatrische diagnoses en de gedwongen opnames. De kosten van het ziekteverzuim en van de langdurige arbeidsongeschiktheid nemen almaar toe.

De Belgische en Vlaamse cijfers liggen aan de hoge kant, vaak hoger dan in de ons omringende landen. Zo heeft Vlaanderen in de EU-15, de hoogste suïcidecijfers voor vrouwen, en de op twee na (Finland en Frankrijk) voor mannen.

Deze evolutie wijst duidelijk op een toenemende medicalisering en psychiatrisering van psychisch onwelbevinden en van maatschappelijke problemen. Anderzijds kunnen we dit niet los zien van snelle en ingrijpende veranderingen in de maatschappij die het zelfdragend vermogen van het sociale weefsel onder druk lijken te zetten: individualisering, eenzaamheid, vergrijzing, armoede, multiculturaliteit, middelengebruik, meritocratie, maakbaarheid, ...

De geestelijke gezondheidszorg, weinig technologisch, gericht op zorg en op persoonlijke betrokkenheid, dreigt voorop te staan als besparingsmaatregelen ter sprake komen.

België besteedt 10,2% van zijn welvaart (BBP) aan gezondheidszorg maar hiervan gaat amper 6,2% naar de geestelijke gezondheidszorg (0,62 procent BBP).

WELKE INGREPEN ZIJN NODIG?

Er zijn positieve evoluties ingezet. Maar die behoeven echt een boost.

Een eerste ingreep is de plaatsing van een turbomotor in de 'vermaatschappelijking van de zorg'. Die hervorming kreeg nog maar bescheiden gestalte in het zogenaamde artikel 107: residentiële zorg wordt afgebouwd en de vrijgekomen middelen worden geïnjecteerd in de ambulante zorg en in preventie en vroegtijdige detectie; tegelijk wordt de integratie van gezondheidszorg, welzijnszorg en geestelijke gezondheidszorg gestimuleerd. Dit proces heeft onmiskenbare voordelen zoals het betrekken van ervaringsdeskundigen en familiebetrokkenen, het gericht opsporen van risicogroepen, participatief werken in een visie van herstel en empowerment, een beter samenspel met de eerste lijn, netwerking met bestaande structuren (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Centra voor Leerlingenbegeleiding, Instellingen binnen Bijzondere Jeugdzorg en Gehandicaptenzorg, ...).

Dat moet dus veel sneller en omvattender worden. Men moet wel attent blijven dat de hospitalocentrische visie toch niet opnieuw gaat domineren; men moet ook opletten dat de eerste lijn niet overspoeld wordt waarna het systeem dichtslibt waardoor de zwaksten weer uit de boot vallen.

De omschakeling van een acuut naar een chronisch ziektemodel (is dat een ziektemodel of een behandelings- of zorgmodel?) is een tweede gunstige evolutie voor de geestelijke gezondheidszorg die een boost ver-

dient. Dit nieuwe model impliceert een gewijzigd behandelingsparadigma met een verdere demedicalisering van psychosociale problemen.

Daarnaast zal de toepassing van de 'stepped care'-benadering een beter geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg stimuleren. Een belangrijke eerste stap in deze benadering kan gerealiseerd worden door "watchful waiting" van de hulpverlener op het microniveau met een versterking van de rol van huisarts en een meer systematische uitbouw van een eerstelijnspsychologische functie, een beter samenspel met psychiaters en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg op de tweede lijn en psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ en psychosociale revalidatiecentra op de derde lijn.

Op het mesoniveau - de zorgregio - moet verder werk gemaakt worden van ondersteunende functies en vooral van integratie en coördinatie van het zeer uitgebreid aanbod aan diensten, inclusief integratie tussen welzijns- en gezondheidssector.

WELKE OMKADERENDE MAATREGELEN ZIJN NODIG?

1. Een duidelijk politiek signaal is nodig: de formulering van een visie op en een beleidsplan voor de geestelijke gezondheid, en meer coherentie in het beleid van de verschillende overheden. Het Mental Health Action plan 2013-2020 van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO biedt een goed kader voor het uittekenen van prioritaire strategieën en acties.
2. Daarnaast moet de publieke opinie gesensibiliseerd worden en moeten de media aandacht besteden aan de geestelijke gezondheidszorg; de stigmatisering moet krachtig bestreden worden.
3. Het verder uitrollen van de projecten 'artikel 107' in alle zorgregio's is nodig voor alle functies (preventie en vroegdetectie, ambulante behandelteams, rehabilitatie rond herstel en sociale inclusie, intensivering van residentiële behandeling en specifieke woonvormen) maar ook uitbreiding naar kinderen en jongeren en senioren.
4. Het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn moet opgedreven worden, onder meer met: deskundigheidsbevordering van huisartsen en andere zorgverleners, invoering en financiering van een eerstelijnspsychologische functie, uitbreiding van de psychiatrische thuiszorg, versterking van de preventieve functies, ontwikkeling van e-mental health en ten slotte samenwerking met andere sectoren zoals welzijnszorg en onderwijs.
5. Een aanzienlijke verhoging van het budget voor wetenschappelijk onderzoek over incidentie en prevalentie van psychische stoornissen en over uitkomsten van de geestelijke gezondheidszorg.
6. Een volledige herziening van het huidige financieringssysteem is nodig; dat moet prospectief worden en programma-georiënteerd, zodat specifieke zorgprogramma's over de verschillende zorgvormen heen kunnen geïntegreerd worden, residentieel en ambulant.
7. In de geestelijke gezondheidszorg moet meer aandacht gaan naar kwaliteit en kwaliteitsmeting over proces en uitkomsten van de zorg.
8. De psychiater moet zich nadrukkelijker ontplooiën als specialistisch consulent, centrale figuur in de tweede en derde lijn, met actieve terugkoppeling en communicatie naar de eerste lijn; zijn rol strekt zich uit over detectie, diagnostiek en behandeling van gebruikers, maar ook over begeleiding, bijscholing, coaching van zorgverleners.

9. Er moet heel specifieke aandacht gaan naar de bijzonder kwetsbare groepen zoals de forensische patiënten, de etnische minderheden en de zorgmijders.
10. Een herziening van de wet inzake de gedwongen opname en een herziening van de wet op de internering.

STELLINGEN

1. De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg moet worden verder gezet voor alle doelgroepen, met bijzondere aandacht voor kinderen en jongeren. Samenwerking tussen alle betrokken partners (1ste, 2de en 3de lijn) en sectoren (gezondheid, welzijn, arbeid, wonen, gewoon en buitengewoon onderwijs ...) in een netwerk binnen één werkingsgebied is de sleutel voor een vraaggericht aanbod.
2. Het meerjarenplan Onkelinx-Vandeurzen moet onverkort en prioritair worden uitgevoerd om alle geïnterneerden een kwaliteitsvolle behandeling, verzorging en begeleiding te garanderen buiten de gevangenen. Dit vergt de oprichting van twee forensische psychiatrische centra (Gent en Antwerpen) die volledige zorginstellingen moeten zijn; dit vergt ook de herziening en uitvoering van de interneringswet.