

Ggz-transformatie in België: goede visie, moeilijke implementatie?

C. BERVOETS



In 2010 lanceerden verschillende overheden in België samen een oproep om middels een wijziging in de ziekenhuiswet een grondige reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg te realiseren (art. 11 (9ter) en 107 (97ter) van de Wet op de Ziekenhuizen). Sindsdien is er geleidelijk een omslag merkbaar op de werkvloer. Er is een, weliswaar beperkte, afbouw van bedden in de psychiatrische ziekenhuizen aan de gang ten voordele van nieuwe zorgnetwerken voor psychiatrische crisiszorg en langdurige begeleiding aan huis en dat is alvast één goede ontwikkeling.

Echter, omdat de overheid gekozen heeft voor een zachte aanpak, geen verplichting maar een strategie waar vrijwillig initiatief tot afbouw aangemoedigd werd met een éénmalige financiële tegemoetkoming, is deze beperkte afbouw erg traag gerealiseerd. Tot nu toe zijn er slechts 13 zorgnetwerken – ongelijk verdeeld – over het grondgebied Vlaanderen.

Van veel recenter datum is er nog de oprichting van de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen (art. 68/3 in de Wet van 10 mei 2015). Deze Federale Raad zal adviezen geven over de erkenning en de uitoefening van het beroep van klinisch psycholoog. Het is de uitdrukkelijke bedoeling van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block, om hiermee een belangrijke stap te realiseren in de professionalisering van het werkveld en, minstens even belangrijk, de terugbetaling van psychotherapeutische zorg.

Beperkt resultaat

Hiermee realiseert de overheid alvast twee doelstellingen uit de vernieuwde Ziekenhuiswet van 2010: zorgnetwerken en thuisbehandelingsteams voor acute en chronische problematiek en ook het wegnemen van een belangrijk obstakel in de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg door de terugbetaling van psychotherapeutische zorg door psychologen. Wat betreft de drie andere doelstellingen: preventie/vroegdetectie en -interventie, psychiatrische intensieve zorg en woon/werkproblematiek (stigmatisering), is het echter nog wachten op implementatie. Echter, er zijn keuzes gemaakt en deze beslissingen zijn met visie genomen, gefundeerd op wetenschappelijke bevindingen in internationale rapporten (WHO 2013).

Toch moeten we vandaag met grote bezorgdheid kijken naar de manier waarop de Belgische (Vlaamse) ggz-transformatie zich ontwikkelt. Ik verwees al naar de erg beperkte afbouw van bedden (Van Audenhove 2015), slechts 6% minder capaciteit tussen 2000 en 2014. Met de goedbedoelde beslissing om tot een snel te realiseren terugbetaling voor psychotherapeutische hulp te komen riskeert men bovendien om in plaats van een drempel voor toegang tot zorg weg te nemen, juist een nieuwe te creëren. Immers, de terugbetaling zal slechts mogelijk zijn na doorverwijzing door de huisarts en alleen bij ‘matige’ psychische problemen. Met andere woorden: doorverwijzing via een medische discipline

die al jaren vraagt om meer voortgezette opleiding in geestelijke gezondheidszorg en dus op dit ogenblik – samen met psychiaters – moeilijk het onderscheid kan maken tussen wat ‘matig’ en ‘ernstig’ is als het aankomt op het diagnostisch evalueren van psychische klachten. Zonder bijkomende opleiding en een doordacht medisch verwijsbeleid zal dit wellicht niet lukken.

Het kleine aantal zorgnetwerken, die bovendien geografisch erg slecht gespreid zijn, de terugbetalingscriteria voor zorg die de bedoeling van de beslissing meteen ondergraven, de bescheiden beddenafbouw over het afgelopen decennium, geen begin maken met een inclusief beleid voor wonen en werken voor mensen met psychische problemen, het doet het ergste vermoeden voor een succesvol traject voor deze noodzakelijke Belgische ggz-transformatie.

Remedies bekend

Zowel het Itinera-rapport (Itinera Institute 2013) als het rapport van het Belgische Kenniscentrum Volksgezondheid (KCE 2008, 2010) geven duidelijk aan waar de schoen wringt. De genoemde zachte aanpak zorgde er bijvoorbeeld paradoxaal genoeg voor dat tussen 2004 en 2008 psychiatrische ziekenhuizen tot 10% meer opnames realiseerden (vooral in Vlaanderen, en in de context van beperkte beddenafbouw) terwijl de opnames in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen net het verhoopte dalende patroon gingen vertonen. We mogen dan misschien al meer mensen met psychische problemen bereiken, ze worden toch nog altijd bij voorkeur residentieel (in psychiatrische ziekenhuizen en niet in algemene ziekenhuizen dus) behandeld.

Het Itinera-rapport zegt dus terecht dat de overheid dwingender mag worden in beddenafbouw in psychiatrische ziekenhuizen. De lokale remmende reflexen van ziekenhuisuitbating, het in stand houden van onroerendgoed-investeringen of een te lange (maar financieel aantrekkelijke) bedbezetting kunnen alleen maar door een dappere overheid aangepakt worden. Bovendien heeft de overheid de belangrijke taak om er vanaf nu op toe te zien dat er niet alleen afgebouwd wordt om crisisteam aan huis te organiseren, maar ook om verblijfs capaciteit te realiseren buiten het ziekenhuis (psychiatrisch verzorgingstehuis, beschutte woonvormen) voor die patiënten met ernstige invalidering door psychiatrische ziekten. Deze laatsten lopen immers het risico om in een financiële logica van afbouw van bedden de dupe te worden op lange wachlijsten voor chronische woon- en arbeidszorg.

Het Itinera- en het KCE-rapport met duidelijke aanbevelingen voor de overheid zijn al in 2013 gepubliceerd. We weten bovendien dat één op vier mensen problemen heeft met zijn of haar psychische gezondheid. Voor politici een grote groep kiezers dus die de Belgische overheden kunnen aanzetten om vaart te zetten achter de implementatie van in wezen zeer terechte uitgangspunten voor de transformatie van onze geestelijke gezondheidszorg. Er is echt geen reden meer om deze implementatie verder zo traag en ondoelmatig te laten verlopen.

LITERATUUR

- Audenhove C Van. Vermaatschappelijking van de GGZ: op weg naar duurzame zorg? Leuven: KU; 2015. https://www.kuleuven.be/lsue/lsue2015/presentaties/Powerpoints/Gezondheid/5_Chantal_Duurzame_GGZ.pdf.
- Itinera Institute. Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Brussel: Itinera Institute; 2013.
- KCE. Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg: evaluatieonderzoek therapeutische projecten. Brussel: KCE; 2010.
- KCE. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden. Brussel: KCE; 2008.
- WHO. Comprehensive Mental Health Action plan 2013-2020. Genève: WHO; 2013.

AUTEUR

CHRIS BERVOETS, psychiater, UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg, Leuven.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Chris Bervoets, UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg, Herestraat 49, 3000 Leuven, België.
E-mail: chris.bervoets@uzleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Transformation of mental health care in Belgium: good vision, difficult implementation?