



## **PUBLICATIE VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8518**

### **Multidisciplinaire samenwerking voor eerstelijnsopvang van problemen inzake geestelijke gezondheid.**

7 juli 2010

#### **1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING**

Voor het ogenblik worden de eerstelijnsbeoefenaars steeds vaker geconfronteerd met problemen inzake geestelijke gezondheid. In 2005 heeft de HGR hierover een advies uitgebracht om die beroepsbeoefenaars te helpen (HGR 7814 : Ondersteuning huisartsen, eerstelijns hulp inzake geestelijke gezondheid). Een van de aanbevelingen in dat advies bestond erin om de eerstelijnsopvang van die problemen inzake geestelijke gezondheid op multidisciplinaire en patiëntgerichte wijze te organiseren.

Na dat advies heeft het directoraat-generaal voor Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu de Hoge Gezondheidsraad verzocht om verder te gaan met zijn aanbevelingen door een advies te geven over de wijze waarop die multidisciplinaire opvang moet worden georganiseerd: welke eerstelijnsactoren moeten erbij betrokken worden, welke instrumenten zijn noodzakelijk en welke voorwaarden zijn vereist voor het opzetten van dit soort opvang.

Dit is ook in de lijn van de door België ondertekende verklaring van de Europese ministeriële conferentie van de WGO over geestelijke gezondheid in Helsinki (2005), waarin staat dat het bij de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg belangrijk is om te voorzien in de mogelijkheid van thuiszorg door gekwalificeerd personeel om opnames in overbelaste ziekenhuizen te vermijden.

Om op die vraag te antwoorden werd er een *ad hoc* werkgroep opgericht, in hoofdzaak samengesteld uit velddeskundigen. Het advies is op de mening van die deskundigen gebaseerd.

#### **2. AANBEVELINGEN**

Om de eerstelijnsopvang van problemen inzake geestelijke gezondheid beter te organiseren, beveelt de HGR aan om in dit domein een model van het type gemeenschapsgezondheid toe te passen; in dergelijk model begint men op een weinig gespecialiseerd niveau met de identificatie van de problemen en klimt men dan geleidelijk op naar steeds meer gespecialiseerde niveaus. Hiermee wordt de toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg vergemakkelijkt en wordt vroegtijdige opvang mogelijk, waardoor de taak van de verleners van hooggespecialiseerde zorg wat ontlast wordt.

DE HGR beveelt dus aan:

- de huisartsen te sensibiliseren voor problemen van psychosociale aard;
- een aantal eerstelijnszorgverleners op te leiden om die problemen vroegtijdig te identificeren en op te vangen;
- laagdrempelige structuren op te richten tot wie elke beroepsbeoefenaar zich kan wenden om een probleem te melden en raadgevingen te krijgen over de opvang ervan;

- de psychiatrische thuiszorg door verpleegkundigen te bevorderen via de coördinatie door gecentraliseerde structuren.

Dat alles moet uiteraard geschieden rekening houdend met de ethische vragen/aspecten betreffende de vrijheid van de patiënt.

### 3. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

#### Afkortingen

OCMW : Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

HGR : Hoge Gezondheidsraad

GDT : Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging

IBW : Initiatieven van Beschut Wonen

RIZIV : Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

PIT : Paramedical Intervention Team

In 2005 heeft de HGR een advies uitgebracht over de problemen van de geestelijke gezondheid om huisartsen en eerstelijnsbeoefenaars te helpen; daarin deed de Raad verschillende aanbevelingen.:

- de contacten tussen de huisartsen en de in geestelijke gezondheid gespecialiseerde beroepsbeoefenaars zoals de psychologen te verbeteren, om de zorgcontinuïteit en de complementariteit van ieders werk te optimaliseren;
- bij de opleiding van de artsen, en dat zowel bij de basis- als de voortgezette opleiding meer de nadruk leggen op de psychologische, psychosociale, alsook relationele dimensies. De opleidingen in dit domein moeten daarenboven gevaloriseerd kunnen worden;
- bij de eerstelijnszorgverleners de kennis verbeteren van de structuren en het aanbod inzake beschikbare zorg om de patiënten te oriënteren en ze bij die oriëntering te ondersteunen;
- “medisch-psychisch-sociale” raadplegingen door huisartsen financieel valoriseren, aangezien die vaak langer duren dan een klassieke raadpleging;
- het multidisciplinaire werk rond de patiënten met een geestelijke gezondheidsproblematiek bevorderen door zich bij dit werk op deze laatste toe te spitsen.

Deze aanbevelingen zijn nog steeds actueel en het is belangrijk dat ze zo vlug mogelijk toegepast worden om de eerstelijnsopvang van geestelijke gezondheidsproblemen te vergemakkelijken.

Het is nochtans noodzakelijk om die aan te vullen door met name preciezer te omschrijven **hoe de vroegtijdige opsporing en opvang van de problemen inzake geestelijke gezondheid verbeterd kunnen worden door samenwerking tussen de verschillende eerstelijnszorgactoren**. Dit is nodig om de zorg voor iedereen meer laagdrempelig te maken en de taak van meer gespecialiseerde beroepsbeoefenaars te verlichten zodat ze zich kunnen toespitsen op patiënten waarvan de problematiek meer deskundigheid vereist.

Door de problemen inzake geestelijke gezondheid via de eerstelijnszorg vroegtijdig op te sporen en op te vangen, vermijdt men ook dat de problemen complexer worden en men beperkt hierdoor de behoeften aan zwaardere opvang zoals een ziekenhuisopname.

De werkgroep is van mening dat men bij het uitwerken van aanbevelingen over het invoeren van een dergelijke opvang moet uitgaan van bestaande initiatieven terzake. Er bestaan immers al heel wat projecten en het is dus onnodig is om nieuwe structuren op te richten waarbij hiermee geen rekening wordt gehouden. De groep heeft dus vertegenwoordigers van verschillende initiatieven over het hele land voor eerstelijnsopvang van problemen inzake geestelijke gezondheid uitgenodigd.

Die initiatieven betreffen bijvoorbeeld de (psychiatrische) thuiszorg, de opvolging van de patiënt na ziekenhuisopname door een case manager, de projecten inzake overleg rond de patiënt, de speciale crisiseenheden voor problemen inzake geestelijke gezondheid, de snelle medische interventieteams of nog een telefooncentrale ter ondersteuning van de beroepsbeoefenaars die met die problemen te maken krijgen. In bijlage vindt men een lijst met voorgestelde projecten en een korte beschrijving ervan.

Die initiatieven hebben als voordeel dat ze in elke lokale werkelijkheid geworteld zijn en het werk zijn van interveniërende personen die zo goed mogelijk op de vragen terzake trachten in te spelen.

Het weinig gestructureerde en precaire karakter van die initiatieven maakt het evenwel soms moeilijker dat er ook andere beroepsbeoefenaars bij betrokken worden omdat die niet weten hoelang ze beschikbaar zullen zijn, wat hun invloed vermindert. Het plaatselijk karakter ervan brengt tevens grote verschillen mee inzake behandeling van mensen van verschillende streken.

Op basis van deze initiatieven op verschillende plaatsen van het land heeft de groep dus getracht om te bepalen welke functies, zowel onder de reeds aangeboden als onder die welke nog moeten worden bedacht, in elke streek van het land beschikbaar moeten zijn om elke burger zonder onderscheid een vroegtijdige opsporing te kunnen bieden alsmede een laagdrempelige snelle opvang die aan zijn psychosociale problemen aangepast is.

Zodra die functies bepaald zijn, moet elke bevoegde overheidsinstantie onderzoeken in welke mate die ingevuld zijn en desgevallend wat de beste manier is om ze op te stellen, waarbij steeds rekening moet worden gehouden met de specifieke kenmerken van elke streek.

De werkgroep heeft meerdere onontbeerlijke krachtlijnen naar voren geschoven om de vroegtijdige opsporing en opvang van de problemen inzake geestelijke gezondheid in de eerste lijn via multidisciplinair overleg beter te organiseren.

Het toe te passen model is dat van de **Gemeenschapsgezondheid**, dat de opvang trapsgewijs organiseert: men moet met weinig gespecialiseerde niveaus (verpleegkundigen bijvoorbeeld) beginnen om de problemen te identificeren en dan geleidelijk opklimmen naar steeds meer gespecialiseerde beroepsbeoefenaars (met name huisartsen, maatschappelijk werkers, psychologen enz.) tot psychiaters in functie van de behoeften en de kenmerken van de problematiek.

Het raadplegen van de hooggespecialiseerde beroepsbeoefenaars is niet altijd noodzakelijk. Het uitbouwen van voldoende deskundigheid in de eerste lijn volstaat om de werklast van de tweedelijns wat te verlichten, welke laatste over het algemeen moeilijker toegankelijk is. De meer gespecialiseerde beroepsbeoefenaars kunnen zich dan met meer complexe gevallen bezighouden. Hierdoor kunnen de spoedgevallendiensten van de ziekenhuizen eveneens ontlast en dus de ziekenhuisopnamen beperkt worden. Het probleem kan immers meestal ook buiten het ziekenhuis opgelost worden.

De huisartsen en de verpleegkundigen, die huisbezoeken doen, zijn essentiële hulppersonen om de problemen beter te identificeren, door de bestaande structuren te gebruiken.

Men moet die beroepsbeoefenaars ook een structuur/een gemakkelijk en laagdrempelig contactpunt waarborgen zodat ze gemakkelijk voor opvolging kunnen zorgen en als efficiënte tussenpersonen kunnen fungeren.

De verschillende essentiële functies voor dit model zijn:

- 1) Betrokkenheid en **sensibilisering** in het algemeen van de huisartsen voor de problemen van psychosociale aard. De artsen die het meest belangstelling hebben voor die problemen kunnen een speciale opleiding volgen waarna hun raadplegingen over dit onderwerp gevaloriseerd worden, zoals dit reeds voor andere gespecialiseerde handelingen (elektrocardiogrammen bijvoorbeeld) het geval is.

- 2) **Opleiding** van de eerstelijnszorgverleners/thuiszorgverleners die voor deze problemen belangstelling vertonen zoals verpleegkundigen, kinesitherapeuten, artsen om ze te helpen de psychosociale problemen te identificeren. De mensen uit de sector van de hulp aan personen, die ook aan huis komen en die bepaalde problemen kunnen identificeren, kunnen die opleidingen eveneens genieten en aldus aan de opvang meewerken, net als de maatschappelijk werkers, werkzaam bij de OCMW's bijvoorbeeld, waardoor men ook mensen bereikt die het niet gewoon zijn om op gespecialiseerde zorgverleners een beroep te doen.  
Er bestaan al dergelijke opleidingsprogramma's van een twintigtal uren betreffende de **vroegtijdige identificatie**, die toegepast/gevolgd kunnen worden.
- 3) Oprichting van een gemakkelijk toegankelijk centrum (enig telefoonnummer dat het etmaal rond bereikbaar is, zoals bijvoorbeeld in het EOLE-project) en waaraan men de geïdentificeerde problemen kan **melden** en dat **de vraag kan onderzoeken**, het probleem begrijpen en vervolgens de meest geschikte oriëntering kan voorstellen, zodat onaangepaste oriënteringen vermeden worden.  
De psychiatrische platformen kunnen ook via een wachtbeurtrol tussen structuren een dergelijk gecentraliseerd nummer organiseren, dat voor de hulpverleners als aanspreekpunt kan dienen en waardoor de patiëntenopvang, met behulp van een beslissingsboom, georganiseerd kan worden.
- 4) Er moeten ook voldoende grote structuren zijn om **de opvang en de opvolging thuis** te waarborgen en de verschillende acties rond de patiënt te coördineren. De GDT's, de ziekenhuizen of nog de PIT-teams kunnen die taak op zich nemen.  
De GDT's hebben bovendien de mogelijkheid om via het RIZIV andere dan zorgverleners (zoals psychologen) voor bepaalde interventies te betalen. De GDT's hebben bovendien de mogelijkheid om via het RIZIV personen die nog niet als zorgverleners (zoals de psychologen) erkend zijn voor bepaalde interventies te betalen.  
Het oprichten van een functie van referentieverpleegkundige in de psychiatrie is een andere piste om in aanmerking te nemen en zou toelaten de patiënt op te volgen, bv. na een ziekenhuisopname. Bepaalde patiënten zullen zich immers vaak vlugger tot een verpleegkundige dan tot een huisarts wenden.  
De speciale opleiding van die beroepsbeoefenaars moet eveneens gevaloriseerd worden door een speciale nomenclatuur voor de referentieverpleegkundige in de geestelijke gezondheid / psychiatrie bijvoorbeeld uit te werken, zoals dat al bestaat voor diabetes, en door die functie in de verpleegkundige thuiszorg op te nemen.  
Verpleegkundigen moeten immers anders dan per handeling betaald kunnen worden. Men moet ook "begeleidende verpleegkundigen" kunnen hebben.

Zo kunnen de artsen, de spoedgevallendiensten en ieder ander persoon die aan huis komt, dankzij een aangepaste opleiding bepaalde problemen identificeren, vervolgens een beroep doen op structuren type EOLE voor ondersteuning, de patiëntenzorg organiseren en daarna naar andere beroepsbeoefenaars, gecoördineerd door de GDT's bijvoorbeeld, doorverwijzen.

Men moet in dit interventiemodel van laag niveau echter altijd aandacht hebben voor de ethische aspecten betreffende de vrijheid en de vrije wil van de patiënt, die niet altijd hulp wil.

Dit interventiemodel impliceert overleg van verschillende overheidsinstanties, die elke op hun niveau moeten tussenkomen.

N.B. : Deze bedenkingen en aanbevelingen stroken helemaal met de huidige initiatieven van de federale minister van Volksgezondheid met betrekking tot de desinstitutionalisering van bepaalde psychiatrische patiënten die dan in hun leefomgeving worden behandeld (toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen).

#### 4. REFERENCES

- Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *Bmj*. 2005 Apr 9;330(7495):839-42.
- Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2008 Nov(173):1-362.
- EC-European Commission. Green paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union; October 2005 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)).
- England E, Lester H. Implementing the role of the primary care mental health worker: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2007 Mar;57(536):204-11.
- Hine CE, Howell HB, Yonkers KA. Integration of medical and psychological treatment within the primary health care setting. *Soc Work Health Care*. 2008;47(2):122-34.
- Lester H. Current issues in providing primary medical care to people with serious mental illness. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(1):1-12.
- Lester H, Glasby J, Tylee A. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? *Br J Gen Pract*. 2004 Apr;54(501):285-91.
- Morris M. A new Mental Health Act: where is the evidence for it? *Br J Nurs*. 2002; 11(13):854.
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 2004 Oct;185:283-90.
- White K, Roy D, Hamilton I. ABC of mental health. Community mental health services. *Bmj*. 1997 Jun 21;314(7097):1817-20.
- WHO - World Health Organization. Integrating Mental Health Care into General Health Services. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope - Chapter 4;2001.
- WHO - World Health Organization. European Ministerial Conference on mental health : Mental health action Plan for Europe : Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki; 2005.
- Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008 Jan;45(1):140-53.

## **5. BIJLAGEN : Voorbeelden van initiatieven – Voorgestelde projecten**

### **5.1 Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging**

De Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging bestaan uit verschillende personen: huisartsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, logopedisten en kinesitherapeuten. In een bepaalde zorgzone versterken ze het zorgaanbod voor patiënten ondermeer door de praktische organisatie en de omkadering van de prestaties in het kader van de thuisverzorging.

Deze diensten zijn erkend door instellingen van de gewesten en worden gefinancierd door de FOD Volksgezondheid. De gemeenschappen voeren ook controles uit op de geleverde prestaties.

### **5.2 Pilotproject psychiatrische zorg aan patiënten in de thuissituatie**

Het doel van het pilotproject psychiatrische zorg aan patiënten in de thuissituatie bestaat erin na te gaan in welke mate men via het detacheren van personeelsleden vanuit een initiatief van beschut wonen (IBW) de reguliere thuiszorg kan sensibiliseren voor de doelgroep psychiatrische patiënten, het coördineren van de zorgen voor deze psychiatrische patiënten en het verzekeren van de functie van coaching van de

reguliere thuiszorg. Het is niet de bedoeling dat deze equipe zelf de zorgen voor de psychiatrische patiënten die thuis worden verzorgd in handen neemt in plaats van de reguliere diensten die instaan voor thuiszorg. In de situaties waar, omwille van het complexe karakter ervan, deze laatsten de zorg niet kunnen of wensen op te nemen, kan de ploeg van het pilotproject evenwel de nodige ondersteuning bieden.

### **5.3 Paramedical Intervention Team (PIT)**

Het pilotproject "PIT" (paramedical intervention team) bestaat sedert 2007 waardoor iedereen een ziekenwagen zonder doktersbegeleiding maar met verpleegkundigen kan vragen. Het is een tussenoplossing tussen een eenvoudige ziekenwagen en een SMUR.

Men stelt echter vast dat in dit project de verpleegkundigen aan verschillende problemen van psychisch-sociale aard het hoofd moeten bieden, zoals zelfmoordpogingen, dronkenschap, vechtpartijen enz. Maar ze staan hier erg machteloos tegenover omdat ze geen enkele psychiatrische opleiding genoten hebben.

### **5.4 Projet pilote – Eole**

Het Eole-model, telefonische Helpdesk voor eerstelijns hulpverleners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg heeft thans bewezen wat het waard is wat de gebruikte methode betreft, met name een on-line interventie bij welbepaalde situaties. In dit stadium kan met de Eole-studie het gespecialiseerde netwerk van bestaande hulpmiddelen in het Brusselse Gewest geïdentificeerd worden en wordt de medewerking van gespecialiseerde beroepsbeoefenaars mogelijk telkens als het nodig is.

Men stelt dagelijks vast dat door die eerstelijnsinterventie- en ondersteuningsmethodologie geregeld ritten naar ziekenhuiswachtdiensten uitgespaard worden alsook ziekenhuisopnamen die door een actieve ondersteuning vervangen worden.

### **5.5 Pilotproject "crisiseenheden met de functie van case manager"**

Deze eenheden bieden een intensieve behandeling aan van korte duur (maximum 5 dagen), met de bedoeling de patiënt te stabiliseren, te motiveren en door te verwijzen naar andere diensten.

Aan elke crisiseenheid is een case manager verbonden. Deze heeft als taak de patiënt te begeleiden, een zorgtraject uit te tekenen en de continuïteit ervan te verzekeren.

## 5.6 Psychiatrische zorg thuis

Deze structuren bieden een verblijf aan psychiatrische patiënten die geen gewone ziekenhuisbehandeling meer nodig hebben maar voor wie een onafhankelijk leven in de maatschappij of een andere collectiviteit (nog) niet mogelijk is.

Deze mensen hebben (nog) een grote behoefte aan ondersteuning en begeleiding bij hun langdurig psychiatrisch probleem.

## 5.7 Wit-gelekruis - Thuisverpleegkunde-verstrekkers

De verpleegkundigen van het Wit-gelekruis verstrekken zeer eenvoudige tot zeer technische zorg aan huis: toilet maken, insputingen, verbanden alsook sondes, perfusies, parenterale voeding, ... Verpleegkundigen gespecialiseerd in palliatieve zorg, diabetes, wondzorg, ergonomie kunnen een meer specifieke actie ter zake uitoefenen.

Ook al is het op een niet gestructureerde manier hebben de verpleegkundigen de mogelijkheid om een opleiding in de geestelijke gezondheid te volgen."

Ze verzorgen volgens het voorschrift van de arts en werken nauw met hem samen.

## 6. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de deskundigen van de HGR worden met een asterisk \* aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies:

PELC Isidore*	(Psychiatrie – ULB)
MINNER Pierre	(Psychiatrie – ULB)
CHOCHRAD Didier	(Diensthoofd spoedgevallen – Ziekenhuis Etterbeek-Elsene)
DE CUYPER Claude	(Volksgezondheid - Directeur SISDCarolo)
VAN DAELE Tom	(Diensthoofd vzw OVOSIT)
ERMANS Jean Pierre	(Voorzitter van de GDT Brussel)
DE VRIEZE Annick	(Referentieverpleegkundige Psychiatrische Thuiszorg)
FOULON Michel	(Algemeen coördinator Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen)
VAN GANSBEKE Hendrik	(Medico-sociale wetenschappen – Algemeen Coördinator Wit-Gele Kruis van Vlaanderen)

De administratie werd vertegenwoordigd door:

GLORIEUX Marc	(FOD VVVL)
DE OLIVEIRA Cindy	(RIZIV)

Het voorzitterschap werd verzekerd door Isidore PELC en het wetenschappelijk secretariaat door Sylvie GERARD et Anne Madeleine PIRONNET.

## Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federale dienst die deel uitmaakt van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van volksgezondheid en van leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR neemt geen beleidsbeslissingen, noch voert hij ze uit, maar hij probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijk kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 deskundigen (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen), waarvan er 200 tot expert van de Raad zijn benoemd; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

De adviezen van de werkgroepen worden voorgelegd aan het College. Na validatie worden ze overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van volksgezondheid en worden de openbare adviezen gepubliceerd op de website ([www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)). Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar doelgroepen onder de beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector.

De HGR is ook een actieve partner binnen het in opbouw zijnde EuSANH netwerk (European Science Advisory Network for Health), dat de bedoeling heeft adviezen uit te werken op Europees niveau.

Indien U op de hoogte wil blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kan U zich abonneren op een mailing-list en/of een RSS-feed via volgende link: <http://www.hgr-css.be/rss>.