

# FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN

## Advies 2016/7

De Federale Adviesraad voor Ouderen, opgericht krachtens de wet van 8 maart 2007 tot oprichting van een Federale Adviesraad voor Ouderen en waarvan de leden benoemd zijn bij het koninklijk besluit van 13 november 2012 houdende benoeming van de leden van de Federale Adviesraad voor Ouderen, heeft tot taak om op eigen initiatief, op verzoek van de federale regering of op verzoek van een Wetgevende Kamer advies uit te brengen over de tot de bevoegdheid van de federale overheid behorende aangelegenheden met betrekking tot de pensioenen, de gelijkheid van kansen, de sociale integratie en de bestrijding van de kansarmoede, de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en de mobiliteit.

Met toepassing van artikel 3, §3,1° van voormelde wet van 8 maart 2007 brengt de Federale Adviesraad voor Ouderen volgend advies uit:

### ADVIES VAN DE FEDERALE ADVIESRAAD VOOR OUDEREN BETREFFENDE DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

#### SITUERING VAN HET ADVIES

De FAVO heeft de bevoegdheid gekregen om zich bij middel van adviezen uit te spreken over materies die ouderen aanbelangen. In dit advies koos de commissie "Toegankelijkheid van de gezondheidszorg" om dieper in te gaan op de psychische gezondheid van de bevolking en op de geestelijke gezondheidszorg in België, vanuit het oogpunt van ouderen.

De Commissie Toegankelijkheid van de Gezondheidszorg heeft zich gebaseerd op de werken die op het eind van deze tekst worden vermeld. De in dit advies geciteerde cijfers komen uit deze teksten.

#### **Enkele voorafgaande feiten en bedenkingen:**

- Wat de psychische gezondheid van onze bevolking betreft wordt gemiddeld 1 op 3 Belgen tijdens zijn leven ooit geconfronteerd met een **psychische stoornis**. België bevindt zich hiermee in de internationale middenmoot. Doorheen diverse bevragingen blijkt ook dat ongeveer 26% van de Belgen zich slecht in zijn vel voelt. Dit is voor ouderen een gelijkaardig percentage.
- België blijft wereldwijd **koploper in het opnemen van patiënten in psychiatrische instellingen**. Het aantal gedwongen opnamen is met 42% gestegen tussen 1999 en 2008, nog voorafgaand aan de crisis. In de periode 2004-2008, kenden we een stijging van 10% in aantal opnamen in de psychiatrische ziekenhuizen, vooral in Vlaanderen.
- De psychiatrische ziekenhuizen, vooral in Vlaanderen, kennen een opvallend hoog cijfer heropnames binnen de 30 dagen: 25% bij schizofrenie, 20% bij manische-depressie.
- Psychische stoornissen staan met 34% op nummer 1 als **oorzaak van invaliditeit**, met depressie, alcohol en dementie in de top 10.

- Psychiatrische patiënten kennen **gemiddeld een 15 jaar lagere levensverwachting**, hoofdzakelijk als gevolg van lichamelijke oorzaken.
  - Het **aantal zelfdodingen** is gelijk aan respectievelijk 17 per 100.000 inwoners in Vlaanderen, 24 in Wallonië en 14 in Brussel. België zit met drie zelfdodingen per dag in de top drie van Europa. Vlaanderen illustreert echter in positieve zin dat een state-of-the-art plan van beleidsaanpak vruchten kan afwerpen. De vooropgestelde daling van 8% in het eerste suicidepreventieplan werd goed gehaald. Opvallend blijven de sterftcijfers door zelfdoding bij oudere mannen. In 2013 bedroeg het aantal zelfdodingen bij Vlaamse mannen van 80 jaar en ouder 51 per 100.000 (uit Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid).
  - 30 tot 70% van de **kinderen van ouders met een psychische stoornis**, ontwikkelen zelf een psychische stoornis. Opvallend is ook dat meer dan 90% personen die overgaan tot zelfdoding vooraf leden aan een psychische stoornis. Bijna de helft van hen werd reeds voordien behandeld. Zelfdoding is dus meestal geen losstaand of geïsoleerd fenomeen.
  - Na de cardiovasculaire aandoeningen staat psychisch lijden bij de volwassenen op de tweede plaats met 19,5 % van alle gekende "burden of disease".
  - Met 19,1% is het **gebruik van psychofarmaca opvallend hoog** in vergelijking met andere landen. Wat betreft kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen is er duidelijk sprake van een overconsumptie. Het gebruik stijgt aanzienlijk met de leeftijd. In de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder grijpt ongeveer 40% van de vrouwen en 26% van de mannen naar slaap- en kalmeringsmiddelen. Het aantal gebruikers van antidepressiva is in België in de afgelopen 15 jaar toegenomen van 3,9% in 1997 tot 7,6% in 2013.
  - Volgens de gezondheidsenquête van het WIV **kampt zowat 10% van de volwassenen in België met een problematisch alcoholgebruik**, maar slechts één op de twaalf zoekt of vindt hiervoor hulp en gemiddeld gebeurt dat pas na 18 jaar. Als iemand met problematisch alcoholgebruik hulp nodig heeft, moet een gepaste zorg worden aangeboden. Veel **zorgverleners** hebben het moeilijk om alcoholproblemen te herkennen en bespreekbaar te maken met hun patiënt, waardoor aangepaste hulp uitblijft. Daarom moet er in hun opleiding meer aandacht worden besteed aan het bijbrengen van de nodige communicatievaardigheden. Problematisch alcoholgebruik moet beschouwd worden als een gezondheidsprobleem, dat behandeld kan worden. De zorgverleners gaan daarom best op een niet-veroordelende en empathische wijze om met deze patiënten. Daarnaast zijn regelmatige bevragingen over alcoholgebruik, indien nodig gevolgd door een korte interventie, effectief voor het verlagen van het gebruik. De huisarts is, zeker voor de ouderen, hiervoor de meest logische zorgverlener.
  - In België lijden naar schatting 165.000 mensen aan dementie. 5% van de mensen ouder dan 65 zou lijden aan dementie <sup>1</sup>. Op de leeftijd van 80 jaar
-

neemt dit percentage toe tot 20%. In zeldzame gevallen (naar schatting 3.000 mensen) komt dementie ook voor het 65<sup>ste</sup> levensjaar voor. In 2012 schatte een rapport van de WGO dat het aantal dementiegevallen tegen 2050 zou verdrievoudigen, vooral door de veroudering van de bevolking. Bovendien zouden slechts 20 tot 50% van de gevallen gediagnosticeerd worden en dan vaak nog te laat.

Dementie heeft een enorme impact op het lichamelijk en geestelijk welbevinden van de patiënt en zijn omgeving. Momenteel is het nog niet mogelijk om het dementieel proces te genezen. De huidige geneesmiddelen kunnen hooguit de ziekte afremmen in de beginfase en inwerken op de gedragsproblemen gebonden aan dementie. Bovendien dient men de ongewenste effecten van medicatie, de grote kost en de last van de onderzoeken voor de persoon met dementie en zijn omgeving in rekening te nemen. Naar schatting 65 % van de dementerenden woont nog thuis, waar ze meestal worden geholpen door de mantelzorgers.

- De **opstart van professionele zorg komt vaak veel te laat**: gemiddeld 1 jaar te laat voor stemmingsstoornissen, 16 jaren voor angststoornissen en 18 jaren voor middelenmisbruik.
- Is de GGZ klaar voor de vergrijzing?
  - Er zijn heel wat redenen om aan te nemen dat de zorgvraag de komende jaren -omwille van de vergrijzing- zal toenemen. Naast de stijging van het aantal ouderen is er een positieve evolutie wat betreft de vroegtijdige herkenning en een betere diagnostiek van psychische stoornissen bij ouderen. Ook dit maakt dat meer mensen in het circuit zullen terechtkomen. De aankomende generaties ouderen zijn hoger opgeleid dan de vorige en ouderen worden mondiger waardoor de stap naar de hulpverlening voor de 'nieuwe' ouderen makkelijker gezet zal worden. Onderzoek toont aan dat er een toename is van alcoholgebruik bij ouderen; we zien nu al de zorgvraag met betrekking tot deze problematiek toenemen. Ook hierdoor zal de zorgconsumptie verhogen. (OZ naar factoren die zorggebruik voorspellen LASA, NEMESIS van Alexianen)
  - De structuur van de GGZ is er door de verschillende staatshervormingen niet op vereenvoudigd. Residentiële setting wordt gefinancierd door de Federale Overheid, ambulante door de Gemeenschappen. Doorheen de jaren is er ook een grondige transformatie van de geestelijke gezondheidszorg ingezet in het kader van de vermaatschappelijking van zorg. Dit vergt dynamiek en flexibiliteit om met de beschikbare mensen en middelen innovatieve en betere antwoorden te bieden op zeer diverse zorgvragen. Dat de GGZ nadrukkelijk op de politieke agenda staat, is een goede zaak maar vereist een structurele samenwerking en een proactief innemen van beleidsoverschrijdende standpunten.

## **ADVIES**

1. De FAVO vraagt aan de Federale Regering en die van de Gemeenschappen **aandacht voor de preventie van psychische problemen**: depressie, zelfdoding en rouw. Ook het stigma van de psychiatrie dient aangepakt.
2. De FAVO vraagt om **de gecoördineerde actieplannen** rond specifieke psychische aandoeningen inzake alcoholisme en dementie verder te zetten. De afgelopen jaren hebben zowel de Federale Overheid als de Gemeenschappen op deze terreinen goed werk geleverd. Zowel het problematisch alcoholgebruik als dementie vormen immers grote uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg.

- **Alcoholplan:**

De FAVO schaart zich achter de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) dat de dubbelzinnige (aan de ene kant vergoelijkende, maar ook stigmatiserende) houding van de samenleving tegenover alcoholgebruik dient te veranderen. Daarvoor moeten alle betrokken partijen, waaronder de beleidsmakers, zorgorganisaties, zorgverleners en patiëntenverenigingen, samen een **alcoholplan** ontwikkelen. Dit plan kan o.a. informatiecampagnes voorzien en alcoholreclame en verkoop strenger reglementeren.

De **mensen met problematisch alcoholgebruik zelf** ontkennen vaak het probleem en zijn om verschillende redenen vaak niet gemotiveerd voor een behandeling. Daarom moet er uitgebreide informatie beschikbaar zijn over waar ze terecht kunnen voor vragen. Zelfhulpgroepen moeten beter bekend gemaakt worden. Ook de familie en de onmiddellijke omgeving spelen een cruciale rol bij de ondersteuning van de persoon met problematisch alcoholgebruik, mits ook zij de nodige ondersteuning krijgen.

Tenslotte moet een aangepaste zorgorganisatie de toegang tot hulp vergemakkelijken. Er is nood aan een ruimer aanbod van zorg in de eerste lijn (huisartsen, psychologen, enz.) en in de algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Een correcte financiering en een goede samenwerking en integratie tussen de verschillende niveaus is hierbij aangewezen. Op die manier kunnen zorgverleners beter doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp en worden de wachttijden korter.

- **Dementieplan**

FAVO schaart zich achter de idee van de dementieplannen die de afgelopen jaren zowel op federaal, Vlaams als Waals niveau ontwikkeld werden. Uiteraard is het van belang dat ze gecoördineerd verlopen en elkaar aanvullen.

In het bijzonder vragen we hier aandacht voor de uitvoering van een aantal specifieke maatregelen:

- de verbetering van de huidige tenlastenemingen;
- de optimalisatie van de thuiszorg, een goede coördinatie met andere zorgvormen en ondersteunende maatregelen om personen met dementie zo lang mogelijk thuis te laten verblijven;
- de sensibilisering van de zorgverleners;

- een vroegtijdige diagnostiek: de diagnose 'dementie' wordt vaak pas na twee à drie jaar gesteld, waardoor patiënten en hun mantelzorgers lange tijd in de onzekerheid leven;
- het aanpakken van het taboe dat rust op dementie;
- het tegemoetkomen aan de financiële en praktische problemen van mensen met jongdementie en hun gezin door o.m. de invoering van een aangepast persoonsvolgend budget voor mensen en zorg en begeleiding op maat, zowel thuis als in een aangepaste zorgomgeving.

3. De FAVO pleit voor **een laagdrempelige aanpak van de psychische zorgbehoefte**, zo mogelijk in de thuissituatie waarbij de (oudere) patiënt betrokken wordt. Belangrijk hierbij is een vlotte doorstroming door de zorgketen, ingesteld op de noden van de psychisch zieke. Dit vraagt flexibele samenwerking van de zorgverleners.

De FAVO pleit voor een herstructurering van de psychologische zorg volgens een getrapt model waarbij de eerstelijnszorg gewaarborgd, algemeen toegankelijk en betaalbaar wordt en daarnaast ook een tweede niveau van gespecialiseerde zorg als de eerste lijn niet volstaat.

Het huidige aanbod van psychologische zorg voldoet niet aan de behoeften. De GGZ is een complexe sector die slecht gekend is bij het grote publiek. De wachtlijsten zijn vaak lang en er rust een duidelijk taboe op. Daarbij komen nog de kosten die vaak niet worden terugbetaald door de ziekteverzekering. Voor ouderen met psychische problemen is de drempel vaak nog groter.

Door de art. 107 projecten worden psychiatrische bedden afgebouwd en omgezet in mobiele teams die GGZ aan huis aanbieden. De FAVO wijst er op dat 2 doelgroepen niet van de voordelen van art. 107 kunnen genieten met name: kinderen/jongeren en ouderen. Daarom pleit de FAVO voor meer politieke aandacht (en o.a. extra middelen) voor deze doelgroepen en in het bijzonder voor ouderen met psychische problemen.

Daarenboven zouden zorgvoorzieningen hun gespecialiseerde expertise in de geestelijke gezondheidszorg moeten kunnen inbrengen in de eerste lijn (huisartsen, maar ook thuisverpleging, gezinshulp, WZC, OCMW 's, gevangenissen...) ongeacht of die aanbieders al dan niet door de gemeenschappen worden gefinancierd. De FAVO pleit voor een vermindering van de capaciteit van de psychiatrische ziekenhuizen met 30% tegen 2022. Tegelijkertijd moet dit resulteren in een betere toegankelijkheid en terugbetaling van de eerstelijnspsychotherapie.

4. De FAVO pleit voor een geïntegreerde geestelijke zorg (cfr. geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, waaronder ook de psychische zieken vallen) gezien de verslechtering van GGZ-problemen met chronisch zieken. Dit veronderstelt een team van zorgverleners (bestaande uit diverse disciplines) dat een zorgplan opstelt zodat efficiënte zorg geleverd wordt en dubbel onderzoek vermijdt.
5. De FAVO vraagt de nodige middelen om voldoende deskundige zorgverleners tewerk te stellen in de ambulante en residentiële zorg. De nood aan specifieke expertise in ouderenpsychiatrie moet aangepast/ingevuld worden. De expertise dient rekening te houden met comorbiditeit, multiple pathologie, complex karakter van problemen, met een levensfase van

fragiliteit op verschillende domeinen (fysiek, cognitief, sociaal, financieel, zinvolle dagbesteding, beperkte levensverwachting).

6. De FAVO pleit om te investeren in alle facetten van de GGZ met nadruk op preventie, promotie en samenwerking op verschillende domeinen o.a. veiligheid, huisvesting, ... Een sterkere eerstelijnszorg is uiterst belangrijk, omdat veel psychische problemen in de eerste lijn verholpen kunnen worden vanuit een geïntegreerde zorg rond de psychiatrische patiënt.

Psychiatrische patiënten stellen specifieke eisen aan de omgeving/mantelzorg. Vooral gedragsproblemen veroorzaken stress, burn-out... bij de mantelzorgers en werken soms een vroegtijdige opname in een residentiële setting in de hand. De positieve kracht van de mantelzorg vormt de motor van de vermaatschappelijking van de zorg en moet beleidsmatig gekoesterd worden.

Erkenning en waardering van de mantelzorg, zeker in de GGZ, is belangrijk en vooral een drijfveer om verder te doen, zonder dat de draagkracht overschreden mag worden. Mantelzorgers vervullen een belangrijke rol als eerste ondersteuning van de patiënt en als brug tussen de patiënt en de zorgverlener. Ze moeten op de nodige ondersteuning kunnen rekenen van de professionele zorgverleners: huisarts, verpleegkundigen, verzorgenden, consulenten... Daarom moet er gecentraliseerde relevante informatie, psychologische ondersteuning en respijtzorg zijn.

De FAVO wenst dat bepaalde krachtlijnen de basis vormen voor de mentale gezondheidszorg: promotie, preventie en bespreekbaarheid van de geestelijke gezondheid. Meer alertheid voor psychische kwetsbaarheid is belangrijk;

- Vroegdetectie (om meer problemen te vermijden!), integratie van GGZ in de eerste lijn en goede toeleiding tot gespecialiseerde zorg. Er is nood aan een systeem met lage drempel met terugbetaalde psychologische hulpverlening;
  - Een nieuwe rol voor de professionals. Er moet een verschuiving komen van louter medische behandeling van de ziekte naar herstelgerichte zorg. Het is belangrijk dat de opleiding van zorgverleners daar op inspeelt;
  - Van pilootprojecten naar een zorgsysteem. De netwerken van art. 107 dienen verankerd te worden en ondersteund door een aangepaste financiering. De FAVO is –zoals reeds gesteld- vragende partij om ouderen als doelgroep op te nemen in art 107;
  - Continue kwaliteitsverbetering voor de toekomst is de uitdaging voor de GGZ.
7. De FAVO vindt het belangrijk dat er een betere regionale spreiding komt van het GGZ aanbod en dat er een voortdurende kwaliteitsverbetering wordt nagestreefd. Ook de blinde vlekken dienen opgevuld worden. Samenwerken in netwerken is essentieel om de evoluties in de GGZ te volgen en de kwaliteit van zorg te verbeteren, zodat de (oudere) patiënt er beter van wordt.  
In deze evolutie is het uiterst belangrijk dat er een voldoende aanbod uitgebouwd wordt aan ouderenpsychiatrie met een evenwichtige geografische spreiding en correcte verdeling naar de zorgcentra toe.

Deze zwakke personen maken, nog meer dan anderen, kans om verloren te lopen in de administratieve doolhof en in de ingewikkelde reglementering van de ziekteverzekering en de gezondheidszorg. De FAVO dringt aan op een versterking van de sociale diensten, inclusief die van de ziekenfondsen, zowel wat betreft middelen als wat betreft opleiding.

Zich beperken tot het zonder overleg doorverwijzen naar de gefederaliseerde instellingen is niet voldoende om tegemoet te komen aan deze uitdaging.

8. De FAVO dringt aan bij de Federale overheid (bevoegd voor de uitoefening van zorgberoepen) om in samenspraak met de Gemeenschappen (vooral bevoegd voor onderwijs) zo spoedig mogelijk werk te maken van volgende prioriteiten:

- **de schaarste aan psychiaters en in het bijzonder kinderpsychiaters:** dit kan door een gerichte verbetering van de honorering van die psychiaters die bijdragen aan continue zorg door bijvoorbeeld deelname aan een fulltime permanente wachtdienst en/of de participatie aan de multidisciplinaire teamwerking in ziekenhuizen, CGG's en revalidatiecentra...
- **specifiek naar ouderen toe is er een duidelijk tekort aan geriateren** (KCE 5/06/2015) en in het kader van deze problematiek denken we vooral aan de psychogeriatric; (advies 2014/9 – Kiezen voor Geriatric)
- **het tekort aan psychiatrisch verpleegkundigen:** in de basisopleiding verpleegkunde is er te weinig aandacht voor geestelijke gezondheidszorg en de federale overheid erkent de beroepstitel 'psychiatric' niet, waardoor die bijzondere beroepstitel niet wordt gehonoreerd (zoals andere beroepstitels). Een erkenning en financiering dringt zich op;
- **onvoldoende aandacht voor geestelijke gezondheidszorg in de opleiding van huisartsen en andere beroepsgroepen van de eerste lijn:** momenteel beperkt de opleiding zich tot diagnose en behandeling van stoornissen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Die verdienen uiteraard voldoende aandacht, maar preventie, vroege detectie, herstel en rehabilitatie moeten ruimer aan bod komen.
- **manke verloning van de eerste lijn:** huisartsen en thuisverpleegkundigen moeten in de toekomst nauwer betrokken worden bij de behandeling en de verzorging van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Die nieuwe opdrachten en verantwoordelijkheden moeten adequaat worden gehonoreerd.
- **de erkenning van psychotherapeut als beschermde beroepstitel:** zoals minister De Block voorstelt, mogen enkel psychologen, artsen, pedagogen en personen met een universitaire master psychotherapie toegang krijgen tot die beroepstitel, dit om een voldoende hoge kwaliteit te garanderen.
- De invoering van de **nieuwe definitie van psychotherapie zoals voorgesteld door** minister De Block, waarbij de psychotherapie niet gedefinieerd wordt als een apart beroep, maar als een behandelvorm voorbehouden aan klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en artsen. Indien deze beroepsgroepen een bijkomende opleiding

psychotherapie met vrucht hebben gevolgd, krijgen ze toegang tot die beroepstitel, dit om een voldoende hoge kwaliteit te garanderen.

9. De FAVO stelt vast dat extra-intramurale afstemming niet evident is. Daarom ijvert de FAVO voor een globaal beleidskader dat de richting aangeeft voor een gecoördineerd en coherent geestelijke gezondheidsbeleid dat alle zorgverstrekkers, instellingen en diensten coördineert, ongeacht of ze ressorteren onder de Federale Overheid of de Gemeenschappen.  
De FAVO pleit dan ook voor één minister, die bevoegd is voor de coördinatie van de gezondheidszorgen, in plaats van een verdeeld beleid over 8 ministers en 2 staatssecretarissen. De huidige bevoegdheidsversnippering werkt immers contraproductief en verhoogt de inefficiëntie.
10. De FAVO herinnert eraan dat de opsluiting zonder zorg van geïnterneerden in gevangenissen heeft geleid tot veroordelingen van België door het EHRM en de Raad van Europa. De Raad vraagt daarom dat het voornemen van de Minister van Justitie om geïnterneerden toegang te verlenen tot de gezondheidszorg, indien mogelijk buiten de gevangenis, zo vlug als mogelijk wordt geconcretiseerd.
11. De FAVO wil nogmaals haar bezorgdheid uitdrukken voor het opvallend hoog gebruik van psychofarmaca in vergelijking met andere landen (kalmeermiddelen, slaapmiddelen, antidepressiva). Eerder werd al aangehaald dat er te laat hulp gezocht wordt. De FAVO herhaalt de noodzaak om inadequaat voorschrijfgedrag te voorkomen en voorschrijvers te responsabiliseren (zie ook advies 2015/2 betreffende het regeerakkoord en de algemene beleidsnota inzake gezondheidszorg en de algemene beleidsnota inzake sociale zaken Beleidsnota).
12. Tenslotte pleit de FAVO voor meer aandacht voor **GGZ bij ouderen** en verdere uitbouw van gespecialiseerde zorgprogramma's voor ouderen met psychische moeilijkheden. Dit niet enkel vanuit inhoudelijke argumenten, maar ook vanuit organisatorische redenen (ander maatschappelijk speelveld en andere ketenzorg), vooral dan in het kader van de noodzakelijke aanpassingen bij het terugkeren naar de woning en de impact van artikel 107.

Meer specifiek dient de aandacht uit te gaan naar:

- Hoge prevalentie van syndromen met bijkomende cognitieve stoornissen.
- Ziektebeelden typisch voor de oudere leeftijd / onderscheid normale verouderingsprocessen en pathologische verouderingsprocessen
- Andere presentatie
- Groot gebruik van medicatie (interacties)
- Comorbiditeit / multipele pathologie / integratie tussen somatische en niet-somatische zorg / complexere karakter van de problemen op hogere leeftijd
- Levensfase met fragiliteit op verschillende domeinen (fysiek, cognitief, sociaal, financieel, zinvolle invulling van de dag, vrije tijd, cultuur, mobiliteit) en beperkt levensperspectief
- Functionele veranderingen
- Ruimere levensgeschiedenis
- Grote interindividuele variabiliteit
- Personeelsomkadering: combinatie fysieke zorg en psychiatrische begeleiding
- Andere samenwerkingspartners (WZC, familie)

- Model niet zozeer gericht op herstel; wel gericht op behoud van functioneringsniveau en verbetering van levenskwaliteit, met meer aandacht voor spirituele aspecten, levensomgeving, sociale factoren
- Meer tijd nodig, door complexiteit (psychiatrisch, somatisch, cognitief) ander tempo

#### Referenties

- Geert Messiaen, Nota: "Geestelijke Gezondheidszorg"
- Alexianen, "Onderzoek naar factoren die zorggebruik voorspellen" (LASA, NEMESIS)
- Peter Degadt, "Duurzaam innoveren voor meer geestelijke gezondheid", Zorgnet- Icuuro (Zorgwijzer juli 2016)

**Goedgekeurd tijdens de algemene vergadering van 16 november 2016**

**De Voorzitter,  
Luc JANSEN**

**De Ondervoorzitter,  
Willy PEIRENS**