

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 247

van **FREYA VAN DEN BOSSCHE**

datum: 17 januari 2017

aan **JO VANDEURZEN**

VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Centra geestelijke gezondheidszorg - Wachttijsten

De centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg) spelen een belangrijke rol in het geestelijke-gezondheidsbeleid van Vlaanderen. Voor mensen die doorverwezen worden naar een cgg of er zelf naartoe stappen omdat ze te maken hebben met meer of minder zware psychische problemen, is het vaak van groot belang dat ze snel geholpen kunnen worden. Ondanks de inspanningen van diverse teams blijkt dat toch vaak een pijnpunt te zijn.

1. Hoeveel mensen werden in 2016 geholpen door de cgg's? Hoe verhoudt zich dat tot de voorbije jaren? Kan de minister hiervan een opdeling geven voor de verschillende cgg's en naar leeftijd, geslacht, sociaal-economisch profiel, en type van interventie?
2. Hoeveel bedraagt de gemiddelde wachttijd voor de verschillende cgg's, voor de verschillende interventies, en voor de jongeren versus volwassenen?
3. Op welke manier gaat de minister de wachttijden bij de cgg's op korte termijn wegwerken zodat iedereen die er nood aan heeft snel en goed geholpen kan worden?

ANTWOORD

op vraag nr. 247 van 17 januari 2017

van **FREYA VAN DEN BOSSCHE**

- 1-2. De cijfers van 2016 worden pas later op het jaar bekend. Als bijlage zijn 2 excel tabellen toegevoegd met verschillende tabbladen
3. De wachttijden worden veroorzaakt door een complex samenspel van vele beïnvloedende factoren. We zijn gestart met een grondige denkoefening hierover, samen met de sector. Het monitoren van de wachttijden was een eerste aandachtspunt zowel voor de overheid als voor de sector. Uit deze monitoring (zie bijlage) blijkt ondertussen dat er grote regionale verschillen zijn. In het Actieplan Geestelijke Gezondheid stellen we duidelijk dat we streven naar een zorgsysteem dat beter aansluit bij de behoeften van de burgers en dat toelaat om in te spelen op de wisselende zorgvraag. Voor de opmaak van een zorgstrategische planning binnen de GGZ willen we vertrekken vanuit een inventarisatie van het bestaande zorgaanbod en deze programmatie plaatsen naast specifieke kenmerken van de regio's wat betreft inwonersaantallen, prevalentie geestelijke gezondheid, sociaaleconomische situatie, ... en lokale, regionale en Vlaamse vergelijkingen maken. We inventariseren m.a.w. de blinde GGZ-vlekken en anticiperen hier toekomstgericht en financieringsgewijs op. We stimuleren in dit kader de ontwikkeling van vernieuwende en alternatieve zorgvormen. Transparantie over en samenwerking en afstemming rond bv. wachttijden en -lijsten, zowel binnen de GGZ als met de belendende sectoren, zal hierbinnen een evidentie. De netwerken kinderen en jongeren en volwassenen bieden reeds kansen tot het opnemen van een collectieve verantwoordelijkheid. Op deze manier zullen we op een coherente manier aan het probleem van de wachttijden werken.

De sector zelf is in afwachting ook actief op zoek naar manieren om nog beter met het grote aantal hulpvragen om te gaan en het doorstroomproces te optimaliseren. We focussen ons in dit denkproces op methoden die helpend zijn om de wachttijd op een zinvolle manier door te brengen. Er kunnen namelijk tijdens de wachttijd al stappen ondernomen worden om tegemoet te komen aan de hulpvraag van de betrokkene bijv. via **psycho-educatie, online** methodieken, enz. Het is belangrijk dat mensen weten dat ze er niet alleen voor staan, ook niet tijdens een wachttijd. De hulpverlening kan tijdens een wachttijd een zinvol aanbod doen inzake het draaglijk maken van de problematiek, informatie geven, veerkracht versterken, ...

Cfr. het Actieplan Geestelijke Gezondheid willen we ook bekijken rond welke thema's en doelgroepen we o.a. onlinehulpverlening kunnen initiëren. We verwijzen hierbij graag naar de oproep incentives voor onlinehulpprojecten voor welzijn en gezondheid binnen 'Flanders Care' waar toch twee van de vijf geselecteerde projecten uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg komen.

De Vlaamse overheid, en bij uitbreiding alle overheden in dit land met een bevoegdheid op vlak van geestelijke gezondheidszorg, neemt eveneens initiatieven om beter tegemoet te kunnen komen aan die zorgvragen. Zo heeft de Vlaamse overheid initiatief genomen om 7 projecten te financieren die experimenteren met de invoering van een **eerstelijnspsychologische functie (ELPF)**. Een sterker uitgebouwd geestelijk gezondheidszorgaanbod op de eerstelijns zou een grote verbetering betekenen: mensen kunnen sneller hulp vinden, de hulp is zeer laagdrempelig, de evolutie naar meer ernstige en/of langdurige zorgvragen kan

mogelijks worden vermeden, het taboe om hulp te zoeken bij psychische problemen daalt, ...

We hopen dat de erkenning van **klinisch psychologen** mogelijkheden opent naar een terugbetaling van deze beroepsgroep. We gaan actief hierrond in dialoog met de federale minister voor Volksgezondheid Maggie De Block, maar de terugbetaling van geneeskundige prestaties valt onder haar bevoegdheid (RIZIV). Dit zijn heel belangrijke evoluties om de druk in het huidige geestelijke gezondheidszorgaanbod te doen dalen en een breder aanbod te creëren. Enerzijds zou de generalistische gezondheidszorg op die manier meer expertise in huis hebben om een antwoord te bieden op de stijgende psychische klachten, anderzijds kan de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (zoals de CGG) zo beter focussen op meer ernstige zorgvragen en kan de gespecialiseerde zorg de generalistische zorg ondersteunen via expertise-overdracht.

In afwachting van een breder model van terugbetaling van psychologische eerstelijnszorg, gaan we vanuit de Vlaamse overheid in 2017 nieuwe ELPF-projecten opstarten gericht op de doelgroep kinderen en jongeren. We willen in elke provincie zo'n project mogelijk maken, gekoppeld aan de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren en maken hiervoor bijkomend 400.000 euro voor vrij.

De Vlaamse overheid wil de komende jaren ook verder inzetten op **preventie, vroegdetectie en vroeginterventie**. We verwijzen bijvoorbeeld naar het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie. Ook zetten we in op gezondheidspromotie, positieve beeldvorming en zelfzorg. Bijvoorbeeld het ontwikkelen van nieuwe behandelmethodes zoals online interventies, kan de drempel naar zorg verlagen en zelfzorg aanmoedigen.

In uitvoering van het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren zullen we in 2017 een programma rond vroegdetectie en vroeginterventie lanceren. Daarin willen we de lopende projecten rond vroegdetectie integreren en beter op elkaar afstemmen en extra aanbod inzake vroegdetectie en vroeginterventie creëren. We maken hiervoor bijkomende 600.000 euro vrij. Er zal binnen dit programma specifieke focussen gelegd worden bijv. verslaving; psychose.

Voorts stimuleren we de verdere ontwikkeling van **zorgcircuits en netwerken**. Sectoroverstijgend werken zorgt ervoor dat we de bestaande expertise beter kunnen bundelen en uitwisselen en zichtbaar krijgen waar er leemtes zijn. Regionale netwerken nemen meer en meer gezamenlijk verantwoordelijkheid op om een kwaliteitsvol, tijdig en passend aanbod te bieden op elke hulpvraag. We verwijzen naar het Actieplan Jeugdhulp, netwerken geestelijke gezondheidszorg volwassenen en de recent opgestarte netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren. Binnen de netwerken geestelijke gezondheid is ook een tendens naar een verdere ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg ingezet, o.a. door de bevrozing van bedden in het kader artikel 107 en de uitbouw van mobiele werkingen. Cfr. het Actieplan Geestelijke Gezondheid willen we het aanbod van de CGG nauw laten aansluiten op de uitgebouwde mobiele werkingen, zowel voor kinderen en jongeren als voor volwassenen. Op deze manier willen we coherent aanbod van ambulante diagnostiek en behandeling in Vlaanderen uitbouwen.

Al deze initiatieven samen zullen de komende jaren zorgen voor een breder en beter georganiseerd geestelijk gezondheidszorgaanbod.

BIJLAGEN

1. - Tabblad 1: Een overzicht van het aantal cliënten met een actieve zorgperiode in 2015, opgesplitst naar geslacht, leeftijd, provincie en CGG.
Evolutie van het aantal zorgperioden per CGG en per jaar.

- Tabblad 2: Wachtijd tot FTF1 (FTF = face to face) per CGG en doelgroep, 2013-2015: gemiddelde en P75 (P75 = percentiel 75). Percentiel 75 is een veelgebruikt cijfer omdat het een meer stabiel gegeven is dan het gemiddelde. Het gemiddelde kan namelijk sterk vertekend zijn door uitzonderlijke, extreme waarden (outliers). P75 weerspiegelt de maximale wachtijd waarbinnen 75% van het cliënteel geholpen is.
Wachtijd tussen FTF1 en FTF2 en de totale wachtijd (van aanmelding tot FTF2), per CGG en doelgroep, 2013-2015: gemiddelde en P75
Men vraagt ook naar de wachttijden per soort interventie, maar dit wordt niet als dusdanig geregistreerd.
 - Tabblad 3: Spreiding wachtijd voor en na intake (FTF1), 2013-2015.
 - Tabblad 4: Spreiding wachtijd voor en na intake (FTF1) voor 3 grote leeftijdsgroepen, per provincie, 2013-2015.
 - Tabblad 5: Indicator 1a: Evolutie doelgroepen aantal cliënten en Indicator 1b: Evolutie doelgroepen aantal zorgperiodes.
 - Tabblad 6: aantal activiteiten naar zorgsoort.
2. In deze tabel wordt per CGG voor de jaren 2011 – 2015 het type interventie (indicatiestelling – behandeling – begeleiding – psycho-educatie – activering) weergegeven. Merk op dat er een discrepantie is tussen het totaal aantal activiteiten en het aantal activiteiten waar de cliënt effectief aanwezig was.