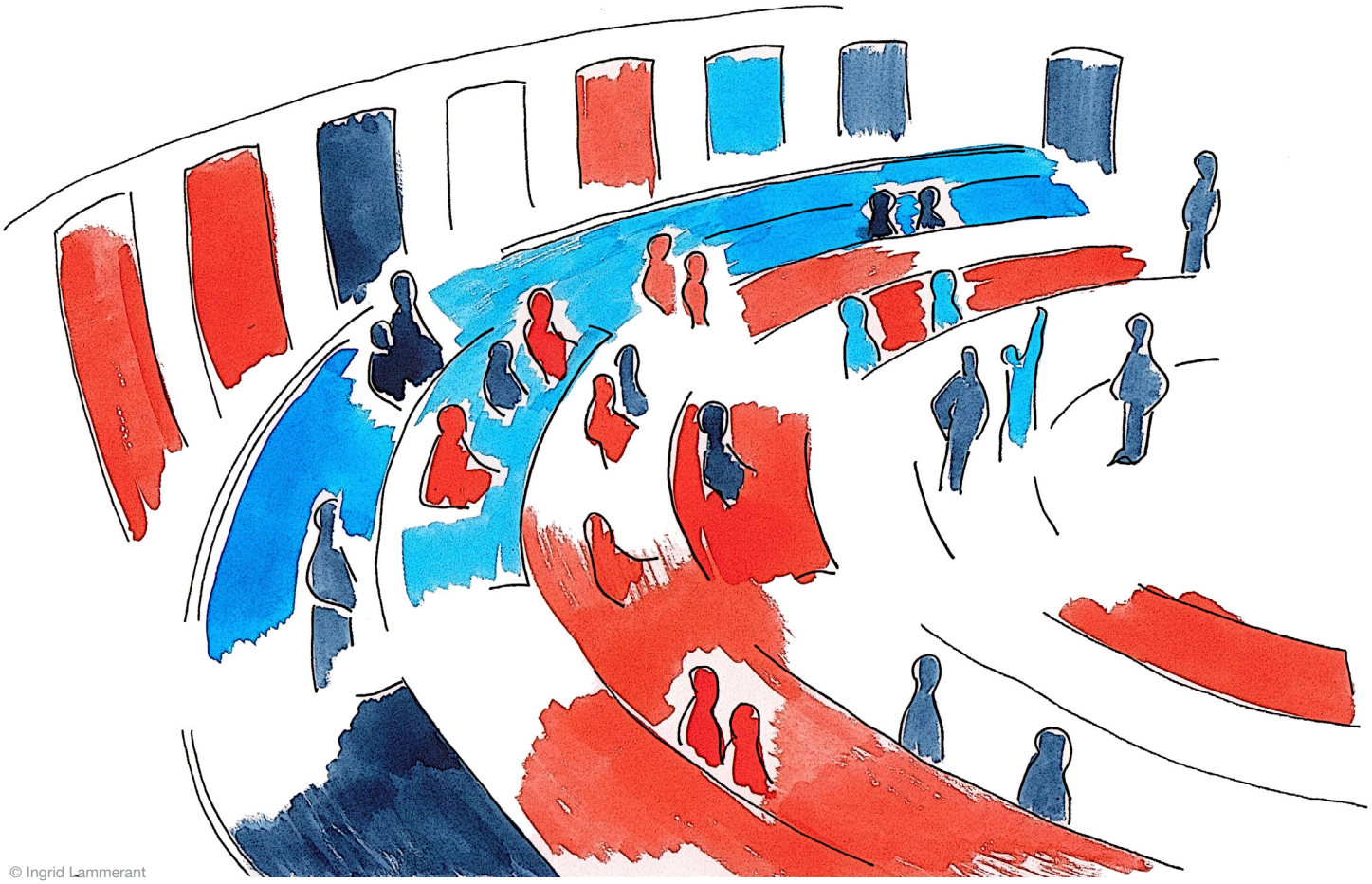
STATEN-GENERAAL

VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

14 MAART 2019

ANTWERPEN



© Ingrid Lammerant

NOODPROGRAMMA

Eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen

donderdag 14 maart 2019
9.00 – 13.00 uur

Radisson Blu Hotel
Koningin Astridplein 7
2018 Antwerpen

NOODPROGRAMMA

Met de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg op donderdag 14 maart 2019, komt voor het eerst de gehele sector van de geestelijke gezondheidszorg bijeen om een noodprogramma voor te leggen. De sector presenteert een eisenpakket om in de geestelijke gezondheidszorg drastische hervormingen door te voeren.

De Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg is een organisatie van het Forum Geestelijke Gezondheid (FGG), een samenwerking van het Steunpunt Geestelijke Gezondheid en de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. De Staten-Generaal verwelkomt vierhonderd leden van stakeholders, beroepsverenigingen, sleutelorganisaties, patiëntenkoepels en familieplatformen. In het totaal gaat het om zevenenveertig participerende organisaties. Het is de eerste keer dat de sector op die schaal samenwerkt. De nood aan verandering op korte termijn is groot.

EISEN

Het noodprogramma dat de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg voorstelt, wil komaf maken met de **perverse impact van de verouderde financieringsmechanismen** voor de geestelijke gezondheidszorg in ons land, die bovendien stoelen op een veel te laag budget.

Tevens wil het mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, in totaal 165.000 in ons land, de ondersteuning geven waarop ze als volwaardige burger in onze samenleving recht hebben en waarmee ze uit de **vicieuze cirkel van ziekte en armoede** geraken.

We moeten de transitiezorg voor jongeren en jongvolwassenen veel sterker uitbouwen. Want ernstige psychische klachten worden meestal net in de overgang van adolescentie naar jongvolwassenheid duidelijk. En op dat moment adequate zorg krijgen kan veel leed in het verdere leven voorkomen.

Tenslotte moeten we drastisch ingrijpen om de **extreme wachttijden** in de geestelijke gezondheidszorg weg te werken. Het kan niet langer dat mensen gemiddeld drie maanden moeten wachten op gepaste zorg of dat sommige kinderen meer dan een jaar geduld moeten oefenen om een diagnostisch onderzoek te krijgen.

prof. dr. Chris Bervoets, voorzitter Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)
dr. Kirsten Catthoor, PhD, wetenschappelijk secretaris Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)
Rik Van Nuffel, stafmedewerker Steunpunt Geestelijke Gezondheid
Kris Van den Broeck, PhD, directeur Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)

Inhoudstafel

Inhoud

1. Perverse impact financieringsmechanismen 4
   - 1.1 Vooraf 5
   - 1.2 Meer budget 6
   - 1.3 Bevoegdheden op één niveau 7
   - 1.4 Efficiënt financieringssysteem 7
   - 1.5 Netwerken vormen 9
   - 1.6 Budget voor innovatie en technologie 9

2. Arm maakt ziek en ziek maakt arm 10
   - 2.1 VN-verdrag 11
   - 2.2 Intensieve begeleiding 11
   - 2.3 Bijkomende bescherming 11
   - 2.4 165.000 mensen 11
   - 2.5 Voorstellen 12

3. Transitiezorg als brug voor opgroeiende jongeren 13
   - 3.1 Strikte leeftijdsgrenzen 14
   - 3.2 Eerste manifestatie bij jongeren 14
   - 3.3 Pijnpunten 14
   - 3.4 Voorstellen 15

4. Houdt vol, over 100 dagen wordt u geholpen 16
   - 4.1 Extreme wachttijden 17
   - 4.2 Waarom wachttijden groeien 17
   - 4.3 Wachttijden verergeren problemen 18
   - 4.4 Voorstellen 19

1. Perverse impact financieringsmechanismen

Een kwart van onze bevolking ervaart psychische problemen, maar slechts weinigen onder hen vinden goede en betaalbare zorg. De gezondheidsschade door psychisch lijden is groot, net als de kostprijs voor de maatschappij.

Om het tij te keren moeten we komaf maken met de onderfinanciering, het verouderd financieringssysteem, de versnipperde bevoegdheden en het verkruimelde landschap in de geestelijke gezondheidszorg.

EISEN FINANCIERING

1. Meer budget
2. Bevoegdheden op één niveau
3. Efficiënt financieringssysteem
4. Stimuli om netwerken te vormen
5. Budget voor innovatie en actuele technologie

1.1 Vooraf

- In Vlaanderen ervaart een kwart van de bevolking psychische problemen: dat betekent per jaar 700.000 Vlamingen. (Geestelijk Gezond Vlaanderen)
- We scoren nog steeds slecht in het voorkomen van suïcide. Het *Vlaamse actieplan suïcidepreventie* schatte het aantal **suïcidepogingen op 28/dag** in Vlaanderen in 2017. (Agentschap Zorg en Gezondheid)
- Bijna **drie op de tien** volwassenen drinken regelmatig grote hoeveelheden **alcohol**, ver boven het EU-gemiddelde. (Oeso Landenprofiel Gezondheid 2017)

GOEDE ZORG?

- In vergelijking met andere landen gebruiken opvallend veel (19,1%) mensen in ons land **psychofarmaca**. Bij kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen is er duidelijk sprake van een overconsumptie. (Itinera)
- Aan psychologische en psychiatrische problemen kleeft nog steeds een stigma, met **discriminatie en exclusie** tot gevolg.
- We doen het **slecht in preventie** en vroeginterventie.
- Slechts een op de drie mensen met psychische problemen zoekt professionele hulp (Itinera).
- België is kampioen in het opnemen van patiënten in psychiatrische instellingen en maakt weinig vorderingen in het verruimen van zijn ambulante zorgaanbod en de zorg dicht bij huis.
- De **wachttijden** voor psychiatrische zorg voor autisme, ADHD, psychotherapie en psychiatrische consultaties zijn bijzonder lang. Idem voor ambulante en mobiele ggz voor kinderen en jongeren.
- De ggz voor **kinderen en jongeren** kent een ernstige historische achterstand, terwijl je net daar extra moet investeren, want vroeg ingrijpen is cruciaal. K-bedden zijn bovendien slechts geprogrammeerd voor 0-14 jaar, terwijl er tot 18 jaar zorg op geleverd wordt. Kinderen en jongeren met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) verblijven meestal in voorzieningen voor jongerenwelzijn of VAPH en krijgen daar **weinig of geen gespecialiseerde** geestelijke gezondheidszorg. Voor hen ontbreekt ook een terugbetaling van interventies door psychologen en orthopedagogen werkend in multidisciplinair verband met de kinder- en jeugdpsychiater.

GEVOLGEN?

- Neuropsychiatrische aandoeningen zorgen voor **30% afname van gezonde levensjaren** –*total disability adjusted life years* of alle levensjaren minus jaren van ziekte en verloren jaren door voortijdig overlijden. Ter vergelijking, bij kanker ligt dit percentage op 15%.
- Het hoge aantal mensen met psychische problemen heeft een hoge economische kostprijs. De Oeso raamt de directe economische kosten voor ons land op **20,7 miljard euro**. Dat is **vijf procent van ons bruto binnenlands product**. Die hoge economische kostprijs zit hem in gezondheidsuitgaven, uitkeringen en het economisch verlies door een verminderde productiviteit en absenteïsme. (Oeso)

1.2 Meer budget

'*Governments should aim to increase their mental health allocation to at least 5% in low middle income countries (LMICs) and at least 10% in high-income countries (HICs) of the total health budget to achieve mental health parity by 2030*.' Deze aanbeveling vloeide voort uit de *Global Ministerial Mental Health Summit 2018*, georganiseerd door Oeso begin oktober 2018 in London, waaraan België deelnam en de conclusies ervan onderschreef.

Het beleid in gezondheidszorg focust vandaag op lichamelijke gezondheid en verliest geestelijke gezondheid te veel uit het oog. Het meest sprekende voorbeeld hiervan is het budget. De aanbeveling van de Oeso om minstens 10% van het gezondheidsbudget aan psychische zorg te besteden, behalen we geenszins. Ons land blijft steken op 6% (Itinera).

Bovendien ontbreekt het in de zorg voor psychische problemen aan integratie met sociale en lichamelijke domeinen: welzijn en algemene geneeskundige zorg.

VOORSTEL

Een **visie rond integratie van alle gezondheidsaspecten en zorgprogrammatie** is noodzakelijk om 'koker- denken' in de zorg op te heffen. Het beleid en de financiering dienen te volgen: stimulansen zijn nodig om netwerken te vormen, ruimer dan de algemene ziekenhuizen.

De stiefmoederlijke financiering van de ggz moet opgewaardeerd worden. Dat vergt een **evenwichtiger verdeling van de budgetten** volgens de vastgestelde noden. Een aanzienlijke verschuiving van de middelen naar de ggz is aangewezen. Het beleid moet de intellectuele gezondheidszorgprestaties opwaarderen ten nadele van technische prestaties.

Durf het budget te verhogen via ambitieuze targets, te realiseren via een groeipad opgenomen in het regeerakkoord

Een directe toename in ggz-budget zal het aanbod versterken in preventie, detectie en behandeling. Het zal ook de drempel tot de zorg verlagen. Hierbij is een goede zorgprogrammatie noodzakelijk met een gerichte budgetinzet, en een investering in het opvolgen van de kwaliteit en de outcome.

Extra budget maakt meer wetenschappelijk onderzoek naar therapeutische, klinische en technologische innovaties ter verbetering van de ggz mogelijk.

Bovendien zal een versterkte ggz de hoge economische kost van psychische problemen doen afnemen. Voor de eindbalans in de globale begroting kan dat een aanzienlijke besparing opleveren.

1.3 Bevoegdheden op één niveau

De versnipperde bevoegdheden tussen de federale minister van volksgezondheid en de gezondheidsministers van de gemeenschappen verhinderen een efficiënte organisatie van de ggz. Die architectuur van de staatsinrichting maakt een geïntegreerde aanpak én financiering zeer moeilijk.

VOORSTEL

Breng **alle bevoegdheden voor de geestelijke gezondheidszorg samen op één niveau**, die van de gemeenschap ofwel federaal. Dit vanzelfsprekend op hetzelfde niveau als de rest van de gezondheidszorg.

Dat maakt een veel betere afstemming en organisatie mogelijk en kost bovendien minder. De bevoegdheden samenbrengen geeft de mogelijkheid om gericht budgetten te verschuiven van residentieel naar ambulant en van zorg naar preventie.

1.4 Efficiënt financieringssysteem

Het huidige financieringssysteem voor de ggz dateert uit de jaren tachtig. De financiering gebeurt hoofdzakelijk via de ziekenhuizen en dat model linkt niet met de realiteit van vandaag noch met nieuwe ontwikkelingen.

MATTHEUSEFFECT

Het financieringssysteem zorgt voor hoge drempels voor ambulante ggz, want die blijft schaars en duur. Vooral voor sociaal kwetsbare mensen in onze samenleving is dit problematisch. Zij hebben het grootste risico op psychische problemen. Door de economische ongelijkheid zien we een Mattheuseffect in de geestelijke gezondheidszorg. Minder gegoede patiënten stellen zorg uit, hun problemen worden groter, de zorg maakt hen armer en ze haken sneller opnieuw af.

PIJNPUNTEN

- Gesubsidieerde diensten voor ggz kennen extreme **wachttijden.** Buiten dat circuit is ambulante zorg enkel mogelijk mits grote eigen bijdragen. Hierdoor mijden mensen zorg, ze stellen een behandeling uit of ze staken vroegtijdig. Maar als een vroege interventie niet gebeurt, worden de problemen erger…
- **Residentiële zorg blijkt toegankelijker dan ambulante zorg.** Residentiële zorg is voor veel patiënten de enige financieel haalbare. Ze kost minder en enkel via die weg verkrijgen de patiënten de nodige multidisciplinaire zorg, met een integratie van ggz, somatische zorg en sociaal welzijn.
- Eigen bijdragen zitten niet meer in de teller van de **maximumfactuur** wanneer een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis langer dan een jaar duurt. En jongdementen worden niet erkend als ‘gehandicapten’.
- Voor **kinderen en jongeren zou ggz gratis moeten zijn**, zodat ze niet afhankelijk zijn van de goodwill of de draagkracht van hun ouders. Dat geldt a fortiori voor problematieken met interrelationele conflicten, bijvoorbeeld ouder-kindrelatieproblemen of een vechtscheiding, waar jongeren moeilijk alleen de stap naar zorg (durven) zetten.
- Het **aanbod voor kinderen en jongeren is onvoldoende gericht op de thuissituatie**, er is een prangende nood aan meer mobiele, ambulante en semi-residentiële ggz.
- Voor sommige doelgroepen ontbreekt momenteel een **gepast aanbod**, waarvoor de nodige financiering moet voorzien worden. Bijvoorbeeld patiënten met een complexe problematiek of jongeren met een psychiatrische problematiek en ernstige gedragsstoornissen.

- **Hospitalisatieverzekeringen** sluiten sommige ggz-problematieken uit, met name de kosten voor zorg na een suïcidepoging of voor verslaving. Dat getuigt van een achterhaalde verankering van de morele veroordeling en de stigmatisering van patiënten met psychische problemen. Door de uitsluiting worden psychische moeilijkheden, die opgemerkt worden tijdens een geneeskundige behandeling, ondergerapporteerd en nog veel minder aangepakt.
- Artikel 107 van de ziekenhuiswet (2009), dat onder meer toelaat om **ziekenhuisbedden af te bouwen** ten voordele van mobiele zorg aan huis, is veelbelovend. Maar de uitrol sputtert en hangt van het eigen initiatief van de psychiatrische ziekenhuizen af, die onvoldoende aangemoedigd worden om dat te doen.
- Ook de ggz-netwerken voor kinderen en jongeren moeten met veel te kleine budgetten veel te grote opdrachten waarmaken. Voor ouderen (+65 jaar) is er geen mobiele zorg mogelijk.
- Bedden afbouwen heeft een **neveneffect op het zorgpersoneel**. In de overblijvende bedden neemt de zorgzwaarte toe. Ze krijgen meer ernstige en acute problematieken, waardoor de werkdruk voor de reeds onderbemande teams toeneemt –door de achterhaalde T-normering– met risico op burn-out en uitstroom van zorgverleners. In een doorsnee psychiatrisch ziekenhuis zit een bovengemiddeld aantal personeelsleden thuis door ziekteverzuim.
- Somatische en psychische zorg zijn sterk met elkaar gelinkt. Adequate psychologische of psychiatrische begeleiding leidt tot een verminderd gebruik van de lichamelijke gezondheidszorg (Layard & Clark, 2018, p. 162 e.v.). Investeren in geestelijke gezondheidszorg levert een groot rendement op.

VOORSTEL

Financier de ggz via **activiteiten in de plaats van structuurelementen** zoals forfaits voor gevulde ziekenhuisbedden. En financier meer prospectief en programma-georiënteerd **volgens doelgroep** naar leeftijd of pathologie, of afgestemd op de **populatie** binnen de zorgregio waarvoor de instellingen verantwoordelijk zijn.

Minister van volksgezondheid Maggie De Block maakte voor 2019 bijkomende middelen vrij om de huidige 45 **mobiele teams** uit te breiden naar 53. Een stap in de goede richting die vervolg verdient.

Creëer stimuli voor **flexibele daghospitalisatie**: mogelijkheden voor opname in dagdelen en/of minder dan volle weken, zonder de patiënt of de organisatie te penaliseren.

Creëer stimuli voor de **afstemming** tussen psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg en organisaties in de welzijnssector.

Maak in het financieringssysteem meer ruimte om de ggz in de **nuldelijnszorg, eerstelijnszorg, preventie en vroegdetectie** te versterken, zo vroeg mogelijk in het zorgtraject.

Maak ggz voor minderjarigen **gratis**, zo ook voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening.

Voorzie een wettelijke regeling die voorkomt dat **verzekeringsproducten die ggz uitsluiten** op de markt komen.

1.5 Netwerken vormen

Voor de algemene ziekenhuizen is **netwerkvorming** het nieuwe normaal: zij worden geacht te bepalen welk ziekenhuis welke zorg inricht in een bepaalde regio, met een rationalisering van zorgtraject en kosten tot gevolg. **De ggz is hiervan 'vrijgesteld'**, terwijl het ggz-landschap historisch hopeloos versnipperd is. In het belang van de patiënt is het aangewezen om die versnippering te beperken via netwerkvorming.

VOORSTEL

Voorzie net als bij algemene ziekenhuizen een **stimulans voor netwerkvorming**. Zodat de patiënt in de toekomst geen zorgen heeft over de keuze van de juiste instelling voor zijn aandoening.

Een **uniek loket in zijn regio en een uitgetekend zorgtraject** door instellingen heen kan de patiënt helpen om snel op de juiste plaats te komen en gepaste zorg te krijgen.

1.6 Budget voor innovatie en technologie

In tijden van innovatie en artificiële intelligentie zijn de toepassingsmogelijkheden in de ggz enorm voor de optimisten, veelbelovend voor de pessimisten. Maar innovatie wordt helaas momenteel niet structureel ondersteund, er bestaat geen enkele vorm van impulsbudget voor vernieuwing.

Innovatie kan de psychiatrische zorg nochtans een nieuw elan geven. Vandaag steunt de ggz op twee pijlers, medicatie en therapie, die de laatste decennia weinig evolueerden. Innovatieve doorbraken kunnen zowel het medicamenteuze als het therapeutische luik verbeteren.

VOORSTEL

Voorzie een budget voor **ondersteuning van innovatie in de ggz, competitief te verdelen** over instellingen of professionals die een project indienen, te beoordelen door het Agentschap Innoveren & Ondernemen. De bevindingen worden, in afwijking van de geldende praktijk IP-vrij aan alle instellingen ter beschikking gesteld.

Initieer onderzoek naar de correlatie tussen diagnose en niveau van zorggebruik. Veel middelen gaan nu naar controle op en inperken van werkverlet en te weinig naar therapie. Van thuis zitten, van rust alleen worden patiënten niet beter, maar ook enkel medicatie lost hun ggz-problemen niet op. Mogelijk kan in meer gevallen **psychotherapie een voorwaarde zijn om medicatie terugbetaald te krijgen** (cfr. Champix bij rookstop).

2. Arm maakt ziek en ziek maakt arm

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening moeten we veel meer ondersteunen. Want ook zij hebben recht op volledige inclusie in onze samenleving.

Ze leven veelal in armoede en ontberen daardoor goede zorg, of andersom. Hun nood zet zich bovendien door van generatie op generatie.

We moeten hen intensieve zorg en sociale begeleiding bieden, en voldoende tegemoetkoming om die te kunnen betalen.

2.1 VN-verdrag

Op 13 december 2006 keurde de algemene vergadering van de Verenigde Naties unaniem het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (IVRPH) goed. In essentie betekent dit verdrag dat mensen met een beperking dezelfde rechten hebben als iedere ander. Inclusie, persoonlijke participatie en volledige autonomie staan als onwrikbare principes centraal.

Maar mensen met een ernstige psychiatrische aandoening kunnen nauwelijks profiteren van dit verdrag. Financieel zijn ze daarvoor té kwetsbaar. Niet alleen maakt armoede psychisch ziek. Psychisch ziek zijn maakt ook arm. Symptomen als beperkt initiatief nemen, apathie, geheugen- en concentratiestoornissen en een laag zelfbeeld compromitteren het functioneren op de werkvloer en maken een vervangingsinkomen noodzakelijk. Psychische klachten en armoede zetten zich bovendien door in volgende generaties. Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening zijn ook vaker slachtoffer van uitbuiting en andere vormen van sociale stress. Dat alles bemoeilijkt uiteraard de maatschappelijke integratie en participatie zoals bedoeld in het verdrag.

Sommige patiënten moeten rondkomen met een uitkering van 911 euro. Dat is een inkomen onder de Europese armoedegrens! Sommigen moeten een derde van dat bedrag uitgeven aan noodzakelijke zorg. Heel wat ggz-kosten worden immers niet gedekt door het Omnio-statuut noch door de maximumfactuur. Dat belemmert hun toegang tot zorg, terwijl net zij die zorg het hardste nodig hebben.

Onze sociale zekerheid faalt hier in haar basisopdracht om voor iedereen gezondheidszorg te garanderen.

2.2 Intensieve begeleiding

Daarbij komt dat de meeste patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening onderbehandeld worden, ondanks hun behoefte aan blijvende intensieve begeleiding door een multidisciplinair team. Een louter psychiatrische aanpak is onvoldoende om tot stabilisatie te komen. Deze groep heeft ook meer nood aan medische en sociale omkadering. Al die vormen van medisch-psychiatrische behandeling zijn duur en er is geen wettelijke financiële bescherming voorzien. Vaak is er alleen geld voor medicatie. En dan nog. Deze groep van patiënten bespaart op gezondheidszorg. Dat zet niet alleen hun levensverwachting onder druk – patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening leven gemiddeld 15 tot 20 jaar minder lang dan mensen zonder psychiatrische problematiek – maar vermindert ook substantieel de levenskwaliteit.

2.3 Bijkomende bescherming

Om de financiële uitdagingen van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening het hoofd te bieden, wordt regelmatig beroep gedaan op een bewindvoerder. Dat is nodig omwille van de complexiteit van het huidige financiële systeem, en de inzichten die nodig zijn om het te kunnen vatten. Voor veel patiënten voelt bewindvoering aan als een aanslag op hun zelfstandigheid, waar ze bovendien voor moeten betalen. Steeds vaker ook moeten die bewindvoerders sociale ondersteuning bieden en beslissingen nemen, niet bepaald autonomie-ondersteunend.

Alternatieve, bijkomende beschermingsmaatregelen verdienen aanmoediging. Zoals het concept **ethisch verantwoord invorderen** door deurwaarders waarbij ze constructief mee een afbetalingsplan uitwerken dat een snelle schuldopstapeling voorkomt. Of het idee om een **referentie-adres** bij de zorgverstrekker mogelijk te maken die de patiënt vrijwaart van uitvoeringskosten van de gerechtsdeurwaarder en bijkomende interesten vermijdt. Dit faciliteert budgetbegeleiding, het leren omgaan met geld en het zoeken naar een betaalbare woonst.

2.4 165.000 mensen

Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening behoren tot de meest kwetsbare groep armen in de samenleving. Ze zijn weinig zichtbaar en krijgen daardoor te weinig aandacht in de zorg en bij uitbreiding de rest van de sociale sector. Ze zijn nochtans met veel. Het aantal wordt geschat op anderhalf procent van de bevolking, of zo'n 165.000 mensen in België. Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening zijn met meer in een stad, en in oudere leeftijdsgroepen, maar ook jongeren en jongvolwassenen behoren tot die groep. Het is de verantwoordelijkheid van ons allen om te zorgen dat deze mensen de sociale bescherming en rechten die hen toebehoren, maximaal kunnen uitputten. Het is voor deze mensen, die omwille van hun problematiek onvoldoende zelfstandigheid en vaardigheden aan de dag kunnen leggen om optimaal te participeren in de samenleving, dat maatschappelijke structuren moeten toezien op bescherming op het recht op wonen, gelijke kansen, toegankelijkheid van zorg, veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden.

2.5 Voorstellen

1. Geef patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen hetzelfde recht op vormen van financiering en tegemoetkoming als patiënten met een ernstige chronische somatische problematiek zoals diabetes of kanker. Zij krijgen bijvoorbeeld gratis noodzakelijke medicatie zoals insuline en gratis vervoer naar de dagkliniek zoals bij dialyse.
2. Vermijd dat mensen die rond of onder de armoedegrens leven geen zorg kunnen betalen.
3. Breng uitkeringen op een in onze welvarende samenleving aanvaardbaar niveau, ruim boven de armoedegrens.
4. Laat wettelijk geen **hospitalisatieverzekeringen** meer toe die geestelijke gezondheidszorg uitsluiten uit de polis.
5. Laat patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening prioritair inschrijven in **wijkgezondheidscentra**.
6. Schakel Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in een **veralgemeend derdebetalersregeling** in met een symbolische maximumfactuur.
7. Geef patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening **voorrang bij sociale huisvestingsmaatschappijen** om betaalbaar te kunnen wonen en zo maatschappelijke re-integratie te bevorderen
8. Organiseer geestelijke gezondheidszorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in intensieve samenwerking met **sociale diensten** van de mutualiteit, OCMW en CAW. Vorm daarbij complementaire maar ook deels overlappende netwerken, zodat snel schakelen in geval van crisis mogelijk is.
9. **Bewindvoering moet gratis zijn** voor de cliënt. Vergoed de bewindvoerder via een systeem van pro-Deofinanciering door de overheid. De bewindvoerder werkt vooral samen met sociale diensten vanuit het principe van autonomie-ondersteuning.
10. Moedig het gebruik van een **referentie-adres** aan voor patiënten met financiële problemen, met financiële begeleiding en vorming als onderdeel van hun zorgprogramma.
11. Moedig **ethisch verantwoord invorderen** aan bij deurwaarders die openstaande rekeningen moeten vereffenen bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

3. Transitiezorg als brug voor opgroeiende jongeren

Ernstige psychische klachten zijn meestal al duidelijk in de overgang van adolescentie naar jong volwassenheid. Op dat moment adequate zorg krijgen kan veel leed in het verdere leven voorkomen. Alleen is die zorg schaars en weinig toegankelijk.

Bovendien is ze georganiseerd in twee zorgwerelden die overbevraagd zijn en daardoor weinig met mekaar praten, laat staan op mekaar afgestemd zijn: de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en die voor volwassenen.

De goede intenties van de bevoegde overheden om een gemeenschappelijke aanpak voor patiënten in de transitieleeftijd van jongere tot volwassene te voorzien, moeten stevig kracht bijgezet worden.

3.1 Strikte leeftijdsgrenzen

In de organisatie van de gezondheidszorg hanteren overheden en voorzieningen vaak strikte leeftijdsgrenzen voor hun doelgroepen. Dat geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. En er zijn ook overtuigende inhoudelijke argumenten voor:

> Specifiek voor adolescenten geldt dat hun verlangens erg 'volwassen' zijn, maar hun zelfcontrolesystemen geenszins, wat een beschermende omgeving noodzakelijk maakt. Een zorgsetting die vertrekt vanuit een ontwikkelingsdynamische visie voorkomt voortijdige statische diagnoses. Ze maakt werk van de volwaardige inschakeling van ouders en broers en zussen in het therapeutisch proces en stelt de peer group beschikbaar, nodig om de identiteitsontwikkeling te realiseren. Daarnaast zijn ook leeftijdsadequate activiteiten, zoals onderwijs, noodzakelijk.

Maar een strikte leeftijdsgrens kan een vlotte, continue zorg in de weg staan. Sterker, soms resulteert ze in onthouding van zorg.

3.2 Eerste manifestatie bij jongeren

In ongeveer drie kwart van de gevallen situeert de eerste manifestatie van psychische klachten zich in de leeftijd tussen 14 en 25 jaar. Bij jongeren die als kind al psychische problemen kenden ontwikkelen zich in die periode bovendien vaak comorbiditeiten en neemt risicogedrag zoals automutilatie en middelengebruik toe.

Uitgerekend in die fase is ons zorgsysteem op zijn zwakst waar dat het sterkst zou moeten staan, temeer daar er in die overgangsperiode nog veel kansen zijn om de ontwikkeling van psychopathologie gunstig te beïnvloeden of zelfs te voorkomen.

Het begin van een zorgtussenkomst voor jongeren dient toegankelijk, helder, deskundig en zo snel mogelijk te gebeuren. Ze moet inzetten op de krachten van jongeren en hun veerkracht vergroten.

3.3 Pijnpunten

Wat loopt er fout in de huidige zorgvoorziening, waardoor jongeren geen zorg krijgen of uit het zicht van de zorgverlening verdwijnen?

- jongeren zoeken vaak zelf geen hulp of ze wachten te lang om dat te doen omdat ze vinden dat ze het alleen moeten kunnen of uit schroom, angst of loyaliteit naar hun ouders en context. De toegang tot zorg moet zich dus dicht bij de nulde en eerste lijn situeren.
- jongeren die wel hulp zoeken, stuiten op een weinig toegankelijke zorg
  - lange **wachttijden** zijn geen geheim, zowel in het ambulante als (semi-)residentiële aanbod van de kinder- en jeugd-ggz. Er is een schromelijk capaciteitstekort voor minderjarigen!
  - de **eigen financiële inbreng voor psychotherapie** is hoog
  - veel jongeren met een **complexe problematiek** bevinden zich in instellingen van jongerenwelzijn of VAPH, vaak **zonder gespecialiseerde ggz**
- jongeren die zorg krijgen, stuiten op hun 18e op een nieuwe drempel
  - hun vertrouwde omkadering stopt
  - de jongeren moeten zelf een zoektocht starten naar gepaste zorgomkadering in een zorglandschap dat anders is gestructureerd en evenmin vlot toegankelijk is.
    Dit is een ernstige opgave voor jongvolwassenen met een psychische kwetsbaarheid en nog belangrijke ontwikkelingsnoden. Volwassenheid is in dit stadium immers een relatief

begrip, zeker voor wie niet steeds de nodige ouderlijke coaching kreeg, en de weerbaarheid en vaardigheden die nodig zijn om zich staande te houden in de samenleving, zijn vaak nog onvoldoende ontwikkeld.

— aanklampende therapeutische zorg realiseren in een leeftijdsadequate omgeving met peers is geen evidentie in deze complexe context

Hoewel de overheid de transitiezorg op vele manieren promoot, stellen we in de praktijk vast dat er nog een grote kloof overbrugd moet worden.

3.4 Voorstellen

Tweede- en derdelijnszorg

1. **Integreer de zorg over de leeftijdsgrens van jongere naar volwassene heen**.
2. Ontwikkel een specifiek aanbod voor de transitieleeftijd dat de kaap van 18 jaar overbrugt, met hulpverleners uit jeugd- en volwassenenzorg.
3. Stel casemanagers aan die flexibel de individuele zorgnoden van patiënten helpen invullen, gebruikmakend van het zorgaanbod van bestaande circuits.
4. Creëer in een geleidelijk overnametraject werkbare ruimte voor professionals uit de jeugd-ggz om jongeren langer te kunnen opvolgen samen met de professionele steunfiguren uit de volwassenenpsychiatrie
5. **Investeer in opleiding voor zorgverleners** om te werken met jongeren in de transitieleeftijd, met focus op intensief samenwerken met naasten en zorgverleners in de thuisomgeving.
6. **Versterk de capaciteit van tweede- en derdelijnszorg** voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen, zodat ze laagdrempeliger, sneller, intensiever en meer evidence-based kunnen werken.

Preventie en eerstelijnszorg

1. Investeer in **community mental health** met middelen voor
    a. brede sensibiliseringscampagnes die hulp vragen normaliseren en ondersteunen
    b. vorming van sleutelfiguren zoals leerkrachten, sporttrainers of leiders in jeugdbewegingen
    c. programma's voor vroege detectie van psychische problemen, die laagdrempeling, gratis en onmiddellijk toegankelijk zijn. Op vraag van de jongere kan anonimiteit nodig zijn.
2. Verhoog de capaciteit en de financiële slagkracht voor preventie en voor een toegankelijk eerstelijnsaanbod dat gericht en vlot kan verwijzen. In het buitenland zijn goede voorbeelden van **zeer laagdrempelige zorg**, zoals een zorghuis in de stad of toegankelijke hulpverlening in winkelcentra.
3. **Vereenvoudig het zorglandschap**, zodat het voor jongeren en andere zorgverleners begrijpelijk blijft.

Schakelen

Faciliteer voor jonge patiënten een vlot schakelen tussen hun zorg en hun pedagogische context of welzijnsvoorzieningen.

4. Houdt vol, over 100 dagen wordt u geholpen

Het kan niet langer dat mensen gemiddeld drie maanden moeten wachten op gepaste zorg. Of dat sommige kinderen meer dan een jaar geduld moeten oefenen om een diagnostisch onderzoek te krijgen.

Om de **extreme wachttijden** in de geestelijke gezondheidszorg weg te werken, moeten we drastisch ingrijpen.

We dienen de capaciteit aan gespecialiseerde zorg binnen en buiten het ziekenhuis fors te vergroten. Met name in de zorg bij verslaving, jongeren in crisis of patiënten met een complexe psychiatrische problematiek.

Ook moeten we veel meer over geestelijke gezondheid voorlichten en hulp bieden aan mensen – kinderen tot ouderen – voordat hun klachten escaleren.

4.1 Extreme wachttijden

Als je je met psychische klachten aanmeldt bij een centrum voor geestelijke gezondheidszorg moet je gemiddeld vijftig dagen wachten op een intakegesprek en nog eens vijftig dagen vooraleer je behandeling kan starten. Dat blijkt uit het rapport van de Vlaamse overheid *Zorg en Gezondheid Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg* - 2017 (Online publicatie).

Heldere cijfers over wachttijden in privépraktijken en ziekenhuizen ontbreken. Maar huisartsen en andere eerstelijnsprofessionals weten uit ervaring dat ook een verwijzing naar die instanties vaak niet op een-twee-drie gerealiseerd is.

Er zijn forse uitschieters: de wachttijd voor een diagnostisch onderzoek naar ontwikkelingsstoornissen bij kinderen kan vandaag oplopen tot meer dan vijftien maanden! We kunnen ons moeilijk gelijkaardige wachttijden voorstellen in de algemene geneeskunde, bij pakweg een vermoeden van mucoviscidose.

De Wereldgezondheidsorganisatie waarschuwt al jaren dat de financiële bronnen, ingezet om psychische problemen te behandelen, onvoldoende en ongelijk verdeeld en inefficiënt besteed worden. Dat nijpend probleem draagt bij tot een onaanvaardbaar aantal patiënten met psychische problemen dat geen behandeling krijgt.

4.2 Waarom wachttijden groeien

- Er is een substantiële **stijging van het aantal mensen met psychische problemen**. Dat geldt in het bijzonder voor kwetsbare groepen (Zorg en Gezondheid Cijfers CGG -2017), zoals ouderen en mensen met een Omnio-statuut. Vier op de tien patiënten is niet beroepsactief. Het aantal patiënten dat nog in staat is een reguliere bijdrage voor zorg te betalen, wordt steeds kleiner. Zij zijn aangewezen op gesubsidieerde zorg.
- De **nulde- en eerstelijnszorg is onvoldoende toegerust** om de toename in zorgvragen op te vangen. Ambulante psychologische hulp bij zelfstandig werkende professionals wordt niet of slechts heel beperkt terugbetaald door de ziekteverzekering en is voor veel mensen financieel niet haalbaar. Soms is er ook gewoon capaciteitstekort.
- In de tweede- en derdelijnszorg zijn er **plaatsen te kort voor gespecialiseerde zorg** voor specifieke problemen. Denk aan de kinder- en jeugdpsychiatrie, dubbeldiagnose en verslavingszorg.
- Door het omschakelen naar herstelgerichte, vermaatschappelijkte geestelijke gezondheidszorg, verblijven **meer mensen met een ernstige problematiek thuis** in de plaats van in een ziekenhuisbed. De vraag naar betaalbare ambulante zorg is daardoor fors toegenomen.
- De **doorstroom naar gespecialiseerde nabehandeling stokt**, omdat veel opgenomen patiënten kampen met een combinatie van ernstige psychiatrische problemen. Patiënten bijvoorbeeld die lijden onder een samengaan van zwakbegaafdheid, een persoonlijkheidsstoornis, depressie en verslaving zijn geen uitzondering. Voor dat type patiënten is een nabehandeling in dagtherapie, intensieve outreach en ambulante opvolging onvoldoende uitgebouwd.

4.3 Wachttijden verergeren problemen

- Voor wie wacht op zorg bestaat het risico dat de **klachten verergeren**, waardoor meer complexe, langer durende zorg nodig is. De gemiddelde behandelduur binnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg stijgt (Zorg en Gezondheid Cijfers CGG -2017). Daardoor wordt de wachttijd uiteraard langer. Want eerst moet iemand afronden, voordat de volgende patiënt in de rij kan starten.
- Wie opziet tegen een wachttijd of te lang op zorg moet wachten, riskeert zijn **motivatie voor een behandeltraject te verliezen**.
- Binnen de geestelijke gezondheidszorg bestaat voor de meeste aandoeningen een **substantiële behandelkloof**: teveel patiënten krijgen geen gepaste zorg. Een voorbeeld: in de Gezondheidsenquête van 2013 (*Gisle, in Van der Heyden & Charafeddine, 2013*) komt slechts 81% van de respondenten met depressieve klachten in contact met een gezondheidsmedewerker.
- Wachttijden **verhogen de kans dat de mensen niet de juiste zorg krijgen**.
    - **Psychofarmaca** zijn eenvoudig toegankelijk en beschikbaar (en relatief goedkoop), maar niet altijd de beste optie. Zo is intussen algemeen aanvaard dat antidepressiva geen voorkeursbehandeling zijn bij milde en matige depressieve beelden. Toch worden ze in België vlot voorgeschreven. Professionals voelen de noodzaak om een antwoord te bieden op de klachten van de patiënt, en schrijven medicatie voor bij gebrek aan alternatief. Maar medicatie heeft ook bijwerkingen die schadelijk kunnen zijn. Zo worden er bijkomende problemen gecreëerd.
    - **Huisartsen** nemen vaak noodgedwongen de zorg op voor patiënten met psychische klachten. Hun inspanningen zijn goed bedoeld en worden zeer gewaardeerd, maar het ontbreekt hen doorgaans aan tijd en relevante achtergrond en skills.
    - Wanhopige huisartsen sturen hun patiënten naar de **spoedgevallendienst**, in de hoop dat ze daar sneller geholpen worden. In sommige regio's loopt dit op tot vier procent van alle aanmeldingen op spoed. Maar vaak komen de patiënten vervolgens onnodig in een 'psychiatrisch bed' terecht wat voor patiënten voor wie die intensieve zorg wel geïndiceerd is, wachtlijsten creëert. We hebben nog steeds te veel bedden, en ze liggen nog allemaal vol.
    - Voor **jongeren in een acute, urgente crisis**, is er zelden plaats in een gespecialiseerde crisisdienst. Dan wordt er uitgeweken naar een volwassenendienst, wat tegenaangewezen is. Soms wordt een uitweg gezocht via het statuut van gedwongen opname om de wachttijd te omzeilen.
- Wachttijden vormen een **hoge kost voor de maatschappij**. Meer complexe behandelingen, onbehandelde of verkeerd benaderde klachten eisen een hoge financiële tol. De jaarlijkse directe kosten bijvoorbeeld van verslavingsproblematieken – waar ook maandenlange wachttijden voor bestaan – bedragen 2,8 miljard euro.
- Vrijwilligers, straathoekwerkers, leerkrachten, CLB-medewerkers, mantelzorgers of familieleden in de nuldelijn nemen vaak belangrijke zorgtaken op voor mensen met een psychische zorgnood. In het bijzonder als de mensen een wachttijd moeten overbruggen. De belasting voor mantelzorgers is onvoorspelbaar en niet te onderschatten en andere hulpkanalen in de **nuldelijn zijn overbevraagd**.

4.4 Voorstellen

1. Investeer in **preventie en ondersteuning van nuldelijnszorg**. Jongeren worden bijna even vaak vanuit een onderwijssetting als vanuit de gezondheidszorg doorverwezen. Doorgedreven preventie met bijvoorbeeld gezondheidsvaardigheden in het lessenpakket, kan veel ongerustheid wegnemen en geschikte doorverwijzing naar geestelijke gezondheidszorg optimaliseren. In de nuldelijnszorg zetten gespecialiseerde coaches hun expertise in om professionals in andere sectoren dan de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen bij preventie en geschikte doorverwijzing.
2. Maak werk van een snelle en massale uitbouw van **laagdrempelige en betaalbare nulde- en eerstelijnszorg**.
3. Breid de **capaciteit voor specifieke hulpverlening** uit zoals verslavingszorg en crisiszorg voor jongeren.
4. Maak afgestemde, **geschakelde zorg dwingend**, zodat de patiënt op het juiste moment bij de juiste zorgverlener terechtkomt. Start ambulant. Als een opname toch noodzakelijk is schakel je zodra dat kan over naar dagtherapie of ambulante zorg.
5. Investeer in hulp die de wachttijd op adequate zorg **overbrugt**, met een regelmatig en stabiel contact met de zorgvrager om escalatie van klachten te voorkomen.
6. Investeer in onderzoek naar en implementatie van **effectieve e-hulpverlening**.
7. Investeer in de **opleiding van ervaringsdeskundigen**, die patiënten kunnen bijstaan en coachen in het verloop van hun behandelingstraject. De ervaring leert dat dit een grote katalysator is voor herstel en stabilisatie.
8. Zet in op goed functionerende **netwerken tussen ggz en welzijn**
9. Durf de wachttijden weg te werken via ambitieuze targets, te realiseren via een groeipad opgenomen in het regeerakkoord.

SGGG

ORGANISERENDE KERN

Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP)
Steunpunt Geestelijke Gezondheid

DEELNEMENDE ORGANISATIES

Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systeemcounseling
Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry
Belgische school voor psychoanalyse (EBP-BSP)
Beroepsvereniging voor Muziektherapeuten
Beroepsvereniging voor Psychologisch Consulenten
Beroepsunie van psychologen (Bupsy)
Broeders van Liefde
Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI)
Dienst Externe Ombudspersoon Geestelijke Gezondheidszorg
Domus Medica
Emmaus
Ergotherapie Vlaanderen
Familie platform
Federale administratie Psychosociale Gezondheidszorg
Lucas (Centrum voor zorgonderzoek en consultancy)
Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen.
OPGanG, Vlaams patiëntenforum
Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg in provincie Antwerpen
Pesso-Psychotherapie en lichaamsgerichte Experiëntele Psychotherapie (VVP-LEP)
Psychosenet
PZ Duffel
Similes
Transitiepsychiatrie Multiversum –Boechout
Te Gek!?
Tejo
Trefpunt Zelfhulp
Uilenspiegel
Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven
Universiteit Gent
Universiteit Antwerpen - CAPRI
Union professionelle des psychologues (Uppsy)
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)
Vlaamse Beroepsvereniging voor Experiëntiële Gestalt Psychotherapie
Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP)
Vlaamse Vereniging voor Cliëntgericht-Experiëntiële Psychotherapie en Counceling
Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie
Vlaamse Vereniging voor Hypnose (VHYP)
Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie
Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen
Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie
Vrij Universiteit Brussel
Vlaamse Vereniging voor orthopedagogen
Ziekenhuisnetwerk Antwerpen
Zorgnet-Icuro

STATEN-GENERAAL
VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

14 MAART 2019

ANTWERPEN

donderdag 14 maart 2019
9.00 – 13.00 uur

Radisson Blu Hotel
Koningin Astridplein 7
2018 Antwerpen