

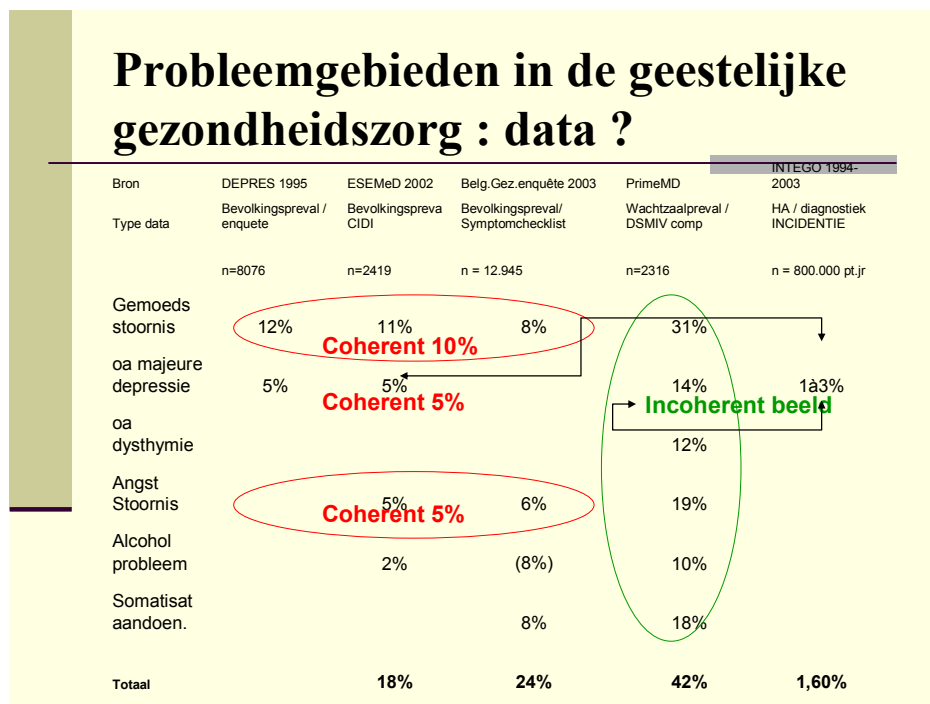
Preventie in Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen is mogelijk, maar...

Jan Heyrman & Leo Pas

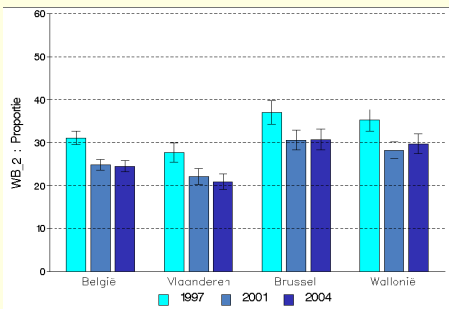
Tema's voor de discussie

1. Hoe groot is het probleem ?
2. Praten we allemaal over hetzelfde ?
3. Kunnen we dit samen beter voorkomen ?
4. Waarom doen we dat dan niet ?
5. Conclusies (eerste lijst van voorstellen)

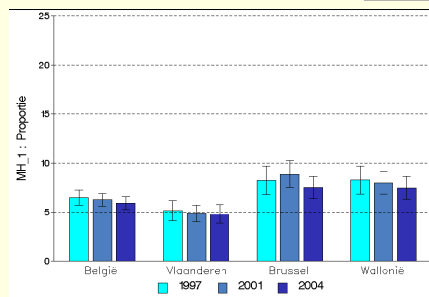
1. Hoe groot is het probleem ?



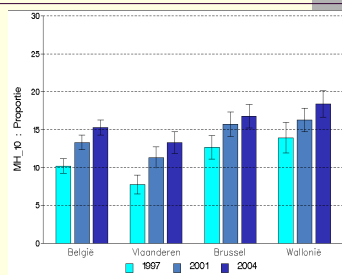
**Percentage van de bevolking (15 jaar of ouder) met recente psychologische problemen (GHQ-12 score [2+])
WIV Rapport Gezondheidsenquête, 2004, België**



Depressie gerapporteerd



Consumptie psychoactieve middelen



Vlaanderen

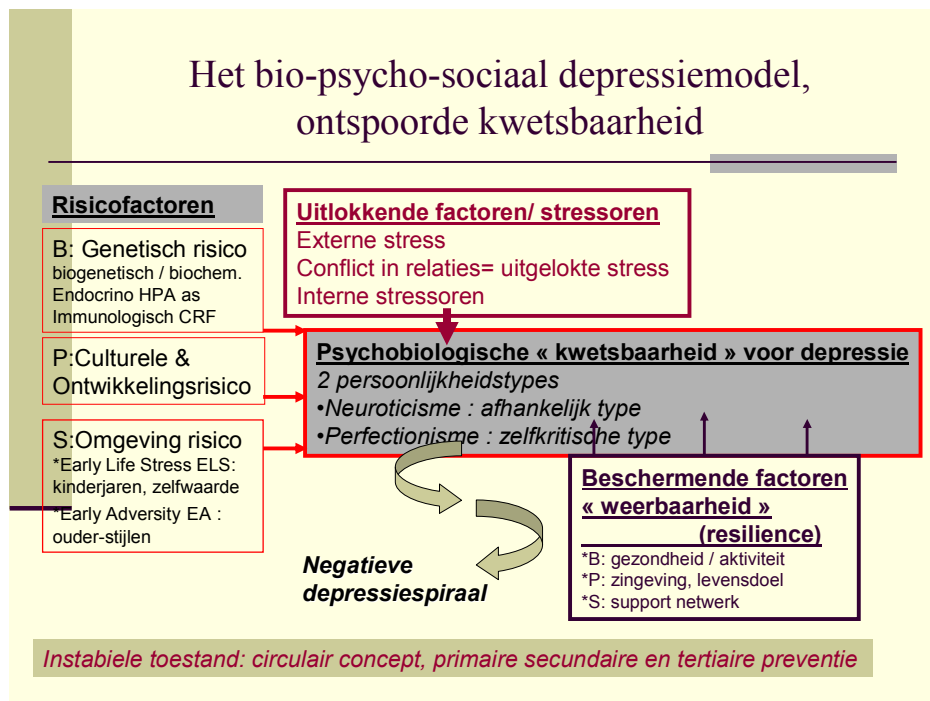
- Dalende trend psychische problemen
- Minder gerapporteerde psychische klachten en depressie dan omringend gewesten
- Stijgende trend psycho-active medicatie (1/8 personen en 3/4 personen met klachten)

2. De moeilijkheden van de diagnoselabels : praten we over hetzelfde ?

2.1 Diagnostiek van depressie als ziekte : « nosologische entiteit »

- DSM IV : basis = 9 sympt // > 2 weken aanwezig
- Majeure depressie: 5 sympt, waaronder 2
- Dysthymie : >2 jaar, 1 dag op 2
- ‘subklinische’ depressie
- ICD 10 : basis = 10 sympt // > maand aanwezig
- Manische depressie / Bipolaire depressie
- Depressieve episode: licht (<4), matig (4), ernstig(>4)
4 sympt, waaronder 3
- Recurrerende depressie: licht, matig, ernstig
- Chronische depressie : oa dysthymie
- Andere depressies

2.2 Een dynamisch bio-psycho-sociaal model



3. Kunnen we dit samen beter voorkomen ?

3.1 Wat met preventie ?

- *DSM IV Ziekte = eenmaal depressie, altijd depressie, hopelijk remissie, vooral tertiaire preventie*

- *BPSoc model = Instabiele toestand: circulair concept :werken aan weerbaarheid !*
- *Primaire (positief groeiklimaat)*
- *Secundaire (bij dreigend spiraal)*
- *Tertiaire preventie (sterker uit de put geraken)*

- *Suicide preventie : tijdig juist reageren*
- *Suicidale ideatie*
- *Suicidaal gedrag*
- *Suicide (poging)*

3.2 Centraal planning, met de spelers binnen de zorgregio uitvoeren

- **Publieksvoorlichting: psycho-educatie**
= herkaderen (oa. van de depressie)
- **Zorgprogrammatische**
- **Ondersteuning van lokale actoren**
- **Doelstellingen, richtlijnen, taakverdeling, communicatie & coordinatie**
- **Lokale uitvoering met betrokken actoren**
- **Huisarts, CGGZ, psychologen & psychiaters**
- **Opvangdiensten**

3.3 Preventieve strategieën

A Van Wammel et al. Trimbos instituut 2005.

- **Universele preventie** : gericht op bevolking
- **Selectieve preventie** : risicogroepen
- **Gerichte preventie** : bij beperkte tekens
- **Zorggericht** : terugval, herhaling, comorbiditeit

Gericht op :

- **Bevolking**
- **Mantelzorgers**
- **Intermediairen**

4. Waarom doen we dat dan niet ?

4.1 Door huisartsen geïdentificeerde problemen in de GGZ

- Wachtlijsten in geestelijke gezondheidszorg
- Geen continue opvang (avond- en wachtdienst, crisisopvang, jeugdconsulenten, ambulant)
- Eerste opvang door weinig bevoegde hulpverleners
- Gebrekkige aandacht voor gegevens van behandelende arts
- Onvoldoende therapeutische benadering na eerste spoedbehandeling in PAAZ
- Inadequate chronische begeleiding door te medicatie gerichte begeleiding door psychiater
- Onvoldoende ruimte voor advies vanuit geestelijke gezondheidszorg
- Aanhoudende psychotherapie zonder resultaat
- Slechte communicatie (na intake, tussentijds, voor en gedurende nazorg)
- Overname patiënt

4.2 Door geestelijke gezondheidszorg geïdentificeerde problemen

■ Aanpak door huisartsen :

- Niet 'au serieux' nemen van klachten
- Gebrek aan goede diagnose, inschatting van type depressie en indicatiestelling
- Gebrekkige inschatting ernst en afgrenzen van tijd en inhoud van de gesprekken
- Snel anti depressiva voorschrijven, niet aanpassen en niet adequate medicamenten
- Gebrekkige informatie, w.o onvoldoende informatie over expertises en beperking van andere disciplines
- Bij gezinsproblemen buitenstaanders aanspreken
- Opvolging onvoldoende

■ Nood aan meer samenwerking :

- Gebrekkige wederzijdse communicatie
- Nood aan wederzijdse betere afstemming van interventies
- Spanningveld tussen coördinerende rol huisarts en beroepsgeheim : via geestelijke gezondheidszorg informatie verkrijgen over een cliënt moeilijk verenigbaar met beroepsgeheim
- Laattijdige doorverwijzing
- Huisarts neemt onvoldoende zelf contact en is slecht bereikbaar
- Zorgorganisatie problemen : moeilijkheid overleg, inadequate financiële stimuli

4.3 Universele aanpak: bewezen effectief, maar ...

Een positieve benadering, gezondheid als toestand van algemeen lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden moet niet alleen aan risicofactoren en oorzaak van psychotisch lijden maar meer aandacht besteden aan protectieve factoren.

Hoewel een kentering aan de gang is dient een meer systematische gezondheidsvoorlichting over psychische problemen, zelfhulp en voorzieningen verstrekt te worden. Openbaar beleid dient hiertoe de voorwaarden te creëren.

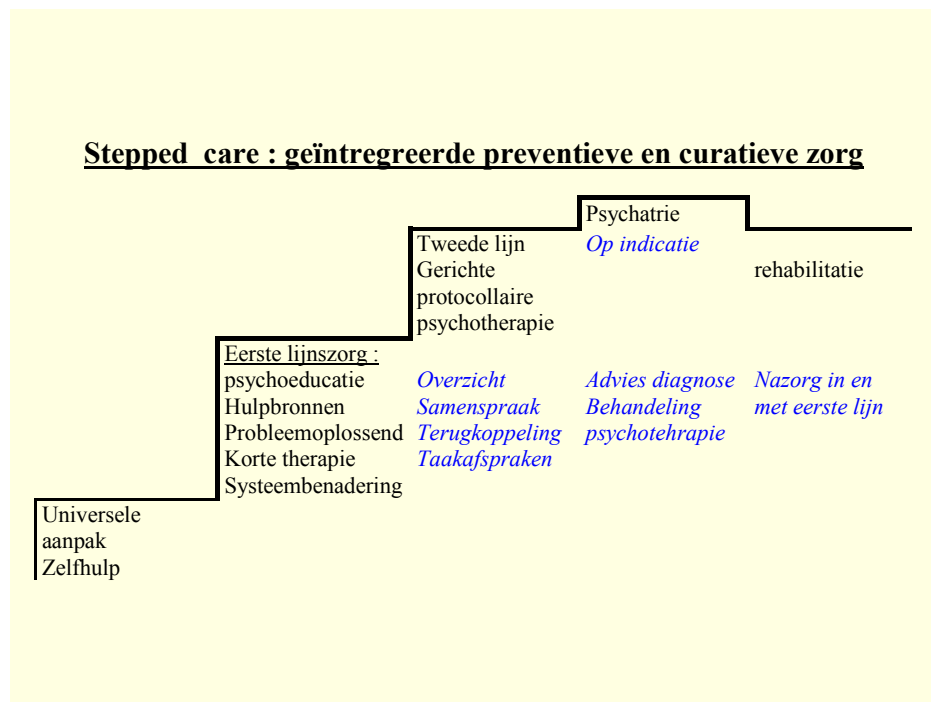
4.4 Psychoeducatie :

Behandeldoelen :

- Informatie geven over ziektebeeld, diagnostiek, behandel mogelijkheden
- behandelingsovereenkomst afspreken
- Inzicht (patiënt/omgeving) bevorderen
- Acceptatie (patiënt/omgeving)
- Grotere autonomie patiënt
- Therapietrouw

Stelling :

Er zou meer aandacht moeten worden gegeven aan psychoeducatie door huisartsen, psychiaters en psychologen



5. Conclusie : Naar een regionale zorgcoördinatie onder nationale stimulering (eerste voorstellen)

- Informatiebrochure over problemen, zelfhulp en beschikbare psycho-therapeutische aanpakken
- Huisarts positieve motiverende houding t.a.v. GGZ
- Huisarts positieve houding niet-medische hulpverlening
- Huisarts als volwaardige partner voor, tijdens en na
- Overzicht beschikbare therapieën, mogelijkheden en beperkingen
- HA en andere intermediairen informatie, training en opleiding geven o.a. inzake diagnostiek en psycho-educatie
- Betrekken patiënten
- Wachtlijsten wegwerken door planning kader i.f.v objectieve noden bepaling en taakafstemming
- Consultatieve functie van het CGG uitbouwen
- Stepped care programma's stimuleren
- Ondersteunend kader creëren voor multidisciplinaire coördinatie, afstemming en samenwerking met het oog op:
 - afspraken maken over communicatie (telefonisch overleg en advies, face-to-face contact,
 - interprofessionele deontologische gedragscode ontwikkelen i.f.v informatieoverdracht
 - geautomatiseerde informatie-uitwisseling
 - afspraken over crisisinterventie (met of zonder opname)
 - behandelingsstrategieën in verband met specifieke problematische situaties
 - sociale kaart beter ontsluiten

- Zorgaanpak in psycho hulpverlening kritisch evalueren en heroriënteren
- Uitbouw psychiatrische thuiszorg via samenwerking tussen PZ, PAAZ, CGG, SEL's én huisartsenkringen.
- Tijdsinvestering honoreren voor gesprekstherapie
- Communicatiewaaiër diversifiëren: individueel overleg, ondersteuning, telefonische advies& begeleiding, naast deelname aan teamvergaderingen