

White – paper: gezonde financieringsprincipes voor een kwaliteitsvolle geestelijke gezondheid

Inhoudstafel

Inleiding 3

Principes voor een toekomstgerichte financiering 4

Principe 1: Financiering is een middel om doelstellingen te bereiken en zal dus best een combinatie van financieringswijzen omvatten 4

Principe 2: de financiering dient samenwerking en netwerking te bevorderen 5

Principe 3: financiering dient oog te hebben voor de totale populatie: van preventie tot re-integratie 7

Principe 4: Financiering dient zorg laagdrempelig en toegankelijk te maken 9

Principe 5: Financiering dient innovatie mogelijk te maken 11

Principe 6: Financiering dient de kwaliteit van zorg te verhogen 12

Principe 7: Financiering dient billijk te zijn ten opzichte van de inspanningen die nodig zijn om de zorg te verlenen 14

Conclusie 17

Inleiding

Naar aanleiding van de verkiezingen 2019 organiseerde de sector geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen zich in de Staten – Generaal Geestelijke GezondheidsZorg. In een noodprogramma (Bervoets, 2019) kaartte de Staten – Generaal 4 belangrijke pijnpunten aan, zijnde:

1. De perverse financieringsmechanismen in onze (geestelijke) gezondheidszorg
2. De vicieuze cirkel tussen psychische problematiek en armoede
3. Het gebrek aan een adequate transitiezorg voor jongvolwassenen
4. De extreme wachttijden in onze geestelijke gezondheidszorg

Na de verkiezingen organiseerde de Staten – Generaal zich verder in 4 werkgroepen om oplossingen uit te werken voor de bovenvermelde pijnpunten. In het algemeen wordt er in ons land te weinig geïnvesteerd in geestelijke gezondheidszorg. Slechts 6 % van het gezondheidsbudget gaat naar geestelijke gezondheidszorg. In juli 2020 werd in het federale parlement een resolutie aangenomen die de ambitie verhoogde om dat budget op te trekken naar 12 %. Dat maakt het belang van deze paper eens zo groot. Indien er in de toekomst grotere budgetten naar onze sector gaan, dan is het belangrijk dat deze middelen op een goede manier ingezet worden.

Deze white – paper is het resultaat van de werkgroep perverse financieringsmechanismen. In deze paper beschrijven wij de financieringsprincipes die volgens ons nodig zijn om tot efficiënte en kwaliteitsvolle geestelijke gezondheid te kunnen komen.

In deze eerste versie van de white paper beschrijven wij de principes waaraan, volgens ons, financieringsmechanismen dienen te beantwoorden om tot een kwaliteitsvolle (geestelijke) gezondheidszorg te komen. Wij hebben deze uitgewerkt rekening houdende met de realiteit van de sector geestelijke gezondheid. Het is onze bedoeling om vervolgens de huidige financieringsmechanismen te toetsen aan deze principes. Op basis daarvan willen we graag komen tot aanbevelingen hoe we de huidige financiering beter kunnen maken.

De leden van de werkgroep zijn: Koen Lowet (Klinisch psycholoog, VVKP, voorzitter), Marlien De Coen (Steunpunt GGZ, stafmedewerker), Lieven Annemans (Gezondheidseconoom, Ugent, Mentaalwijs), Dr. Sofie Crommen, Kinderpsychiater, Vlaamse Vereniging voor Kinderpsychiatrie), Walter Geuens (Ervaringsdeskundige, DENK Leuven), Ariane Ghekiere (coördinator geestelijke gezondheid, Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg), Marie Haine (?), Leen Jacobs (Mantelzorger, Similes), Peter Kraewinkels (Ervaringsdeskundige, Mentaalwijs), Dr. Frieda Mathys (Psychiater, Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie), Els Nijs (Ervaringsdeskundige,), Koen Oosterlinck (dagelijks bestuurder organisatie Broeders van Liefde), Kristel Van de Velde (Ervaringsdeskundige), Rita Vandingenen (Ervaringsdeskundige), Anouk Vanlander (wetenschappelijk medewerker, Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg), Yves Wuyts (Stafmedewerker Zorgnet – Icuuro).

Principes voor een toekomstgerichte financiering

Principe 1: Financiering is een middel om doelstellingen te bereiken en zal dus best een combinatie van financieringswijzen omvatten

Het opzetten of aanpassen van een financieringssysteem voor gezondheidszorg is meer dan het louter vergoeden van kosten. Het zuiver vergoeden van gemaakte kosten zou onherroepelijk leiden tot onnodige uitgaven: het is niet omdat een uitgave is gemaakt dat deze uitgave per definitie ook zinvol, nodig of effectief is. Misschien leidden andere uitgaven tot meer gezondheidswinst.

Financiering is een middel om bepaalde doelstellingen te bereiken, in casu het bijdragen aan het bereiken van gezondheidsdoelstellingen. Het is dan ook de taak van een maatschappij om haar gezondheidsdoelstellingen expliciet te verwoorden, niet alleen op niveau van de individuele burger maar ook op niveau van de hele populatie. Naast voor de hand liggende gezondheidsdoelstellingen zoals acties gericht op het verminderen van symptomen of het wegnemen van oorzaken van ziekte, zijn er heel wat andere acties die kunnen bijdragen tot het handhaven - of nog beter - het verhogen van de gezondheid van een individu of populatie.

Bij het opzetten of aanpassen van een financieringssysteem moet men op zoek gaan naar die drivers die het meest bijdragen tot het bereiken van de voor opgestelde gezondheidsdoelstellingen. Aangezien elke maatschappij verschillende gezondheidsdoelstellingen vooropstelt, bestaat er niet 1 zaligmakende financieringswijze. Bij de keuze van een financieringswijze kan men diverse invalshoeken combineren:

- De omvang van de gefinancierde handeling, gaande van een financiering per individuele handeling (prestatiefinanciering), van een groep van handelingen (bundle payment) tot de financiering van de volledige activiteit (los van prestaties: all-infinanciering),
- De doelgroep van de financiering: 1 prestatie, 1 patiënt (=caseloadfinanciering), alle inwoners van een afgebakend gebied (=populatiefinanciering)
- De aard van de financiering: wat financiert men: de inspanning dan wel het bereikte resultaat.

Om de diverse gezondheidsdoelstellingen te bereiken zal een combinatie van invalshoeken en mix van financieringswijzen noodzakelijk zijn. Het komt er op aan de juiste mix te vinden om het geheel van gezondheidsdoelstellingen maximaal te bereiken.

Principe 2: De financiering dient samenwerking en netwerking te bevorderen

Om de gezondheidsdoelstellingen (op niveau van de individuele burger én van de hele populatie) te bereiken is samenwerking tussen heel wat actoren noodzakelijk. De samenwerking situeert zich zowel op zorginhoudelijk als zorgorganisatorisch vlak. De financiering moet die samenwerking faciliteren en mag ze zeker niet afremmen. Volgende principes dienen daarbij in acht genomen te worden.

a. Financiering zorgopdrachten - harmonisatie financieringssystemen

Dezelfde zorg, aangeboden in vergelijkbare omstandigheden door diverse aanbieders, moet in principe op dezelfde manier gefinancierd worden. Vergelijkbare zorgmodules moeten gelijk gefinancierd worden ongeacht de plaats, de actor, de bevoegde overheid of het gangbare financieringsmechanisme. Dit geldt zowel voor het publieke als het private (=remgeld/persoonlijke bijdrage) gedeelte van de financiering.

De vergelijkbaarheid is terug te vinden in de erkennings- en kwaliteitsnormen en ook in de mate waarin de actor bereid is een zorgplicht op zich te nemen. Binnen de GGZ-netwerken worden afspraken gemaakt tot welke zorg(plicht) de respectieve actoren zich (minstens) engageren.

Het budget nodig voor de realisatie van de zorgopdrachten wordt zo veel als mogelijk rechtstreeks toegekend aan de zorgaanbieders. Zij dragen de verantwoordelijkheid voor de realisatie van deze zorgopdrachten (zowel t.a.v. patiënten als t.a.v. medewerkers) en rapporteren hierover aan hun voogdijoverheid.

Zij kunnen tijdelijk of structureel onderling ook samenwerkingsprojecten opzetten voor de realisatie van bepaalde zorgopdrachten.

Idealiter worden ook financiële prikkels ingebouwd ter bevordering van de samenwerking met andere zorgverstrekkers op basis van een aantal parameters gekoppeld aan de beleidsdoelstellingen (vb. delen van informatie/dossier (bij overdracht), overleg, ...).

b. Financiering netwerking/samenwerking/coördinatie

Er is een apart budget voor de governance van de netwerken, voor de specifieke coördinatieopdrachten en eventueel voor specifieke innoverende opdrachten die enkel door samenwerking tussen meerdere zorgverstrekkers uitgevoerd kunnen worden. Deze financiering wordt bij voorkeur rechtstreeks aan de netwerken toegekend (of via één van de actoren die in naam van en voor rekening van die netwerken beheert).

Het beheer van deze middelen is, net als de missie van de netwerken, een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de leden van het netwerk en vraagt dus een gedeeld leiderschap.

Idealiter worden ook financiële prikkels ingebouwd ter bevordering van de werking van de netwerken op basis van een aantal parameters gekoppeld aan de beleidsdoelstellingen (vb. realiseren van meer complementariteit, uitwisselen van expertise, gezamenlijk kwaliteits- en veiligheidsbeleid, ...).

c. Principe van “shared savings”

Waar men er in slaagt via samenwerking efficiëntiewinsten te realiseren worden de partners van het netwerk aangemoedigd deze integraal aan te wenden of te investeren bv. in innovatieve projecten in de geest van de vooropgestelde beleidsdoelstellingen.

Het financieringssysteem moet ook voldoende flexibiliteit inhouden, zodat elk netwerk en zorgaanbieder de aanwending van de financiële middelen kan spreiden in functie van de vooropgestelde beleidsdoelstellingen (geen volledige jaar-op-jaarafrekening).

d. Duidelijke en eenvoudige regelgeving en rechtszekerheid voor meerdere jaren (minimaal 3 jaar)

De netwerken én de actoren dienen tijdig de doelstellingen en de financiering te kennen zodat zij een strategisch beleid kunnen voeren gericht op de gestipuleerde doelstellingen.

e. Divers

De samenwerking en netwerking mogen niet gefnuikt worden door belemmeringen op fiscaal en sociaal-rechterlijk vlak. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan:

- Noodzaak van btw-vrijstelling op transacties tussen de netwerken en haar leden zorgverstrekkers enerzijds en tussen de leden zorgverstrekkers onderling anderzijds
- De regels en afspraken voor het gezamenlijk inzetten van medewerkers over zorgvoorzieningen heen.

Principe 3: Financiering dient oog te hebben voor de totale populatie: van preventie tot re-integratie

In het geestelijk gezondheidsbeleid onderscheiden we verschillende activiteiten:

- 1) gezondheidspromotie¹ en universele², selectieve³ of geïndiceerde⁴ preventie⁵;
- 2) vroegdetectie, screening, oriëntatie;
- 3) diagnostiek;
- 4) behandeling;
- 5) maatschappelijke participatie;
- 6) uitwisselen en samen inzetten van expertise.

Omgaan met mentale problemen kent de laatste decennia een paradigmashift van de individuele behandeling van hoog-risicopersonen naar een public health model met een trapsgewijze organisatie van de zorg waarbij promotie en preventie een prominentere plaats krijgen.

Om met de beschikbare middelen een zo groot mogelijke geestelijke gezondheidswinst te realiseren, worden de organisatie en financiering van de verschillende activiteiten op populatieniveau voorzien volgens een getrappt zorgmodel⁶, zoals beschreven in 'WHO model of optimal mental health care'. In eerste instantie wordt het meest samenlevingsgerichte, effectieve, efficiënte, minst ingrijpende en meest kortdurende aanbod voorzien. Als deze interventie onvoldoende effect heeft, worden andere of intensievere zorgvormen ingezet in functie van de aard en de ernst van de problematiek.

De verschillende activiteiten worden aangeboden binnen het kader van het progressief of proportioneel universalisme⁷. Dit is een basisprincipe waarbij een dienstverlening wordt uitgebouwd voor alle burgers, en varieert in schaal en intensiteit naarmate de doelgroepen kwetsbaarder worden. Hierdoor verminderen gezondheids- en welzijnsongelijkheden, die het gevolg zijn van sociale ongelijkheden. Een proportioneel universele dienstverlening steunt op een mensen- en kinderrechtenperspectief en vertrekt van de diversiteit in de samenleving en de verscheidenheid aan noden.

Door de gelaagde activiteiten in het geestelijke gezondheidsbeleid (zie de hierboven beschreven 6 fasen) als één geheel te beschouwen, kan de effectiviteit (bereikt de zorg de doelen die ze beoogd?) en efficiëntie (inzet van middelen versus baten) van dergelijk organisatiemodel worden gemeten en geëvalueerd op de andere (hogere) lagen van de

¹ Gezondheidspromotie = bevorderen van de gezondheid

² Universele = voor de algemene bevolking

³ Selectieve = voor groepen met een hoog risico

⁴ Geïndiceerde = bij individuen waarbij een probleem is vastgesteld

⁵ Preventie = (risicofactoren van) ziekte voorkomen

⁶ De organisatie van het aanbod wordt op populatieniveau voorzien volgens een getrappt zorgmodel (*stepped care*). Op individueel niveau wordt steeds gestreefd om de meest passende hulp aan te bieden (*matched care*).

⁷ De term 'progressief universalisme' werd gelanceerd in Groot-Brittannië: het wijst op de erkenning van een universeel basisrecht, weliswaar gekoppeld aan positieve discriminatie ten gunste van achtergestelde doelgroepen. In Vlaanderen werd de term 'progressief' vervangen door 'proportioneel' om te verwijzen naar het compensatiebeginsel.

Principe 4: Financiering dient zorg laagdrempelig en toegankelijk te maken

Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg zijn belangrijk en de financiering ervan zou ervoor moeten zorgen dat deze toegankelijk en laagdrempelig zijn. Verschillende doelgroepen echter geraken momenteel niet bij de juiste hulpverlening omwille van diverse belemmeringen en/of tekortkomingen in het huidige systeem.

Onder laagdrempelige zorg wordt dus verstaan dat deze **beschikbaar, bereikbaar, bruikbaar, betaalbaar en begrijpbaar is.**

Met **beschikbaarheid** wordt bedoeld dat er voldoende plaatsen/organisaties en ervaringsdeskundigen/hulpverleners, beschikbaar zijn waar mensen terecht kunnen met hun zorgvraag. Daarnaast willen we dat mensen voldoende tijd krijgen aangeboden enerzijds maar ook anderzijds tijd krijgen om, bvb een voldoende intensief zorgtraject af te werken. We verwijzen hier ook naar het oplossen van het probleem van de wachttijden.

Verder moet er voldoende ondersteuning beschikbaar zijn voor mantelzorgers en brede context rondom de zorgvragende persoon. Deze groep wordt vaak vergeten. Nochtans hebben zij ook zorgvragen omtrent hun familielid of vriend. Zij doorlopen ook een herstelproces met hun eigen zorgvragen.

Bereikbaarheid betekent dat mensen letterlijk professionals kunnen bereiken met betaalbaar openbaar vervoer voor de nodige zorg. Met andere woorden: mensen uit landelijke gebieden, mensen met een fysieke beperking (klassiek rolstoel, blinden,) maar ook mensen met een psychische kwetsbaarheid (pleinvrees, angststoornis) hebben nood aan voor hen aangepaste zorg. Bereikbaarheid houdt ook in dat mensen terecht kunnen op plekken waar ze direct hulp / advies krijgen aangeboden, omdat ze bvb. geconfronteerd worden met wachttijden (zorgcontinuïteit) zoals de 1ste en 2de lijn. Bovendien houdt bereikbaarheid ook in dat mensen in de juiste zorgvorm (cfr. piramide WHO) terecht kunnen (vb. crisisopname) met andere woorden 'matched care'. Belangrijk is dat men iedereen uit het doelpubliek moet kunnen bereiken. Initiatieven om kansarmen te bereiken, mensen uit andere culturen, gedetineerden ... kortom iedereen met zorgvragen die tot nu toe niet bereikt werden, moeten ook voor hen de aangepaste zorg kunnen krijgen. Als voorbeeld verwijzen we naar de methodieken zoals pro-actief, outreachend, aanklappend werken,...

De aangeboden hulp moet voor de cliënt, familie en naasten **bruikbaar** zijn, met andere woorden iedere zorgvrager heeft eigen zorgvragen waarvoor "zorg op maat" idealiter het enige juiste antwoord zou moeten zijn.

De aangeboden zorgen door hulpverleners en organisaties mogen niet gebonden zijn aan openingsuren. Zelfs in crisissituaties zijn slechts een beperkt aantal zorgverstrekkers bereikbaar, hoewel de nood dan het hoogste is.

De huidige hulpverlening is lang niet voor iedereen **betaalbaar** waardoor veel mensen uit de boot vallen. Sociale uitkeringen zoals werkloosheid, invaliditeit, ... bevinden zich vaak onder de Europese armoedegrens. Daarnaast hebben sommige beroepsgroepen een lage verloning. Vaak is het administratief een rompslomp om rechten te krijgen die eigenlijk automatisch zouden moeten toegekend worden zoals bij het systeem van remgeld. Er is ook nood aan flexibele barema's bij het toekennen ervan.

Verzekeringen zoals bv. hospitalisatieverzekering zijn afhankelijk van diverse variabelen zoals leeftijd, inkomen, ziektegeschiedenis, ...Hospitalisatieverzekeringen zijn echter noodzakelijk voor een residentiële opname gezien de ziekenhuisfacturen anders niet te betalen zijn.

Na een opname is de noodzakelijke opvolging door een privé-psycholoog te duur en wordt deze vaak vroegtijdig afgebroken en de CGG's zijn soms onbereikbaar omwille van lange wachttijden.

Op geestelijke gezondheid en in het bijzonder geestelijke gezondheidszorg rust nog een groot stigma en taboe. Dit komt grotendeels omdat mensen niet begrijpen, niet correct op de hoogte zijn van wat dit juist inhoudt. Sensibilisering is een manier om deze topic meer begrijpelijk te maken voor het grote publiek. **Begrijpbaarheid** wil ook zeggen duidelijkheid zodat mensen een overzicht krijgen over de diensten die er bestaan en/of weten waar ze terecht kunnen voor hulp. Oprichten van websites met overzichtelijke informatie, overheidscampagnes om mensen wegwijs te maken en het bekender maken van de GGZ.

Communiceren met een zorgprofessional is vaak voor een cliënt, familie en naasten moeilijk omwille van het gebruik van vakjargon. Ook belangrijk is het empathische vermogen van de zorgprofessional.

Met **toegankelijke zorg** wordt niet alleen bedoeld dat brochures en websites leesbaar en begrijpelijk zijn. Ook de publieke en private dienstverlening moet openstaan voor input vanuit de burger. Dit kan op diverse vlakken zoals praktisch, administratief niveau,... en zelfs op het beleidsgebied. Dit is 'samen beleid maken' en hierbij houdt het (lokaal) bestuur effectief rekening met de voorkeuren en verwachtingen van burgers en kwetsbare groepen.

Principe 5: Financiering dient innovatie mogelijk te maken

Gezondheidszorg en in het bijzonder geestelijke gezondheidszorg is een domein waarin we volop nieuwe ontwikkelingen uit diverse takken van de wetenschap trachten toe te passen. In de gezondheidszorg zijn verschillende disciplines actief: artsen, klinisch psychologen, maatschappelijk werkers, kinesitherapeuten, enz. Zij belichamen elk een zekere visie op de mens en de hulpvragen die gesteld worden door de mens. Vanuit dat opzicht vormen zij een complementaire puzzel en streven zij er naar om de mens op een holistische manier te benaderen.

De mens is echter geen voorgeprogrammeerd geheel: wij leren, evolueren elke dag en met ons ook onze hulpvragen die wij stellen. De verschillende wetenschapsdomeinen achter elke discipline die met die hulpvragen aan de slag gaan dienen mee te evolueren met de groei van de mens. In die zin is de gezondheidszorg een toneel van niet aflatende groei en evolutie in zienswijzes en bijhorende aanpak van de hulpvragen. Vaak wordt er terecht verwacht dat de methodes die hulpverleners uit die verschillende disciplines inzetten, gestoeld zijn op de laatste stand van zaken uit die wetenschappen.

Om dat te kunnen verwezenlijken moet het echter wel mogelijk gemaakt worden dat die meest recente kennis zijn weg vindt naar de klinische praktijk. Dat houdt onder meer in dat financiering soepel en flexibel genoeg moet zijn om innovatieve praktijken mogelijk te maken (cf. 'shared savings' zoals beschreven bij principe 2). Een log financieringsmechanisme dat expliciet gekoppeld is aan de inhoud van een behandeling is niet geschikt om de snelle evolutie in de wetenschap te volgen. Tegen de tijd dat de financiering is aangepast is de vermelde behandeling wellicht alweer verouderd. Zo zagen we tijdens de huidige pandemie kostbare tijd verloren gaan vooraleer video – consultaties mogelijk gemaakt konden worden. Omgekeerd dient financiering best ook de doorstroming van kennis en vaardigheden te stimuleren door bijvoorbeeld een koppeling te voorzien met kwaliteitsvolle permanente vorming voor zorgverleners.

Op deze wijze kunnen er ook concrete perspectieven ontstaan voor de sterkere inzet van ervaringsdeskundigheid, die op zich reeds positieve vernieuwende impulsen geeft aan de lopende hervormingen (cf. nota van het Overlegorgaan GGZ Volwassenen).

De financiering moet niet alleen voldoende flexibel zijn om innovatie mogelijk te maken en de nodige vorming te organiseren. Tevens moet de sector aanspraak kunnen maken op een specifiek innovatiebudget. Dergelijk budget schept de mogelijkheid voor academici van zeer diverse disciplines (cf. multifactoriële aspecten die de geestelijke gezondheid bepalen) om samen met de ggz-praktijk experimenten en wetenschappelijke onderzoeksprojecten op te starten die leiden tot nieuwe standaarden in de zorg, rekening houdend met de vastgestelde populatienoden en deze nieuwe praktijken ook te implementeren. Deze innovatie kan zich richten op meer klassieke, klinische interventies, maar zou daarnaast het ook mogelijk moeten maken om populatiegerichte methodieken te gaan ontwikkelen die bijvoorbeeld meer toeleggen op gezondheidsbevordering en preventie.

Principe 6: Financiering dient de kwaliteit van zorg te verhogen

Pay for Quality is een financieringssysteem gebaseerd op metingen van zorgkwaliteit. Hulpverleners worden beloond voor betere kwaliteit van zorg, en omgekeerd, worden gestraft bij onvoldoende kwaliteit van zorg. Regelmatig wordt er gesproken over Pay for Performance, wat de verkeerdelijk de nadruk legt op het resultaat van het gezondheidssysteem. Pay for Quality is daarom een heldere term die benadrukt dat de voorziene financiering afhankelijk is van de kwaliteit van zorg. Dit kan zowel bekeken worden op het niveau van een individuele zorgverlener, teams, instellings- of netwerkniveau. Pay for Quality wordt gezien als een methodiek die tot kwaliteitsverbetering kan leiden, naast bv. publieke rapportering van de indicatoren, het vastleggen van standaarden, toezicht door de inspecterende overheden en eventuele externe audits door accrediteringsinstanties. Het moet een prikkel, niet meer of niet minder, zijn om betere kwaliteit van zorg te leveren.

De mate van financiering wordt bepaald aan de hand van de resultaten op een set vooraf afgesproken kwaliteitsmaten. Deze noemt men kwaliteitsindicatoren. Deze kwaliteitsindicatoren kunnen de vorm aannemen van structuur-, proces- of uitkomstenmaten. Elke type indicator reflecteert een specifiek aspect van kwaliteit van zorg: structuurindicatoren beoordelen structuren, procesindicatoren bieden reflecties van specifieke onderdelen van een zorgtraject en uitkomstindicatoren reflecteren uitkomsten, resultaten van zorg. Wanneer men kwaliteit wil meten aan de hand van dergelijke indicatoren, dan is het belangrijk om de metingen zo te kiezen dat ze een zo representatief mogelijk beeld te geven over “de kwaliteit van zorg”. Een combinatie van de verschillende typen van indicatoren is hierbij aangewezen. De uitdaging binnen de geestelijke gezondheidszorg is om deze set van indicatoren in eerste instantie te ontwikkelen samen met de sector, die naast het gebruik voor financiering ook een aanzienlijke meerwaarde kunnen bieden binnen de kwaliteitsbevordering in de organisaties.

Pay for Quality wordt sinds begin jaren 1990 in verschillende landen gebruikt. De meest grootschalige implementatie van Pay for Quality bevindt zich in het Verenigd Koninkrijk binnen de eerste lijn, waar huisartsen tot 25% van hun inkomen kunnen verwerven aan de hand van resultaten op een 100-tal kwaliteitsindicatoren (NHS.) In 2009 onderzocht het Federaal Kenniscentrum of het toepassen van Pay for Quality wenselijk was in België en onder welke vorm deze dan best werd geïmplementeerd. Het rapport keek ook naar de effectiviteit van internationale Pay for Quality initiatieven, en concludeerde dat de impact op kwaliteit(sverbetering) eerder beperkt was. Een eerste studie die de impact op mortaliteit na implementatie van het Pay for Performance systeem naging in het Verenigd Koninkrijk, kon geen significante verbetering aantonen.

Toch startte men in België in 2018 met de eerste set van indicatoren voor de algemene ziekenhuizen waar een Pay for Quality fee werd aan verbonden, als toepassing van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (Overheid 2020). De huidige Pay for Quality fee

(2020) is gebaseerd op resultaten van patiëntervaringen, het behalen van de ISQua accreditatie (International Society for Quality in Health Care) en een aantal pathologie gebonden (mortaliteits)indicatoren. In de Belgische algemene ziekenhuizen bedraagt het Pay for Quality-luik slechts 0,1 % van de totale ziekenhuisfinanciering (6 miljoen vs 600 miljard euro in 2019). VOKA adviseert dat het aandeel van Pay for Quality minstens 3% van de totale financiering zou moeten bedragen.

Een belangrijk nadeel van Pay for Quality is dat het tegen het principe ingaat dat niet-financiële incentives en de intrinsieke motivatie van hulpverleners voldoende moet zijn om kwaliteitsvolle zorg te garanderen, en hier financiële prikkels voor voorzien overbodig zou moeten zijn. Dit zou er voor kunnen zorgen dat hulpverleners enkel focussen op kwaliteitsmetingen waaraan financiële prikkels verbonden zijn. Als uitkomsten van zorg gebruikt worden voor financiering moet er waakzaam omgegaan worden met de toegankelijkheid van zorg. Het perverse gevolg kan zijn, als men niet de nodige metingen van sociale gelijkheden mee capteert, dat patiënten met complexere pathologieën met minder kans op goede gezondheidsuitkomsten nergens meer terecht kunnen. Daarom is het van belang om naast uitkomstindicatoren, ook belang te hechten aan procesindicatoren binnen het Pay for Quality systeem.

Pay for Quality wordt ook toegepast op indicatoren rond geestelijke gezondheid, al is dit eerder beperkt, zeker binnen Europa. Zo zitten er in het programma van het Verenigd Koninkrijk ook indicatoren gerelateerd aan cardiovasculaire screening bij psychiatrische patiënten door de huisarts. Ook worden in het Verenigd Koninkrijk psychiatrische ziekenhuizen beloond als 90% van de patiënten bij opname grondig gescreend worden op cardiovasculaire risicofactoren. Het feit dat zowel monitoring op de eerste lijn en verdere opvolging binnen de gespecialiseerde zorg wordt georganiseerd, zorgt er voor dat de samenwerkingen tussen de verschillende lijnen versterkt wordt. Het gevolg hiervan is dat eenvoudiger diagnoses en behandelplannen tussen de verschillende lijnen gedeeld kunnen worden. In de Verenigde Staten zijn wel al heel wat studies uitgevoerd naar de effectiviteit van Pay for Quality systemen binnen de geestelijke gezondheid. Een review van meer dan 100 studies en 15 quasi experimentele studies kwam tot de conclusie dat er een positief verband is tussen Pay for Quality en afgeleiden van goede kwaliteitsvolle zorg. Deze studie bevestigde ook dat er patiëntenselecties gemaakt werden om tot betere resultaten te komen voor de kwaliteitsindicatoren.

Principe 7: Financiering dient billijk te zijn ten opzichte van de inspanningen die nodig zijn om de zorg te verlenen

Onder billijk verstaan we een financiering die redelijk en aanvaardbaar is, zowel voor de samenleving die de middelen ter beschikking stelt als voor de zorgactoren die deze zorg kwaliteitsvol moeten uitvoeren. De middelen die de samenleving ter beschikking stelt dient overeenkomstig te zijn met de verwachtingen die ze heeft van die zorg.

Geestelijke gezondheidszorg is een hoog – intensieve zorgvorm. Psychische problematiek is, in vergelijking met de meeste somatische problematieken complex, zowel in ontstaan en aard van de problematiek als ook in de de behandeling ervan. Deze complexiteit neemt vaak toe naarmate de problematiek langer aanwezig is. Geestelijke gezondheidszorg vraagt dan ook heel wat bijzondere inspanningen die verdienen om nader omschreven te worden.

Vorming: Psychische problematiek is haast altijd multi-factorieel bepaald. In tegenstelling tot de meeste somatische aandoeningen, is er bij een psychische problematiek geen eenduidige of rechtlijnige “oorzaak” van de aandoening. Vaak gaat het om een combinatie van verschillende factoren (biologische, psychologische, sociale) die maken of een persoon op een gegeven moment een psychische kwetsbaarheid ontwikkelt. Om deze factoren en hun onderling samenspel goed te kunnen begrijpen is een intensieve en doorgedreven wetenschappelijke opleiding noodzakelijk. Zorgpersoneel in de geestelijke gezondheidszorg is daarom ook hoog opgeleid. Klinisch psychologen leggen op zijn minst een 6 – jarig academisch traject af waarna ze zich vaak nog enkele jaren verder specialiseren. Artsen – psychiaters hebben een opleidingstraject van maar liefst 12 jaar. De sector gaat zelfs zo ver dat ze ook ervaringswerkers grondig vormt in een eigen opleidingstraject. Die opleiding is essentieel om ervaringswerkers deel te kunnen laten uitmaken van het begeleidingsteam rond een patiënt.

Naast het aspect van de basisvorming is de noodzaak aan permanente vorming onontbeerlijk. Het veld van de geestelijke gezondheidszorg en met name de psychiatrie en klinische psychologie is zodanig in ontwikkeling, dat het zorgpersoneel zware inspanningen levert om de stand van zaken uit het wetenschappelijk onderzoek bij te kunnen houden. Financiering dient dan ook rekening te houden met deze inspanningen in opleiding zodat er geen “brain drain” dreigt naar andere, minder intensieve medische sectoren.

Samenwerking: Zoals reeds in principe 2 toegelicht, zorgt de multifactoriële aard van psychische aandoeningen er voor dat het haast onmogelijk is om een patiënten succesvol monodisciplinair te behandelen. Multidisciplinair samenwerken, zelfs over sectoren heen, is een noodzaak. Dit creëert een bijkomende dimensie in de zorg. Niet zelden ligt de zwaarste inspanning niet in de klinische interventie van de consultatie, maar in de vele noodzakelijke overleggrondes met de actoren die een rol spelen in één van die bepalende factoren van de aandoening. Dit is een tijdrovend proces zowel in vergader- en manuren als ook in duurtijd.

Het maakt dat klinische behandelingen van psychische problematiek niet op 1 week tijd afgerond kunnen worden, maar een proces van maanden, soms jaren kan zijn.

Zorg op maat: In tegenstelling tot de somatische gezondheidszorg kennen we in de geestelijke gezondheidszorg geen “standaardbehandelingen”. We hebben wel goede richtlijnen en elke maand leren we weer bij over de verschillende psychische kwetsbaarheden. Maar “zorg op maat” is hier geen leuze, het is een noodzaak. Geen enkele depressie is immers hetzelfde. Wetenschap dient aangevuld te worden met klinische ervaring, overleg en supervisie en dan afgestemd op de noden van de patiënt en diens omgeving.

Dit maakt dat klinische behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg, zoals vb. een psychotherapie, een buitengewoon intellectueel gebeuren is, waar de voorbereidingstijd en de nabespreking soms meer tijd vragen dan de eigenlijke consultatie. GGZ – medewerkers zoals klinisch psychologen of psychiaters worden wetenschappelijk opgeleid met het doel om dat wetenschappelijk denken ook toe te passen in hun klinisch werk. Dit creëert een fascinerend proces waarbij elke begeleiding op zich een wetenschappelijke cyclus van hypothesestelling en -toetsing doorloopt. Het maakt echter ook dat dit soort klinisch werk ook mentaal erg vermoeiend is voor de hulpverlener en het aantal patiënten wat per dag gezien kan worden, beperkt is.

Opvolging: in de geestelijke gezondheidszorg werken we met patiënten met een psychische kwetsbaarheid. Deze kwetsbaarheid komt tot uiting wanneer het fragiele evenwicht tussen risico – en beschermfactoren verstoord raakt, waardoor er een vraagstelling ontstaat bij de patiënt en/of diens omgeving. De doelstelling van de zorg die we verstrekken is niet om de patiënt te “genezen” van diens kwetsbaarheid, maar eerder om hem/haar te helpen de verstoorde balans weer te herstellen zodat de vraag die er was ontstaan verhelderd kan worden. De patiënt kan dan weer zijn dagelijks leven opvatten.

Echter, de balans tussen die risico- en beschermfactoren zou opnieuw verstoord kunnen raken, ondanks eerdere succesvolle interventies. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs iets te zeggen over het succes van eerdere interventies. Het leven staat nu eenmaal bol van de stressoren en we hebben vaak geen controle over het tijdstip van onze volgende ontmoeting met een stressor. Net daarom is het zo belangrijk om onze patiënten actief te kunnen blijven opvolgen, ook al is er niet meteen een acute vraag. Des te vlugger we immers kunnen aansluiten op de vraagstelling die er is bij de patiënt na een nieuwe verstoring van de balans, des te kleiner zal de impact ervan zijn om de patiënt en zijn naaste omgeving en op ons gezondheidssysteem.

Technologie: de geestelijke gezondheidszorg is volop aan het digitaliseren in haast alle domeinen. Kennisoverdracht uit het wetenschappelijk onderzoek gebeurt langs digitale opleidingsplatformen. Communicatie tussen hulpverleners verloopt via beveiligde platformen en gezamenlijk beheerde elektronische patiëntendossiers. Die dossiers moeten geïntegreerd kunnen worden zodat de patiënt en de zorgverstrekker kan beschikken over één geïntegreerd dossier. Klinische interventies worden zelfs online aangeboden en hun resultaten mee gebruikt in nieuw wetenschappelijk onderzoek. Eén van de grote uitdagingen voor de geestelijke gezondheidszorg wordt het genereren van data door de verschillende

zorgverstrekkers en -aanbieders. Die data zullen zo efficiënt en dus liefst elektronisch gecapteerd moeten worden binnen vb. een daartoe geschikt elektronisch patiëntendossier.

In het bijzonder wordt er aandacht geschonken aan “blended” therapy: een zorgvorm waarbij er tussen klinische interventies door, digitale opvolging gebeurt door het GGZ – team. Dit alles vraagt de ontwikkeling en implementatie van nieuwe technologieën. Dit zijn vaak kostelijke investeringen voor GGZ-voorzieningen en -verstrekkers. Ze vragen ook de nodige tijd: dossiers moeten up to date gehouden kunnen worden, digitale informatieoverdracht moet nog altijd vorm gegeven worden en zelfs in “blended” – therapie moet de zorgverstrekker ook de tijd hebben om de patiënt tussentijds digitaal te kunnen opvolgen.

Mentale belasting: het verstrekken van geestelijke gezondheidszorg is belastend voor hulpverleners. In tegenstelling tot de meer somatische gezondheidszorg is het geen snelle aaneenschakeling van technische prestaties zoals we hierboven reeds beschreven. Hulpverleners ervaren een grote mentale belasting in het luisteren naar en werken met de patiënten en hun omgeving. De verhalen en moeilijkheden gaan vaak gepaard met sterke, negatieve emoties die moeten verdragen en verwerkt worden door de hulpverleners. Deze emoties kunnen ook doorschieten naar agressie en crisissituaties die gehanteerd moeten worden.

Samenvattend kunnen we stellen dat geestelijke gezondheidszorg een complexe zorgvorm is. De vragen/klachten/problematieken waarmee patiënten zich wenden tot zorgverstrekkers / -aanbieders zijn multifactorieel bepaald wat een langdurige en intensieve opleiding vereist. Gezien deze multifactorialiteit bestaan er geen pasklare antwoorden en dient wetenschappelijke evidentie stevast vertaald te worden naar een zorg op maat, die bovendien vaak zelden eindig is. Tot slot dient er in de geestelijke gezondheidszorg een grondige inhaalbeweging te gebeuren op vlak van digitalisering. De zorgverstrekkers en -aanbieders, net als de ervaringswerkers dienen dan ook op een billijke wijze vergoed te worden die rekening houdt met deze complexiteit.

Conclusie

Een werkgroep bestaande uit ervaringsdeskundigen, zorgverstrekkers en afgevaardigden uit zorgvoorzieningen heeft een jaar lang gewerkt om tot een consensus te komen over de principes die best gehanteerd worden wanneer men (geestelijke) gezondheidszorg wil gaan financieren. De principes die in dit document naar voren geschoven worden zijn geen strikte regels die bepalen hoe zorg gefinancierd moet worden. Ze moeten echt beschouwd worden als algemene principes die richting gevend kunnen zijn aan hoe een samenleving haar (geestelijke) gezondheidszorg kan financieren. Ze laten dus voldoende flexibiliteit toe tegemoet komt aan de diversiteit in de sector.

Niettemin is de werkgroep ervan overtuigd dat, wanneer deze principes toegepast zouden worden in de financiering van de zorg, dit kan leiden tot betere zorguitkomsten, een betere ervaring voor de patiënten en hun omgeving, een grotere jobtevredenheid voor de zorgverstrekkers en een efficiëntere zorg (quadruple aim).

De volgende stap die de werkgroep wilt nemen is om deze principes te toetsen aan de huidige financiering van de diverse actoren in de sector. We hopen op basis van deze toetsing meer specifieke aanbevelingen te kunnen doen naar toekomstige financiering toe.