

1 **NOTA OVER DE AFBAKENING VAN WERKINGSGBIEDEN IN DE NETWERKEN**

2 **GEESTELIJKE GEZONDHEID VOLWASSENEN**

3
4 **Auteur: Werkgroep “werkingsgebieden” van het overlegorgaan 107**

5 Inhoud

6	1	netwerken	2
7	1.1	De netwerken 107 bevinden zich in een overgangperiode	2
8	1.1.1	Zonder (gemeenschappelijke) juridische basis	2
9	1.1.2	De netwerken bevinden zich in een groeifase	2
10	1.2	Missie van de netwerken Geestelijke Gezondheid volwassenen	3
11	2	Werkingsgebieden voor de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen	5
12	2.1	Inleiding	5
13	2.2	Contextuele elementen die tijdens de werkgroep Werkingsgebieden ter sprake 14 werden gebracht	5
15	3	CRITERIA VOOR HET BEPALEN VAN DE WERKINGSGBIEDEN VAN DE NETWERKEN	9
16	4	VOORSTEL tot CONcrete werkwijze om te komen tot (al dan niet aangePASTE) 17 werkingsgebieden voor de netwerken 107	15
18	4.1	Preambule	15
19	4.2	Methodologie	15
20	5	Aanbevelingen Naar de toekomst toe	17
21	5.1	Aanbevelingen inzake de inhoud van de zorg	17
22	5.2	Aanbevelingen inzake capaciteit van zorg	17
23	5.3	Aanbevelingen inzake financiering van het functioneren van de netwerken	18
24	5.4	Aanbevelingen inzake beleid	18
25		BIJLAGE 1	20
26		BIJLAGE 2	21
27		Bijlage 3 : Criteria voor de afbakening van werkingsgebieden op basis van het management 28 IN een netwerk	22
29		Op basis van literatuur	22
30		Op basis van epidemiologie	24
31		Op basis van ervaringen van de huidige netwerken	27
32		Besluitend	28
33		Bijlage 4 : Overzicht van het beleid van de diverse overheden	29

34
35

36 1 NETWERKEN

37

38 1.1 De netwerken 107 bevinden zich in een overgangperiode

39

40 1.1.1 Zonder (gemeenschappelijke) juridische basis

41

42 De huidige netwerken 107 bevinden zich nog steeds in een experimenteel stadium zonder
43 regelgevend kader. Dit veronderstelt dat alle actoren van het netwerk op vrijwillige basis sa-
44 menwerken in het kader van een functionele samenwerking tussen diensten. Deze
45 actoren, onafhankelijk of ze uit de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) komen of bui-
46 ten de sector geestelijke gezondheidszorg (niet GGZ), nemen samen de verantwoordelijk-
47 heid op om samen te werken.

48 De werkgroep stelt vast dat de actoren op het terrein geacht worden onderling samen te
49 werken voor de realisatie van de doelstellingen van een netwerk. Tegelijk stelt de werkgroep
50 vast dat de huidige regelgeving het werken in netwerken niet echt stimuleert en begrensd
51 wordt door de tegenstelling in bevoegdheden van ieder afzonderlijk bevoegdheidsniveau
52 (federaal, gemeenschap of gewest)¹.

53

54 De werkgroep onderstreept het belang dat de verschillende bevoegdheidsniveaus een ge-
55 meenschappelijke invulling van het begrip “netwerk” uitwerken en vertalen in hun respec-
56 tievelijke wetgevingen om de realisatie van de stabiele en effectieve netwerken geestelijke
57 gezondheid volwassenen daadwerkelijk een kans op slagen te geven.

58

59 1.1.2 De netwerken bevinden zich in een groeifase

60

61 De huidige netwerken GGZ volwassenen bevinden zich in een overgangsfase. In een eerste
62 fase was de missie van deze netwerken het uitvoeren van het “project 107” met onder meer
63 de doelstelling om binnen een werkingsgebied de 5 functies te realiseren. Meer dan 4 jaar
64 later zijn vele netwerken voorbij de loutere PROJECT-opstelling, zelfs al verschilt de ontwik-
65 keling van de 5 functies tussen en binnenin netwerken.

66

67 In het vooruitzicht van een meer structurele inbedding van de netwerken, verschuift de
68 klemtoon meer en meer naar het voeren van een geestelijk gezondheidsZORGbeleid gelieerd
69 aan een territorium waarin zorg organiseert voor alle inwoners. Meer en meer evolueren de

¹ In de feiten voldoen de netwerken 107 aan de bepalingen van artikel 11 van de federale ziekenhuiswet. Tevens voldoen de Vlaamse netwerken ook aan de bepalingen van “psychiatrisch netwerk” zoals gedefinieerd in het Vlaams GGZ-decreet van 18 mei 1999. Maar noch de federale regelgeving noch de Vlaamse regelgeving heeft deze begrippen operationeel vertaald in uitvoeringsbesluiten, bijvoorbeeld vastleggen van erkenningsnormen.

70 netwerken naar een GEESTELIJK GEZONDHEIDSbeleid waarbij men naast het zorgaanbod ook
71 andere aspecten van geestelijke gezondheid (oa preventie, stigma, health literacy, ..) aan
72 bod komen. De meest ambitieuze netwerken durven reeds denken aan het zetten van stap-
73 pen in de richting van een territoriaalgebonden GEZONDHEIDSbeleid, waarin de geestelijke
74 gezondheid een wezenlijk onderdeel vormt van de globale gezondheid van burgers. Dit ge-
75 zondheidsbeleid omvat zowel de somatische gezondheid, de geestelijke gezondheid en wel-
76 zijnsaspecten.

77

78 De werkgroep verwacht van de overheden dat ze in hun beleid inzake de ontwikke-
79 ling van de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen (107) meer aandacht be-
80 steden aan de afstemming van dit GGZ-beleid met het gevoerde beleid inzake alge-
81 mene gezondheid(szorg) en welzijn opdat een goede samenwerking tussen deze sec-
82 toren en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg tot stand komt.

83

84 1.2 [Missie van de netwerken Geestelijke Gezondheid volwassenen](#)

85

86 Om het werkingsgebied van een netwerk geestelijke gezondheid volwassenen te definiëren
87 is het nodig om de missie van een netwerk uit te klaren.

88 Op basis van de missies van de actuele netwerken, stelt de werkgroep volgende missie van
89 de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen voor:

90

91 **De missie van een netwerk is het organiseren van een effectieve samenwerking tussen ac-**
92 **toren, zowel uit de GGZ-sector als erbuiten binnen een werkingsgebied met het oog op het**
93 **mogelijk maken dat elke persoon – of zijn naasten - die een probleem met zijn geestelijke**
94 **gezondheid ervaart – of dreigt te ervaren -, hulpbronnen, actoren en zorg- en dienstverle-**
95 **ners kan vinden, die binnen het netwerk onderlinge samenwerken om bij te dragen aan**
96 **zijn behandeling en herstel.**

97

98 Bijgevolg organiseert het netwerk als dusdanig zelf geen zorg en treedt dus niet op als werk-
99 gever van zorgpersoneel. Het netwerk coördineert de aanwezige hulpbronnen, actoren en
100 zorg- en dienstverleners binnen haar werkingsgebied om de beschikbare mensen en midde-
101 len zo goed mogelijk in te zetten om zo optimaal mogelijk tegemoet te komen aan de zorg-
102 noden van het geheel van de populatie van het werkingsgebied.

103

104 De samenwerkende actoren nemen samen de verantwoordelijkheid om de aanwezige men-
105 sen en middelen zo goed mogelijk in te zetten voor het geheel van de inwoners van het
106 werkingsgebied. De actoren kunnen hun middelen slechts inzetten voor zover hun regelge-
107 ving dit toelaat.

108

109 De werkgroep roept de diverse overheden op om de nodige regelluwte te creëren om de
110 voorzieningen die onder hun bevoegdheden vallen, de ruimte te gunnen om hun mensen en

111 middelen gedeeltelijk anders in te zetten in onderling overleg met de partners in het net-
112 werk. Deze regelluwte moet ook toelaten dat partners die onder de bevoegdheid van ver-
113 schillende overheden vallen, hun middelen samen kunnen inzetten om een bepaalde op-
114 dracht of functie te realiseren. We denken hierbij bijvoorbeeld aan het mogelijk maken dat
115 mobiele teams (onder federale bevoegdheid) en initiatieven beschut wonen (onder gemeen-
116 schapsbevoegdheid) hun middelen kunnen poolen om mensen in hun thuissituatie te bege-
117 leiden. Of aan het poolen van ziekenhuismiddelen en middelen van psychosociale revalida-
118 tie-overeenkomsten en initiatieven beschut wonen voor de realisatie van functie 3.

119

120 2 WERKINGSGBIEDEN VOOR DE NETWERKEN GEESTELIJKE GEZONDHEID VOL- 121 WASSENEN

122

123 2.1 Inleiding

124

125 Er zijn reeds heel wat verschillende studies uitgevoerd over de vraag naar de afbakening van
126 werkingsgebieden. Deze onderzoeken hebben aangetoond dat de afbakening een complexe
127 realiteit dekt en dat het geen goed idee is om systematisch conclusies te trekken die op alle
128 situaties van toepassing zijn. Behalve indien er gekozen wordt voor een systeem met vaste
129 geografische zones en een verplichte doorverwijzingskanalen, zoals bijvoorbeeld in Frankrijk
130 het geval is, zal de afbakening van een werkingsgebied slechts legitiem zijn als het rekening
131 houdt met een multidimensionale realiteit.

132

133 Vanuit deze vaststelling is het bepalen van de werkingsgebieden een dynamisch proces
134 waarbij de meest relevant geachte criteria moeten worden gehanteerd. Het proces draait
135 dus om de meest pertinente criteria te selecteren en daar een zo goed mogelijk evenwicht
136 in te vinden teneinde naar een zo groot mogelijke coherentie te streven bij het afbakenen
137 van de concrete werkingsgebieden op het terrein.

138

139 2.2 Contextuele elementen die tijdens de werkgroep Werkingsgebieden ter sprake werden 140 gebracht

141

142 Tijdens haar werkzaamheden nam de werkgroep kennis van:

- 143 a) de bestaande literatuur over netwerken: zie bijlage 3;
- 144 b) epidemiologische data over het voorkomen van psychische en psychiatrische proble-
145 men;
- 146 c) de ervaringen van bestaande netwerken volwassenen met betrekking tot de samen-
147 stelling en omvang van hun netwerk en eventuele onderverdelingen in kleinere ge-
148 bieden;
- 149 d) het beleid dat de verschillende overheden (federaal, gewesten en gemeenschappen)
150 op dit moment voeren inzake gezondheid en welzijn dat een impact kan hebben op
151 de afbakening van de werkingsgebieden 107: zie bijlage 4.

152

153 Uit deze werkzaamheden onthoudt de werkgroep:

154

- 155 1) Dat er een onderscheid bestaat tussen het actiegebied van een specifieke zorgvorm
156 en het actiegebied van een netwerk:
 - 157 a. Het actiegebied voor elke afzonderlijke zorgvorm (bijvoorbeeld een mobiel
158 crisisteam 2A) wordt vanuit efficiëntie-overwegingen beperkt tot een zekere
159 maximale capaciteit aan zorgvragers die een beroep kunnen doen op dit zorg-
160 aanbod. Rekening houdende met epidemiologische kenmerken van de lokale

161 bevolking en efficiëntie-overwegingen (vb transporttijden), zal dit actiegebied
162 zich vertalen in een andere optimale schaalgrootte van dit geografisch gebied
163 voor elke afzonderlijke zorgvorm. Dit impliceert tevens dat de optimale om-
164 vang van het geografisch gebied van de ene zorgvorm groter / kleiner zal zijn
165 dan van een andere zorgvorm.

166 b. Naast het aansturen van elk zorgaanbod afzonderlijk is er nood aan coördina-
167 tie en afstemming tussen de verschillende functies en opdrachten binnen
168 een netwerk. De optimale schaalgrootte voor het management van het net-
169 werk zal per definitie anders zijn dan de optimale schaalgrootte voor het aan-
170 sturen van afzonderlijke entiteiten van het zorgaanbod in het netwerk en zal
171 dus groter zijn dan het actiegebied van een specifieke zorgvorm.

172 c. Bijgevolg zal het werkingsgebied van een netwerk niet samenvallen met het
173 actiegebied van de mobiele teams.

174

175 2) Dat men in de zoektocht naar de kritische omvang van een werkingsgebied , op zoek
176 moet naar het ideale evenwichtspunt tussen enerzijds voldoende kritische massa
177 aan zorgvragen en anderzijds een omvang die de samenwerking tussen zorgverle-
178 ners, expertisedeling en de ontwikkeling van efficiënte netwerkpraktijken bevordert,
179 bijvoorbeeld vermijden dat zorgverleners meer tijd doorbrengen in hun auto, dan
180 met zorgvragers.

181

182 3) Dat een netwerk een voldoende gedifferentieerd zorgaanbod moet kunnen leveren
183 in functie van de verscheidenheid aan zorgnoden, die bij zorgvragers opduiken. Hier-
184 bij moeten we rekening houden met de prevalentie en de incidentie van GGZ-proble-
185 men en de hieruit ressorterende zorgnoden. Over de prevalentie en incidentie van
186 GGZ-problemen in België zijn slechts beperkte cijfers beschikbaar maar over de hier-
187 uit ressorterende zorgnoden zijn amper gedetailleerde cijfers beschikbaar voor het
188 Belgische grondgebied. Anderzijds moet het netwerk voldoende groot zijn teneinde
189 over dit gediversifieerd aanbod te kunnen beschikken. D de werkgroep stelt echter
190 vast dat het geestelijke gezondheidszorgaanbod niet evenwichtig verdeeld is over het
191 Belgische grondgebied.

192

193 4) We stellen vast dat heel wat huidige 107-netwerken een veelvoud zijn van verschil-
194 lende samenwerkingen van lokale actoren uit diverse sectoren. Tevens stellen we
195 vast dat een aantal grotere netwerken zich spontaan in “kleinere gehelen” hebben
196 georganiseerd in de vorm van subregio’s.

197

198 5) Dat men rekening moet houden met het bestaan van een “sociologisch aaneenslui-
199 tend geheel van steden en gemeenten” die gekenmerkt worden door sociologische-
200 culturele banden van de bevolking binnen een bepaald gebied. Deze sociologisch-
201 culturele binding zorgt ervoor dat de inwoners van dit gebied meer geneigd zijn om

202 zich te richten naar zorgaanbieders binnen dit gebied wanneer ze nood hebben aan
203 zorg of ondersteuning.

204

205 6) Dat men bij de afbakening van de werkingsgebieden rekening moeten houden met
206 de verplaatsingstijd, en dit zowel voor de patiënten als voor de zorgverleners. Die
207 verplaatsingstijd hangt af van:

208 a. De verstedelijkingsgraad: het stedelijke (zie “metropool”), halfstedelijke, lan-
209 delijke karakter;

210 b. de oppervlakte van het te bestrijken gebied,

211 c. individuele of familiale transportmogelijkheden, verkeersassen, openbaar ver-
212 voersaanbod, enz.

213 Het conceptueel schema van het werkingsgebied dat de focusgroep Psytoyens heeft
214 uitgewerkt in het kader van de Fusion Liège is een interessante methode.² Zie bijlage
215 1.

216

217 7) Dat de WHO er zou op gewezen hebben dat de epidemiologische criteria weinig
218 overtuigend zijn, aangezien de prevalentie van personen met geestelijke gezond-
219 heidsproblemen nagenoeg overal constant zou zijn, wat niet wegneemt dat er meer
220 specifieke noden zijn³. Het huidige beschikbare aanbod kent evenwel geen gelijkma-
221 tige spreiding.

222

223 8) Dat het sociaaleconomisch niveau relevant is om de gebieden met een sterkere con-
224 concentratie achtergestelde personen te identificeren, waarin men een grotere concen-
225 tratie van marginale personen met een hoog risico op psychiatrische problemen vast-
226 stelt.

227

228 9) Dat elk voorstel van criteria om de werkingsgebieden voor de netwerken geestelijke
229 gezondheid volwassenen af te bakenen rekening moet houden met:

230 a. de context en de specifieke kenmerken van het Gewest of Gemeenschap⁴ (bv.
231 wetgeving en richtlijnen),

232 b. zich elders ontwikkelende netwerken, bijvoorbeeld:

233 • de klinische netwerken van algemene ziekenhuizen met een norm van
234 ongeveer 400 à 500.000 inwoners;

² Een focusgroep van gebruikers, geleid door Psytoyens Luik, heeft een document opgesteld dat de bereikbaarheid indeelt per type hulpmiddelen in functie van de “ideale” verplaatsingstijd voor de gebruikers. Zie bijlage 1.

³ Als voorbeeld kunnen we de significante verschillen op het vlak van zelfmoordcijfers aanhalen.

⁴ In de institutionele betekenis van het woord: Vlaams, Waals, Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

235
236
237
238
239

- de netwerken voor de projecten chronische zorg: 100 à 150.000 inwoners
- samenwerkende eerstelijnszorgverleners (inwonersaantallen verschillend per gewest).

240 3 CRITERIA VOOR HET BEPALEN VAN DE WERKINGSGBIEDEN VAN DE NETWER-
241 KEN

242 Om te komen tot de concrete afbakening van werkingsgebieden, hanteert de werkgroep on-
243 derstaande 5 criteria. De criteria hieronder worden cumulatief toegepast zodat voor het hele
244 land dezelfde spelregels worden toegepast die de verschillende realiteiten van de gewesten
245 in aanmerking neemt. De 3 eerste criteria maken zijn primaire criteria. Criterium 4 en 5 zor-
246 gen voor een zekere nuancering binnen de eerste 3 criteria.

Cumulatieve criteria		
Criteria	Indicator/meetelement	Opmerkingen
1.Aantal inwoners	= Bevolkingseenheid	Een bevolkingseenheid bepalen als ideaal streefcijfer, dat moet worden afgestemd op de realiteit van de werkingsgebieden en moet worden aangepast overeenkomstig criteria 4 & 5 hieronder. We onderscheiden hierbij twee niveaus: a) Een niveau van lokale samenwerking tussen actoren binnen en buiten de GGZ die elkaar kennen en met elkaar samenwerken b) Een niveau van aansturing van een netwerk
2.Oppervlakte/verplaatsing	- Eenheid van bereikbaarheid voor de gebruikers (tool Psytoyens). - Efficiëntieverhouding voor de verplaatsingen van de zorgverleners	- In het door Psytoyens gerealiseerde werk zijn de werkingsgebieden gebaseerd op de voor de gebruikers aanvaardbare verplaatsingstijden binnen een stedelijke context. Eenzelfde oefening moet worden gedaan voor de halfstedelijke en landelijke gebieden. - De efficiëntie-indicator vinden voor de verplaatsingen van de zorgverleners.
3. Gediversifieerd globaal aanbod, huisarts en specialist (bestaand of te ontwikkelen)	Bereikbaarheid aanbod en zorgcontinuïteit	Invoering van de logica van “matched care ⁵ ”. Hiervoor moeten de diensten gepreciseerd worden die tot het basisniveau behoren waarbij nabijheid relevant is, meer gespecialiseerde zorg waar meer expertise noodzakelijk is en een macroniveau waar hooggespecialiseerde of referentiezorg beschikbaar moeten zijn, kunnen verschillende gebieden of gewesten bestrijken, of zelfs binnen een interregionaal kader. Voor elk van de 5 functies moet het aanbod worden gepreciseerd dat op elk van die 3 niveaus moet worden aangeboden. Er moet ook rekening worden gehouden met de samenwerkingen die tussen partners tot stand zijn gekomen sinds de lancering van de 107-projecten.

⁵ Zorg die op dat niveau van specialisatie wordt aangeboden, waarin een optimum aan effectieve en efficiënte zorg wordt aangeboden op het minst specialistische niveau als mogelijk, met gelijke resultaten

	Wegingscriteria	
4. Sociologische dimensie	Sociologisch aaneensluitend geheel van steden en gemeenten (NRZV)	De werkingsgebieden van de netwerken moeten coherent zijn met deze gemeenschappen van inwoners (levenswijze, toegang tot de zorg, cultuur, taal, enz.).
5. Sociaaleconomisch niveau	Indicator kansarmoedecijfer per inwoner	Een coëfficiënt van het sociaaleconomisch niveau invoeren die invloed zal hebben op het criterium van het aantal inwoners. Zie Eurostat?

248

249 Op basis van de combinatie van de bovenstaande 5 criteria, stelt de werkgroep voor om
250 groottes van twee verschillende actiegebieden te onderscheiden om de werkingsgebieden
251 van de netwerken 107 af te bakenen:

- 252 1) Het microniveau, waarin de lokale samenwerking tussen concrete actoren centraal
253 staat, zowel binnen als buiten de GGZ, met een omvang van circa 100.000 inwoners
254 met een minimum 75.000 inwoners en maximum 125.000 inwoners. Op dit niveau
255 staat ook de samenwerking tussen de GGZ en de eerstelijnsactoren centraal.
- 256 2) Het macroniveau, of het niveau van de aansturing van een netwerk, met een omvang
257 van
 - 258 a. 200 à 300.0000 inwoners in rurale gebieden
 - 259 b. 300 à 450.000 inwoners in semi-rurale gebieden
 - 260 c. 450.000+ inwoners in stedelijke gebieden

261

262 Zie bijlage 2 voor een indicatie van de bevolkingsdensiteit per gemeente. Deze beide niveaus
263 verhouden zich onderling als een kubus: een hogerliggend niveau omvat één of meer lagere
264 niveaus – of omgekeerd geformuleerd - een lager niveau behoort tot slechts 1 hogergelegen
265 niveau.

266

267 Naast het bovenstaande micro- en macroniveau, onderkennen de actoren op het terrein
268 twee bijkomende niveaus, die echter voor de sturing door overheden amper relevant zijn:

- 269 1. Een nanoniveau, waarin de samenwerking tussen enkele actoren rond
270 een zelfde zorgvrager centraal staat met de zorgvrager in het midden;
- 271 2. Een mesoniveau: enkel optioneel in de grotere netwerken waarbinnen
272 men sociologische entiteiten onderkent, die tevens uiting geven aan
273 een meer geïntensifieerde samenwerking tussen twee of enkele actie-
274 gebieden op microniveau.

275

276 De werkgroep wenst echter te benadrukken dat:

277

278 a) bovenstaande werkingsgebieden dienen geïnterpreteerd te worden als het gebied
279 waarvoor de samenwerkende actoren gezamenlijk verantwoordelijk zijn om de aan-
280 wezige mensen en middelen zo goed mogelijk in te zetten ten behoeve van alle inwo-
281 ners van dit gebied en dit binnen de grenzen die de regelgeving van elk van de sa-
282 menwerkende zorgvormen oplegt (cfr hoger paragraaf 1.2.).

283

284 b) de grenzen van de werkingsgebieden niet als “muren” dienen geïnterpreteerd te
285 worden, noch voor de patiënt noch voor de zorgverleners:

286 * er bestaat ten allen tijde de vrije keuze van de patiënt: het staat elke patiënt vrij om
287 zorg op te zoeken buiten het werkingsgebied waar bij verblijft.

288 * zorgverleners moeten hun aanbod niet noodzakelijk beperken tot 1 werkingsge-
289 bied: zij kunnen hun aanbod ook inzetten voor verschillende werkingsgebieden. Ter

290 vergelijking: de ene brandweerzone kan zijn gespecialiseerd materiaal en expertise
291 (vb boot en duikers) op vraag ook inzetten in een naburige brandweerzone die niet
292 over dit materiaal beschikt.

293

294 c) vanuit de notie “verantwoordelijkheidsgebied het weinig zinvol is om te werken met
295 overlappende verantwoordelijkheden en dus overlappende werkingsgebieden. Reke-
296 ning houdende met vorige opmerking betekent dit niet dat een zorgverlener slechts
297 actief kan zijn in 1 werkingsgebied.

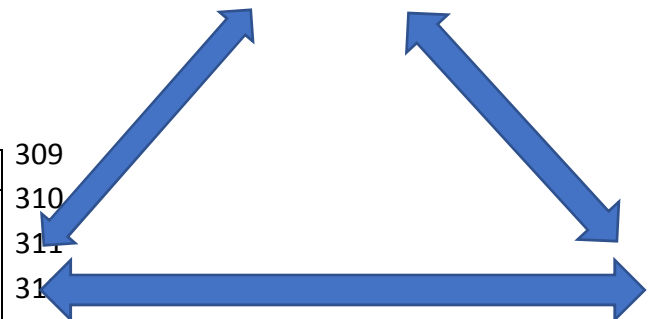
298 **De 3 dimensies van de criteria:**

299
300
301
302
303
304
305
306
307
308

Eenheid van bereikbaarheid
=> stedelijk
=> semiruraal
=> ruraal / landelijk
Verwijzing naar de Psytoyens methode in Luik en efficiëntieverhouding voor de verplaatsingen van de zorgverleners

Bevolkingseenheid	
Circa 100.000 inwoners maar met minimum van 75.000 inw.	Microniveau
	Mesoniveau
200- à 300.000 inw 300 à 450.000 inw 450.000+ inwoners	Macroniveau

309
310
311
312
313
314
315
316
317
318



Matched care care: type aanbod			
Welke dienst op welk niveau			
Functie	Niveau van het aanbod		
	micro	(meso)	macro
1			
2			
3			
4			
5			

Aangepast aan de culturele en de sociaaleconomische dimensie

319 4 VOORSTEL TOT CONCRETE WERKWIJZE OM TE KOMEN TOT (AL DAN NIET
320 AANGEPASTE) WERKINGSGEBIEDEN VOOR DE NETWERKEN 107

321
322 4.1 Preambule

- 323
- 324 a) Vooraleer er werk kan worden gemaakt van de (aanpassing van de) afbakening van
325 werkingsgebieden, wordt van de overheden verwacht dat ze een aantal pijnpunten
326 aanpakken: Zie hoofdstuk 5 hieronder.
- 327
- 328 b) Voor de afbakening van werkingsgebieden, kunnen de overheden geenszins voorbij
329 gaan aan de intussen opgebouwde samenwerkingsvormen tussen vele actoren op het
330 terrein, zowel tussen GGZ-actoren onderling, als tussen GGZ-actoren en andere ge-
331 zondheids- en welzijnsactoren. De overheden kunnen dus niet doen alsof we in een
332 fase zitten dat werkingsgebieden vanaf aan blanco blad kunnen worden afgebakend.
333 Het initiatief voor de (aanpassing van de) afbakening van de werkingsgebieden wordt
334 dan ook bij de reeds bestaande netwerken 107 gelegd.

335
336 4.2 Methodologie

- 337
- 338 a) De (bestaande) netwerken bakenen met alle samenwerkende actoren, binnen en
339 buiten de GGZ, een werkingsgebied af (zowel de actiegebieden op het microni-
340 veau als het verantwoordelijkheidsgebied op macroniveau en motiveren hun
341 keuze op basis van de 5 opgesomde criteria. In een ideaal scenario worden de
342 netwerken hierbij ondersteund door cijfermateriaal aangeleverd door de diverse
343 overheden. Een ander voorbeeld ter ondersteuning is de informaticatool van de
344 koepel UNESSA die informatiebronnen met verschillende gegevens combineert
345 met geografische informatie (vb verplaatsingstijden, verkeersassen, mate van
346 rijkdom van de inwoners per gemeente, percentage inwoners met een inkomen
347 lager dan, percentage huurders per gemeente, ...
348 Vervolgens kunnen de netwerken, indien relevant, aangeven waar de verschillen
349 liggen met de grenzen van het huidige werkingsgebied.
- 350
- 351 b) De netwerken maken hun voorstel over aan de eigen gemeenschaps- of gewest-
352 overheid.
- 353
- 354 c) De bevoegde gemeenschaps- of gewestoverheid beoordeelt de ontvangen voor-
355 stellen tot werkingsgebieden van de netwerken en geven, al dan niet, hun voorlo-
356 pig akkoord.
- 357
- 358 d) Eénmaal de meeste voorstellen ontvangen, leggen de gemeenschaps- en gewest-
359 overheden de voorstellen tot werkingsgebieden van alle naast elkaar gelegen

360 netwerken naast elkaar en beoordelen of het hele grondgebied wordt bestreken.
361 Indien dit het geval is, geven de overheden interministerieel een definitief ak-
362 koord.

363

364 e) Na deze interministeriële bekrachtiging, hanteren alle overheden binnen de eigen
365 bevoegdheid deze werkingsgebieden als basis voor hun toekomst beleid inzake
366 geestelijke gezondheid.

367

368 f) Eénmaal de werkingsgebieden afgebakend, gaan de actoren samen aan de slag
369 om de prioriteiten voor het werkingsgebied vast te leggen. Idealiter gebeurt dit
370 op basis van een analyse van de zorgnoden (needs), de ingevulde zorgnoden (met
371 needs), de overingevulde needs (overmet needs) en de analyse van de treatment
372 gap (wie zou zorg nodig hebben maar ontvangt deze niet of te laat. Zie voor meer
373 uitleg in bijlage 3 in het luik met de beschrijving van de epidemiologische insteek.

374

375 **5 [AANBEVELINGEN NAAR DE TOEKOMST TOE](#)**

376

377 **5.1 [Aanbevelingen inzake de inhoud van de zorg](#)**

378

379 Binnen de netwerken maar eveneens over de netwerken heen zal men moeten uitklaren
380 welke zorgvormen binnen welke functie idealiter thuishoren op welke schaalgrootte.

381

Matched care aanbod				382
Welke zorgaanbod/dienstverlening op welk niveau				383
				384
Functie	Niveau van het aanbod			385
	micro	Meso	macro	386
1				387
2				388
3				389
4				390
5				391
				392

393

394 Deze uitklaring van welke opdrachten thuishoren op welk niveau zal voornamelijk ingevuld
395 worden vanuit de discussie welke zorg inzake geestelijke gezondheid men beschouwt als ba-
396 siszorg (en dus vrij lokaal aanwezig moet zijn), gespecialiseerde zorg (en dus minstens op
397 netwerkniveau aanwezig moet zijn) en wat referentiezorg is (wat slechts op niveau van en-
398 kele netwerken samen aanwezig zal zijn).

399 Eénmaal deze differentiatie van zorg uitgeklaard, komt het aan de netwerken toe om ge-
400 meenschappelijk prioriteiten te stellen hoe men samen de aanwezige middelen zo goed mo-
401 gelijk kan inzetten en welke stappen men hiertoe kan ondernemen.

402

403 **5.2 [Aanbevelingen inzake capaciteit van zorg](#)**

404

405 Voor de geplande verdieping en verbreding van de mobiele teams, vertrekken de overheden
406 van een doelstelling van 8 VTE personeelsleden in de mobiele teams per 100.000 inwoners.
407 De werkgroep stelt vast dat de overheden hierbij voorbij gaan aan het 4^e en 5^e criterium,
408 waarbij de “zwaarte van een netwerk” een zekere vork aan mensen en middelen veronder-
409 stelt.

410

411 Anderzijds gaan de overheden ervan uit dat de netwerken zoveel ziekenhuisbedden bevie-
412 zen als nodig om te komen tot de 8 VTE personeelsleden in de mobiele teams. In deze rede-
413 nering houden de overheden totaal geen rekening met het beschikbaar zorgaanbod, zowel
414 binnen de GGZ als erbuiten, en met de ongelijke spreiding van het GGZ-aanbod over het Bel-
415 gische grondgebied.

416

417 Bijgevolg moeten de overheden een oplossing zoeken voor de ongelijke spreiding van het
418 zorgaanbod.

419

420 5.3 [Aanbevelingen inzake financiering van het functioneren van de netwerken](#)

421

422 De huidige forfaitaire financieringswijze van de netwerken (netwerkcoördinator, werkings-
423 middelen, medische functie) houdt geen rekening met bovenstaande 5 criteria.

424 De huidige voorwaarden verbonden aan de uitbreidings- en uitdiepingsfase van de projecten
425 107 zullen een belangrijke impact hebben op het bepalen van de werkingsgebieden 107 aan-
426 gezien het doel erin bestaat het hele nationale grondgebied te bestrijken, terwijl de bijko-
427 mende middelen gelijktijdig werden ingetrokken.

428

429 De werkgroep is dan ook van oordeel dat er nood is aan een nieuwe financieringswijze van
430 de netwerken, die afstapt van de huidige forfaitaire financiering per netwerk om de zorg te
431 financieren.

432 Ainsi, des moyens doivent être (ré-)injectés, afin de permettre le financement, notamment :

433 a) de moyens de communication pour la diffusion et la concrétisation des projets et ou-
434 tils développés par et au sein du réseau ;

435 b) d'un support administratif à la fonction de coordination ;

436 c) du développement d'une fonction de liaison inter-sectorielle ;

437 d) de la participation et de la représentation des usagers et proches ;

438 e) du développement d'une fonction de « pair-aidant » ;

439 f) de la création, de la diffusion de projets novateurs en santé mentale (mission de pré-
440 vention, de déstigmatisation, d'inclusion, favorisant les approches et dispositifs
441 orientés « rétablissement » et « empowerment » ;

442 g) etc.

443

444 5.4 [Aanbevelingen inzake beleid](#)

445

446 Bij de **(aanpassing van de) afbakening van werkingsgebieden**, is het aangewezen:

447

448 • dat de overheden het proces tot (aanpassing van de) afbakening ondersteunen door
449 het ter beschikken stellen van data.

450 • dat de overheden geen deel uitmaken van de sturende organen van de netwerken.
451 Gelet op de beoordelende rol van de overheden bij de (aanpassing van de) afbake-
452 ning van de werkingsgebieden en om iedere vorm van belangenconflict te vermijden,
453 is het niet aangewezen dat vertegenwoordigers deel uitmaken van een bestuursor-
454 gaan van een netwerken 107 (vb netwerkcomités).

455 Wel is na de (aanpassing van de) afbakening van de werkingsgebieden regelmatig

456 overleg aangewezen tussen de netwerken en de diverse overheden maar dit vereist

457 geenszins een permanente aanwezigheid van vertegenwoordigers van de overheden
458 in de bestuursorganen van de netwerken.

- 459 • dat de overheden de netwerken procesmatig ondersteunen eenmaal de (aange-
460 paste) werkingsgebieden zijn vastgelegd om zo de nodige aanpassingen uit te voeren.

461

462 Om te komen tot een **volwaardige werking van de netwerken** is het aangewezen dat de
463 overheden:

464

- 465 • de netwerken en hun werkingsgebieden als volwaardig beschouwen en deze hante-
466 ren als basis voor hun toekomstig beleid. Zie hoger 4.

467

- 468 • zich duidelijker uitspreken hoe zij de interactie zien tussen de diverse ontwikkelende
469 netwerken en samenwerkingsverbanden. We denken hierbij concreet aan de interac-
470 tie van de netwerken 107 met de zich ontwikkelende klinische netwerken van de al-
471 gemene ziekenhuizen (oa PAAZ, GGZ op spoed en liaisonpsychiatrie in het algemeen
472 ziekenhuis) en de eerstelijnszones.

473

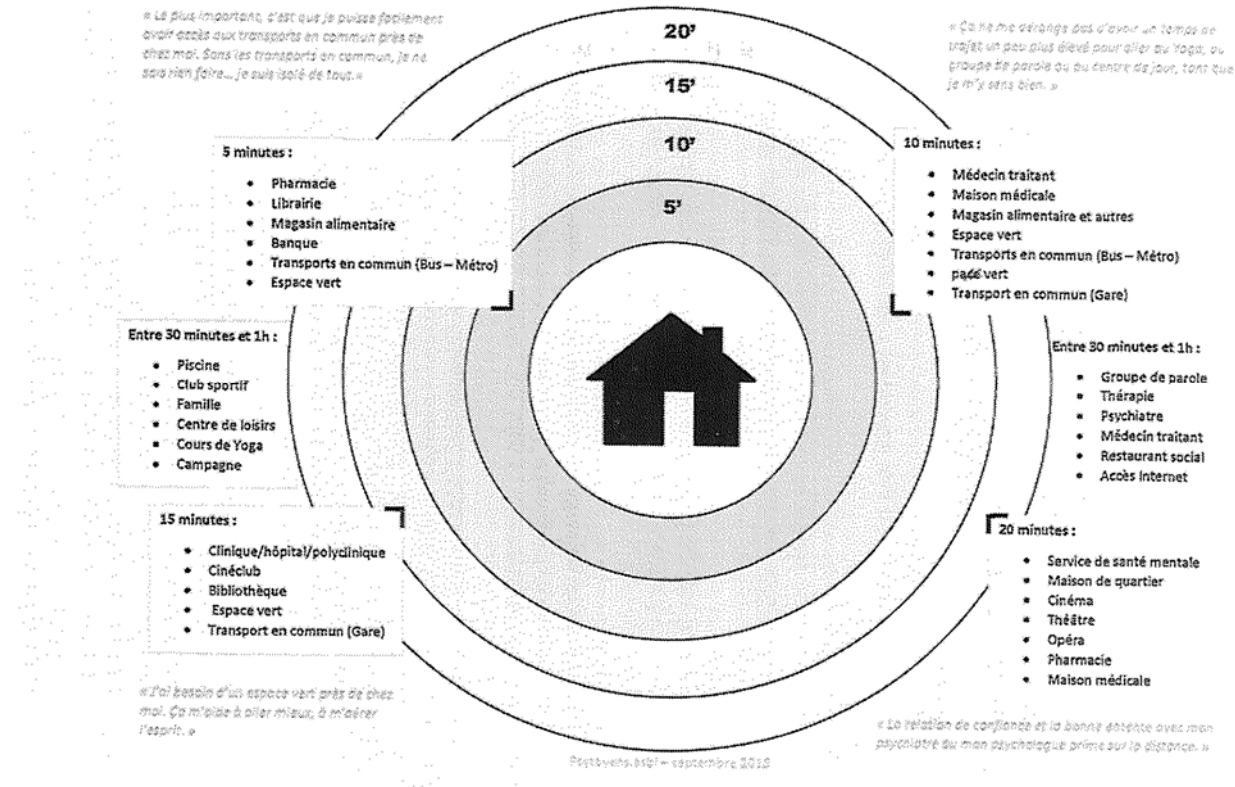
- 474 • een zekere regelluwte inbouwen opdat de samenwerkende partners samen de aan-
475 wezige middelen zo goed mogelijk kunnen inzetten ten behoeve van de inwoners van
476 hun werkingsgebied Zie hoger 1.2.

477

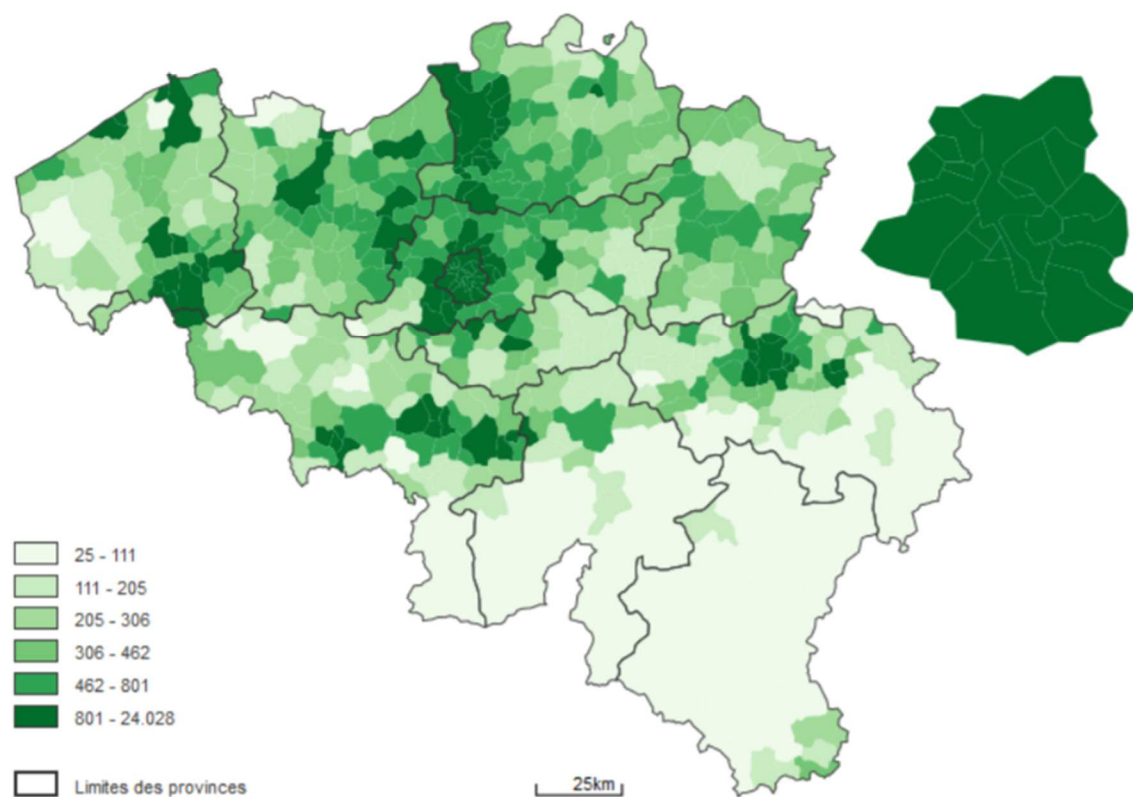
- 478 • de samenwerking tussen de GGZ en de actoren op het domein van werk, huisvesting,
479 vrijetijd op het microniveau stimuleren en dit vanuit een public health-benadering
480 zodat men kan komen tot een regionaal gezondheids- en welzijnsbeleid.

481

482



Densité de la population par commune au 1^{er} janvier 2014



Chiffres clés 2014

23

487 BIJLAGE 3 : CRITERIA VOOR DE AFBAKENING VAN WERKINGSGBIEDEN OP BASIS
488 VAN HET MANAGEMENT IN EEN NETWERK

489 Op basis van literatuur

490

491 De Werkgroep ging te rade in de literatuur.

492 - 'Together we change' ⁶

493 ○ Mesoniveau

494 ■ Opdracht van de eerstelijnsnetwerken met als opdrachten 1) afstem-
495 ming van promotie, curatie, palliatie, preventie, 2) Afstemming met de
496 2de lijn en gespecialiseerde trajecten , 3) Voorziet in continuïteit 24/7

497 ■ Gebied: 75.000 à 125.000 inwoners

498 ○ Microniveau

499 ■ Opdracht: Concrete zorgverstrekking door interprofessionele
500 teams/netwerken voor de
501 ingeschreven populatie in het kader van de eerstelijnsvoorziening.On-
502 dersteuning door vrijwilligers en mantelzorgers

503 Gebied: Een eerstelijnszorgvoorziening verzorgt in een ruraal gebied
504 minimaal 5000 burgers, in een stedelijk gebied minimaal 10.000
505

506 - Zorgnet Vlaanderen: netwerkzorg: nieuw organisatieconcept voor personen met een
507 complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag" (2014)

508 ○ Verantwoordelijkheidsgebied

509 ■ Geen louter geografische criteria

510 ■ Afbakening in functie van

511 ⇒ complexiteit van de zorgvragen

512 ⇒ specifieke behoeften van de doelgroep

513 ⇒ de vaststelbare zorgvraagstromen

514 ⇒ het geheel van zorg-en ondersteuningsaanbod in een bepaald
515 gebied

516 ⇒ bevolkingsaantal

517 ⇒ bevolkingsdichtheid

518 ■ Overlappingsen van verantwoordelijkheidsgebieden van verschillende
519 netwerken zijn mogelijk

520 ■ Actoren kunnen actief zijn in verschillende netwerken

521 ■ Verantwoordelijkheidsgebieden kunnen ook over één komen om be-
522 paalde functies te delen

⁶ De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red) Together we change. Eerste-
lijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014.

- 523 ▪ Afstemming, overleg en eventuele onderlinge samenwerking tussen
524 bestaande netwerken worden op structurele wijze verankerd in een
525 supraregionaal georganiseerd overpelegplatform
- 526 - (6 artikelen internet Bruffaerts): 200.000 à 250.000 inw op aansturingsniveau
- 527 ○ Op basis van de “triple aim”-gedacht spreken enkele artikels over health care
528 reform over een catchment area van 200 à 250.000 inwoners. Deze afbake-
529 ning is vooral gebaseerd op het garanderen dat er voldoende en voldoende
530 variabiliteit in beschikbare disciplines aanwezig is. m.a.w: beschikbaarheid
531 van voldoende gedifferentieerd aanbod. En dus een minimum aantal actoren
532 per functie.
- 533
- 534 - Delespaul ea “Goede GGZ: nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie
535 (2016): 20.000 inwoners. Hierbij dienen we aan te geven dat deze regio-afbakening
536 eis gebaseerd op de organisatie van de zorg voor de doelgroep van mensen met ern-
537 stige psychiatrische aandoeningen (EPA)
- 538 - Thornicroft & Saxena -> public health-benadering (ook ikv herverdeling v middelen)
- 539 ○ (pag 49ev) Local level is the central organising theme for the efficient plan-
540 ning, organisation, and delivery of general adult mental health services: tus-
541 sen 50.000 en 250.000 inwoners
- 542 ○ Elementen die de schaalgrootte beïnvloeden:
- 543 ▪ Populatiefactoren:
- 544 ⇒ Sociodemografische samenstelling van de populatie
- 545 ⇒ Indicatoren van sociale deprivatie
- 546 ⇒ Ethnische samenstelling
- 547 ⇒ Leeftijds- en geslachtsstructuur van de populatie
- 548 ⇒ Kennis van psychiatrische ziekten
- 549 ⇒ Bestaande patronen van zorggebruik
- 550 ▪ Factoren in het aanbod
- 551 ⇒ Grenzen van de werkingsgebieden van welzijnsactoren
- 552 ⇒ Organisatie van de eerstelijns
- 553 ⇒ Beschikbaarheid van beschermde woonvormen
- 554 ⇒ Aantal van bestaande en nieuwe longstay-patiënten
- 555 ⇒ Aanwezigheid van een grote instelling
- 556 ⇒ Aanwezigheid van een algemeen ziekenhuis
- 557 ⇒ Beschikbare manpower en andere resources
- 558 ▪ Factoren in de localiteit
- 559 ⇒ Belangrijke geografische structuren
- 560 ⇒ Bestaande gemeenschapsstructuren
- 561 ○ NL: 300.000 inwoners, D: 250.000 inwoners, Noordelijke landen: 25.000 à
562 60.000 inwoners
- 563

564 - Gids Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren

565 De criteria voor de afbakening van een werkingsgebied zijn:

566

567 ☐ aanwezigheid van voldoende gedifferentieerd zorgaanbod in functie van de zorgnoden,
568 rekening houdend met prevalentie en incidentie

569 ☐ sociologisch aaneensluitend geheel van steden en gemeenten rekening houdend met re-
570 gionale eigenheden, ...

571 ☐ een evenwichtige spreiding en optimale toegankelijkheid van het zorgaanbod

572 ☐ de reeds bestaande samenwerkingspatronen

573 ☐ regionale context en specificiteit (bv. wetgeving en instructies)

574

575 De som van alle werkingsgebieden moet uiteindelijk het grondgebied van België volledig
576 omvatten.

577 Conform de Gemeenschappelijke Verklaring kunnen voor specifieke (sub)doelgroepen, op
578 basis van de verantwoorde zorgnoden, en rekening houdend met prevalentie en incidentie,
579 meerdere netwerken over hun werkingsgebieden heen samenwerken.

580 Binnen een werkingsgebied gelden de volgende voorwaarden inzake toetreding en uit-
581 sluiting:

582 ☐ In het netwerk geldt het principe van vrijwillige toetreding elke partner wordt opgeroe-
583 pen tot het netwerk toe te treden.

584 ☐ Geen enkele partner kan worden uitgesloten tot toetreding mits het onderschrijven van
585 de missie van het netwerk en de netwerkovereenkomst.

586 De voorgestelde parameters voor geografische werkingsgebieden moeten nadien
587 een veralgemening kunnen bevorderen.

588

589 [Op basis van epidemiologie](#)

590

591 Onze geestelijke gezondheidszorg is de laatste jaren sterk gewijzigd. Iedereen die van dichtbij
592 of veraf betrokken is, wordt of zal worden geconfronteerd met deze veranderingen. De meest
593 verregaande veranderingen hebben betrekking op de afbouw van de in België nog sterk geïn-
594 stitutionaliseerde zorg en een hieraan gekoppelde sterke opbouw van de gemeenschapsge-
595 richte zorg. Vooral de wijze waarop en de modaliteiten waarmee de zorgverlening en behan-
596 delingen zullen gebeuren, zullen in de toekomst fundamenteel anders zijn dan een decennium
597 geleden. Veruit de meest belangrijke verandering in de geestelijke gezondheidszorg is de ver-
598 schuiving van de zogenaamde locus of care. Waar het zwaartepunt in België historisch lag in
599 de psychiatrische opname verschuift het zwaartepunt van de zorg op een aantal decennia
600 naar de maatschappij, en meer in detail naar de ambulante behandeling die wordt aange-
601 stuurd vanuit zorgnetwerken in plaats van specifieke instellingen. In dergelijke transitie is het
602 voor beleidsmakers van cruciaal belang om over betrouwbare cijfers te beschikken over het
603 voorkomen van psychische problemen en psychische stoornissen op het niveau van de alge-

604 mene bevolking. Immers, enkel op basis van dit type van gegevens kunnen beleidsmakers sce-
605 nario's ontwikkelen over hoe de zorg best kan worden georganiseerd, zodat de behandeling
606 van psychische problemen zo goed mogelijk kan gebeuren. Dergelijke data vormen per slot
607 van rekening een evidence-based kader van waaruit hervormingen in de geestelijke gezond-
608 heidszorg kunnen worden begeleid. In deze hervorming staan twee centrale elementen. Ten
609 eerste dient een gezondheidsbeleid te worden afgestemd op de nood aan zorg in de bevolking
610 en dient zorg en behandeling te worden voorzien voor de reële nood aan behandeling (top-
611 down). Tot dusver werd liet het beleid rond de geestelijke gezondheidszorg zich vooral leiden
612 door een historische verdeling van (financiële) middelen, het huidige (lokale) zorggebruik, lo-
613 kaal bevraagde input van gebruikers en zorgverleners en (sinds 2000) het voorkomen van psy-
614 chische stoornissen (Thorncroft, 2009). Met de progressieve stijging van epidemiologische
615 kennis omtrent psychische gezondheid kan vervolgens een 21^{ste} eeuwse public-health visie
616 worden ontwikkeld die aan de hand van epidemiologische gegevens de nood aan zorg op het
617 niveau van een populatie, een gewest of een netwerk kan inschatten. Ten tweede dient een
618 gezondheidsbeleid de best mogelijke behandeling te voorzien voor de individuele patiënt en
619 dient gestreefd te worden naar een gestandaardiseerd en uniform behandelbeleid (bottom-
620 up) los van de localiteit en/of de regio waar patiënt de behandeling krijgt.

621 EPIDEMIOLOGIE VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN BELGIË: SITUATIE AS IS

622 Psychische stoornissen

623 Psychische stoornissen komen vaak voor. Nagenoeg 28% van de Belgische bevolking had ooit
624 in zijn leven minstens een psychische stoornis ('lifetime-prevalentie') en 13% had minstens
625 één stoornis in de laatste twaalf maanden ('12-maandenprevalentie'). Op jaarbasis waren
626 angststoornissen de meest voorkomende stoornissen (6%), gevolgd door stemmingsstoornis-
627 sen (5%) en alcoholgerelateerde stoornissen (2%). Stemmingsstoornissen kwamen het vaakst
628 voor op langere termijn (15%), gevolgd door angststoornissen (13%), alcoholgerelateerde
629 stoornissen (8%) en impulscontrolestoornissen (1,7%). Er zijn geen epidemiologische gege-
630 vens voorhanden van psychotische en bipolaire stoornissen op het niveau van de Belgische
631 algemene bevolking, maar Europese schattingen komen tot een lifetime-prevalentie van on-
632 geveer 3 à 4% en een 12-maandenprevalentie van ongeveer 0,2-0,5% van de algemene bevol-
633 king. Vermeldenswaard is het voorkomen van schizofrenie – als een van de psychotische
634 stoornissen met de grootste impact – dat wordt geschat op een lifetime-prevalentie van 0,4 à
635 1% van de algemene bevolking.² Bipolaire stoornissen hebben een 12-maanden- en lifetime-
636 prevalentie van respectievelijk 1-1,5% en 1,8-2,4%. Van alle psychische stoornissen kan wor-
637 den gezegd dat 30 tot 50% ernstig is.

638 Suïcidaliteit

639 In het algemeen wordt geschat dat tussen 8 en 12% van de algemene bevolking (ouder dan
640 15) suïcidale gedachten heeft gehad tijdens hun leven; 3% ooit een plan heeft gemaakt om

641 suïcide te plegen en 3-4% een poging tot suïcide heeft ondernomen. Het vóórkomen van suï-
642 cidepogingen wordt geschat op ongeveer 0,4% van de algemene Belgische bevolking ouder
643 dan 15 jaar; het vóórkomen van gedachten en plannen op respectievelijk 0,9 en 0,6%. In ver-
644 gelijking met buitenlandse schattingen dient te worden gezegd dat suïcide-ideeën, -plannen,
645 en –pogingen in België níét vaker vóórkomen dan in een gemiddeld Europees land in tegen-
646 stelling tot het aantal suïcides, dat met 50% is verhoogd ten aanzien van een Europees gemid-
647 delde.

648 Hoeveel personen worden ambulantly behandeld?

649 Opvallend is dat op korte termijn (i.c. 12 maanden) weinig professionele hulp gezocht voor
650 psychische stoornissen: op jaarbasis belandt ongeveer 1/3 met een psychische stoornis en 2/3
651 met suïcidaliteit in de hulpverlening. Hieraan gekoppeld is er een grote uitsteltijd tot het zoe-
652 ken van hulp. Belgen met een psychische stoornis stellen het zoeken van professionele hulp
653 (zowel eerstelijns als meer gespecialiseerde sectoren) gemiddeld 10-12 jaar uit. Dit is een hei-
654 kel punt, want lange uitsteltijd tussen het begin van de stoornis en het moment waarop pro-
655 fessionele hulp wordt gezocht is geassocieerd met een verhoogde kans op een progressief
656 verloop van de psychische problemen. Vanuit maatschappelijk oogpunt impliceert dus dat zo-
657 genaamde early-intervention centraal dient te staan, door te voldoen aan twee waarborgen:
658 de laagdrempeligheid van de ambulante voorzieningen en continuïteit van zorg (Bruffaerts et
659 al., 2011b).

660 Hoeveel personen worden residentieel behandeld?

661 De huidige epidemiologische data omtrent de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg in
662 België tonen aan dat behandelbeleid nog steeds erg opnamegericht is. Dat is gedeeltelijk te
663 begrijpen gezien de grote hoeveelheid psychiatrische bedden per 100.000 inwoners en het
664 aantal opnames dat wordt gerealiseerd in het psychiatrische beddenhuis. In België zijn er om-
665 en bij de 100.000 opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ, ongeveer 55.000 opnames) en
666 een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ, ongeveer 45.000 opnames)
667 (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu,
668 2011). De gemiddelde duur bedraagt 69 dagen in een PZ en 21 dagen in een PAAZ. Gemiddeld
669 wordt een patiënt tweemaal per jaar opgenomen (Umbach & Vanrillaer, 2014). Dat betekent
670 dat een PZ op jaarbasis ongeveer 3.800.000 ligdagen genereert (55.000×69) en een PAAZ on-
671 geveer 950.000 ligdagen per jaar (45.000×21). De bestaande crisisunits 'crisis en case manage-
672 ment' realiseren 6.000 opnames per jaar (met een gemiddelde verblijfsduur van 4 dagen) en
673 realiseren zo ongeveer 24.000 ligdagen per jaar (Bruffaerts et al., 2011). Het huidige systeem
674 van crisisunits, PZ en PAAZ genereert dus ongeveer 4.824.000 ligdagen per jaar.

675 Ingevulde, niet-ingevulde en (te)veel ingevulde zorg

676 De epidemiologie van psychische stoornissen toont aan dat er om en bij de 800.000 volwassen
677 Belgen op jaarbasis voldoen aan een psychische stoornis en er voor gemiddeld 200.000
678 (grosso modo tussen 160.000 à 240.000) personen een ziekenhuisopname (gedefinieerd als

679 ten minste één dag opname) dient voorzien te worden. Centraal staat de idee dat een groot
680 aantal personen met psychische problemen in de algemene bevolking een nood aan behan-
681 deling heeft terwijl deze toch niet in behandeling komen. Deze zogenaamde 'unmet need' (of:
682 niet-ingevulde zorgnood) wordt in België geschat op 6.2% van de algemene bevolking (onge-
683 veer 500.000 personen, waarvan 27.000 suïcidale personen) (Bruffaerts et al., 2011; 2014).
684 Omgerekend betekent dit dat er op jaarbasis per 100.000 inwoners 6.250 personen zijn met
685 een psychische stoornis en/of suïcidaliteit die niet wordt behandeld.

686

VERSCHUIVINGEN IN DE EPIDEMIOLOGIE SINDS 1990

687 In het zorggebruik zijn er drie grote verschuivingen geweest de laatste twee decennia: (1) de
688 prevalentie van psychische stoornissen op populatieniveau blijft relatief stabiel maar het aan-
689 tal personen dat effectief hulp zoekt stijgt met ongeveer 5% per jaar, in laagdrempelige en
690 eerstelijnssettings maar vooral (2) in spoedgevallendiensten en urgente diensten (ongeveer
691 13% per jaar); (3) personen met psychische stoornissen komen steeds vaker in behandeling
692 naar aanleiding van een crisis, crisogene situatie of een acuut voorval. Doorheen de jaren is
693 de acute zorg een centrale ingangspoort geworden voor een veelheid van psychische proble-
694 men (Larkin & Beautrais, 2010).

695 Vanuit een maatschappelijke gezondheidsvisie is het dus van groot belang op zowel micro-,
696 meso- en macroniveau een zorgaanbod te ontwikkelen dat zich in staat stelt om te gaan met
697 deze (hoge) niet-ingevulde zorgnood in België. In eerste instantie is het belangrijk om te wijzen
698 op de hoge densiteit in België van zowel ambulante als residentiële voorzieningen. De hoge
699 densiteit van behandelmogelijkheden betekent evenwel niet dat de zorgnood op een ade-
700 quate wijze kan worden ingevuld. Het is zelfs gebleken dat landen met minder ambulante en
701 residentiële voorzieningen een vergelijkbare niet-ingevulde zorgnood hebben als België (Al-
702 onso et al., 2002).

703 De werkgroep besluit dat de epidemiologische insteek wel een zicht heeft op de nodig aan-
704 wezige zorgvormen (wat is er minimaal nodig in een netwerk) maar weinig bijdraagt aan de
705 bepaling van de ideale omvang van een netwerk.

706 Wel kan worden besloten dat een netwerk voldoende groot moet zijn om te kunnen tege-
707 moetkomen aan een diversiteit van zorgnoden.

708

[Op basis van ervaringen van de huidige netwerken](#)

710

711 De werkgroep vroeg aan een aantal netwerken om hun keuze van subregio's binnen het net-
712 werk te expliciteren alsook de ervaringen van de terreinmensen te bevragen : hoe ervaren
713 terreinmensen (uit de verschillende functies) de omvang van hun subregio (te
714 groot/klein/gepast/...) en om welke reden.

715 Uit deze inventarisatie van ervaringen van 5 netwerken, onthoudt de werkgroep:

- 716 - Dat het huidige netwerk vaak is opgedeeld in kleinere gebieden van circa 100 à
717 125.000 inwoners;

- 718 - De grenzen van deze subgebieden vaak samenvallen met culturele grenzen, welke
719 vaak een vertaling zijn van cultuurhistorische grenzen;
- 720 - Deze subgebieden een vertaling zijn van vroeger natuurlijk opgebouwde samenwer-
721 kingen tussen actoren zijn;
- 722 - De grenzen van deze subgebieden in Vlaanderen vaak gelijklopend zijn met de gren-
723 zen van de samenwerking in de eerstelij. In Brussel en Wallonië is dit niet het geval;
- 724 - In elke subregio vaak een minimumaanbod aan GGZ-aanbod aanwezig is: PZ, PAAZ,
725 PVT, CGG, activering;
- 726 - Generalistische zorg moet aanwezig zijn binnen elke subregio, specialistische zorg
727 mag op een hogere schaalgrootte beschikbaar zijn;
- 728 - Het netwerk een optelling is van twee of meer van deze subregio's.
- 729 - Aaneengesloten gebieden met enkele uitzonderingen, oa aaneengesloten taalgebie-
730 den, vb Franstalige inwoners van de gemeente Komen die bediend worden door een
731 Henegouws netwerk met tusseninliggend werkingsgebied van Nederlandstalige net-
732 werken
- 733 - Grensgebieden, waarbij ook inwoners van het buurland in rekening moeten worden
734 genomen.

735

736 Besluitend

737 In de zoektocht naar de criteria om werkingsgebieden voor de netwerken GGZ volwassenen
738 af te bakenen, zal men een evenwicht moeten zoeken tussen:

- 739 - De aanwezigheid van een minimaal aanbod (capaciteit aan zorg)
- 740 - De aanwezigheid van een minimaal type actoren (verscheidenheid aan zorg) maar
741 ook niet te veel. Zo niet wordt de samenwerking te complex
- 742 - De afstand die cliënten en hulpverleners moeten afleggen (criterium bereikbaarheid)
- 743 - Culturele factoren :
- 744 o Talen vb grensgebieden, taalgroepen (vb de taalgrensgemeenten oa ge-
745 meente Komen
- 746 o Dialecten (vb Picardie =/= Mons in de provincie Henegouwen) waarin het dia-
747 lect een uiting is van een achterliggende cultuur
- 748 o Socio-economische entiteiten: krachtige, historische natuurlijke gehelen van
749 inwoners die zich als entiteit herkennen (en dus ook GGZ in die regio zoeken).
- 750 - De kostenefficiëntie hoe kan de zorg ook budgettair efficiënt georganiseerd worden.

751

752 Vanuit het standpunt van gebruikers, wordt zeker het principe van bereikbaarheid naar voor
753 geschoven: generalistische en basiszorg dient vlot bereikbaar te zijn voor mensen met GGZ-
754 problemen. Om deze bereikbaarheid af te toetsen, kijken de gebruikers in de eerste plaats
755 naar

756 de verplaatsingstijd (met openbaar vervoer) in verhouding tot de aard van ingevulde
757 noden.

758

759 BIJLAGE 4 : OVERZICHT VAN HET BELEID VAN DE DIVERSE OVERHEDEN

760

761 In een poging om het beleid van de verschillende overheden samen te vatten, kan worden gesteld:

762 - Dat de meeste overheden bezig zijn met het uitstippelen van een beleid op allerlei domei-
763 nen. De meeste overheden bevinden zich in een denkfase, waarbij op heden nog weinig is
764 beslist. Bijgevolg is het voor de werkgroep moeilijk om de concrete impact in te schatten op
765 de afbakening van werkingsgebieden voor de geestelijke gezondheid voor de doelgroep vol-
766 wassenen;

767 - Indien er iets terug te vinden is in het beleid van de overheden, betreft het elementen die
768 betrekking hebben op de operationele samenwerking tussen actoren. Over de governance
769 structuren van deze werkingsgebieden wordt amper tot niets gezegd in de beleidsplannen
770 van de diverse overheden;

771 - De diverse overheden hanteren op heden diverse schaalgroottes voor diverse beleidsdomei-
772 nen. Zo is er onder meer sprake van:

773 o Gemeentelijke autonomie, waarbij gemeenten voor een aantal beleidsdomeinen sa-
774 menwerken in intergemeentelijke samenwerkingen of verder geformaliseerd in in-
775 tercommunales

776 o Eerstelijns in Wallonië: 100.000 à 500.000 inwoners voor de werkingsgebieden van de
777 SISD en SPAD

778 o Vlaanderen: eerstelijnszone: 75 à 125.000 inwoners en regionaal stedelijke gebieden
779 van 350 à 450.000 inwoners

780 o Duitstalige gemeenschap: ????

781 o Brussel: gemeenten binnen het Brussels gewest en thematische netwerken met di-
782 verse schaalgroottes;

783 o Federaal: (algemene) ziekenhuisnetwerken 400 à 500.000 inwoners

784 o Overlegplatforms: hele provincie (met enkele uitzonderingen)

785 o Netwerken kinderen en jongeren: provincie

786 o Forensische netwerken: 2 of 3 provincies samen (cfr Hof van Beroep)

787 o De tegengestelde beweging inzake de provincies: inperking van de rol van de provin-
788 cies in Vlaanderen en behoud / versterking van de provincies in Wallonië

789 o Geen enkele overheid uitspraken heeft gedaan dat de netwerken geestelijke gezond-
790 heid volwassenen zullen opgaan / worden geïncorporeerd in andere netwerken. Ook
791 het omgekeerde werd door niemand uitgesproken: de netwerken GGZ zullen geen
792 andere netwerken opsloppen;

793 o Er een tendens kan worden ontwaard dat de GGZ-netwerken eerder een grotere link
794 vertonen met eerstelijnsnetwerken dan met de op stapel staande netwerken alge-
795 mene ziekenhuizen;

796 o Men er van uitgaat dat de forensische opdrachten reeds worden opgenomen door
797 de bestaande GGZ-netwerken volwassenen en dus geen afzonderlijke netwerken no-
798 dig zijn.

799 o De gewest- en gemeenschapsoverheden alsook de GGZ-actoren vragende partij zijn
800 om rekening te houden met regionale verschillen, met hierin onder meer meer
801 ruimte voor verschillen inzake een stedelijke dan wel landelijke omgeving, naats an-
802 dere factoren.