

10 jaar na de vermaatschappelijking

Wie telt nog mee?

Voorspelling

ESSAY

Reorganisatie van de Belgische ggz; herallocatie van middelen voor mensen met een ernstige psychische aandoening?

J. VAN HECKE, L. JOOS, J. DAEMS, V. MATTHYSEN, S.

ACHTERGROND De Belgische overheid maakt met artikel 107 van de Ziekteverzekeringswet van 2008 een reorganisatie mogelijk van de huidige geestelijke gezondheidszorg. Ziekenhuizen en andere medische staf van residentiële psychiatrische instellingen kunnen namelijk per regio herallocatie van middelen hun huidige overheidstoelage aanwenden voor de uitbouw van een alternatieve, meer 'vermaatschappelijkte', zorgorganisatie.

DOEL Inventariseren van de mogelijke gevolgen van deze beweging voor de mensen met een ernstige psychische aandoening die in deze afdelingen verblijven bij de vernieuwde zorgorganisatie.

METHODE Kritische lezing van de visietekst die als motivatie voor de herallocatie is verspreid. Evalueren van de wetenschappelijke evidence over de herallocatie van middelen in deze visietekst, in het bijzonder wat betreft de zorg voor de mensen met een ernstige psychische aandoening.

RESULTATEN De methode waarbij overheveling van fondsen de reorganisatie van zorg moet stimuleren, lijkt averechts te werken. Enerzijds dreigt namelijk sluiting van de minst renderende diensten waaronder ziekenhuisafdelingen voor lang verblijf. Anderzijds dreigen juist de patiënten die in deze afdelingen verblijven bij de vernieuwde zorgorganisatie onvoldoende opvang te krijgen.

CONCLUSIE De gevolgen van deze reorganisatie voor de mensen met een ernstige psychische aandoening dienen onderzocht te worden. Er zijn verschillende maatregelen nodig om de gevolgen van de geplande reorganisatie voor deze kwetsbare groep te bewaken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)12, 917-926]

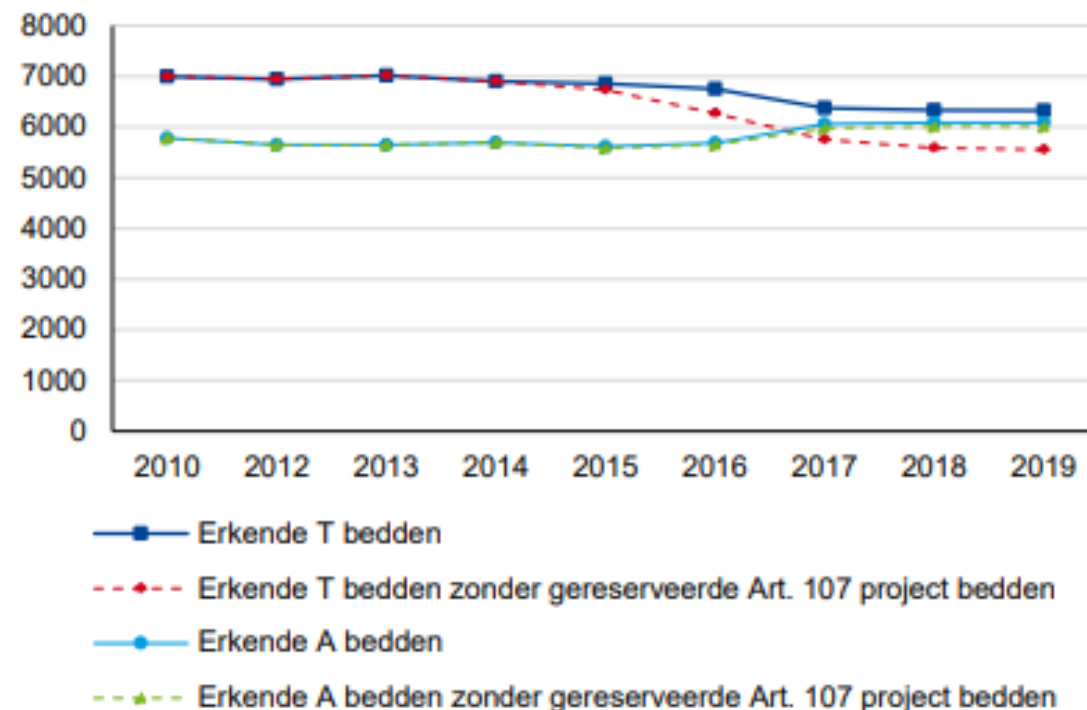
TREFWOORDEN ernstige psychiatrische aandoening, geestelijke gezondheidszorgorganisatie, langdurige psychiatrische zorg

De methode waarbij overheveling van fondsen de reorganisatie van zorg moet stimuleren, lijkt averechts te werken. Enerzijds dreigt namelijk sluiting van de minst renderende diensten waaronder ziekenhuisafdelingen voor lang verblijf. Anderzijds dreigen juist de patiënten die in deze afdelingen verblijven bij de vernieuwde zorgorganisatie onvoldoende opvang te krijgen.

Toestanden...2010-2019

T-bedden => $7001 - 1671 = 5330$	(-10%)
A-bedden=> $5778 + 309 = 6087$	
Niet PZ => $2787 + 634 = 3421$	(+23%)
<hr/>	
$15566 - 728 = 14838$	(-4,67 %)

Figuur 1 – Evolutie aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen, per bedtype, 2010-2019



Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Noot: Geen gegevens beschikbaar voor 2011.

Bezorgdheden

- Waar verdwijnen deze mensen?
- Wie telt wat?
- Sluiting bedden ziekste mensen ⇔ ambulante zorg, maar voor wie?

INGEZONDEN

Reactie op 'Reorganisatie van de Belgische
ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige
psychiatrische aandoening?'

Ik begon aan
het artikel
auteurs
methode
artikel
ik naar
stuk. Van
een operatie
boudt wordt om
ernstige, psychiatrische,
mogelijk te maken die nu
lingsvoorzieningen worden

De teneur van het artikel is conservatief en afkeurend, alsof men over een reorganisatie van dit soort gezondheidszorg niet hoeft na te denken wanneer deze leidt tot een afkalving van middelen en personeel van de instituten die eigenlijk zouden moeten worden uitgebreid om de opvang binnen de residentiële setting verder te optimaliseren. Er is weinig constructieve en ideaaltypische beschouwing, noch inhoudelijk, noch naar de partners van eerste en tweede lijn.

Het lijkt erop dat auteurs niet willen geloven in een alternatieve gedachtegang over zorgcontinuïteit, dat zij niet de boer op willen met medewerkers uit het ambulante veld en dat zij van een dergelijke samenwerking nog niet veel goeds hebben ondervonden. Auteurs leveren weinig documentatie voor hun uitspraken, terwijl dit nu juist hetgeen is wat zij de overheid verwijten bij de conceptualisering van het artikel 107-project. Auteurs

Alsof niemand anders, laat staan de patiënt, er behoefte aan heeft om na te denken over hoe de langdurige zorg voor chronisch zieke mensen kan worden opgevat en gerealiseerd. Hoe het oppor-
zijn dat chronische patiënten liefst niet
recht zouden komen en

niet te lang
chiat
ernstige, psychiatrische,
planne en heel de tijd
nen krijgen, in een grote variatie
Wat betreft de kritiek op de re-
samenwerking met andere werkers uit
ik wijzen op een goede samenwerking van
lante collega's met collega's uit de re-
tor. Zij zijn deeltijds in ons team
zijn zelf ook goed te spreken over
werpen nieuwe - met name
psychosen. Dit
zorgver
deze bedoelt
van wordt door verwijzers en
erkend en gewaardeerd.

Ik wil dan ook een krachtige oproep doen om in België meer te investeren in de verbetering van de achterstandspositie van ambulante eerste- en tweedelijns gezondheidszorg en hun initiatieven die al decennia lang meer dan hun steentje bijdragen in de zorg van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

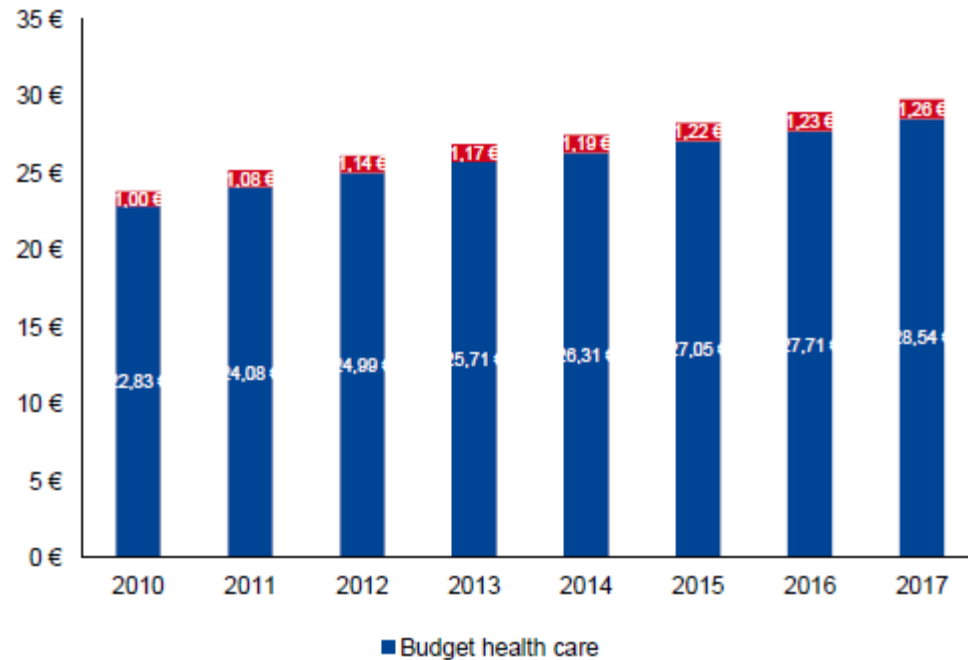
LITERATUUR

De teneur van het
artikel is
conservatief en
afkeurend...

Het lijkt erop dat auteurs niet willen geloven in een alternatieve gedachtegang over zorgcontinuïteit, dat zij niet de boer op willen met medewerkers uit het ambulante veld en dat zij van een dergelijke samenwerking nog niet veel goeds hebben ondervonden.

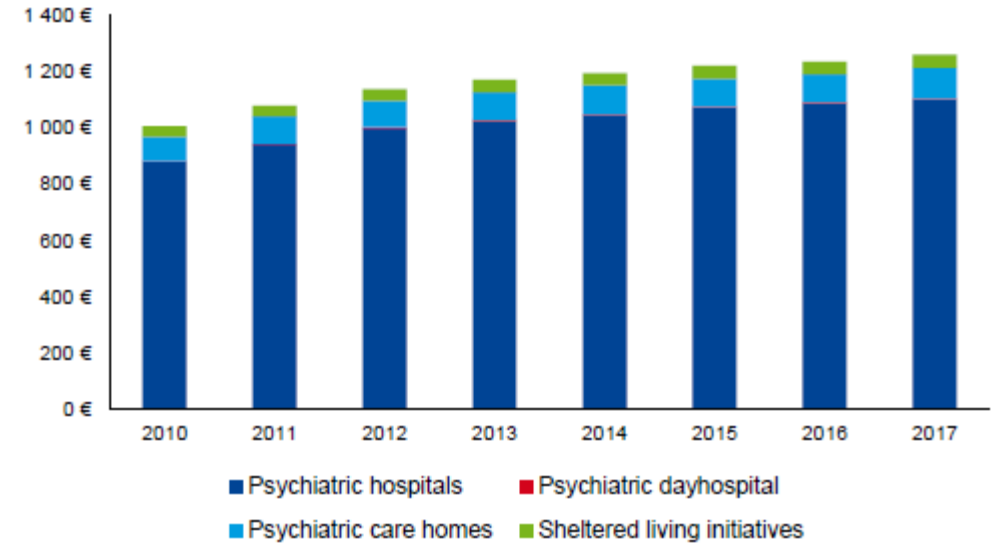
Affectenstorm: conservatief,
hospitalocentrisch, paternalistisch...

Figure 10 – Budget health care and mental health care in Belgium, in billion EUR, 2010-2017



Source: NIHDI (Dienst Geneeskundige verzorging - Directie actuaariaat en budget)
32

Figure 11 – Composition of the budget mental health care, in million EUR, 2010-2017



Source: NIHDI (Dienst Geneeskundige verzorging - Directie actuaariaat en budget)
32

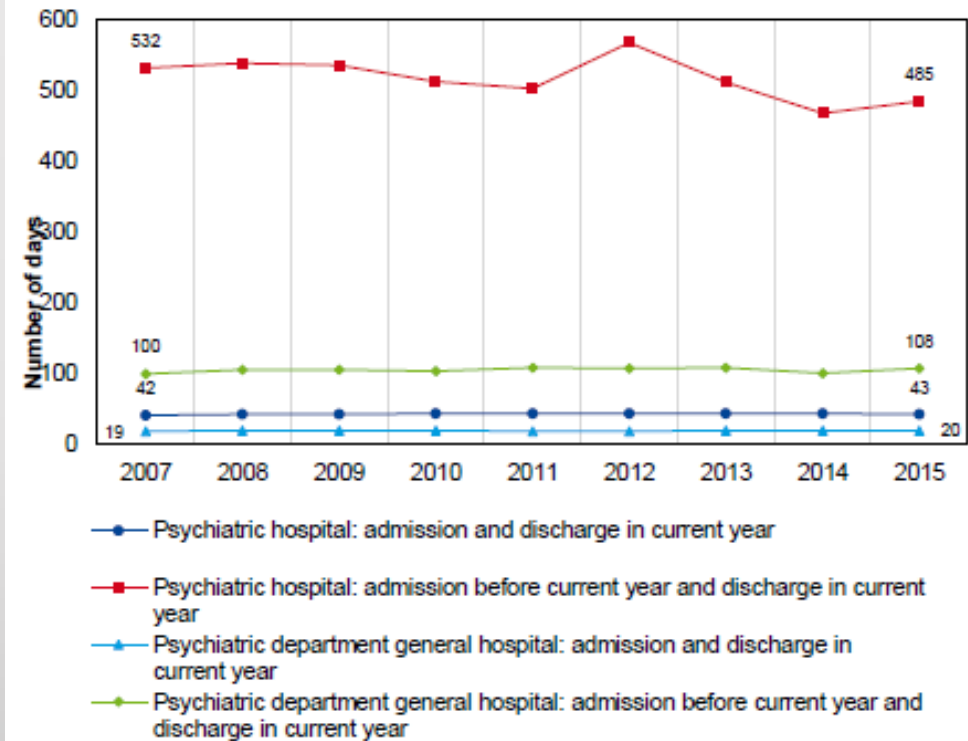
Toename van GGZ budget maar niet tov. stijging algemeen health care budget (zoals overall in Europa, OECD 2020). Nog steeds vnl. hospitaalbudget.

Should I stay or should I go?

MPG 532 => 485 dagen bij langblijvers

Rest status quo

Figure 14 – Evolution length of stay in psychiatric hospitals and psychiatric departments in general hospitals, in mean number of days, 2007-2015

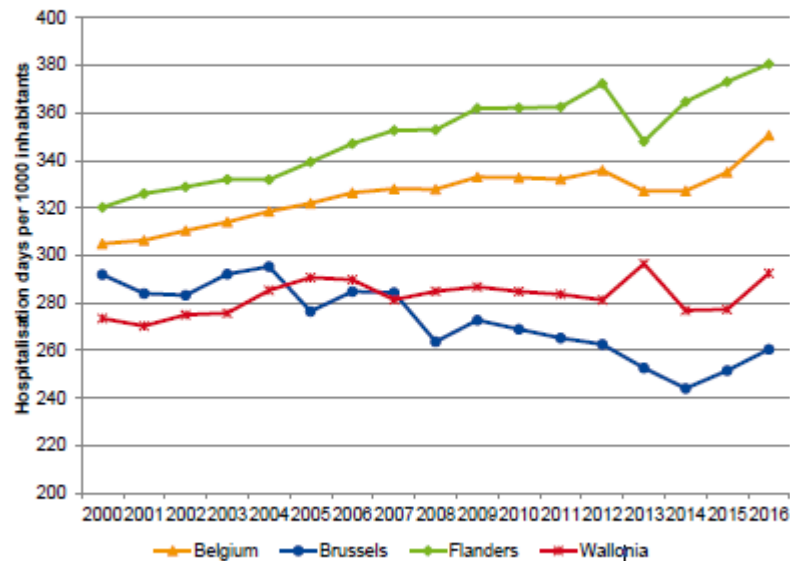


Source: FOD Volksgezondheid Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ⁵²

Should I stay or should I go?

Finstat gemm duur van 84,7 naar 63,9 dagen

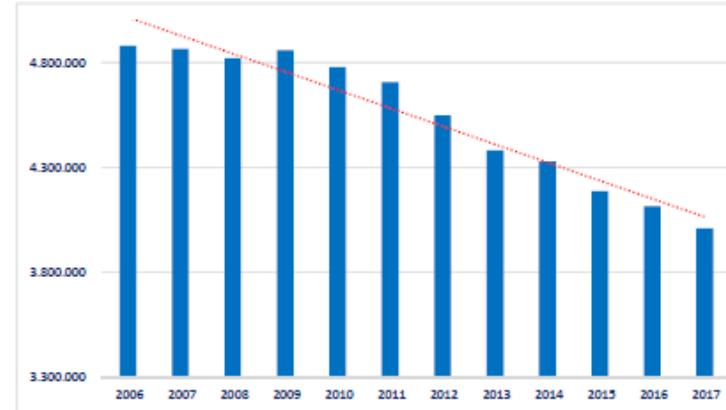
Figure 170 – Number of hospitalisation days in psychiatric hospital or in psychiatric services in general hospital per 1000 capita, by patient region (2000-2016)



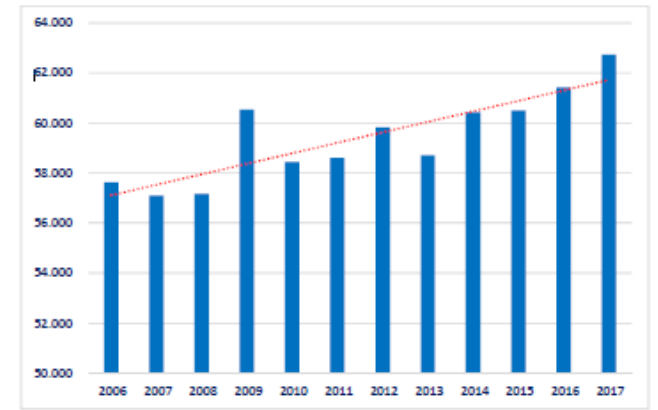
Source: SPF SPSCAE – FOD VVVL (RPM – MPG)

Hôpitaux psychiatriques - Psychiatrische ziekenhuizen

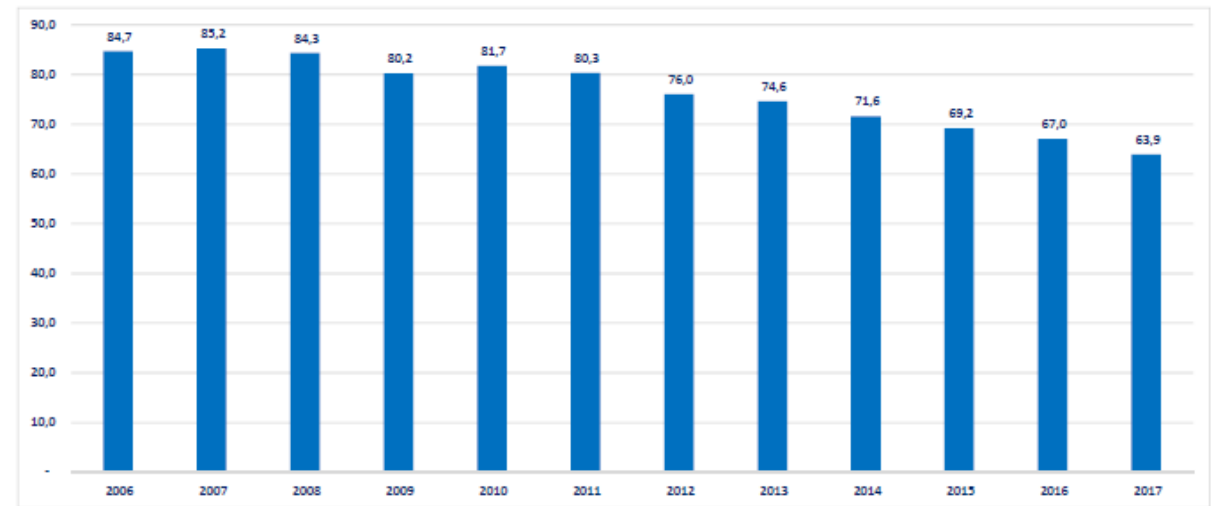
G.4.7 HPs: évolution du nombre de journées facturées
AZ: Evolutie van het aantal dagen



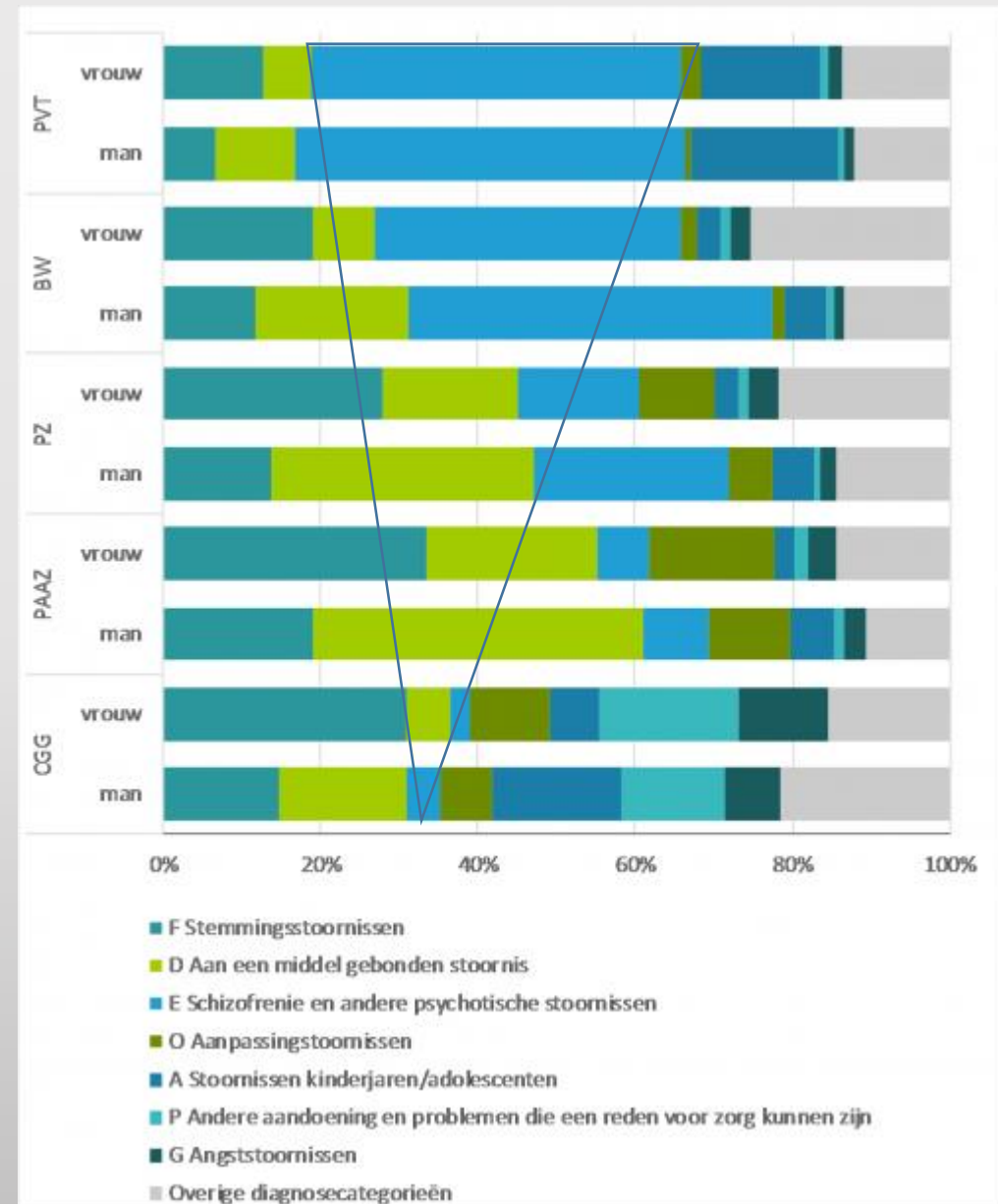
G.4.8 HP: évolution du nombre d'admissions
AZ: Evolutie van het aantal opnames



G.4.9 HP: évolution de la durée moyenne de séjour
AZ: Evolutie van het Gemiddelde verblijfsduur (GVD)



Waar zijn de EPA?



Break on through to the other side...

Aantal mobiele teams... onbekend?

Aantal behandelde patiënten in 2016 (KCE)

2A : 6738 in behandeling; 46,1 teams geprogrammeerd

2B : 6337 in behandeling; 47 teams geprogrammeerd

150.000 EPA patiënten in België

Vergelijking f-ACT nederland: 400 teams behandelen 70.000 patiënten

Tussenstand

Voorspelling 2010

- Economisch gedreven => T-bedden < A-bedden
- Patiënten met EPA => waar naartoe?
- Wetenschappelijke opvolging

Heden

- Ja, met een versnelling van opnames tot gevolg
- Geen shift naar ambulante zorg...capaciteitsprobleem blijft,
- KCE rapport...met als conclusie:

Geestelijke gezondheidszorg: onduidelijk of de beschikbare zorg beantwoordt aan de behoeften

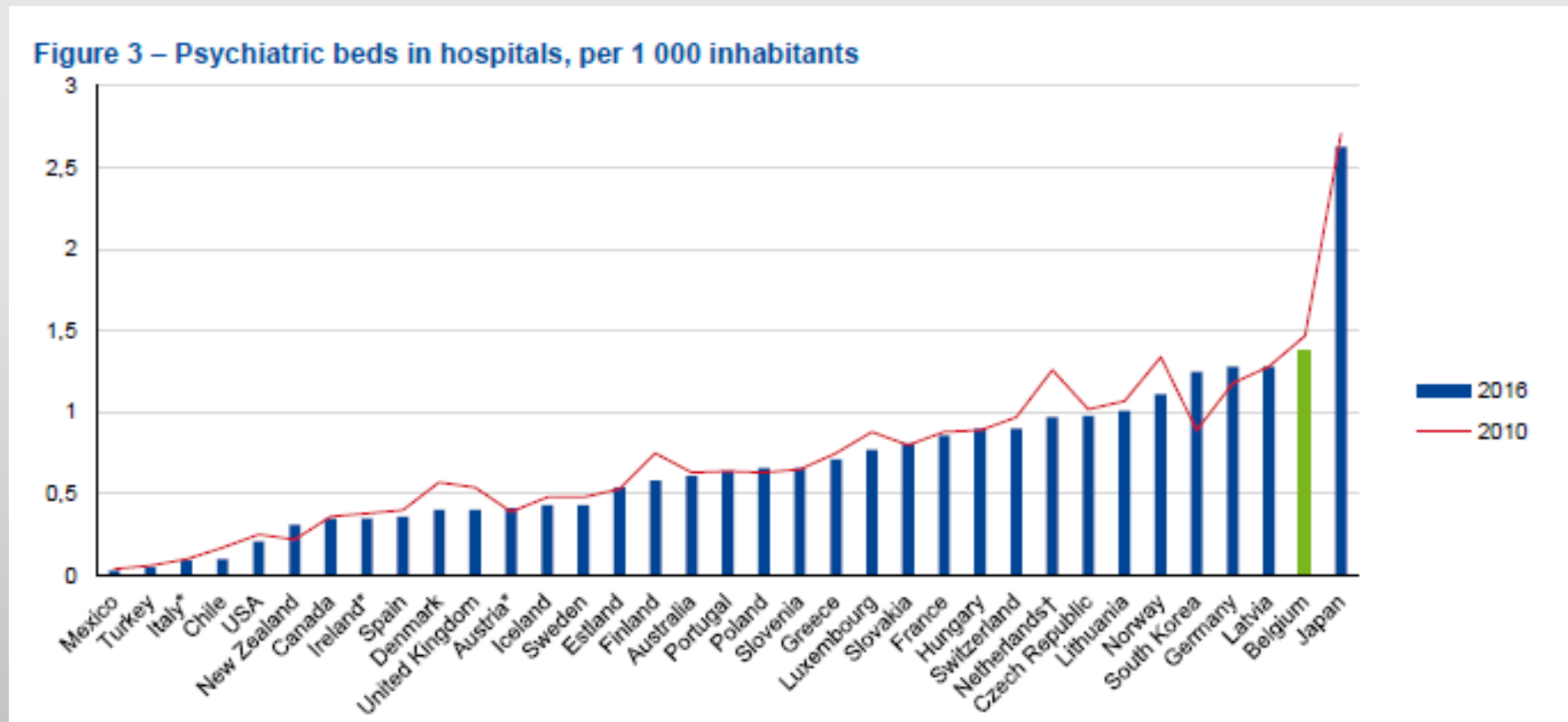
En in het ziekenhuis?

Tevens kan een zwaardere residentiële behoefte aan zorg worden verwacht. De patiënten met de ernstigste ziekte zullen immers het moeilijkst kunnen worden behandeld in de gemeenschap (Fitzgerald 2010; Trieman & Leff 2002). Dit betekent dat de ernst van psychiatrische ziekte binnen de afdelingen voor langdurende zorg enkel zal toenemen. Dit is opnieuw een verzwaring van de behoefte aan zorg waaraan met de nu al ontoereikende residentiële middelen niet kan worden beantwoord. Bovendien blijkt uit ervaringen in het buitenland dat de meest ervaren personeelsleden de patiënten lijken te volgen naar de maatschappij. De resterende patiënten op afdelingen voor lang verblijf worden zo geconfronteerd met minder gekwalificeerd personeel dat bovendien vaker wisselt, wat opnieuw herstelbelemmerend kan werken (Killaspy 2007).

Waar moeten het dan naartoe...



Aantal bedden...



Beter tellen?

An international comparison of efficiency of inpatient mental health care systems^{☆☆}



Valerie Moran¹, Rowena Jacobs*

Centre for Health Economics, University of York, Alcuin A Block, Heslington, York YO10 5DD, United Kingdom

ARTICLE INFO

Article history:

Received 25 October 2012

Received in revised form 11 June 2013

Accepted 19 June 2013

Keywords:

Cross-country comparisons

Inpatient mental health services

Data envelopment analysis

Cluster analysis

Bootstrapping

ABSTRACT

There is a fundamental gap in the evidence base on quantitative cross-country comparison of mental healthcare systems due to the challenges of comparative analysis in mental health including a paucity of good quality data. We explore whether existing limited data sources can potentially be exploited to examine technical efficiency of inpatient mental healthcare systems in 32 OECD countries in 2010. We use two analytical approaches: Data Envelopment Analysis (DEA) with bootstrapping to produce confidence intervals of efficiency scores and country rankings, and Cluster Analysis to group countries according to two broad efficiency groupings. We incorporate environmental variables using a two-stage truncated regression. We find slightly tighter confidence intervals for the less efficient countries which loosely corresponds with the 'inefficient' cluster grouping in the Cluster Analysis. However there is little stability in country rankings making it difficult with current data to draw any policy inferences. Environmental factors do not appear to significantly impact on efficiency scores. The most pressing pursuit remains the search for better national data in mental healthcare to underpin future analyses. Otherwise the use of any sophisticated analytic techniques will prove futile for establishing robust conclusions regarding international comparisons of the performance of mental healthcare systems.

© 2013 The Authors. Published by Elsevier Ireland Ltd. Open access under [CC BY-NC-SA license](#).

Zorgpad EPA: wie doet wat wanneer?

(19). Men zal met andere woorden moeten kiezen: ofwel bouwt men top-down, samen met de partners, actief aan zorgpaden en samenwerkingsverbanden die regelmatig worden geëvalueerd waardoor een systematisch aangestuurd netwerk kan ontstaan, ofwel laat men, zoals nu vaak het geval, bottom-up elke partner in het netwerk op basis van zelfgekozen inclusie-instrumenten bepalen wat hij wel of niet doet. Door hun gebrek aan nauwkeurigheid op individueel niveau bieden deze instrumenten echter een weinig valide strategie (20, 21). Deze bottom-upstrategie zorgt ervoor dat het overzicht over het hele netwerk verloren gaat en dat bepaalde patiëntengroepen tussen de mazen van het zorgnetwerk glijpen (2). Daarom gebeurt de reorganisatie het best expliciet op netwerkniveau (19). Helaas is het gebrek aan de noodzakelijke wetenschappelijke opvolging bij de uitbouw van zorgnetwerken in de GGZ niet alleen een Belgisch probleem (22).

Zorgpad EPA: wie doet wat wanneer?

- 1^e lijn : diffuus (rol huisarts?, eerslijnspsycholoog?, structurering toegangspoorten?) Public health perspectief vs. EPA....nood aan kennisinfusie en structurering van doorverwijzingen. (*Zeer ernstige psychische stoornissen komen relatief weinig voor, zowat bij 1,7% van de totale bevolking. Ze behoeven wel intensieve gespecialiseerde zorg*)
- 2^e lijn: 2A vs. ACT => blijft onduidelijk hoe deze zich verhouden
2B manifest tekort
residentieel: nood aan langdurige zorg blijft, terugkeer naar maatschappij is multi-factorieel bepaalt, zorgnood vs. maatschappelijke overlast
- 3^e lijn: innovatief klinisch