

1 Deeltijdse psychiatrische zorg:
2 op zoek naar meer zorg op maat en
3 continuïteit van zorg
4 in de zorg voor volwassenen met een
5 psychische kwetsbaarheid

6
7 Advies uitgebracht door de werkgroep “deeltijdse psychiatrische zorg” van het overlegorgaan 107 op
8 7 november 2019

9 Advies bekrachtigd door het Overlegorgaan 107 op 6 februari 2020.

10

11 Inhoud

12	Samenstelling van de werkgroep deeltijdse psychiatrische zorg.....	4
13	1 Definitie van Deeltijdse Psychiatrische Zorg	5
14	2 Inventarisatie van bestaande vormen van deeltijdse psychiatrische zorg	6
15	3 Sterke punten van de bestaande vormen van deeltijdse psychiatrische zorg.....	8
16	3.1 Zorg op maat	8
17	3.1.1 Aangepast aan de persoonlijke context van de cliënt.....	8
18	3.1.2 Divers aanbod.....	8
19	3.2 Continuïteit van zorg	8
20	3.3 Toegankelijke zorg.....	8
21	3.3.1 Psychologische toegankelijkheid.....	9
22	3.3.2 Financiële toegankelijkheid.....	9
23	3.3.3 Fysische toegankelijkheid.....	9
24	3.4 Zo inclusief als mogelijk.....	9
25	4 Knelpunten in de bestaande deeltijdse psychiatrische zorg.....	11
26	4.1 Knelpunten mbt zorg op maat	11
27	4.1.1 De cliënt moet minstens X uren aanwezig zijn in de zorgvoorziening	11
28	4.1.2 Er zijn te weinig psychiaters in de deeltijdse zorgvormen	12
29	4.1.3 De cliënt vindt geen passend aanbod dat aansluit bij zijn interesse.....	12
30	4.1.4 De cliënt heeft geen toegang tot passende zorg.....	12
31	4.1.5 De cliënt vindt geen opvang zonder therapeutische intentie.....	13
32	4.1.6 Wisselende aanwezigheden van cliënten	13
33	4.1.7 Het cliëntsysteem is veelal enkel de cliënt en niet de context	14
34	4.2 Knelpunten mbt continuïteit van zorg	14
35	4.2.1 De cliënt geraakt niet (tijdig) in deeltijdse zorg	14
36	4.2.2 Sommige cumulregeltjes beperken de continuïteit van zorg	14
37	4.2.3 Gebrekkige doorstroom van cliënten.....	15
38	4.2.4 Gebrek aan ondersteuning van mantelzorgers.....	15
39	4.2.5 Gebrekkige afstemming binnen de netwerken.....	15
40	4.2.6 Gebrek aan regelgevend en financieringskader.....	16
41	4.2.7 Gebrekkige continuïteit voor verdeelde bevoegdheden	16
42	4.2.8 Sommige revalidatiecentra zijn te klein om een professionele opdracht uit te voeren.	
43	16	
44	4.3 Knelpunten mbt toegankelijkheid.....	17
45	4.3.1 De cliënt kan enkel tijdens de kantooruren terecht en bovendien enkel op weekdays	
46	17	

47	4.3.2	De cliënt moet naar een ziekenhuiscampus die niet steeds in zijn buurt ligt.....	17
48	4.3.3	De cliënt moet een ander bedrag betalen afhankelijk van de zorgvorm en de periode	
49		van behandeling	17
50	4.4	Knelpunten mbt zo inclusief als mogelijk.....	18
51	4.4.1	De cliënt in het dagziekenhuis blijft gehospitaliseerd.....	18
52	4.4.2	De cliënt vindt weinig ondersteuning voor de levensdomeinen wonen en werk.....	18
53	5	Mogelijke oplossingen: Voorstellen mbt creatie of aanpassing van deeltijdse psychiatrische	
54		zorgvormen	19
55	5.1	Voorstellen over de 5 functies heen	19
56	5.1.1	Aanpassen van het regelgevend kader: verruiming van de opdrachten van elke GGZ-	
57		actor 19	
58	5.1.2.	Gelijk remgeld voor de cliënt onafhankelijk van de aard van de deeltijdse psychiatrische	
59		zorg.....	23
60	5.1.3.	Afstemming en programmatie van zorg op niveau van een werkingsgebied van een	
61		netwerk 23	
62	5.1.4.	Nood aan specifieke expertise in deeltijdse psychiatrische zorg.....	23
63	5.2.	Specifieke voorstellen per functie.....	24
64	5.1.1.	Voorstellen mbt functie 3.....	24
65	5.1.2.	Voorstellen mbt functie 4.....	29
66	5.1.3.	Voorstellen mbt functie 5.....	33
67	6.	Bijlagen:.....	35
68	6.1.	Deeltijdse psychiatrische zorg in een ziekenhuis	36
69	6.1.1.	Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: Dagziekenhuis als volwaardig alternatief op	
70		residentiële opname	36
71	6.1.2.	Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: dagziekenhuis als zorg na een residentiële	
72		opname 38	
73	6.1.3.	Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: Dagziekenhuis als dagbehandeling	40
74	6.1.4.	Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: Nachtziekenhuis.....	42
75	6.1.5.	Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: nabehandeling	44
76	6.2.	Revalidatie	46
77	6.2.1.	Bijlage Deeltijdse zorg in de vorm van revalidatie: Psychosociale revalidatie.....	46
78	6.2.2.	Bijlage G: Deeltijdse zorg in de vorm van revalidatie: verslaving.....	48
79	6.3.	Andere vormen van deeltijdse psychiatrische zorg	49
80	6.3.1.	Bijlage I: Deeltijdse zorg dagactiviteitencentra / ontmoetingscentra / aanloophuizen	49
81	6.3.2.	Bijlage Deeltijdse zorg Arbeids(zorg)centrum	51
82	6.3.3.	Bijlage Deeltijdse zorg Respijtzorg.....	53
83			

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94 [Samenstelling van de werkgroep deeltijdse psychiatrische zorg](#)

95 Miranda ANTHONIS, Marc DE VOS, Tina CUYPERS, Christian DEJAER, Jan DELVAUX,

96 Marc DEMESMAECKER, Phillippe DESAGHER, Menno FRANSEN, Wim HAECK, Joris HOUSEN,

97 Pascale JACQUET, Marie LAMBERT, Greet LAUREYS, Wim LECOT, Filip MORISSE, Joost VANHAECKE,

98 Veronique VERCRUYSSSEN, Françoise VERHELST, Yves WUYTS.

99 1 Definitie van Deeltijdse Psychiatrische Zorg

100

101 Onder “deeltijdse psychiatrische zorg” verstaan we **“zorgvormen waarbij zorg wordt aangeboden in**
102 **de vorm van multipale contacten van twee of meer aaneensluitende uren per week tussen de**
103 **cliënt¹ (en zijn context) en de medewerkers van de zorgvoorziening die als onderdeel van een**
104 **multidisciplinaire equipe in de vorm van een shared caseload de zorg opnemen”**.

105 In het kader van dit advies geven we een brede invulling aan het begrip “zorg”: het gaat om diverse
106 vormen van zorg- en dienstverlening: vraagverheldering, diagnostiek, behandeling, begeleiding,
107 ondersteuning, coaching, lichamelijke verzorging, ... van de cliënt en zijn context.

108 In dit advies kiezen we om de meer neutrale term “cliënt” te gebruiken om de persoon aan te duiden
109 die als patiënt, bewoner, bezoeker, revalidant, gebruiker, medewerker, deelnemer, ... gebruikt maakt
110 van de zorg- en dienstverlening in een zorgvoorziening.

111 Onder “context van de cliënt” verstaan we alle belangrijke derden voor de cliënt. Dit omvat in de
112 eerste plaats zijn naastbetrokkenen zoals partner, ouders, kinderen, broers en zussen en andere
113 familie maar evenzeer de buurman, vriend, collega, werkgever. Desgevallend omvat de context van
114 de cliënt ook zorg- en dienstverleners die deel van zorg voor de cliënt plannen en/of uitvoeren.

115 Met “multipale contacten per week” bedoelen we dat deeltijdse psychiatrische zorg gaat over
116 diverse vrij periodieke contacten tussen de cliënt en de medewerkers van de zorgvoorziening,
117 waarbij de cliënt contact heeft met diverse medewerkers van de zorgvoorziening.

118 Omgekeerd geformuleerd: zorgvormen waarbij er om de 14 dagen 1 sessie van een uur tussen de
119 cliënt en de zorgvoorziening plaats vinden, beschouwen we niet als deeltijdse psychiatrische zorg.

120 Onder “multidisciplinair” verstaan we dat aan de cliënt zorg wordt verleend door medewerkers
121 vanuit minstens 3 verschillende disciplines. Bijvoorbeeld medisch, psychologisch, maatschappelijk,
122 ergotherapeutisch, pedagogisch, agogisch, ...

123 Onder “shared caseload” verstaan we dat een groep van hulpverleners gemeenschappelijk instaat
124 voor de zorg aan een groep van zorgvragers. Dit betekent echter niet dat alle activiteiten in groep
125 doorgaan: afwisseling tussen individuele en groepsactiviteiten is mogelijk !

126 Om deze zorgvorm duidelijk af te bakenen van de mobiele equipes (functie 2) vernauwen we de
127 deeltijdse psychiatrische zorg tot de “haalzorg”, waarbij de zorgvrager zich hoofdzakelijk naar de
128 hulpverlener begeeft. Dit belet echter niet dat in het kader van deeltijdse psychiatrische zorg een
129 sporadisch huisbezoek aan de orde kan zijn.

130

131 2 Inventarisatie van bestaande vormen van deeltijdse 132 psychiatrische zorg

133

134 Wanneer we het huidige zorglandschap in de geestelijke gezondheidszorg overschouwen, ontdekken
135 we een breed scala aan zorgvormen die aan de gehanteerde definitie van deeltijds psychiatrische
136 zorg voldoen.

137 In de sector van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen, rekenen we het dagziekenhuis,
138 nachthospitalisatie en nabehandeling tot de deeltijdse psychiatrische zorg. Deze vormen ressorteren
139 hoofdzakelijk onder de federale bevoegdheden.

140 Onder de bevoegdheid van de gemeenschappen of gewesten rekenen we enerzijds vele vormen van
141 revalidatieconventies als anderzijds vormen van activering, dagopvang, ontmoetingscentra,
142 aanloophuizen tot deeltijdse psychiatrisch zorg.

143 Deze diverse vormen van deeltijdse psychiatrische zorg:

144 - Richten zich naar diverse doelgroepen: van laagdrempelige, breed toegankelijke zorgvormen
145 tot gespecialiseerde derdelijnsaanbod met een scherp afgebakend doelpubliek

146 - Zijn gelokaliseerd op diverse plekken: van een huis in de straat, over een centrum in de stad
147 tot een ziekenhuiscampus

148 - Bieden 1 of meer types zorg aan: diagnostiek, behandeling, begeleiding, ondersteuning,
149 opvang, hervalpreventie, harm reduction

150 - Beogen diverse doelstellingen bij de cliënt te bereiken: functioneel herstel, dagstructuur,
151 stabilisatie, sociale integratie versterken, ..

152 - Op kortere of langere termijn: van enkele dagen (vb intensieve diagnostiek) tot enkele jaren
153 (vb ontmoeting)

154 - Hebben een andere frequentie van contacten met de cliënt: van enkele uren per week tot 5
155 volle dagen op weekbasis

156 - Zijn op diverse momenten toegankelijk voor de cliënt: tijdens de klassieke kantooruren (op
157 weekbasis van 8 tot 17), tot avond- of nachturen en/of tijdens weekends en feestdagen

158 - Zijn gelieerd aan 1 of meer functies, zoals omschreven in de Gids 107: functie 1, functie 3,
159 functie 4 en/of functie 5.

160 - Hebben een diverse financieringsbron: van giften, lokale besturen, gewest of gemeenschap
161 tot federale financieringsbron

162 - Hebben een andere maatschappelijke kost: van enkele euro's per cliënt per dag tot enkele
163 honderden euro's per cliënt per dag

164 - Betekenen een kleine of grotere kost voor de cliënt: van gratis tot enkele tientallen euro's
165 per dag

166 - Worden geconfronteerd met andere problemen om zorg op maat en continuïteit van zorg
167 aan de cliënt en zijn context te kunnen bieden: beperkende regelgeving, ondercapaciteit,
168 onderfinanciering, personeel, beeldvorming en stigma, gebouwen, ...

169 Op de volgende pagina vindt men een schematisch overzicht van de diverse vormen van deeltijdse
170 psychiatrische zorg die op heden structureel als zorgvorm in de GGZ bestaan.

171 In de bijlagen vindt men per zorgvorm een meer gedetailleerde beschrijving.

- 172 Excelbestand: schematisch overzicht bestaande vormen van deeltijdse psychiatrische zorg

173 3 Sterke punten van de bestaande vormen van deeltijdse 174 psychiatrische zorg

175

176 3.1 Zorg op maat

177

178 3.1.1 Aangepast aan de persoonlijke context van de cliënt

179

180 Alle vormen van deeltijdse psychiatrische zorg worden georganiseerd vanuit de vragen/noden van
181 cliënt. Doordat de cliënt nog elke dag met zijn voeten in zijn dagelijks leven staat, brengt de cliënt zijn
182 noden en vragen dagelijks mee en kan hij samen met de zorgverleners er onmiddellijk mee aan de
183 slag. Tegelijk kunnen de zorgverleners de geboden zorg beter afstemmen om de thuiscontext van de
184 cliënt, waardoor het effect van de behandeling en zorg vergroot.

185

186 3.1.2 Divers aanbod

187

188 Deeltijdse psychiatrische zorg omvat een ruim aanbod aan zorgvormen. Zie vorig hoofdstuk.
189 Deze diversiteit wordt gezien als een sterkte: deze diversiteit laat in principe toe dat de cliënt de zorg
190 ontvangt die hij echt nodig heeft. Ook in de intensiteit die hij op dat moment nodig heeft.
191 Deeltijdse psychiatrische zorg biedt vanuit een doorgedreven expertise specialistische zorg voor
192 diverse pathologieën, doelgroepen en zorgnoden. Deze zorg is multidisciplinair met inbreng van
193 psychiaters, psychologen, (psychiatrisch) verpleegkundigen, maatschappelijk werkers,
194 ergotherapeuten, kinesitherapeuten, ervaringsdeskundigen, ... die inspelen op de zorgnoden van de
195 cliënt en zijn omgeving. Deze expertise is toegankelijk en breed inzetbaar op meerdere
196 levensdomeinen.

197

198 3.2 Continuïteit van zorg

199

200 Het aanbod van deeltijdse psychiatrische zorg kan vlot worden aangepast aan of ingepast in de reeds
201 geïnstalleerde zorg, bv. een behandeling of opvolging door een huisarts. De zorg kan ook gemakkelijk
202 complementair worden georganiseerd aan de persoonlijke, interpersoonlijke en maatschappelijke
203 rollen die de cliënt blijft opnemen, bv. in combinatie met tewerkstelling, gezinsleven of juridische
204 maatregelen. De gezonde rollen van de cliënt blijven gevaloriseerd.

205 Binnen de context van een ziekenhuis, kan een cliënt theoretisch vlot overgaan van een residentiële
206 opname naar het dagziekenhuis. De continuïteit van zorg is nog groter wanneer de cliënt als
207 “dagpatiënt” zijn behandeling op de residentiële afdeling voorzet.

208

209 3.3 Toegankelijke zorg

210

211 In aanvulling op andere vormen van zorg biedt deeltijdse psychiatrische zorg een aanbod dat
212 toegankelijk is voor een ruimer doelpubliek en in ieder stadium van het herstelproces. Dit mede
213 dankzij de vele vormen van deeltijdse psychiatrische zorg.

214 We onderkennen diverse vormen van toegankelijkheid:

215

216 3.3.1 Psychologische toegankelijkheid

217

218 De dagdagelijkse realiteit van de cliënt loopt verder terwijl hij enkele momenten in de week zorg
219 ontvangt. Dit maakt het voor een cliënt gemakkelijker om een zorg aan te vatten en voort te zetten
220 want hij moet andere sociale activiteiten, waaronder eventueel werk, slechts beperkt onderbreken.
221 Hierdoor is deze zorgvorm in een vroeg stadium van het ziekteproces in te zetten, eventueel in de
222 vorm van intensieve multidisciplinaire diagnostiek (verkorten van de treatment gap) en maar
223 evenzeer in de vorm van hervalpreventie of harm reduction.

224

225 3.3.2 Financiële toegankelijkheid

226

227 De cliënt kan aan vele vormen van deeltijdse psychiatrische zorg gratis deelnemen (vb
228 ontmoetingshuizen of dagcentra) of tegen een lage kostprijs of remgeld (vb revalidatie of
229 dagziekenhuis).

230 Deeltijdse psychiatrische zorg in een ziekenhuis is goedkoper voor de cliënt en voor de maatschappij
231 dan voltijdse psychiatrische zorg. Anderzijds zijn er bijkomende niet-medische kosten ten laste van
232 de cliënt voor deeltijdse psychiatrische zorg buiten het ziekenhuis, bijvoorbeeld medicatie.

233

234 3.3.3 Fysische toegankelijkheid

235

236 Voor de meeste cliënten is de kans om deeltijdse psychiatrische zorg in hun buurt aan te treffen
237 groter dan een voltijdse zorgvorm, zij het dat de spreiding van het aanbod beter kan.
238 Bovendien zijn de heel wat vormen van deeltijdse psychiatrische zorg gelegen in de stad, wat de
239 bereikbaarheid ten goede komt.

240

241 3.4 Zo inclusief als mogelijk

242

243 De dagdagelijkse realiteit van de cliënt loopt verder terwijl hij enkele momenten in de week zorg
244 ontvangt. Dit maakt het voor een cliënt gemakkelijker om zijn activiteiten als partner, ouder, kind,
245 werknemer, vriend, ...verder te zetten terwijl hij tegelijk in zorg is.

246 Een belangrijke meerwaarde van deeltijdse psychiatrische zorg is dat deze vorm van zorg nauw
247 aansluit bij de vertrouwde levenssfeer van de cliënt.

- 248 - Het dagdagelijkse leven van de cliënt wordt voortdurend in de opbouw en uitvoering van de
249 behandeling meegenomen.
- 250 - De effecten van de behandeling zijn onmiddellijk zichtbaar in het dagdagelijks leven van de
251 cliënt.
- 252 - De binding met het vertrouwde thuismilieu biedt bijkomende opportuniteiten om deze
253 maatschappelijke rollen te versterken.
- 254 - Door de directe betrokkenheid van het gezin en familie en andere belangrijke steunfiguren
255 uit het sociaal netwerk van de cliënt, wordt een duurzamer effect bereikt van de
256 behandeling.

257 Dit alles draagt bij tot een meer blijvend effect van de behandeling en ondersteuning.

258

259 In het kader van de vermaatschappelijking van zorg wordt er terecht veel aandacht besteed aan het
260 individueel netwerk rond cliënten. Deze individuele netwerken omvatten zowel professionele
261 hulpverlening op de eerste en tweede lijn als mantelzorg.
262 Actoren uit de eerste lijn of tweede lijn doen tijdelijk een beroep op vormen van deeltijdse
263 psychiatrische zorg, waardoor deze eerstelijnsactoren gesterkt en ondersteund worden in hun rol.
264 Aldus behouden deze eerste- of tweedelijnsactoren hun centrale rol in de zorg voor de cliënt.
265 Deeltijdse psychiatrische zorg is bijzonder goed geplaatst om het sociaal netwerk rond de cliënt mee
266 vorm te geven, te ondersteunen en zo de continuïteit van de zorg te behouden. Netwerkoverleg met
267 steunfiguren en voor de cliënt belangrijke derden is hierbij een veel gebruikt instrument. Tevens
268 wordt de opportuniteit gecreëerd om ook aandacht te besteden aan de eigen noden van de context
269 van de cliënt en deze tevens als partner te betrekken in het herstelproces van de cliënt en dit in het
270 leefmilieu van de cliënt.
271
272 Daarnaast geeft deeltijdse psychiatrische zorg de cliënt en zorgverleners de psychologische veiligheid
273 om een residentiële behandeling sneller te durven afbouwen door de geleidelijke overgang met
274 behoud van minder frequente ondersteunings- of contactmomenten, die zelf zeer informeel kunnen
275 zijn, vb in een ontmoetingshuis.

276 4 Knelpunten in de bestaande deeltijdse psychiatrische zorg

277

278 De bestaande vormen van deeltijdse psychiatrische zorg hebben de ambitie om zorg te leveren die
279 nauwer aansluit bij de leefomgeving van de cliënt en een noodzakelijke aanvulling op het andere
280 GGZ-aanbod om zo bij te dragen tot een meer zorg op maat en een grotere continuïteit van zorg en
281 tegelijk zo inclusief als mogelijk probeert te zijn.

282 Doch ook de bestaande vormen van deeltijdse psychiatrische zorg kampen met een aantal
283 knelpunten die hen verhinderen om echt zorg op maat te leveren en/of continuïteit van zorg te
284 garanderen of zo inclusief als mogelijk te zijn.

285

286 4.1 Knelpunten mbt zorg op maat

287

288 4.1.1 De cliënt moet minstens X uren aanwezig zijn in de zorgvoorziening

289

290 Voor deeltijdse psychiatrische zorg **in een ziekenhuis** (met uitzondering van nabehandeling) bepalen
291 de financieringsregels dat een cliënt een minimum aantal uren aanwezig moet zijn in het ziekenhuis:
292 minimaal 7 uur aanwezigheid in geval van dagziekenhuis en minimale aanwezigheid van 19u 's
293 avonds tot 6u de volgende ochtend in geval van hospitalisatie 's nachts. Om financiële of
294 organisatorische redenen vragen sommige ziekenhuizen daarenboven dat cliënten minimaal 3 of 4
295 dagen per week aanwezig zijn in het ziekenhuis.

296 Een aantal cliënten heeft geen nood aan 7 uur zorg per dag of 4 dagen per week: enkele uren per dag
297 of enkele dagen per week zou volstaan.

298

299 Voor een aantal cliënten impliceert deze opgelegde minimale aanwezigheid dat zij ofwel inboeten op
300 de uitoefening van hun sociale rollen (vb als ouder kinderen niet meer kunnen afhalen van school)
301 ofwel afzien van deeltijdse psychiatrische zorg omdat zij deze vervulling van deze sociale rollen
302 belangrijker achten.

303

304 Voor nabehandeling geldt een maximale aanwezigheid van 15 uur per week gedurende maximaal 12
305 maanden (en voor sommige diagnoses max 18 maanden). Deze maxima kunnen ook een rem zijn op
306 zorg op maat: indien er langer zorg nodig is, is een tijdelijke korte heropname van 7 dagen vereist om
307 opnieuw het recht op nabehandeling te openen, terwijl de cliënt geen heropname nodig heeft.
308 Bovendien laat de huidige financiering van nabehandeling niet toe om cliënten individuele therapie
309 aan te bieden.

310

311 In vormen van **revalidatie** is de vereiste minimale aanwezigheid minder problematisch: in de
312 revalidatie-overeenkomsten wordt veelal de mogelijkheid gelaten om zorg aan te bieden in halve
313 dagen en dagen. Sommige revalidatieconventies kunnen zelfs werken in uren, wat een flexibele inzet
314 van zorg mogelijk maakt.

315 In **ontmoetingscentra, laagdrempelige aanloophuizen of dagcentra** gelden meestal geen eisen
316 inzake een minimale aanwezigheid.

317

318

319 4.1.2 Er zijn te weinig psychiateren in de deeltijdse zorgvormen

320

321 Deeltijdse psychiatrische zorgvormen **in een ziekenhuis** (dagziekenhuis, nachtziekenhuis,
322 nabehandeling) en **alle vormen van revalidatie** kampen met een beperkte gefinancierde inzet van
323 psychiaters. In dag- en ontmoetingscentra ontbreekt de medisch-psychiatrische ondersteuning, ook
324 niet in de vorm van adviserend of beleidsarts.

325

326 Het **dag- en het nachtziekenhuis** kampen bovendien met een doorlopende degressiviteit van de
327 toezichtshonoraria voor de psychiater (hoe langer de opnameduur van de cliënt, hoe lager het
328 toezichtshonorarium) ook tijdens afwezigheidsdagen: afwezigheidsdagen tellen mee als
329 “opnameduur”. Deze degressiviteit maakt het voor GGZ-voorzieningen moeilijk om de nodige
330 psychiatertijd aan te trekken.

331

332 4.1.3 De cliënt vindt geen passend aanbod dat aansluit bij zijn interesse

333

334 Sommige vormen van **dagziekenhuis** zijn duidelijk zeer specialistisch van aard en richten zich
335 daardoor naar zeer specifieke doelgroepen van cliënten. Cliënten die niet behoren tot deze
336 specifieke doelgroep, komen niet in aanmerking voor zorg.

337 **Dagactiviteiten en/of ontmoetingscentra** staan theoretisch open voor alle mensen, al voelen
338 sommige cliënten er zich minder thuis door de aard van de activiteiten, vb veelal gericht op
339 handenarbeid. Hierdoor blijven cliënten die vooral een intellectuele uitdaging zoeken, in de kou
340 staan.

341

342 4.1.4 De cliënt heeft geen toegang tot passende zorg

343

344 Een aantal cliënten blijft langer in een bepaalde zorgvorm dan nodig bij gebrek aan een aangepaste
345 alternatieve zorgvorm. Bijvoorbeeld een verlengd verblijf in een dagziekenhuis bij gebrek aan
346 toegang tot activiteitencentrum of residentiële behandeling in sommige werkingsgebieden of een
347 verlengde residentiële behandeling bij gebrek aan huisvesting.

348 De netwerken 107 kunnen in zekere mate inspanningen leveren om een omvattend zorgaanbod in
349 hun regio te realiseren maar zijn daarvoor sterk afhankelijk van het bestaande zorgaanbod in de
350 regio: weinig zorgaanbod in de regio staat dan ook gelijk met kleinere kans om een omvattend
351 zorgaanbod in het werkingsgebied van het netwerk te realiseren.

352 Sommige zorgvormen zijn zo specialistisch en hanteren bij gevolg zeer selecte inclusiecriteria
353 waardoor ze niet open staan voor alle cliënten en bijgevolg andere cliënten in de kou blijven staan.
354 Bijvoorbeeld cliënten die in een ander werkingsgebied wonen.

355 In **revalidatieconventies** wordt de doelgroep zeer strikt afgebakend waardoor een aantal potentiële
356 cliënten uit de boot vallen, bijvoorbeeld omdat ze een bijkomende nevendiagnose hebben die wordt
357 uitgesloten terwijl de cliënt op basis van zijn hoofddiagnose wel baat zou hebben bij het zorgaanbod
358 vanuit het revalidatiecentrum. Revalidatieconventies verslaving mogen zich enkel richten naar
359 personen met een diagnose “verslaving” en mogen dus geen zorg verlenen aan personen met een
360 problematische gebruik.

361

362 Anderzijds hanteren sommige zorgvoorzieningen exclusiecriteria, bijvoorbeeld voor personen die
363 illegale drugs gebruiken of voor personen met complexe en multiple zorgnoden of voor personen die
364 zelf geen zorgvraag stellen of personen met een verstandelijke beperking of personen die zich in een
365 andere taal uitdrukken.

366 4.1.5 De cliënt vindt geen opvang zonder therapeutische intentie

367

368 De meeste cliënten met een psychische kwetsbaarheid functioneren in de dagdagelijkse
369 maatschappij en weten zich staande houden. Sommige van hen hebben tijdelijk een opvang nodig
370 om terug even op adem te komen. Deze plek² betekent echter niet dat zij op dat moment
371 bijkomende therapeutische zorg nodig hebben.

372 Deze tijdelijke plekken zonder therapeutische intentie in de GGZ worden vandaag door de overheden
373 noch erkend noch gefinancierd. Dit in tegenstelling tot soortgelijke erkende maar beperkt
374 gefinancierde vormen van herstelverblijven of respijthuizen voor andere, niet GGZ-pathologieën (vb
375 kanker, dementie) Sommige cliënten met een psychische kwetsbaarheid doen dan noodgedwongen
376 beroep op een zorgaanbod met therapeutische zorg terwijl zij niet echt nood aan hebben de
377 therapeutische zorg.

378 4.1.6 Wisselende aanwezigheden van cliënten

379

380 Indien aan cliënten echt zorg op maat wordt aangeboden, wordt het voor de GGZ-voorziening
381 organisatorisch een hele klus om de werklust voor de medewerkers enigszins te spreiden over de
382 week. Immers, echte zorg op maat betekent onregelmatige aanwezigheid van cliënten in de
383 zorgvoorziening. Dit vereist planningsvaardigheden om de verwachtingen van de cliënten te matchen
384 met de aanwezigheid van het beschikbare personeel en een flexibele uurroostering.
385 Doordat een zorgvoorziening een minimum aan bezetting moet halen om financiële redenen (oa
386 **ziekenhuis en revalidatie**), staan de medewerkers onder impliciete druk om beduidend meer
387 cliënten in zorg nemen dan de voorziene capaciteit. En hoe meer flexibeler de aanwezigheid van
388 cliënten, hoe meer cliënten in de caseload noodzakelijk zijn om de vereiste bezettingscijfers te halen.
389 Bijgevolg beperken sommige ziekenhuizen de flexibiliteit in aanwezigheid door een minimale
390 aanwezigheid van 3 of 4 dagen per week op te leggen aan hun cliënten. Wat dan weer afbreuk doet
391 aan het principe van zorg op maat.

392

393 Bovendien heeft de afwezigheid van cliënten dikwijls een extreem negatief effect op alle zorgvormen
394 die per prestatie worden gefinancierd. Zo heeft deze afwezigheid niet enkel negatief effect op het
395 individueel behandeltraject van de betrokken cliënt maar ook op de organisatie en de continuïteit
396 van groepen (therapeutische groepen, gespreksgroepen, ...). De cliënten zijn natuurlijk niet
397 « verantwoordelijk » in de zin dat hu afwezigheden verklaard kunnen worden door hun
398 gezondheidstoestand (bijvoorbeeld op dagen waarop symptomen prominent aanwezig zijn, vb
399 angsten,)

400

² Safe place

401 4.1.7 Het cliëntensysteem is veelal enkel de cliënt en niet de context

402

403 De huidige regelgeving inzake financiering is veelal, zo niet altijd, geschreven i.f.v. de aanwezigheid
404 van de individuele cliënt in de zorgvoorziening. Er zijn geen of amper formuleringen te vinden die
405 aandacht hebben voor de context van de cliënt. Zo kan in revalidatiecentra enkel worden
406 gefactureerd als de revalidant in het centrum is of als een begeleider met een revalidant buiten het
407 centrum gaat. Contacten van de begeleider met de context van de cliënt (vb. met familie of
408 werkgever) in afwezigheid van de cliënt worden niet of slechts beperkt vergoed. Ook is er in de
409 diverse zorgvormen weinig tot geen aandacht voor de eigen noden van de context van de cliënt.

410

411 4.2 Knelpunten mbt continuïteit van zorg

412

413 4.2.1 De cliënt geraakt niet (tijdig) in deeltijdse zorg

414

415 De meeste vormen van deeltijdse psychiatrische zorgvormen kampen met wachtlijsten. Zo bedraagt
416 de wachtlijst voor een **dagziekenhuis** al gauw XX weken en voor gespecialiseerde vormen van
417 deeltijdse psychiatrische behandeling XX weken.

418 Voor **revalidatie** is een wachttijd van XX weken niet ongewoon.

419 Door de grote verscheidenheid **aan dag- en ontmoetingscentra** en de grote ongelijke spreiding, is er
420 ook een grote variabiliteit in de wachttijden. Het gebrek aan beschikbare plaatsen in dag- of
421 ontmoetingscentra maakt op zijn beurt dat cliënten langer dan nodig zorg in een dagziekenhuis
422 ontvangen. Gebrek aan capaciteit in een dagziekenhuis betekent op zijn beurt dat een deel van de
423 gehospitaliseerde populatie langer in volledige hospitalisatie verblijven.

424

425 Vormen van deeltijdse psychiatrische zorg zijn onregelmatig gespreid over het Belgische
426 grondgebied. **Nabehandeling** is enkel mogelijk in een psychiatrisch ziekenhuis maar niet in een
427 algemeen ziekenhuis met een psychiatrische ziekenhuisdienst. Voor **nabehandeling, revalidatie (met**
428 **uitzondering van MSOC), dag- en ontmoetingscentra** bestaan er geen programmatiecriteria
429 waardoor het van lokale actoren afhankelijk is in welke mate deze zorgvorm wordt uitgebouwd. Dit
430 ongelijke spreiding wordt versterkt door het gebrek aan (voldoende) structurele financiering.

431

432 4.2.2 Sommige cumulregeltjes beperken de continuïteit van zorg

433

434 Financieringsregels zijn er op gericht om dubbele financiering te vermijden maar zijn hierdoor een
435 hinderpaal in het gelijktijdig of aansluitend gebruik van diverse zorgvormen, ook al is de gelijktijdige
436 zorg aangewezen. Bijvoorbeeld:

- 437 - ambulante zorg (vb in een revalidatiecentrum 773) kan niet opgestart worden zolang een
438 residentiële opname niet is beëindigd,
- 439 - max. 20% van de cliënten in een psychosociaal revalidatiecentrum volwassenen mag kort
440 voorafgaand aan de zorg een opname in een PZ hebben die langer duurde dan 3 maanden,
- 441 - een revalidatiedag kan niet worden gefactureerd als een cliënt op dezelfde dag zijn extern
442 behandelend psychiater consulteert,
- 443 - een cliënt in een psychosociaal revalidatiecentrum kan niet tegelijkertijd een ambulante
444 behandeling krijgen in een 7.73 centrum omwille van een verslavingsproblematiek,

- 445 - het al of niet kunnen herstarten in een revalidatiecentrum en de resterende behandeltermijn
446 is een bijzonder ingewikkelde rekenoefening, een behandelingstraject, alsook de mogelijke
447 verlenging na een jaar, moet worden goedgekeurd door de verzekeringsinstelling wat er toe
448 noopt om te wachten vooraleer te starten of te starten met het risico dat er een afwijzing
449 volgt en onduidelijkheid of er al of niet na een jaar kan worden verder behandeld.

450 Dit zijn voorbeelden van expliciete cumulregels die ergens in regelgeving zijn ingeschreven.

451

452 Anderzijds zijn er ook impliciete cumulregels die sommige zorgvormen hanteren: vb een cliënt die in
453 het dagziekenhuis is (al is het 1 dag per week of reeds in behandeling bij een CGG), wordt door
454 sommige mobiele teams niet in zorg genomen omdat zij voorrang geven aan andere cliënten die
455 elders niet in zorg zijn. Deze impliciete cumulregels zijn vaak het gevolg van afspraken binnen het
456 netwerk van zorgvoorzieningen.

457

458 4.2.3 Gebrekkige doorstroom van cliënten

459

460 Doordat er te weinig capaciteit is in alternatieve zorgvormen, blijven cliënten langer dan nodig in
461 sommige zorgvormen, oa in het dagziekenhuis. Dit leidt tot het leveren van zorg die niet tot de
462 kernopdracht van de zorgvoorziening behoort. Dit leidt tot inefficiënte zorg.

463 De gebrekkige doorstroom vanuit het dagziekenhuis wordt versterkt door de hogere persoonlijke
464 bijdrage voor de cliënt in andere ambulante zorgvormen. Hierdoor is de cliënt geneigd om langer in
465 het dagziekenhuis te blijven dan nodig omdat het dagziekenhuis voor de cliënt goedkoper is dan
466 andere zorgvormen.

467

468 4.2.4 Gebrek aan ondersteuning van mantelzorgers

469

470 Mantelzorgers zijn bereid om zorg op te nemen voor hun familielid, maar hebben nu en dan ook tijd
471 nodig voor zichzelf.

472 Op heden ervaren mantelzorgers dat respijtzorg niet structureel geregeld is in de GGZ, waardoor het
473 quasi onmogelijk is om deze zorg tijdelijk over te dragen aan derden. Hierdoor geraken ze vroeg of
474 laat overbelast en moeten ze loslaten, waardoor de cliënt terug terechtkomt in een GGZ-organisatie.
475 Bovendien is er amper ondersteuning van mantelzorgers.

476

477 4.2.5 Gebrekkige afstemming binnen de netwerken

478

479 De netwerken 107 zijn nog groeiende in de realisatie van de zorg voor alle inwoners van hun
480 werkingsgebied. Hierdoor is nog niet alle zorg afgestemd, noch in procedures van
481 overdrachtmomenten, noch in de afstemming welke organisatie welke zorg aanbiedt. Deze
482 onvoltooide afstemming leidt enerzijds tot een dubbel aanbod in de zorg maart anderzijds tot een
483 ontbreken van andere zorg binnen het werkingsgebied.

484

485

486

487

488 4.2.6 Gebrek aan regelgevend en financieringskader

489

490 Voor deeltijdse zorgvormen in een ziekenhuis bestaat er een duidelijk regelgevend en
491 financieringskader. Het regelgevend en financieringskader voor revalidatie-overeenkomsten ligt
492 vervat in de tekst van de overeenkomsten.

493 Dit kader ontbreekt grotendeels voor dag- en ontmoetingscentra. Bijgevolg zijn deze zorgvormen
494 vaak afhankelijk van een lokaal initiatief van één of meer actoren en bijgevolg van een onzekere
495 financiering die veelal dan ook bij elkaar gesprokkeld wordt uit verschillende financieringsbronnen.
496 Dit is zeker het geval voor dag- en ontmoetingscentra. Deze centra sprokkelen financiering van lokale
497 GGZ-actoren, OCMW's, lokale besturen, justitie, binnenlandse zaken.

498 Deze versnippering aan financieringsbronnen impliceert telkens een onzekere financiële positie voor
499 deze zorgvormen.

500

501 Door het gebrek aan een regelgevend kader, heeft de cliënt in deze dag- en activiteitencentra ook
502 geen specifiek statuut en heeft hij dus geen recht op financieel beschermende maatregelen. Zo
503 wordt de eigen bijdrage in een activiteitencentrum niet meegenomen in de MAF-teller van de
504 ziekteverzekering.

505 Het gebrek aan regelgevend kader zorgt er voor dat er geen uniformiteit is in het zorgaanbod dat
506 zorgvoorzieningen ontwikkelen. Dit zorgt voor bijkomende versnippering in de zorg en gebrek aan
507 transparantie in het zorgaanbod in een bepaalde regio voor de cliënt.

508

509 4.2.7 Gebrekkige continuïteit voor verdeelde bevoegdheden

510

511 In functie van hun zorgnoden, maken cliënten gelijktijdig of na elkaar gebruik van het aanbod van
512 diverse GGZ-voorzieningen of dienstverleners uit de nulde of eerste lijn. Deze voorzieningen vallen
513 onder diverse bevoegdheden (federaal, gewesten, gemeenschappen) die elk vanuit hun eigen visie
514 op zorg en financieringswijzen vertrekken. Doordat het beleid van de diverse overheidsniveaus niet
515 altijd op elkaar is afgestemd, wordt de continuïteit van de zorg onderbroken. Zo behoren functie 1, 3
516 en 5 van de netwerken 107 tot de bevoegdheden van de gewest- en gemeenschapsoverheden en de
517 functies 2 en 4 tot federale bevoegdheden. Gelukkig vinden diverse zorgaanbieders van binnen en
518 buiten de GGZ elkaar en zetten ze samen gedeelde initiatieven op. Zo vinden we lokale
519 samenwerkingen tussen GGZ-voorzieningen en daklozenopvang, OCMW, CAW, VAPH-voorzieningen,
520 huisvestingsmaatschappijen, straathoekwerk, ...

521

522 4.2.8 Sommige revalidatiecentra zijn te klein om een professionele opdracht uit te voeren.

523

524 De **revalidatiecentra 7.72 die zijn opgericht bij de vorming van de netwerken artikel 107** zijn te klein
525 om professioneel te functioneren. Medewerkers moeten van alle markten (ook niet zorggebonden
526 opdrachten) thuis zijn om het centrum voldoende te laten functioneren. Een uitbreiding van de
527 capaciteit dringt zich op om een kritische schaalgrootte te hebben om voldoende goed te kunnen
528 functioneren en te beantwoorden aan alle zorginhoudelijke en niet-zorginhoudelijke verwachtingen
529 tav een organisatie werkzaam in de GGZ.

530

531 4.3 Knelpunten mbt toegankelijkheid

532

533 4.3.1 De cliënt kan enkel tijdens de kantooruren terecht en bovendien enkel op weekdays

534

535 Behoudens enkele niet-structurele vormen van dagopvang met zorg, ontmoetingscentra en een
536 enkele uitzondering van dagziekenhuis, zijn bijna alle vormen van deeltijdse psychiatrische zorg enkel
537 geopend tijdens de kantooruren en uitsluitend tijdens weekdays.

538 Dit betekent dat een cliënt of mantelzorgers die overdag werken, amper deeltijdse psychiatrische
539 zorg vinden. Evenzo dat cliënten tijdens een weekend amper terecht kunnen in een activiteiten- of
540 ontmoetingscentrum.

541

542 4.3.2 De cliënt moet naar een ziekenhuiscampus die niet steeds in zijn buurt ligt

543

544 Volgens de huidige regelgeving zijn **dag- en nachtziekenhuis** per definitie een **ziekenhuisactiviteit** en
545 moeten dus op een ziekenhuiscampus plaatsvinden. Deze campus bevindt zich niet steeds in de
546 leefomgeving van de cliënt en is niet altijd vlot bereikbaar.

547 Psychiatrische zorg op een ziekenhuiscampus” schrikt een aantal cliënten af wegens het stigma dat
548 nog steeds rust op “psychiatrische ziekenhuiszorg”.

549

550 Enige soepelheid inzake locatie lezen we in de nationale overeenkomst ziekenhuizen –
551 verzekeringsinstellingen: **nabehandeling** kan ook buiten de ziekenhuiscampus worden
552 georganiseerd.

553 **Andere vormen** van deeltijdse psychiatrische zorg, waaronder revalidatiecentra, bevinden zich
554 ergens in de stad buiten de ziekenhuiscampus en kampen minder met het stigma.

555 Anderzijds geldt dat heel wat **ontmoetingscentra en dagactiviteitencentra** ontstaan zijn vanuit
556 initiatieven beschut wonen die op hun beurt ontstaan zijn uit psychiatrische ziekenhuizen. Het
557 indirecte gevolg is dat deze centra vaak in dezelfde gemeente of stad gevestigd zijn dan een
558 psychiatrische ziekenhuis. Dit komt de spreiding van deze ontmoetings- of dagactiviteitencentra niet
559 ten goede.

560 **Revalidatiecentra voor verslaving** vinden we vooral terug in de buurt van grootsteden en
561 centrumsteden.

562

563 4.3.3 De cliënt moet een ander bedrag betalen afhankelijk van de zorgvorm en de periode 564 van behandeling

565

566 In sommige deeltijdse psychiatrische zorgvormen krijgt de cliënt gratis zorg, in andere moet hij
567 betalen om aan activiteiten te kunnen deelnemen. In andere zorgvormen (**ziekenhuis en reva**) is er
568 een beperkt remgeld ten laste van de cliënt maar zijn er verschillen wat hij hiervoor terugkrijgt naast
569 de zorg: al dan niet medicatie, al dan niet maaltijden, al dan niet medische behandeling door een
570 psychiater. Waarom zou ik als cliënt naar een andere zorgvorm gaan waarbij ik meer uit eigen zak
571 moet betalen om hetzelfde of minder te krijgen?

572 Van zodra een revalidatiecentrum de maximale facturatiecapaciteit overschrijdt mag er geen
573 remgeld meer worden aangerekend aan de cliënt. Dit betekent dat een cliënt naar het einde van het
574 jaar toe geen remgeld meer moet betalen om dan in januari opnieuw te moeten betalen.

575 4.4 Knelpunten mbt zo inclusief als mogelijk

576

577 4.4.1 De cliënt in het dagziekenhuis blijft gehospitaliseerd

578

579 In tegenstelling tot cliënten van nabehandeling, een revalidatiecentrum, ontmoetings- of
580 dagcentrum, behouden de cliënten in **dagziekenhuis** het statuut van “gehospitaliseerde patiënt” ook
581 voor de afwezigheidsdagen.

582 Dit heeft als gevolg:

- 583 - dat deze cliënten in het dagziekenhuis uitgesloten worden van sommige andere vormen van
584 zorg. Deze beperking is groter op aanwezigheidsdagen;
- 585 - dat het voor de cliënt onduidelijk op welke dagen hij welke andere zorgverlener mag
586 consulteren. Hierdoor loopt de cliënt het risico dat hij voor sommige prestaties geen
587 terugbetaling krijgt vanwege het RIZIV wegens een cumulverbod (vb consult psychiater,
588 kineprestatie);
- 589 - dat de cliënt op AANwezigheidsdagen medicatie vanuit het ziekenhuis ontvangt maar dat hij
590 op AFwezigheidsdagen zelf moet instaan voor de aanschaf van zijn medicatie. Deze
591 verwarrende dubbele werkwijze vormt een bedreiging voor de therapietrouw en dus voor de
592 continuïteit van zorg;
- 593 - dat een aanwezigheidsdag niet compatibel is met een “werk”-dag”.

594

595 4.4.2 De cliënt vindt weinig ondersteuning voor de levensdomeinen wonen en werk

596

597 Cliënten met een psychische kwetsbaarheid hebben een grotere kans op een onstabiele
598 woonsituatie en een kleinere kans op een vaste job. Nochtans zijn er, met uitzondering van de
599 psychosociale revalidatieconventies, weinig vormen van deeltijdse psychiatrische zorg die zorg en
600 ondersteuning bieden om woonvaardigheden te versterken en een gepaste betaalbare woonst te
601 vinden. Idem dito voor een gepaste job. Enkel in psychosociale revalidatie volwassenen is er expliciet
602 aandacht voor arbeidstoeleiding en woonondersteuning.

603

5 Mogelijke oplossingen: Voorstellen mbt creatie of aanpassing van deeltijdse psychiatrische zorgvormen

We trekken vanuit de principes van meer zorg op maat, grotere continuïteit en toegankelijkheid van zorg die zo inclusief als mogelijk is. We formuleren een aantal voorstellen tot nieuwe vormen van deeltijdse psychiatrische zorg in aanvulling op de bestaande zorgvormen en we formuleren aanpassingen die aan de bestaande vormen kunnen voorgelegd worden (oa aanpassingen aan de opdrachten, administratieve regels, personeel, financiering, ...).

Het overlegorgaan stelt dat onderstaande voorstellen werden geformuleerd vanuit het perspectief van deeltijdse psychiatrische zorg, conform de opdracht van de werkgroep die de voorstellen voorbereidde.

De voorstellen die hieronder worden geformuleerd – in het bijzonder de voorstellen in onderstaande paragraaf 5.1 – zijn ook van toepassing op andere, niet-deeltijdse zorgvormen in de GGZ.

Het overlegorgaan roept de diverse overheden op om de toepasbaarheid van de (onderliggende principes van) onderstaande voorstellen te evalueren alle zorgvormen in de GGZ en ze daar ook te implementeren.

621

5.1 Voorstellen over de 5 functies heen

623

De transformatie naar een betere geestelijke gezondheidszorg, zoals gesteld in “de Gids 107”³, gaat uit van een vermaatschappelijking van de zorg. De zorg moet zich niet enkel focussen op de cliënt als persoon maar op belangrijke derden in zijn entourage: familie, vrienden, werkgever, collega’s, ... Bovendien wordt getracht de cliënt zo weinig uit zijn natuurlijke omgeving te halen en de zorg in deze natuurlijke omgeving te leveren. En indien mogelijk in samenwerking met andere actoren en diensten die eveneens rond de cliënt actief zijn op levensdomeinen zoals welzijn, wonen, arbeid, vrijetijd, vorming.

Het huidig regelgevend kader, zowel programmatie, erkenning als financiering, van de diverse deeltijdse (maar ook andere) psychiatrische zorgvormen is echter nog niet aangepast aan bovenstaande principes van de transformatie. Het overlegorgaan roept de bevoegde overheden op deze regelgeving inzake programmatie, erkenning en financiering aan te passen, conform onderstaande voorstellen.

636

5.1.1 Aanpassen van het regelgevend kader: verruiming van de opdrachten van elke GGZ-actor

639

5.1.1.1 Aanpassing van het regelgevend kader: Expertisedeling vanuit elke GGZ-voorziening

641

Heel wat andere zorg- of welzijnsactoren verlenen ook zorg of ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid, naast de gespecialiseerde GGZ-actoren.

643

³ Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. IMC 2010.

644 Indien de zorgnoden binnen beperkte grenzen wijzigen of uitbreiden en de cliënt bijkomende zorg of
645 dienstverlening nodig heeft die de bestaande zorg- of dienstverlener niet kan leveren, is het vanuit
646 het basisprincipe van continuïteit van zorg niet aangewezen om de cliënt te laten doorstromen naar
647 een nieuwe zorg- of dienstverlener, noch van GGZ naar niet-GGZ, noch van niet-GGZ naar GGZ als
648 tussen GGZ-actoren onderling. Vanuit het idee van continuïteit van zorg is het aangewezen om na te
649 gaan of de bestaande dienstverlening kan aangevuld worden met inzet /expertise van één of meer
650 bijkomende zorg- of dienstverlener(s). Of omgekeerd: kan de expertise van deeltijdse psychiatrische
651 zorg ook ingezet worden bij andere zorg- of dienstverleners?

652

653 We merken dat steeds meer dienstverleners beroep doen op de expertise van GGZ-voorzieningen.
654 Deze expertisedeling kan gebeuren op twee manieren:

655 a) Cliëntgebonden expertisedeling in de vorm van adviesverlening over de zorg aan één
656 bepaalde cliënt. Bijvoorbeeld

- 657 - de inzet van de arbeidscoach van een revalidatie 772 in een dagziekenhuis, in een
- 658 CGG of in de dienstverlening van de VDAB/FOREM/ACTIRIS
- 659 - de inbreng van somatische liaison in het psychiatrisch dagziekenhuis of dagopvang
- 660 met zorg
- 661 - de inzet van een outreach-drughulpverlener in een psychiatrische eenheid voor
- 662 kinderen of volwassenen of een setting in de bijzondere jeugdzorg.

663 b) Niet-cliëntgebonden expertisedeling, bijvoorbeeld in de vorm van coaching van een ander
664 zorgteam, supervisie,

665 Als we veronderstellen dat elke zorgvoorziening de bijkomende inzet / expertise van een andere
666 zorg- of dienstverlener moet kunnen inzetten om tegemoet te komen aan de zorgnoden van de cliënt
667 zonder de zorgcontinuïteit te verbreken, moet, omgekeerd geredeneerd, elke zorgactor – ook de
668 deeltijdse psychiatrische zorgvormen- de eigen expertise kunnen inzetten IN andere zorgvormen,
669 hetzij rechtstreeks in de zorg/ondersteuning van de cliënt, hetzij onrechtstreeks in de ondersteuning
670 en coaching van de andere zorg- of dienstverlener in het omgaan met (de specifieke problematiek)
671 van de cliënt.

672 De ondersteuningsopdracht van andere zorg-of dienstverleners moet dus per definitie deel uit
673 maken van de opdracht van de deeltijdse psychiatrische zorgvormen.

674 Dit vereist een aanpassing van:

- 675 - De opdracht: expertisedeling is een wezenlijk onderdeel van elke deeltijdse psychiatrische
- 676 zorgvorm
- 677 - De locatie: ook zorgverlening kan plaatsvinden buiten de muren van de eigen voorziening

678 De toewijzing van het personeelskader voor deeltijdse psychiatrische zorgvormen houdt idealiter dan
679 ook rekening met de nodige tijd voor deze expertisedeling, zowel cliëntgebonden als niet-
680 cliëntgebonden.

681 Bovenstaand voorstel is van toepassing op de deeltijdse psychiatrische zorgvormen dagziekenhuis,
682 nachthospitalisatie, nabehandeling, reva 772, reva 773.

683 *5.1.1.2 Aanpassing van het regelgevend kader voor cliënten die reeds tot de caseload behoren :*
684 *gedeeltelijke caseloadfinanciering bovenop de bestaande prestatiegebonden financiering*

685
686 Kenmerkend voor de diverse vormen van deeltijdse psychiatrische zorg zijn de discontinue contacten
687 tussen de cliënt en diverse zorgverleners. Met andere woorden: de contactmomenten vormen de
688 ankerpunten voor zorg voor de cliënt en zijn context maar de zorgverleners zijn per definitie veel
689 ruimer met het cliëntstelsel bezig dan de face to face-momenten.

690 Dit voorstel staat in tegenstelling tot het financieringssysteem in de meeste vormen van deeltijdse
691 psychiatrische zorg: een prestatiefinanciering voor de contactmomenten met de cliënt, waarbij de
692 inzet van de zorgverleners ten aanzien van de cliënt en/of zijn context buiten de contactmomenten
693 niet gehonoreerd worden. De “bezetting van de dienst” wordt dan ook afgewogen aan het aantal
694 aanwezigheidsdagen of contactmomenten.

695 Het onmiddellijke gevolg is dat alle deeltijdse psychiatrische zorgvormen meer cliënten in de
696 caseload hebben dan de capaciteit waarvoor ze erkend zijn. Deze overcapaciteit gaat ten koste van
697 alle cliënten in zorg.

698 *5.1.1.3 Aanpassing van het regelgevend kader voor cliënten die bijna tot de caseload behoren of er*
699 *net toe behoorden: “Zorg”-tijd voor warme overdracht*

700
701 Wetende dat een cliënt slechts tijdelijk zorg ontvangt vanuit één zorgvoorziening, maar vaak
702 gelijktijdig of na elkaar zorg ontvangt vanuit verschillende zorgvoorzieningen, is het meer dan
703 wenselijk dat elke zorgvoorziening vanaf de start van de zorgverlening zich bezig houdt met de
704 voorbereiding van de vervolg- of gelijktijdige zorg.

705 Warme overdracht is het sleutelbegrip. Om deze warme overdracht te kunnen realiseren, is het
706 nodig dat de medewerkers van elke zorgvoorziening over de nodige tijd en mogelijkheden
707 beschikken om reeds toekomstige cliënten en hun context op te zoeken in “voorgaande
708 zorgvoorziening” voordat de zorg in de eigen zorgvoorziening officieel gestart is. Bovendien hoort
709 het “op bezoek gaan” bij cliënten en hun context wiens zorg recent afgebouwd of beëindigd werd,
710 hier ook toe.

711 Deze warme overdracht impliceert dat een cliënt en zijn context in de overgangperiode behoort tot
712 de caseload van twee of meer zorgvoorzieningen en deze tijdelijke gelijktijdige zorg niet wordt
713 verboden door cumuleerbepalingen. Dit vereist een inperking van de huidige cumuleerbepalingen.

714 Idealiter ondersteunt gegevensdeling deze warme overdracht.

715 Doordat de actieve caseload van deeltijdse psychiatrische zorgvormen door deze warme overdracht
716 stijgt, is een personeelsverhoging noodzakelijk.

717 Maw:

- 718 - de opdracht wordt uitgebreid: ook warm onthaal
- 719 - De locatie wordt uitgebreid: ook buiten de muren van de eigen voorziening cliënten en hun
720 context onthalen of uitwuiwen.

721 Bovenstaand voorstel is van toepassing op de deeltijdse psychiatrische in dagziekenhuis,
722 nachthospitalisatie, nabehandeling, reva 772, reva 773, dag- en ontmoetingscentra.

723 *5.1.1.4 Aanpassing van het regelgevend kader voor cliënten die niet of niet meer tot de caseload*
724 *behoren*

725

726 Deeltijdse psychiatrische zorgvormen, verrichten, niet zoals andere psychiatrische zorgvormen, heel
727 wat werk ten aanzien van burgers die niet worden meegeteld in de caseload van de zorgvorm. We
728 denken hierbij bijvoorbeeld aan:

- 729 - het verwerken van aanmeldingen, ook voor burgers die niet instromen in de eigen
730 zorgvoorziening maar worden doorverwezen naar een andere zorgvoorziening;
- 731 - activiteiten op vraag van een cliënt die ooit tot de caseload behoorde, vb gesprek met een
732 ex-client die het vandaag moeilijk heeft en tijdelijk wat steun zoekt
- 733 - ondersteunende of oriënterende telefonische of face-to-face gesprekken met familieleden
734 van ex-clienten

735 Ook deze activiteiten vragen inzet van de personeelsleden van de zorgvoorziening. Deze activiteiten
736 worden vandaag niet meegeteld in de prestatiefinanciering van de zorgvoorziening en bijgevolg niet
737 gehonoreerd, noch maatschappelijk noch financieel.

738 *5.1.1.5 Aanpassing van het regelgevend kader ifv bovenstaande principes*

739

740 Om bovenstaande opdrachten te kunnen realiseren is het duidelijk dat het regelgevend kader van
741 alle deeltijdse (maar ook andere) psychiatrische zorgvormen moet worden aangepast zodat

- 742 - Bovenstaande opdrachten wezenlijk tot de opdracht van elke zorgvoorziening behoort
- 743 - Bovenstaande opdrachten ook buiten de muren van de zorgvoorziening kunnen worden
744 uitgevoerd.

745 Bovendien is het is duidelijk dat de bovenstaande aanpassingen in functie van expertisedeling en
746 cliënten die niet/ bijna/net niet meer/ niet meer/ op heden tot de caseload van een zorgvoorziening
747 behoren, een grotere personeelsinzet vereisen dan vandaag erkend en gefinancierd. Verschillende
748 opties zijn mogelijk, afzonderlijk of in combinatie:

- 749 - Men vertaalt de grotere personeelsinzet in een algemene verhoging van de personeelsnorm
750 voor alle zorgvoorzieningen en past men de erkenningsnormen en financiering aan.
- 751 - Men past de regelgeving aan en in het bijzonder het financieringsmechanisme zodat
752 bovenstaande bijkomende activiteiten tav de cliënt en zijn context wel worden meegerekend
753 in de caseload van de zorgvoorziening- en dus ook in de prestatiefinanciering. Bijvoorbeeld:
754 prestaties tav familie/belangrijke derden van de cliënt worden evenzeer gefinancierd net
755 alsof het een prestatie ten aanzien van de cliënt betrof.
- 756 - Men vult de bestaande prestatiegebonden financiering aan met een caseloadfinanciering. Dit
757 kan in de vorm van een maandbedrag voor de periode dat een cliënt deel uitmaakt van de de
758 actieve caseload van de zorgvoorziening, bijvoorbeeld te concretiseren als minstens x
759 contactmomenten in die maand. Deze caseloadfinanciering kan geenszins ten koste gaan van
760 de prestatiegebonden financiering maar is volledig complementair.

761 Ongeacht de gekozen optie(s), is er bijgevolg nood aan bijkomende middelen om de bijkomende
762 opdrachten in het kader van de vermaatschappelijking van zorg op een kwaliteitsvolle manier te
763 kunnen realiseren.

764 5.1.2. Gelijk remgeld voor de cliënt onafhankelijk van de aard van de deeltijdse psychiatrische
765 zorg

766

767 Aangezien de deeltijdse psychiatrische zorg gericht is op de herintegratie in de samenleving is het
768 aangewezen om de principes van de ambulante zorg in de samenleving zoveel als mogelijk te
769 gebruiken in deze werking : het remgeld in de diverse vormen voor deeltijdse psychiatrische zorg
770 moet gelijk geschakeld worden. Zo wordt vermeden dat cliënten in sommige zorgvormen blijven
771 hangen of niet opstarten in een andere zorgvorm omwille van verlies van financiële voordelen.

772 Concreet vraagt het overlegorgaan om te onderzoeken of en hoe financiering van deeltijdse
773 psychiatrische zorgvormen kan worden aangepast waarbij medicatie en maaltijden worden betaald
774 door de cliënt, zoals dit ook gangbaar is bij cliënten in de ambulante zorg maar met de nodige
775 compenserende maatregelen voor die patiënten in een financieel kwetsbare positie. Tevens dient
776 met de gevolgen voor de maximumfactuur in rekening te brengen.

777 5.1.3. Afstemming en programmatie van zorg op niveau van een werkingsgebied van een
778 netwerk

779

780 Vandaag bieden diverse actoren diverse vormen van deeltijdse zorg aan.

781 Door de wijzigende maatschappelijke verwachtingen, het ontstaan van nieuwe zorgvormen, de
782 verschuivingen in doelgroepen en in zorgaanbod, is er nood aan goede afstemming tussen de diverse
783 zorgvormen, ook tussen vormen van deeltijds psychiatrische zorg onderling als met andere
784 psychiatrische zorgvormen. Deze afstemming dient zowel binnen de werkingsgebieden te gebeuren
785 maar ook structureel niveau tussen overheden.

786 Er zijn ook initiatieven zonder regelgevend of financieel kader in een waardevolle poging om
787 tegemoet te komen aan de zorgnoden. Hierdoor dreigen zowel cliënten, maar ook verwijzers en
788 zorgverleners, het overzicht te verliezen.

789

790 Een onderling afgestemde programmatie van alle diverse vormen van zorg samen, - zowel
791 residentieel, ambulant als deeltijds - op niveau van een werkingsgebied maar ook een duidelijke
792 opdrachtsomschrijving van elke zorgvorm kan de efficiënte inzet van mensen en middelen verhogen.

793

794 5.1.4. Nood aan specifieke expertise in deeltijdse psychiatrische zorg

795

796 Het verlenen van deeltijdse psychiatrische zorg veronderstelt dat zorgverleners in de GGZ beschikken
797 over de specifieke expertise rond deeltijds zorg verlenen, en dat de competentieprofielen binnen
798 opleidingen (orthopedagogiek, psychologie, sociaal werk, medische beroepen,...) voldoende
799 aangepast zijn aan de hedendaagse nood aan deeltijdse (psychiatrische) zorg.

800

801

802

803

804

805 5.2. Specifieke voorstellen per functie

806

807 5.1.1. Voorstellen mbt functie 3

808

809 *5.1.1.1. Uitbreiding capaciteit dagactiviteiten/ontmoetingscentra/inloophuizen*

810

811 Onder functie 3 zijn diverse vormen van dagactiviteiten- en ontmoetingscentra/ inloophuizen onder
812 te brengen. In tegenstelling tot de programmering van VTE in mobiele teams in functie 2 en het aantal
813 stoelen en bedden in de ziekenhuizen, bestaat er geen programmering voor de capaciteit voor zorg in
814 dagactiviteiten- en ontmoetingscentra/inloophuizen.

815 Het overlegorgaan pleit voor een programmatienorm voor dagactiviteiten- en ontmoetingscentra/
816 inloophuizen, en dus ook een duidelijk kader inzake erkenning en financiering, in functie van de
817 populatie van het werkingsgebied in de vorm van een programmering van een bepaald aantal VTE
818 ondersteuners per 100.000 inwoners. Hierbij kan rekening gehouden worden met het aanbod van
819 niet-GGZ-actoren in het werkingsgebied alsook andere criteria zoals bevolkingsdichtheid, afstand,
820 concentratie van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

821 Indien er voldoende capaciteit wordt geprogrammeerd, is er ook ruimte om de diversiteit in het
822 bestaande aanbod aan activiteiten te verruimen zodat cliënten met uiteenlopende interesses aan
823 hun trekken komen.

824 Voor de formulering van de concrete programmatiecijfers, kijkt het overlegorgaan naar de
825 werkzaamheden van de werkgroep langdurige zorg.

826

827 *5.1.1.2. Invoering individuele trajectbegeleiding: ondersteunen van stappen naar de maatschappij*

828

829 Zorg op maat voor mensen met een psychische kwetsbaarheid gaat heel veel over sociale inclusie:
830 (her-)opnemen van sociale rollen als partner, ouder, medewerker, collega, vriend, buur, lid van een
831 vereniging.

832 Cliënten zoeken individuele ondersteuning om stappen zetten in het (her-)opnemen van sociale
833 rollen. Hiertoe hebben zij nood aan individuele begeleiding in de vorm van trajectbegeleiding op de
834 domeinen, arbeid, vorming, vrijetijd en ontmoeting. Deze zorgvorm veronderstelt dus herhaalde
835 contacten met een verscheidenheid aan zorgverleners. Deze trajectbegeleiding is vandaag amper tot
836 niet voorzien in de bestaande zorgvormen van functie 3. Er wordt geargumenteed dat diverse niet-
837 GGZ-actoren reeds bezig zijn met de domeinen arbeid, vorming, vrijetijd en ontmoeting. Dit is
838 correct maar met uitzondering van het domein arbeid ontbreekt net de trajectbegeleiding.

839 Anderzijds is de trajectbegeleiding inzake arbeid door de gewestelijke bevoegde
840 begeleidingsdiensten (VDAB, FOREM, ACTIRIS) toegespitst op uitkeringsgerechtigde werkzoekenden
841 maar veel minder op personen die stappen naar arbeid willen zetten maar in een ander
842 uitkeringsstelsel zitten.

843 Bovendien weegt het stigma op GG-problematieken zodat mensen met een psychische
844 kwetsbaarheid zich minder welkom voelen in een sportclub of werkomgeving. Ook niet- GGZ-zorg- en
845 dienstverleners weten niet altijd hoe omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het
846 overlegorgaan onderstreept de noodzaak tot een expliciete en structurele tewerkstelling van
847 trajectbegeleiders inzake arbeid, vorming, vrijetijd en ontmoeting in GGZ-voorzieningen. Inzake
848 plaats van tewerkstelling kunnen deze trajectbegeleiders bijvoorbeeld aansluiting vinden bij de

849 dagactiviteiten/ontmoetingscentra en van hieruit bijkomende ondersteuning bieden aan patiënten
850 van ziekenhuizen, mobiele teams.

851

852 *5.1.1.3. Aanpassingen revalidatieconventies 772*

853

854 **Versterken van de zorgcontinuïteit**

855

856 ➤ Afschaffen van de regel dat max 20% van de GGZ-revalidatieprogrammatie psychosociale
857 revalidatie voor volwassenen (7.72) kan starten na een voorafgaandelijke hospitalisatie van ten
858 minste 3 maanden. Om de continuïteit van de zorg te garanderen, zou een patiënt onmiddellijk
859 aansluitend op een hospitalisatiefase een revalidatieprogramma moeten kunnen starten.
860 Anderzijds wenst men de regel te behouden dat de ondersteuning door een arbeidscoach
861 onmiddellijk kan starten na een andere zorgvorm, ook na een hospitalisatiefase.

862

863 ➤ Schrappen van de ingewikkelde regeling inzake herstart (wanneer herstarten en hoelang) en
864 verlies van goedkeuring indien er gedurende 30 opeenvolgende kalenderdagen geen
865 revalidatiedagen worden gefactureerd.

866

867 ➤ Schrappen van de regel dat een lopende revalidatieperiode effectief eindigt wanneer de cliënt 2
868 of meer dagen residentieel wordt opgenomen. Het effect is dat het revalidatieprogramma na de
869 kortdurende opname niet kan hervat worden en dat de cliënt zich tot een andere hulpverlener
870 moet wenden.

871 Een alternatieve, vlotter werkbare, werkwijze zou er kunnen in bestaan de goedkeuring van een
872 revalidatieprogramma te koppelen aan de toekenning van een quotum aan revalidatiedagen, dat
873 de cliënt op maat kan opnemen binnen een vastgelegde periode van x maanden.

874 ➤ Het schrappen van de regel dat er een goedkeuring door de verzekeringsinstelling moet worden
875 verleend vooraleer er kan worden gestart. Een kennisgeving moet, zoals in andere
876 behandelingen ook gangbaar is, volstaan.

877

878 **Versterken van de toegankelijkheid**

879

880 ➤ Soepelere regeling werkingsgebied voor de revalidatieconventies 7.72 die ontstaan zijn in het
881 kader van de netwerken 107

882 Op heden wordt de toegang van een revalidatieconventie ingeperkt tot inwoners van het
883 werkingsgebied van het netwerk 107, waarin revalidatiecentrum gelegen is.

884 In hoofde van een cliënt kan een revalidatiecentrum in een naburig werkingsgebied vlotter
885 bereikbaar zijn dat het revalidatiecentrum van het werkingsgebied, waarin de woonplaats van de
886 cliënt gelegen is. Er wordt voorgesteld om

- 887 - de toegangsregel te versoepelen tot *“De conventie richt zich in hoofdzaak maar niet exclusief*
888 *tot inwoners van het werkingsgebied van het netwerk 107, waarin het centrum gelegen is.*
- 889 - *Of deze regel helemaal schrappen.*

890 In dit kader moeten de samenwerkingsakkoorden tussen de bevoegde overheden betreffende de
 891 financiering van zorg bij gebruik van voorzieningen over de grenzen van de deelstaat, voor een
 892 onbepaalde duur verlengd worden.

893

894 ➤ Schrappen van de verplichting dat de begeleiding van een cliënt zonder ziektestatuut door de
 895 arbeidscoach moet worden gemeld aan de adviserend arts.

896

897 **Versterken van de zorg op maat**

898 ➤ Gelijktijdige zorg mogelijk maken

899 ○ Afschaffen van de regel dat een verbod instelt op de gelijktijdige ambulante
 900 behandeling van een cliënt in een psychosociaal revalidatiecentrum (7.72) en
 901 ambulante begeleiding in een revalidatiecentrum voor verslaving (7.73) Het huidige
 902 verbod houdt in dat instappen in een revalidatieprogramma psychosociale revalidatie
 903 volwassenen kan maar wanneer de specialistische zorg vanuit een revalidatieconventie
 904 verslaving stopt. Dit is nefast voor die cliëntengroep die net blijvende gespecialiseerde
 905 nazorg en hervalpreventie nodig heeft.

906 Als men echt werk wil maken van de uitbouw van zorg op maat, zou men de
 907 “cumulregeling” moeten herschrijven in de richting van **“elke cumul is mogelijk op
 908 voorwaarde dat er sprake is van een gezamenlijk (be-)handelingsplan door de diverse
 909 betrokken zorg- en dienstverleners”**.

910

911 ○ Schrappen van de regel dat een dag niet kan worden gefactureerd als de cliënt op
 912 diezelfde dag op consultatie gaat bij zijn/haar extern behandelend psychiater. Hetzelfde
 913 voor kinesitherapeutische, logopedische, verpleegkundige handelingen. Het
 914 revalidatieprogramma heeft net als doel om de cliënt maximaal maatschappelijk te
 915 integreren. Aansluiting vinden bij een ambulante behandelaar hoort hier ook bij.

916

917 ○ Schrappen van het verbod dat een cliënt in het dagziekenhuis gelijktijdig ondersteuning
 918 en begeleiding kan ontvangen van een arbeidscoach. De ondersteuning en begeleiding
 919 moet zeker mogelijk worden tijdens afwezigheidsdagen in het dagziekenhuis.

920

921 ○ (voor de Vlaamse reva 7.72) Ofwel er voor zorgen dat de kennisgeving van zorg door
 922 een arbeidscoach aan de verzekeringsinstelling effectief tot bij de adviserend arts van
 923 de persoon belandt en niet blijft hangen op de hoofdzetel van de verzekeringsinstelling.
 924 Ofwel afschaffen van de kennisgeving voor zorg door een arbeidscoach want deze
 925 kennisgeving heeft geen meerwaarde.

926

927 ➤ Zorg is ruimer dan voor aanwezige cliënten

928 De zorg door medewerkers dekt meer dan activiteiten met aanwezige cliënten. De zorg
 929 behelst evenzeer:

930 ○ administratieve opvolging en zorginhoudelijke behandeling van meer cliënten dan
 931 de erkende dagcapaciteit omdat niet elke cliënt sowieso 5 dagen per week
 932 aanwezig is in het revalidatiecentrum en het personeel van het revalidatiecentrum
 933 bijgevolg meer cliënten gelijktijdig behandelt dan de erkende dagcapaciteit.

- 934 ○ de cliënt actief te pogen bereiken in geval de cliënt onaangekondigd niet komt
 935 opdagen (aanklampende zorg)
- 936 ○ Voor de activiteiten die het zorgpersoneel uitvoert tav personen uit de context van
 937 de cliënt (familie, ...) zonder aanwezigheid van de cliënt.
- 938 Anderzijds kan een revalidatiecentrum slechts prestaties factureren wanneer de cliënt
 939 effectief aanwezig is in het revalidatiecentrum.
- 940 Als oplossing kan men een bijkomende caseloadfinanciering voorzien à rato van een bepaald
 941 supplementair bedrag voor iedere week dat de cliënt een face-to-face contact had met een
 942 personeelslid van het revalidatiecentrum. Het bedrag van dit forfait is afhankelijk van het
 943 type revalidatieconventie.

944

945 **Versterken van “zo inclusief als mogelijk”**

946

- 947 ➤ De vergoeding van de psychiater (barema adviserend geneesheer) moet worden afgestemd in
 948 dezelfde orde van grootte zoals gangbaar in de deeltijdse psychiatrische zorgvormen zoals een
 949 ziekenhuis. De opdrachten van de psychiater in een revalidatiecentrum zijn vergelijkbaar met
 950 deze van een psychiater in een ziekenhuis (oa klinisch werk met cliënt en team, beleid,
 951 kwaliteitsbewaking, permanentie). Een te onderzoeken voorstel is dat er per gefactureerde
 952 revalidatiedag een kwartier psychiatertijd wordt voorzien.

953

954 *5.1.1.4. Aanpassingen revalidatieconventies 773*

955

956 **Versterken van de zorgcontinuïteit**

957

- 958 ➤ Vraag om de doelgroep van de conventie te verbreden van louter ‘verslaving’ naar
 959 ‘problematisch gebruik’
- 960
- 961 ➤ Het mogelijk maken van gedeelde trajecten.
 962 Cliënten die een residentieel traject hebben afgelegd blijven best langdurig ambulante nazorg
 963 volgen. Om dit voldoende slaagkansen te geven is het nodig dat ze tijdens hun verblijf reeds een
 964 band kunnen opbouwen met een hulpverlener uit een ambulante conventie. Dit gedeeld traject
 965 wordt vandaag verboden. Omgekeerd geldt dezelfde drempel waarbij iemand die ambulant
 966 begeleid wordt en een residentieel traject overweegt best al geleidelijk aan kan ‘inlopen’ en
 967 kennismaken met dergelijk residentieel traject.
 968 Veelal is de ambulante hulpverlening de constante in iemands behandeling. Daarom is het
 969 aangewezen dat tijdens een residentiële opname de ambulante hulpverlener verder contact kan
 970 blijven houden.
- 971
- 972 ➤ De toegang tot zorg aan cliënten die in een forensisch statuut bevinden , vb beperkte in
 973 vrijheidstelling of uitgangspersmissies uit een gevangenis, wordt sterk bemoeilijkt door het
 974 specifieke statuut van deze personen. Een gewaarborgd volwaardig statuut, zowel op federaal
 975 (ziekteverzekering) als op gemeenschapsniveau kan hiertoe een oplossing bieden.
- 976

- 977 ➤ Drughulpverlening en detentie : gedetineerden die voorafgaand aan hun detentie al
 978 drughulpverlening kregen mogen geen cesuur in hun behandeling ondergaan. Minimaal dienen
 979 lopende substitutiebehandelingen worden voortgezet in de gevangenis. Het uitwerken van een
 980 inhoudelijk stevig zorgbeleid voor drugverslaafde gedetineerden is een belangrijk aandachtspunt
 981 om continuïteit van zorg sterker uit te bouwen.
 982
- 983 ➤ Het schrappen van de regel dat er een goedkeuring door de verzekeringsinstelling moet worden
 984 verleend vooraleer er kan worden gestart. Een kennisgeving moet, zoals in andere
 985 behandelingen ook gangbaar is, volstaan.
 986
- 987 ➤ Rekening houden met de personeelsinzet ten aanzien van personen die nog niet opgenomen zijn
 988 in het revalidatieprogramma en waarvoor dus geen revalidatieweken/dagen/uren kunnen
 989 worden aangerekend. Dit kan worden gerealiseerd door hetzij het verhogen van de
 990 personeelsinzet bij gelijk blijvend aantal cliënten (budgetverhogend), hetzij door de financiële
 991 bezettingsnorm (90%) te laten dalen (budgetneutraal), hetzij indirect door een bijkomend forfait
 992 te voorzien voor elke week dat er minstens 1 revalidatieverstrekking wordt gefactureerd
 993 (budgetverhogend).
 994

995 **Versterken van de zorg op maat**

- 996
- 997 ➤ Gelijktijdige zorg mogelijk maken
- 998 Afschaffen van de regel dat een verbod instelt op de gelijktijdige ambulante behandeling van een
 999 cliënt in een psychosociaal revalidatiecentrum (7.72) en ambulante begeleiding in een
 1000 revalidatiecentrum voor verslaving (7.73) of twee verschillende centra (behandeling versus
 1001 methadonverstrekking). Het huidige verbod houdt in dat instappen in een revalidatieprogramma
 1002 psychosociale revalidatie volwassenen kan maar wanneer de specialistische zorg vanuit een
 1003 revalidatieconventie verslaving stopt. Dit is nefast voor die cliëntengroep die net blijvende
 1004 gespecialiseerde nazorg en hervalpreventie nodig heeft.
- 1005 Als men echt werk wil maken van de uitbouw van zorg op maat, zou men de “cumulregeling”
 1006 moeten herschrijven in de richting van **“elke cumul is mogelijk op voorwaarde dat er sprake is
 1007 van een gezamenlijk (be-)handelingsplan door de diverse betrokken zorg- en dienstverleners”**.
- 1008 ➤ Zorg is ruimer dan voor aanwezige cliënten
- 1009 De zorg door medewerkers dekt meer dan activiteiten met aanwezige cliënten. De zorg
 1010 behelst evenzeer:
- 1011 ○ administratieve opvolging en zorginhoudelijke behandeling van meer cliënten dan
 - 1012 de erkende dagcapaciteit omdat niet elke cliënt sowieso 5 dagen per week
 - 1013 aanwezig is in het revalidatiecentrum en het personeel van het revalidatiecentrum
 - 1014 bijgevolg meer cliënten gelijktijdig behandelt dan de erkende dagcapaciteit.
 - 1015 ○ de cliënt actief te pogen bereiken in geval de cliënt onaangekondigd niet komt
 - 1016 opdagen (aanklampende zorg)
 - 1017 ○ Voor de activiteiten die het zorgpersoneel uitvoert tav personen uit de context van
 - 1018 de cliënt (familie, ...) zonder aanwezigheid van de cliënt.

1019 Anderzijds kan een revalidatiecentrum slechts prestaties factureren wanneer de cliënt
 1020 effectief aanwezig is in het revalidatiecentrum.
 1021 Als oplossing kan men een bijkomende caseloadfinanciering voorzien à rato van een bepaald
 1022 supplementair bedrag voor iedere week dat de cliënt een face-to-face contact had met een
 1023 personeelslid van het revalidatiecentrum. Het bedrag van dit forfait is afhankelijk van het
 1024 type revalidatieconventie.

1025

1026 **Versterken van “zo inclusief als mogelijk”**

1027

1028 ➤ De vergoeding van de psychiater (barema adviserend geneesheer) moet worden afgestemd in
 1029 dezelfde orde van grootte zoals gangbaar in de deeltijdse psychiatrische zorgvormen zoals een
 1030 ziekenhuis. De opdrachten van de psychiater in een revalidatiecentrum zijn vergelijkbaar met
 1031 deze van een psychiater in een ziekenhuis (oa klinisch werk met cliënt en team, beleid,
 1032 kwaliteitsbewaking, permanentie). Een te onderzoeken voorstel is dat er per gefactureerde
 1033 revalidatiedag een kwartier psychiatertijd wordt voorzien.

1034

1035 ➤ Zorg ingebed in netwerken : er is een terechte verwachting dat de drughulpverlening zich
 1036 engageert binnen verschillende zorgnetwerken en overlegplatforms. Hulpverleners moeten veel
 1037 vlotter aan outreach, casemanagement en netwerkoverleg kunnen doen. Een aangepast
 1038 financierings- en personeelskader moet dit mogelijk maken zonder dat de voorzieningen hiervoor
 1039 financieel afgestraft worden.

1040

1041 5.1.2. Voorstellen mbt functie 4

1042

1043 5.1.2.1. Programmatie

1044

1045 ➤ Herevaluatie van de programmatiecijfers

1046

1047 De huidig geldende programmatiecijfers dateren van 1976 (KB van 3 augustus 1976)⁴. Sedertdien
 1048 zijn de zorgnoden maar ook de wetenschappelijke inzichten inzake diagnostiek en behandeling sterk
 1049 gewijzigd. Sowieso zijn de verwachtingen ten aanzien van de zorgvoorzieningen sterk gewijzigd.
 1050 Hierdoor is de kans groot dat de huidige programmatienormen niet meer aangepast zijn aan
 1051 enerzijds de huidige zorgnoden en anderzijds de bestaande zorgvormen. In het kader van
 1052 vermaatschappelijking van de zorg, zijn patiënten vragende partij naar meer deeltijdse zorgvormen
 1053 zodat zij maximaal sociale rollen kunnen blijven opnemen, ook tijdens hun behandeling. Ook omdat
 1054 ze wensen gebruik te maken van het dagziekenhuis zonder voorafgaandelijke residentiële opname.
 1055 Ook voor diagnostiek en intensieve behandeling. Hieruit volgt de noodzaak tot een actualisering van
 1056 de opdrachtsomschrijving van dag- en nachthospitalisatie, alsook ook tot een beschrijving van deze
 1057 opdrachten in verhouding tot de opdrachten van zowel residentiële zorgvormen als van ambulante
 1058 zorgvormen, rekening houdende met de efficiëntie van de ingezette middelen.

1059

⁴ 3 AUGUSTUS 1976 - Koninklijk besluit houdende vaststelling van de programmatiecriteria voor de psychiatrische ziekenhuisdiensten

1060 Internationale cijfers geven aan dat 20 à 35% ⁵ van de residentieel opgenomen patiënten in
 1061 psychiatrische ziekenhuisdiensten in aanmerking komen voor het dagziekenhuis als waardig
 1062 alternatief. Toegepast op de Belgische situatie, bekomen we:
 1063

Psychiatrische ziekenhuisdiensten		Programmatie	Reeel 1/9/2018	bevroren eind 2019	Reeel 2019 erkend-bevroren	% dag programmatie	% dag Reeel
A (AZ)	0,27 bedden per 1.000 inw.	3.076,56	2.807	69	2.738		
Ad + An (AZ)	0,075 bedden/plaatsen per 1.000 inw.	854,60	468	0	468	27,78	17,09
A (PZ)	0,5 bedden per 1.000 inw.	5.697,34	5.076	145	4.931		
Ad + An (PZ)	0,15 bedden/plaatsen per 1.000 inw.	1.709,20	1.011	47	964	30,00	19,55
T	0,90 bedden per 1.000 inw.	10.255,22	5.060	1.415	3.645		
Td + Tn	0,40 bedden/plaatsen per 1.000 inw.	4.557,87	1.422	225	1.197	44,44	32,84
B "SGA-Volwassenen"	64 bedden voor het Rijk		64		64		
Tt-bedden en Tt-plaatsen			539	20	519		
Totaal aantal bedden psychiatrische ziekenhuisdiensten volwassenen			16.447	1.921	14.526		

1064
 1065
 1066 In vergelijking met de internationale literatuur (tussen 20 à 35%) , zou men uit bovenstaande tabel
 1067 kunnen afleiden dat de programmatie goed zit maar dat de reële invulling van de programmatie voor
 1068 de deeltijdse hospitalisatie in de acute psychiatrische diensten aan de lage kant zit, zowel in de
 1069 algemene als in de psychiatrische ziekenhuizen.

1070 Vanuit de bril van vermaatschappelijking van zorg, zou elke algemeen en psychiatrisch ziekenhuis
 1071 naast de residentieële capaciteit, moeten kunnen beschikken over een zekere capaciteit aan
 1072 psychiatrische deeltijdbehandeling, .

1073 Vandaag kunnen sommige algemene of psychiatrische ziekenhuizen die vandaag niet beschikken
 1074 over een erkenning voor dagbehandeling, geen residentieële capaciteit omzetten naar
 1075 dagbehandeling wegens een programmatie die in het werkingsgebied volzet is.

1076
 1077 ➤ Aanpassing of afschaffing van art 7 van het KB van 16 juni 1999⁶

1078 Dit artikel verbiedt reconversies van bedden wanneer de beoogde reconversie zou inhouden dat het
 1079 resterende aanbod onder de grens van 50% van het programmatiecijfer zou uitkomen. Wanneer men
 1080 zou rekening houden met het reeds bevroren aantal T-bedden, kunnen een aantal regio's geen
 1081 reconversie meer uitvoeren of flirten ze met de grens. Van de programmatie van de T-diensten
 1082 volledige hospitalisatie is:

- 1083 ○ In Vlaanderen 56,3%
- 1084 ○ In Brussel 14%
- 1085 ○ In Wallonië 44%

1086 ingevuld, wat betekent dat er in Brussel en Wallonië geen reconversiemogelijk van T naar Tdag meer
 1087 mogelijk zijn en nog amper in Vlaanderen.

1088 ➤ Herberekening van de reconversiesleutel van A (volledige hospitalisatie) naar ad (dagziekenhuis)

1089 voor zowel de psychiatrische ziekenhuisdiensten in de algemene als psychiatrische ziekenhuizen en
 1090 aanpassing van art 4 van het KB van 16 juni 1999. De huidige sleutel is niet conform de klassieke
 1091 logica van reconversiesleutels (regel van drie op basis van VTE in B2, verminderd met 10%). Bij

⁵ Kallert, T ea, To what extent could acute general psychiatric day care reduce inpatient admissions. Journal of Hospital administration, 2013, vol. 2, No. 2

⁶ 16 JUNI 1999. - Koninklijk besluit tot vaststelling van de nadere regelen bedoeld in artikel 32 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, met betrekking tot de aard en het aantal bedden waarvan de desaffectatie in aanmerking mag komen om de ingebruikneming van ziekenhuisbedden mogelijk te maken.

1092 toepassing van de klassieke regel (op basis van VTE volgens erkenning) zou de reconversiesleutel 1 A
1093 = 1,44 ad ipv de huidige reconversiesleutel 1A = 1,29 ad moeten bedragen.

1094 5.1.2.2. *Financiering*

1095

1096 ➤ Introduceren van een caseloadfinanciering in de psychiatrische diensten dagziekenhuis a en t:
1097 Deze financiering die rekening houdt met de caseload moet aanvullend zijn bovenop de bestaande
1098 BFM-financiering. Een soortgelijke financiering bestaat reeds in het BFM in de financiering van het
1099 geriatriesch dagziekenhuis via een à posteriori toegevoegd bedrag op basis van geïdentificeerde
1100 geriatriesche patiënten, zoals blijkt uit de registratie van de Minimale ZiekenhuisGegevens (MZG).
1101 Een financiering die rekening houdt met de caseload in de psychiatrische diensten dagziekenhuis is
1102 eenvoudiger te realiseren via twee mogelijke pistes:

- 1103 ➤ Algemene verhoging van de personeelsnormen voor elk dagziekenhuis, vb voor elke
1104 chronische dienst dagziekenhuis (Tdag) van 7,625 naar 10 VTE per 30 erkende plaatsen.
- 1105 ➤ Een gedifferentieerd systeem in functie van de reële caseload van de individuele dienst
1106 dagziekenhuis. Dit kan in de vorm van een bijkomend forfait voor elke week dat voor een
1107 patiënt minstens 1 Face to Face activiteit in het dagziekenhuis is gefactureerd. Dit forfait
1108 dekt de inzet van de personeelsleden van het dagziekenhuis
 - 1109 ○ Voor de administratieve opvolging en zorginhoudelijke behandeling van meer
1110 patiënten dan erkende stoelen omdat niet elke patiënt sowieso 5 dagen per week
1111 aanwezig is in het dagziekenhuis en het personeel van het dagziekenhuis bijgevolg
1112 meer patiënten gelijktijdig behandelt dan het aantal erkende stoelen.
 - 1113 ○ Voor de activiteiten om de patiënt actief te pogen bereiken in geval de patiënt
1114 onaangekondigd niet komt opdagen (aanklampende zorg)
 - 1115 ○ Voor de activiteiten die het zorgpersoneel uitvoert tav personen uit de context van
1116 de patiënt (familie, ...) zonder aanwezigheid van de patiënt.

1117

1118 De eerste piste is eenvoudig uit te werken en pro-actief uit te rekenen maar de tweede piste is
1119 logischer en rechtvaardiger: hoe hoger de caseload, hoe hoger de financiering, maar deze piste
1120 vereist een kleine bijkomende administratieve handeling (facturatie van een bijkomend forfait op
1121 basis van gefactureerde verpleegdagen in het dagziekenhuis) maar deze bijkomende administratieve
1122 handeling is eenvoudig te programmeren in facturatiesoftware.

1123 Op basis van een inschatting van de bijkomende werklust om zorg te dragen voor 1,58 patiënten voor
1124 elke erkende stoel⁷ en de huidige werklust ten aanzien van niet-aanwezige patiënten en, schuift men
1125 een bedrag van Z euro als forfait per patiënt en per week naar voor voor iedere kalenderweek dat er
1126 minstens 1 verpleegdag in de dienst dagziekenhuis (Ad, Td en parallel ook Kd) voor de patiënt werd
1127 gefactureerd.

1128 Inschatting kostprijs:

1129

1130 1 erkende stoel = 1,58 patiënten in zorg

1131 30 erkende a-stoelen = 10 VTE = 700.000 €

1132 Indien we 20% van de “meer capaciteit willen afdekken: 20% van (1.58 - 1) = 0,116

⁷ Gegevens op basis van een steekproef van 10 Vlaamse PZ

1133 $700.000 \text{ €} * 0,116 / (30 * 1,58) = 1713,08 \text{ €}$ op jaarbasis per patiënt in de actieve caseload

1134 Geschat op 48 weken aanwezigheid = 35,69 € als weekforfait

1135

1136 2629 erkende, niet bevroren stoelen * 1,58 (patiënten per erkende stoel) * 48 weken op jaarbasis *

1137 35,69 euro per week = 7.115.992,12 €

1138

1139 *5.1.2.3. Personeelsomkadering: opheffing van het onderscheid t en a*

1140

1141 Om alle diensten dagziekenhuis in staat te stellen om als volwaardig alternatief te fungeren voor een
1142 volledige (residentiële) opname, is de huidige personeelsomkadering in de T-dag ontoereikend. Zeker
1143 gelet op het feit dat het onderscheid tussen A en T maar evenzeer tussen a en t inhoudelijk
1144 achterhaald is en geenszins overeenkomt met de klinische praktijk in deze diensten. Men stelt dan
1145 ook voor om de personeelsomkadering van het T- dagziekenhuis op te trekken naar A-dagziekenhuis.
1146 Voorde Tdag- diensten betekent dit een verhoging van 7,625 gefinancierde VTE / 30 erkende stoelen
1147 naar 10 VTE / 30 erkende stoelen, evenwel zonder reconversie.

1148 Kostprijs : ((1197 t-stoelen / 30 stoelen per eenheid) * (10 VTE - 7,625 VTE)) * € 70.000 per VTE =
1149 circa 6, 633 mio.

1150 In deze operatie is het aangewezen om een compensatie te voorzien voor die ziekenhuizen die in het
1151 verleden een reconversie van t-dag naar a-dag hebben gerealiseerd.

1152

1153 *5.1.2.4. Aanpassing nationale overeenkomst psychiatrische ziekenhuisdiensten (RIZIV)*

1154

1155 ➤ Cumulregels

1156 Invoegen van de expliciete mogelijkheid tot gelijktijdige zorg en behandeling in een dag- of
1157 nachtziekenhuis en de inzet van een mobiel team of zorg in een CGG om de warme overgang van de
1158 patiënt tussen de diverse zorgvormen mogelijk te maken en de zorgcontinuïteit van het mobiel team
1159 of CGG niet te onderbreken wanneer de patiënt tijdelijk in dag/nachtziekenhuis wordt
1160 heropgenomen.

1161

1162 ➤ Minimale aanwezigheid in het dagziekenhuis

1163

1164 Artikel 6 §1 van de nationale overeenkomst bepaalt dat een patiënt minimaal 7 uur aanwezig moet
1165 zijn in een dienst dagziekenhuis om een verpleegdag in het dagziekenhuis te kunnen factureren.

1166 Multidisciplinaire behandeling van minder 7 uur per dag kan theoretisch via de formule
1167 nabehandeling maar deze formule is enerzijds enkel voorbehouden voor de PZ en anderzijds laat de
1168 huidige financiering van € 11,33 per uur geen individuele therapie toe.

1169 Niet alle cliënten hebben nood aan 7 uur behandeling per dag:

1170 ○ Ofwel vult men de verplichte aanwezigheid van 7u buiten de effectieve therapie-uren
1171 op met “minder therapeutische activiteiten”, ofwel laat men de patiënt naar huis
1172 terugkeren.

1173 ○ De organisatie in halve dagen ondersteunt de maatschappelijke
1174 integratiemogelijkheden voor de cliënt want hij kan een halve dag andere
1175 maatschappelijke activiteiten uitvoeren zoals rol van ouder.

1176

1177 Naar analogie

1178 ○ met art 6 § 4 van de nationale overeenkomst, waarin de mogelijkheid geboden worden
1179 om in bepaalde gevallen 50% van de verpleegdag aan te rekenen

1180 ○ de GGZ-revalidatie overeenkomsten (die intussen naar de gemeenschappen zijn
1181 overgedragen)

1182 ○ de historische omschrijving van de formule nabehandeling,

1183 wordt gevraagd om, naast het huidig systeem, de mogelijkheid te creëren om,

1184 ○ het aanrekenen van verpleegdagen flexibeler te maken vb aanrekenen van een
1185 verpleegdag met een vork van 5 à 8 uur aanwezigheid
1186 en/of

1187 ○ prestaties te kunnen aanrekenen voor diagnose en behandelingen van minder dan een
1188 verpleegdag in het dagziekenhuis, waarbij ook (financiële) ruimte is voor individuele
1189 therapie. Zowel in een psychiatrisch als in een algemeen ziekenhuis.

1190 Bij de uitwerking van deze aanpassingen, moet men er over waken dat zij niet leiden tot een nog
1191 hogere caseload voor dezelfde personeelsequipe.

1192

1193 Vanuit het idee van zorg op maat moeten deze prestaties ook kunnen verleend worden aan cliënten
1194 die voorafgaandelijk geen residentieële opname hadden en in idealiter in samenspraak en
1195 samenwerking met andere ambulante GGZ-actoren.

1196 Het overlegorgaan stelt vast dat ambulante zorg in de vorm van een multidisciplinaire diagnose en
1197 behandeling door een multidisciplinair team (in een shared caseload) niet in het functioneel model
1198 van de Gids 107 is voorzien. Uitbreiding van de formule nabehandeling naar de psychiatrische
1199 ziekenhuisdiensten in algemene ziekenhuizen.

1200

1201 De formule nabehandeling is op heden enkel in de psychiatrische ziekenhuizen toegelaten. De
1202 nationale overeenkomstencommissie verzekeringsinstellingen – psychiatrische ziekenhuisdiensten
1203 wordt opgeroepen om deze uitbreiding te verkennen.

1204 Dit voorstel is zinvol in afwachting dat het voorgaande voorstel door de overheden wordt uitgevoerd.

1205

1206 5.1.3. Voorstellen mbt functie 5

1207

1208 *5.1.3.1. Deeltijdse respijtzorg structureel uitbouwen*

1209

1210 Mantelzorg wordt steeds belangrijker door de vermaatschappelijking van de zorg.

1211 Respijtzorg is zorg die aan cliënten gegeven wordt om mantelzorgers tijdelijk te ontlasten.

1212 Om beschikbaar te kunnen zijn voor de arbeidsmarkt, is vooral opvang overdag noodzakelijk
1213 (dagcentra). Maar ook wie 24/24 zorgt, heeft nu en dan tijd nodig voor zichzelf, ook 's avonds of
1214 buiten de kantooruren.

1215 Op heden ervaren GGZ-mantelzorgers dat hun ondersteuning niet structureel geregeld is, waardoor
1216 het voor hen quasi onmogelijk is om de zorg tijdelijk over te dragen indien nodig.

1217 Wanneer een familielid er door onvoldoende ondersteuningsmogelijkheden aan onderdoort gaat,
1218 moet er zowel voor de cliënt als voor de mantelzorgers zorg voorzien worden, wat een dubbele
1219 maatschappelijke kost meebrengt.

1220 Respijtzorg is een investering die zichzelf terugbetaalt : door mantelzorgers de nodige ondersteuning
1221 te geven, kunnen ze langer volhouden, en beter zorgen voor hun familielid. Mantelzorg heeft bijna
1222 geen maatschappelijke kost.

1223 Ondanks dat er in beleidsverklaringen en visieteksten verwezen wordt naar 'het geven van
1224 voldoende ondersteuning aan mantelzorgers', zijn er momenteel door het beleid nog geen
1225 structurele maatregelen getroffen om dit ook effectief te realiseren voor GGZ-cliënten, in
1226 tegenstelling tot ouderenzorg en zorg voor personen met een handicap, waar respijtzorg wel een
1227 mogelijkheid is.

1228 Bij het opstarten van structurele respijtzorg in de GGZ is het belangrijk dat het financieel haalbaar is
1229 voor de cliënt en de mantelzorger, dat er gezorgd wordt voor een voldoende en divers aanbod, en
1230 dat er aandacht is voor praktische zaken zoals de beschikbaarheid op flexibele tijdstippen.
1231

1232 **6. Bijlagen:**

1233 Schematische beschrijving van de verscheidene bestaande vormen van deeltijdse zorg

1234 Met telkens een beschrijving van

1235 - Wat

1236 - Waar

1237 -Doelgroep

1238 - Doelstellingen

1239 - Zorgopdrachten

1240 -Intensiteit van de contacten met de patiënt

1241 - openingsuren

1242 - Duur van de zorg

1243 - Flexibiliteit

1244 - Link met functies

1245 -Financiering: totale kost en opsplitsing aandeel zorgvrager + aandeel maatschappij

1246

1247 6.1. Deeltijdse psychiatrische zorg in een ziekenhuis

1248

1249 6.1.1. Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: Dagziekenhuis als volwaardig alternatief op
1250 residentiële opname

1251

1252

1253

Dagziekenhuis

als alternatief op een residentiële opname

1254 **Waar:** Op de ziekenhuiscampus: (In de Waalse regio kan het dagziekenhuis ook buiten een
1255 ziekenhuiscampus).1256 - In een psychiatrisch ziekenhuis of een PAAZ: moeten volledig de regels van het ziekenhuis
1257 toepassen

1258 Binnen het ziekenhuis: hetzij als afzonderlijke entiteit /afdeling met louter dagpatiënten

1259 hetzij een residentiële afdeling waar overdag een aantal dagpatiënten extra instappen in het
1260 behandelprogramma1261 **Doelgroep:** Patiënten met verschillende diagnoses: het ziekenhuis kiest welke doelgroepen in het
1262 dagziekenhuis terecht kunnen

1263

1264 **Doelstellingen:**1265 - Alternatief op residentiële opname in een ziekenhuis wanneer cliënten nood hebben aan een
1266 intensieve multidisciplinaire benadering met een gedeelde caseload door hulpverleners,
1267 maar waarbij de veiligheid van de zorgvrager noch van zijn omgeving bedreigd is.1268 Deze zorgvorm kan zowel generalistisch zijn als specifiek toegespitst op de behandeling van 1
1269 cliëntengroep of pathologie.

1270

1271 **Zorgtype:** Diagnostiek en Intensieve behandeling op kortdurende termijn

1272

1273 **Intensiteit:** 1 tot 5 dagen per week

1274

1275 **Duur:** Afwisselend, kan gaan van enkele dagen, weken tot maanden

1276

1277 **Toegankelijkheid:** in de meeste dagziekenhuizen op weekdays tijdens kantooruren met enkele
1278 uitzonderingen in de avonden

1279

1280 **Aanwezige Flexibiliteit:** min 7u/ dag, maar wisselend aantal dagen aanwezigheid in het ziekenhuis

1281

1282 **Functie:** F4

1283

1284 **Prijs:**

1285 - Maatschappelijke kost: mediane kost alle verpleegdagen over alle PZ 314 euro/dag

1286 - Persoonlijk aandeel voor de cliënt

1287 ○ Cliënten met verhoogde tegemoetkoming: 1,78 euro/dag + € 0,80 per dag voor
1288 medicatie

1289 ○ Cliënten zonder verhoogde tegemoetkoming: naargelang opnameduur varieert dit
1290 tussen 7,71 en 2,74 euro/dag + € 0,80 per dag voor medicatie

1291 - De kosten voor medicatie en maaltijden zijn vervat in de ziekenhuiskost en vallen dus ten
1292 laste van de maatschappij.

1293

1294 **Financiering:** federaal niveau

1295

1296 **Enkele struikelblokken:**

1297 - Te lage personeelsnorm om echt aan diagnose en intensieve behandeling te kunnen doen.
1298 Wordt vandaag opgevangen door interne verschuivingen binnen het ziekenhuis richting
1299 dagziekenhuis.

1300 - Te weinig psychiateren om aan diagnostiek en intensieve behandeling te doen.

1301 - Verplichte aanwezigheid van de cliënt van minstens 7u per dag waardoor men

1302 - Niet kan aansluiten op de noden van de cliënt

1303 - niet kan schakelen met vermaatschappelijking van zorg, vb omdat de cliënt
1304 sociale rollen blijft opnemen

1305 - Het personeel heeft evenveel werk voor afwezige patiënten als aanwezige patiënten maar
1306 kan de inzet voor afwezige cliënten niet factureren.

1307 - Door de grotere betrokkenheid van en op de context van de cliënt is er veel tijd nodig voor
1308 contacten met deze context. Dit in tegenstelling met de loutere aanrekenbaarheid van
1309 prestaties met fysieke aanwezigheid van de cliënt.

1310 - In kader van vermaatschappelijking is er ook nood aan locaties buiten het ziekenhuis. Dit is
1311 vandaag verboden. Ook in de praktijk is het in de huidige omstandigheden moeilijk gelet op
1312 de nodige organisatorische ondersteuning van een groter geheel om een volwaardig
1313 therapeutisch programma te kunnen aanbieden.

1314 - Doorstroming naar gepaste zorg is moeilijk omwille van wachtlijsten in andere zorgvormen,
1315 verschil in kostprijs,.....

1316

1317 6.1.2. Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: dagziekenhuis als zorg na een residentiële
1318 opname
1319

1320

Dagziekenhuis

1321

als vervolg op een residentiële opname

1322 **Waar:** Op de ziekenhuiscampus: (In de Waalse regio kan het dagziekenhuis ook buiten een
1323 ziekenhuiscampus).

- 1324 - In een psychiatrisch ziekenhuis of een PAAZ: moeten volledig de regels van het ziekenhuis
- 1325 toepassen
- 1326 - Binnen het ziekenhuis: hetzij als afzonderlijke entiteit /afdeling met louter dagpatiënten
- 1327 hetzij een residentiële afdeling waar overdag een aantal dagpatiënten extra instappen in het
- 1328 behandelprogramma

1329

1330 **Doelgroep:** Patiënten met verschillende diagnoses: het ziekenhuis kiest welke doelgroepen in het
1331 dagziekenhuis terecht kunnen

1332

1333 **Doelstellingen:**

- 1334 - Voorgezette gespecialiseerde behandeling om de overgang te maken van residentiele
- 1335 behandeling naar ambulante begeleiding, brugfunctie (her)integratie in de maatschappij en
- 1336 het netwerk van de patiënt,

1337

1338 **Zorgtype:** Intensieve behandeling of begeleiding op korterduurende termijn

1339

1340 **Intensiteit:** 1 tot 5 dagen per week, vaak in een afbouwscenario

1341

1342 **Duur:** Afwisselend, kan gaan van enkele weken tot maanden

1343

1344 **Toegankelijkheid:** in de meeste dagziekenhuizen op weekdays tijdens kantooruren met enkele
1345 uitzonderingen in de avonden

1346

1347 **Aanwezige Flexibiliteit:** min 7u/ dag, maar wisselend aantal dagen aanwezigheid in het ziekenhuis

1348

1349 **Functie:** F4

1350

1351 **Prijs:**

- 1352 - Maatschappelijke kost: mediane kost alle verpleegdagen over alle PZ 314 euro/dag
- 1353 - Persoonlijk aandeel voor de cliënt
 - 1354 o Cliënten met verhoogde tegemoetkoming: 1,78 euro/dag + € 0,80 per dag voor
 - 1355 medicatie
 - 1356 o Cliënten zonder verhoogde tegemoetkoming: naargelang opnameduur varieert dit
 - 1357 tussen 7,71 en 2,74 euro/dag + € 0,80 per dag voor medicatie
- 1358 - De kosten voor medicatie en maaltijden zijn vervat in de ziekenhuiskost en vallen dus ten
- 1359 laste van de maatschappij.

1360

1361 **Financiering:** federaal niveau

1362

1363 **Enkele struikelblokken:**

- 1364 - Gelet op de wisselende aanwezigheid van cliënten, dragen de personeelsleden een veel
1365 grotere caseload van het aantal erkende stoelen. Gemiddeld betekent 1 erkende stoel de
1366 zorg voor 1,58 cliënten. De personeelsnorm is echter berekend op basis van het erkend
1367 aantal stoelen.
- 1368 - Te weinig psychiateren.
- 1369 - Verplichte aanwezigheid van de cliënt van minstens 7u per dag waardoor men
- 1370 - Niet kan aansluiten op de noden van de cliënt
- 1371 - niet kan schakelen met vermaatschappelijking van zorg, vb omdat de cliënt
1372 sociale rollen blijft opnemen
- 1373 - Het personeel heeft evenveel werk voor afwezige patiënten als aanwezige patiënten maar
1374 kan de inzet voor afwezige cliënten niet factureren.
- 1375 - Door de grotere betrokkenheid van en op de context van de cliënt is er veel tijd nodig voor
1376 contacten met deze context. Dit in tegenstelling met de loutere aanrekenbaarheid van
1377 prestaties met fysieke aanwezigheid van de cliënt.
- 1378 - In kader van vermaatschappelijking is er ook nood aan locaties buiten het ziekenhuis. Dit is
1379 vandaag verboden. Ook in de praktijk is het in de huidige omstandigheden moeilijk gelet op
1380 de nodige organisatorische ondersteuning van een groter geheel om een volwaardig
1381 therapeutisch programma te kunnen aanbieden.
- 1382 - Doorstroming naar gepaste zorg is moeilijk omwille van wachtlijsten in andere zorgvormen,
1383 verschil in kostprijs,.....
- 1384

1385 6.1.3. Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: Dagziekenhuis als dagbehandeling

1386

1387

Dagziekenhuis als dagbehandeling

1388

1389 **Waar:** Op de ziekenhuiscampus:

- 1390 - In een psychiatrisch ziekenhuis of een PAAZ: moeten volledig de regels van het ziekenhuis
- 1391 toepassen
- 1392 - Binnen het ziekenhuis: hetzij als afzonderlijke entiteit /afdeling met louter dagpatiënten
- 1393 hetzij een residentiële afdeling waar overdag een aantal dagpatiënten extra instappen in het
- 1394 behandelprogramma

1395

1396 **Doelgroep:** Patiënten met verschillende diagnoses: het ziekenhuis kiest welke doelgroepen in het

1397 dagziekenhuis terecht kunnen

1398

1399 **Doelstellingen:** het blijven ondersteunen en laag intensief behandelen van de zorgvrager om zo de

1400 situatie van de zorgvrager te stabiliseren. Niet zelden wordt gewerkt aan het verhogen van de draag-

1401 en veerkracht van de zorgvrager en zijn omgeving, alsook het tijdelijk overnemen van de regie

1402 wanneer het een tijdje minder goed gaat met de zorgvrager. Aanbieden van een dagstructuur kan

1403 hiervan een onderdeel zijn

1404

1405 **Zorgtype:** Laag Intensieve behandeling of begeleiding of rehabilitatie zowel op kortdurende termijn

1406 als langdurende termijn

1407

1408 **Intensiteit:** 1 tot 5 dagen per week

1409

1410 **Duur:** Afwisselend, kan gaan van enkele weken, maanden tot jaren

1411

1412 **Toegankelijkheid:** in de meeste dagziekenhuizen op weekdays tijdens kantooruren

1413

1414 **Aanwezige Flexibiliteit:** min 7u/ dag, maar wisselend aantal dagen aanwezigheid in het ziekenhuis

1415

1416 **Functie:** F3 of F4

1417

1418 **Prijs:**

- 1419 - Maatschappelijke kost: mediane kost alle verpleegdagen over alle PZ 314 euro/dag
- 1420 - Persoonlijk aandeel voor de cliënt
 - 1421 ○ Cliënten met verhoogde tegemoetkoming: 1,78 euro/dag + € 0,80 per dag voor
 - 1422 medicatie
 - 1423 ○ Cliënten zonder verhoogde tegemoetkoming: naargelang opnameduur varieert dit
 - 1424 tussen 7,71 en 2,74 euro/dag + € 0,80 per dag voor medicatie
- 1425 - De kosten voor medicatie en maaltijden zijn vervat in de ziekenhuiskost en vallen dus ten
- 1426 laste van de maatschappij.

1427

1428 **Financiering:** federaal niveau

1429

1430 **Enkele struikelblokken:**

- 1431 - Gelet op de wisselende aanwezigheid van cliënten, dragen de personeelsleden een veel
- 1432 grotere caseload van het aantal erkende stoelen. Gemiddeld betekent 1 erkende stoel de
- 1433 zorg voor 1,58 cliënten. De personeelsnorm is echter berekend op basis van het erkend
- 1434 aantal stoelen.
- 1435 - Verplichte aanwezigheid van de cliënt van minstens 7u per dag waardoor men
- 1436 - Niet kan aansluiten op de noden van de cliënt
- 1437 - niet kan schakelen met vermaatschappelijking van zorg, vb omdat de cliënt
- 1438 sociale rollen blijft opnemen
- 1439 - Het personeel heeft evenveel werk voor afwezige patiënten als aanwezige patiënten maar
- 1440 kan de inzet voor afwezige cliënten niet factureren.
- 1441 - Door de grotere betrokkenheid van en op de context van de cliënt is er veel tijd nodig voor
- 1442 contacten met deze context. Dit in tegenstelling met de loutere aanrekenbaarheid van
- 1443 prestaties met fysieke aanwezigheid van de cliënt.
- 1444 - In kader van vermaatschappelijking is er ook nood aan locaties buiten het ziekenhuis. Dit is
- 1445 vandaag verboden. Ook in de praktijk is het in de huidige omstandigheden moeilijk gelet op
- 1446 de nodige organisatorische ondersteuning van een groter geheel om een volwaardig
- 1447 therapeutisch programma te kunnen aanbieden.
- 1448 - Doorstroming naar gepaste zorg is moeilijk omwille van wachtlijsten in andere zorgvormen,
- 1449 verschil in kostprijs,.....

1450

1451 6.1.4. Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: Nachziekenhuis

1452 **Nachhospitalisatie**1453 **Waar**

- 1454 - Theoretisch zowel in een psychiatrisch ziekenhuis als een PAAZ: in de feiten enkel in PZ.
- 1455 - Binnen het ziekenhuis: hetzij als afzonderlijke entiteit /afdeling met louter nachtpatiënten
- 1456 hetzij een residentiële afdeling waar 's avonds en 's nachts een aantal cliënten extra
- 1457 instappen in het behandelprogramma

1458

1459 **Doelgroep**

- 1460 - Mensen met een psychische kwetsbaarheid die overdag werken, naar school gaan, naar een
- 1461 dagactiviteitencentrum gaan...
- 1462 - Mensen met een psychotische problematiek die in het kader van hun rehabilitatie en herstel
- 1463 gemotiveerd worden om een activiteit te hebben overdag en nood hebben aan opvang in de
- 1464 avonduren.

1465 **Doelstellingen**

- 1466 - Het optimaliseren van de zelfredzaamheid, het activiteitsniveau en het sociaal
- 1467 maatschappelijk functioneren, met het oog op een betere levenskwaliteit en herstel.

1468 **Zorgtype:** rehabilitatie en herstel1469 **Intensiteit:** veelal 7 nachten per week, soms met afwezigheden tijdens weekends1470 **Duur**

- 1471 - De gemiddelde ligduur in een acuut nachthospitaal (kleine a) is maximum 6 maanden
- 1472 - De gemiddelde ligduur in een nachthospitaal voor lang verblijf (kleine t) is ?

1473 **Toegankelijkheid**

- 1474 - Een nachthospitaal is 7/7 minimaal open van 19u tot open 7u maar in de feiten veelal open
- 1475 van 17u tot 9u

1476 **Flexibiliteit**

- 1477 - Er is een minimum aanwezigheid tussen 19u en 7u gedurende de week. Patiënten mogen op
- 1478 weekend gaan.

1479 **Functie**

- 1480 - F4 maar ook F3 activering

1481 **Prijs**

- 1482 - Maatschappelijke kost: BFM, niet te onderscheiden van andere hospitalisatiediensten:
- 1483 Mediaan € 314 / dag
- 1484 - Remgeld voor de cliënt: identiek als voor een residentiële opname in een ziekenhuis, en dus
- 1485 afhankelijk van het soort werk dat men doet en het statuut dat men heeft.

Geen werk

	<u>eerste dag</u>	<u>eerste 2 maand</u>	<u>tot 6de maand</u>	<u>vanaf 7de maand</u>
met VKR	5,80	5,80	5,80	5,80
anderen	32,12	10,76	7,53	6,75

Onbezoldigd werk

	<u>eerste dag</u>	<u>eerste 2 maand</u>	<u>tot 6de maand</u>	<u>vanaf 7de maand</u>
met VKR	5,80	5,80	5,80	5,80
anderen	32,12	10,76	7,53	6,75

Beschutte werkplaats

	<u>eerste dag</u>	<u>eerste 2 maand</u>	<u>tot 6de maand</u>	<u>tot 1ste jaar</u>	<u>vanaf 2de jaar</u>
met VKR	11,46	11,46	11,46	11,46	11,46
decendent	48,65	16,42	13,19	12,41	12,41
langdurig werkloos	48,65	16,42	13,19	12,41	12,41
PTL of alimentatie	58,92	26,69	23,46	22,68	12,41
anderen	58,92	26,69	23,46	22,68	22,68

Bezoldigd werk

	<u>eerste dag</u>	<u>eerste 2 maand</u>	<u>tot 6de maand</u>	<u>tot 1ste jaar</u>
met VKR	11,46	11,46	11,46	11,46
decendent	48,65	16,42	13,19	12,41
PTL of alimentatie	58,92	26,69	23,46	22,68
anderen	58,92	26,69	23,46	22,68

1486 **Financiering:** federale overheid

1487 **Enkele struikelblokken**

- 1488 - Nachhospitalisatie is minimaal voorzien van 19u tot 7u. Echter, permanentie overdag blijft
 1489 aangewezen gezien niet alle cliënten een voltijdse activiteit overdag aankunnen. Deze
 1490 permanentie is ook nodig tijdens de weekends wanneer de meeste cliënten overdag geen
 1491 activiteit hebben.
- 1492 - Door de steeds zwaarder wordende problematiek (tgv kortere hospitalisaties, meer acute
 1493 pathologie, meer gedwongen opnames (in nazorg) en meer dubbele diagnose) en ook
 1494 doordat de doelgroep meer en meer multicultureel is, is het niet altijd evident om overdag
 1495 een geschikte activiteit buitenshuis te vinden.
- 1496 - Doordat er vaak lange wachtlijsten zijn in beschut wonen en PVT loopt de doorstroming soms
 1497 moeilijk. Ook de wachtlijsten voor een sociale woning gaan over jaren en de privé
 1498 huizenmarkt is voor de meeste van onze bewoners onbetaalbaar.
- 1499 - Wanneer het niet over een gespecialiseerd ziekenhuis gaat maar over een ziekenhuisdienst
 1500 binnen een bestaande afdeling is het soms moeilijk om op een adequate wijze een
 1501 therapeutisch programma te organiseren tijdens de avonduren. De structuur wordt eerder
 1502 gebruikt om patiënten zonder woonst op te vangen.

1503 6.1.5. Bijlage Deeltijdse zorg in een ziekenhuis: nabehandeling

1504

1505 **Nabehandeling**1506 **Waar**

- 1507 - Binnen of buiten het psychiatrisch ziekenhuis maar ten laste genomen door het personeel
1508 van het psychiatrisch ziekenhuis.

1509 **Doelgroep**

- 1510 - Voor cliënten die gedurende minstens 7 dagen in een psychiatrische ziekenhuisdienst (AZ of
1511 PZ) waren opgenomen, hetzij in volledige hospitalisatie, hetzij in partiële hospitalisatie, en
1512 nood hebben aan een verdere behandeling.

1513 **Doelstellingen**

- 1514 - Voorgezette behandeling, integratie in de maatschappij en hervulpreventie.

1515 **Zorgtype:**

- 1516 - Behandeling, begeleiding en/of rehabilitatie

1517 **Intensiteit**

- 1518 - Het maximum aantal uren nabehandeling per cliënt is beperkt tot maximaal 6 uur per
1519 kalenderdag en tot maximaal 15 uur per kalenderweek.

1520 **Duur**

- 1521 - De nabehandeling mag lopen over een periode van maximum zes maanden. Er kan slechts
1522 één verlenging van maximum zes maanden (12 maanden voor schizofrene patiënten) worden
1523 toegestaan.

1524 **Toegankelijkheid:**

- 1525 - In theorie 24/24 7 dagen op 7, in de praktijk enkel op weekdays tijdens kantooruren
1526 aansluitend bij een residentiële afdeling dan wel bij een afzonderlijke dienst daghospitalisatie

1527 **Flexibiliteit**

- 1528 - De nabehandeling kan per cliënt variëren, zowel in het aantal uren per dag als in het aantal
1529 uren per week, zolang de maxima (6u per dag en 15u per week) niet worden overschreden.

1530 Maar: nabehandeling moet beginnen binnen de maand die volgt op een periode van
1531 opname van minimum 7 dagen in een psychiatrische ziekenhuisdienst

1532 **Functie**

- 1533 - F4 of F3

1534 **Prijs**

- 1535 - Maatschappelijke kost: 11,49 euro/ uur (vanaf januari 2019)
1536 - Remgeld voor de cliënt : zowel voor de cliënt met of zonder voorkeurregeling: geen remgeld
1537 en dus gratis (exclusief medicatie en maaltijden)

1538 **Subsidiëring**

1539 - RIZIV

1540 **Enkele struikelblokken**

1541 - Sommige cliënten hebben langer dan 1 jaar nood aan nabehandeling. Een langere periode
1542 kan enkel mits een nieuwe ziekenhuisopname van minstens 7 dagen. Deze zeven dagen
1543 voorafgaande opname als voorwaarde voor nabehandeling is voor sommige van deze
1544 cliënten een barrière.

1545 - De financiering van € 11,49 per uur laat niet om aan cliënten individuele sessies aan te
1546 bieden, waardoor nabehandeling in de feiten gereduceerd wordt tot groepsessies.

1547 - De formule nabehandeling wordt vandaag enkel gefinancierd in PZ en niet in een PAAZ.

1548 - Er is geen vaste personeelsinzet in een PZ om deze nabehandeling te realiseren

1549 - Er is geen financiering voor de medische functie voor cliënten in nabehandeling.

1550

1551 6.2. Revalidatie

1552

1553 6.2.1. Bijlage Deeltijdse zorg in de vorm van revalidatie: Psychosociale revalidatie

1554

Psychosociale revalidatie volwassenen1555 **Waar:** kleinschalige initiatieven die zich in de samenleving bevinden1556 **Doelgroep:** cliënten (min. 16 jaar) met een min of meer gestabiliseerde psychische problematiek
1557 (met exclusie van verslaving als primaire diagnose)1558 **Doelstellingen:** persoonlijk herstel en sociaal herstel; de cliënt heeft een re-integratie in de
1559 samenleving op het oog, waarbij arbeid/opleiding in zijn diverse vormen een belangrijk middel (niet
1560 doel!) is.1561 **Zorgtype:** intensieve multidisciplinaire dagbehandeling1562 **Intensiteit:** er wordt gewerkt per halve dagen van min 3 uur. Het minimum kan 1 halve dag/week
1563 zijn, het maximum 9 of 10 halve dagen/week. Gezien het zorgtype “intensief” is, kan worden
1564 verondersteld dat het aantal halve dagen eerder hoog is (eventueel minder omdat het
1565 revalidatieprogramma complementair is aan andere activiteiten van de cliënt in de samenleving, vb.
1566 opleiding)1567 **Duur:** De maximumduur wordt vastgelegd afhankelijk van de diagnose en varieert tussen 12 en 24
1568 maanden. De gemiddelde behandelingsduur kan variëren per centrum, maar bevindt zich meestal
1569 tussen 6 en 12 maanden.1570 **Toegankelijkheid:** op weekdays tijdens de kantooruren1571 **Aanwezige Flexibiliteit:** de intensiteit inzake aantal aanwezigheidsdagen kan variëren naargelang de
1572 noden van de cliënt (heel intensief (9 tot 10 dagdelen/week) en laag intensief (1 à 2 dagdelen/week));
1573 gemiddeld kan worden gerekend op een aanwezigheid van 7 halve dagdelen/week1574 **Functie:** F31575 **Prijs:** er wordt een forfait betaald aan het centrum per dag (of halve dag). Dit varieert per centrum
1576 (er is een forfaitberekening per centrum). Het gros van de centra zal een forfaitsprijs hebben in de
1577 vork van 170 tot 232 euro per volle gepresteerde revalidatiedag. De cliënt zonder verhoogde
1578 tegemoetkoming betaalt een remgeld van 1,84 euro/dag. Voor personen met verhoogde
1579 tegemoetkoming is er geen remgeld.

1580 De cliënt betaalt zelf maaltijden en medicatie (is niet inbegrepen in het forfait).

1581 **Financiering:** De financiering was tot 31/12/2018 vanuit RIZIV, vanaf 1/1/2019 (als gevolg van de
1582 zesde staatshervorming) is de financiering vanuit de deelstaten1583 **Enkele struikelblokken:**

1584 Aangezien er per halve dag wordt gewerkt, laat deze organisatievorm al heel wat flexibiliteit toe.

1585

1586 Problemen die opduiken:

1587 - Er zijn veel regels inzake cumulatie met andere zorgvormen die vooral stipuleren dat de
1588 zorg in een revalidatiecentrum niet mag worden gecombineerd met andere zorgvormen of
1589 zelfs een beperkt verbod inzake ketenzorg (max. 20 % van de revalidanten mag voordien in
1590 een PZ zijn opgenomen).

- 1591 - Een cliënt komt 's ochtends later toe en is dus geen drie uur aanwezig maar vraagt
1592 intensieve opvolging in de wel aanwezige uren: deze personeelsinzet van minder dan drie
1593 uur kan niet worden aangerekend.
- 1594 -
- 1595 - De duur van het revalidatieprogramma wordt bepaald in functie van de diagnose. De
1596 diagnose vertelt weinig over het hersteltraject van de cliënt en bijgevolg is diagnose geen
1597 goede voorspeller van de benodigde duur van het revalidatieprogramma. Dus de termijn (12
1598 à 24 maanden) is geen goede maat van definiëring van zorgnood. Beter is het om de cliënt
1599 een quotum aan halve revalidatiedagen toe te kennen die hij/zij over een periode van x
1600 aantal maanden kan inzetten, naargelang de zorgvraag.
- 1601
- 1602 - Te hoge bezettingscijfer: de financiering is berekend op 90% om break-even te draaien. Gelet
1603 op afwezigheden van zowel cliënten als therapeutisch personeel is dit percentage moeilijk te
1604 halen. Gezien de hulpvraag en maatschappelijke context (vb. nemen van verlof, zorgen voor
1605 kinderen, ziekte...) is er een hoog afwezigheidspercentage van cliënten te verwachten
1606 (ongeveer 20%) tegenover het aantal geplande aanwezigheden. Dit noodzaakt tot
1607 overboeking van aanwezigheidsmomenten (waarbij op een dag van weinig afwezigheid er
1608 dan overtal aan aanwezigheid is) om de jaarbezetting te realiseren . Een lager %
1609 aanwezigheid om break-even te draaien is aangewezen (vb. dagbehandeling in een
1610 ziekenhuis= 80% bezetting)
- 1611
- 1612 - Indien er boven de 90% capaciteit wordt gepresteerd, kan er nog 4% à halve prijs worden
1613 gefactureerd (van 90 tot 94 % jaarbezetting). Dit garandeert een kleine winstmarge, maar te
1614 klein om een slecht bezettingsjaar van één van vorige jaren (dus eindigen onder 90%
1615 facturatie) op korte tijd goed te maken.
- 1616
- 1617 - Van zodra de facturatiecapaciteit van 94% is overschreden, moeten prestaties aan een
1618 nultarief worden aangerekend. Dit betekent dat de cliënt ook geen remgeld meer betaalt.
1619 Voor cliënten is het onverstaanbaar dat zij ergens in december plots geen remgeld meer
1620 moeten betalen om dan per 1 januari wel opnieuw te moeten betalen.
- 1621
- 1622 - De revalidatiecentra opgestart in het kader van art. 107 zijn te klein om kwaliteitsvol te
1623 werken op lange termijn.
- 1624

1625 6.2.2. Bijlage G: Deeltijdse zorg in de vorm van revalidatie: verslaving
1626

1627 6.3. Andere vormen van deeltijdse psychiatrische zorg

1628

1629 6.3.1. Bijlage I: Deeltijdse zorg dagactiviteitencentra / ontmoetingscentra / aanloophuizen

1630

1631 **Ontmoetings- / Dagactiviteitencentrum / Club Thérapeutique**

1632

Al dan niet met zorg en ondersteuning1633 **Waar:** - In de maatschappij, bij voorkeur in de wijk1634 **Doelgroep:**

- 1635 - Volwassenen en ouderen met een psychische kwetsbaarheid die
- 1636 o Hetzij niet meer in zorg zijn
- 1637 o Hetzij nog ergens in een GGZ-voorziening in zorg zijn
- 1638 o Hetzij niet in zorg geraken / willen

1639 **Doelstellingen:**

- 1640 - Algemeen: herstelprocessen van de cliënt ondersteunen op een laagdrempelige wijze
- 1641 - Specifiek:
- 1642 o Ontmoeting/sociale contacten opbouwen, lotgenotencontact
- 1643 o Zelfvertrouwen terug opbouwen door het opnemen van verschillende rollen /
- 1644 verantwoordelijkheden
- 1645 o Invullen vrijetijd
- 1646 o Mogelijkheid tot gesprek

1647 **Zorgtype:** “breng cliënten van stand “0” naar stand “1” en houd ze minstens op stand “1”

- 1648 - Laagdrempelige inloop + opvang
- 1649 - Groepsbegeleiding
- 1650 - Vrijblijvend aanbod van vrijetijdsactiviteiten
- 1651 - Ondersteunen van consumer-run- initiatieven
- 1652 - In geval van crisis : mogelijkheid tot individueel gesprek.
- 1653 - Linken naar andere reguliere organisaties in de buurt: vrijetijd, vorming, werk,
- 1654 - Voor sommige cliënten:
- 1655 o harm reduction
- 1656 o laagdrempelige ondersteuning van de context van de cliënt

1657 **Intensiteit:**

- 1658 - De cliënt bepaalt zelf hoe vaak per week en hoelang per dag hij naar het centrum komt.

1659 **Duur:**

- 1660 - Onbepaald- Onbeperkt - Geen duur vastgelegd: sommige cliënten komen vele jaren, anderen
- 1661 een paar maand.

1662 **Toegankelijkheid:**

- 1663 - Sommige centra zijn gedurende enkele uren per week open, andere kennen ruime
1664 openingsuren, sommige zijn ook geopend in de avonduren en/of weekends

1665 **Flexibiliteit:**

- 1666 - Zeer grote flexibiliteit: cliënt kiest zelf wanneer hij langskomt
1667 - Zeer weinig administratie en registratie, geen dossiers,

1668 **Functie:**F3 en F1

1669 **Prijs:**

- 1670 - Maatschappelijke kost: werkingskosten voor het centrum + beperkt aantal VTE ter
1671 ondersteuning van de activiteiten. Heel verschillend per centrum.
1672 - Kost voor de cliënt: gratis
1673 - Maaltijden en dranken zijn te betalen, vaak tegen kostprijs

1674 **Financiering:**

- 1675 - Zeer vaak een samenraapsel van diverse financieringsbronnen: gemeenschapsmiddelen via
1676 activering van de initiatieven beschut wonen, andere GGZ-voorzieningen, lokale besturen,
1677 projectmiddelen.

1678 **Struikelblokken:**

- 1679 • Geen duidelijke programmatie van deze zorgvorm
1680 • Gebrek aan structurele en dus recurrente financiering, wat leidt tot permanente onzekerheid
1681 over het voortbestaan
1682 • Staan soms in voor eerste en enige opvang van cliënten die elders geen zorg vinden of zelfs
1683 geweerd worden. Deze cliënten hebben ook zorg en ondersteuning nodig.
1684 • Zouden in de ideale wereld niet moeten bestaan want in een inclusieve maatschappij zouden
1685 mensen met een psychische kwetsbaarheid aansluiting vinden bij reguliere buurtwerkingen
1686 en vrijetijdsverenigingen.

1687

1688 6.3.2. Bijlage Deeltijdse zorg Arbeids(zorg)centrum

1689

1690

Arbeids(zorg)centrum

1691 **Waar:** - In de maatschappij, bij voorkeur in de wijk1692 **Doelgroep:**

1693 - Volwassenen en ouderen met een psychische kwetsbaarheid die

1694 o Hetzij niet meer in zorg zijn

1695 o Hetzij nog ergens in een GGZ-voorziening in zorg zijn

1696 o hetzij niet in zorg geraken / willen

1697 En zinvolle arbeidsmatige activiteiten willen vervullen

1698 **Doelstellingen:**1699 - Herstel en inclusie op het domein van werk, vrijwilligerswerk en/of arbeidsmatige
1700 activiteiten.

1701 - Link naar reguliere (=niet categoriale) arbeidsinitiatieven

1702 **Zorgtype:**1703 - Begeleiding: arbeidszorg, arbeidsmatige activiteiten, arbeidstrajectbegeleiding en
1704 loopbaanbegeleiding1705 **Intensiteit:**1706 - De cliënt bepaalt zelf hoe vaak per week hij deelneemt aan de arbeidsmatige activiteiten
1707 maar niet vrijblijvend: afspraken over hoeveel dagdelen per week. Meestal verschillende
1708 dagdelen per week1709 **Duur:**

1710 - Onbepaald- Onbeperkt -: sommige cliënten komen een paar maand, andere vele jaren.

1711 **Toegankelijkheid:**

1712 - Op weekdays tijdens de kantooruren

1713 **Flexibiliteit:**1714 - Enige mate van flexibiliteit: cliënt kiest zelf hoeveel dagdelen hij wil werken maar hierover
1715 worden afspraken gemaakt wanneer hij geacht wordt aanwezig te zijn.1716 **Functie:** F31717 **Prijs:**1718 - Maatschappelijke kost: werkingskosten voor het centrum + aantal VTE ter organisatie en
1719 begeleiding van arbeidsmatige van de activiteiten. Heel verschillend per centrum.

1720 - Kost voor de cliënt: gratis

1721 - Maaltijden en dranken zijn te betalen, vaak tegen kostprijs

1722 **Financiering:**

- 1723 - Zeer vaak een samenraapsel van diverse financieringsbronnen: gemeenschapsmiddelen via
1724 activering van de initiatieven beschut wonen, andere GGZ-voorzieningen, lokale besturen,
1725 projectmiddelen.
1726 - Beperkte opbrengst van eigen productie

1727 **Struikelblokken:**

- 1728 • Geen programmatie van deze zorgvorm
1729 • Gebrek aan structurele en dus recurrente financiering, wat leidt tot permanente onzekerheid
1730 over het voortbestaan
1731 • Aanvullend ten over staan van reguliere tewerkstellingsinitiatieven voor personen met een
1732 verre afstand tot de arbeidsmarkt, die onvoldoende aansluiting vinden bij mensen met een
1733 psychische kwetsbaarheid en hierdoor vaak miskend. Valt veelal tussen de plooiën van de
1734 beleidsdomeinen zorg/welzijn en werk
1735 • Gebrek aan capaciteit
1736 • Geen duidelijk statuut in de sociale zekerheid

1737

1738 6.3.3. Bijlage Deeltijdse zorg Respijtzorg

1739

Deeltijdse respijtzorg1740 **Waar:** thuis, in de maatschappij of annex woonzorgvorm in de GGZ (beschut wonen, PVT,)1741 **Doelgroep:** alle cliënten met een psychische kwetsbaarheid die een langerdurende zorg en

1742 ondersteuning door mantelzorgers veronderstellen

1743 **Doelstellingen:** Tijdelijke ondersteuning van mantelzorgers door tijdelijke overname van de

1744 ondersteuning aan de cliënt

1745 **Zorgtype:** Opvang1746 **Intensiteit:** : kan variëren van enkele uren, volledige dag, aantal dagen in de week1747 **Duur:** volgens noodzaak of (met een maximum per jaar?)1748 **Aanwezige Flexibiliteit:** op afspraak1749 **Functie:** F31750 **Prijs:**

1751 - maatschappelijke kost:

1752 o personeelskost voor organisatie

1753 o begeleiders: ervaringsdeskundigen, vrijwilligers, ...

1754 o kost voor lokalen

1755 - kost voor de cliënt : eigen medicatie en maaltijden

1756 **Financiering:** - Gemeenschappen1757 **Struikelblokken:**

1758 - bestaat vandaag nog niet voor GGZ-cliënten

1759 - Wel bestaande vormen voor andere doelgroepen: ouderen, personen met een beperking,

1760 gezinnen met ernstig zieke kinderen

1761 - Nood aan flexibele toegang

1762

1763