

#SGGG21

WERKGROEP 'ARM MAAKT ZIEK EN
ZIEK MAAKT ARM'

Habiba Abdallaoui, Veerle Aendekerk, Marijse Bynens, Kirsten Catthoor, Hans De Loof, Koen De Maeseneir, Ingrid Jongeneelen, Nadia Mahjoub, Olaf Mindermann, Greet Pauwels, Arne Proesmans, Thijs Smeyers, Geert Van Isterdael, Freya Van Langenhove, Stefaan Van Roey, Yves Wuyts

“Zorgvuldig omgaan met de psychische gezondheid van mensen is niet alleen een kwestie van geschikte en toegankelijke psychiatrische zorg. Het vraagt ook moedige politieke keuzes en noodzakelijke aanpassingen van maatschappelijke structuren. Geschikte geestelijke gezondheidszorg, in combinatie met een aangepaste sociale en financiële inkadering voor deze groep kwetsbare mensen, is in wezen niet meer dan een fundamentele toepassing van universele mensenrechten.”



Er mag geen twijfel bestaan over het verband tussen geestelijke gezondheid en armoede. Een uitstekend [overzichtsartikel](#) in Science (dec 2020) over mensen met milde, matige en ernstige psychiatrische problemen bevestigt met overvloedig bewijsmateriaal dat het probleem ernstig is en te weinig aandacht krijgt. De oorzakelijke impact van armoede op psychische gezondheid is meermaals aangetoond in internationaal wetenschappelijk onderzoek bij armoedebestrijdingsprogramma's. Onderliggende mechanismen zijn angst en onzekerheid over de financiële situatie, omgevingsfactoren zoals lawaai en vervuiling, een verminderde lichamelijke gezondheid en slecht voedingspatroon, trauma-gerelateerde effecten en schaamte. Ook in de andere richting is de oorzakelijke impact van mentale instabiliteit op armoede zorgvuldig beschreven. De belangrijkste factoren zijn een aangetaste cognitieve functie en dus verminderde capaciteit om te werken, negatieve overtuigingen, foute keuzes, intergenerationele effecten, hoge gezondheidskosten en stigma. De vooruitzichten zijn niet rooskleurig. Er zijn immers geen argumenten dat een verhoogde economische groei de financiële ongelijkheid tussen mensen met en zonder psychische kwetsbaarheid zal verminderen. Een andere paper ([Spivak, 2019](#)) toont aan dat EPA-patiënten die dagelijks worstelen met financiële ontberingen gewoonlijk meer psychiatrische symptomen vertonen, ook na verloop van tijd. Het is onvoldoende om adequate geestelijke gezondheidszorg te voorzien voor deze mensen. Intensieve multidisciplinaire interventies zijn noodzakelijk.

Het [noodprogramma](#) van de eerste Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg (SGGZ) van 2019 vermeldt al een aantal doelstellingen om de precaire financiële situatie van patiënten met psychiatrische problemen te verbeteren. De voorgestelde financiële aanpassingen zouden het mogelijk moeten maken om alle psychisch kwetsbare patiënten als volwaardige burger in onze samenleving te laten participeren, omdat het ze gelukt is uit de vicieuze cirkel van ziekte en armoede te geraken. Inhoudelijk waren de doelstellingen gericht op 3 pijlers:

1. In de eerste plaats een gelijkwaardige behandeling op financieel vlak van alle patiënten met een chronische ziekte, zowel in de somatische geneeskunde als in de psychiatrie.
2. Daarnaast het belang om net als voor andere kwetsbare groepen van mensen met invaliditeit of beperkingen, de vervangingsinkomens op een voor onze welvarende samenleving aanvaardbaar niveau te brengen, ruim boven de armoedegrens. Een voldoende hoog vervangingsinkomen betekent immers dat alle noodzakelijke zorgkosten kunnen betaald worden zonder daarvoor op basisbehoeften te moeten besparen.
3. En tenslotte op een aantal sociaal-juridische thema's, zoals prioritaire inschrijving in sociale woningmaatschappijen, en op maat ontwikkelde bewindvoering.



Twee jaar later moeten we vaststellen dat slechts enkele van onze doelstellingen door de overheid werden opgepikt voor verdere beleidsontwikkeling. De Werkgroep Armoede vindt het uitermate zorgwekkend dat de wederkerige relatie tussen armoede en ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) zo weinig politieke interesse genereert. Zowel op federaal als Vlaams niveau reikt de overheid maar weinig oplossingen voor de problemen aan. Federaal legt het regeerakkoord nadruk op de verdere ontwikkeling van ambulante eerstelijnspsychologische zorg, en de verdere uitbouw van mobiele equipes. Op vlak van armoedebestrijding wil de regering focussen op gezondheidsschulden, het verhogen van de psychologische hulp voor mensen in armoede, en de evaluatie en bijsturing van de collectieve schuldenregeling. De laagste uitkeringen zouden ook verhoogd worden. Er wordt geen melding gemaakt van specifieke bijsturing in het systeem van bewindvoering. Het Vlaamse regeerakkoord wil werk maken van het ontschotten van de zorg- en welzijnssector. Hoewel de toewijzing van sociale woningen nog steeds chronologisch gebeurt, krijgen gemeentes wel de kans om maximaal 50% daarvan prioritair toe te wijzen.

Ook in het overheidsonderzoek blijft het probleem onderbelicht. Het rapport "[De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid](#)" van het Federaal Kenniscentrum (KCE) voor de gezondheidszorg van 15 december 2020 telt welgeteld één (1!) paragraaf over psychische hulpverlening. Het vermeldt dat het aantal ziekenhuisopnames in een psychiatrisch ziekenhuis 58% hoger was dan verwacht in de groep mensen met de laagste inkomens, en 37% lager voor de hoogste inkomensgroep. Dit maakt een totaal verschil tussen beide groepen van maar liefst 149%. Dit is een brug te ver. Bij sommige patiënten moeten GZ-professionals kiezen voor een voor de samenleving veel duurder behandeling zoals opname in een ziekenhuis, omdat het totaalpakket van ambulante behandelingen deze mensen in armoede zou storten. Zeker voor EPA-patiënten is het organiseren en betalen van noodzakelijke ambulante zorg in de realiteit van vandaag niet haalbaar. In het werkveld is dit dagelijks merkbaar. De Werkgroep Financiering van de SGGZ heeft deze problematiek ook meermaals aangekaart. In het KCE-rapport staan nog meer alarmerende gegevens. Het blijkt dat mensen in een financieel kwetsbare situatie minder vaak naar een specialist gaan, al werd er niet gedifferentieerd tussen de verschillende specialiteiten in de geneeskunde. Het is onduidelijk hoe groot de groep mensen is, die psychische klachten vertonen die behandeling vereisen, maar niet tot bij een psychiater of psycholoog geraakt. De treatment gap voor personen met psychische problemen is al jaren een gekend probleem. Het rapport vermeldt ook dat het aantal mensen dat medische zorg uitstelt om financiële redenen verviervoudigd is op 8 jaar tijd, omdat ze een keuze moeten maken tussen basisbehoeften en gezondheidszorg. Hoewel mensen die zorg uitstellen om financiële redenen

vaak al gedekt zijn door één of meerdere beschermingsmaatregelen, blijken deze onvoldoende om de financiële toegankelijkheid van zorg te garanderen. Omdat dit een wereldwijd gekend probleem is, dringt de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in het [“WHO Special Initiative for Mental Health \(2019-2023\): Universal Health Coverage for Mental Health”](#) aan op de hoogste zorgstandaarden voor alle personen met psychische problemen. Het uitstellen of niet verkrijgen van psychiatrische zorg is een bedreiging voor de volksgezondheid. Mensen met onvoldoende behandelde psychische problemen vallen uit op het werk, verliezen sociale contacten en worden afhankelijk. Op deze manier verschuift de balans tussen participatie en marginalisatie.

De Werkgroep Armoede van de SGGZ wil daarom nogmaals beklemtonen dat de specifieke noden van alle psychisch gevoelige personen, en meer specifiek de kwetsbare groep EPA-patiënten, nog steeds systematisch

“De specifieke noden van alle psychisch gevoelige personen worden systematisch genegeerd.”

worden genegeerd. Voorbeelden hiervan zijn onder meer het instandhouden van het huidige evaluatiesysteem van de tegemoetkoming voor gehandicapten, en het opgeven van -50-jarigen met psychiatrische problemen voor verdere begeleiding richting de arbeidsmarkt. De mogelijke verbeteringen voor psychisch kwetsbare mensen als gevolg van de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg worden consequent overschat. Een schrijnend voorbeeld van dat laatste is de hoerastemming over de oprichting van de outreach-teams in het kader van het artikel 107, waarbij de EPA-patiënt thuis wordt opgevolgd. Met de huidige beperkte middelen moet de keuze gemaakt worden tussen een individueel gerichte of een systeemgeoriënteerde aanpak. Wanneer een EPA-patiënt een langdurig outreach-behandeltraject nodig heeft, dan zal de doorstroom in het mobiel team stremmen, en ontstaat er een wachtlijst, en dus moeten mensen zorg ontberen. Wanneer men opteert voor een voldoende snelle doorstroom in het outreach-team om de wachtlijst beheersbaar te houden, zal de individuele EPA-patiënt vaak te snel moeten afronden en daardoor noodzakelijke zorg tekortkomen. Met de huidige beperkte middelen is er per definitie een capaciteitstekort, resulterend in herverdelen van schaarste. [Eerder](#) werd al aangedrongen op een substantiële verhoging van de middelen voor outreach-behandeling van de EPA-patiënt, en ze af te stemmen op de noden van de bevolking. Als het regeerakkoord stipuleert dat de outreach-teams moeten uitgebreid worden, dan is een verdubbeling van de huidige capaciteit een absoluut minimum.

De corona-crisis van 2020 heeft de situatie van psychisch kwetsbare mensen, en dan vooral EPA-patiënten, helaas nogmaals verergerd. De pandemie is een trigger voor herval bij EPA-patiënten, niet alleen omwille van de eenzaamheid en het sociaal isolement, en daardoor toenemend middelenmisbruik, maar ook door de bevreemdende, bedreigende en beangstigende aspecten van het

dodelijk virus kunnen psychose en obsessief-compulsieve klachten fors toenemen. Innovatieve technologische vormen van therapie in de geestelijke gezondheidszorg zijn gedurende de crisis versneld geïmplementeerd, en dat is zeker toe te juichen. Maar de ongelijkheid tussen de mensen die daar wel of niet gebruik van kunnen maken, is alleen maar toegenomen. EPA-patiënten hebben vaak niet de financiële middelen om een smartphone met mobiele data te gebruiken. Bovendien is er dikwijls sprake van digitaal analfabetisme, als een gevolg van de combinatie van beperkte opleiding, cognitieve problemen en uiteraard ook financiële tekorten. Een substantieel deel van de EPA-patiënten is tijdens de corona-crisis zorg tekortgekomen. Herval in de ziekte heeft geleid tot een toename van gedwongen en vrijwillige opnames, GAS-boetes omwille van het niet-begrijpen en niet-naleven van de maatregelen, uithuiszettingen en dakloosheid. En zo toonde deze wereldwijde gezondheids crisis opnieuw de vicieuze – en dramatische – cirkel van ziekte en armoede opnieuw aan.



Eisen vanuit de werkgroep

Vertrekkende vanuit de penibele toestand waarin vele psychisch kwetsbare mensen zich vandaag bevinden, vraagt de Werkgroep Armoede van de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid met klem om op korte termijn een aantal dringende ingrepen uit te voeren:

1. In de eerste plaats eisen we een gelijkwaardige behandeling van alle patiënten met een chronische problematiek, of die nu medisch of psychiatrisch van aard is. Dit zou een basisprincipe in de gezondheidszorg moeten zijn. Vandaag stellen we echter discriminatie vast in de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, op financieel vlak, maar ook inzake kwaliteit van zorg.
 - De weinig transparante toekenning van ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, omdat die gebaseerd zijn op ongeschikte onderzoeksinstrumenten die de nadruk leggen op lichamelijk disfunctioneren, is in dit opzicht illustratief.
 - Ook de prijsverschillen in noodzakelijke medicatie, afhankelijk of die voor medische of psychiatrische ziektes gebruikt worden, is niet verdedigbaar. Het dient opgemerkt dat de kosten voor psychofarmaca erg hoog blijven, en dit ligt niet in lijn met gratis of erg goedkope klasse-A-medicatie voor andere chronische aandoeningen, zoals diabetes en epilepsie. In combinatie met financiële schaarste, vormt twijfel over de noodzaak van een medicamenteuze behandeling een gigantisch probleem.
 - Hetzelfde geldt voor de scheef getrokken situatie waarbij een totaalpakket van ambulante zorg onbetaalbaar is, en omwille van financiële redenen vervangen wordt door een voor de maatschappij veel duurdere opname in een ziekenhuis. Het capaciteitstekort in de

outreach-zorg, die specifiek voor EPA-patiënten werd gecreëerd, zorgt voor een onbillijke verschuiving naar andere, minder geschikte vormen van zorg.

- Aandacht voor een kwalitatieve en stigma-vrije somatische zorg voor psychisch kwetsbare personen, om hogere behandelkosten op termijn te vermijden, is ook een aandachtspunt. Stigmatisering van patiënten met psychische problemen in de algemene geneeskunde is een bekend destructief fenomeen. Een schrijnend gebrek aan aandacht voor lichamelijke ziektes bij psychisch kwetsbare mensen, gaande van een tekort aan preventie tot regelrechte onderbehandeling bij ernstige medische problemen, leidt op termijn tot hogere behandel nood en daardoor hogere behandelkosten voor de patient. Het Federaal Kenniscentrum (KCE) heeft recent een rapport geschreven hoe de somatische zorg voor psychiatrische patienten kan verbeterd worden. De aanbevelingen van dit rapport zullen in de werkgroep “Ziek maakt arm” de volgende jaren uitgebreid aan bod komen.

“De gelijkwaardige
behandeling van alle
patiënten met een chronische
problematiek, of die nu
medisch of psychiatrisch van
aard is, zou een basisprincipe
in de gezondheidszorg
moeten zijn.”

- Net zoals voor veel andere patiënten met chronische medische problemen, is therapietrouw bij EPA-patiënten een voortdurend aandachtspunt. Intensieve opvolging op vlak van medicatie, om complicaties op medisch vlak en herval op psychiatrisch vlak te vermijden, is dan ook noodzakelijk. Een concreet voorstel om dit te verbeteren is om de samenwerking tussen huisarts, psychiater, thuisverpleegkundigen en apotheker te consolideren in een digitaal platform. Zo kunnen aandachtspunten voor elke patiënt dagelijks gesignaleerd worden en zo kort op de bal gespeeld.
2. Ten tweede moet men de uitkering voor personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid op een voor onze welvarende samenleving aanvaardbaar niveau brengen, ruim boven de armoedegrens. Een voldoende hoog vervangingsinkomen betekent immers dat alle noodzakelijke zorgkosten kunnen betaald worden zonder daarvoor op basisbehoeften te moeten besparen. In afwachting van een aanvaardbare uitkering, is het belangrijk om met financieel kwetsbare patiënten rekening te houden wanneer er wijzigingen in de gezondheidszorg worden doorgevoerd die financiële implicaties hebben of waardoor patiënten kwalitatieve zorg dreigt te worden ontzegd. Beleidsmakers hebben vaak geen affiniteit met de levenssituatie en specifieke beperkingen van EPA-patiënten. Dat kan hen uiteraard niet kwalijk genomen worden, maar het zou goed zijn als ze de adviezen van ervaringsdeskundigen ter harte nemen. De recente omwenteling van het papieren naar het digitaal voorschrift voor

geneesmiddelen kan hier als voorbeeld dienen. VZW Recip-e is de RIZIV-werkgroep die zich bezig houdt met deze verandering. De belangen van artsen, tandartsen, apothekers, kinesisten en verpleegkundigen worden goed verdedigd in deze organisatie. Patiëntenverenigingen en ervaringsdeskundigen van kwetsbare groepen zijn te weinig betrokken. Vooral de inhoudelijke aspecten van het digitaal voorschrift baren grote zorgen. Momenteel bevinden we ons nog in een tussenfase waarbij het digitaal voorschrift nog wordt afgedrukt, en meegenomen naar de apotheker voor de aflevering. In een latere fase zal dit louter digitaal zijn. Om adequate opvolging van zijn medicatie te kunnen doen, moet de patiënt beschikken over een beveiligde internettoegang, een computer, tablet of smartphone. Deze noodzakelijke voorwaarde is voor veel EPA-patiënten niet beschikbaar. De [whitepaper](#) die Recip-e heeft opgesteld als antwoord op vragen en bedenkingen, is niet bevredigend voor de kwetsbare groep EPA-patiënten. Het beschikbaar zijn van een papieren digitaal voorschrift, voor alle mensen die moeite hebben met digitalisering, of een vertaalde versie voor anderstaligen, zou op eenvoudig verzoek ook in de toekomst mogelijk moeten zijn.

3. Bovendien moeten op het niveau van de gemeenten en eerstelijnszones afspraken gemaakt worden.
 - Vermaatschappelijking van zorg indachtig, vindt de vereiste intensieve opvolging van EPA-patiënten idealiter in belangrijke mate plaats in de eerste lijn. Maak dit een financieel haalbare kaart. Het moet mogelijk zijn dat zowel wijkgezondheidscentra als reguliere huisartsenpraktijken de nodige tijd voor EPA-patiënten kunnen uittrekken, in functie van hun specifieke noden.
 - Beding dat sociale woningmaatschappijen en gemeentebesturen EPA-patiënten prioriteit toekennen bij de toewijzing van een sociale woning. Een stabiele woonst is protectief tegen herval.
 - Investeer met gemeentebesturen om laagdrempelige ontmoetingsplaatsen op te richten voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, waar ondersteuning door ervaringsdeskundigen centraal staat.
 - Laat arbeidstrajectbegeleiding en VDAB een prioriteit maken van het begeleiden van mensen met psychische kwetsbaarheid naar zinvol en betaald werk.
4. Tenslotte zijn er nog eisen op vlak van betaalbare zorg, op vlak van geneesmiddelen en voorschriften, en op vlak van schuldbemiddeling en bewindvoering.
 - Op vlak van betaalbare zorg:

- Pas het huidige evaluatiesysteem voor toekenning van tegemoetkoming aan gehandicapten aan. Specifieke ziektekenmerken van mensen met EPA moeten aanleiding kunnen geven tot hoger ingeschatte ziektelast en dus hogere uitkering.
- Hervorm van het statuut “personen met een chronische aandoening”, zodat ook EPA-patiënten er vlot en voldoende lang toegang toe kunnen hebben. Dit statuut geeft de mogelijkheid om te genieten van een grotere toepassing van derdebetalersregeling en een lager maximum in de maximumfactuur. Hierdoor dalen de kosten die de patiënt met eigen middelen moet betalen.
- Pas de criteria voor het toekennen van het forfait “personen met een chronische aandoening” aan aan EPA-patiënten die vandaag te veel op somatische aspecten worden gebaseerd. Dit forfait is een forfaitaire vergoeding wat een extra inkomen betekent voor mensen met grote gezondheidsuitgaven.

“Het kan beleidsmakers niet kwalijk genomen worden dat ze geen affiniteit hebben met de leefwereld van EPA-patiënten, maar het zou hen sieren als ze de adviezen van ervaringsdeskundigen ter harte nemen.”
- Maak het KB van 24 december 2020 ook toepasbaar voor patiënten met een EPA-problematiek. Het KB geeft de OCMW’s een bijkomende financiering om tijdelijk (in de corona-pandemie) extra psychologische steun te verlenen aan behoeftige personen. De beschikbare middelen ter waarde van 10 mio voor alle OCMW’s worden verdeeld in functie van het aantal mensen met een leefloon en/of aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming in de gemeente. Dit garandeert brede toegankelijkheid van psychologische zorg. Maar EPA-patiënten komen hier vooralsnog niet voor in aanmerking. We vragen specifiek dat ook EPA-patiënten in armoede kunnen geïnccludeerd worden in deze vorm van gesubsidieerde zorg.
- Werk een RIZIV-overeenkomst uit waarbij EPA-patiënten bepaalde psychologische en andere therapie-zorgkosten volledig terugbetaald krijgen, naar analogie met een recente RIZIV-overeenkomst voor kinderen en adolescenten met diabetes, waarbinnen voorzien wordt in de volledige terugbetaling van emotionele en psychologische ondersteuning.
- Op vlak van voorschriften en (on)betalbare geneesmiddelen:
 - Includeer inspuibare vormen van langwerkende antipsychotisch werkende medicatie in klasse-A-medicatie, zodat die gratis wordt voor de EPA-patiënt

- Voorzie in een vorm van terugbetaling voor elke noodzakelijke medicatie voor EPA-patiënten, ook voor benzodiazepines. De totale kost van alle medicatie mag het bedrag van €27 per maand niet overschrijden, dat is 3% van het huidige leefloon. Het hanteren van de maximumfactuur volstaat niet als tegemoetkoming voor deze populatie patiënten.
- Pas de huidige voorstellen van het digitaal voorschrift aan op maat van EPA-en financieel kwetsbare patiënten. Dit behelst vandaag de mogelijkheid om op eenvoudig verzoek voorgeschreven medicatie te kunnen opvolgen met een papieren voorschrift, zonder digitale hulpmiddelen.
- Voorzie de mogelijkheid om de nieuwe vormen van voorschriften te vertalen in de moedertaal van de patiënt, zowel voor digitale toepassing, als op papier.
- Incluseren ervaringsdeskundigen in de Recip-e werkgroep.
- Op vlak van schuldbemiddeling en bewindvoering:
 - Bij hulpverlening voor schulden of andere financiële problemen moet altijd gekozen worden voor de minst ingrijpende oplossing. Elke medische en sociaal noodzakelijke zorg en ondersteuning moet financieel mogelijk blijven.
 - Zorg ervoor dat ervaringsdeskundigen verplichte medewerkers van bewindvoerders en schuldbemiddelaars worden, als vertrouwenspersoon, een brugfiguur tussen de bewindvoerder en de te beschermen persoon. Indien samenwerking met een ervaringsdeskundige niet mogelijk is, dient de bewindvoerder aandacht te hebben voor de mogelijkheid van aanstelling van een naast betrokkene als vertrouwenspersoon. Zowel bewindvoerders als schuldbemiddelaars krijgen een verplichte opleiding over psychiatrische aandoeningen.
 - Regel 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. Op dit moment is de vergoeding forfaitair waardoor de tijdsinvestering vaak onvoldoende is en onaangepast aan de noden. Met een geschikte financiële vergoeding kan de begeleiding van een EPA-patiënt met financiële problemen door een bewindvoerder of schuldbemiddelaar aangepaster verlopen. Opdat de billijke vergoeding niet zou worden doorgerekend aan de EPA-patiënt, moet de overheid een fonds bewindvoering en schuldenbemiddeling oprichten. Mensen met weinig financiële middelen moeten beroep kunnen doen op een pro-deo-systeem.