

# 1 De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland en de geestelijke gezondheidszorg in België

Dr. M.P.N. van Kerkhof, mr. drs. G.V.M. van Gemert, prof. dr. C. Jannes en dr. D. Larmuseau

*Met dank aan mevrouw Rebekka Verniest.*

## 1 Historische inleiding

De afgelopen decennia is het perspectief van de sector geestelijke gezondheidszorg zowel in Nederland als in België grondig veranderd. Aan de basis hiervan ligt een inhoudelijke evolutie, waarbij de opdrachten en de doelgroep van de sector steeds verder werden verbreed. Dit leidde op zijn beurt tot grondige organisatorische vernieuwingen, voornamelijk gekenmerkt door het ontstaan van nieuwe zorgvormen. Het taboe rond psychische ziekten werd steeds verder doorbroken en de zorgverlening werd steeds meer vermaatschappelijkt.

Aanvankelijk was alles eenvoudig. Men had alleen aandacht voor personen met sterk afwijkend en storend gedrag. Deze psychiatrische patiënten werden ondergebracht in grote psychiatrische ‘gestichten’. Deze instellingen waren gesloten, zowel voor de patiënten als voor de bezoekers. De regels waren streng en gericht op een leven in grote groepen. Men hanteerde een eng medisch model waarbij alleen de zeer speciale gevallen werden begeleid. Re-integratie verliep zeer moeilijk vanwege het langdurige verblijf.

De daaropvolgende decennia ging men, met de opkomst van de psychotherapie en psychofarmacologie, steeds meer belang hechten aan het daadwerkelijk behandelen, niet alleen van personen met ‘psychopathologisch gedrag’, maar ook van mensen met ‘levensproblemen’. De uiteindelijke bedoeling was hen zoveel mogelijk te resocialiseren en in de samenleving te reintegreren. Dit ging gepaard met de uitbreiding van een aantal nieuwe zorgvormen waar herstel het einddoel was. In deze instellingen (intramurale zorg) werden zowel zwakzinnigen, psychiatrisch patiënten als psychisch gestoorde delinquenten verpleegd. Een differentiatie naar doelgroep is pas later opgetreden, als consequentie van de ontstane opvattingen dat voor deze drie categorieën een verschillende aanpak nodig was.

Door de verdere evolutie van de medische wetenschap konden personen met psychische problemen ook steeds vaker ambulant behandeld worden. Tegelijk groeide het besef dat langdurig zieken die gestabiliseerd waren, behoefte hadden aan nazorg en soms ook aan specifieke vormen van opvang buiten het ziekenhuis. Een aantal nieuwe zorgvormen werd in het leven geroepen die nog meer aansloten bij de lokale leefgemeenschap en waar de nadruk niet langer ligt op de behandeling (cure) maar op de verzorging (care).

Dit proces was en is echter niet af. Het aanbod werd om diverse redenen verder uitgebreid en gespecialiseerd. Hierbij ging de aandacht naar nieuwe probleemgebieden, zoals middelenverslaving en suïcide. Er ontstonden ook nieuwe opvang- en behandelvormen, zoals crisisinterventie en psychiatrische zorg in de thuissituatie.

Ook het belang van actoren in de reguliere thuiszorg in de geestelijke gezondheidszorg neemt toe.

De veelheid aan relevante actoren leidde dan ook tot een toenemende aandacht voor netwerkvorming tussen deze zorgactoren.

Vermeldenswaard is de vaststelling dat ook op Europees vlak steeds meer aandacht wordt besteed aan de geestelijke gezondheid. In 2005 verscheen het *Green Paper* of het *Groenboek* dat, zij het in algemene bewoordingen en met weinig concrete voorstellen, een algemeen kader schetst van de verantwoordelijkheid van het beleid en de initiatieven die kunnen worden genomen. De aandacht gaat vooral naar gezondheidspromotie en -preventie. Dit is een duidelijk signaal en tevens een aanzet tot beter beleid en betere informatie over concrete succesvolle initiatieven. Een kader wordt gecreëerd voor uitwisseling en samenwerking tussen de lidstaten, de samenhang tussen de maatregelen op verschillende gebieden wordt bevorderd (bijvoorbeeld op het gebied van drugbeleid dat toch al grensoverschrijdende gevolgen heeft), platformen met belanghebbenden, zoals patiëntenorganisaties en maatschappelijke organisaties kunnen met meer gezag en invloed werken op Europees niveau.

## II De organisatie van de psychiatrische zorg in Nederland

De psychiatrische zorg in Nederland is in beweging. Als uitvloeisel van het nieuwe zorgstelsel waarin gereguleerde marktwerking het leidmotief is, verandert op 1 januari 2008 de financiering van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Vanaf dat moment maakt de op genezing gerichte GGZ, net als de somatische zorg, deel uit van het basispakket. Tevens zien we dat zowel bestaande instellingen als nieuwkomers anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen en druk doende zijn om, naast de gebruikelijke schaalvergroting, nieuwe ‘merken’ in de markt te zetten. Denk maar aan PsyQ, i-psy, Indigo of netwerkorganisaties van professionals als Mentaal Beter en inP. Ook maakt de GGZ er veel werk van om e-health in haar aanbod te verankeren en zodoende nieuwe doelgroepen rijp te maken voor preventie en behandeling.

## 1 De vier domeinen van de GGZ

De geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg laten zich het best beschrijven aan de hand van de domeinen waarop ze zich richten. De bijdrage die de GGZ aan de geestelijke volksgezondheid levert, ligt vooral op het gebied van de preventie en de genezing van psychische aandoeningen, de vermaatschappelijking van chronische patiënten en de bemoeizorg aan vaak onwillige zorgmijders.

### Preventie

Bij preventie gaat het om interventies die moeten voorkomen dat een ziekte optreedt (primaire preventie) of dat deze verergert (secundaire preventie). Preventie kan van veel waarde zijn voor een groot aantal mensen. Naar schatting kampen vier miljoen Nederlanders per jaar met een psychische stoornis; 'slechts' anderhalf miljoen melden zich hiervoor aan bij de eerste lijn, en van hen wordt de helft doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ.

Deze interventies beslaan een breed continuüm: van gezondheidsbevordering om psychische problemen te voorkomen, via vroeginterventie om de kans op een succesvolle behandeling te vergroten, tot zorggerichte activiteiten om ergere problemen voor te zijn. Veelgebruikte en op hun werkzaamheid onderzochte cursussen zijn: 'In de put, uit de put' (depressie bij volwassenen), 'Grip op je dip' (voor jongeren) en 'Geen paniek'.

Preventie is in hoge mate een taak van de eerstelijnsgezondheidszorg. Daar wordt psychische problematiek gesignaleerd en vinden de eerste interventies plaats door huisartsen, eerstelijnspsychologen en het maatschappelijk werk. GGZ-instellingen bieden daarvoor consultatie aan, en daarnaast hebben ze aparte afdelingen voor preventie. Ook GGD'en, welzijnsorganisaties, de jeugdzorg en de bedrijfsarts zijn actief op dit vlak.

### E-health

Voor jongeren blijken met het huidige preventieaanbod moeilijk bereikbaar te zijn. Internet is een effectieve manier om het bereik onder hen te vergroten. E-health omvat zowel mogelijkheden om voorlichting te krijgen en cursussen te volgen als om contacten met lotgenoten te onderhouden. Ook zelftests zijn zeer populair.

Voor verschillende aandoeningen – onder meer burn-out, alcoholverslaving, boulimia en depressie – zijn inmiddels effectieve internetbehandelingen ontwikkeld. Voor een vergoeding heeft de patiënt meestal een verwijzing van de huisarts nodig.

### Genezing

De behandeling van psychische stoornissen is, met de zorg voor chronische patiënten, de *core business* van de GGZ. Een groot behandelaanbod – zowel individueel als toegesneden op groepen – is daarvoor beschikbaar. Naast

medicatie worden diverse vormen van psychotherapie ingezet, variërend van behandelingen die ondersteuning bieden tot inzicht gevende therapieën. Vooral cognitieve (gedrags)therapie blijkt bij veel aandoeningen goede resultaten op te leveren. Ook behoren meer invasieve technieken tot de mogelijkheden. Zo krijgen patiënten met een zeer ernstige depressie elektroconvulsiotherapie.

Behandelaars hanteren steeds vaker het principe van *stepped care*: een behandeling moet niet lichter maar ook niet zwaarder zijn dan nodig is. Het doel is maatwerk aan de patiënt te bieden, en tegelijkertijd vanwege de betaalbaarheid en doelmatigheid de kosten in de hand te houden.

Een keur aan aanbieders is in de op genezing gerichte GGZ actief. De zorg die zij bieden is geneeskundig van aard en wordt ook steeds meer als zodanig gepercipieerd. Naast huisartsen en eerstelijnspsychologen zijn dat onder meer GGZ-instellingen, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorginstellingen en particuliere verslavingsklinieken, en voor forensische patiënten tbs- en andere (poli)klinieken voor forensische psychiatrie.

#### Marktwerking

Heel voorzichtig is de overheid de afgelopen tijd begonnen met de introductie van de vrije markt in de curatieve gezondheidszorg. Ziekenhuizen mogen al over de prijs van een beperkt aantal behandelingen met de zorgverzekeraars onderhandelen. Momenteel gaat het om nog maar 10 procent van hun aanbod, maar binnen enkele jaren geldt het voor 30 procent van de behandelingen in de Zorgverzekeringswet. Ook binnen de GGZ bereidt men zich voor op de intrede van een zekere mate van marktwerking. De eerste stap daartoe is recent gezet: de op genezing gerichte GGZ maakt voortaan – vanaf 1 januari 2008 – deel uit van het basispakket.

Vooraf bij de behandeling van patiënten met een enkelvoudige psychische aandoening, zoals een angststoornis, een depressie of een verslavingsprobleem, zien we dat de concurrentie toeneemt – bijvoorbeeld door nieuwe gespecialiseerde aanbieders – en dat instellingen met nieuwe merknamen, gestandaardiseerde behandelingen en een klantvriendelijk profiel de slag om de patiënt aangaan. Ook zijn er aanbieders die zich specifiek op de zorg aan migranten en allochtonen richten.

#### Vermaatschappelijking

De GGZ helpt patiënten met een chronische psychische aandoening zo goed mogelijk aan de samenleving deel te nemen. Door wonen in wijken te bevorderen, bij te dragen aan een zinvolle dagbesteding en arbeidsre-integratie te faciliteren. Minstens zo belangrijk als behandeling is ondersteuning en begeleiding bij het leven met een psychische handicap. Een klein deel van deze patiënten heeft zoveel ondersteuning nodig dat zij min of meer permanent op een langdurige verblijfsafdeling leven.

Voor een samenhangend ondersteuningsaanbod is de GGZ aangewezen op

partners als de woningcorporaties en welzijnsorganisaties. Op maatschappelijk gerichte zorg wordt geboden door GGZ- en verslavingszorginstellingen, RIBW's (regionale instellingen voor beschermd wonen), dag- en activiteitencentra (DAC), en tbs- en andere klinieken voor forensische zorg.

### *Rehabilitatie en herstel*

In het zorgaanbod heeft rehabilitatie zich een vaste plek verworven. Doel is dat de patiënt zowel maatschappelijk zo optimaal mogelijk functioneert als een leven leidt conform zijn eigen wensen. Bij rehabilitatie staat voorop wat een patiënt nog wel kan – en niet zoals in een behandeling zijn stoornis.

Vergelijkbaar hiermee is een benadering die wel met het begrip herstel wordt aangeduid. Het grote verschil met rehabilitatie is dat herstel door de patiënten, beter gezegd de ervaringsdeskundigen zelf wordt gedragen, en dat rehabilitatie van de hulpverleners uitgaat. Een patiëntgebonden financiering is onontbeerlijk voor deze aanpak.

### *Bemoeizorg*

Bemoeizorg is een wezenlijk onderdeel van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Het gaat daarbij om veelal ongevraagde hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die geen zorg krijgen. Deze patiënten lijden allemaal aan een ernstige psychische stoornis. Het doel van de GGZ is hun de zorg te bieden die zij nodig hebben. Dat vergt een lange adem en een grote inzet. Daarnaast draagt bemoeizorg ertoe bij dat de overlast in een buurt vermindert, de verloedering wordt tegengegaan en de veiligheid toeneemt. De regie van de bemoeizorg berust bij de gemeenten.

Bemoeizorg wordt geboden door GGD'en, GGZ- en verslavingszorginstellingen, RIBW's en de maatschappelijke opvang. Een nieuwe methodiek als Assertive Community Treatment (ACT) draagt sterk bij aan het succes van de bemoeizorg.

### *Vermindering recidive*

Een specifieke vorm van bemoeizorg vormen de inspanningen van de forensische (poli)klinieken om de recidive van hun patiënten terug te dringen. Door de behandeling verbetert niet alleen het welzijn van de patiënten, maar wordt ook de maatschappij veiliger. Ook voor de GGZ is dat tegenwoordig een legitieme doelstelling van de behandeling van patiënten die via politie en justitie in zorg komen.

De capaciteit van de forensisch psychiatrische centra – waaronder de tbs-klinieken, de forensische afdelingen en poliklinieken neemt steeds meer toe. Ook komt er meer ruimte voor behandeling binnen het gevangeniswezen. Vanwege de doorstroming naar de GGZ is het wenselijk ook hier goede ketenzorg te bieden.

## 2 Van algemene naar specialistische zorg

Binnen de vier domeinen kan een onderscheid worden gemaakt naar de aard van de zorg. De zorg in de eerste lijn is generalistisch, snel en gemakkelijk toegankelijk. Voor een specialistische behandeling verwijst de huisarts een patiënt door naar de tweede lijn. En als de problematiek zo complex is dat speciale kennis en voorzieningen vereist zijn, is een patiënt aangewezen op de topklinische zorg in de derde lijn.

### Eerste lijn

Elke Nederlander kan met zijn psychische problemen bij de huisarts terecht. De behandeling bestaat uit een of meer gesprekken, al dan niet in combinatie met medicatie. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft voor een aantal stoornissen – onder meer voor depressie, angst, alcoholgebruik en dementie – richtlijnen opgesteld. Inmiddels werkt 80 procent van de huisartsen samen met vanuit GGZ-instellingen gedetacheerde sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen. Vanaf 1 januari 2008 gaat deze taak over naar de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ, die ook door GGZ-instellingen geleverd gaat worden.

In overleg met de huisarts biedt de eerstelijnspsycholoog psychologische hulp. In gemiddeld acht gesprekken helpt hij patiënten weer op weg. Hij hanteert daarbij een concrete en praktische aanpak. Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) is in iedere gemeente gratis beschikbaar. Het AMW is vooral gericht op praktische en sociale problemen. Soms wordt ook hulp geboden bij psychische problemen. Verzekeraars en de overheid streven ernaar dat meer GGZ in de eerste lijn plaatsvindt.

### Tweede lijn

Als de problematiek van een patiënt te gecompliceerd is voor een huisarts, verwijst hij door naar specialistische hulp in de tweede lijn. In 2006 ging het om meer dan 750.000 mensen. GGZ-instellingen hebben doorgaans aparte divisies of circuits voor volwassenen (18 tot 65 jaar), kinderen en jeugd, en voor ouderen. Daarnaast zijn er, verspreid over het land, aparte instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, en komen ouderen vaak terecht in verpleeghuizen met een psychogeriatrische functie – de GGZ levert daarvoor deskundigheid.

De verslavingszorg biedt behandelingen voor alcohol-, drugs- en gokverslaving. Een relatief nieuwe ontwikkeling is dat behandelingen plaatsvinden op basis van het 12-stappenplan, dat oorspronkelijk door de AA (Anonieme Alcoholisten) is ontwikkeld.

Voor 75 procent van de patiënten volstaat een ambulante behandeling, waarbij de patiënten in hun eigen woon- en werkomgeving blijven. Ongeveer 4 procent heeft meer zorg nodig en krijgt gedurende langere tijd, veelal in groepsverband, een deeltijdbehandeling. Voor 14 procent volstaat ook

deeltijdbehandeling niet. Voor hen is opname in een kliniek geïndiceerd. Ten slotte verblijft 6 procent in een vorm van beschermd wonen.

### Crisisopvang

Een belangrijke functie is de acute of spoedeisende psychiatrie, bedoeld voor patiënten die zo snel mogelijk psychiatrische opvang of crisisinterventie nodig hebben. De crisisopvang is een taak van de regionale GGZ-instellingen. De opname is tijdelijk en duurt gemiddeld drie tot zes weken. Sommige patiënten melden zich vrijwillig voor een opname aan. Als een patiënt, vanwege een psychische stoornis, een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving vormt, is het mogelijk hem gedwongen op te nemen. Toetsing van een gedwongen opname gebeurt door de rechter. Hij doet dat aan de hand van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

### Derde lijn

Patiënten met een zeldzame of zeer complexe psychiatrische aandoening – naar schatting gaat het om 2 à 3 procent – kunnen terecht bij een beperkt aantal gespecialiseerde klinieken, die meestal een landelijk bereik hebben. Zo zijn er klinieken voor eetstoornissen, depressie, persoonlijkheidsproblematiek en alcoholverslaving. Deze topklinische zorg is nog sterk in ontwikkeling.

## 3 Het behandelproces

Vóór de start van een behandeling dient duidelijk te zijn wat een patiënt mankeert. Ook stelt de behandelaar samen met de patiënt een plan op. Een behandeling is immers een actief proces: de patiënt moet zelf ook aan de bak. Behandelingen staan steeds vaker beschreven in een richtlijn; die richtlijn wordt vervolgens vertaald in een zorgprogramma. Veel zorg vereist afstemming tussen verschillende hulpverleners en organisaties.

### Diagnose en indicatie

Hulpverlening begint met het stellen van een diagnose. Dat gebeurt met behulp van de classificaties uit de DSM-IV. In dit Amerikaanse handboek staan de criteria beschreven voor de meeste psychische aandoeningen. Soms worden gevalideerde vragenlijsten gebruikt om het probleem duidelijk te krijgen. Ook is het wel eens nodig een gespecialiseerde hulpverlener voor een diagnose in te schakelen. Als de klachten op verschillende stoornissen wijzen, is het niet altijd goed vast te stellen wat een patiënt mankeert.

Na de diagnose volgt de indicatie: welke behandeling is aangewezen en waar vindt deze plaats. De regel hierbij is dat er begonnen wordt met een zo licht mogelijke behandeling; mocht die niet werken, dan wordt er geswitcht naar een zwaardere vorm van zorg (*stepped care*).

### Behandelplan

Op basis van de diagnose en de indicatie stelt de hulpverlener samen met de patiënt een behandelplan op. De behandelaar geeft de benodigde informatie, legt uit wat hij met de behandeling beoogt en legt eventuele alternatieven aan de patiënt voor. Zoals vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst dient de patiënt met dit plan in te stemmen, voordat de behandeling kan starten.

### Ketenzorg

Zeker bij chronische en andere kwetsbare patiënten die zorg ontvangen van verschillende organisaties is het zaak dat hulpverleners hun werkzaamheden goed op elkaar afstemmen. De GGZ onderkent de noodzaak hiervan, en doet er alles aan om de cirkel rond de patiënt sluitend te maken. Zo werken verschillende geestelijke gezondheidszorginstellingen nauw samen met verpleeghuizen om depressieve ouderen te behandelen. Bekend is immers dat relatief veel ouderen aan een depressie lijden.

Ook werkt de GGZ op gemeentelijk niveau nauw samen met organisaties voor wonen, werk en welzijn om patiënten met een psychische handicap zo goed mogelijk in de maatschappij te laten participeren. Verder neemt in de GGZ de aandacht toe voor psychische stoornissen bij verstandelijk gehandicapten. Sinds enkele jaren bestaan er elf multifunctionele centra voor jongeren met een verstandelijke beperking én een psychiatrische stoornis, waarin de kinder- en jeugdpsychiatrie en de gehandicaptenzorg samenwerken. Voor de grote groep (jong)volwassenen is het aanbod echter veel beperkter.

### Richtlijnen

De GGZ zet, omwille van de kwaliteitsverbetering van de zorg, steeds meer in op *evidence-based* behandelen. Voor diverse stoornissen zijn richtlijnen ontwikkeld of in ontwikkeling die behandelaars met adviezen ondersteunen in hun dagelijkse praktijkvoering. Sinds enige tijd probeert de Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ, waarin zowel de beroepsgroepen als familie- en cliëntorganisaties participeren, de bij de verschillende beroepsgroepen gangbare richtlijnen meer op elkaar af te stemmen. Voor enkele stoornissen zijn inmiddels multidisciplinaire richtlijnen verschenen: voor depressie, schizofrenie, eetstoornissen, angststoornissen en ADHD bij jeugdigen. Van de richtlijnen voor depressie en angststoornissen is ook een patiëntenversie uitgekomen.

### Zorgprogrammering

In de dagelijkse praktijk werken veel instellingen tegenwoordig met zorgprogramma's, dat wil zeggen een samenhangend hulpaanbod voor een duidelijk omschreven doelgroep. Bij het opstellen van een zorgprogramma

wordt zoveel mogelijk gebruikgemaakt van de in de richtlijn omschreven behandelmodules en aanbevelingen. Patiënten worden op deze manier volgens de *state of the art* behandeld. Zorgverzekeraars hebben al laten weten dat ze zeer geïnteresseerd zijn in een doelgroepgericht, samenhangend hulpverleningspakket, dat gebaseerd is op de beste kennis en voldoet aan de wensen van de patiënten. De zorgprogramma's sluiten ook goed aan bij de nieuwe kostprijsystematiek, de diagnose behandelingscombinaties (DBC's), waarmee de GGZ vanaf 1 januari 2008 werkt.

Bij een doelgroep wordt vaak gedacht aan mensen die eenzelfde stoornis hebben, maar dat hoeft niet altijd. In de jeugd- en ouderenzorg gaat het meestal om een ander gemeenschappelijk kenmerk, bijvoorbeeld jongeren die met justitie in aanraking zijn gekomen of ouderen met psychogeriatrische problematiek.

#### 4 Professionals

Een grote verscheidenheid aan beroepsgroepen is werkzaam in de GGZ en de verslavingszorg. Sommige zijn BIG-geregistreerd, andere niet. De positie van de professional – en daarmee zijn autonomie – staat onder druk. Niet alleen zijn de patiënten mondiger geworden, ook de toegenomen verantwoordingsdruk – en de daarmee verbonden administratieve lasten – en de invoering van richtlijnen zijn daaraan debet. Professionals zoeken naar nieuwe bronnen van inspiratie die ook in innovatie en ondernemerschap gevonden kunnen worden. Op het snijvlak van verpleegkunde en geneeskunde zijn nieuwe beroepen in ontwikkeling

##### Verpleegkundigen

In de GGZ werken verschillende soorten verpleegkundigen. De belangrijkste zijn de psychiatrisch verpleegkundige die in de klinieken actief is en de ambulante sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV). Verpleegkundigen vallen onder de Wet BIG. Er zijn diverse beroepsverenigingen: naast de Federatie GGZ-Verpleegkundigen die onder de koepelorganisatie V&VN valt, is er de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde. SPV'en kennen een eigen vereniging, de V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, die meer dan 2000 leden telt. Verpleegkundigen hebben een opleiding gedaan op mbo- of hbo-niveau.

Een nieuwe ontwikkeling is dat verpleegkundigen een aantal taken van de arts op zich nemen. Ook in de GGZ doet deze nurse practitioner zijn intrede. Daarnaast dient de GGZ Verpleegkundig Specialist zich aan voor zorg aan patiënten met zeer complexe problematiek. Deze gespecialiseerde verpleegkundigen hebben een post-hbo- of een academische opleiding gevolgd.

### Vaktherapeut

Er zijn twee soorten vaktherapeuten: de psychomotorische en de creatief therapeuten. De psychomotorische therapeut behandelt patiënten met lichaams oefeningen en beweging. De creatief therapeut gaat van de menselijke expressie uit; dat kan muziek zijn of dans en drama. Voor alle vaktherapie geldt dat het meestal een onderdeel is van een bredere behandeling. Het beroep is niet wettelijk beschermd; wel houden de beroepsverenigingen, de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie en de Stichting Beroepsregister Creatief Therapeuten een register bij.

### Maatschappelijk werker

De maatschappelijk werker geeft praktische hulp en ondersteuning aan patiënten met psychosociale problemen. Behalve bij het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) zijn ze in dienst bij GGZ- en verslavingszorginstellingen. Het beroep is niet wettelijk beschermd. Wel is er een beroepsregister: de Stichting Beroepsregister Maatschappelijk Werkers.

### Psycholoog

Er zijn drie soorten psychologen: de eerstelijnspsycholoog, de gezondheidszorgpsycholoog en de klinisch psycholoog. De eerstelijnspsycholoog geeft kortdurend hulp en is sterk op klachten en problemen gefocust. Na zijn studie psychologie heeft hij de specialisatie gezondheidszorgpsycholoog gedaan. De gezondheidszorgpsycholoog behandelt psychische problemen, levensproblemen of geeft hulp bij lichamelijke ziekten en invaliditeit. Hij werkt meestal in de tweede lijn.

De klinisch psycholoog doet psychodiagnostisch onderzoek en geeft daarnaast psychotherapie aan patiënten met gecompliceerde problemen. Hij werkt in de tweede en derde lijn. Hij heeft zich na de opleiding gezondheidspsychologie gespecialiseerd in de klinische psychologie.

De eerstelijns- en de gezondheidspsycholoog staan ingeschreven in het BIG-register gezondheidszorgpsychologen; de klinisch psycholoog in het BIG-register klinisch psychologen. Het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) is de overkoepelende beroepsorganisatie. De eerstelijnspsychologen kennen daarnaast de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE).

### Psychotherapeut

De psychotherapeut geeft intensieve psychologische hulp, volgens psychotherapeutische methoden. Hij werkt bij een instelling of als vrijgevestigde, en hij staat ingeschreven in het BIG-register psychotherapeuten. Psychotherapie kent vele stromingen – van psychoanalyse tot cognitieve gedragstherapie – en evenzoveel beroepsverenigingen. De overkoepelende organisatie is de Vereniging voor Psychotherapie (NVP); vrijgevestigden hebben een

eigen vereniging: de Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP).

### Psychiater

De psychiater houdt zich bezig met behandeling van psychische stoornissen. Als medicus mag hij medicijnen voorschrijven. Na zijn opleiding tot arts heeft hij zich in de psychiatrie gespecialiseerd. In die opleiding wordt een psychiater ook opgeleid tot psychotherapeut. De psychiater staat ingeschreven in het BIG-register artsen. Als medisch specialist moet hij zich ook registreren in het Register van Medisch Specialisten. De beroepsvereniging van Psychiaters is de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

### Verslavingsarts

De verslavingsarts onderzoekt en behandelt verslaafde patiënten. Als arts mag hij medicijnen voorschrijven. Sinds kort bestaat er een gespecialiseerde, tweejarige opleiding tot Master in Addiction Science. De verslavingsarts staat ingeschreven in het BIG-register artsen.

## 5 Financiering en wetgeving

De kosten van de GGZ en de verslavingszorg belopen anno 2008 ongeveer 3,9 miljard euro. Driekwart hiervan gaat naar de op genezing gerichte zorg en 25 procent naar de langdurige zorg. De meeste wetgeving bestrijkt de gehele gezondheidszorg; slechts enkele wetten gelden specifiek voor de psychiatrische zorg. Diverse organisaties houden toezicht op het reilen en zeilen van de sector.

### Financiering

#### Zorgverzekeringswet

De curatieve GGZ maakt vanaf 1 januari 2008 deel uit van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Dat wil zeggen alle ambulante geneeskundige zorg, plus het eerste jaar van alle intramurale GGZ. Naast het verplichte eigen risico van 150 euro, dat voor iedereen geldt, betalen patiënten die psychotherapie krijgen in 2008 een eigen bijdrage. Deze bedraagt 15,20 euro per sessie, met een maximum van 675 euro per jaar.

De eerstelijnspsycholoog zit voortaan ook in het basispakket. Maximaal acht sessies worden vergoed. De eigen bijdrage is 10 euro per sessie.

In 2008 vindt, in het kader van de Zorgverzekeringswet, een experiment plaats met een persoonsgebonden budget voor GGZ-patiënten. Dit pgb is vergelijkbaar met een restitutiepolis: de patiënt betaalt de hulpverlener zelf en krijgt achteraf de kosten vergoed door zijn zorgverzekeraar. Er is een overgangsregeling voor budgethouders die al langer een pgb ontvangen.

### *AWBZ*

De zorg voor de chronische patiënten, zowel (langer dan een jaar) intramuraal als ambulant (niet geneeskundig), blijft vergoed worden vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Veelal is er hiervoor een indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De houdbaarheid van de AWBZ staat ter discussie. De GGZ zou nagenoeg geheel uit de Zorgverzekeringswet gefinancierd kunnen worden.

### *Wet maatschappelijke ondersteuning*

Sinds 2007 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de openbare GGZ en voor collectieve preventieactiviteiten: de toeleiding naar bemoeizorg en de op de algemene bevolking gerichte GGZ- en verslavingspreventie worden uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) betaald.

### *Praktijkondersteuner GGZ*

Eind 2007 eindigt de consultatieregeling voor ondersteuning vanuit de GGZ in de huisartspraktijk. Vanaf 1 januari 2008 kunnen huisartsen een beroep doen op de praktijkondersteuner GGZ. Op jaarbasis komt hiervoor 38,2 miljoen euro beschikbaar.

### *Forensische zorg*

De forensische psychiatrie wordt sinds 2007 uit het budget van het ministerie van Justitie betaald – en vanaf 2008 door dit ministerie ingekocht.

### *Onderhandelingen*

Deze veranderingen in de financiering brengen met zich mee dat inkopers en verkopers van GGZ met elkaar gaan overleggen. Zij hebben behoefte aan uitwisseling van informatie over de diensten waarover zij onderhandelen, over de prijs en de kwaliteit. Daarvoor zijn Diagnose Behandelingscombinaties (DBC's), Diagnose Behandeling en Beveiligings Combinaties (DBBC's) en Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) ontwikkeld. Ook voor de onderhandelingen met gemeenten worden producten ontwikkeld.

### *Wetgeving*

#### *Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*

De Wet Bopz regelt onder welke voorwaarden psychiatrische en verslaafde patiënten die een gevaar voor zichzelf of voor hun omgeving vormen, gedwongen kunnen worden opgenomen in een daartoe aangewezen (forensische) kliniek. In een crisissituatie volstaat een door een burgemeester van een gemeente afgegeven IBS (inbewaringstelling), op basis van een verkla-

ring van een onafhankelijke psychiater. Voor een langduriger verblijf is een rechterlijke machtiging (RM) nodig. De rechter toetst en legt de gedwongen opname op.

Er is grote behoefte aan een wet die niet alleen gedwongen opname maar ook gedwongen behandeling mogelijk maakt.

### *Wet op de jeugdzorg*

In de Wet op de jeugdzorg is vastgelegd dat de doorverwijzing naar de kinder- en jeugdpsychiatrie via Bureau Jeugdzorg gaat. Huisartsen mogen ook direct naar de tweede lijn doorverwijzen. De maatschappelijke druk op de jeugdzorg en de jeugd GGZ neemt almaar toe. Tegelijkertijd zien we dat de vraag naar deze zorg eveneens steeds groter wordt.

### *Toezichthouders*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg. Een inspecteur kan een tuchtklacht indienen tegen een beroepsbeoefenaar die onder de Wet BIG valt. Klachten van patiënten handelt de Inspectie niet af. Dat is de taak van klachtencommissies die aan instellingen zijn verbonden. Alle zorgverleners en -instellingen moeten een klachtenregeling hebben.

De forensische psychiatrie kent daarnaast nog, voor de veiligheid van de klinieken, de Inspectie voor de Sanctietoepassing. Ook zij houdt zich niet bezig met klachten van patiënten.

Toezicht op het functioneren van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ gebeurt door de Nederlandse Zorgautoriteit. Daarnaast stelt zij voor de GGZ de tarieven en de budgetten vast, en ziet zij toe op een eerlijke concurrentie op de zorgmarkt.

Ten slotte is er nog de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) die toezicht houdt op fusies en overnames van instellingen.

## **6 Cliënten- en familieorganisaties**

De GGZ kent tal van cliënten- en familieorganisaties. Zij doen aan belangenbehartiging voor hun leden, geven voorlichting en organiseren lotgenotencontact. Ook zijn zij betrokken bij de beleidsontwikkeling in de GGZ. Achttien organisaties zijn verenigd in het Landelijk Platform GGZ.

### *Zelfhulp*

Een bijzondere vorm van lotgenotencontact zijn zelfhulpgroepen. Daarin geven patiënten met een identiek probleem elkaar hulp en ondersteuning, zonder – of met een geringe – tussenkomst van professionele hulpverleners. Van een begeleide zelfhulpgroep is sprake als er voor de begeleiding ervaringsdeskundigen worden ingeschakeld, en van geleide zelfhulp als een

professional als procesbewaker optreedt. Het principe van zelfhulp is het meest bekend door de Anonieme Alcoholisten. Zelfhulp blijkt effectief te zijn, zeker als het onderdeel is van *stepped care*.

#### Relevante websites

<http://www.ggznederland.nl>  
<http://www.nationaalkompas.nl>  
<http://www.platformggz.nl>  
<http://www.psy.nl>  
<http://www.trimbos.nl>

### III De geestelijke gezondheidszorg in België

#### 1 Inleiding

In het kader van een grootschalig onderzoek rond geestelijke gezondheid de ‘European Study on Epidemiology of Mental Disorders’ (ESEMed) in dertig landen, werden tussen april 2001 en juni 2002 ook ruim 2400 Belgen bevroegd naar het voorkomen van bepaalde psychische stoornissen, de impact van deze stoornissen op het dagelijks leven, het medicatiegebruik en het vragen om en het krijgen van hulp.

Een belangrijke bevinding uit het onderzoek is dat 27,6 procent van de Belgen in zijn leven ooit een ‘mentale stoornis’ heeft. In absolute aantallen gaat het om 2,1 miljoen personen. Bij 845.000 Belgen, dit is 10,7 procent, was er een ‘mentale stoornis’ in het jaar voorafgaand aan de bevraging. Globaal genomen kent de stoornis in 39 procent van de gevallen een chronisch karakter.

Om in deze behoefte te voorzien, kent België een ruim en gediversifieerd zorgaanbod voor personen met psychische problemen. Er kan in het aanbod een onderscheid gemaakt worden tussen ambulante zorgverlening en residentiële zorgverlening. In een aantal residentiële zorgvormen is er ook een semiresidentiële variant waarbij een patiënt er ofwel alleen overdag ofwel alleen ’s nachts verblijft. Bij de zorg zijn bovendien ook steeds meer verschillende professionals betrokken.

Hierna wordt een algemeen beeld geschetst van de geestelijke gezondheidszorg in België en Vlaanderen. Dit is echter niet zo eenvoudig, aangezien de bevoegdheden gespreid zijn over verschillende overheden. De federale overheid behoudt een belangrijk deel van de bevoegdheden, onder andere over de programmering van intramurale zorgvormen en de financiering. Maar ook de regionale overheden (in principe de Gemeenschappen) spelen door de jaren heen een steeds grotere rol in de zorg aan psychisch zieken, vooral op het vlak van preventie en kwaliteitsbewaking.

## 2 Zorglijnen

### Preventie

Ook in België gaat steeds meer aandacht naar preventie van psychische problemen. Deze opdracht valt onder de bevoegdheid van de regionale overheden die hierin zelf heel wat initiatieven ontwikkelen. Vaak gebeurt dit in samenwerking met actoren uit het middenveld (bijv. ziekenfondsen). Het spreekt voor zichzelf dat ook de actoren uit de eerstelijnszorg hier een belangrijke rol kunnen vervullen (huisarts, thuisverpleegkundige, gezinszorg). Door hun frequente contact met mensen, zijn zij heel geschikt om signalen op te vangen.

Een voorbeeld hiervan zijn de campagne en de acties van de Vlaamse overheid ter preventie van zelfdoding en depressie, in navolging van de zesde gezondheidsdoelstelling van het WHO (1999). Een ander voorbeeld zijn de alcohol- en drugpreventiewerkers in de CGG.

Ten slotte hebben ook enkele specifieke hulpverleningskanalen tot op zekere hoogte een preventieve taak, zoals jongerentelefoon, tele-onthaal, slachtofferhulp, centra voor leerlingenbegeleiding.

### Nulde lijn

De nulde lijn bestaat onder meer uit cliënten- en familieorganisaties. Patiënten doen vaak een beroep op zelfhulpgroepen. Het zijn verenigingen waar mensen in gelijkaardige situaties elkaar kunnen ontmoeten. Het meest fundamentele kenmerk van zo'n groep ligt in de menselijke warmte die men er ervaart, het begrip en het lotgenotencontact. Deze hulp is uniek, omdat ze uitgaat van een sterke persoonlijke betrokkenheid, vanuit ervaringsdeskundigheid. Het is ook een zorgverlening op mensenmaat met veel aandacht voor de gevolgen van een ongunstige gezondheidstoestand. Er bestaan in België heel wat zelfhulpgroepen, voor een zeer ruime waaier van problemen en bijzondere situaties.

### Eerste lijn/ambulant

Al in de eerste lijn kunnen verschillende zorgactoren betrokken zijn bij de zorg aan psychisch zieken, bijvoorbeeld de huisarts, verpleegkundigen, de psychiater, de psycholoog, de psychotherapeut.

Door zijn algemene opleiding is de huisarts bij gezondheidsproblemen van welke aard het eerste aanspreekpunt, dus ook bij psychische problemen. De afgelopen jaren is het aandeel van patiënten met psychische klachten in de huisartspraktijk sterk toegenomen. Daarnaast wordt de huisarts steeds meer ingeschakeld als centrale zorgverlener in de eerste lijn in het kader van overleg en netwerkvorming.

Naast de huisartsen zijn er geneesheren-specialisten die, al dan niet op

doorverwijzing, gespecialiseerde zorg verstrekken. Aanvankelijk waren er alleen neuropsychiaters. Later is men onderscheid gaan maken tussen psychiaters en neurologen. Recent zijn er nog twee specialisaties erkend: de kinder- en jeugdpsychiater en de neuropediater. De eerste is speciaal opgeleid voor de behandeling van kinderen en jongeren met psychische problemen.

In de eerste lijn biedt ten slotte ook de psychotherapeut niet-arts gespecialiseerde hulp. Aangezien dit beroep niet erkend noch beschermd is, is het aanbod zeer groot en zeer divers en is het voor de gebruiker niet eenvoudig een onderscheid te maken tussen therapeuten die goed zijn opgeleid en therapeuten met een minderwaardige of zelfs zonder opleiding.

Verder neemt ook de rol toe van actoren uit de reguliere thuiszorg, onder wie de verpleegkundigen. Heel recent is in de nomenclatuur thuisverpleging een nieuwe functie opgenomen, waardoor het mogelijk wordt om in bepaalde gevallen iemand te krijgen voor het klaarzetten en toedienen van medicatie bij bepaalde psychische zieken.

Een zorgvoorziening die zich bevindt tussen de eerste en de tweede lijn is het centrum voor geestelijke gezondheidszorg waar men terecht kan met uiteenlopende problemen van psychische, relationele en psychosomatische aard. De centra hebben verschillende werkterreinen en zijn actief op het vlak van preventie, ze staan in voor de eerste opvang van personen met psychische problemen en ze doen aan diagnosestelling en behandeling. Bij de behandeling kan het gaan om individuele therapie, echtpaar- of gezinstherapie of medicamenteuze behandeling. Ze kunnen ook ingeschakeld worden in de begeleiding van patiënten in specifieke verzorgingssituaties, bijvoorbeeld vanuit beschut wonen. Kenmerkend voor de centra is de multidisciplinaire werkwijze. Soms is er specialisatie naar doelgroep in functie van de leeftijd of in functie van het probleemgebied (bijv. middelenverslaving of zelfmoordpreventie).

#### [Tweedelijnszorg: residentiële en semiresidentiële zorg](#)

In ernstige of acute situaties is er vaak een gespecialiseerde voorziening nodig.

#### [Ziekenhuiszorg](#)

Wat betreft de ziekenhuiszorg zijn er psychiatrische afdelingen in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) en psychiatrische ziekenhuizen. De behandeling, die zowel individueel als in groepen wordt aangeboden, wordt steeds verzorgd door een multidisciplinair team. Er zijn bovendien drie opvangvormen mogelijk: voltijdse opname, dagbehandeling of nachtbehandeling.

In algemene ziekenhuizen zonder psychiatrische afdelingen vindt men de functie liaisonpsychiatrie in de vorm van een consult door een psychiater.

In enkele algemene ziekenhuizen van grote steden in België werden urgentiepsychiatrische diensten opgericht (UPSI).

Een PAAZ-dienst is laagdrempelig en legt zich voornamelijk toe op urgentiepsychiatrie, kortdurende behandelingen en liaisonpsychiatrie. In psychiatrische ziekenhuizen wordt een meer specialistische en intensieve behandeling geboden tijdens zowel kortdurende als langdurige opnames. In de praktijk is in de ziekenhuizen een zekere specialisatie opgetreden.

Binnen de ziekenhuizen vindt men meerdere typen diensten:

- diensten voor observatie en behandeling in het kader van dringende hulpverlening in crisissituaties, diensten voor behandeling en begeleiding met het oog op het optimaliseren van de (mogelijkheden tot) sociale re-integratie;
- sp-diensten psychogeriatric die zich richten op bejaarden die een psychiatrische en somatische diagnose en/of behandeling behoeven, alsook een multidisciplinaire opvang met het oog op een zo goed mogelijk herstel van de fysieke, psychische en sociale mogelijkheden (alleen voltijdse opname).

In het kader van de overheidsinitiatieven rond netwerkvorming (zie verder) beschikken enkele ziekenhuizen ook over specifieke functies voor specifieke doelgroepen. Het gaat onder meer om outreaching voor jongeren, ontslagmanagement, intensieve behandeling van dubbeldiagnose (psychose en drugs), en intensieve behandeling van sterk gedragsgestoorde en/of agressieve jongeren (SGA). In België zijn de afgelopen jaren voorzieningenoverschrijdende initiatieven ontwikkeld om de forensisch psychiatrische patiënten op te vangen. Voor jongeren werden For-K bedden gecreëerd.

In Vlaanderen werden in 2002 65.034 mensen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (59%) of op een PAAZ (41%). Het ging in het totaal om 86.482 opnamen (inclusief heropnamen). De bedbezetting van Acute Bedden (A) bedroeg voor België 105,2 procent in 1998 en het gemiddeld aantal ligdagen was 38, wat wijst op een intense activiteit.

#### *Woonvoorzieningen*

In de loop der jaren werden ziekenhuisbedden omgevormd tot andere zorgvoorzieningen die zich richtten op gestabiliseerde patiënten: psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en initiatieven voor beschut wonen. Beide voorzieningen hebben in hoofdzaak een 'care'-opdracht. In een PVT ligt de nadruk op het aanbieden van een aangenaam woonklimaat, op het optimaal aanspreken van de resterende capaciteiten van de bewoners en op het organiseren en aanbieden van zinvolle dag- en ontspanningsactiviteiten. Er is ook een specifieke module voor mentaal gehandicapten. Initiatieven voor beschut wonen zijn kleinschaliger en zijn meer gericht op zelfstandig wonen onder begeleiding van professionele hulpverleners. Een deel van de bewoners kan bovendien nog een zekere dagactiviteit ondernemen.

Op 30 juni 2001 verbleven 3203 personen in een psychiatrisch verzorgingstehuis en 2947 personen in een initiatief voor beschut wonen. Aangezien het aanbod sinds 2001 verder is uitgebreid, zullen deze aantallen intussen toegenomen zijn.

### Andere voorzieningen

In de geestelijke gezondheidszorg bestaat nog een aantal andere voorzieningen: revalidatiecentra met RIZIV-overeenkomst en forensische psychiatrie.

Zo zijn er revalidatiecentra die zich specifiek bezighouden met verslavingsproblematiek of met psychosociale revalidatie. De centra van het eerste type bieden medische en sociale begeleiding aan drugsverslaafden en verstrekken soms ook substitutieproducten (methadon). Binnen deze eerste groep wordt verder een onderscheid gemaakt in medisch-sociale opvangcentra (MSOC), dagcentra, crisisinterventiecentra (CIC) en therapeutische gemeenschappen (TG).

De centra voor psychosociale revalidatie richten zich op kinderen en jongeren en op volwassenen. Deze centra behandelen ofwel ambulante, partieel (dag of nacht) of residentieel (dag en nacht). De behandeling verloopt steeds volgens een individueel behandelingsplan.

Binnen de groep van ambulante psychosociale revalidatiecentra is er een bepaalde subgroep die zich richt op kinderen en jongeren tot 19 jaar met een goed omschreven psychiatrische pathologie.

Het begrip 'forensische psychiatrie' verwijst naar psychiatrische annexen in sommige gevangenissen. Deze bieden hulp aan gedetineerden met psychiatrische problemen en aan geïnterneerden. Vele jaren was deze hulpverlening in België schromelijk ontoereikend. De afgelopen jaren is vanuit het beleid intensief gewerkt aan initiatieven ter verbetering. Deze zullen de komende jaren ongetwijfeld hun vruchten afwerpen.

## 3 Professionals

Er is al aangegeven dat er heel wat professionals betrokken kunnen zijn bij de zorg aan psychisch zieken. Voor sommigen is het een onderdeel van hun ruimere opdracht. Voor anderen is het de core business na een specifieke opleiding.

### Psychiatrisch verpleegkundige

Binnen de opleiding tot verpleegkundige kan een keuze worden gemaakt uit verschillende specialisatiedomeinen, waaronder dat van psychiatrisch verpleegkundige. Zowel acute als chronische psychiatrie, intra- en extramurale psychiatrische hulpverlening en verschillende leeftijdsgroepen komen tijdens de opleiding aan bod. Er is een opleiding tot bachelor in de verpleegkunde (hoger onderwijs) en een opleiding tot gediplomeerd verpleegkundige (postsecundair onderwijs). Beide opleidingen duren drie jaar.

### Psychiater

Psychiaters zijn artsen die na hun basisartsexamen een klinische specialisatie hebben gevolgd tot psychiater. In België duurt deze opleiding vijf jaar, namelijk vier jaar psychiatrie waarvan minimaal twee jaar in een universitair centrum, en een jaar neurologie. Deze opleiding komt na de driejarige basisopleiding tot bachelor in de geneeskunde en vierjarige opleiding tot master in de geneeskunde.

### Psychotherapeut

De groep psychotherapeuten die geen arts zijn bestaat onder meer uit psychologen of maatschappelijk werkers die ook als psychotherapeut werken. Ook zij behandelen personen met psychische problemen door middel van psychotherapeutische sessies. Zij zijn echter niet bevoegd om medicatie voor te schrijven.

Zoals gezegd is het beroep van psychotherapeut in België op dit moment niet erkend noch beschermd, ondanks herhaaldelijke wetgevende initiatieven hiertoe. Het aanbod is dan ook zeer groot en zeer divers. Voor de gebruiker is het daarom niet eenvoudig een onderscheid te maken tussen therapeuten die goed zijn opgeleid en therapeuten met een minderwaardige of zelfs zonder opleiding.

Er bestaan verschillende opleidingen tot psychotherapeut onder meer in de vorm van een postgraduaat aan de universiteit of aan hogescholen.

### Klinische psychologen

De opleiding tot klinisch psycholoog is een specialisatie binnen de globale opleiding tot psycholoog. Deze opleiding wordt georganiseerd aan de universiteiten. Verder is er ook een aantal voortgezette opleidingen voor klinische psychologie rond de volgende onderwerpen: klinische neuropsychologie, klinische psychodiagnostiek bij kinderen en klinische psychodiagnostiek bij volwassenen. Deze postacademische of permanente vormingen worden interuniversitair georganiseerd. De voorwaarden voor inschrijving zijn het reeds bezitten van een masterdiploma (of vroegere licentiaatsdiploma) in de psychologische of pedagogische wetenschappen.

In de praktijk werken psychologen in zeer uiteenlopende settings: als zelfstandige, in groepspraktijken, in ziekenhuizen, in bijzondere jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, algemeen welzijnswerk, centra voor leerlingenbegeleiding, preventiewerk, gehandicaptenzorg, revalidatiecentra, enzovoort.

### Maatschappelijk werker

De maatschappelijk werker geeft in toenemende mate ook aan personen met psychische problemen praktische hulp en ondersteuning. Binnen deze be-

roepsgroep voelt men steeds sterker de behoefte aan een aangepaste opleiding op dit vlak.

### Financiering

De financiering van de geestelijke gezondheidszorg is complex als gevolg van de bevoegdheidsverdeling. Wat betreft de zorg onder de bevoegdheid van de federale overheid, gebeurt de financiering hoofdzakelijk in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Deze is een onderdeel van de Rijksdienst Sociale Zekerheid (RSZ) die gevoed wordt door een overheidsbijdrage en bijdragen van alle burgers, voornamelijk geheven op inkomsten door arbeid. Alle inwoners vallen onder de sociale zekerheid. Het leidende principe ervan is de solidariteit. De ziekteverzekering dekt in principe het grootste gedeelte van alle medische kosten, van huisartsenconsultaties tot ziekenhuisverblijf. Artsen die de overeenkomst tussen de ziekenfondsen en de beroepsgroep onderschrijven, dienen zich te houden aan vastgelegde tarieven.

Voor deze zorg is er zo goed als altijd een gedeelde financiering, waarbij het gedeelte van de overheid aangevuld wordt met een eigen bijdrage van de patiënt (wettelijk gedeelte, namelijk een eigen risico en soms ook supplementen). Voor kwetsbare personen (bijv. invaliden, weduwen, gepensioneerden, met een laag inkomen) is de eigen bijdrage lager dan voor anderen.

Het is niet mogelijk om een globaal bedrag te geven van de overheidsuitgaven aan GGZ, aangezien de uitgaven voor psychiaters een niet-gespecificeerd onderdeel zijn van de uitgaven voor geneesheren-specialisten en ook omdat de uitgaven voor psychiatrische afdelingen in een algemeen ziekenhuis niet afgesplitst kunnen worden. De uitgaven voor de verpleegdagprijs in psychiatrische ziekenhuizen, voor psychiatrische verzorgingstehuizen en voor beschut wonen werden voor 2007 geraamd op respectievelijk 75.246.000 euro, 33.154.000 euro en 1.389.000 euro.

De kostprijs van de behandeling door een psychotherapeut niet-arts wordt echter niet vergoed door de verplichte ziekteverzekering. Behoudens een eventuele tussenkomst van het eigen ziekenfonds blijft het honorarium volledig ten laste van de patiënt. Hier geldt ook meestal een volledige vrijheid in het bepalen van het honorarium.

De centra voor geestelijke gezondheidszorg, die onder de bevoegdheid vallen van de regionale overheden (Vlaanderen, Brussel, Wallonië), worden gefinancierd met belastinggelden. De personeelskosten van de centra worden volledig gesubsidieerd. Er is geen richtlijn voor de consultatiekosten. Sommige centra vragen geen bijdrage, andere wel. Consultatie bij de psychiater van het centrum wordt wel vergoed door de ziektekostenverzekering.

#### 4 Samenwerking en netwerkvorming

In België werd in 1997 de behoefte gevoeld om het aanbod van hulp aan mensen met psychische problematiek te bundelen in zorgcircuits. Men ging uit van het feit dat bepaalde mensen door hun moeilijkheden in verschillende voorzieningen terechtkwamen en dat in veel gevallen de continuïteit van de zorg te wensen overliet, het therapeutisch beleid en de strategie in iedere voorziening gewijzigd werd en veel administratie, onderzoek en handelingen nodeloos herhaald of veranderd werden. Een belangrijke inspiratiebron is de Nederlandse organisatie van Geestelijke Gezondheidszorg met de Riagg's. In mei 2005 werd deze ontwikkeling in een beleidsnota van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid uitgewerkt. In een interministeriële gemeenschappelijke verklaring is door alle bevoegde overheden het engagement kenbaar gemaakt om zorgcircuits en zorgnetwerken in de GGZ te realiseren aan de hand van pilotprojecten.

Een belangrijke inhoudelijke verandering is de oprichting van zogeheten zorgfuncties, waarbij rond specifieke doelgroepen een netwerk van zorg wordt gebouwd. Er worden drie doelgroepen onderscheiden: kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen. Voor elk van deze subgroepen is in de vorm van experimenten voor een aantal specifieke probleemgebieden een aantal pilotprojecten opgezet en gefinancierd. Het is de bedoeling aan de hand van deze projecten na te gaan of een specifieke zorgvorm zinvol en haalbaar is en welke randvoorwaarden vervuld moeten zijn voor het optimaal functioneren ervan. Bij een positieve evaluatie kan dan beslist worden tot een algemene invoering van het zorgconcept.

Recent is men gestart met de eerste stappen in de concretisering van deze zorgcircuits en netwerken. Allereerst is er de opstart van zogeheten therapeutische projecten. De bedoeling is het opzetten van een overlegfunctie tussen zorgaanbieders op het niveau van een patiënt. Deze therapeutische projecten hebben de bedoeling te exploreren hoe op langere termijn structurele vorm kan worden gegeven aan het 'overleg rond de patiënt'. Van de deelnemers aan de projecten wordt dan ook verwacht dat zij het overleg organiseren en/of coördineren rond de patiënt binnen een patiëntendoelgroep (een van de drie leeftijdsgroepen en met een complexe en langdurige psychiatrische problematiek). Dit moet leiden tot 'zorg op maat' en zorgcontinuïteit door het verbeteren van de coördinatie tussen onder andere de zorgverleners onderling en het leefmilieu van de betrokkene. Deze experimenten lopen in principe over een periode van maximum drie jaar.

Daarnaast werd een transversaal overleg gestart over het ontwerpen van leeftijdsgebonden zorgprogramma's. Dit transversaal overleg wil een overlegforum zijn op het niveau van het netwerk en heeft als doel het exploreren van de inhoud en de modaliteiten van dit structurele overleg rond de patiënt. Er wordt een transversaal overleg tot stand gebracht tussen therapeutische projecten die zich richten op één en dezelfde leeftijdsdoelgroep, om op die manier op termijn te komen tot een structureel voorstel van zorgcircuit en netwerk.

## 5 Patiëntenrechten

Elke patiënt beschikt in het kader van de Wet op de patiëntenrechten over een aantal expliciete rechten, zoals het recht op dienstverlening van goede kwaliteit, het recht op informatie over de eigen gezondheidstoestand, het recht op toestemming in behandelingen, het recht op inzage in het patiëntendossier. Indien een patiënt van oordeel is dat zijn rechten niet of onvoldoende gerespecteerd zijn, dan kan hij hierover een klacht indienen bij een ombudsdienst.

Ambulant verzorgden dienen hiervoor een beroep te doen op een federaal orgaan. Ziekenhuispatiënten kunnen terecht bij de verplicht op te richten ombudsdienst van het ziekenhuis zelf.

Bewoners van psychiatrische verzorgingstehuizen en van initiatieven voor beschut wonen kunnen met hun klachten terecht bij de ombudsdienst die georganiseerd wordt door de provinciale overlegplatforms. De voorwaarde is wel dat de voorziening waarin zij verblijven bij dit platform is aangesloten.

### *Relevante websites*

<http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=artperrub&c=36>  
<http://nl.psychiatrie.be/index.jhtml>  
[http://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,512644&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512644&_dad=portal&_schema=PORTAL)  
<http://www.riziv.fgov.be/care/nl/mental-health/index.htm>  
<http://www.ggz-overleg.be/content/ggz/site/60&>  
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/>  
<http://www.fitinjehoofd.be/site/index.php?p=/home/>  
<http://www.ombudsfunctieggz.be/>  
<http://www.vvvgg.be/index.html>  
<http://www.julierenson.be/files/accueiln.html>  
<http://www.zelfhulp.be/>