

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 883

van **FREYA VAN DEN BOSSCHE**

datum: 20 september 2017

aan **JO VANDEURZEN**

VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's) - Wachtlijsten

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's) 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 vijf jaar? Kan de minister hiervan een opdeling geven voor de verschillende CGG's naar regio, 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?
4. Kan de minister een overzicht geven bij welke CGG's aanmeldingstops geweest zijn in 2016? Hoe verhoudt zich dat tot de voorbije vijf jaar? Kan de minister een overzicht geven per regio? Heeft de minister er zicht op hoelang deze aanmeldingstops gemiddeld duren?

ANTWOORD

op vraag nr. 883 van 20 september 2017

van **FREYA VAN DEN BOSSCHE**

1. De gevraagde gegevens vindt u in het Excel-document in bijlage, tabblad 1.
In de eerste tabel: Evolutie aantal personen met een actieve zorgperiode als hoofdccliënt in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), 2011-2016:
 - De cijfers zijn gegroepeerd naar provincie, rekening houdend met de standplaats van het CGG;
 - De cijfers worden voor de jaren 2011- 2016 weergegeven en dit voor alle cliënten, per soort RSZ-statuuut (onbekend, geen statuut, regulier of verhoogd) en per geslacht;
 - Per provincie wordt naast de totalen voor de provincie eveneens de cijfers per CGG weergegeven.

In de tweede tabel: Evolutie aantal actieve zorgperiodes als hoofdccliënt in de CGG, 2011-2016. Het type zorg wordt namelijk niet per cliënt maar per zorgperiode geregistreerd. Sommige cliënten kennen per jaar meer dan 1 zorgperiode: als iemand een behandeling krijgt voor 2 verschillende problemen, of een behandeling in het begin van het jaar en een op het einde, zijn dat 2 afzonderlijke zorgperiodes.

- De cijfers per CGG worden weergegeven, maar ook gegroepeerd per provincie;
- Het totaal aantal zorgperiodes, en de zorgsoort (kinderen en jongeren, volwassenen, ouderen, verslaving, forensische, andere) wordt weergegeven.

In één zorgperiode zijn er verschillende types van interventies mogelijk: indicatiestelling, behandeling, begeleiding, activering, psycho-educatie, ... We kunnen daarom geen indeling geven volgens het type van interventie op niveau van aantal zorgperiodes.

2. De gevraagde gegevens vindt u in het Excel document in bijlage, tabblad 2.
In deze tabel vindt u de gemiddelde wachttijd voor de verschillende CGG, met telkens het totaal aantal zorgperiodes en opsplitsing per zorgsoort dus voor kinderen en jongeren, voor volwassenen, voor ouderen, voor verslaving, voor forensische zorg.
 - In de eerste tabel: voor 2016 de wachttijd tot de eerste face-to-face (FTF1);
 - In de tweede tabel: voor 2016 de wachttijd tussen FTF1 en de tweede face-to-face (FTF2);
 - In de derde tabel: voor 2015 de wachttijd tot FTF1;
 - In de vierde tabel: voor 2015 de wachttijd tussen FTF1 en FTF2.
3. Elk CGG staat in voor het eigen instroombeleid. Binnen dat instroombeleid worden criteria bepaald en afspraken gemaakt om zo efficiënt en effectief mogelijk antwoorden te geven op de vele vragen en noden. De wachttijden zijn bovendien niet enkel afhankelijk van het instroombeleid, maar evenzeer van het doorstroom- en uitstroombeleid. Het is m.a.w. een complex gegeven waar verschillende factoren een rol spelen. Ik som een aantal elementen op waarmee we mee willen inwerken op de wachttijden van de CGG.

Het is allereerst belangrijk na te gaan hoe de wachttijd wordt overbrugd. Vanuit het Vlaamse beleid zullen we blijvend inzetten op de mogelijkheden die online hulpverlening kan bieden, aanvullend op de klassieke hulpverlening en als motor

voor zelfzorg. Dit najaar nog zal er bv. een campagne rond zelfzorg voor gelanceerd worden, gerealiseerd samen met de Vlaamse jeugdraad en onze partnerorganisaties. Via deze campagne willen we op een aansprekende, toegankelijke, laagdrempelige wijze zelfzorg bij jongvolwassenen promoten. Zelfzorg is de onderste pijler van de geestelijke gezondheidszorg, aldus de WHO-piramide voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. En is daarmee ook de belangrijkste pijler in een publiek gezondheidszorgsysteem volgens het principe van subsidiariteit. Een goede mental health literacy speelt een belangrijke rol in het verbeteren van de psychische gezondheid en preventie van psychische aandoeningen. Dit omvat een goede kennis over geestelijke gezondheid, een correcte attitude ten aanzien van geestelijke gezondheid(sproblemen) en het ontwikkelen van vaardigheden voor zelfzorg en om de efficiëntie van hulp zoeken te verbeteren. Naast de vermelde campagne proberen we vanuit de Vlaamse overheid hierop maximaal in te zetten vanuit acties zoals 'Fit in je hoofd!', NOK-NOK, ...

Er worden veel inspanningen geleverd om kwalitatieve zorg mogelijk te maken voor iedere persoon met geestelijke gezondheidsproblemen. Bijzondere aandacht hebben we voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen met geestelijke gezondheidsproblemen. Immers, 50 procent van de psychische stoornissen bij volwassenen vangt aan voor de leeftijd van 14 jaar, en tot 75 procent voor het 25^{ste} levensjaar. Het is dus van groot belang om psychische problemen bij onze jeugd adequaat en tijdig te detecteren en gericht te interveniëren. Zo zal het programma rond vroegdetectie en -interventie, waarin de CGG een sleutelrol opnemen, specifiek focussen en op het snel detecteren van psychische problemen bij kinderen en jongeren en vroegtijdig ingrijpen. Daarvoor maken we vanaf 1 januari 2018 bijkomend 1 miljoen euro vrij.

De toegankelijkheid van het zorgaanbod voor jongeren zal verbeteren door de initiatieven die gepland staan in de bredere jeugdhulp. In totaal investeren we in 2018 en 2019 25 miljoen euro extra in de jeugdhulp. 15 miljoen euro daarvan wordt ingezet om meer capaciteit en meer samenwerking te bekomen in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. We investeren in een versterkte jeugdhulp snel en dichtbij onze gezinnen, kinderen en jongeren en vertrekken hierbij van 1 gezin = 1 plan. Iedereen betrokken op een gezin staat ook mee in voor de continuïteit van de jeugdhulp. Elk samenwerkingsverband dat hierop intekent, moet minstens 1 voltijdse eerstelijnspsycholoog opnemen in het voorstel dat men indient. Ook de CGG komen in deze oproep in aanmerking om een uitbreiding van hun aanbod te vragen.

Het effectief realiseren van een (gedeeltelijke) terugbetaling van de zelfstandig werkende psychologen vanuit de federale overheid zal tenslotte ook de betaalbaarheid of financiële toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg verbeteren wat uiteraard een impact zal hebben op de wachttijden bij de CGG. Vanuit Vlaanderen zijn we groot voorstander om in eerste instantie de terugbetaalbaarheid van de prestaties van de eerstelijnspsychologische functie mogelijk te maken, zodat deze functies kunnen uitgerold worden over heel Vlaanderen. We merken uit de pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie dat de invoering van deze functie meerdere positieve effecten heeft. Enerzijds kan de eerstelijnspsycholoog zich meer richten op de eerste, laagdrempelige zorg bij milde psychische klachten waardoor de CGG zich nog beter kunnen richten op hun tweedelijnspositie en de ernstige psychische klachten die een meer gespecialiseerde behandeling vragen. Ten tweede kunnen patiënten in een vroeger stadium geholpen worden, zodat escalatie en het chronisch worden van de problematiek, en een doorverwijzing naar bv. een CGG, mogelijks kan vermeden worden. Ten derde kan de eerstelijnspsycholoog de patiënt op een zorgzame manier doorverwijzen naar een CGG en begeleiden tijdens de wachttijd.

4. Er wordt geen overzicht van de aanmeldingsstops binnen de CGG bezorgd aan de Vlaamse overheid. Dit is geen onderdeel van de jaarlijkse export van registratiegegevens.

BIJLAGE

Registratiegegevens CGG