

# Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening?

J. VAN HECKE, L. JOOS, J. DAEMS, V. MATTHYSEN, S. DE BRUYNE

**ACHTERGROND** De Belgische overheid maakt met artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving een reorganisatie mogelijk van de huidige geestelijke gezondheidszorg. Ziekenhuisdirecties en medische staf van residentiële psychiatrische instellingen kunnen namelijk per regio door een herallocatie van middelen hun huidige overheidstoelage aanwenden voor de uitbouw van een alternatieve, meer ‘vermaatschappelijkte’, zorgorganisatie.

**DOEL** Inventariseren van de mogelijke gevolgen van deze beweging voor de huidige gebruikers van langdurige residentiële zorg.

**METHODE** Kritische lezing van de visietekst die als motivatie voor deze reorganisatie werd verspreid. Evalueren van de wetenschappelijke evidence over de haalbaarheid van de ideeën uit deze visietekst, in het bijzonder wat betreft de zorg voor de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

**RESULTATEN** De methode waarbij overheveling van fondsen de reorganisatie van zorg moet stimuleren, lijkt averechts te werken. Enerzijds dreigt namelijk sluiting van de minst renderende diensten waaronder ziekenhuisafdelingen voor lang verblijf. Anderzijds dreigen juist de patiënten die in deze afdelingen verblijven bij de vernieuwde zorgorganisatie onvoldoende opvang te krijgen.

**CONCLUSIE** De gevolgen van deze reorganisatie voor de mensen met een ernstige psychiatrische aandoening dienen onderzocht te worden. Er zijn verschillende maatregelen nodig om de gevolgen van de geplande reorganisatie voor deze kwetsbare groep te bewaken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)12, 917-926]

**TREFWOORDEN** ernstige psychiatrische aandoening, geestelijke gezondheidszorgorganisatie, langdurige psychiatrische zorg

Zowel het T-beddenrapport (Verniest e.a. 2008) van het Belgische kenniscentrum als een recente enquête bij residentiële voorzieningen in de Gentse regio (Sercu e.a. 2010) toont aan dat binnen de populatie patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) een groep bestaat waarvoor momenteel geen voldoende aangepaste behandeling beschikbaar is. Voor deze patiënten kan noch binnen de residentiële, noch binnen de

ambulante diensten een behandeling worden gevonden; in de Angelsaksische literatuur spreekt men van ‘difficult to place (DTP) patients’ (Trieman & Leff 1996). Hierdoor dreigen deze patiënten wanneer zij eenmaal opgenomen zijn, vaak in een residentiële afdeling voor langverblijvers te stranden, waar ze, aldus het kenniscentrum, door een gebrek aan perspectief ‘al te lang verblijven’ (Verniest e.a. 2008).

## Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen

Deze groep patiënten wordt in de literatuur zowel vanuit een klinisch standpunt als vanuit een behandelstandpunt beschreven. Over de klinische definitie van een EPA bestaat heel wat discussie. In een vervolgrapport van het kenniscentrum (Eyssen e.a. 2010) werden aan de hand van de internationale literatuur drie kenmerken van een EPA onderscheiden. Diagnostisch wordt het meest verwezen naar schizofrenie of bipolaire stoornissen en soms recidiverende majeure depressies of persoonlijkheidsstoornissen. Om het vaak langdurig karakter van de EPA te definiëren wordt een minimale ziekteduur van zes maanden genoemd. Het derde kenmerk, namelijk de functionele beperkingen bij de groep patiënten met EPA, wordt in de literatuur veelal niet expliciet gedefinieerd.

In de beschrijving vanuit een behandelperspectief onderscheidt men een groep patiënten met een EPA wegens hun langdurig verblijf in het ziekenhuis, de *longstay patients*; anderzijds gaat de definitie soms uit van het gebrek aan alternatieve zorg buiten het ziekenhuis, wat dan leidt tot de omschrijving ‘DTP-patiënten’. De moeilijkheid om deze patiënten te plaatsen en daarmee de duur van het ziekenhuisverblijf worden natuurlijk ook bepaald door de omvang van alternatieve ggz-voorzieningen buiten het ziekenhuis. De grootte van deze DTP-groep kan men met andere woorden ook zien als een symptoom van een falend zorgsysteem dat er niet in slaagt deze groep patiënten te vermaatschappelijkken.

In de Belgische context werd zo het falen van het zorgsysteem aan de kaak gesteld door de grootte van de DTP-groep in de T-bedden (een type ziekenhuisbed op een psychiatrische afdeling voor behandeling van volwassen patiënten) te bepalen. Deze kritiek lijkt terecht omdat afdelingen met T-bedden destijds nu juist werden opgericht om de patiënten met een EPA te resocialiseren of te vermaatschappelijkken.

Het blijkt dan ook nodig om tot een beter aangepaste zorg voor deze en andere mensen te komen. Hiertoe biedt de overheid de mogelijkheid tot een

herallocatie van middelen door toepassing van artikel 107 van de ziekenhuiswet. Deze wet voorziet een herverdeling van middelen van de residentiële zorg naar alternatieve, mogelijk ambulante, zorgorganisaties en zou zo moeten leiden tot een hulpverlening die beter afgestemd is op de behoefte aan zorg van de patiënt. Ook zou het verbeteren van samenwerkingsverbanden tussen verschillende actoren binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) tot een beter presterende zorg leiden (Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg 2010).

Hiermee zou iedereen winnen: de patiënt kan sneller uit het ziekenhuis en komt buiten in een aangepast zorgcircuit terecht. De overheid kan een aanzienlijke kwaliteitsverbetering van de zorg bereiken zonder dat dit meer moet kosten.

## Debat over visie op ggz

In dit artikel zullen we de visie die tot deze beweging heeft geleid, ontleden. Vervolgens zullen we de mogelijkheden, maar ook de valkuilen van de methodiek van artikel 107 inventariseren. Immers, de problemen die we bij de uitbouw van dit nieuwe zorgmodel voorzien, ontstaan naar onze mening vanuit een aantal blinde vlekken van de zorgvisie, die deze beweging voorstaat. Ten slotte stellen we een aantal maatregelen voor die de doelstelling van artikel 107 kunnen waarborgen, namelijk een beter afgestemde ggz, ook voor de patiënt met een EPA.

Het is daarbij niet onze bedoeling deze aanmoediging van de overheid tot zorgvernieuwing te ondergraven. Integendeel, met dit artikel willen wij het debat stimuleren om zo tot een optimale zorgorganisatie te komen. Wel waarschuwen wij voor een mogelijk economisch gestuurde reorganisatie waarbij een ontkenning van de behoefte aan zorg van mensen met EPA tot een niet-aangepaste, verarmde zorg zou kunnen leiden. Het gevaar dat dit pleidooi wordt afgedaan als paternalistisch of te pessimistisch over de mogelijkheden van mensen met EPA kan hopelijk door de vele verwijzingen naar de bestaande literatuur worden ontzenuwd.

## VISIE OP AANPASSINGEN VAN DE GGZ-ORGANISATIE

Bij de introductie van artikel 107 (17 juni 2010) werd door de overheid gesteld dat er, naast de herallocatie van middelen, een parallelle verschuiving moet komen in de visie op en de benadering van de psychiatrische patiënt. Dit vinden we ook terug in het verslag van een studiereis naar Birmingham, waar de lokale ggz-organisatie als voorbeeld wordt genomen voor mogelijke hervormingen in België (Van Dongen 2008). Daarbij plaatst men chroniciteit tegenover herstelgerichtheid, en stelt onder deze noemers respectievelijk paternalisatie en chronificatie tegenover emancipatie, empowerment en herstel. Schijnbaar gaat men er dus vanuit dat een attitudeverandering binnen de ggz niet alleen tot een betere aanpak van de zorgbehoefte zal leiden, maar ook de oplossing zal bieden voor de chronificatie van de psychiatrisch zieke patiënt.

Zo wordt impliciet een causale relatie gesugereerd tussen de manier waarop de patiënt benaderd wordt en het chronische verloop van zijn of haar ziekte. Deze redenering leidt dan tot een maatregel waarbij een sluiting van bedden ten voordele van het organiseren van zorg in de samenleving niet alleen tot een meer herstelgerichte behandeling zal leiden, maar ook het herstel zelf zal faciliteren. Een herstel dat nu structureel onmogelijk wordt gemaakt door de opname van de patiënt die *'te lang in een ziekenhuis verblijft'* (Ver-niest e.a. 2008).

### Definitie van herstel

Overigens wordt vaak voorbijgegaan aan de definitie van herstel, die bovendien verre van eenduidig blijkt. Vanuit een medisch-wetenschappelijk model wordt met herstel een uitkomst bedoeld, klassiek het verminderen of verdwijnen van symptomen, gecombineerd met een verbetering van functioneren. Hierbij moeten we opmerken dat er naargelang de auteur verschillende definities zijn van herstel als uitkomst. Vanuit cliënt-

perspectief is de laatste jaren een beweging ontstaan die het persoonlijke herstelproces centraal stelt en vooral verwijst naar het *hervinden van de eigen regie over het leven* (Slade 2009). Herstel is vanuit dit perspectief geen uitkomst en verloopt niet altijd parallel aan het 'medische' herstelproces.

Het bieden van herstelondersteunende zorg wordt terecht de nieuwe focus van de ggz: elk zorgmodel dient maximaal afgestemd te zijn op het persoonlijk proces van de patiënt. De 2 betekenissen van het woord 'herstel' worden echter vaak door elkaar gebruikt. Dit leidt bij sommigen tot de conclusie dat louter de organisatie van een herstelgerichte zorg (in de cliëntbetekenis) automatisch zal leiden tot herstel (in de medische betekenis van het woord). Hierbij gaat men echter schromelijk voorbij aan de realiteit van de psychiatrische ziekte en de vele herstelbelemmerende factoren in het huidige zorgstelsel in België.

Zo zal niemand betwisten dat er een paradox schuilt in het feit dat de ziekste patiënt op 'verblijfsafdelingen' van psychiatrische ziekenhuizen terecht komt, terwijl die wettelijk de minste middelen toebedeeld krijgen. Dat dit op zijn beurt het herstel in de weg kan staan, lijkt inderdaad logisch.

### Effecten van herstructurering

Echter, aannemen dat het aanpassen van deze zorgstructuur op zich herstel in de hand zou werken en dat dezelfde, ontoereikende middelen, wanneer ze vanuit een ander, herstelgericht en ambulant, perspectief ingezet worden, wél tot herstel zouden leiden, lijkt op zijn minst naïef. Naïef wegens de realiteit van het verloop van de psychiatrische ziekte, die wat betreft behandel-mogelijkheden in deze organisatorische herstructurering eenduidig contextueel of als een gevolg van de huidige organisatie van de ggz wordt geduid.

Er zijn vanuit de realiteit van de psychiatrische ziekte echter op zijn minst enkele tegengestelde effecten van dit soort herstructureringen te verwachten die niet noodzakelijk tot verbetering

van zorg, laat staan tot herstel van de patiënt leiden. Immers, zoals we verder zullen uitwerken, zou een geslaagde reorganisatie moeten resulteren in een beter bereiken van patiënten met een EPA in ambulante zorg en in een kortere, maar intensievere behandeling van deze patiëntengroep binnen de residentiële zorg. Als dan, zoals voorzien, niet meer middelen worden ingezet om de reorganisatie ambulant en residentieel op te zetten, vrezen we dat de duurste, lees de ernstig zieke, patiënten het eerst in de problemen zullen komen.

Geen enkel zorgmodel is er immers ooit in geslaagd de prognose van patiënten met EPA te verbeteren (Hegarty e.a. 1994; Leff & Trieman 2000; Thornicroft e.a. 2005). Beter aangepaste zorgmodellen zorgen wel voor een betere levenskwaliteit (Malla & Payne 2005), maar men zal dus blijvende en even intensieve zorg moeten bieden aan de mensen die men meer binnen de maatschappij (en niet in een opname) wil behandelen. Verder is de minst bereikte patiënt binnen de huidige structuur precies de ernstig zieke psychiatrische patiënt. Beter aangepaste zorg, met de uitbouw van bemoeizorg, zou het aantal patiënten dus moeten vergroten en de behoefte aan zorg doen toenemen (Bijl e.a. 2003). Ter vergelijking: de vraag naar langdurige zorg in Nederland is de afgelopen 10 jaar met circa 32% gegroeid (GGZ Nederland 2009) en dit is wellicht een gevolg van het implementeren van teams met detectie en bemoeizorg als opdracht.

Het organiseren van de zorg in de samenleving voor ernstige psychiatrische ziekte betekent een inzet van afdelingsgebonden middelen over een ambulant netwerk, een diffusie van personele inzet dus (en zeker in een eerste tijd, lagere efficiëntie of meer zorguren per patiënt). Tevens kan een zwaardere residentiële behoefte aan zorg worden verwacht. De patiënten met de ernstigste ziekte zullen immers het moeilijkst kunnen worden behandeld in de gemeenschap (Fitzgerald 2010; Trieman & Leff 2002). Dit betekent dat de ernst van psychiatrische ziekte binnen de afdelingen voor langdurende zorg enkel zal toenemen. Dit is opnieuw een verzwaring van de behoefte aan

zorg waaraan met de nu al ontoereikende residentiële middelen niet kan worden beantwoord. Bovendien blijkt uit ervaringen in het buitenland dat de meest ervaren personeelsleden de patiënten lijken te volgen naar de maatschappij. De resterende patiënten op afdelingen voor lang verblijf worden zo geconfronteerd met minder gekwalificeerd personeel dat bovendien vaker wisselt, wat opnieuw herstelbelemmerend kan werken (Killaspy 2007).

In onze analyse betwisten wij niet de waarde van een herstelgerichte visie. Echter, indien men deze visie wil vertalen in een echte kwalitatief hoogstaande zorg (ook gericht op patiënten met een EPA) kan dit enkel door de inzet van meer middelen. Met dezelfde middelen zal het vooral een herverdeling van schaarste worden en dreigt, door een oneigenlijk gebruik van het herstelbegrip, de noodzaak van bijkomende substantiële investeringen tot uitbouw van een herstelgerichte zorg te worden toegedekt.

#### KWALIJKE GEVOLGEN VOOR PATIËNT MET EPA

Artikel 107 maakt echter enkel herallocatie van middelen mogelijk. En dit om 5 sleutelfuncties voor alle zorgvragers in de ggz te verwezenlijken (zie tabel 1). Doordat deze middelen, zoals geschetst, al onvoldoende lijken voor de uitbouw van een ambulante zorg voor langdurig psychiatrische patiënten, vrezen wij voor een verminderde zorg, juist voor deze groep patiënten.

#### Oponamedrempel voor ernstig zieke patiënten

Bij de twee voornaamste extramurale projecten uit vorige reorganisaties, met name beschut wonen en psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), slaagt men er amper in om de ziekste patiënten in hun projecten op te nemen en te houden. In beide projecten gelden relatief strenge opnamecriteria, waardoor de moeilijkste patiënten vaak niet worden opgenomen. Dit heeft met verschillende factoren te maken. Zowel het opleidingsniveau van

de staf (vooral bij het PVT) als de beperkte personeelsbezetting belemmert de zorg voor patiënten met een grotere behoefte aan zorg. Het grote aantal kandidaten en bijhorende lange wachtlijsten maken de uitsluiting van minder gemotiveerde en vaak ernstiger zieke patiënten mogelijk. Eenmaal opgenomen, worden patiënten bij te grote problemen (bijvoorbeeld recidief van middelenmisbruik) bovendien vaak snel terugverwezen naar de psychiatrische kliniek. Hoewel deze opnamedrempel zowel voor PVT als voor beschut wonen geldt, worden patiënten met een grote zorgafhankelijkheid ten gevolge van psychiatrische maar ook somatische aandoeningen wel vaak opgevangen in een PVT (Verniest e.a. 2008).

#### Gevaar armoedeval

De ambulante patiënt die niet voldoende hersteld is om autonoom in zijn of haar bestaansmiddelen te voorzien krijgt in de huidige organisatie te maken met een armoedeval. Waar binnen de muren van het ziekenhuis de kosten voor medicatie, maaltijden en verblijf grotendeels worden vergoed via de ziekteverzekering, is dat niet meer het geval voor de patiënten die diezelfde zorg in de maatschappij zelf voor hun rekening moeten nemen. Daarbij worden zij trouwens vaak als 'hersteld' beschouwd door de controleartsen van de overheid, waardoor de aan hen toegekende integratietegemoetkoming vaak wordt verminderd. Aangezien de invaliditeitsuitkeringen in België onder de Europese armoedegrens vallen, resulteert dit mechanisme in de zogenaamde armoedeval. Met deze koppeling tussen het soort zorg of behandeling die de patiënt ontvangt en het socialezekerheidsstelsel wordt binnen artikel 107 geen rekening gehouden. Dit billijkheidsprobleem wordt wel vermeld in het T-beddenrapport van het federale kenniscentrum. Mogelijk gevolg hiervan is dat marginalisatie en psychosociale verkommering dreigen. Een dynamiek die buiten het ziekenhuis kan leiden tot chronificatie (Danau e.a. 2009; Verniest e.a. 2008).

Ook de centra geestelijke gezondheidszorg (vergelijkbaar met de Riagg-centra in Nederland), die een laagdrempelige en betaalbare zorg voor alle cliënten binnen de ggz moesten bieden, zijn daar niet volledig in geslaagd. Ze slaagden er niet in de zorg op zich te nemen voor zorgmijdende patiënten met een EPA (Team Gegevensverwerking en Resultaatsopvolging 2008).

#### Uitgebreide analyse noodzakelijk

Andermaal blijkt de patiënt met EPA en dus de meest arbeidsintensieve patiënt, ondanks deze waardevolle projecten, te weinig bediend. Een totaalvisie voor de ggz waarbinnen verschillende doelgroepen worden afgebakend en aangepaste zorg met voldoende personeel wordt voorzien, ontbreekt.

Daarom pleiten wij voor een uitgebreide analyse van de zorg- en behandelbehoeften van specifieke doelgroepen, gevolgd door het ontwikkelen van een uitgebalanceerd zorgmodel. Voldoende middelen moeten daarbij worden ingezet om ook de kwetsbaarste patiënten met EPA te bereiken. Bij onvoldoende afbakening van doelgroep en methodiek binnen de zorgstructuren dreigt immers een zorgmodel te ontstaan dat onvoldoende coherentie vertoont. Daardoor loopt men het risico patiënten zorg te bieden in een kostenintensief programma die even goed op een alternatieve, goedkopere manier kunnen worden behandeld. Zo dreigt een scheefgroei van zorg waarbij een aantal mensen onterecht in zorg is (Bijl e.a. 2003; Thornicroft 2009), terwijl het anderen aan de nodige zorg ontbreekt. De middelen zijn met andere woorden niet goed verdeeld, waardoor de meest zorgbehoevenden niet noodzakelijk de intensiefste zorg krijgen. Een evolutie die in andere landen werd beschreven (Ghosh & Killaspy 2010).

TABEL 1 Vijf sleutelfuncties die door herallocatie van middelen zoals voorzien in artikel 107 vervuld worden in een gereorganiseerde ggz; functie 2, 3 en 4 worden in de eerste fase genoemd als doel voor de reorganisatie

Functie 1	activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnostiek
Functie 2	ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen
Functie 3	rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
Functie 4	intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is
Functie 5	specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is

#### BEWAKEN VAN DE ZORG VOOR PATIËNTEN MET EPA TIJDENS HERVORMINGEN

Onze hoofdstelling is dat door de reorganisatie van de ggz die door artikel 107 mogelijk wordt gemaakt, de patiënt met een EPA door de mazen van de zorgstructuren dreigt te vallen. Zowel het structureel intensiveren van de zorg, als de onmogelijkheid om dit met de geboden middelen te realiseren, leidt tot een gebrekkiger zorg voor de patiënt met een EPA. Doordat sommige patiënten te ziek zijn om zorg te vragen of zorg mijden (Bijl e.a. 2003; GGZ Nederland 2009), dreigen de gevolgen van deze herstructurerings voor de zorg en levenskwaliteit van deze patiënten te weinig zichtbaar te zijn. Met als mogelijk gevolg dat de chronische patiënt in de marginaliteit verdwijnt.

Wij stellen daarom enkele maatregelen voor om de ontwikkeling van behoefte aan zorg en de geboden zorg voor patiënten met EPA te bewaken tijdens de hervorming van de ggz-organisatie.

#### Noodzakelijke stappen vóór de reorganisatie

Drie belangrijke elementen lijken nodig alvorens over te gaan tot reorganisatie van de ggz. Ten eerste, een beginselverklaring dat men bij de keuzes die worden gemaakt over bedden bij overheveling van middelen, zoals voorzien door artikel

107, zich zal laten leiden door de haalbaarheid van een vermaatschappelijking als middel tot betere zorg, eerder dan door de rendabiliteit van deze bedden binnen de huidige ziekenhuisfinanciering. Daarvoor verwijzen wij naar het rapport van de WHO, waarin wordt gewezen op het mogelijk perverse (averechtse) gevolg van financieringsmechanismen binnen ziekenhuizen bij het heralloceren van middelen naar de maatschappij. Hierbij ontslaat men de kwetsbaarste patiënten uit de ziekenhuizen zonder dat de daarbij behorende middelen worden overgeheveld naar de maatschappij, terwijl vaak minder kwetsbare of beter behandelbare patiënten blijvend een beroep kunnen doen op het zorgaanbod binnen instellingen, omdat zo de financiering van die instellingen beter kan worden gegarandeerd (WHO 2005).

Ten tweede, een duidelijke omschrijving van een doelgroep waarvoor de residentiële opvang gegarandeerd moet blijven, lijkt dringend nodig. Eerder dan dat men het aantal bedden dat wordt afgebouwd, laat afhangen van het enthousiasme waarmee artikel 107 door lokale ziekenhuizen wordt toegepast. In internationale literatuur wordt deze groep omschreven als longstaypatiënten (Leff & Trieman 2000). Het gaat dan over patiënten die zelfs ondanks een verbeterde zorg in de maatschappij, langdurende, meestal gedefinieerd als een verblijf dat langer duurt dan 1 jaar, behoefte hebben aan residentiële opvang door de persisterende ernst van hun symptomen. Het aantal wordt geschat op 10 tot 40 patiënten op een populatie van 100.000 mensen. Dit aantal moet nog worden verhoogd in dichtbevolkte en verstedelijkte gebieden (Trudel & Lesage 2006).

Overigens blijkt in de ons omringende Europese landen, die eerder de zorg poogden te vermaatschappijken, opmerkelijk genoeg sprake van een 're-institutionalisering', waarbij de afbouw van de psychiatrische bedden teniet wordt gedaan door groeiende plaatsen in onder meer forensische eenheden en het gevangeniswezen (Priebe e.a. 2005). Deze ontwikkeling zou kunnen wijzen op een te uitgebreide afbouw waarbij erg kwetsbare mensen met een beperkte zelfredzaam-

heid zich maatschappelijk niet staande kunnen houden en mogelijk in de dakloosheid of de sociale opvang terechtkomen. Ook dreigt voor een deel van patiënten kennelijk het risico op het verzeilen in de criminaliteit. In deze context wordt gesproken over virtuele asielen (Killaspy 2006; Priebe e.a. 2005).

Ten derde is, naast de noodzaak van voldoende residentiële zorg, vermaatschappelijking vervolgens uitsluitend mogelijk wanneer voor een patiënt een duidelijk omschreven en concreet gepland, individueel zorgtraject is opgesteld, waarbij de nodige psychosociale, financiële en psychiatrische ondersteuning zijn voorzien. Dan pas kan men een patiënt vanuit een residentiële omgeving aan de ambulante zorg toevertrouwen.

#### *Tijdens pilotprojecten artikel 107*

Tijdens de reorganisatie lijkt het onontbeerlijk een uitgewerkt monitorsysteem op te zetten voor patiënten voor wie de residentiële zorg wordt afgebouwd. De vraagstelling is evident: namelijk wat gebeurt er met de patiënten uit de omgezette ziekenhuisbedden en gaan de middelen die door die afbouw van hun bedden vrijkomen ook naar de zorgverbetering in de gemeenschap voor deze specifieke populatie?

Verder dient men systematisch in kaart te brengen welke doelgroepen worden bereikt door de ambulante zorg: gaan de middelen niet andermaal naar de ambulant beter bereikbare en mondigere patiënt ten koste van de vermaatschappelijkte patiënt met een EPA?

#### *Structurele veranderingen op langere termijn*

Een reorganisatie van de ggz vraagt een globale visie. Een getrappt zorgmodel zoals voorgesteld door Thornicroft en Tansella (2009), waarbij een balans tussen ambulante en residentiële zorg wordt nagestreefd, kan daartoe inspireren. Zo wordt in functie van de behoefte aan zorg van de patiënt een beleid uitgestippeld dat gericht is op de meest aangepaste zorg die leidt tot een optimale

levenskwiteit van de individuele patiënt. Ook moet men bewaken dat zorgmijders actief worden opgespoord en zo mogelijk, verleid tot zorg.

Een kwaliteitsverbetering van de ggz kunnen we binnen dit model definiëren als de uitbouw van bijkomende trappen die tevoren niet werden voorzien. Het gaat dan concreet om het opzoeken van de hiaten en kloven binnen en tussen de reeds bestaande ggz-voorzieningen. Wanneer die worden ingevuld of overbrugd, kunnen patiënten terechtkomen op de meest wenselijke of haalbare trap van zorg. Daarbij kan men proberen patiënten te laten 'klimmen' naar hogere trappen, waarbij hun zelfredzaamheid en autonomie gradueel en gedoseerd kunnen worden versterkt, wat mogelijk resulteert in een toenemende vermaatschappelijking van de patiënt. Zo dienen meerdere tussenstappen te worden uitgebouwd tussen het ziekenhuisbed en de zuiver ambulante diensten, bijv. woonvormen met verschillende zorgintensiteit gaande van 24-uurscontinuïteit tot wekelijks bezoek van een hulpverlener (zie Thornicroft 2009). Vermaatschappelijking is dus binnen dit model geen doel op zich, maar een mogelijk resultaat van een gradueel herstelproces in het tempo van de patiënt in een daarop afgestemd zorgmodel.

Aanhoudende aandacht voor de socio-economische gevolgen van vermaatschappelijking voor de langdurige zieke patiënt in ambulante zorg blijft noodzakelijk. Hierbij dient men geen verwachtingen rond onhaalbare financiële onafhankelijkheid van de voorheen opgenomen patiënten te creëren. Wel dient er een aangepaste financiële ondersteuning te zijn die vermaatschappelijking faciliteert en niet hypothekeert.

#### *Gevaar van onvoldoende zichtbaarheid*

Herstel kan de volgende jaren een belangrijk principe in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg worden. Zoals gesteld, verwijst herstel hierbij naar het hervinden van de eigen regie over het leven en niet naar de medische betekenis van het herstelbegrip (Slade 2009). Anders

wordt immers gesuggereerd dat herstelgericht werken automatisch leidt tot genezing met vermaatschappelijking als logisch gevolg. Bij een dergelijke invulling met te grote verwachtingen van de patiënt, maar ook van de ggz, onderschat men de behoefte aan zorg van patiënt en daarmee de noodzakelijke aanhoudende investeringen in de ggz.

Door de herallocatie van middelen vanuit de residentiële naar de ambulante zorg te gebruiken om een vermaatschappelijking te bereiken dreigt, onder het mom van een zorginhoudelijke beweging, een economische discussie toegedekt te worden. Zorginhoudelijk zou de vernieuwing van een voornamelijk medisch tot een herstelgericht zorgmodel moeten leiden tot de emancipatie van de patiënt in de maatschappij. De economische discussie gaat intussen over de vraag waar de middelen gehaald moeten worden en welk soort herstelgericht zorgmodel dan ook economisch haalbaar is. Dit moet eerst worden opgehelderd gezien de beschreven gevaren van een te weinig doordachte herallocatie van middelen en de economische, dus ook zorginhoudelijke, gevolgen voor de behandeling van EPA.

De behoefte aan zorg van patiënten met een EPA kan daarbij te weinig zichtbaar zijn doordat sommige patiënten te ziek zijn om zelf zorg te vragen of de weerslag van een herstructurering op hun levenskwaliteit aan te kaarten. Dit is geen paternalistische visie, maar een visie die uitgaat van de realiteit van de psychiatrische ziekte; die kan immers juist het inzicht in het eigen functioneren en het zicht op de realiteit aantasten (Amdor & David 2004). Het zou dan ook een zorg van iedere beleidsmaker moeten zijn om deze behoeften aan zorg zorgvuldig te inventariseren en investeringen hierop af te stemmen.

## CONCLUSIE

Het moge duidelijk zijn: een te eenvoudige visie op psychiatrische stoornissen bij de uitbouw van een ambulante zorgverlening voor mensen met een EPA is niet zonder gevaren. De behoefte

aan zorg van deze patiënten tijdens deze reorganisatie dient goed zichtbaar te zijn. Het doel van de reorganisatie, namelijk het maximaal ondersteunen van het persoonlijk herstelproces met het bereiken van een zo groot mogelijke levenskwaliteit van de ernstig zieke psychiatrische patiënt, onderschrijven wij volledig. De geboden middelen lijken echter ontoereikend en dit bedreigt de noodzakelijke evolutie naar een echte herstelondersteunende zorg in België.

Wij vrezen dat juist de ernstig zieke patiënt het eerst door de mazen van de nieuwe zorgstructuren zal vallen. Zo dreigt een averechts effect van deze maatregelen voor de kwetsbaarste patiënten, namelijk marginalisatie zowel in maatschappelijke structuren als binnen de vernieuwde zorgcircuits. Met dit artikel willen wij dan ook een krachtige oproep doen om in België meer te investeren in de verbetering van de actuele achterstandspositie van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

## LITERATUUR

- Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, e.a. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 122-33.
- Danau D, Nielandt B, Vranken J. Onderzoek armoede en psychiatrie. SEIN-Universiteit Hasselt – OASes-Universiteit Antwerpen – OPZC Rekem; 2010.
- Dongen I Van. Algemene indrukken – beschrijving Birmingham 2008. <http://www.zorgnetvlaanderen.be/publicatie/Documents/Andere/Algemene indrukken - beschrijving Birmingham.doc>
- Eyssen M, Leys M, Desomer A, Senn A, Léonard C. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 144A. D/2010/10.273/78.
- Fitzgerald MM. Comparison of recovery style and insight of patients with severe mental illness in secure services with those in community services. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17: 229-35.
- GGZ Nederland. Naar herstel en volwaardig beterschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische



- aandoeningen. 2009. <http://www.ggz nederland.nl/langdurende-zorg/visiedocument-langdurende-ggz-definitieve-versie-samenvatting-maart-2009.pdf>
- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg 2010. <http://www.psy107.be/>
- Ghosh R, Killaspy H. A national survey of assertive community treatment services in England. *J Ment Health*. 2010 (in press).
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Wateraux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1409-16.
- Killaspy H. From the asylum to the community care; learning from experience. *Br Med Bull* 2006; 80: 245-58.
- Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 217-23.
- Malla A, Payne J. First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophr Bull* 2005; 31: 650-71.
- Priebe S, Badescony A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, e.a. Reinstitutionalisation in mental health care; comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123-6.
- Sercu C, Verhaeghe M, Pattyn E, Bracke P. Studie naar moeilijk doorverwijsbare zorggebruikers in de GGZ regio Groot Gent. Gent: Universiteit Gent; 2010.
- Slade M. Personal recovery and mental illness, a guide for mental health professionals. Cambridge University Press; 2009.
- Team Gegevensverwerking en Resultaatopvolging. Met welke problemen komen cliënten naar een CCG? Brussel: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Afd. Informatie en Ondersteuning. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Geestelijke-gezondheidszorg/Met-welke-problemen-komen-clienten-naar-een-CGG/-diagnoses>
- Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 1416-22.
- Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge University Press; 2009.
- Trieman N, Leff J. Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPs project 24. *Psychol Med* 1996; 26: 765-74.
- Trieman N, Leff J. Long-term outcome of long-stay psychiatric in-patients considered unsuitable to live in the community. TAPS Project 44. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 428-432.
- Trudel J-F, Lesage A. Care of patients with the most severe and persistent mental illness in an area without a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1765-70.
- Verniest R, Laenen A, Daems A, Kohn L, Vandermeersch G, Fabri V, e.a. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2008 KCE reports 84A (D/2008/10.273/46)
- WHO European ministerial Conference on mental Health, Helsinki, 2005.
- Xavier F, Amador X, David AS. Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders. Oxford University Press, USA; 2004.

## AUTEURS

JAN VAN HECKE is psychiater, eenheid voor psychiatrische spoedinterventie en PAAZ, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, campus Stuivenberg.

LUCAS JOOS is psychiater, sector psychozorg, P.Z. Bethanienhuis, Zoersel.

JAN DAEMS is psychiater, sector psychozorg, P.Z. Bethanienhuis, Zoersel.

VICKY MATTHYSEN is psychiater-hoofdgeneesheer, Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, Antwerpen.

STEPHAN DE BRUYNE werkt als psychiater in de sector psychozorg van P.C. St. Hiëronymus, Sint-Niklaas, en in PVT Schorshaegen, Duffel.

Alle auteurs zijn lid van de Sectie langdurige zorg en rehabilitatie, Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie.

Correspondentieadres: Jan Van Hecke, eenheid voor psychiatrische spoedinterventie en PAAZ, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, campus Stuivenberg, Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen, België.

E-mail: jan.vanhecke@zna.be.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-6-2011.

## SUMMARY

Reorganisation of the mental health services in Belgium in 2011. Will this lead to better care for patients with a serious mental illness? – J. Van Hecke, L. Joos, J. Daems, V. Matthyssen, S. De Bruyne –

**BACKGROUND** In Article 107 of the hospital legislation the Belgian government provides for a possible reorganisation of current mental health care. According to the Article, hospital managers and the medical staff of residential care units in each region are permitted to re-allocate resources in such a way that their current government allowance is used for the development of an alternative type of health care that is more community-based.

**AIM** To explore the possible consequences that such a step is likely to have on the current users of long-term residential care.

**METHOD** We looked critically at the draft text which was circulated in order to explain the proposed reorganisation. We evaluated the scientific evidence concerning the feasibility of the ideas put forward in the text, focusing particularly on the care of patients with a serious mental illness.

**RESULTS** The method, which involves the re-allocation of funds in order to stimulate the reorganisation of care, is considered to be self-defeating. On the one hand, it constitutes a threat, leading to possible closure of the least profitable services, including hospital wards for long-stay patients. On the other hand, the proposed health care organisation poses a threat to the very group of patients who reside in such hospitals and it may in fact lower the level of care they receive.

**CONCLUSION** It will be necessary to check on the effects that this reorganisation will have on patients with a serious mental illness. We therefore propose some ways of monitoring the effects that the planned reorganisation is likely to have on this vulnerable group of patients.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)12, 917-926]

**KEY WORDS** long-term psychiatric care, organisation of mental services, severe mental illness