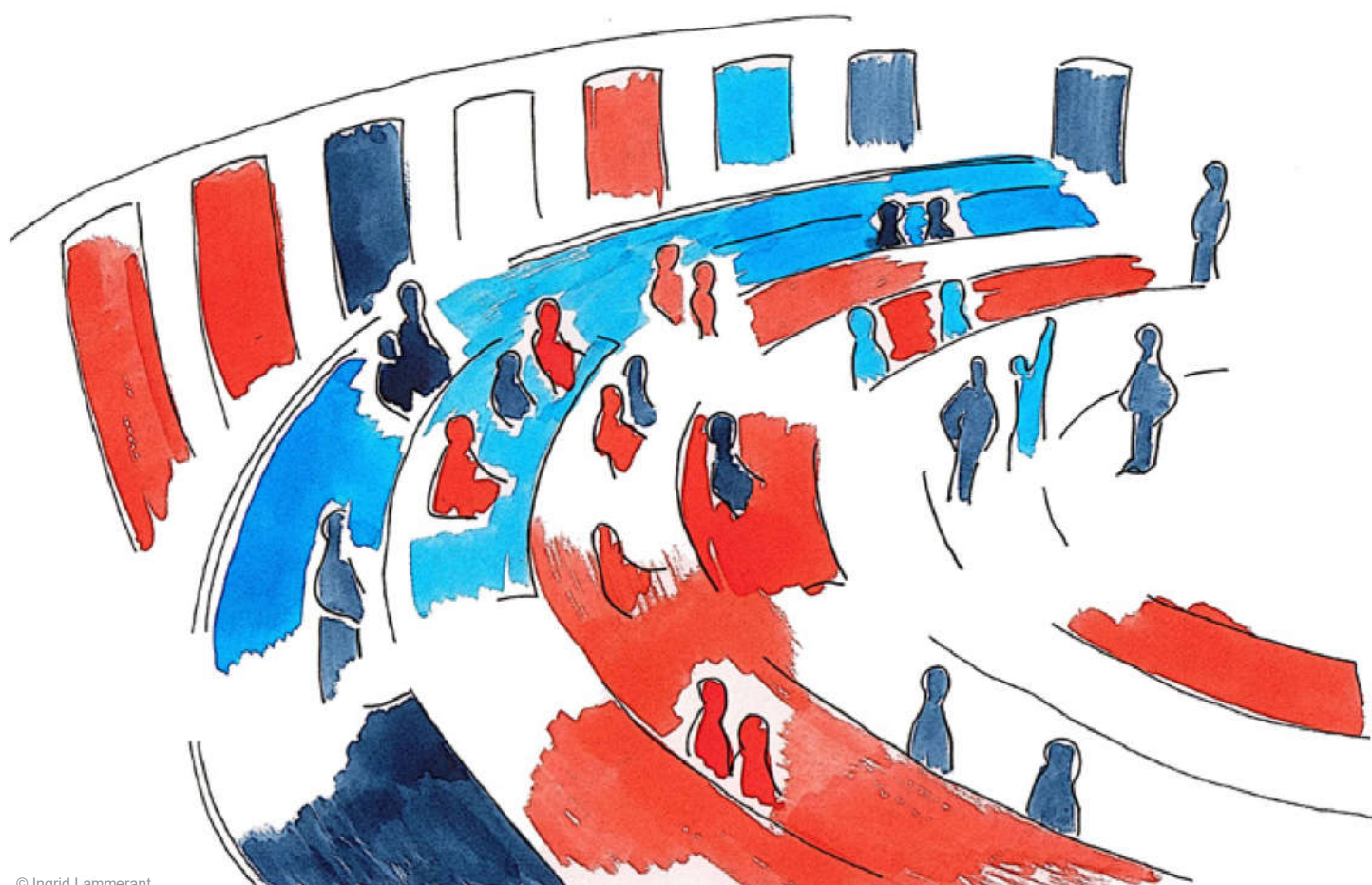


STATEN-GENERAAL

VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID

ONLINE



© Ingrid Lammerant

## HOEVER STAAT HET MET HET NOODPROGRAMMA GEESTELIJKE GEZONDHEID?

2de Staten-Generaal geestelijke gezondheid 2021

zaterdag 20 maart 2021  
start om 9.30 uur einde  
om 12.15 uur



Werkgroepen bogen zich na het [noodprogramma 2019](#) over 4 stellingen die ze hebben onderzocht:

1. De bestaande financieringsmechanismen hebben een perverse impact.
2. Arm maakt ziek en ziek maakt arm.
3. Transitiezorg als onmisbare schakel in de zorg voor jonge volwassenen krijgt onvoldoende aandacht.
4. De wachtlijsten zijn onverantwoord lang: houdt vol, over 100 dagen wordt u geholpen.

Na 2 jaar werk zijn dit hun vaststellingen én de oplossingen die ze nu aanreiken:

# Inhoud

1.	Perverse impact financieringsmechanismen.....	4
	Wat is er nodig? .....	6
2.	Arm maakt ziek en ziek maakt arm.....	7
	Wat is er nodig? .....	9
3.	Transitiezorg als onmisbare schakel in de zorg voor jonge volwassenen .....	10
	Wat is er nodig? .....	11
4.	Houdt vol, over 100 dagen wordt u geholpen.....	12
	Wat is er nodig? .....	13

# 1. Perverse impact financieringsmechanismen

In ons land wordt manifest te weinig geïnvesteerd in geestelijke gezondheidszorg.

In Vlaanderen krijgen 700.000 mensen op jaarbasis te maken met psychische problemen. In België gaat slechts 6% van het gezondheidsbudget naar geestelijke gezondheidszorg, beduidend minder dan in zijn buurlanden. In juli 2020 werd in het federale parlement een resolutie aangenomen om dat budget op te trekken naar 12%.

Puinhoop	Hoop
De huidige financiering is onvoldoende afgestemd op vooropgestelde gezondheidsdoelstellingen	Combineer de verschillende financieringswijzen <ul style="list-style-type: none"> <li>• prestatiefinanciering</li> <li>• bundle payment</li> <li>• all-infinanciering</li> <li>• caseloadfinanciering · populatiefinanciering</li> </ul> en zet ze in om gezondheidsdoelstellingen te bereiken
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De huidige financiering is complex en weinig consistent</li> <li>• De huidige financiering spoort interprofessionele samenwerking onvoldoende aan, waardoor patiënten te vaak onvoldoende interdisciplinair omkaderd zijn</li> <li>• Er is te weinig samenwerking tussen actoren op zorginhoudelijk en organisatorisch vlak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmoniseer de verschillende financieringssystemen zodat dezelfde zorg steeds op dezelfde manier gefinancierd wordt</li> <li>• Zet financiering in om professionals               <ul style="list-style-type: none"> <li>– te stimuleren om verantwoordelijk samen te werken</li> <li>– te motiveren om gezamenlijk maar met de nodige autonomie een strategisch plan te ontwikkelen om vooropgestelde gezondheidsdoelstellingen te realiseren</li> </ul> </li> <li>• Laat de zorginhoud primeren op de organisatiestructuren. Voorzie middelen voor netwerking en coördinatie</li> </ul>
De versnippering van financiering en verantwoordelijkheden verhinderen een op evidentie gebaseerde zorgorganisatie, waardoor niet iedereen tijdig de juiste zorg krijgt	Een public health model ligt aan de basis van de zorg en dus ook van de financiering. Dit omvat alle aspecten, van gezondheids promotie over preventie en vroegdetectie tot intensieve behandeling (ambulant of zo nodig residentieel) en maatschappelijke participatie, met een gericht doelgroepenbeleid waar nodig
De huidige financiering helpt niet om onze zorg meer toegankelijk, vindbaar of overzichtelijk te maken	De financiering van zorg moet ertoe bijdragen dat de zorg beschikbaar, bereikbaar, bruikbaar, betaalbaar en begrijpbaar is voor zij die het nodig hebben <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondersteun patiënten en mantelzorgers, zodat zorg op maat financieel haalbaar wordt               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Zorg voor redelijke uitkeringen</li> <li>– Zorg dat ziekenhuisopname of langdurig ziekteverzuim wegens psychische problemen geen uitsluitingscriterium is voor hospitalisatieverzekeringen</li> </ul> </li> <li>• Maak proactieve en outreachende zorg via mobiele teams beschikbaar voor wie zorg fysiek moeilijk bereikbaar is</li> <li>• Ondersteun de sector in zijn communicatie naar en met burgers</li> <li>• Pak de verkokering van zorg aan (<i>zie verder</i>).</li> </ul>

Innovatie wordt te weinig gestimuleerd	Om op basis van wetenschappelijke kennis te kunnen inspelen op de klinische vragen, is een specifieke financiering nodig voor die kenniscomponent. Een specifiek innovatiebudget is wenselijk
De kwaliteit van zorg(verbetering) wordt niet gevalideerd	Pay for Quality is een financieringssysteem gebaseerd op metingen van zorgkwaliteit, die bovendien tot kwaliteitsverbetering kan leiden. Kwaliteitsindicatoren moeten mee de financiering van zorg sturen
De inspanningen van de professionals worden niet voldoende gevalideerd	De financiering van zorg moet redelijk en aanvaardbaar zijn, zowel voor de samenleving die de middelen ter beschikking stelt als voor de zorgactoren die de zorg kwaliteitsvol moeten uitvoeren. Geestelijke gezondheidszorg is een complexe, hoog-intensieve zorgvorm, gekenmerkt door de nood aan (permanente) vorming, sterke professionals, samenwerking, zorg op maat, opvolging en technologische inhaalbewegingen. Dat vraagt de nodige investeringen in zorgprofessionals en hun omkadering.

## Wat is er nodig?

Meer middelen zijn nodig, maar ze moeten ook verstandig worden ingezet, in overleg met professionals en zorggebruikers. De werkgroep zal de huidige zorgfinanciering toetsen aan de hierboven geformuleerde principes, graag in nauw overleg met de verantwoordelijke beleidsmakers. Met het oog op de ggz van de toekomst, en zoals benadrukt in ons [masterplan](#), is het belangrijk om in te zetten op preventie en vroegdetectie, vanuit een public health perspectief, en op het adequaat financieren van de netwerken met hun gespecialiseerde zorg en hun interprofessionele samenwerking.

## 2. Arm maakt ziek en ziek maakt arm

Een sociaal en financieel gekaderde geestelijke gezondheidszorg is in wezen een fundamentele toepassing van universele mensenrechten. Helaas is de precaire financiële situatie van patiënten met psychiatrische problemen nauwelijks ingebed in de beleidsontwikkeling van de overheid, ook al is het verband tussen geestelijke gezondheid en armoede gekend. Tevens is er een financiële discriminatie van patiënten met psychische aandoeningen ten opzichte van patiënten met lichamelijke aandoeningen. Er zijn bovendien geen argumenten dat een verhoogde economische groei de financiële ongelijkheid tussen mensen met en mensen zonder psychische kwetsbaarheid zal verminderen. De SGGG doet concrete voorstellen om die onrechtvaardigheid weg te werken.

Puinhoop	Hoop
<p>De actuele financiële discriminatie van patiënten met een chronische psychiatrische problematiek in vergelijking met patiënten met een chronische somatische problematiek maakt de zorg voor financieel kwetsbare mensen (met psychische kwetsbaarheid) onvoldoende betaalbaar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maak de toekenning van ziekte- en invaliditeitsuitkeringen afhankelijk van zowel lichamelijke, psychologische als sociale argumenten, en voorzie in een hogere uitkering bij een hoger ingeschatte ziektelast</li> <li>• Hervorm het statuut en forfait 'personen met een chronische aandoening', zodat ook mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) er toegang toe hebben, en gebruik kunnen maken van een grotere toepassing van de derdebetalersregeling en een lager maximum in de maximumfactuur</li> <li>• Maak een RIZIV-overeenkomst waardoor EPA-patiënten aanspraak kunnen maken op een volledige terugbetaling van een pakket van zorgkosten, naar analogie met bestaande RIZIV-overeenkomsten</li> <li>• Breid het KB dd 24/12/2020 – waardoor OCMW's tijdelijk extra psychologische hulp voor behoeftigen kunnen financieren – uit, zodat ook EPA-patiënten die in armoede leven hiervan gebruik kunnen maken</li> <li>• Maak noodzakelijke psychofarmaca, incl. benzodiazepines, beschikbaar aan een betaalbare prijs, net zoals dat gebeurt bij medicatie voor lichamelijke chronische problemen. Het aandeel van de patiënt mag volgens de SGGG het bedrag van €27/maand (= 3% van het leefloon) niet overschrijden</li> <li>• Maak inspuitbare langwerkende antipsychotica in klasse A gratis voor de patiënt</li> <li>• Maak het mogelijk dat EPA-patiënten op eenvoudig verzoek nog gebruik kunnen maken van een papieren voorschrift, zo nodig in een andere taal</li> <li>• Zorg dat ambulante zorg voor patiënten goedkoper is dan een opname en investeer in voldoende outreachende zorg voor EPA-patiënten</li> </ul>
<p>Personen met langdurige arbeidsongeschiktheid ontvangen een uitkering die onder de armoedegrens ligt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trek het vervangingsinkomen op zodat noodzakelijke zorgkosten niet moeten worden uitgesteld en andere basisbehoeften gelenigd kunnen worden</li> </ul>



<p>EPA-patiënten staan te veel buiten de (lokale) samenleving</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maak een goede opvolging van EPA-patiënten in de eerste lijn (huisarts, wijkgezondheidscentrum) financieel mogelijk</li> <li>• Geef prioriteit aan EPA-patiënten bij toewijzing sociale woning door gemeentebesturen en sociale huisvestingsmaatschappijen</li> <li>• Creëer laagdrempelige ontmoetingsplaatsen in de gemeente voor mensen met een psychische kwetsbaarheid gestuurd door ervaringsdeskundigen</li> <li>• Geef prioriteit aan het begeleiden van mensen met psychische kwetsbaarheid naar zinvol en betaald werk door arbeidstrajectbegeleiding en VDAB</li> <li>• Includeer ervaringsdeskundigen in de Recip-e-werkgroep</li> <li>• Stroomlijn het zorgpad zodat de patiënt zo min mogelijk hinder ondervindt op de verschillende etappes. Verkokering schaadt goede zorg</li> </ul>
<p>Agressieve en rigide schuldbemiddeling en bewindvoering maakt patiënten nog kwetsbaarder</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg ervoor dat er steeds gekozen wordt voor de minst ingrijpende oplossing bij hulpverlening voor schulden of andere financiële problemen. Elke medische en sociaal noodzakelijke zorg en ondersteuning moet financieel mogelijk blijven</li> <li>• Ervaringsdeskundigen worden verplichte medewerkers van bewindvoerders en schuldbemiddelaars. Beide beroepsgroepen krijgen een verplichte opleiding over psychiatrische aandoeningen</li> <li>• Een billijke vergoeding voor de tijd die bewindvoerders en schuldbemiddelaars investeren in gesprekken en andere vormen van hulpverlening met de hun toevertrouwde personen met een EPA-problematiek.</li> </ul>

## Wat is er nodig?

De gelijkwaardige behandeling op financieel vlak van alle patiënten met een chronische ziekte, zowel in de somatische geneeskunde als in de psychiatrie is urgent. Hetzelfde geldt voor het aanpakken van de scheefgetrokken situatie waarbij een totaalpakket van ambulante zorg voor vele patiënten onbetaalbaar is en omwille van financiële redenen vervangen wordt door een [voor de maatschappij veel duurdere opname in een ziekenhuis](#). Het capaciteitstekort in de outreachende zorg, die specifiek voor EPA-patiënten werd gecreëerd, zorgt voor een verschuiving naar minder geschikte vormen van zorg. Ten tweede moet de overheid de uitkering voor personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid op een aanvaardbaar niveau brengen, ruim boven de armoedegrens. Een voldoende hoog vervangingsinkomen betekent immers dat alle noodzakelijke zorgkosten betaald kunnen worden zonder daarvoor op basisbehoeften te moeten besparen.

### 3. Transitiezorg als onmisbare schakel in de zorg voor jonge volwassenen

Ernstige psychische klachten ontstaan in driekwart van de gevallen voor de leeftijd van 24 jaar. Gespecialiseerde psychiatrische zorg voor deze levensfase is schaars en weinig toegankelijk. Bovendien is er op de leeftijd rond 18 jaar net een breuk in de hulpverlening voor jongeren met psychische problemen omdat er door de overheid een overgang gemaakt dient te worden van kinder- en jeugdpsychiatrie naar volwassenenpsychiatrie, waardoor deze jongeren vaak een nieuwe zoektocht naar hulp moeten starten.

Puinhoop	Hoop
Het ontbreekt aan financiering voor een gespecialiseerd behandelaanbod na de leeftijd van 18 jaar (mediatiegesprek en transitie meeting)	Zorg voor continuïteit van zorg en laat de transitiezorg doorlopen na de leeftijd van 18
Er zijn geen officiële kwaliteitscriteria en documenten voor informatiedoorstroming, geen financiering voor een specifiek behandelingstransitieverslag	Leg kwaliteitseisen op en gestructureerde (en gefinancierde) informatiedoorstroming
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een gebrek aan gevalideerde instrumenten en protocollen die hulpverleners kunnen gebruiken,</li> <li>• en een gebrek aan gemeenschappelijke systemen voor dossiervoering</li> </ul>	Leg een patiëntendossier op, en maak het gelijkvormig
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennis en opleiding bij hulpverleners ontbreken</li> <li>• Er zijn geen betrouwbare, publiek toegankelijke informatiebronnen</li> </ul>	Investeer in gespecialiseerde opleiding. Investeer in de experts die een degelijke vorming voor collega's kunnen verzorgen
Gepercipieerd stigma en veranderende ziekte-identiteit bij jongeren dragen bij aan een hoge drempel voor het maken van een behandelingstransitie	Zet peers met ervaringsdeskundigheid in die kunnen helpen bij het verlagen van deze drempel
<p>Wat met?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lange wachtlijsten</li> <li>• Slechte betaalbaarheid</li> <li>• Onoverzichtelijk aanbod</li> <li>• Onvoldoende specifiek aanbod voor jongeren</li> </ul>	<p>Zorg voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voldoende en gespecialiseerde zorgcapaciteit voor plus-18- en min-25-jarigen</li> <li>• Naadloze overgang naar volwassenpsychiatrie</li> <li>• Beter intersectorale samenwerking</li> </ul>

## Wat is er nodig?

Goede behandelingstransitie is maar mogelijk indien het verwijzende systeem voldoende capaciteit heeft om deze taak op zich te nemen en ook het ontvangende systeem beschikt over een overzichtelijk, laagdrempelig en op de leeftijd aangepast aanbod dat bovendien vlot toegankelijk is. Er is dus nood aan een laagdrempelig en specifiek zorgaanbod voor jongeren tussen 18 en 25 jaar. Intersectorale samenwerking tussen ggz en jeugdwerk/jeugdhulp dient hiervoor ook beter uitgewerkt en gestimuleerd te worden. Wachtlijsten moeten weggewerkt worden en de betaalbaarheid verzekerd.

## 4. Houdt vol, over 100 dagen wordt u geholpen

Onderzoek van de SGGG legt bloot dat 1 op 6 volwassenen en ongeveer de helft van de kinderen met een hulpvraag op één of meerdere wachtlijsten staat. Volwassenen moeten vooral aanschuiven wanneer ze gesubsidieerde (lees: betaalbare) ambulante hulp zoeken. Kinderen moeten bijna overal en langer dan volwassenen wachten op gepaste zorg. Voor een diagnostisch onderzoek of gespecialiseerde ondersteuning door een centrum voor ontwikkelingsstoornissen of een thuisbegeleidingsdienst voor autisme is het niet ongebruikelijk dat patiënten een jaar of langer geduld moeten oefenen. Wachten leidt vaak tot een lagere motivatie voor behandeling en meer ernstige klachten, soms tot crisissituaties. De omgeving raakt daardoor extra belast. De SGGG analyseerde de determinanten van wachttijden. Het is belangrijk dat er voldoende capaciteit is, maar evenzeer dat mensen zo snel mogelijk op de juiste wachtlijst staan en dat begeleidingen niet langer duren dan nodig.

Puinhoop	Hoop
Wachten resulteert vaak in meer ernstige klachten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg dat zorg tijdig kan worden gestart door verder te investeren in betaalbare eerste- en tweedelijnszorg, zodat de patiënt niet in gespecialiseerde zorg terechtkomt als dat niet nodig is</li> <li>• Investeer in diensten voor kinderen en jongeren, voor wie de wachttijden het langst zijn en voor wie tijdig ingrijpen cruciaal is</li> <li>• Zorg voor wachttijdondersteuning, zo nodig ook voor de omgeving van de hulpzoeker, zodat de motivatie op peil blijft</li> </ul>
Wie hulp nodig heeft, moet te lang wachten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorg voor een snelle en accurate indicatiestelling</li> <li>• Zorg voor voldoende zorgcapaciteit in alle zorginstellingen (die werken rond preventie, vroegdetectie, gespecialiseerde (langdurige) ambulante/residentiële zorg), ingegeven door een public health perspectief</li> <li>• Biedt zorgprofessionals ondersteuning bij de analyse van de werkstromen (instroom – doorstroom – uitstroom), zodat hun aanbod optimaal kan worden afgestemd op de aard en het volume van de hulpvragen die hen bereiken</li> <li>• Monitor de wachttijden door ze structureel en uniform te registreren in het veld, maar minimaliseer de registratielast voor zorgverstrekkers</li> <li>• Investeer in meer onderzoek naar de determinanten van wachttijden, zodat er een model ter optimalisatie van de wachttijd kan worden opgesteld en doorgevoerd</li> </ul>

## Wat is er nodig?

We kunnen niet meer tolereren dat er mensen met psychische kwetsbaarheid sterven omdat ze niet tijdig toegang hadden tot zorg. Het is daarom hoog tijd dat de problematiek van de wachttijden, die ons al decennia parten speelt, eindelijk bij de wortels wordt aangepakt. We onderscheiden een keten van verantwoordelijkheid, reikend van regelgevende en financierende overheden, over zorgaanbieders tot zorggebruikers, die allemaal een rol te spelen hebben bij het inkorten van de wachttijden en het efficiënter organiseren van de zorg. Er is nood aan meer en beter cijfermateriaal, zodat we – met alle verantwoordelijken – een effectief wachttijdenbeleid kunnen uitwerken. Voor wie toch moet wachten is wachttijdondersteuning essentieel. Dat kan in de vorm van groepsessies met een ‘wachtgroep’, ervaringsdeskundigen of via telefonische monitoring van klachten en hulpvraag.

[@SG GGZ](#)  
[#sggg21](#)

STATEN-GENERAAL

VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID

20 MAART 2021

ONLINE



zaterdag 20 maart 2021  
start om 9.30 uur  
einde om 12.15 uur