

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

BRUSSEL, 12/04/2001

Bestuur van de Gezondheidszorgen

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

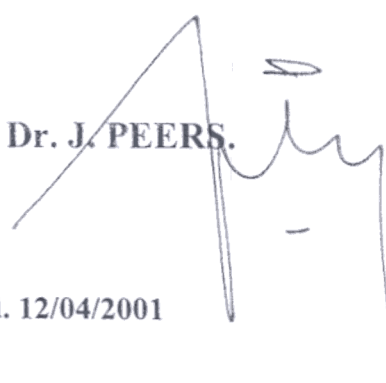
Permanente werkgroep "PSYCHIATRIE"

O/Ref. : NRZV/D/PSY/194-2

**ADVIES BETREFFENDE DE PROGRAMMATIE VAN
DE A-BEDDEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN**

DE VOORZITTER,

Prof. Dr. J. PEERS.



(*) Dit advies werd bekrachtigd op het Speciaal Bureau dd. 12/04/2001

1. Tweede vrijwillige reconversie : context.

De filosofie die nu al bijna vier jaar aan de werkzaamheden van de vaste werkgroep "Psychiatrie" ten grondslag ligt, en die beschreven wordt in het "tweede advies" (1997), komt neer op een reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg in functie van doelgroepen, netwerken en zorgcircuits, waarbij er afstand wordt genomen van de huidige criteria voor A-, T- en K-bedden en dito diensten. Die doelstelling houdt in een herdefiniëren van het zorgaanbod in functie van de behoeften van de verschillende doelgroepen, en dat op basis van een grondige analyse van de behoeften.

Die aanpak vergt tijd, zowel voor het afbakenen van de behoeften als voor het definiëren van de wijze van werken van die nieuwe structuren. Het betreft het geheel herdefiniëren van de basisconcepten van de erkenning, financiering en programmatie in de geestelijke gezondheidszorg.

Het lijkt nuttig om vóór het uitwerken van die hervorming van de sector vanaf heden aan de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg een kleine manoeuvreerruimte te bieden zodat ze hun zorgaanbod kunnen reorganiseren in functie van de behoeften, uitgedrukt binnen de limieten van de soorten opvang en van de bestaande programmatie. Sedert de eerste omschakeling (begin van de jaren '90) is de sector van de geestelijke gezondheidszorg immers vast komen te zitten in een structuur van bedden en plaatsen, terwijl de behoeften en de verwachtingen van de patiënten gedurende die 10 jaar aanzienlijk geëvolueerd zijn.

De basisregels waarmee de principes ter verwezenlijking van de **tweede vrijwillige omschakeling** gedefinieerd konden worden, waren de volgende :

- de naleving van het vroegere budget dat op micro-economisch vlak gekoppeld was aan een inhouding van 2,5% voor de financiering van nieuwe zorgtypen;
- de **omschakeling van ziekenhuisbedden** in andere types van ziekenhuisbedden of in extramurale structuren die voldoen aan bestaande normen (PVT of IBW), met uitsluiting van de omschakeling van extramurale structuren in ziekenhuisbedden en dat zonder dat er nieuwe vormen van opvang opgericht konden worden, gelet op het feit dat de regels voor erkenning en werking van die nieuwe structuren nog niet gedefinieerd zijn;
- de **naleving van de programmatienormen** in afwachting van de resultaten van een grondige analyse van de behoeften ter ondersteuning van nieuwe programmatieregels.

In die context verplicht de adviesvraag van de ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken ons om minstens een van die basisregels opnieuw te bekijken, met name die betreffende de naleving van de programmatieregels.

2.Context van de adviesvraag.

De in het K.B. van 16 juni 1999 bepaalde omschakelingsregels boden met name de mogelijkheid om, via omschakeling van C- en D-bedden, in een algemeen ziekenhuis A-bedden op te richten, en dat ongeacht het feit dat in verschillende algemene ziekenhuizen het aantal A-bedden (626 eenheden) de programmienorm van het K.B. van 3/8/76 houdende vaststelling van de programmatiecriteria voor de psychiatrische ziekenhuisdiensten (0,15 bedden per 1000 inwoners) overschrijdt.

Vershillende instellingen hebben op die basis een aanvraag ingediend voor omschakeling van C- of D-bedden in A-bedden. Grosso modo raamt men dat de ingediende aanvragen betrekking hebben op ongeveer 350 extra A-bedden in algemene ziekenhuizen (+ enkele aanvragen inzake psychiatrische ziekenhuizen).

3.Werkzaamheden van de vaste werkgroep "Psychiatrie".

Door de adviesvraag moeten we vooruitlopen op de conclusies van de lopende studie over de definitie van de behoeften. Gelet op de korte termijn die de vaste werkgroep "Psychiatrie" voor het uitbrengen van een advies vergund wordt, heeft de vaste werkgroep "Psychiatrie" de op het ministerie van Volksgezondheid beschikbare klassieke gegevens niet kunnen onderzoeken, te weten de MKG- en MPG-gegevens alsmede de evolutie van het aantal psychiatrische bedden.

Die gegevens vormen echter maar momentopnamen van een situatie op een bepaald ogenblik; er kan derhalve niet uit afgeleid worden wat er voor de toekomst wenselijk is. Op grond van die gegevens kan er wel vastgesteld worden dat bepaalde patiënten opgevangen worden door een structuur die maar weinig aan hun behoeften aangepast is, maar ze geven geen uitsluitsel over het type structuur waarmee wel aan die zorgbehoeften beantwoord zou kunnen worden.

Uit het onderzoek van die gegevens blijkt evenwel het volgende:

3.1. Op basis van de MKG-gegevens 1998.:

- Er hebben 60.694 patiënten met een **psychiatrische hoofddiagnose** (ICD9-code tussen 290 en 319) in een niet-psychiatrische dienst verbleven;
- Er hebben 172.458 patiënten met een **psychiatrische neventdiagnose** (bij een niet-psychiatrische hoofddiagnose) in een niet-psychiatrische dienst verbleven.
- Er werden 1.701 patiënten die in een medische of heelkundige dienst verbleven en die onder MDC 19 "geestesstoornissen" (1.243 patiënten) of onder MDC 20 "alcoholisme en druggebruik" (458 patiënten) gerangschikt werden, naar een psychiatrische dienst in hetzelfde ziekenhuis overgebracht.

Die verblijven betreffen 48.974 ligdagen, wat op een gemiddelde verblijfsduur van 28,8 dagen neerkomt.

25% van de "MDC 19"-patiënten hebben een verblijfsduur van 11 dagen of minder.

25% van de "MDC 20"-patiënten hebben een verblijfsduur van 8 dagen of minder.

- Er hebben 57.468 patiënten die onder MDC 19 "geestesstoornissen" (44.340 patiënten) of onder MDC 20 "alcoholisme en druggebruik" (13.128) gerangschikt werden, in een medische of heelkundige dienst verbleven zonder daarbij naar een psychiatrische dienst in hetzelfde ziekenhuis overgebracht te zijn.

Die verblijven betreffen 716.190 ligdagen of een gemiddelde verblijfsduur van 12,5 dagen.

25% van de "MDC 19"-patiënten hebben een verblijfsduur van 3 dagen of minder.

25% van de "MDC 20"-patiënten hebben een verblijfsduur van 1 dag.

3.2. Op basis van de MPG-gegevens 1998 :

- Er werden 43.362 patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen.

Er werden 40.056 patiënten in een psychiatrische dienst in een algemeen ziekenhuis opgenomen.

- Op 30 juni 1998 verbleven er 17.458 patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis (volledige of partiële hospitalisatie) en 2.515 patiënten in een psychiatrische dienst in een algemeen ziekenhuis.

Het aantal beschikbare bedden/plaatsen (gegevens op 1/1/97 maar tussen 1/1/97 en 30/6/98 betrekkelijk stabiel) bedroeg 16.683 eenheden in de psychiatrische ziekenhuizen en 2.556 eenheden in de psychiatrische diensten in de algemene ziekenhuizen.

- Onder de in 1998 ontslagen patiënten zijn 15% van de patiënten die in een psychiatrische ziekenhuisdienst in een algemeen ziekenhuis en 7,5% van de patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven, slechts één dag gebleven. Voor de patiënten met een verblijfsduur van 1 tot 7 dagen bedroegen die percentages respectievelijk 21,6% en 14,6%.
- Van de patiënten die een psychiatrische dienst in een algemeen ziekenhuis verlieten, werd 7,8% naar een andere structuur van psychiatrische zorg (psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische dienst in een algemeen ziekenhuis, PVT's, IBW's of gezinsverpleging) en 2,4% naar een niet-psychiatrische ziekenhuisdienst doorverwezen.
- Voor de patiënten die een psychiatrisch ziekenhuis verlieten, bedroegen die percentages respectievelijk 8,7% en 2,5%.

3.3. Op basis van de evolutie van het aantal bedden tussen 1987 en 1997.

- In de loop van dit decennium is het aantal bedden in de psychiatrische ziekenhuizen van 20.294 tot 16.683 gedaald, m.a.w. een daling van 3.611 bedden.

- Gedurende dezelfde periode is het aantal psychiatrische bedden in de algemene ziekenhuizen van 1.871 tot 2.556 gestegen, of een toename van 685 bedden.
- In totaal is het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden dus met 2.926 eenheden gedaald.
- Men stelt bovendien vast dat de programmatie van de A-bedden in de algemene ziekenhuizen op 1/1/87 het aantal van 390 eenheden reeds overschreden had.

3.4. Het onderzoek van die gegevens heeft tot de volgende vaststellingen geleid :

- Er is overduidelijk een activiteit van geestelijke gezondheidszorg in structuren van huisartsgeneeskunde en de bestaande psychiatrische ziekenhuisstructuren zijn voor deze zorgvraag ontoereikend. Dat rechtvaardigt ongetwijfeld gedeeltelijk de lage graad van transfer van patiënten naar psychiatrische structuren. Bepaalde door patiënten in de psychiatrische ziekenhuisstructuren bezette plaatsen zouden zeker vrijgemaakt kunnen worden als die patiënten in antwoord op hun vraag naar zorg door een extramurale structuur opgevangen konden worden.
- Terwijl er in de loop van de tien laatste jaren 2.926 psychiatrische bedden gesloten werden, worden er gedurende één jaar meer dan 60.000 psychiatrische patiënten in niet-psychiatrische ziekenhuisstructuren opgevangen, waar ze het equivalent van ongeveer 1.965 tegen 100% bezette bedden voor hun rekening nemen. Er kan echter uit geen enkel gegeven afgeleid worden of die patiënten meer behoefte hebben aan een plaats in een psychiatrische ziekenhuisdienst, in een initiatief voor beschut wonen, in een revalidatiecentrum of veeleer aan follow-up thuis of in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg.
- Parallel met de sluiting van bedden en de oprichting van structuren voor extramurale opvang (IBW, PVT enz.) is de inhoud van de activiteit in een psychiatrisch ziekenhuis wat de wijze van opvang, de benadering van patiënt en familie, de medische behandeling, de korte verblijfsduur enz. betreft, aanzienlijk gewijzigd. Thans ligt de patiëntenturnover in een psychiatrisch ziekenhuis hoger en zijn er meer mogelijkheden voor het opvangen van nieuwe patiënten.
- Hoewel dat door geen enkel onderscheid tussen de opdrachten van de A-diensten in algemene ziekenhuizen en de A-diensten in psychiatrische ziekenhuizen gerechtvaardigd wordt, blijven er thans toch nog verschillen bestaan wat de personeelsformatie betreft, en dat ongeacht het feit dat de vaste groep "Psychiatrie" van de NRZV herhaaldelijk voor een harmonisering van die personeelsformatie heeft gepleit.
- De onderzochte gegevens omvatten de sedert 1998 opgetreden wijzigingen niet, met name de vrijwillige omschakelingen die tot de oprichting van ongeveer 350 extra A-bedden alsmede van verschillende psychogeriatrische Sp-diensten geleid hebben.

- Het indrukwekkende aantal patiënten met een psychiatrische nevendiagnose bij een niet-psychiatrische hoofddiagnose (ongeveer 10% van de niet in psychiatrische diensten opgenomen patiënten) bewijst hoe dringend het is de **liaisonpsychiatrie** te ontwikkelen in alle algemene ziekenhuizen op te richten. Die functie zou bovendien nog aangevuld moeten worden met een belangrijke ontwikkeling van de ambulante vormen van psychiatrische follow-up, opdat de patiënt na de somatische behandeling in een algemeen ziekenhuis ook voor zijn behoefte aan geestelijke gezondheidszorg een oplossing zou kunnen vinden.
- Uit het grote aantal verblijven van psychiatrische patiënten in algemene ziekenhuizen (buiten de psychiatrische diensten) met een verblijfsduur van 1, 2 of 3 dagen (meer dan 25%) blijkt het belang om projecten inzake **dringende of crisisopname** te concretiseren, en dat zowel in de algemene als in de psychiatrische ziekenhuizen.
- Ook rijst de vraag over de zwakke ontwikkeling van de **partiële hospitalisatie** (overdag of 's nachts) die een deel van de ziekenhuisopnamen voor haar rekening zou kunnen nemen. Wat de vrijwillige omschakelingen betreft, kan men vaststellen dat er vrijwel evenveel vragen om sluiting als om opening van partiële bedden ingediend werden.
- In het kader van een meer fundamentele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg zou het nadelig zijn om de vraag naar psychiatrische zorg waaraan voor het ogenblik enkel in het kader van de niet-psychiatrische ziekenhuisstructuren tegemoet gekomen wordt, te negeren. Bij afwezigheid van een concrete evaluatie van de behoeften is er daarentegen geen enkele indicator die zou kunnen doen besluiten tot een toename van het aantal psychiatrische ziekenhuisbedden. Globaal gezien lijkt het verkieslijk om vooral een diversificatie van de vormen van opvang aan te moedigen.

4. Conclusies van de vaste werkgroep "Psychiatrie".

In 1998 werden er 60.000 psychiatrische patiënten opgevangen in zorgstructuren die niet aan hun pathologie aangepast waren. Daarbij komen dan nog 172.458 patiënten met een comorbiditeit van psychiatrische aard.

Ook al kan men in het kader van een fundamentele hervorming van de geestelijke gezondheidszorg niet om dit fenomeen heen, toch kan men evenmin concluderen dat al die patiënten in een psychiatrisch ziekenhuisbed opgevangen moeten worden. Er is thans immers geen enkel argument beschikbaar om de pathologieën van die patiënten correct te evalueren of om te bepalen welke zorgstructuur het best aan hun behoeften aangepast is.

Men kan wel onderzoeken in welke mate er op korte termijn een gedeeltelijke oplossing gegeven kan worden, als men rekening houdt met het patiëntenprofiel zoals dat blijkt uit de thans beschikbare gegevens en uit het feit dat de bestaande psychiatrische structuren geen voldoende capaciteit hebben om aan alle aanvragen voor opvang te beantwoorden. De bestaande psychiatrische structuren zitten wegens een gebrek aan extramurale alternatieven zelf al te vol om nog patiënten van wie de pathologie geen ziekenhuisopname (meer) vergt, te kunnen opvolgen.

Met de mogelijkheden van omschakeling zoals gepreciseerd in de besluiten van 16 juni 1999 kon aan het geheel van de behoeften inzake geestelijke gezondheidszorg niet worden beantwoord. De ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid hebben overigens laten weten dat ze de beddenomschakelingen bij toepassing van die besluiten na 31 december 2000 niet meer wensen voort te zetten.

De groep heeft zijn analyse toegespitst op het probleem van de psychiatrische patiënten in niet-psychiatrische ziekenhuisdiensten. Op basis van de bovenstaande gegevens heeft de groep derhalve acht denkpistes ontwikkeld die **complementair** tot een nieuwe "omschakelingsfase" zouden moeten leiden :

- 1 De oprichting van **urgentediensten en crisiseenheden** en dat zowel in de algemene als in de psychiatrische ziekenhuizen via de specialisering van bestaande bedden (zie advies van de NRZV van 8/2/2001).
- 2 De inplanting van een **functie van liaisonpsychiatrie** in alle algemene ziekenhuizen (zie advies van de vaste groep van de NRZV van 19/5/98), gekoppeld aan een versterking van de **ambulante** opvangmogelijkheden.
- 3 Stimulansen voor de ontwikkeling van de **partiële ziekenhuisopname** op basis van bestaande ziekenhuisstructuren.
4. Nieuwe marges bestemd voor het creëren van **extramurale opvangstructuren** (PVT, IBW, maar ook voor thuiszorg – zie advies van de NRZV van 14/12/2000) die beter aan de behoeften van bepaalde patiënten aangepast zijn.
5. Maatregelen ter aanpassing van het **opnamebeleid** aan de behandelingsbehoeften van de patiënten om aldus zoveel mogelijk het aantal gevallen te beperken van opvang van psychiatrische patiënten in structuren die niet beschikken over de nodige kwalificaties voor de opvang van dat type pathologieën.
6. Bijzondere bepalingen die het mogelijk moeten maken om in het kader van samenwerkingsverbanden bestaande psychiatrische bedden te verplaatsen naar algemene ziekenhuizen die geconfronteerd worden met een grote vraag naar psychiatrische zorg en die voor dit type opvang niet over een aangepaste dienst beschikken.
7. De reconversie van **bedden in nieuwe psychiatrische ziekenhuisbedden** (A bedden) in een strikt beperkt en voorwaardelijk kader.

Rekening houdend met de huidige programmatieregels wordt er voorgesteld om de omschakeling naar A-bedden binnen de beschikbare marges van de programmatie van partiële A-bedden (A1 daghospitalisatie, A2 nachthospitalisatie) mogelijk te maken. Hierbij moet echter een marge van 30% van die programmatie voorbehouden worden aan de parallelle ontwikkeling van de structuren voor partiële hospitalisatie.

		lits A complets				lits A partiels						
		programmation	lits existants	reconversion	total	disponible	lits A partiels	programmation	lits existants	reconversion	total	disponible
I. FLANDRE												
Hôpitaux psychiatriques												
<i>lits A complets</i>												
Prov d'Anvers		820	614	139	753	67	Prov d'Anvers	246	150	-5	145	101
Prov Brabant		506	451	54	505	1	Prov Brabant	152	184	-3	181	-29
Prov Limbourg		394	330	25	355	39	Prov Limbourg	118	105	12	93	25
Flandre orient		680	693	-4	689	-9	Flandre orient	204	159	-5	154	50
Flandre occid		564	582	0	582	-18	Flandre occid	169	115	-4	111	58
total		2964	2670	214	2884	80	total	889	713	-29	684	205
Hôpitaux généraux et universitaires												
<i>lits A complets</i>												
Prov d'Anvers		246	259	0	259	-13	Prov d'Anvers	123	30	9	39	84
Prov Brabant		152	150	0	150	2	Prov Brabant	76	0	0	0	76
Prov Limbourg		118	110	0	110	8	Prov Limbourg	59	42	0	42	17
Flandre orient		204	206	0	206	-2	Flandre orient	102	0	0	0	102
Flandre occid		169	375	0	375	-206	Flandre occid	85	33	8	41	44
total		889	1100	0	1100	-211	total	445	105	17	122	323
II. BRUXELLES												
Hôpitaux psychiatriques												
<i>lits A complets</i>												
Bruxelles		480	438	65	503	-23	Bruxelles	144	146	0	146	-2
Hôpitaux généraux et universitaires												
<i>lits A complets</i>												
Bruxelles		144	285	75	360	-216	Bruxelles	72	17	0	17	55
III. WALLONIE												
Hôpitaux psychiatriques												
<i>lits A complets</i>												
Prov Brabant		175	90	0	90	85	Prov Brabant	52	0	0	0	52
Prov Hainaut		640	470	30	500	140	Prov Hainaut	192	60	6	66	126
Prov Liège		474	465	50	515	-41	Prov Liège	142	96	13	109	33
Prov Luxemb		123	99	0	99	24	Prov Luxemb	37	0	0	0	37
Prov Namur		222	180	30	210	12	Prov Namur	67	0	16	16	51
total		1634	1304	110	1414	220	total	490	156	35	191	299
Hôpitaux généraux et universitaires												
<i>lits A complets</i>												
Prov Brabant		52	30	0	30	22	Prov Brabant	26	0	0	0	26
Prov Hainaut		192	433	0	433	-241	Prov Hainaut	96	51	10	61	35
Prov Liège		142	195	0	195	-53	Prov Liège	71	0	0	0	71
Prov Luxemb		37	30	0	30	7	Prov Luxemb	19	0	0	0	19
Prov Namur		67	90	0	90	-23	Prov Namur	33	15	0	15	18
total		490	778	0	778	-288	total	245	66	10	76	169

Concreet gezien zou die optie in staat stellen nieuwe A-bedden te openen (zie hierbij een schema van de huidige situatie m.b.t. de volledige en partiële A-bedden in de verschillende gewesten.

In Vlaanderen	ongeveer 140 bedden in psychiatrische ziekenhuizen ongeveer 220 bedden in algemene ziekenhuizen
In Wallonië	ongeveer 200 bedden in psychiatrische ziekenhuizen ongeveer 115 bedden in algemene ziekenhuizen
In Brussel	ongeveer 35 bedden in algemene ziekenhuizen

De vaste werkgroep "Psychiatrie" is van mening dat de hoofddoelstelling van deze nieuwe fase moet zijn het deelnemen aan de oprichting van structuren voor de patiënten die voor het ogenblik verblijven in structuren die niet uitgerust zijn om aan hun behoeften tegemoet te komen. De groep mag de historische overschrijding (al meer dan 12 jaar) van de programmatiecriteria voor A-bedden in de algemene ziekenhuizen niet als haar hoofddoelstelling beschouwen. Voor die historische situatie moet er immers een oplossing gevonden worden in het kader van de algemene hervorming van de sector (oprichting van zorgcircuits en dito netwerken en afstappen van de begrippen A-, T-, ... bedden).

Voorts meent de vaste werkgroep "Psychiatrie" dat de geleidelijke oprichting van zorgcircuits en dito netwerken tot een vermindering van psychiatrische ziekenhuisbedden ten voordele van alternatieve opvangmogelijkheden moet leiden. De groep vindt derhalve dat een eventuele aangroei van de bedden op korte termijn strikt beperkt moet worden.

In dat kader kunnen de aanvragen om omschakeling in A-bedden **van vóór 31 december 2000** onderzocht en eventueel goedgekeurd worden, mits aan de volgende **voorwaarden** voldaan werd :

Dergelijke omschakelingen moeten het voorwerp uitmaken van een **samenwerkingsakkoord** zoals hoger gedefinieerd, waarbij minstens de psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis en een dienst voor geestelijke gezondheidszorg aan elkaar gekoppeld worden. Dat akkoord moet eveneens een zo adequaat mogelijke oplossing trachten te vinden voor het probleem van de opname van psychiatrische patiënten in niet-psychiatrische structuren.

2. Dergelijke omschakelingen zijn slechts mogelijk door omschakeling van bestaande bedden en voorzover de instelling het bewijs kan leveren van een overeenstemmende psychiatrische activiteit in de om te schakelen bedden.
3. De omschakeling kan geen aanleiding geven tot de inwerkingstelling van eenheden met een minimumcapaciteitsnorm voor de A-diensten. De eenheid die eruit voortkomt,

moet een capaciteit hebben die met het begrip functionele eenheid verenigbaar is. De eenheid moet dus minstens 30 bedden bevatten en bij voorkeur over een beddencapaciteit die een veelvoud is van 15, beschikken.

4. Gelet op de huidige geografische spreiding van de psychiatrische ziekenhuisstructuren is het noodzakelijk dat elke nieuwe oprichting van psychiatrische bedden het voorwerp uitmaakt van regionaal overleg in overlegplatformen, waar naar behoefte beslist wordt over nieuwe structuren voor de betrokken regio en waar het bestaan van een psychiatrische activiteit in het ziekenhuis dat de oprichting van A-bedden aanvraagt, aangetoond kan worden.

8. Een totale en dynamische toepassing van de programmatieregels waarbij meer met lokale behoeften dan met geografische provinciaal begrenzingen rekening wordt gehouden. De aanvragen om omschakeling van A-bedden in een psychiatrisch ziekenhuis die overeenkomstig de regels voor de tweede omschakeling ingediend werden, moeten op die basis opnieuw bekeken en goedgekeurd worden, voorzover er hiervoor in de totale programmatie een marge beschikbaar blijft.

Met het oog op een proces van geleidelijke ontwikkeling van zorgcircuits en dito netwerken via die verschillende initiatieven moeten de nieuwe projecten door een **functioneel samenwerkingsakkoord** met (minstens drie) partners ondersteund worden : een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische dienst in een algemeen ziekenhuis en een centrum voor geestelijke gezondheidszorg), waardoor verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg aangeboden kunnen worden. Een dergelijk akkoord moet expliciet de **aspecten van complementariteit en van follow-up van de opvang** van de patiënten omvatten.

De vaste werkgroep "Psychiatrie" wenst er tenslotte stellig aan te herinneren dat de bovengenoemde oriënteringen slechts een pragmatische fase op korte termijn vormen. De groep is immers van mening dat de huidige situatie bepaalde aanpassingen vergt, maar dat een werkelijke heroriëntering van de wijze van opvang van de patiënten in geestelijke gezondheidszorg zonder een grondige analyse van de behoeften niet mogelijk is.

In het kader van die herzieningen op korte termijn moet er volgens de vaste werkgroep "Psychiatrie" ook iets gedaan worden aan de ongelijkheden tussen de personeelsformaties van de A-diensten in algemene ziekenhuizen en van de psychiatrische ziekenhuizen.