FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/546-2 (*)

Brussel, 16 december 2021

Advies van de FRZV over de programmatie psychiatrische diensten

Namens de Voorzitter,

Margot Cloet

i.o., Francis Vyncke, diensthoofd MO

Francis Vyncke (Signature)

Digitally signed by Francis Vyncke (Signature)
Date: 2021.12.20 15:24:54 +01'00'

Annick Poncé

directeur-generaal ad interim

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 16/12/2021 en op dezelfde datum door het Bureau geratificeerd.

1. Situering

In antwoord op de adviesvraag van minister Vandenbroucke d.d. 30.06.21 betreffende de programmatie van de ziekenhuisbedden keurde de FRZV een advies goed waarin een aantal grote principes worden geformuleerd (FRZV/D/540-2). Om dieper te kunnen ingaan op deze principes werd de noodzaak onderstreept voor voldoende wetenschappelijk onderzoek. Voorts werden twee sub-werkgroepen opgestart om de meer specifieke aspecten van de programmatie van de Sp-diensten en psychiatrische diensten te bekijken. Onderstaand ontwerpadvies is een voorstel van de sub-werkgroep psychiatrische diensten die op 03.12.21 en 14.12.21 vergaderde.

In de brief van 12.10.21 deelt minister Vandenbroucke mee dat hij op korte termijn op basis van een advies van de werkgroep programmatie van het Comité Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren (COMGGKJ) een voorstel aan de FRZV zal overmaken. In dezelfde brief deelt de minister mede dat hij ook een voorstel aan de FRZV zal bezorgen over de programmatie van de ID- en HIC-units. In afwachting van deze twee voorstellen en eveneens in afwachting van het noodzakelijk uit te voeren wetenschappelijk onderzoek en om de deadline van 31.12.21 zoals vermeld in de voornoemde brief van minister Vandenbroucke van 12.10.21 zoveel mogelijk te respecteren wil de FRZV met dit advies al een eerste concreet voorstel formuleren over de A/a- en T/t-bedden alsook over een aantal toe te voegen reconversieregels.

2. Enkele voorafgaandelijke beschouwingen en aandachtspunten

- Vanuit de principes van geïntegreerde benadering moet ook de programmatie van andere zorgvormen (PVT, IBW, CGG …), gespecialiseerde ziekenhuizen en aanleunende levensdomeinen (wonen, welzijn, arbeid …) idealiter in aanmerking worden genomen bij de herziening van de programmatie van psychiatrische ziekenhuisdiensten.
- De psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische diensten in AZ zijn en blijven een belangrijke schakel in het zorgcircuit, op dezelfde basis als alle actoren in het zorgtraject. Een coherent netwerkbeleid moet ervoor zorgen dat elke patiënt met een psychiatrische zorg op het juiste moment bij de juiste zorgactor de juiste kwalitatieve en toegankelijke zorg kan krijgen . Elke patiënt moet, in overeenstemming met de beginselen van herstel, kunnen beslissen waar deze zorg in elke fase van zijn zorgtraject zal worden verleend.
- Programmatie is sterk verweven niet alleen met financiering en erkenning maar ook met kwaliteit van zorg. Kwaliteitsvolle zorg ontplooien hangt ook sterk af van de beschikbare capaciteit en van voldoende gekwalificeerd personeel. De FRZV pleit in dit verband voor een wetenschappelijk onderbouwde studie om voor de psychiatrische diensten in de AZ en PZ te komen tot een “patient to caregiver” ratio.
- Er wordt voorgesteld het aantal bedden/plaatsen van zorgunits in de operationele werking te beperken tot maximum 24 per unit (i.p.v. huidige 30 voor A-, T- en Sp-diensten). De huidige omkadering wordt behouden voor een lager aantal bedden. Kleinere zorgunits hebben uiteraard een effect op de reconversieregels. Een directe link met de programmatie is er niet. Het is evident dat een dergelijke aanpassing op een gefaseerde wijze dient te gebeuren om de ziekenhuizen in staat te stellen de infrastructuur aan te passen met de nodige financiële tussenkomst van de deelstaten.

- De toekomstige programmatie moet voldoende differentiatie naar specialisaties en specifieke (sub)doelgroepen (bijvoorbeeld eetstoornissen) mogelijk maken. Bij de verdere uitwerking van de programmatie moet nagegaan worden wat zinvolle specialisaties zouden kunnen zijn. Een te vergaande differentiatie kan de flexibiliteit van de programmatie beperken.
- Het noodzakelijk wetenschappelijk onderzoek is veelomvattend en kan door meerdere onderzoekscentra uitgevoerd worden. Zoals in het advies van 18.11 is opgemerkt, zal de wetenschappelijke studie het mogelijk maken concrete voorstellen uit te werken op basis van objectieve en flexibele criteria naar gelang van de plaatselijke noden. Het is inderdaad van belang dat bij de programmatie rekening wordt gehouden met de specifieke noden van het zorggebied (met inbegrip van de stedelijke centra) en met de historische verdeling van de bedden. Omwille van de huidige ongelijke spreiding moet de toekomstige programmatie zorgen voor een betere geografische toegankelijkheid.
-
- De FRVZ wil bij de door de minister vermelde prioriteiten (K/k, Sp en A/a) aangeven dat bepaalde specifieke (sub)doelgroepen eveneens een prioritair karakter vertonen. Meer concreet vermelden we hierbij onder meer de patiënten met een gedwongen statuut (observatie, d.w.z. ziekenhuisopname onder dwang in het kader van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van geesteszieken), de patiënten met dubbele diagnose (psychiatrische aandoening in combinatie met een verslavingsproblematiek en psychiatrische aandoening in combinatie met een mentale beperking) en de jongeren in de leeftijdsgroep van 16-23 jaar.

3. Voorstel m.b.t. bijkomende A/a in AZ en reconversie van T/t naar A/a

- Momenteel is het voor de FRZV niet duidelijk welke problemen zich momenteel op korte termijn stellen inzake A/a-capaciteit. Om een eerste zicht te krijgen op de huidige situatie, stelt de sub-werkgroep psychiatrische diensten voor om een snelbevraging te organiseren bij de AZ en PZ. De bevraging heeft zowel betrekking op de lopende aanvragen als op de aanvragen die op korte termijn door AZ en PZ ingediend zullen/zouden kunnen worden. Dit zal echter geen weergave zijn van geobjectiveerde noden. Zo kan zich in een ziekenhuis of regio een situatie voordoen waar geen reconverteerbare bedden/plaatsen meer zijn of is er geen ruimte meer binnen de programmatie.
- Binnen de huidige programmatie op landelijk niveau is in de AZ en PZ nog een beperkte marge beschikbaar voor reconversie naar A/a.
- De FRZV wil de AZ stimuleren om de reconversie niet te beperken tot het creëren van A-bedden, maar ook te reconverteren naar a-dag en mobiele teams, inzonderheid 2a-teams. In het kader van de verdere vermaatschappelijking pleit de FRZV om nog meer in te zetten op daghospitalisatie en een flexibele omzetting van volledige naar partiële hospitalisatie en vice-versa.
- Sommige leden beschouwen een reconversie naar A/a index in een AZ niet haalbaar als dat dient te gebeuren vanuit verantwoorde bedden. Deze voorwaarde vormt voor de AZ een belangrijke rem op het creëren van bijkomende A/a-capaciteit.
- De FRZV stelt voor om de programmatie van A/a en T/t voor de PZ samen te voegen (een samenvoeging van A + T en een samenvoeging van a + t). Het onderscheid tussen A en T indexen spoort al lang niet meer met de programma gerelateerde werking van de PZ. Dit voorstel sluit ook aan bij de flexibele benadering van de toekomstige programmatie zoals

vermeld in het voornoemde advies van 18.11 ll. Om de reconversie van T/t naar A/a mogelijk te maken moet de bestaande beperking waardoor het aantal T-bedden niet mag zakken onder de 50% van de programmatie opgeheven worden. Dit voorstel staat ook al uitdrukkelijk vermeld in het voornoemde advies van 18.11 ll.

- In de context van een dynamische programmatie pleit de FRZV voor een flexibilisering van de daghospitalisatie. Binnen het RIZIV vinden hierover informele gesprekken plaats om te komen tot een aanpassing van de verminderde minimale aanwezigheid in daghospitalisatie.
- Het is evident dat de goedkeuring voor reconversie naar A/a door de bevoegde overheid na een consultatie van de betrokken netwerken (GGZ-netwerken en eventueel loco-regionale klinische netwerken) moet steunen op een goed onderbouwde motivering van de ZH die willen reconverteren naar A/a die ook rekening houdt met de andere actoren in het zorgtraject (liaison, mobiele teams, dagbehandeling …). In het kader van zorgcontinuïteit en de ontwikkeling van zorgprogramma's moet het ambulant en het residentieel aanbod op een geïntegreerde wijze worden uitgebouwd. Extra bed/plaats capaciteit moet vertrekken vanuit de werkhypothese dat het beantwoordt aan een expliciete en prioritaire behoefte en dat geen hypotheek wordt gelegd op de nog uit te werken toekomstige wetenschappelijk onderbouwde programmatie gebaseerd op reële zorgnoden. Deze motivering is belangrijk vanuit de vaststelling dat vooral in de PZ bedden en plaatsen werden bevroren voor de vorming van mobiele teams. De bevroren bedden/plaatsen moeten op het moment van structuralisering van de mobiele teams omgezet worden in een specifieke programmatie voor deze zorgvorm. Sedert 2012 zijn er in totaal 2.017 bedden en plaatsen buiten gebruik gesteld, waarvan 1.723 voor de vorming van mobiele teams (1.661 in de PZ en 62 in de AZ), hetgeen overeenkomt met een afbouw van ongeveer 10% van de totale erkende capaciteit van de PZ. Door een bevriezing van 294 bedden in de PZ werden 630 bestaande bedden geïntensifieerd (ID- en HC-units) *(cijfers nog te checken op hun actualiteitswaarde)*.

4. Reconversieregels

In afwachting van het in kaart brengen van de reële zorgnoden op basis van wetenschappelijk onderzoek stelt de FRZV voor om de volgende reconversieregels toe te voegen:

- Reconversie naar PVT en IBW terug invoeren + verbreding naar WZC en revalidatiecentra. Sedert de 6de staatshervorming behoren deze zorgvormen tot de bevoegdheid van de deelstaten. Deze reconversie moet dan ook afgestemd worden met de deelstaten.
- Reconversie mogelijk maken van a-nacht naar a-dag en van t-nacht naar t-dag
- Directe reconversie mogelijk maken van C- en D-bedden naar mobiele teams zonder een tussenstap via de A/a-programmatie
- Reconversie naar ID- en HIC-diensten
- Reconversie naar specifieke (sub)doelgroepen zoals onder meer IB-for, dubbele diagnose psychiatrische aandoening en verstandelijke beperking, dubbele diagnose psychose en verslaving … Hiervoor dringt zich wetenschappelijk onderzoek op.

5. Budgettaire gevolgen

In het advies van 18.11 ll. vestigde de FRZV de aandacht erop dat een nieuwe programmatie binnen een budgetneutraal karakter niet haalbaar is. De FRZ geeft aan dat een aantal van de bovenstaande voorstellen niet budgetneutraal kunnen gerealiseerd worden. De huidige reconversie- en financieringsregels voorzien immers dat er bij reconversie van bedden er budget mee verschuift. Bovendien is er een voorstel om de bestaffing te verhogen. De reconversie van (lege en dus momenteel niet gefinancierde niet-verantwoorde) acute bedden naar psychiatrische bedden of mobiele teams zou dus gepaard gaan met een nog lagere financiering van de zorg in de acute verantwoorde bedden (die momenteel al ondergefinancierd zijn). Een aanpassing van de programmatie- en reconversieregels volgens de voorstellen van dit advies dient bijgevolg gepaard te gaan met de nodige verhoging van het totale BFM. De FRZV is graag bereid om deze voorstellen verder uit te werken".