

VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LBC OVER HET ONTWERP TOT HERVORMING VAN DE PSYCHIATRIE

Versie 12/2010

Algemene opmerkingen :

- 1. De hervorming zou niet mogen leiden tot een daling van het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen, hetgeen hospitalisaties moeilijk of onmogelijk zou maken.*

De hervorming voorziet inderdaad een transformatie van een gedeelte van het residentieel aanbod in een maatschappijgerichte aanpak. De bedoeling daarvan is de vraag naar hospitalisatie beter te sturen en bijgevolg er een adequater antwoord op te bieden, en meer bepaald de ziekenhuizen beschikbaar te maken voor het publiek voor wie hospitalisatie zich opdringt, en de mensen in staat te stellen om opgevolgd te worden vanuit hun leefomgeving wanneer dat mogelijk is. Door een gedifferentieerd zorgaanbod mogelijk te maken kan zorg op maat van de patiënt worden aangeboden.

De hervorming omvat de functie 'intensivering van de residentiële zorg' (functie 4) met de bedoeling om binnen het netwerk te voldoen aan de vraag naar hospitalisatie, wanneer dit noodzakelijk blijkt te zijn.

- 2. Waarom niet meer middelen toekennen aan de CGGZ (Centra Geestelijke Gezondheidszorg) om de liaison te verbeteren?*

Het concept van de hervorming dat wordt voorgesteld heeft in de eerste plaats als doel om de verschillende beschikbare middelen op een optimale manier aan te wenden via gestructureerde en geformaliseerde netwerkpraktijken. De complementariteit van die middelen zou dat mogelijk moeten maken.

N.B. : Slides van het nationaal informatiemoment van 21 mei 2010:

"Vlaamse gemeenschap :

Tot 10% van het budget van de centra voor geestelijke gezondheid (CGGZ) zal aangewend kunnen worden voor de implementatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (cfr. 'Decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg, art. 33, § 1')

« Wat de initiatieven betreft, versterkt het Waals gewest de samenwerking tussen de betrokken sectoren aan de hand van het decreet van 3 april 2009 betreffende de centra voor geestelijke gezondheidszorg, uitgevoerd sinds 1 januari 2010.

Het decreet creëerde de functie van administratieve directie en kent haar de verantwoordelijkheid toe om toe te zien op de uitvoering van het project van de centra binnen de geestelijke gezondheidszorg. In dat kader moet ze instaan voor het institutioneel overleg. Het besluit dat dat overleg kadert, legt de diensten voor geestelijke gezondheidszorg op om prioritair een overeenkomst af te sluiten met

verschillende instellingen waaronder een psychiatrisch ziekenhuis of een algemeen ziekenhuis met een psychiatrische afdeling. Deze verplichting is nieuw.

De liaisonfunctie die werd ingevoerd is een ander centraal element van het Waalse decreet. Ze wordt binnen het multidisciplinair team toegewezen voor elke gebruiker waarvan de complexe situatie dat vereist. De beroepsbeoefenaar die deze functie vervult, is de referentiepersoon doorheen het traject binnen het zorg- of hulpverleningsnetwerk. Hij richt zich in de eerste plaats op de noden van de gebruiker, coördineert de interventies, staat garant voor de genomen beslissingen en ondersteunt daarbij het voltallige personeel. Hij werkt binnen het institutioneel kader dat werd onderhandeld door de administratieve directie en draagt bij tot de ontwikkeling ervan. Die liaisonfunctie kan niet voorbijgaan aan een toenadering tussen het ambulante en het residentiële (binnen het ziekenhuis of niet).

De stimulans voor die samenwerking tussen intra-muros en extra-muros is dus opgenomen in het decreet zelf dat in werking trad op 1 januari 2010. »

« Duitstalige gemeenschap :

Ondanks het beperkte aanbod residentiële psychiatrie, zal worden onderzocht in welke mate samenwerking met de structuren van het Waals gewest overwogen kan worden. »

« Het Brussels hoofdstedelijk gewest dat een volledig verstedelijkt gebied is, wordt gekenmerkt door het bestaan van tal van zogenaamd informele (niet formeel erkende) samenwerkingen tussen de ambulante en de residentiële sector, en door een multidisciplinaire en sectoroverschrijdende benadering. De Brusselse overheden onderschrijven het principe waarbij patiënten in hun gewone leefomgeving kunnen blijven, alsook het werk in coördinatie met het gezondheids-, psychosociaal en schoolnetwerk. In overleg met de sector verbinden ze zich er toe om de projecten te ondersteunen en te begeleiden die onder artikel 107 zouden kunnen vallen. »

3. Mogelijk risico op instrumentalisering van de GGZ door de ziekenhuizen.

Alles werd in het werk gesteld om dit risico te vermijden door in de eerste plaats de functies algemeen te omschrijven en niet exclusief toe te schrijven aan een bepaalde instelling maar ook door te bepalen naar welke functies de middelen van de ziekenhuizen kunnen geheralloceerd worden.

→ heeft tot doel elke bestaande voorziening in staat te stellen zijn rol te definiëren in het netwerk en zijn expertise aan te wenden als volwaardige partner. De gewesten zien er dus nauwgezet op toe dat de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg een rol spelen net zoals de andere partners die deel uitmaken van het netwerk.

Er moet eveneens benadrukt worden dat de keuze van de netwerkcoördinator gebeurt door alle partners, de partners uit de centra geestelijke gezondheidszorg inbegrepen.

De partners van het netwerk zullen - op basis van het gelijkheidsprincipe - een netwerkovereenkomst afsluiten waarbij afspraken worden gemaakt rond de rol van eenieder en de complementariteit van elke partner.

Het Waalse Gewest heeft de noodzakelijke en gezamenlijke opbouw van de projecten gesteund en ondersteunt vanaf nu ook de gezamenlijke implementatie ervan. Dit moet

een reële samenwerking als gevolg hebben, die verder gaat dan een gewone overeenkomst zodat het risico op “instrumentalisering” kleiner wordt.

4. *Risico dat de patiënten in moeilijkheden uiteindelijk door hun familie opgevangen zullen moeten worden.*

Zie vraag nr. 5.

5. *Het risico dat deze hervorming er uiteindelijk op neerkomt dat het de familie en de omgeving zijn die uiteindelijk de patiënten in moeilijkheden opvangen. Als we de slides herlezen betreffende de langdurige behandeling, tot welke patiënten richt die zich dan ?*

We citeren (D 30) : « Kenmerken van de doelgroep: voor de ernstige en aanhoudende problemen, voor personen met een voorgeschiedenis van herhaaldelijke opnames (meerdere hospitalisaties of intensieve behandelingen thuis in de loop van de afgelopen 2 jaar) ; conformiteit met de criteria: falen bij het opvolgen van een behandeling, voorgeschiedenis van geweld of misdrijven, risico op zelfverwonding, afwezigheid van reactie op de behandeling, langdurig middelenmisbruik, gedwongen opname ».

Wat wordt hen voorgesteld ? « een programma gebaseerd op: de structurering van de dag, residentiële autonomie, de ontwikkeling van het sociaal netwerk, de vrije tijd, cultuur, budgetbeheer, onderdak, ondersteuning op het werk, bij het zoeken van werk. »

Het risico dat wordt overgegaan op auto- of heteroagressief gedrag zal gedragen worden door de omgeving, evenals het weigeren van behandeling en het eventuele middelenmisbruik.

Als het de bedoeling is om de psychiatrische patiënten uit de ziekenhuizen te halen, de verblijfsduur te verkleinen en zorgnetwerken op te zetten tussen ziekenhuizen– IBW – CGGZ, gaan we allemaal akkoord om te zeggen dat de voorziene hervorming fundamenteel interessant is en positieve aspecten bevat, maar we willen aangeven waarvoor we bevreesd zijn, het risico op misbruiken op het terrein.

Die opmerking is volkomen relevant. De hervorming houdt uiteraard rekening met het welzijn en de levenskwaliteit van de patiënten, maar er moet ook bijzondere aandacht worden besteed aan de familie en de omgeving.

De familie en de omgeving moeten indien wenselijk betrokken worden bij de globale procedure voor de opvang van de patiënt. De mobiele teams zullen ervoor moeten zorgen dat hun programma « evenwichtig » wordt. Het project beoogt de reïntegratie van de patiënt in het maatschappelijk leven. Daarom is het belangrijk de patiënt te behandelen binnen zijn concrete levenscontext.

Deze vorm van opvang is inderdaad nieuw voor vele beroepsbeoefenaars. Er is een permanent en intensief opleidingsprogramma voorzien voor alle actoren.

Er zal bijzondere aandacht worden geschonken aan de opleiding van de toekomstige mobiele teams.

We herinneren eraan dat opleiding een prioriteit is binnen de hervorming. Er worden aanzienlijke middelen uitgetrokken om een kwaliteitsvolle opleiding aan te bieden met:

- de inbreng van wetenschappelijke teams;

- de inbreng van Europese experts;
- de inbreng van lokale expertise (goede praktijken);

Er werd een federaal vormingscoördinator aangesteld om dit globaal opleidingsprogramma te plannen en te organiseren, dat is opgebouwd in de vorm van modules die zich zowel richten op alle actoren en soms meer gericht zijn op bepaalde doelgroepen (bij voorbeeld op de netwerkcoördinatoren of op de toekomstige mobiele teams).

We wijzen ook op de deelname van de gebruikers en de families als effectieve partners in de verkennende fase, en de kwalitatieve aanbevelingen die ze kunnen doen betreffende de evolutie van de hervorming.

In de dagelijkse praktijk van de ambulante zorgverlening betreft men veel meer de familie en de omgeving, terwijl dit minder het geval is in een ziekenhuisomgeving. De kracht van deze nieuwe projecten bestaat erin om rond eenzelfde problematiek eenieders deskundigheid te bundelen.

Slide 1 tot 9 :

Blijft het mogelijk voor een patiënt om zich te laten verzorgen in de structuur van zijn keuze ? Anders gezegd, blijft hij de keuze krijgen tussen ambulante zorg en hospitalisatie ?

Vraagt het nieuwe model voor GGZ aan de instellingen om te functioneren op basis van geïntegreerde modellen voor zorgverstrekking op basis van vastgelegde geografische zones (250.000 inwoners ?).

Op basis van welke criteria werden die geografische zones afgebakend ?

Heeft de patiënt de gelegenheid om van zone te veranderen ? Zullen de zones evolueren ? Zullen de instellingen verplicht worden om zich te groeperen ?

Het begrip vrije keuze van de patiënt is, zoals aangegeven in de gids, een basiselement. Het is een recht van de patiënt. Uiteraard moet samen met de zorgverstrekkers en de patiënt nagegaan worden welke voor hem de beste behandelingsmogelijkheid is.

De geografische zones zijn niet vooraf bepaald. De « projectpromotoren » hebben in hun kandidatuur dossier zelf een zone afgebakend die ze als realistisch beschouwen in de verkenningsfase. Het is daarentegen essentieel dat de vijf functies in deze zone aanwezig zijn. De verkenningsfase en het onderzoek dat ermee gepaard gaat, zouden ons in staat moeten stellen de verschillende projecten te vergelijken en misschien vervolgens over indicatoren te beschikken die het mogelijk maken elementen van antwoord te bieden op de vraag over het belang van de geografische zones (per oppervlakte? Per aantal inwoners ? stedelijke zone ? rurale zone ? ...).

De invoering van een exploratieve fase beoogt om het model uit te testen met inbegrip van zijn eventuele beperkingen.

De verplichting tot hergroepering is als dusdanig geen doel op zich. Uit het verloop van deze werkzaamheden en in overleg met de betrokken actoren zal blijken hoe de sector verder evolueert.

D 7 :

We weigeren het risico op therapeutische standaardisering dat gepaard gaat met het begrip 'zorgcircuit' en 'type therapeutische benadering' in functie van een pathologie of een doelgroep want dat houdt een verarming in van het zorgaanbod, en een verlies aan therapeutische keuzevrijheid voor de patiënt.

U zult zien dat het model dat we vooropstellen uitgaat van een globaal en gedifferentieerd dienstenaanbod. Er zijn dus geen vooraf bepaalde zorgtrajecten op basis van de pathologieën of een specifieke doelgroep. Integendeel, men gaat de middelen inzetten in functie van de noden van de persoon die beschreven worden in een individueel zorgenplan. Het zorgtraject zal evolueren in functie van zijn zorgbehoefte en beoogt een zorg op maat van de patiënt. Het gaat dus om een geïndividualiseerde benadering ...

D 10 :

Sluitelfuncties : het nieuwe project lijkt geen rekening te houden met het belangrijke werk inzake preventie dat moet gebeuren vóór de hospitalisatie (vroegdetectie, screening, ...)

Opgelet voor het informele doel van de hervorming: besparingen op het budget !!!

Vaststelling: het beleid hervormt hetgeen volgt op een hospitalisatie, maar vergeet het voorafgaande, dat wil zeggen de preventie.

We stellen vast dat de middelen die we aantreffen in functie 1 als opdracht hebben « activiteiten inzake preventie en promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling ». We geven ook aan dat het nodig zal zijn om te zorgen voor nauwe en gestructureerde banden met de eerste lijn van de reguliere zorg (huisartsen, thuiszorg, thuiszorgcoördinatie, wijkgezondheidscentra, ...).

Hoe meer netwerking en coördinatie er georganiseerd zal worden en operationeel zal zijn, hoe effectiever de vroegdetectie zal zijn en hoe meer de antwoorden gegeven zullen worden door een vroegtijdige aanpak.

De hervorming is niet opgezet om te besparen op het budget, maar om een nieuw zorgaanbod in te voeren dat gebaseerd is op de optimalisering van de middelen via de benadering van netwerking. Voor 2011 werd zelfs een supplementair budget vrijgemaakt van 7.250.000 euro.

D 10 – 13 :

Afwijkingen op het gebruik van financiële middelen ?

3 grote ziekenhuizen werden gekozen voor de therapeutische projecten, maar het zijn ziekenhuizen met veel middelen.

Er kunnen middelen worden toegevoegd aan het BFM – voor welke ziekenhuizen ?

Zoals eerder werd opgemerkt gaat het hier niet om een besparing maar om een herallocatie van middelen. Deze herallocatie wordt in die mate ingevuld dat er een meer gedifferentieerd aanbod mogelijk wordt en dat zorg op maat van de patiënt wordt aangeboden.

Er worden bijkomende middelen ter beschikking gesteld, met een maximum van 725.000 euro per project. Enerzijds moet men hiermee een netwerkcoördinator kunnen betalen die het netwerk moet helpen tot stand brengen en die de goede werking van het netwerk mogelijk moet maken. Anderzijds zullen ook middelen ter beschikking worden gesteld om personeel aan te werven met een kwalificatie die aangepast is voor de nieuwe teams die worden gecreëerd. De bijkomende middelen zullen uiteraard ook dienen om werkingskosten - die eigen zijn aan de nieuwe werkwijzen - te helpen dekken. Tot slot wordt ook de vergoeding voorzien van de medische activiteit van de psychiater binnen de mobiele teams.

Daarnaast werden in de begroting 2011 ook bijkomende middelen ingeschreven om de revalidatiefunctie te creëren daar waar deze vandaag nog onbestaande is. Via deze middelen zullen uiteraard ook bijkomende aanwervingen kunnen gebeuren om de revalidatiefunctie te realiseren.

D 12 :

(hangt samen met slide 7) Hoe zullen de zorgcircuits en -programma's gedefinieerd worden?

De zorgcircuits en -programma's zijn niet opgezet in functie van bepaalde doelpublieken of pathologieën.

Men zou dat kunnen illustreren aan de hand van dit antwoord: ongeacht langs welke weg iemand het netwerk betreedt, zal hem een antwoord worden gegeven dat is aangepast aan zijn noden; « de juiste middelen op het juiste moment voor de juiste persoon ».

Het traject zal aldus worden uitgewerkt in functie van de evolutie van de patiënt /gebruiker, waarbij middelen zullen worden toegevoegd of weggenomen op basis van een evolutief geïndividualiseerd programma dat longitudinaal wordt opgevat. De opvolging van dat programma zal verzekerd worden, indien nodig, door de referentiepersoon (zie vraag D28).

Ik wil nog beklemtonen dat de uitvoering van artikel 107 de mogelijkheid biedt om te experimenteren en dus ervaring op te doen. Dit moet op termijn uitmonden in de uitvoering van artikel 11 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Enkel dan pas zullen de zorgprogramma's worden gedefinieerd. Die zullen tot stand komen op basis van de wetenschappelijke ondersteuning die aan het project wordt gegeven en op basis van de opgedane ervaring.

D 13 :

Vrees:

- *De geringe middelen die toegekend zijn aan de CGGZ zouden kunnen worden verschoven naar de ziekenhuizen via de oprichting van aanverwante GGZ-structuren.*
- *Creëren van concurrentie (of instrumentalisatie) tussen de structuren die door de ziekenhuizen geïmplementeerd worden en de reeds bestaande structuren.*
- *Wat met de risico's inzake de toepassing van de 24 op 24 uur? (veiligheid van de hulpverleners en te grote geografische afstanden).*

De eerste twee opmerkingen werden behandeld in punt nr. 3.

Wat betreft de 24 op 24 uur, moet vanzelfsprekend rekening worden gehouden met het belang om het netwerk te structureren zodat deze beschikbaarheid kan worden verzekerd.

In bepaalde projecten die zijn ingediend, ziet men duidelijk dat er een grote en veelbelovende discussie is gevoerd door de promotoren teneinde aan deze vereiste te beantwoorden.

Er dient desgevallend ook op te worden gewezen dat er geen sprake is om de patiënten en/of beroepsbeoefenaars door deze nieuwe aanpak in problemen of in gevaar te brengen.

Het is ook belangrijk om opnieuw toe te lichten dat het er niet op aankomt om het "spoedgeval", maar wel de "crisis" in beschouwing te nemen. Het gaat om verschillende situaties, we hebben deze kwestie meermaals behandeld. Een spoedgeval blijft een spoedgeval en zal door de spoedgevallendiensten opgenomen worden.

In bepaalde projecten heeft men de uitbouw van een partnerschap gezien dat gebaseerd is op een nauwkeurige definiëring van de rollen en de opdrachten van de mobiele teams en de (psychiatrische) spoedgevallendiensten teneinde op een adequate manier en complementair aan de verschillende situaties te beantwoorden.

De ervaring die met de artikel 107-projecten wordt opgedaan, zal uitwijzen welke de omvang van de geografische zones moet zijn om op een efficiënte wijze de zorg aan de patiënt te kunnen aanbieden, en dit niet alleen in het belang van de patiënt maar evenzeer in het belang van de zorgverstrekker zelf die inderdaad op een veilige en comfortabele wijze zijn beroep moet kunnen uitoefenen. In de vormingssessies zal ook de nodige aandacht (bijvoorbeeld risicotaxatie) worden gegeven.

D 14 – 19 :

Doelstelling is evident: het aantal « T »-bedden verminderen

De maatregelen zullen verschillend al naar gelang de gewesten (Brussel/Vlaamse Gemeenschap/Duitstalige Gemeenschap/Wallonië) worden toegepast.

Zoals reeds hierboven werd aangegeven, beoogt het project een herallocatie van middelen. Het gaat hier niet noodzakelijk om T-bedden. Project per project moet onderzocht worden welke middelen het best worden geheralloceerd om een gedifferentieerd en globaal aanbod van verzorgingsmogelijkheden te creëren.

Alle projecten moeten de verschillende functies creëren. Dit betekent evenwel niet dat er geen verschillen kunnen zijn tussen projecten, zo bvb kan een grootstedelijk gebied een andere aanpak vergen dan een meer ruraal gebied. Via onderzoek zal nagegaan worden welke de beste aanpak is voor de toekomst. Er zal worden over gewaakt dat de verschillende projecten professioneel worden uitgevoerd. Dit veronderstelt ondermeer dat de kwaliteit van de zorg en van de organisatie wordt bewaakt. Er zullen werkmethoden moeten worden gehanteerd die voldoende doordacht zijn.

Vandaar het belang van opleiding en wetenschappelijke ondersteuning doorheen de ganse duur van het project. Er zullen ook, via visitaties ter plaatse, audits worden georganiseerd waarbij contacten zullen worden gelegd met beheerders, maar ook met de zorgverstrekkers en de patiënten om polshoogte op het terrein te nemen en daar

waar nodig, zal er worden bijgestuurd zowel globaal maar ook in de verscheidene zorgnetwerken/voorzieningen indien nodig.

D 19 - 25 :

Bestaat er geen risico dat de patiënten te gemakkelijk afdwalen naar algemene milieus?

Risico van te aanzienlijke in observatiestelling voor bepaalde pathologieën (Korsakoff, Alzheimer, enz. ...).

In Brussel aanzienlijk risico van delokalisering van bedden.

De vraag is mij niet duidelijk geformuleerd. Algemeen kan het volgende worden geantwoord:

Het concept van de hervorming is nieuw voor België, maar met gelijkaardige hervormingen werd reeds sinds geruime tijd ervaring opgedaan in andere landen. Daarom werden bezoeken afgelegd in Groot-Brittannië, Frankrijk, Nederland, Zwitserland en Canada. Tevens werden experts uit het buitenland naar België uitgenodigd om toelichting te geven hoe ze in het buitenland de hervormingen hebben opgezet. De trend in al deze landen is om het ziekenhuisaanbod te heroriënteren om een vermaatschappelijking van de zorg mogelijk te maken.

Ook al zullen er overal in het land zorgnetwerken worden gecreëerd, toch kan men niet stellen dat er vandaag massaal bedden worden gedelokaliseerd. Het gaat om een progressieve hervorming waarbij gaandeweg ervaring zal worden opgedaan. Op basis hiervan kan dan de hervorming worden voortgezet.

Het concept bestaat er in vijf functies te creëren. De aanpak hierbij is niet direct pathologiegericht. We gaan eerder uit van patiënten die wegens hun crisissituatie een interventie van korte duur vergen en van patiënten die wegens het persisterend karakter van hun aandoening een meer langdurige zorg nodig hebben. Er blijft een belangrijke ziekenhuisfunctie behouden die bestemd is voor patiënten waar men geen adequate zorg ten huize kan organiseren, maar die door hun toestand zeer intense residentiële zorg nodig hebben.

Uiteraard zal men in Brussel moeten rekening houden met het grootstedelijk karakter, maar voor het overige is het beleidskader voor Brussel hetzelfde als voor de andere regio's. De herallocatie en delokalisatie zullen rekening moeten houden met de specifieke noden die in Brussel gelden, maar verhoudingsgewijs zullen deze niet groter zijn dan in andere gebieden van het land.

D 26 :

Versterking van het ambulante netwerk: transfer tussen verschillende netwerken en ziekenhuizen.

Waarom geen transfers in de twee richtingen overwegen?

De piste van de beroepsbeoefenaars in de klinische dienst moet worden verlaten en men moet zich richten op het ambulante netwerk. Men kan in dit geval evenwel overwegen om een beroep te doen op MTOV om de personen te vervangen die in de ambulante sector gaan werken!

Beperkte verblijfsduur → patiënt verlaat vaak te vroeg het ziekenhuis. Momenteel systeem om dit te verhelpen: voorziet een datum voor een heropname in het ziekenhuis met de patiënt (terugkeer om de x maanden). Met het nieuwe decreet zal dit risico worden verhoogd: de patiënt enkele maanden in een andere structuur laten verblijven, daarna terugkeer naar het ziekenhuis enkele maanden of weken en dit op herhaaldelijke wijze.

Het risico van dit draaideurfenomeen, kan bestaan als het sociale netwerk niet rond de persoon wordt opgebouwd zodra de behandeling in de maatschappij wordt georganiseerd.

Er dient in beschouwing te worden genomen dat de hervorming die wij voorstellen natuurlijk is uitgewerkt op basis van het zorgsysteem, maar, opdat er goede resultaten op het niveau van de patiënten-gebruikers zouden zijn, zal men in het systeem ook alle hulpmiddelen en middelen voor sociale integratie moeten integreren die in de geografische zone van het project beschikbaar zijn.

Dat is een zeer belangrijk element dat naar voren is gebracht en in beschouwing is genomen bij de selectie van de projecten.

In de opleidingen die totnogtoe zijn gegeven, heeft men aanzienlijk gewezen op deze absolute noodzaak om een belangrijke plaats toe te kennen aan de culturele of professionele integratie. De gebruikers-patiënten moeten een « rol » als actief lid in de maatschappij vinden.

Deze link naar integratie moet ook worden verzekerd door onder meer hulpmiddelen die we terugvinden in functie 3 (maar ook in functie 2B in bepaalde reeds ingediende projecten), met name elk systeem op het vlak van socio-professionele en psychosociale rehabilitatie, link met de collectiviteit, link met de huisvesting, link met de cultuur en de vrijetijdsbestedingen, link met de opleiding en de professionele integratie.

Het ontslag uit het zorgcircuit moet worden vergemakkelijkt teneinde de integratie en inschakeling mogelijk te maken, anders dreigen de gebruikers zich eeuwig te « richten » op hulpmiddelen die enkel op zorg gericht zijn.

D 27 :

Bepaalde geografische zone:

Risico op concurrentie volgens het type cliënteel?

Reeds beantwoord.

Gecoördineerd ambulant netwerk

Risico op selectie volgens de situatie – het ziekenhuis zal zijn opnames niet meer kunnen beheren.

Het antwoord bevindt zich volgens mij in functie 4, met name de versterking van de opvang binnen het ziekenhuis zelf en de mogelijkheid op een relevante evaluatie, waardoor het mogelijk zal zijn om een aangepast antwoord te geven.

Een patiënt kan in Brussel in het ziekenhuis worden opgenomen en van een ander gewest afkomstig zijn → wat met de opvolging bij de terugkeer naar huis?

Er bestaat een risico van stigmatisering van de patiënten die geïntegreerd zijn in een netwerksysteem, waardoor ze er niet meer uit kunnen.

Er is echt geen enkel probleem om een dergelijke situatie te « beheren ». De netwerken die samengesteld zijn in de geografische zones zijn niet « gesloten ». Op termijn zou de link tussen verschillende geografische zones rond een situatie zoals hierboven beschreven geen probleem mogen vormen, aangezien het programma voor de behandeling van de patiënt eenvoudigweg naar het netwerk zou worden verplaatst dat is georganiseerd rond zijn leefomgeving en zo zou het behandelingsprogramma coherent worden voortgezet.

Het werken in netwerken is helemaal niet stigmatiserend. De vermaatschappelijking van de zorg beoogt de patiënt precies terug te integreren in het maatschappelijk leven. Het netwerk moet dit proces ondersteunen en destigmatisering faciliteren.

D 28

Een psychiatrisch spoedgeval is beperkt!! :

Op welk netwerk zal er bij een snelle decompensatie in de thuisomgeving een beroep worden gedaan om tussenbeide te komen (verpleegkundige, zorgteam van het ziekenhuis, politie, ...) ?

Wie zal er evalueren of het gaat om een psychiatrisch spoedgeval?

Wat met de veiligheid van de hulpverleners?

Zijn er voldoende psychiaters?

Coördinator voor elke patiënt ?

Belang dat wordt gegeven aan het aantal vergaderingen?

Er bestaan reeds structuren (Prisma, ontslagmanager)

Waarom kunnen deze structuren niet worden ontwikkeld, meer worden gefinancierd in plaats van nieuwe structuren te creëren?

De T-bedden verminderen → gevolgen voor het volledige personeel (verzorgers, schoonmaker, keuken, ...) ?

Wat is de effectieve behandeling van de spoedgevallen in een uitgestrekt gebied?

In een ziekenhuis kunnen de hulpverleners rekenen op hun collega's wanneer er een patiënt zeer agressief is, hoe zit dit in de thuisomgeving? Bovendien kan een spoedgevallendienst verschillende spoedgevallen tegelijkertijd opvangen; een « flying » team kan geen meerdere spoedgevallen behandelen: wie zal hiervoor instaan?

Men brengt het ontoereikende aantal psychiaters ter sprake.

Wat betreft het psychiatrische spoedgeval:

Zoals we vooraf hebben toegelicht, moet er absoluut worden gewezen op het verschil tussen het begrip « spoedgeval » en het begrip « subacute of acute crisis ».

Merk op dat het spoedgeval dringend blijft en zoals voorheen moet worden behandeld. Het komt er niet op aan om mobiele teams (zoals beschreven in functie 2) te sturen naar de thuisomgeving van de personen die tekenen van specifiek gevaar, extreem geweld vertonen en die de beroepsbeoefenaars, maar ook de gebruikers zelf en hun omgeving/familie in problemen of zelfs gevaar kunnen brengen.

De veiligheid van iedereen moet dus prioritair worden gegarandeerd.

De efficiënte organisatie van een netwerking, de effectieve link tussen de eerstelijnszorgverstrekkers (huisartsen, thuiszorg, wijkgezondheidscentra, apothekers, ...) en het « netwerk » van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zouden daarentegen op termijn moeten leiden tot een vermindering van het aantal “spoedeisende” situaties in de thuisomgeving.

Waarom?

Het is juist door een versterking van de vroegtijdige interventie, door de bijdrage van de hulpmiddelen van functie 1 en van de mobiele teams van functie 2, dat de interventies zullen kunnen gebeuren vooraleer de situatie dringend wordt.

Indien de eerstelijnszorgverstrekkers en/of de familie en/of de gebruiker zelf op de hoogte zijn van het aanbod diensten van het gespecialiseerde netwerk en de diversiteit ervan en indien de procedures inzake de link tussen deze verschillende hulpverleners door iedereen goed gekend zijn, mag er worden vanuit gegaan dat er een vroegtijdige en dus aangepaste behandeling in partnerschap zal worden geïmplementeerd.

Dat zou interventies op het goede moment mogelijk moeten maken, interventies van gespecialiseerde teams, die misschien een « verslechtering » van de situatie voorkomen en ook misschien voorkomen dat de « crisis » een « spoedgeval » wordt.

De implementering van een dergelijke werking zal natuurlijk tijd vergen.

De netwerkcoördinator moet deze werkzaamheden vooraf uitvoeren en samen met zijn netwerkpartners van de 5 functies procedures moet uitwerken en de methodologieën moet ontwikkelen. De netwerkcoördinator zal ook deze procedures en methodologieën aan de andere partners, in casu de eerstelijns, moeten toelichten zodat deze coherent en transparant kunnen worden gebruikt.

Elke situatie zal dus bijgevolg individueel worden bekeken.

In de procedures en methodologieën die door de coördinator en de partners ontwikkeld zijn, moeten natuurlijk ook de evaluatie-instrumenten worden geïntegreerd die voor de verschillende situaties beschikbaar zijn.

Het begrip referentiepersoon (die in de vraag van LBC de coördinator van de patiënt wordt genoemd) is zeer belangrijk.

In het kader van de uitbouw van het model dat we vooropstellen, moet er steeds worden gewezen op de 2 onlosmakelijk verbonden niveaus van de netwerking (zie gids).

In de eerste plaats is het belangrijk om voorafgaandelijk de procedures en methodologieën uit te bouwen, met name de kleine gemene deler die het mogelijk zal maken om netwerking te formaliseren.

Deze fase, zoals we in de gids hebben beschreven, is belangrijk en wordt gerealiseerd door de netwerkcoördinator en de verantwoordelijken van de diensten.

Deze procedures en methodologieën worden goedgekeurd door de verantwoordelijken van de verschillende voorzieningen binnen het netwerk.

De procedures en methodologieën evolueren, ze worden verfijnd al naar gelang de evaluatie van de netwerkactiviteiten, de komst van nieuwe partners en de evolutie van bepaalde situaties.

Het gaat om permanente werkzaamheden die in vraag moeten worden gesteld en moeten worden geëvalueerd door de coördinator en de verantwoordelijken van de diensten.

Maar dit is onontbeerlijk opdat:

- de referentiepersonen, die hier in de vraag de coördinatoren van de patiënten worden genoemd, transparant gebruik zouden kunnen maken van deze procedures voor de patiënt/gebruiker.

- de referentiepersoon de persoon wordt die verantwoordelijk is voor de longitudinale opvolging van het algemene behandelingsprogramma.

De referentiepersoon zal het programma « coördineren » en bijgevolg het « overleg » met de patiënt/gebruiker en de middelen die betrokken zijn bij het programma van de patiënt/gebruiker organiseren.

Deze praktijk is volledig gebaseerd op een individualisering van de programma's en bijgevolg hangt het aantal keren dat er overleg wordt gepleegd af van het individuele programma van de patiënt/gebruiker.

Zoals in de vraag opgemerkt, worden dergelijke praktijken lokaal georganiseerd.

In dit verband is er meermaals op gewezen dat het er niet op aankomt om een model op te leggen, maar wel om een algemeen kader te beschrijven en de praktijken te gebruiken en zelfs te optimaliseren die reeds op het terrein door de actoren zelf soms sinds ettelijke jaren worden toegepast (bottom up).

Er dient er ook te worden op gewezen dat de federale staat en de deelgebieden zich ertoe verbonden hebben om in de hervorming de verschillende reeds in het verleden geïmplementeerde praktijken te integreren en er zich bijgevolg op die manier hebben toe verbonden om deze ervaringen als een meerwaarde te beschouwen.

Het is helemaal niet zeker dat de hervorming meer psychiaters behoeft. Ik wil er op wijzen dat België vandaag reeds een vrij hoog aantal psychiaters heeft in vergelijking met andere landen.

Deze interventies in de directe omgeving van de patiënt houden echter wel het risico in dat zorgverleners zich onderling beconcurreren of dat de keuze van de patiënt of de wijze waarop hij zijn zorg zelf wenst te beheren, enigszins belemmerd wordt.

Waarvoor hebben we in het nieuwe concept psychiaters nodig?

Enerzijds zijn er psychiaters nodig die zoals vandaag consultaties zullen organiseren.

Dit is vandaag ook reeds het geval. Anderzijds zijn er psychiaters nodig die de leiding en coördinatie van de zorg op zich nemen. Ook dat gebeurt reeds vandaag. Ten slotte zullen er psychiaters nodig zijn die met de mobiele teams meegaan ten huize van de patiënt. Dit is natuurlijk nieuw, ook al zullen de psychiaters niet steeds de mobiele teams vergezellen. In het merendeel van de gevallen zullen dit niet-psychiaters zijn. Het werken met mobiele teams zal dus niet noodzakelijk de behoefte aan psychiaters verhogen.

Wat verandert is vooral de context binnen dewelke de zorg wordt georganiseerd, met name de differentiëring van het type voorzieningen en de netwerkvorming. Het wetenschappelijk onderzoek zal als taak hebben om het concept gestalte te helpen geven, dit te bewaken en desnoods aanbevelingen te doen voor bijsturing. Het onderzoek moet ook nagaan wat de behoefte aan voorzieningen en mankracht is. Ook

op dit vlak zullen aanbevelingen moeten worden gedaan en zal het beleid moeten bijgestuurd worden indien de nieuwe aanpak er toe zou leiden dat meer psychiaters nodig zijn.

Onder toezicht van de coördinator, drager van het project, zal het netwerk een instrument opstellen voor risicotaxatie dat ongevallen probeert te voorkomen en indien zij zich toch zouden voordoen, bepaalt hoe men hiermee moet omgaan.

Duidelijke processen moeten zorgverleners die zich bij de patiënten thuis aanbieden voldoende zekerheid bieden. Dit aspect mag, gelet op de evolutie van de context waarin deze beroepsgroep zijn functie uitoefent, niet uit het oog verloren worden.

D 30 :

Heeft de patiënt het recht om de continue behandeling van langdurige zorg in de thuissituatie te weigeren en ervoor te kiezen om zich te laten hospitaliseren ?

De definitie van de continue behandeling van langdurige zorg opvragen ter verduidelijking

De patiënt zal altijd zijn keuzevrijheid behouden. Het is een recht van de patiënt.

De patiënt moet evenwel voldoende geïnformeerd worden om een juiste keuze te kunnen maken (informed consent).

De teams inzake langdurige behandeling zijn assertief in die zin dat ze niet wachten tot er een crisissituatie zich voordoet maar op geregelde tijdstippen polshoogte nemen of alles in orde is. Indien iemand niet naar een afspraak komt bij zijn huisarts of psychiater zal er contact worden opgenomen, hetgeen vandaag helemaal niet gebeurt.

D 30 – 31 :

OK voor geval per geval.

Mogelijkheid om uit te breiden tot een geheel van « T »-bedden ?

De grote moeilijkheid blijft het beheer thuis (alleenstaande, geïsoleerde patiënt ...) ?

OK

D 33 – 34 :

Wat met het weekend ?

Elk « netwerk » moet zijn dienstaanbod organiseren zodat er voor elke situatie 24u/24 en 7d/7 een adequaat antwoord geboden kan worden.

Dat wil zeggen dat 'het antwoord van het weekend' niet verzekerd zal worden door één enkel team, maar misschien door het bundelen van aanvullende middelen die bepaald zullen worden bij de uitbouw van het netwerk door de verschillende partners.

D 34

Welke financiële last zal de patiënt op zich moeten nemen ?

In het model is een patiënt die buiten het ziekenhuis wordt behandeld een « ambulante » patiënt en bijgevolg is de financiële last die van elke « ambulante » patiënt (remgeld, ...) ?

Klopt. De patiënt die verzorgd wordt door de mobiele teams wordt beschouwd als een ambulante patiënt, waarbij verondersteld wordt dat er beroep zal worden gedaan op een reeks van diensten of zorgverleners, behorend tot de bevoegdheid van Gemeenschappen en Gewesten. Zij zullen met bijzondere aandacht de impact van de hervorming op betrokken diensten en patiënten opvolgen.

D 36 - 39 :

Hoeveel uur intensieve interventie thuis bij de patiënt ?

Hoeveel uur bij de patiënt thuis ?

Hoeveel hulpverleners zullen ter plaatse worden ingezet en voor welke interventie ?

We baseren ons concept op een geïndividualiseerde benadering, wat wil zeggen dat de intensiteit van de interventie en van de expertise van de hulpverleners zullen afhangen van de situatie die zich voordoet.

We mogen hopen dat in het kader van de evolutie van de projecten de evaluatie van de situaties door de hulpverleners steeds relevanter zal worden. Zo zal sneller bepaald kunnen worden welke expertise er nodig is afhankelijk van de situaties en hoe lang de interventies duren.

Er moet eveneens opgemerkt worden dat de interventie van de mobiele teams in de crisissituaties beperkt moet worden in de tijd. Als er geen aangepaste oplossing wordt gevonden, zullen dan ook andere middelen ingezet moeten worden.

Risico op interventies met hulpverleners die elkaar niet kennen ?

De uitbouw van het model dat we voor ogen hebben is gebaseerd op een goede kennis van de hulpmiddelen en van de hulpverleners.

We kunnen het eens zijn dat de formalisering van de netwerking, met name door het gebruik van het overleg, de hulpverleners in staat stelt om elkaar te ontmoeten, elkaar te leren kennen en bijgevolg te vertrouwen.

Hoe meer die arbeidscultuur geïntegreerd zal zijn in de teams, hoe meer er rekening gehouden zal worden met deze wederzijdse kennis van de middelen maar ook met de beperkingen van elke partij.

Gevaar dat er patiënten uit ziekenhuizen doorgestuurd moeten worden naar piraatstructuren ?

De uitdaging is natuurlijk om dergelijke toestanden te vermijden.

Om tegemoet te komen aan de nieuwe situatie dienen structuren, zoals IBW of revalidatiecentra, een diversificatie van hun zorgaanbod in overweging te nemen. Het beleid inzake wonen, behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen en de Gewesten, die bijzonder aandacht dienen te besteden aan de integratie van dit publiek in de gemeenschap.

Heeft de patiënt een reële mogelijkheid om zijn hulpverlener te kiezen ?

Ja, werd reeds beantwoord.

De patiënt behoudt zijn keuzevrijheid en blijft toegang hebben tot het volledige aanbod van ondersteunende diensten, ongeacht of deze diensten deel uitmaken van een formeel netwerk of niet.

Zullen de ziekenhuisdiensten geconfronteerd worden met gedwongen opnamen?

Wat met de beveiligde omgeving?

Het ziekenhuisverblijf zal worden voorbehouden voor ernstige situaties die niet opgevangen kunnen worden door de mobiele teams. Het lijkt mij evident dat in zulke situaties een gedwongen opname noodzakelijk kan zijn. Dit is vandaag ook al in toenemende mate het geval.

Het werken van de teams in veilige omstandigheden is zeker een belangrijke doelstelling van de hervorming. Op dit ogenblik wordt er reeds intens met Binnenlandse Zaken samengewerkt om veiligheid te garanderen. Verschillende initiatieven werden reeds genomen: een handboek van BiZa met aanbevelingen inzake beveiliging, de publicatie van een tijdschrift dat actuele topics behandelt, organisatie van conferenties met lezingen door specialisten, enz...

De FOD Volksgezondheid (DG1) heeft op dit ogenblik een handboek in voorbereiding inzake het leren omgaan van personeel met agressie in de geestelijke gezondheidszorg. De bedoeling is om via het "train the trainer principe" vorming aan het personeel te organiseren.

Wat met de organisatie van de coördinatie tussen het dienstennetwerk ?

Wat met de interventie voor patiënten die hun behandeling niet volgen ?

In het geval van dringende psychiatrische hulpverlening :

Wat met de veiligheid van de hulpverleners ?

Wat met de algemene ziekenhuizen die dit type patiënt niet wensen ?

→ Voor de psychiatrische ziekenhuizen ?

Oprichting van een mobiel urgentieteam 24u/24 ?

Wie zal aanvaarden om deel uit te maken van een dergelijk mobiel team?

Reeds beantwoord.

*Bestaan er psychiatrische urgentiediensten in ziekenhuizen → overlapping?
Waarom een urgentieteam 24u/24 in de thuiszorg? De logica bij urgentie →
ziekenhuis
Mag het multidisciplinair urgentieteam de patiënt naar het ziekenhuis brengen
in plaats van een heel team te verplaatsen?*

Die vragen hebben we ook reeds beantwoord. Er moet benadrukt worden dat het niet de bedoeling is om parallelle netwerken te creëren, maar veeleer om alle bestaande middelen en hun ervaring te integreren in de uitbouw van het netwerk.

We hebben zelfs aangegeven dat het onontbeerlijk is om vooraf een inventaris op te maken van de reeds bestaande middelen op het grondgebied.

De geest zelf van de hervorming door het bundelen van de bevoegdheden van het federale niveau, de gewesten en gemeenschappen, moet absoluut overlapping vermijden. Er is sprake van samenvoeging, complementariteit, partnerschap, ...

Wat met de patiënten die ver de verschillende structuren verwijderd wonen?

Advies van de NRZV ?

Opgepast : de huidige erkenningsnormen voor « T »-bedden zijn onvoldoende

De hervorming zoals deze vandaag vorm krijgt, stoelt volledig op adviezen die de NRZV heeft gegeven en dit nu sinds meer dan 10 jaar.

D 38 :

Hoe zal de zorgcoördinator worden gekozen? Wie zal zijn werkgever zijn ? Wie zal zijn opdrachten bepalen, wat zullen zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn ? Hoe zal hij geëvalueerd worden ? Daarvan hangt de respectievelijke autonomie af van de verschillende structuren die deel uitmaken van het proces.

Deze vraag verwijst naar de « netwerkcoördinator ». Volledigheidshalve geven we hieronder nog eens de definities weer op basis van de gids van de netwerkcoördinator als voor de verantwoordelijke van de dienst en de referentiepersoon.

→ De netwerkcoördinator wordt gekozen door alle partners die het netwerk vormen.

De financiering ervan verloopt via B4 van de ziekenhuizen.

Er zal een specifiek contract worden opgesteld tussen het ziekenhuis en de netwerkcoördinator. Dat voltijds contract bevat duidelijke elementen die zowel het specifieke profiel bepalen als de opdrachten van de netwerkcoördinator.

In dat contract worden eveneens de verbanden gepreciseerd tussen de federale coördinator en de netwerkcoördinator. Hij verbindt zich ertoe zich in te schrijven voor het coachingprogramma, de opleidingen te volgen die georganiseerd worden door de FOD en samen te werken met het wetenschappelijk onderzoek.

Er worden audits georganiseerd om de werking van de projecten te beoordelen. De wetenschappelijke teams zullen instrumenten voor de evaluatie van de projecten definiëren.

→ De verantwoordelijke van de dienst wordt gekozen door zijn instelling of zijn structuur. Hij krijgt een duidelijk mandaat van zijn directie om zijn instelling te vertegenwoordigen in de uitbouw van het netwerk in samenspraak met de netwerkcoördinator.

→ De referentiepersoon: hierboven reeds omschreven.

Hoe zal de onenigheid tussen de verschillende hulpverleners van het systeem worden opgelost?

Zal de methodologische en de therapeutische autonomie worden gerespecteerd? Anders gezegd, zullen de CGGZ hun onafhankelijkheid bewaren ten opzichte van de ziekenhuizen als ze bij voorbeeld coördinatieprojecten met hen moeten ontwikkelen, maar hun interventievormen niet kunnen bewaren?

Het valt te verkiezen dat die vragen worden besproken binnen het netwerk zelf, in aanwezigheid van de netwerkcoördinator en de verantwoordelijke van de dienst.

Daarin schuilt het grote belang van de formalisering van het netwerk.

De procedures bestaan, ze werden neergeschreven, uitgewerkt door de werkgroep (coördinator en verantwoordelijke van de diensten). Ze werden gevalideerd door de directies van de instellingen.

Op elk ogenblik, op basis van een individuele toestand, kunnen de procedures ongeschikt en onvolledig zijn, en moeten ze dus herbekeken worden door de werkgroep (coördinator en verantwoordelijke van de diensten).

Daar ligt de grote waarde van de netwerking en van de formalisering ervan, het evolutief karakter, met voortdurend de mogelijkheid om de procedures te verfijnen in het licht van de realiteit en van de situaties die werden vastgesteld op het terrein. Opgelet: telkens een procedure wordt aangepast of gewijzigd, moeten de directies ze opnieuw valideren om de samenhang te garanderen.

We zullen uiteraard de projecten beoordelen zowel via het onderzoek als via de audits.

D 40 – 44 : Procedure

De bijkomende RIZIV-financiering op basis van multidisciplinaire rapporten in dienst « T » : uitbetaald aan wie, arts – ziekenhuis?

De bijkomende financiering zal betaald worden na afsluiten van een avenant op de basis-B4-overeenkomst, rekening houdend met de functies die men creëert en op basis van bewijs van de kosten. De betaling gebeurt via het ziekenhuis waarmee men een basisovereenkomst heeft. Er wordt ook nagegaan of men een netwerkcoördinator en een netwerkoevereenkomst heeft.

Schrappen van bedden:

Engeland : 60 bedden/60.000 inw.

België : project = 90 bedden/100.000 inw. (momenteel 150 bedden/100.000 inw.)

→ Wat met de externe structuren die ontoereikend zijn ?

De vraag dient omgekeerd gesteld te worden: hoeveel residentiële beddencapaciteit heeft men nog nodig binnen een regio van 100.000 inwoners.

Voorlopig kunnen we hiervoor enkel nog naar buitenlandse voorbeelden kijken: bijvoorbeeld in Frankrijk voorziet men 10 bedden voor 100.000 inwoners.

Er is nog geen duidelijk beeld van de capaciteit van de verschillende functies dat men op termijn voor het ganse land wil realiseren. Je kan wel stellen dat er een omgekeerde evenredigheid bestaat tussen de ambulante en de residentiële capaciteit. Hoe beter het ambulant aanbod is uitgebouwd, des te minder hospitalisaties er nodig zullen zijn en omgekeerd.

De wetenschappelijke studies die het project begeleiden zullen hierover uitsluitsel moeten geven.

Risico dat er meer wordt doorgestuurd naar de ROB/RVT waar de minimumleeftijd voor opname 65 jaar bedraagt.

Wat met de patiënten van minder dan 65 jaar die grote moeilijkheden hebben in het beheer van hun dagelijks leven?

Het verblijf in een ziekenhuis kan niet de vraag naar een residentieel verblijf opvangen indien een behandeling niet meer nodig is. We stellen vandaag vast dat dit wel het geval is voor zowel ouderen maar ook voor andere doelgroepen waaronder de personen met een handicap. De KCE-studie inzake het verblijf in T-bedden heeft dit ook aangetoond.

Het is dus geen risico dat dergelijke patiënten worden doorgestuurd naar meer aangepaste voorzieningen voor zover er een duidelijke liaisonfunctie wordt uitgebouwd naar die structuren én er een terugval mogelijk is naar een ziekenhuisopname indien dit noodzakelijk blijkt.

Niet altijd gemakkelijk om de psychiatrische patiënt te integreren in de maatschappij – niet altijd aanvaard.

Dat is helemaal juist.

Er valt heel wat werk te verrichten naar de maatschappij toe.

We mogen niet uit het oog verliezen dat we te maken hebben met een hervorming die evolutief is en die veel tijd in beslag zal nemen.

Het is een cultuurverandering zowel:

- voor de hulpverleners
- voor de gebruikers en de families;
- voor de gemeenschap
- voor de besluitvormers

Het is een beweging die al die actoren mee moet krijgen, wat wil zeggen dat er acties gevoerd zullen moeten worden door elk van hen om te informeren, gerust te stellen, en procedures voor niet-discriminatie in te voeren ...

Het belang van de media... !

Het belang van politieke ondersteuning ... !

Het belang om de lokale overheden, de gemeenten erbij te betrekken ... !

Peterschap: de normen werden verlaagd (0.75 → 0.5 VTE) terwijl er mensen werden aangeworven: → risico op ontslagen.

« T1 – T2 »-bedden: geen evolutie in de financiering van IBF in B1

→ Moeilijkheid om te onderhandelen over nieuwe jobs.

Er zal van zodra er een nieuwe regering is meer flexibiliteit in de toepassing van de normen mogelijk worden gemaakt teneinde de herallocatie te kunnen realiseren. De normen zullen wel steeds voor de totaliteit van de instelling moeten gerespecteerd worden. Het artikel 107-project zal niet tot een vermindering van tewerkstelling leiden. Integendeel, door de aanvullende middelen zullen bijkomende aanwervingen kunnen worden gerealiseerd. Wel is het mogelijk dat er behoefte ontstaat aan andere kwalificaties. Deze moeten tot stand kunnen komen via interne verschuivingen zonder dat dit tot ontslagen moet leiden. Er zal uiteraard toezicht worden gehouden op het aantal en de kwalificaties van het personeel in de nieuw op te richten functies.

Conclusie :

De enige manier om misbruik van een dergelijke hervorming te vermijden, en tegemoet te komen aan de gewettigde eis van de wetgever om de ambulante zorgmogelijkheden te vergroten, is ervoor te zorgen dat :

- 1) de patiënten kunnen blijven kiezen welke behandeling ze willen; daartoe moeten hospitalisaties mogelijk blijven wanneer de patiënt dat vraagt.*
- 2) de zorgverleners hun methodologische en therapeutische vrijheid bewaren, en dat de nieuwe structuur garandeert dat er geen sprake van is om de GGZ onder toezicht van de ziekenhuizen te plaatsen.*
- 3) er garanties zijn omtrent de arbeidsvoorwaarden van de werknemers.*

Algemene opmerkingen

Ethische aspecten en zorgbemiddeling tussen patiënt en zorgverlener werden tot op dit moment nog niet besproken. Als men echter werkt binnen het kader van een netwerk, met zorgmodellen en structuren die momenteel onderhevig zijn aan verregaande hervormingen, is het noodzakelijk om elk initiatief in deze richting te ondersteunen. Zo niet is het risico te groot dat de beroepsgroepen zich verschuilen achter beroepsgeheim of hun specifieke ethiek waardoor de patiënten geen gepast antwoord krijgen op hun vragen en behoeften.