



FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de
Voedselketen en Leefmilieu

Directoraat-generaal Gezondheidszorg
NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Eurostation blok II
Victor Hortaplaats, 40 bus 10
1060 Brussel

Uw brief van

Kenmerken :

Ons kenmerk NRZV/C/12-2015

Bijlage(n) 1 fr-nl

Datum 18/11/2015

Ter attentie van mevrouw De Block,
Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid
Financietoren - Kruidtuinlaan 50/175
1000 Brussel

Betreft : Advies van de permanente werkgroep psychiatrie betreffende de medische activiteiten in de mobiele equipes van de projecten art. 107 (ref. NRZV/D/PSY/450-3)

Mevrouw de Minister,

Als bijlage vindt u het onder rubriek vermelde advies.

Dit advies werd besproken tijdens de plenaire vergadering van de Afdeling «Programmatie & Erkenning » van 8 oktober 2015 en is geratificeerd tijdens de vergadering van het Bureau van diezelfde dag.

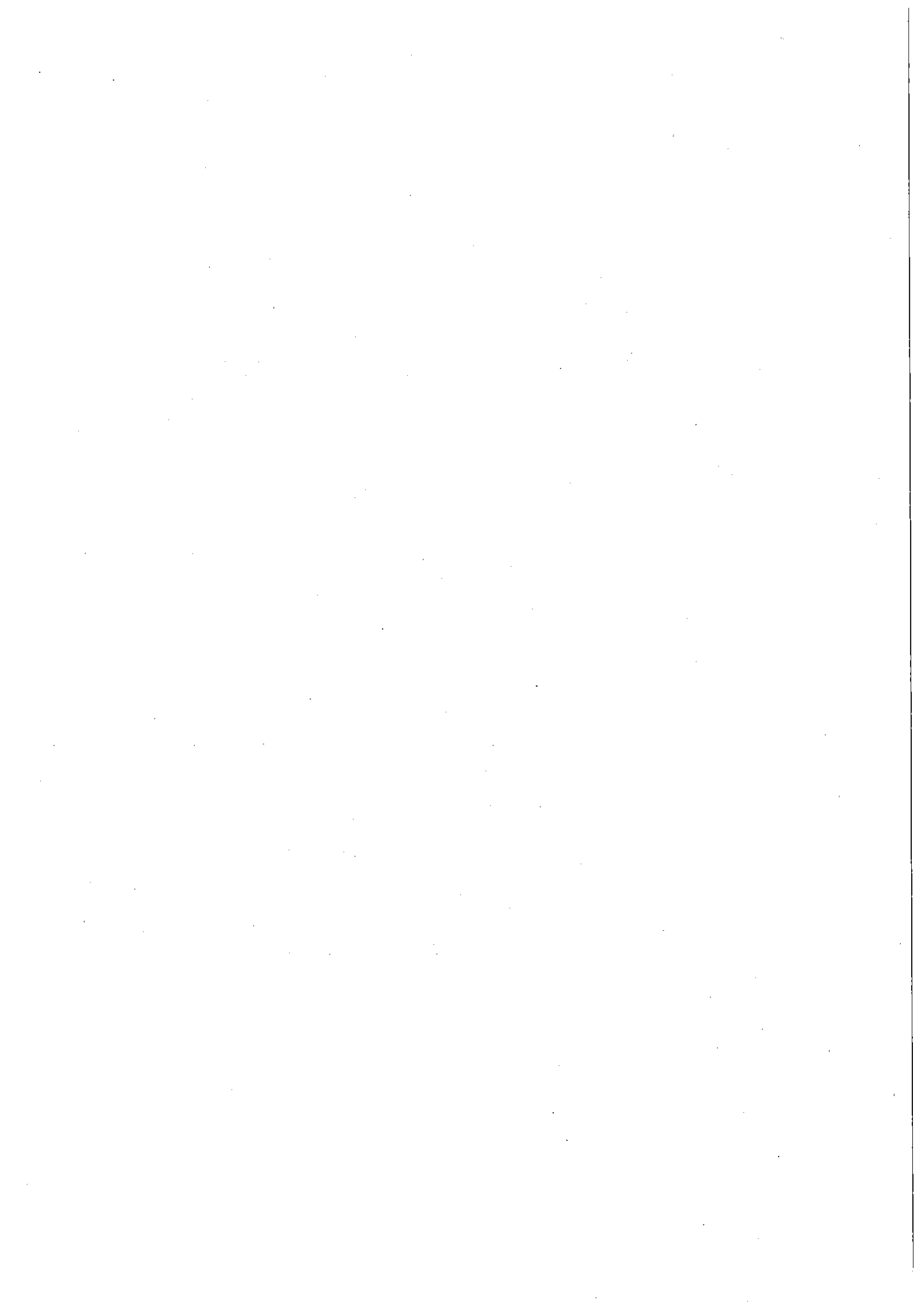
De Raad wenst evenwel te onderstrepen dat de aspecten betreffende de vergoeding die opgenomen zijn in dit advies enkel als aanbevelingen moeten worden gelezen, aangezien de Raad niet het orgaan is waarin de onderhandelingen met de zorgverstrekkers plaatsvinden.

Hoogachtend,

In naam van de Voorzitter van de NRZV,
Dhr. Peter Degadt



De Secretaris,
C. Decoster



ADVIES INZAKE DE MEDISCHE ACTIVITEITEN IN DE MOBIELE TEAMS VAN DE PROJECTEN ARTIKEL 107

Dit advies betreft de taak en de financiering van de **psychiatrische opdracht** binnen **tweede functie** (ambulante intensieve behandelteams voor de opvang van acute - 2A - en chronische psychische problemen - 2B -) van de vijf kernfuncties beschreven in het programma 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' (IMC Volksgezondheid, 26 april 2010). Het advies zal uitgaan van de praktijken die zich momenteel presenteren in de projecten artikel 107, van de beschrijving van de medische functie door de overheid en door de vereniging van hoofdgeneesheren van de psychiatrische ziekenhuizen in Brussel en Wallonië en van gegevens uit vergelijkbare internationale projecten en de wetenschappelijke literatuur.

In de **huidige proefprojecten** zijn 2A equipes samengesteld uit 12 FTE (16 FTE indien men een continue zorg wil verzekeren, 24/24 u en 7/7 dagen) en zij volgen 30 patiënten tegelijkertijd intensief gedurende de crisisopvang van gemiddeld 4-6 weken. M.b.t. de 2B teams lijkt de huidige ervaring te leren dat 12 FTE een aangepast aantal teamleden is en toelaat een caseload van 150 (maximaal 200) patiënten per jaar te volgen. Voor elk netwerk dient ten minste één 2A- en één 2B-team zoals beschreven te worden voorzien. Echter in welke mate het type en het aantal mobiele teams moet worden aangepast, zal verder moeten blijken op basis van prevalentiecijfers van ernstige psychiatrische stoornissen en op basis van de specifieke zorgnoden eigen aan een regio.

Om succesvol de globale opdracht van de gemeenschapsgerichte GGZ te realiseren is effectieve teamwerking essentieel, het is daarom belangrijk dat de psychiater effectief integraal deel uitmaakt van het team. Hij heeft in een interdisciplinair team vooreerst een **klinische opdracht**. De psychiater heeft voor/bij de start van de behandeling rechtstreeks contact met de patiënt en zijn familie (bij voorkeur thuis), is verantwoordelijk voor assessment, opstellen, coördineren en opvolgen van een individueel zorgplan samen met het interdisciplinaire team en de patiënt; hij coördineert en volgt de behandeling. Hij stelt het medisch dossier op, ziet toe op het verzamelen en registreren van de gevraagde statistische en epidemiologische gegevens (MPG, ...), schrijft de vereiste medische getuigschriften, ... Hij is betrokken bij de verschillende besprekingen rond en met de patiënt en met diens familie evenals in het overleg m.b.t. de patiënt met de huisarts, behandelend psychiater, verschillende hulpverleners en instellingen in het netwerk.

Bij de interventie voor een **crisisituatie (2A)** is hij meestal de eerste en/of enige geraadpleegde psychiater en is samen met het team gedurende de crisisinterventie (4 à 6 weken) verantwoordelijk voor en intensief betrokken bij de dagdagelijkse sturing en opvolging van de behandeling, plant verdere nazorg in overleg met huisarts/psychiater. Bij het opstarten van de **langdurige begeleiding door het 2B team** is de patiënt veelal reeds in psychiatrische behandeling. In opvolging van een eerste assessment, heeft de psychiater ten minste eens per jaar en telkens als noodzakelijk ter evaluatie een contact met de patiënt. Hij kan de behandeling zelf op zich nemen; zo de patiënt reeds psychiatrisch wordt opgevolgd zal regelmatig de begeleiding worden afgestemd met de behandelend psychiater en huisarts.

De psychiater **ondersteunt en begeleidt het team**, teamleden kunnen regelmatig beroep kunnen doen op de psychiater voor overleg, hij biedt supervisie en geeft opleiding.

Hij verzorgt de **contacten met het netwerk**, neemt deel aan de vergaderingen met de hulpverleners en vertegenwoordigers van sociale instellingen en ziekenhuisdiensten m.b.t. de plaats en de rol van de mobiele equipe, de organisatie en coördinatie van de GGZ in de regio. Hij ondersteunt de eerste lijn gezondheidszorg en is bereikbaar voor vragen om advies van de huisarts. Bovendien zal de psychiater van het crisisteam overleg uitbouwen tussen de verschillende actoren betrokken bij de GGZ en de spoedeisende zorg dat moet resulteren in duidelijke afspraken omtrent de organisatie van de spoedeisende GGZ.

Anderzijds dient de psychiater ook **in bredere sociale context** een rol te spelen in het bevorderen van geestelijke gezondheid met het oog op preventie, sensibilisering, vroege interventie, het tegengaan van marginalisering en stigmatisatie.

Dagelijks beleid, operationele aspecten, personeelsbeleid van de niet medische staf kunnen worden opgenomen door de team manager/-leider mits duidelijke afspraken en regelmatig overleg tussen psychiater en team coördinator.

Gezien de opdrachten die de psychiater dient op te nemen en hij veelal de eerste en soms gedurende de ganse crisisinterventie de enige behandelend psychiater is, vereist dit een medische **activiteit en beschikbaarheid van 38 uur per week voor het 2A team**. De activiteit van de psychiater in het 2B team zal vooral gericht zijn op het begeleiden en ondersteunen van het team, al zal de psychiater de situatie van de patiënt regelmatig

(kontakt met patiënt, eventueel thuis) evalueren. Met een samenstelling en caseload zoals hoger beschreven zou een medische **activiteit van 24 uur per week voor een 2B** team volstaan.

Het is belangrijk dat de **financiële vergoeding** van de medische functie aangepast is en vergelijkbaar met deze in de ziekenhuizen en in de ambulante praktijk zodat gemotiveerde psychiaters kunnen worden aangetrokken. Uit de ervaring is gebleken dat het opzetten van het netwerk en de samenwerking tussen de verschillende extramurale en intramurale voorzieningen van het netwerk bemoeilijkt wordt indien grote verschillen wat betreft de vergoeding van de medisch activiteit bestaan tussen de extramurale en de intramurale settings. De vergoeding moet bovendien toelaten de continuïteit van zorgen te garanderen tijdens weekends, verloven of afwezigheden. In het advies van de NRZV van 9 juli 2015 over een prospectief en programma-georiënteerd financieringssysteem werd door een meerderheid geopteerd voor een globale opdrachtenfinanciering gezien ook de diversiteit van de opdrachten van de psychiater van het mobiele team. Dit zou per netwerk ten minste neerkomen op:

- voor een 2A-team: 38u./week a rato van 120 euro/u. d.w.z. $38 \times 120 \times 52 = 237.120$ euro
- voor een 2B-team: 24u./week a rato van 120 euro/u. d.w.z. $24 \times 120 \times 52 = 149.760$ euro

Indien de psychiater van het 2B team optreedt als behandelend psychiater zullen de consultaties plaats hebben buiten de uren die zijn voorbehouden voor de invulling van de functie als psychiater van het 2B team en worden ze vergoed als psychiatrische consultatie/psychotherapie.

De globale opdrachtenfinanciering van de arts kan worden gekoppeld aan een **monitoring** van de uitgevoerde opdrachten (d.m.v. verslag in medisch dossier, verslagen multidisciplinair overleg, jaarverslag, ...). Het is aangewezen dat de geneesheer verantwoordelijk voor een 2A- of een 2B-team verbonden is aan een door de overheid erkende GGZ-organisatie die partner is in het netwerk en de plaats van die geneesheer zal in de toekomst moeten worden uitgeklaard door een aanpassing van het KB nr. 407.

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

BRUSSEL, 8 OKTOBER 2015

DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG

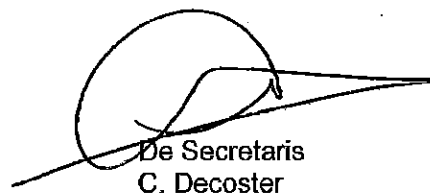
NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Permanente werkgroep "Psychiatrie"

Ref. : NRZV/D/PSY/450-3 (*)

ADVIES INZAKE DE MEDISCHE ACTIVITEITEN IN DE MOBIELE TEAMS VAN DE PROJECTEN ARTIKEL 107

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt



De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 8 oktober 2015

Het programma 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' heeft tot doel om, via de creatie van inter-organisatorische zorgnetwerken binnen (zelf) afgebakende werkingsgebieden, het zorgaanbod beter aan te passen aan de noden en behoeften van (jong)volwassenen van 16 tot en met 65 jaar met (risico op) mentale kwetsbaarheid. Een beter aangepast zorgaanbod dient zorgcontinuïteit te bieden en te leiden tot een betere re-integratie van personen met een psychische kwetsbaarheid in de maatschappij. De zorgnetwerken dienen gerealiseerd te worden door reallocatie van bestaande middelen via artikel 107 en sluiten aan bij de doelstellingen van artikel 11 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen (Wijkmans e.a. 2015)

Het algemene kader van de hervorming wordt weergegeven in de 'Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken' (IMC Volksgezondheid, 26 april 2010). Dit algemene kader omschrijft de basisprincipes, vanuit vijf kernfuncties.

- Kernfunctie 1: activiteiten inzake preventie en promotie van de GGZ, vroeg-detectie, screening en diagnosestelling
- Kernfunctie 2: ambulante intensieve behandelteams voor zowel personen met acute als chronische psychische problemen
- Kernfunctie 3: revalidatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie
- Kernfunctie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel personen met acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is
- Kernfunctie 5: specifieke woonvormen waarin zorg aangeboden kan worden indien het thuismilieu of het thuis vervangend milieu hiertoe niet in staat is

De tweede functie (ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische psychische problemen) heeft betrekking op de behandelteams in de thuisomgeving.

Dat zijn enerzijds de teams (2A) die zich richten naar personen in een subacute of acute toestand. Het betreft dus de oprichting van een mobiele dienst die in crisissituaties onmiddellijk en intensief kan optreden. Zo biedt deze mobiele dienst een alternatief voor een ziekenhuisopname.

Anderzijds zijn het teams (2B) 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. De intensiteit en de duur van een interventie door zo'n dienst zal worden aangepast voor patiënten met een chronische problematiek.

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.

Dit advies betreft de taak en de financiering van de psychiatrische functie binnen de mobiele teams 2A en 2B en situeert zich in de ruimere context van de werking en opdracht van deze mobiele teams, waarvan de psychiater integraal deel uitmaakt.

Inleiding

Vooreerst wordt in een korte samenvatting van de wetenschappelijke literatuur de functie van de psychiater in de organisatie van de gemeenschapsgerichte GGZ geschetst, er wordt verwezen naar de beschrijving van de functie door de overheid en door de vereniging van hoofdgeneesheren van de psychiatrische ziekenhuizen in Brussel en Wallonië (in bijlage toegevoegd), eveneens wordt een overzicht gegeven van de invulling van de functie in de huidige werking van de 'projecten artikel 107'.

Samenvatting literatuur m.b.t. de psychiater functie

De hervorming van de GGZ , die door de projecten artikel 107 wordt ingeleid en zoals ze in de literatuur wordt beschreven, beoogt de behandeling en begeleiding van patiënten met psychische stoornissen in de maatschappij , die zoveel mogelijk aansluiting vindt bij de noden, mogelijkheden en verwachtingen van de individuele patiënt, in zijn eigen omgeving, zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de patiënt. Naast medisch-psychiatrische en psychologische begeleiding maken ook sociale opvang en begeleiding m.b.t. wonen en werken evenals m.b.t. de bredere socioculturele integratie deel uit van de zorg. Bovendien wordt vanuit herstelgerichte visie de patiënt met zijn ervaringsexpertise betrokken bij planning en uitvoering van de begeleiding en wordt de focus verlegd van symptomen en dysfuncties naar sterkten en mogelijkheden van de patiënt.

Om succesvol deze globale opdracht van de gemeenschapsgerichte GGZ te realiseren is een effectieve teamwerking essentieel, waardoor continuïteit van zorg, een omvattende en gedifferentieerde kijk op de onderscheiden moeilijkheden en sterktes van de patiënt, op zijn netwerk en een benadering met een brede gamma aan competenties en vaardigheden verzekerd wordt en daarnaast voor de teamleden onderlinge steun, opleiding en bekwaming mogelijk is. Het is daarom belangrijk dat de psychiater effectief integraal deel uitmaakt van zulk team en goede afspraken worden gemaakt m.b.t. diens rol als verantwoordelijke voor de klinische activiteit en al dan niet als leider/coördinator van het team. In een bevraging bleken experts het erover eens dat het betrekken en de medewerking van de psychiater een cruciale component is in de werking van het team (community mental health team, mobiel team, assertive outreach team, crisis team, vroege interventie team ,...) voor een effectieve gemeenschapsgerichte GGZ. (Burns e.a. 2001), en een van de zes kenmerken, die gemeenschappelijk zijn aan de werking van "home treatment teams" in verschillende landen, is dat een psychiater er integraal deel van uitmaakt. (Wright e.a. 2004, Burns e.a. 2006).

Volgens Rosen (2006) heeft de psychiater als medisch expert in een interdisciplinair team enerzijds essentieel een rol in het assessment en onderzoeken en in de behandeling van medische stoornissen en ziekten en m.b.t. de medische verslaggeving evenals een medico-legale verantwoordelijkheid bv wat betreft het afleveren van getuigschriften voor verzekering, werkgevers, rechtbank ... Hij neemt deel aan het holistische (bio-psycho-sociale) assessment van individuen en families die zich aanbieden voor hulp (informatie verzamelen, besluitvorming en beslissen) en stelt samen met het interdisciplinaire team en de patiënt een individueel begeleidings- en zorgplan op . Eveneens kan hij opleiding bieden over mentale stoornissen, interacties met fysieke ziekten, medico-legale en ethische topics, biologische onderbouwing van psychotrope medicatie, ... Zelf kan hij zijn kennis blijven verbreden door expertise te ontwikkelen in verschillende gebieden die niet in de traditionele psychiatrische training in de diepte worden uitgewerkt om deze in een geïntegreerde, holistische aanpak te gebruiken.

Anderzijds dient de psychiater ook een rol te spelen in het bevorderen van geestelijke gezondheid en welzijn in de gemeenschap in samenwerking met andere disciplines, gebruikers en instellingen met

het oog op preventie, sensibilisering en vroege interventie evenals wat betreft dat het tegengaan van marginalisering en stigmatisatie.

Men wijst erop dat de community teams minder hiërarchisch zijn gestructureerd dan in de ziekenhuiscontext, bij voorkeur wordt bij consensus gewerkt (Burns 2005) en meer en meer wordt aanvaard, hoewel niet steeds in dezelfde mate, dat teamleden van verschillende disciplines verantwoordelijkheid opnemen in het nemen belangrijke van beslissingen m.b.t. patiënten terwijl die dan ook regelmatig gebruik maken van de mogelijkheid een bespreking te hebben met een psychiater indien problemen optreden. Een aantal beslissingen blijven de verantwoordelijkheid van de psychiater, zoals bv voorschrijven van medicatie, beslissingen bij acute psychiatrische situaties en/of waar medische aspecten op de voorgrond staan (Kent e.a. 2005, Rosen 2006) en het bewaken van de klinische focus en het uitklaren van meningsverschillen omtrent klinische prioriteiten is meestal een rol die door een psychiater wordt opgenomen. (Burns 2004)

Dagelijks beleid, operationele aspecten, personeelsbeleid en supervisie van de niet medische staf worden meer en meer opgenomen door de team manager/-leider (Burns 2004). Duidelijke afspraken en regelmatig overleg tussen psychiater en team coördinator leiden tot een werkbare combinatie van vaardigheden en functies zodat klinische besluitvorming, kwaliteitsopvolging, supervisie, planning en administratie gewaarborgd zijn. (Herman e.a. 1999, RANZCP 2002)

De uitgebreidere tekst (samenvatting van de bijdrage van Prof dr. Pieters) is in bijlage 1 terug te vinden.

Beschrijving van de psychiaterfunctie in de projecten art. 107

De psychiaterfunctie in kader van equipe 2 A en -B werd omschreven door C Decoster (FOD Volksgezondheid, directeur-generaal gezondheidszorgen) op de vergadering van de VVP van 19 juni 2012 en is terug te vinden in bijlage 2.

Eveneens werd door de hoofdgeneesheren van de psychiatrische ziekenhuizen in Brussel en Wallonië een beschrijving van de opdrachten van de psychiater opgesteld. Deze is terug te vinden in bijlage 3.

Een bevraging door M. Coture (FOD Volksgezondheid, adjunct-coördinator hervorming ggz volwassenen) in februari 2014 van 42 psychiaters en 31 teamleiders van 19 projecten (30 teams 2A en 38 teams 2B) omtrent de rol van de psychiater binnen de mobiele equipes gaf een beeld van de huidige en de (in de toekomst) door hen gewenste invulling van deze rol.

Wat betreft de klinische activiteit strictu sensu leerde de bevraging dat in elk team de psychiater een rechtstreeks contact wenst met de patiënt en het huisbezoek als een meerwaarde wordt gezien. Vooral in de 2A teams stelt de psychiater de diagnose en initieert de behandeling; de wens bestaat deze rol in de toekomst verder op te nemen terwijl dit in het 2B team minder duidelijk het geval is. Er wordt niet voor geopteerd dat de psychiater van de mobiele equipes de behandelend psychiater is, wel wordt benadrukt dat een goede samenwerking met de behandelend psychiater indien aanwezig en vooral met de huisdokter belangrijk is, evenals dat samenwerken met de actoren in het ruimere netwerk meer dient te worden uitgebouwd.

Wat betreft de supervisie- en coördinerrol blijkt dat de psychiater (2A en 2B) deelneemt aan de cliënt gerelateerde teambespreking en deze rol in de toekomst wil intensifiëren, in niet patiënt gebonden besprekingen is de betrokkenheid wisselend maar 2/3 psychiaters wil in deze rol meer activiteit opnemen in de toekomst. In de huidige situatie zegt de psychiater het team te sturen, te superviseren en te coördineren, hoewel de teamleiders die mening niet volledig delen. De psychiater participeert in de evaluatie en verdere strategische ontwikkeling, een rol die zij verder willen opnemen (minder uitgesproken in het personeelsbeleid).

Algemeen wordt verwoord dat de psychiatertijd nu beperkt is en daarom de focus vooral wordt gelegd op intervisie/supervisie van de equipe in functie van direct aan de patiënt gebonden

aspecten, contacten met partners vooral verlopen langs teamleden en de psychiater in niet patiënt gebonden activiteiten eerder een beleid adviserende rol opneemt. Ook wordt de samenwerking tussen psychiater en team en deze met de behandelend psychiater en de huisarts als cruciaal gezien. De bespreking waar de behandeling / ondersteuning van de patiënt wordt geëvalueerd en waar beslist wordt wat nodig is, is een multidisciplinair gebeuren waar de psychiater aan deelneemt. M.b.t. de rol van supervisor/coördinator en het algemeen beleid van de equipe is het belangrijk dat de psychiater in tandem werkt met de teamverantwoordelijke die een hiërarchische functie heeft in de equipe.

Het is duidelijk dat er verschil bestaat tussen de gewenste situatie en de huidige situatie, wat te maken heeft met de beperkte uren die de psychiater nu ter beschikking staan.

Advies m.b.t. de psychiaterfunctie in de mobiele teams

Het advies werd voorbereid in een ad hoc werkgroep samengesteld uit leden van de permanente werkgroep psychiatrie (dr. J. Peuskens, R. De Rycke, D. Henrard, I. Moens, dr. J. Boydens, S. Houyoux, R. Thys, M. Vandervelden), experten (Dr. G. Bosma, voorzitter VVAPZ, dr. J.L. Feys, voorzitter vereniging hoofdgeneesheren van de psychiatrische ziekenhuizen in Brussel en Wallonië, dr. J. De Fruyt, voorzitter VVP) evenals P. De Bock en M. Coture (FOD Volksgezondheid) en nadien voorgelegd aan de permanente werkgroep ter bespreking. Dr. G. Pieters stelde een kort overzicht samen van de wetenschappelijke literatuur m.b.t. de rol van de psychiater in de gemeenschapsgerichte GGZ.

Hierbij dient opgemerkt dat de verschillende mobiele teams die opgestart zijn binnen het experimenteel kader van de projecten artikel 107 (nog) geen eenvormigheid vertonen m.b.t. de zorgbehoefte van de geïnccludeerde patiënten, het concrete zorgaanbod, de concrete samenwerking met andere actoren en positionering binnen het netwerk.

Het is duidelijk dat de exacte taakomschrijving van de psychiatrische functie afhankelijk zal zijn van de finale regelgeving m.b.t. de mobiele teams. Het advies zal, hierop vooruitlopend, uitgaan van de praktijken die zich momenteel presenteren in de projecten artikel 107 en van gegevens uit vergelijkbare internationale projecten en de wetenschappelijke literatuur. Het is de betrachting om hierdoor zo concreet mogelijk de bijdrage aan te duiden van de psychiatrische functie in diverse resultaatgebieden binnen de globale opdracht van de mobiele teams.

1. Functie van de psychiater in de mobiele teams

1.1. Klinische functie m.b.t. de behandeling van de patiënt

Uit de literatuur en de omschrijving van de functie van de psychiater en de bevraging naar de huidige en gewenste werking van de mobiele teams blijkt het belang dat aan de rol van de psychiater in de activiteiten van het mobiele team wordt toegeschreven.

Hij neemt deel aan de evaluatie, planning en de opvolging van de behandeling en draagt er zorg voor dat hierbij vanuit zowel een medisch-psychiatrische, als psychologische en sociale invalshoek rekening gehouden wordt met de noden en mogelijkheden van de ganse persoon en zijn netwerk. In deze holistische benadering betreft hij actief de patiënt en zijn familie en beklemtoont de mogelijkheden en sterkten van de patiënt en stimuleert en bevordert het terug opnemen van de rol en brede inschakeling in de maatschappelijke context (woonst, werk, sociocultureel) gebruik makend van een multimodale benadering die mogelijk is dank zij de gevarieerde en verschillende vaardigheden en competenties van het multidisciplinaire team.

Hij is betrokken bij de verschillende besprekingen rond en met de patiënt evenals in het overleg m.b.t. de patiënt met de verschillende hulpverleners en instellingen in het netwerk en hij onderhoudt de contacten met de patiënt, zijn familie, zorgverstrekkers,...

Hij is verantwoordelijk voor het opstellen van het medisch dossier, ziet toe op het verzamelen en registreren van de gevraagde statistische en epidemiologische gegevens (MPG, ...), schrijft de vereiste medische getuigschriften, ...

Bij het opstarten van de begeleiding waakt hij erover dat de patiënt beantwoordt aan de inclusiecriteria en in de verdere opvolging van de begeleiding tracht hij de noodzaak voor verdere begeleiding door het mobiele team te beoordelen en of/hoe een verwijzing naar een andere hulpverlener mogelijk is. Een en ander moet toelaten de middelen op een adequate wijze in te zetten en eventuele wachtlijsten zo veel als mogelijk in te perken.

Hij neemt deel aan onderzoek dat de effecten en kwaliteit van de zorgverlening evalueert.

De psychiater heeft als medisch expert bovendien oog voor de specifiek medisch somatische en psychiatrische aspecten en zo nodig schrijft hij de farmacologische behandeling voor en volgt de effecten en neveneffecten op.

De rechtstreekse ,praktische betrokkenheid bij de diagnosestelling en het opzetten en opvolgen van de behandeling zal verschillen naargelang het gaat om een interventie voor een crisis in het kader van een 2A werking dan wel om een opvolging met een 2B team. Bij de interventie voor een crisissituatie is hij meestal de eerste en/of enige geraadpleegde psychiater en heeft hij bij voorkeur een eerste contact met de patiënt thuis en evalueert de haalbaarheid van de interventie thuis en de noodzaak tot hospitalisatie. De frequentie van de consultaties zal aangepast zijn aan de aard en de ernst en de evolutie van de crisis, de noodzaak tot het instellen en opvolgen van een farmacologische behandeling en van de psychotherapeutische ondersteuning, de mogelijkheid tot samenwerken met de huisarts en/of de behandelend psychiater, de vraag tot ondersteuning van het multidisciplinaire team. Gemiddeld duurt de crisisinterventie 4 à 6 weken en gedurende die periode is de psychiater verantwoordelijk voor de behandeling in overleg met de huisarts en eventueel met de behandelend psychiater. Hij onderhoudt of legt contacten met de huisarts en andere zorgverstrekkers uit het netwerk zodat, zodra mogelijk, de behandeling kan worden doorgegeven voor verdere opvolging.

Hoewel de psychiater van het 2A team intervenueert bij crisis en de urgenties worden opgevangen door de spoeddiensten van de algemene of psychiatrische ziekenhuizen, is het noodzakelijk dat de psychiater betrokken is bij de organisatie van de spoedeisende hulpverlening en dat hij samenwerking tussen het crisisteam en de spoeddienst behartigt. Met het oog op de organisatie van de zorgcontinuïteit in de spoeddienst, de hospitalisatie-eenheden en de extramurale voorzieningen zal de psychiater van het crisisteam overleg uitbouwen tussen de verschillende actoren betrokken bij de GGZ en de spoedeisende zorg dat moet resulteren in duidelijke afspraken omtrent de organisatie van de spoed eisende GGZ . Deze afspraken kunnen bovendien , wat betreft de ziekenhuizen die deel uitmaken van toegevoegd worden aan en geïntegreerd worden in de samenwerkingsovereenkomsten vereist in het kader van de erkenningsvoorwaarden van de verschillende ziekenhuisdiensten. Inspiratie hiertoe kan gevonden worden in het NRZV-advies van 8 april 1999 inzake de inhoud en de organisatie van de dringende psychiatrische hulpverlening waarin reeds werd gewezen op het belang van samenwerking tussen partners in het kader van de spoedeisende GGZ.

Bij het opstarten van de langdurige begeleiding heeft de psychiater van het 2B team voor/bij de start van de behandeling rechtstreeks contact met de patiënt ,bij voorkeur thuis ,en zijn familie en daaropvolgend ten minste eens per jaar en telkens het multidisciplinair team of hijzelf het als noodzakelijk oordeelt. Indien de patiënt niet in behandeling is bij een psychiater , kan de psychiater van het 2B team de behandeling zelf op zich nemen in afwachting dat de patiënt , in samspraak met hem en de teamleden, verwezen wordt naar een ander behandelend psychiater. Zo de patiënt reeds psychiatrisch wordt opgevolgd bij de start, zal regelmatig de begeleiding worden afgestemd met de behandelend psychiater in nauw overleg. Eveneens zal de huisarts omtrent de behandeling worden geïnformeerd en betrokken worden en indien de patiënt niet door een huisarts wordt opgevolgd zal in afspraak met de patiënt een huisarts worden aangezocht.

1.2. Begeleiding van het mobiel team

De begeleiding en aansturing van het multidisciplinaire team zal verlopen in nauwe samenwerking en overleg tussen de psychiater en de teamcoördinator/-verantwoordelijke.

De psychiater kan de (psychiatrische) expertise van het team ondersteunen en verhogen d.m.v. seminars m.b.t.: specifieke psychiatrische syndromen , werking, effecten en neveneffecten van psychofarmaca, aspecten van comorbide somatische ziekten (die bovendien frequenter optreden samen met psychiatrische syndromen en de levenskwaliteit en – verwachting sterk beperken), problemen in een bredere klinische en psychiatrische context zoals omgaan met suicide (-dreiging) en psychotische stoornissen, aanpak van middelenmisbruik, opvolgen van patiënten onder sociaal

verweer, opstarten en opvolgen van verplichte behandeling, ethische problemen zoals omgaan met beroepsgeheim en delen van informatie ...

De psychiater is bovendien o.m. betrokken bij de organisatie en coördinatie van de werking, het opvangen en vermijden van wachtlijsten, het opvolgen van de samenstelling van het team, de beslissingen m.b.t. aantal kwalificaties en vaardigheden van de teamleden, het evalueren en bewaken van kwaliteit van dienstverlening, het opstellen van het activiteitenverslag ...

1.3. Contacten met het netwerk en vertegenwoordiging in bredere sociale context

In het netwerk comité, vergaderingen met de promotoren en partners van het project en in de vergaderingen met de andere zorgverleners van het netwerk brengt de psychiater verslag uit over de werking van de mobiele equipe, bespreekt hij de nieuwe initiatieven en de ontwikkeling van de activiteiten.

De psychiater van de mobiele equipe neemt deel aan de vergaderingen met de andere hulpverleners en vertegenwoordigers van sociale instellingen en ziekenhuisdiensten m.b.t. de plaats en de rol van de mobiele equipe, de organisatie en coördinatie van de GGZ in de regio.

Hij ondersteunt de eerste lijn gezondheidszorg en is bereikbaar voor vragen om advies van de huisarts van de regio en heeft aandacht voor de noden van de families en mantelzorgers, de mogelijkheden van vrijwilligerswerking.

In de lokale kwaliteitskringen van huisartsen en psychiaters stelt hij de werking van de mobiele equipe voor en is pleitbezorger van de vernieuwende reorganisatie van de GGZ en van de bio-psycho-sociale invalshoek en de multimodale benadering van de pluridisciplinaire mobiele equipes.

In de bredere maatschappelijke context zet hij zich in voor de promotie van de geestelijk gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg, empowerment van de persoon met psychiatrische problemen, tegengaan van marginalisatie en stigmatisatie.

2. Samenstelling van de teams

In de proefprojecten zijn 2A equipes samengesteld uit 12 FTE. Er wordt gemeld dat dit aantal onvoldoende is om de opdracht uit te voeren, zeker indien men eveneens een continue zorg wil verzekeren (24/24 u en 7/7 dagen) dan zou minstens een bezetting van 16 FTE vereist zijn voor een 2A team en dit aantal zou beter aangepast zijn voor inclusie van 20 à 30 patiënten per maand. De ervaring leert echter dat de 2A equipes tot hiertoe 's nachts zeer weinig worden opgeroepen. De vraag kan gesteld of de investering aan personeel in zulke permanentie verantwoord zou zijn. Tenslotte zal de samenstelling en de werking van het team eveneens afhankelijk zijn van en moeten ingepast worden in de afspraken en organisatie van spoedeisende GGZ in de regio waarvan sprake in 1.1.

Hoewel vergelijkingen met organisaties in het buitenland moeilijk zijn zowel wat betreft kwalificaties van personeel en de specifieke opdracht van de equipes, blijkt in Londen een "Crisis resolution and home treatment team" te zijn samengesteld uit 14 FTE voor een populatie van 150000 Inwoners (Mc. Glynn 2006) en in Birmingham bestaat een "Home treatment team" dat de crisis opvangt uit 15 FTE voor een actieve caseload van 20 patiënten. (Morris 2009)

M.b.t. de 2B teams lijkt de huidige ervaring te leren dat 12 FTE een aangepast aantal is zodat een goede werking van het team kan verzekerd worden. Echter gezien het grote aantal aanvragen voor begeleiding zal het aantal teams moeten verhoogd worden.

In de literatuur vindt men een aantal aanwijzingen m.b.t. de grootte van een team. "De grootte van een team is een belangrijk element voor het efficiënt functioneren van een team. Er zijn geen harde of vaste regels om het aantal leden van een team te bepalen, ervaring leert dat een team groot genoeg moet zijn om een aangepaste mix van vaardigheden aan te bieden, ook wanneer teamleden afwezig zijn terwijl een te groot team moeilijker werken is en veel tijd moet besteed worden aan goede communicatie en informatie-overdracht. Een team van 12 leden lijkt goed werkbaar" (Burns & Finn, 2002). "Het blijkt moeilijk een team van minder dan zes FTE te handhaven en om hiermee een voldoende gamma aan

vaardigheden te voorzien en afwezigheden tgv ziekte, verlof, opleiding enz. op te vangen, terwijl in teams van meer dan 15 leden taken i.v.m. met organisatie en informatie transfer het klinisch werk bemoeilijken, duidelijkheid van focus verloren gaat en lijnen van verantwoordelijkheid erg complex worden." (Burns 2004)

3. Caseload

Bij het bepalen van de caseload dient men rekening te houden met de ernst van de psychiatrische pathologie van de doelgroep, de geografische situatie en de problemen m.b.t. de verplaatsingen, zo niet bestaat het gevaar dat de teams zich beperken tot het begeleiden van patiënten met minder ernstige problemen en/of enkel in het consultatiebureau te ontvangen eerder dan aan huis te bezoeken.

Het aantal patiënten dat tegelijkertijd intensief kan worden opgevolgd door een 2A team blijkt, in de huidige projecten, maximaal ongeveer 30 te zijn en de samenstelling van het team dient hieraan aangepast te zijn.

Voor het 2B team (12 FTE) wordt een aantal van 150 (maximaal à 200 patiënten) per jaar voorgesteld, indien de teams zich vooral toeleggen op de begeleiding van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen.

Een equipe van 12 FTE en rekening houdend met de ernst van de psychiatrische stoornis dient dikwijls één tot tweemaal per week per week de patiënt op te zoeken en bovendien meestal met twee begeleiders. 150 à 175 patiënten zouden eenmaal per week worden bezocht door een telkens twee begeleiders indien door de begeleiders gemiddeld 5 à 6 huisbezoeken/ dag zouden worden uitgevoerd. Men dient - om in te schatten of dit haalbaar is - ook rekening te houden met de tijd voor verplaatsing, begeleiding van de patiënt naar andere instellingen of activiteiten, vergadering, opleiding, verlopen, interacties met andere zorgverstrekkers van het netwerk

Daarnaast is duidelijk dat niet elke patiënt gedurende de ganse periode een even intensieve begeleiding nodig heeft. Het is echter duidelijk dat het aantal van 150 (à 200) patiënten waarbij het team actief betrokken is in de zorg niet kan overschreden worden.

Test wees erop dat de ratio staff/ patiënten eerder beperkt dient te zijn, niet groter dan 1/15. (Test, 1992 in Kent e.a. 2005)

4. Aantal equipes

Op dit ogenblik is het aantal mobiele teams onvoldoende om te beantwoorden aan de noden en aanvragen. Meerdere equipes hebben bovendien reeds wachtlijsten waardoor de zorg maanden moet worden uitgesteld. Het is dus nodig het aantal teams te verhogen. Voor elk netwerk dient ten minste één 2A- en één 2B-team zoals beschreven te worden voorzien. Echter in welke mate het type en het aantal mobiele teams moet worden aangepast, zal verder moeten blijken eens het netwerk en de verschillende functies zijn uitgebouwd en dient te gebeuren op basis van prevalentiecijfers van ernstige psychiatrische stoornissen en op basis van de specifieke zorgnoden eigen aan een regio.

5. Medische activiteit

Gezien de veelheid en aantal van opdrachten die de psychiater van een 2A team dient op te nemen en vermits hij veelal de eerste en soms gedurende de ganse crisisinterventie de enige behandelend psychiater is en gezien de ernst van de symptomatologie, vereist dit een medische activiteit van 38 uur per week wat toelaat gedurende die tijd op continue wijze beschikbaar te zijn en zowel de aansturing en coördinatie van het team als de behandeling van de patiënten (die zich niet beperkt tot de farmacologische aspecten) te verzekeren naast het uitbouwen en onderhouden van de noodzakelijke contacten met andere hulpverleners en instellingen van het netwerk.

Voor de medische activiteit in de 2B equipe, gezien het merendeel van de patiënten reeds gevolgd wordt door een andere arts of behandelend psychiater dan deze verbonden aan het 2B team, zal de psychiater minder rechtstreeks betrokken zijn met de behandeling en is de activiteit vooral gericht op het begeleiden en ondersteunen van het team al zal de psychiater bij aanvang, minstens eens per jaar en op vraag van de teamleden de situatie van de patiënt evalueren. Verwacht wordt dat voor een 2B team met een samenstelling en caseload zoals hoger beschreven een activiteit gedurende 24 uur per week zou volstaan.

Op basis van verschillende elementen kan de activiteit van de psychiater van het 2A/2B team geëvalueerd worden wat betreft de invulling van de taken zoals beschreven in punt 1.1 tot 1.3 (klinische functie m.b.t. de behandeling van de patiënt, begeleiding van het mobiel team, contacten met het netwerk en vertegenwoordiging in bredere sociale context).

- De psychiater van het 2A team stelt het medisch dossier op waarin neerslag te vinden is van het intake contact en de evaluatie van de psychiatrische stoornis en psychosociale context van de patiënt, evenals van het opgestelde behandelplan (psycho-farmacologisch, psychotherapeutisch en psychosociaal), na overleg met team, patiënt, omgeving en betrokken zorgverleners en van de opvolging ervan. In het medisch dossier is verslag te vinden van de verdere klinische patiëntencontacten, van de huisbezoeken evenals rapportering van de deelname aan het multidisciplinaire patiënt gebonden overleg en van het overleg tussen de psychiater (en het 2A team) en de huisarts, eventueel behandelend psychiater m.b.t. de verloop van de behandeling en ook meer specifiek m.b.t. de doorverwijzing naar andere zorgverstrekkers en – instellingen voor verdere opvolging en behandeling na de crisisinterventie. De psychiater verzorgt de MPG registratie en stelt het medisch jaarverslag op. Weergave van zijn deelname aan overleg over beleid en samenstelling van het team, van zijn initiatieven en betrokkenheid bij vorming en bijscholing van het team en van het overleg met het netwerk en vooral omtrent de spoedeisende GGZ in de regio en het opgestelde plan voor spoedeisende hulp in de regio zijn o.m. ook in het medisch jaarverslag terug te vinden.

- De psychiater van het 2B team stelt het medisch dossier op waarin neerslag te vinden is van het intake contact en de evaluatie van de psychiatrische stoornis en psychosociale context van de patiënt, evenals van het opgestelde behandelplan (psycho-farmacologisch, psychotherapeutisch en psychosociaal), na overleg met team, patiënt, omgeving en betrokken zorgverleners en van de opvolging ervan. In het medisch dossier is verslag te vinden van het minimaal jaarlijkse patiëntencontact en van eventueel verdere klinische patiëntencontacten, van de huisbezoeken evenals een rapportering van de deelname aan multidisciplinaire patiënt gebonden overleg en van het overleg tussen de psychiater (en het 2B team) en de huisarts en behandelend psychiater m.b.t. de verloop van de behandeling, de noodzaak van verdere begeleiding door het 2B team en ook meer specifiek m.b.t. de doorverwijzing naar andere zorgverstrekkers en – instellingen voor verdere opvolging en behandeling na de opvang door het 2B team. De psychiater verzorgt de MPG registratie en stelt het medisch jaarverslag op. Weergave van zijn deelname aan overleg over beleid en samenstelling van het team, van zijn initiatieven en betrokkenheid bij vorming en bijscholing van het team en van het overleg met het netwerk zijn o.m. ook in het medisch jaarverslag terug te vinden.

Hoewel in de huidige projecten aan de hoofdgeneesheer een rol wordt toebedeeld bv voor de organisatie van de wacht en de opvolging van de medische activiteit zal deze in de toekomst moeten herdacht worden. Waar op dit ogenblik de middelen gegenereerd worden uit de conversie van financiering van de psychiatrische ziekenhuizen en ook meestal de psychiaters van de mobiele teams deel uitmaken van de medische staf van deze ziekenhuizen, is dit mogelijks in de toekomst niet meer het geval en zal de link met de hoofdgeneesheer van een psychiatrisch ziekenhuis niet meer zo duidelijk zijn. De projecten zijn momenteel in volle ontwikkeling, het is echter aangewezen dat de geneesheer verantwoordelijk voor een 2A- of een 2B-team verbonden is aan een door de overheid

erkende ggz-organisatie die partner is in het netwerk en bovendien zal de plaats van die geneesheer in de toekomst moeten worden uitgeklaard door een aanpassing van het kb nr. 407.

6. Financiering van de medische activiteit

Er weze aan herinnerd dat in het federaal regeerakkoord van 10 oktober 2014 m.b.t. de valorisatie van de medische nomenclatuur gesteld wordt : "...Hiermee samenhangend wordt een grondige herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur doorgevoerd. De tarieven worden op transparante wijze afgestemd op de reële kostprijs van de prestatie, onverantwoorde verschillen in vergoeding tussen de verschillende medische disciplines worden weggewerkt. Intellectuele prestaties (inzonderheid voor de knelpuntdisciplines), onderlinge afstemming, overleg en coördinatie bij multidisciplinaire samenwerking worden beter gewaardeerd. De herijking moet prikkels blijven voorzien voor productiviteit en specialisatie."

Het is belangrijk dat de financiële vergoeding van de medische functie aangepast is en vergelijkbaar met deze in de ziekenhuizen en in de ambulante praktijk zodat gemotiveerde psychiaters kunnen worden aangetrokken.

Overigens is de voorbije jaren uit de ervaring gebleken dat het opzetten van het netwerk en de samenwerking tussen de verschillende extramurale en intramurale voorzieningen van het netwerk bemoeilijkt wordt indien grote verschillen wat betreft de vergoeding van de medisch activiteit bestaan tussen de extramurale (poliklinische activiteit, centra geestelijke gezondheidszorg) en de intramurale settings (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis, algemeen psychiatrisch ziekenhuis).

Bovendien moet de vergoeding toelaten de continuïteit van zorgen te garanderen tijdens weekends, verloven of afwezigheden.

Tenslotte verwijzen we naar het advies van de NRZV van 9 juli 2015 over een prospectief en programma-georiënteerd financieringssysteem waarin een meerderheid opteert voor een globale opdrachtenfinanciering eerder dan voor een prestatievergoeding gezien ook de diversiteit van de opdrachten van de psychiater van het mobiele team.

Zo men de vergelijking maakt met de vergoeding van de psychiater voor een ambulante psychotherapeutische zitting (96 euro/u) enerzijds en met de vergoeding voor de medische activiteit in de ziekenhuissetting anderzijds, en rekening houdend met de complexiteit en de verscheidenheid van de opdrachten, de grotere verantwoordelijkheid, de moeilijkheden die eigen zijn aan pluridisciplinaire activiteit, de noodzaak de continuïteit van de zorgen (weekend, nacht, verloven) te organiseren en de verplaatsingen ten huize, dan lijkt het te verantwoorden een vergoeding van 120 euro/u te voorzien.

Dit zou per netwerk neerkomen op:

- voor een 2A-team: 38u./week a rato van 120 euro/u. d.w.z. $38 \times 120 \times 52 = 237.120$ euro
- voor een 2B-team: 24u./week a rato van 120 euro/u. d.w.z. $24 \times 120 \times 52 = 149.760$ euro

Het huidig voorziene bedrag van 225.000 euro voor één 2A- en één 2B-team is enkel berekend op basis van de uitgespaarde toezichtshonoraria van de buiten gebruik gestelde bedden en houdt geen rekening met honoraria voor o.a. pluridisciplinaire verslagen en het opname- en ontslagverslag. Deze vertegenwoordigen kunnen worden ingeschat op nog eens 30 % bovenop de uitgespaarde toezichtshonoraria.

De globale opdrachtenfinanciering van de arts dient te worden gekoppeld aan een monitoring van de uitgevoerde opdrachten (zoals vermeld in hoofdstuk 5). In de toekomst moet bij het dossier over de

herijking van de nomenclatuur naar een rechtvaardiger en meer aangepaste waardering van de werkzaamheden van de psychiater rekening worden gehouden met de hierboven opgesomde elementen en met de ontwikkeling van een globale opdrachtenfinanciering.

Indien de psychiater optreedt als behandelend psychiater zullen de consultaties plaats hebben buiten de uren die zijn voorbehouden voor de invulling van de functie als psychiater van het 2B team en worden ze vergoed als psychiatrische consultatie/psychotherapie.

In het verlengde hiervan pleiten we voor een analoge vergoeding voor alle zorgvormen en (sub)doelgroepen. We vinden het dan ook niet verantwoord dat voor de doelgroep kinderen en jongeren nu wordt uitgegaan van een lagere vergoeding (88 euro/u) dan bijvoorbeeld deze in de ambulante klinische activiteit.

Bijlagen

1 Literatuur

De hervorming van de GGZ, die door de proefprojecten « 107 » wordt ingeleid en zoals ze in de literatuur wordt beschreven, beoogt de behandeling en begeleiding van patiënten met psychische stoornissen in de maatschappij, die zoveel mogelijk aansluiting vindt bij de noden, mogelijkheden en verwachtingen van de individuele patiënt, in zijn eigen omgeving, zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de patiënt. Naast medisch-psychiatrische en psychologische begeleiding maken ook sociale opvang en begeleiding m.b.t. wonen en werken evenals m.b.t. de bredere socioculturele integratie deel uit van de zorg. Bovendien wordt vanuit herstelgerichte visie de patiënt met zijn ervaringsexpertise betrokken bij planning van de begeleiding en wordt de focus verlegd van symptomen en dysfuncties naar sterkten en mogelijkheden van de patiënt.

Om succesvol deze globale opdracht van de gemeenschapsgerichte GGZ te realiseren is een effectieve teamwerking essentieel, waardoor continuïteit van zorg, een omvattende en gedifferentieerde kijk op de onderscheiden moeilijkheden en op het netwerk van de patiënt en een benadering met een brede gamma aan competenties en vaardigheden verzekerd wordt en daarnaast voor de teamleden onderlinge steun, opleiding en bekwaming mogelijk is. Effectieve teamwerking resulteert in meer en betere begeleiding dan indien deze door de individuele leden als solowerker zou worden gerealiseerd. Het is daarom belangrijk dat de psychiater effectief integraal deel uitmaakt van zulk team en goede afspraken worden gemaakt m.b.t. diens rol als verantwoordelijke voor de klinische activiteit en al dan niet als leider/coördinator van het team.

In een bevraging bleken experts het erover eens dat het betrekken en de medewerking van de psychiater een cruciale component is in de werking van het team (community mental health team, mobiel team, assertive outreach team, crisis team, vroege interventie team, ...) voor een effectieve gemeenschapsgerichte GGZ. (Burns e.a. 2001), en in een overzicht van de organisatie van diensten voor thuisbegeleiding in de GGZ identificeert Burns zes kenmerken die gemeenschappelijk zijn aan de werking van "home treatment teams" in verschillende landen: het gaat om multidisciplinair samengestelde teams, met een (kleinere) case load (gemiddeld 15 patiënten /FTE begeleider), die regelmatig en frequente huisbezoeken doen, dat zorg draagt zowel voor de medisch-psychiatrische aspecten als voor de psychosociale integratie en waarvan een psychiater integraal deel uitmaakt. (Wright e.a. 2004, Burns e.a. 2006).

Volgens Rosen (2006) heeft de psychiater in een interdisciplinair team enerzijds essentieel een rol als medisch expert in het assessment, onderzoeken en aangepast voorschrift en behandeling van medische stoornissen en ziekten en medische verslaggeving evenals een medico-legale verantwoordelijkheid bv m.b.t. het afleveren van getuigschriften voor verzekering, werkgevers, rechtbank ... Anderzijds kan verwacht worden dat hij deelneemt in het holistische assessment van individuen en families die zich aanbieden voor hulp (informatie verzamelen, besluitvorming en beslissen) en samen met het interdisciplinaire team komt tot een individueel begeleidings- en zorgplan. Eveneens kan hij opleiding bieden over mentale stoornissen, interacties met fysieke ziekten, medico-legale en ethische topics, biologische onderbouwing van psychotrope medicatie, en andere gebieden van expertise en interesse en bovendien kan dit in samenwerking met andere disciplines, gebruikers, huisartsen en families wederzijds verrijkend zijn. Zelf kan hij zijn kennis blijven verbreden door expertise te ontwikkelen in verschillende gebieden die niet in de traditionele psychiatrische training in de diepte worden uitgewerkt om deze in een geïntegreerde, holistische aanpak te gebruiken. Anderzijds dient de psychiater ook een rol te spelen in het bevorderen van geestelijke gezondheid en welzijn in de gemeenschap in samenwerking met andere disciplines, gebruikers en instellingen met het oog op preventie, sensibilisering en vroege interventie evenals het tegengaan van marginalisering en stigmatisatie.

Gemeenschapspsychiaters van de toekomst moeten verschillende dimensies integreren in een holistische benadering met de volgende componenten en integreren daarbij de kennis uit de sociale

psychiatrie (Priebe e.a., 2004 ; Rosen, 2006): de realisatie dat de meeste stoornissen waar ze mee omgaan, multifactoriële oorzaken hebben die een multimodale interventie noodzakelijk maken; de noodzaak om assessment en interventie af te stemmen op de hele persoon vanuit een bio-psycho-sociocultureel (en spiritueel) paradigma, eerder dan louter symptomatisch te interveniëren op gefragmenteerde biofysische subsystemen; een focus op empowerment: vertrekken van sterktes en vaardigheden van gebruikers met de nadruk op het heropnemen van rollen en het verlaten van een defectvisie met nadruk op zwakheden, beperkingen en rolverlies. Daarbij wordt de actieve coöperatie en initiatief name door gebruikers gewaardeerd, eerder dan te proberen professionele controle uit te oefenen.

In de praktijk is de psychiater het meest effectief om deze multimodale aanpak toe te passen wanneer hij overtuigd is van het belang van goed teamwerk en levert hij zijn essentiële bijdrage aan de zorg in samenwerking met andere gezondheidsprofessionelen en disciplines zoals psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, e.a. waarbij de klinische autoriteit van de psychiater, gesteund op zijn opleiding en ervaring, eerder ondersteund dan bedreigd wordt door een goede samenwerking.

Men wijst erop dat de community teams minder hiërarchisch zijn gestructureerd dan in de ziekenhuiscontext, bij voorkeur wordt bij consensus gewerkt (Burns 2004) en meer en meer wordt aanvaard, hoewel niet steeds in dezelfde mate, dat teamleden van verschillende disciplines verantwoordelijkheid opnemen in het nemen belangrijke van beslissingen m.b.t. patiënten. Die maken dan ook regelmatig gebruik van de mogelijkheid een bespreking te hebben met een psychiater indien problemen optreden. Een aantal beslissingen blijven de verantwoordelijkheid van de psychiater, zoals bv voorschrijven van medicatie, beslissingen bij acute psychiatrische situaties of waar medische aspecten op de voorgrond staan (Kent e.a. 2005, Rosen 2006). Het bewaken van de klinische focus en het uitklaren van meningsverschillen omtrent klinische prioriteiten is meestal een rol die door een psychiater wordt opgenomen. Dagelijks beleid, operationele aspecten, personeelsbeleid en supervisie van de niet medische staf worden meer en meer opgenomen door de team manager/ -leider (Burns 2004). Duidelijke afspraken en regelmatig overleg tussen psychiater en team coördinator leiden tot een werkbare combinatie van vaardigheden en functies zodat klinische besluitvorming, kwaliteitsopvolging, supervisie, planning en administratie gewaarborgd zijn. (Herman e.a. 1999, RANZCP 2002)

2 *De psychiaterfunctie in kader van equipe 2 A en -B zoals omschreven door C Decoster (FOD Volksgezondheid, directeur-generaal gezondheidszorgen) op de vergadering van de VVP van 19 juni 2012*

De leiding van beide teams

- Medisch beleid in overeenstemming met de hoofdgeneesheer
- De planning en uitvoering en opvolging van activiteiten van beide teams
- De psychiaters maken deel uit van de mobiele teams en gaan desgevallend mee ter plaatse
- Consultaties voor patiënten die door de mobiele teams worden behandeld
- Het borg staan voor het goed bijhouden van de patiëntendossiers en het registreren van de activiteiten
- Dagelijks opvolgen van de patientencasussen
- Contact met de huisarts en desgevallend ervoor zorgen dat de patiënt een huisarts van zijn keuze aanduidt als hij er geen heeft
- Samenwerking met de verschillende partners van het netwerk, zowel deze van de medische sector als deze van de andere sectoren
- De deelname aan de wacht, zoals georganiseerd door de hoofdgeneesheer voor het geheel van de patiënten van het ziekenhuis
- de psychiaters waken erover dat de patiënt in zijn totale levenscontext wordt behandeld met

het oog op een maximale ontplooiing en integratie in het maatschappelijk leven

(Een vaste vergoeding via een B4 – overeenkomst (225.000 euro op jaarbasis overeenkomend met 1,5 FTE equivalent psychiater wordt betaald ; worden niet gedekt door de vaste vergoeding :de consultaties van de patiënten, voor de consultaties zijn de bestaande nomenclatuurcodes van toepassing. Ofschoon het bezoek van de psychiater met de mobiele teams aan huis van de patiënt wel begrepen is in de vaste vergoeding, kan hiervoor toch een afzonderlijke vergoeding volgens de geldende nomenclatuur worden aangerekend indien dit op uitdrukkelijk verzoek van de huisarts gebeurt. De vaste vergoeding is gegarandeerd gedurende de ganse periode van het pilootproject ,minstens 3 jaar)

3 *Door de hoofdgeneesheren van de psychiatrische ziekenhuizen in Brussel en Wallonië werd volgende beschrijving van de opdrachten van de psychiater opgesteld*

TEAM 2A

- De verantwoordelijke psychiater zal de behandeling moeten coördineren van patiënten in een psychiatrische crisis die om diverse redenen geen beroep kunnen doen op de psychiatrische eerstelijnsdiensten (geestelijke gezondheidsdienst, consultatie in de polikliniek of zelfstandige psychiaters)
- In een bepaald aantal situaties zal de psychiater zich naar de thuisomgeving moeten verplaatsen. Hij moet zich niet altijd verplaatsen naar de thuisomgeving, maar moet altijd een klinisch contact met de patiënt hebben; de frequentie van deze contacten blijft zijn verantwoordelijkheid.
- Hij zal de behandeling met psychotrope geneesmiddelen met frequente aanpassingen beheren tot hij de zorg na een periode die niet langer is dan 30 dagen kan overdragen aan een huisarts of een psychiater die de behandeling van de patiënt verderzet.
- Hij zal de verantwoordelijke voor de behandeling zijn, zelfs al zal deze hoofdzakelijk pluridisciplinair zijn.
- Om een transfer van de behandeling naar andere psychiaters te kunnen doorvoeren, is het noodzakelijk dat voorzien wordt in een overlegonorarium tussen de behandelende psychiater en de psychiater van het team 2A.
- Indien de in aanmerking genomen financiering overeenkomt met 2/3 van de momenteel voorziene enveloppe voor de mobiele equipes (150.000euro/jaar) lijkt deze geïndexeerde forfaitaire financiering geschikt te zijn, maar dit forfait kan worden gewogen rekening houdend met de geografische regio die wordt gedekt of met de verrichte verplaatsing en kan variëren volgens de caseload: volledig forfait voor maximum 240 per jaar opgevolgde patiënten, bv. (caseload van 20 per maand opgevolgde patiënten x12 maanden) en minimumpercentage voor de financiering van de teams aan 80 % van de caseload patiënten.

TEAM 2B

- Systematische klinische contacten met de patiënt; bij voorkeur minstens één verplaatsing naar de thuisomgeving van de patiënt
- Klinische contacten met de patiënt wanneer noodzakelijk uit klinisch oogpunt
- Klinische vergaderingen met het team om te discussiëren over de inclusies, de evolutie van de patiënten, de projecten, de afsluiting van dossiers ,
- Theoretisch-klinische vergaderingen met de teams: ethische kwesties, theoretisch werk
- Klinische overlegvergaderingen over de patiënt met andere hulpverleners uit het netwerk.
- Coördinatie-/beheervergaderingen van de teams : organisatie van het werk van het team en

de contacten met de externe hulpverleners en het netwerk

- Vergaderingen (vertegenwoordiging) : met promotoren, met comité functie 2, met comité netwerkfunctie, met de lokale kwaliteitsgroepen van de behandelende artsen, met psychiaters
- Administratief werk : dossiers, rapporten, briefwisseling, telefonische contacten
- De verantwoordelijke psychiater zal als taak hebben de behandelingen van lange duur van een groot aantal complexe en chronische patiënten te coördineren.
- De opdrachten 1 en 2 zouden per handeling kunnen worden gefinancierd, maar door effectief rekening te houden met de verplaatsingen;; - De andere opdrachten moeten forfaitair zijn, maar dit forfait kan variëren op basis van de caseload ;; volledig forfait voor 150 per jaar opgevolgde patiënten bv. en minimumpercentage voor de financiering van de teams aan 80 % van de caseload patiënten.

Referenties

Burns, T., Knapp, M., Catty J., Healey A, Henderson J, Watt H, Wright C. : Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 5, 1 - 139, 2001.

Burns, T. & Firth M. : *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners*. Oxford: Oxford University Press. 2002

Burns T.: Community mental health teams. *Psychiatry* 3:9 -11,2004

Burns T, Catty J, Wright C. : Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatr Scand*: 113 (Suppl. 429): 33–35, 2006

Cuddeback G.S., Morrissey J.P., Meyer P.S. :How many Assertive Community Treatment Teams do we need?, *Psychiatric Services*, 57, 1803 – 1806,2006.

Gids naar een betere GGZ door realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, FOD Volksgezondheid 2010

Herman H., Trauer T., Warnock J., and the Professional Liaison Committee (Australia), Project Team : The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services 1999,2002

Kent A., Burns T. : Assertive community treatment in UK practice . Revisiting... setting up an assertive community treatment team *Advances in Psychiatric Treatment* 11, 388–397,2005

Mc Glynn P.: *Crisis Resolution and Home Treatment. A practical guide.. The Sainsbury Centre for Mental Health* 2006

Morris M. : A Framework for Developing Community Based Mental Health Service, powerpoint, July 2009.

Priebe S., Fakhoury W., White I., Watts J., Bebbington P., Billings J., Burns T., Johnson S., Muijen M., Ryrie I. and Wright.C. for the Pan-London Assertive Outreach Study Group: Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *Brit .J. Psychiatry* 185, 306 – 311 2004

Rosen A. : The Community Psychiatrist of the Future *Curr Opin Psychiatry*. 19:380-388, 2006

Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists : Psychiatrists as team members (Position Statement #47) 2002

Test M. :Training in community living. In *Handbook of Psychiatric Rehabilitation* (ed. R. P. Lieberman). New York: Macmillan. 1992

Wijckmans B., Van der Donck S., Leys M. : De ervaringen van netwerkpartners in interorganisatorische netwerken in de GGZ. Geïntegreerd rapport: Wetenschappelijke opvolging van het hervormingsprogramma "Naar een betere geestelijke gezondheidszorg" Interimrapport 3 2015

Wright C, Catty J, Watt H, Burns T:A systematic review of home treatment services Classification and sustainability *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39 : 789–796, 2004

