

Geachte Minister Vandenbroucke,

Op uw verzoek hebben we het regeerakkoord zorgvuldig doorgenomen, vanuit psychiatrische invalshoek. We bezorgen u onze feedback dan ook graag in deze tekst:

Wij onderschrijven de belangrijke uitdaging om de mentale weerbaarheid en veerkracht van de bevolking te verhogen, psychische problemen sneller te detecteren en tijdig te interveniëren bij ernstige en complexe psychiatrische problemen. Een geografisch juist verspreide en uitgebreidere beschikbaarheid van noodzakelijke zorgprogramma's en geïntegreerde zorg zijn daarvoor de juiste antwoorden. Voor het verder ontwikkelen van geïntegreerde zorg in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), ligt er eind februari een afspraak vast tussen de ad-hoc werkgroep on vervulde zorgnoden en de bevoegde personen van de administratie. In het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg is er zeker nog ruimte voor meer uitgewerkte GGZ-speerpunten.

Wij juichen de oprichting van de commissie gezondheidszorgdoelstellingen toe als een visionair initiatief om de (geestelijke) gezondheidszorg van de toekomst vorm te geven. Een langetermijnvisie of toekomstperspectief wordt erg gemist in onze sector. Wij bieden graag onze expertise aan om hier actief aan bij te dragen vanuit het psychiatrisch werkveld.

Dat het principe van de groeicijfer gehanteerd wordt in de gezondheidszorg, is voor de GGZ in het algemeen en de psychiatrie in het bijzonder absoluut noodzakelijk. Zo kunnen we stilaan de norm van 10 % bereiken, het percentage van het totaal gezondheidszorgbudget in landen met een hoog inkomen, dat volgens duurzaamheidsdoelstellingen naar GGZ moet gaan. Ook de tekorten in zorgaanbod kunnen op die manier weggewerkt worden. We hopen daarom dat er prioritair investeringen kunnen gebeuren voor ondercapaciteit in bepaalde zorgnoden. Zoals het in de huidige tijdsgeest past, moeten we proberen het aantal residentiële behandelingen zo laag mogelijk te houden. Meer focus op dagkliniek, deeltijdse programma's, uitreikende behandelingen en ambulante zorg zijn daarbij prioritair. Als het gaat over onvoldoende gecoverde zorgnoden, denken we bijvoorbeeld aan:

- Intensieve behandelprogramma's voor personen met een interneringsstatuut, zowel residentieel, dagklinisch als ambulant. Ook patiënten met een beschermende observatiemaatregel die lijden aan dezelfde psychiatrische problematiek met gelijktijdige gevaarlijke gedragserupties, zouden toegang moeten kunnen krijgen tot deze vormen van zorg. Het oprichten van een apart detentiecentrum voor personen met psychiatrische problemen (zoals vermeld in het masterplan detentie) moet worden toegejuicht.
- Intensieve behandelprogramma's voor jongeren in de transitieleeftijd. We weten uit onderzoek dat de helft van alle psychiatrische problemen ontstaan voor de leeftijd van 14 jaar en driekwart voor de leeftijd van 24 jaar. De overgang van puberteit en adolescentie naar volwassenheid en de overgang van kinder- en jeugdpsychiatrie naar volwassenenpsychiatrie vraagt veel therapeutische aandacht en investering. Residentiële behandeling levert vaak niet op wat werd

gehoopt. Inzetten op intensieve dagklinische, deeltijd-behandeling of outreach is niet alleen kosteneffectiever, het is ook efficiënter voor de psychosociale ontwikkeling van jongeren door het behoud van het sociale weefsel en de peergroep. Bijkomend inzetten op werken met de gezinscontext en het bredere netwerk van een jongere in de transitieleeftijd is ook absoluut noodzakelijk.

- De uitrol binnen de netwerken van ambulante psychotherapeutische behandelprogramma's in de vorm van bijvoorbeeld EMDR en intensieve cognitieve gedragstherapie, voor ernstige en langdurige psychische problemen zoals psychotrauma en persoonlijkheidsstoornissen.
- Het ontwikkelen van modellen van geïntegreerde zorg in de eerste lijn, zoals collaborative care in de huisartsenpraktijk met de integratie van huisarts, psychiater, psycholoog, verpleegkundige, sociale dienst, naargelang de noden van de patiënt. Een analoog model voor ambulante psychiatriepraktijken is ook essentieel, zeker met de huidige schaarste aan ambulant werkende psychiaters. Collaborative care van de ambulante psychiatrie is een effectief, multidisciplinair, evidence-based behandelmodel dat in analogie van de bestaande ELP-conventie bij kinderen en jongeren kan ontwikkeld worden.
- De uitrol van gespecialiseerde behandelingen voor dubbele of meervoudige diagnoses, zoals de combinatie van middelen en psychose, of de combinatie van een snelgroeiende groep psychisch kwetsbare mensen met een mentale handicap en een ontwikkelingsstoornis zoals ASS en psychose.
- De ontwikkeling van gespecialiseerde medisch-psychiatrische units voor patiënten met een ernstige medische-psychiatrische co-morbiditeit, waarbij zowel een enkelvoudige medische als een enkelvoudige psychiatrische behandeling ontoereikend is, en een intensieve behandelsamenwerking tussen verschillende medische disciplines behoeft.

Andere aspecten in het regeerakkoord waar we op willen reageren, zijn de volgende:

Verslaving:

Het is positief dat naast problematisch gebruik van alcohol en andere middelen ook gedragsverslavingen expliciet vermeld worden. Het toenemende probleem van gokverslaving kan op die manier de nodige beleidsmatige aandacht krijgen, door bijvoorbeeld in te zetten op reclameverbod. We verwijzen graag naar de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad hieromtrent. De aandacht voor verslavingsgeneeskundige expertise vinden wij ook zeker een gunstige evolutie. Daarnaast ondersteunen wij de beslissing om de vermelding "Overmatig alcoholgebruik is schadelijk" te vervangen door de wetenschappelijk correctere boodschap "Alcohol is schadelijk".

Het stigma-probleem voor de doelgroep verslaving, dat zich bijvoorbeeld uit door exclusie uit hospitalisatieverzekeringen, heeft tot op heden ondanks intensieve belangenbehartiging nog niet tot een bevredigend resultaat geleid. De toegankelijkheid van zorg in alle zorgfuncties van de GGZ-netwerken, met aandacht voor inclusie en integratieve zorg, waarin een nauwe samenwerking met de verslavingszorgactoren binnen de Vlaamse Sociale Bescherming dient nagestreefd te worden, is ook een blijvend aandachtspunt.

We willen graag onze bezorgdheid uiten over de passage waarin de hervormde wet inzake de beschermende observatiemaatregel voor personen met een psychiatrische aandoening wordt gekaderd als een opportuniteit om zwangere vrouwen met een verslavingsproblematiek in gedwongen observatie te plaatsen. Dit staat nergens zo vermeld in de nieuwe wet, maar komt uit het Vlaams regeerakkoord. Op bladzijde 121 daarvan staat: “Als er gevaar is voor het kind moet ondertoezichtstelling van het ongeboren kind (of zwangere vrouw) via gerechtelijke weg kunnen worden toegepast.” In de wet beschermende observatiemaatregelen is geen passage opgenomen over zwangerschap en verslaving. Over een verslavingsbehandeling onder beschermend statuut is de nieuwe wet erg voorzichtig, en laat de beslissing over aan de wijsheid van de bevoegde vrederechter. Wij beschouwen de mogelijkheid om zwangere vrouwen preventief met een juridisch statuut op te nemen als een stigmatiserende benadering die niet strookt met de geest van de wetshervorming, waarin juist wordt ingezet op het verminderen van het aantal maatregelen. De focus moet liggen op preventie, vroeg interventie, motivatie tot behandeling en hervolpreventie, met een voorkeur voor vrijwillige zorg. Hierbij lijkt het ons aangewezen om aansluiting te zoeken bij bestaande pre- en perinatale zorgprojecten voor kwetsbare doelgroepen. Het federaal én Vlaams eerste 1000-dagen zorgenprogramma, te starten vanaf de zwangerschap, is daarvan een uitstekend voorbeeld.

De ontwikkeling van mobiele teams die expliciet psychische en druggerelateerde problematiek bij kinderen en jongeren willen aanpakken, schiet mogelijk het doel voorbij. We gaan hierover graag in gesprek of er andere, efficiëntere manieren zijn in mogelijke zorg voor deze doelgroep.

Tenslotte zouden we de aandacht willen vestigen op de mogelijke onevenwichtige evolutie tussen repressie en zorg. De wetenschappelijke evidentie is helder dat investeren in (laagdrempelige en aanklampende) zorg en welzijn, met positieve bekrachtiging van gewenst gedrag op het vlak van veiligheid een grotere behandelefficiëntie en maatschappelijk rendement oplevert.

Voldoende betaalbare geneesmiddelen en medische hulpmiddelen:

Voor personen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is medicatie van levensbelang. Het zorg voor de noodzakelijke psychische stabiliteit en belet grotendeels suïcidaliteit en gevaarlijke gedragserupties. De voldoende beschikbaarheid van psychofarmaca is dus een grote bezorgdheid van GGZ-professionals. Wanneer patiënten niet kunnen terugvallen op vertrouwde medicatie, zorgt dat zelfs voor een deterioratie van de bestaande toestand. Het maakt de ziekte slechter. We steunen de

beleidslijnen hierover in het regeerakkoord, en hopen dat geneesmiddelentekorten daardoor definitief tot het verleden behoren.

Wat betreft de terugbetaling van geneesmiddelen bij verslaving en ADHD bij volwassenen, pleiten wij voor een gelijkschakeling met andere psychofarmaca. Het is een vorm van stigma en discriminatie dat deze patiënten vaak medicatie moeten ontberen omdat ze de financiële middelen niet hebben om deze dure geneesmiddelen te kunnen betalen.

Het inzetten op rookstopbegeleiding om een tabaksvrije samenleving te bekomen, is zonder meer essentieel voor de volksgezondheid. We staan dan ook helemaal achter het toegankelijk maken van rookstopmiddelen binnen de ziekteverzekering, en het motiveren van rookstop bij patiënten opgenomen in het ziekenhuis. De terugbetaling van rookstopbegeleiding en rookstopmiddelen tijdens een psychiatrische behandeling vinden wij een belangrijk aandachtspunt.

De maximum factuur geldt voor alle patiënten, onafhankelijk van de somatische of psychiatrische aandoeningen waar ze aan lijden. Het addertje onder het gras in het geval van terugbetaling van medicatie in het kader van de maximum factuur, is dat dit enkel voor terugbetaalde medicatie geldt. Preparaten zoals laxativa voor constipatie als gevolg van bijwerkingen van psychofarmaca, benzodiazepines in geval van psychose worden niet meegerekend in de maximum factuur. Dit is voor personen met ernstige psychiatrische aandoeningen een discriminerend gegeven en zouden wij als psychiaters graag anders zien.

De samenstelling van de commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) zagen we graag aangevuld met een psychiater, ten einde de belangen van de patiënten met een psychiatrische aandoening adequater te kunnen behartigen. De afwezigheid van een specifieke psychiater-stem in deze commissie maakt dat de juiste afwegingen en argumenten niet in de beslissingsprocessen terechtkomen.

Arbeidsongeschiktheid en mogelijke terugkeer naar werk:

De beperking van de werkloosheidsvergoeding in de tijd en de strengere aanpak van langdurig zieken die niet voldoende meewerken aan re-integratie, is een delicaat punt voor personen met een psychische kwetsbaarheid. Wij maken ons hier grote zorgen over. Niet alleen kan dit resulteren in de uitsluiting van deze patiëntengroep op vlak van sociale bescherming, precies omwille van hun aandoening. Maar ook kan dit de stress, spanning en angst zodanig verhogen dat de aandoening zelf weer opflakkert, en tot een vicieuze cirkel van arbeidsongeschiktheid leidt.

Ook zijn er mogelijke perverse effecten aan de voorgestelde sancties voor artsen bij wie het percentage arbeidsongeschikte patiënten hoger ligt dan gemiddeld. Dit heeft onder meer te maken met de populatie patiënten die de arts behandelt. Een huisarts of psychiater met een grote caseload EPA-patiënten, heeft allicht fors meer arbeidsongeschikte patiënten dan gemiddeld. Dit kan resulteren in een ongewenste patiëntselectie, waarbij EPA-patiënten minder welkom zijn in sommige praktijken.

Wat wij missen in het regeerakkoord is een herziening van de termijn van medisch ontslag, die momenteel voor sommige psychisch kwetsbare mensen te lang is. We pleiten ervoor om werknemers die uitvallen als gevolg van een toxische werkomgeving, de mogelijkheid te bieden om, indien gewenst en op hun eigen expliciete vraag, op kortere termijn medisch ontslag te verkrijgen. Dit kan de arbeidsreïntegratie bevorderen en de kans op regressie thuis verminderen.

Tenslotte willen we pleiten voor een gedegen, intensieve opleiding op vlak van kennis van psychopathologie voor adviserend artsen binnen de mutualiteiten, bij de overheid en ook privé verzekeringen. Vaak worden we geconfronteerd met onterechte besluiten van collega's-adviserend artsen die louter het gevolg zijn van onvoldoende inzicht in de aard van symptomen en beperkingen op psychisch vlak van bepaalde vormen van psychiatrische aandoeningen. We zijn zeker bereid daar onze volle medewerking aan te verlenen.

Gelijke kansen en strijd tegen discriminatie.

De intentie om gelijke kansen voor iedereen te bieden en discriminatie te bestrijden, is essentieel voor personen met psychische kwetsbaarheid. Nog steeds worden er door verzekeraars discriminerende voorwaarden van aandoeningen opgenomen in verschillende vormen van verzekeringspolis (gewaarborgd inkomen, hospitalisatie, schuld-saldo, repatriëring,...) Ook bij sollicitatieprocedures en aanwervingsmogelijkheden blijven personen met een psychische kwetsbaarheid in de kou staan.

Patiënten met een EPA-zorgindicatie.

Het doet ons veel plezier dat patiënten met een EPA-zorgindicatie letterlijk in het regeerakkoord worden genoemd als een kwetsbare groep met extra noden. Voor hen werd in het najaar 2024 een uitgebreid visiedocument opgesteld in de ad hoc werkgroep "onvervulde zorgnoden". We hopen dit verder te kunnen bespreken met de mensen van de administratie en het kabinet. Het housing first-principe is daarvan een hoeksteen, net als een continue referentiepersoon en andere vaste hulpverleners zoals maatschappelijk assistenten bij het ziekenfonds, huisarts, psycholoog en psychiater.

Ouderen

We juichen toe dat de regering prioritair werk wil maken van geïntegreerde zorg voor ouderen met geestelijke gezondheidsproblemen, onder meer voor mensen met dementie. We denken dat het zinvol is aandoeningen als depressie niet geïsoleerd te bekijken. Zo is er een belangrijke bidirectionele comorbiditeit tussen depressie en dementie. Het is ook belangrijk om te denken in termen van getrapte. Zo kunnen niet-medicamenteuze behandelingen eerste keuze zijn bij milde symptomen, maar zij zijn zeker niet altijd afdoende bij meer ernstige symptomen. Veel niet-medicamenteuze behandelingen zijn ook weinig onderzocht. We denken dat het moet mogelijk zijn om

overmatig gebruik van psychofarmaca bij ouderen tegen te gaan en tegelijk adequate psychiatrische zorg te blijven bieden volgens de noden van alle ouderen, inclusief het gebruik van medicatie wanneer dat noodzakelijk is.

De rol van de psychiater:

Wij waarderen de erkenning van de cruciale rol van de psychiater. De bedoeling dat die rol “versterkt wordt zowel binnen de netwerken, als ambulant voor acute, chronische en complexe zorgnoden, waarbij hij/zij een actieve rol speelt in de multidisciplinaire zorgtrajecten”, lijkt ons belangrijk om verder uit te werken. Ook verdient het een fundamentele overweging hoe die positie wordt gezien: enkel als behandelaar, of ook als teamleider en beleidsfiguur, zoals in de co-governance van netwerken geestelijke gezondheidszorg. De centrale positie van de psychiater in het veranderende geestelijke gezondheidszorglandschap en de forse stijging van de zorgvraag, maakt dat er een zorgwekkend tekort is ontstaan. We vragen ons af of bij de verhoogde artsenuota rekening wordt gehouden met de huidige lange wachtlijsten voor psychiaters en het steeds uitbreidende takenpakket. De zoektocht naar ambulante psychiaters bijvoorbeeld zorgt voor veel zenuwachtigheid en ongerustheid in het veld. Er is absoluut een masterplan nodig om dit tekort aan te pakken op zo kort mogelijke termijn.

Andere aandachtspunten waaraan we graag onze medewerking verlenen:

- Versterking van de ondersteuning van mantelzorgers, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen.
- Specifieke aspecten van GGZ in de wet patiëntenrechten.

De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie houdt zich ter beschikking om op een constructieve manier te overleggen over de beleidslijnen voor de komende regeerperiode. U kan hiervoor altijd beroep op ons doen.

Oprecht alle succes gewenst met de vele uitdagingen waar de sector voor staat!

Met hartelijke groeten,

Kirsten Catthoor, voorzitter
Ruben Willems, directeur