

---

# Initiatiefadvies

## De geestelijke gezondheid in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

---

Advies behandeld door

Werkgroep Sociale Zaken en Gezondheid

Advies behandeld op

6 december 2021, 24 januari 2022,  
28 februari 2022 en 21 maart 2022

Advies aangenomen door de Plenaire vergadering op

19 mei 2022

**BRUPARTNERS**

Bischoffsheimlaan 26 - 1000 Brussel

Tel: 02 205 68 68 - [brupartners@brupartners.brussels](mailto:brupartners@brupartners.brussels) - [www.brupartners.brussels](http://www.brupartners.brussels)

## Context<sup>1</sup>

De geestelijke gezondheid staat vandaag volop in de schijnwerpers. Dit is gedeeltelijk het gevolg van de evolutie van het stelsel van de arbeidsongeschiktheid in het kader van de ziekteverzekering. Het aantal personen, dat in het kader van deze regeling een uitkering ontvangt, is nu groter dan het aantal werklozen dat een uitkering ontvangt. Deze situatie had zich sinds de jaren zestig niet meer voorgedaan. Dit aantal is ook aanzienlijk hoger dan tot ongeveer de millenniumwisseling gebruikelijk was. Deze ontwikkeling is voornamelijk toe te schrijven aan psychische aandoeningen die thans de belangrijkste oorzaak zijn van arbeidsongeschiktheid en zelfs van invaliditeit (ziekte van langer dan een jaar) bij alle groepen van verzekerden (mannen, vrouwen, arbeiders, bedienden).

Deze op administratieve beslissingen gebaseerde gegevens worden bevestigd door enquêtes onder de betrokken personen, die zeer vaak psychische stoornissen, eventueel in combinatie met andere "letsels of functiestoornissen", als oorzaak van hun arbeidsongeschiktheid aanhalen<sup>2</sup>.

De toename van het aantal arbeidsongeschikte werknemers is waarschijnlijk niet alleen een gezondheidsverschijnsel. Deze houdt tevens verband met herstructureringen binnen de sociale zekerheid, zoals de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd voor vrouwen of wijzigingen van de werkloosheidsreglementering<sup>3</sup>. De cijfers van de Belgische sociale zekerheid komen in feite dicht in de buurt van de situatie in de Scandinavische landen, waar de invaliditeit mensen opvangt die in België vroeger onder de werkloosheidsverzekering vielen.

Wat de evolutie van de psychische stoornissen betreft, deze houdt geen verband met een nieuw fenomeen van toegenomen prevalentie van neurosen of ernstige psychoses. De diagnoses, die met de erkenning van arbeidsongeschiktheid gepaard gaan, zijn voornamelijk depressie, burn-out en soortgelijke verschijnselen. Het aandeel van de andere psychische aandoeningen is de laatste jaren gedaald, ook al is hun absolute aantal toegenomen.

---

<sup>1</sup> De belangrijkste geraadpleegde bronnen: P. Mistiaen e.a. - "Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België", KCE-rapporten 318Bs (2019); Mommenrency e.a. "Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten", KCE-rapporten 170b (2011); D. Deboutte e.a. "De psychiatrische noodsituatie bij kinderen en adolescenten", KCE-rapporten 135B (2010); Adriaens e.a., "Hoe kan de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen worden verbeterd?", KCE-rapporten 301Bs (2018); O. Gillis, E. Mendes da Costa, "Huidige toestand van de geestelijke gezondheid te Brussel", Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2020; B. Jacob e.a., "Hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België: schets van een model", "L'information psychiatrique" 2016/9 (Volume 92), p. 731-745.

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld de studie over de arbeidsongeschiktheid die gebaseerd is op een online-enquête onder leden van de christelijke ziekenfondsen, in "MC-Informationen" nr. 284, juni 2021, blz. 14-15; of de studie van de vrije ziekenfondsen "Evolutie van de psychosociale stoornissen tijdens de arbeidsongeschiktheid - impact van het sociaal statuut, het geslacht en de leeftijd" (2020).

<sup>3</sup> De belangrijkste wijziging is de controle op de beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt, die leidt tot een verschuiving in de richting van de ziekteverzekering voor mensen wier gezondheidstoestand hen niet in staat stelt om deze verplichtingen te vervullen. De beperking in de tijd van de integratie-uitkeringen en de verscherping van de voorwaarden voor de toegang tot deze uitkeringen hebben eveneens geleid tot een zekere verschuiving in de richting van de ziekteverzekering.

Aantal invaliden - 2016 - 2020<sup>4</sup>, met het aandeel van de psychische aandoeningen en, daarbinnen, depressie en burn-out.

	31.12.2016		31.12.2020		2020/2016
	Aantal	%	Aantal	%	(%)
<b>Loontrekkenden (inclusief werklozen)</b>					
Depressie	53.113	14.50	75.153	17.00	41.50
Burn-out	23.821	6.50	31.571	7.14	32.53
<i>Totaal D + B</i>	<i>76.934</i>	<i>21.00</i>	<i>106.724</i>	<i>24.14</i>	<i>38.72</i>
Andere aandoeningen	52.746	14.00	56.298	12.73	6.73
<b>Totaal aandoeningen</b>	<b>129.680</b>	<b>35.40</b>	<b>163.022</b>	<b>36.87</b>	<b>25.71</b>
<b>Totaal</b>	<b>366.293</b>	<b>100</b>	<b>442.137</b>	<b>100</b>	<b>20.70</b>
<b>Zelfstandigen</b>					
Depressie	2.041	8.34	3.177	11.99	55.66
Burn-out	1.237	5.05	1.831	6.33	43.38
<i>Totaal D + B</i>	<i>3.318</i>	<i>13.56</i>	<i>5.008</i>	<i>17.32</i>	<i>50.93</i>
Andere aandoeningen	2.083	8.51	2.194	7.58	5.32
<b>Totaal aandoeningen</b>	<b>5.401</b>	<b>22.07</b>	<b>7.202</b>	<b>24.90</b>	<b>33.35</b>
<b>Totaal</b>	<b>24.472</b>	<b>100</b>	<b>28.913</b>	<b>100</b>	<b>18.15</b>
<b>Totaal ziekteverzekering (loontrekkenden + zelfstandigen)</b>					
Depressie	55.154	14.11	78.330	16.63	42.02
Burn-out	25.098	6.42	33.402	7.09	33.09
<i>Totaal D + B</i>	<i>80.252</i>	<i>20.53</i>	<i>111.732</i>	<i>23.72</i>	<i>39.23</i>
Andere aandoeningen	54.829	14.06	58.492	12.42	6.68
<b>Totaal aandoeningen</b>	<b>135.081</b>	<b>34.56</b>	<b>170.224</b>	<b>36.14</b>	<b>26.02</b>
<b>Totaal</b>	<b>390.765</b>	<b>100</b>	<b>471.040</b>	<b>100</b>	<b>20.54</b>

Hierbij dient opgemerkt dat deze cijfers geen betrekking hebben op de primaire arbeidsongeschiktheid (minder dan één jaar arbeidsongeschiktheid). Zij hebben ook geen betrekking op personen die geen vergoedingsverzekering ontvangen (stelsel van loontrekkenden of zelfstandigen), zoals definitief benoemde ambtenaren, gepensioneerden, begunstigen van bijstandsregelingen (leefloontrekkers, personen met een handicap, enz.), jongeren die nog studeren, enz. Men zal hierop des te meer moeten

<sup>4</sup> Bron: RIZIV.

toezien daar de bij het RIZIV beschikbare statistieken momenteel geen onderscheid maken volgens het gewest van de sociaal verzekerde. Deze door de statistieken niet-gedekte categorieën zijn proportioneel meer aanwezig in het Brussels gewest.

Het is moeilijk om op basis van de administratieve gegevens de oorzaken van het fenomeen vast te stellen en meer bepaald om na te gaan of het geheel of gedeeltelijk van professionele oorsprong is. Dit gegeven heeft geen invloed op de erkenning van de arbeidsongeschiktheid door de ziekteverzekering.

Geestesziekten worden niet erkend als beroepsziekten<sup>5</sup>. Het komt zelden voor dat zij hun oorsprong vinden in een als arbeidsongeval erkende gebeurtenis, hoewel zij soms als een secundair gevolg van een dergelijke gebeurtenis optreden.

In dit stadium zou men kunnen zeggen dat de geheel of gedeeltelijk professionele oorsprong van psychische stoornissen door de mensen zelf<sup>6</sup> wordt vastgesteld. Het kan gaan om de aard van het werk zelf, met name in beroepen die inherent blootstaan aan intense stress of traumatische gebeurtenissen, maar ook, en in feite vaker, om de organisatie van het werk, de relaties met de hiërarchie en de collega's, of nog, de spanningen in bedrijven die in moeilijkheden verkeren of een herstructurering ondergaan. Er zij ook op gewezen dat onvrijwillige werkloosheid (werkloosheid, genot van het leefloon) ook vaak met psychische stoornissen in verband wordt gebracht, waarbij de volgorde van de oorzakelijke factoren waarschijnlijk in beide richtingen speelt.

In tegenstelling tot wat algemeen wordt gedacht, is depressie geen "ziekte van de rijken". Integendeel, er is een duidelijke correlatie tussen de prevalentie van dergelijke aandoeningen en een laag opleidingsniveau. Geografisch is de prevalentie aanzienlijk hoger in de "arme halve kroon" van het Gewest. De moeilijke toegang tot huisvesting wordt gezien als een oorzaak voor de verzaaiing van de structuren van geestelijke gezondheidszorg.

Talrijke specialisten, evenals het RIZIV hebben de aandacht gevestigd op het psychologische leed dat met de pandemie gepaard gaat, vooral bij gezondheidswerkers, die dagelijks worden geconfronteerd met mensen die door Covid-19 zijn besmet, en bij jongeren, wat minder te maken heeft met het Covid-virus zelf als met de beperkingen die het in het sociale leven veroorzaakt en de verstoring van het schoolritme. Behalve de pandemie is ook de prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen onder de gezondheidswerkers interpellierend. Dit heeft ertoe geleid dat deze sector als belangrijkste doelgroep van het project "burn-out" van Fedris werd weerhouden.

Ook dient eraan herinnerd dat een geestesziekte sterk stigmatiserend werkt, wat talrijke personen ertoe brengt om niet op de gepaste zorg beroep te doen. Dit vervalst natuurlijk de gegevens.

Behalve deze veelbesproken ontwikkeling is er natuurlijk de prevalentie van meer "traditionele" - punctuele of chronische - geestesziekten die niet mag worden vergeten.

Schizofrenie en bipolaire stoornissen zijn veel voorkomende geestesziekten met zeer hoge sociale kosten en complexe behoeften aan langdurige zorg.

---

<sup>5</sup> Toch kan men hier het modelproject van Fedris over de burn-out vermelden. Dit project beperkt zich tot enkele honderden werknemers in bepaalde sectoren en beroepen (gezondheidszorg, de financiële diensten) en tot een begeleiding voor het behoud van zijn baan, maar werd nog niet aan een evaluatie onderworpen.

<sup>6</sup> Zie onder meer de studie over de arbeidsongeschiktheid die is gebaseerd op een online-studie onder de leden van de christelijke mutualiteiten, in "MC-Information" nr. 284, juni 2021, blz. 16.

Een stedelijke omgeving, sociale onzekerheid en een migratiecontext worden erkend als factoren die samenhangen met dergelijke stoornissen. Deze factoren, die in Brussel sterker aanwezig zijn dan in andere gewesten en zelfs in andere steden van het land, doen ons voorspellen dat de behoeften van het Brussels gewest wat betreft de zorg voor psychiatrische patiënten groter zullen zijn.

De verzorging van dit soort van patiënten omvat ziekenhuisverblijven, bezoeken aan verschillende intermediaire structuren, alsook ambulante consultaties. De patiënten circuleren, afhankelijk van hun geestelijke toestand, in dit complexe zorgnetwerk. Dit netwerk moet in zorgpaden kunnen worden ondergebracht. Tekortkomingen in dit zorgnetwerk leiden ertoe dat patiënten zich in de loop van de tijd ophopen, of dat de zorg wordt onderbroken en er decompensatie optreedt, wat kan leiden tot een toename van de sociale onzekerheid van deze kwetsbare patiënten. De toename in Brussel van gedwongen opnames en de toename van dakloze patiënten zijn mogelijke gevolgen van tekortkomingen van het zorgnetwerk.

Men moet waarschuwen tegen de neiging om in Brussel vaststellingen te extrapoleren die op het Belgische gemiddelde zijn gebaseerd. De specifieke kenmerken van het Gewest moeten in aanmerking worden genomen, of het nu gaat om de prevalentie van de ziekten in het Gewest of om de zorgen die door de instellingen, die in het Gewest gevestigd zijn, aan de residenten van andere gewesten worden verstrekt.

#### *Bezorgdheden van Brupartners*

Brupartners wil zich in dit initiatiefadvies niet opwerpen als deskundige op dit gebied en zich niet in de plaats stellen van de bevoegde overleginstanties, bijvoorbeeld in de betrokken activiteitensectoren, van Iriscare, of nog, van de adviesraden van de GGC of de COCOF.

Een eerste bezorgdheid in dit verband is de vraag of het bestaande aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in het Brussels gewest aan de behoeften voldoet. Net zoals op andere gebieden zal het niet volstaan om het zorgaanbod in het Brussels gewest te vergelijken met de zorgvraag van de inwoners van het Gewest. Het is bekend dat de patiëntenbasis van verschillende Brusselse instellingen niet beperkt is tot het Gewest, en dit draagt bij tot de uitstraling van de stad en haar economisch weefsel. Omgekeerd moeten Brusselse patiënten desgewenst zorg kunnen krijgen buiten het Gewest.

In dit initiatiefadvies probeert Brupartners om dit aanbod te beschrijven, met vermelding van de verantwoordelijke instantie en de essentiële kenmerken van de financieringsmethode. Er wordt voorrang gegeven aan de regelingen waarvoor de Brusselse instellingen verantwoordelijk zijn, zonder evenwel de regelingen te vergeten die afhankelijk zijn van de federale regering of van de Franse of Vlaamse gemeenschap.

Brupartners heeft er echter voor gekozen om in dit initiatiefadvies niet in te gaan op de specifieke problematiek van de internering tot bescherming van de maatschappij of de psychiatrische verzorging van gedetineerden in de gevangenissen, omdat dit kwesties zijn die vooral onder het strafrecht vallen. Brupartners herinnert er enkel aan dat de sector - volgens de reacties in het kader van de voorbereiding van dit initiatiefadvies - vraagt naar een aanhechting bij de gezondheidssector in het algemeen. En dit initiatiefadvies heeft vanzelfsprekend betrekking op de zorg verstrekt aan gevangenen of geïnterneerden in de gewone structuren.

Brupartners wil nagaan of de financiering van de betrokken stelsels bevredigend is, met bijzondere aandacht voor de financiële vooruitzichten van de Brusselse instellingen, rekening houdend met de huidige financieringswetten.

Dit zal ook leiden tot een beoordeling van de vraag of het institutionele landschap op dit gebied bevredigend is. De term "institutioneel landschap" verwijst naar de verdeling van de bevoegdheden over en de onderlinge afstemming ervan tussen overheidsinstellingen.

Ongeacht de verdeling van de bevoegdheden wordt de sector gekenmerkt door een zeer grote diversiteit, zoals hieronder zal blijken. Er zal moeten worden nagegaan of met deze diversiteit op alle situaties kan worden ingespeeld en of er leemten in het aanbod moeten worden opgevuld.

De instellingen, met name op het gebied van gezondheidszorg, moeten zich aanpassen aan de complexiteit van de situatie op het terrein. Te veel complexiteit kan echter het begrip van het systeem, en daardoor de doeltreffendheid en zelfs de legitimiteit ervan, in het gedrang brengen.

Dit betekent niet dat iedere burger in staat moet zijn om alle institutionele voorzieningen nauwkeurig te beschrijven, of zelfs dat iedere burger die met een probleem wordt geconfronteerd van meet af aan moet weten tot wie hij zich moet wenden. Anderzijds zou het problematisch zijn indien de professionelen zelf geen volledig overzicht zouden hebben van de beschikbare geestelijke gezondheidsdiensten en de mensen, die een beroep op hen doen, alleen zouden kunnen doorverwijzen naar de diensten die zij zelf kennen.

Brupartners zal bijzondere aandacht besteden aan preventie, vooral van vermijdbare risico's in de professionele context. De preventie van risico's op het werk hangt in grote mate af van de federale arbeidswetgeving, maar ook de gemeenschappen en gewesten hebben in dit opzicht verantwoordelijkheden.

Bij het opstellen van dit initiatiefadvies kon Brupartners rekenen op de waardevolle steun van diverse openbare instellingen en van een aantal actoren op het terrein, die actief aan de werkzaamheden hebben deelgenomen. Brupartners wenst hen te danken voor hun medewerking, ook al is Brupartners als enige verantwoordelijk voor de inhoud van dit initiatiefadvies.

Deze deskundigen zijn:

- Thomas Cotman - Directeur van de VZW « Centre de revalidation psychosociale de Jour & de Nuit Woluwe psycho social »;
- Florence Crochelet - Directrice van de VZW « Centre d'Aide pour la Santé Mentale en Milieu Urbain (CASSMU) »;
- Caroline Depuydt - Psychiater - Bestuurder van de VZW Epsilon - Lid van de Hoge Raad voor de Geestelijke Gezondheidszorgberoepen;
- Stéphane Leclercq - Directeur van de « Fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (Fedito) »;
- Yahyâ Hachem Samii - Directeur van de « Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale »;
- Julien Talent - Psychiater - Diensthoofd van de VZW « Clinique La Ramée »;
- François Wyngarden - Directeur van het « Réseau de santé mentale Bruxelles-Sud (Rézone) ».

# BESCHRIJVING VAN HET SYSTEEM

## 1. De ziekenhuiszorg

Het ziekenhuis blijft de belangrijkste structuur voor geestelijke gezondheidszorg, ondanks de deinstitutionalisering die vooral in de jaren negentig op gang kwam. In feite heeft België van alle OESO-landen het hoogste percentage intramurale psychiatrische zorg.

Deze globale vaststelling voor België stemt niet noodzakelijkerwijs met de Brusselse gewestelijke realiteit overeen. Volgens de geraadpleegde actoren is het psychiatrisch ziekenhuisaanbod te Brussel dan wel verre van hypertrofisch maar in de feiten ontoereikend. Dit is zowel het gevolg van het feit dat de Brusselse ziekenhuizen een groot aandeel niet-residenten van het Gewest opvangen, als van een grotere prevalentie van de noden.

Dit kunnen gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen zijn of de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Het Brussels gewest telt 8 psychiatrische ziekenhuizen en de meeste algemene ziekenhuizen hebben een psychiatrische afdeling.

Elk jaar zijn er ongeveer 11.000 psychiatrische ziekenhuisopnames van Brusselaars, in Brusselse instellingen of buiten Brussel. Omgekeerd weten we dat de Brusselse ziekenhuizen gemiddeld 30% van de patiënten van buiten het Gewest opvangen.

Het merendeel van de patiënten wordt verpleegd in bedden van het type A (zorg voor dringende interventie, observatie of actieve behandeling), T (gericht op sociale revalidatie) of K (pedopsychiatrie).

Er zijn verschillende categorieën van gespecialiseerde bedden :

- IB (patiënten met ernstig verstoord gedrag)
- Sp (psycho-geriatrische stoornissen)
- K (kinderen)
- TFB (pleegzorg met therapeutische ondersteuning van een multidisciplinair team – dit soort van bedden bestaat niet in Brussel)

Ziekenhuizen hebben vele andere zeer gespecialiseerde diensten ontwikkeld, die in het KCE-rapport niet nader worden toegelicht.

De financiering van ziekenhuizen is voornamelijk afkomstig van de federale overheid.

De "dagprijs", die door de FOD Volksgezondheid wordt vastgesteld maar door het RIZIV voor rekening van de Staat<sup>7</sup> wordt betaald, dekt in het algemeen het verblijf ("logies") en de verzorging, met uitzondering evenwel van de honoraria van de artsen, de geneesmiddelen en de technische diensten.

In het kader van de Zesde Staatshervorming werden de subgedeelten van de dagprijs, "A1" en "A3" genaamd, gecommunautariseerd<sup>8</sup>. In Brussel kwam deze materie aan de GGC toe.

<sup>7</sup> Er zij op gewezen dat tegenover deze uitgaven niet langer een specifieke dotatie van de Staat staat. Hoewel deze zich onderscheidt van de traditionele ziekteverzekeringsrubrieken, valt deze ten laste van het algemene beheer van de sociale zekerheid.

<sup>8</sup> Het subgedeelte A1 dekt de investeringslasten, namelijk de afschrijvingen: de bouw-, herinrichtings-, uitrustings- en apparatuurlasten; de lasten van grote onderhoudswerken, meer bepaald de - al dan niet periodieke - herstellings- en onderhoudswerken; de lasten van verbouwingen die de structuur van het gebouw niet wijzigen; de lasten voor de aankoop van rollend materieel; de lasten van eerste installaties. Dit subgedeelte omvat tevens de financiële lasten, d.w.z., de interestlasten voor de leningen aangegaan voor de financiering van de voornoemde investeringen; de huurlasten worden gelijkgesteld met de afschrijvingslasten. Het subgedeelte A3 dekt de investeringslasten van bepaalde medisch-technische

De diensten van het Verenigd College zijn belast met de vaststelling en de rechtstreekse uitbetaling van de betrokken bedragen aan de ziekenhuizen.

Naast het dagtarief dragen de Gemeenschappen (in Brussel de GGC) bij in de bouw- en renovatiekosten van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten, op voorwaarde dat de bouwheer een overheidsbestuur, een VZW of een instelling van openbaar nut is (bv. een OCMW)<sup>9</sup>.

De prestaties die niet door de dagprijs worden gedekt, worden door de ziektekostenverzekering terugbetaald krachtens de regelgeving die op de betrokken rubrieken van toepassing is (artsen, farmaceutische specialiteiten, enz.).

Artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen, ingevoerd in 2002, bepaalt dat « *de Koning in specifieke financieringswijzen kan voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmeoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken* ». Op deze basis is de afgelopen jaren een grootscheepse hervorming van de psychiatrie op gang gebracht, onder leiding van een interministeriële conferentie waarin de federale overheid en de gefedereerde entiteiten zijn samengebracht. Verschillende verwijzingen naar deze zogenaamde « 107 »-hervorming zijn hieronder opgenomen. In dit stadium is het belangrijk te herinneren aan wat hierboven werd gesteld : deze hervorming veronderstelt een goede inschatting van de behoeften waarin de Brusselse ziekenhuizen voorzien, ten behoeve van de inwoners van het Gewest of diegenen die elders wonen. Deze kunnen niet noodzakelijk worden geëxtrapoleerd uit analyses op basis van het Belgische gemiddelde, en nog minder op basis van de specifieke situatie van een ander Gewest.

## 2. Aanvullende of alternatieve structuren voor het ziekenhuis

### *Psychiatrische verzorgingstehuizen*

Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) zijn residentiële structuren die zorg bieden aan personen met langdurige gestabiliseerde psychiatrische aandoeningen of beperkte verstandelijke vermogens, die voortdurend toezicht of zorg nodig hebben. Voor veel patiënten zijn ze een stap in het herstelproces, een plaats van overgang naar een beschermd wooninitiatief of zelfstandig wonen.

Deze structuren werden in 1990 in het kader van een conversiebeleid van ziekenhuisbedden gecreëerd. Ze werden in het kader van de zesde Staatshervorming gecommunautariseerd. In Brussel hebben deze allemaal een bicommunautair karakter en vallen ze onder de bevoegdheid van de GGC. Er zijn er 5, met 321 plaatsen (2022). Toen deze structuren werden gecreëerd, voorzag de programmering in een dubbel zo groot aanbod.

Zoals in andere zorgstructuren (RH, RVT, ...) dekt de sociale bescherming de verstrekte zorgen op forfaitaire basis. In Brussel hangt deze tussenkomst af van Iriscare, via de regionale maatschappijen van onderlinge bijstand (RMOB, ziekenfondsen).

Het eigenlijke verblijf valt ten laste van de patiënt, die eventueel een vervangingsinkomen of specifieke toeslagen voor hulp van derden ontvangt.

### *Initiatieven voor beschut wonen*

Initiatieven voor beschut wonen (IBW) zijn residentiële structuren voor personen met psychiatrische aandoeningen die niet voortdurend in een ziekenhuis hoeven te worden behandeld en die moeite

---

diensten, zowel voor de apparatuur als voor de gebouwen waarin deze zijn gevestigd: de magnetische resonantietomograaf met geïntegreerde elektronische computer, de radiotherapiedienst, de positronemissiescanners.

<sup>9</sup> Gecoördineerde wetten van 10.7.2008 betreffende de ziekenhuizen, art. 63.



hebben om volledig zelfstandig te wonen. Ze krijgen er huisvesting, ondersteuning en hulp bij hun sociale re-integratie.

Net als de PVT zijn deze structuren in 1990 ontstaan en werden zij in het kader van de zesde Staatshervorming gecommunautariseerd.

Er zijn in Brussel 18 IBW, waarvan er 16 afhangen van de GGC (Iriscare), 1 van de Vlaamse Gemeenschap en 1 van de COCOF, die 622 plaatsen bieden (2022). De zorgen in de IBW die van de GGC afhangen, worden terugbetaald door Iriscare via de RMOB. Deze die door de IBW van de COCOF of van de Vlaamse Gemeenschap worden gepresteerd, worden door het Bestuur gefinancierd.

In het KCE-rapport wordt melding gemaakt van het bestaan van initiatieven inzake dagopvang, die soms door IBW worden beheerd (soms ook door ziekenhuizen of therapeutische gemeenschappen). Het merkt echter op dat er een gebrek is aan precieze gegevens over het aantal patiënten die deze centra bezoeken en de interventies die zij aanbieden.

#### *De psychosociale revalidatieovereenkomsten*

Vanaf de jaren zeventig werden initiatieven voor psychiatrische zorg, alternatieven voor ziekenhuizen, ontwikkeld in het kader van het rubriek "functionele revalidatie" (ook wel gewoon revalidatie genoemd) van het stelsel van ziekteverzekering. Brussel heeft in ruime mate aan deze beweging deelgenomen: 16 van de in dit kader erkende instellingen (op 34) zijn in Brussel gevestigd.

Bovendien erfde de ziekteverzekering in de jaren negentig de revalidatiecentra van het Rijksfonds voor sociale reclassering van mindervaliden (RSRMV), waartoe ook de "PSY"-centra behoorden.

Tenslotte werden ook de centra, die gespecialiseerd zijn in de behandeling van afhankelijkheid (alcohol, drugs), met inbegrip van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC) in deze rubriek opgenomen.

De ziekteverzekering vergoedde in dit kader een "all-in" dagprijs die de verzorging en, indien nodig, het verblijf dekte, berekend volgens de werkelijke kosten van het therapeutisch project, beschreven in een overeenkomst die door het college van geneesheren-directeurs was goedgekeurd en door het verzekeringscomité was ondertekend.

Dit systeem heeft de verdienste om enerzijds de ontwikkeling van originele therapeutische projecten mogelijk te maken en om anderzijds de werkelijke kosten op doorzichtige wijze te dekken. Er zijn echter twee punten van kritiek. Enerzijds beschikten het college van geneesheren-directeurs en de bevoegde dienst van het RIZIV, belast met deze rubriek, niet noodzakelijk over de bevoegdheid om met kennis van zaken alle elementen voor de vaststelling van een dagprijs vast te stellen, noch over de middelen om de correcte toepassing van de overeenkomst te controleren. Bovendien is de ontwikkeling van deze overeenkomsten hoofdzakelijk het resultaat van particuliere initiatieven, zonder echte programmering of homogeniteit wat betreft de geografische dekking.

Deze centra werden in het kader van de Zesde Staatshervorming gecommunautariseerd. In Brussel zijn alle betrokken instellingen - behalve een die afhangt van de COCOF - bicommunautair en zij ressorteren onder Iriscare. De zorg wordt vergoed door Iriscare via de RMOB. In totaal zijn er 165 psychosociale revalidatieovereenkomsten. Meer dan een kwart van de patiënten, die in deze structuren worden behandeld, woont niet in Brussel <sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Bron: Iriscare, 2016.

Iriscare heeft zich tot doel gesteld om de financiering van deze overeenkomsten te herzien teneinde ervoor te zorgen dat de financiering in overeenstemming is met het therapeutisch project. Intussen ontvangen verschillende van deze centra aanvullende financieringsmiddelen in de vorm van "discretionaire toelagen".

### 3. De ambulante geestelijke gezondheidszorg

#### *De psychotherapie en de klinische psychologie*

De ziekteverzekering betaalt psychotherapie door psychiaters op de gebruikelijke manier onder de rubriek "artsen" terug.

Sinds kort vergoedt zij zorg die wordt verleend door klinisch psychologen:

- Psychologische eerstelijnszorg en gespecialiseerde psychologische zorg via een lokaal netwerk voor geestelijke gezondheidszorg. De terugbetaling gebeurt via een overeenkomst tussen het RIZIV en de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg, waarbij de verstrekker zich ertoe verbindt om zijn patiënten van deze terugbetaling te laten genieten.
- Cognitieve gedragstherapie sessies voor patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom die zijn doorverwezen door een multidisciplinair diagnostisch centrum voor dit syndroom.

Uit deze beschrijving blijkt duidelijk dat de tussenkomsten van de ziekteverzekering niet in alle behoeften op dit gebied voorzien. Verschillende ziekenfondsen bieden interventies aan als onderdeel van hun aanvullende verzekering.

#### *De diensten voor geestelijke gezondheidszorg*

De centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), die bestaan uit multidisciplinaire teams (ten minste 1 psychiater, 1 psycholoog, 1 maatschappelijk werker en 1 secretaris-receptionist), bieden gespecialiseerde ambulante geestelijke gezondheidszorg (screening, vroegtijdige opsporing, behandeling). De meesten richten zich tot kinderen, adolescenten en volwassenen, binnen een zelfde team of in het kader van verschillende teams. Enkele CGG richten zich enkel tot volwassenen.

Deze centra vallen onder de verantwoordelijkheid van de Gemeenschappen.

In Brussel zijn dat er 28, waarvan er 22 onder de COCOF ressorteren, 5 onder de GGC en 1 onder de Vlaamse gemeenschap.

Deze centra worden voornamelijk gefinancierd door de overheid die hen erkent. De geneesheren worden evenwel niet ten belope van 100% betoelaagd. Hun prestaties worden terugbetaald door de ziekteverzekering, op basis van haar nomenclatuur. Deze situatie plaatst de betrokken geneesheren in een moeilijke situatie. Zij moeten voorrang geven aan de prestaties die voorkomen in de nomenclatuur (voornamelijk de individuele raadplegingen) ten nadele van andere vormen van tussenkomsten, die desgevallend beter gepast zijn.

Net zoals andere diensten voor geestelijke gezondheid zijn de CGG verzadigd. De betrokken actoren zijn van oordeel dat aan 40% van de aanvragen niet binnen een redelijke termijn kan worden voldaan. Daarbij komt dat 75% van de aanvragen omwille van deze verzadiging worden doorverwezen, terwijl deze oorspronkelijk op adequate wijze waren georiënteerd.

### *De mobiele teams*

1. De diensten voor psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT) werden in 2002 gelanceerd door de FOD Volksgezondheid in het kader van een projectenoproep voor de initiatieven inzake beschut wonen. Deze zijn structureel gekoppeld aan de initiatieven voor beschut wonen en hangen vandaag bijgevolg af van de Gemeenschappen.

Hun voornaamste taak is :

- de coaching van eerstelijnszorgverleners
- de coördinatie van actoren rond patiënten
- de steun voor de patiënt.

Er zijn 13 PZT in Brussel.

2. Er zijn tevens mobiele teams gepland als onderdeel van de "Hervorming 107":

- 2a teams: crisisteams
- 2b teams: ernstige en chronische problemen.

Voor volwassenen is deze sector in ontwikkeling: het door de FOD Volksgezondheid voorziene kader is nog niet bereikt, omdat het afhankelijk is van een bevrozing van de psychiatrische ziekenhuisbedden die in Brussel onmogelijk te realiseren is. Sommige PZT zijn in deze "107" mobiele teams opgenomen. Deze teams worden gefinancierd door het budget van de financiële middelen van de opererende ziekenhuizen.

De sector voor de kinderen heeft zich goed ontwikkeld omdat deze niet afhankelijk is van een bevrozing van de ziekenhuisbedden.

3. Er zijn mobiele teams voor ex-geïnterneerden, evenals andere specifieke initiatieven (dubbele diagnose, ...).

Het volledige overzicht van deze initiatieven is te vinden op de website van het Brusselse Platform voor Geestelijke Gezondheid<sup>11</sup>.

### **De trefpunten**

De trefpunten vormen een initiatief van de GGC in het kader van het COVID-herstel- en herontwikkelingsplan van de Brusselse regering (juli 2020). Deze worden omschreven als plaatsen waar mensen in vertrouwen kunnen praten met therapeuten, maatschappelijk werkers, opvoeders en peer helpers.

Men kan er ook worden geïnformeerd en begeleid naar het meest specifieke lokale aanbod van hulp en zorg. Activiteiten - cultureel, sociaal, sport en communautaire gezondheidsacties - kunnen door de gebruikers worden geïnitieerd en door de werkers worden ondersteund.

Het doel is banden te smeden op een lokale territoriale schaal (netwerking) en aan de gebruikers de mogelijkheid te bieden om hun sociaal weefsel te versterken<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> <https://pfscsm-opgg.be/sites/default/files/2021-10/Repertoire-Equipes-Mobiles-2021%20FR.pdf>

<sup>12</sup> Zie het verslag : S. Lasserre en A. Misson "Lieux de liens : Maillons essentiels dans les parcours de soins Recensement, analyse et recommandations", 2021, evenals de « Guide des lieux de liens en Région de Bruxelles-Capitale », LBSM-La Trace - WOPS - l'Orée, 2022 (op de site van LBSM).

#### 4. De niet-gespecialiseerde geestelijke gezondheidswerkers

Het KCE-rapport herinnert aan de rol van de huisarts, die door het merendeel van de patiënten met psychische stoornissen wordt geraadpleegd, al dan niet in combinatie met gespecialiseerde behandelaars.

De medische huizen bieden vaak een psychologische dienst aan als aanvulling op de algemene medische dienst. Er zij evenwel op gewezen dat dit aanbod kenmerkend is voor de door de Gemeenschappen erkende structuren (in Brussel de COCOF of de Vlaamse gemeenschap), die beperkt in aantal zijn, en niet alle structuren betreffen, algemeen bekend zijn onder dezelfde naam, en die de vaste prijs toepassen in het kader van een verklaring aan het RIZIV, waarvan de inhoud beperkt is tot de uitoefening van de geneeskunde "op abonnementsbasis".

De centra voor gezinsplanning bieden psychologische hulp binnen hun interventiekader. De meeste centra, die in Brussel actief zijn, zijn erkend door de COCOF. Sommige zijn goedgekeurd door de GGC. Dergelijke structuren bestaan niet op het "zuivere" Nederlandstalige niveau.

De Vlaamse gemeenschap organiseert centra voor algemeen welzijnswerk, waarvan er zich één in Brussel bevindt (met 3 opvangcentra). Het team van een CAW is multidisciplinair en omvat met name psychologen. Zij kunnen worden geraadpleegd voor een brede waaier van problemen.

In de Franse Gemeenschap (met inbegrip van de COCOF) worden soortgelijke diensten aangeboden door een groot aantal verschillende structuren, die in het KCE-rapport niet op gedetailleerde wijze worden beschreven. In het verslag wordt voorts opgemerkt: *"Er zijn een aantal diensten die niet de geestelijke gezondheidszorg als hoofdtak hebben en die overigens geen deel uitmaken van de gezondheidssector. Hun teams omvatten niettemin geestelijke gezondheidswerkers. Het gaat onder meer om steun voor mensen met een handicap, voor rechtsonderhorigen, voor slachtoffers, of nog, voor mensen die op zoek zijn naar huisvesting"*.

##### Statistisch overzicht

#### Aantal psychiatrische verblijven van inwoners van Brussel (inclusief buiten Brussel) per type instelling (2018)<sup>13</sup>

	Aantal (2018)	%
Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ)	3.626	29,80
Psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen (PDAZ)	7.501	61,67
IBW	753	6,20
PVT	284	2,33
TOTAAL	12.164	100

#### Meest voorkomende diagnoses (%)

	PZ	PDAZ	IBW	PVT	TOTAAL
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	41,8	24,5	68,7	80,9	33,6
Alcohol, drugs, medicatie	17,6	24,9			20,9

<sup>13</sup> Bron gegevens: RPM, FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen, en leefmilieu, en Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie; Berekeningen: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad - voorafgaande analyses.

Depressie	10,1	19,9	9,5	6,7	16,2
Persoonlijkheidsstoornissen				8,0	
Stoornissen bij kinderen en adolescenten					3,6
Totaal frequente diagnoses	69,5	69,3	78,2	95,6	74,3
Algemeen totaal	100= 3.225	100 = 7.248	100 = 740	100 = 282	100 11.495

## 5. Focus op enkele specifieke groepen

### *De kinderen en adolescenten*

In het KCE-rapport over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten wordt erop gewezen dat talrijke diensten eerstelijns geestelijke gezondheidszorg verstrekken: huisartsen; het Office de la naissance et de l'enfance (ONE) en zijn Vlaamse tegenhanger Kind&Gezin; de centres psycho médicaux sociaux (CPMS) / de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB).

Wat de gespecialiseerde geestelijke gezondheidsdiensten voor kinderen en jongeren betreft, is er een gevarieerd aanbod en zijn de aangeboden diensten gebaseerd op verschillende financieringsmechanismen. Het is echter niet duidelijk in hoeverre sommige vormen van dienstverlening elkaar niet overlappen en in hoeverre er lacunes in het systeem zijn.

Volgens het KCE-rapport maakt het systeem het op verschillende structurele wijzen mogelijk om samenwerking binnen de sector of met andere sectoren te bevorderen. Zo is er bijvoorbeeld specifieke financiering voor de kinderpsychiater bij overleg met andere zorgverleners. Het personeel van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) kan ook zorgverleners uit andere sectoren ondersteunen.

Tijdens het afgelopen decennium is een reeks op bepaalde doelgroepen gerichte projecten gelanceerd om te zorgen voor een meer specifiek zorgaanbod, bijvoorbeeld voor jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen in een gerechtelijke context (FOR-K).

Deze projecten voorzien meestal een harmonisatie tussen de verschillende vormen van zorg die voor deze patiënten beschikbaar zijn (residentiële zorg, noodhulp, ambulante ondersteuning). De FOD Volksgezondheid bereidt zich voor om aan de financiering van deze projecten een structureel karakter te geven.

Vlaanderen werkt sinds enkele jaren aan de invoering van een systeem van integrale jeugdhulp. Dit project behelst een gezamenlijk beleid van alle sectoren die betrokken zijn bij de ondersteuning van kinderen en jongeren op het gebied van maatschappelijk werk, volksgezondheid en het gezin. Het gaat om maatschappelijk werk, diensten voor gehandicapten, onderwijs, preventieve zorgdiensten en ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg. Dit gemeenschappelijk beleid impliceert één centraal beheer, de oprichting van lokale netwerken maar ook de organisatie van een centraal toegangspitaal tot intensieve jeugdzorgvoorzieningen<sup>14</sup>. Het doel is de zorg beter te integreren en een efficiëntere ondersteuning te bieden. Residentiële behandelingen van de CGG, die onder de verantwoordelijkheid van de federale overheid ressorteren, vallen niet onder de werkingssfeer van dit decreet.

<sup>14</sup> Algemeen WelzijnsWerk (AWW), Bijzondere JeugdBijstand (BJB), Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Centra Leerlingenbegeleiding (CLB), Kind & Gezin (K&G), Centra Integrale Gezinszorg (CIG) en Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

Het is ook van belang de rol te onderstrepen die de voorzieningen kunnen vervullen in het kader van de jeugdbescherming. Ter herinnering, deze materie werd gecommunautariseerd. In Brussel vallen de diensten waartoe jongeren of hun familie zich vrijwillig wenden onder de verantwoordelijkheid van de COCOF of de Vlaamse gemeenschap. Diensten die aan gezinnen worden opgelegd in het belang van de jongere of aan jongeren die strafbare feiten hebben gepleegd, vallen onder de verantwoordelijkheid van de GGC.

De veldwerkers wijzen op het gebrekkig zorgaanbod voor jongeren in moeilijkheden, vooral in Brussel. Dit leidt tot maatregelen waarvan de actoren bij voorbaat weten dat ze ontoereikend zijn, zoals het achterlaten van jongeren die specifieke hulp nodig hebben in hun gezin, het plaatsen van jongeren die een psychiatrische follow-up nodig hebben in een OOC, of het toevertrouwen van ernstige gevallen aan ongeschikte<sup>15</sup> structuren.

### *De bejaarden*

Bejaarden met geestelijke gezondheidsproblemen vormen een zeer heterogene groep. Hun specifieke behoeften variëren naar gelang van hun broosheid en hun ziekteprofiel en niet zozeer naargelang van hun chronologische leeftijd. In België bestaat er geen specifieke beroepstitel voor ouderenpsychiatrie. Artsen die gespecialiseerd zijn in (neuro)psychiatrie kunnen zich specialiseren (speciale beroepstitel) in volwassenenpsychiatrie of in kinder- en jeugdpsychiatrie. Zij kunnen ook de bijzondere beroepstitel van geriater verkrijgen, die leidt tot de titel van "specialist in psychiatrie en geriatrie". Sommige "geronto-psychiaters" of "psycho-geriaters" hebben deze titels verkregen na een opleiding in het buitenland, maar zij stemmen niet met een officiële erkenning in België overeen.

Volgens het KCE-rapport over de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen staat de sector voor drie grote uitdagingen:

- het tekort aan professionelen opgeleid in psychiatrie en geriatrie;
- de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronische ziekten;
- het gebrek aan alternatieve extramurale bedden voor patiënten die niet langer intramurale zorg nodig hebben maar die niet naar huis kunnen terugkeren.

Deze sector, rekening houdend met het gebruik dat er door bejaarde patiënten van wordt gemaakt, is onderverdeeld in 5 subsectoren:

- de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG, zie hoger). Over het algemeen wordt door ouderen weinig gebruik gemaakt van de CGG ook al hebben bepaalde centra een specifieke kliniek uitgebouwd. Een thematische coördinatie van LBSM werkt aan een strategie voor de versterking van de ambulatoire geestelijke gezondheidszorg voor dit publiek;
- de psychiatrische teams in de thuisomgeving of PZT (zie boven);
- de ambulante zorg (gespecialiseerde artsen (psychiaters), psychologen/psychotherapeuten, huisartsen en diensten voor thuiszorg);
- de specifieke projecten voor bejaarden: zoals de "Protocol3"-projecten (federale financiering) buiten de sector van de geestelijke gezondheidszorg en gericht op het uitstellen van de opname in een instelling door de thuisondersteuning te verbeteren. Het Waalse gewest en Vlaanderen financieren interventies inzake geestelijke gezondheid in de natuurlijke omgeving van de patiënt die in Brussel niet bestaan;

---

<sup>15</sup> Zie met name het dossier "Les juges de la jeunesse de plus en plus sur le fil" in het tijdschrift "Ensemble", nr. 106, december 2021

- De programma's voor psychosociale rehabilitatie (zie boven - revalidatie). Deze overeenkomsten richten zich over het algemeen op jongere leeftijdsgroepen, aangezien een van de belangrijkste doelstellingen ervan erin bestaat om mensen opnieuw in de samenleving te integreren en hen toegang tot de arbeidsmarkt te verschaffen.

Er zij ook op gewezen dat "desoriëntatie in tijd en ruimte" een van de factoren is waarmee rekening wordt gehouden bij de vaststelling van zorgpakketten in RH en RVT. Volgens algemeen aanvaarde definities worden dergelijke stoornissen echter niet als geestesziekten beschouwd en zullen zij in dit advies niet verder worden besproken.

### *Personen met een handicap*

In dit verband dient met name te worden gewezen op het probleem van de zogenaamde "dubbele diagnose", waarbij een verstandelijke handicap samengaat met een geestesziekte<sup>16</sup>.

Intellectuele handicaps treffen tussen 2 en 3% van de algemene bevolking. Ongeveer 1/3 van hen lijdt aan een bijkomende geestesziekte die in 1/3 van de gevallen (ten minste eenmaal in hun leven) zal decompenseren en in 10% van de gevallen tot ernstige gedragsproblemen zal leiden.

De gemiddelde leeftijd is de afgelopen decennia gestegen van 40 tot 60 jaar, met als gevolg dat dementie steeds vaker voorkomt.

Wanneer volwassenen met een verstandelijke handicap symptomen van een psychiatrische ziekte ontwikkelen, kunnen zij baat hebben bij een follow-up door een mobiele interventiecel (CMI Maya te Brussel), een mobiel team dat gespecialiseerd is in specifieke ondersteuning en zorg voor mensen met een "dubbele diagnose".

Wanneer de ziekte echter te klinisch significant is en de persoon zich in een fase van recidive van de ziekte bevindt, moet de MIC de persoon in 50% van de gevallen doorverwijzen naar het ziekenhuis.

In het beste geval wordt een plaats gevonden in een psychiatrisch ziekenhuis, in een van de weinige gespecialiseerde eenheden te Brussel. Anders worden zij opgenomen in psychiatrische eenheden voor kort verblijf (bedden met index A), waar zij 10% van de opnames uitmaken, of in psychiatrische eenheden voor langdurig verblijf (bedden met index T), waar zij volgens een KCE-studie<sup>17</sup> 20% van de opnames van meer dan een jaar uitmaken.

Zonder voldoende toezicht en een specifiek therapeutisch project in dit soort eenheden, ontvangen zij er geen adequate zorg. Het KCE-rapport geeft ook aan dat bijna de helft van hen langer dan 6 jaar in eenheden met index T verblijft!

Het is dan ook onontbeerlijk dat dit aanbod in Brussel verder kan worden ontwikkeld, met inbegrip van de opening van aangepaste accommodatie na een ziekenhuisopname.

### *Verslavingen*

De Brusselse sector, die verslavingen behandelt, omvat aanvullende diensten (28 zijn lid van FEDITO BXL) en uiteenlopende benaderingen in functie van de plaatsen van tussenkomst (feestelijke middens, scholen, zorgcentra, straat, online, mobiele teams...), van het doelpubliek of van de werkassen, en biedt een plan [\(més\)usages de drogues et conduites addictives 2021-2023](#) aan dat een honderdtal

<sup>16</sup> De term wordt soms ook gebruikt voor de combinatie van psychose en verslaving

<sup>17</sup> « [Les séjours psychiatriques de longue durée en lit T](#) », KCE reports 84B, tabel 4.6 p. 26, 2008.

maatregelen omvat om de gezondheid van de burgers te verbeteren, evenals de opvang van de begunstigden van de gespecialiseerde diensten of van aanverwante sectoren.

Dit plan gaat uit van zeven werkassen: 1. de preventie, 2. de beperking van de risico's, 3. de zorg en de psychisch-medisch-sociale begeleiding, 4. de sociale begeleiding en de sociaalprofessionele inschakeling, 5. het onderzoek en de ontwikkeling van vernieuwende voorzieningen, 6. het wetgevend en beleidskader en - tot slot - de ondersteuning van de professionele krachten 7. de opleiding en de versterking van het overleg op lokaal, federaal en internationaal vlak. Dit document is een instrument dat het werk op het terrein moet aansturen, met name door een versterking van de interne synergiën van de sector, maar tevens ter attentie van het beleid. Immers, in het vooruitzicht van een "geïntegreerde benadering" zoals deze door de huidige Brusselse regering wordt bevorderd, vormt dit plan tevens de bijdrage van de sector "drugs" tot het toekomstig Geïntegreerd Sociaal Gezondheidsplan (GSGP) doorheen zijn doelstellingen en acties ter attentie van de Brusselse burgers, de begunstigden, maar eveneens de praktijken en de werknemers van de sociale en de gezondheidssector.

Dit plan vormt tevens een bijkomende herinnering aan het feit dat men op de nodige wetgevende hervormingen wacht, met name van de "drugswet" van 1921, om eindelijk de toegang tot bepaalde medische behandelingen en de oprichting van innoverende sociaal-sanitaire voorzieningen mogelijk te maken, om de stigmatisering van drugsverslaafde personen te bestrijden en hun toegang tot zorg te bevorderen, kortom, om de verschillende "pijlers" van het in België gevoerde drugsbeleid, en *a fortiori* in het Brussels gewest beter in evenwicht te brengen.

## 6. Het IPS (Individual Placement and Support) proefproject

De IPS-methode, die met succes in enkele andere landen is beproefd, is gericht op de re-integratie van mensen die aan psychische stoornissen lijden door hen zo vroeg mogelijk bij het zoeken naar werk te begeleiden en door hen, nadat zij een baan hebben gevonden, individuele en langdurige steun te blijven bieden. In 2017 heeft de Dienst Uitkeringen van het RIZIV een studie opgestart om na te gaan of deze methode in België kan worden toegepast<sup>18</sup>.

Het Belgische IPS-proefproject omvat 1.200 re-integratietrajecten, waarvan er 600 worden begeleid door gespecialiseerde IPS-coaches (340 in Vlaanderen, 200 in Wallonië, 60 in Brussel). De overige 600 maken gebruik van het bestaande model dat gebaseerd is op beroepsopleiding.

## Advies

### 1. Algemene beschouwingen

#### 1.1 Complexiteit van het systeem - behoefte aan afstemming

Uit de bovenstaande beschrijving blijkt dat het systeem bijzonder complex is. Het gaat om voorzieningen die worden georganiseerd door verschillende beleidsniveaus die niet noodzakelijkerwijs op elkaar zijn afgestemd. Zoals aangegeven in de inleiding, wijst **Brupartners** erop dat complexiteit op

<sup>18</sup> Colloquium van 15.12.2017 georganiseerd door het RIZIV met de medewerking van de "European Union of Supported": "Van handicap naar capaciteit: initiatieven en evaluaties van beroepsrevalidatieprojecten".



zich geen kritiek is. Patiënten, en met name de zwaarste patiënten, moeten in de loop van hun zorgtraject op verschillende systemen beroep kunnen doen.

Er worden veel inspanningen geleverd om deze voorzieningen in een netwerk op te nemen, zodat patiënten samenhangende zorgtrajecten kunnen volgen. **Brupartners** kan alleen maar beamen dat deze coördinatie nog niet voltooid is en dat de inspanningen moeten worden voortgezet. De coördinatie met het netwerk vraagt tijd en menselijke middelen die moeten worden erkend en waarmee bij de financiering rekening moet worden gehouden.

## 1.2 Overeenstemming van bekwaamheden en middelen

De opeenvolgende fasen van de Staatshervorming hebben aan de Gemeenschappen belangrijke bevoegdheden op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg verleend. De financiële middelen zijn evenwel niet altijd gevolgd.

Zo zijn de dotaties aan de Gemeenschappen voor de in het kader van de Zesde Staatshervorming overgedragen aangelegenheden gebaseerd op de aan de vooravond van de hervorming vastgestelde uitgaven. Deze uitgaven weerspiegelen niet de realiteit van de behoeften, aangezien sommige van de betrokken voorzieningen (bijvoorbeeld de PVT) nog niet waren ontwikkeld volgens de aanvankelijk geplande programmering, om nog maar te zwijgen van de evolutie van de behoeften.

Deze dotaties zijn gebaseerd op de bevolking. Welnu, we hebben gezien dat de prevalentie van geestesziekten in een gewest als Brussel noodzakelijkerwijs hoger is dan elders.

Tenslotte is het zo dat de Brusselse instellingen volgens de overgangsbepalingen van het geldend samenwerkingsakkoord bevoegd zijn voor de instellingen die op het grondgebied van het Gewest<sup>19</sup> zijn gevestigd. Heel wat van deze instellingen vangen een min of meer groot aandeel patiënten uit de andere gewesten op. Men moet zo snel mogelijk overgaan tot de toepassing van het beginsel dat in het akkoord is vastgelegd, en dat conform is met de logica van de verdeling van de dotaties, de bevoegdheid gekoppeld aan de woonplaats van de patiënt, zonder de toegang van de patiënten tot de voorzieningen van de andere gewesten in gevaar te brengen, noch de mogelijkheid voor de Brusselse instellingen om patiënten uit andere gewesten te verzorgen, door zich door deze laatsten te laten terugbetalen.

**Brupartners** herinnert eraan dat de gemeenschapsbevoegdheden in Brussel in feite worden uitgeoefend door vier entiteiten : de Franse gemeenschap, de Vlaamse gemeenschap, de GGC en de COCOF - naast de VGC die bepaalde uitvoeringsmaatregelen onder het toezicht van de Vlaamse gemeenschap op zich neemt.

De Brusselse gemeenschapsinstellingen, althans de GGC en de COCOF, kunnen slechts in beperkte mate hun opdrachten met deze van andere openbare opdrachten afstemmen.

Behalve de formele bevoegdheidsoverdrachten zijn de veranderingen in het institutionele landschap het resultaat van beslissingen op het niveau van het ziekenhuisbeleid, waartoe op het federale niveau wordt beslist. De wens, die overigens terecht is, om het belang van de hospitalisatie in de geestelijke gezondheidszorg te verminderen, impliceert de invoering van alternatieve voorzieningen die het kunnen overnemen. Sommige van deze voorzieningen vallen nu onder de verantwoordelijkheid van

---

<sup>19</sup> Zie samenwerkingsakkoord van 31 december 2018 betreffende de financiering van de zorg in geval van beroep op zorginstellingen die buiten de grenzen van de gefedereerde entiteit zijn gevestigd.

de Gemeenschappen, zonder dat de dotaties aan deze nieuwe opdrachten werden aangepast. Andere federale voorzieningen kunnen overlappings met de gemeenschapsvoorzieningen vormen, wat een betreurenswaardig verlies aan tijd, energie en middelen vormt. Er wordt soms aan de gemeenschapsdiensten gevraagd om zich in federale voorzieningen in te schrijven, wat betekent dat er intern verschillende werkmodaliteiten en verschillende administratieve verplichtingen naast elkaar bestaan. Dit maakt het systeem nog ingewikkelder in plaats van het te vereenvoudigen.

### 1.3 Afstemmen van de bevoegdheden tussen de entiteiten van het land

**Brupartners** wijst erop dat de federale overheid nog steeds verantwoordelijk is voor een groot deel van de gezondheidszorg en dat bijgevolg de vraag rijst hoe de door de federale overheid vastgestelde regels in de Brusselse context worden toegepast. Het meest treffende voorbeeld is de afwezigheid van HIC-projecten (High Intensive Care) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, voornamelijk omdat het onmogelijk is om in Brussel te voldoen aan de voorwaarden die voor een dergelijk project worden gesteld. Er bestaan negen pilootprojecten van dit type in Vlaanderen, maar geen enkel in Brussel of Wallonië, ook al hebben verschillende structuren zich kandidaat gesteld. Deze projecten zijn nochtans onontbeerlijk voor een verbetering van de kwaliteit van de zorg aan de talrijke - in observatie - gehospitaliseerde patiënten te Brussel.

## 2. Bijzondere beschouwingen

### 2.1 Tekort aan werknemers

#### *Brusselse demografie*

Het Federaal Planbureau voorspelt een toename van de Brusselse bevolking met 150.000 inwoners tegen 2040. Het zorgaanbod lijkt zich echter niet te ontwikkelen om met deze toename rekening te houden. De laatste jaren is het aantal arbeidsplaatsen in de geestelijke gezondheidszorg gedaald in verhouding tot de Brusselse bevolking.

**Brupartners** preciseert dat deze daling nog wordt verergerd door de toename van de geestelijke gezondheidsproblemen (zie boven), wat het aantal aanvragen bij de diensten mechanisch verhoogt.

#### *Behandeling door gespecialiseerde artsen*

In de ambulante sector worden de professionelen voor 70% gesubsidieerd en wordt de resterende 30% aan het RIZIV gefactureerd. **Brupartners** wijst erop dat deze kostenstructuur niet altijd aangepast is aan de situatie van de instellingen en weinig concurrentieel is met de honoraria van ziekenhuisartsen. Structuren zoals centra voor gezinsplanning kunnen het zich niet veroorloven om tegen deze voorwaarden specialisten in dienst te nemen, behalve indien zij deze zouden dwingen om voortdurend consultaties te verrichten (wat het geval is in de CGG).

### 2.2 Zorgaanbod in Brussel

#### *Rekening houden met de behoeften van niet-Brusselse patiënten*

Het Brusselse zorgaanbod is bijzonder, in die zin dat het de behandeling mogelijk moet maken van patiënten van buiten Brussel die om verschillende redenen gebruik maken van de gezondheidsdiensten in Brussel (dichtstbijzijnde grote stad, gespecialiseerde expertise, reputatie van het Brusselse systeem, vluchtelingenpopulatie, daklozen, studenten, pendelaars, enz.). **Brupartners**

wijst erop dat een denkproces over het zorgaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest rekening moet houden met deze externe of precare groepen.

#### *Territorialisering van het aanbod*

**Brupartners** vraagt dat er een denkproces wordt gewijd aan het type inrichting dat op de vastgestelde gebieden moet worden opgericht. Er werd een groot netwerk (Brumenta) opgericht dat is onderverdeeld in vier antennes, maar er zijn op dit moment te weinig voorzieningen die een netwerkdynamiek op individueel niveau ondersteunen. Deze voorzieningen worden vaak op korte termijn gefinancierd. De banden tussen medische huizen, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning, enz. moeten worden versterkt.

#### *Uitbreiding van de PZT-functie tot de residentiële revalidatiestructuren*

Om beter tegemoet te komen aan deze steeds toenemende vraag, en om de kwaliteit van de banden te verbeteren, zou het volgens **Brupartners** interessant kunnen zijn om het PZT-systeem ook toegankelijk te maken voor andere structuren dan ziekenhuizen, bijvoorbeeld voor semi-residentiële revalidatiecentra.

#### *Probleem van de mobiliteit in de stad*

De sector ondergaat de grote impact van bepaalde maatregelen die het autoverkeer in Brussel regelen, zoals de LEZ en de systematisering van het betaald parkeren. De middelen, om zich aan deze maatregelen aan te passen, zijn onbestaande. **Brupartners** verwijst in dit verband naar de adviezen over deze kwesties.

#### *De eerste lijn van zorg*

Er lijkt een tendens te bestaan in de verschillende entiteiten van het land om patiënten naar de eerstelijns- en generalistische diensten te verwijzen. Deze tendens kan worden gerechtvaardigd: het is belangrijk dat niet alleen met gezondheidskwesties maar ook met sociale kwesties rekening wordt gehouden. Maar hierdoor dreigt expertise verloren te gaan. Ook de druk op bepaalde actoren wordt verhoogd en men gaat voorbij aan de mogelijkheden voor het publiek om van andere toegangspoorten tot het zorg- en ondersteuningssysteem gebruik te maken.

De indeling van de diensten in een 1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijn is niet altijd adequaat of geschikt. Als we het voorbeeld van de CGG nemen, welnu dan is het zo dat de aanzet tot de helft van hun follow-ups door de patiënten zelf of hun familieleden wordt gegeven, en de andere helft door professionelen. Deze verhoudingen kunnen van sector tot sector verschillen, maar laten een verscheidenheid zien in de manier waarop mensen hun probleem identificeren en wat betreft de professionelen tot wie zij zich wenden. **Brupartners** geeft aan dat dit een realiteit is waarmee rekening moet worden gehouden, naast andere initiatieven die erop gericht zijn om een publiek te bereiken dat verder van hulp en zorg afstaat, dat niet op de hoogte is van het bestaande aanbod, dat wantrouwen koestert, of dat te maken heeft met andere realiteiten (zoals zwerven op straat en dakloosheid), aangezien psychische stoornissen deze fenomenen kunnen verergeren.

## 2.3 Specifieke groepen

#### *De kinderen en adolescenten*

Met name de jeugdsector illustreert de in dit advies meermaals herhaalde vaststelling dat een groter psychiatrisch aanbod in het Brussels gewest gerechtvaardigd is, gelet op de aanwezigheid van

patiënten die in Brussel verblijven zonder er hun woonplaats te hebben (scholieren en studenten, NBMV, migranten zonder papieren, daklozen, ...) en op de sociaal-sanitaire kenmerken van de bevolking.

#### *De dubbele diagnose*

**Brupartners** verwijst naar de vaststellingen in het beschrijvende deel met de conclusie: het is essentieel om dit aanbod in Brussel te ontwikkelen, met inbegrip van de opening van aangepaste accommodatie na hospitalisatie.

#### *De HIC (High intensive care)-projecten*

Wat dit soort projecten betreft, verwijst **Brupartners** naar de bevindingen in het beschrijvende deel met de conclusie. Hij wijst er echter op dat het van essentieel belang is om dit aanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te ontwikkelen.

#### *De verslavingen*

**Brupartners** herhaalt dat het fenomeen van het gebruik en misbruik van psychoactieve stoffen (alcohol, tabak en andere drugs) en van verslavend gedrag (met of zonder producten) evolueert, complex is en een specifieke en gespecialiseerde respons vereist.

Volgens de terreinactoren, die aan de werkzaamheden van Brupartners hebben deelgenomen, lijken de strategieën en financieringsmethoden, die uit de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voortvloeien, niet altijd op de behoeften te zijn afgestemd. Zo voorziet de "hervorming 107" niet in een mobiel "verslavingsteam" te Brussel. Het nieuwe systeem voor de financiering van psychologische functies in de eerste lijn via netwerken en multidisciplinaire lokale partnerschappen is niet aangepast aan de realiteit van veel diensten inzake verslavingen die er dus geen toegang toe zullen hebben.

De intensivering van de problemen moet gepaard gaan met een intensivering van de maatregelen, overeenkomstig de beginselen die herhaaldelijk in dit initiatiefadvies zijn uiteengezet, zoals:

- de overbevolking van de verschillende zorglijnen voorkomen, de verbinding tussen ambulante en residentiële zorg vergemakkelijken, en het overleg tussen diensten, instellingen en beleidsniveaus bevorderen;
- de versterking van de ambulante diensten en de mobiele teams die moeten ingrijpen in collectieve huisvesting, op woonplaatsen of gemeenschapsruimten;
- het versterken en creëren van veilige en professionele online-ondersteuningsplatformen.

## **2.4 Huisvesting en sociale integratie**

**Brupartners** merkt op dat geestelijke gezondheidsproblemen veel problemen veroorzaken in talrijke aspecten van het leven en soms de sociale integratie bemoeilijken. Omgekeerd wegen een reeks sociale problemen op personen en kunnen zij een grotere invloed hebben op hun geestelijke gezondheid, aangezien het zoeken naar zorg vaak de laagste prioriteit krijgt omdat men financieel wil kunnen overleven. Psychische problemen in verband met werk of het gebrek aan werk zijn zeer specifiek en Brussel beschikt over weinig middelen om deze aan te pakken.

Meer in het algemeen betekent praten over sociale integratie praten over sociale banden. Deze sociale banden worden ondermijnd door het gebrek aan werkgelegenheid. Er moeten op dit gebied nog veel

inspanningen worden verricht. Er worden in Brussel interessante dingen ontwikkeld, maar deze verdienen meer steun.

Ook de huisvestingssituatie heeft op verschillende manieren een invloed op de geestelijke gezondheidssituatie in Brussel. Wanneer mensen bijvoorbeeld zorginstellingen verlaten, is het soms uiterst moeilijk om voor hen woonruimte te vinden.

Meer in het algemeen stellen de professionelen van de geestelijke gezondheidszorg al verscheidene jaren een toename van deze behoeften aan geestelijke gezondheidszorg via het personeel uit andere sectoren vast. Geestelijke gezondheidsproblemen kunnen bijvoorbeeld een vreedzaam verblijf in een sociale woning verhinderen. Het is dus mogelijk dat de persoon met een stoornis niet kan voldoen aan de normale verplichtingen van een sociale huurder en zich daarom in een situatie bevindt waarin hem/haar een woning wordt ontzegd.

## 2.5 Modaliteiten van beleidsvoering

Een aantal actoren wijzen op de moeilijkheid om zich in hervormingen in te schrijven waarvan de beleidsvoering afwijkt van wat aangekondigd is. In hun ogen worden de arbitrages vaak buiten de gestelde marges gevoerd, in functie van parameters die soms onaangepast zijn.

Zoals reeds gesteld in dit initiatiefadvies, zijn de federale beleidsmaatregelen te vaak gebaseerd op vaststellingen in een gewest of een subgewest van het land en worden deze op eenvormige wijze voor het hele Belgische grondgebied veralgemeend. **Brupartners** heeft gewezen op de specifieke kenmerken van het Brusselse stadsgewest, zowel op sociaaleconomisch vlak als wat betreft zijn rol als hoofdstad of als meertalige regio. Het beleid, dat te Brussel wordt gevoerd, blijkt vaak onaangepast aan de lokale realiteit en behelst meer problemen dan oplossingen.

De terreinactoren beschikken over een kennis en expertise die hen toelaten om bij de analyse van de noden en de bepaling van de te voeren beleidsmaatregelen te worden betrokken, voor zover dit overleg reëel is, grondig wordt gevoerd en tot verbeteringen leidt.

Een ander element is de deelname van het publiek zelf (ervaringsdeskundigen, peerhulp, groepen en verenigingen van gebruikers of burgerraadplegingen). Ook de raadpleging van deze groepen mag niet enkel symbolisch zijn. De aanbevelingen, die door deze personen en groepen worden geformuleerd, moeten worden gehoord en opgenomen in het denk- en beslissingsproces.

**Brupartners** wijst erop dat hiertoe bijkomende instrumenten bestaan die onvoldoende worden benut. Zo blijft de bemiddeling inzake gezondheid, die ingevolge de wet op de rechten van de patiënt van 2002 werd ingevoerd, nog zeer versnipperd: zo delen de bemiddelingsdiensten verbonden aan ziekenhuisstructuren, zoals de gewestelijke bemiddelingsdiensten hun vaststellingen niet met het publiek, noch met elkaar. **Brupartners** heeft trouwens geen kennis van verslagen van zulke diensten die de moeilijkheden, waarmee het publiek wordt geconfronteerd, nochtans op nuttige wijze zouden verduidelijken en tot verbeteringen van het zorgaanbod zouden kunnen leiden. Het samenbrengen van de vaststellingen van de verschillende bemiddelingsdiensten zou hiertoe nochtans een waardevolle bron vormen.

\*  
\*            \*