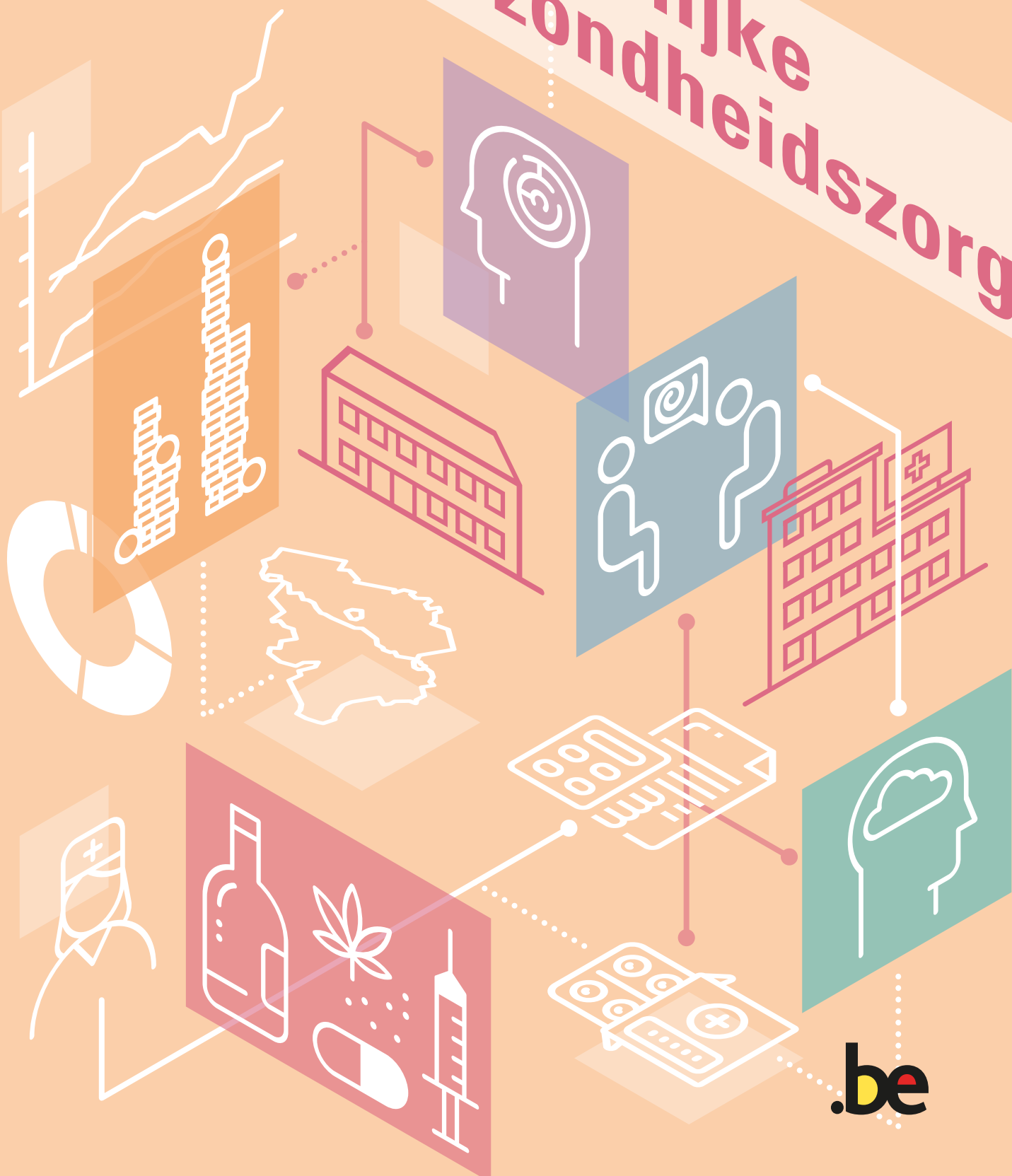


BLIKVANGER
GEZONDHEIDSZORG

Editie 2021

Geestelijke Gezondheidszorg



Colofon

ONDERWERP

Dit rapport biedt aan de hand van enkele kerncijfers een **overzicht van de werking van het functioneren van psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ).**

REDACTIECOMITÉ

De leden van het Directoraat-Generaal Gezondheidszorg in het bijzonder de diensten 'Data & beleidsinformatie' en 'Psychosociale Gezondheidszorg'.

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Tom Auwers,
Galileelaan 5/2 – 1210 Brussel.

CONTACTGEGEVENS



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

Galileelaan 5/2 – 1210 Brussel
T. +32 (0)2 524 97 97 (Service Center
Gezondheid)

Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.

Dit document is beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu:

www.gezondheid.belgie.be
en www.gezondbelgie.be

Wettelijk depot: D/2021/2196/11

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR VOLWASSENEN 6

1. Organisatie van het zorgaanbod voor volwassenen 6
2. Ziekenhuisactiviteiten in PZ en PAAZ voor volwassenen 16
3. De meest voorkomende hoofddiagnose in PZ en PAAZ voor volwassenen 21
4. Patiëntenstromen in PZ en PAAZ 24

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR KINDEREN EN JONGEREN 26

1. Organisatie van het zorgaanbod voor kinderen en jongeren 26
2. Ziekenhuisactiviteiten in PZ en PAAZ voor kinderen en jongeren 30

INITIATIEVEN INZAKE ALTERNATIEVEN VOOR HOSPITALISATIE 34

1. Buiten gebruikstelling of bevrozing van bedden 34
2. Eerstelijns psychologische functie (ELP) 37

FINANCIERING VAN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN 39

PERSONEEL IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN 41

FORENSISCHE ZORG 43

1. Internering 43
2. Gespecialiseerde zorg voor justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek (For K) 48

VERSLAVINGSZORG 49

VOORWOORD

“Cijfers laten analyse toe. Vandaag de dag ligt de nadruk op het gebruik en de valorisatie van deze gegevens, de interpretatie en de vergelijkbaarheid ervan.”

Annick Poncé

Zoals voor veel andere instellingen bestaat één van de uitdagingen van het Directoraat-generaal Gezondheidszorg (DGGS) erin een meer solide datastrategie te verwerven. Die strategie betreft verschillende facetten: zowel het technisch beheer als de toegankelijkheid als de exploitatie van de gegevens. Binnen het DGGS werden hieromtrent verschillende initiatieven genomen. Twee jaar geleden werd een strategische oefening gerealiseerd: de herziening van de missie, de visie, de strategie, de organisatiestructuur, de versterking van de competenties en het beheer van de huidige gegevens in een evolutieve benadering. Hierbij werd rekening gehouden met de externe partnerschappen van vandaag en morgen. Deze oefening heeft niet alleen geleid tot een vernieuwde dienst “Data en Beleidsinformatie” maar heeft vooral de verdienste gehad om de essentie naar voren te brengen.

We beschikken over enorm veel gegevens, in het bijzonder in de 4 sectoren waarin het DGGS actief is: ‘ziekenhuizen’, ‘gezondheidsprofessionals’, ‘dringende geneeskundige hulpverlening’ en ‘psychosociale zorg’. In 2019 hebben we daarom beslist een periodiek syntheserapport te publiceren voor elk van de 4 sectoren waarin we voornamelijk actief zijn. We hebben ervoor gekozen om u de belangrijkste gegevens van elke sector op een bevattelijke wijze voor te stellen.

In ons eerste rapport met als titel “[Blikvanger Gezondheidszorg – algemene ziekenhuizen](#)” stelden we u volgende gegevens voor:

- kerngegevens in verband met de organisatie: aantal ziekenhuizen, soorten ziekenhuizen, ...
- kerngegevens in verband met de financiering: bijvoorbeeld onderdelen van het budget, ...
- kerngegevens in verband met de zorg: bijvoorbeeld soorten zorg, volume aan zorg, ...
- kerngegevens in verband met de kwaliteit: bijvoorbeeld aantal indicatoren waarover we beschikken in het kader van de programma’s kwaliteit (meerjarenprogramma’s inzake kwaliteit en veiligheid, BAPCOC, BelMIP, colleges van artsen, farmaceutisch platform, IHAB, P4Q, ...)

Het succes van de eerste uitgave van “Blikvanger Gezondheidszorg” versterkt onze overtuiging: we bezitten een schat aan gegevens. Deze kennis behoort iedereen toe. Deze overvloed aan kennis is echter slechts waardevol als ze wordt gedeeld. En dat is wat belangrijk is: de gegevens delen, ze verwerken, de tijd nemen om er informatie uit af te leiden en deze vervolgens op een wijze en waardevolle manier toepassen in onze volgende beslissingen.

Het rapport, dat we u vandaag voorleggen, is gewijd aan de **geestelijke gezondheidszorg**. We nemen de werking van de **psychiatrische ziekenhuizen (PZ)** en de **psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ)** onder de loep. De weergave van deze cijfers is de eerste en bescheiden stap in de analyse om een globaal beeld te geven van de structuur en de werking van de sector.

We zijn van plan om deze “Blikvanger” periodiek te herhalen om de evolutie en tendensen te kunnen duiden. Het is onze ambitie om deze analyses met u te delen en deze in de toekomst verder te ontwikkelen.

Veel leesplezier,

Annick Poncé
waarnemend Directeur-generaal

INLEIDING

Het beleid met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in België behoort deels tot de bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten en deels tot de bevoegdheid van de federale overheid. Om de samenhang te bevorderen werd de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC Volksgezondheid) opgericht. De protocollen van deze IMC vormen de grondslag voor de verschillende hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg in België.

Deze hervormingen focussen op doelgroepen in functie van leeftijd. Zo werden de hervormingen voor “Volwassenen” en “Kinderen en Jongeren” reeds vertaald naar pilootprojecten waarin dit nieuwe beleid stapsgewijs en op vrijwillige basis in de praktijk wordt omgezet. Op termijn moeten deze projecten leiden naar nieuwe regelgeving en financiering. Momenteel worden stappen gezet om een nieuw GGZ-beleid voor de doelgroep “Ouderen” uit te werken.

Twee thema’s lopen als een rode draad doorheen al deze hervormingen, met name de **“Vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg”** en de **“Samenwerking in netwerken”**.

De vermaatschappelijking houdt in dat ook voor ernstige psychiatrische aandoeningen er zoveel mogelijk zorg wordt aangeboden in de directe leefomgeving van de patiënt. Indien opname in een ziekenhuis toch onvermijdelijk blijkt, wordt deze liefst zo kort mogelijk gehouden. De vervolgzorg wordt zo snel als mogelijk overgedragen aan extramurale zorgverleners. Dit principe impliceert dat de ziekenhuiszorg wordt geïntensifieerd.

De samenwerking in netwerken houdt in dat zorgverstrekkers en actoren samen gepersonaliseerde zorgtrajecten realiseren, op basis van de individuele zorgnoden van patiënten.

In deze Blikvanger gaan we niet in op het gamma zorgverstrekkers dat deel uitmaakt van deze GGZ-netwerken maar focussen we op het effect dat deze manier van werken kan hebben op het ziekenhuislandschap en het functioneren van psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ).

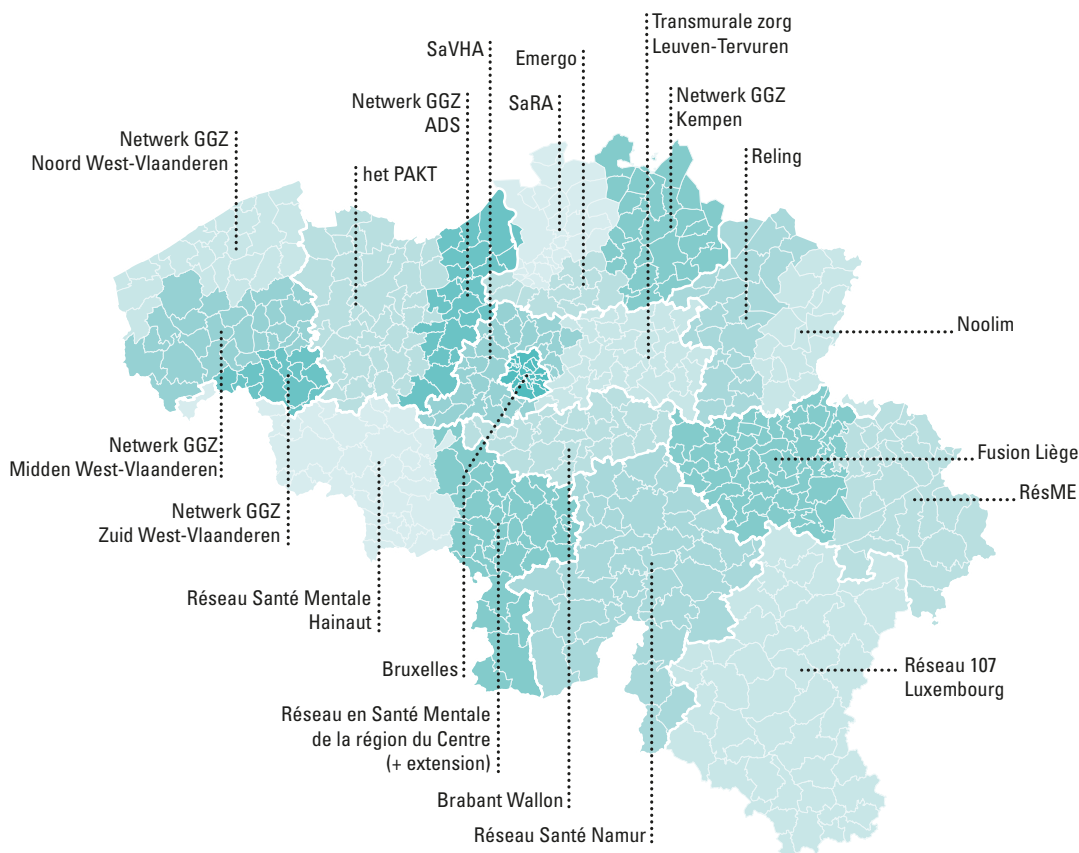
Het zorgaanbod voor “Volwassenen” en “Kinderen en Jongeren” is danig verschillend en van een andere grootteorde, dat geopteerd werd om de data in functie van deze doelgroepen uit te splitsen.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR VOLWASSENEN

1. Organisatie van het zorgaanbod voor volwassenen

1.1. Netwerken in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen

Tien jaar geleden werd door de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid het startschot gegeven voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor volwassenen. Diverse pilootprojecten werden gelanceerd waarbij de geestelijke gezondheidszorgnetwerken (GGZ-netwerken) werden gecreëerd en stelselmatig werden uitgebreid. In 2017 vond er een evaluatie plaats en werden een aantal netwerken hertekend waardoor er uiteindelijk **20 GGZ-netwerken voor volwassenen** overbleven. Op dit moment maakt elke Belgische gemeente deel uit van één van de 20 GGZ-netwerken.



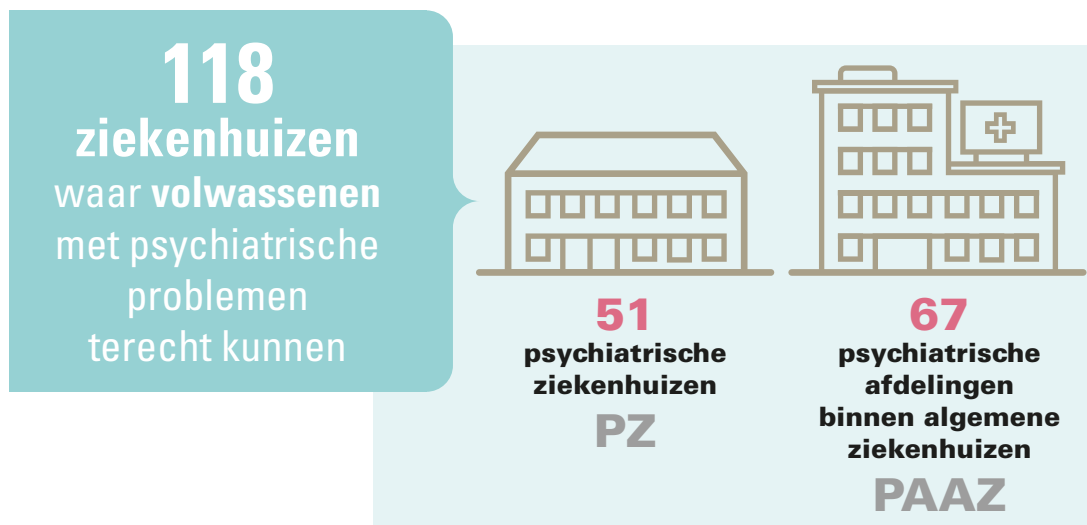
Meer weten over de
verschillende initiatieven inzake
de geestelijke gezondheidszorg
voor volwassenen:

www.psy107.be

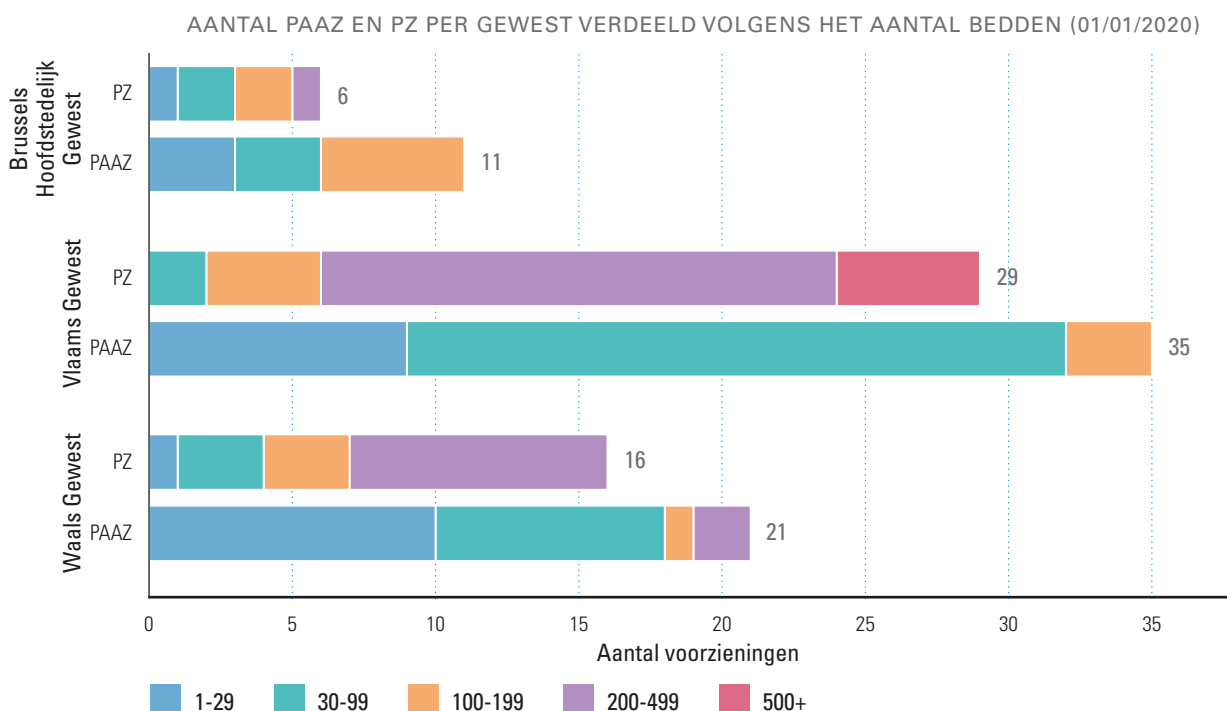


1.2. Ziekenhuizen

België telt **51 psychiatrische ziekenhuizen (PZ)** en **67 psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen (PAAZ)** waar volwassenen met psychiatrische problemen terecht kunnen¹.



Een derde van de PAAZ heeft een beperkt aanbod voor psychiatrische zorgen voor volwassenen en beschikt slechts over 1 tot 30 bedden hiervoor. Niettemin zijn er in België 11 algemene ziekenhuizen die beschikken over 100 of meer psychiatrische bedden voor volwassenen. Daarnaast zijn er een beperkt aantal PZ met een zeer klein aantal bedden, die vaak voornamelijk dagopnames aanbieden.



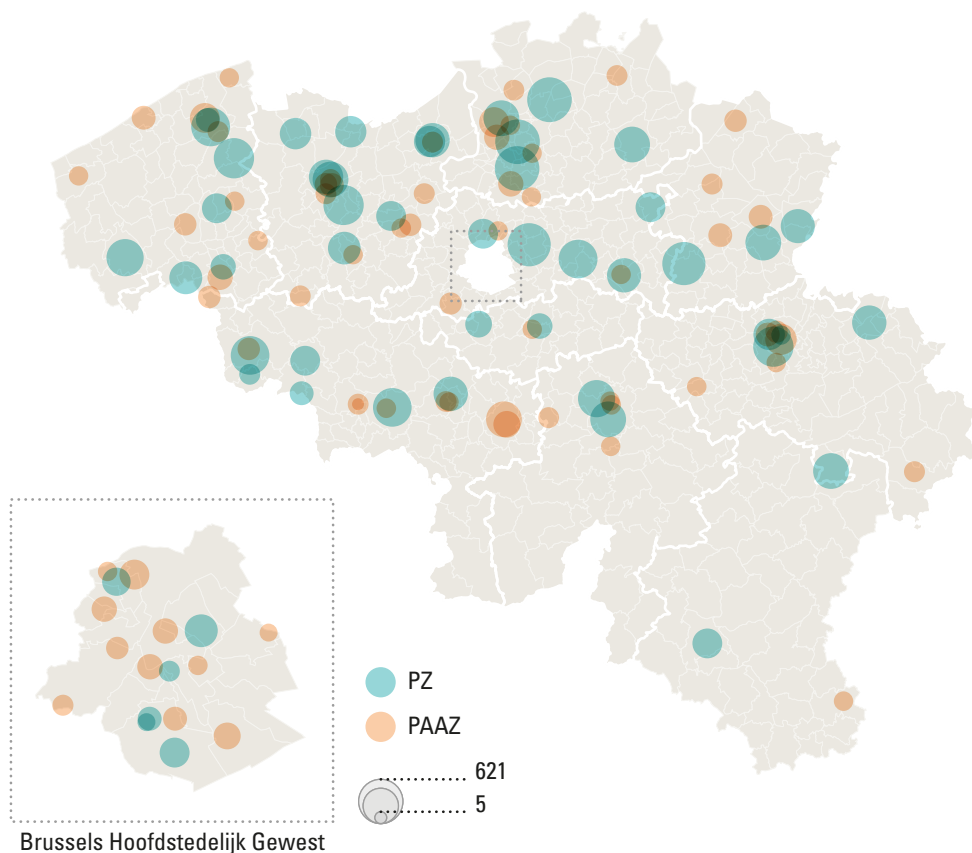
Het Vlaamse Gewest telt duidelijk meer PZ en PAAZ in vergelijking met de andere gewesten. Dit is verder het enige gewest dat over 5 PZ beschikt waar er plaats is voor meer dan 500 patiënten. In het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest zijn er bijna dubbel zoveel PAAZ als PZ. Bijna de helft van de PAAZ tellen honderd bedden of meer. In het Waalse Gewest treffen we eveneens grote PAAZ aan, zelfs twee met meer dan 200 bedden.

1 Bron: CIC, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu (1/01/2020)

Naast het aanbod verschilt ook de spreiding van PZ en PAAZ naargelang het gewest. In het Vlaamse Gewest is de spreiding van de PZ en PAAZ voor volwassenen het meest evenwichtig. We zien concentraties rond grootsteden zoals Gent, Antwerpen en Leuven. Daarentegen is het aanbod aan psychiatrische diensten voor volwassenen in de Westhoek, de Vlaamse Ardennen met aansluitend het Pajottenland en de regio van de Kempen met het Noorden van Limburg eerder beperkt. Toch kan gesteld worden dat op elke plaats, binnen een straal van 50 kilometer, een PZ of PAAZ aanwezig is.

In het Waalse Gewest ziet de situatie er helemaal anders uit. Nagenoeg alle PZ en PAAZ voor volwassenen situeren zich op de as Doornik, Charleroi, Bergen, Luik, Verviers. Daarenboven is er geen enkele PZ of PAAZ aanwezig in de arrondissementen Thuin, Philippeville, Dinant, Marche-en-Famenne, Neufchâteau en Bastogne.

SPREIDING VAN PZ EN PAAZ IN BELGIË MET AANDUIDING VAN AANTAL BEDDEN (01/01/2020)



1.3. Soorten hospitalisatie

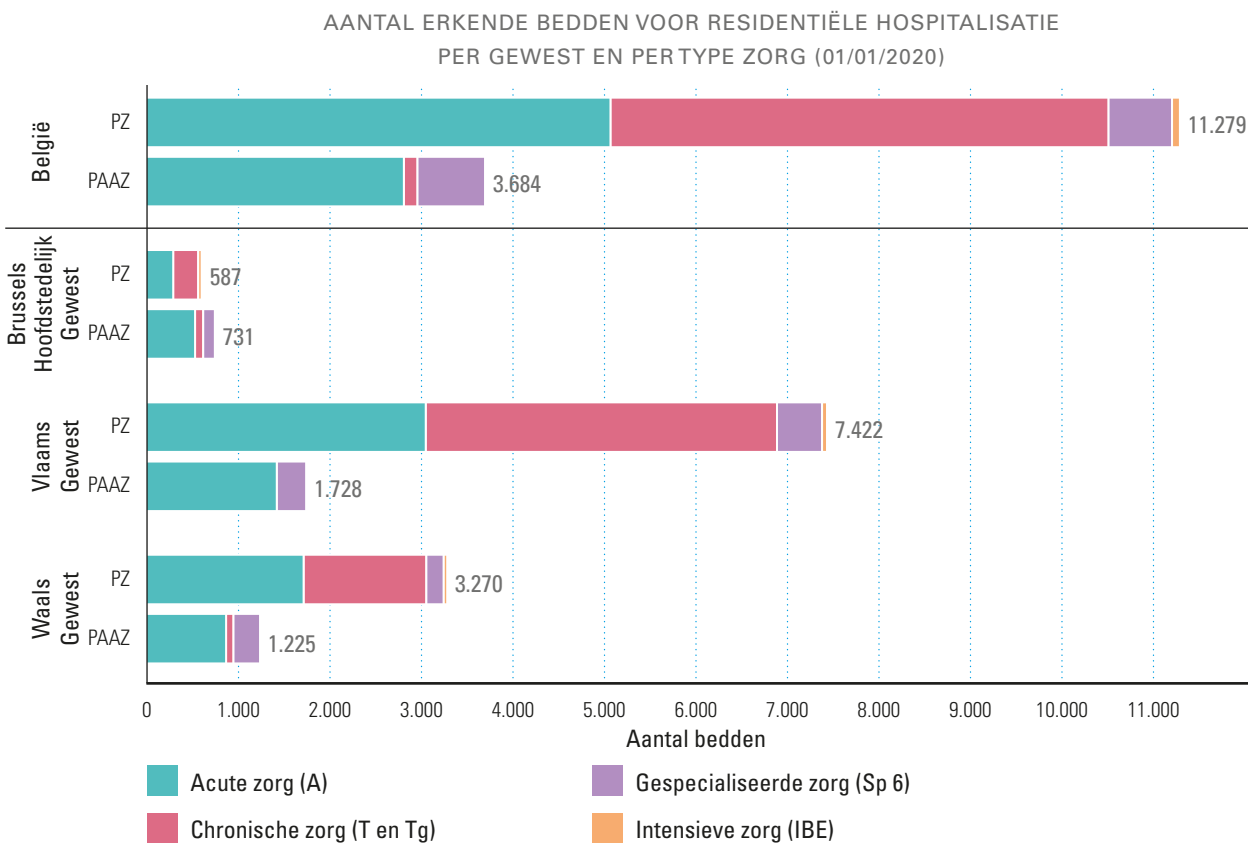
In de psychiatrische zorg is het mogelijk dat een patiënt wordt opgenomen in een psychiatrische dienst waarbij de patiënt dag en nacht verblijft in de instelling. Men spreekt hier van een residentiële hospitalisatie. Daarnaast is het mogelijk dat een patiënt enkel overdag of enkel 's nachts in de instelling verblijft. Dit noemt men een partiële hospitalisatie.

SOORTEN BEDDEN VOOR RESIDENTIËLE HOSPITALISATIE

Psychiatrische instellingen worden vaak ingedeeld in verschillende eenheden in functie van de aangeboden therapie of pathologie. In elke eenheid zijn een aantal erkende bedden beschikbaar met een specifieke kenletter die het type aangeboden zorg weerspiegelt:

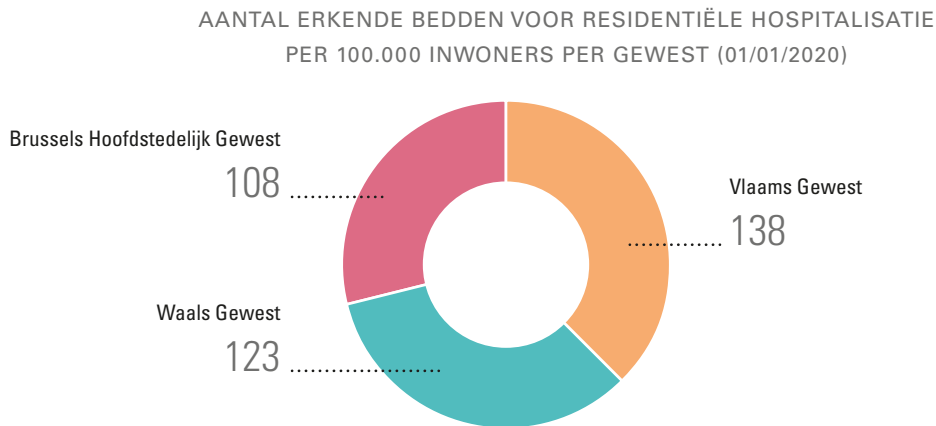
- **Bedden voor acute zorg (kenletter A):** De dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling (dag en nacht) van volwassen patiënten met nood aan dringende hulp;
- **Bedden voor chronische zorg (kenletter T):** De dienst neuro-psychiatrie voor behandeling (dag en nacht) van langdurige en chronische problematiek bij volwassenen, gericht op de sociale weder aanpassing. In deze publicatie worden de bedden voor de **neuro-psychiatrische behandeling van geriatrie patiënten (kenletter Tg)** in deze categorie meegerekend;
- **Bedden voor gespecialiseerde zorgen (kenletter Sp 6):** Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen;
- **Bedden voor intensieve zorg (kenletter IBE: pilootproject sinds 2009):** Intensieve behandelingsseenheid voor sterk gedragsgestoorde en/of agressieve volwassen patiënten.

De openbare PZ in Geel en Lierneux beschikken eveneens over bedden en plaatsen voor ‘Gezinsplaatsing of psychiatrische gezinsverpleging’(kenletter Tf). Deze zijn atypisch voor het Belgische ziekenhuislandschap en worden in deze publicatie buiten beschouwing gelaten.



Bovenstaande cijfers geven het aantal psychiatrische bedden voor volwassenen weer in absolute aantallen. Men kan observeren dat PAAZ voornamelijk bestaan uit bedden voor acute zorg (kenletter A).

Verder ziet men een grote discrepantie tussen de verschillende gewesten. Wanneer de cijfers echter worden weergegeven in functie van het aantal inwoners, stellen we vast dat het contrast tussen de gewesten minder groot is maar dat het Vlaamse Gewest nog steeds de koploper is met 138 bedden per 100.000 inwoners.



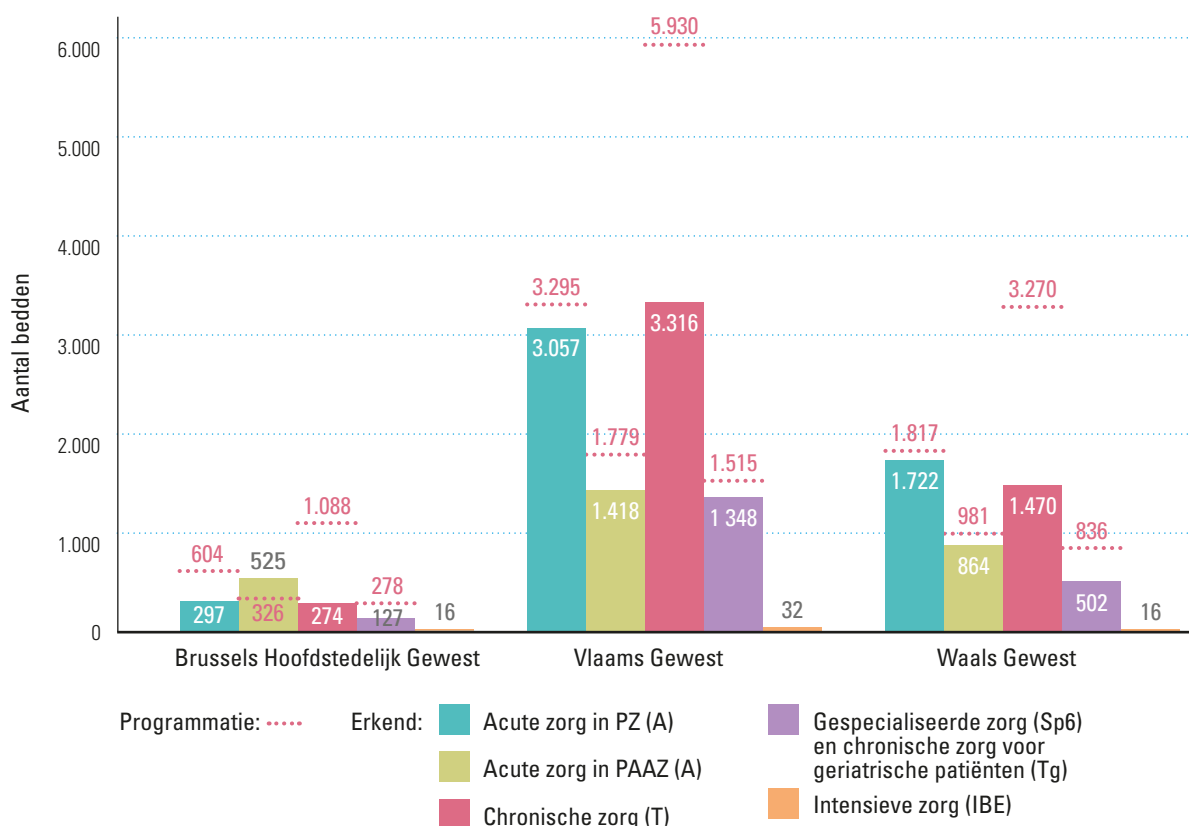
Gemiddeld tellen we in België

130 residentiële bedden
in PZ en PAAZ samen
per 100.000 inwoners

Het aantal bedden en de spreiding ervan is historisch gegroeid. Om een gelijkmatige spreiding te bewerkstelligen werden er door de federale overheid programmatiecriteria ingevoerd.

Kenletter	Programmatie criterium
A (PZ)	0,50 bedden per 1.000 inwoners
A (PAAZ)	0,27 bedden per 1.000 inwoners
T	0,90 bedden per 1.000 inwoners
Sp6 + Tg	0,23 bedden per 1.000 inwoners
IBE	64 bedden voor België

AANTAL BEDDEN VOORZIEN IN PROGRAMMATIE EN AANTAL ERKENDE BEDDEN VOOR RESIDENTIËLE HOSPITALISATIE PER GEWEST (01/01/2020)^[2]

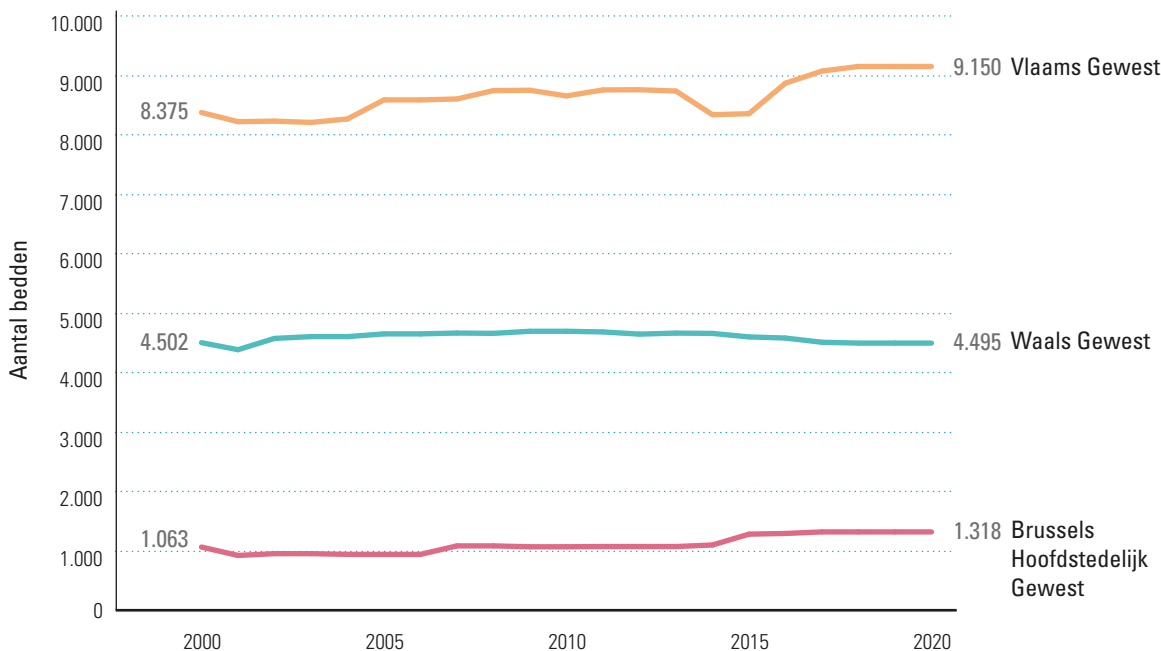


Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest heeft meer residentiële bedden voor acute zorg (kenletter A) in PAAZ per 1.000 inwoners dan voorzien volgens het programmatie criterium. Het gewest heeft echter minder residentiële bedden voor acute zorg (kenletter A) per 1.000 inwoners in PZ wat atypisch is voor het algemeen aanbod aan psychiatrische ziekenhuisbedden.

2 Meer informatie over de programmatiecijfers: [Cijfers programmatie ziekenhuisbedden](#) en [Toelichtingsnota programmatie ziekenhuisbedden](#)

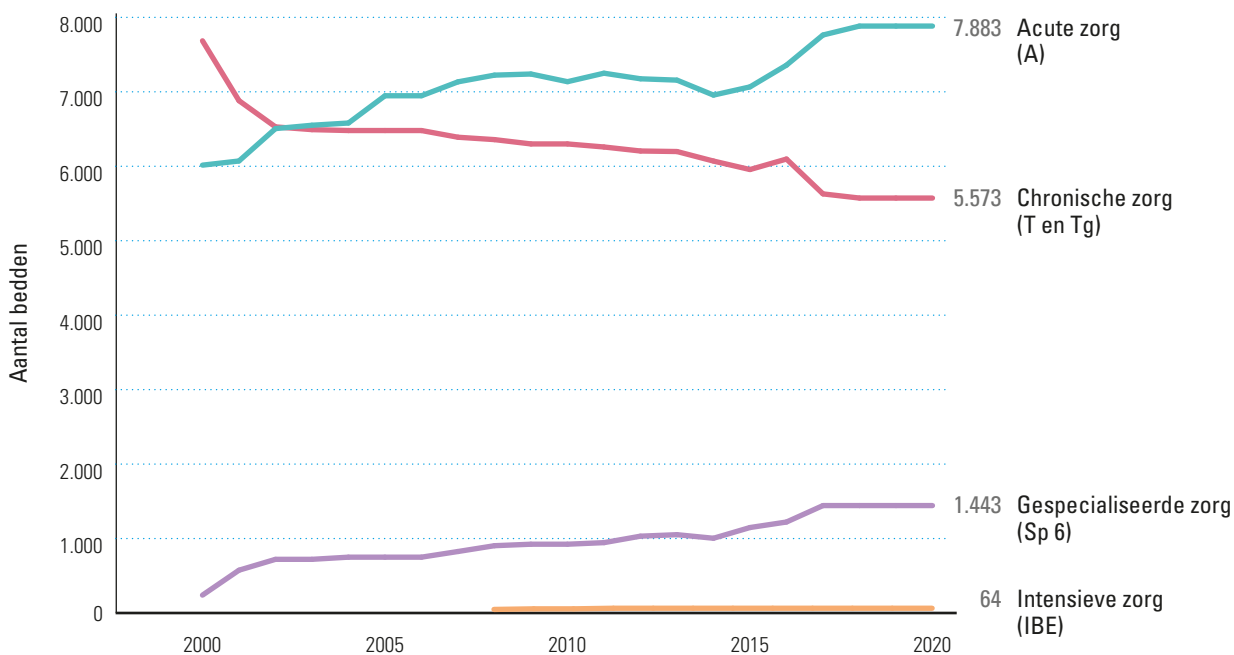
Het totaal aantal psychiatrische bedden voor volwassenen in PZ en PAAZ voor residentiële hospitalisatie schommelt zeer weinig doorheen de tijd. Wanneer we de laatste 20 jaar bekijken, stellen we een status quo vast in het Waalse Gewest, een stijging van 9,3 % in het Vlaamse Gewest en van 24,0 % in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL ERKENDE BEDDEN VOOR RESIDENTIËLE HOSPITALISATIE IN PZ EN PAAZ



Wanneer we de evolutie van het aantal bedden per type zorg bekijken, stellen we vast dat er een verschuiving plaatsvond van bedden voor chronische zorg naar bedden voor acute zorg vanaf 2015. Dit weerspiegelt de inspanningen in het kader van de hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg. Hier werd bepaald dat er geen nieuwe bedden kunnen gecreëerd worden zonder de afbouw van het ter beschikking stellen van andere bedden.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL ERKENDE BEDDEN VOOR RESIDENTIËLE HOSPITALISATIE PER TYPE ZORG IN PZ EN PAAZ



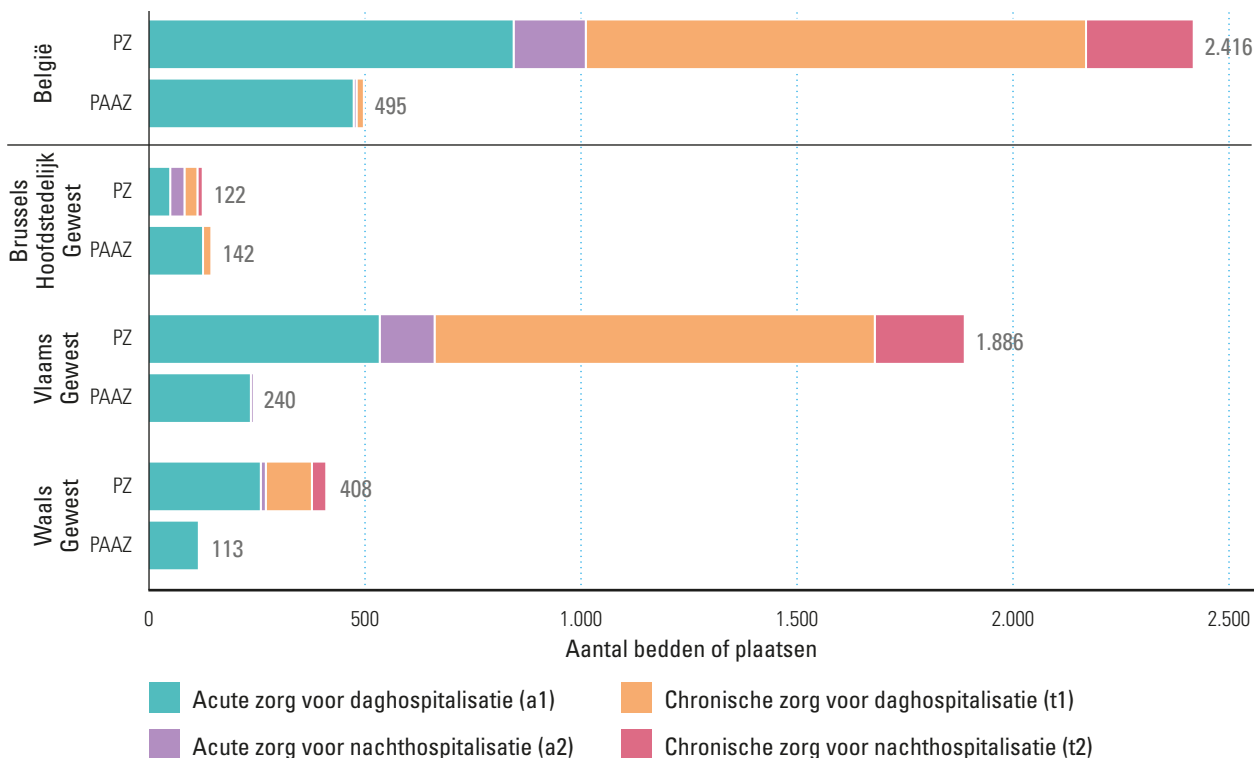
SOORTEN BEDDEN EN PLAATSEN VOOR PARTIËLE HOSPITALISATIE

Bij partiële hospitalisatie wordt een onderscheid gemaakt tussen de volgende types van bedden en plaatsen:

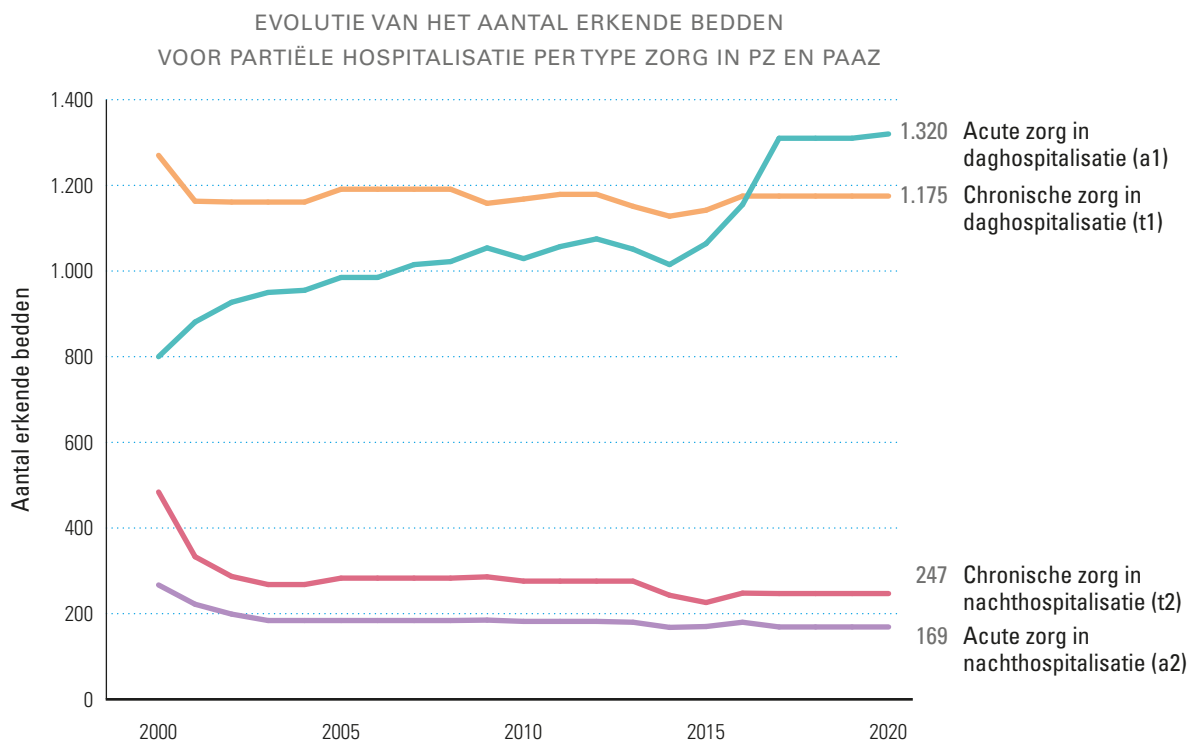
- **Plaatsen voor acute zorg voor daghospitalisatie (kenletter a1):** De dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling voor daghospitalisatie van volwassen patiënten met nood aan dringende hulp;
- **Bedden voor acute zorg voor nachthospitalisatie (kenletter a2):** De dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling voor nachthospitalisatie van volwassen patiënten met nood aan dringende hulp;
- **Plaatsen voor chronische zorg in daghospitalisatie (kenletter t1):** De dienst neuro-psychiatrie voor daghospitalisatie voor volwassenen met een langdurige en chronische problematiek;
- **Bedden voor chronische zorg in nachthospitalisatie (kenletter t2):** De dienst neuro-psychiatrie voor nachthospitalisatie voor volwassenen met een langdurige en chronische problematiek.

De diensten voor partiële hospitalisatie zijn vooral gesitueerd in PZ. In PAAZ worden er geen bedden voor nachthospitalisatie aangeboden met uitzondering van 2 bedden voor acute zorg in nachthospitalisatie (a2-bedden) in het Vlaamse Gewest. Inzake daghospitalisatie worden er in de PAAZ vooral diensten voor acute zorg (a1-bedden) aangeboden. Er is slechts één PAAZ in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest die 17 plaatsen voor chronische zorg in daghospitalisatie (t1-bedden) aanbiedt.

AANTAL ERKENDE BEDDEN OF PLAATSEN VOOR PARTIËLE HOSPITALISATIE
PER GEWEST EN PERTYPE ZORG (01/01/2020)

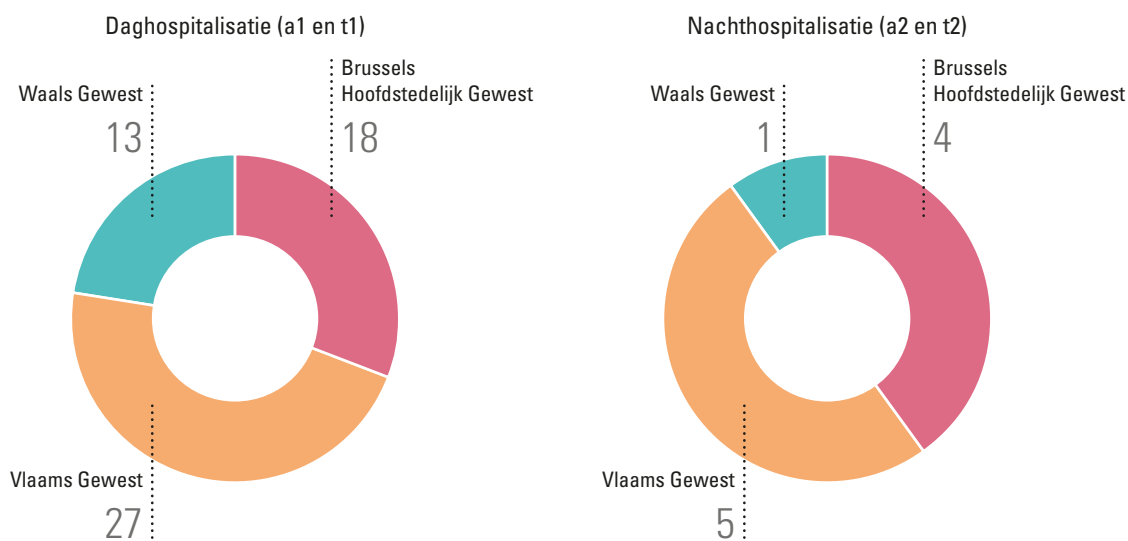


Doorheen de jaren stellen we een lichte daling vast in het aanbod van plaatsen in nachthospitalisatie. Het aantal plaatsen voor acute daghospitalisatie (a1) neemt duidelijk toe. In de praktijk vertaalt zich dat in een evolutie van het aanbod van eerder chronische zorg naar acute behandeling of dagtherapie.



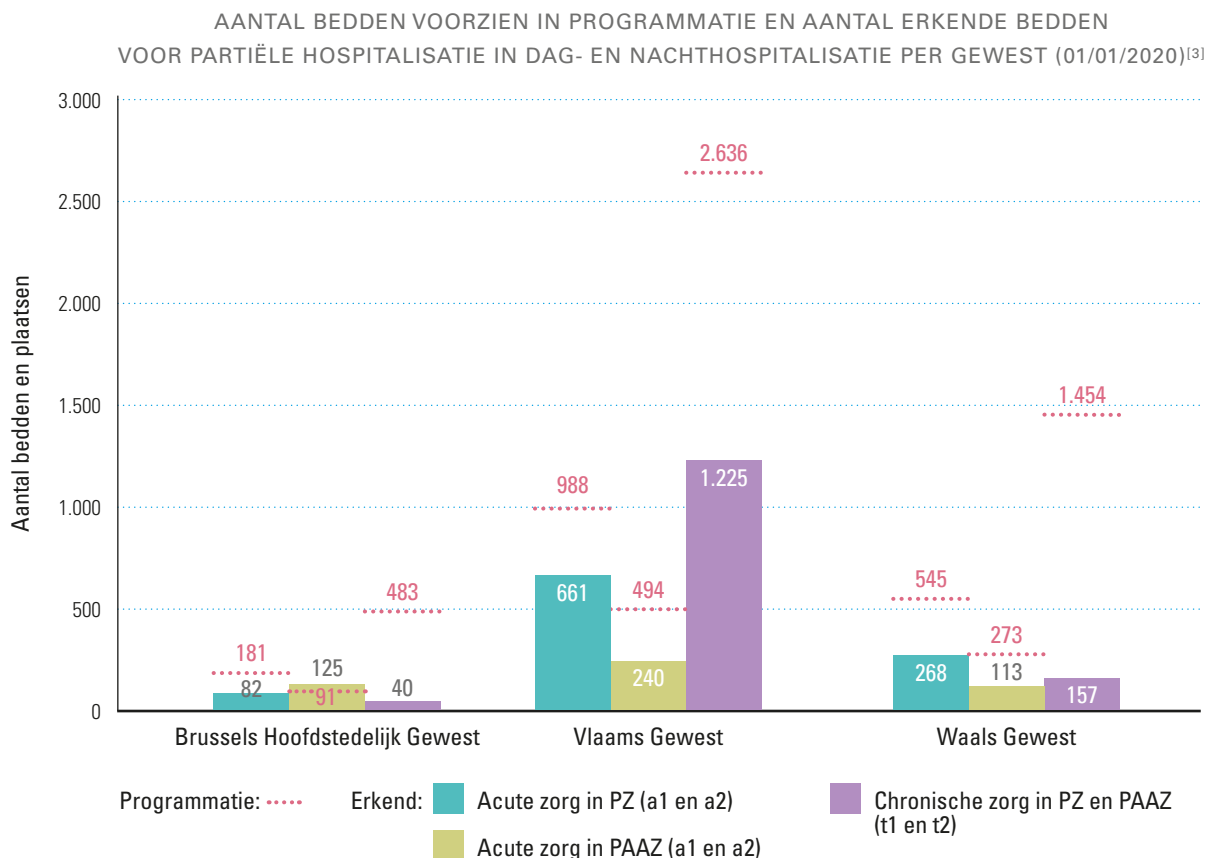
In verhouding tot het bevolkingsaantal worden er meer plaatsen voor partiële hospitalisatie aangeboden in het Vlaamse Gewest en dit zowel voor dag- als voor nachthospitalisatie. Het aanbod aan zowel dag als nachthospitalisatie ligt in het Waalse Gewest het laagst.

**AANTAL ERKENDE BEDDEN OF PLAATSEN VOOR PARTIËLE HOSPITALISATIE
PER 100.000 INWONERS PER GEWEST (01/01/2020)**



In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest stellen we vast dat er meer bedden en/of plaatsen voor dag- en nachthospitalisatie worden voorzien in PAAZ dan beschreven volgens de programmatiecijfers. Daarentegen zijn er in PZ slechts minder dan de helft van de bedden en/of plaatsen erkend dan beschreven volgens de programmatiecijfers.

Kenletter	Programmatiecriterium
a1 + a2 (PZ)	0,15 bedden per 1.000 inwoners
a1 + a2 (PAAZ)	0,075 bedden per 1.000 inwoners
t1 + t2	0,40 bedden per 1.000 inwoners

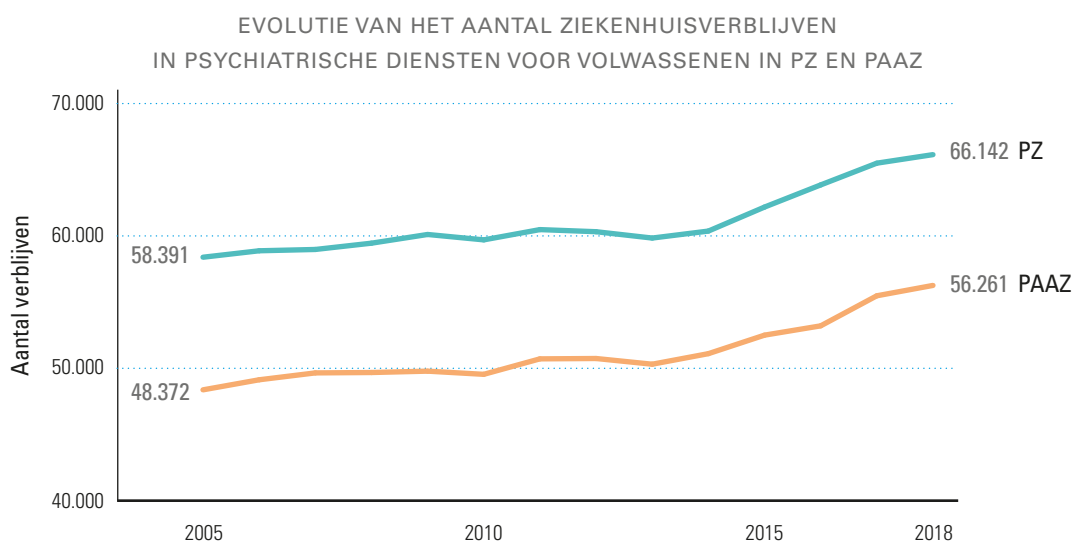


3 Meer informatie over de programmatiecijfers: [Cijfers programmatie ziekenhuisbedden](#) en [Toelichtingsnota programmatie ziekenhuisbedden](#)

2. Ziekenhuisactiviteiten in PZ en PAAZ voor volwassenen

2.1. Ziekenhuisverblijven

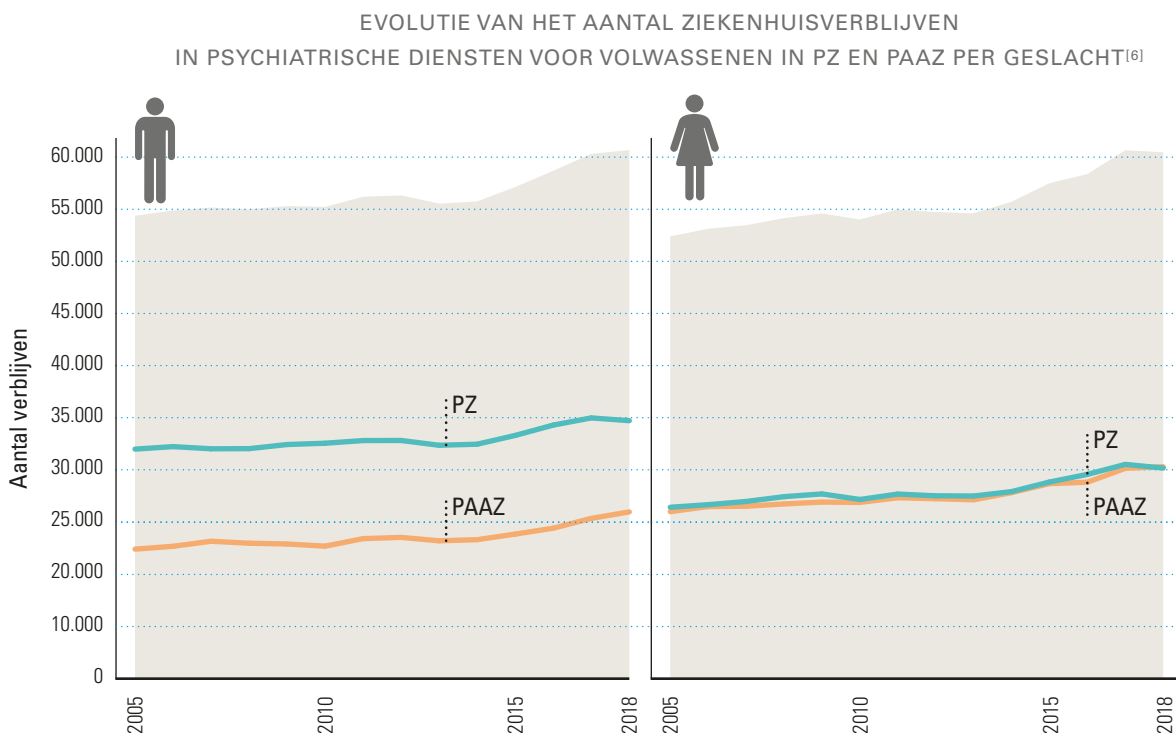
In 2018 werden er in totaal 122.403 verblijven (residentieel en partieel) geregistreerd in psychiatrische diensten voor volwassenen in PZ en PAAZ. Hiervan werden er 66.142 gerealiseerd in PZ en 56.261 in PAAZ^{[4][5]}. Dit betekent, in vergelijking met 2005, een toename van het aantal verblijven met 13,3% in PZ en met 16,3% in PAAZ. Daarnaast kunnen we vaststellen dat de evolutie van het aantal verblijven in PAAZ quasi parallel verloopt aan deze in de PZ.



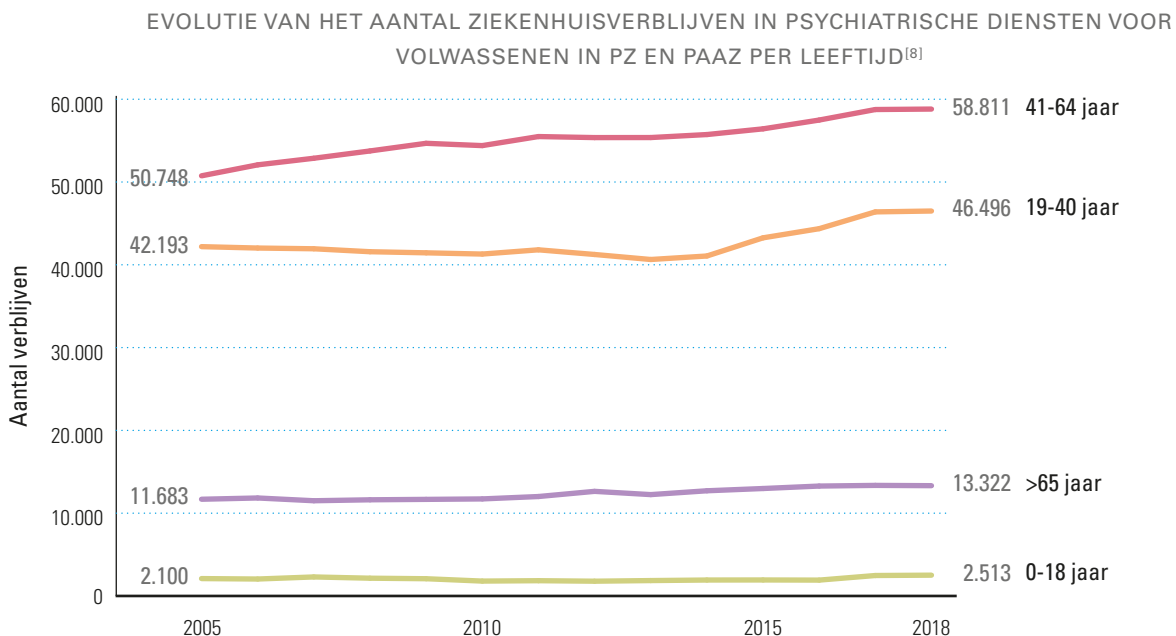
4 Bron: Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG), FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

5 Dit betreft het aantal geregistreerde residentiele en partiële verblijven in bedden voor volwassenen (alle kenletters m.u.v. K, k1, k2, Tf) in het betreffende jaar ongeacht het jaar van opname en ongeacht of de patiënt reeds ontslagen werd.

We stellen vast dat het totaal aantal verblijven voor mannen en vrouwen gelijklopend is. We merken wel een duidelijk verschil in het type voorziening waar een man of een vrouw wordt behandeld voor zijn/haar problematiek. We stellen namelijk vast dat mannen eerder verblijven in een PZ.



De stijging van het aantal verblijven in PZ en PAAZ situeert zich in de actieve bevolking (19-64 jaar), waarbij we tussen 2013 en 2016 een sterke toename in de groep van 19 tot 40 jaar observeren^[7].



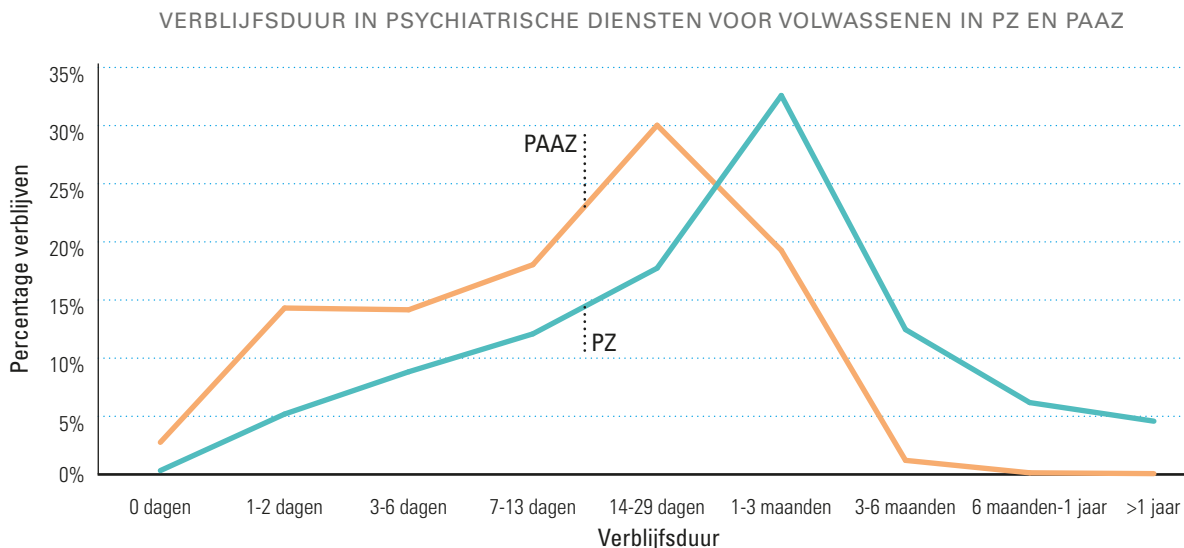
6 De verblijven waarbij het geslacht van de patiënt onbekend is, werden niet in rekening genomen.

7 De categorie van 0-18-jarigen wordt voor de volledigheid eveneens vermeld. In uitzonderlijke gevallen is het namelijk mogelijk dat kinderen en jongeren in een psychiatrische dienst voor volwassenen worden opgenomen. Verder kunnen de verblijven in de categorie 0-18-jarigen mogelijk het resultaat zijn van een foutieve registratie.

8 De verblijven waarbij de leeftijd van de patiënt onbekend is, werden niet in rekening genomen.

2.2. Verblijfsduur

Drie vierde van de verblijven in psychiatrische diensten voor volwassenen in PZ duren minder dan 3 maanden. Ongeveer 14,4% van de verblijven in de PZ duren minder dan een week. In de psychiatrische diensten voor volwassenen in PAAZ duurt bijna 80 % van de verblijven minder dan een maand. Eén derde van de verblijven duurt zelfs minder dan een week. Verder kan men vaststellen dat in de PZ weinig verblijven op dezelfde dag worden beëindigd terwijl dit in PAAZ regelmatig voorkomt.



Psychiatrische dienst voor volwassenen in een PZ

PZ

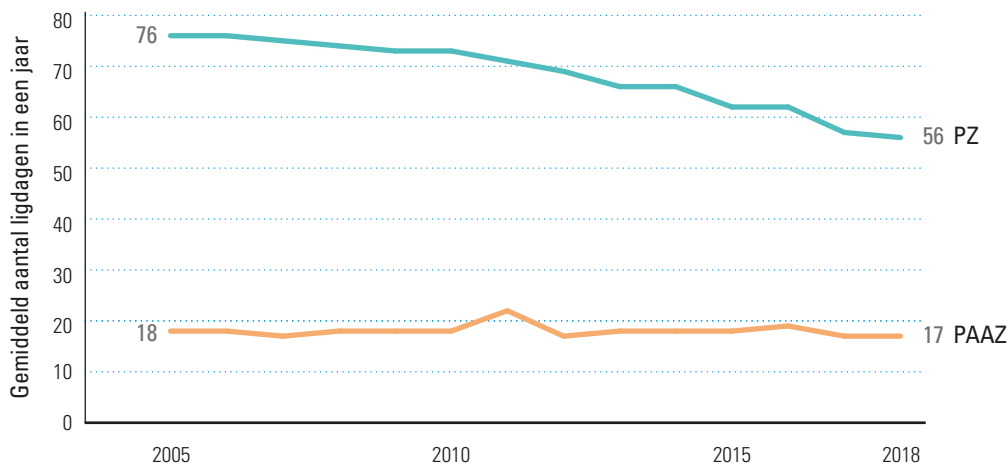
Drie vierde van de verblijven duren minder dan 3 maanden

80% van de verblijven duren minder dan een maand

Psychiatrische dienst voor volwassenen in een PAAZ

Het gemiddeld aantal ligdagen per jaar⁹⁾ in PAAZ is duidelijk kleiner dan in een PZ. Dit heeft te maken met de acute behandeling van de patiënten die in een PAAZ primeert. Daarenboven blijft het gemiddeld aantal ligdagen per jaar er ongeveer gelijk doorheen de jaren, terwijl die in de PZ ongeveer met gemiddeld 20 dagen (26%) wordt ingekort tegenover 2005.

EVOLUTIE VAN HET GEMIDDELD AANTAL LIGDAGEN PER VERBLIJF IN EEN JAAR IN EEN PSYCHIATRISCHE DIENST VOOR VOLWASSENEN IN PZ EN PAAZ

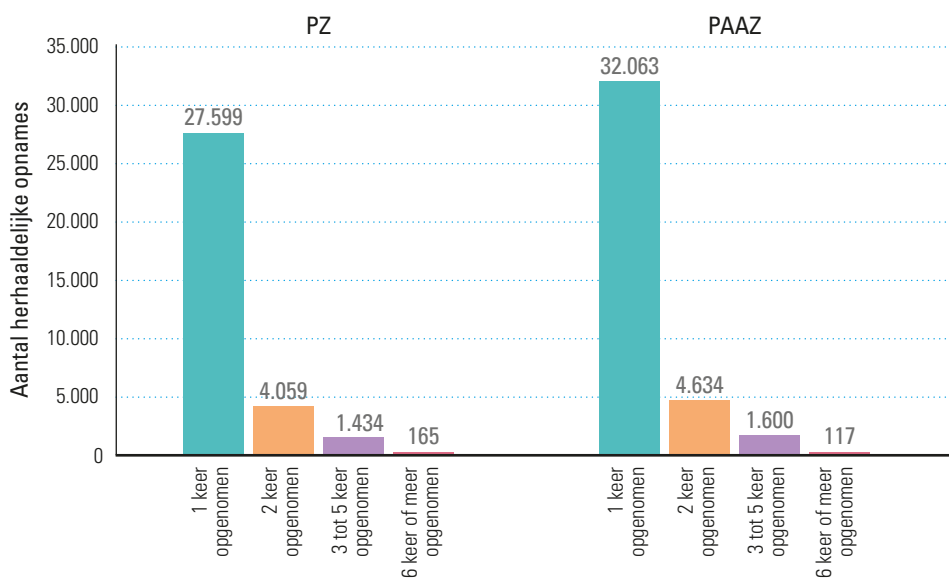


2.3. Heropnames

Enerzijds stellen we vast dat verblijfsduren verkorten maar anderzijds komen we tot de vaststelling dat patiënten, na hun ontslag, nog hetzelfde jaar opnieuw worden opgenomen, in hetzelfde ziekenhuis.

Meestal beperkt zich dat tot één enkele heropname in hetzelfde jaar maar frequentere heropnames komen meer en meer voor.¹⁰⁾

AANTAL HERHAALDELIJKE OPNAMES IN PSYCHIATRISCHE DIENSTEN VOOR VOLWASSENEN IN PZ EN PAAZ (2018)



9 Het gemiddeld aantal ligdagen werd berekend als het totaal aantal ligdagen ten opzichte van het aantal hospitalisaties in een desbetreffend jaar. Dit betreft bijgevolg niet de gemiddelde verblijfsduur gezien het aantal ligdagen uit een voorgaand jaar niet in rekening werd genomen. Voor deze berekening werden zowel de partiële als de residentiële verblijven in rekening genomen.

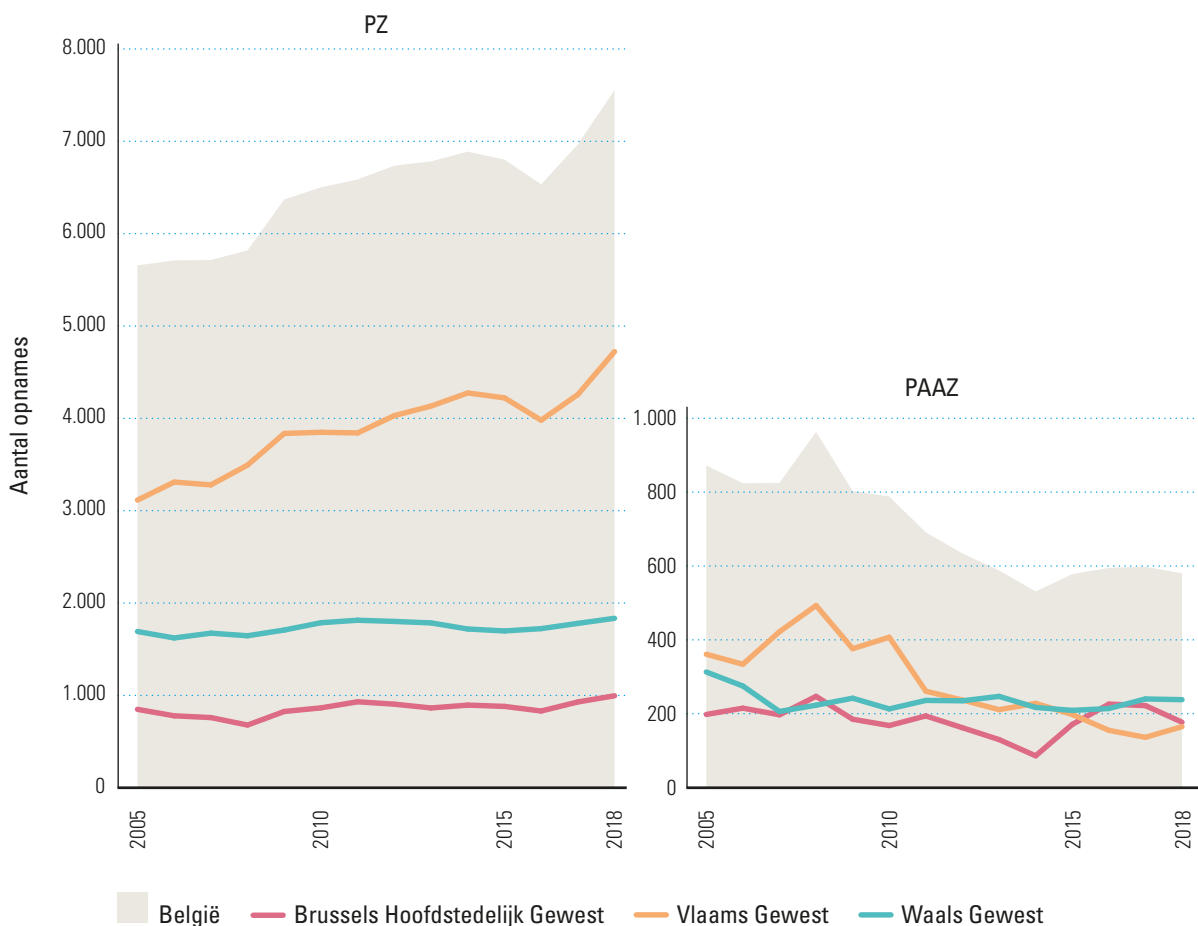
10 Er moet rekening gehouden worden met het feit dat er geen uniek patiënten-identificatienummer bestaat binnen Minimale Psychiatrische Gegevens. Hierdoor kan een patiënt enkel gevolgd worden binnen eenzelfde ziekenhuis en kunnen heropnames in andere ziekenhuizen niet in rekening gebracht worden. Dit kan resulteren in een onderschatting van het aantal heropnames.

2.4. Gedwongen opnames

Een gedwongen opname, soms een collocatie genoemd, is bedoeld als een beschermingsmaatregel. Een patiënt kan door een magistraat tot opname gedwongen worden indien hij of zij een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen. Meestal worden deze patiënten opgenomen in een PZ.

Het aantal gedwongen opnames neemt duidelijk toe en dan voornamelijk in het Vlaamse Gewest. Deze vaststelling sterkt ons in de overtuiging dat crisisspsychiatrie, zowel in een ambulante als in een residentiële setting meer dan noodzakelijk is.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL GEDWONGEN OPNAMES
IN PSYCHIATRISCHE DIENSTEN VOOR VOLWASSENEN PER GEWEST IN PZ EN PAAZ



Meer weten over verblijven
in PZ en PAAZ:

www.health.belgium.be

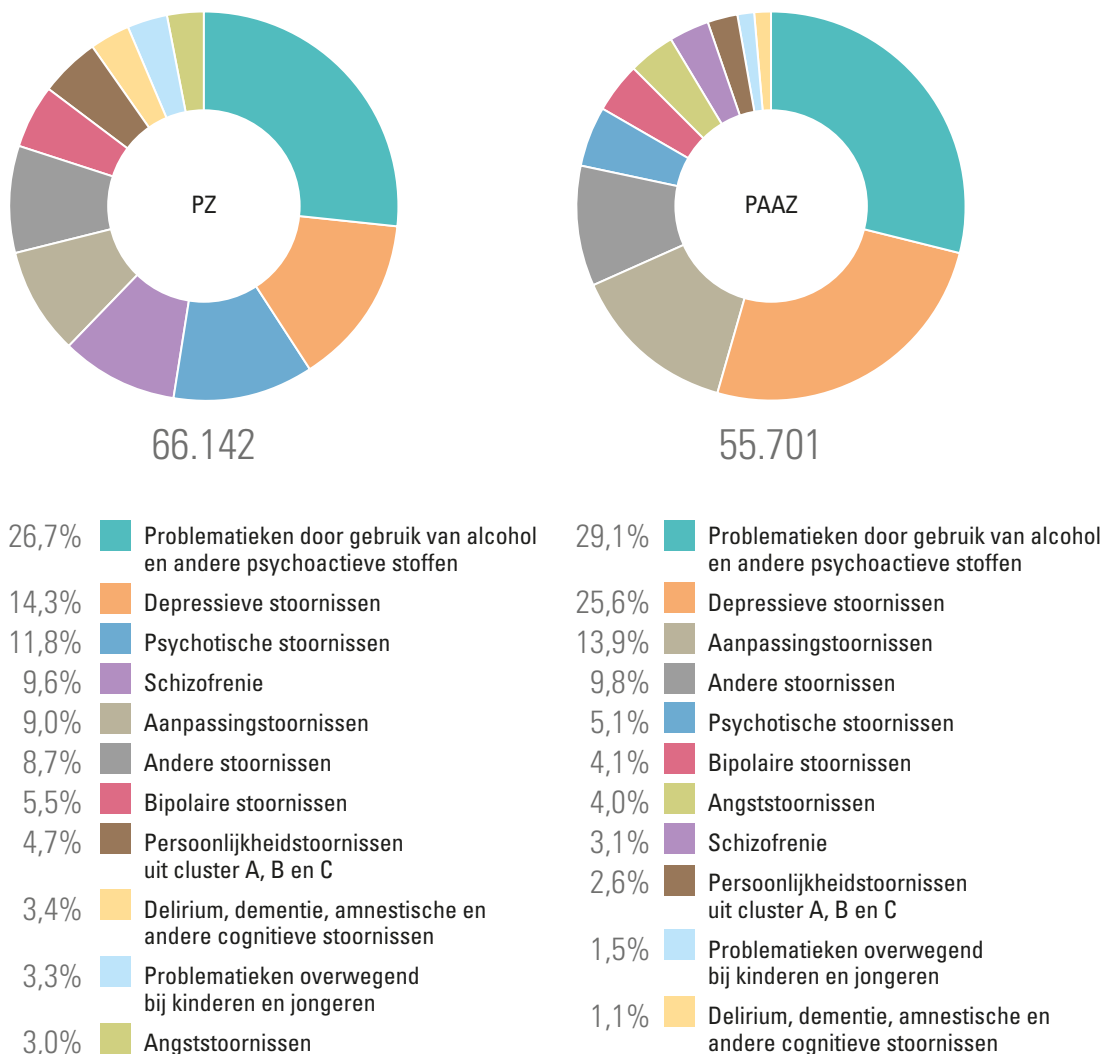


3. De meest voorkomende hoofddiagnose in PZ en PAAZ voor volwassenen

Een diagnose bij een psychiatrische opname is zelden eenduidig. Meestal is er sprake van een combinatie van problematieken. Wanneer we ons baseren op de hoofddiagnose die wordt gesteld bij patiënten in PZ en PAAZ, stellen we vast dat problematieken door gebruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen, het meest voorkomend zijn. Dit is eveneens de meest voorkomende neven-diagnose. Een hoofddiagnose van een depressieve stoornis volgt op de tweede plaats.

Naast de vaststelling dat er in PAAZ in verhouding meer opnames zijn voor depressieve stoornissen, kunnen we vaststellen dat de top 10 van problematieken waarvoor men opgenomen wordt in een PZ of PAAZ gelijklopend zijn.¹¹⁾

HOOFDDIAGNOSE BIJ OPNAME VAN PATIËNTEN IN PSYCHIATRISCHE DIENSTEN VOOR VOLWASSENEN IN PZ EN PAAZ (2018)¹²⁾

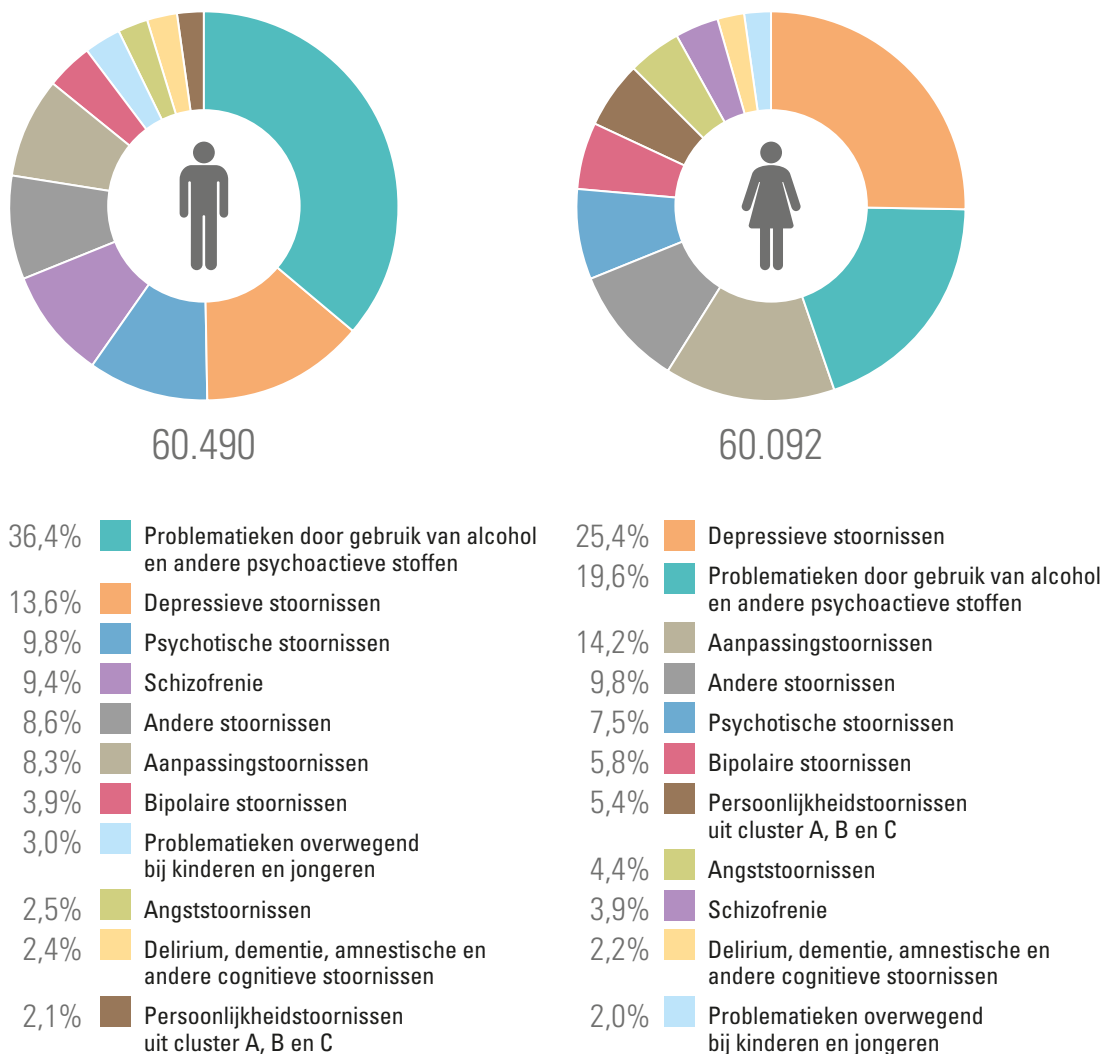


11 Persoonlijkheidstoornis cluster A omvat paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen, cluster B omvat borderline, antisociale, narcistische en histrionische persoonlijkheidsstoornissen en cluster C omvat afhankelijke, ontwijkende en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen

12 De verblijven waarbij de hoofddiagnose van de patiënt onbekend is, werden niet in rekening genomen.

We stellen wel een duidelijk verschil vast tussen de problematieken die zich voordoen bij mannen en vrouwen. Wanneer we de twee meest voorkomende hoofddiagnoses (Problematieken door gebruik van alcohol en andere psychoactieve stoffen en depressieve stoornissen) nader bekijken, zien we dat middelen gerelateerde problematiek voornamelijk bij mannen voorkomt terwijl de diagnose van een depressieve stoornis voornamelijk bij vrouwen wordt gesteld.

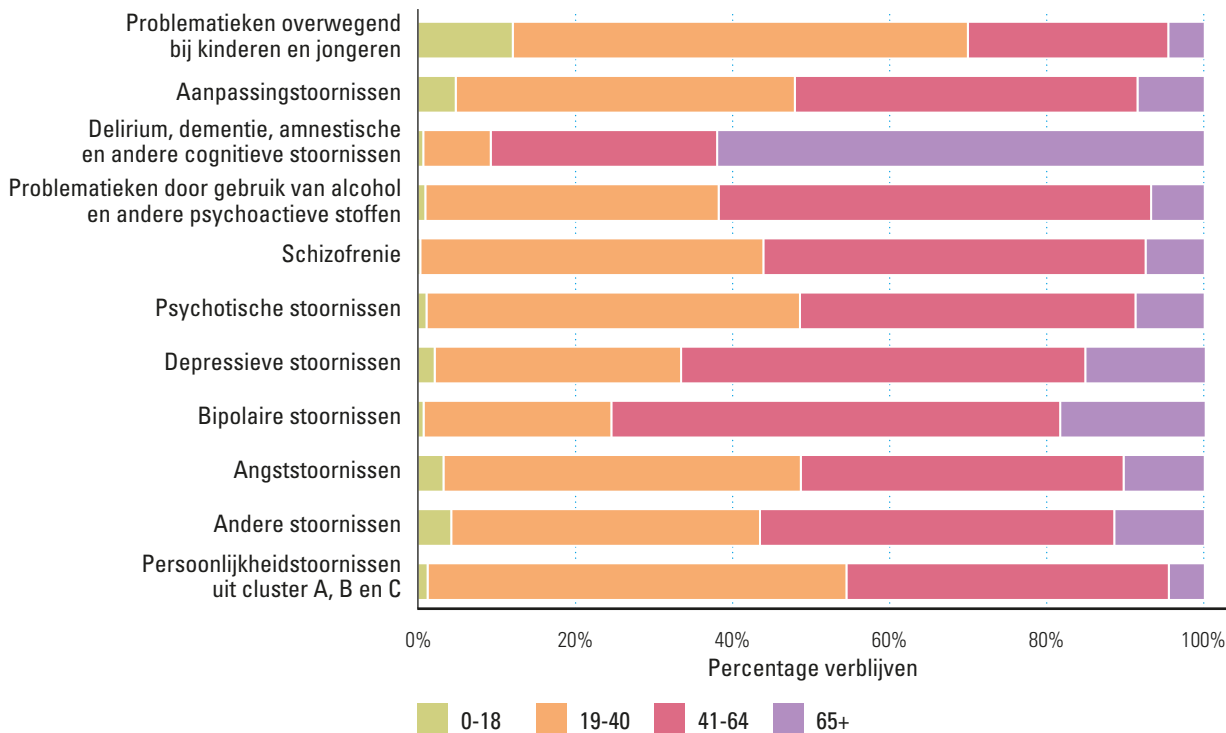
VOORKOMEN VAN HOOFDDIAGNOSES PER GESLACHT
IN PSYCHIATRISCHE DIENSTEN VOOR VOLWASSENEN IN PZ EN PAAZ (2018)^[13]



13 De verbleven waarbij de hoofddiagnose en het geslacht van de patiënt onbekend is, werden niet in rekening genomen.

Tevens kunnen we vaststellen dat bepaalde pathologiën frequenter voorkomen naargelang de leeftijd van de patiënt. Problematieken overwegend bij kinderen en jongeren¹⁴ worden het vaakst vastgesteld in de jongste leeftijdsgroepen waar delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen voornamelijk gediagnosticeerd worden in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder. De hoofddiagnose bipolaire stoornis komt vaker voor bij patiënten van middelbare leeftijd en ouder.

VOORKOMEN VAN HOOFDDIAGNOSES PER LEEFTIJD
IN PSYCHIATRISCHE DIENSTEN VOOR VOLWASSENEN IN PZ EN PAAZ (2018)



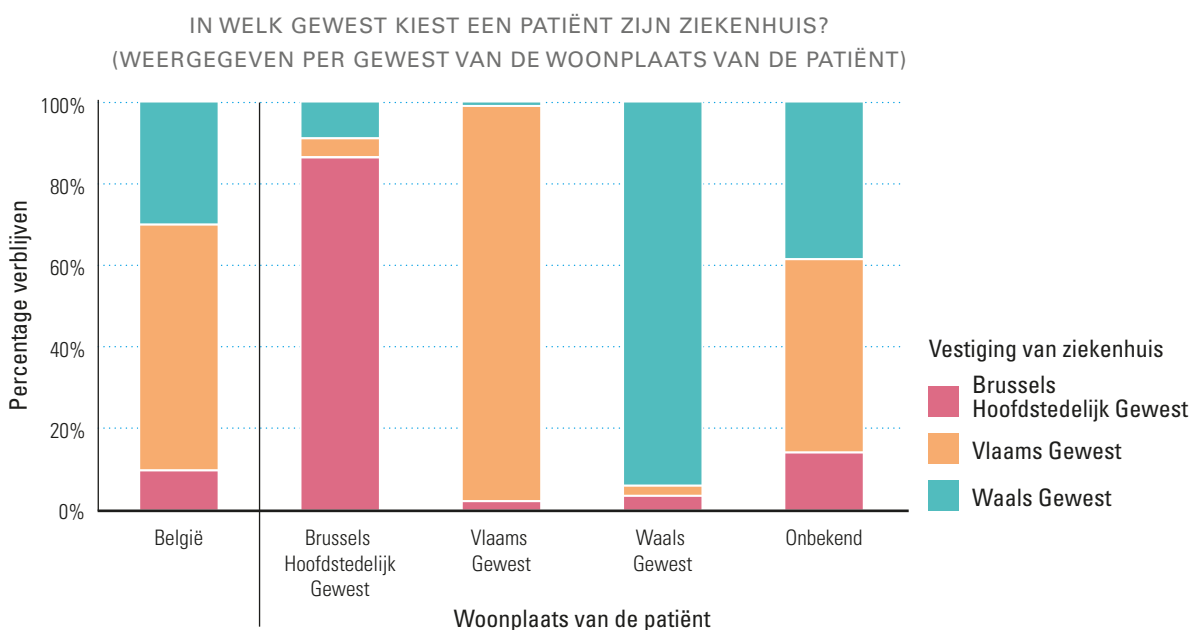
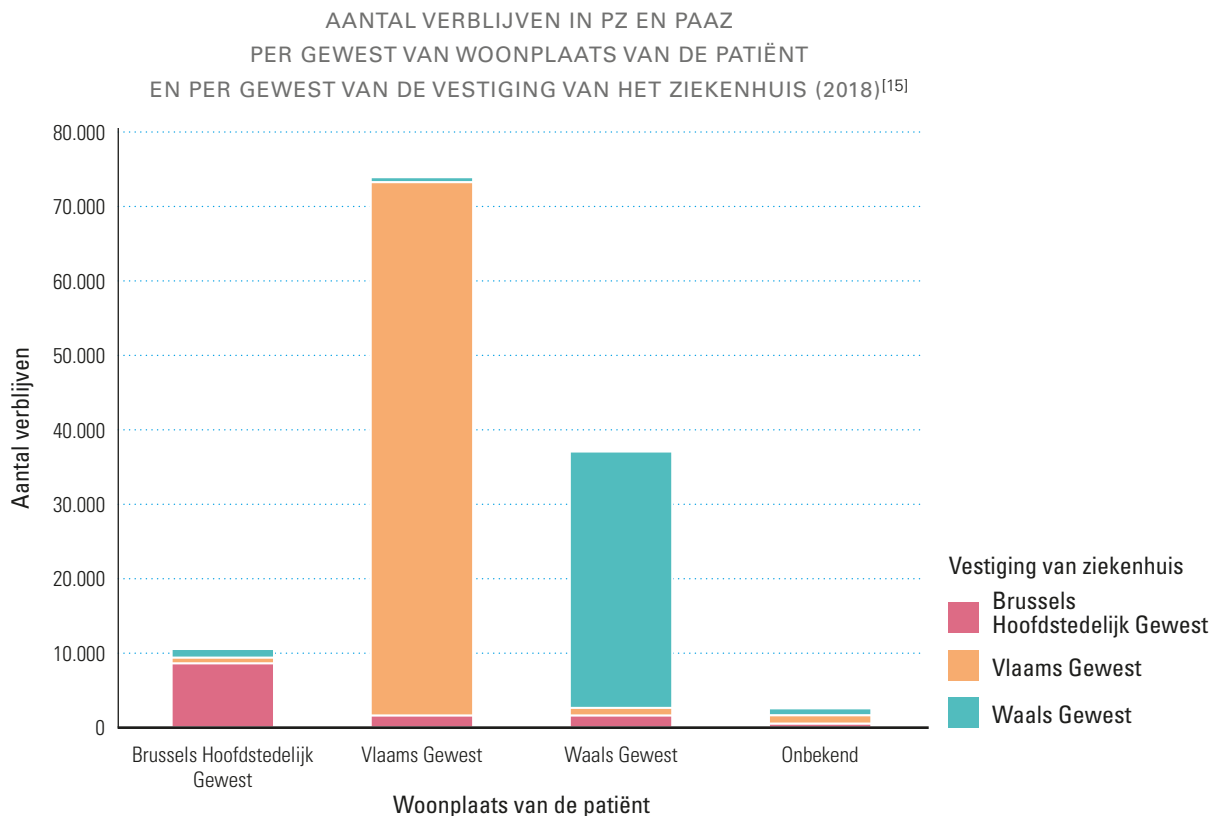
Meer weten over diagnoses gesteld bij een opname in PZ of in PAAZ:

www.health.belgium.be

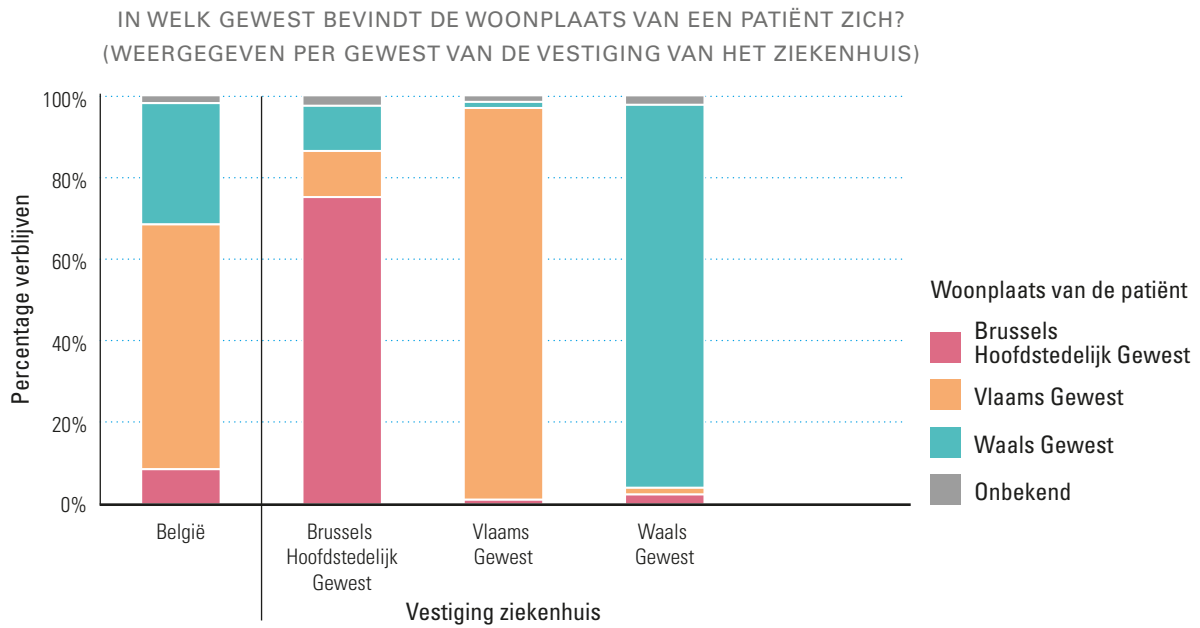
14 Deze groep omvat ontwikkelingsstoornissen, autisme, aandachts- en gedragsstoornissen, relatiestoornissen en overige kinderpsychiatrische problematieken.

4. Patiëntenstromen in PZ en PAAZ

Een psychiatrische patiënt wordt niet noodzakelijk opgenomen in een ziekenhuis (PZ of PAAZ) uit zijn of haar regio. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een patiënt die woonachtig is in het Vlaamse Gewest wordt opgenomen in een ziekenhuis gevestigd in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest. Ziekenhuizen die structureel een groot aantal patiënten van buiten hun gebied aantrekken zouden hierdoor een grotere behoefte aan ziekenhuisbedden kunnen hebben.



15 We kunnen vaststellen dat 1,5% van de patiënten die werden opgenomen in een psychiatrische eenheid in een PZ of PAAZ een ongekende of geen Belgische woonplaats heeft. Elk gewest neemt daarin een gelijkwaardig aandeel van deze groep op.



Het merendeel van de patiënten wordt gehospitaliseerd in een ziekenhuis binnen hun gewest. In het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest is bijna een kwart van de patiënten afkomstig van buiten het gewest. De verhouding Vlaamse of Waalse patiënten is hierbij nagenoeg dezelfde.

Wanneer Brusselse patiënten buiten het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest worden opgenomen gaan deze voor 8,8% naar het Waalse Gewest en voor 4,6% naar het Vlaamse Gewest.

Van de patiënten, afkomstig uit het Waalse Gewest, wordt 3,6% gehospitaliseerd in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest en 2% in het Vlaamse Gewest.

Minder dan 2,5% van de Vlaamse patiënten wordt buiten het Vlaamse Gewest gehospitaliseerd.

Meer weten over
patiëntenstromen:

www.health.belgium.be



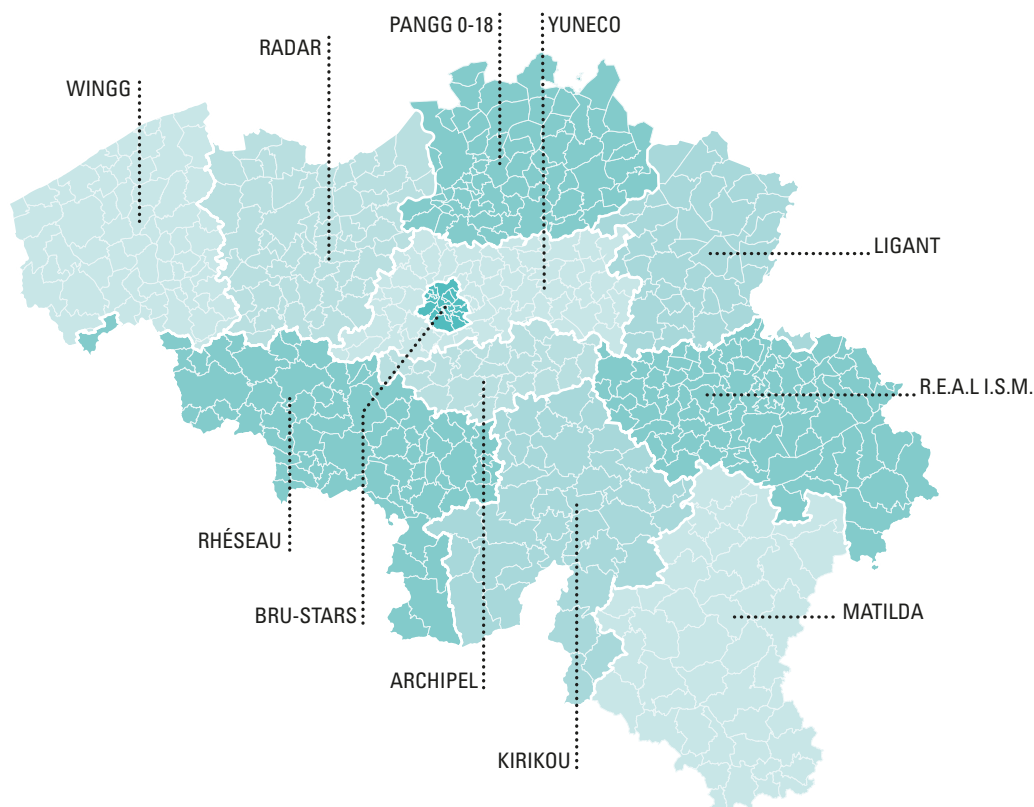
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR KINDEREN EN JONGEREN

1. Organisatie van het zorgaanbod voor kinderen en jongeren

1.1. Netwerken in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren

Op 30 maart 2015 keurde de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) de “Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren (GGKJ)” goed. Vrijwel meteen werden er 11 GGKJ-netwerken gecreëerd die zich richten op kinderen en jongeren binnen hun werkingsgebied.

De werkingsgebieden van deze netwerken vallen samen met de territoria van de provincies en het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest¹⁶.



16 Hoewel er in de Duitstalige Gemeenschap een specifiek pilootproject voor de opvolging van kinderen en jongeren met psychische en psychiatrische problemen wordt gefinancierd door de federale overheid, vormt deze werking geen afzonderlijk GGKJ-netwerk maar maakt het deel uit van REALISM, het GGKJ-netwerk van de provincie Luik.

Een GGKJ-netwerk biedt een integraal en geïntegreerd hulpverleningsaanbod aan voor alle kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar met psychische en/of psychiatrische problemen. De bedoeling is om zo snel en zo continu mogelijk in te spelen op de noden van deze kinderen, jongeren en hun context of leefomgeving. Elk netwerk bestaat uit alle relevante actoren, diensten, instellingen, zorgaanbieders, etc. van betrokken sectoren die samenwerken en hun beleid op elkaar afstemmen.

Om de hulpverlening te optimaliseren wordt er geïnvesteerd in de ontwikkeling van een aantal programma's gefinancierd door de federale overheid, met name crisiszorg, langdurige zorg, intersectorale consult en liaison (expertise en kennisuitwisseling) en dubbeldiagnose (verstandelijke beperking in combinatie met psychische problemen). Meer dan 300 bijkomende voltijdse equivalenten worden ter beschikking gesteld aan de netwerken¹⁷.

Meer weten over de verschillende initiatieven inzake de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren:

www.psy0-18.be



1.2. Ziekenhuizen

Bedden, voorbehouden voor kinderen en jongeren met psychische problemen, zijn erkend onder de kenletter **K** (residentiële hospitalisatie), **k1** (daghospitalisatie) en **k2** (nachthospitalisatie).

51
ziekenhuizen
met een dienst
voor kinderen
en jongeren
met psychische
problemen

25
PZ



26
PAAZ



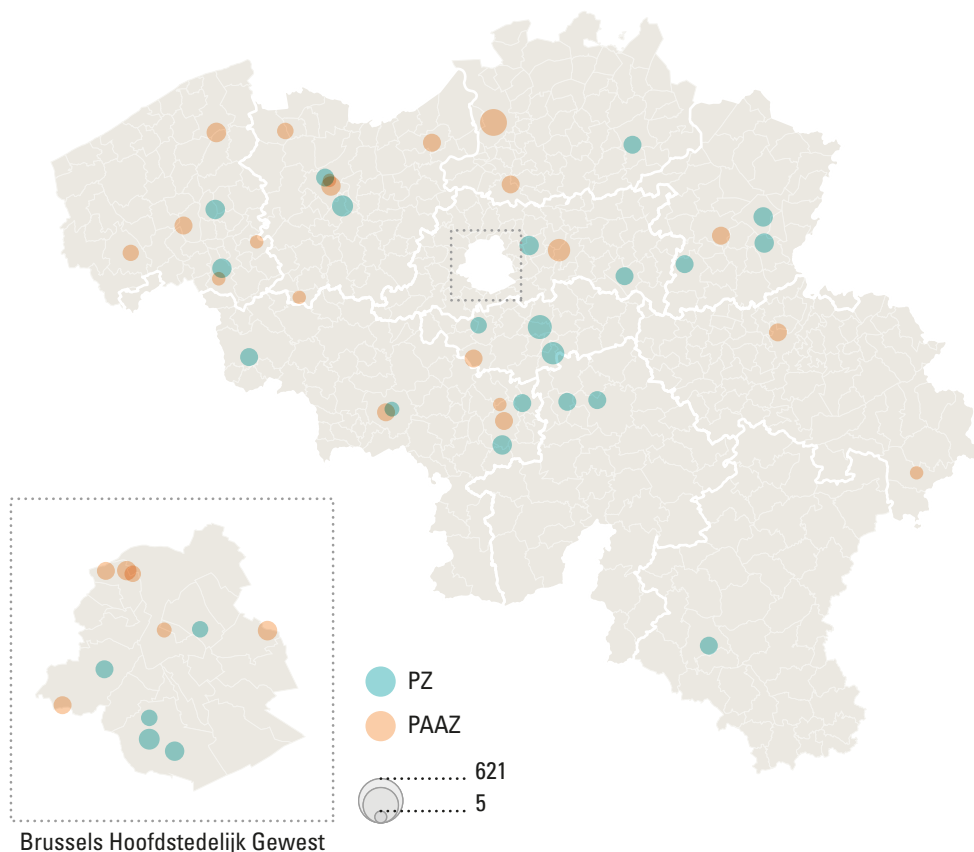
In totaal beschikken 51 ziekenhuizen, waaronder 25 PZ en 26 PAAZ over één van deze K-diensten. Zes van deze PAAZ en 8 van de PZ beschikken niet over een psychiatrische dienst voor volwassenen. Daarenboven hebben nog eens 3 van deze algemene ziekenhuizen geen pediatrie afdeling voor somatische zorg, terwijl er wel een afdeling is voor kinderen en jongeren met psychische problemen.

¹⁷ Deze financiering gebeurt niet door bevrozing van bedden (zie hoofdstuk 'Initiatieven inzake alternatieven voor hospitalisatie').

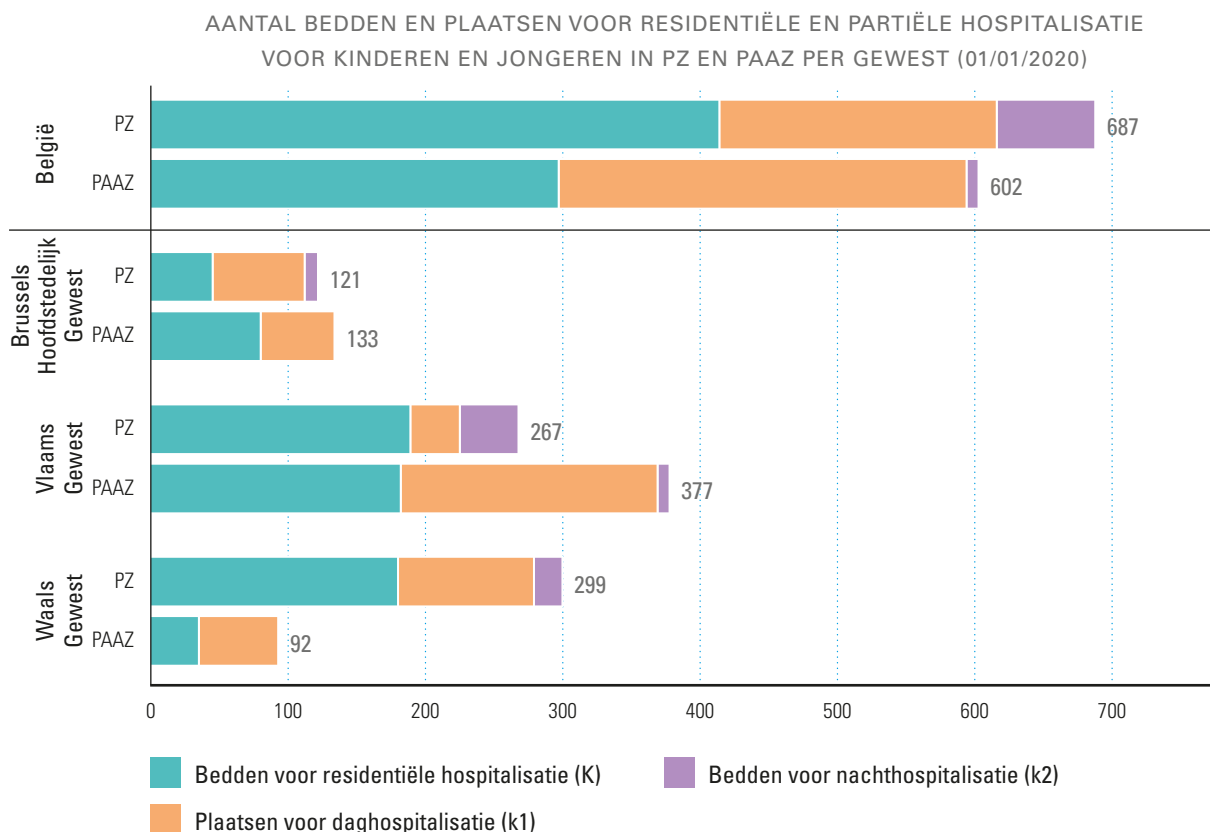
Het aantal bedden op psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren is doorgaans beperkter in vergelijking met de diensten voor volwassenen. Niettegenstaande zijn er 2 PAAZ en 2 PZ met meer dan 50 bedden voorbehouden voor kinderen en jongeren (K, k1, k2).

In tegenstelling tot de diensten voor volwassenen, is er voor de psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren binnen PAAZ en PZ met betrekking tot de verdeling van de bed-capaciteit een beter evenwicht. Qua geografische spreiding valt vooral de concentratie van K-diensten in de regio's rond Charleroi en Namen en in de provincie Waals-Brabant op, terwijl de rest van het Waalse Gewest een zeer beperkt aanbod heeft.

SPREIDING VAN PZ EN PAAZ IN BELGIË
 MET AANDUIDING VAN AANTAL BEDDEN VOOR KINDEREN EN JONGEREN(1/01/2020)

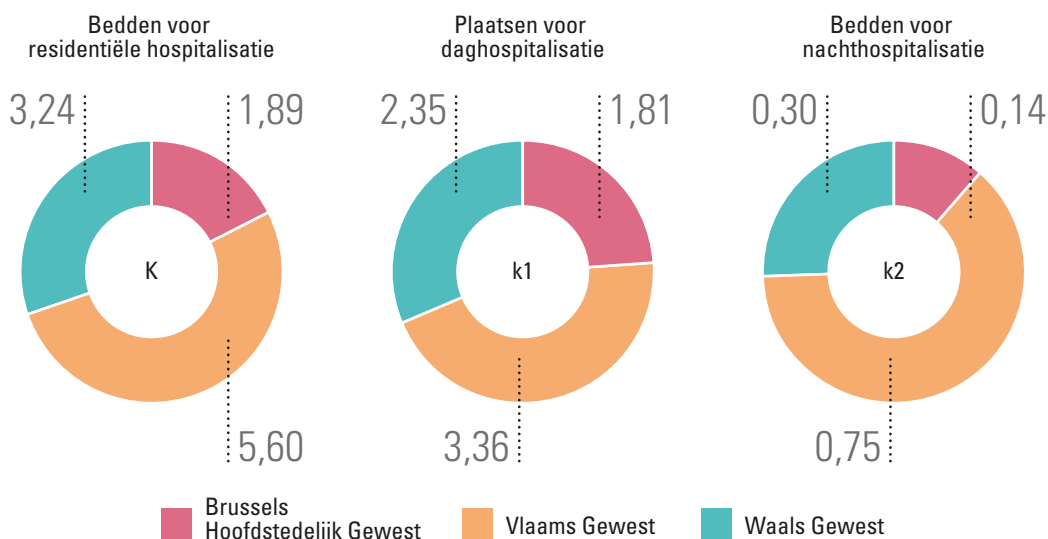


1.3. Soorten bedden en plaatsen voor residentiële en partiële hospitalisatie



In vergelijking met de overige gewesten bevinden de bedden voor kinderpsychiatrie zich in het Waalse Gewest voornamelijk in de PZ. In het Vlaamse Gewest zijn duidelijk meer plaatsen voorzien voor dagopnames in een PAAZ dan in de PZ. Net zoals bij volwassenen zijn er over het algemeen minder plaatsen voor nachthospitalisatie voorzien in vergelijking met plaatsen voor daghospitalisatie.

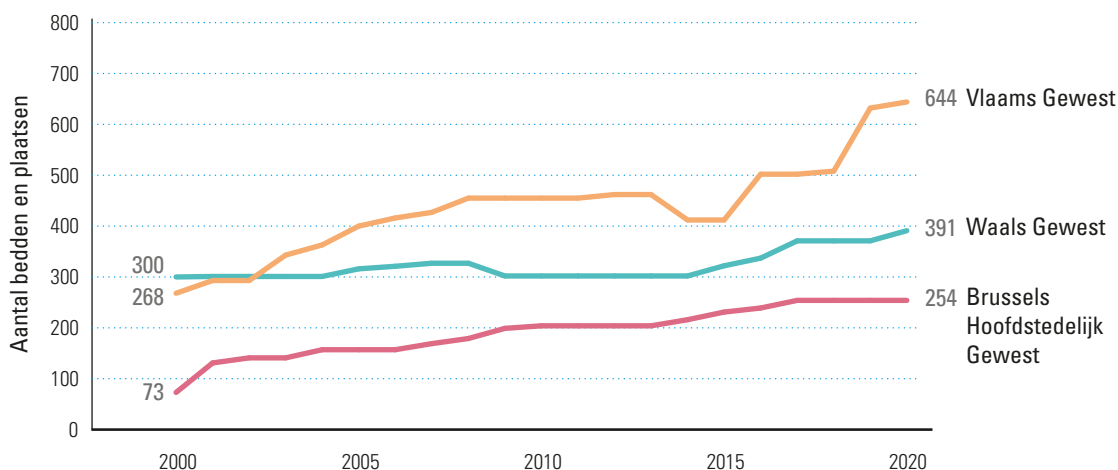
AANTAL BEDDEN EN PLAATSEN VOOR KINDEREN EN JONGEREN PER 100.000 INWONERS



EVOLUTIE VAN HET AANTAL PSYCHIATRISCHE BEDDEN EN PLAATSEN VOOR KINDEREN EN JONGEREN

Tot op heden neemt het aantal bedden voor residentiële hospitalisatie toe ook al zijn er reeds meer bedden erkend per 1000 inwoners dan beschreven volgens de programmaticcijfers en zou in principe het aantal bedden en plaatsen voor kinderen en jongeren met psychische problemen niet meer mogen stijgen. Ook het aantal bedden en plaatsen voor dag- en nachthospitalisatie (kenletters k1 en k2) neemt toe maar in tegenstelling tot de residentiële bedden (kenletter K) is hiervoor wel nog programmatorische ruimte in het Waalse en Vlaamse Gewest.

EVOLUTIE VAN HET TOTAAL AANTAL BEDDEN EN PLAATSEN VOOR KINDEREN EN JONGEREN IN PZ EN PAAZ (K, k1 EN k2)

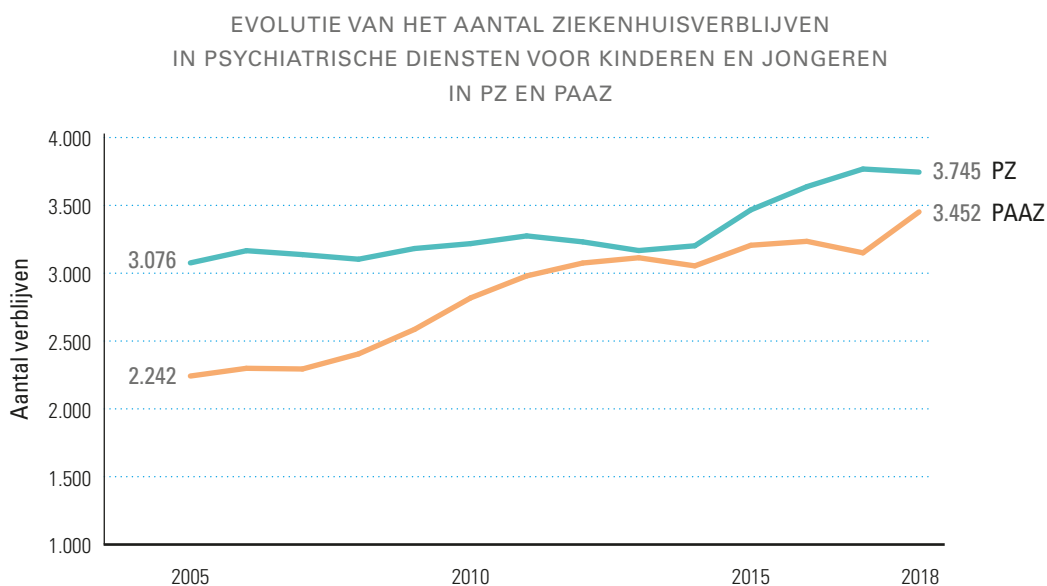


Deze trend kan wijzen op een toegenomen behoefte aan opvang voor kinderen en jongeren met psychische problemen. Een aanpassing van de programmaticcriteria zou hierdoor niet als onverantwoord overkomen. Vooral de opvang van adolescenten verdient bijzondere aandacht. Jongeren vanaf 15 jaar kunnen volgens de huidige regelgeving opgenomen worden in de volwassenpsychiatrie. Toch is deze doelgroep zodanig specifiek dat een oplossing binnen de jeugdpsychiatrie de voorkeur moet genieten. Experts spreken van een transitieleeftijd die kan gaan tot 23 jaar. Echter, voor de programmatie wordt slechts rekening gehouden met het aantal kinderen met de leeftijd tot en met 14 jaar.

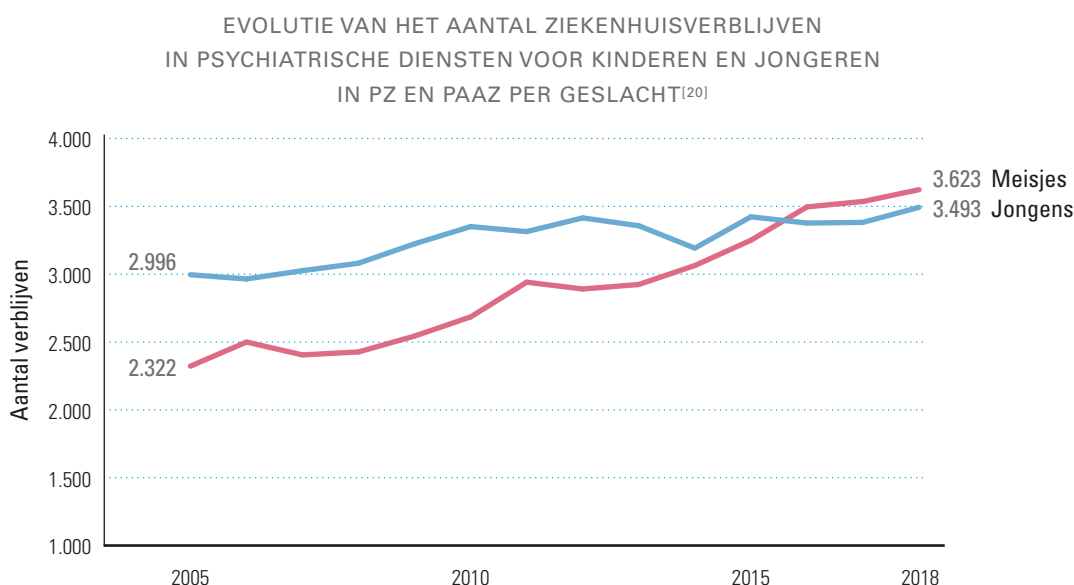
2. Ziekenhuisactiviteiten in PZ en PAAZ voor kinderen en jongeren

2.1. Ziekenhuisverblijven

Het aantal verblijven in psychiatrische diensten voor kinderen en jongeren (K, k1 en k2) neemt de laatste jaren fel toe, zowel in PAAZ als in PZ^{[18],[19]}.



Daarnaast kunnen we vaststellen dat aanvankelijk meer jongens werden opgenomen. De laatste jaren zien we een gestage toename van het aantal opnames van meisjes, in die mate zelfs dat er in 2018 meer meisjes dan jongens werden opgenomen in PZ en PAAZ.



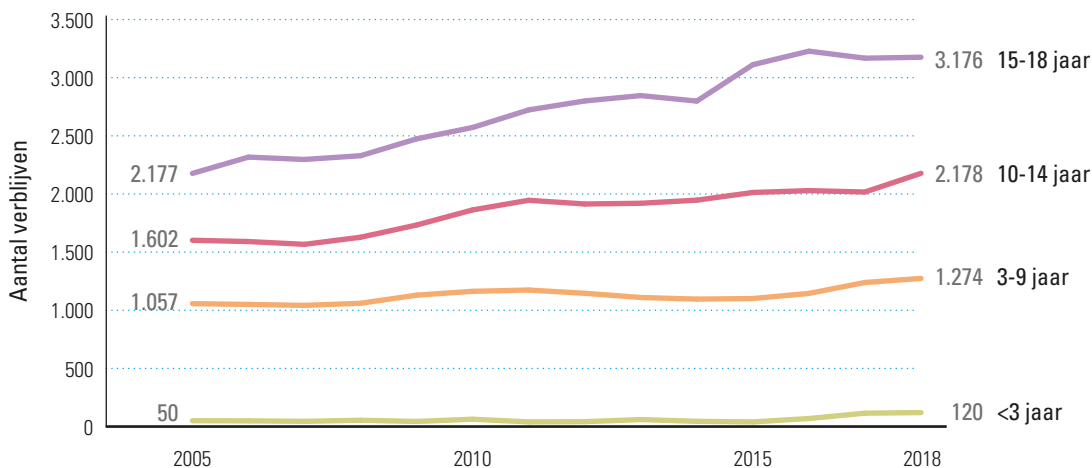
18 Bron: Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG), FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

19 Dit betreft het aantal geregistreerde residentiele en partiële verblijven in bedden voor kinderen (kenletter K, k1, k2) in het betreffende jaar ongeacht het jaar van opname en ongeacht of de patiënt reeds ontslagen werd.

20 De verblijven waarbij het geslacht van de patiënt onbekend is, werden niet in rekening genomen.

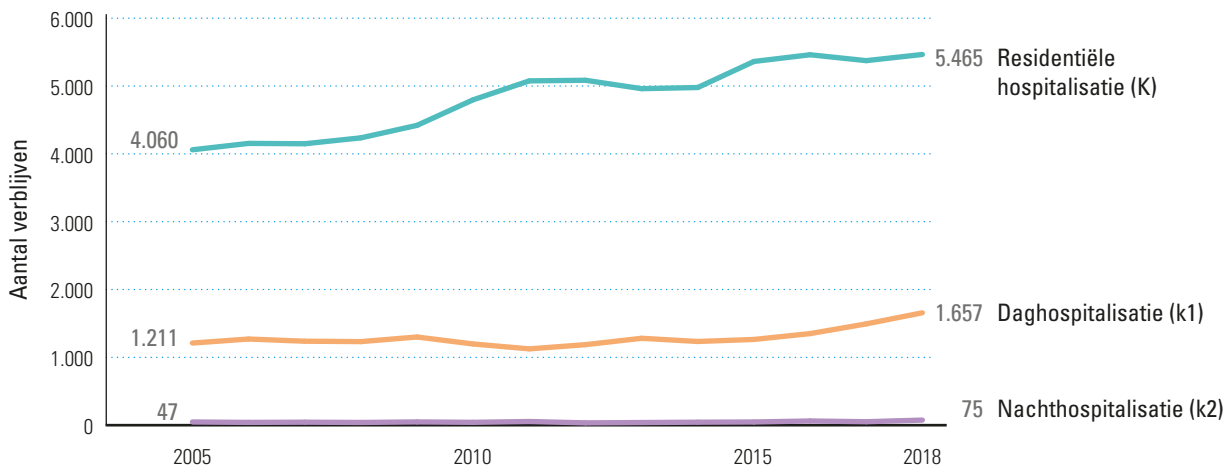
De meeste opnames situeren zich in de leeftijdscategorie van 10-14 en van 15-18 jaar. Hoewel jongeren vanaf de leeftijd van 15 jaar in de volwassenpsychiatrie zijn toegelaten en daarin kunnen worden opgenomen, wordt toch nog vaak gekozen voor een dienst voor kinderen en jongeren (K, k1 of k2). In bepaalde gevallen blijft een patiënt zelfs na zijn 18de verjaardag nog in een psychiatrische dienst voor kinderen en jongeren opgenomen. Men gaat er van uit dat deze transitieleeftijd aanvaardbaar is tot 23 jaar.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL ZIEKENHUISVERBLIJVEN IN PSYCHIATRISCHE DIENSTEN VOOR KINDEREN EN JONGEREN IN PZ EN PAAZ PER LEEFTIJD^{[21][22]}



Het valt op dat kinderen en jongeren steeds meer nood hebben aan residentiële psychiatrische zorgen.

EVOLUTIE AANTAL VERBLIJVEN IN PSYCHIATRISCHE DIENSTEN VOOR KINDEREN EN JONGEREN IN PZ EN PAAZ PER TYPE HOSPITALISATIE



Men stelt een toename vast van zowel het aantal residentiële opnames als het aantal dagopnames (k1), waarbij het kind of de jongere dikwijls ook tijdens het weekend thuis verblijft.

Er zijn slechts weinig opnames waarbij het kind of de jongere enkel 's avonds en 's nachts in het ziekenhuis verblijft maar voor de rest een dagprogramma afwerkt buiten het ziekenhuis (k2).

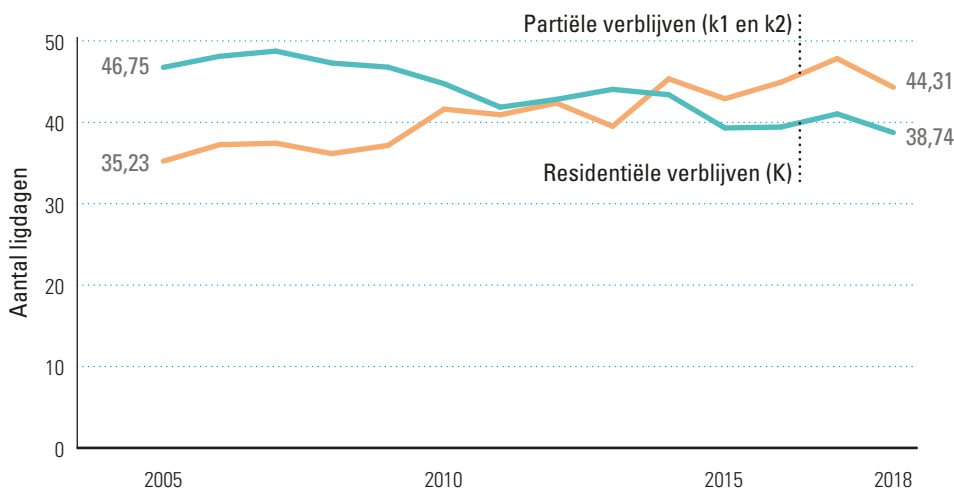
21 Opmerking: Aantal verblijven van personen ouder dan 18 jaar werden niet in deze grafiek opgenomen. In uitzonderlijke gevallen is het nl. mogelijk dat personen ouder dan 18 jaar in een psychiatrische dienst voor kinderen en jongeren verblijven. Verder is het mogelijk dat deze verblijven foutief werden geregistreerd.

22 De verblijven waarbij de leeftijd van de patiënt onbekend is, werden niet in rekening genomen.

2.2. Verblijfsduur

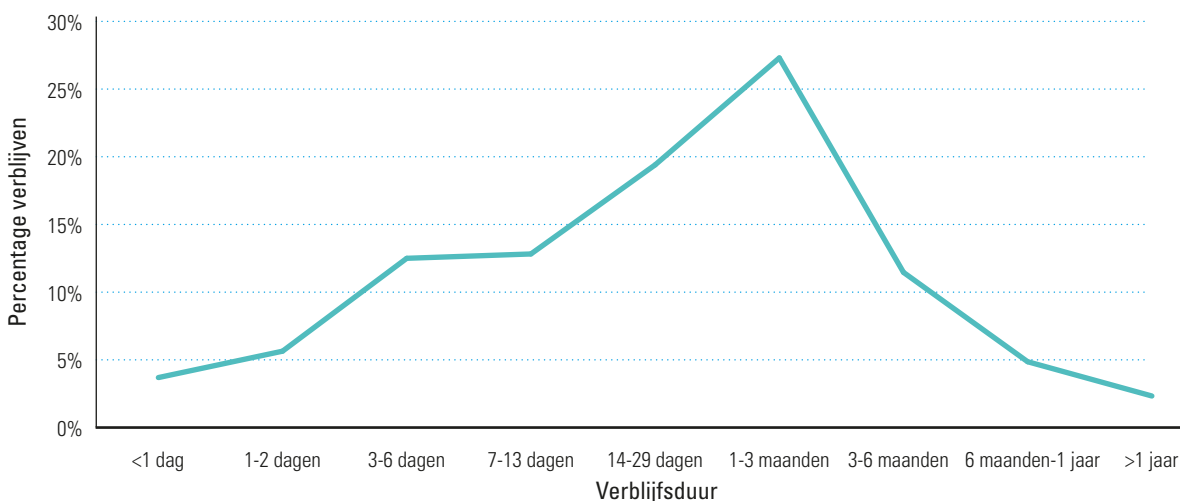
Hoewel het aantal opnames toeneemt, zien we – net zoals in de volwassenenpsychiatrie – dat het gemiddelde aantal ligdagen per verblijf in een desbetreffend jaar voor een residentiële hospitalisatie in een K-dienst afneemt. Daarentegen kunnen we vaststellen dat het gemiddeld aantal ligdagen in een jaar van een dag- of nachthospitalisatie toeneemt.

EVOLUTIE VAN HET GEMIDDELD AANTAL LIGDAGEN PER VERBLIJF IN EEN JAAR IN EEN PSYCHIATRISCHE DIENST VOOR KINDEREN EN JONGEREN IN PZ EN PAAZ



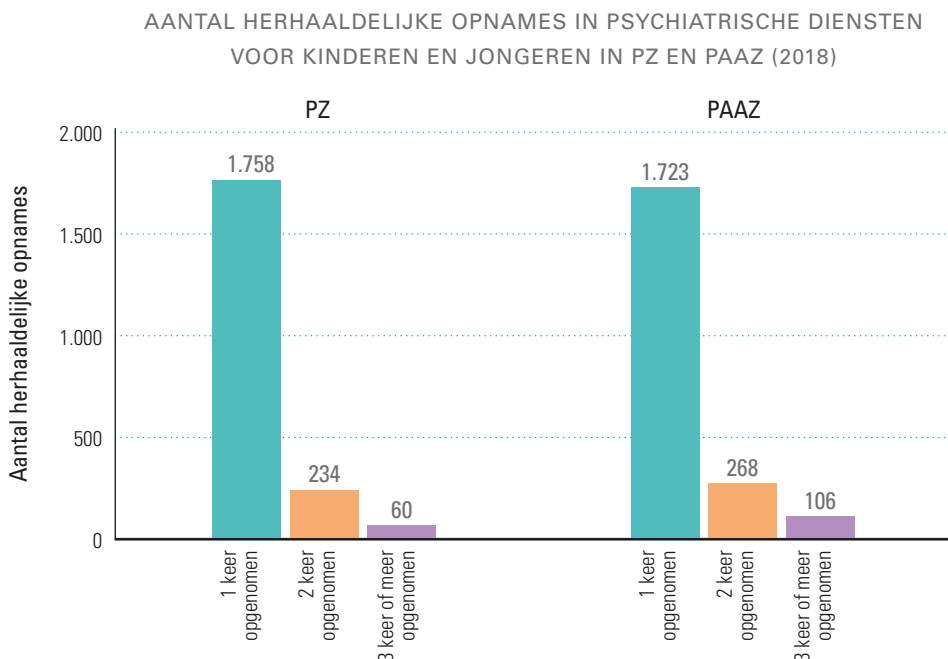
Meer dan 80% van alle beëindigde verblijven voor kinderen en jongeren in PZ en PAAZ zijn korter dan 3 maanden. 2,4% verblijft langer dan een jaar.

VERBLIJFSDUUR IN PSYCHIATRISCHE DIENSTEN VOOR KINDEREN EN JONGEREN IN PZ EN PAAZ



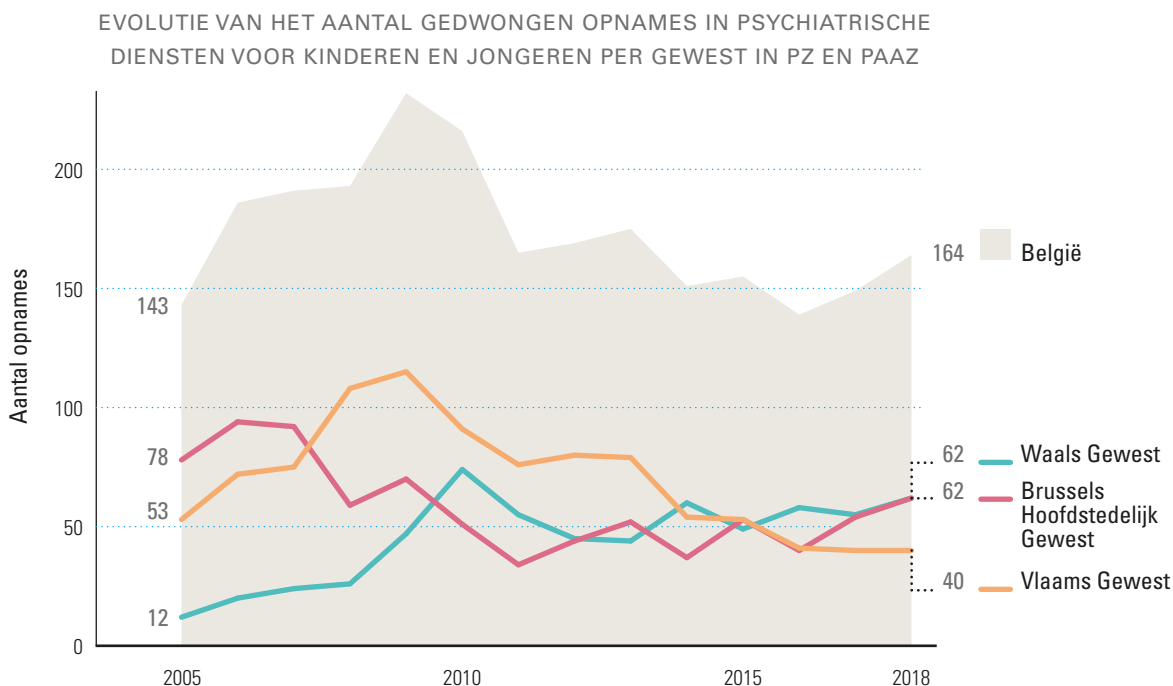
2.3. Heropnames

Ongeveer 16% van de kinderen en jongeren die uit een PAAZ of PZ werden ontslagen, werd hetzelfde jaar terug opgenomen in hetzelfde ziekenhuis²³.



2.4. Gedwongen opnames

Van de 7.197 opnames voor kinderen en jongeren in 2018 zijn er 164 gedwongen opnames (2,28%). Deze juridische maatregel wordt meer en meer toegepast in het Waalse Gewest maar kent een dalende trend in het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest en het Vlaamse Gewest.



23 Men beschikt enkel over cijfers met betrekking tot een heropname in hetzelfde ziekenhuis bijgevolg kan dit leiden tot een onderschatting van het reële aantal heropnames.

INITIATIEVEN INZAKE ALTERNATIEVEN VOOR HOSPITALISATIE

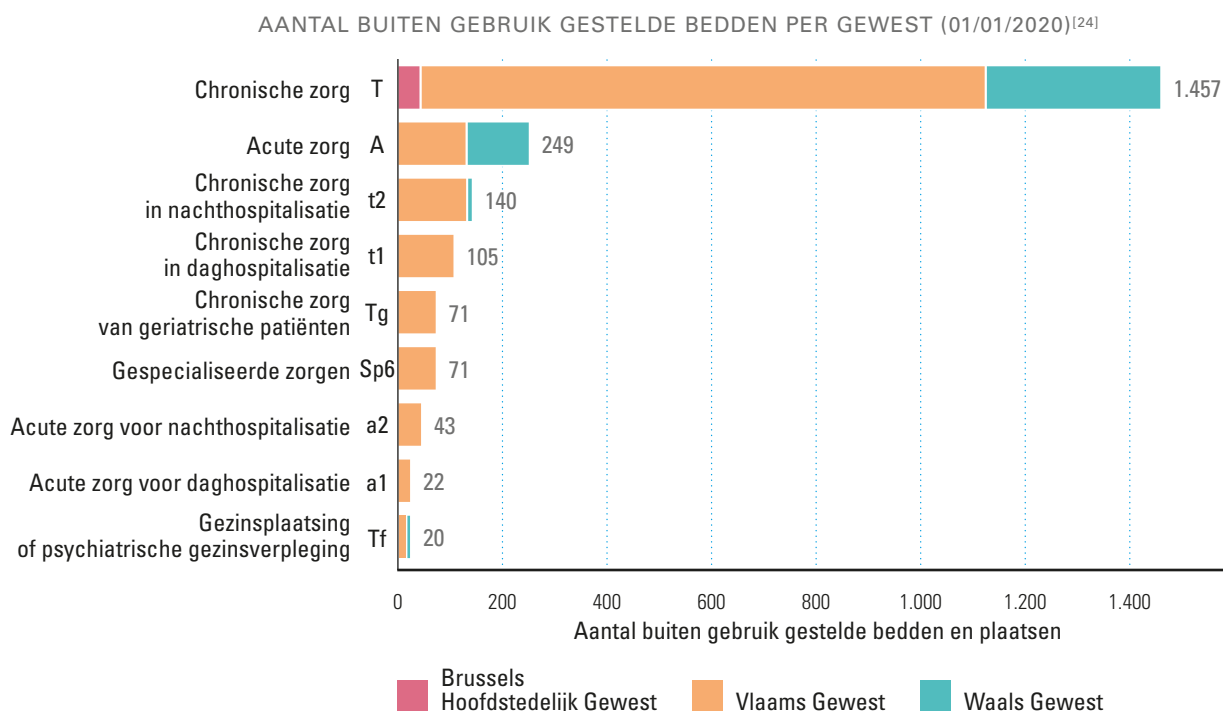
We stelden reeds eerder dat de hervorming van de GGZ in België beoogt om een ziekenhuisopname zoveel als mogelijk te voorkomen en, wanneer een opname in een ziekenhuis toch onvermijdelijk blijkt, dient deze liefst zo kort mogelijk gehouden te worden.

Om in deze opdracht te slagen staan een aantal alternatieven ter beschikking van de patiënten.

1. Buiten gebruikstelling of bevrozing van bedden

De GGZ-hervorming voor volwassenen wordt vaak "Project 107" genoemd, verwijzend naar het artikel 107 van de ziekenhuiswet dat zegt dat "De Koning in specifieke financieringswijzen kan voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programma-georiënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken."

Concreet betekent dit dat ziekenhuizen een deel van hun bedden tijdelijk buiten gebruik kunnen stellen of bevrozen. Deze 'bed-bevrozing' gebeurt op vrijwillige basis na overleg tussen de netwerkpartners en mits goedkeuring door de federale overheid. Deze goedkeuring impliceert dat budgetgarantie verleend wordt aan het ziekenhuis dat bedden buiten gebruik stelt. Op 1/01/2020 waren er 2.178 buiten gebruik gesteld.



24 Bron: Dienst Psychosociale gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

Het personeel dat vrijkomt door de buiten gebruikstelling van de bedden kan ingezet worden in alternatieve zorgverlening. In de praktijk gaat dit over mobiele equipes voor gespecialiseerde zorg in de thuisomgeving (zie 1.1.) of over intensifiëring van de residentiële zorg (zie 1.2.).

2.178 bedden werden reeds buiten gebruik gesteld ten voordele van mobiele equipes en intensifiëring van de zorg.

1.1. Mobiele werking

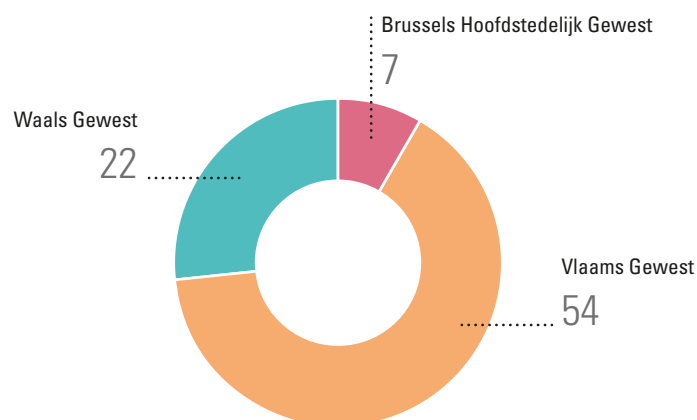
Een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) is dikwijls een ingrijpende gebeurtenis. Patiënten komen terecht in een vreemde, klinische omgeving met onbekende lotgenoten en hulpverleners en verliezen tijdelijk hun sociale contacten. Daarom is het van belang dat enerzijds de residentiële opname zo kort en zo intensief mogelijk verloopt en anderzijds dat er vlot en snel beroep kan gedaan worden op de nodige nazorg.

De hervorming van de GGZ heeft als doel de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen en zo optimaal mogelijk in te spelen op hun noden en behoeften. Hiertoe werden multidisciplinaire mobiele teams opgericht die gespecialiseerde zorg bieden in de thuisomgeving van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Door een snelle interventie van het crisisteam kan een behandeling in de thuisomgeving opgestart worden, waardoor een ziekenhuisopname eventueel kan vermeden worden.

Na enkele weken zorg door het crisisteam kan de nazorg overgenomen worden door een team voor langdurige zorg. Dit kan ook onmiddellijk na een opname. Hierdoor kan de opnameduur zo beperkt mogelijk gehouden worden waardoor de link met de leefomgeving sneller kan hersteld worden.

AANTAL EQUIPES CRISISTEAM PER GEWEST (01/01/2020)^[25]



25 Bron: Dienst Psychosociale gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

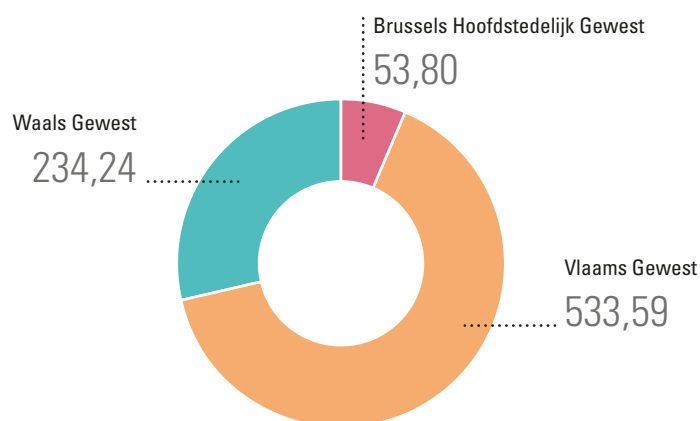
In **2018** werden **8.894** patiënten opgevolgd door een **crisisteam** en **8.204** patiënten door een **team voor langdurige zorg**^[26]

Zowel het crisisteam als het team voor langdurige zorg kwamen tot stand door de toepassing van artikel 107 van de ziekenhuiswet, de zogenaamde bevrozing van bedden. Het personeel dat niet langer dient ingezet te worden voor de behandeling van de patiënten opgenomen in een residentiële setting, kan ingezet worden in één van deze mobiele teams.

We vermeldden reeds dat het zorglandschap werd ingedeeld in GGZ-netwerken. Elke zorgvoorziening binnen hetzelfde geografische gebied maakt deel uit van het GGZ-netwerk. De samenwerking kan diverse vormen aannemen. Zo gebeurt het dat partners (ook zonder bevrozing van bedden) personeel ter beschikking stellen van de mobiele teams.

De voorzieningen binnen elk GGZ-netwerk zijn niet evenredig verdeeld. Sommige netwerken beschikken eenvoudigweg over te weinig middelen om op eigen kracht voldoende grote mobiele teams te realiseren. In dat geval kunnen de netwerken genieten van een financiële tussenkomst van de federale overheid om extra personeel aan te werven.

AANTAL VOLTUJDS EQUIVALENTEN (VTE) PER GEWEST (01/01/2020)^[27]



1.2. Residentiële intensieve behandel eenheden HIC en ID

In crisissituaties volstaan gesprekken met een hulpverlener van een mobiel crisisteam of van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) soms niet om psychische klachten te verhelpen. Een opname en behandeling in een PZ of in een PAAZ is dan de meest aangewezen oplossing.

Hier gaat een multidisciplinair team van gespecialiseerde hulpverleners samen met de patiënt aan de slag om een passend behandelingstraject uit te werken (zowel voor acute als chronische problemen) en bereiden ze de terugkeer naar huis en de vervolgzorg voor.

Een crisisopname is mogelijk in een intensieve dienst (ID) waar zowel een individueel als een groepstherapeutisch traject wordt aangeboden, zo kort als mogelijk, maar zo lang als nodig.

26 Bron: jaarverslagen pilootprojecten 'art.107'

27 Bron: Dienst Psychosociale gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

Wanneer de problematiek dermate ernstig is en een ID-opname niet aan de behoeften beantwoordt, is een HIC-eenheid (High & Intensive Care) een alternatief. De patiënt verblijft er op een beveiligde kamer, in een rustgevende omgeving met de mogelijkheid om te werken met één-op-één behandelingen met de focus op herstel van de autonomie en zelfredzaamheid. In elk geval dienen dwangmaatregelen maximaal vermeden te worden.

2. Eerstelijns psychologische functie (ELP)

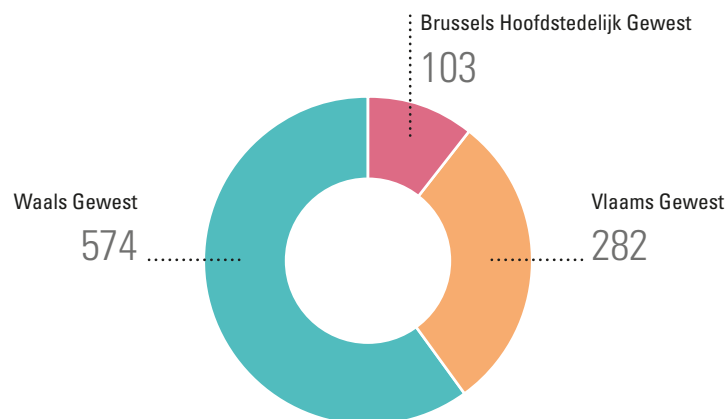
In april 2019 werd een pilootproject gelanceerd waarbij artsen patiënten met lichte en matig ernstige psychische problemen kunnen doorverwijzen naar een klinisch psycholoog of klinisch orthopedagoog voor een kortdurende, eerstelijns psychologische behandeling die grotendeels wordt terugbetaald door het ziekenfonds.

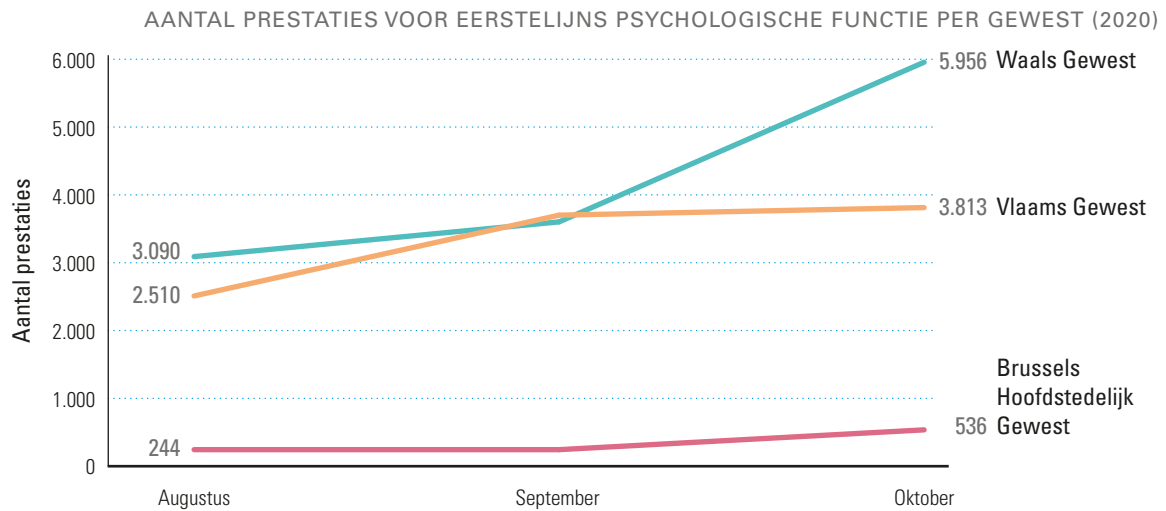
Initieel was dit enkel voorzien voor de leeftijdsgroep 18 tot 64 jaar. Sinds 2 april 2020 worden de sessies terugbetaald voor personen van alle leeftijden.

De behandeling bestaat uit een reeks individuele gespreksessies. Na een intakegesprek met diagnosestelling van de psychische problemen van de patiënt volgen behandelgesprekken gericht op de algemene psychologische zorg, oplossingsgerichte behandeling, enz. Daarnaast kan de hulpverlener de patiënt, indien deze nood heeft aan intensievere, meer langdurige begeleiding, doorverwijzen naar een andere zorgverlener die al dan niet werkt aan een voordelig tarief.

Onder lichte en matig ernstige psychische problemen verstaat men psychische problemen op vlak van angstige gevoelens, depressieve stemming, matig alcoholmisbruik of misbruik van slaap- en kalmeermiddelen. Voor jongeren kunnen dit ook gedrags- of sociale problemen zijn en afhankelijkheid van schermen. Het project zit nog volop in de opstartfase.

AANTAL VERSTREKKERS EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE FUNCTIE PER GEWEST (01/11/2020)





Recent werd in de IMC Volksgezondheid een akkoord gesloten dat voornamelijk betrekking heeft op de versterking van het zorgaanbod in de eerstelijns hulpverlening. Op 2 december 2020 werd namelijk het protocolakkoord betreffende de gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod in het kader van de COVID-19 pandemie afgesloten. Het akkoord bepaalt enkele prioritaire doelgroepen, zoals kinderen en ouders in kwetsbare gezinnen, jongvolwassenen, en mensen met al bestaande geestelijke gezondheidsproblemen. Voor deze versterking werden bijkomende recurrente budgetten vastgelegd. Met de sector wordt intensief overlegd over de wijze waarop deze middelen efficiënt kunnen ingezet worden.

FINANCIERING VAN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

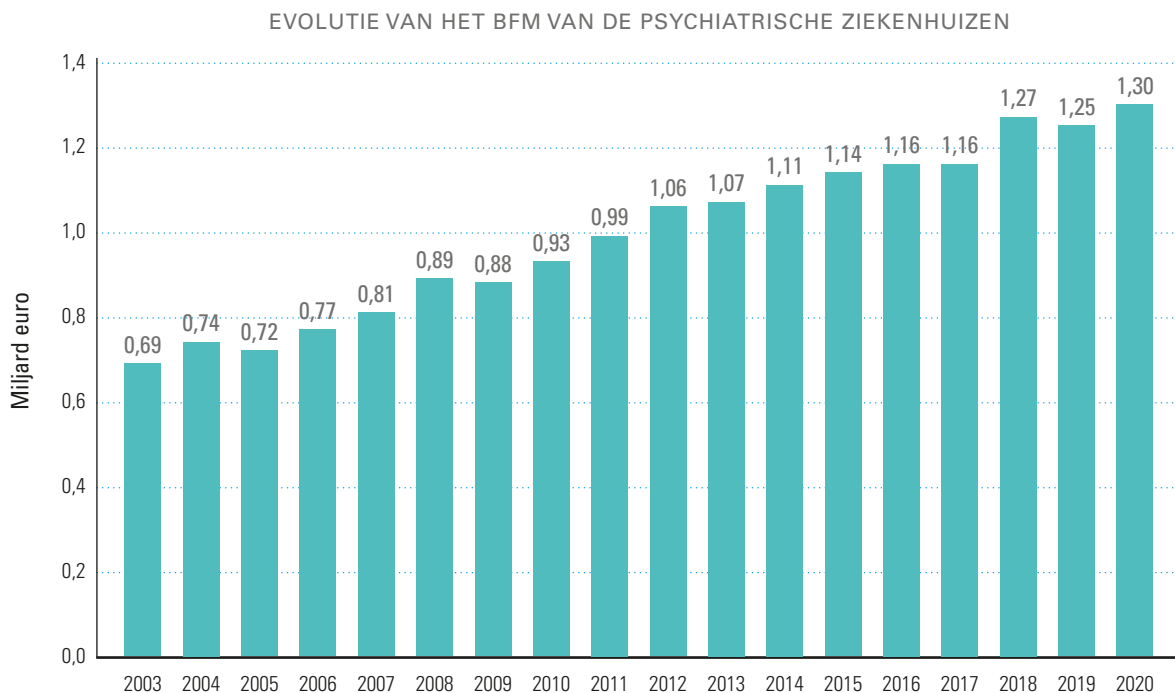
In dit hoofdstuk ligt de focus op de financiering van de psychiatrische ziekenhuizen (PZ). De financiering van andere instanties in de geestelijke gezondheidszorg wordt buiten beschouwing gelaten in deze publicatie.



Wat betreft de PZ zijn de belangrijkste financieringsbronnen enerzijds het **Budget van Financiële Middelen (BFM)** en anderzijds de artsenhonoraria. Daarnaast zijn er ook nog vergoedingen voor farmaceutische en verbruikte producten, RIZIV-forfaits en kamersupplementen.

We focussen hier verder op het BFM. Dit bestaat uit een budget voor infrastructuur en materiaal, een budget voor werkingskosten en één voor correcties of inhaalbedragen.

Het totale budget voor de PZ in 2020 bedroeg 1,30 miljard euro, dit is ongeveer een verdubbeling tegenover 2003, toen het budget slechts 0,69 miljard euro bedroeg. Het aan de PZ toegekende bedrag komt overeen met 6,8% van het totale budget voor de algemene ziekenhuizen (18,66 miljard euro)^[28]



Meer weten over de financiering van psychiatrische ziekenhuizen:
www.health.belgium.be

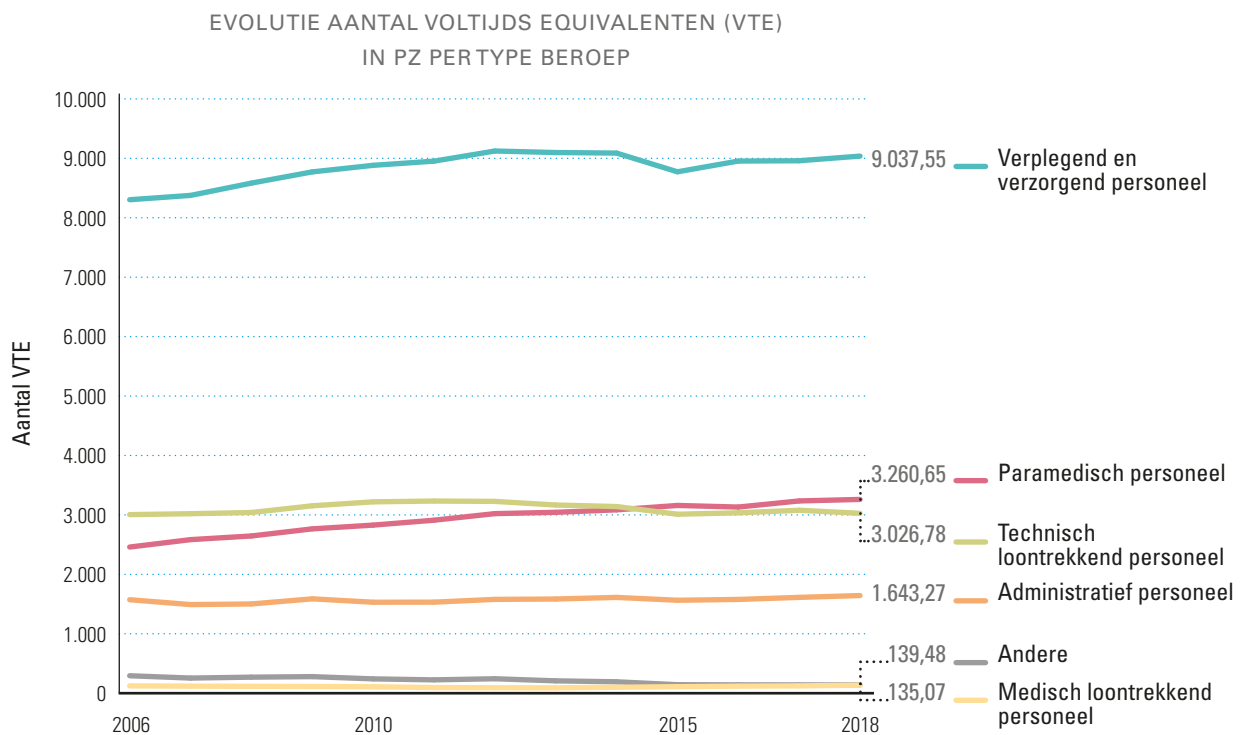


28 Bron: Budget Financiële Middelen, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

PERSONEEL IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

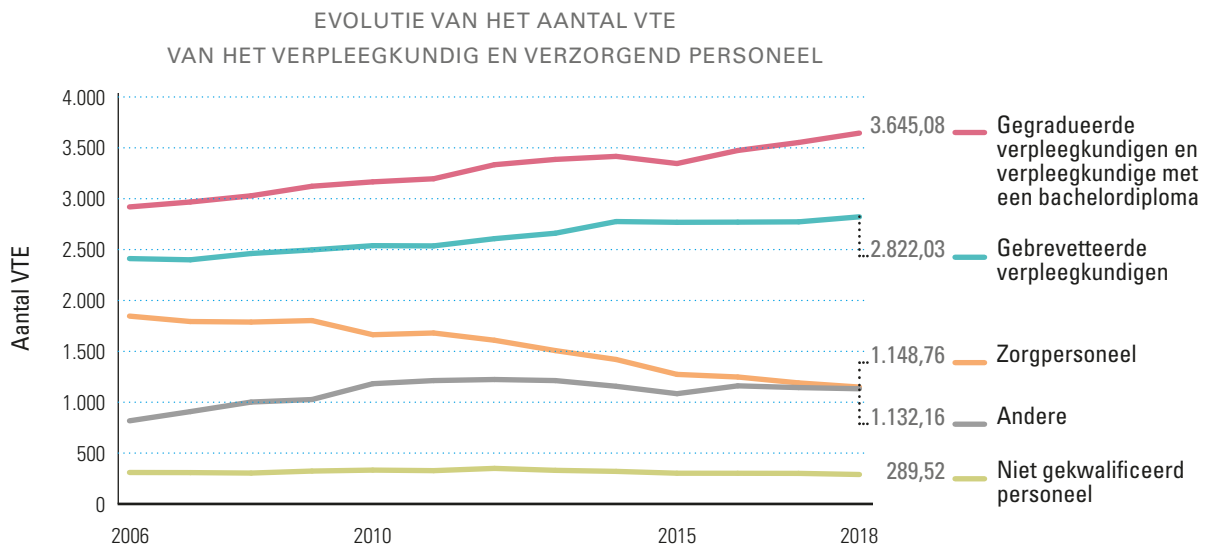
Sinds 2006 is het aantal voltijdse equivalenten in psychiatrische ziekenhuizen toegenomen met 9,4%^[29]

Meer dan de helft van de personeelsleden vinden we terug in de categorie 'verplegend en verzorgend personeel'.



29 Bron: Finhosta, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

Wanneer we de kwalificatie van het verplegend en verzorgend personeel bekijken, stellen we vast dat 71 % van hen verpleegkundigen zijn. We zien dat het zorgpersoneel in aantal afneemt en het aantal gegradueerden of bachelors toeneemt.



FORENSISCHE ZORG

1. Internering

In 2013 verbleven nog 1.169 geïnterneerden in een Belgische gevangenis. Inmiddels is dit aantal gedaald tot 609.

Internering is een juridische veiligheidsmaatregel die wordt uitgesproken door de strafrechter voor personen met een psychische aandoening die een misdaad pleegden maar over wie de strafrechter oordeelt dat zij geen controle hadden over hun daden en bovendien een gevaar vormen voor de maatschappij. Deze strafrechtelijke interneringsmaatregel mag niet verward worden met de burgerrechtelijke gedwongen opname, waarin er geen sprake is van een misdrijf.

Het was jarenlang een gangbare praktijk dat geïnterneerden voor onbepaalde duur verbleven in de psychiatrische afdelingen van penitentiaire inrichtingen of zelfs van gewone gevangenissen. Omdat de zorg op deze plaatsen ontoereikend was, werd België regelmatig op de vingers getikt door het Europees Comité voor de Preventie van Foltering en Onmenselijke of Vernederende Behandeling of Bestrafing. Uiteindelijk liep de Belgische Staat meerdere veroordelingen op uitgesproken door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

Daling van **1.169**
naar **609** geïnterneerden in
Belgische gevangenissen **sinds 2013**

Onder deze Europese druk investeerden de overheden in forensische zorg en kwamen, na een nieuwe investeringsronde van de ministers van Justitie en Volksgezondheid, de zogenaamde "Masterplannen" tot stand.

In het 'Masterplan Internering' wordt aandacht besteed aan de forensisch psychiatrische zorg. Hierin staat namelijk dat elke geïnterneerde persoon recht heeft op een plaats in een aangepaste structuur. Daarom werd er geïnvesteerd in de oprichting van Forensische Psychiatrische Centra (FPC). Een FPC staat in voor de opvang van geïnterneerden in een forensisch zorgtraject gerealiseerd in netwerken. Hierbij werken de forensisch psychiatrische centra samen met reguliere psychiatrische ziekenhuizen (PZ).

In 2014 werd in Gent het eerste FPC, dat plaats biedt aan 264 mannelijke patiënten, in gebruik genomen. Drie jaar later, in 2017, opende een tweede FPC in Antwerpen waar 182 patiënten terecht kunnen waarvan 18 vrouwelijke.

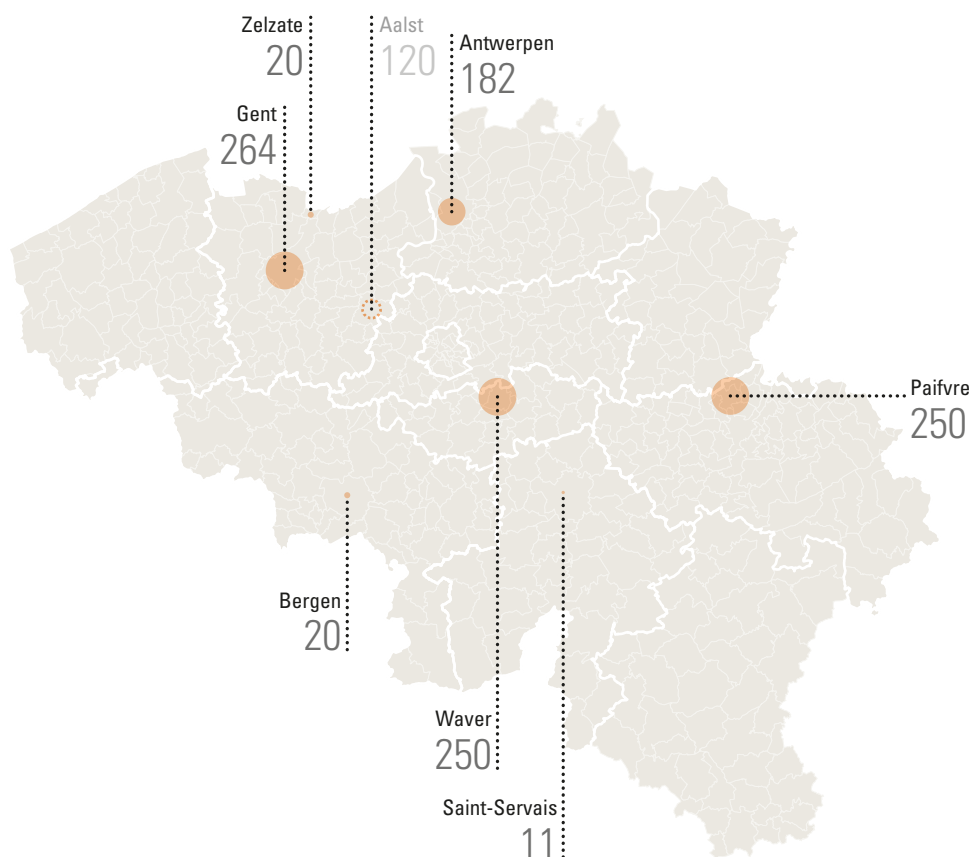
Het Waalse Gewest telt 2 FPC, één te Paifve en één in Waver telkens goed voor 250 plaatsen.

Tenslotte wordt voorzien in de oprichting van een "Long Stay" FPC te Aalst dat kan instaan voor de opvang van 120 geïnterneerden.

Voor geïnterneerde vrouwen, met zowel een high-risk^[30] als een high-security^[31] profiel, werd in het psychiatrisch centrum Sint-Jan-Baptist te Zelzate de speciale eenheid Levanta opgericht. Levanta biedt plaats aan 20 geïnterneerde vrouwen waarvan 2 crisisbedden. Ook in Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon in Saint-Servais en in Le Chêne aux Haies te Bergen met respectievelijk een speciale eenheid van 11 en 20 bedden kunnen zulke patiënten opgevangen worden.

De overige voorzieningen voor geïnterneerden in de reguliere PZ vallen eerder onder de noemer "Medium Risk / Medium Security". Zij ontvangen voor de opvang van deze geïnterneerden een personeelsupgrade.

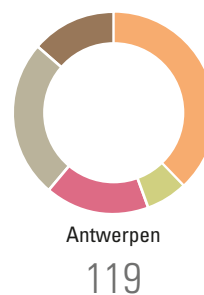
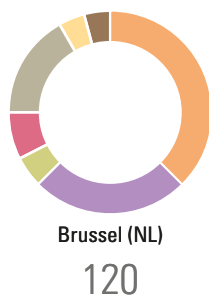
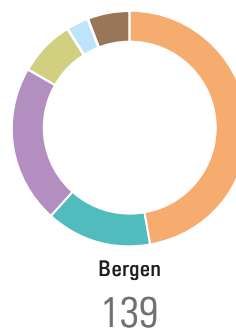
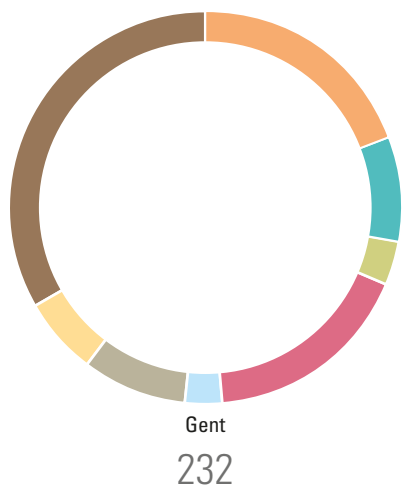
OVERZICHT FORENSISCH PSYCHIATRISCHE ZORG IN BELGIË



30 Risico op recidive

31 Nood aan beveiliging

AANTAL BEDDEN IN PZ GERESERVEERD VOOR EEN SPECIFIEKE DOELGROEP
PER HOF VAN BEROEP^[32]

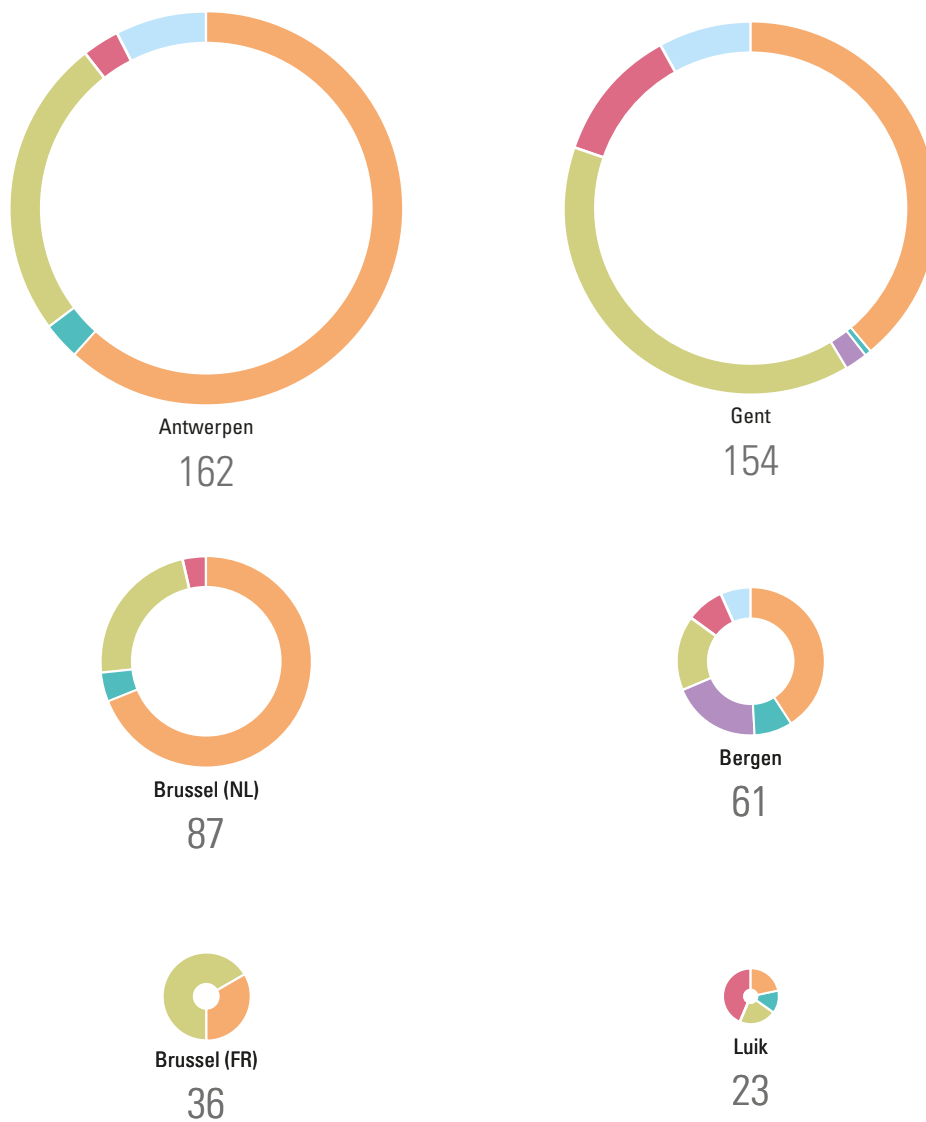


- Bedden medium risk
- Bedden voor geïnterneerde vrouwen
- Bedden voor langdurige verblijven
- Crisisbedden/Timeout
- Bedden voor personen met een dubbele diagnose verslaving
- Bedden voor personen met een dubbele diagnose verstandelijke beperking
- Bedden voor personen met een verstandelijke beperking
- Bedden voor personen met niet-aangeboren hersenletsel Korsakov
- Bedden voor seksuele delinquenten

32 Bron: Dienst Psychosociale gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

Ook in psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en initiatieven voor beschut wonen (IBW) wordt een personeelsupgrade voor een aantal bedden of plaatsen toegekend voor de opvang van geïnterneerden.

AANTAL BEDDEN IN PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN (PVT)
EN INITIATIEVEN BESCHUT WONEN (IBW)
VOOR DE OPVANG VAN GEÏNTERNEERDEN PER HOF VAN BEROEP^[33]



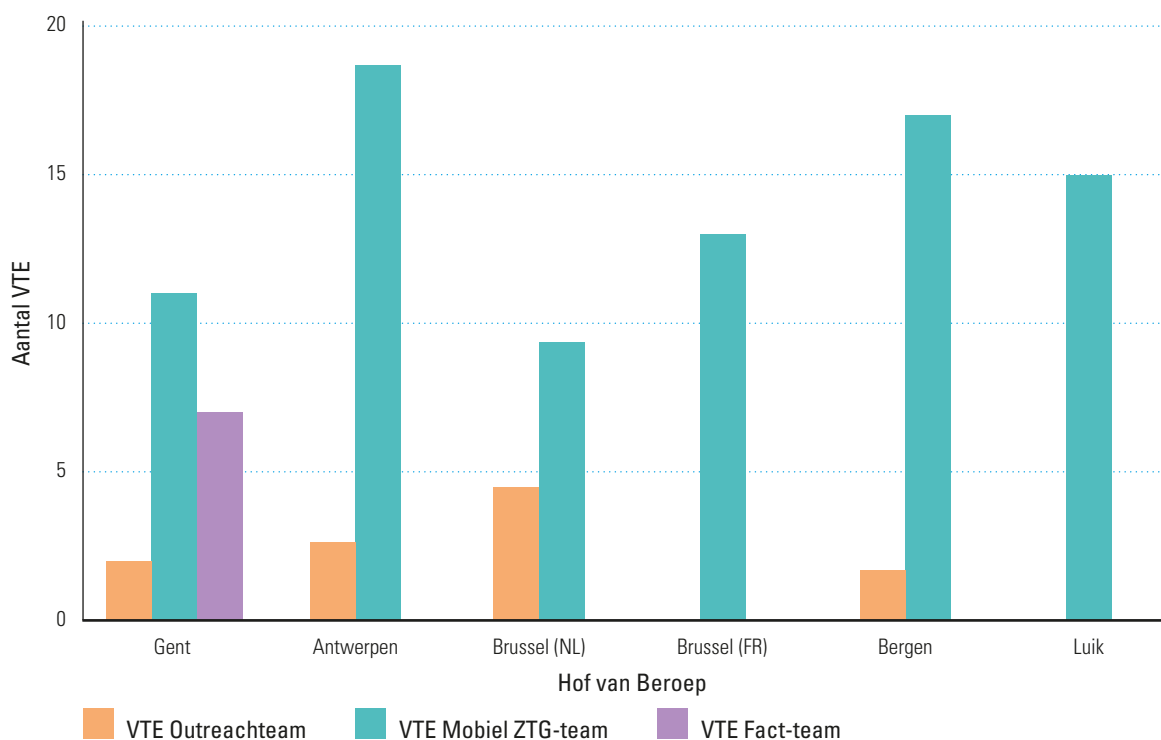
- Bedden PVT
- Bedden PVT voor personen met dubbele diagnose
- Bedden PVT voor seksuele delinquenten
- Plaatsen IBW
- Plaatsen IBW voor personen met dubbele diagnose
- Plaatsen IBW voor seksuele delinquenten

33 Bron: Dienst Psychosociale gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

Tenslotte wordt er een ambulante zorgaanbod voor geïnterneerden voorzien:

- **Outreaching** is een specifieke vorm van extramuraal opvolging en kan zich situeren vóór een ziekenhuisopname (Psychiatrische afdeling van een gevangenis, Inrichting ter Bescherming van de Maatschappij) of erna (ambulante zorgnetwerk).
- Een **mobiel team 'Zorgtraject voor geïnterneerden'** moet aansturen op integratie in de reguliere zorg en stelt voor elke geïnterneerde een zorgplan op maat op in samenwerking met justitie. Het team zorgt voor oriënteringsadvies, verzorgt de follow-up en geeft ondersteuning aan partners in de gezondheidszorg, bij justitie, ... De Hoven van Beroep van Gent, Antwerpen, Brussel (N en F), Bergen en Luik hebben elk 1 voltijds coördinator aangesteld.
- Een **Fact-team (Flexible Assertive Community Treatment)** richt zich op mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en biedt behandeling en begeleiding op verschillende hersteldomeinen door het verminderen van psychische en somatische symptomen, het bevorderen van maatschappelijk functioneren en sociale participatie en het realiseren van persoonlijk herstel en levenskwaliteit.

AANTAL VTE IN DE AMBULANTE ZORG VOOR GEÏNTERNEERDEN PER HOF VAN BEROEP^[34]



Naast zorgvoorzieningen buiten de muren van de gevangenis, werden initiatieven ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg in de psychiatrische afdelingen van een gevangenis te verhogen en werd de interneringswet aangepast waarbij voorzien wordt in een flexibelere gerechtelijke en uitvoeringsprocedure die beter aansluit bij de specifieke zorgnoden van geïnterneerden.

34 Bron: Dienst Psychosociale gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

2. Gespecialiseerde zorg voor justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek (For K)

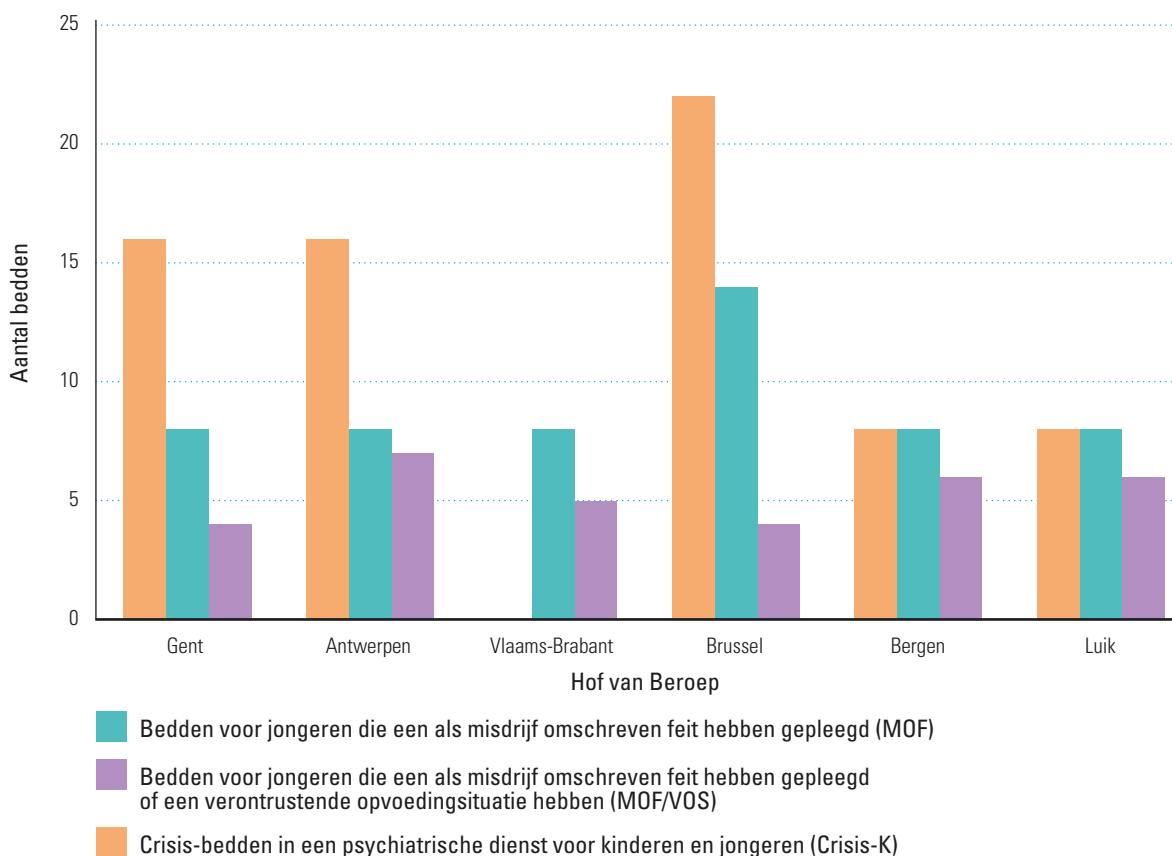
Het pilootproject "For K" voorziet per Hof van Beroep in de uitbouw van een zorgtraject specifiek voor jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen.

156 bedden voor justitiële jongeren met psychiatrische problematiek

Er werden intensieve behandel eenheden gecreëerd voor jongeren die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd (MOF) of voor jongeren met een verontrustende opvoedingsituatie (VOS).

Bovendien beschikt elk project over een aantal K-crisisbedden die niet worden gerekend bij het aantal erkende K-bedden.

AANTAL BEDDEN PER HOF VAN BEROEP IN HET KADER VAN HET PROJECT "FOR-K"^[35]



In Brussel wordt dit aanbod aangevuld met een vorm van Beschut Wonen (8 plaatsen) voor justitiële adolescenten met een psychiatrische problematiek.

35 Bron: Dienst Psychosociale gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu

VERSLAVINGSZORG

In het hoofdstuk “De meest voorkomende hoofddiagnose in PZ en PAAZ voor volwassenen” gaven we reeds aan dat middelengerelateerde aandoeningen (Alcohol, Medicatie, Drugs) de voornaamste hoofddiagnose is voor patiënten die worden opgenomen in PZ en PAAZ. Daarenboven worden middelengerelateerde aandoeningen bij andere diagnoses dikwijls als nevendiagnose vermeld. De FOD Volksgezondheid heeft een aantal projecten lopen om dit probleem aan te pakken:

TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI)

TDI is de registratie van behandelingsvragen die betrekking hebben op misbruik van alcohol of afhankelijkheid van illegale drugs. Ongeveer 115 ziekenhuizen registreren jaarlijks 20 epidemiologische variabelen. Deze verplichte registratie (KB 15/10/15) gebeurt binnen een Europees kader (EMCDDA) en wordt beheerd door Sciensano. De financiering hiervan werd in het Budget Financiële Middelen (BMF) opgenomen.

Meer weten over
dit project:

workspaces.wiv-isp.be



CRISISEENHEDEN VOOR MIDDELENMISBRUIK

Negen crisiseenheden van telkens 4 bedden vangen patiënten in crisis op voor een beperkte periode van 5 dagen. Een intensief en multidisciplinair team (11 VTE) verzorgt jaarlijks ongeveer 3.500 patiënten. Specifiek aan dit project is dat de follow-up gebeurt door casemanagement en dat er een zekere affiniteit is met de doelgroep van patiënten die psychoactieve middelen gebruiken.

PROEFPROJECT ‘DRUGS EN DETENTIE’

Ondanks de dagelijkse inzet van de zorgverleners en de vele inspanningen van Justitie blijft het drug- en medicatiegebruik in onze Belgische gevangenissen hoog. Die situatie is letterlijk en figuurlijk niet gezond. Druggebruik houdt immers verschillende gezondheidsrisico's in en kan de veiligheid binnen een gevangenis onder druk kan zetten. Volgens recente internationale overzichtsstudies gebruikt naar schatting 20 tot 45 procent van alle gedetineerden illegale drugs in de gevangenis, met sterk gelijkaardige cijfers in België.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 20 november 2017 stelde federaal minister van Volksgezondheid daarom voor om een aangepast drughulpverleningsmodel voor gedetineerden te ontwikkelen. Daartoe zijn in december 2017 proefprojecten opgestart in de gevangenissen van Sint-Gillis/ Berkendael, Hasselt en Lantin. Via de ervaringen op het terrein zal een breed hulpverleningsmodel ontwikkeld worden dat alle stappen omvat, van screening en vroegdetectie tot motivatiegesprekken en behandeling.

In elk van de drie gevangenissen is intussen extra zorgpersoneel aangeworven en heeft het aanwezige zorg- en gevangenispersoneel extra vorming gekregen, zodat gedetineerden met een drugproblematiek meer begeleiding op maat kunnen krijgen. Verder worden gedetineerden nu van bij hun aankomst systematisch gescreend op druggebruik, om hen indien nodig sneller naar de juiste hulp te kunnen begeleiden. De betrokken hulpverleners binnen en buiten de gevangensmuren staan ook in nauw contact met elkaar, wat de continuïteit van zorg helpt te garanderen.

Drie vzw's gespecialiseerd in drughulpverlening staan in voor de begeleiding op het terrein: iCare (Sint-Gillis/Berkendael), CAD Limburg (Hasselt) en Fédito Wallonne (Lantin).

BELPEP (BELGISCH PSYCHOTROPICS EXPERTS PLATFORM)

BelPEP is een multidisciplinair platform dat bestaat uit 3 werkgroepen van deskundigen en gericht is op het bevorderen van het rationeel gebruik van psychoactieve geneesmiddelen in België. In een globale visienota werd een overzicht gemaakt van de historie, het statuut, de context, de verschillende problemen en prioriteiten van het platform.

Meer weten over
de globale visienota:

www.health.belgium.be



Hieronder een korte opsomming van een aantal acties die reeds ondernomen zijn:

- Diverse instrumenten zijn ontwikkeld om professionals in hun praktijk te ondersteunen. Zo werden twee websites gecreëerd om recente wetenschappelijke informatie te verzamelen:
 - Een website over de diagnose en de behandeling van ADHD (www.trajet-tdah.be)
 - Een website met betrekking tot het adequaat voorschrijven van slaapmedicatie en kalmeermiddelen (www.slaapenkalmemiddelen-hulpmiddelenboek.be).
- Online vorming (www.e-learninghealth.be) en training in de LOK's^[36] wordt ter beschikking gesteld van huisartsen, rond het rationeel gebruik van benzodiazepines, maar ook rond de optimale aanpak van depressie. (<https://www.domusmedica.be/vorming> voor het Nederlandstalig aanbod, <https://dmgulb.be/formation-specifique/> voor het Franstalig aanbod)

36 Lokale kwaliteitsgroep: een groep van artsen of apothekers-biologen, die hun medische praktijkvoering delen en kritisch beoordelen om de zorgkwaliteit te verbeteren.



federale overheid

**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**