

ORGANISATIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR KINDEREN EN JONGEREN: LITERATUURSTUDIE EN INTERNATIONAAL OVERZICHT

SYNTHESE



ORGANISATIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR KINDEREN EN JONGEREN: LITERATUURSTUDIE EN INTERNATIONAAL OVERZICHT

SYNTHESE

MOMMERENCY GIJS, VAN DEN HEEDE KOEN, VERHAEGHE NICK, SWARTENBROEKX NATHALIE, ANNEMANS LIEVEN, SCHOENTJES ERIC,
EYSSSEN MARIJKE



■ VOORWOORD

Het psychisch lijden van kinderen kan een hedendaagse maatschappij niet onverschillig laten. Zelfs indien, in een aantal gevallen, net die maatschappij mee aan de oorzaak van dat lijden ligt. Spontaan vindt men dat tijd noch moeite moet gespaard worden om deze kinderen te helpen.

Toch leeft er een breed verspreide perceptie dat het opvangnet voor deze jongeren met psychische problemen te kort schiet, of dat het minstens aan een grondige herziening toe is. Nochtans ontbreekt het niet aan initiatieven, in binnen- en buitenland, om het probleem het hoofd te bieden. En dan stelt zich de vraag wat men hieruit kan leren. Zijn er goede evaluaties voorhanden, die aan de beleidsmaker een richting kunnen geven voor een doelmatige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten?

Dit is de vraag die de FOD Volksgezondheid aan het KCE heeft gesteld. Wij willen hierop antwoorden in twee tijden.

In een eerste tijd hebben we gezocht naar goede evidentie om deze of gene organisatievorm aan te bevelen, en zijn we ook gaan kijken naar hoe men dit in het buitenland aanpakt. Het resultaat van dit onderzoek vindt u in het rapport dat voor u ligt.

Maar alvorens uit dit rapport al definitieve conclusies en aanbevelingen te distilleren, zullen wij, in een tweede tijd van deze studie, een proeve van scenario-ontwikkeling doorvoeren, met de belangrijkste stakeholders van het domein. De resultaten kunnen verwacht worden in de eerste helft van 2012. Het voorliggende studierapport reikt alvast nuttig materiaal aan voor deze verdere oefening, en wij wensen de equipes van de Universitaire Dienst Psychiatrie, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Gent en de Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde aan de Universiteit Gent dan ook hartelijk te danken voor hun zeer gewaardeerde inbreng in dit project

Jean-Pierre CLOSON
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS
Algemeen Directeur



■ SYNTHESE

1. INTRODUCTIE

In de laatste decennia van de vorige eeuw werden er in de Westere landen, waaronder ook België, belangrijke hervormingen ingezet in de sector van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Waar GGZ voor volwassenen voordien gekenmerkt was door opvang in grote geïsoleerde instituten, kwam geleidelijk een model van “balanced care” of gebalanceerde zorg op de voorgrond: de aangeboden zorg wordt zoveel mogelijk kort bij de eigen leefwereld van de patiënt geleverd, en enkel indien nodig in een instelling. Dit model impliceert ook dat er een diversiteit aan diensten uitgebouwd wordt die opvang kort bij huis mogelijk maken. Tegelijkertijd bleek het ook belangrijk om een vlotte en naadloze overgang van de ene dienst naar de andere te garanderen.

Geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren zijn niet onfrequent. Op basis van studies waarin een gevalideerde vragenlijst gebruikt werd, schat de WGO (Wereldgezondheidsorganisatie) dat de prevalentie van mentale problemen of aandoeningen bij kinderen en jongeren in Westerse landen ongeveer 20% bedraagt, en dat ongeveer 5% klinische tussenkomst nodig zouden hebben.

De sector van GGZ voor kinderen en jongeren is pas veel later ontstaan dan deze van de volwassenen, en kent ondermeer daardoor een andere zorgstructuur. Toch dringen de hierboven geschetste hervormingsprincipes ook hier door. Bovendien dient zorg voor kinderen en jongeren vaak over de grenzen van de GGZ sector heen te gebeuren. Zo wordt ook heel wat hulpverlening aangeboden door, bijvoorbeeld, de huisarts of kinderarts, en komen veel problemen bij kinderen en jongeren voor het eerst aan het licht buiten de zorgsector, zoals op school. Wanneer men het heeft over GGZ voor kinderen en jongeren is het dan ook belangrijk om deze zogenaamde “belendende sectoren” mee te betrekken: welzijnswerk, justitie, gehandicaptenzorg, onderwijs.

2. DOELSTELLING

De doelstelling van dit rapport is om kennis bijeen te brengen over organisatorische aspecten van GGZ voor kinderen en jongeren, en dit in het licht van de hierboven geschetste context. De specifieke therapie-inhoud blijft hierbij dus buiten beschouwing. Het rapport bestaat uit twee delen:

- een beschrijvend literatuuroverzicht over:
 - organisatorische aspecten van GGZ voor kinderen en jongeren,
 - financiering van GGZ voor kinderen en jongeren.
- een internationaal overzicht over organisatie van GGZ voor kinderen en jongeren, met:
 - een gedetailleerde analyse van GGZ voor kinderen en jongeren in België,
 - een beschrijving van de GGZ organisatie voor kinderen en jongeren in 3 andere landen.

Het voorliggende rapport brengt alleen de beschikbare informatie bijeen, maar formuleert hieruit nog geen voorstellen voor de zorgorganisatie in België. Immers, de gegevens uit de literatuur en de voorbeelden uit andere landen dienen geïnterpreteerd te worden in het licht van de specifieke Belgische context. Voor dit proces van interpretatie en voor het formuleren van voorstellen voor hervorming zullen de Belgische stakeholders betrokken worden. Het resultaat hiervan zal beschreven worden in een afzonderlijk rapport.



3. LITERATUURONDERZOEK

Voor de literatuurstudie werden peer-review databases en grijze literatuur doorzocht (zie rapport 2.1). Naast vergelijkend onderzoek werden ook descriptieve en kwalitatieve studies geïnccludeerd.

3.1. Modellen van zorgorganisatie

3.1.1. Voorafgaande methodologische opmerkingen.

Voor dit thema werden twee types van publicaties geselecteerd:

- artikels waarin organisatiemodellen beschreven worden,
- artikels waarin door middel van een evaluatieproces bestudeerd wordt of een bepaald organisatiemodel al dan niet een meerwaarde betekent ten opzichte van een ander model.

Omdat de gestelde onderzoeksvraag zo breed is, is het bijna niet mogelijk om volledig te zijn. Daarom ligt de focus op de meest voorkomende en de belangrijkste modellen, en die modellen waarvoor er vergelijkend onderzoek gebeurde.

In het vergelijkend onderzoek werden meestal slechts enkele aspecten van een bepaald model bestudeerd, zodat het moeilijk is een uitspraak te doen over de totaliteit van het model. Daarnaast zijn er talrijke methodologische beperkingen. Zo betreft het complexe interventies, die niet volledig los kunnen gezien worden van de context waarin ze geïmplementeerd worden. De meeste publicaties zijn afkomstig uit de US, wat de relevantie van de resultaten voor België beperkt. De beschreven interventies hebben vaak talrijke facetten, en het is niet altijd duidelijk welk onderdeel precies het verschil maakt. Daarnaast zijn er andere vaak terugkomende beperkingen, zoals kleine steekproeven, onduidelijke uitkomstmaten etc. Om al deze redenen is dit overzicht enkel beschrijvend, narratief van aard.

Vermelden we tenslotte dat de meeste van de beschreven modellen ontworpen werden voor de subgroep van kinderen en jongeren met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen.

De twee meest geciteerde modellen, zijn het WGO-model en het Systems of care model. Beide zijn algemeen opgesteld, en vragen verdere

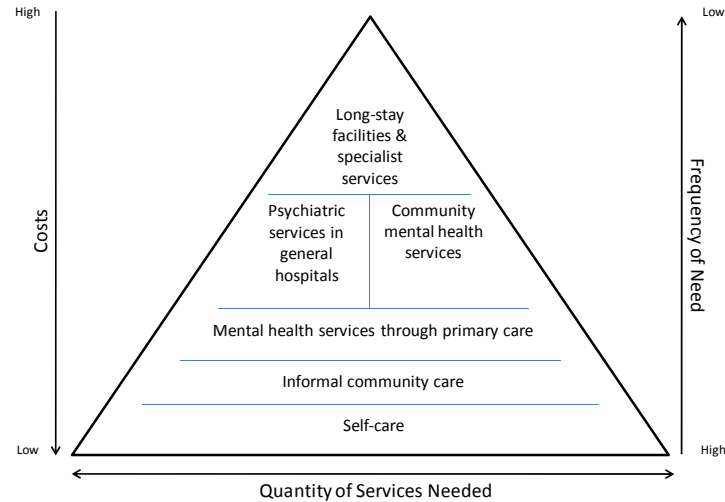
uitwerking door het land of de regio die GGZ voor kinderen en jongeren wil implementeren.

3.1.2. Het WGO-model

De WGO raadt sterk aan om op nationaal niveau een beleid uit te stippelen voor kinder- en jeugd GGZ, en om dit ook te vertalen in een duidelijk plan. In 2004 publiceerde zij voor het eerst een rapport waarin beschreven werd in welke landen wereldwijd een beleid en beleidsplan voor kinder- en jeugd GGZ terug te vinden zijn. Een beperking van dit rapport is de lage deelnemingsgraad van de ondervraagde landen. In Europa bleek in 96% van de deelnemende landen (waaronder België) een bepaald beleid voor kinder- en jeugd GGZ voorhanden te zijn. Echter, een nationaal actieplan met algemene en specifieke beleidslijnen (“wie doet wat tegen wanneer”) was slechts in 67% van deze landen beschikbaar. In de meeste landen was het ook niet mogelijk om het beschikbare budget duidelijk af te lijnen. Budgetten bleken vaak op tijdelijke basis of vanuit kwetsbare financieringsbronnen afkomstig te zijn, eerder dan te berusten op stabiele overheidsbudgetten. Het budget bleek ook aanzienlijk lager te zijn dan het budget voor GGZ voor volwassenen.¹

Naar aanleiding van dit onderzoek publiceerde de WGO in 2005 een leidraad, die stap voor stap aangeeft hoe een beleid en beleidsplannen in dit domein kunnen opgesteld en verspreid worden.² In dezelfde publicatie beschrijft de WGO eveneens een model voor de organisatie van kinder- en jeugd GGZ (Figuur 1). Het model is niet alles-omvattend (vb. het omvat niet al de belendende sectoren) noch wetenschappelijk gevalideerd. Toch wordt er internationaal vaak naar gerefereerd.

Figuur 1: optimale mix van diensten aanbevolen door de WGO²



3.1.3. Systems of care

3.1.3.1. Achtergrond en definitie

Er werd heel wat literatuur teruggevonden over het Systems of care model. Dit model ontstond 25 geleden in de US, als reactie op de toenmalige “gemedicaliseerde”, gefragmenteerde, en ziekenhuisgebonden kinderpsychiatrie.

Het Systems of care model is in eerste instantie bedoeld voor kinderen en jongeren met ernstige gedrags- of emotionele stoornissen, en daarnaast ook voor hun familie. Sommige auteurs gebruiken het concept ook voor de ganse groep van kinderen en jongeren met GGZ noden.

Systems of care is in essentie geen kant-en-klaar organisatiemodel, maar een **raamwerk** (“**framework**”) of een **filosofie** bedoeld om een **leidraad** te bieden bij het ontwikkelen van een zorgsysteem. Er bestaan verschillende definities; één van de meest recente is deze van Stroul (2010)³ (zie tekstkader 1).

Tekstkader 1: Definitie van Systems of care³

“een spectrum van effectieve diensten en ondersteuningsvormen, georganiseerd kort bij huis (“community-based”) voor kinderen en jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen of andere bedreigingen, of voor kinderen en jongeren met risico daarop, en hun familie. Dit spectrum is georganiseerd in een gecoördineerd netwerk met een ondersteunende infrastructuur, bouwt betekenisvolle partnerschappen met families en jongeren, en komt tegemoet aan hun culturele en taalgebonden noden, met de bedoeling om hen te helpen om beter te functioneren thuis, op school, in hun leefomgeving en doorheen hun levensloop.”

Minstens even belangrijk als de definitie zijn volgens de ontwerpers van het model de onderliggende principes en waarden van het Systems of care.³ De basisprincipes zijn:

- toegang tot een breed spectrum van diensten,
- behandelingen afgestemd op de noden van het kind en zijn familie,
- behandeling in de minst restrictieve omgeving die mogelijk is, rekening houdend met de aard van de gedragsproblemen, en gebruikmakend van de mogelijkheden tot ondersteuning kort bij huis of binnen de familie zelf,
- volledige participatie van families als partners,
- zorg die gecoördineerd verloopt tussen de verschillende zorgverleners,
- het gebruik van o.a. case management voor zorgcoördinatie,
- vroegtijdige opsporing en tussenkomst,
- vlotte overgang van jongeren naar het zorgsysteem voor volwassenen
- effectieve belangenverdediging door patiëntengroepen,
- niet-discriminerende dienstverlening die rekening houdt met verschil in culturen.



3.1.3.2. Implementatie

Het implementeren van Systems of care is een proces dat vele facetten omvat en dat zich op verschillende niveaus dient af te spelen:

- op het niveau van de staat: aanpassingen in beleid, wijze van financiering, ontplooiing van personeelsbestand, etc;
- op het niveau van de lokale zorgorganisaties: verbeteringen in het plannen, managen, en evalueren van de zorgverlening; voorzien van de nodige infrastructuur;
- op het niveau van de feitelijke zorgverlening: veranderingen zodat een breed gamma van effectieve zorgvormen aangeboden kan worden.

In de praktijk kunnen op beide laatste niveaus zeer veel verschillende zorgvormen een bijdrage leveren tot de realisatie van het Systems of care model.

Elk land of elke gemeenschap die Systems of care wil realiseren, dient zelf aan de slag te gaan met de basisprincipes, en vertrekkend daarvan te bepalen welke beleidsveranderingen noodzakelijk zijn, en welke zorgvormen het meest geschikt zijn voor implementatie in de lokale context.

3.1.3.3. Wetenschappelijke evidentie

In de US werden in de jaren '90 grootschalige studies opgezet, de Fort-Bragg en de Stark County studies^{4,5}, met de bedoeling om het Systems of care model te evalueren. Deze studies zijn van goede kwaliteit, met een laag tot matig risico op bias.

In een experimentele groep werden veranderingen doorgevoerd zoals andere financieringsvormen, bredere range van beschikbare diensten met zowel een residentieel als een ambulante zorgaanbod, en het voorzien van zorgcoördinatie. Dit werd vergeleken met een controle groep.

Bij de experimentele groep werden positieve effecten genoteerd, zoals betere toegankelijkheid van de zorg, betere zorgcoördinatie, en een hogere mate van tevredenheid bij de patiënten. Echter, de klinische en functionele parameters verbeterden niet. Hieruit werd geconcludeerd dat, wanneer men een verbetering van de klinische of functionele toestand

beoogt, niet alleen de zorgorganisatie moet hervormen maar ook maatregelen dient te nemen om de eigenlijke zorginhoud te verbeteren.

3.1.4. Modellen op het niveau van de lokale zorgorganisatie of de feitelijke zorgverlening

Er werd in de literatuurzoektocht nog voor enkele andere modellen vergelijkend onderzoek weergevonden. Het gaat over modellen op niveau van de lokale zorgorganisatie of feitelijke zorgverlening. In de praktijk lopen de drie aangehaalde niveaus vaak door elkaar: modellen die zorgorganisatie beogen op het niveau van de individuele patiënt, zoals 'wraparound', vergen niet zelden ook een aanpassing van de zorgstructuur op lokaal niveau en maatregelen op land/regio niveau.

Sommige van de modellen die gevonden werden, zoals 'multi-systeemtherapie', hebben niet enkel betrekking op de organisatie van de zorg, maar belichamen ook een visie over de inhoud van het therapeutisch handelen, en refereren dan ook naar specifieke therapeutische modellen. Anderzijds heeft de keuze van een bepaald therapeutisch model vaak ook een invloed op organisatorische aspecten, zoals de samenstelling van het team, de frequentie en de duur van de contacten met de zorgverlener enz. Zoals reeds gezegd, behoort het bestuderen van therapeutische modellen echter niet tot de doelstellingen van deze studie.

3.1.4.1. Modellen voor intensieve zorg kort bij huis

Voor elk van de modellen die hieronder gedefinieerd worden, tonen afzonderlijke studies vaak gunstige resultaten voor één of meer van de gemeten parameters. De validiteit van deze resultaten is echter beperkt omwille van talrijke methodologische problemen. De systematische reviews van goede kwaliteit die deze zorgvormen bestudeerden, besluiten dan ook dat er geen conclusies getrokken kunnen worden, of, in het beste geval, dat de resultaten veelbelovend zijn maar aangevuld moeten worden met bijkomend onderzoek. De meeste van de uitgevoerde studies zijn afkomstig uit de US.

Case management: een mechanisme om verschillende onderdelen van een zorgsysteem met elkaar te verbinden en te coördineren, zodat een programma ontstaat dat volledig tegemoet komt aan de zorgnoden van

een individuele cliënt. Subtypes zijn vb. intensief case-management, assertieve outreach (zie rapport 3.6.1).

Wraparound: het plannen en coördineren van zorg, vertrekkende van de individuele noden van het kind en zijn familie. Het gaat typisch om kinderen en jongeren met complexe zorgnoden, waarbij een team de hulpverlening als het ware “wikkelt rond” (wraparound) het kind en zijn familie. Het concept van Wraparound is ondersteund door een geheel van waarden die nauw aanleunen bij het Systems of care model, en het wordt vaak beschouwd als de meest concrete uitwerking van het Systems of care model.

Therapeutische pleegzorg: opvang bij pleegouders die opgeleid en ondersteund zijn zodat zij om kunnen gaan met de gedragsproblemen van hun pleegkind, en gericht op pleegkinderen die anders in een meer restrictieve omgeving terecht zouden komen omwille van hun gedrag, vb. in een instelling.

Multi-systeem therapie: een multidimensionele, kortdurende, intensieve behandeling thuis of kort bij huis, voor kinderen en jongeren die risico lopen om uit huis geplaatst te worden omwille van ernstige gedragsproblemen. Het werd oorspronkelijk ontwikkeld voor jonge delinquenten. In Multi-systeem therapie wordt gedrag gezien als het resultaat van de interactie tussen individuen en hun sociale omgeving. In deze therapie worden dan ook niet alleen de jongere zelf, maar eveneens zijn familie, vrienden, de school en de leefomgeving betrokken. Op de Multi-systeem therapie berusten octrooirechten.

3.1.4.2. Modellen voor geestelijke gezondheidszorg in scholen

Er bestaat evidentie van matige kwaliteit dat het aanbieden van preventieve programma's of vroegtijdige interventie in de school een positief effect kan hebben op preventie van angst en ontwikkelen van zelfvertrouwen.⁶

Er bestaan meerdere modellen voor de wijze waarop geestelijke gezondheidszorg in de school georganiseerd kan zijn; in vele scholen zijn componenten aanwezig van één of meer van deze modellen. Voor meer details zie rapport 3.6.3.

3.2. Modellen van zorgfinanciering

De literatuurzoektocht leverde slechts zeer weinig resultaten op: 4 reviews over financiering in geestelijke gezondheidszorg, zonder specifieke focus op kinderen en jongeren, en 10 primaire studies over financiering van GGZ voor kinderen en jongeren, waarvan er 9 uitgevoerd werden in de US. Dit maakt dat de relevantie van deze resultaten voor België beperkt is. Ook talrijke methodologische beperkingen maken het moeilijk om diepgaande conclusies te trekken. Om deze redenen kan enkel een beschrijvend, narratief overzicht gegeven worden van de gevonden literatuur.

Uit onderzoek blijkt dat betaling per prestatie een belemmering kan vormen om multidisciplinair samen te werken, en de administratieve last kan verhogen. Anderzijds kan het betalen van een vaste som per patiënt (“capitatie”) leiden tot onvoldoende zorgverstrekking voor patiënten die talrijke diensten nodig hebben.

Integratie op financieel vlak kan wenselijk zijn om zorgintegratie te bevorderen, maar tot hertoe is hierover bijzonder weinig onderzoek gebeurd. Een reden zou kunnen zijn dat dit type van onderzoek methodologisch erg moeilijk is.

Vanuit internationale ervaringen uit het verleden waarschuwt de WGO in één van zijn rapporten voor een te abrupte transfer van financiële middelen van de ziekenhuissector naar de ambulante sector.⁷ Een dergelijke transfer is pas aan te raden wanneer voldoende duidelijk is dat de ambulante sector daadwerkelijk alle nodige steun kan bieden aan mensen die voorheen ondersteuning vonden in de hospitaalsector. Zolang dit niet voldoende gegarandeerd is, wordt beter een dubbele financiering voorzien. De WGO waarschuwt ook voor de gevaren verbonden aan het “poolen” of samenbrengen van budgetten uit verschillende sectoren, zoals vb. geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg. Het is belangrijk dat hierbij het budget voor de geestelijke gezondheidszorg geormerkt blijft, zoniet kan het ongemerkt verloren gaan in het geheel en ingezet worden voor andere doelstellingen.



4. INTERNATIONAAL OVERZICHT

4.1. Methode

Er werd gekozen om dit deel te beperken tot België, Nederland, Canada (British Columbia) en Engeland, omwille van haalbaarheid binnen de beschikbare timing en middelen. De selectie van deze landen vertrok van een long-list waarop vervolgens een aantal selectiecriteria werden toegepast (zie rapport 2.2 en Appendix 2). Er zijn echter nog talrijke andere interessante organisatievormen terug te vinden. Dit wordt geïllustreerd met een korte beschrijving van een recent experiment in Frankrijk (zie rapport 6.5).

De informatie per land is afkomstig uit de peer-reviewed literatuur en de grijze literatuur (beleidsverklaringen, beschrijvende documenten en rapporten...). Daarnaast werden lokale experts gecontacteerd voor informatie. Er werd geen nieuwe informatie meer toegevoegd na 1 juli 2011.

Tenslotte werden er voor Nederland, Canada (British Columbia) en Engeland een vier à vijf experts (beleidsmakers, zorgaanbieders, wetenschappers en patiënten) geraadpleegd. Zij kregen de vraag om hun kritische bedenkingen bij het systeem in hun land te formuleren. Er kwam respons van 1 à 2 vertegenwoordigers per land. Voor België gebeurde deze oefening niet, aangezien dit aspect aan bod zal komen in het tweede deel van de studie, waarin samen met de stakeholders gewerkt wordt rond mogelijke toekomstscenario's.

In het rapport wordt een overzicht in tabelvorm gegeven voor de 4 onderzochte landen (Tabel 6.1 in paragraaf 6.6). Hieronder geven we, per land, enkele in het oog springende punten, zonder hierbij volledig willen te zijn. Voor een systematische beschrijving van de gezondheidszorgsector en de belendende sectoren, en de wijze waarop er in en tussen deze sectoren samengewerkt wordt, verwijzen we de lezer naar de tekst en de key-points op het einde van hoofdstuk 5, 6.2, 6.3, 6.4 in het rapport.

De hervormingen in de beschreven landen vertrekken telkens van de eigen context in dat land voor gezondheidszorg of voor de belendende sectoren, en zijn om die reden niet zomaar over te nemen door andere landen. Het is ook niet eenvoudig om de landen onderling te vergelijken,

te meer omdat er nauwelijks informatie is over wat de resultaten van het gevoerde beleid betekenen voor de zorgorganisatie, de zorgprocessen en de patiënt.

4.2. België

In België is de bevoegdheid voor GGZ (net als voor algemene gezondheidszorgbeleid) verdeeld over de federale overheid enerzijds en de gemeenschappen en gewesten anderzijds. De afgelopen jaren werden er wel al meerdere gezamenlijke initiatieven genomen door de beide beleidsniveaus. Zo werden er bijvoorbeeld projecten opgezet om zorgnetwerken en zorgcircuits te promoten en te evalueren.

Er zijn talrijke diensten die eerstelijns GGZ aanbieden. De eerstelijns GGZ voor kinderen en jongeren omvat diensten zoals huisartsen; Kind&Gezin / L'Office de la naissance et de l'enfance (ONE); Centra voor leerlingen begeleiding (CLB) / centres psycho médicaux sociaux (CPMS). In tegenstelling tot andere landen wordt de rol van deze eerstelijnszorgers in de GGZ tot hertoe formeel erkend noch ondersteund vanuit het beleid.

Wat betreft gespecialiseerde GGZ voor kinderen en jongeren is er een divers zorgaanbod, met een verscheidenheid van financieringsmechanismen. Het is echter niet altijd duidelijk in hoeverre bepaalde vormen van dienstverlening elkaar niet overlappen dan wel of er bepaalde leemtes zijn in het systeem.

Er zijn in het systeem enkele structurele manieren om samenwerking in de sector of met andere sectoren te bevorderen, vb. een specifieke financiering voor de kinderpsychiater wanneer hij overleg pleegt met andere zorgverstrekkers, of het ondersteunen van zorgverleners uit andere sectoren door medewerkers van de Centra voor geestelijke gezondheidszorg / Services de santé mentale (CGG/SSM). Het is echter weinig bestudeerd of dit resulteert in het gewenste effect en waar er nog aanvullende maatregelen nodig zijn.

Om een meer specifiek zorgaanbod te verzekeren werden er in het afgelopen decennium voor een aantal doelgroepen projecten gelanceerd, vb. voor jongeren met GGZ noden die in aanraking kwamen met het gerecht (FOR-K). In deze projecten is gewoonlijk een afstemming voorzien tussen de verschillende zorgvormen (residentieel, crisiszorg, ambulante

ondersteuning) die voor deze patiënten bestaan. Tot op heden blijft een structureel verankerde financiering echter uit.

In Vlaanderen wordt sinds enkele jaren gewerkt aan de opstart van Integrale Jeugdhulp. Er wordt een gezamenlijk beleid gevoerd voor alle sectoren die betrokken zijn bij hulpverlening aan kinderen en jongeren en die vallen binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het betreft welzijnswerk, gehandicaptenzorg, onderwijs, diensten voor preventieve zorg en de ambulante Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Het gezamenlijk beleid impliceert één centraal management, het creëren van lokale netwerken, maar ook het organiseren van een centrale ingangspoort naar intensieve jeugdzorgdiensten. Hierdoor tracht men een betere zorgintegratie en efficiëntere hulpverlening te creëren. Residentiële GGZ behandeling, onder de verantwoordelijkheid van de federale overheid, valt echter buiten dit decreet.

Voor meer informatie, zie rapport hoofdstuk 5; voor meer informatie over spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en jongeren, zie KCE rapport 135.

Vermelden we dat op 9 juni 2011 een rapport gepubliceerd werd door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen / Conseil National des Etablissements Hospitaliers. In dit rapport worden de actuele knelpunten en de toekomstige noden beschreven van de GGZ sector voor kinderen en jongeren in België. Het rapport is gebaseerd op een brede consultatie van experts werkzaam in dit domein, en belicht vanuit een andere hoek het onderwerp dat behandeld wordt in het voorliggende document.

4.3. Nederland

Om een meer efficiënte zorgcoördinatie mogelijk te maken tussen een aantal sectoren die betrokken zijn bij het welzijn van kinderen en jongeren, werd in 2005 het Bureau Jeugdzorg opgericht. Dit wil een gezamenlijk toegangspoort zijn voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, jeugdwelzijnswerk, en zorg voor kinderen en jongeren met een lichte mentale handicap. Deze beleidsdomeinen vallen alle onder de bevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Bureau Jeugdzorg heeft als opdracht om alle aanmeldingsklachten te oriënteren naar de benodigde hulpverlening, hetzij binnen de geestelijke gezondheidszorg, hetzij binnen jeugdwelzijn, hetzij binnen andere

domeinen als justitie, gehandicaptenzorg of aangepast onderwijs. Verwijzing naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren blijft ook mogelijk via huisartsen, psychologen of medische specialisten.

Momenteel staat dit systeem van “gezamenlijke toegangspoort” opnieuw sterk ter discussie. Een recente evaluatie leerde dat het systeem vooral voor verwijzingen binnen de welzijnssector als positief ervaren werd. Echter, er kwamen ook talrijke struikelblokken aan het licht, vb. de fundamentele verschillen tussen het gezondheidszorg- en het welzijnszorgsysteem wat betreft basisprincipes van financiering (volgens marktprincipes of volledig gesubsidieerd). Dit zorgt in de praktijk voor veel praktische barrières. In 2009 gebeurde het merendeel van de verwijzingen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg dan ook door artsen, en niet door het Bureau Jeugdzorg. De verwijzing naar gehandicaptenzorg of onderwijs dient ook verder geharmoniseerd te worden met het reeds bestaande verwijssysteem binnen deze sectoren; in feite ontstond in deze sectoren een dubbel verwijssysteem.

Als oplossing wordt momenteel geopperd om geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren volledig over te hevelen naar de welzijnssector, en om te zorgen voor een uniforme financiering van beide systemen via de gemeenten. Deze plannen worden echter hevig gecontesteerd vanuit de geestelijke gezondheidssector, die onder meer een blijvende band met het gezondheidszorgsysteem noodzakelijk vindt.

Recente gegevens toonden ook aan dat slechts een beperkt gedeelte van de kinderen en jongeren nood heeft aan hulpverlening vanuit verschillende sectoren, zodat de vraag gesteld wordt of het niet beter is om een oplossing te zoeken voor deze groep in plaats van het ganse systeem te hervormen. Voor meer informatie, zie rapport 6.2.

Een andere recente evolutie betreft de toenemende vraag naar gespecialiseerde hulpverlening voor kinderen en jongeren, vooral in de GGZ en de jeugdhulpverlening. Om hierop een antwoord te bieden, legt men in Nederland de laatste jaren sterk de nadruk op preventie en eerstelijnszorg. Daartoe is er ondermeer per gemeente een centrum opgericht, het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG), dat instaat voor preventieve acties maar ook voor eerstelijnsadvies en hulp bij allerlei soorten vragen omtrent gezondheid, opvoeding, geestelijke gezondheid en



sociale problemen. Er is ook gewerkt aan een betere samenwerking tussen de school, de eerstelijnsdiensten en het Bureau Jeugdzorg.

4.4. Canada

In Canada is het domein van GGZ voor kinderen en jongeren in volle ontwikkeling. In 2010 lanceerde de federale overheid van Canada een algemeen raamwerk voor het ontwikkelen van een GGZ beleid voor kinderen en jongeren binnen de 13 provincies en territoria, die over een grote autonomie beschikken wat betreft gezondheidszorgorganisatie. Reeds eerder, in 2003, had de provincie British Columbia (BC) als eerste het initiatief genomen om een eigen plan op te stellen. In dit plan werden algemene werkingsprincipes vooropgesteld, zoals het belang van evidence-based behandeling en outcome-monitoring, van samenwerking over de sectoren heen, etc. Er werd een verdubbeling van de bestaande financiering voorzien gedurende 5 jaar. Een niet onbelangrijk deel hiervan werd geïnvesteerd in preventie.

BC kent in de zorg voor kinderen en jongeren met GGZ noden een centrale rol toe aan ambulante GGZ in gespecialiseerde centra. Deze multidisciplinaire centra behandelen uitsluitend kinderen en jongeren. Een verwijzing van één van deze centra is noodzakelijk voor opname in een hoog-gespecialiseerde derdelijnscentrum. Spoedopvang gebeurt via algemene ziekenhuizen. Voor meer informatie, zie rapport 6.3.

4.5. Engeland

Om een betere samenwerking en een meer geïntegreerde werking tussen diverse diensten voor kinderen en jongeren mogelijk te maken, werden in 2004 in Engeland de "Children's trusts" gelanceerd. In de Children's trust kwamen lokale agentschappen bijeen, om gezamenlijk alle benodigde diensten voor kinderen en jongeren in de regio te plannen en organiseren. Inbegrepen waren gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, welzijnszorg, justitie, gehandicaptenzorg, en onderwijs. Om dit tot stand te brengen werd geëxperimenteerd met het bijeen brengen van budgetten van voornamelijk gezondheidszorg en welzijnszorg; er is echter weinig exacte informatie over deze processen. Het valt te noteren dat Engeland een lange traditie kent van het lokaal organiseren van zowel gezondheidszorg als welzijnszorg. Voor de gezondheidszorg gebeurt dit

onder centrale aansturing vanuit de NHS (National Health Service) van Engeland.

De nieuwe regering, die aantrad in mei 2010, schafte de Children's trusts opnieuw af. De redenen hiervoor zijn niet eenduidig te achterhalen. Tijdens het schrijven van dit rapport was het nog niet duidelijk hoe de nieuwe organisatie- en financieringsstructuur voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren er concreet zou uitzien.

In Engeland zijn reeds een aantal praktische hulpmiddelen ontworpen, die de samenwerking tussen verschillende diensten en sectoren kunnen ondersteunen, zoals een standaarddossier voor kinder- en jeugd GGZ om informatie uit te wisselen, en een klinisch evaluatie-instrument voor eerstelijns hulpverleners. Daarnaast is het gebruik van standaard meetinstrumenten om de bekomen klinische resultaten te meten en data te collecteren reeds gevorderd. Tenslotte bestaan er in Engeland standaarden voor de opleiding van personeel dat werkt met of in aanraking komt met kinderen en jongeren met GGZ problemen. Voor meer informatie, zie rapport 6.4.

5. CONCLUSIE

Het belang van een nationaal/regionaal beleid voor kinder- en jeugd GGZ, geconcretiseerd in een duidelijk plan, is al langer bekend. Toch is de literatuur over organisatiemodellen binnen GGZ voor kinderen weinig richtinggevend voor beleidsmakers. De twee belangrijkste modellen die in de literatuur aangetroffen werden geven enkel grote beleidslijnen van algemene aard aan. Elk land of elke gemeenschap die één van deze modellen wil realiseren, dient zelf aan de slag te gaan met de basisprincipes en van daaruit het verdere beleid te ontwikkelen.

Bovendien zijn de wetenschappelijke studies in dit domein van beperkte kwaliteit en blijft een groot deel van de beleidsvraagstukken niet of onvoldoende onderzocht. Er is wel aangetoond dat men met aandacht voor aspecten van zorgorganisatie volgens het Systems of care de zorg beter toegankelijk kan maken en meer gecoördineerd kan laten verlopen, wat ook tot een hogere patiëntentevredenheid leidt. Echter, dit impliceert niet dat de klinische en functionele resultaten beter zijn. Hieruit kan men besluiten dat de overheid niet enkel een betere zorgorganisatie en –

coördinatie dient te stimuleren. Zij mag ook de aandacht niet verliezen voor het belang van de therapie-inhoud en dient ook het ontwikkelen, verspreiden en aanbieden van doelmatige therapeutische concepten te bevorderen.

Er is ook aangetoond dat, voor het beperkte deeldomein van de angststoornissen, het organiseren van preventieve acties en vroegtijdige behandeling via scholen effectief is. Dit bevestigt dat men voor de aanpak van geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren zich niet mag beperken tot de sector van de gezondheidszorg, maar dat men moet durven zoeken naar oplossingen in samenwerking met andere sectoren.

In de bestudeerde landen gaan de hervormingen uit van theoretische denkkaders die gebaseerd zijn op belangrijke ethische principes en waarden; deze principes en waarden overlappen in belangrijke mate tussen de verschillende landen. Echter, bij het praktisch realiseren van dit denkkader ondervindt men talrijke moeilijkheden, en in een aantal gevallen mislukt men in de vooropgestelde doelstellingen. Over het daadwerkelijke resultaat van de gevoerde hervormingen zijn er meestal weinig harde gegevens.

Een belangrijke conclusie is dan ook dat men wellicht pas tot een positief resultaat kan komen als men zowel de klinische als de organisatorische en de financiële aspecten alle tegelijk aanpakt. Hierbij mag men bovendien de eigenheid van elk van de betrokken sectoren niet uit het oog verliezen.

De literatuur en het internationale overzicht bieden echter slechts een beperkt houvast in de zoektocht naar een betere organisatiestructuur voor GGZ voor kinderen en jongeren. In de volgende fase van deze studie zal hierover verder gereflecteerd worden samen met de stakeholders in dit domein. De resultaten hiervan worden afzonderlijk gepubliceerd.

6. REFERENTIES

1. WHO. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva: WHO; 2005. Available from: http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf
2. WHO. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf
3. Stroul BA, Blau GM. Defining the system of care concept and philosophy: to update or not to update? Evaluation and Program Planning. 2010;33(1):59-62.
4. Bickman L. A continuum of care. More is not always better. The American psychologist. 1996;51(7):689-701.
5. Bickman L, Noser K, Summerfelt WT. Long-term effects of a system of care on children and adolescents. The journal of behavioral health services & research. 1999;26(2):185-202.
6. Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. Clin Psychol Rev. 2009;29(3):208-15.
7. WHO. Mental Health Financing. Mental health policy and service guidance package. Geneva: World Health Organization; 2003. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/6_financing_WEB_07.pdf



COLOFON

- Titel:** Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: literatuurstudie en internationaal overzicht - Synthese.
- Auteurs:** Mommerency Gijs (UZGent), Van den Heede Koen (KCE), Verhaeghe Nick (UGent), Swartenbroekx Nathalie (KCE), Annemans Lieven (UGent), Schoentjes Eric (UZGent), Eysen Marijke (KCE)
- Externe Experten:** Bontemps Christiane (IWSM), Boydens Joël (CM), Braet Caroline (UGent), Danckaerts Marina (UZLeuven), De Becker Emmanuel (UCLouvain), De Bock Paul (FOD Volksgezondheid), Deboutte Dirk (Universiteit Antwerpen), De Cock Paul (UZLeuven), De Lepeleire Jan (KULeuven), Delussu Rosanna (Conseil de l'Enseignement des Communes et des Provinces), De Vleeschouwer Didier (Plate-forme Namuroise de Concertation en Santé mentale), Ghariani Sophie (CNWL), Lampo Annik (UZ VUB), Lebrun Thierry (Les Amis de la Petite Maison - ACIS asbl), Petry Katja (KULeuven), Put Johan (KULeuven), Simoens Steven (KULeuven), Van Speybroeck Jan (VVGG)
- Acknowledgements:** Brekelmans C (GGZNederland, NL), Hewson L (Bradford Counseling Service, UK), Kelvin R (Department of Health, UK), Kingsbury S (CAMHS Hertfordshire Partnership Trust, UK), Kutcher S (Dalhousie University, Ca), Leys M (VUB, Be), Menting J (Yulius Mental Health, NL), Minotte P (IWSM, Be), Rees D (Independent Development Consultant, UK), Rietveld AA (Accare Univerity Centre for child and adolescent psychiatry, NL), Van Nuffel R (VVGG, Be), Waddell C (Simon Fraser University, Ca), Wijnands Y (Ministry of Health, Wellbeing and Sports, NL), York A (South West London & St George's Mental Health NHS Trust, UK), Garcin, V. (EPSM Lille-Métropole, FR)
- Externe Validatoren:** Resch Franz (Universitätsklinikum Heidelberg), Tremmery Bie (UPC K.U.Leuven), Delvenne Véronique (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola)
- Belangenconflict:** F. Resch (Universitätsklinikum Heidelberg) heeft verklaard een vergoeding te hebben gekregen van een farmaceutisch bedrijf voor het geven van een presentatie (Februari 2011).
- Layout:** Ine Verhulst, Sophie Vaes



Disclaimer

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport <unaniem /met meerderheid van stemmen> goedgekeurd door de Raad van Bestuur.
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum:	29 november 2011
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Mental Health Services; Child; Adolescent ; Organizational policy ; Health services research
NLM classificatie:	WM 30
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2011/10273/79
Copyright	De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten .



Hoe refereren naar dit document?

Mommerency G, Van den Heede K, Verhaeghe N, Swartenbroekx N, Annemans L, Schoentjes E, Eyssen M. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: literatuurstudie en internationaal overzicht - Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2011. KCE Reports 170A. D/2011/10.273/79.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

