

Dit betreft een artikel onder voorbehouden rechten op basis van de licentie Creative Commons *Auteurschap – Geen commercieel gebruik – Geen wijziging - 2.0 België (CC BY-NC-ND 2.0)*.

**U mag:**

- \* dit artikel kopiëren, verspreiden en openbaar maken

**Onder de volgende voorwaarden:**

\* **Auteurschap** — U moet de naam van de originele auteur vermelden op de wijze aangeduid door de auteur van het werk of door de rechthebbende die u de toestemming geeft (maar niet op een wijze die suggereert dat ze u steunen of het gebruik van de creatie goedkeuren).

\* **Geen commercieel gebruik** — U mag deze creatie niet aanwenden voor commerciële doeleinden.

\* **Geen wijziging** — U mag deze creatie niet wijzigen, veranderen of aanpassen.

Voor aanvragen tot verspreiding die niet onder deze voorwaarden vallen moet u mailen naar [ajacquet@cdcs-cmdc.be](mailto:ajacquet@cdcs-cmdc.be)

---

---

## BICO-Info

### Actueel in de geestelijke gezondheid : overzicht van de activiteiten van het Brussels Overlegplatform

December 2009

Auteur: Amélie Jacquet

Uitgever : asbl cdcs-cmdc vzw

**De geestelijke gezondheidszorg bestaat uit verschillende soorten structuren met even verschillende zorgpraktijken en ondergaat momenteel een belangrijke hervorming. In Brussel zijn verschillende overheden bevoegd voor deze diensten. Om een diepere kennis van deze sector te krijgen en deze zo goed mogelijk te organiseren is het belangrijk uit te breiden tot andere gebieden, zoals de juridische wereld, gehandicaptensector of bijstand aan personen. Het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad bekleedt een centrale positie in deze complexe sector die volop aan het veranderen is. Via haar verschillende activiteiten, wilt het Platform bruggen slaan, zowel tussen de actoren van de geestelijke gezondheidszorg, als tussen de verschillende beleidsniveaus en andere betrokken sectoren. We ontmoeten coördinatoren, Ruben Vanhaverbeke en Youri Caels, en raden u aan een vinger op de pols van het Platform houden.**

Begin jaren '90 wordt de psychiatrie grondig hervormd met het oog op de desinstitutionalisatie van de zorg en het oprichten van alternatieve structuren zoals de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de initiatieven voor beschut wonen.(IBW). Om de kosten terug te dringen wordt het aantal psychiatrische bedden verminderd en omgezet in een meer gedifferentieerd zorgaanbod

(PVT- en IHP-plaatsen e.a.). In deze context richtte de overheid regionale platformen op om deze hervorming in goede banen te leiden en het overleg tussen de verschillende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg te coördineren. Momenteel zijn er 13 overlegplatformen die België onder elkaar verdelen: vijf in het Vlaams Gewest, zeven in het Waals Gewest, een in de Duitstalige Gemeenschap en een in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Het Overlegplatform voor geestelijke gezondheid van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt erkend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Ze verenigt unicommunautaire Nederlandstalige, unicommunautaire Franstalige en bicommunautaire actoren van zes verschillende types instellingen voor geestelijke gezondheidszorg: psychiatrische ziekenhuisdiensten binnen algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, PVT's, IBW's, centra voor geestelijke gezondheidszorg en functionele revalidatiecentra (met een RIZIV-conventie).

De werking van het overlegplatform bestaat voornamelijk uit werkgroepen die het opricht en coördineert. Naast de actoren van de geestelijke gezondheid zijn de leden ook personen uit andere sectoren zoals justitie of bijstand aan personen. Het doel van deze werkgroepen is bruggen slaan, zowel binnen de sector van de geestelijke gezondheid, als met andere sectoren. Sommige werkgroepen vormen een klankbord voor de aanbevelingen van hun leden en bevragen in die hoedanigheid de overheden. Momenteel zijn er, strikt genomen, zes werkgroepen actief, deze concentreren zich respectievelijk op de gedwongen opname, kinder- en jongerenpsychiatrie, begeleiding van de IBW's, psychiatrische thuiszorg en chronische patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. De zesde werkgroep is de Vlaamse vleugel. Deze beoogt de samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg tussen de Nederlandstalige leden van het Platform, intra en extra-muros, te bevorderen en informatie over bestaande initiatieven, proefprojecten en beleidsopties uit te wisselen.

Naast de organisatie en coördinatie van deze werkgroepen staat het platform tevens in voor het opzetten van projecten die opgericht werden onder de impuls van de bevoegde overheden: het actieplan voor zelfmoordpreventie, de federale hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, het federaal proefproject 'implementatie van de functie zorgcoördinator middelenmisbruik binnen de Overlegplatformen Geestelijke Gezondheidszorg' en de zorgcircuits voor patiënten met een mentale handicap en psychiatrische en/of gedragsstoornissen.

### **Gedwongen opname: oververzadigde en onderbetaalde instellingen**

Sinds 1995 komt een werkgroep van het Brussels Overlegplatform samen om de problemen aan te kaarten met betrekking tot de toepassing van gedwongen opname. Deze procedure wordt bepaald door de wet van 26 juni 1990 inzake de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Er wordt een ruimte gecreëerd voor intervisie met alle diensten die bij deze procedure betrokken worden, zowel uit de geestelijke gezondheidssector als uit de juridische wereld. Over het algemeen worden de basisprincipes van de wet er positief geëvalueerd, toch is er een dringende nood aan regelingen die beter aangepast zijn aan de werkelijkheid op het terrein.

Gedwongen opname is de wettelijke maatregel waarbij een persoon van zijn vrijheid beroofd wordt en tegen zijn wil in een psychiatrische afdeling wordt opgenomen. Om deze maatregel toe te passen moet aan bepaalde criteria voldaan worden. De persoon in kwestie lijdt aan een psychiatrische aandoening, is een gevaar voor zichzelf of voor anderen en weigert elke vorm van behandeling. Tot slot lijkt geen alternatief mogelijk. Hoe wordt de procedure voor een gedwongen opname gestart? Iedereen die bezorgd is om een persoon die precies aan de bovenvermelde criteria voldoet, kan een verzoekschrift indienen bij de vrederechter. Dit verzoekschrift moet vergezeld zijn van een

omstandig medisch verslag, opgesteld door een arts. Nadat alle betrokken partijen tijdens een hoorzitting gehoord werden, zal de vrederechter binnen de tien dagen na het neerleggen van het verzoekschrift een uitspraak doen. Als de aanvraag gegrond verklaard wordt, wijst de vrederechter de psychiatrische dienst aan waar de patiënt wordt opgenomen voor een periode van veertig dagen. In geval van medische urgentie, m.a.w. wanneer de toestand van de patiënt het niet toelaat tien dagen te wachten tot de procedure op gang is, kan een 'dringende' procedure opgestart worden. De Procureur des Konings, op de hoogte gebracht door de politie, een arts of een andere betrokkene dient binnen de 24 uur een verzoekschrift in bij de vrederechter. Vooraf zal hij een arts verzoeken of vorderen advies te geven. In het geval van een positief advies moet een medische expertise uitgevoerd worden. Als ook deze positief is, wordt de patiënt onmiddellijk van zijn vrijheid beroofd en opgenomen in een psychiatrische dienst. De vrederechter heeft dan tien dagen om een uitspraak te doen.

Hoewel de wet van 1990 de gewone procedure via het vreedegerecht verkoos, zien we in de praktijk dat de urgentiemaatregel met de tussenkomst van de Procureur des Konings in 90% van de gevallen opgestart wordt. De gewone procedure bleek al gauw onaangepast te zijn aan de werkelijkheid, ze houdt immers in dat de geesteszieke uit vrije wil het medisch onderzoek ondergaat en dat de verzoeker duidelijk geïdentificeerd wordt. In deze context werd er in 2003 in overleg met het Parket van Brussel, dank zij het werk van het Platform een protocolakkoord getekend tussen erkende diensten en urgentiediensten, onder voorbehoud dat de financiering van de medische expertise op korte termijn opgewaardeerd werd. Het protocol beoogt het beheer van de ondersteuning van beschermde patiënten in Brussel te verbeteren als beschermingsmaatregel in het kader van een dringende procedure. Om dit te bewerkstelligen werd in 2004 een dispatchingdienst opgericht in het Sint-Pieterziekenhuis, deze dienst is bereikbaar via een uniek telefoonnummer (Nixon lijn). Wat de financiële opwaardering betreft, datzelfde jaar deelde het Parket van Brussel verbaal haar principeakkoord mee aan het platform.

Momenteel worden de actoren van de sector geconfronteerd met een stijging van de aanvragen tot gedwongen opname. Wil dit zeggen dat we protectionistisch geworden zijn? Of, in tegendeel minder verdraagzaam? Moet dit fenomeen geïnterpreteerd worden in het licht van de stijgende armoede en sociale uitsluiting? In deze context is een urgentieprocedure soms de enige manier om een plaats te verkrijgen. Hierdoor vermindert de draagkracht van psychiatrische diensten die expertises kunnen realiseren of patiënten ter observatie kunnen opnemen. Daar deze diensten vaak een groter aantal patiënten moeten beheren dan zij aankunnen, vragen sommigen dat hun erkenning ingetrokken wordt. Bovendien is het Parket van Brussel in 2007 teruggekomen op de voorwaarden van het akkoord betreffende de financiële revalorisatie van de expertise. In de huidige situatie wordt een positief advies voor een gedwongen opname beter bezoldigd dan een negatief advies. Er wordt 50 euro betaald voor een advies, terwijl een omstandig medisch verslag 150 euro waard is. In meer dan 50% van de gevallen wordt een negatief advies gegeven, hierop volgt echter geen omstandig medisch verslag. Nochtans gaat het om lange procedures (gemiddeld acht uur) die de tussenkomst van verschillende actoren (psychiaters, verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten, enz.) vereisen. Zelfs wanneer de patiënt uiteindelijk instemt om behandeld te worden of er een alternatieve oplossing gevonden wordt, leveren deze verslagen slechts 50 euro op aan de betrokken dienst. Het is begrijpelijk dat sommige diensten zich terugtrekken.

Een subgroep van deze werkgroep stelde in 2007 een document op waarin ze voorstellen formuleren om de wet van 1990 aan te passen. Het gaf aanleiding tot verschillende debatten nadat het in 2008 gepubliceerd werd. Er werd overigens een stuurgroep gevormd waarin leden van de werkgroep en vertegenwoordigers van verschillende patiëntenverenigingen samenkwamen. In dit kader werden in 2008 vier rondetafels georganiseerd over de problemen omtrent gedwongen

opname. Gezien de ernst van de situatie, waarschuwden de coördinatoren van het Platform bepaalde parlementsleden. Er werden ook vergaderingen gehouden met leden van het kabinet Justitie en van Volksgezondheid en met de Orde der Geneesheren. Maar de zaken gaan slechts traag vooruit, mede doordat het moeilijk is alle betrokkenen samen rond de tafel te krijgen. Ondanks de moeilijkheden op het terrein is er nog een zekere solidariteit tussen de diensten. De telefoonlijn die instaat voor de dispatching is nog steeds werkzaam. Nochtans moeten er dringend maatregelen getroffen worden om onder meer de tarificatie te verbeteren. Anders dreigt het systeem in te storten en enkel nog te werken onder verplichting.

Ook de gedwongen opname van minderjarigen neemt toe, zij het in mindere mate dan bij volwassenen. De Werkgroep 'kinder- en jongerenpsychiatrie' van het Platform hervatte haar activiteiten in het najaar van 2007 om zich op deze problematiek te richten. De toepassing van deze procedure op minderjarigen werpt immers zeer specifieke vragen op. De gedwongen opname is meestal het eerste contact van deze jongeren met de psychiatrie en het spreekt voor zich dat dit verre van ideaal is. Bovendien is het, door het algemene gebrek aan kinderpsychiaters, moeilijk om wachtdiensten op te richten voor deze doelgroep. Het Platform beklemtoont het belang maatregelen te ontwikkelen zowel vooraf als ter opvolging van de gedwongen opname. Zo zou een crisisvooroverleg kunnen georganiseerd worden binnen de diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Net als het UVC Brugmann kaartte het Platform dit onderwerp aan bij de federale overheid. In november 2009 werden binnen de groep 'kinderpsychiatrie' van de FOD Volksgezondheid besprekingen gehouden en in 2010 zou een specifieke vergadering georganiseerd worden met betrekking tot de gedwongen opname van minderjarigen in het kabinet Onkelinx.

### **Een hervorming die al jaren sluimert**

Sinds het afgelopen decennium, wordt de evolutie van de geestelijke gezondheidszorg gekenmerkt door het toenemende belang van de centrale positie die de patiënt en zijn behoeften bekleden. De zorg wordt geconcentreerd in functie van de patiënt en zijn noden en niet meer in functie van het dienstenaanbod van de instellingen. De concepten zorgcircuits en -netwerken van de geestelijke gezondheidszorg, georganiseerd rond de patiënt, worden voor het eerst beschreven in 1997 in een advies van de Nationale Raad voor ziekenvoorzieningen (NRZV). Een netwerk bestaat uit alle diensten en instellingen die een uitgebreid zorgplan uitwerken voor een doelgroep in een strikt bepaalde regio, terwijl een zorgcircuit het aanbod van een dergelijk netwerk is. In 2001 worden deze begrippen opgenomen in de beleidsnota's van de ministers Vandenbroucke en Aelvoet. De nadruk wordt gelegd op de begrippen participatie en overleg terwijl de zorg wordt georganiseerd rond doelgroepen. Pas in 2005, in een nota van Rudy Demotte, toenmalig minister van Volksgezondheid, krijgt deze nieuwe koers concreet vorm met de therapeutische projecten (TP) en het transversaal overleg (TO). Deze experimenten moeten, steunend op de zorgnetwerken en zorgcircuits, de leidraad vormen bij het uitwerken van de voorstellen voor de ontwikkeling van de structurele regelingen (planning, erkenning en financiering) van een nieuwe organisatie-model voor de geestelijke gezondheidszorg.

In 2006 lanceert het RIZIV een oproep voor het opzetten van therapeutische projecten. Deze TP's brengen een aantal partners samen die voor een bepaalde doelgroep (kinderen en jongeren, volwassenen of senioren) en een bepaald geografisch gebied een voortgezet zorgaanbod op maat ontwikkelen. Tevens organiseren en/of coördineren ze het overleg rond deze patiënten. In totaal werden bijna 80 projecten geselecteerd voor heel België, waarvan negen voor Brussel (een Nederlandstalige, zes Franstalige en twee bicommunautaire). In sommige gevallen is het TP een middel om informele netwerken die reeds lang bestaan erkenning te verschaffen. Aanvankelijk

liepen de TP's einde maart 2010 ten einde, maar onlangs werden ze met een jaar verlengd. De Platformen zijn zeer actief in dit proces: ze organiseren het overleg tussen hun leden om het opzetten van de projecten te vereenvoudigen. Voorts staan ze in voor de organisatie van het overleg rond de projecten, het verstrekken van documenten aan de leden, het samenvatten van hun opmerkingen, enz.

Het transversaal overleg plaatst de therapeutische projecten in een breder perspectief. Dit overleg wordt gecoördineerd door de Platformen en georganiseerd in zeven clusters per doelgroep die samenkomen om hun ervaringen te analyseren en hun aanbevelingen kenbaar te maken. Het transversaal overleg wordt gefinancierd door de FOD Volksgezondheid. Ook dit loopt einde maart 2010 af en werd, in tegenstelling tot de TP's, niet verlengd. Zeven clusters werden geïdentificeerd: kinderen en jongeren: algemene psychiatrie; kinderen en jongeren: forensische psychiatrie; kinderen en adolescenten: verslaving; volwassenen: algemene psychiatrie; volwassenen: forensische psychiatrie; volwassenen: verslaving; ouderen. De Platformen staan in voor het overleg, voor het distilleren van de kwintessens ervan en voor het formuleren van voorstellen met betrekking tot de organisatie, coördinatie en financiering. Het Nederlandstalige transversaal overleg wordt gehouden in het Oost-Vlaamse Platform. In het Franstalige deel van België organiseren vier Platformen het overleg voor een of meerdere clusters. Het Brussels Platform staat, in samenwerking met het Platform van Charleroi, in voor de groep 'volwassenen: algemene psychiatrie' en alleen voor de groep 'volwassenen: forensische psychiatrie'. Daar er slechts TP overbleef in deze cluster, werd die bij de groep voor algemene psychiatrie gevoegd. Daarnaast is het Platform betrokken bij de gemengde werkgroepen FOD die de therapeutische projecten (RIZIV, Platformen, FOD Volksgezondheid, Patiëntenverenigingen, enz.) verzamelt.

Onlangs is een consensusnota gepubliceerd, deze werd opgesteld door o.a. het Brussels Platform en ondertekend door alle Franstalige therapeutische projecten en sluit aan bij de bekommernissen van de Nederlandstalige projecten. Hierin wordt gewezen op een aantal pijnpunten die het experimentatieproces binnen de TP's ondermijnen. De regels en administratieve procedures die zijn vastgelegd door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid worden beschouwd als te rigide, ze laten immers te weinig ruimte voor klinisch werk. TP's zijn gebonden aan prestatie-eisen, zoals de inclusie van 30 patiënten het eerste jaar, een verplichting waar sommigen niet aan kunnen of willen voldoen. Er wordt tevens een versoepeling van de regels gevraagd met betrekking tot de aanwezigheid van de ondertekenaars van het overleg rond de patiënt, alsook inzake de frequentie van deze bijeenkomsten. Deze zijn gepland door het RIZIV volgens een administratieve logica, maar houden geen rekening met de evolutie van de patiënt. Bovendien worden TP's verplicht een evaluatieschaal te hanteren die niet afgestemd is op hun patiënten. Om al deze redenen hebben veel projecten ontslag genomen en blijven momenteel, van de negen TP's die aanvankelijk in Brussel gelanceerd werden, slechts twee lopende projecten over. Toch hebben de therapeutische projecten ervoor gezorgd dat bepaalde instellingen die eerder in afzondering werkten, elkaar konden ontmoeten en konden samenwerken. Bovendien zijn de samenwerkingsverbanden uitgebreid tot niet-institutionele zorgverleners.

Voor het vervolg van de therapeutische projecten citeren sommigen artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen. Het artikel verzekert de ontwikkeling van alternatieven voor een ziekenhuisopname en het voorkomen van langdurige verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis. Een studie van het KCE toonde aan dat België in 2003 5000 patiënten telde die langer dan een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven. Artikel 107 is een financiële techniek die ziekenhuizen de mogelijkheid geeft om een deel van hun psychiatrische bedden te 'bevrozen' om de middelen die daaraan toegekend zijn aan te wenden voor de oprichting van nieuwe ambulante projecten. Deze bepaling moet aangepast worden aan het specifieke karakter van Brussel. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

beschikt immers over minder psychiatrische ziekenhuisbedden dan de andere twee gewesten. Het ambulante netwerk is hier daarentegen onmiskenbaar groter. Welke rol zullen de Platformen bekleden in het kader van de toepassing van dit artikel? Er zijn nog te veel onzekerheden omtrent de praktische invulling van artikel 107.

### **Mentale handicap en gedragsstoornissen: nood aan geschikte zorgcircuits**

Met uitzondering van enkele geïsoleerde initiatieven, worden mensen met een mentale handicap gekoppeld aan gedragsstoornissen en/of psychiatrische stoornissen ten laste genomen in structuren die niet aangepast zijn aan hun toestand. Wanneer een psychiatrisch of gedragsprobleem optreedt bij een persoon die opgenomen is in een instelling gespecialiseerd in de gehandicaptenzorg, wordt deze doorverwezen naar het ziekenhuis. Daar ze machteloos staat tegenover dergelijke stoornissen weigert de oorspronkelijke instelling vaak de patiënt na zijn behandeling opnieuw op te nemen en gebeurt het dat hij gedurende meerdere jaren in een ziekenhuis of in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijft. Na verloop van tijd weigeren ziekenhuizen dergelijke patiënten op te nemen, ze worden als het ware overal geweigerd. Bovendien is het, gezien zijn beperkte uitdrukkingmogelijkheden, moeilijk een psychiatrische diagnose te stellen bij een persoon met een mentale handicap. Wanneer dergelijke patiënten eerst opgenomen worden in de psychiatrie komen ze vaak terecht in een gedwongen opname waar het voorvalt dat ze een teveel aan medicatie krijgen. Zij worden bijgevolg het slachtoffer van het gebrek aan samenwerking tussen de sectoren van de geestelijke gezondheid en de mentale handicap. Dit gebrek kan deels verklaard worden door het feit dat zij van verschillende bevoegde overheden afhangen.

Gelukkig is de aandacht van de politici tegenwoordig gevestigd op deze patiënten. De overheid toont de wil een vorm van afstemming te creëren tussen de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptensector, en tussen hun respectievelijke voogdijoverheden (federaal, gewesten en gemeenschappen), opdat extra middelen kunnen worden vrijgegeven. Zo identificeert Laurette Onkelinx, minister van Volksgezondheid, ze in haar beleidsnota van 31 oktober 2008 als een nieuwe doelgroep van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg. In de nota wordt vermeld dat de uitwerking van een specifieke zorgplan een van de belangrijkste interventies is. Om na te denken over de invulling van deze tegemoetkoming hebben de Platformen overleguimtes georganiseerd tussen de verschillende toekomstige partners. Het resultaat van deze besprekingen is een model waarin patiënten in staat moeten zijn om vlot en efficiënt te bewegen binnen netwerken die instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische instellingen en structuren gespecialiseerd in gehandicaptenzorg samenbrengen. De diensten voor geestelijke gezondheidszorg zullen instaan voor de preventie, consultatie en oriëntatie. Ten slotte verplaatsen mobiele teams zich tussen deze verschillende structuren om de samenwerking te organiseren en het therapeutisch aanbod te ondersteunen. Zo kunnen de actoren van de gehandicaptensector hun expertise tijdens de ziekenhuisopname van een persoon met een mentale handicap en omgekeerd. Deze zorgcircuits moeten ook een betere oriëntatie verzekeren van deze patiënten naar de meest geschikte oplossingen; soms vindt men die in de ambulante zorg of bij naasten van de patiënt, maar niet noodzakelijk in residentiële structuren.

In 2009 gingen twee projecten van start in het Vlaams Gewest en twee in het Waals Gewest. In Brussel wordt, onder impuls van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, een specifiek zorgcircuit voor patiënten met een dubbele diagnose voorbereid. Het Platform is overigens vertegenwoordigd in zijn begeleidingscomité. In dit verband zou in de Kliniek Sint-Jan een tiental bedden geopend worden. Maar in Brussel, is de situatie complexer dan in de rest van het land. Daar het om een tweetalig gebied gaat, is het noodzakelijk rekening te houden met de taal van de patiënt. Een andere unieke eigenschap: er wordt overwogen de huisartsen er eveneens bij te betrekken. Op Nederlandstalig gebied bestaat er reeds een netwerk dat dichterbij staat bij het platform van Vlaams-

Brabant. Aan de Franstalige zijde moet het netwerk nog opgericht worden. Voor de coördinatie zou het op metaniveau door het Platform ondersteund kunnen worden in samenwerking met een Platform gehandicaptenzorg.

### **Zelfmoordpreventie: een Vlaams actieplan**

Eind 2002 formuleerde de Vlaamse Gemeenschap haar zesde doelstelling in de gezondheidszorg: de preventie van depressie en zelfdoding. Tegen 2010 moet het aantal zelfmoorden dalen met 8%. Daarop volgde in 2006 de ontwikkeling van een actieplan, het Platform staat, in samenwerking met het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Brussel (CGGZ Brussel) en Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO) Brussel, in voor de uitvoering ervan in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. In werkelijkheid ervaart het project een aantal obstakels. Ten eerste is de doelgroep relatief beperkt. Het gaat om een zuiver Vlaams actieplan terwijl Brussel overwegend Franstalig is. Bovendien werden slechts geringe middelen vrijgemaakt voor de uitvoering van het actieplan in het Brussels Gewest.

In het licht van deze moeilijke context pleit het Brussels Platform voor de ontwikkeling van een federaal actieplan in samenwerking met de Gemeenschappen. Om het project een breder draagvlak te geven organiseerde het Platform een ontmoetingsdag voor de Nederlandstalige en Franstalige Brussels actoren die actief zijn in de zelfmoordpreventie. Hoewel de samenwerking niet eenvoudig was, onder andere door de verschillende voogdijoverheden, konden dankzij dit evenement evenwel bepaalde werkmethodeën gedefinieerd worden. Op federaal niveau werd in 2006 een plan ter bestrijding van zelfdoding gelanceerd. Dit heeft echter slechts geleid tot de publicatie van een brochure 'Praktische gids voor spoedgevallendiensten bij het herkennen, opvangen en begeleiden van suïcidale patiënten'. De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid lijkt deze reflectie te willen voortzetten.

### **Drugsverslaving: een federaal proefproject**

Naar aanleiding van de Federale beleidsnota drugs van 19 januari 2001, lanceerde de FOD Volksgezondheid in 2002 een proefproject 'Implementatie van de functie zorgcoördinator middelenmisbruik binnen de Overlegplatformen Geestelijke Gezondheidszorg'. Dit project loopt al bijna zeven jaar in de Belgische Overlegplatformen, het Brussels Platform, daarentegen, heeft dit project pas in december 2007 in haar werking opgenomen, op voorwaarde dat het Overleg Druggebruik Brussel (ODB) erbij betrokken werd. Dit proefproject heeft als doel een geïntegreerd en globaal aanbod uit te werken voor de behandeling van verslavingen. Kort samengevat moet deze coördinator enerzijds de verschillende actoren van het zorgaanbod identificeren en anderzijds overleg en samenwerkingsverbanden bewerkstelligen. In het kader van deze coördinatie, werd een werkgroep opgericht in samenwerking met FEDITO-Brussel en het ODB. Deze heeft als doel voor het Franstalige deel van België een overleg tot stand te brengen tussen de sector van het middelenmisbruik, de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdbijstand. Ze organiseert tevens de ondersteuning van jongeren met een dubbele problematiek van verslaving en delinquentie.

Hoewel het proefproject 'zorgcoördinator' zal worden verlengd met een jaar, pleiten de Overlegplatformen ervoor dat deze functie structureel geïntegreerd wordt in hun doelstellingen opdat de radicale grens geestelijke gezondheid en drugsverslaving zou verdwijnen. In dat vooruitzicht moeten ze binnenkort samenkomen om voorstellen uit te werken over de wijze waarop deze integratie kan slagen. Moet het koninklijk besluit dat hun missie definieert daarom gewijzigd worden? Hoe zal deze nieuwe functie afgestemd worden op het werk van het ODB? Hoe kan men

rekening houden met de specifieke organisatorische regelingen van beide Platformen? Op al deze vragen zullen de Platformen een antwoord moeten formuleren.

### **Rechten van de patiënt: ombudsfunctie van de Platformen**

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van patiënt voorziet dat iedere persoon die zorg ontvangt van een beroepsbeoefenaar een aantal rechten heeft, waaronder het recht een bevoegde ombudsfunctie aan te vragen. Daarom is elke instelling verplicht om dit recht te verzekeren. De uitvoering ervan zijn in onderling overleg bepaald tussen de instelling en het Platform. Er zijn twee bemiddelaars, een Nederlandstalige en een Franstalige, verbonden aan het Brussels Platform, zij zijn bevoegd om te bemiddelen binnen psychiatrische ziekenhuizen, PVT's en IBW's die lid zijn van het Platform. Zij bezoeken ook de Brusselse centra voor geestelijke gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap: CGGZ Brussel. In algemene ziekenhuizen wordt de bemiddeling intern georganiseerd.

Bij het uitoefenen van hun functie ondervinden de bemiddelaars bepaalde problemen waarvoor het Brussels Platform oplossingen tracht te vinden en die tevens bij de overheid aangeklaagd worden. Zo beschouwen de initiatieven voor beschut wonen, in het bijzonder de Franstalige, zichzelf als leefruimtes waar bemiddelaars niet thuishoren. Het Platform heeft een reeks vergaderingen op touw gezet met deze structuren om de toegankelijkheid van de ombudsfunctie te implementeren en aan te passen aan de specifieke kenmerken van de IBW's. Deze functie moet meer inhouden dan het verdelen van een folder in hun lokalen. Een ander probleem waarmee bemiddelaars in de IBW's geconfronteerd worden: de meeste hulpverleners in dienst van deze instellingen, zoals psychologen, vallen niet onder de wet op de rechten van de patiënt. Hoe kan men een aanvraag behandelen wanneer het dit type personeel betreft? Bovendien zijn de bemiddelaars in dienst zijn van de Platformen waarvan de instellingen die onder hun bevoegdheid vallen lid zijn. In hoeverre zijn ze nog onafhankelijk? Ten slotte is het Platform Brussel van mening dat sommige van haar leden wordt gediscrimineerd. De bemiddelaars mogen centra voor geestelijke gezondheidszorg of sociotherapeutische instellingen (conventie met het RIZIV) niet bezoeken. In het licht van de veelheid aan concepties, verwachtingen en percepties van de ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg, en de daaruit voortvloeiende problemen, organiseerde het Platform in 2008 een colloquium 'Ombudsfunctie binnen de geestelijke gezondheidszorg, tussen eenheid en verscheidenheid'. In fine, geeft het Brussels Platform de voorkeur aan de term 'aanvraag' dan 'klacht' en interpreteert de talrijke aanvragen als een gezond teken voor zorginstellingen, het bewijs van de vrijheid van meningsuiting binnen hun structuren.

### **De toekomst**

In 2010 vierden de Overlegplatforms voor geestelijke gezondheid hun 20<sup>ste</sup> verjaardag. Tijdens dit jaar zal het Brussels Platform festiviteiten organiseren met vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidszorg in de brede zin als gastsprekers. Zowel de balans alsook de vooruitzichten van de activiteiten van de instelling worden voorgesteld. In 2010 worden ook vele andere projecten gerealiseerd binnen het Brussels Platform: het opstarten van werkgroepen die zich bezighouden met respectievelijk de evaluatie in de geestelijke gezondheid en de afstemming tussen geestelijke gezondheid en werk, de hervatting van de werkgroep 'psychogeriatric', autisme thema van de werkgroep 'kinder- en jongerenpsychiatrie', enzovoort. In de toekomst wenst het Platform ook een vorm van partnerschap te sluiten met patiëntenverenigingen met het oog op een efficiënte uitwisseling van informatie.



‘Afstemming’ is de oude naam van de huidige werkgroep omtrent chronische patiënten. Maar zo zou eveneens het leitmotiv van het Platform kunnen luiden. De geestelijke gezondheid kan niet beschouwd worden als een geïsoleerde eenheid. Het is essentieel om een globale visie te hebben en andere sectoren zoals justitie, huisvesting, tewerkstelling, enz. mee te rekenen. Dat is precies wat de werkgroepen van het Platform trachten te bereiken: zoveel mogelijk bruggen te slaan tussen de instellingen, sectoren die moeten samenwerken in het kader van een geïntegreerde benadering van de geestelijke gezondheidszorg.

### **Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad vzw**

Handelskaai 7

1000 Brussel

Tel : 02/289.09.60

[www.pfcsm-opgg.be](http://www.pfcsm-opgg.be)

[pfsm-opgg@beon.be](mailto:pfsm-opgg@beon.be)

Nederlandstalige coördinator

Ruben Vanhaverbeke

Tel : 02/289.09.61

[ruben.vanhaverbeke@beon.be](mailto:ruben.vanhaverbeke@beon.be)

Franstalige coördinator

Youri Caels

Tel : 02/289.09.61

[youri.caels@beon.be](mailto:youri.caels@beon.be)