

Advies nr. 61 van 9 maart 2015 betreffende de vermaatschappelijking van de zorg

A. Vraag om advies

Volgende vraag werd gesteld door dhr. J. Reyntens, voorzitter van de commissie voor medische ethiek 'Spes et Fides' in een brief, gedateerd op 24 oktober 2012, maar ontvangen op 13 december 2012:

"De Belgische overheid stuurt met artikel 107 van de ziekenhuiswet aan op een reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg, inclusief een reconversie van de residentiële psychiatrische zorgverlening.

Naar verluidt is het haar uiteindelijke bedoeling de chronificatie van de psychiatrische patiënt tegen te gaan, door hem op een emancipatorische en geïntegreerde manier te laten participeren aan het maatschappelijke leven. Een aangepaste huisvesting en een meer gepersonaliseerde, ambulante zorg zijn in deze sleutelbegrippen.

Ofschoon de vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg ongetwijfeld bijdraagt tot de integratie en bijgevolg mogelijk tot de verbetering van de patiënt, is de Commissie voor ethiek 'Spes et Fides', die actief is voor zeven psychiatrische ziekenhuizen in Oost-Vlaanderen die betrokken zijn in een proefproject op basis van het voormelde artikel 107, bezorgd om het respect voor de ethische principes in elke zorgrelatie die mogelijks in het gedrang kunnen komen.

Vanuit die bezorgdheid heeft de commissie tijdens de laatste vergaderingen enkele bedenkingen geformuleerd, die zij graag voorlegt aan de achtbare leden van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, met het verzoek om hieromtrent een eigen standpunt in te nemen en kenbaar te maken.

Volgens de Commissie voor ethiek 'Spes et Fides' dreigen belangrijke waarden zoals rechtvaardigheid, participatie en levenskwaliteit, door de effecten van de herstructurering die uit het proefproject op basis van artikel 107 van de Ziekenhuiswet kan voortvloeien voor alle psychiatrische ziekenhuizen in het gedrang te komen.

Deze bedenkingen zijn geconcentreerd rond de volgende vragen:

-In hoeverre kan de chronische psychiatrische patiënt, die meestal op diverse niveaus disfunctioneert en uitgebreid moet worden bijgestaan, ook effectief op deze zorgen een beroep doen, gezien het huidige tekort aan gekwalificeerde zorgverstrekkers en de nu al bestaande wachtlijsten in de ggz?

-Wat wanneer men in het kader van de behandeling bij een vooropgesteld zorgtraject, om welke redenen dan ook, niet komt tot een *informed of negotiated consent*, in de geest van de wet op de patiëntenrechten?

-Is de samenleving in al haar segmenten bereid om de vermaatschappelijking ten volle te aanvaarden en te implementeren, in de wetenschap dat de tolerantie ten aanzien van minderheden, in casu mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, verminderd is?

-Zijn de financiële implicaties voor de patiënten en voor de samenleving voldoende bekend en betaalbaar, te weten dat onderzoek in het buitenland (onder meer Nederland) wijst op een substantiële verhoging van de kosten?

-Welke impact zal de afbouw van het aantal T-bedden hebben, op het opnamebeleid van psychiatrische ziekenhuizen ten aanzien van patiënten met chronische en complexe problemen?

-Is er voor voornoemde doelgroep voldoende aangepaste en betaalbare huisvesting beschikbaar, aangezien ook hier de wachtlijsten zeer uitgebreid zijn, de wetgeving stringent is en de kosten blijven stijgen?

Het is dus verre van zeker, dat de reorganisatie die de wetgever ambieert, ook een betere zorg genereert voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.

De rechtvaardige verdeling of herverdeling van diensten en goederen volgens de werkelijke behoeften is een lovenswaardig principe dat de gelijkwaardigheid van zieke en gezonde mensen ondersteunt, en waarvoor bijgevolg evenredige middelen moeten worden vrijgemaakt. De participatie aan het maatschappelijk leven veronderstelt immers niet alleen gelijke kansen, maar ook gelijke uitkomsten, wat impliceert dat de integratie en de inclusie door alle actoren wordt gerealiseerd. De levenskwaliteit veronderstelt bovendien een zekere vorm van autonomie en houdt verband met een psychisch, fysisch, relationeel, sociaal en spiritueel welbevinden, waarbij naast objectieve ook subjectieve aspecten worden onderkend en gerespecteerd.

Daarenboven is bij gebrek aan parameters overeenkomstig de gangbare praktijk bij wetenschappelijke experimenten (of volgens het SMART-principe dat toelaat algemene beleidsdoelstellingen te evalueren) onduidelijk wat er zal gebeuren indien de vooropgestelde doelstellingen, zoals eerder beschreven, niet worden gehaald, en dreigen in dat geval de gevolgen voor de doelgroep – en mogelijk ook voor de samenleving – buitenproportioneel te zullen worden.

Wij hopen dat bovenvermelde bedenkingen van aard zijn, het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek ertoe te bewegen het probleem te onderzoeken en desgevallend hieromtrent een standpunt in te nemen en bekend te maken.”

B. Artikel 107 van de Ziekenhuiswet

Artikel 107 van de Ziekenhuiswet maakt het mogelijk voor psychiatrische ziekenhuizen om maximaal 10% van de middelen waarmee momenteel de zorg voor opgenomen patiënten gerealiseerd wordt, op een andere manier aan te wenden. Deze voorzieningen kunnen dus met een gedeelte van hun financiering van ziekenhuisbedden nieuwe zorgvormen creëren, zoals

'mobiele teams' voor de zorg van patiënten in de thuissituatie ter preventie en/of vervanging van een residentiele behandeling. Deze multidisciplinaire mobiele teams zijn intensieve ambulante behandelteams in de thuisomgeving van de patiënt voor (sub)acute (mobiele crisisteam) en chronisch psychiatrische problemen. Dit maakt deel uit van een bredere hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) naar een vraaggestuurde, herstelgerichte zorg die de patiënt (en zijn/haar wensen, noden, veerkracht en sterktes) centraal stelt, en georganiseerd wordt in een gecoördineerd netwerk of zorgcircuit. Het doel van de zorg is herstel, emancipatie en participatie: symptomen doen verdwijnen of verminderen en/of een kwaliteits- en zinvol leven uitbouwen in de samenleving ondanks symptomen en beperkingen. Men spreekt dan over "vermaatschappelijking van de zorg". De sleutel daartoe is eigen krachten en mogelijkheden ontdekken en ontplooiën gesteund door zijn naasten.

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek steunt unaniem dit ambitieus lange termijn hervormingsproject voor een bredere vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) door het uitbouwen van een laagdrempelig en gespecialiseerde hulp in nauwe samenwerking met de eerste lijn, zodat de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker en meer herstelgericht wordt.

C. Antwoorden op de gestelde vragen

Wij zullen de zes gestelde vragen afzonderlijk beantwoorden vanuit een ethisch perspectief.

Vraag 1: In hoeverre kan de chronische psychiatrische patiënt, die meestal op diverse niveaus disfunctioneert en uitgebreid moet worden bijgestaan, ook effectief op deze zorgen een beroep doen, gezien het huidige tekort aan gekwalificeerde zorgverstrekkers en de nu al bestaande wachtlijsten in de GGZ?

Art. 107 schept een kader om o. a. bestaande ziekenhuismiddelen – en dus ook zorgverstrekkers – in de volwassenenpsychiatrie anders aan te wenden (met name voor mobiele teams) en houdt een verschuiving maar geen vermindering in van deze middelen. Het probleem van de wachtlijsten situeert zich eerder in de ambulante GGZ-diensten en niet in de ziekenhuisafdelingen volwassenenpsychiatrie.

Problematischer is artikel 33 van deze GGZ-hervorming op gemeenschapsniveau (Vlaams decreet van 19 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg), dat de Centra voor Geestelijke gezondheidszorg (CGG) toelaat tot 10% van hun bestaande middelen te gebruiken voor de bedoelde hervormingen. De ambulante CGG kennen inderdaad wachttijden en een verschuiving van middelen en personeel naar preventie, vroeginterventie of mobiele teams is beslist minder evident. Een hervorming van de GGZ die vermaatschappelijking van de zorg beoogt, zou immers ook de klassieke ambulante GGZ moeten versterken naast de uitbouw van mobiele teams.

Vraag 2: Wat wanneer men in het kader van de behandeling bij een vooropgesteld zorgtraject, om welke redenen dan ook, niet komt tot een informed of negotiated consent, in de geest van de wet op de patiëntenrechten?

Mobiele teams bieden zorg aan in het kader van de Patiëntenrechtenwet en dus rekening houdend met 'informed or negotiated consent' (geïnformeerde toestemming). De wils- of beslissingsbekwame patiënt kan het zorgaanbod weigeren; de volgens de modaliteiten van art. 107 geboden zorg is geen vorm van gedwongen behandeling. Nochtans kunnen de mobiele teams op een regelmatige en herhaalde manier hun zorgaanbod doen en zowel de patiënt als zijn omgeving wijzen op de noodzaak ervan. Vanuit ethisch oogpunt meent het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek dat mobiele teams de mogelijkheid moeten hebben op een meer assertieve manier zorg *aan te bieden*. Men spreekt in deze context soms van bemoeizorg¹. Ook bij deze manier van werken wordt echter een weigering van zorg of behandeling door een wilsbekwame patiënt gerespecteerd conform de Patiëntenrechtenwet.

Vanuit ethisch en juridisch oogpunt kunnen hier bij wils- of beslissingsbekwame patiënten drie situaties onderscheiden worden. (1) Als de patiënt zijn geïnformeerde toestemming geeft, kan de betreffende zorg en behandeling geboden worden. (2) Als hij deze zorg weigert, wordt deze weigering gerespecteerd en wordt uiteraard op dat moment geen zorg en behandeling geboden. (3) Tot slot kan zich een situatie voordoen waarbij ambivalentie aanwezig is en geen toestemming gegeven wordt, maar ook geen duidelijke weigering geformuleerd wordt. In dat geval kan – bij ontstentenis van een geïnformeerde toestemming - een behandeling niet gestart worden, maar is er wel ruimte voor onderhandeling, herhaald aanbieden en voorstellen van zorg, in contact blijven met de patiënt,...

Het probleem van mogelijke zorgweigering door de patiënt is niet specifiek voor dit project van een vermaatschappelijkte GGZ. Het stelt zich ook buiten de context van art. 107 en dient passend beantwoord te worden. Zo moet onder andere nagegaan worden of er een ernstig gevaar is en of de andere criteria voor gedwongen opname vervuld zijn (cf. de wet van 26 juni 1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke). Verder moet de specifieke wils- of beslissingsbekwaamheid van de patiënt (betreffende deze weigering) geëvalueerd worden. Zoals bepaald in de Patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002 zal dan in bepaalde situaties de vertegenwoordiger van de patiënt de geïnformeerde toestemming kunnen geven. Omdat deze situaties niet specifiek zijn voor de mobiele teams, worden ze hier niet verder uitgewerkt.

Vraag 3: Is de samenleving in al haar segmenten bereid om de vermaatschappelijking ten volle te aanvaarden en te implementeren, in de wetenschap dat de tolerantie ten aanzien van minderheden, in casu mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, verminderd is?

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek deelt unaniem deze bezorgdheid van de vragers en is zich ervan bewust dat er een belangrijk maatschappelijk stigma bestaat ten aanzien van deze kwetsbare patiëntengroep, maar dit overstijgt de problematiek van art. 107 en moet als dusdanig onderzocht worden. De vermaatschappelijking van de GGZ is niet alleen een opdracht voor de sector, maar evenzeer voor de samenleving om mensen met een psychische kwetsbaarheid met openheid tegemoet te treden, een evenwaardige plaats te geven en in te schakelen in wonen, werken en sociaal leven.

¹ In de veertiende, herziene uitgave van de van Dale gedefinieerd als "(de) sociaalpsychiatrische hulpverlening waarbij de hulpverlener actief ingrijpt in en praktische hulp biedt bij het leven van de patiënt".

Vraag 4: Zijn de financiële implicaties voor de patiënten en voor de samenleving voldoende bekend en betaalbaar, te weten dat onderzoek in het buitenland (onder meer Nederland) wijst op een substantiële verhoging van de kosten?

Deze vraag naar de financiële implicaties van art. 107 voor de betrokken patiënten is volkomen terecht en verdient nader onderzoek. Langdurig gehospitaliseerde psychiatrische patiënten in Psychiatrisch Ziekenhuizen (PZ) of Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT) hebben weinig kosten voor hun huisvesting, voeding en medicatie dankzij een belangrijke tussenkomst van het RIZIV in de ziekenhuisfactuur. In een vermaatschappelijkte zorg moeten patiënten deze kosten zelf dragen. Het is problematisch en paradoxaal dat in het kader van “vermaatschappelijkte” zorg patiënten méér zouden moeten betalen. De overheid streeft ernaar dat art. 107 voor de psychiatrische ziekenhuizen budgetneutraal is, maar dit zou ook voor patiënten moeten bewaakt worden.

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek pleit voor een wetenschappelijk onderzoek om de financiële implicaties van art. 107 voor de patiënten nader in kaart te brengen en de budgetneutraliteit voor de patiënt als doelstelling op te nemen in de verdere hervorming van de GGZ.

Vraag 5: Welke impact zal de afbouw van het aantal T-bedden hebben, op het opnamebeleid van psychiatrische ziekenhuizen ten aanzien van patiënten met chronische en complexe problemen?

Aan de art. 107 hervorming is een opvolgsonderzoek voorzien en deze vraag dient zeker hierin opgenomen te worden. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek deelt deze bezorgdheid echter in mindere mate om volgende redenen. (1) Het aantal psychiatrische bedden (pro rata) in België is bijzonder hoog. (2) De buitenlandse ervaring leert dat mobiele teams opnames voorkomen, vervangen en verkorten. De sector staat wel voor de opdracht om de resterende bedden optimaal te (her)organiseren in functie van de zorgnoden, met goede regionale spreiding, afstemming, taakverdeling en afspraken.

Vraag 6: Is er voor voornoemde doelgroep voldoende aangepaste en betaalbare huisvesting beschikbaar, aangezien ook hier de wachtlijsten zeer uitgebreid zijn, de wetgeving stringent is en de kosten blijven stijgen?

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek deelt de bezorgdheid dat een hervorming van de GGZ die vermaatschappelijking van de zorg beoogt, gepaard zou moeten gaan met goede afstemming met heel wat maatschappelijke domeinen en beleidssectoren: huisvestingsbeleid, werk, sociale zekerheid,...

D. Slotbemerkingen en besluit

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek onderschrijft de principes van deze hervorming van de GGZ ten volle en ziet geen principiële ethische bezwaren. Het bestaande juridische kader voor de GGZ, met onder andere de Patiëntenrechtenwet, is voldoende geschikt voor de nieuwe zorgmodaliteiten zoals de mobiele teams en is uiteraard onverkort van toepassing. De problemen

van bv. zorgweigerig en wilsonbekwaamheid zijn zeker niet specifiek voor deze nieuwe zorgmodaliteiten, maar stellen zich ongetwijfeld op een andere manier in andere contexten, zoals de weigering van zorg thuis of in een instelling.

Om door deze hervorming tot betere zorg te komen die de patiënt ten goede komt, adviseert het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek dat in de uitvoering van deze hervorming voldoende aandacht en middelen gaan naar maatschappelijke acceptatie en integratie van deze patiënten en bestrijding van stigma, naar de maatschappelijke domeinen die hand in hand moeten gaan met de vermaatschappelijking van de GGZ (huisvestingsbeleid, arbeidsmarkt, sociale zekerheid,...), naar kostenneutraliteit van deze hervorming voor de patiënt, naar de klassieke ambulante zorg (CGG) als belangrijke pijler van een vermaatschappelijkte GGZ en naar een herorganisatie van de resterende hospitalisatiecapaciteit om aan de zorgnoden tegemoet te komen. Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek trekt de aandacht op de situatie van de ambulante Centra voor Geestelijke gezondheidszorg, die het nu al moeilijk hebben hun actuele taken te vervullen. Het Comité adviseert verder dat bovenstaande elementen opgenomen worden in het opvolgingsonderzoek gekoppeld aan deze hervorming.

* * *

Dit advies werd op 9 maart 2015 goedgekeurd door de plenaire vergadering van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, op basis van een ontwerp, opgesteld door hh. Paul Cosyns en Joris Vandenberghe, leden van het Comité.

De werkdocumenten betreffende dit advies kunnen op het Documentatiecentrum van het Comité worden geraadpleegd en gekopieerd.

Dit advies kan worden geraadpleegd op www.health.belgium.be/bioeth
