

SGGG Memorandum 2023

De Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid (SGGG) is een forum van personen met psychische kwetsbaarheid, ervaringsdeskundigen, hun familieleden, zorgverleners, leden van zorgorganisaties, academici, vertegenwoordigers van beroepsfederaties en zorgkoepels. Zij hebben een gezamenlijk doel: een betere geestelijke gezondheid (szorg), vertrekkend van de noden van de patiënten. Zij zetten in op de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en doen voorstellen aan de beleidsmakers.

Sinds de lancering van de SGGG in 2019 en mede door de corona-epidemie is de aandacht voor geestelijke gezondheid bij de brede bevolking en bij de overheden sterk toegenomen. Ook de meeste politieke partijen hebben begrepen dat er een grotere bezorgdheid moet zijn. In de regeerakkoorden van 2020 vonden we dat thema frequent terug.

Voor een betere kwaliteit van zorg is meer geld een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde. Daarvoor is een algemene, wetenschappelijk onderbouwde **visie** nodig die een groter en beter aanbod uitbouwt dat toegankelijk en rechtvaardig is, beantwoordend aan de noden, en waarin samenwerking een kernbegrip is. Deze visie is jammer genoeg onvoldoende aanwezig. Er zijn de afgelopen jaren wel goede initiatieven geweest.

De Vlaamse overheid heeft onder meer campagnes gevoerd om psychische problemen bespreekbaar te maken en de schroom om hulp te vragen, te verminderen-

De federale overheid heeft onder meer 150 miljoen per jaar vrijgemaakt om de eerste lijn met psychologen en orthopedagogen te versterken en de opvang voor jongeren uit te breiden.

Alhoewel de Staten-Generaal dankbaar is voor deze initiatieven – elke zorgvraag die beantwoord kan worden, is winst – blijken de wachtlijsten nauwelijks te slinken, integendeel.

Ook de pijnpunten die we vier jaar geleden naar voren schoven, blijven, ondanks alle mooie beloftes en inspanningen, dezelfde:

- De financieringsmechanismen hebben perverse effecten
- Arm maakt ziek en ziek maakt arm
- De transitie van jeugd- naar volwassenenzorg en van volwassenen- naar ouderenzorg schiet tekort
- De wachtlijsten zijn nog aangegroeid

De nood is groot

Er zijn veel redenen om fors in geestelijke gezondheid te investeren.

Bijna een op de vijf (17,9%)¹ Belgen kampt met ernstige psychische problemen zoals een depressie, angststoornis of alcohol- of drugsverslaving.

21% van alle **disability adjusted life years** (jaren van ziekte plus verloren jaren door voortijdig overlijden) zijn te wijten aan neuro-psychiatrische aandoeningen (voor kanker is dit

¹ <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/mental-health/anxiety-and-depression>

19%)². De **suïcidecijfers** zijn nog steeds schrikbarend hoog (**6 per dag**)³.

Het grote aantal mensen met psychische problemen heeft een hoge kostprijs voor de maatschappij. De OESO (2018) raamt de kosten voor ons land op 20,7 miljard euro⁴. Dat is ruim vijf procent van het bruto binnenlands product. Naast gezondheidsuitgaven doen uitkeringen en een verminderde productiviteit en absenteïsme de economische kosten voor de maatschappij hoog oplopen.

15 beleidsaanbevelingen

Met alle betrokkenen heeft de Staten-Generaal nagedacht over ingrepen die noodzakelijk zijn.

1

Meer en beter. De capaciteit voor GGZ moet uitgebreid worden. Dit is de olifant in de kamer. Wachtlijsten⁵ zijn legio, ook voor kinderen, en dit is onaanvaardbaar; voor somatische zorg worden die terecht ook niet geduld. Een gegarandeerde toegankelijkheid is nodig, zoals die bestaat voor elke somatische aandoening. Dit vergt meer eerstelijnsopvang, meer eerstelijnspsychologen, meer psychiaters⁶, meer opvangplaatsen..., maar ook: betere diagnoses en indicatiestellingen, *minder lappendeken* en een betere organisatie van en meer samenwerking in de GGZ. Er is ook winst te maken door *overmet need* in de eerste, tweede en derde lijn te switchen naar *unmet need* met een betere afstemming tussen somatische, psychologische en sociale zorgverleners.

2

Een **efficiënt ggz-aanbod** moet gebaseerd zijn op de noden van de populatie. Tijdige, minder dure zorg voor meer mensen zal de levenskwaliteit van mensen met een psychische kwetsbaarheid verhogen en zal ook invloed hebben op de wachttijden, het psychofarmaca-gebruik en het aantal arbeidsongeschikten en uitkeringen. We adviseren om het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de opdracht te geven om een methode te

² Vooral door verlies aan kwaliteit door ermee te leven ipv eraan te sterven

<https://www.healthybelgium.be/en/health-status/burden-of-disease/disability-adjusted-life-years>

<https://www.healthybelgium.be/en/health-status/burden-of-disease/years-lived-with-disability>

<https://www.healthybelgium.be/en/health-status/burden-of-disease/years-of-life-lost>

³ <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health#MH-1>

<https://www.healthybelgium.be/en/health-status/mental-health/suicidal-behaviour>

<https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/cijfers-over-su%C3%AFcide-en-su%C3%AFcidepogingen/su%C3%AFcides-in-vlaanderen>

<https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/zelfmoordgedrag>

⁴ <https://www.oecd.org/health/mental-health-problems-costing-europe-heavily.htm>,

https://www.standaard.be/cnt/dmf20181122_03975492

⁵ Elk jaar erger, maar geen recente cijfers. ICT/innovatie in wachtlijsten is noodzakelijk in een netwerkbenadering

<https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health#MH-3>

⁶ 1,7/ 10 000 inwoners versus 2,5 gemiddeld in Europa <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health#MH-2>

ontwikkelen *om population mental healthcare* in de praktijk te brengen, rekening houdend met de Belgische context.

3

Er moet meer ingezet worden op **preventie** en op een **groter aanbod van diensten in de nulde- en eerstelijns**. *Selfcaremanagement, peer-to-peer*-initiatieven, lotgenotenorganisaties zijn initiatieven op de nulde lijn die nu al een leemte invullen, echter zonder veel ondersteuning. Zeker voor lotgenotenorganisaties is ondersteuning dringend nodig. (Huis)artsen en andere zorgverstrekkers moeten beter opgeleid worden in de bio-psycho-sociale visie en samenwerking⁷.

4

Opdat zorgvragers snel op de juiste plaats zouden terechtkomen is een goede **indicatiestelling** belangrijk met een wetenschappelijk onderbouwde indicatiestellingstool. De zgn. **Kruispunten** – vandaag nog altijd zonder financiering! – blijken hier een voortreffelijke rol in te kunnen spelen.

5

Geïntegreerde zorg is nodig en die vergt ook een **‘ontschotting van de zorg’** waarbij alle factoren en de impact van het lijden op alle levensdomeinen aangepakt worden vanuit één omvattend **zorgplan**. Op die manier vermijden we dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen gemiddeld 10-15 jaar vroeger overlijden bij gebrek aan aandacht voor hun somatische en sociale problemen.

6

We moeten ook vermijden dat **chronisch zieken** in stilte psychisch lijden omdat er enkel aandacht is voor hun lichamelijke noden, en dat **mensen in armoede** nog altijd lichamelijke, psychosociale en psychische zorg ontberen.

7

De **‘vermaatschappelijking van zorg’** is initieel een goede zaak, maar heeft ook nieuwe problemen geschapen: ze heeft ertoe geleid dat de residentiële en semi-residentiële zorgpopulatie een grotere zorgzwaarte vertoont zonder dat het personeel is uitgebreid. Een ander probleem is dat een deel van de ‘vermaatschappelijkte’ patiënten terechtkomt in een niet-specifieke setting zoals daklozenopvang, algemeen ziekenhuis of een gevangenis waar de nodige ggz-expertise ontbreekt. Algemeen is er trouwens een schrijnend tekort aan personeel met de gepaste kwalificaties zoals psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters, en huisartsen met een feeling voor geestelijke gezondheidsproblemen. De creatie van meer opleidingsplaatsen kan perspectief bieden. Maar wat ook nodig is: deskundigheidsbevordering over psychisch (dis)functioneren in alle zorgopleidingen.

⁷ Brief aan de rectoren en decanen vanuit SGGG

8

Niet enkel op vlak van zorg zijn psychische problemen jarenlang verwaarloosd; dit geldt ook op het gebied van **onderzoek** (zie advies Hoge Gezondheidsraad nr. 9667 dd augustus 2022). Een systematische wachttijdenregistratie opzetten vraagt studiewerk, maar heeft meteen ook praktische implicaties, omdat het toelaat de impact van beleidsaanpassingen te inventariseren. Om te komen tot *population mental health*, zijn er epidemiologische data nodig, maar ook cijfers over het zorggebruik. De bestaande datasets (IMA, MPG) vertonen te veel gaten. We adviseren aan het KCE een studie te vragen over hoe dit best wordt georganiseerd.

9

Het gebruik van **psychofarmaca** in ons land is te hoog en nog steeds stijgend⁸. Dat heeft o.m. te maken met de moeilijke toegang tot niet-medicamenteuze behandelingen. Je kan een arts moeilijk verwijten dat hij pillen voorschrijft als er een wachtlijst is van een half jaar bij de kinderpsycholoog. Anderzijds moet er ook ingezet worden op een betere toegankelijkheid van psychofarmaca die voor een deel van de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen noodzakelijk zijn, maar zeer duur. Ook moet worden geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering van alle zorgverleners inzake psychische zorg, zodat medicatie niet meer de evidente eerste keuze is bij mensen met psychische problemen.

10

Armoede is een belangrijke predictor van psychische problemen. Daarom is het essentieel dat het vervangingsinkomen de armoedegrens overschrijdt. In vergelijking met andere Europese landen scoren we hierop slecht⁹.

11

De expertise van **ervaringsdeskundigen en hun familie** is uniek en draagt bij aan de kwaliteit van de GGZ, in beleidsorganen, maar ook in de behandelteams in de nulde, eerste, tweede en derde lijn. Het uitwerken van een duidelijk kader met voldoende randvoorwaarden hiervoor is een noodzakelijke volgende stap.

12

Discriminatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid grijpt breder om zich heen dan velen zich realiseren. De discriminatie door verzekeringsmaatschappijen moet worden aangepakt. Dat de kosten van een psychiatrische opname niet opgenomen worden in de maximumfactuur, is ook een discriminatie die onmiddellijk moet verdwijnen. Daarnaast moet het statuut 'chronisch zieke' toegankelijker worden voor mensen met een psychische problematiek.

⁸ <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health#MH-6>

<https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations/medications/nervous-system/antipsychotics>
<https://www.healthybelgium.be/en/medical-practice-variations/medications/nervous-system/antidepressants>

⁹ <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/health-inequalities/inequalities-in-mental-health>

13

De 'GGZ van de toekomst' moet uitgebouwd worden met **alle stakeholders**. Dit vergt een volwaardige afvaardiging van de GGZ op alle niveaus: in het RIZIV, in federale, regionale en lokale niveaus. Dit geldt in het bijzonder voor ervaringswerkers en patiënten. Zij hebben unieke kennis die in het veld al op een groeiende erkenning kan rekenen; nu nog in het beleid.

14

Belofte maakt schuld: in Resolutie 1211 van de federale Kamer van 2/7/2020 is een groeipad opgenomen: tegen 2030 zou **12% van het federale gezondheidszorgbudget aan geestelijke gezondheidszorg** worden besteed. We werken graag mee aan het meerjarenplan dat de federale regering in haar regeerakkoord beloofde.

15

Tot slot kan de Staten-Generaal niet anders dan met veel nadruk signaleren dat de gedeelde en versnipperde bevoegdheden een zware extra hinderpaal zijn om de zorg goed te organiseren. Een **veréenvoudiging van de bevoegdheden** is hard nodig.

De SGGG staat klaar om mee te werken aan deze hervormingen én de implementatie ervan.

De Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid