

# Hervorming kinderpsychiatrie: nood aan netwerken

**N**a die voor volwassenen is ook de geestelijke gezondheidszorg voor kind en jeugd aan een hervorming toe. Provinciale netwerken moeten zorgen voor een meer divers zorgaanbod met klemtoon op mobiele werking. Federaal Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid Maggie De Block licht haar plannentoe.



Fotografie: Jos Verhoogen

Auteur: *Tine Bergen*, wetenschapsjournaliste

## Wat is volgens u de kern van het probleem in de kinderpsychiatrie?

**MAGGIE DE BLOCK** > “Er moet meer plaats komen voor acute opvang, zodat de schrijnende gevolgen van wachtlijsten voorgoed verleden tijd worden. Er moet ook in alle regio's van ons land een divers zorgaanbod beschikbaar zijn. De zogenaamde grijze vlekken moeten worden weggewerkt. Daarbij komt er veel aandacht voor mobiele werking: thuissequipes die ook 's avonds interventies doen. Zij kunnen meer en sneller inspelen op de zorgnood. De bedoeling is zo weinig mogelijk te hospitaliseren, omdat zo'n opname op zich al erg ingrijpend kan zijn voor de patiënt en zijn familie.”

“Er zijn heel veel goede initiatieven op het terrein, we willen dus helemaal niet dat de gezondheidszorg het warme water opnieuw gaat uitvinden. We merken wel dat diensten soms nog 'eilandjes' op zich zijn en dat zorgverstrekkers niet goed van elkaar weten wat de ander precies doet. Daardoor zijn er ook patiënten die in dat vacuüm tussen de verschillende diensten vallen. We willen dus meer afstemming van de partners onder elkaar bereiken. Door meer overleg en

samenwerking moet een patiënt ook makkelijker begeleid kunnen worden van residentiële naar ambulante zorg, waar mensen nu soms koudweg worden 'ontslaan'.

Elke patiënt moet de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats krijgen. Dat lijkt evident, maar het is een grote ambitie.

De patiënt moet centraal staan en mag geen knik meer ervaren in zijn zorgverlening. We moeten de geestelijke gezondheidszorg niet heruitvinden. We willen wel dat elke patiënt de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats krijgt. Dat lijkt heel evident, maar het is een grote ambitie.”

## Wat zal de hervorming inhouden?

**MAGGIE DE BLOCK** > “De hervorming van de volwassenpsychiatrie met de netwerken die in de vorige legislatuur is opgestart, focuste ook al op een meer divers zorgaanbod met veel aandacht voor mobiele werking. Die focus delen we, maar bij de kinderpsychiatrie zullen die netwerken heel duidelijk provinciaal zijn. Per provincie en in het Brussels gewest is er één netwerk met een netwerkcoördi-

natie voor de praktische werking en een voltijdse kinderpsychiater die de mobiele werking klinisch zal aansturen. In eerste instantie zal het uitwerken van de netwerken zeker een inspanning vragen van de betrokken partners, maar op termijn zal ook iedereen daar de vruchten van kunnen plukken. Als ik verhalen hoor over psychiaters die uren aan de telefoon moeten hangen om een vrij bed te vinden dat enigszins geschikt is voor hun patiënt: dat moet voorgoed tot het verleden gaan behoren.”

“Voor een meer geïntegreerde, gezamenlijke werking rond geestelijke gezondheidszorg is er openheid en vertrouwen nodig tussen de verschillende partners over hoe er wordt gewerkt, met ook duidelijke afspraken over bijvoorbeeld de overdracht van informatie, met respect voor privacy en beroepsgeheim. Met de provinciale netwerken willen we de mensen op het terrein een kader bieden om hiermee aan de slag te gaan. Maar binnen dat kader behoudt iedereen zijn eigenheid. Niet elke regio heeft bijvoorbeeld dezelfde problemen. Daarom worden de noden ook per provincie bekeken, waarbij we gebruik maken van een wegingscoëfficiënt, gebaseerd op onderzoek van de KU Leuven (zie kader onderaan). Een provincie met meer noden, krijgt ook meer middelen.”

“Elk netwerk zal in eerste instantie drie verschillende programma's ontwikkelen. Een eerste rond crisiszorg met mobiele teams die ingrijpen bij acute noden, een tweede rond langdurige zorg: outreachteams die langere en diepgaandere zorg bieden. En ten slotte ook een programma intersectoraal consult en liaison. Denk bijvoorbeeld aan de CLB's die heel vaak als eerste worden geconfronteerd met jongeren die mentale problemen hebben, maar niet altijd weten hoe ze daar best mee kunnen omgaan. Door hen daarin te coachen, kunnen zij die situaties ook adequater aanpakken.”

We streven naar continuïteit. Nu zijn er veel pilotprojecten die zo lang blijven bestaan dat de oorspronkelijke schwing eruit is.

“We koppelen de financiering aan de programma's in plaats van aan ziekenhuizen of diensten. Die programma's kunnen dus ook uitgewerkt worden tussen verschillende diensten of ziekenhuizen. Bestaande projecten kunnen uiteraard ook opgenomen worden in deze programma's. We streven naar continuïteit. Nu zijn er veel pilotprojecten die zo lang blijven bestaan dat de oorspronkelijke

schwing eruit is. Dan krijg je ook een komen en gaan van mensen omdat het tijdelijke functies zijn, terwijl het essentieel is dat er mensen met bagage en knowhow in de projecten blijven werken. Daarom willen we pilotprojecten met een continue werking van eenzelfde kwaliteit op termijn ook structureel maken.”

## Hoe zal de hervorming van de GGZ kind en jeugd verschillen van die van artikel 107 bij volwassenen?

**MAGGIE DE BLOCK** > “Het artikel 107 omvat bij kinderen heel andere partners zoals de school en het CLB. In tegenstelling tot het artikel 107 bij volwassenen werken wij heel duidelijk provinciaal om grijze zones te voorkomen. Tot slot heeft de kinderpsychiatrie veel minder residentiële capaciteit. Bij volwassenen is er de mogelijkheid om bedden te reconverteren naar meer ambulante zorg. Bij kinderen is er niet veel bewegingsruimte, omdat het aantal bedden daar al zeer nipt is. Daarom hebben we met het ontwikkelen van de Gids besloten tot een injectie van twintig miljoen euro extra elk jaar, structureel, voor kinderen en adolescenten. Hiermee willen we investeren in mobiele equipes, zorg in de thuiscontext, zodat kinderen en jongeren snel de juiste zorg op de juiste plaats krijgen.”



Fotografie: Jos Verhoogen

"De geestelijke gezondheidszorg is in het verleden stiefmoederlijk behandeld."



Fotografie: Jos Verhoogen

### Hoe verhoudt dit alles zich tot het plan Integrale Jeugdhulp?

MAGGIE DE BLOCK › "Het plan Integrale Jeugdhulp was er al en we hebben bij het uittekenen van de Gids rekening gehouden met bestaande plannen. We hebben de tijd genomen om met de Gids het terrein helemaal af te tasten."

"De patiënt mag geen knik ervaren tussen residentiele zorg en thuiszorg, er mag ook geen knik komen door de ingewikkelde manier waarop gezondheidszorg in ons land georganiseerd is. Er wordt veel gewerkt via de interministeriële conferentie en daar wordt ook goed samengewerkt. We willen uiteindelijk allemaal hetzelfde: het beste voor de patiënt."

"We werken dan ook bevoegdheid overschrijdend met het departement Welzijn, bijvoorbeeld voor de dubbele diagnostiek. Neem een patiënt die autisme heeft – een zaak van de gemeenschap – en een mentale stoornis: een gedeelde verantwoordelijkheid tussen gemeenschappen en federaal niveau. Zo iemand werd in het verleden wel eens van het kastje naar de muur gestuurd. Tijdens het laatste begrotingsconclaaf is er extra financiële ruimte gevonden voor deze patiënten, zodat ze verzorgd kunnen worden in een voor hen aangepaste structuur. Elke financiële injectie heeft nu een plaats en kan ingeschoven worden in het bestaande beleid."

### Welke concrete stappen kan het terrein verwachten en binnen welk tijds kader?

MAGGIE DE BLOCK › "De financiering is er en de coördinatie is mogelijk gemaakt met het tot stand komen van de Gids en de netwerken. We laten alles nu bottom-up ontwikkelen. Ik voel veel enthousiasme op het terrein en dat is ook heel belangrijk, daar moet er immers worden

samengewerkt en de verschillende partners moeten elkaar vertrouwen. Er moet tijdens het uitwerken van de netwerken ook ruimte zijn om terug te koppelen en bij te sturen waar nodig. Het systeem zal niet van in het begin perfect zijn, maar nu kunnen we tenminste de vinger op de wonde leggen."

"Concreet is elk netwerk sinds oktober werkelijk operationeel met functionerende netwerkcoördinatoren. Twee netwerken zijn sinds 1 oktober al bezig met het programma crisiszorg. Hier is dus ook een voltijdse psychiater mogelijk. Al de aanwervingen van de leden van het mobiele team en de psychiaters zullen uiteraard stapsgewijs gaan. Idealiter zijn alle drie de programma's in alle netwerken in april 2016 in werking. Maar we willen goede fundamenten leggen en vertrouwen dan ook vooral op de knowhow en het tempo van de mensen op het terrein. Zij van hun kant mogen erop vertrouwen dat er het nodige budget is, want koken kost geld."

"De geestelijke gezondheidszorg is in het verleden stiefmoederlijk behandeld en we willen dat proberen recht te zetten in deze legislatuur. Op één jaar tijd hebben we er nu al structureel 25 miljoen extra ingepompt, wat niet evident is in tijden van besparingen. Het potentieel is er, dus is het onze taak om ook voor middelen te zorgen. Gezien de grote noden en de complexiteit van het geheel moeten er wel prioriteiten worden gesteld. Maar binnen vijf jaar zouden we toch in een heel ander landschap van mentale zorg moeten zitten dan verleden jaar. Dat hoop ik althans." ☺

\* Het populatie-onderzoek van professor Bruffherts en zijn team\*