

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

**BRUSSEL, 13/11/2003**

---

**Directoraat-generaal Organisatie  
gezondheidszorgvoorzieningen**

---

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

---

**Afdeling "Programmatie en Erkenning"**

---

**O/Ref. : NRZV/D/PSY/230-2 (\*)**

## **ADVIES INZAKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG AAN PERSONEN MET EEN HANDICAP**

**Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,  
De Secretaris,**

**C. Decoster,**

**(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 13 november 2003**

## 1. SITUERING VAN HET ADVIES

### 1.1. Totstandkoming van het advies

De adviesvraag werd geformuleerd door de ministers Aelvoet en Vandenbroucke in een gemeenschappelijke brief dd.15/01/2002. Tijdens twee hoorzittingen hebben experts de volgende zaken aangegeven: kenmerken van de deelpopulatie van personen met een handicap met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen, knelpunten in het huidig GGZ zorgaanbod en prioritair te ondernemen stappen.

### 1.2. Visie op handicap

Dit advies pleit voor een

- a. een in de samenleving geïntegreerde positie van personen met een handicap;
- b. een voortrekkers- en pleitbezorgersrol van de gezondheidssector om een persoon met een handicap te beschouwen als een volwaardig persoon die nood heeft aan individuele en flexibele ondersteuning en als actieve participant met wie de betrokken sectoren op zoek gaan naar de juiste ondersteuning zodat deze persoon zijn/haar rol volwaardig en actief als burger kan opnemen;
- c. een maximale integratie in de gewone zorgstructuren en zorgcircuits.

## 2. BASISDOCUMENTEN

Diverse documenten en gespecialiseerde literatuur werden ter beschikking gesteld van de leden.

## 3. DE DOELGROEP EN HAAR NODEN

Het advies handelt steeds over personen met een **dubbele problematiek**: enerzijds een handicap en anderzijds bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen. De werkgroep gaat uit van de definiëring van handicap vanuit een sociologische benadering van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap (ICIDH): "een nadelige positie van een persoon als gevolg van een stoornis of een beperking, welke de normale rolvulling van de betrokkene (gezien leeftijd, geslacht, sociaal-culturele achtergrond) begrenst of verhindert".

Kenmerkend voor de Belgische context is niet zozeer het tekort aan zorgvormen om deze personen op te vangen, te verzorgen en te behandelen, maar eerder het ontbreken van een geïntegreerd organisatiemodel. Daarom wordt hoofdzakelijk gepleit voor de financiering van zorgvormen die de continuïteit van de zorgverlening ondersteunen: **outreach, individuele trajectbegeleiding en mogelijkheden tot overleg**. De opvang en behandeling van de betrokken doelgroep vraagt de nodige expertise en beslissingsmacht welke zich steeds op een kruispunt van verschillende sectoren bevindt: GGZ, welzijn, onderwijs, justitie, arbeid en tewerkstelling, ... Het komt dan ook alle sectoren en alle geledingen van de maatschappij toe om, ieder vanuit zijn verantwoordelijkheid, gemeenschappelijk de zorg voor deze doelgroep op te nemen. In dit netwerk dient de GGZ-sector haar verantwoordelijkheid op te nemen.

De permanente werkgroep pleit voor de **integratie van het specifieke zorgaanbod** voor de personen met een handicap met psychiatrische en / of gedragsstoornissen in de bestaande zorgcircuits voor de bestaande drie doelgroepen (kinderen en jeugd, volwassenen en personen ouder

dan 65 jaar). Daarnaast kunnen specifieke modulair georganiseerde zorgtrajecten worden aangeboden.

Dit advies onderscheidt binnen de doelgroep nog **drie deelpopulaties** die nood hebben aan een specifieke behandeling en benadering gekoppeld aan bijzondere zorgvragen m.n.: personen met een verstandelijke handicap, personen met een auditieve handicap en personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH). De permanente werkgroep staat open om aanvullende adviezen te formuleren over andere deelpopulaties met eveneens specifieke ggz-noden.

#### **4. SPECIFIEKE ZORGNODEN VAN BEPAALDE DEELPOPULATIES**

##### **4.1. Personen met een verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen**

###### 4.1.1. Definitie

Psychiatrische en/of gedragsstoornissen bij personen met een verstandelijke handicap kunnen gesitueerd worden binnen een continuüm met aan de ene kant de psychiatrische stoornis en aan de andere kant de gedragsproblemen, met daartussen een samenspel van symptomatologieën.

###### 4.1.2. Prevalentie

Bij personen met een verstandelijke handicap wordt een verhoogde kwetsbaarheid vastgesteld voor problemen inzake geestelijke gezondheid. Op basis van een gemiddeld prevalentiecijfer schatten we het totaal aantal personen met een verstandelijke handicap in België op 150.000, waarvan minimaal 50.000 personen eveneens lijden aan bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen.

###### 4.1.3. Andere karakteristieken van de deelpopulatie

De zorgvraag is erg heterogeen, complex, middenintensief en er zijn wachtlijsten zowel voor de specifieke opnamediensten, voor de psychiatrische verzorgingstehuizen als voor de centra voor gehandicaptenzorg.

##### **4.2. Personen met een auditieve handicap met bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen**

###### 4.2.1. Definitie

We onderscheiden de personen met een prelinguale doofheid (of cultureel doven) en de personen met een postlinguale of verworven doofheid.

###### 4.2.2. Prevalentie

Voor de prelinguale doofheid (of cultureel doven) wordt de prevalentie geschat op ongeveer 10.000 personen in België. Het aantal personen met een verworven of postlinguale doofheid schat men op ongeveer 200.000 personen in België. Onderzoek toont aan dat de prevalentie van psychische problemen vele malen groter is bij prelinguaal dove kinderen dan bij normaal horende kinderen. Inzake prelinguale volwassenen zijn niet direct cijfers voorhanden, maar men mag ervan uitgaan dat de situatie vergelijkbaar is met prelinguaal dove kinderen. Voor de postlinguale dove personen voeren experts aan dat het taalverlies en de daaruit volgende psychosociale stress, de beperkte toegang tot cultuur, onderwijs, ... leiden tot isolement met bijkomende psychische problemen tot gevolg.

###### 4.2.3. Andere karakteristieken van de doelgroep

Zeer moeilijke toegang tot de GGZ-zorg omwille van de grote communicatiebeperking van deze doelgroep.

### **4.3. Personen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) met bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen**

#### 4.3.1. Definitie

De personen met NAH hebben t.g.v. een traumatische gebeurtenis of een evolutieve aandoening een blijvende hersenbeschadiging, met neuropsychologische stoornissen (in cognitief en / of gedragsmatig, emotioneel en sociaal functioneren) en fysieke stoornissen (van motorische en / of sensorische aard).

#### 4.3.2. Prevalentie

Voor alle vormen van NAH komen we in België tot de volgende resultaten: een incidentie van 2.600 tot 3.900 personen per jaar met NAH met blijvende gevolgen, waarvan 520 à 780 met blijvende ernstige gevolgen en een prevalentie van 26.000 à 39.000 Belgen met NAH met ernstig blijvende gevolgen. De hoorzittingen en ook de wetenschappelijke literatuur leverden geen cijfermatige informatie over het aandeel van personen met NAH die zorgnoden hebben op vlak van GGZ. Deze noden situeren zich voornamelijk op 2 domeinen: cognitieve functies en gedragsproblemen. De meest voorkomende psychiatrische problemen zijn: depressies, bipolaire stoornissen, gegeneraliseerde angststoornissen, obsessieve compulsieve stoornissen en paniekstoornissen alsmede andere persoonlijkheidsstoornissen.

#### 4.3.3. Andere karakteristieken van de doelgroep

De zorgvraag kenmerkt zich verder door een verliessituatie, een gebrekkig ziekte-inzicht, geïsoleerde of gecombineerde (beweging, communicatie, cognitie en gedrag) stoornissen, een langdurige en complexe zorgvraag, een grote diversiteit van de locatie en de omvang van de hersenletsels...

## **5. ZORGAANBOD GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP BINNEN DE BESTAANDE DOELGROEPGERICHTE NETWERKEN**

Dit advies pleit voor inhoudelijke specifieke modulair georganiseerde zorgtrajecten binnen een netwerk, gericht zo nodig op een combinatie van deelpopulaties (bvb.: personen met een verstandelijke handicap en een verslavingsstoornis) en met aandacht voor hoofdzorgfuncties, gelinkt aan een modus en gericht op levensdomeinen (dagelijks leven, dagbesteding, ontspanning, vrije tijd, communicatie, mobiliteit, psychosociaal welzijn, lichamelijk welzijn, ...). Een vraaggestuurd individueel parcours voor elke betrokken cliënt veronderstelt afstemming, coöperatie en een integratieve uitbouw van het zorgaanbod binnen en buiten de GGZ.

### **5.1. Essentiële zorgactoren**

Psychiatrische ziekenhuisdiensten (zorgeenheden), centra GGZ met een aangepast aanbod, algemene ziekenhuizen met een liaisonfunctie voor de somatische aspecten van de handicap, gespecialiseerde revalidatiecentra (erkend door het RIZIV), PVT, ...

### **5.2. Partners in de zorg**

Instellingen en diensten erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie voor personen met een handicap (V.F.S.I.P.H.), door de "Service Bruxellois Francophone des personnes handicapées (SBFPH)" en door het Agence Wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (A.W.I.P.H.), verenigingen van gebruikers, familie van gebruikers, vrijwilligers uit de GGZ en de gehandicaptenzorg, eerstelijnsverleners...

### **5.3. Voorzieningen en diensten buiten de gezondheids- en gehandicaptenzorg die ook bij de uitbouw van het zorgcircuit moeten worden betrokken:**

Voorzieningen op gemeenschaps-, regionaal, provinciaal of gemeentelijk niveau gericht op sociale integratie, het algemeen welzijnswerk, de Bijzondere Jeugdzorg, onderwijsinstellingen, jeugdrechtbanken, Service d' Aide à la Jeunesse et Service de Protection de la Jeunesse, de Commissies ter Bescherming van de Maatschappij,...

## **6. ZORGPROGRAMMA 's**

Een zorgprogramma voor elke doelgroep (kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen) dient de nodige modules te omvatten voor de zorgnoden van de personen met een handicap en voor de deelpopulaties.

### **6.1. Knelpunten in het huidig zorgaanbod voor personen met een handicap in het algemeen, als opstap naar een specifiek zorgtraject**

We vernoemen kort: te versnipperd, te weinig flexibel aanbod, te grote focus op de patiënt / cliënt en te weinig op de directe leefomgeving van de patiënt / cliënt (familie en hulpverleners), grote heterogeniteit, langere opnameduur en onvoldoende verwijsmogelijkheden naar voorzieningen van de gehandicaptenzorg.

Sommige knelpunten kunnen deels opgelost worden door assertive outreach, waarbij de klant de zorg in zijn natuurlijk leefmilieu ontvangt, waardoor een opname in een GGZ-voorziening kan worden vermeden of nazorg kan worden gegeven. Dit advies pleit voor een vraaggestuurde zorg met respect voor de expertise van alle bestaande actoren en partners. Dit kan pas als GGZ en gehandicaptenzorg en waar nodig onderwijs, tewerkstelling en andere welzijnsactoren samen een continuüm opbouwen om de ondersteuning persoons- en tijdsgebonden te garanderen (sectoroverschrijdend).

### **6.2. Knelpunten in het huidig zorgaanbod voor specifieke subdoelgroepen, als opstap naar een specifiek zorgtraject**

#### 6.2.1. Personen met een verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen

Drie knelpunten verdienen extra aandacht: de heterogeniteit in het functioneringsniveau (van zwakbegaafde- tot diep verstandelijk gehandicapten), de beperkte toepasbaarheid van de klassieke psychiatrische en psychotherapeutische kaders en de wachtlijstproblematiek.

#### 6.2.2. Personen met een auditieve handicap met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen

Knelpunt ligt voornamelijk in de communicatietechnische problemen en een andere culturele identiteit van deze deelpopulatie. Voor deze subdoelgroep is er een duidelijke nood aan een gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

#### 6.2.3. Personen met NAH met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen

Hypergedrag, fysieke agressie, roepgedrag, seksuele ontremming t.g.v. NAH vormen momenteel over 't algemeen een exclusiecriteria voor opname (ook voor de GGZ-voorzieningen). Een individuele trajectbegeleiding blijkt aangewezen. Deze trajectbegeleiding hoeft geen (exclusieve) taak van de GGZ te zijn.

## **7. HOOFDZORGFUNCTIES**

De permanente werkgroep verwijst hiervoor onder meer naar de bestaande adviezen inzake de zorgcircuits en netwerken. Ten exemplarische titel worden 4 operationaliseringen van de hoofdzorgfuncties uitgewerkt.

### **7.1. Aanmelding en oriëntatie voor personen met een verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen**

Het eerste contact is vaak een gevolg van een extreme gebeurtenis of een wijziging in de draagkracht van de omgeving. Het is aangewezen om pro-actief kwalitatieve relaties uit te bouwen met partners uit zowel de eerste lijn, de gehandicapten- als de GGZ-sector.

### **7.2. Diagnostiek en behandeling voor de personen met en auditieve handicap met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen**

Een aangepast gedrag tijdens de diagnostische en behandelingsactiviteiten alsook een expertise enerzijds op het vlak van de communicatie en de psychologie van de doelgroep (van de gebarentaal en van de cultuur van de doven) en anderzijds op het vlak van GGZ zijn noodzakelijk.

### **7.3. Behandeling voor de personen met NAH met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen**

De specifieke zorgvraag veronderstelt een specifieke multidisciplinaire benadering, gericht op fysieke revalidatie, op aanvaarding van de handicap en op een somatische en psychiatrische behandeling.

### **7.4. Dienstverlening vanuit de GGZ tav de gehandicaptensector**

De hoofdzorgfunctie dienstverlening omvat een amalgaam van niet patiëntengebonden activiteiten (bvb.: een gespecialiseerde psycholoog vanuit een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg neemt deel aan de teamvergaderingen van een MPI, een gespecialiseerde psychiater vanuit een PZ geeft vorming aan personeelsleden van een MPI, ..).

## **8. MODALITEITEN VAN DE ZORG**

De specifieke expertise dient in de beschrijving van de zorgmodaliteiten te worden meegenomen en ontwikkeld binnen een zorgprogramma voor de drie beleidsdoelgroepen binnen een werkingsgebied. Gelet op de specificiteit van de zorgverlening zou de modaliteit outreach bij voorrang moeten ontwikkeld worden met zowel patiëntgebonden activiteiten in het leefmilieu (bvb. diagnosetelling en korte interventies) als niet-patiëntgebonden activiteiten t.a.v. zorgverleners

buiten de GGZ (bvb.: het overbrengen van de noodzakelijke GGZ-expertise en vorming naar teamleden van een niet GGZ-voorziening).

## **9. SYNTHESE VAN DE VOORSTELLEN**

De personen met een handicap hebben recht op een betaalbare, toegankelijke en op maat gesneden basiszorg aangevuld met orthopedagogische zorg en begeleiding en met gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. De verantwoordelijkheid van de GGZ-sector omhelst de GGZ-noden, wat impliceert dat de GGZ-inbreng een **tijdelijk en subsidiair karakter** heeft t.a.v. de inbreng van andere sectoren, bv. de gehandicaptensector.

Vanuit het specifieke van deze doelgroep (dubbele problematiek, nood aan kleinere zorgeenheden van max. 10 cliënten) wordt er gepleit voor de operationalisering van zorgtrajecten met als minimumonderdelen:

- 1) Een specifieke module residentiële behandeling met een supplementaire kwalitatieve en kwantitatieve omkadering inzake personeel en infrastructuur, zowel qua leefruimte als qua duurzaamheid en veiligheid.
- 2) Een hieraan gekoppelde mogelijkheid tot deeltijdbehandeling.
- 3) Een module ambulante behandeling met mogelijke voor- en nazorg, assertive outreach met inzetbare, aangepaste expertise (consulentschap), casemanagement of zorgtrajectbegeleiding.

De volgende voorstellen beschrijven nieuwe zorgvormen die ernstige macro-beleidsmatige implicaties inhouden.

### **9.1. Voorstellen inzake personen met een verstandelijke handicap met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen**

De oprichting van een specifieke module die zowel een residentiële behandeling als een outreach functie omvat. Deze module kan worden geoperationaliseerd als een co-productie waarbij de gehandicaptensector de woonfunctie realiseert en de GGZ-sector de extra psychiatrische behandeling en begeleiding opneemt.

#### 9.1.1. Voorgestelde personeelsnorm

In het buitenland voorziet men een personeelsratio van 1,4/1. We opteren voor een operationele norm van 1/1 om op termijn te evolueren naar de K-norm (1,35/1).

#### 9.1.2. Voorgestelde programmatie

In België is er nood aan 300 bedden/plaatsen voor de module residentiële behandeling. Voor de module semi-residentiële behandeling wordt de nood ingeschat op 10% van de plaatsen voltijdse behandeling, in totaal 30 plaatsen partiële hospitalisatie.

#### 9.1.3. Nodige financiële middelen

Voor een residentiële module beschouwd als een specialisatie van de bestaande opnamediensten ligt de meerkost in het verschil in de personeelsbezetting tussen de A-norm en gewenste personeelsinvulling en dit omgerekend naar een te voorziene capaciteit van 300 bedden.

Gelet op de grote budgettaire weerslag van dit voorstel, wordt gepleit voor:

- a. Een experimentele aanpak met wetenschappelijke begeleiding en evaluatie (3 proefprojecten met units van 30 bedden). De totale kostprijs hiervan op jaarbasis met een personeelsnorm van 1/1, exclusief de psychiatrische functie, wordt geschat op € 1,89 miljoen.
- b. Een spreiding in de tijd inzake de aanpassing van de personeelsnorm met in een eerste fase na positieve evaluatie van de proefprojecten de toepassing van de norm 1/1 voor 300 bedden en op termijn de toepassing van de K-norm (1,35/1).

Voor de financiering van de experimenten kunnen de middelen die vrijkomen door het verdwijnen van de uitdovende P.V.T.'s aangewend worden. Vanuit de federale overheid zou bij de gemeenschapsoverheden kunnen aangedrongen worden om de personen met een mentale handicap zonder (ernstige) bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornissen, die momenteel verblijven in de uitdovende P.V.T.'s, over te hevelen naar voorzieningen die ressorteren onder het V.F.S.I.P.H. en het A.W.I.P.H. Met deze middelen kan ook vanuit de specifieke units van de psychiatrische ziekenhuizen een liaison- of outreachfunctie ontwikkeld worden naar de sector orthopedagogische zorg. Op die manier nemen de betrokken sectoren (welzijn en volksgezondheid) hun specifieke opdrachten en verantwoordelijkheden op.

## **9.2. Voorstellen inzake personen met een auditieve handicap met bijkomende psychiatrische en / of gedragsstoornissen**

In het algemeen zou voor deze doelgroep een geïndividualiseerde begeleiding of casemanagement een belangrijke vooruitgang kunnen betekenen.

### 9.2.1. Gespecialiseerde residentiele module

Hier wordt een minimaal zorgaanbod van 1 residentiele module (bij voorkeur met een poliklinische activiteit) per gemeenschap voorgesteld met telkens 10 A-bedden en 5 K-bedden via een specialisatie van bestaande eenheden binnen een bestaande residentiele voorziening, mits enkele architecturale ingrepen (€ 40.000 per eenheid als éénmalige meerkost voor bijkomende investeringen), extra middelen voor de werking (€ 35.000 op jaarbasis) en met een supplementaire omkadering. De psychiatrische hulpverlening voor deze subgroep is intensiever en vraagt het tweevoudige van de benodigde tijd voor horenden en dient aangevuld met de extra taken voor de supra-regionale functie. Concreet betekent dit een verdubbeling van de normale omkadering voor 10 A-bedden (16/30 of 5,3/10) zowel verpleegkundigen als andere disciplines), met een extra halftime psychiater en een halftime docent gebarentaal voor de training van het personeel. Voor de K-bedden komt het neer op 6,5 bijkomende FTE voor het intramurale team (26/20 of 6,5/5) + een extra halftime psychiater. De totale kostprijs voor de 3 gespecialiseerde modules wordt geschat op jaarlijks € **1.811.731,3** (inclusief de jaarlijkse extra werkingskosten en exclusief de kost voor de bijkomende psychiater), nog te verhogen met € 120.000 éénmalige investeringskosten.

### 9.2.2. Gespecialiseerde ambulante module

Gezien de kleine doelgroep zou er per provincie in één CGGZ tenminste één 'bijkomende' full-time zich moeten bijscholen en oriënteren op de doelgroep personen met een auditieve handicap. Kostprijs voor elk van de 10 gespecialiseerde Centra GGZ: pro memorie (ten laste van de gemeenschappen).

### 9.2.3. Gespecialiseerde sociale dienst

Minstens 1 sociale dienst per provincie zou vlot toegankelijk moeten zijn en over de nodige competenties beschikken om de personen met een auditief probleem te kunnen bijstaan. Per sociale dienst voorziet men 1 FTE maatschappelijk werker aangevuld met 0,4 FTE logistieke ondersteuning.

Kostprijs voor elk van de gespecialiseerde sociale diensten: pro memorie (ten laste van de gemeenschappen).

### 9.2.4. Gespecialiseerd aanbod voor slechthorende/ doofwordende ouderen

Hier kunnen de revalidatiecentra een positieve rol spelen mits zij de mogelijkheden krijgen wat nu in de rusthuizen door cumulatierestricties van het RIZIV niet mogelijk is.

## **9.3. Voorstellen inzake personen met NAH met bijkomende psychiatrische stoornissen en / of gedragsstoornissen**

### 9.3.1. Gespecialiseerde eenheid voor personen met NAH en ernstige gedragsstoornissen .

Deze gespecialiseerde kortdurende behandel eenheid kan conform de bestaande SGA-eenheden worden georganiseerd. Het voorstel is te komen tot architecturaal afzonderlijke eenheden van minimum 16 tot maximum 24 NAH patiënten, onder te verdelen in subunits van 8 tot 12 patiënten, die leefbare en werkbare omstandigheden bieden voor patiënten en personeel. De eenheden moeten moduleerbaar zijn (drie subunits van 8 patiënten worden dan twee subunits van 12 patiënten binnen dezelfde leefeenheid). Vanwege de veiligheid en het continu toezicht is meer dan het klassiek gesubsidieerde aantal vierkante meters per patiënt gewenst.

De personeelsbezetting voor 16 patiënten (2 x 8) met een vereiste bezetting van 90 % is als volgt: 12 verpleegkundigen, waarvan de helft van niveau A1, 4 licentiaten, waarvan 2 psychologen met uitgebreide kennis van neuropsychologie, 14 vrij in te vullen functies, waarvan de helft van niveau A1. De jaarlijkse meerkost voor deze extra personeelsomkadering komt overeen met € 955.046,85 voor een eenheid van 16 bedden, in vergelijking met de huidig bestaande A-norm. Bij deze personeelsbezetting garanderen 2 psychiaters samen een effectieve aanwezigheid van 36 uur per 16 patiënten per week, alsook de nodige deskundigheid en ervaring in de behandeling van de NAH-doelgroep.

Twee dergelijke eenheden geven een jaarlijkse meerkost van € **1.910.093,7** (exclusief de meerkost voor de bijkomende psychiatertijd).

### 9.3.2. Individuele trajectbegeleiding

Deze trajectbegeleiding zou kunnen worden geïnterpreteerd als een vorm van outreach.

## **10. MANAGEMENT**

Het management van het netwerk voor de doelgroep personen met een handicap (m.i.v. de deelpopulaties) zal zich binnen een geografisch gebied (op regionaal niveau) richten op zowel de aspecten m.b.t. zorginhoud (komen tot samenwerkingsverbanden en tot een samenhangend netwerk met een kwantitatief en kwalitatief aanbod van raakvlakexpertise) en zorgorganisatie (waarbij elke

voorziening of dienst verantwoordelijk blijft voor geboden ondersteuning of zorg). Het management kan worden uitgevoerd door een kadercomité van de GGZ-actoren en een netwerkcomité met de GGZ-actoren en partners uit de andere sectoren. De voorzieningen schrijven zich in via een netwerkoevereenkomst (een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst) in het gezamenlijke netwerk.

## **11. FINANCIERING**

Het kan niet de bedoeling zijn dat vanuit het netwerk alle middelen centraal gestuurd worden. Men vertrekt best van de actuele budgetten en inkomsten van de actoren en partners van het netwerk. Daarnaast kunnen bepaalde budgetten en inkomsten gedeeltelijk gepoold worden in het kader van intermediaire opdrachten. Aangezien verschillende subsidiërende overheden betrokken zijn zal er een wettelijk kader moeten ontwikkeld worden dat subsidiëring door verschillende overheden toelaat (cfr. justitie en volksgezondheid voor forensische psychiatrie; cfr. het protocolakkoord dd. 20/03/03 voor de doelgroep van kinderen en jongeren).

## **12. OPVOLGING EN EVALUATIE VAN DE VOORGESTELDE PROJECTEN (REGISTRATIE)**

De bestaande registratiesystemen in de residentiële en ambulante GGZ laten toe de dubbele problematiek van een handicap en psychiatrische en / of gedragsstoornissen deels in beeld te brengen. De meerassige DSM-IV geeft de mogelijkheid om de gecombineerde problematiek te registreren doch zegt niets over de ernst van de problematiek of over de mate van interactie tussen de handicap en de psychiatrische en / of gedragsstoornis. Het al of niet samen voorkomen van symptomen wordt zichtbaar via de invalshoek van de geregistreerde symptomen. Om dit te kunnen opvolgen is meer gedetailleerde informatie van gegevens nodig (bvb. voor de drie subdoelgroepen het functioneringsniveau op de levensdomeinen expliciet in beeld te brengen). Een zinvolle toevoeging voor beleidsdoeleinden zou de registratie van het statuut in de ziekteverzekering van de personen kunnen zijn.

### Bijlagen:

- Situering van het advies
- Overzicht van de verschillende erkende voorzieningen, diensten en centra van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie voor Personen met een Handicap en van het “Agence Wallone pour l’intégration des personnes handicapées”.

## **SITUERING VAN HET ADVIES**

### **Totstandkoming van het advies**

Het huidige advies wordt uitgebracht op vraag van de ministers Aelvoet en Vandenbroucke op datum van 15/01/2002 (zie bijlage 1). Dit advies werd goedgekeurd door de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV op XX/XX/2003.

Dit advies werd voorbereid in een ad hoc werkgroep onder het voorzitterschap van de heer R. De Rycke. De leden van de ad hoc werkgroep waren mevrouw I. Van der Brempt en de heren Dr. Boydens, Ph. Hody, F. Morisse, M. Vandervelden en Y. Wuyts.

De ad hoc werkgroep vergaderde op 20/06/02, 10/07/02, 03/10/02, 23/10/02, 19/11/2002 en 4/4/2003. Daarenboven werden in het kader van de werkzaamheden van de ad hoc werkgroep op 11/9/2002 en 19/9/2002 “hoorzittingen” georganiseerd. Tijdens deze hoorzittingen kwamen volgende personen aan het woord:

- Dr Cayenberghs (Universitair Psychiatrisch Centrum St. Kamillus te Bierbeek) ;
- de heer R. Lohman (Plate-forme de concertation en santé mentale d'expression germanophone);
- de heer G. Lorent (Psychiatrisch centrum Caritas te Melle);
- Dr. P. Luabeya (Hôpital neuropsychiatrique St-Martin te Dave) ;
- professor M. Mercier (facultés universitaires Notre Dame de la Paix te Namur);
- mevrouw Fr. Noiret (Hôpital neuropsychiatrique St-Martin te Dave);
- mevrouw C. Pierreux (Association Francophone d'Aide aux Handicapés Mentaux) ;
- de heer J. Servais (Institut Médico-Pédagogique « L'enfant Jésus » de Ciney);
- de heer L. Timmermans (Vlaams Overlegcomité Geestelijke Gezondheidszorg voor Personen met een Auditieve Handicap)
- de heer L. Van Audenrode (La Bastide te Namur)
- de heer R. Vastmans (Katholieke Vereniging van Gehandicapten).
- de heer P. Vervloessem, (Koninklijk Instituut te Sint-Lambrechts-Woluwe) ;
- mevrouw M.-C. Vonèche (Hôpital neuropsychiatrique St-Martin te Dave);

De ad hoc werkgroep richtte eveneens een uitnodiging naar mevrouw Vanderniepen (Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées - AWIPH) en naar de heer Foubert (Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap - VFSIPH). Om tot nu toe onbekende reden, konden deze twee personen niet worden gehoord tijdens de hoorzittingen.

Aan de genoemde experts werd de mogelijkheid geboden om, uitgaande van hun ervaringen, aan te geven wat de kenmerken zijn van de deelpopulatie waarover zij expertise beschikken, wat de knelpunten zijn in het huidige zorgaanbod inzake GGZ en welke stappen prioritair nodig zijn om het huidige GGZ-aanbod af te stemmen op de zorgnoden van de deelpopulatie van personen met een handicap meteen bijkomende psychiatrische en/of gedragsstoornis.

### **Visie op handicap**

In de aanloop van dit advies wenst de permanente werkgroep de essentiële positie van personen met een handicap te beklemtonen: een geïntegreerde positie in onze samenleving en niet, zoals soms eens wordt gesuggereerd, een positie buiten de maatschappij, bijvoorbeeld in afgeschermdes tehuisen. De gezondheidssector moet ten aanzien van deze geïntegreerde positie van de persoon met een handicap een voortrekkersrol op zich nemen en moet zij een geprivilegieerde plaats worden waarin de sociale positie wordt overstegen die klassiek aan personen met een handicap worden toegedicht. Hiertoe dient elke zorgverstrekker uit te gaan van de aanvaarding van de verschillen tussen personen, die er zonder enige twijfel bestaan, en van een maximale participatie van personen met een handicap aan onze samenleving. De permanente werkgroep psychiatrie drukt dan ook de wens uit dat de personen met een handicap maximaal worden geïntegreerd in de gewone zorgstructuren en zorgcircuits.

Een aantal leden van de hier beschreven patiëntengroep beschikt over weinig of geen mogelijkheden om voor zichzelf op te komen. Bijgevolg zijn ze op anderen aangewezen als pleitbezorger voor een verbetering van hun situatie en voor het bewaken van het respect voor hun rechten op aangepaste opvang, begeleiding en behandeling.

### **Overzicht van de verschillende erkende voorzieningen, diensten en centra van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie voor Personen met een Handicap:**

- 1) Residentiële en semi-residentiële voorzieningen:
  - Internaten
  - Semi-internaten
  - Dagcentra
  - Centra voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling voor gehandicapten
  - Tehuizen werkenden
  - Tehuizen niet-werkenden
  - Tehuizen van kort verblijf
  - Diensten voor plaatsing in gezinnen
- 2) Ambulante diensten:
  - Begeleid wonen
  - Beschermd wonen
  - Zelfstandig wonen
  - Thuisbegeleiding
- 3) Diensten en centra voor begeleiding, opleiding en tewerkstelling:
  - Arbeidstrajectbegeleidingsdiensten
  - Centra voor gespecialiseerde voorlichting bij beroepskeuze
  - Centra voor beroepsopleiding of omscholing van personen met een handicap
  - Beschutte werkplaatsen
- 4) Revalidatiecentra

### **Overzicht van de verschillende erkende voorzieningen, diensten en centra van het Agence Wallone pour l'intégration des personnes handicapées**

- 1) Residentiële en semi-residentiële voorzieningen:
  - Service de transition
  - Service résidentiel de nuit pour adultes
  - Service résidentiel pour adultes
  - Service résidentiel pour jeunes
- 2) Ambulante diensten:
  - Service d'Aide à la Vie Journalière
  - Service d'aide précoce
  - Service d'accompagnement
  - Service d'accueil de jour pour adultes
  - Service d'accueil de jour pour jeunes
  - Service d'accueil de jour pour jeunes non scolarisables
  - Service d'aide à l'intégration
  - Service de placement familial

3) Diensten en centra voor begeleiding, opleiding en tewerkstelling:

- Centre de formation professionnelle
- Centre de réadaptation fonctionnelle
- Centre d'orientation professionnelle spécialisé
- Entreprise de travail adapté

4) Revalidatiecentra