



Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen

2013/9

02 | 07 | 2013

 MENSEN

 WELVAART

 BESCHERMING

“The doctor’s words made me understand what happened to me was a dark, evil, and shameful secret, and by association I too was dark, evil, and shameful. While it may not have been their intention, this was the message my clouded mind received. To escape the confines of the hospital, I once again disassociated myself from my emotions and numbed myself to the pain ravaging my body and mind. I acted as if nothing was wrong and went back to performing the necessary motions to get me from one day to the next. I existed but I did not live.”

Alyssa Reyans, Letters from a Bipolar Mother

PIETER VAN HERCK,
Senior Fellow Itinera Institute

IVAN VAN DE CLOOT,
Chief Economist Itinera Institute

Met dank aan Ken De Marie,
Yasmine Hufkens, Sofie Lauwers
en Lies Verbauwhede voor hun
bijdrage tot de voorbereiding van
deze analyse.

Inleiding

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is een domein van welzijn en gezondheid dat in België relatief onderbelicht blijft. De mediakoppen zoemen soms in op hoge zelfmoordcijfers in ons land of de toestand waarin geïnterneerden al dan niet zorg ontvangen. Echter, de objectieve feiten en cijfers komen weinig aan bod. Laat staan dat de beleidsuitdagingen en eventuele oplossingen binnen de GGZ gekend zijn bij het brede publiek. Het psychisch en mentaal welzijn van een bevolking en van elk individu is echter één van de meest determinerende factoren van geluk, welvaart en vooruitgang. Itinera brengt daarom in dit rapport de huidige toestand van de GGZ in kaart. We kijken over de grenzen heen naar de praktijk in andere landen, identificeren best practices en formuleren beleidsaanbevelingen om de GGZ klaar te stomen voor de (nabije) toekomst. Op basis van ruim 40 interviews met kernactoren binnen de GGZ, een interactieve focusgroep en brede literatuurstudie onderzoeken we de gezondheid van de systemen en organisaties die ons psychisch welzijn bewaken en verbeteren. Uiteraard kijken we hierbij niet enkel naar de 'klassieke' GGZ, maar ook naar het ruimere kader van de samenleving als geheel.

Voorkomen en impact van psychisch onwelzijn en stoornissen

Sommige auteurs en opiniemakers stellen dat de evolutie van de samenleving in toenemende mate druk zet op ons psychisch welzijn. Hierbij wordt verwezen naar een sterke individualisering met inkrimping van sociale netwerken, andere gezinssamenstellingen, toenemende verwachtingen en flexibiliteit, de vermenging van culturen,

toenemende armoede en ongelijkheid bij werklozen, alleenstaanden, etc. Volgens deze perceptie vereist de samenleving dat alles en iedereen steeds beter en meer presteert en vervreemden we hierdoor soms van onszelf. De vraag is echter of deze visie op de samenleving en ons psychisch welzijn klopt. In elk geval is het zo dat er verschillende lezingen mogelijk zijn van die evoluties. Om de subjectiviteit van deze discussie te doorbreken, zetten we een aantal cijfers en vaststellingen op een rij.

Doorheen diverse bevestigingen blijkt dat ongeveer 26% van de Belgen zich slecht in zijn vel voelt. Als je willekeurig 3 Belgen rond een tafel plaatst, zal gemiddeld één van hen doorheen zijn leven ooit geconfronteerd worden met een psychische stoornis. Dit zijn hoge en confronterende cijfers, maar België bevindt zich hiermee in de internationale middenmoot. Gelijkaardige cijfers worden ook in de meeste andere landen vastgesteld.

Wetenschappers spreken elkaar onderling tegen als het gaat over de vraag of deze cijfers al dan niet een stijgende lijn kennen. De WHO bijvoorbeeld spreekt over een opkomende epidemie van psychische problematiek. Volgens de OESO is er echter geen stijging. Beiden hebben wellicht deels gelijk. Sommige elementen wijzen op een stijging: (1) De toenemende levensverwachting en vergrijzing leidt ertoe dat het aantal personen met dementie verdubbelt tegen 2030 en verdrievoudigt tegen 2050. Elke vier seconden komt er een nieuwe patiënt met dementie bij. (2) Er is een duidelijke relatie tussen psychisch onwelzijn en de impact van de diepe economische crisis waarin we ons momenteel bevinden. De crisis kent haar uitwassen in werkloosheid, armoede, onzekerheid, discriminatie/ongelijkheid, geweld, druk en stress, een stijging van zelfdodingen en ziekteverzuim. Het psychisch welzijn op het werk gaat er in België duidelijk ook op achter-

uit, vooral bij laaggeschoolden (OESO, 2013). We leven dus inderdaad in psychisch belastende tijden. Het aantal gedwongen opnamen is met 42% gestegen tussen 1999 en 2008, nog voorafgaand aan de crisis (KCE, 2013). Recent, in de periode 2004-2008, kennen we een stijging van 10% in aantal opnamen in de psychiatrische ziekenhuizen, vooral in Vlaanderen, hoewel de opnamen in psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ) een dalend patroon vertonen (RIZIV, 2012).

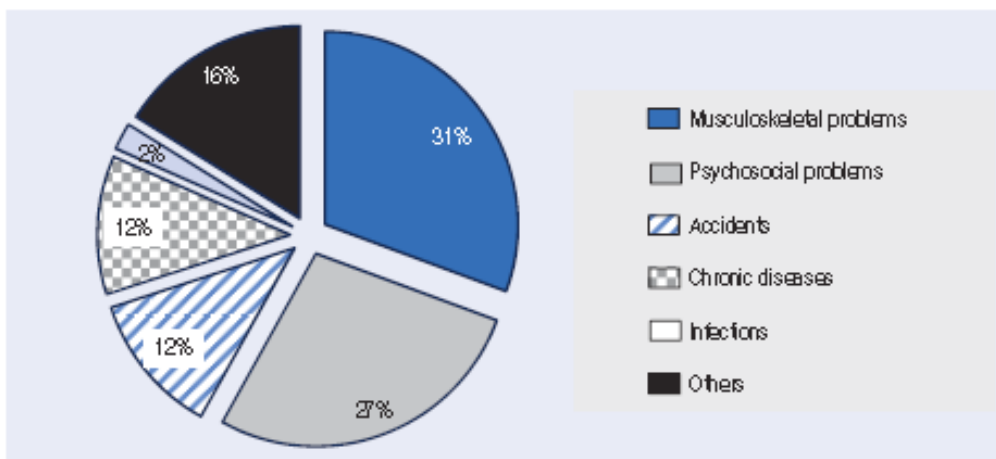
Echter, de OESO heeft evenzeer gelijk als de WHO, omdat een groot aandeel van de stijgende vraag naar GGZ verklaard wordt door een betere detectie van de problematiek en het beter invullen van de zorgbehoefte in vergelijking met het verleden. Dit is mede het gevolg van een betere kennis en aanbod, sensibilisering via de media en de toenemende mondigheid en verwachtingen van de burger. Tegenover de druk van de samenleving kan dus ook de (positieve?) druk van het individu geplaatst worden om de zorgbehoeften in te vullen. Deze tweede zienswijze beschouwt een deel van de toenemende cijfers in voorkomen dus eerder als een succesverhaal dat we zouden moeten toejuichen in plaats van vooropstellen als een duister doembeeld van de samenleving. We bereiken met de GGZ steeds meer mensen die er nood aan

hebben. Zoals we verder zullen zien, hebben we op dat punt nog een hele weg af te leggen, wat de stelling van de OESO bijkomend onderbouwt.

De impact van psychisch onwelzijn op individu en samenleving is groot. Psychische stoornissen staan, na cardiovasculaire aandoeningen, op de tweede plaats met 19,5% van alle gekende 'burden of disease'. In de meest ontwikkelde landen wordt met 25% nu reeds de eerste plaats ingenomen. Psychische aandoeningen weerspiegelen 40% van alle geleefde jaren met beperkingen. Depressie is met 13,7% de eerste oorzaak van chronische zorg. Dementie is de vijfde oorzaak van chronische zorg.

Psychische stoornissen staan met 34% op nummer 1 als oorzaak van invaliditeit, met depressie, alcohol en dementie in de top 10. 27% van het ziekteverzuim boven 15 dagen kent een psychische oorzaak. Psychisch onwelzijn is mede verantwoordelijk voor 25% van alle uitkeringen voor werkonbekwaamheid. Het presentisme, met een lagere productiviteit op het werk, is in België op vijf jaren tijd bijna verdubbeld bij mensen met een matige psychische aandoening (OESO, 2013). Hierdoor is België over het Europese gemiddelde gesprongen. Psychiatrische patiënten kennen gemiddeld een 15 jaar lagere levensverwachting, hoofdzakelijk als gevolg van lichamelijke oorzaken.

Causes of sickness absences of 15 days or longer among employees in Belgium, 2004-06



Bron: OESO, 2013

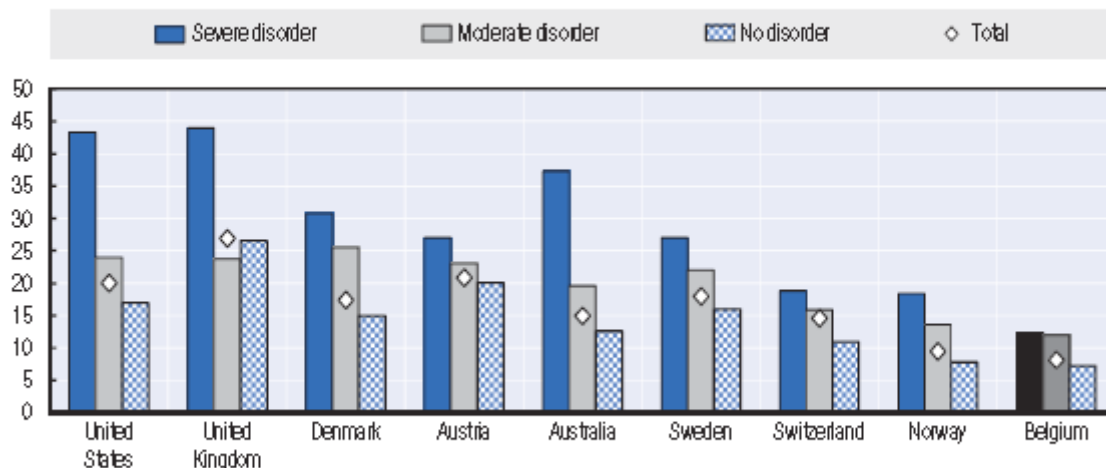
Een belangrijk feit is dat psychische aandoeningen gemiddeld gezien op de leeftijd van 14 jaar tot stand komen. Driekwart van de aandoeningen, zoals middelenmisbruik en angststoornissen, ontstaan voor de leeftijd van 24 jaren. Enkel stemmingsstoornissen, zoals depressie, kennen een breder patroon doorheen de volledige leeftijdspiramide. Psychische aandoeningen zijn vaak persistent en recurrent. Bovendien komen deze aandoeningen vaak gecombineerd voor. Hierbij speelt er een sterke intergenerationele component: 30 tot 70% van de kinderen van ouders met een psychische stoornis, ontwikkelen zelf een psychische stoornis. Opvallend is ook dat meer dan 90% personen die overgaan tot zelfdoding vooraf leden aan een psychische stoornis. Bijna de helft van hen werd reeds voordien behandeld. Zelfdoding is dus meestal geen losstaand of geïsoleerd fenomeen.

Een laatste belangrijke vaststelling is de duidelijke relatie met de socio-economische status. Studies van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin tonen aan dat 72% van de personen die beroep doen op een OCMW of CAW een toestand

van psychisch onwelbevinden ervaren. 58% van hen kent een milde depressiviteit. 36% ondernam reeds een poging tot zelfdoding, en 20% doet beroep op de GGZ. Dit zijn veel hogere cijfers dan bij personen die geen beroep doen op sociale ondersteuning. Er is bovendien een relatie tussen het kunnen rondkomen met je inkomen en de kans op het ontstaan van depressie. Omgekeerd kennen psychiatrische patiënten een hoger risico op armoede. Deze relatie is voor België in positieve zin minder uitgesproken dan wat de OESO vaststelt in andere landen. We zitten hier met een 'kip of ei' verhaal: Heeft de socio-economische status impact op het psychisch onwelbevinden of vice versa. Heel waarschijnlijk is er sprake van een wederzijdse relatie in beide richtingen wat aanleiding kan geven tot een vicieuze cirkel van achteruitgang. De bezorgdheid om een GGZ en samenleving van twee snelheden is dus terecht, maar als land doen we het op dit punt beter in termen van sociale bescherming dan vele andere landen.

People with a mental disorder have a larger poverty risk

Poverty risks for people with a severe, moderate or no mental disorder, latest year available



Bron: OESO, 2013

Vraag en aanbod in de GGZ

Er bestaat in alle landen een behandelingskloof tussen de zorgbehoefte en de invulling daarvan door de GGZ. Tegenover heel wat ernstige aandoeningen staat geen zorg: 17% van de psychosen, 45% van de depressies en ruim 60% van de angststoornissen blijft volledig onbehandeld. Internationaal schat de OESO dat 80% van de personen met een zorgbehoefte geen enkele zorg ontvangen. Bij ernstige aandoeningen ontvangt slechts de helft van de personen zorg.

België doet het hierbij iets beter dan het Europese gemiddelde, maar de kloof is nog steeds groot. Opvallend genoeg is er typisch een periode van meer dan 10 jaren tussen de aanvang van de aandoening en het eerste contact met de GGZ. De opstart van professionele zorg komt vaak veel te laat: gemiddeld 1 jaar te laat voor stemmingsstoornissen, 16 jaren te laat voor angststoornissen en 18 jaren te laat voor middelenmisbruik. Hierdoor kennen patiënten een verhoogd risico

op de noodzaak van een levenslange behandeling (OESO, 2013).

Deze onderbehandeling is het gevolg van een cascade van barrières. Slechts 1 op 3 personen zoekt professionele hulp. Het is bijvoorbeeld illustratief dat binnen welzijnszorg slechts 9% zijn psychische problemen bespreekt. 31% weet niet waar ze hulp kunnen vinden. 15% zoekt geen hulp omwille van het prijskaartje. 32% stelt het zoeken van hulp uit omwille van financiële redenen. De GGZ in België wordt desondanks algemeen als vrij betaalbaar beschouwd, met een goede dekking. De OESO stelt bijvoorbeeld dat slechts een minderheid van degenen met een zorgbehoefte zich deze financieel niet kunnen veroorloven. Echter, aanvullende verzekeringen sluiten de behandeling van psychische aandoeningen vaak uit. Ook de basisdekking van psychotherapie is en blijft een probleem in ons land, zoals we verder zullen zien.

De volgende barrières binnen de cascade bevinden zich bij de diagnose en behandeling zelf. Van

degenen die hulp zoeken, krijgt één vijfde geen behandeling. Op dit niveau doen er zich problemen voor bij de diagnosestelling van depressie, dementie, etc. Er zijn ook problemen van adequate doorverwijzing, omdat de eerstelijnscontacten vaak zelf een geringe vertrouwdheid hebben met de GGZ, een te groot exclusief belang hechten aan medicatie en geconfronteerd worden met wachtlijsten. Ook de OESO bevestigt dat de doorverwijzingsmechanismen in België onvoldoende zijn ontwikkeld.

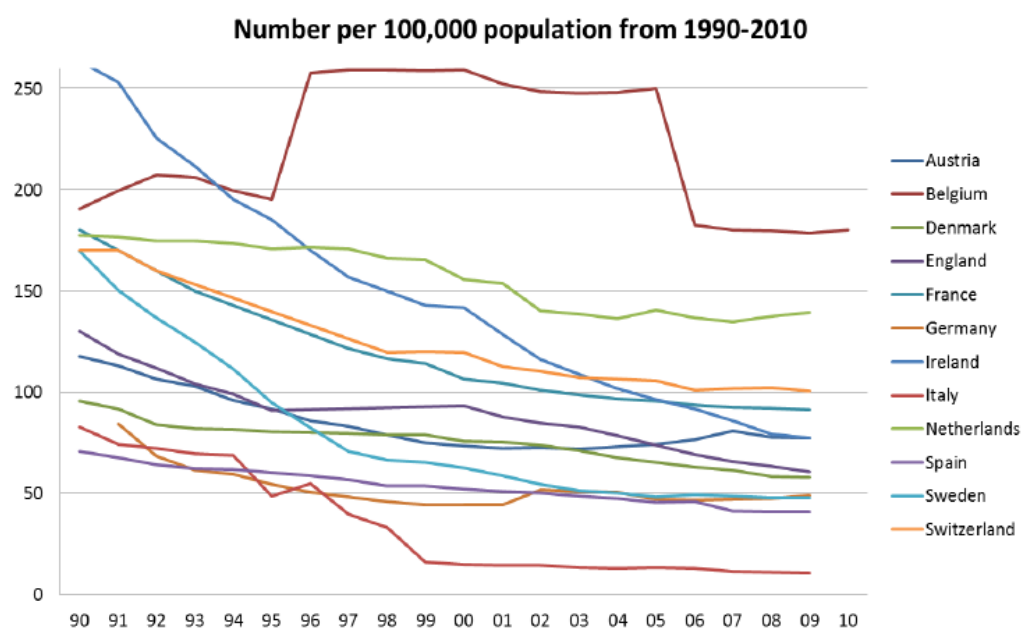
Stigmatisatie blijft een bijkomende, niet te verwaarlozen rol spelen bij elke barrière in deze cascade. Een recente enquête van Test-aankoop kwam tot de conclusie dat 1 op de 10 Belgen psychotherapie iets voor zwakkelingen vinden. Ook professionals zelf, zoals huisartsen, hebben soms nog het geloof dat depressies bij ouderen 'gewoon' zijn.

Van degenen die wel zorg ontvangen, ontvangt slechts de helft de gepaste zorg. Vooral bij angst en depressie, met de grootste ziektelast, stellen de OESO en de WHO zulke tekortkomingen vast.

In België ziet 46% van de personen met een ernstige aandoening een arts, maar krijgt geen medicatie noch therapie. 25% krijgt enkel medicatie en 3,8% enkel therapie. De voorkeur voor medicatie boven therapie is deels ook kostengedreven. Psychotherapie door psychologen is vaak enkel aanvullend gedekt in de behandeling van kinderen, soms op voorwaarde van doorverwijzing en soms gepaard gaand met een beperkte keuze. De 'en en' benadering van medicatie en therapie, die de norm zou moeten zijn, komt niet overeen met de realiteit.

De lange wachttijden, die kunnen schommelen van een maand tot een jaar, worden ook door de overheid bevestigd. De traditionele GGZ structuren in België (psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ, crisiscentra (EPSI), centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), centra voor algemeen welzijn (CAW), psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en beschut wonen) zijn momenteel grotendeels verzadigd. Het aanbod is hierbij op ongelijke wijze geografisch gespreid, met dus een discriminerend effect afhankelijk van in welke regio men hulp zoekt.

Psychiatric Beds



Bron: European Health for All Database (HFA-DB), 2012

Er zijn te weinig en te gelijkvormige alternatieven van residentiële behandeling, ondanks het feit dat hier al tientallen jaren aan wordt gewerkt. Psychiatrische thuiszorg is na vele jaren nog steeds een 'project'. De Belgische GGZ is nog te zeer gericht op een reactieve benadering van 'branden blussen' in plaats van preventief en bij eerste ontstaan van psychisch onwelzijn tussenbeide te komen. De huidige GGZ is in de eerste plaats gericht op de personen met een ernstige psychische aandoening. De vaak voorkomende stoornissen ('common diseases') bereikt men minder en komen slechts gefragmenteerd aan bod in de zorg. De huidige focus weerspiegelt hierdoor een inefficiënte inzet van middelen.

De Belgische GGZ is nog steeds hospitalocentrisch uitgebouwd. Na Japan kent België het hoogste aantal psychiatrische bedden ter wereld.

De gerapporteerde cijfers variëren van 152 tot 180 bedden per 100.000 inwoners (WHO, 2008; 2012; OESO, 2012). In andere landen treft men eerder 100 bedden per 100.000 inwoners aan. We merken op bij bovenstaande figuur dat de weergegeven daling in 2005 enkel een herdefiniëring van de Belgische definitie van een psychiatrisch bed betreft. Deze correctie was deels terecht, met exclusie van beschut wonen, maar deels ook bediscussieerbaar, wat betreft de exclusie van PVT's uit de berekening.

Het KCE heeft in 2008 bevestigd dat 79% van de opnames in A en T bedden terecht komen. Velen hiervan bevinden zich niet op hun plaats, vermits de zorgbehoefte ook op niet-residentiële basis ingevuld zou kunnen worden. Een hogere leeftijd, lagere opleiding en lagere socio-economische status worden hierbij geïdentificeerd

als opmerkelijke risicofactoren. 13.000 patiënten verbleven in 2003 minstens een jaar in een residentiële setting, waarvan 36% in een T bed. Eén op drie van de patiënten in deze subgroep kent een verblijf van ruim 6 jaren. In PVT's verblijft 60% van de patiënten meer dan 6 jaren. Het KCE kwam dan ook tot de conclusie dat het aanbod de behoeften niet dekt en er niet inhoudelijk op is afgestemd. Integendeel, de huidige langdurige residentiële opname oefent zelfs een negatieve invloed uit op re-integratiekansen in de samenleving. De nadruk ligt nog teveel op heroriëntatie binnen het zorgaanbod in plaats van op re-integratie.

De beleidsmakers hebben deze boodschap goed begrepen en wensen in de eerstvolgende jaren terecht in te zetten op de vermaatschappelijking van de zorg, binnen de eigen omgeving van de patiënt en zijn leefwereld. Dit krijgt gestalte in de vorm van de uitbouw van artikel 107 netwerken. Er zijn reeds veel inspanningen, initiatieven en projecten geweest. De psychiatrie staat zeker niet stil. Echter, in vergelijking met andere landen is de heroriëntatie van de GGZ teleurstellend traag verlopen en allesbehalve afgerond. De keuzes gemaakt in het verleden tonen aan dat men voortdurend met deze kwestie heeft geworsteld. De tweede reconversiefase van bedden eind de jaren 90 ging bijvoorbeeld gepaard met een stijging in plaats van een daling van bedden, in tegenstelling met de evolutie in alle andere landen. De CGGs zijn vroeger gefuseerd in Vlaanderen van 80 tot ongeveer 20 centra, hoewel dit op dit moment bij vele experten als weinig consistent overkomt met de huidige uitbouw van een groter aantal artikel 107 netwerken.

De laatste serieuze daling van het aantal bedden is geleden van begin de jaren 90 toen er 6000 bedden werden afgebouwd. Dit getreuzel heeft zich weinig of niet voorgedaan in andere wes-

terse landen, hoewel de afbouw elders soms te drastisch plaatsvond zonder creatie van alternatieven. Artikel 107 biedt hier conceptueel een goed antwoord op, met een verschuiving van de zorg, een betere coördinatie, en een inhoudelijke intensifiëring van de zorg. Tezelfdertijd betreft het nog steeds een vrijwillig engagement, hoofdzakelijk aangestuurd als initiatief vanuit een psychiatrisch ziekenhuis. PAAZ en EPSI springen minder op de kar, omdat ze de huidige bedden hard nodig hebben en dus niet kunnen omvormen. Er is geen visie op en integratie van de capaciteit van de meer klassieke ambulante zorg (CGGs, poliklinieken, privépraktijken) in artikel 107. Nochtans zouden ze allen een cruciale rol moeten spelen binnen netwerkvorming. Voor kinderbehandeling wordt er geen artikel 107 toegepast, omdat er gezien de wachtlijsten voor hen absoluut geen bedden kunnen worden gesloten. Zulke voorbeelden illustreren de te rigide aanpak die momenteel nog niet heeft geleid tot de gewenste resultaten. De verschuiving naar extramuraal verloopt veel te traag. Men is er reeds 25 jaren mee bezig en staat nog niet veel verder.

De aanklacht van een te reactieve en residentiële benadering mag niet verkeerdelijk begrepen worden als een zuiver pleidooi om alles in te zetten op de jongere leeftijdsfasen van de patiënt. Andere doelgroepen verdienen ook specifieke beleidsaandacht. De ouderenteams in de CGG bijvoorbeeld kunnen slechts 4% van hun personeel inzetten voor 24% van hun totale doelgroep, tenzij ze andere budgetten hiervoor overhevelen. Preventie omvat echter ook secundaire en tertiaire preventie. Migranten zijn een andere toenemende doelgroep die momenteel onderbehandeld wordt in de GGZ. Een gebrek aan gerichte kennis en competenties in de eerste lijn, culturele aspecten en financiële redenen spelen hierbij een rol.

Eén van de meest urgente noodzaken in de GGZ is de verdere uitbouw en professionalisering van de forensische psychiatrie. In tegenstelling met het algemeen hoge aantal bedden, zijn er momenteel slechts een drietal bedden per 100.000 inwoners voorzien voor delinquenten met een psychische problematiek. België bevindt zich op dit punt in de staart ten opzichte van andere landen, met ongeveer 10 jaren vertraging. De toestand van geïnterneerden in gevangnissen is uiterst zorgwekkend in termen van verwaarlozing van het recht op zorg. België is voor deze kwestie al meermaals internationaal juridisch veroordeeld.

De Belgische GGZ is vandaag een ondoorzichtig kluwen van verschillende lijnen, met vaak overlappingsen, en dikwijls weinig of geen onderlinge samenwerking. Instellingsoverschrijdende zorgprogramma's, in de vorm van wederzijdse complementaire zorg, zijn en blijven nog teveel dode letter. De niet homogene bevoegdheidsverdeling tussen overheden en de verzuiling van sommige delen van de sector maken het geheel er niet gemakkelijker op. Net zoals de ouderenzorg wordt ook de GGZ geconfronteerd met regelgeving doorheen diverse sectoren die eerder remmend dan stimulerend werkt. Een voorbeeld hiervan is de heel strikte normering van huisvestingsregels die van toepassing zijn op beschut wonen en de mismatch tussen vraag en aanbod versterken.

Samenvattend kunnen we als aanbevelingen voor het GGZ aanbod stellen dat er meer aandacht nodig is voor de vaker voorkomende en zelfs nog niet gedetecteerde psychische aandoeningen, zoals ook de OESO vooropstelt. De WHO heeft in het verleden zelfs gepleit voor een volledige sluiting van alle psychiatrische ziekenhuizen als lange termijn doelstelling, met een vervanging door zorg in algemene ziekenhuizen (zoals bijvoorbeeld in Zweden), lokale gemeen-

schapscentra, thuiszorg, etc. Zo ver moet men wellicht niet gaan. Vraag is ook of zulke doelstelling realistisch is. De psychiatrische bedden in België zouden echter op korte termijn verder effectief moeten worden afgebouwd tot 100 bedden per 100.000 inwoners, met geografische herverdeling waar nodig. Dit omvat een reductie van ruim één derde van de bestaande bedden. Een deel van de vrijgekomen capaciteit kan ook herbenut worden voor de dringende noden in de forensische zorg, de jeugdzorg, de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Het is ietwat absurd dat de gehele sector en de beleidsmakers zitten te wachten op de voltooiing van sterk beveiligde detentiecentra met specifieke zorg voor gedetineerden, als we weten dat er in feite zulk hoog percentage van de bestaande plaatsen zou moeten herbestemd worden. De ambitie van 11% beddenreconversie met de verdere invoering van artikel 107 schiet in het licht van de gehele context tekort. Een nieuwe reconversie van 6000 bedden zou meer op zijn plaats zijn.

Net zoals in andere zorgsectoren geven heel wat betrokken actoren aan dat de financiële prikkels en de verstremgeling met vastgoedoverwegingen een rem zijn op de gewenste evolutie. Dit brengt ons bij de kosten en financiering van de GGZ.

Kosten en financiering van de GGZ

De GGZ weerspiegelt ongeveer 6,1% van alle middelen besteed aan gezondheidszorg. Internationaal variëren zulke uitgaven van 3% in sommige Oost-Europese landen tot meer dan 10%. Dit laatste cijfer is geldig in onze buurlanden. België besteedt dus opvallend weinig middelen aan GGZ. Dit is een vreemde keuze als je weet dat de globale kostprijs van alle gevolgen van psychisch onwelzijn geschat worden op 3,5

tot 4% van het BBP. De werkelijke kosten zitten hem dus niet zozeer in de gebouwen en het personeel van de zorg zelf, maar veel meer in werkloosheid, ziekteverzuim en productiviteitsverlies. Frans onderzoek wees uit dat elke geïnvesteerde euro in de GGZ bijna het dubbele kan opbrengen. Volgens de European Psychiatric Association loopt dit voor preventie zelfs op tot 6 euro per geïnvesteerde euro, indien men hierbij evidence based werkt. Zelfs gezaghebbende tijdschriften zoals de Lancet klagen aan dat een nog steeds heersend taboe de beperkte inzet van middelen versterkt. Dit leidt volgens hen tot schaarste, ongelijkheid en inefficiëntie. 80% van de middelen gaan naar residentiële zorg en slechts 20% naar alternatieven. Het feit dat het budget van de psychiatrische ziekenhuizen tussen 2003 en 2011 met 48% gestegen is, doet de wenkbrauwen fronsen. Dit lijkt erop te wijzen dat de bijkomende middelen worden opgeslorpt door de meest verouderde structuren.

Naast allocatieve zitten er ook technische inefficiënties in het huidige GGZ systeem. Het klopt dat psychische zorg vaak langdurig is. De helft van de patiënten is langer dan een jaar in behandeling. Ook bij de CGG betreft dit gemiddeld 427 dagen. Residentieel kan men hierbij spreken van een te lange verblijfsduur. Deze is gemiddeld 69 dagen en het hoogste in Vlaanderen. Dit cijfer neemt traag af, maar is nog steeds veel hoger dan de internationaal gemiddelde verblijfsduur van 21 dagen voor depressie, 33 dagen voor dementie en 38 dagen voor schizofrenie. Het financieringssysteem van algemene ziekenhuizen werd reeds 10 jaren geleden aangepast om een meer verantwoorde verblijfsduur te stimuleren, met de beoogde verschuivingen tot gevolg. Echter, bij psychiatrische ziekenhuizen werd dit systeem niet ingevoerd. De financiële toestand van een psychiatrisch ziekenhuis wordt nog steeds bepaald door de verouderde criteria van

aantal bedden, bezettingsgraden en een quotumsysteem. Ook de match tussen het budget en de reële uitgaven is hierbij in toenemende mate zoek. Het gevolg van dit alles is een hardnekkige financiële prikkel om patiënten zoveel en zo lang als mogelijk in een 'bed' te houden. In andere landen zoals Australië, Canada (Ontario), Nederland en de VS heeft men ook in de GGZ wel reeds de overstap gemaakt naar DRG gebaseerde systemen van verantwoorde dagen en uitgaven per casemix. Een gelijkaardige uitrol vindt plaats in Duitsland, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, etc.

Gelijkaardige ongewenste prikkels in de Belgische GGZ treffen we aan bij de individuele zorgverstrekkers. De toezichtshonoraria van psychiaters zijn hier een goed voorbeeld van. Zulke vormen kunnen gepast zijn, maar verstoren momenteel het evenwicht met de vergoedingen in alternatieve zorgvormen. De financiering bevoordeelt in sterke mate de residentiële zorg. De prikkels zitten dus niet juist langs de kant van de aanbieders van zorg. Itinera heeft de noodzakelijke hervormingen in de richting van een nieuw business model uitvoerig beschreven in een afzonderlijk rapport dat integraal toepasbaar is op de GGZ (Itinera, 2013). Hierbij is een veel sterkere financiële focus op kwaliteit van zorg en netwerkvorming op zijn plaats. Besparingen ten gevolge van kwaliteitsverbeteringen komen momenteel veel later in het leven in andere sectoren terecht. Financieringsmechanismen zoals pay for performance, shared savings, accreditatieboni, best practice payment, bundled payment en global payment dienen na de initiële invoering van kwaliteitsindicatoren ook in de GGZ uitgetest te worden.

Middelen worden op termijn best meer intersectoraal ingezet met een systematische co-financiering om samenwerking en integratie te ondersteunen. Ook de financiers zelf, waaronder de

ziekenfondsen, dienen financieel geresponsabiliseerd te worden voor dezelfde set van kern-doelstellingen waar het in de opdrachten van de GGZ naar de patiënt toe werkelijk over gaat.

Een groot aandeel van de werkelijke kosten komen vaak elders terecht. Dementie is hier een goed voorbeeld van met 15% directe medische zorgkosten, 40% formele niet-medische zorgkosten en 45% informele zorgkosten voor de patiënt en familie. Opvallend genoeg kunnen we enkel vaststellen dat ook langs deze vraagzijde de prikkels niet juist zitten. Alternatieve zorgvormen in de GGZ kennen ongeveer een dubbele eigen bijdrage van de patiënt in vergelijking met de residentiële zorg. Na een vaak langdurige behandeling met inkomensverlies, blijvende dagdagelijkse rekeningen te betalen thuis in combinatie met de opname, en het ontvangen van een uitkering die enkel de basisbehoeften dekt, komt de patiënt in een alternatieve zorgvorm terecht met een veel hogere eigen bijdrage. Dit fenomeen geeft aanleiding tot een GGZ met twee snelheden, is armoedebestendig en geeft aanleiding tot het ontstaan van draaideurpatiënten die steeds opnieuw dienen opgenomen te worden. Het is duidelijk dat ook het eigen bijdrage systeem in de GGZ grondig dient hervormd te worden. 'Value based insurance design' en andere financiële innovaties kennen ook een plaats in de GGZ. Op zijn minst dienen de huidige perverse prikkels geneutraliseerd te worden, zodat het gebruik van alternatieven gelijkwaardig of nog meer gestimuleerd wordt, afhankelijk van de ernst van ziekte en afhankelijk van het inkomen van de patiënt. Ook de ondersteuning van mantelzorg, zowel financieel als via ontlasting en vaardigheden, doet de institutionalisering afnemen.

Personeelsinzet in de GGZ

De patiënt met een al dan niet uitgesproken hulpvraag komt meestal eerst in contact met de huisarts. Zoals we reeds illustreerden met de cascade van barrières, is er op dit punt ruimte voor verbetering (OESO, 2012; 2013). Ondanks het relatief hoge voorkomen van psychische aandoeningen in de huisartspraktijk, is er onvoldoende training en kwalificatie voorhanden om met de complexiteit van deze materie om te gaan. Volgens experts zou bijvoorbeeld slechts één vierde van de huisartsen een solide opleiding hebben ontvangen over zelfmoordpreventie, ondanks de confronterende prevalentiecijfers in België. Andere experts trekken dit dan weer in twijfel en wijzen op de gerichte inspanningen in de huidige huisartsenopleiding. Een studie van de Koning Boudewijn Stichting toont aan dat de patiënten zelf een betere opleiding van hulpverleners als prioritair beschouwen. Zorgverstrekkers moeten volgens de ervaringsdeskundigen meer leren hun eigen referentiekader te overstijgen. Velen doen daarom een oproep tot de verdere uitbouw van de functie van eerstelijnspsychologen, zoals men dat bijvoorbeeld kent in Nederland. Dit zit op beleidsniveau momenteel nog in een projectfase. Algemeen dient de overgang ondersteund te worden van een algemeen-medisch model naar een meer specialistisch en interdisciplinair model.

Het beroep van psychiaters in ons land kent een relatief beperkte instroom, met 8% in opleiding ten opzichte van 15% in opleiding in andere medische specialismen. Echter, België kent met 17,7 tot 23 psychiaters per 100.000 inwoners een cijfer dat matig tot hoog boven het EU gemiddelde ligt, afhankelijk van de inclusiecriteria van het beroep. In andere landen schommelt het aantal psychiaters tussen de 10 en 20 per 100.000 inwoners (Hermans et al, 2012;

OESO, 2011; WHO, 2008). In vergelijking is dit in België geen slecht startpunt om toekomstige stijgingen van de zorgbehoefte op te vangen. Echter, de sterk aangeklaagde overbelasting van psychiaters heeft dus wellicht meer te maken met de taken en rollen die de medici dienen op te nemen in vergelijking met andere landen. Ook hier zien we dat psychologen in België een veel bescheidener rol hebben. De functie van 'klinisch psycholoog' is niet erkend, noch wettelijk beschermd. Hetzelfde geldt voor 'psychotherapeut'. Enerzijds zet dit de deur open voor eender wie, zonder kwaliteitsgaranties. Anderzijds zorgt dit ervoor dat een groot human resource potentieel onderbenut blijft in vergelijking met andere landen. Dit systeem wordt bijkomend in stand gehouden door psychotherapie enkel terug te betalen indien verleend door een psychiater. Het is evident dat dit dient uitgebreid te worden, binnen de noodzakelijke kwaliteitsgaranties, zoals dit reeds het geval is in vele andere landen.

De vaststellingen bij huisartsen en psychiaters dwingen de medische beroepsgroep en de overheid ertoe om de overstap in te zetten naar een andere identiteit en rollen. Deskundigheidsbevordering zou meer systematisch en verplicht geïntegreerd moeten worden in de basisopleiding van alle artsen. De titels van psychotherapeut, klinisch psycholoog, seksuoloog, orthopedagoog, etc. dienen erkend te worden. Itinera beveelt ook aan om de mobiele teams in het kader van artikel 107 meer autonomie en verantwoordelijkheid te geven. Andere landen staan voor op België om met innovatie van zorgberoepen de diverse barrières specifiek het hoofd te bieden. Het feit dat prille experimenten qua meer flexibele en geïntegreerde samenwerking, zoals de inzet van zelfstandige psychologen bij CGG initiële spanningen en weerstanden oproept, is geen reden om het roer om te gooien.

In de beschrijving van de personeelsinzet in de GGZ mogen we ook de vele verpleegkundigen en andere zorgberoepen niet over het hoofd zien die een heel cruciale schakel vormen in de zorgverlening. Ook hier gelden dezelfde principes van taakverschuiving en functiedifferentiatie om de GGZ beroepen voor te bereiden op de uitdagingen van de toekomst. Gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen een veel belangrijkere rol opnemen. De personeelsturnover is gemiddeld 20% in de GGZ, maar kan in sommige organisaties oplopen tot 60%. Recent hebben deze cijfers die van de acute niet GGZ sector overschreden.

Kwaliteit van preventie, diagnose en behandeling in de GGZ

Naast de reeds beschreven onderbehandeling en soms inadequate behandeling, is het vooral het hoge aantal zelfdodingen en het hoge gebruik van psychofarmaca in vergelijking met andere landen die in het oog springen.

Het aantal zelfdodingen is gelijk aan respectievelijk 17, 24 en 14 zelfdodingen per 100.000 inwoners in Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Vlaanderen bevindt zich hiermee 1,5 keer hoger dan het Europese gemiddelde. België zit met drie zelfdodingen per dag in de top drie van Europa. Vlaanderen illustreert echter in positieve zin dat een state-of-the-art plan van beleidsaanpak vruchten kan afwerpen. De vooropgestelde daling van 8% in het eerste suicidepreventieplan werd goed gehaald. Momenteel wordt er een cijfer van 20% daling vooropgesteld als positieve ambitie. Vlaanderen kent hiermee een dalende trend, terwijl Wallonië, waar de nood het hoogst en zelfs stijgend is, opmerkelijk weinig gerichte initiatieven neemt. Communautair gekrakeel mag

in zulke prioritaire materie niet ten koste gaan van de volksgezondheid.

Bovenstaande vaststelling mag echter geen eenzijdig beeld oproepen van de kwaliteit van zorg doorheen de diverse regio's. Hoewel België als geheel zich op het Europese gemiddelde bevindt, kent Vlaanderen een opvallend hoog cijfer van aantal heropnames binnen 30 dagen in psychiatrische ziekenhuizen: 25% bij patiënten met schizofrenie ten opzichte van 17 en 10% in Wallonië en Brussel; 20% bij patiënten met een bipolaire stoornis ten opzichte van 13 en 7% in Wallonië en Brussel. Ook wat betreft problematische alcoholconsumptie zien we dat Vlaanderen in de negatieve zin een stijging vertoont, waardoor Wallonië dichter wordt benaderd. Globaliter omvat de problematische alcoholconsumptie in België 10%, met een stijgende trend.

Met 19,1% is het gebruik van psychofarmaca opvallend hoog in vergelijking met andere landen. Wat betreft kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen is er duidelijk sprake van een overconsumptie. Hetzelfde kan echter niet even eenduidig gesteld worden voor het gebruik van antidepressiva (AD). Net zoals in andere landen stijgt de AD consumptie jaarlijks met ongeveer 1%. Indien we Oost-Europese landen buiten beschouwing laten, bevindt België zich rond het Europese gemiddelde. Stijgingen van AD gebruik worden door sommige media en zorgactoren aangehaald als een argument van overmedicalisering, overconsumptie en toenemende druk in de samenleving. Echter, de OESO meldt terecht dat AD gebruik nog steeds vaak veel te snel wordt afgebroken. Slechts 28% van de patiënten met AD nemen deze gedurende de vooropgestelde periode van minstens 6 maanden. Eén op vier patiënten neemt AD gedurende minder dan 1 maand. Dit zijn bijkomende signalen die eerder wijzen op onderbehandeling dan overbehandeling. Men moet opletten zorginter-

venties niet te verwarren met symptomen van een al dan niet stijgende problematiek in de samenleving. Deze zijn vaak deel van de oplossing, en indien evidence based gebruikt, geen deel van het probleem. Het gelijktijdig voorkomende probleem van overbehandeling verdient echter ook specifieke aandacht.

Het feit dat er een grote onverklaarde variatie in voorschrijfgedrag wordt vastgesteld tussen zorgverstrekkers en zorgorganisaties is problematisch. Hetzelfde geldt voor indicaties van ongepaste polifarmacie in de GGZ. België focust zich sterk exclusief op het gebruik van psychofarmaca. Correcties zijn daarom des te meer nodig op het aanvullende domein van de psychotherapie. Psychotherapie dient actief uitgedragen te worden als een normale activiteit in het dagelijkse leven in de algemene samenleving, zodat burgers hier ook effectief sneller en meer gebruik van maken. Nederland kan ons hier als voorbeeld dienen. Therapie is samen met deskundighedsbevordering, vroegdetectie, vroeginterventie en de zelfmoordlijn één van de meest kosteneffectieve ingrediënten van zelfmoordpreventie. Zelfmoordpreventie is op deze wijze niet enkel kosteneffectief, maar op sommige punten zelfs kostenbesparend. Andere domeinen in de GGZ, zoals vasculaire dementie, zijn sterk levensstijlgebonden. Algemene preventieve maatregelen gericht op voeding, rookstop, alcoholgebruik en fysieke activiteit worden nog steeds onderschat in hun impact op psychisch welzijn en de algemene gezondheid van patiënten met een psychische aandoening.

Er zijn in de GGZ weinig en sterk gefragmenteerde gegevens beschikbaar om een kwaliteitsbeleid te ondersteunen. De beschikbare gegevens zoals MPG worden onderbenut. Recente plannen voor de uitbouw van een uniforme set van kwaliteitsindicatoren brengen hier in Vlaanderen verandering in. Een cultuur van inno-

vatie en evidence based werken dient ondersteund en beloond te worden, zoals het KCE ook aanbeveelt in de preventie en behandeling van psychische stoornissen bij kinderen. ICT en technologie worden tevens onderbenut in de GGZ in vergelijking met andere specialismen en sectoren. Er is het prille begin van e-health en online psychoeducatie. De mogelijkheden van online therapie mogen echter niet genegeerd worden in een kader van correcte praktische, legale en financiële voorwaarden. Dit opent immers veel bijkomende deuren om de barrières te overbruggen in een steeds meer gedigitaliseerde wereld. 'Big data' zou aanzienlijke verbeteringsmogelijkheden kunnen scheppen, ook binnen de GGZ, wat betreft doelstellingen, evaluatie en onderzoek.

Er vindt in de GGZ veel te weinig onderzoek plaats in vergelijking met andere specialismen. Dit remt innovatie af. Het gevolg is dat er bijzonder weinig evidence voorhanden is over de inhoud van de zorg in de GGZ. België zou in de komende jaren één van de voorlopers moeten worden om deze inertie te doorbreken. Nog meer dan in andere zorgsectoren bestaat er in sommige geledingen van de GGZ een weerstand tegen cijfers en objectivering. Dit is absurd als je beseft dat de eigen werkzaamheid van sommige van deze therapeutische scholen, inclusief de psychoanalyse, internationaal reeds is aangetoond in wetenschappelijke studies. In plaats van een wij versus zij verhaal dienen de werkzame ingrediënten binnen de diverse psychotherapieën verder opgehelderd en versterkt te worden.

In landen zoals de VS hebben de topstudenten van medische faculteiten deze boodschap reeds goed begrepen. Het aantal doctoraatsstudenten vanuit elite-universiteiten die onderzoek doen naar de GGZ is er op korte termijn sterk toegenomen. Psychiatrie is er een voorkeurspecialiteit aan het

worden voor onderzoekers vanwege de impact die men er kan hebben en de tools van vooruitgang die beschikbaar worden. 'This is the place to make a mark', zoals één van de betrokkenen stelt. De neurowetenschappen, gecombineerd met de andere kennisdomeinen in de GGZ, hebben het potentieel om een bredere wetenschappelijke basis tot stand te brengen.

Preventie op het werk en de tewerkstelling van (ex) GGZ patiënten

Wat betreft preventie van psychisch onwelbevinden stellen we een goede integratie in de Belgische arbeidswetgeving vast. De focus ligt ook meer op werkloosheid dan op invaliditeit, wat patiënten dichter bij de arbeidsmarkt houdt. De OESO geeft echter aan dat de bestaande wetgeving slecht wordt geïmplementeerd met een hoofdzakelijk passieve en reactieve houding in plaats van een preventieve aanpak. Vlaanderen zet hierbij wel stappen in de goede richting, maar de aanpak dient doorheen het ganse land fundamenteel geheroriënteerd te worden. Vaak treedt de eerste monitoring van psychisch onwelzijn pas op bij ziekteverzuim. Dit komt vele stappen te laat. Bovendien verzeilen heel wat mensen in de uitkeringsystemen van werkloosheid, invaliditeit en sociale steun zonder dat de werkelijke zorgbehoefte wordt herkend. Personen met een psychische problematiek worden nog steeds te snel geclassificeerd als ongeschikt voor regulier werk, vaak onmiddellijk en permanent, in plaats van een meer dynamische aanpak te hanteren. Vooral bij jongeren, dikwijls zonder diploma, leidt dit tot een desastreus lange termijn perspectief. Werkloosheid verergert de psychische problemen. Een job hebben helpt bij het herstel, met uitzondering van jobs van een heel lage kwaliteit.

60 tot 70% van de psychiatrische patiënten werken; 45 tot 55% bij een ernstige stoornis. Dit is op zich slechts 10 tot 15% lager dan de rest van de bevolking. De patiënten zonder werk betreffen in absoluut aantal wel een grote en toenevende groep. Dit uit zich ook in een stijging van en groter aandeel in aanvragen van uitkeringen. Paradoxaal genoeg heeft een groeiend bewustzijn gedurende vele jaren eerder geleid tot een afbouw van tewerkstelling. Tezelfdertijd nemen de reguliere werkvereisten toe. De tewerkstelling van patiënten daalde in België tussen 1997 en 2008. Hierdoor is de werkkloof vergroot van 9 naar 15%. Vergeleken met andere landen is de tewerkstelling aan de lage kant.

Uiteraard hebben werkgevers zelf een belangrijke rol te spelen bij zowel preventie als activatie. Bij vele patiënten is er de wil wel om te werken, maar het telkens opnieuw geweigerd worden, doet velen van hen voor een veel langere termijn afhaken. Bovendien hebben psychiatrische patiënten een hogere kans om in een job terecht te komen met een slechte match tussen individu en organisatie. Het betreft meer 'high demand-low control' jobs met bijkomende stress tot gevolg. Preventie zou ook voor de werkgevers zelf veel gunstiger zijn. Echter de OESO kaart duidelijk aan dat werkgevers hiertoe slechts een zwakke financiële prikkel hebben, omdat ze in vergelijking met andere landen een beperkt aandeel van de kosten van ziekteverzuim moeten dragen. Net zoals in vele andere landen, bestaat er ook in België geen systematische benadering naar alle werkgevers toe. Het merendeel van hen is vandaag geen echte partner in het proces van preventie en activatie, zo kan men afleiden uit het recente OESO rapport.

De rol van de andere partners dient echter ook versterkt te worden. De zorgsector zelf wordt

nog te weinig afgerekend en verantwoordelijk gehouden voor tewerkstellingsuitkomsten. De ziekenfondsen hebben een te beperkte rol en mogelijkheden. Ze kennen vreemd genoeg ook geen directe link met de rol van arbeidsgeneesheren. Deze laatste groep zit dan weer vast in een conflict of interest positie wat vaak wantrouwen oproept bij de patiënt. De controlerende en ondersteunende functie zijn moeilijk verenigbaar, waardoor de ondersteunende en activerende rol vaak moet wijken. Tot slot is ook het legale raamwerk nog te onduidelijk in termen van implicaties van activatie. Samen met inconsistente en soms perverse regels in uitkeringscriteria, remt dit de tewerkstelling af.

Volgens de European Psychiatric Association zouden preventieve interventies op het werk binnen een jaar een return on investment kunnen opleveren van 10 euro per geïnvesteerde euro. Er moet veel meer ingezet worden op de kwaliteit van jobs, de werkomstandigheden en een goede begeleiding en coaching. Werkgevers kunnen geresponsabiliseerd en zo nodig gesanctioneerd worden wat betreft hun verantwoordelijkheden bij psycho-sociale problemen. Een psychosociale risico assessment is wettelijk vereist, maar wordt vaak niet uitgevoerd. Hier staan vandaag nauwelijks sancties tegenover. Er is nood aan een meer specifieke focus op adolescenten om te voorkomen dat ze afhaken bij de toegangspoort tot tewerkstelling. Overige aanbevelingen omvatten: (1) een meer actieve betrokkenheid van werkgevers, arbeidsgeneesheren en ziekenfondsen, met een systematische gespecialiseerde ondersteuning doorheen alle fasen van het proces, (2) het systematiseren van de samenwerking tussen de ziekenfondsen en de RVA, (3) het afbouwen van het conflict of interest van arbeidsgeneesheren door een scheiding van rollen, en (4) het verder uitbouwen van zorg en werk experimenten.

Naar een meer globale en inclusieve beleidsbenadering van psychisch welzijn

Doorheen de voorgaande secties is het duidelijk geworden dat heel wat actoren betrokken zijn, of zouden moeten betrokken zijn, bij GGZ voorbij de grenzen van haar klassieke afbakening. Sommigen van deze partners hebben we tot hiertoe nog niet vermeld. De huisarts, CAW, OCMW, CLB, ouderenzorg, justitie, werk, VDAB, RVA, RIZIV, ziekenfondsen, sociale huisvesting, woonbeleid, enz. De werkelijke essentie waarmee het effect van vermaatschappelijking van GGZ in de positieve of de negatieve zin uitdraait ligt voor een groot deel bij coördinatie en netwerking doorheen diverse sectoren. Prioriteiten en doelstellingen dienen planmatig te worden opgevolgd binnen deze heel ruime teambenadering, met een tijdslijn en een geobjectiveerde evaluatie. Transversaal overleg is een must om de interventies beter te coördineren. Er is bijvoorbeeld een betere stroomlijning nodig, niet enkel binnen, maar vooral ook tussen LOGO's (preventie), SELs (eerstelij) en overlegplatformen (tweede en derde lijn). Het al dan niet integreren van CGGs en CAWs dient onder de loep te worden genomen, zelfs indien dit niet past binnen een verzuiling van staat versus ziekenfondsen. Leraren, werkgevers, RVA en huisartsen kunnen beter getraind en beloond worden voor hun kritische rol. Bij artikel 107 kan nog meer nadruk op sociaal welzijn worden gelegd. Er kunnen linken gelegd worden met de diverse geledingen van de ouderenzorg. We moeten niet enkel door silo's denken, maar hiertoe ook de nodige financiële prikkels inbouwen.

Bij vaker voorkomende psychische stoornissen is het vooral de interface tussen de eerstelij, met te weinig kennis en competenties, en de over-

bevraagde specialisten die meer centraal moet worden geplaatst in toekomstig beleid. Bij ernstige en meer persistente aandoeningen ligt de focus eerder bij een meer inclusieve dienstverlening en de aanpak van stigma en discriminatie.

Een heel belangrijk domein, dat naast werk een primordiale positie inneemt, is het onderwijs. De belangrijke relaties met opvoeding en educatie blijven tot op heden nog teveel onderbelicht. Het psychisch welzijn van ouders dient meer gepromoot te worden (vb. door 'positive parenting programma's'), met het aanleren van de nodige psychosociale vaardigheden, het voorkomen van geweld en misbruik en het aanbieden, ev. zelfs opleggen, van een formele eerste educatie van het kind tijdens de preschool jaren. Ook tijdens de schooljaren dient de promotie van psychisch welzijn meer expliciet voorop te worden geplaatst, niet enkel door bijvoorbeeld pesten te voorkomen, maar ook door de verantwoordelijkheid deels meer bij de leraren zelf te plaatsen. Beschikbare ondersteuningspakketten blijven nog teveel onderbenut. Het CLB, met een op zich vrij beperkte dagdagelijkse rol, mag niet gezien worden als doorgeefkanaal van zodra er zich problemen stellen. Een specifiek voorbeeld is de preventie van zelfdoding waar educatieve pakketten en sociale competentietraining door leraren kunnen overgebracht worden bij de jongeren tijdens de psychisch gezien meest kwetsbare periode voor het al dan niet ontstaan van problemen naderhand.

Een laatste partner die we niet over het hoofd mogen zien, is de patiënt zelf. Participatie en de rol van ervaringsdeskundigen bij de beleidsvorming, zowel op macro- als microniveau, krijgt in de GGZ tot op heden minder aandacht dan in de algemene zorg en de ouderenzorg. Op Vlaams niveau zijn er wel positieve initiatieven die breder en dieper ingebed kunnen worden.

Best practices om van te leren

Het is altijd positief om vast te stellen dat de overheid zelf op heel wat punten het goede voorbeeld geeft. Het Vlaamse suicidepreventieplan is een voorbeeld van best practice. Ook het actieplan tabak, alcohol en drugs, en het dementieplan zijn lovenswaardig qua opzet. De onderlinge dwarsverbinding tussen diverse plannen kan echter nog beter. Er zijn goede voorbeelden van campagnes en websites voor beeldvorming en het doorbreken van stigmatisatie. Ook op dit punt doen we het zeker niet slechter dan andere landen. Het feit dat men een wetenschappelijke richtlijn suicidepreventie voor huisartsen wil uitwerken is een goede zaak.

Er kan echter altijd geleerd worden van anderen. Ten eerste van de wetenschap: FACT (flexible assertive community treatment), IPS (individual placement and support), etc. zijn reeds deels actieve ingrediënten van recente hervormingen, maar kunnen nog meer consequent, doortastend en vooral veel breder geïmplementeerd worden. Artikel 107 financiering laat geen FACT-werking

volgens de regels van de kunst toe. Ten tweede kunnen we leren van diverse mooie projecten: gezinsverpleging, eerstelijnspsychologen, een social game voor jongeren ter preventie van depressie, etc. Een buddyproject van ervaringsdeskundigen heeft in een recente studie de heropnames met 80% doen dalen, zo meldt de EPA. Ten derde kunnen en moeten we meer leren van andere landen: Als het bijvoorbeeld gaat over de preventie van zelfdoding, zien we dat Nederlanders vroeger professionele therapeutische hulp krijgen, dat Nederlanders een betere kennis hebben van het zorgaanbod, dat men sneller doorverwijst, dat men minder medicaliseert met een exclusief gebruik van psychofarmaca, dat er meer samenwerkingsverbanden zijn tussen huisartsen en sociale werkers en dat de familiale integratie en sociale netwerken er in grotere mate de draagkracht van burgers verhogen. Nederland staat ook veel verder wat betreft patiëntveiligheid en de GGZ, daar waar wij dit momenteel vooral focussen op de niet GGZ zorg. Food for thought, zowel voor de beleidsmakers, de zorgsector als de ruimere samenleving.

Conclusie en aanbevelingen

Bij aanvang van deze analyse stelden we de vraag: Hoe gezond is de GGZ in België? Behalve in termen van het aantal zelfdodingen, bevindt België zich qua psychisch welzijn en de kwaliteit van GGZ grotendeels in de middenmoot van andere landen. We lopen echter in sterke mate achter wat betreft de vermaatschappelijking van de zorg en de netwerkvorming die hiervoor nodig is. We kennen nog teveel de neiging om te medicaliseren, soms met onvoldoende kennis en ondersteuning in de eerste lijn. Psychotherapie blijft onderbenut. Het wegwerken van onderdetectie en onderbehandeling is een goede zaak en dient verder ondersteund te worden, net zoals aandacht voor overbehandeling. Wars van dogma's en ideologieën, met een gedegen kennis van de instrumenten die we als samenleving tot onze beschikking hebben, kan de ruimte voor verbetering verder ingevuld worden.

De crisis versterkt enerzijds de psychische problematiek, maar is anderzijds ook een hefboom om structurele hervormingen te realiseren. De zorgsector van de GGZ staat hierbij op een kruispunt.

Ofwel omarmt men de noodzakelijke veranderingen, hoe bedreigend deze ook mogen zijn voor de huidige structuur van organisaties en zorgberoepen. In dat geval heeft de zorgsector zelf de vrijheid om mee vorm te geven aan de GGZ van de toekomst, met behoud van wat reeds goed is. Ofwel neemt men defensieve posities in, waardoor de overheid binnen enkele jaren wellicht zal gedwongen worden om op een meer intrusieve en verplichtende wijze in te grijpen in de zorg. Het nadeel van zulke directieve benadering is dat de hervormingen hierdoor minder effectief dreigen te worden.

De overheid zelf heeft op relatief korte termijn de mogelijkheid (plicht?) om via financiering, wetgeving, personeelsbeleid, kwaliteitsbeleid, onderwijs, werk en innovatie & ICT beleid de puzzelstukken in elkaar te schuiven, waardoor de sector als geheel een vernieuwing doormaakt van doelstellingen en initiatieven. Sommige overheidsinstaties zetten hierin nu reeds duidelijke stappen voorwaarts. Last but not least, is er dringend nood aan meer onderzoek binnen de Belgische GGZ. Om af te sluiten zetten we de prioritaire aanbevelingen nog eens op een rij.

Itinera aanbevelingen om de gezondheid van de GGZ in België verder te optimaliseren

1. Zet prioritaire en op te volgen doelstellingen voor de GGZ voorop i.v.m. kwaliteit, gelijkheid, efficiëntie..., te vertalen naar alle beleidsniveaus en actoren.
2. Hervorm de financiering van het zorgaanbod met nadruk op kwaliteit en netwerkvorming. De relatie met de vooropgestelde doelstellingen dient duidelijk te zijn. Voer een systeem in van verantwoorde dagen, zoals in de algemene ziekenhuizen.
3. Werk de ongewenste effecten van het huidige eigen bijdragesysteem van de patiënt in de GGZ weg. Breng debat op gang over aanvullende verzekeringen die de behandeling van psychische aandoeningen uitsluiten.
4. Maak de overstap van vele positieve projecten naar een systematische en brede implementatie in het ganse GGZ werkveld.
5. Versterk de gerichte opleiding en doorverwijzingsmechanismen van de eerste lijn.
6. Converteer de middelen van één derde van de huidige residentiële bedden naar alternatieven in de filosofie van artikel 107. Breng hierbij ook alle partners aan tafel die momenteel nog de boot afhouden.
7. Hervorm het personeelsbeleid met taakverschuiving en functiedifferentiatie. Iedereen wordt hier beter van, indien met de steun van de sector geïmplementeerd.
8. Doorbreek de gescheiden werelden en silo's die in de GGZ soms nog meer voorhanden zijn dan in andere zorgsectoren met behulp van ketenzorg en voortgezette, gecoördineerde zorg met een protectief effect tot gevolg. Het betreft hier ook de afstemming tussen de diverse psychotherapeutische scholen en zorgstrekkingen, hoewel we hierin reeds een sterk positieve evolutie vaststellen.
9. Responsabiliseer de kernspelers van het brede onderwijs en de werkgevers.
10. Integreer GGZ en sociale zorg.
11. Versterk de forensische psychiatrie en de zorg voor geïnterneerden. Maak hier de eerste prioriteit van met een veel ruimere aanpak dan een aanbod van twee bijkomende detentiecentra.
12. Zet meer in op positieve activatie en ondersteuning, in combinatie met aanmoedigende in plaats van afremmende prikkels. Herdefinieer de rollen hiertoe.
13. Versterk ICT, innovatie en onderzoek in de GGZ, met een gerichte rol van FWO, IWT, etc. Maak gebruik van de bestaande data. Men kan zich zelfs de vraag stellen of het tegenargument van 'privacy' de kernmissie van GGZ niet tegenwerkt en stigma en taboe indirect versterkt. Technisch gezien zijn beide doelstellingen met behulp van de meest recente beveiligingen perfect combineerbaar.
14. Geef ervaringsdeskundigen een meer prominente rol, zowel binnen als buiten de beleidsvorming, om stigma en discriminatie tegen te gaan. Dit betreft ook het systematiseren van interacties met het onderwijs en andere sectoren.

Aanbevolen literatuur

Campion et al, 2012. EPA guidance on prevention of mental disorders. *European psychiatry* 27, 68-80.

De Maat et al, 2013. The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: a meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry* 21(3), 107-137.

EU 2013. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes.

Gaebel et al, 2012. EPA guidance on the quality of mental health services. *European psychiatry* 27, 87-113.

Giesen et al, 2007. De implementatie van IPS in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* 49(9), 611-621.

Hellemans et al, 2008. Externe evaluatie strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden.

Hermans et al, 2012. The state of psychiatry in Belgium. *International Review of Psychiatry* 24(4), 286-294.

HIVA 2009. Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg.

Hoge Gezondheidsraad 2010. Multidisciplinaire samenwerking voor eerstelijnsopvang van problemen inzake geestelijke gezondheid.

Itinera 2013. You get what you pay for. Naar een nieuw business model van zorg.

KCE 2008. Langverblijvende psychiatrische patiënten in T bedden.

KCE 2010. Hervormingen in de geestelijke

gezondheidszorg: evaluatieonderzoek therapeutische projecten.

KCE 2012. Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario.

Kings fund 2010. Mental health and the productivity challenge. Improving quality and value for money.

Koning Boudewijn Stichting, 2010. Armoede en psychiatrie.

Koning Boudewijn Stichting, 2012. Versterken van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg: het perspectief van gebruikers en mantelzorgers.

LUCAS 2011. Monitoringsystemen en indicatoren. Ontwerptekst ten behoeve van de discussie voor de denkdag hervorming van de geestelijke gezondheidszorg

LUCAS 2003. De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

NIVEL 2012. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ.

NIVEL 2012. Verwacht zorggebruik als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ

NIVEL 2012. Onderzoek naar patiëntveiligheid in de GGZ.

OECD 2008. Mental health in OECD countries.

OECD 2012. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work.

OECD 2013. Mental health and work: Belgium.

RIZIV-FOD VVVL 2011. Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België.

Saxena et al, 2007. Resources for mental health:

scarcity, inequity and inefficiency. Lancet 370, 878-89.

Steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin 2011. Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector.

Steunpunt welzijn, volksgezondheid en gezin 2010. Depressieve klachten en suicidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede.

Test-aankoop juni/juli 2013. Dossier psychische hulp.

Trimbos instituut 2011. Op zoek naar een kosten-effectieve basis GGZ: scenario's voor zorginnovatie.

Vandeurzen 2010. Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen.

Vandeurzen 2010. Naar een dementievriendelijk Vlaanderen.

Vandeurzen 2012. Vlaams actieplan suicidepreventie II.

VVI 2008. Betaalbaarheid en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België.

WHO 2012. Dementia. A public health priority.

WHO 2012. The state of psychiatry in Europe.

WHO-EU 2008. Policies and practices for mental health in Europe.

WHO-EU 2008. European pact for mental

health and well-being.

WHO 2013. Comprehensive mental health action plan 2013-2020.

Zorginspectie 2010. Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen.

Zorgnet Vlaanderen 2012. Geen opsluiting, maar sleutels tot re-integratie. Voorstellen voor een gecoördineerd zorgtraject voor geïnterneerden.

Een volledige referentielijst en de resultaten van de interviews en de focusgroep kunnen geconsulteerd worden in: (1) Lauwers, Verbauwhede, Van Herck. Het beleid en de organisatie van de Belgische geestelijke gezondheidszorg in beeld. CZV-KU Leuven, 2013. (2) De Marie, Hufkens, Van Herck. Suicidebeleid van Vlaanderen gekaderd in een internationaal perspectief. CZV-KU Leuven, 2013.

Voor duurzame economische groei
en sociale bescherming.