

Werkgroep Armoede van de Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Zorgvuldig omgaan met de psychische gezondheid van mensen is niet alleen een kwestie van geschikte en toegankelijke psychiatrische zorg. Het vraagt ook moedige politieke keuzes en noodzakelijke aanpassingen van maatschappelijke structuren. Geschikte geestelijke gezondheidszorg, in combinatie met een aangepaste sociale en financiële inkadering voor deze groep kwetsbare mensen, is in wezen niet meer dan een fundamentele toepassing van universele mensenrechten.

Het noodprogramma van de eerste Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg (SGGZ) van 2019 vermeldt een aantal door de “Werkgroep Armoede” geformuleerde doelstellingen om de precaire financiële situatie van patiënten met psychiatrische problemen te verbeteren. De voorgestelde financiële aanpassingen zouden het mogelijk moeten maken om alle psychisch kwetsbare patiënten als volwaardige burger in onze samenleving te laten participeren, omdat het ze gelukt is uit de vicieuze cirkel van ziekte en armoede te geraken. Inhoudelijk waren de doelstellingen gericht op 3 pijlers. In de eerste plaats een gelijkwaardige behandeling op financieel vlak van alle patiënten met een chronische ziekte, zowel in de somatische geneeskunde als in de psychiatrie. Daarnaast het belang om net als voor andere kwetsbare groepen van mensen met invaliditeit of beperkingen, de vervangingsinkomens op een voor onze welvarende samenleving aanvaardbaar niveau te brengen, ruim boven de armoedegrens. Een voldoende hoog vervangingsinkomen betekent immers dat alle noodzakelijke zorgkosten kunnen betaald worden zonder daarvoor op basisbehoeften te moeten besparen. En tenslotte op een aantal sociaal-juridische thema's, zoals prioritaire inschrijving in sociale woningmaatschappijen en wijkgezondheidscentra, en op maat ontwikkelde bewindvoering.

2 jaar later moeten we vaststellen dat slechts enkele van deze doelstellingen door de overheid werd opgepikt voor verdere beleidsontwikkeling. De “Werkgroep Armoede” vindt het uitermate zorgwekkend dat de combinatie armoede en ernstige psychiatrische aandoeningen zo weinig politieke interesse genereert. Zowel op federaal als Vlaams niveau reikt de overheid maar weinig oplossingen voor de problemen aan. Federaal legt het regeerakkoord nadruk op de verdere ontwikkeling van ambulante eerstelijns psychologische zorg, en de verdere uitbouw van mobiele equipes. Op vlak van armoedebestrijding wil de regering focussen op gezondheidsschulden, psychologische hulp voor mensen in armoede verhogen, en de collectieve schuldenregeling evalueren en bijsturen. De laagste uitkeringen zouden ook verhoogd worden. Er wordt geen melding gemaakt van specifieke bijsturing in het systeem van bewindvoering. Het Vlaamse regeerakkoord wil werk maken van het ontschotten van de zorg- en welzijnssector. Hoewel de toewijzing van sociale woningen nog steeds chronologisch gebeurt, krijgen gemeentes wel de kans om maximaal 50% daarvan prioritair toe te wijzen.

Ook in het overheidsonderzoek blijft het probleem onderbelicht. Het rapport “Kan iedereen met dezelfde zorgbehoeften evenveel en even vlot gebruik maken van gezondheidszorg?” van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg van 15 december 2020 telt welgeteld 1 paragraaf over psychische hulpverlening. Het vermeldt dat het aantal ziekenhuisopnames in een psychiatrisch ziekenhuis 58% hoger was dan verwacht in de groep

mensen met de laagste inkomens, en 37% lager voor de hoogste inkomensgroep. Dit maakt een totaal verschil tussen beide groepen van maar liefst 149%. Dit is een brug te ver. Bij sommig patiënten moeten GZ-professionals kiezen voor een voor de samenleving veel duurdere behandeling zoals opname in een ziekenhuis, omdat het totaalpakket van ambulante behandelingen deze mensen in armoede zou storten. Zeker voor EPA-patiënten is het organiseren en betalen van noodzakelijke ambulante zorg in de realiteit van vandaag niet haalbaar. In het werkveld is dit dagelijks merkbaar. De “Werkgroep Financieringsmechanismen” van de SGGZ heeft deze problematiek ook meermaals aangekaart. In het KCE-rapport staan nog meer alarmerende gegevens. Het blijkt dat mensen in een financieel kwetsbare situatie minder vaak naar een specialist gaan, al werd er niet gedifferentieerd tussen de verschillende specialiteiten in de geneeskunde. Het is onduidelijk hoe groot de groep mensen is, die psychische klachten vertonen die behandeling vereisen, maar zelfs niet tot bij een psychiater of psycholoog geraken. De treatment gap voor personen met psychische problemen is al heel veel jaren een gekend probleem. Het rapport vermeldt ook dat het aantal mensen dat medische zorg uitstelt om financiële redenen verviervoudigd is op 8 jaar tijd, omdat ze een keuze moeten maken tussen basisbehoeften en gezondheidszorg. Hoewel mensen die zorg uitstellen om financiële redenen vaak al gedekt zijn door één of meerdere beschermingsmaatregelen, blijken deze onvoldoende om de financiële toegankelijkheid van zorg te garanderen. Omdat dit een wereldwijd gekend probleem is, dringt de wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in het “WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health Treatment gap” aan op de hoogste zorgstandaarden voor alle personen met psychische problemen. Het uitstellen of niet verkrijgen van psychiatrische zorg is een bedreiging voor de volksgezondheid. Mensen met onvoldoende behandelde psychische problemen vallen uit op het werk, verliezen sociale contacten en worden afhankelijk. Op deze manier verschuift de balans tussen participatie en marginalisatie.

De “Werkgroep Armoede” van de SGGZ wil toch nogmaals beklemtonen dat de specifieke noden van alle psychisch gevoelige personen, en meer specifiek de kwetsbare groep EPA-patiënten, systematisch worden genegeerd. Voorbeelden hiervan zijn onder meer het instandhouden van het huidige evaluatiesysteem van de tegemoetkoming voor gehandicapten, en het opgeven van min-50jarigen met psychiatrische problemen voor verdere begeleiding richting de arbeidsmarkt. De mogelijke verbeteringen voor psychisch kwetsbare mensen als gevolg van de hervormingen van de geestelijke gezondheidszorg, worden consequent overschat. Een schrijnend voorbeeld van dat laatste is de hoerastemming over de oprichting van de outreach teams in het kader van het artikel 107, waarbij de EPA-patiënt thuis wordt opgevolgd. Met de huidige beperkte middelen moet de keuze gemaakt worden tussen een individueel gerichte of een systeem gerichte aanpak. Wanneer een EPA-patiënt een langdurig outreach behandeltraject nodig heeft, dan zal de doorstroom in het mobiel team stremmen, en ontstaat er een wachtlijst. Een wachtlijst betekent altijd dat mensen zorg moeten ontberen. Wanneer men opteert voor een voldoende snelle doorstroom in het outreach team om de wachtlijst beheersbaar te houden, zal de individuele EPA-patiënt vaak te snel moeten afronden en daardoor noodzakelijke zorg te kort komen. Met de huidige beperkte middelen is er per definitie een capaciteitstekort, met hervredelen van schaarste. Men heeft bij de overheid al aangedrongen op een substantiële verhoging van de middelen voor outreach behandeling van de EPA-patiënt, en ze af te

stemmen op de noden van de bevolking, zie onder andere bij de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

(https://vvponline.be/uploads/docs/bib/inclusie_epa_in_mobiele_teams_def_versie.pdf

) Als het regeerakkoord stipuleert dat de outreach teams moeten uitgebreid worden, dan is een verdubbeling van de huidige capaciteit een absoluut minimum.

Er mag echter geen twijfel bestaan over het verband tussen geestelijke gezondheid en armoede. Een uitstekend overzichtartikel in het wetenschappelijke vakblad Science (dec 2020) over mensen met milde, matige en ernstige psychiatrische problemen bevestigt met overvloedig bewijsmateriaal dat het probleem ernstig is en te weinig aandacht krijgt. De oorzakelijke impact van armoede op psychische gezondheid is meermaals aangetoond in internationaal wetenschappelijk onderzoek bij armoedebestrijdingsprogramma's. Onderliggende mechanismen zijn angst en onzekerheid over de financiële situatie, omgevingsfactoren zoals lawaai en vervuiling, een verminderde lichamelijke gezondheid en slecht voedingspatroon, trauma-gerelateerde effecten en schaamte. Ook in de andere richting is de oorzakelijke impact van mentale instabiliteit op armoede zorgvuldig beschreven. De belangrijkste factoren zijn een aangetaste cognitieve functie en dus verminderde capaciteit om te werken, negatieve overtuigingen, foute keuzes, intergenerationele effecten, hoge gezondheidskosten en stigma. De vooruitzichten zijn niet rooskleurig. Er zijn immers geen argumenten dat een verhoogde economische groei de financiële ongelijkheid voor mensen met psychische kwetsbaarheid zal verminderen. Een andere paper (Spivak, 2019) toont aan dat EPA-patiënten die dagelijks worstelen met financiële ontberingen gewoonlijk meer psychiatrische symptomen vertonen. Zowel de psychiatrische als financiële problemen blijven persistent na een jaar. Het is onvoldoende om adequate geestelijke gezondheidszorg te voorzien voor deze mensen. Intensieve multidisciplinaire interventies zijn noodzakelijk.

De corona-crisis van 2020 heeft de situatie van psychisch kwetsbare mensen, en dan vooral EPA-patiënten, helaas nogmaals verergerd. De pandemie is een trigger voor herval bij patiënten met een ernstige psychiatrische problematiek. Niet alleen omwille van de eenzaamheid en het sociaal isolement, en daardoor toenemend middelenmisbruik, maar ook door de bevreemdende, bedreigende en beangstigende aspecten van het dodelijk virus kunnen psychose en obsessief-compulsieve klachten fors toenemen. Innovatieve technologische vormen van therapie in de geestelijke gezondheidszorg zijn gedurende de crisis versneld geïmplementeerd, en dat is zeker toe te juichen. Maar de ongelijkheid tussen de mensen die daar wel of niet gebruik van kunnen maken, is alleen maar toegenomen. EPA-patiënten hebben vaak niet de financiële middelen om een smartphone met mobiele data te gebruiken. Bovendien is er dikwijls sprake van digitaal analfabetisme, als een gevolg van de combinatie van beperkte opleiding, cognitieve problemen en uiteraard ook financiële tekorten. Een substantieel deel van de EPA-patiënten is tijdens de corona-crisis zorg tekort gekomen. Herval in de ziekte heeft geleid tot een toename van gedwongen en vrijwillige opnames, GAS-boetes omwille van het niet-begrijpen en niet-naleven van de maatregelen, uithuiszettingen en dakloosheid. Het is dramatisch dat deze wereldwijde gezondheids crisis de vicieuze cirkel van ziekte en armoede opnieuw heeft aangetoond.

Beleidsmakers hebben vaak geen affiniteit met de levenssituatie en specifieke beperkingen van EPA-patiënten. Dat kan hen uiteraard niet kwalijk genomen worden, maar het zou goed zijn als ze de adviezen van ervaringsdeskundigen ter harte nemen. Een kenmerkend probleem voor de grote groep EPA-patiënten vormt de recente omwenteling van het papieren naar-het digitaal voorschrift voor geneesmiddelen. VZW Recip-e is de RIZIV-werkgroep die zich bezig houdt met deze verandering. De belangen van artsen, tandartsen, apothekers, kinesisten en verpleegkundigen worden goed verdedigd in deze organisatie. Patiëntenverenigingen en ervaringsdeskundigen van kwetsbare groepen zijn te weinig betrokken. Vooral de inhoudelijke aspecten van het digitaal voorschrift baren grote zorgen. Momenteel bevinden we ons nog in een tussenfase waarbij het digitaal voorschrift nog wordt afgedrukt, en mee genomen naar de apotheker voor de aflevering. In een latere fase zal dit louter digitaal zijn. Om adequate opvolging van zijn medicatie te kunnen doen, moet de patiënt beschikken over een beveiligde internettoegang, een computer, tablet of smartphone. Deze noodzakelijke voorwaarde is voor veel EPA-patiënten niet beschikbaar. De Whitepaper die Recip-e heeft opgesteld als antwoord op vragen en bedenkingen, is niet bevredigend voor de kwetsbare groep EPA-patiënten. Het beschikbaar zijn van een papieren digitaal voorschrift, voor alle mensen die moeite hebben met digitalisering, of een vereenvoudigde versie voor anderstaligen, zou op eenvoudig verzoek ook in de toekomst mogelijk moeten zijn.

Net zoals voor veel andere patiënten met chronische medische problemen, is therapietrouw bij EPA-patiënten een voortdurend aandachtspunt. In combinatie met financiële schaarste, vormt twijfel over de noodzaak van een medicamenteuze behandeling een gigantisch probleem. Slecht gebruik van geneesmiddelen is ook het gevolg van polyfarmacie en gebruik van middelen om bijwerkingen van medicatie tegen te gaan. EPA-patiënten hebben nood aan intensieve opvolging op vlak van medicatie, om complicaties op medisch vlak en herval op psychiatrisch vlak te vermijden. Een concreet voorstel om dit te verbeteren is om de samenwerking tussen huisarts, psychiater, thuisverpleegkundigen en apotheker te consolideren in een digitaal platform. Zo kunnen aandachtspunten voor elke patiënt dagelijks gesignaleerd worden en zo kort op de bal gespeeld. Het dient opgemerkt dat de kosten voor psychofarmaca erg hoog blijven, en dit ligt niet in lijn met gratis of erg goedkope klasse-A medicatie voor andere chronische aandoeningen, zoals diabetes en epilepsie. De gelijkwaardige behandeling van alle patiënten met een chronische problematiek, of die nu medisch of psychiatrisch van aard zijn, zou een basisprincipe in de gezondheidszorg moeten zijn.

Omwille van de bovenstaande argumenten formuleert de Werkgroep Armoede van de Staten-Generaal van de geestelijke gezondheidszorg de volgende voorstellen:

In de eerste plaats een gelijkwaardige behandeling op financieel vlak van alle patiënten met een chronische ziekte, zowel in de somatische geneeskunde als in de psychiatrie. De weinig transparante toekenning van ziekte- en invaliditeitsuitkeringen, omdat die gebaseerd zijn op ongeschikte onderzoeksinstrumenten die de nadruk leggen op lichamelijk disfunctioneren, is hiervan een duidelijk voorbeeld. Ook de prijsverschillen in noodzakelijke medicatie, afhankelijk of die voor medische of psychiatrische ziektes gebruikt worden, is niet verdedigbaar. Hetzelfde geldt voor de scheef getrokken situatie waarbij een totaalpakket van ambulante zorg onbetaalbaar is, en omwille van financiële redenen vervangen wordt

door een voor de maatschappij veel duurdere opname in een ziekenhuis. Het capaciteitstekort in de outreach zorg, die specifiek voor EPA-patiënten werd gecreëerd, zorgt voor een onbillijke verschuiving naar andere, minder geschikte vormen van zorg.

Ten tweede moet men de uitkering voor personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid op een voor onze welvarende samenleving aanvaardbaar niveau brengen, ruim boven de armoedegrens. Een voldoende hoog vervangingsinkomen betekent immers dat alle noodzakelijke zorgkosten kunnen betaald worden zonder daarvoor op basisbehoeften te moeten besparen.

Bovendien moeten op het niveau van de gemeenten en eerstelijnszones afspraken gemaakt worden.

- Met de wijkgezondheidscentra over een prioritaire inschrijving van EPA-patiënten in wijkgezondheidscentra
- Met de sociale woningmaatschappijen en de gemeentebesturen om prioriteit te geven aan EPA-patiënten bij de toewijzing van een sociale woning
- Met de gemeentebesturen om laagdrempelige ontmoetingsplaatsen op te richten voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, waar ondersteuning door ervaringsdeskundigen centraal staat.
- Met arbeidstrajectbegeleiding en VDAB een prioriteit maken van het begeleiden van mensen met psychische kwetsbaarheid naar zinvol en betaald werk.

Daarnaast zijn er nog eisen op vlak van betaalbare zorg, op vlak van geneesmiddelen en voorschriften, en op vlak van schuldbemiddeling en bewindvoering.

1. Op vlak van betaalbare zorg:

- a. Aanpassing van het huidige evaluatiesysteem voor toekenning van tegemoetkoming aan gehandicapten. Specifieke ziektekenmerken van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening moeten aanleiding kunnen geven tot hoger ingeschatte ziektelast en dus hogere uitkering.
- b. Hervorming van het statuut “personen met een chronische aandoening”, zodat ook EPA-patiënten er vlot en voldoende lang toegang toe kunnen hebben. Dit statuut geeft de mogelijkheid om te genieten van een grotere toepassing van derdebetalersregeling en een lager maximum in de maximumfactuur. Hierdoor dalen de kosten die de patiënt met eigen middelen moet betalen.
- c. Aanpassing van de criteria voor het toekennen van het forfait “personen met een chronische aandoening” aan EPA-patiënten die vandaag teveel op somatische aspecten worden gebaseerd. Dit forfait is een forfaitaire vergoeding wat een extra inkomen betekent voor mensen met grote gezondheidsuitgaven.
- d. Het KB van 24 december 2020 ook toepasbaar maken voor patiënten met een EPA-problematiek. Het KB geeft de OCMW's een bijkomende financiering om tijdelijk (in de corona-pandemie) extra psychologische steun te verlenen aan behoeftige personen. De beschikbare middelen ter waarde van 10 mio voor

alle OCMW's, worden verdeeld in functie van het aantal mensen met een leefloon en/of aantal personen met een verhoogde tegemoetkoming in de gemeente. Dit garandeert brede toegankelijkheid van psychologische zorg. EPA-patiënten komen hier vooralsnog niet voor in aanmerking. We vragen specifiek dat ook EPA-patiënten in armoede kunnen geïncludeerd worden in deze vorm van gesubsidieerde zorg.

- e. Het uitwerken van een RIZIV-overeenkomst waarbij EPA-patiënten bepaalde psychologische en andere therapie-zorgkosten volledig terugbetaald krijgen. Dit naar analogie met een recente RIZIV-overeenkomst voor kinderen en adolescenten met diabetes, emotionele en psychologische ondersteuning volledig terugbetaald wordt.
2. Op vlak van voorschriften en (on)betaalbare geneesmiddelen
 - a. Het includeren van inspuitable vormen van langwerkende antipsychotisch werkende medicatie in klasse A medicatie, zodat die gratis wordt voor de EPA-patiënt
 - b. Een vorm van terugbetaling voorzien voor elke noodzakelijke medicatie voor EPA-patiënten, ook voor benzodiazepines. De totale kost van alle medicatie mag het bedrag van €27 per maand niet overschrijden, dat is 3% van het huidige leefloon. Het hanteren van de maximumfactuur volstaat niet als tegemoetkoming voor deze populatie patiënten.
 - c. Aanpassing van de huidige voorstellen van het digitaal voorschrift op maat van EPA-patiënten. De mogelijkheid om op eenvoudig verzoek voorgeschreven medicatie te kunnen opvolgen met een papieren voorschrift, zonder digitale hulpmiddelen.
 - d. De mogelijkheid voorzien om de nieuwe vormen van voorschriften te vertalen in de moedertaal van de patiënt, zowel voor digitale toepassing, als op papier.
 - e. Het includeren van ervaringsdeskundigen in de Recip-e werkgroep.
 3. Op vlak van schuldbemiddeling en bewindvoering
 - a. Bij hulpverlening voor schulden of andere financiële problemen moet altijd gekozen worden voor de minst ingrijpende oplossing. Elke medische en sociaal noodzakelijke zorg en ondersteuning moet financieel mogelijk blijven.
 - b. Ervaringsdeskundigen worden verplichte medewerkers van bewindvoerders en schuldbemiddelaars. Beide beroepsgroepen krijgen een verplichte opleiding over psychiatrische aandoeningen.
 - c. Er moet een billijke vergoeding komen voor de tijd die bewindvoerders en schuldbemiddelaars investeren in gesprekken en andere vormen van hulpverlening met de hun toevertrouwde personen met een EPA-problematiek. Op dit moment is de vergoeding forfaitair waardoor de tijdsinvestering vaak onvoldoende is en onaangepast aan de noden. Met een geschikte financiële vergoeding kan de begeleiding van een EPA-patiënt met financiële problemen door een bewindvoerder of schuldbemiddelaar aangepaster verlopen.