

# Gids naar een betere ggz door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken

## 1. Historiek

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) vertegenwoordigt een dynamische sector die steeds op zoek gaat naar een betere afstemming van het zorgaanbod op de behoeften van personen met psychische problemen. In de jaren '70 van de 20<sup>ste</sup> eeuw werd ernaar gestreefd een aantal kwaliteitsvereisten vast te leggen betreffende de werking van psychiatrische ziekenhuisdiensten. In die zin werden de erkenningsnormen en programmatiecriteria voor de A- en T-diensten voor volwassenen en de K-diensten voor kinderen vastgelegd.

De medisch-pedagogische instituten (mpi) werden in het leven geroepen voor jongeren met een handicap die niet thuis konden opgevangen worden. De mpi bieden, naast verblijf en begeleiding, eveneens aangepaste vorming en revalidatie aan.

Daarnaast ontstond er in de jaren zestig via overeenkomsten tussen revalidatiecentra en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een specifiek zorgaanbod dat gericht was op revalidatie en rehabilitatie van personen met psychische problemen.

In die tijd werd tevens een eerste belangrijke stap gezet naar gemeenschapsgerichte zorg, namelijk door het ontstaan van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg). Personen met psychische problemen kunnen in deze centra terecht voor ambulante hulp waardoor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis (pz) of op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (paaz) was niet langer een noodzaak was bij de behandeling van dergelijke problemen.

In de jaren 60 werden dispensaria voor geesteshygiëne opgericht waarin men de nadruk legde op preventief werken en een vroegtijdige opsporing van psychische problemen. Deze dispensaria evolueerden in 1975 naar cgg die, door het KB van 1975, een belangrijke plaats kregen in het zorglandschap en gedeeltelijk de zorg voor de psychiatrische patiënt overnamen. De onderliggende filosofie van de centra is dat psychische en psychiatrische problemen een ruimere benadering vergen dan de louter medische benadering. De mens is immers een bio-psycho-sociaal wezen en elementen uit het psychosociale veld kunnen naast het medisch-psychiatrische bijdragen tot het oplossen van geestelijke gezondheidsproblemen. Zo werd het mogelijk dat dankzij de ambulante zorg personen met ernstige psychische problemen in de maatschappij konden worden opgevangen.

In de jaren 80 drong het besef door dat een steeds verdere uitbreiding van het residentiële ggz-aanbod niet ten volle beantwoordde aan de behoeften en concrete zorgvragen van personen met psychische problemen. Vandaar de introductie van een moratorium; de beslissing om het totaal aantal residentiële bedden en plaatsen niet verder te laten stijgen. Dit betekent concreet dat voor elk nieuw bed dat werd geopend, een reeds bestaand bed werd gesloten.

In diezelfde periode ontstaan er een aantal patiëntenverenigingen die een klankbord willen zijn voor personen met psychische problemen naar het beleid en de publieke opinie toe.

Tegen het einde van vorig decennium startten experimenten die een nieuwe specifieke woonvorm bieden voor personen met psychische problemen die geen nood (meer) hebben aan een residentiële behandeling en begeleiding. Bewoners leven er individueel of in groepjes, kunnen deelnemen aan dagactiviteiten en kunnen wekelijks beroep doen op begeleiding. Op die manier kan hun zelfredzaamheid gestimuleerd worden en kunnen de nodige stappen gezet worden naar reïntegratie in de samenleving. Deze initiatieven zouden enkele jaren later uitgroeien tot de initiatieven voor beschermd wonen (ibw).

De erkenning van overheidswege van deze ibw's evenals van een tweede nieuwe woon- en zorgvorm, de psychiatrische verzorgingstehuizen (pvt), is een sleutelmoment in de diversifiëring van het toenmalig ggz-aanbod.

Deze nieuwe types van voorzieningen werden in 1990 opgericht en betekenen een tweede belangrijke stap naar meer gemeenschapsgerichte zorg.

Het moratorium bleef gehandhaafd en zette in de jaren '90 van de 20<sup>ste</sup> eeuw een tendens in van een verdere afbouw van bedden ten voordele van het zorgaanbod in de ibw's en pvt's.

In 1999 werd in Vlaanderen het nieuwe decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg afgekondigd. Dit decreet zorgde voor een belangrijke reorganisatie van de cgg's. Er vond een schaalvergroting plaats in de sector waardoor de vroegere 84 cgg's fuseerden tot 21 cgg's (vanaf 2008 nog 20 cgg's).

De cgg's zijn tweedelijnsvoorzieningen met multidisciplinaire samengestelde teams voor kinderen en jongeren, volwassenen en voor ouderen.

De hoofdplicht van het cgg is het psychiatrisch en psychotherapeutisch behandelen van mensen met ernstige psychische en psychiatrische problemen. De multidisciplinaire samenwerking staat garant voor het in rekening brengen van alle elementen die van belang zijn voor het bio-psycho-sociaal welzijn van de cliënt. De vooropgestelde kerntaken van een centrum geestelijke gezondheidszorg zijn :

- diagnostiek en indicatiestelling
- ambulante behandeling en begeleiding
- dienstverlening aan andere voorzieningen/hulpverleners via advies/consult/coaching/supervisie/preventie/outreaching.

## **2. Huidige situatie**

Een volgende stap in de ontwikkeling naar een meer gemeenschapsgerichte ggz bestaat in de omvorming van een aanbodgestuurde hoofdzakelijk residentiële ggz naar een vraaggestuurde meer gedifferentieerde ggz. Dit nieuwe zorgaanbod is gebaseerd op de noden van personen met psychische problemen en vertrekt vanuit hun concrete leef-, leer- en werkomgeving.

Een eerste aanzet hiertoe werd gegeven door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in hun advies betreffende de evaluatie van de reconversie in de psychiatrie en in het tweede deeladvies de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de ggz.

In 2002 ondertekenden alle ministers bevoegd voor Volksgezondheid, Gezondheidsbeleid en Sociale zaken de gemeenschappelijke verklaring inzake het toekomstig beleid voor de ggz. Volgens deze verklaring (en het amendement erop) zal in de toekomst zowel de acute als de chronische ggz georganiseerd worden in zorgcircuits en zorgnetwerken zodat ze zo dicht mogelijk aansluit op de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen. Een vraaggestuurde ggz zal residentiële opnamen zoveel mogelijk trachten te voorkomen. Wanneer opname echter onvermijdelijk is, zal ernaar gestreefd worden het verblijf in een residentiële setting zo kort mogelijk te houden.



*meer weten : zie bijlage 1*

Een zorgcircuit omvat het volledige ggz-aanbod afgestemd op de specifieke behoeften van een leeftijdsgroep. Het voorziet in alle mogelijke zorgmodules voor personen met psychische problemen behorend tot een specifieke leeftijdsgroep : kinderen en jongeren, (jong)volwassenen of ouderen.

Elk zorgcircuit wordt georganiseerd door samenwerking tussen zorgaanbieders. Die samenwerking wordt geconsolideerd in een zorgnetwerk: dit is een netwerk van zorgaanbieders die samen één of meerdere zorgcircuits realiseren. De concepten 'zorgcircuit' en 'zorgnetwerk' zijn opgenomen in artikel 11 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.



*meer weten : zie bijlage 2*

Een andere belangrijke mijlpaal in 2002 was de goedkeuring van de wet op de patiëntenrechten. Deze wet legt de individuele rechten van patiënten vast zoals onder meer het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening, de vrije keuze van zorgverlener, de inzage in het patiëntendossier, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de klachtenbemiddeling.

Er is gekozen om zorgcircuits en zorgnetwerken experimenteel en gefaseerd te realiseren door :

- vanaf eind jaren '90 van de 20<sup>ste</sup> eeuw nieuwe, specifieke zorgvormen in het leven te roepen d.m.v. pilootprojecten : forensische kinder- en jeugdpsychiatrie (forK), outreaching, psychiatrische zorg in de thuissituatie (pzt), anorexia, sterk gedragsgestoorde en/of agressieve jongeren (sga-jongeren);
- een overlegfunctie uit te bouwen rond individuele patiënten : de therapeutische projecten, opgestart in 2007;
- een overlegfunctie uit te bouwen op niveau van het netwerk van zorgaanbieders : het transversaal overleg, eveneens opgestart in 2007;
- het bestaande ggz-aanbod vanaf 2010 verder te diversifiëren door:
  - o reallocatie van bestaande middelen via de implementatie van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;
  - o investering van bijkomende middelen.

De voorbije jaren heeft de Vlaamse Gemeenschap ernstige budgettaire inspanningen gedaan om de expertise van voornamelijk de cgg en enkele pz (in projectenvorm) via outreaching ter beschikking te stellen van belendende sectoren. Deze outreachingsopdrachten hebben als voornaamste doel om psychische problemen zo vroeg mogelijk te detecteren en de zorg zo nauw mogelijk te laten aansluiten. Enkele voorbeelden: outreachend werken naar de voorzieningen voor bijzondere jeugdzorg, naar ouderenzorgvoorzieningen, naar caw, naar voorzieningen binnen de sector personen met een handicap, naar justitiële instellingen (in het kader van het strategisch plan voor gedetineerden), verzorgen van de liaisonfunctie tussen huisarts en cliënt, versterken van teams thuiszorg, werken in het milieu van de cliënt.

Ook in het kader van het Vlaamse actieplan suïcidepreventie zijn er een aantal transmurale projecten opgezet die dezelfde doelstellingen hebben als hierboven geschetst: het project integrale zorg voor suïdepogers (samenwerking tussen spoedgevallendiensten, cgg, huisartsen en liaisonpsychiatrie) en het project vroegdetectie van initiële psychoses (samenwerking tussen cgg, pz, ibw, ervaringsdeskundigen, caw).

De realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken in de Belgische ggz zal in overleg tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten, leiden tot een hervorming van het bestaande juridische kader betreffende programmatie, erkenning, financiering, de terugbetaling van het gebruik van de ggz, en de patiëntenrechten. Het overleg tussen de overheden zal gebaseerd zijn op het bestaande zorgaanbod en zal streven naar een consensus tussen de gespecialiseerde zorgaanbieders in de ggz. Dit zal leiden tot een geleidelijke aanpassing van het zorgaanbod binnen aanvaardbare voorwaarden voor iedereen die werkzaam is in de gezondheidszorg. Op die manier wordt concurrentie tussen zorgactoren vermeden en wordt de complementariteit binnen het zorgaanbod versterkt, ten voordele van zowel de patiënten als van de zorgactoren.

In de te creëren zorgcircuits en netwerken zullen ten minste volgende kernfuncties uitgebouwd worden:

- activiteiten inzake preventie en promotie van ggz, vroegdetectie, screening en diagnosestelling;
- ambulante intensieve behandelteams voor zowel de acute als chronische problemen inzake geestelijke gezondheid;
- revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie;
- intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als chronische problemen inzake geestelijke gezondheidsindien een opname noodzakelijk is;
- specifieke woonvormen waarin zorg kan aangeboden worden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu niet in staat is om de nodige zorg te organiseren.

### **3. Waarom nu verder gaan ?**

De ontwikkelingen die de laatste 40 jaar plaatsvonden in de Belgische ggz tonen aan dat reeds een aantal belangrijke stappen werden gezet naar de totstandkoming van meer gemeenschapsgerichte zorg. In het buitenland leeft sterk de tendens om de ggz naar de zorgvragers te brengen in plaats van hen uit hun thuismilieu weg te nemen en residentieel te begeleiden en te behandelen.

In het jaarrapport van 2001 van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt het maatschappelijk belang van de toenemende problemen inzake geestelijke gezondheid en de dringende nood aan een uitbreiding en betere organisatie van het zorgaanbod aangegeven. Op voorstel van België werd deze vaststelling op 18 mei 2002 omgezet in een resolutie 'Mental health : responding to the call for action'. Vandaar de noodzaak tot promotie van een kwalitatief en kwantitatief geoptimaliseerd en vraaggestuurd ggz-aanbod. In aansluiting hierop kwam de Europese Ministerconferentie van de WHO in januari 2005 te Helsinki tot concrete beleidsafspraken en een uitvoerig ggz-actieplan.

In landen waar de gemeenschapsgerichte ggz al verder is uitgebouwd wordt vastgesteld dat bij minder residentiële behandelingen in de tijd psychische problemen hoe langer hoe meer met succes worden behandeld. Met andere woorden, in deze landen stelt men vast dat, een ggz die gebaseerd is op de behoeften en zorgvragen van personen met psychische problemen, en die op een continue wijze wordt aangeboden in of zo dicht mogelijk bij het thuismilieu van de zorgvragers, tot goede resultaten leidt.

Residentiële behandeling en begeleiding, of ziekenhuiszorg, zal in specifieke gevallen en omstandigheden nodig blijven maar zal gekenmerkt worden door een meer intensief karakter dan nu het geval is.

De ontwikkeling van gemeenschapsgerichte zorg, de systematische afbouw van het residentiële ggz-aanbod en de focus op vroegdetectie van psychische problemen, heeft duidelijke en concrete vruchten afgeworpen. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld nam vanaf begin jaren 2000 het aantal mobiele teams dat in het thuismilieu van personen met een psychische problematiek, behandelingen en begeleiding aanbiedt, exponentieel toe. In diezelfde periode wordt een forse daling van het aantal zelfdodingen vastgesteld. Een significant statistisch verband tussen beide fenomenen kan tot nog toe niet worden aangetoond, maar heel wat actoren in de Britse ggz zijn ervan overtuigd dat de gewijzigde zorgorganisatie op zijn minst de *trigger* was van de krimpende zelfdodingsproblematiek.

Ook België heeft dringend nood aan verdere ggz-optimalisering. Uit de Belgische gezondheidsenquête van 2004, blijkt namelijk dat van de bevolking van 15 jaar en ouder, één persoon op vier (24%) te kampen heeft met een psychisch onwelbevinden, waarvan iets meer dan de helft (13%) zou kunnen leiden tot een tamelijk ernstige aandoening. Bij één derde van de mensen die voor lange tijd of definitief werkonbekwaam zijn in België zijn psychische stoornissen de oorzaak. Het gaat dan om bijna 70.000 personen. De gegevens van de gezondheidsenquête tonen ook aan dat mentale gezondheidsproblemen ongeveer één Belg op vier treffen. Een onderverdeling volgens het soort probleem geeft aan dat 8% van de bevolking depressieve stemmingen ervaart, 8% somatische problemen, 6% angstsymptomen en 20% slaapstoornissen. Bovendien geeft 6% van de bevroegde personen aan dat ze in het jaar voorafgaand aan de enquête een ernstige depressie doormaakten. Uit epidemiologische gegevens van de CGG in Vlaanderen blijkt dat 50.000 mensen zich jaarlijks aanmelden met psychische en/of psychiatrische problemen, verwerkingsproblemen, gedragsproblemen of problemen in de interactie. De meest voorkomende diagnoses zijn stemmingsstoornissen (22%, vooral bij vrouwen), stoornissen in de kindertijd (13%, hoofdzakelijk bij kinderen en jongeren), aan middelen gebonden stoornissen (10%, vooral bij mannen), angststoornissen (10%) en aanpassingsstoornissen (8%). Psychose als diagnose komt in 3% van het aantal cliënten voor. Per jaar sterven er in Vlaanderen om en bij de 1.000 mensen door zelfdoding en zijn er meer dan 10.000 suïcidepogingen. Uit onderzoek blijkt dat negen van de tien mensen die sterven door zelfdoding psychische problemen kende.

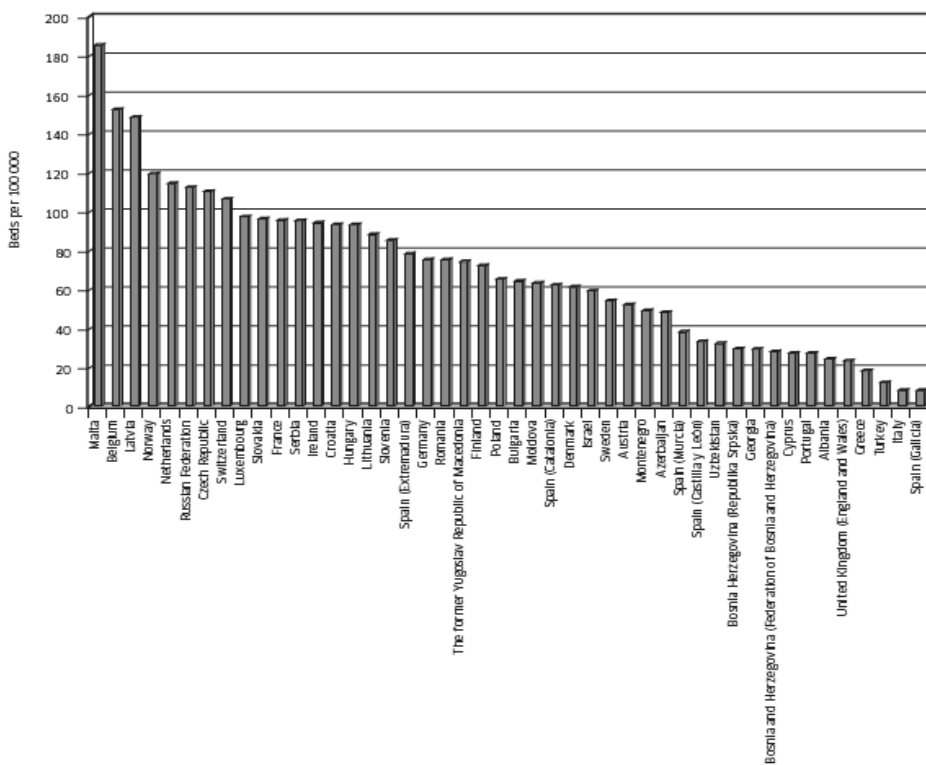
Uit internationale statistieken blijkt dat de zelfdodingcijfers in een aantal Europese landen meteen ook de hoogste ter wereld zijn. De top vijf van landen die wereldwijd te maken hebben met de hoogste zelfdodingcijfers zijn respectievelijk Litouwen, Wit-Rusland, Rusland, Slovenië en Hongarije. België vinden we terug op een weinig benijdenswaardige 13de plaats.

België heeft een breed welzijns- en gezondheidslandschap waar mensen met psychische problemen terecht kunnen. Mensen komen voornamelijk bij de huisarts aankloppen met hun fysieke maar ook meer en meer, met hun psychosociale problemen. Ook verschillende welzijnsactoren, actoren uit de onderwijssector, uit de ouderenzorg justitiële instanties, sociale diensten van de OCMW's, VDAB, en sociale huisvestingsmaatschappijen vangen in eerste instantie mensen met psychische problemen op. Afhankelijk van de ernst van de problematiek worden deze mensen doorverwezen voor een meer gespecialiseerde hulpverlening naar centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen, paaz'en of naar privé-psychiaters en/of psychotherapeuten.

En deze doorverwijzing verloopt vandaag niet altijd even vlot. Voor een gedeelte heeft dit te maken met het onvoldoende bekend zijn met het aanbod in de geestelijke gezondheidszorg, waardoor mensen niet direct op de juiste plaats terecht komen. Voor een stuk komt dat ook door het taboe dat op psychische problemen rust. Wat zeker ook meespeelt, zijn de vaak lange wachttijden voor een behandeling waar mensen met psychische problemen maar ook hun doorverwijzers mee geconfronteerd worden.

Daarnaast is de capaciteit van het residentiële ggz-aanbod om historische redenen in België steeds groter geweest dan in de ons omringende landen. Ondanks de stappen die reeds werden gezet om de ggz meer in de samenleving te verankeren kampt België nog steeds met één van de hoogste ratio's van psychiatrische bedden per aantal inwoners. In 2008 publiceerde de WHO haar rapport *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges* waaruit bleek dat België over 152 psychiatrische bedden (in pz'en en paaz'en) per 100.000 inwoners beschikt. Van alle Europese landen heeft enkel Malta een nog hogere ratio met meer dan 180 bedden per 100.000 inwoners. (zie figuur 1)

Fig. 1 Totaal aantal bedden en plaatsen in residentiële psychiatrische voorzieningen per 100.000 inwoners



Tijdens datzelfde jaar stelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in een studie vast dat 4.730 volwassen psychiatrische patiënten in 2003 langer dan een jaar verbleven in een dienst in een pz waar behandeling gericht is op het optimaliseren van de slaagkansen tot succesvolle sociale wederaanpassing (T-dienst). Een derde van deze populatie verbleef reeds langer dan 6 jaar in een dergelijke dienst. Een belangrijke conclusie bestond erin dat pz'en onvoldoende inspanningen leveren om deze patiënten te reïntegreren in de samenleving.

Wanneer inspanningen worden gedaan om een meer gemeenschapsgerichte ggz te realiseren zullen 5 bewegingen kunnen worden onderscheiden:

- **Desinstitutionalisering**  
Intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen als alternatief voor een ziekenhuisopname
- **Inclusie**  
Revalidatie en rehabilitatieopdrachten waarbij samenwerking met onderwijs, cultuur, arbeid, sociale huisvesting, ... noodzakelijk is
- **Decategorialisatie**  
Via zorgcircuits en netwerken een samenwerking realiseren tussen en met de ouderenzorg, ggz, de sector voor personen met een handicap en Justitie
- **Intensifiëring**  
Intensifiëring van de zorg binnen de ziekenhuizen
- **Consolidatie**  
Regularisatie van de verschillende pilootprojecten, zowel federaal als van de gemeenschappen en gewesten, in het globaal ggz-concept

Zich basierend op de zonet vermelde en andere studies, en opdat de organisatie van de ggz aan de basisprincipes van de gemeenschappelijke verklaring zou beantwoorden, heeft de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid op 28 september 2009 besloten over te gaan tot de implementatie van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen. Dit artikel zegt dat *"De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken."*

Met andere woorden, de toepassing van art. 107 is een financieringstechniek die toelaat een deel van het budget van financiële middelen (bfm) van ziekenhuizen te realoceren zodat middelen en mankracht in een bepaald werkingsgebied kunnen worden ingezet om het bestaande ggz-aanbod voor personen met psychische problemen verder aan te passen aan hun behoeften en zorgvragen.

Alle bevoegde Belgische overheden hebben zich ertoe verbonden hun bestaande ggz-aanbod open te stellen voor de totstandkoming en/of het intensifiëren van de samenwerking tussen intramurale en extramurale voorzieningen. Daarenboven werd er door de IMC Volksgezondheid voor gekozen de beschikbare middelen in de eerste plaats aan te wenden voor de creatie van :

- ambulante intensieve behandelteams voor zowel de acute als chronische ggz-problemen
- revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
- intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als chronische ggz-problemen indien een opname noodzakelijk is

Op 14 december 2009 ging de IMC Volksgezondheid nog een stap verder en werd besloten :

- een bilaterale informatiecampagne op te starten over de toekomstige realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken in de ggz en over de technieken die daarvoor kunnen worden gebruikt, zodat waar en wanneer nodig regionale accenten gelegd kunnen worden;
- een federale oproep te lanceren om de ggz-sector te informeren betreffende de ambitie om zorgcircuits en zorgnetwerken te realiseren, de mogelijke realisatietechnieken, en meer concreet de implementatie van art. 107;
- dat een duidelijke timing en een communicatieplan uitgewerkt zal worden;
- dat elke overheid initiatieven zal nemen om alle betrokkenen zowel binnen als buiten de ggz-sector te motiveren om deel te nemen aan de toekomstige projecten in het kader van artikel 107;
- dat de implementatie van art. 107 niet enkel van toepassing is voor de pz'en maar eveneens voor de paaz'en;
- dat de projecten m.b.t. artikel 107 zich in de 1e fase zullen beperken tot volwassenen en jongvolwassenen vanaf 16 jaar;
- dat een meer intensieve samenwerking tussen intramurale en extramurale zorg wordt uitgebouwd zodat crisissen ambulantly sneller aangepakt kunnen worden en dat er doorverwezen kan worden naar de voorziening die de meest geschikte behandeling te bieden heeft;

- dat patiënten met psychische problemen beter geïntegreerd dienen te worden in de maatschappij : dit betekent tevens de inschakeling van ggz in andere beleidsdomeinen zoals wonen, werk en sociale economie.

Vlaanderen wil dat ggz-problemen in een zo vroeg mogelijk stadium gedetecteerd worden en dit vanuit het oogpunt van vroegdetectie en vroeginterventie. Dit betekent dat er meer ggz op de eerste lijn aanwezig dient te zijn.

#### **4. Welk model moet er worden ingevoerd?**

Het model dat we wensen in te voeren, zal vanuit een globale visie, moeten zorgen voor de integratie van de middelen van de ziekenhuizen en de middelen van de (ambulante) diensten die in de gemeenschap bestaan.

Zo'n model impliceert dat alle actoren binnen een bepaald, afgebakend gebied bij de organisatie van dat model moeten betrokken zijn. Zij zullen strategieën moeten uitwerken om een oplossing te bieden voor alle geestelijke gezondheidsnoden die bij de bevolking in dat gebied leven.

Om dit nieuwe model duurzaam te ontwikkelen, moeten een aantal minimale functies worden ingevuld. Het zijn functies die zich gaandeweg zullen ontwikkelen binnen een netwerk van alternatieve diensten in het gebied.

Door dergelijke therapeutische zorgnetwerken in te voeren die afgestemd zijn op individuele noden, willen we er uiteindelijk toe komen dat mensen in hun thuisomgeving kunnen blijven en zo hun eigen sociale weefsel/contacten kunnen behouden. Zo'n uitgebouwd netwerk is multidisciplinair samengesteld en gericht op flexibele interventiemogelijkheden.

De uitbouw van een laagdrempelige eerstelijns hulp zal er zo voor zorgen dat de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker wordt. Nu wordt die nog al te vaak als stigmatiserend beschouwd.

#### **De eerste functie: activiteiten inzake preventie, promotie van de ggz, vroegdetectie, screening en diagnosesstelling**

De eerste functie heeft betrekking op preventie, vroegdetectie en vroeginterventie.

Dat impliceert: ingaan op een aanmelding, diagnose en indicatiestelling, eerste interventies en dit, bij voorkeur, in de woonplaats van de patiënt. Indien nodig, zal de therapeutische continuïteit op lange termijn verzekerd worden.

Vanuit de ambulante sector, in casu de cgg, wordt outreaching voorzien naar belendende sectoren om deze eerste functie mogelijk te maken.

Bij de uitwerking van deze functie is het tevens belangrijk dat ook de eerstelijnszorg (in casu de huisarts) mee betrokken wordt.

#### **De tweede functie: ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen**

De tweede functie heeft betrekking op de behandelteams in de thuisomgeving. Dat zijn enerzijds de teams die zich richten naar personen in een subacute of acute toestand. Anderzijds zijn het de teams die zich richten naar personen met chronische psychiatrische problemen.

Deze functie introduceert een nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg. Die zal sneller toegankelijk zijn en aangepaste zorg aanbieden aan mensen in hun thuisomgeving.

Het betreft dus de oprichting van een mobiele dienst die in crisissituaties onmiddellijk en intensief kan optreden. De intensiteit en de duur van een interventie door zo'n dienst zal worden aangepast voor patiënten met een chronische problematiek. Zo biedt deze mobiele dienst dus een alternatief voor een ziekenhuisopname.

Deze nieuwe zorgvorm zal zijn acties laten aansluiten bij de eerste functie en voegt daar mobiliteit en expertise aan toe. Die samenwerking gebeurt gestructureerd en kadert in een algemene aanpak. Op basis van de individuele noden van de zorgvrager en in functie van zorgcontinuïteit kunnen ook de verder beschreven functies hierop aansluiten.

### **De derde functie: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie**

De derde functie behoort tot het domein van de psychosociale revalidatie. Het komt er bij deze functie op neer bepaalde programma's aan te bieden aan mensen met psychiatrische problemen die zich in een specifiek stadium van hun ziekte bevinden.

Psychosociale revalidatie is een dynamisch en langdurig proces. Het stelt de patiënten in staat om zich opnieuw in de maatschappij en het beroepsleven te integreren. Om dit te kunnen realiseren is er een inclusief en transversaal beleid nodig.

Het programma is op maat gemaakt en zorgt ervoor dat deze patiënten vaardigheden kunnen ontwikkelen vb. sociale vaardigheden, nodig om autonoom in het dagdagelijkse leven te functioneren. Die vaardigheden worden aangeleerd via het terug opnemen van een leven (sociaal, cultureel) in de gemeenschap. Ook worden aangepaste beroepsmogelijkheden uitgewerkt.

Deze specifieke programma's kunnen worden opgestart naar aanleiding van of aanvullend bij de basisopdrachten uit de eerste functie. De programma's kunnen ook een vervolg zijn op de interventies in de leefomgeving door de mobiele teams uit de tweede functie.

### **De vierde functie: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is**

De vierde functie betreft het intensifiëren van de residentiële gespecialiseerde zorg. Deze functie is bedoeld voor personen die zich in een zodanige ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving tijdelijk niet aangewezen is.

Deze units kunnen specifieke residentiële, intensieve observatie en behandeling aanbieden. Het accent ligt daarbij op acute zorg, indicatie- en diagnosestelling en intensieve behandeling. Kenmerkend voor deze kleinschalige units zijn een korte verblijfsduur, een hoge intensiteit en frequentie van zorg, en dit aangeboden door gespecialiseerd personeel. Zodra een persoon opgenomen wordt, dient men al rekening te houden met alle aspecten van de zorgcoördinatie. Belangrijk hierbij zijn het ontslagmanagement met het oog op (vroeg)tijdig ontslag, filters voor opname (minstens een gecoördineerde aanmeldingsprocedure), en follow-up na de acute fase (zo mogelijk door de hulpverlener/ het team dat het dichtst bij de patiënt staat).

Dankzij een constante communicatie met de andere functies wordt de link met het sociale netwerk van de patiënten behouden. Zo wordt de mogelijkheid op een terugkeer naar de thuisomgeving en op integratie in de maatschappij zo groot mogelijk gehouden.

Een crisis vereist steeds een gespecialiseerde diagnostiek met een medische somatische, psychologische en psychiatrische benadering die verzekerd moet kunnen worden binnen elke functie van het netwerk.

Een psychiatrische noodsituatie bevat een aspect van urgentie betreffende psychiatrische pathologieën waarvoor specifieke residentiële opvangmodaliteiten noodzakelijk zijn.

### **De vijfde functie: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is**

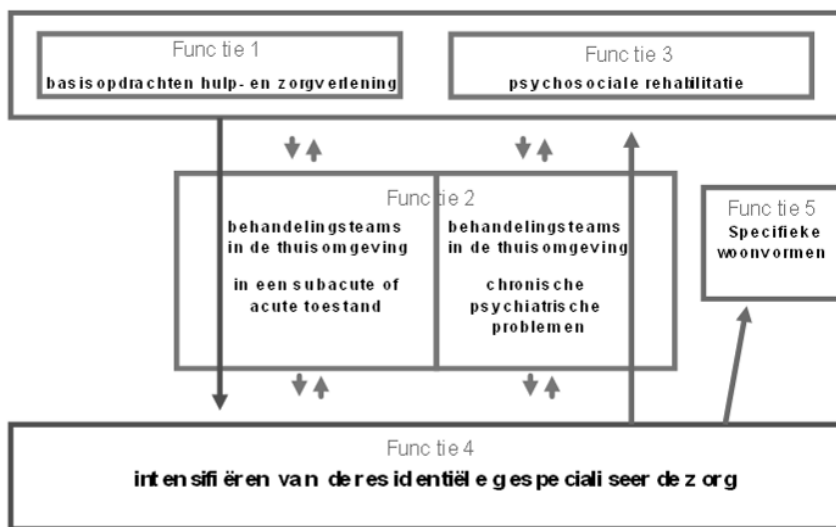
De vijfde functie heeft betrekking op de ontwikkeling van specifieke woonplaatsen voor personen met een gestabiliseerde chronische psychiatrische problematiek. Het gaat om personen met beperkte mogelijkheden tot integratie in de maatschappij.

Deze woonvormen hebben als doel de organisatie van het dagelijkse leven te ondersteunen. Uiteindelijk is het de bedoeling om de integratie van deze patiënten in de maatschappij te vergemakkelijken. Dat gebeurt via geïndividualiseerde programma's die rekening houden met de autonomiebehoeften van de personen in kwestie.



Deze programma's zijn geïntegreerd in de samenleving. Ze worden georganiseerd in de vorm van beschermde woonplaatsen/beschut wonen, gesuperviseerde appartementen of elke andere aangepaste woonvorm.

Fig. 2 De 5 functies in het nieuwe ggz-model



## **5. Lokale implementatie, een model voor netwerking.**

We hebben aangetoond dat onze methode een geïntegreerde en globale aanpak nastreeft. Alle functies in het kader van de geestelijke gezondheidszorg zijn gedefinieerd en hebben een plaats gekregen in een geïntegreerd model.

De huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg moet geleidelijk aan evolueren en plaats maken voor een netwerk van alternatieve diensten binnen een afgebakend gebied.

Dit houdt in dat elk van de functies en de bijhorende middelen zich moet aanpassen om samen tot een complementair geheel te komen. Voor elke functie moet een model ontwikkeld worden. Daarvoor zal een beroep worden gedaan op de creativiteit en de originaliteit van de actoren. Bovendien moet daarbij vooral rekening gehouden worden met de globale filosofie van de hervorming.

We hebben er de nadruk op gelegd dat deze fundamentele functies een vorm van zorg in zich dragen waarbij alle betrokken actoren op de verschillende niveaus met elkaar moeten samenwerken.

Dat brengt er ons nu toe een minimaal kader te definiëren. Daarin zullen we eerst de verschillende fasen bepalen die nodig zijn voor de uitbouw van het samenwerkingsnetwerk. Vervolgens zullen we het profiel van de netwerkcoördinator verduidelijken en zijn essentiële rol bij de uitbouw van de procedure.

### **DE UITBOUW VAN HET NETWERK**

#### **Definitie van het netwerk**

Een netwerk bestaat uit samenwerkingsvormen tussen structuren en middelen. Aan de partners in de zorg legt het netwerk een werkwijze, gemeenschappelijke doelstellingen en een einddoelstelling vast. Het netwerk zorgt voor een efficiënte opvolging van patiënten, verzekert de continuïteit van de zorg en staat in voor een beter aanbod en kwaliteit van de zorg..

Het netwerk moet de basisfilosofie van de hervorming uitdragen. Het netwerk krijgt gestalte in individuele programma's, waaronder het therapeutische aanbod. De vrije keuze van de patiënt moet daarbij altijd worden gerespecteerd.

De doelstelling van het netwerk moet duidelijk zijn en moet leiden tot een werkbaar model dat in elke situatie een geschikte oplossing kan aanreiken.

Elk netwerk zal worden samengesteld uit alle vijf voorafgaandelijk gedefinieerde functies.

## **Verloop van de actie**

### **1. Aanstelling van de actoren**

Elke deelnemer aan het netwerk wijst een verantwoordelijke aan. Die zal tijdens de procedure het aanspreekpunt en de referentiepersoon van zijn structuur zijn en mee instaan voor de organisatorische uitbouw van het netwerk.

Zijn taak is duidelijk en deze is door de coördinator van het netwerk gekend. Hij staat in voor de permanente ondersteuning en zorgt voor de functionele binding tussen de opbouw van het netwerk en de concretisering ervan op het terrein.

### **2. Aanstelling van de netwerkcoördinator van het project**

Er wordt een netwerkcoördinator gekozen voor een welbepaald gebied (het gebied moet worden gedefinieerd). Deze coördinator wordt gekozen door alle referentiepersonen en op basis van een specifiek profiel.

Deze netwerkcoördinator van het netwerk neemt kennis van de bestaande, mobiliseerbare middelen in het gebied van het project. Hij profileert zich als facilitator voor het creëren van een netwerk. Hij kent de specifieke kenmerken van de verschillende middelen, hij kent de lopende projecten ...

Hij ontmoet de verantwoordelijken, de inrichtende macht en de directies van deze structuren, hij stelt zich op de hoogte van het aanbod van de verschillende middelen, maar ook van hun beperkingen, hij kent de wetgeving op dit vlak. Hij brengt het netwerk in kaart ...

### **3. Aanstelling van de werkgroep**

De coördinator van het netwerk en alle verantwoordelijken vormen de strategische werkgroep. Die werkgroep moet de netwerking in het gebied operationeel maken.

Het gaat om een bij voorkeur gesloten groep. De werkgroep werkt meteen een gestructureerd werkplan (programmaplan) uit dat de volgende elementen omvat:

- het nagestreefde doel (operationele uitbouw van het netwerk)
- de algemene doelstellingen om hiertoe te komen
- de uit te voeren acties
- de te implementeren middelen
- een kalender
- een feedback analyse (permanente evaluatie van de resultaten).

Dit programmaplan is goed geïntegreerd en gekend bij alle leden van de werkgroep (de coördinator van het netwerk en de verantwoordelijken).

Dit programmaplan staat onder de verantwoordelijkheid (sturing) van de coördinator van het netwerk. De coördinator zal erop toezien dat de verschillende actoren zich inzetten om de doelstellingen te realiseren.

### **4. Participatief ontwikkelen van de instrumenten**

Deze fase is de belangrijkste fase van het programmaplan. Ze heeft als doel de samenwerking te versterken, wat het eigenlijke doel is van het hele netwerk van actoren.

De doelstellingen kunnen worden samengevat met deze sleutelbegrippen:

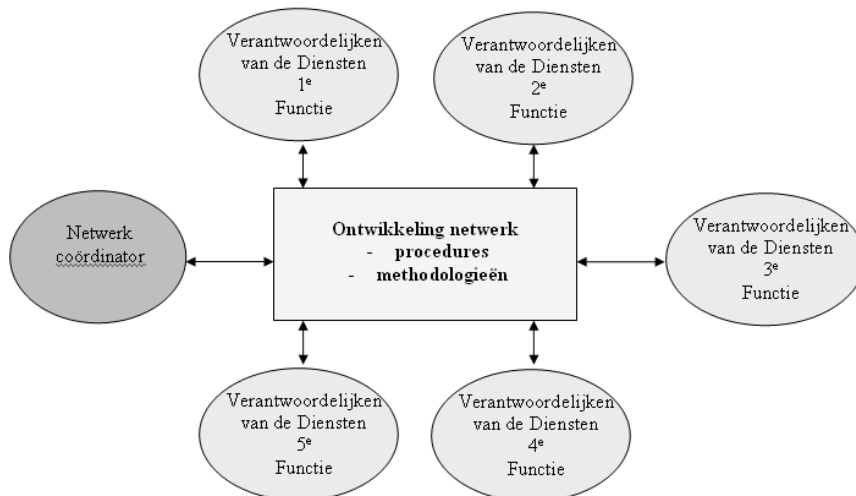
«organisatie, planning, uitwerken van de strategieën, complementariteit opsporen, overleg, coördinatie, ontwikkelen van nieuwe instrumenten, informatieverstrekking en partnerschap. »

Vandaar ook het belang van de keuze van de coördinator van het netwerk. Die zal constant te maken krijgen met strategische en beleidstaken alsook met organisatorische taken en beheerstaken. Hij moet daarbij telkens kunnen beschikken over de nodige know-how en communicatievaardigheden om alle krachten van het netwerk te bundelen.

In deze fase van ontwikkeling van de instrumenten zijn twee krachtlijnen van belang:

- het samenbrengen van het aanbod in de praktijk (de middelen)  
Deze fase is zeer belangrijk en wordt vaak geminimaliseerd. Men heeft al te vaak de indruk de partners te kennen, maar deze kennis over de verschillende middelen op het terrein kan onvolledig of verouderd zijn. Een permanente update is nodig. Dat zal één van de taken van de werkgroep zijn.  
Het is aanbevolen zich onder te dompelen in het dienstenaanbod. Het gaat om een periode waarin de verantwoordelijke zich integreert. Hij volgt van binnenuit de werkzaamheden van één of meerdere partnerdiensten van het territoriale netwerk. Hij moet zich interesseren voor de toegangsvoorwaarden, de organisatie van het werk, de voorgestelde programma's of modules. Hij begrijpt de realiteit van de alledaagse activiteiten van de partners, hun potentieel, maar ook hun beperkingen. Dankzij deze fase kunnen de mogelijkheden op het terrein worden geïmplementeerd en worden de actoren en het aanbod in de praktijk samengebracht.
- het invoeren van consensusprocedures  
Deze fase is onontbeerlijk. De procedures zijn uitgebouwd door de actoren zelf, ze nemen de vorm aan van charters of samenwerkingsovereenkomsten. Deze procedures vormen het operationele kader van het netwerk. Er moet zeer duidelijk en begrijpbaar in uitgelegd, gecommuniceerd en vastgelegd worden wie wat doet en wanneer.

Fig. 3 Voorbeeld schema werkgroep van gebied X



### 5. Participatieve uitwerking van methodologieën

In deze fase van de uitbouw van het netwerk zullen de coördinator van het netwerk en de verantwoordelijken een gemeenschappelijke werkmethode moeten definiëren. Ze moeten een werkingsmodel uitbouwen dat gebruik maakt van al de verschillende middelen die in het netwerk beschikbaar zijn en die op een geïntegreerde manier kunnen ingezet worden in éénzelfde programma.

Dit model van een op het individu afgestemde zorgplan is de meest geformaliseerde methode in zijn soort. Het is meer geformaliseerd dan de goede praktijken die in de literatuur zijn terug te vinden.

Dit model maakt het mogelijk om procedures uit te werken voor de formalisering, de planning en de coördinatie van de interventies in de zorg, van de psychosociale revalidatie en van de integratie van de patiënten. Daar moeten telkens verschillende middelen voor worden ingezet.

In het kader van elk project zal een methodologisch model moeten worden gedefinieerd dat moet leiden tot de ontwikkeling van het organisatorische netwerk.

**6. Ontwikkeling van de functie « referentiepersoon »**

Deze fase is essentieel en zorgt voor het al dan niet slagen van het project en dus het netwerk, waarin de patiënt centraal staat.

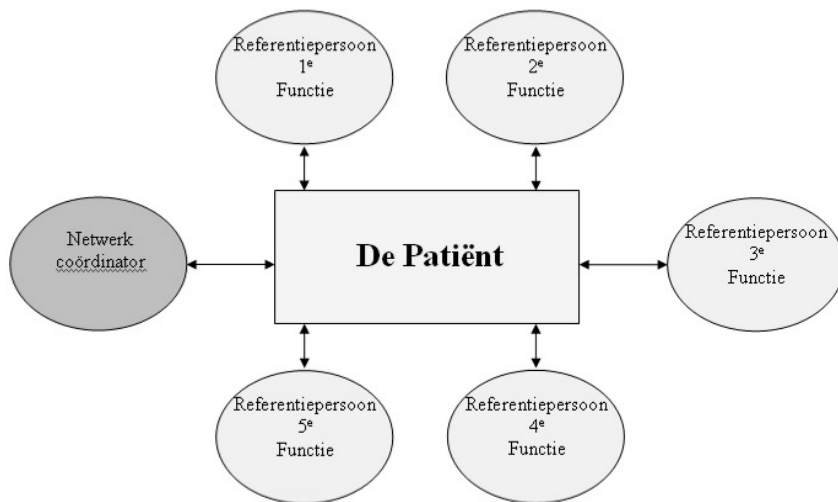
We kunnen niet genoeg benadrukken hoe belangrijk de rol van de referentiepersoon is. Voor elke functie zal die rol een eigen invulling krijgen.

De referentiepersonen spelen een bepalende rol bij de verdere uitbouw van de procedures en de methodologieën en zijn doorslaggevend voor de efficiëntie van het netwerk.

Deze «referentiepersonen» gebruiken de procedures (charters en overeenkomsten) die zijn ondertekend door de coördinator van het netwerk en de verantwoordelijken van de actoren in het netwerk. Ze focussen hun acties op de patiënt en zijn de spil van de coördinatie. Alles is daarbij gericht op de behoeften van de patiënt.

De referentiepersonen zijn verantwoordelijk voor een succesvolle traject van de patiënt. Ze vormen de brug tussen de verschillende beschikbare middelen (functies) van het netwerk.

Fig. 4 Voorbeeld schema gebruik van bronnen in functie van de noden van de patiënt – ontwikkeling van de functie referentiepersoon



**7. De zelfevaluatie van de instrumenten en de methodes**

De zelfevaluatie heeft als doel te meten of de coördinator van het netwerk en de verantwoordelijken hun doelstellingen hebben bereikt, of de operationalisering op het terrein is uitgevoerd en of de methodologie die is uitgebouwd door de actoren daarbij is toegepast.

De resultaten worden getoetst aan de algemene doelstellingen van het programmaplan. De instrumenten en de methodologieën worden aangepast en verfijnd op basis van de resultaten van de evaluatie.

Deze fase valt onder de verantwoordelijkheid van de coördinator van het netwerk.

Als de algemene procedure is nageleefd, en de doelstellingen behaald zijn tijdens het volledige project, kan de coördinator van het netwerk er vervolgens goede praktijken uit afleiden en deze verder inzetten in het netwerk.

## **6. Follow-up van de projecten.**

Een belangrijk onderdeel van de procedure is de begeleiding vanaf de implementatie van de projecten tot de daadwerkelijke acties.

### **1- Ondersteuning tijdens de oproep tot projecten.**

Zodra de oproep tot projecten is gelanceerd, worden de kandidaten-promotoren ondersteund. Zo zorgen we ervoor dat ze het globale concept van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg goed begrijpen.

### **2- Opleiding en coaching van de netwerkcoördinatoren.**

De netwerkcoördinatoren van de geselecteerde projecten zullen een grondige opleiding krijgen (zie deel 7) over:

- het globale concept en de doelstellingen die worden nagestreefd in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg
- de inhoud van de verschillende functies die in het model opgenomen zijn (cf. punt 4)
- de methodologieën inzake netwerking
- het netwerk, de actoren
- de ontwikkeling van de instrumenten en de procedures.

### **3- Longitudinale opvolging van de projecten.**

De netwerkcoördinatoren van de geselecteerde projecten zullen continu tijdens de volledige actie worden gecoacht:

- voor de uitbouw van het netwerk, door projecten en tijdens plenaire vergaderingen
- door ontmoetingen op het terrein
- door de uitwisseling van goede praktijken tussen projectcoördinatoren
- door vergaderingen waar verder wordt gebouwd op de behaalde resultaten
- door de opvolging en de evaluaties tijdens begeleidingscomités
- door de ondersteuning van het wetenschappelijke team.

De longitudinale opvolging van de geselecteerde projecten zal worden verzekerd tijdens het volledige verloop van de actie:

- door ontmoetingen op het terrein met de partnerteams van de netwerken
- door de uitwisseling van goede praktijken tussen de partners van de geselecteerde projecten
- door een onderdompeling in de geselecteerde projecten
- door kwalitatieve evaluaties van de acties
- door de opvolging en de evaluaties tijdens begeleidingscomité.
- door de ondersteuning van het wetenschappelijk team.

### **4- Permanente vorming**

Tijdens de volledige actie zullen de netwerkcoördinatoren van de geselecteerde projecten en de teams modules inzake permanente vorming aangeboden krijgen die aangepast zijn aan de evolutie van de projecten (zie deel 7).

## **7. Opleiding en onderzoek**

De opleiding en het onderzoek verlopen in drie fasen:

- fase 1: periode tot projectoproep
- fase 2: periode van projectoproep tot deadline indienen projecten
- fase 3: continue vorming tijdens de looptijd van de projecten.

Deze volgen een zeer precieze timing en zijn telkens gericht op een welbepaald doelpubliek. De timing van het onderzoek moet het mogelijk maken om input te leveren voor de opleidingen.

### **1. Eerste fase**

#### **1.1. Input en activiteiten vanuit onderzoek**

Timing : van 1 april tot 30 juni 2010

1. Algemene literatuurstudie naar criteria en aandachtspunten bij de keuze van een regio.
  - Overzicht van algemene factoren (geformuleerd als vragen) die de kandidaat-initiatieven in overweging moeten nemen bij het uitschrijven van hun voorstel: checklist voor de projectoproep.
  - Coördinatie en afstemming op de principes en de inhoud van de hervorming van de ggz: coherent linken met de functionele componenten zoals die in het programma van de hervorming van de ggz opgevat zijn.
2. Algemene literatuurstudie naar criteria voor het ontwikkelen van een plan rond een samenwerkingsverband + functionele modules + doelgroepen, afgestemd op de principes van het programma van de hervorming van de ggz: een duidelijk onderscheid maken tussen functionele benadering, organisatie van het netwerk van partners en interprofessionele samenwerking (rond de patiënt).
  - Algemene aandachtspunten bij het ontwikkelen van een voorstel tot een functioneel en organisatorisch samenwerkingsmodel tussen verschillende partners.
  - Deze checklisten kunnen als inhoudelijke input gebruikt worden bij de begeleiding van kandidaat-netwerken die vanaf juli worden aangeboden
3. Grondige literatuurstudie (verder bouwend op het profiel in de gids) over de essentiële competenties en kenmerken van de profielen van de 'referentiepersoon' en de 'netwerkcoördinator'.
  - Overzicht van profielkenmerken uit nationale en internationale best practices en publicaties.
  - Bottom-up evaluatie van de profielkenmerken voor de referentiepersoon en de netwerkcoördinator in het veld.
  - Template als inspiratie bij het invullen van de verschillende rollen, om kandidaten de beste basis te kunnen bieden bij het kiezen van een netwerkcoördinator, het samenstellen van een netwerk en het indienen van een dossier.

Supprimé : tender

#### **1.2. Vorming**

Timing : van 1 juni tot 31 oktober 2010

Doelpubliek : de volledige sector

Algemene doelstellingen :

- De sector volledig informeren over het globale concept van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg zoals wij dat zien (filosofie, algemene principes, finaliteit en nagestreefde doelstellingen), volgens de fasen in de gids.

- De kandidaat-projectpromotoren volledig informeren zodat zij in staat zijn om in de best mogelijke omstandigheden hun dossier in te vullen om zich kandidaat te stellen.

## **2. Tweede fase**

### **2.1. Input en activiteiten vanuit onderzoek**

Timing : van 1 juni tot 31 oktober 2010

- Overzicht van factoren (geformuleerd als vragen en aandachtspunten) met betrekking tot een territoriale bottom-up benadering die de kandidaat-initiatieven in overweging moeten nemen bij het uitschrijven van hun voorstel: checklist voor de projectoproep.
- Aandachtspunten bij het ontwikkelen van een samenwerkingsplan voor het functionele en organisatorische samenwerkingsmodel tussen de verschillende partners.
- Overzicht van de methodologische stappen bij het ontwikkelen van zorgprogramma's, afstemming met de functionele componenten (en reflectie over (individuele) zorgpaden afgestemd op specifieke psychiatrische doelgroepen).
- Overzicht van evidence-based praktijken in het werken rond de cliënt door mobiele teams (acuut en chronisch) :
  - o inventaris van basistechnieken over de inhoud van het werk die aan bod moeten komen in de opleiding voor referentiepersonen, de mobiele teams (acuut en chronisch);
  - o opstellen van een vormingskader te hanteren door lokale vormingsinitiatieven, aansluitend op de geïdentificeerde basistechnieken en –competenties.
- Algemene literatuurstudie naar indicatoren die bij de hervorming van de ggz moeten worden verzameld om succes te meten: omvangrijk overzicht van factoren die het slagen van de hervorming van de ggz aantonen – als voorbereiding op focusgroepen met de in fase 3 weerhouden projecten.

Supprimé : tender

## **2.2. Vorming**

Timing : van 1 november tot 31 december 2010

Doelpubliek : de kandidaat "netwerkcoördinatoren"

Algemene doelstellingen :

- De netwerkcoördinatoren volledig informeren over het globale concept van de hervorming van de ggz zoals wij dat zien (filosofie, algemene principes, finaliteit en nagestreefde doelstellingen), volgens de fasen in de gids.
- Een opleiding geven in de praktijken en werkmethodologieën in een netwerkcontext.

## **3. Derde fase**

### **3.1. Input en activiteiten vanuit onderzoek**

Timing : van 1 januari 2011 - 2014

- Proces- en outcome-meting om elementen van het model op het collectieve niveau te evalueren op zijn ultieme doelstellingen: een aantal minimale klinische uitkomsten (aantal (her)opnames, mate van re-integratie in de samenleving, sociale inclusie, geslaagde crisisinterventies e.d.), en procesvariabelen ('ervaring met vorming en andere omkaderingsnoden e.d.), via een jaarlijkse audit bij de weerhouden projecten:
  - o Focusgroepen begin 2011 om tot een gedragen, bottom-up keuze van indicatoren te komen.
  - o Basislijnmeting bij elk project dat van start gaat (om de evolutie van klinische resultaten te kunnen meten en met de kostenanalyse te kunnen vergelijken - inbegrepen administratieve kosten).
  - o Jaarlijkse opvolgmeting (kwalitatieve audit).
  - o Vaststellen van bijkomende vormingsnoden uit rechtstreekse bevragingen bij projecten en resultaten van opvolgmeting.

- Proces en impactevaluatie m.b.t. de dienstverlening vanuit 'bottom-up' benadering.
- Proces en outcome evaluatie van het werken in netwerken waarbij het analytische onderscheid tussen functioneel (zorgprogramma) en organisatorisch samenwerken (zorgnetwerk) voor doelgroepen centraal staat (onderzoek naar remmende en faciliterende factoren in een lokale context).
- Financieringsmodaliteiten en kostenstudie mbt samenwerkingsverbanden (sector-overstijgend).

### **3.2. Vorming**

Timing : vanaf 1 januari 2011

Doelpubliek 1 : de "netwerkcoördinatoren" en de verantwoordelijken van de diensten

Algemene doelstellingen :

- De netwerkcoördinatoren met de verantwoordelijken van de diensten volledig informeren over het globale concept van de hervorming van de ggz (filosofie, algemene principes, finaliteit en nagestreefde doelstellingen), volgens de fasen in de gids.
- Een theoretische en praktische opleiding geven over de werkmethoden in een netwerkcontext, de tools...

Doelpubliek 2 : de verantwoordelijken van de mobiele teams acute en chronische zorg + de mobiele teams in de acute en de chronische zorg.

Algemene doelstellingen :

- De verantwoordelijken van de mobiele teams acute en chronische zorg informeren over het globale concept van de hervorming van de ggz (filosofie, algemene principes, finaliteit en nagestreefde doelstellingen), volgens de fasen in de gids.
- Een opleiding geven aan de verantwoordelijken en aan de teams over het inhoudelijke werk van de mobiele teams ( opdrachten, middelen, ...).

## **8. Juridische en financiële aspecten**

De wettelijke basis voor de organisatie van zorgcircuits en netwerken werd gelegd in de artikelen 11 en 107 van het Koninklijk besluit houdende de coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (Publicatie B.S. 7 november 2008).

Artikel 11 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, voorziet in de begrippen "netwerk en zorgcircuit" (zie bijlage 2).

Concreet betekent dit dat voor een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld psychiatrische patiënten) een netwerk van zorgvoorzieningen gecreëerd kan worden. Deze zorgaanbieders kunnen zowel individuele zorgverstrekkers, alternatieve verzorgingsvormen en ziekenhuizen zijn.

Dergelijk netwerk organiseert dan, door middel van een instellingsoverstijgend geformaliseerd samenwerkingsverband, één of meerdere zorgcircuits. De finaliteit van deze netwerken bestaat erin dat de patiënt, in het kader van een zorgcontinuüm, in de voor hem meest adequate zorgvoorziening de meest kwalitatieve zorg ontvangt. Zulks kan maar wanneer alle actoren op het terrein, via een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst, een consensus bereiken over de opdrachten die elkeen zullen vervullen in het netwerk alsook inzake de manier van samenwerking.

Het netwerk is de structuur waarbinnen autonome zorgverstrekkers zich engageren om een samenhangende en complementair zorgaanbod te organiseren voor een bepaalde doelgroep, zonder dat hun autonomie in het gedrang komt. De patiënt wordt evenmin in zijn vrije keuze beperkt. De verplichting, opgelegd aan het netwerk, om in een globaal zorgaanbod te voorzien, verplicht de patiënt niet om gebruik te maken van alle voorzieningen, noch om bij gebruik van alle voorzieningen binnen één en hetzelfde netwerk te blijven.



De meerwaarde van deze netwerken bestaat met andere woorden in de verplichting een samenhangend en complementair aanbod van zorg te waarborgen, zonder dat het noodzakelijk is dat van het aanbod steeds in zijn volledige omvang en complementariteit gebruik gemaakt wordt.

Bij koninklijk besluit worden de doelgroepen aangeduid waarvoor de zorg via een netwerk van zorgvoorzieningen moet aangeboden worden en welke categorieën van zorgaanbieders van het netwerk deel uitmaken.

De realisatie van artikel 11 is mogelijk via verschillende technieken. Een techniek had er kunnen in bestaan om bedden te sluiten en deze middelen te gebruiken om de zorg in de maatschappij te organiseren. De techniek zou een nieuwe reconversiegolf kunnen zijn waarbij we reconversieregels gaan uitdenken. Dit is een vrij eenvoudige techniek maar komt niet tegemoet aan de basisfilosofie van vermaatschappelijking van zorg die we wensen te realiseren via zorgcircuits en netwerken. Deze hervorming kan immers niet alleen vanuit de ziekenhuizen georganiseerd worden. Er dient een samenwerking, zowel op het niveau van de instellingen als op het niveau van de patiënt te worden georganiseerd tussen de verschillende betrokken instellingen en over de sectoren heen.

Vandaar dat de sector ervoor heeft gekozen om op experimentele basis zorgcircuits en netwerken te realiseren met alle betrokken actoren. Deze techniek werd ingeschreven in het artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen waarbij een ziekenhuis een deel van de beschikbare bedgebonden middelen flexibel kunnen aanwenden voor de realisatie van de functies 2, 3 en 4 van het functioneel model. De ziekenhuizen behouden aldus hun erkenning zodat noch de financiering noch de erkenning van het ziekenhuis in het gedrang komt. De inspectiediensten van de betrokken gemeenschap of gewest zullen geen inspectie uitvoeren per dienst van het ziekenhuis maar zullen daarentegen het volledige ziekenhuis evalueren en zullen bij de evaluatie van de projecten betrokken worden.

Artikel 63 § 2 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen maakt het mogelijk overeenkomsten af te sluiten in het kader van proefprojecten met psychiatrische ziekenhuizen, met name om het mogelijk te maken dat artikel 107 wordt uitgevoerd van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

Dit artikel heeft de mogelijkheid om overeenkomsten af te sluiten voor het realiseren van zorgcircuits en netwerken. Concreet betekent dit dat een deel van het budget van financiële middelen van (psychiatrische) ziekenhuizen tijdelijk herbested kan worden. We spreken over de opstart van exploratieprojecten en niet van pilootprojecten omdat deze projecten fundamenteel verschillend zijn van de huidige pilootprojecten in zowel de inhoud, de modaliteiten, de financiering als de evaluatie ervan.

Artikel 107 wordt door de wetgever expliciet omschreven als een experimentele opstap naar zorgcircuits en netwerken zoals bepaald in artikel 11 van de ziekenhuiswet. Ten gronde kan gesteld worden dat het opzet van een overeenkomst in uitvoering van artikel 107 moet zijn: de exploratie, in een experimentele context en binnen een in de tijd afgesproken termijn, van de inhoud, de modaliteiten en de randvoorwaarden van zorgmodules van de later in artikel 11 te benoemen onderdelen van de zorgprogramma's.

Deze exploratieprojecten moeten rekening houden met het globaal GGZ-kader maar de invulling zal gebeuren door de initiatiefnemers op het lokale niveau. Personeel en middelen dienen echter te worden ingezet om de leemten in het bestaande GGZ-aanbod voor een welomschreven leeftijdsdoelgroep en werkingsgebied in te vullen. De leemten zullen niet overal dezelfde zijn en de inhoud van een bepaalde functie kan verschillend zijn in de mate het werkingsgebied een ruraal dan wel een stedelijk karakter vertoont.

Een voorstel van exploratieproject zal zorgfuncties omvatten die vertaald worden in zorginhouden en zorgvormen die:

- nu niet of niet ten volle mogelijk zijn binnen het regulier kader (voorzieningen, diensten of revalidatieovereenkomsten);
- niet mogelijk zijn via de bestaande reconversiemogelijkheden;
- niet zondermeer overeenstemmen met bestaande pilootprojecten van de geestelijke gezondheidszorg zoals omschreven door de federale en/of gewest- en gemeenschapsoverheden.

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg heeft een aantal belangrijke juridische implicaties voor de ziekenhuissector.

Zo is het de bedoeling om zoveel mogelijk aan vroegdetectie en preventie te doen en zal een ziekenhuisopname zoveel mogelijk worden vermeden. Patiënten zullen meer en meer thuis worden behandeld en verzorgd.

Concreet zal een deel van het verzorgend personeel van de psychiatrische ziekenhuisdiensten een mobiele equipe vormen die flexibel kan worden ingezet om zorg aan te bieden bij de patiënt thuis en niet langer aan het ziekenhuisbed van de patiënt.

Dit stelt echter een probleem op vlak van erkenningsnormen, meer bepaald wat het minimum aantal personeelsleden per ziekenhuisdienst betreft.

Door personeel weg te trekken uit de ziekenhuisdienst, voldoet de ziekenhuisdienst immers niet langer aan de personeelsnormen.

Het normenbesluit van 23 oktober 1964 zal aangepast worden met een bepaling die toelaat dat voor ziekenhuizen die werden geselecteerd om deel te nemen aan een exploratieproject in het kader van artikel 107, de personeelsnormen voor A-en T-diensten gelden op het niveau van de instelling en niet op het niveau van de ziekenhuisdienst. (argumenteren waarom niet nodig voor minder dan 30 A-bedden)

Op die manier wordt verduidelijkt dat het personeel van de mobiele equipe blijft behoren tot het ziekenhuispersoneel en worden zij in rekening gebracht bij het beoordelen van de personeelsnormen. Op deze manier komt de erkenning van het ziekenhuis niet in het gedrang.

Ingevolge het advies van de NRZV wordt artikel 63 § 1 van hetzelfde besluit momenteel gewijzigd om het mogelijk te maken dat ook algemene ziekenhuizen dergelijke projecten kunnen opzetten (A bedden). Die projecten zullen het mogelijk maken om modellen voor de behandeling te testen en te valideren zodat er zorgnetwerken en –circuits opgezet kunnen worden die een optimale behandeling garanderen voor patiënten die lijden aan mentale stoornissen, en waarbij hospitalisatie, en vooral langdurige verblijven, zoveel mogelijk wordt vermeden.

Wat de financiering betreft zullen de geldende regels aangepast moeten worden zodat er rekening wordt gehouden met het bestaan en de incidentie van de exploratieprojecten.

Zo kunnen we bij voorbeeld denken aan een aanpassing van de regels inzake de quota voor psychiatrische ziekenhuizen die zouden deelnemen aan de projecten.

Die potentiële aanpassingen zullen pas doorgevoerd kunnen worden na advies van de bevoegde organen van de NRZV en dus ten vroegste op 1 januari 2011, datum waarop de projecten ten vroegste zouden kunnen starten.

De bovenstaande aanpassingen in de federale wetgeving zowel wat de erkenning als de financiering betreffen, hebben als doelstelling om een juridische als financiële zekerheid te geven aan de instellingen die zich wensen in te schrijven in een project 'artikel 107'.

Hoe dan ook zal aan elke actor die aan een exploratieproject deelneemt, de garantie moeten geboden worden dat hij hierdoor geen enkele financiële schade zal ondervinden.

Tenslotte wensen wij aan te geven dat er inzake vorming, coördinatie en wetenschappelijke begeleiding in specifieke middelen wordt voorzien.

## **9. Een uniek logo ...**

Gedurende het volledige proces zal bijzondere aandacht besteed worden aan het verstrekken van coherente informatie. Om dit te bereiken is een aangepaste communicatie van essentieel belang.

Het uitgangspunt is een gemeenschappelijk logo, ontworpen en uitgewerkt door de gebruikers van een professioneel vormingscentrum aan wie de globale intentie van de geplande hervorming werd voorgesteld. De creativiteit zorgde voor de rest ...



Dit logo, wil met zijn rustgevende kleuren en de dynamiek van de spiraal de vreugde van het samenleven weergeven. De symboliek van de dans verwijst naar de dimensies van intimiteit en gevoeligheid.

## **10 Communicatieplan**

Alle communicatie die zal gebeuren naar de diverse actoren is een gezamenlijk initiatief tussen federaal niveau, de gewesten en de gemeenschappen. Deze partijen werken intensief samen zodanig dat de communicatie gestroomlijnd en gemeenschappelijk zal zijn.

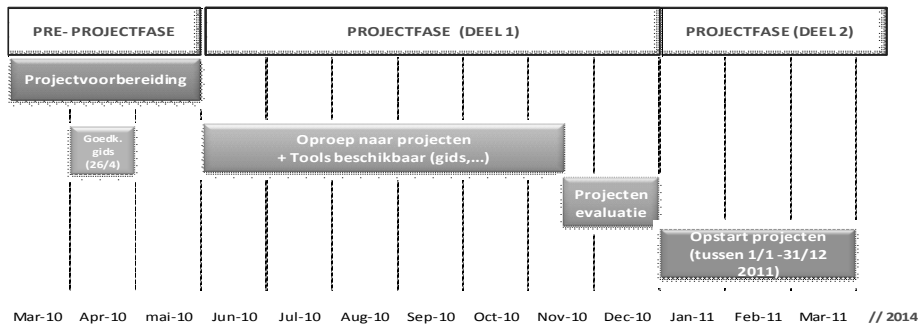
De communicatie gericht naar de vele actoren zal stapsgewijs gebeuren, in de vorm van een cascade (van globaal naar specifiek). De bedoeling is om niet iedereen tegelijk met informatie te overstelpen, maar de verschillende betrokken partijen op een graduele wijze grondig te informeren via diverse gecoördineerde communicatie acties. De informatie die de actoren zullen ontvangen, zal steeds aangepast zijn aan hun specifieke context en taal. Een communicatiekalender zal hierbij ter beschikking gesteld worden, die een overzicht zal geven van alle te ondernemen communicatie activiteiten vanaf april 2010 tot en met januari 2011.

Aangezien het project een grote geografische scope betreft met talrijke diverse actoren, is een sterk beheer van de communicatie noodzakelijk en opportuun. Om de synchronisatie van de communicatie over alle actoren heen te bewaken, de consistentie in de berichtgeving omtrent doel en activiteiten te garanderen en op te volgen, en om alle communicatie activiteiten te ondersteunen, zal er bijgevolg op federaal niveau een permanente ondersteuning ter beschikking gesteld worden. Deze ondersteuning zal er o.a. voor zorgen dat dezelfde informatie wordt gegeven met eenzelfde snelheid over de verschillende actoren heen. Praktisch komt dit onder meer neer op het uitbouwen van een helpcentrale, met een centraal communicatiepunt om een eenduidig antwoord te bieden op de wezenlijke vragen van diverse actoren. Eveneens zal er op de websites die van belang zijn voor de verschillende actoren, de belangrijkste informatie en materialen ter beschikking gesteld worden (zoals de gids, project handboek, nieuwsbrieven,...).

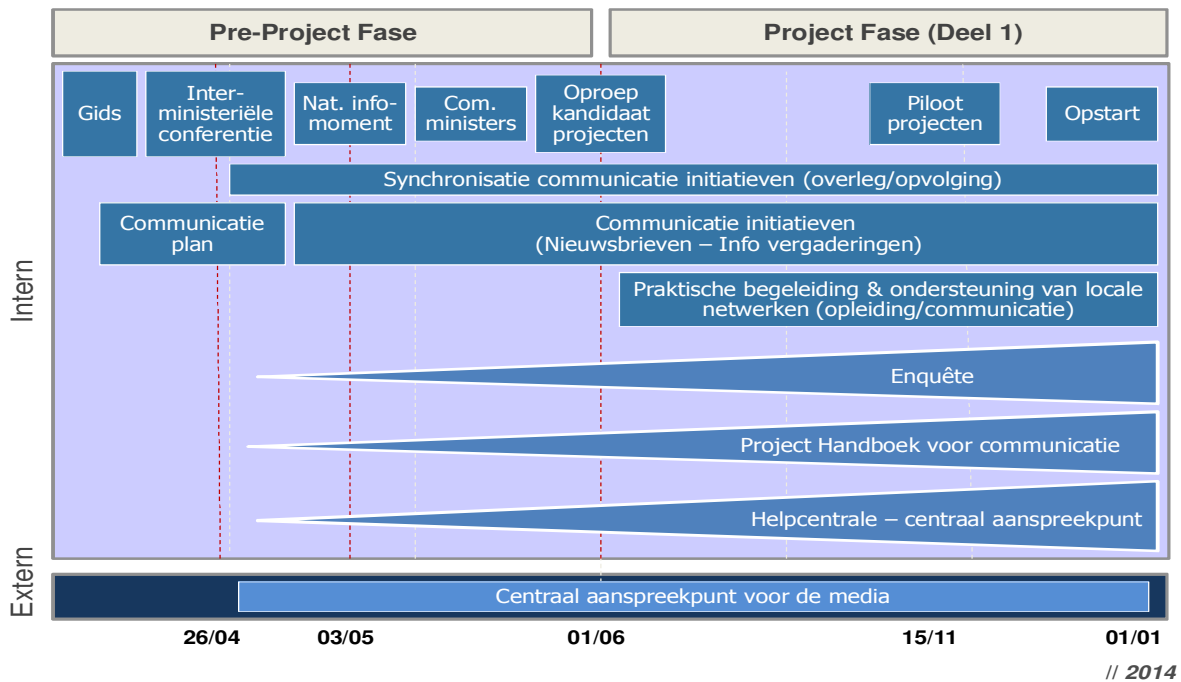
Belangrijk is dat de communicatie op een systematische, continue en bilaterale wijze (tussen het federale, regionale en lokale niveau) gebeurt. Op regelmatige tijdstippen zal er informatie gegeven worden over de doelstellingen van het project, de concepten en een tijdslijn. Deze communicatie zal op een intensieve en pro-actieve wijze gebeuren, met als doelstelling een eenduidige boodschap mee te delen. Persoonlijke contacten zijn hierbij sterk aangewezen om de verwachtingen van de verschillende actoren te managen en een win-win te creëren.

Ook tweerichtingscommunicatie is van sterk belang. Er zal bewaakt worden dat de communicatie niet alleen top-down (van federaal naar lokaal niveau) maar ook bottom-up (van lokaal naar federaal niveau) verloopt. Dit geeft als resultaat dat de bezorgdheden van de actoren naar boven komen, met als gevolg het kunnen afstemmen van de communicatie naar de behoeften en noden van de actoren. Verder zal er ook maximale communicatie op lokaal niveau gestimuleerd worden (zolang deze consistent en in overeenstemming is met het centrale communicatiepunt op federaal niveau). Wanneer de actoren op lokaal niveau zelf over de doelstellingen van het project spreken, verhoogt de kans op betrokkenheid van deze actoren.

## Communication Roadmap



- 1/04/2010: Pre-project fase - projectvoorbereiding
- 1/06/2010: Project fase (Deel 1) - project mode
- 1/01/2011: Projectfase (Deel 2) - post go-live



## **Bijlage 1**

**De gemeenschappelijke verklaring van 24 juni 2002 van de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg**

**Amendement op de intentieverklaring van 24 juni 2002**

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[2003/22251]

24 JUIJN 2002. — Déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales sur la politique future en matière de soins de santé mentale

Vu les compétences respectives des Communautés, des Régions et de l'Etat fédéral en matière de soins de santé mentale;

Considérant que la santé mentale est un concept en perpétuelle mutation, qui se doit d'être en phase avec les demandes exprimées par les personnes et qu'il est nécessaire d'adapter l'offre de soins en santé mentale afin de garantir la plus grande efficacité des réponses apportées;

Considérant qu'il est souhaitable de créer une Task Force qui, sur la base des points de départ sous-mentionnés, esquisse le cadre de la réforme des soins de santé mentale;

Sur la base des considérations précitées, la conférence interministérielle de Santé publique, qui s'est réunie le 24 juin 2002, a convenu de faire la déclaration suivante :

1. Besoin d'un nouveau concept de soins de santé mentale.

Le rapport annuel 2001 de l'Organisation mondiale de la Santé<sup>3</sup> (OMS) fait état de problèmes de plus en plus importants en matière de santé mentale et des conséquences que cela entraîne pour la société, ainsi que du besoin urgent de développer et d'améliorer l'offre de soins. Ce constat a été transposé dans une résolution « Mental Health: Responding to the Call for Action », qui a été approuvée le 18 mai 2002 à la Réunion générale de l'Organisation mondiale de la Santé, sur proposition de la Belgique. Cette résolution appelle à fournir des efforts supplémentaires, afin de faire mieux correspondre l'offre et les besoins en matière de soins de santé mentale.

D'où la nécessité de promouvoir une offre de soins de santé mentale optimale sur les plans quantitatif et qualitatif. Dans cette offre, le patient ainsi que ses besoins et la demande de soins doivent occuper une place centrale<sup>6</sup>. Cela veut dire que chaque patient reçoit les soins dont il a besoin, de préférence dans l'environnement qui lui est familier.

Il va de soi qu'une telle philosophie de base relative à l'offre de soins de santé mentale se reflète dans la manière dont les soins sont organisés. C'est la raison pour laquelle la Conférence interministérielle de Santé publique a décidé, le 24 juin 2002, d'examiner comment les autorités fédérales, communautaires et régionales peuvent, ensemble, dans le respect de leurs compétences respectives, optimiser l'offre existant en matière de soins de santé mentale afin de répondre pleinement à la demande de soins du patient.

Afin d'élaborer le nouveau concept de soins de santé mentale, il est souhaitable de disposer d'une plate-forme, une Task Force, dans laquelle toutes les autorités compétentes siègent. Cette plate-forme formulera des propositions à l'intention de la Conférence interministérielle de Santé publique concernant la possibilité de parvenir à une offre plus cohérente s'appuyant sur la richesse et la diversité des réseaux existants et prenant en considération les spécificités régionales et communautaires.

La collaboration entre tous les acteurs de terrain est la solution pour parvenir à une offre de soins globale axée sur la demande. Afin de réaliser une coordination de la dispensation de soins entre tous les partenaires, il est essentiel d'associer chaque autorité compétente à l'élaboration d'un nouveau modèle d'organisation pour les soins de santé mentale. Il faut clarifier la situation tant au niveau des autorités compétentes qu'au niveau des acteurs de la dispensation des soins, en ce qui concerne les possibilités de collaborer de manière optimale.

La mission de la Task Force doit reposer sur des principes de base doivent permettre une offre de soins de santé mentale transparente, axée sur la demande et de haute qualité. Dans la présente déclaration, la Conférence interministérielle souhaite donc poser les jalons pour le développement des activités de la Task Force.

2. Principes afférents aux travaux de la Task Force « Soins de santé mentale »

2.1. Le premier principe de base est que la politique en matière de soins de santé mentale doit être fondée sur les besoins du patient, lesquels constituent le pivot du développement des soins de santé mentale. Ses besoins ou demandes de soins déterminent l'offre. Ils permettent aussi de savoir quelles composantes ou quels aspects de l'offre globale de soins le patient utilisera et ceux qu'il n'utilisera pas. Cela se fait en étroite collaboration avec les prestataires de soins.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[2003/22251]

24 JUNI 2002. — Gemeenschappelijke verklaring van de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg

Gelet op de respectieve bevoegdheden van de Gemeenschappen, de Gewesten en de Federale overheid inzake de geestelijke gezondheidszorg;

Overwegende dat geestelijke gezondheid een dynamisch concept is, dat dient in te spelen op de zorgvraag en dat het noodzakelijk is het zorgaanbod aan te passen aan die zorgvraag teneinde de effectiviteit van de zorgverlening te optimaliseren.

Overwegende dat het wenselijk is een Task Force te creëren die op grond van de hieronder vermelde uitgangspunten het kader uittekenen voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg;

Op grond van voorgaande overwegingen heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, in vergadering bijeen gekomen op 24 juni 2002, beslist tot de hierna volgende verklaring :

1. Behoeftte aan een nieuw concept voor de geestelijke gezondheidszorg.

In het jaarrapport 2001 van de Wereldgezondheidsorganisatie<sup>1</sup> (WHO) werd het maatschappelijk belang van de toenemende problemen inzake geestelijke gezondheid en de dringende nood aan een uitbreiding en betere organisatie van het zorgaanbod aangegeven. Deze vaststelling werd omgezet in een resolutie<sup>2</sup> « Mental health: responding to the call for action » die op 18 mei 2002 op voorstel van België werd goedgekeurd in de Algemene Vergadering van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Hierin wordt opgeroepen extra inspanningen te doen om het aanbod van geestelijke gezondheidszorg beter te doen aansluiten bij de behoeften.

Vandaar de noodzaak tot promotie van een kwalitatief en kwantitatief geoptimaliseerd aanbod van geestelijke gezondheidszorg. In dit aanbod dient de patiënt en diens behoeften en zorgvraag, een centrale richtinggevende plaats te bekleden<sup>5</sup>. Dit wil zeggen dat voor elke patiënt de zorg wordt aangeboden die aan zijn/haar behoeften beantwoordt en dit bij voorkeur in de eigen omgeving van de patiënt.

Het is vanzelfsprekend dat een dergelijke basisfilosofie omtrent het aanbieden van geestelijke gezondheidszorg weerspiegeld wordt in de wijze waarop die zorg wordt georganiseerd. Daarom heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, op 24 juni 2002, beslist na te gaan hoe men, gezamenlijk, vanuit de federale, Gemeenschaps- en Gewestelijke overheden, met respect voor ieders bevoegdheid, kan komen tot een optimalisering van het bestaande aanbod van geestelijke gezondheidszorg teneinde ten volle te beantwoorden aan de zorgvraag van de patiënt.

Om het nieuwe concept van geestelijke gezondheidszorg uit te werken is het wenselijk te beschikken over een platform, een Task Force, waarin alle bevoegde overheden zetelen. Dit platform zal voorstellen doen aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid over de wijze waarop men, vertrekkend van de rijkheid en diversiteit van de bestaande netwerken alsook rekening houdend met de Gewestelijke en Communautaire specificiteit, kan komen tot een meer coherent aanbod.

Samenwerking tussen alle actoren op het terrein is de sleutel om te komen tot een dergelijk globaal vraaggericht zorgaanbod. Om alle partners in de zorgverlening op mekaar af te stemmen is het essentieel elke bevoegde overheid te betrekken bij het uitwerken van een nieuw organisatie-model voor de geestelijke gezondheidszorg. Er moet duidelijkheid geschapen worden, zowel op niveau van de bevoegde overheden als op niveau van de zorgactoren, omtrent de wijze waarop optimaal kan samengewerkt worden.

De opdracht van de Task Force moet gestoeld zijn op basisprincipes die het aanbieden van een kwalitatief, vraaggericht en transparant aanbod van geestelijke gezondheidszorg moeten mogelijk maken. In onderhavige verklaring wenst de Interministeriële Conferentie dan ook de bakens uit te zetten waarbinnen de Task Force haar werkzaamheden dient te ontplooiën.

2. Principes voor de werkzaamheden van de Task Force « Geestelijke gezondheidszorg ».

2.1. Het eerste basisprincipe gaat ervan uit dat het beleid in de geestelijke gezondheidszorg moet uitgaan van de noden van de patiënt, hij/zij vormt de spil voor de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. Zijn of haar behoeften en zorgvragen sturen het aanbod en bepalen terzelfdertijd, in nauwe samenspraak met de zorgverleners, van welke onderdelen of aspecten van het globale zorgaanbod de patiënt gebruik zal maken, en van welke niet.

2.2. Pour le développement futur des soins de santé mentale, on peut se fonder sur les groupes de population reposant sur l'âge et les caractéristiques sociologiques y afférentes. Cela constitue le deuxième principe de base des activités de la Task Force. Ainsi, la population de patients est subdivisée en trois groupes cibles, à savoir : les enfants et les jeunes (jusqu'à dix-huit ans), les adultes et les personnes âgées. Pour chaque groupe cible, il y a lieu de développer une offre spécifique ou circuit de soins sur la base de l'offre de soins propres à la région et aux besoins. Un circuit de soins est, par conséquent, l'offre de soins, autrement dit l'ensemble des prestataires de soins qui collaborent pour un groupe cible déterminé dans une zone d'activité déterminée. C'est précisément ce circuit de soins qui doit permettre que les soins soient coordonnés et forment un tout au bénéfice du patient.

2.3. La collaboration entre divers prestataires de soins de santé mentale doit se traduire au niveau organisationnel dans un accord de réseau entre tous ces prestataires. Cela est nécessaire pour arriver à un circuit de soins efficace, transparent et axé sur le patient.

La nouvelle organisation des soins de santé mentale suivant les concepts de circuits de soins et de réseaux d'équipements de soins ou de prestataires de soins est un troisième principe de base.

2.4. Un point crucial au sein d'un circuit de soins de même par-delà les limites des circuits de soins, est la liberté de choix du patient et l'exercice de ses droits comme principe de base. En outre, la responsabilité de la continuité des soins au patient incombe aux prestataires de soins collaborant ou, en d'autres termes, ce sont les partenaires au sein du réseau qui doivent garantir la continuité et l'efficacité des soins dispensés. Par conséquent, ce n'est pas l'autorité qui doit se charger de la continuité des soins dispensés, mais les prestataires de soins collaborants eux-mêmes et avec le patient, c'est-à-dire le réseau. La liberté de choix pour le patient et la collaboration de tous les prestataires de soins dans une zone d'action bien délimitée afin de garantir la continuité des soins valent comme quatrième principe de base<sup>8</sup>.

2.5. Principe de subsidiarité. Il a déjà été précisé que l'offre de soins au sein d'un circuit de soins doit être la plus proche possible des besoins du patient. De plus, cette offre de soins doit de préférence être dispensée dans l'environnement familial du patient. En d'autres termes, et c'est là le cinquième principe de base, les soins doivent de préférence être offerts dans un cadre ambulatoire ou à domicile. Ce n'est que lorsque le patient ne peut pas être traité dans un cadre ambulatoire ou à domicile que les soins institutionnels sont nécessaires.

2.6. Il est important que le réseau accorde de l'importance à la prévention, l'éducation et la promotion des soins de santé mentale ainsi qu'aux initiatives originales développées par les réseaux existants en vue de garantir l'état de bien-être des individus. Si un réseau organise de telles activités, il est souhaitable que celles-ci fassent partie de la politique de prévention, d'éducation et de promotion des Communautés et des Régions.

2.7. Il faut encourager la collaboration au sein des circuits de soins et des réseaux en accordant des incitations. Cette nouvelle forme d'organisation est un cadre où des acteurs des soins conviennent de collaborer dans un ensemble cohérent. Les différentes autorités doivent faciliter cette forme de collaboration de telle sorte que l'offre se développe à partir de la base et ne soit pas une association imposée par le sommet.

2.8. cela suppose que les autorités conviennent de coordonner leurs politiques respectives en matière de soins de santé mentale, chacune dans les limites de leurs compétences législatives et ce, afin de permettre la création d'un cadre d'action efficace.

2.9. La réforme préconisée dans la Déclaration est fondée sur l'offre existante. Dans chaque cas ou réseau séparé, il conviendra d'abord d'examiner comment compléter l'offre de manière à offrir un ensemble de services coordonnés. Dès lors, dans le cadre de la réforme, il conviendra d'accorder également de l'attention aux lacunes existant dans les équipements, auxquelles il faut nécessairement remédier, et aux équipements auxquels il doit pouvoir être fait appel. Le cadre législatif devra offrir une certaine flexibilité afin de réaliser autant que possible la réforme, compte tenu des possibilités disponibles.

### 3. Priorité pour les enfants et les jeunes

Comme il a déjà été précisé plus haut, il est souhaitable, pour concrétiser les principes de base précités et les opérationnaliser dans une phase ultérieure, de disposer d'une Task Force dont l'ensemble des autorités compétentes font partie. Dans un premier temps, cette plate-forme se fixera pour objectif de concrétiser les principes de base de la future organisation des soins de santé mentale en termes de circuit de soins et de réseaux pour le groupe cible des enfants et des jeunes.

2.2. Voor de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg kan worden uitgegaan van bevolkingsgroepen gebaseerd op leeftijd en de daarmee samenhangende sociologische kenmerken. Dit vormt het tweede basisprincipe voor de werkzaamheden van de Task Force. Op die manier wordt de patiëntenpopulatie ingedeeld in drie doelgroepen: kinderen en jongeren (tot en met achttien jaar), volwassenen en ouderen. Voor elke doelgroep dient een specifiek aanbod of zorgcircuit te worden uitgetekend vertrekkende vanuit het bestaande regio-specifieke zorgaanbod en behoeften. Een zorgcircuit is bijgevolg het zorgaanbod, of anders gezegd het samenwerkend geheel van zorgaanbieders, voor een bepaalde doelgroep binnen een bepaald werkingsgebied. Het is precies dit zorgcircuit dat het moet mogelijk maken dat de zorgverlening naadloos op elkaar aansluit en ten aanzien van de patiënt een coherent geheel vormt.

2.3. De samenwerking tussen diverse geestelijke gezondheidszorgaanbieders dient zich op organisatorisch niveau te vertalen in een netwerkovereenkomst tussen alle betrokken zorgaanbieders. Dit is noodzakelijk om tot een efficiënt, transparant en patiëntgericht zorgcircuit te komen.

De nieuwe organisatie van de geestelijke gezondheidszorg volgens de concepten van zorgcircuits en netwerken van zorgvoorzieningen of zorgaanbieders is een derde basisprincipe.

2.4. Cruciaal binnen een zorgcircuit, en zelfs over de grenzen van de vermelde circuits heen, blijft de keuzevrijheid van de patiënt en de uitoefening van diens rechten als basisprincipe. Langs de andere kant ligt de verantwoordelijkheid van continuïteit in de zorgverlening aan de patiënt bij de samenwerkende zorgaanbieders, of anders gezegd, het zijn de partners binnen het netwerk die de continuïteit en de efficiëntie dienen te garanderen van de door hen aangeboden zorg. Het is bijgevolg niet de overheid die instaat voor de continuïteit van de aangeboden zorg, maar de samenwerkende zorgaanbieders zelf, i.e. het netwerk, tezamen met de patiënt. Keuzevrijheid voor de patiënt en samenwerking van alle zorgaanbieders binnen een welbepaald afgebakend werkingsgebied met het oog op het verzekeren van de continuïteit van de zorgverlening, gelden als een vierde basisprincipe<sup>7</sup>.

2.5. Subsidiariteitsbeginsel. Er werd reeds aangehaald dat het zorgaanbod binnen een zorgcircuit zo nauw mogelijk dient aan te sluiten bij de behoeften van de patiënt. Hierbij komt dat dit zorgaanbod bij voorkeur in de dagdagelijkse omgeving van de patiënt wordt aangeboden. Met andere woorden, en dit is een vijfde basisprincipe, de zorg dient bij voorkeur ambulante of thuis te worden aangeboden. Het is pas wanneer de patiënt niet ambulante of thuis kan worden behandeld dat institutionele zorg noodzakelijk is.

2.6. Het is belangrijk dat een netwerk aandacht besteedt aan preventie, educatie en promotie van de geestelijke gezondheidszorg alsook aan initiatieven ontwikkeld door bestaande samenwerkingsverbanden teneinde het welzijn van de burgers te garanderen. Indien een netwerk activiteiten hieromtrent opzet, is het wenselijk dat deze kaderen in het preventie, educatie en promotiebeleid van de Gemeenschappen en Gewesten.

2.7. De samenwerking binnen de zorgcircuits en netwerken dient te worden aangemoedigd door het creëren van stimuli. Deze nieuwe organisatievorm is een kader waarbij zorgactoren overeenkomen om in een consistent geheel samen te werken. De verschillende overheden dienen deze vorm van samenwerking te faciliteren zodat het aanbod van onderuit groeit eerder dan een van bovenaf opgelegd samenwerkingsverband.

2.8. Dit veronderstelt dat de overheden overeenkomen om hun respectievelijk beleid in de geestelijke gezondheidszorg, ieder binnen hun eigen wetgevende bevoegdheid, op elkaar af te stemmen om een kader mogelijk te maken dat leidt tot efficiënte actie.

2.9. De in de verklaring vooropgestelde hervorming vertrekt vanuit het bestaande aanbod. In iedere casus of afzonderlijk netwerk zal dan ook moeten worden nagegaan hoe het aanbod dient te worden vervolledigd zodat een op elkaar aansluitend geheel van diensten kan worden aangeboden. De hervorming zal derhalve oog moeten hebben voor bestaande leemten in de voorzieningen die noodzakelijkerwijze moeten kunnen worden ingevuld of waarop een beroep moet kunnen worden gedaan. Het wetgevend kader zal een zekere flexibiliteit moeten bieden om zoveel als mogelijk binnen de beschikbare mogelijkheden de hervorming te realiseren.

### 3. Prioriteit voor kinderen en jongeren.

Zoals hierboven reeds werd aangeduid, is het wenselijk, om de hierboven geschetste basisprincipes te concretiseren en in een latere fase te operationaliseren, te beschikken over een Task Force waarvan alle bevoegde overheden deel uitmaken. Dit platform zal zich vooreerst tot doel stellen de basisprincipes van de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in termen van zorgcircuits en netwerken, te concretiseren voor de doelgroep kinderen en jongeren.



## 4. Elaboration d'un protocole d'accord

Les travaux de la Task Force devraient déboucher sur un protocole d'accord qui, sur la base des principes figurant dans la présente Déclaration, esquisse le cadre futur d'une réforme des soins de santé mentale en circuits de soins et les réseaux. On définira également les conditions dans le cadre desquelles des expériences seront mises sur pied qui concrétisent ce cadre global pour les soins aux enfants et aux jeunes.

Chaque ministre sera représenté par une personne dans la Task Force. La Task Force, dans le cadre de ses travaux, discutera avec le secteur, avec les organisations de patients et les organisations de famille et d'autres intéressés.

La présente Déclaration a été faite et signée à Bruxelles, le 24 juin 2002.

Pour le Gouvernement fédéral :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,  
F. VANDENBROUCKE

La Ministre de la Protection de la Consommation,  
de la Santé publique et de l'Environnement,  
Mme M. AELVOET

## 4. Uitwerking van een protocolakkoord.

De werkzaamheden van de Task Force zouden moeten uitmonden in een protocolakkoord dat op basis van de principes die vervat liggen in onderhavige Verklaring een toekomstig kader uittekent voor een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in zorgcircuits en netwerken. Tevens zullen de voorwaarden worden omschreven binnen dewelke experimenten zullen worden opgezet die dit algehele kader concreteriseren voor de kinder- en jeugdzorg.

Iedere bevoegde minister wordt vertegenwoordigd door één persoon in de Task Force. De Task Force zal in het kader van zijn werkzaamheden overleg plegen met de sector, met de patiënten- en familieorganisaties, en andere belanghebbenden.

Deze Verklaring werd opgemaakt en ondertekend te Brussel, op 24 juni 2002.

Voor de Federale Regering :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,  
F. VANDENBROUCKE

De Minister van Consumentenzaken,  
Volksgezondheid en Leefmilieu,  
Mevr. M. AELVOET

Voor de Vlaamse regering :

De Minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,  
Mevr. M. VOGELS.

Pour le Gouvernement wallon :

Le mMinistre des Affaires sociales et de la Santé,  
Th. DETIENNE

Pour le Collège réuni de la Commission communautaire communautaire  
de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le membre du collège réuni, compétent pour la Politique de santé,  
D. GOSUIN

Pour Le Collège, chargé de la Santé,  
D. GOSUIN

Pour le Gouvernement de la Communauté germanophone :

Le Ministre de la Jeunesse et de la Famille, des Monuments et Sites,  
de la Santé et des Affaires sociales,  
H. NIESEN

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,  
Mme N. MARECHAL

Voor het Verenigd college van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie  
van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Het Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,  
J. CHABERT

<sup>1</sup> WHO (2001). *The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.

<sup>2</sup> WHO (2002). *Mental health: responding to the call for action*. Resolution. WHA 55.10.

<sup>3</sup> WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.

<sup>4</sup> WHO (2001). *Mental Health: Responding to the Call for Action*.

<sup>6</sup> Magda Aelvoet en collaboratiön avec Frank Vandenbourcke. *La psyché: le cadet de mes soucis? Note de politique pour les soins de santé mentale*.

<sup>8</sup> Pour la Région de Bruxelles-Capitale on devra faire preuve d'une flexibilité nécessaire pour remplir ce principe de base de sorte qu'on puisse tenir compte de la spécificité de cette Région.

<sup>1</sup> WHO (2001). *The World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.

<sup>2</sup> WHO (2002). *Mental health: responding to the call for action*. Resolution. WHA 55.10.

<sup>3</sup> WHO (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.

<sup>4</sup> WHO (2001). *Mental Health: Responding to the Call for Action*.

<sup>5</sup> Aelvoet, M. is met Vandenbroucke, F. (2001). *De psyche: mij een zorg? Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg*. Brussel.

<sup>7</sup> Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zal bij het invullen van dit basisprincipe de nodige flexibiliteit moeten ingebouwd worden zodat men rekening kan houden met de specificiteit van dit Gewest.

## **Groupe de travail Interkabinettenwerkgroep intercabinets 'Taskforce 'Taskforce GGZ' SSM'**

Amendement à la déclaration  
d'intention du 24 juin 2002 – 2<sup>ième</sup>  
publication

Amendement op de intentie-  
verklaring van 24 juni 2002 – 2<sup>e</sup>  
publicatie

A l'occasion d'une déclaration conjointe, les Ministres compétents en matière de Santé publique ont décidé le 24 juin 2002 d'organiser l'offre des soins de santé mentale dans notre pays selon les principes des groupes cibles et des réseaux et ce, en vue d'offrir des soins intégrés dont le patient est l'élément central, et garantir par là la continuité des soins.

Naar aanleiding van een gemeenschappelijke verklaring beslisten de Ministers bevoegd voor Volksgezondheid op 24 juni 2002 om het aanbod van geestelijke gezondheidszorg in ons land volgens de principes van doelgroepen en netwerken te organiseren, en dit met het oog op het aanbieden van een geïntegreerde zorg waarbij de patiënt centraal staat, en de continuïteit van de zorg gegarandeerd wordt.

Afin d'atteindre cet objectif, un groupe de travail intercabinets a été créé. Les négociations de la Taskforce entre juillet 2002 et mars 2003 ont résulté en une proposition de protocole d'accord qui a été soumise à l'approbation des Ministres de tutelle lors de la conférence interministérielle de la Santé publique du 20 mars 2003.

Om die doelstelling te halen werd een interkabinettenwerkgroep opgericht. De onderhandelingen van de Taskforce tussen juli 2002 en maart 2003 hebben geresulteerd in een voorstel van Protocolakkoord dat de toezichhoudende ministers op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 20 maart 2003 ter goedkeuring werd voorgelegd.

Ce protocole d'accord n'a pas fait l'objet d'un consensus entre les membres de la CIM Santé publique.

Rond vermeld protocolakkoord werd echter geen consensus bereikt tussen de leden van de IMC Volksgezondheid.

Le 8 décembre 2003, la CIM Santé publique a décidé de poursuivre les travaux du groupe de travail intercabinets existant avec la mission suivante :

formuler des propositions relatives à l'élaboration et l'implémentation des concepts 'circuits de soins' et 'réseaux' dans les soins de santé mentale en général et dans les soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes en particulier (=mission originelle) avec comme priorité la formulation de propositions relative à l'élaboration et l'implémentation de l'activation dans les soins de santé mentale (=mission élargie).

Op 8 december 2003 heeft de IMC Volksgezondheid beslist de werkzaamheden van de bestaande interkabinettenwerkgroep verder te zetten met als missie :

voorstellen formuleren in verband met het uitwerken en implementeren van de concepten 'zorgcircuits' en '-netwerken' in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in het bijzonder (=oorspronkelijke missie) met als prioriteit het formuleren van voorstellen in verband met het uitwerken en implementeren van activering in de geestelijke gezondheidszorg (=uitbreiding missie).

Le groupe de travail intercabinets 'Taskforce SSM' a redémarré le 22 mars 2004. Un document de base a été rédigé dans lequel sont reprises les lignes principales du débat mené dans cette réunion.

Il existe, entre les membres, un consensus sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un protocole d'accord pour pouvoir démarrer des projets pilotes.

Contrairement à la mission originale, on ne souhaite pas limiter le groupe cible aux enfants et aux jeunes. On opte pour l'élargissement du groupe cible à tous les âges, à condition que les patients présentent une problématique chronique et complexe étant donné que ce sont les patients pour lesquels le risque de discontinuité des soins et donc le besoin de circuits de soins et de réseaux est le plus élevé.

3 Types d'acteurs et/ou partenaires différents au moins doivent participer aux projets pilotes.

Les projets pilotes organisent :

- la concertation au niveau du réseau;
- la concertation au niveau des patients se rapportant au groupe cible des patients mentionné plus haut.

En outre il faut prévoir :

- le développement d'instruments d'évaluation ;
- l'évaluation ;
- le coaching des partenaires et des acteurs.

Etant donné qu'en 2004, aucun budget ne peut plus être libéré, les projets pilotes ne peuvent être lancés qu'en 2005 au plus tôt.

La volonté de s'engager sur les principes susmentionnés existe chez chaque autorité présente.

La conférence interministérielle décide que le groupe de travail 'Taskforce SSM', constitué en son sein, continuera ses travaux en vue d'établir, après l'évaluation positive de ces projets-pilotes un projet de protocole d'accord ou d'accord de coopération, permettant de développer les réseaux et circuits de soins, et qui tiendra compte des principes énoncés dans l'annexe au document préparatoire et dans la déclaration conjointe des Ministres de la Santé publique et des Affaires

De Interkabinettenwerkgroep 'Taskforce GGZ' werd terug opgestart op 22 maart 2004. Er werd een basisdocument opgemaakt waarin de hoofdlijnen van het debat gevoerd in deze vergadering worden weergegeven.

Zo bestaat er onder de leden consensus over het feit dat er geen protocolakkoord nodig is om te kunnen starten met pilootprojecten.

In tegenstelling tot de oorspronkelijke missie wenst men de doelgroep niet te beperken tot kinderen en jongeren. Men opteert voor de uitbreiding van de doelgroep naar alle leeftijden, op voorwaarde dat het patiënten met chronische en complexe problematiek zijn daar de kans dat bij deze patiënten de continuïteit van zorg in het gedrang komt en bijgevolg de nood aan zorgcircuits en netwerken bij hen het grootst is.

Tenminste 3 verschillende types van actoren en/of partners dienen deel te nemen aan de pilootprojecten.

De pilootprojecten organiseren :

- overleg op het niveau van het netwerk;
- overleg op het niveau van patiënten met betrekking tot de hierboven vermelde patiëntendoelgroep.

Daarnaast dient te worden voorzien in :

- de ontwikkeling van evaluatie-instrumenten;
- de evaluatie;
- de coaching van de partners en actoren.

Daar in 2004 geen budgetten meer kunnen worden vrijgemaakt, kunnen de pilootprojecten pas ten vroegste starten in 2005.

De wil zich met betrekking tot deze principes te engageren bestaat bij alle aanwezige overheden.

De Interministeriële Conferentie beslist dat de in haar midden opgerichte werkgroep 'Taskforce GGZ' haar werkzaamheden zal voortzetten teneinde, na een positieve evaluatie van deze pilootprojecten een ontwerp van protocolakkoord of van samenwerkingsakkoord, op te stellen dat het mogelijk maakt de zorgnetwerken en -circuits op te zetten en tevens rekening houdt met de principes genoemd in de bijlage van het voorbereidende document en in de

sociales sur la politique en matière de soins de santé mentale du 24 juin 2002 qui a été approuvée par l'ensemble des Régions et Communautés, ainsi que des explications actuelles de la présente déclaration.

gemeenschappelijke verklaring van de Ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg van 24 juni 2002 die door alle Gewesten en Gemeenschappen is goedgekeurd, alsook met de huidige verduidelijkingen van deze verklaring.

De plus la mission du groupe de travail 'Taskforce SSM' s'étendra également à la collaboration intersectorielle et à la pratique de l'outreaching.

Daarenboven zal de missie van de werkgroep 'Taskforce GGZ' worden uitgebreid door eveneens aandacht te schenken aan intersectoriële samenwerking en de praktijk van outreaching.

Aldus gesloten te Brussel, 06 -12- 2004

Ainsi conclu à Bruxelles, le 06 -12- 2004

**Voor de federale Regering :**

De Minister van Sociale Zaken  
en Volksgezondheid,



Rudy DEMOTTE

**Pour le Gouvernement fédéral :**

Le Ministre de Affaires sociales  
et de la Santé publique,

Rudy DEMOTTE

**Voor de Vlaamse Regering :**

De Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin



Inge VERVOTTE

**Für die Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft :**

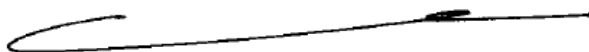
Vize-Ministerpräsident  
Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus



Bernd GENTGES

**Pour le Gouvernement wallon :**

Le Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances



Christiane VIENNE

**Pour le Gouvernement de la Communauté française :**

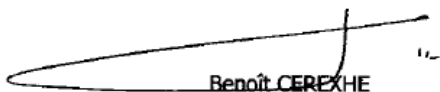
Le Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse,



Catherine FONCK

**Pour le Collège de la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale :**

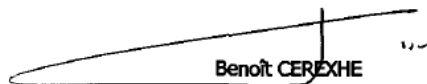
Le Membre du Collège, chargé de la Santé,



Benoît CEREXHE

**Pour le Collège réuni de la Commission  
communautaire commune de Bruxelles-  
Capitale :**

Le Membre du Collège réuni,  
compétent pour la Politique de la Santé



Benoît CEREXHE

**Voor het Verenigd College van de  
Gemeenschappelijke Gemeenschaps-  
commissie van het Brussels Hoofdstedelijk  
Gewest :**

Het Lid van het Verenigd College,  
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,



Guy VANHENGEL

## **Bijlage 2**

**Koninklijk besluit van 10 juli 2008 houdende coördinatie van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, art. 11**

8° onder verzorgend personeel wordt verstaan : alle aan het ziekenhuis verbonden zorgkundigen;

9° onder ondersteunend personeel wordt verstaan : alle personeelsleden die niet behoren tot één der categorieën van de beroepsbeoefenaars, bedoeld in het voornoemd koninklijk besluit nr. 78, en die het verpleegkundig personeel helpen met hun administratieve en logistieke taken.

Art. 9. (9) De bepalingen van de artikelen 18 tot 22 en van Titel IV die op de ziekenhuisgenezsheren van toepassing zijn, zijn mede van toepassing op de in het ziekenhuis werkzame beoefenaars van de tandheelkunde bedoeld in artikel 3, eerste lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967, evenals op de in het ziekenhuis werkzame apothekers of licentiaten in de scheikundige wetenschappen die overeenkomstig artikel 5, § 2, van het voorennoemde besluit gemachtigd zijn analyses van klinische biologie te verrichten.

*Afdeling 8. — Samenwerkingsverbanden tussen verzorgingsinstellingen en diensten (A8)*

Art. 10. (10) De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit en de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en programmering gehoord te hebben, de toepassing van de bepalingen van de Titels I tot en met IV van deze wet geheel of gedeeltelijk, en met de nodige aanpassingen, uitbreiden tot de samenwerkingsverbanden inzake verzorgingsdomeinen of andere domeinen door Hem nader omschreven, tussen verzorgingsinstellingen en diensten zoals deze door Hem nader worden omschreven.

*Afdeling 9. — Netwerk en zorgcircuit (A9)*

Art. 11. (11) § 1. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

1° « netwerk van zorgvoorzieningen » : een geheel van zorgaanbieders, zorgverstrekkers, instellingen en diensten, die, wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet en die samen voor een door hen nader te omschrijven doelgroep van patiënten en binnen een door hen te motiveren gebiedsomschrijving, één of meerdere zorgcircuits aanbieden, in het kader van een instellingsoverstijgende juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst;

2° « zorgcircuit » : het geheel van zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen die wat de organieke wetgeving betreft, niet ressorteren onder de bevoegdheid van de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet, en worden georganiseerd door middel van een netwerk van zorgvoorzieningen, die de in 1°, bedoelde doelgroep of subdoelgroep achtereenvolgens kan doorlopen.

§ 2. De Koning kan, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en programmering, de doelgroepen aanduiden voor dewelke de zorg via een netwerk van zorgvoorzieningen wordt aangeboden. In voorkomend geval kan Hij die categorieën van zorgaanbieders aanduiden die in ieder geval deel uitmaken van bedoeld netwerk.

§ 3. De Koning kan nadere regelen vaststellen voor de toepassing van §§ 1 en 2. Hij kan eveneens de bepalingen van deze wet geheel of gedeeltelijk, en met de nodige aanpassingen, uitbreiden tot de in § 1, bedoelde netwerken, tot de zorgcircuits die er deel van uitmaken en tot de onderdelen die het zorgcircuit samenstellen.

*Afdeling 10. — Zorgprogramma's (A10)*

Art. 12. (12) § 1. De Koning stelt, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling erkenning en programmering, de lijst vast van zorgprogramma's, zoals die door Hem nader worden omschreven, en die moeten erkend worden door de overheid bevoegd voor het gezondheidsbeleid op grond van de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet.

§ 2. De Koning kan, voor ieder der in § 1 bedoelde zorgprogramma's, karakteristieken definiëren om erkend te kunnen worden zoals :

- 1° de doelgroep;
- 2° de aard en de inhoud van de zorg;
- 3° het minimaal activiteitsniveau;
- 4° de vereiste infrastructuur;
- 5° de vereiste medische en niet-medische personeelsomkadering en deskundigheid;
- 6° kwaliteitsnormen en normen inzake kwaliteitsopvolging;
- 7° bedrijfseconomische criteria;
- 8° geografische toegankelijkheidscriteria.

8° il faut entendre par personnel soignant : l'ensemble des aides soignants attachés à l'hôpital;

9° il faut entendre par personnel de soutien : l'ensemble des membres du personnel qui ne relèvent pas d'une des catégories de praticiens professionnels visées dans l'arrêté royal n° 78 précité et qui aident le personnel infirmier pour leurs tâches administratives et logistiques.

Art. 9. (9) Les dispositions des articles 18 à 22 et du Titre IV, applicables aux médecins hospitaliers, sont également d'application aux praticiens visés à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, exerçant à l'hôpital l'art dentaire de même qu'aux pharmaciens ou licenciés en sciences chimiques travaillant à l'hôpital et habilités à effectuer les analyses de biologie clinique, conformément à l'article 5, § 2, de l'arrêté précité.

*Section 8. — Associations d'institutions de soins et de services (A8)*

Art. 10. (10) Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, après avoir entendu le Conseil national des Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, étendre en tout ou en partie, avec les adaptations nécessaires, l'application des dispositions des Titres I jusqu'à IV de la présente loi aux associations, relatives aux domaines de soins ou autres domaines qu'Il précise, entre établissements de soins et services précisés par Lui.

*Section 9. — Réseau et circuit de soins (A9)*

Art. 11. (11) § 1<sup>er</sup>. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

1° « réseau d'équipements de soins » : un ensemble de prestataires de soins, dispensateurs, institutions et services qui, en ce qui concerne la législation organique, ne relèvent pas de la compétence des autorités visées aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution et qui offrent conjointement un ou plusieurs circuits de soins dans le cadre d'un accord de collaboration juridique intra- et extra-muros et ce, à l'intention d'un groupe cible de patients à définir par eux et dans un secteur à motiver par eux;

2° « circuit de soins » : l'ensemble de programmes de soins et autres équipements de soins, qui, en ce qui concerne la législation organique, ne relèvent pas de la compétence des autorités visées aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution et sont organisés par le biais d'un réseau d'équipements de soins qui peuvent être parcourus par le groupe cible ou le sous-groupe cible visé au 1°.

§ 2. Le Roi peut, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, désigner les groupes cibles pour lesquels les soins sont offerts par un réseau d'équipements de soins. Le cas échéant, Il peut désigner les catégories de prestataires de soins qui font en tout cas partie du réseau visé.

§ 3. Le Roi peut préciser les règles pour l'application des §§ 1<sup>er</sup> et 2 et étendre, en tout ou en partie et moyennant les adaptations requises, les dispositions de la présente loi aux réseaux visés au § 1<sup>er</sup>, aux circuits de soins qui en font partie et aux éléments constitutifs du circuit de soins.

*Section 10. — Programmes de soins (A10)*

Art. 12. (12) § 1<sup>er</sup>. Le Roi fixe, après avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section agrément et programmation, la liste des programmes de soins, tels que précisés par Lui et qui doivent être agréés par l'autorité compétente pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.

§ 2. Le Roi peut, pour chacun des programmes de soins visés au § 1<sup>er</sup>, définir des caractéristiques pour pouvoir être agréées telles que :

- 1° le groupe cible;
- 2° le type et le contenu des soins;
- 3° le niveau minimum d'activité;
- 4° l'infrastructure requise;
- 5° l'expertise et les effectifs de personnels médicaux et non médicaux requis;
- 6° les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité;
- 7° les critères micro-économiques;
- 8° les critères relatifs à l'accessibilité géographique.