

Het noodprogramma voor de Belgische ggz

C. BERVOETS



ARTIKEL



De Belgische ggz, en dus ook haar psychiatrische discipline, is in handen van vele middenveldorganisaties (politieke zuilen, ziekenhuisuitbaters, regionale en federale regeringen) en dus erg verdeeld. Pogingen om via aanpassingen aan de wetgeving het grote aandeel bedden in psychiatrische ziekenhuizen te verminderen verliezen hun momentum omdat de overheid de snelheid van deze operatie grotendeels overlaat aan deze ziekenhuizen. Met als resultaat dat psychiatrische behandelingen gemakkelijker via een ziekenhuisopname bereikt worden en ambulante behandelingen, met behoud van het sociale en professionele netwerk van de patiënt, minder gemakkelijk opgezet worden.

Gezamenlijke actie

Dit resulteert voor hulpzoekenden en hun familie, zeker bij een ernstige psychiatrische aandoening, in een ongelijke toegang tot het geheel van de ggz, en ook in grotere stigmatisering door (vaak te lange) opname, financiële obstakels in de zorg en lange wachttijden. Daarom hebben ggz-professionals, patiënten en zorgleveranciers de handen ineengeslagen om de Belgische politici te overtuigen van de urgentie om snel veranderingen door te voeren.

Een eerste stap om politici wakker te schudden was het organiseren van een 'Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg' (www.statengeneraalggz.be) in maart van dit jaar. Deze Staten-Generaal heeft een memorandum voor de Belgische ggz opgesteld, met een aantal dringende actiepunten:

1. Afschaffen van verouderde financieringsmechanismen voor de ggz en verhogen van het veel te lage budget.
2. Mensen met een ernstige psychische aandoening (in totaal 165.000 in ons land) de ondersteuning geven waarop ze als volwaardige burgers recht hebben. Daarmee kunnen zij uit de vicieuze cirkel van ziekte en armoede geraken.
3. Uitbouwen van de transitiezorg voor jongeren en jongvolwassenen.
4. Wegwerken van de lange wachttijden (gemiddeld tot 100 dagen tot de start van een behandeling) in de ggz.

Ik ga op deze 4 eisen uit het Noodprogramma Geestelijke gezondheidszorg (<http://www.statengeneraalggz.be>) dieper in en geef aan wat dit voor de werksituatie van Belgische psychiaters kan betekenen.

Verouderde financiering

Het huidige financieringssysteem voor de ggz dateert uit de jaren tachtig. De financiering verloopt hoofdzakelijk via de ziekenhuizen en strookt niet meer met de realiteit van vandaag, noch met nieuwe ontwikkelingen in de ggz. Dit systeem zorgt voor hoge drempels voor ambulante ggz, waardoor die schaars en duur blijft. 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 ggz: minder gegoede patiënten stellen zorg uit, waardoor hun problemen alleen maar groter worden, de zorg maakt hen armer en ze haken sneller opnieuw af.

Het beleid in de gezondheidszorg focust vandaag bovendien op lichamelijke gezondheid en verliest geestelijke gezondheid te veel uit het oog. Het sprekendst blijkt dit uit het budget. De aanbeveling van de OESO om minstens 10% van het gezondheidsbudget aan psychische zorg te besteden, halen we geenszins: we blijven steken op 6%. Bovendien ontbreekt het in de zorg voor psychische problemen volledig aan de integratie met sociale en lichamelijke domeinen: welzijn en algemene geneeskundige zorg.

België moet dringend een geïntegreerde visie ontwikkelen op gezondheidszorg en afstappen van de traditionele opdeling tussen 'algemene' en psychiatrische ziekenhuizen. Deze situatie leidt de facto tot twee aparte zorgsystemen, die met elkaar concurreren voor dezelfde investeringen en waarbij ggz tot nu toe altijd aan het kortste eind trekt. Dit terwijl internationale rapporten zoals het OESO-rapport (McDaid e.a. 2017) blijven hameren op de systematische onderinvestering van de ggz.

Arm maakt ziek en ziek maakt arm

Volgens het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (IVRPH) hebben mensen met een beperking dezelfde rechten als ieder ander. Inclusie, persoonlijke participatie en volledige autonomie staan als onwrikbare principes centraal.

Echter, mensen met een ernstige psychische aandoening profiteren nauwelijks van dit verdrag. Financieel zijn ze daarvoor té kwetsbaar. Niet alleen maakt armoede psychisch ziek; psychisch ziek-zijn maakt ook arm. Symptomen zoals beperkt initiatief, apathie, geheugen- en concentratiestoornissen en een laag zelfbeeld belemmeren het functioneren op de werkvloer en maken een vervangend inkomen noodzakelijk. Psychische klachten en armoede werken bovendien door in volgende generaties. Patiënten met een ernstige psychische aandoening zijn ook vaker slachtoffer van uitbuiting en sociale stress.

Dat alles bemoeilijkt uiteraard de maatschappelijke integratie en participatie zoals bedoeld in het verdrag. Sommige patiënten moeten rondkomen van een uitkering onder de Europese armoedegrens. De Belgische sociale zekerheid faalt hier in haar basisopdracht om voor iedereen gezondheidszorg te garanderen.

Jongeren en transitie naar volwassenen-ggz

Ernstige psychische klachten zijn meestal al duidelijk in de overgang van adolescentie naar jongvolwassenheid. Tijdig adequate zorg kan veel leed in het verdere leven voorkomen. Alleen is die zorg schaars en weinig toegankelijk.

Bovendien is de zorg georganiseerd in twee aparte werelden die overbevraagd zijn en (mede daardoor) weinig met elkaar communiceren, laat staan op elkaar afgestemd zijn: de ggz voor kinderen en jongeren en die voor volwassenen. In de organisatie van de gezondheidszorg hanteren overheden en voorzieningen strikte leeftijdsgrenzen voor hun doelgroepen, ook in de ggz en de jeugdzorg. Echter, een strikte leeftijdsgrens staat vaak een vlotte, continue zorg in de weg. Sterker, soms resulteert ze in onthouding van zorg. Dit terwijl we weten dat in ongeveer driekwart van de gevallen de eerste psychische klachten tot uiting komen op de leeftijd van 14-25 jaar. Bij jongeren die als kind al psychische problemen hadden, ontstaat in die periode bovendien vaak comorbiditeit en neemt risicogedrag zoals automutilatie en middelengebruik toe.

LITERATUUR

- McDaid D, Hewlett E, Park A. Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness. OECD Health Working Papers, No. 97. Parijs: OECD Publishing; 2017.
- Zorg en Gezondheid Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, 2016. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen; 2017.

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

The emergency program for the Belgian mental health care

Wachten op behandeling

Om de extreme wachttijden (tot 12 maanden) in de ggz weg te werken, moeten we drastisch ingrijpen door de capaciteit aan gespecialiseerde zorg buiten het ziekenhuis sterk te vergroten. Zeker de zorg bij verslaving, jongeren in crisis of patiënten met complexe en ernstige psychiatrische problematiek.

Ook moeten we veel meer over geestelijke gezondheid voorlichten en hulp bieden aan mensen – kinderen tot ouderen – voordat hun klachten escaleren. Wie zich met psychische klachten aanmeldt bij een centrum voor ggz moet gemiddeld 50 dagen wachten op een intakegesprek en nog eens 50 dagen op behandeling (Zorg en Gezondheid Cijfers 2017). Voor diagnostiek kan de wachttijd tot 15 maanden oplopen. Deze wachttijden vergroten het risico dat de klachten verergeren, waardoor later complexere, langer durende zorg nodig is.

En de psychiater?

Het noodprogramma mikt op een verandering in het denken over ggz en het investeringsbeleid van de Belgische overheid daarin. De naam noodprogramma is meer dan terecht.

Wat betekent dit voor de psychiater? Vandaag is ons beroep opgedeeld in verschillende fracties: psychiaters in algemene ziekenhuizen, in psychiatrische ziekenhuizen, in ambulante centra en in (psychotherapeutische) thuispraktijken. Elke groep onderhandelt op eigen houtje met de overheid over (financiële) verbetering. Maar dit vermindert sterk onze kracht om een inhoudelijke verbetering na te streven. Psychiaters doen immers hetzelfde werk in ziekenhuizen en daarbuiten. Het besef dat we allen binnen hetzelfde medisch specialisme werken, zal ons dichterbij de andere medische specialismen brengen.

Moeten psychiaters zich gaan associëren op het niveau van de regionale netwerken, boven de ziekenhuizen, om hun expertise aan alle hulpzoekenden op gelijke basis te bieden? De federale gezondheidszorgminister heeft in 2018 alle somatische zorgverstrekkers tot netwerkzorg verplicht, maar vond dit niet nodig voor de ggz. Daarbij vergat zij: *'There is no health without mental health'*