

SCHRIFTELIJKE VRAAG

nr. 739

van **FREYA VAN DEN BOSSCHE**

datum: 31 mei 2023

aan **HILDE CREVITS**

VICEMINISTER-PRESIDENT VAN DE VLAAMSE REGERING, VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's) - Wachttijden

De centra voor geestelijke gezondheidszorg 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. De wachtlijsten en wachttijden bij de CGG's lopen op.

1. Hoeveel mensen werden in 2022 geholpen door de CGG's? Hoe verhoudt zich dat tot de voorbije vijf jaar? Kan de minister een opdeling geven voor de verschillende CGG's naar regio, leeftijd, geslacht en opgesplitst voor respectievelijk kinder- en jeugdzorg, volwassenzorg, ouderenzorg, verslavingszorg, forensische zorg enzovoort?
2. Wat is de gemiddelde behandelingsduur bij de CGG's in 2022? Hoe verhoudt zich dat tot de voorbije vijf jaar? Kan de minister een opdeling geven voor de verschillende CGG's naar regio, leeftijd, geslacht en opgesplitst voor respectievelijk kinder- en jeugdzorg, volwassenzorg, ouderenzorg, verslavingszorg, forensische zorg enzovoort?
3. Hoeveel bijkomende capaciteit heeft de minister gecreëerd bij de CGG's? Kan ze een overzicht geven van de laatste 10 jaar? Welk budget heeft ze daarvoor uitgetrokken?
4. Hoeveel mensen stonden er op de wachtlijst van de CGG's in 2022 (wachtlijst tot het eerste intakegesprek en de wachtlijst na het eerste gesprek tot het tweede gesprek)? Hoe verhoudt zich dat tot de voorbije vijf jaar? Kan de minister een opdeling geven voor de verschillende CGG's naar regio, leeftijd, geslacht en opgesplitst voor respectievelijk kinder- en jeugdzorg, volwassenzorg, ouderenzorg, verslavingszorg, forensische zorg enzovoort?
5. Hoelang bedroeg de gemiddelde wachttijd voor de verschillende CGG's in 2022 (wachttijd tot het eerste intakegesprek en de wachttijd na het eerste gesprek tot het tweede gesprek)? Hoe verhoudt zich dat tot de voorbije vijf jaar? Kan de minister een opdeling geven voor de verschillende CGG's naar regio, leeftijd, geslacht en opgesplitst voor respectievelijk kinder- en jeugdzorg, volwassenzorg, ouderenzorg, verslavingszorg, forensische zorg enzovoort?
6. Op welke manier zal de minister de wachtlijsten en de wachttijden bij de CGG's wegwerken?



**Vlaams
Parlement**

7. Moeten CGG's hun instroom beperken door de wachttijden? Op welke manier doen ze dat? Wordt er voorrang gegeven aan bepaalde doelgroepen of problematieken?
8. Er wordt geen overzicht van de aanmeldingsstops binnen de CGG's bezorgd aan de Vlaamse overheid. Dat is momenteel geen onderdeel van de jaarlijkse export van registratiegegevens.

Is er ondertussen werk gemaakt van een betere monitoring van het aantal wachtenden binnen de CGG zoals gemeld in het antwoord op deze vraag vorig jaar? Zo ja, graag een concrete beschrijving hoe dat in zijn werk gaat. Zo niet, op welke manier zal de minister daar werk van maken?

9. Wat gebeurt er met de jongeren en volwassenen die niet terechtkunnen bij de CGG's door de lange wachttijden?
10. Waar liggen de geografische verschillen in de uitbouw van de CGG's en hoe worden die weggewerkt?

HILDE CREVITS

VICEMINISTER-PRESIDENT VAN DE VLAAMSE REGERING, VLAAMS MINISTER VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

ANTWOORD

op vraag nr. 739 van 31 mei 2023

van **FREYA VAN DEN BOSSCHE**

Om u meer zicht te geven op de zorggebruikers die de afgelopen jaren beroep deden op de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), geven wij u de cijfers zoals gevraagd van 2018 tot 2022.

In 2022 werkte het Agentschap Zorg en Gezondheid nauw samen met de CGG om naar een nieuw dataplatform om te schakelen; ZorgAtlas genaamd. Onderstaande tabellen werden uit ZorgAtlas gegenereerd.

Om een evolutie op sectorniveau te zien over de jaren verwijzen we u graag naar de [website van het Departement Zorg](#) waar de cijfers tot en met 2022 te zien zijn.

De detailcijfers op voorzieningsniveau van de afgelopen vijf jaar (2018-2022) vindt u in bijgevoegd Excel-bestand. Vanaf 2022 zal u geen data meer zien bij F19, gezien dit CGG is gefusioneerd.

1. Actieve zorgperiodes 2018-2022 (zie bijlage, tabblad 1 tot 6)

Om zicht te krijgen op het aantal zorggebruikers per jaar, per CGG, per provincie, per zorgsoort, geslacht of leeftijd, registreren de CGG het totaal aantal actieve zorgperiodes per registratiejaar. Eén zorggebruiker kan in een jaar meerdere zorgperiodes hebben.

In de eerste drie tabbladen vindt u een overzicht van het aantal zorgperiodes **per CGG** in de afgelopen 5 jaar (2018-2022). Op het eerste tabblad zijn de zorgperiodes verder opgesplitst per leeftijdsgroep en per geslacht. Tabblad 2 splitst de zorgperiodes op per zorgsoort en geslacht. In tabblad 3 volgt een opsplitsing per zorgsoort en leeftijdsgroepen.

In de tabbladen 3 tot 6 vindt u een overzicht van het aantal zorgperiodes **per provincie** in de afgelopen 5 jaar (2018-2022). De opdeling volgt dezelfde opsplitsingen als bij de CGG. Tabblad 4 ziet u de zorgperiodes per provincie opgedeeld in leeftijdsgroepen en geslacht. Tabblad 5 deelt de zorgperiodes op per zorgsoort en geslacht en tabblad 6 splitst de zorgperiodes op per zorgsoort en leeftijdsgroepen.

2. Gemiddelde behandelingsduur 2018-2022 (zie bijlage, tabblad 7 tot 12)

De gemiddelde behandelduur wordt in bijgevoegde tabel uitgedrukt in gemiddeld aantal dagen tussen eerste directe Face-to-Face-contact (FTF1) en laatste gesprek (FTF). Percentiel 75, wordt in ZorgAtlas momenteel niet meer gehanteerd.

In tabbladen 7 tot 12 ziet u de evolutie van de behandelduur over de periode van 2018 tot 2022. Eerst op tabblad 7 tot 9, de evolutie van de behandelduur per CGG (2018-2022), respectievelijk per leeftijdsgroep en per geslacht; per zorgsoort en geslacht en per zorgsoort en leeftijdsgroep. In de tabbladen 10 tot 12 vindt u de evolutie van de behandelduur per provincie (2018-2022). De opdeling is hetzelfde als op voorzieningenniveau. De behandelduur wordt weergegeven over de 5 jaren heen per

leeftijdsgroep en geslacht; per zorgsoort en geslacht en per zorgsoort en leeftijdsgroep.

3. In de tabel hieronder vindt u een overzicht van de middelen die sinds 2009 zijn toegevoegd aan de enveloppe van de CGG in het kader van het uitbreidingsbeleid (dus niet: indexatie, anciënniteitsverhoging, VIA-middelen). Hiermee werd zowel in het algemene basisaanbod geïnvesteerd, als in specifieke doelgroepen of regio's.

Elk CGG draagt een eigen verantwoordelijkheid op gebied van zorgbeleid (instroom- en doorstroombeleid). Dit om een CGG in staat te stellen om afspraken te maken met partners in het netwerk om zo efficiënt en effectief mogelijk antwoorden te geven op de vele regionale vragen en noden. Er kunnen dus individuele verschillen zijn tussen de CGG onderling in functie van specifieke (regionale) zorgnoden.

De overheid ziet enerzijds op toe dat de uitbreiding van de capaciteit ten goede komt aan het globale instroom- en doorstroombeleid van de voorziening. Bijkomend schuift de overheid bepaalde algemene doelgroepen en doelstellingen naar voren in functie van public mental health. Denk maar aan de uitbreiding van de basiswerking die er sinds 2020 is, waarbij vooral de kinderen en jongerenwerking én ouderenwerking verplicht in de focus van de uitbreiding dienden te zitten.

Jaar	Doelstelling uitbreiding	CGG	Subsidiebedrag
2014	Overdracht provincies	bijna alle CGG, verschillende bedragen	€ 494.141,53
2015	Namaste	CGG RCGG	€ 34.000
2015	Uitbreiding hulpverlening gevangenis Beveren	CGG Eclips	€ 34.000
2016	VDIP	CGG Andante, CGG Brussel, CGG Ahasverus, CGG Vlaams- Brabant Oost, CGG VGGZ, CGG Waas en Dender, CGG Largo, CGG Noord West- Vlaanderen	€ 799.000
2017	Namaste	CGG RCGG	€ 7.000
2019	Uitbreiding aan ondergefinancierde CGG	CGG Ahasverus, CGG PassAnt, CGG Kempen, CGG De Pont, CGG Largo, CGG Mandel en Leie en CGG Zuid Oost- Vlaanderen	€ 400.000
2020	Uitbreiding basisaanbod met leeftijdsdoelgroepen kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen	20 CGG	€ 4.800.000
2022	Uitbreidingsmiddelen 2022- 2023-2024 om tot een meer eerlijke verdeling te komen van de middelen voor alle CGG-werkingsgebieden en alle burgers.	CGG Kempen, CGG De Pont, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG Ahasverus, CGG PassAnt, CGG Mandel & Leie en CGG Largo	€408.000

2023	Uitbreidingsmiddelen 2022-2023-2024 om tot een meer eerlijke verdeling te komen van de middelen voor alle CGG-werkingsgebieden en alle burgers.	CGG Kempen, CGG De Pont, CGG Zuid-Oost-Vlaanderen, CGG Ahasverus, CGG PassAnt, CGG Mandel & Leie en CGG Largo	€ 743.000
------	---	---	-----------

In 2024 zal er eveneens een investering gebeuren in de benoemde ondergefinancierde regio's, onder voorbehoud van goedkeuring van de begroting 2024 door de Vlaamse Regering.

Tenslotte wil ik er nog op wijzen dat de middelen ter versterking van de koopkracht en kwaliteit van zorg in het kader van sociale akkoorden (VIA) niet in de tabel zijn meegenomen, maar dit betekent zeker ook een substantiële versterking van het personeelskader en de loonsvoorwaarden voor het personeel in de CGG. In het VIA-6 werd bijv. onder het luik kwaliteit een versterking gerealiseerd van de ondergefinancierde regio's (dezelfde als hierboven in de tabel, met extra focus op de Kempen en Mechelen) (422.000 euro), een versterking van elk CGG met 0,5 VTE en een versterking van de forensische teams (10 CGG) (484.000 euro).

4. De Vlaamse overheid heeft geen zicht op de wachtlijsten van de voorzieningen. Elk CGG beheert zelf zijn wachtlijst, dit wordt niet centraal gemonitord. We kunnen dus ook niet medelen hoeveel personen op de wachtlijst van een CGG staan. Dit heeft te maken met het feit dat een elektronisch patiëntendossier om privacy-redenen pas wordt aangemaakt vanaf het moment dat een zorggebruiker een eerste face-to face-gesprek heeft gehad op het CGG. Voor de CGG worden retrograde wachttijden berekend, uitgedrukt in aantal dagen van intakegesprek tot aan moment van aanmelding. En het zijn deze data uit het EPD waarover wij als overheid beschikken en onze cijfers op baseren.
5. Gemiddelde wachttijd 2018-2022 (zie bijlage, tabbladen 13 tot 18 voor de wachttijden tussen aanmelding en het eerste gesprek en tabbladen 19 tot 24 voor wachttijden tussen het eerste gesprek en het tweede gesprek).

Zowel voor de wachttijden tussen aanmelding en het eerste gesprek (FTF1) als voor de wachttijden tussen het eerste gesprek (FTF1) en het tweede gesprek (FTF2) berekenen we het gemiddeld aantal dagen tussen de gesprekken. Er wordt niet met percentiel 75 gewerkt.

In tabbladen 13 tot 18 vindt u de evolutie van de wachttijd van aanmelding tot het eerste gesprek (FTF1) over de periode van 2018 tot 2022 terug.

In de tabbladen 13 tot 15 wordt de evolutie van de wachttijd per CGG (2018-2022) weergegeven. Per tabblad vindt u respectievelijk een opdeling van de wachttijd (aanmelding tot FTF1) respectievelijk per leeftijdsgroep en per geslacht; per zorgsoort en geslacht; en per zorgsoort en leeftijdsgroep.

In de tabbladen 16 tot 18 vindt u de evolutie van de wachttijd per provincie (2018-2022) terug. De opdeling is hetzelfde als bij de CGG. De wachttijd (aanmelding tot FTF1) wordt weergegeven over de 5 jaren heen per leeftijdsgroepen en geslacht; per zorgsoort en geslacht; en per zorgsoort en leeftijdsgroepen.

In tabbladen 19 tot 24 vindt u de evolutie van de wachttijd van het eerste gesprek (FTF1) tot het tweede gesprek (FTF2) over de periode van 2018 tot 2022 terug.

In de tabbladen 19 tot 21 wordt de evolutie van de wachttijd per CGG (2018-2022) weergegeven. Per tabblad vindt u respectievelijk een opdeling van de wachttijd (FTF1 tot FTF2) respectievelijk per leeftijdsgroep en per geslacht; per zorgsoort en geslacht; en per zorgsoort en leeftijdsgroep.

In de tabbladen 22 tot 23 vindt u de evolutie van de wachttijd per provincie (2018-2022) terug. De opdeling is hetzelfde als bij de CGG. De wachttijd (FTF1 tot FTF2) wordt weergegeven over de 5 jaren heen per leeftijdsgroepen en geslacht; per zorgsoort en geslacht; en per zorgsoort en leeftijdsgroepen.

- 6-8. Zoals hierboven aangegeven worden voor de CGG de wachttijden opgevolgd. Wachttijden hangen samen met instroom – doorstroom – uitstroom in een voorziening. De CGG nemen hun eigen instroom-, doorstroom- en uitstroombeleid onder de loop in hun voortgangsrapportages. Elk CGG staat in voor het eigen instroombeleid. Binnen dat instroombeleid worden criteria bepaald en afspraken gemaakt met netwerkpartners om zo efficiënt en effectief mogelijk antwoorden te geven op de vele vragen en noden.

De wachttijden zijn niet enkel afhankelijk van het instroombeleid, maar evenzeer van het doorstroom- en uitstroombeleid. Zo zien we o.a. dat de stijging van de wachttijden wordt bepaald door de duurtijd van een behandeling. Hoe langer een behandeling duurt, hoe minder snel een nieuwe zorgperiode kan worden opgestart. Gezien de opdracht die de CGG krijgt toebedeeld om met hun subsidies prioritair gespecialiseerde hulp te bieden aan zorggebruikers met complexe, ernstige problemen die een multidisciplinaire aanpak vragen, dienen we met de interpretatie van de wachttijden hiermee rekening te houden. De CGG melden immers een toename van de complexiteit van de behandelde problematieken.

Ook de regionale eigenheid speelt een belangrijke rol in het creëren van wachttijden (voor bepaalde doelgroepen).

Het verminderen of wegwerken van de wachtlijsten in de CGG, en bij uitbreiding de ganse GGZ sector, is een bijzonder complexe oefening. Er zijn namelijk verschillende redenen die hierop impact hebben.

Ik noem er enkele; Onderzoek wijst uit dat de zorggebruiker zelf, het stellen van zijn hulpvraag uitstelt, vaak om cognitieve redenen ("Ik krijg het alleen wel opgelost", "Ik heb geen hulp nodig"). Op het moment dat deze zorggebruiker effectief aanklopt bij een CGG is de lijdensdruk vaak al groot en zijn de symptomen soms verergerd.

Onderzoek wijst ook uit dat een zorggebruiker gemiddeld op 2,3 wachtlijsten staat. We merken dat hierdoor ook zorgvragers op wachtlijsten van gespecialiseerde zorg staan die eigenlijk al geholpen kunnen worden door zorg uit de eerste lijn. Dit kan, net zoals zorgvragers die zich gelijktijdig bij meerdere voorzieningen aanmelden, zorgen voor een vertekening in de cijfers van de wachttijden. Het is daarom van belang dat er een goede indicatiestelling gebeurt in de eerstelijns. Daarnaast is het belangrijk om de eerstelijnszorg meer bekend te maken, zodat zorgvragers met een lichte problematiek de weg hiernaartoe vinden en de gespecialiseerde zorg ontlasten. De eerstelijnspsychologische zorg wordt bekender, het is echter nog te vroeg om afspraken te doen over de impact hiervan op de wachttijden bij de gespecialiseerde zorg.

Een éézijdige benadering van dit probleem, heeft onvoldoende impact op het grote geheel. Ik som enkele initiatieven op die onder mijn bevoegdheid gelijktijdig worden genomen:

In eerste instantie wil ik graag verwijzen naar de forse uitbreiding in capaciteit voor de CGG, die we in 2024 ook verderzetten. En dit zowel in de algemene basiszorg (bv. uitbreidingsmiddelen 5 regio's) als naar bepaalde doelgroepen in het bijzonder (bv. forensische zorg, kinderen en jongeren ...) (zie tabel vraag 3).

Daarnaast zijn er een aantal interessante projecten lopende waarbij we vooral willen dat de CGG impact krijgen op de groep "wachtenden". Dit doen we door te spreken van actieve wachttijden, i.p.v. louter "wachten op".

Dit wil zeggen dat CGG o.a. door aanwezig te zijn in de zgn. kruispunten (= intersectorale onthaalplaatsen) in bepaalde netwerken geestelijke gezondheid zorggebruikers in hun kracht proberen te zetten en hen motiveren naar

eerstelijnspsychologische of psychosociale begeleiding, of gericht door te verwijzen. Zorggebruikers kunnen op verschillende CGG ook al terecht voor een groepsaanbod en/of kunnen zelf aan de slag gaan met (online) zelf-hulp-tools en blended care (online hulp in combinatie met een hulpverlener). Hierin is het contact met andere zorggebruikers ("Ik ben niet alleen") heel waardevol gebleken.

Door in te zetten op al deze factoren willen we de toegankelijkheid verbeteren, maar ook blijvend inzetten op zorgkwaliteit en met de zorggebruiker centraal.

Verder pleit ik vooral voor integratie van zorg, met de CGG als één van de vele zorgactoren in een netwerk en verweven in samenwerkingsverbanden. De uitbreiding van het aanbod crisiszorg en eerstelijnspsychologische zorg (RIZIV-conventie) wordt verwacht impact te hebben op de duurtijd tot behandeling. Om echter het zorgaanbod meer gecoördineerd te laten lopen en daarbij te streven naar meer transparantie, wordt er in verschillende netwerken geestelijke gezondheid momenteel gewerkt met een gecentraliseerd informatie- en aanmeldpunt: de kruispunten. Een zorggebruiker meldt zich aan met zijn/ haar hulpvraag en back-office wordt deze toegeleid naar de meest passende hulp. Een juiste indicatiestelling is hierbij cruciaal.

Het hoeft verder geen betoog dat de overdracht van homogene bevoegdheden in het kader van een staatshervorming de versnippering in het GGZ-landschap zou helpen tegengaan.

Het is in ieder geval zo dat verschillende overheden actief inzetten op het sneller detecteren en verwijzen van zorggebruikers, zelfs soms voordat een hulpvraag wordt geformuleerd. Dat doet de federale overheid met de RIZIV-conventie, het Departement Zorg met het programma vroegdetectie/vroeginterventie, het Agentschap Opgroeien met 1 Gezin- 1 Plan ... In het crisisactieplan jeugdhulp werken de administraties binnen het beleidsdomein WVG en de federale overheid Volksgezondheid samen om elkaars inspanningen te kunnen versterken.

9. Zorggebruikers kunnen door een CGG doorverwezen worden wanneer blijkt dat het CGG niet de geschikte zorgsetting is, of omwille van wachtlijsten.
Wanneer bij aanmelding blijkt dat een zorggebruiker nood heeft aan gespecialiseerde zorg, zal het CGG inzetten op een actieve wachttijd.
10. Het werkingsgebied van een CGG wordt gevormd door een sociologisch geheel van aaneensluitende gemeenten dat minimum 400.000 inwoners telt. Per werkingsgebied kunnen 2 CGG actief zijn die onderling afspraken maken om voldoende, gedifferentieerd en doelgroepgericht geestelijk gezondheidszorgaanbod te realiseren. Elk CGG heeft verschillende vestigingsplaatsen zodat het vlot bereikbaar en toegankelijk is voor het publiek.

Elk CGG draagt een eigen verantwoordelijkheid op gebied van zorgbeleid (instroom- en doorstroombeleid). Dit om elk CGG in staat te stellen om afspraken te maken met netwerkpartners om zo efficiënt en effectief mogelijk antwoorden te geven op de vele regionale vragen en noden. Er kunnen dus individuele verschillen zijn in aanbod tussen de CGG onderling in functie van specifieke (regionale) zorgnoden.

De Vlaamse overheid investeert in de regio's waar het aanbod op heden nog minder goed uitgebouwd is, zie hiervoor ook vraag 3.

BIJLAGE

Overzicht